Plano de Trabalho da SPDM para administração, gerenciamento e operacionalização das atividades e serviços de saúde, no

Hospital Municipal Dr. José de Carvalho Florence e Unidades de Saúde da Rede Assistencial: UBS Novo Horizonte, UBS Tesouro, UBS Tatetuba/Vila Industrial, UBS Vista Verde e UBS Eugênio de Melo

que assegure assistência universal e gratuita à população, conforme Processo de Seleção nº 001/SS/2022 – Edital 93/SS/2022

O prazo de validade do presente projeto é de 180 dias, contados a partir da data de abertura da Seleção Pública.

06 de Julho de 2022.

ÍNDICE

1. CARACTERIZAÇÃO DA SPDM	**9**
2. COMPLIANCE E INTEGRIDADE SPDM	**14**
2.1 PRINCIPAIS AÇÕES	**15**
3. DOCUMENTO TÉCNICO HOSPITAL MUNICIPAL DRº JOSÉ DE CARVALHO FLORENCE	**20**
3.1 Organização funcional e operacional propostas para execução das ações e serviços de saúde, garantindo o alcance das metas de produção com qualidade, dos serviços assistenciais, envolvendo desde a gerência até a prestação dos serviços assistenciais ao paciente.	**20**
3.1.1 DIRETRIZES CLÍNICAS E GERENCIAIS DAS UNIDADES ASSISTENCIAIS	**20**
3.1.2 GESTÃO DE LEITOS DA SPDM AFILIADAS – SISTEMA KANBAN	**21**
3.1.3 METODOLOGIA LEAN	**22**
3.1.4 QUALIDADE ASSISTENCIAL E NÍVEL ORGANIZACIONAL	**23**
3.1.4.1 POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO	**23**
3.1.5 CUSTO EFETIVIDADE ASSISTENCIAL E EXPERIÊNCIA DO PACIENTE	**24**
3.1.6 GERAR VALOR EM SAÚDE	**25**
3.1.7 INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA: UMA RELAÇÃO CUSTO-EFETIVA	**26**
3.1.8 VISITAS MULTIDISCIPLINARES E ELABORAÇÃO DO PROJETO TERAPÊUTICO	**30**
3.1.9 TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO	**30**
3.1.10 ACOMPANHAMENTO DOS INDICADORES ASSISTENCIAIS E ESTRATÉGICOS	**31**
3.1.11 NÚCLEO HOSPITALAR DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	**31**
3.1.12 COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TRANSPLANTE - CIHT	**32**
3.1.13 GESTÃO DO CORPO DE ENFERMAGEM	**33**
3.1.14 GESTÃO DO CORPO CLÍNICO	**37**
3.2 Protocolos, organização e fluxo interno das atividades e ações assistenciais de todos os serviços previstos.	**41**
3.2.1 CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO	**49**
3.3 Protocolos e organização de serviços de farmácia na assistência, separadamente por nível de atenção, envolvendo inclusive a dispensação de medicamentos e insumos ao paciente.	**50**
3.3.1 ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO	**51**
3.3.2 PROCESSOS	**53**
3.3.3 MEDICAMENTOS CONTROLADOS PELA PORTARIA 344/98	**59**
3.3.4 CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO	**61**
3.4 Políticas de aquisição de medicamentos	**62**
3.4.1 CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO	**62**
3.5 Protocolos e organizações de atividades de apoio (Serviços administrativos, almoxarifado, limpeza, segurança, apoio logístico, sistemática de manutenção predial e modernização/atualização equipamentos). Dimensionamento de recursos humanos que serão terceirizados.	**63**
3.5.1 OBJETIVO GERAL	**63**
3.5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	**64**
3.5.3 POLÍTICA DAS UNIDADES ADMINISTRATIVAS	**65**

3.5.4 UNIDADES ADMINISTRATIVAS	66
3.5.4.1 ENGENHARIA CLÍNICA	66
3.5.4.2 ENGENHARIA HOSPITALAR	76
3.5.4.3 GESTÃO DE LOGÍSTICA E SUPRIMENTOS	87
3.5.4.4 HIGIENE HOSPITALAR	101
3.5.4.5 LAVANDERIA HOSPITALAR	106
3.5.4.6 TELEFONIA	112
3.5.4.7 PATRIMÔNIO	113
3.5.4.8 PLANTÃO ADMINISTRATIVO	116
3.5.4.9 PORTARIA E CONTROLE DE ACESSO	120
3.5.4.10 SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO	123
3.5.4.11 TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO	126
3.5.4.12 GESTÃO DE SISTEMAS	124
3.5.4.13 GESTÃO DE PROCESSOS	133
3.5.4.14 TRANSPORTES	139
3.5.4.15 UNIDADE DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO	142
3.5.5 ROTINAS E PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (P.O.P.)	157
3.5.6 CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO	157
3.6 Descrição e análise dos problemas de saúde do território e proposta de Monitoramento de indicadores de desempenho, de qualidade, de produtividade dentre outros, além dos previstos no TR com explicação técnica de seu uso, voltados à finalidade assistencial separadamente por nível de atenção.	158
3.6.1 O MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS E SUAS CARACTERÍSTICAS	158
3.6.2 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS PROBLEMAS DE SAÚDE DO TERRITÓRIO	159
3.6.3 CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO	165
3.7 Sistemática de aplicação de ações corretivas de desempenho para os indicadores apresentados.	166
3.8 Apresentação da política de gestão de pessoas a ser praticada, apresentando os critérios de seleção e experiência separadamente por nível de atenção e função.	172
3.8.1 GESTÃO DE PESSOAS	172
3.8.2 MEDICINA DO TRABALHO	174
3.8.3 SEGURANÇA DO TRABALHO	184
3.8.4 RECURSOS HUMANOS	188
3.8.4.1 RECRUTAMENTO E SELEÇÃO	188
3.8.4.2 CARGOS E SALÁRIOS	189
3.8.4.3 DESENVOLVIMENTO E CAPACITAÇÃO	190
3.8.4.4 PROGRAMA DE OPINIÃO PARTICIPATIVA	193
3.8.4.5 AÇÕES SOCIAIS	193
3.8.5 ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAL	196
3.8.6 POLÍTICA INSTITUCIONAL PARA GESTÃO DE PESSOAS	199
3.8.6.1 EDUCAÇÃO CONTINUADA PARA CORPO DE ENFERMAGEM	202
3.8.7 CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO	209
3.9 Dimensionamento de Recursos Humanos	210
3.9.1 PLANO DE TRANSIÇÃO DE CARGOS E VÍNCULOS	222

3.10 Protocolos e organização de atividades administrativas e financeiras.	**223**
3.10.1 CONTABILIDADE	**224**
3.10.2 CONTRATOS	**224**
3.10.3 CUSTOS	**225**
3.10.4 TESOURARIA	**226**
3.10.5 FATURAMENTO	**226**
3.10.6 PROTOCOLOS E ROTINAS	**227**
3.10.7 CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO	**227**
3.11 Descrição detalhada das características e estratégias de implementação de ações voltadas à qualidade. Proposta de implantação de comissões obrigatórias: arquivo médico e estatístico revisão de prontuários, ética médica e de enfermagem, infecção hospitalar, revisão de óbitos, CIPA, comissão de farmácia e terapêutica e ações de vigilância em Saúde direcionada à segurança do paciente e profissionais.	**228**
3.11.1 ACREDITAÇÃO	**229**
3.11.2 COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR (CCIH)	**231**
3.11.3 COMISSÃO E REVISÃO DE ÓBITOS	**241**
3.11.4 COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIO (CRP)	**246**
3.11.5 COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA (CEM)	**252**
3.11.6 COMISSÃO DE FARMÁCIA (CF)	**260**
3.11.7 NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE E QUALIDADE NA ASSISTÊNCIA	**265**
3.11.8 COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES (CIPA)	**272**
3.11.9 COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DA SAÚDE (GRSS)	**277**
3.11.10 COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTES (CIHDOTT)	**282**
3.11.11 COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM	**291**
3.11.12 COMISSÃO DE ÉTICA E PESQUISA	**298**
3.11.13 COMISSÃO DE BIOÉTICA	**312**
3.11.14 CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO	**320**
3.12 Proposta de serviço de atendimento ao usuário e pesquisa de satisfação voltado para as atividades assistenciais.	**321**
3.12.1 OBJETIVOS	**322**
3.12.2 RECURSOS HUMANOS	**323**
3.12.3 CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO	**328**
3.13 Proposta de educação permanente, voltado para as atividades assistenciais	**329**
3.13.1 CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO	**332**
3.14 Proposta de implantação de sustentabilidade ambiental quanto ao descarte de resíduos.	**333**
3.14.1 ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO	**333**
3.14.2 INSTRUÇÕES TÉCNICAS	**333**
3.14.3 INDICADORES DE DESEMPENHO	**334**
3.14.4 LEGISLAÇÃO VIGENTE	**335**
3.14.5 CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO	**336**
3.15 Sistemática de monitoramento e garantia da qualidade e garantia as informação.	**337**
3.15.1 CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO	**341**

4. DOCUMENTO TÉCNICO UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE	**342**
4.1 Organização funcional e operacional propostas para execução das ações e serviços de saúde, garantindo o alcance das metas de produção com qualidade, dos serviços assistenciais, envolvendo desde a gerência até a prestação dos serviços assistenciais ao paciente.	**344**
4.1.1 ORGANIZAÇÃO FUNCIONAL	**344**
4.1.2 ORGANIZAÇÃO OPERACIONAL	**350**
4.1.3 CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO	**351**
4.2 Protocolos, organização e fluxo interno das atividades e ações assistenciais de todos os serviços previstos.	**356**
4.2.1 CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO	**357**
4.3 Protocolos e organização de serviços de farmácia na assistência, separadamente por nível de atenção, envolvendo inclusive a dispensação de medicamentos e insumos ao paciente.	**360**
4.3.1 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	**360**
4.3.2 DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS AO PACIENTE	**361**
4.3.3 DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS AOS SETORES INTERNOS	**362**
4.3.4 GESTÃO DE ESTOQUES	**362**
4.3.5 CONTROLE DE TEMPERATURA E UMIDADE	**365**
4.3.6 RONDA FARMACÊUTICA	**365**
4.3.7 CONFORMIDADE LEGAL	**367**
4.3.8 QUALIDADE	**368**
4.3.9 PROCESSO DE ALTO CUSTO	**370**
4.3.10 INDICADORES DE GESTÃO	**370**
4.3.11 MANUAL DE OPERAÇÃO	**370**
4.3.12 EDUCAÇÃO PERMANENTE	**371**
4.3.13 FARMACOVIGILÂNCIA	**371**
4.3.14 DESCARTE DE MEDICAMENTOS	**372**
4.3.15 CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO	**372**
4.4 Políticas de aquisição de medicamentos	**373**
4.4.1 CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO	**373**
4.5 Protocolos e organizações de atividades de apoio (Serviços administrativos, almoxarifado, limpeza, segurança, apoio logístico, sistemática de manutenção predial e modernização/atualização equipamentos). Dimensionamento de recursos humanos que serão terceirizados.	**374**
4.5.1 GESTÃO DE LOGÍSTICA E SUPRIMENTOS	**374**
4.5.1.1 COMPRAS	**374**
4.5.1.2 ALMOXARIFADO	**375**
4.5.1.3 FARMÁCIA	**376**
4.5.2 HIGIENE	**378**
4.5.3 PATRIMÔNIO	**380**
4.5.4 ENGENHARIA CLÍNICA	**382**
4.5.5 ENGENHARIA DE MANUTENÇÃO	**385**

4.5.6 PORTARIA E CONTROLE DE ACESSO	388
4.5.7 TRANSPORTES	389
4.5.8 JARDINAGEM	391
4.5.9 CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO	393
4.6 Descrição e análise dos problemas de saúde do território e proposta de Monitoramento de indicadores de desempenho, de qualidade, de produtividade dentre outros, além dos previstos no TR com explicação técnica de seu uso, voltados à finalidade assistencial separadamente por nível de atenção.	394
4.6.1 O MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS E SUAS CARACTERÍSTICAS	394
4.6.2 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS PROBLEMAS DE SAÚDE DO TERRITÓRIO	397
4.6.3 UBS EUGÊNIO DE MELO	398
4.6.4 UBS NOVO HORIZONTE	402
4.6.4.1 UNIDADE AVANÇADA - USF MAJESTIC	406
4.6.4.2 UNIDADE AVANÇADA - USF PRIMAVERA	410
4.6.4.3 UNIDADE AVANÇADA - USF SANTA HERMÍNIA	413
4.6.5 UBS VILA TESOURO	415
4.6.6 UBS VISTA VERDE	419
4.6.7 UBS VILA INDUSTRIAL – TATETUBA	423
4.6.8 PROPOSTA DE MONITORAMENTO DE INDICADORES DE DESEMPENHO, DE QUALIDADE, DE PRODUTIVIDADE, DENTRE OUTROS.	427
4.6.9 NOVOS INDICADORES E CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO	428
4.7 Sistemática de aplicação de ações corretivas de desempenho para os indicadores apresentados	435
4.7.1 PDCA (PLAN, DO, CHECK E ACT = PLANEJAR, FAZER, VERIFICAR E AGIR)	435
4.8 Apresentação da política de gestão de pessoas a ser praticada, apresentando os critérios de seleção e experiência separadamente por nível de atenção e função.	438
4.8.1 GESTÃO DE PESSOAS	438
4.8.2 MEDICINA DO TRABALHO	440
4.8.3 SEGURANÇA DO TRABALHO	450
4.8.4 RECURSOS HUMANOS	454
4.8.4.1 RECRUTAMENTO E SELEÇÃO	455
4.8.4.2 CARGOS E SALÁRIOS	456
4.8.4.3 DESENVOLVIMENTO E CAPACITAÇÃO	456
4.8.4.4 PROGRAMA DE OPINIÃO PARTICIPATIVA	459
4.8.4.5 AÇÕES SOCIAIS	459
4.8.5 ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAL	462
4.8.6 POLÍTICA INSTITUCIONAL PARA GESTÃO DE PESSOAS	465
4.8.6.1 EDUCAÇÃO CONTINUADA PARA CORPO DE ENFERMAGEM	468
4.8.7 CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO	472
4.9 Dimensionamento de Recursos Humanos	473
4.9.1 DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL UBS NOVO HORIZONTE	473
4.9.2 DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL UBS EUGÊNIO DE MELO	473
4.9.3 DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL UBS VISTA VERDE	474
4.9.4 DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL UBS TESOURO	474

4.9.5 DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL UBS TATETUBA	475
4.9.6 PLANO DE TRANSIÇÃO DE CARGOS E VÍNCULOS	475
4.10 Protocolos e organização de atividades administrativas e financeiras, separadamente por nível de atenção.	478
4.10.1 GESTÃO FINANCEIRA	478
4.10.2 CONTABILIDADE	479
4.10.2 CONTRATOS	479
4.10.3 CUSTOS	480
4.10.4 TESOURARIA	482
4.10.5 FATURAMENTO	482
4.10.6 PROTOCOLOS E ROTINAS	483
4.10.7 CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO	483
4.11 Descrição detalhada das características e estratégias de implementação de ações voltadas à qualidade. Proposta de implantação de comissões obrigatórias: arquivo médico e estatístico revisão de prontuários, ética médica e de enfermagem, infecção hospitalar, revisão de óbitos, CIPA, comissão de farmácia e terapêutica e ações de vigilância em Saúde direcionada à segurança do paciente e profissionais.	484
4.11.1 ACREDITAÇÃO	485
4.11.2 LEAN INSTITUTE BRASIL	485
4.11.3 COMISSÕES	486
4.11.3.1 COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA	486
4.11.3.2 COMISSÃO DE FARMÁCIA	487
4.11.3.3 NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE E QUALIDADE NA ASSISTÊNCIA	487
4.11.3.4 COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES (CIPA)	489
4.11.3.5 COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DA SAÚDE (CGRSS)	490
4.11.3.6 COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM	490
4.11.3.7 COMISSÃO DE ÉTICA E PESQUISA	491
4.11.3.8 COMISSÃO DE BIOÉTICA	492
4.11.3.9 COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA	492
4.11.10 CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO	494
4.12 Proposta de serviço de atendimento ao usuário e pesquisa de satisfação voltado para as atividades assistenciais.	495
4.12.1 OBJETIVOS	496
4.12.2 RECURSOS HUMANOS	497
4.12.3 SUGESTÕES, QUEIXAS E RECLAMAÇÕES	497
4.12.4 IMPLANTAÇÃO DA PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO	498
4.12.5 RELATÓRIO DE MEDIDAS E AÇÕES (RMA)	499
4.12.6 FLUXOGRAMA QUEIXA FORMAL – S.A.U.	500
4.12.7 PESQUISA DE SATISFAÇÃO	500
4.12.8 CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO	501
4.13 Proposta de educação permanente, voltado para as atividades assistenciais.	502
4.13.1 PROJETO EM EDUCAÇÃO PERMANENTE MULTIDISCIPLINAR	502
4.13.2 CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO	506

4.14 Proposta de implantação de sustentabilidade ambiental quanto ao descarte de resíduos.	**507**
4.15 Proposta de integração da Residência de Medicina de Família e Comunidade dentro da UBS Novo Horizonte.	**509**
4.15.1 CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO	**510**
4.16 Proposta de desenvolvimento das atividades das EAP's e ESF's nas Unidades de Atenção Primária.	**512**
4.16.1 CONSULTAS	**512**
4.16.2 ATIVIDADES DAS EQUIPES DE APOIO	**515**
4.16.3 AÇÕES RELACIONADAS À VIGILÂNCIA EM SAÚDE	**518**
4.16.4 CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO	**521**
4.17 Proposta de implantação de sustentabilidade ambiental quanto ao descarte de resíduos	**523**
4.17.1 CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO	**526**
4.18 Sistemática de monitoramento e garantia da qualidade e garantia as informação.	**527**
4.18.1 CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO	**527**

1. CARACTERIZAÇÃO DA SPDM

A Entidade, SPDM - ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA, é uma Associação civil sem fins lucrativos, de natureza filantrópica, reconhecida de utilidade pública federal, estadual e municipal, respectivamente pelos decretos nos. 57.925, de 04/03/1966, 40.103 de 17/05/1962 e 8.911, de 30/07/1970.

A SPDM tem sua sede social e foro na cidade de São Paulo, Estado de São Paulo, podendo manter filiais com prévia aprovação do Conselho Administrativo, homologada pela Assembléia Geral dos associados. O prazo de duração da SPDM é indeterminado.

A SPDM tem como objetivos:

- Desenvolver atividades assistenciais de natureza médico-hospitalar, diagnóstica e ambulatorial a todas as pessoas que delas necessitam, sem distinção de nacionalidade, cor, sexo ou religião;

- Promover ações e prestar serviço de saúde, inclusive ao Sistema Único de Saúde, e assistência social, gratuitamente ou não, de atenção às necessidades da criança, adolescente e da família;

- Desenvolver o ensino e a pesquisa na área das ciências da saúde , apoiando investigação cientifica, bem como contribuindo para a qualificação profissional;

- Manter o Hospital São Paulo (HSP), hospital universitário da Universidade Federal São Paulo (UNIFESP), bem como outros hospitais, centros de assistência e unidades afins;

- Contribuir para o estabelecimento de políticas públicas e programas visando garantir a universalidade e as oportunidades de acesso à saúde, necessárias ao desenvolvimento humano e social do cidadão, podendo firmar convênios, contratos, parcerias e demais instrumentos jurídicos com outras instituições de natureza pública e/ ou privada, nacional e/ou internacional, de ensino, pesquisa e/ou assistência à saúde.

- Colaborar, a seu exclusivo critério, com atividades da UNIFESP relacionadas à

área da saúde, no “Campus” São Paulo / Vila Clementino, assim como de instituição conveniadas, ouvida a Assembléia Geral.

- Ministrar cursos, produzir e disponibilizar material didático e cientifico assim como tecnologia na área das ciências da saúde;

- Prestar serviços de consultoria, desenvolver, assessorar e gerenciar serviços e sistemas de saúde de natureza pública ou privada e;

- Prestar serviços de consultoria, elaboração, planejamento ou assessoria em projetos arquitetônicos, ambientais e de infra-estrutura em áreas físicas ou imóveis destinados à assistência, ensino e/ou pesquisa na área da saúde.

> Dentro dos seus objetivos, por ser Entidade Filantrópica da área da saúde, a SPDM, em conformidade ao estabelecido no artigo 3º parágrafo 4º do Decreto 2536/98, tem como obrigação ofertar à população carente sem distinção de etnia, sexo, credo ou religião, a prestação de todos os seus serviços aos clientes do SUS.

A lei nº 9.532 de 10 de Dezembro de 1.997, através do artigo 12, trouxe alterações na legislação tributária federal no que tange às entidades filantrópicas, as quais destacamos:

> “Para gozo de imunidade, as entidades filantrópicas estão obrigadas a atender aos seguintes requisitos principais: (a) não perceberem seus diretores, conselheiros, sócios, instituidores, benfeitores ou equivalentes, remuneração, vantagens ou benefícios, direta ou indiretamente, por qualquer forma ou título, em razão das competências, funções ou atividades que lhes sejam atribuídas pelos respectivos atos consultivos; (b) aplicar integralmente seus recursos na manutenção e no desenvolvimento dos seus objetivos sociais; (c) manter a escrituração completa de suas receitas e despesas em livros revestidos de formalidades que possam assegurar sua respectiva

> exatidão; (d) apresentar, anualmente, declaração de rendimentos, em conformidade com o disposto em ato da Secretaria da Receita Federal."

A Associação tem atendido substancialmente aos procedimentos requeridos para suportar suas atividades filantrópicas, inclusive estatutariamente.

A SPDM está preparada para operacionalizar a gestão administrativa de Instituições de Saúde, em parceria com órgãos públicos e privados que busquem excelência em seus serviços, além de possuir estrutura com complexidade variada para a execução de processos diferenciados.

Desde 1994 a SPDM realiza parcerias com entes governamentais para realizar a gestão de Instituições Públicas de Saúde. Em 1998 foi uma das pioneiras a qualificar-se como Organização Social de Saúde para gerenciar hospitais públicos estaduais, mediante contrato de gestão.

Os objetivos da SPDM vão além de cumprir com qualidade e eficiência seu papel de gestora administrativa. A Instituição contribui de forma decisiva para o desenvolvimento de um modelo de gestão que propicie a cultura da qualidade, o respeito ao Bem Público, o desenvolvimento das pessoas e a valorização dos usuários.

A busca contínua da SPDM por melhores práticas de gestão corporativa e a sua missão de atuar com excelência na atenção à saúde, sem preconceito, distinção ou classificação dos cidadãos, fundamentam sua atuação no segmento público. A qualificação, experiência e flexibilidade fazem de sua gestão um exercício constante de múltiplas possibilidades. Assim, impossível deixar de considerar, neste contexto, o seu interesse em solidificar sua visão de ser reconhecida como organização filantrópica brasileira em saúde de maior abrangência e competência.

Fundada em 1933, a SPDM é uma das maiores entidades filantrópicas de saúde do Brasil, atuante em 6 estados da Federação, com aproximadamente 40 mil funcionários, cuja expertise, reconhecida, é a gerência de unidades hospitalares e ambulatoriais construídas e equipadas por Estados e Municípios, tendo como objetivo levar o que há de mais avançado em conhecimento

médico. Para validação e reconhecimento de seu processo de qualidade, destaque-se que, atualmente, cinco unidades possuem Acreditação Canadense – Hospital Geral de Pirajussara; Hospital Estadual de Diadema; SAMU 192 – Regional São José dos Campos; Hospital das Clínicas Luzia de Pinho Melo e Ambulatório Médico de Especialidades de mogi das Cruzes –, enquanto outras treze são acreditadas pela Organização Nacional de Acreditação de Hospitais (ONA), entre as quais sete têm nível III – Excelência: Hospital Estadual de Diadema, Hospital de Clínicas Luzia de Pinho Melo, Ambulatório Médico de Especialidades de Mogi das Cruzes, Ambulatório Médico de Especialidades de Taboão da Serra, Ambulatório Médico de Especialidades de Psiquiatria Dra. Jandira Masur, Centro de Reabilitação Lucy Monto de São José dos Campos, Hospital de Transplantes Dr. Euryclides de Jesus Zerbini.

A SPDM propõe o mesmo modelo assistencial exitoso, baseado na governança clínica da Organização Mundial de Saúde que utiliza-se de quatro aspectos importantes para resultado da qualidade: desempenho profissional, a otimização de recursos, a gestão de risco e satisfação dos pacientes quanto aos serviços prestados.

A preocupação com a segurança do paciente é esteio do modelo assistencial que se explicitada na organização da gestão de risco, nos ROPs, como por exemplo, o check-list cirúrgico implantado nos hospitais Afiliados da SPDM, bem como, em algumas publicações como “Administrando Medicamentos com Segurança” entregue a todos profissionais de enfermagem.

Outra perspectiva relevante da gestão SPDM é sua preocupação a construção do sistema de referência e contra referência, na promoção e integração das diversas unidades de saúde de uma região, tendo publicado em 2009 o Guia de Orientação de Referencia e Contra Referencia Ambulatorial. O intuito da publicação foi possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade, reafirmando os princípios básicos do SUS – universalidade, integralidade, equidade, participação e descentralização, hierarquização e regionalização.

Aspecto diferencial na atuação da SPDM, a Gestão de Pessoas é alicerce das boas praticas assistenciais e administrativas, na busca continua da melhoria, na construção de uma cultura de qualidade. A SPDM, caso seja a escolhida neste certame, adotará estratégias para construção de um ambiente de transição humanizado, alinhado às diretrizes da Secretaria do Estado da Saúde, acolhendo e integrando todos os profissionais, trabalhando a comunicação interna a fim de disseminar o novo modelo de gestão, reduzindo possíveis impactos do processo

de implantação de novas políticas, cultura, valores e sistema de trabalho.

A SPDM tem a expectativa de continuar a contribuir com sua expertise no gerenciamento eficiente e de alto desempenho das atividades, tanto operacionais quanto estratégicos dos Serviços Públicos de Saúde, alinhada às diretrizes estratégicas da Secretaria de Saúde de São José dos Campos. Desta forma, apresenta o Plano Operacional para a gestão do **Hospital Municipal Dr. José de Carvalho Florence** e Unidades de Saúde da Rede Assistencial: **UBS Novo Horizonte, UBS Tesouro, UBS Tatetuba/Vila Industrial, UBS Vista Verde e UBS Eugênio de Melo** em atendimento ao *Processo de Seleção nº 001/SS/2022 – Edital 93/SS/2022.*

2. COMPLIANCE E INTEGRIDADE SPDM

Na última década, a instituição vem envidando esforços para o aprimoramento das ações na área de compliance e integridade, destacando-se o engajamento e apoio da alta administração, a elaboração de Código de Conduta e Ética, a implantação de Canal Confidencial para recebimento de reclamações e denúncias e a elaboração de políticas institucionais, dentre outras ações.

Alicerçada em princípios de transparência e ética, a SPDM, ao longo dos anos, tem consolidado um modelo de gestão que considera diversificação, porte, complexidade e número das unidades geridas. Seu modelo de gestão esta alicerçado em uma cultura de integridade.

Compromisso da Alta Administração

A alta administração da SPDM tem atuado de forma importante na promoção, deliberação e monitoramento das ações de integridade.

Treinamento e Comunicação

Desde 2016, as ações de promoção da integridade foram fortalecidas por meio de treinamentos da Lei nº 12.846/13 (Lei Anticorrupção) e do Manual de Conformidade Administrativa, Políticas e Princípios de Integridade (Código de Conduta da SPDM). Os treinamentos e comunicações foram desenvolvidos de acordo com o público alvo, considerando a didática e a ampla diversidade de perfis dos funcionários da SPDM. Destacam-se vídeos sobre c*ompliance*, disponibilizados nos principais pontos de acesso dos profissionais, aplicativo para celular, banners, intranet, internet (site institucional) e treinamentos presenciais. http://www.spdmafiliadas.org.br/treinamentos/.

Adesão da SPDM ao Pacto Empresarial pela Integridade e Contra a Corrupção do Instituto Ethos / Associação ao Instituto Ethos

Como parte de sua estratégia, a SPDM estabeleceu como metas a adesão ao pacto empresarial pela integridade e contra corrupção do Instituto Ethos e a obtenção do selo "Empresa Pró-ética"- CGU, como ações catalisadoras para a consolidação do Programa de Integridade. A iniciativa busca transparecer o comprometimento da SPDM em implementar ações voltadas à identificação e prevenção de riscos, seja na perspectiva de seus processos internos ou ainda em sua relação com as diferentes partes interessadas.

Participação da SPDM na avaliação do Empresa Pró Ética – CGU (Controladoria Geral da União)

O Pró-Ética é uma iniciativa da CGU – Controladoria Geral da União, que busca fomentar a adoção voluntária de medidas de integridade pelas empresas, por meio do reconhecimento público daquelas que, independentemente do porte e do ramo de atuação, mostram-se comprometidas em implementar medidas voltadas para a prevenção, detecção e remediação de atos de corrupção e fraude.

O Conselho Administrativo da SPDM deliberou em novembro de 2018 sobre a participação da SPDM no Programa "Empresa Pró-Ética" da CGU – Controladoria Geral da União. Alinhada a sua meta estratégica, a SPDM iniciou internamente a análise e o planejamento das ações para que o objetivo fosse alcançado.

No mês de abril de 2021, A SPDM foi aprovada na fase inicial de admissibilidade do Pró-Ética 2020-2021 e que, por essa razão, seu programa de integridade foi avaliado pela equipe responsável do Pró Ética da CGU nos termos do disposto na Seção II, artigos 9º, 11º e 12º do Regulamento Pró-Ética – Edição 2020-2021.

A avaliação da CGU do programa de integridade da SPDM é muito relevante, pois o recebimento de um relatório de auditoria com as recomendações feitas pelo Comitê Gestor do Pró Ética, foi um grande ganho para o aprimoramento do programa de integridade da instituição.

Apresentamos os manuais utilizados pela SPDM, para divulgação do Compliance e Integridade institucional:

Anexo I – Manual de Conformidade Administrativa, Políticas e Princípios de Integridade;

Anexo II – Manual do Colaborador;

Anexo III – Cartilha – Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD).

2.1 PRINCIPAIS AÇÕES

Código de Conduta

O Manual de Conformidade Administrativa, Políticas e Princípios de Integridade da SPDM foi elaborado, conforme os valores e os princípios éticos da entidade de modo a fomentar

a transparência, disciplinar as relações internas e externas da organização, administrar conflitos de interesses, proteger o patrimônio físico e intelectual e consolidar as boas práticas de governança corporativa em conjunto com outros instrumentos normativos da instituição. Estes princípios éticos devem fundamentar a negociação de contratos, acordos, o estatuto social, bem como as políticas que orientam a direção institucional. Seu objetivo é expressar o compromisso da instituição, de seus conselheiros, diretores, funcionários, fornecedores e partes interessadas com a adoção de padrões adequados de conduta. https://www.spdm.org.br/flip/manual_cappi/.

Como um complemento e apoio na divulgação do código de conduta da SPDM, foram elaborados vídeos que apresentam os capítulos do Manual de Conformidade Administrativa, Políticas e Princípios de Integridade em formato animado. Esses são disponibilizados no site da SPDM Afiliadas e intranet.

Políticas, Normas, Manuais e Procedimentos

As Políticas, Códigos e Manuais da SPDM têm o objetivo de dar maior transparência à gestão e processos internos. Os documentos (Políticas, Códigos e Manuais Institucionais) visam à qualidade, segurança transparência e ética na realização dos processos nas unidades sob sua gestão, bem como ao cumprimento das legislações vigentes nos âmbitos Federais, Estaduais e Municipais. http://www.spdmafiliadas.org.br/politicas-normas-e-regulamentos/.

Controles Internos

Na SPDM, a avaliação de controles internos considera, dentre outros aspectos, o porte da instituição, a diversidade dos perfis e a das unidades geridas.

Com o objetivo de ampliar e engajar os profissionais que atuam nas superintendências atualmente existentes, foi definida a criação de grupos de trabalho nos temas Integridade, Financeiro, Fornecedores e Socioambiental. Os objetivos são:

- Promover o desenvolvimento contínuo e incentivar a adoção de boas práticas de controles internos e realizar interfaces com os responsáveis pela Governança e Compliance;
- Contribuir para a padronização das práticas e procedimentos corporativos;
- Garantir que os procedimentos estejam de acordo com a política, normas e padrões da gestão de controles internos; e

- Promover e apoiar a institucionalização de controles internos, oferecendo e buscando suporte necessário para sua efetiva implementação na instituição.

Gestão de Requisitos Legais

Com o objetivo de estar em conformidade com a legislação vigente e mitigar riscos, a SPDM estabelece em sua estratégia o monitoramento dos requisitos legais aplicáveis a cada uma de suas unidades.

Treinamentos

O treinamento compõe um dos principais pilares para a disseminação da cultura de integridades na instituição e abrangem os seguintes temáticas: http://www.spdmafiliadas.org.br/treinamentos/

- Treinamento da Lei Anticorrupção nº 12.846;
- Treinamento do Manual de Conformidade Administrativa, Políticas e Princípios de Integridade;
- Treinamento de Compliance para a equipe diretiva e gestores de área;
- Treinamento de Compliance para colaboradores; e
- Treinamento de Compliance para Fornecedores e Prestadores de Serviços.

Integração de Novos Profissionais

A integração institucional da SPDM, que é realizada no primeiro dia de trabalho dos profissionais, tem o objetivo de socializar e aculturar os novos integrantes ao ambiente da SPDM, bem como conhecer os valores organizacionais e o Manual de Conformidade Administrativa, Políticas e Princípios de Integridade que ancoram o programa de integridade e compliance.

Canais de Comunicação

A SPDM disponibiliza canais de comunicação formal, para acolher opiniões, críticas, reclamações e denúncias das partes interessadas e é operado de forma independente e imparcial, com garantia de sigilo e confidencialidade do autor da mensagem/denunciante e a apuração é realizada por um comitê de conduta dotado de total independência e autonomia funcional.

São alguns meios de comunicação da SPDM:

- Banners – divulgação do código de conduta e do canal de denúncias;
- Vídeos de sensibilização;
- Intranet;
- Aplicativo de aparelho celular - A partir de 2019, foi disponibilizado o aplicativo para smartphone com o Manual de Conformidade Administrativa, Políticas e Princípios de Integridade da SPDM. Este aplicativo possui links de acesso direto ao Canal de Denúncias, por meio dos sites da SPDM e esta disponível em: https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.spdm_mobile.spdm&showAllReviews=true
- Site da SPDM - Uma das iniciativas da SPDM para maior transparência na divulgação das Ações de Promoção de Compliance, foi a inserção de área especifica de Compliance no site da SPDM - www.spdm.org.br. O site da SPDM disponibiliza área exclusiva denominada "Acesso à Informação", para a divulgação dos contratos firmados com a administração pública, produção, balanços, editais e compras e contratação de serviços de terceiros, dentre outros dados das instituições. http://www.spdmafiliadas.org.br/acesso-a-informacao-2/
- ECOS – Espaço de Comunicação Organizacional SPDM - O ECOS é um instrumento de alinhamento que oferece informações institucionais de temas relevantes, como Ética Empresarial, Sustentabilidade, Compliance, Planejamento Estratégico, Resultados Financeiros, Metas e Objetivos Alcançados, entre outros. A divulgação do ECOS ocorre através do site da SPDM Afiliadas e nos painéis de informações das unidades. http://www.spdmafiliadas.org.br/comunicacao/
- Relatório de Compliance e Integridade SPDM - https://www.spdm.org.br/flip/Compliance/#page/1

Relacionamento com Parceiros e Fornecedores

No escopo da implantação do programa de integridade, é fundamental a compreensão sobre a caracterização da cadeia de suprimentos, passando pela compreensão da estratégia das aquisições e contratações realizadas pela SPDM, e o relacionamento com seus fornecedores. Dentre as atividades, destacam-se:

- Manual de Fornecedores - https://www.spdm.org.br/flip/Fornecedores/;

- Portal Eletrônico de Compras – Divulgação do Código de Conduta e Canal de Denúncias para Fornecedores - A SPDM realiza as compras por meio de um portal eletrônico de compras. O controle informatizado do processo permite a SPDM realizar compras de forma transparente e controlada, registrando o histórico das cotações, negociações, compra com resultados facilmente mensuráveis e ações rastreáveis, fortalecendo a transparência nos processos de aquisição;

- Avaliação de Fornecedores - Desde 2000, a SPDM vem aprimorando as ações do Comitê Técnico de Qualificação de Fornecedores – CTQF, que é formado por equipe multiprofissional e tem por objetivo realizar visitas técnicas e verificar o cumprimento de requisitos estabelecidos e formalizados em um check-list padronizado. Outra atribuição do Comitê, além das visitas técnicas, é o monitoramento de alerta dos órgãos reguladores e o controle de desvios de qualidadedos produtos;

- Autoavaliação de Fornecedores;
- Questionários de Due Diligence; e
- Cláusulas Anticorrupção nos contratos com empresas terceiras.

Pesquisa de Cultura de Integridade

Em 2019, com o objetivo de fortalecer e aprimorar a cultura de integridade, foi implantada a Pesquisa Cultura de Integridade da SPDM realizada anualmente, que abordou os seguintes temas: Manual de Conformidade Administrativa, Políticas e Princípios de Integridade da SPDM; Canal de Denúncias; Treinamento da Lei Anticorrupção; Normas e Procedimentos; e Apoio da Alta Administração.

Dito isso,

A SPDM tem a expectativa de continuar a contribuir com sua expertise no gerenciamento eficiente e de alto desempenho das atividades, tanto operacionais quanto estratégicos dos Serviços Públicos de Saúde, alinhada às diretrizes estratégicas da Secretaria de Saúde de São José dos Campos.

Desta forma, apresenta o Plano Operacional para a gestão do **Hospital Municipal Dr. José de Carvalho Florence** e Unidades de Saúde da Rede Assistencial: **UBS Novo Horizonte, UBS Tesouro, UBS Tatetuba/Vila Industrial, UBS Vista Verde e UBS Eugênio de Melo** em atendimento ao ***Processo de Seleção nº 001/SS/2022 – Edital 93/SS/2022.***

3 DOCUMENTO TÉCNICO - HMJCF

3.1 Organização funcional e operacional propostas para execução das ações e serviços de saúde, garantindo o alcance das metas de produção com qualidade, dos serviços assistenciais, envolvendo desde a gerência até a prestação dos serviços assistenciais ao paciente.

A organização dos Serviços Assistenciais inicia-se com a organização do Serviço Médico com o corpo clínico, organização do Serviço de Enfermagem e corpo de enfermagem, organização de outros técnicos como fisioterapia, fonoaudiologia, serviço social, psicologia e disponibilização da tecnologia, equipamentos médico hospitalares, recursos humanos, suprimentos e todos os processos de apoio para atender às necessidades dos profissionais assistenciais na execução das suas atividades.

Em atenção à Diretriz Gestão Corporativa do Modelo Assistencial, foi adotado a Governança Clínica (contemplado na Modelagem dos Processos citados na gestão da qualidade) com atendimento à qualidade assistencial, conforme recomendação OMS, com desempenho dos profissionais (qualidade técnica), otimização de recursos (eficiência), a gestão de riscos e a satisfação dos pacientes com o serviço prestado.

As unidades assistenciais estão alinhadas ao Planejamento Estratégico da Instituição.

3.1.1 DIRETRIZES CLÍNICAS E GERENCIAIS DAS UNIDADES ASSISTENCIAIS

- O HMJCF atenderá o paciente de maneira integral, durante sua permanência na instituição hospitalar, unidades de pronto atendimento, enfermarias, UTI (s), centro cirúrgico, centro obstétrico e unidades neonatais (UTI, berçário e alojamento conjunto);
- Proverá os materiais e medicamentos necessários para o tratamento durante o tratamento hospitalar, de acordo com a listagem do SUS;
- Procedimentos e cuidados de enfermagem necessários durante a internação;
- Assistência médica especializada;
- Utilização de Centro Cirúrgico e procedimentos de anestesia;
- Material descartável necessário para os cuidados médicos e enfermagem;
- Acomodação na hospitalização em quarto individual ou compartilhado, e acompanhante previstas nas legislações que regulamentam o SUS (Sistema Único de Saúde)

- Diárias de UTI, quando necessário;
- Fornecimento de sangue e hemoderivados se for necessário;

Os procedimentos de alto custo, como hemodiálise, ressonância magnética, e outros que se fizerem necessários ao adequado atendimento e tratamento do paciente, de acordo com a capacidade instalada, respeitando a complexidade do Hospital Municipal Dr José de Carvalho Florence.

3.1.2 GESTÃO DE LEITOS DA SPDM AFILIADAS – SISTEMA KANBAN

A falta de leitos hospitalares em praticamente todos os estados e municípios do país é notória. Principalmente nos hospitais públicos. Faltam leitos clínicos, intensivos e quando se trata de leitos cirúrgicos eletivos a demanda reprimida dos pacientes no aguardo em realizar a cirurgia pode levar de quatro meses até anos de espera.

Cabe aos gestores hospitalares, gerenciar os leitos clínicos, cirúrgicos e intensivos otimizando racionalmente o uso de cada leito. Em hospitais públicos, além desses fatores citados, procura-se realizar atendimento de um maior número possível de pacientes com menor custo e com resultado de qualidade assistencial, isto é, com segurança para o paciente e os profissionais que lá atuam.

A SPDM Afiliadas utiliza a ferramenta Kanban, que é uma palavra japonesa que significa literalmente registro, sinal visível ou placa visível. O sistema kanban tem origem na indústria e o objetivo era controlar o movimento de materiais entre centros de trabalho, bem como a produção de novos materiais para recolocar aqueles mandados para o próximo centro de trabalho, usando apenas sinais visuais simples como cartões de informações.

Transferindo esse sistema para um sistema hospitalar, o Kanban pode ser utilizado na gestão de leitos hospitalares, entendido como uma ferramenta de qualificação do gerenciamento de internações, por unidades assistenciais. Então, podemos definir através de um quadro branco visível na Unidade Assistencial os leitos, a data de internação e a previsão de alta que já está definida pelo médico no plano terapêutico de entrada do paciente. Dessa maneira, a equipe multidisciplinar pode acompanhar sua evolução, seus exames complementares e prever a alta com o paciente e familiar.

Com o uso da metodologia Lean temos os rounds das unidades que garantem a interface dos processos assistenciais e de gestão de leitos. A SPDM implantou o NIR – Núcleo interno de regulação, em 2018 que participa dos rounds e monitora os tempos e taxas de ocupação das unidades objetivando a otimização dos recursos.

Observamos que com a ferramenta Kanban, todos os profissionais estão envolvidos na gestão de leitos e da importância da permanência do paciente somente o período necessário para estabilização clínica ou pós-cirúrgico, e a saída para a residência garantindo sua continuidade do tratamento.

O hospital gera oportunidades de maior atendimento clínico e/ou cirúrgico e consequentemente um tempo de permanência menor. O tempo de internação é considerado *Key Indicator,* a rotatividade alta dos leitos garante um maior acesso para a população.

3.1.3 METODOLOGIA LEAN

Para alcance das metas da organização com qualidade optou-se pela adesão da metodologia Lean.

Lean é uma maneira de pensar que utiliza conceitos e ferramentas agregando valor ao cliente, com mínimo de recursos e com máximo de conhecimento das pessoas que estão envolvidas com o trabalho.

A filosofia Lean inicialmente muito empregada nas grandes montadoras, atualmente, têm sido utilizada na área de saúde com resultados relevantes.

Buscando especificar o que é valor, identificar atividades que agregam valor ao cliente, eliminar desperdícios, manter um fluxo contínuo nos processos e buscar a perfeição na assistência ao paciente, a SPDM implantou no Hospital Municipal Dr José de Carvalho Florence de São José dos Campos, a metodologia Lean, inicialmente no Pronto Socorro Adulto (PSA) e atualmente a metodologia permeia quase todo o complexo hospitalar.

Através do mapeamento do fluxo de valor (MFV) estabelece-se o valor do estado atual, promove-se proposta para o estado futuro agregando valor ao cliente.

Tem como objetivo levantar problemas e através de ferramentas de gestão agregar valores que estabilizem os processos, permitindo maior agilidade no fluxo dos pacientes, monitorando os tempos de realização de exames solicitados pelo médico, garantindo o menor tempo possível para promover uma tomada de decisão rápida e assertiva direcionando o

paciente para alta ou internação em curto espaço de tempo.

A Gestão Visual é de fundamental importância para que os processos se tornem claros e de fácil entendimento por toda equipe multidisciplinar.

Outra ferramenta importante é o Round diário com a equipe multidisciplinar respondendo perguntas simples que direcionam o planejamento do cuidado, tornam os problemas visíveis para que possam ser trabalhados e favorecem o fluxo de pacientes e o giro do leito.

São usados Trabalhos Padronizados para orientar a melhor maneira de como executar uma determinada tarefa buscando a estabilização do processo como também a ferramenta A3 para entender a situação atual com o intuito de torná-la melhor a cada dia.

Tendo em vista os bons resultados obtidos pela SPDM no HMJCF, será implantada metodologia Lean na gestão de todos os setores do hospital e da alta liderança.

3.1.4 QUALIDADE ASSISTENCIAL E NÍVEL ORGANIZACIONAL

3.1.4.1 POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO

Para iniciar a temática assistencial trazemos a questão da humanização.

O Grupo de Humanização tem como objetivo, alinhado à missão visão e valores da instituição e ao Plano Nacional de Humanização, cumprir os requisitos legais aplicáveis e gerar ações sustentáveis de impacto social, quanto ao **Acolhimento, Gestão Participativa e Cogestão, Ambiência, Clínica Ampliada e Compartilhada, Valorização do colaborador** e **Defesa dos direitos dos pacientes.**

A grupalidade de humanização sugerida pela SPDM é time multidisciplinar e transdisciplinar, com atividades periódicas assessoradas pelo alta governança, com metas e propostas determinadas no PIH (plano Institucional de Humanização), revisado anualmente. Os escopos atuais são:

- Cuidando do Cuidador: atualmente configuração modificada, obedecendo regras institucionais para diminuição do impacto da pandemia Covid-19;
- Cogestão (sistema de gestão em rede que se conectam por co responsabilização, por compartilharem referenciais ético-estético-políticos): desospitalização de recém-nascidos com consulta marcada na UBS e prematuros com consulta marcada para acompanhamento

especializado , desospitalização de pacientes com autocuidado limitado com parceria de programas de hospitalização domiciliar e outros programas do município;

- Projeto (Plano) Terapêutico Multidisciplinar Singular;
- Clínica Ampliada e Compartilhada: reuniões semanais multidisciplinares nas clínicas;
- Defesa dos direitos dos usuários (Acesso, Visita ampliada e direito do acompanhante a todos os usuários): atualmente obedecendo regras institucionais para diminuição do impacto da pandemia Covid-19;
- Continuidade do cuidado (contato pós alta): Farmácia clínica; Linhas de cuidado implantadas,SCIH e NHVE.

3.1.5 CUSTO EFETIVIDADE ASSISTENCIAL E EXPERIÊNCIA DO PACIENTE

Um dos pontos de referência central no programa da Organização Mundial de Saúde é participação de pacientes e famílias, consumidores e cidadãos dedicados a melhorar a segurança do paciente por meio de um esforço coordenado. A Gerência Geral de Tecnologias em Serviços de Saúde (GGTES/Anvisa) lançou em dezembro de 2012 o projeto Pacientes pela Segurança do Paciente em Serviços de Saúde, incentivando a comunicação/divulgação do Projeto e a publicação dos materiais informativos/educativos sobre o tema.

Alinhados a esta estratégia mundial, a SPDM tem em sua premissa o cuidado centrado na pessoa, dentro das fronteiras de um serviço público, levando em consideração a sustentabilidade e responsabilidade social. A adaptação segura do cuidado as preferências do paciente e familiar, além de sua participação na visita multidisciplinar sendo esta a proposição deste serviço a ser implantado.

A ferramenta utilizada para avaliação da **satisfação** do paciente é a **HCAHPS** (*Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems*), um instrumento de pesquisa desenvolvido pelos Estados Unidos para avaliar os **hospitais** e instituições de saúde que atendem aos seguros de saúde governamentais, o *Medicare* e o *Medicaid*. Abrangem aspectos da **comunicação** com a enfermagem e corpo clínico, limpeza, ambiente, controle de dor e orientações recebidas.

Esta pesquisa deverá ser realizada bianualmente no HMJCF, sendo o plano de melhorias discutido e aplicado com as lideranças executivas e táticas. O questionário serve como balizador da qualidade sob a visão do paciente para nossa instituição.

Conscientes de que a experiência do paciente é a soma de todas as interações do paciente e familiares com a organização ao longo do cuidado, percebemos as oportunidades de aprofundamento da cultura organizacional e melhoria contínua, com foco nas necessidades do paciente, principalmente na comunicação efetiva e trabalho em equipe.

Entendendo que o resultado assistencial depende do desempenho clínico e da boa experiência, serão aplicado esforços em capacitação comportamental dos colaboradores, informação ao paciente e familiar, atualmente prejudicados pelo contexto pandêmico, impossibilitando visitas prolongadas ou acompanhantes em todos os casos de internação.

3.1.6 GERAR VALOR EM SAÚDE

A saúde baseada em valor visa um sistema mais humanizado e eficiente para o paciente, além de garantir acessibilidade ao maior número de pessoas que necessitem do cuidado, incorporando novas tecnologias com sustentabilidade. Para tanto além do que já é realizado no HMJCF a SPDM traz propostas como:

5

A garantia do acesso:

- Mapeamento dos riscos assistenciais com inserção de barreiras (protocolos e rotinas) para previnir incidentes e não conformidades – atraso na alta hospitalar,

- Gestão de leitos,
- Plano terapêutico revisado em visitas multidisciplinares,
- Parceria da equipe multiprofissional com rede de saúde na desospitalização do paciente com autocuidado limitado.

A continuidade do cuidado - reinserção na rede de saúde evitando reinternações hospitalares:

- Alta hospitalar com consulta agendada na rede com parceria da SMS e liberação das agendas,
- Acompanhamento pós-alta dos pacientes das linhas de cuidado trauma, e AVE através de contato telefônico e consultas ambulatoriais de enfermagem, farmácia clínica nutricionista e serviço social, até reabsorção pela rede de saúde,
- Parceria com PAD para acompanhamento domiciliar para pacientes com autocuidado limitado,
- Programa Cuidando do Cuidador,
- Acompanhamento pós alta com pesquisa de desfecho clínico dos pacientes de trauma objetivando reinserção na sociedade.

Novas tecnologias:

- Prontuário e sistema eletrônico,
- Projeto Paper free,
- Sistema de Gestão informatizado,
- Telemedicina

3.1.7 INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA: UMA RELAÇÃO CUSTO-EFETIVA

A infecção hospitalar é um dos principais eventos que ocorrem nos hospitais, por isso é uma marcante preocupação da SPDM que através de sua equipe se dedica intensamente para sua prevenção e controle. Por se tratar de um problema multifatorial a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar do HMJCF já implantada nesta gestão SPDM estabelece ações prioritárias no seu Programa de Controle de Infecção para reduzir os índices de infecção ao mínimo ou até a zero quando possível. Entendemos que reduzir tais taxas é melhorar o resultado assistencial e reduzir os custos da assistência, e temos obtido sucesso ao longo destes anos.

A comparação de taxas e índices de infecção entre unidades deve ser realizada com muito critério, devido às diferenças regionais e ao perfil de cada unidade. Vale ressaltar, entretanto, que índices abaixo de 5% são considerados aceitáveis para taxas de infecção do sítio cirúrgico e infecção global.

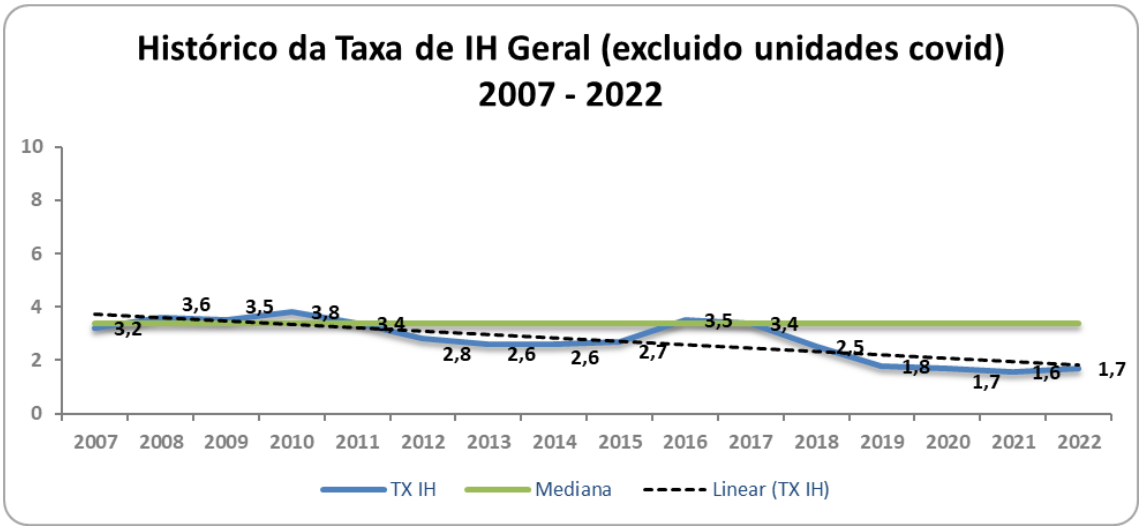


Gráfico: Histórico da taxa de IG Geral do HMJCF na gestão SPDM

Projeto PROADI SUS - UTI Adulto

A SPDM através de sua equipe do HMJCF teve o privilégio de fazer parte do PROADI-SUS, Saúde em Nossas Mãos, Projeto do Ministério da Saúde em parceria com IHI (Institute for Health Improvement) entre os anos de 2.017 e 2.020, com projeto de melhoria focado na Unidade de Terapia intensiva Adulto, setor de 20 leitos, perfil geral.

O PROADI SUS agregou muito valor a nossa instituição, desde método e ferramenta para melhoria de processos até construção de ambiência e trabalho em equipe.

O desempenho do hospital na prevenção de infecção relacionada à assistencia foi contundente, diminuindo dano ao paciente e familiares e evitando gastos desnecessários com eventos adversos.

O HMJCF, em três anos de colaborativa, evitou em sua UTI adulto 109,53 infecções relacionadas a assistência, agregando valor ao paciente, família, sociedade e ao sistema de saúde, com economia de R$ 5.120.655,65.

Apresentamos a seguir os gráficos da nossa série histórica desde 2007 até o momento atual :

Gráfico 1- Densidade de pneumonia associada a ventilação

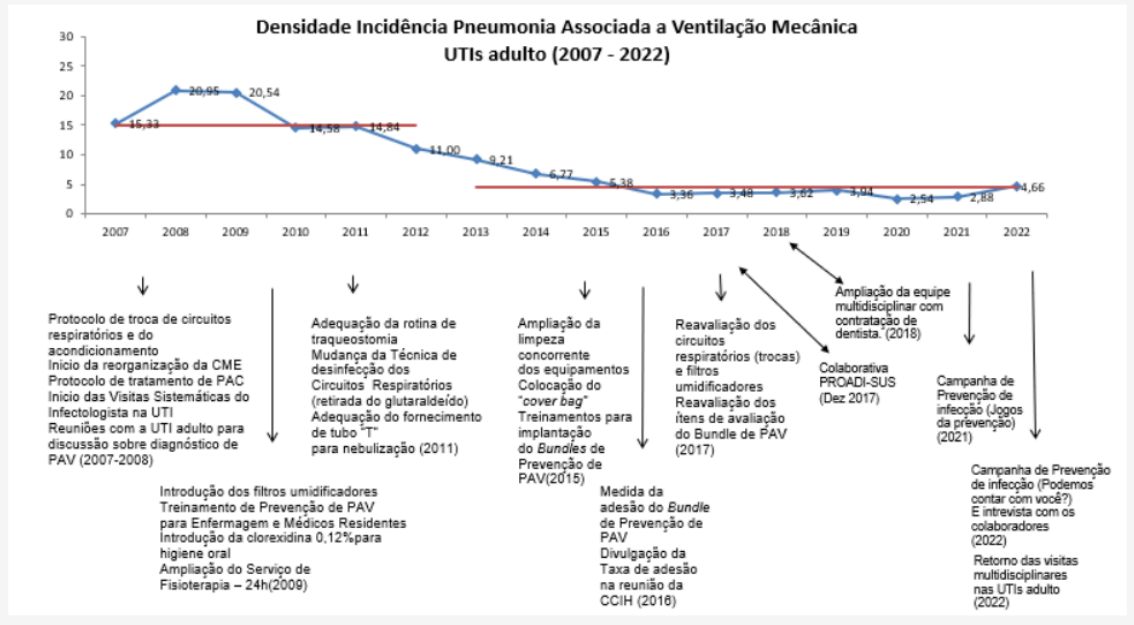
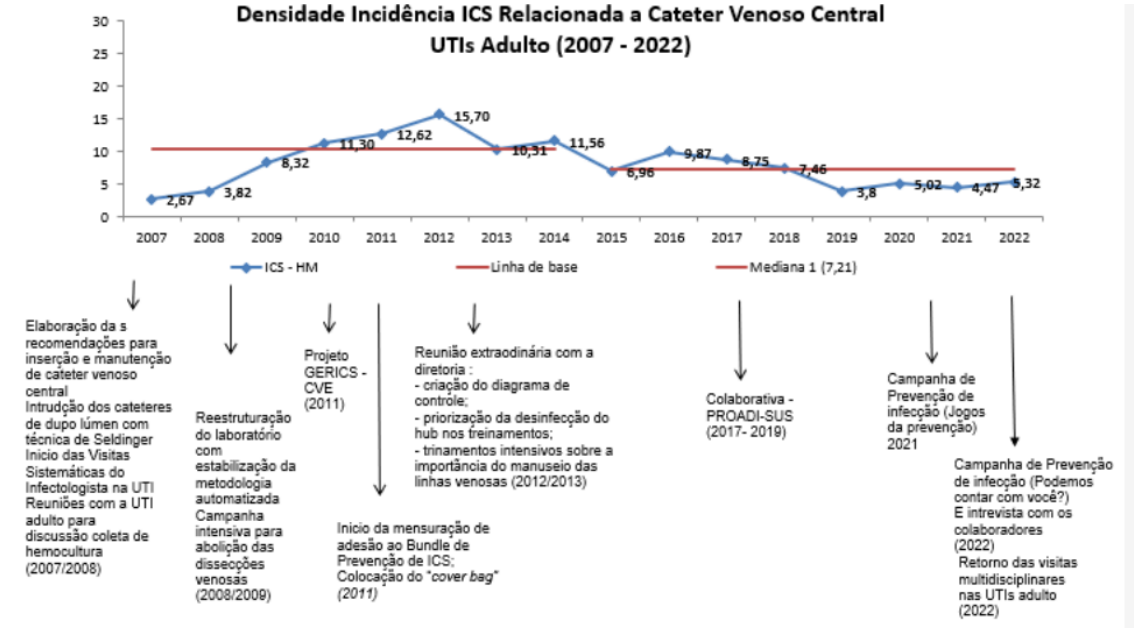
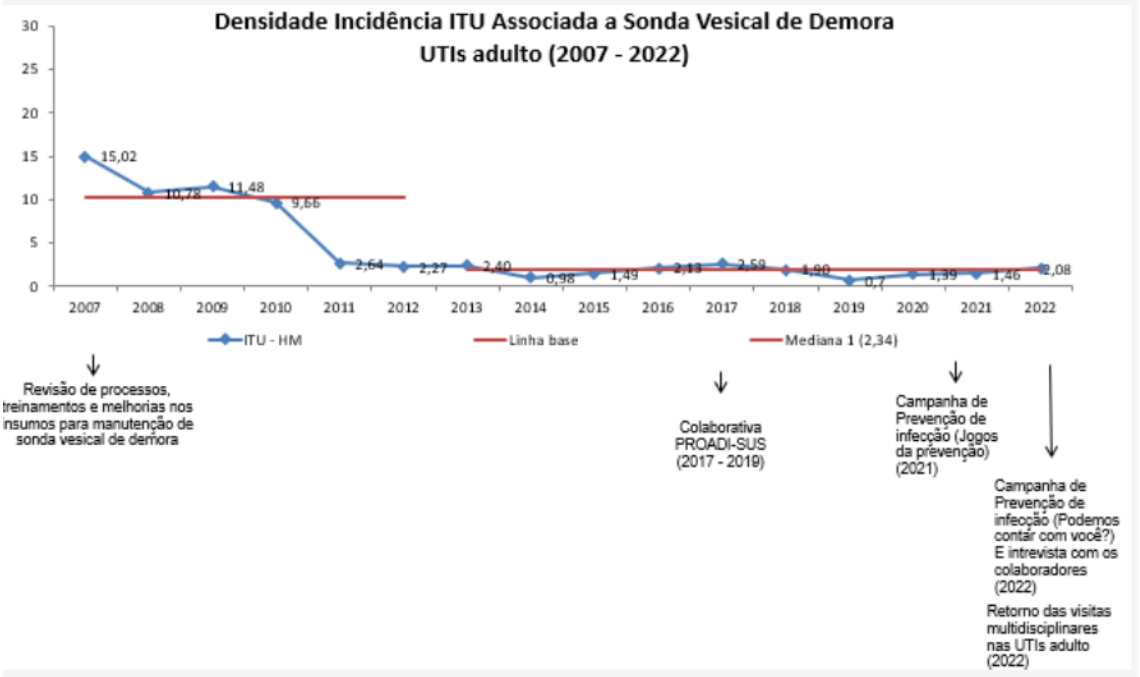


Gráfico 2 - Densidade de incidência de ICS



Importante ressaltar que antes do início da SPDM não eram lançadas as infecções da instituição, portanto apresentamos série histórica a partir de 2007. As ICS tornaram-se conhecidas em sua totalidade após adequações de laboratório e suprimentos e com a reformulação do SCIH.

Gráfico 3 – Densidade de incidência de ITU



Golden hour – UTI Neonatal

A sobrevida de recém-nascidos prematuros (RNPT), definidos como os nascidos vivos com idade gestacional com até 36 semanas 6 dias e/ou menor que 1500g, reflete a estrutura e a qualidade do cuidado antenatal, da assistência ao trabalho de parto e parto e do atendimento neonatal. A estabilização e reanimação do RNPT em sala de parto e na primeira hora de vida é considerada padrão ouro na literatura já que as diversas dificuldades adaptativas do RNPT facilitam o aparecimento de morbidades que contribuem para a mortalidade neonatal. Promover assistência de forma coordenada, sistemática e eficiente na sala de parto são fatores que contribuem positivamente.

Para alcançar este objetivo utiliza-se o conceito hora ouro do prematuro onde rotinas de manejo são adotadas na primeira hora de vida. Em linhas gerais, as metas são: manter a normotermia e saturação alvo, fornecer suporte ventilatório adequado para a prevenção de lesões pulmonares, administração de surfactante e manutenção do equilíbrio metabólico.

A SPDM trabalha o tema construindo a linha da prematuridade onde todas as ações devem ser implementadas na primeira hora de vida do RNPT para garantir a melhor assistência embasada na literatura.

3.1.8 VISITAS MULTIDISCIPLINARES E ELABORAÇÃO DO PROJETO TERAPÊUTICO

Nesta gestão da SPDM no HMJCF, a equipe multidisciplinar realiza diariamente a visita conforme planejamento da assistência do setor, com revisão sistemática do Plano Terapêutico, realizando reuniões semanais nas unidades assistenciais. O objetivo é otimizar tomadas de decisão terapêuticas conjuntas e complementares, alinhar comunicação com paciente e familiares, planejar a participação de paciente e familiar no seu cuidado, visando eficiência da assistência durante o processo de internação e planejamento oportuno de alta hospitalar multidisciplinar. Ainda percebemos pontos possíveis para implementação de melhorias os quais serão fortemente buscados.

Dentro de nosso modelo assistencial, a informação ao paciente e familiar é um dos pontos estratégicos para garantia da segurança do paciente, continuidade da assistência e satisfação do cliente.

Visita Aberta e Direito a Acompanhante

A SPDM segue as propostas da Política Nacional de Humanização e amplia o acesso dos visitantes às unidades de internação, de forma a garantir o elo entre o paciente, sua rede social e os diversos serviçosda rede de saúde, mantendo latente o projeto de vida do paciente.

3.1.9 TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Com a gestão SPDM, consentimento informado é aplicado antes da realização de procedimentos com potencial para causar algum dano ou agravo à saúde, ou apresentar efeitos indesejáveis durante ou após o procedimento, sendo o risco estabelecido pelo médico executor do procedimento.

O Consentimento Informado é uma oportunidade de fortalecimento do vínculo entre profissional e paciente e/ou familiar, assim como um dos meios para garantir a segurança dos processos de risco. O termo de consentimento só é válido se atrelado ao processo educacional do paciente e familiar.

O princípio da autonomia da vontade presente no Código Civil, nos artigos 13 e 14, confere à pessoa humana o direito de dispor do próprio corpo.

Em âmbito nacional, o atual Código de Ética Médica — no capítulo que disciplina a relação médico-paciente intitulado “Direitos Humanos” — impõe ao profissional de saúde o dever de prestar todas as informações ao enfermo para que ele possa decidir livremente sobre si e seu bem-estar, ou seja, para que ele tenha o direito de consentir ou recusar os procedimentos propostos (artigos 46, 48, 56 e 59).

É de se notar que o referido Código obriga o profissional da saúde a prestar todas as informações ao paciente acerca do diagnóstico, do prognóstico, dos riscos e objetivos do tratamento, prevendo apenas duas exceções: quando a informação possa causar-lhe dano e no caso de iminente risco de vida. Consentimento Informado para Pesquisas Clínicas é regulamentado pela Resolução número 196, de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde.

Após a explanação, o paciente e ou responsável tem a oportunidade de fazer perguntas, sendo as mesmas respondidas de forma clara e compreensível. Cabe ao profissional responsável pelo processo certificar-se que o paciente entendeu e teve suas dúvidas esclarecidas.

A aplicação do Consentimento Informado não isenta o profissional de responsabilidades sobre os resultados do procedimento. Após o esclarecimento, o profissional responsável documentará o processo no prontuário do paciente.

3.1.10 ACOMPANHAMENTO DOS INDICADORES ASSISTENCIAIS E ESTRATÉGICOS

Os indicadores assistencias são escolhidos em consonância às metas do contrato de gestão, metas do caderno de metas estratégicas da SPDM, metas dos protocolos assistenciais, metas nas ROPs e boas práticas, segundo entrega para os stakeholders do nosso seviço.

Os indicadores são acompanhados mensalmente, análises críticas realizadas mensal, trimestral ou semestralmente, a depender do risco estratégico do ítem avaliado. Os riscos, oportunidades, pontos fortes e fracos, além das ameaças estão descritos em análise SWOT da estratégia em documento vivo da alta liderança.

3.1.11 NÚCLEO HOSPITALAR DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

O HMJCF possui NHVE o qual é responsável pela detecção de casos suspeitos de Doenças e Agravos de Notificação Compulsória (DNC), avaliação e notificação daqueles que se

enquadrem na definição de caso. Seguem as principais ações do NHVE:

- Busca ativa dos casos suspeitos ou confirmados de Agravos/Doenças de Notificação Compulsória;
- Acompanhamento e encerramento do caso, com o preenchimento do resultado de sorologias, alta hospitalar, transferência, e encaminhamento dos dados à Secretaria Municipal de Saúde;
- Unidade Sentinela de Coqueluche; de Influenza; Acidente Trabalho Grave; do Monitoramento das Doenças Diarreicas Agudas (MDDA);
- Notificação de Óbitos: Materno, infantil (até 1 ano), fetal e mulher em idade fértil (49 anos) à Secretaria da Saúde Municipal;
- Referência para violência sexual;
- Tratamento e interface para a entrega de medicações para leishmaniose;
- Preenchimento do banco de dados do Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SIPNI) - (Hepatite B e BCG);
- Controle dos Imunobiológicos Especiais, com validação da indicação e solicitação ao Centro de Referência Imunobiológico Especial (CRIE).
- Fechamento mensal das vacinas utilizadas e solicitação da grade vacinal junto à Secretaria da Saúde para o mês subsequente;
- Investigação epidemiológica de surtos e implantação medidas de controle;
- Unidade sentinla para malária;

3.1.12 COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TRANSPLANTE - CIHT

A Comissão Intra-hospitalar de Doação de órgãos e transplante do HMJCF foi instituída em março de 2009. Segundo a Portaria 2600/09 de outubro de 2009. Está vinculada a OPO (Organização de Procura de Órgãos-UNICAMP.

A CIHT atua viabilizando o diagnóstico de morte encefálica; articula com a Central de Transplante o processo de doação e captação de órgãos; educação continuada; entrevista familiar; realiza reunião mensal; integração de novos colaboradores; notifica óbitos da UTI para Central estadual de transplantes; relatório de gastos referente a cada protocolo de morte encefálica; educação continuada; indicadores e relatório mensal.

As documentações relativas à identificação captação e consentimento familiar necessários a validação do doador estão de acordo com Lei 9.434, Decr.9.175 e Res. CFM 2.173 de 2017.

Somos um dos hospitais que mais doa órgãos no vale do Paraíba. Em 2017 tivemos destaque como o hospital que mais doou coração no estado de São Paulo.

Gráfico 1 - Número de captações

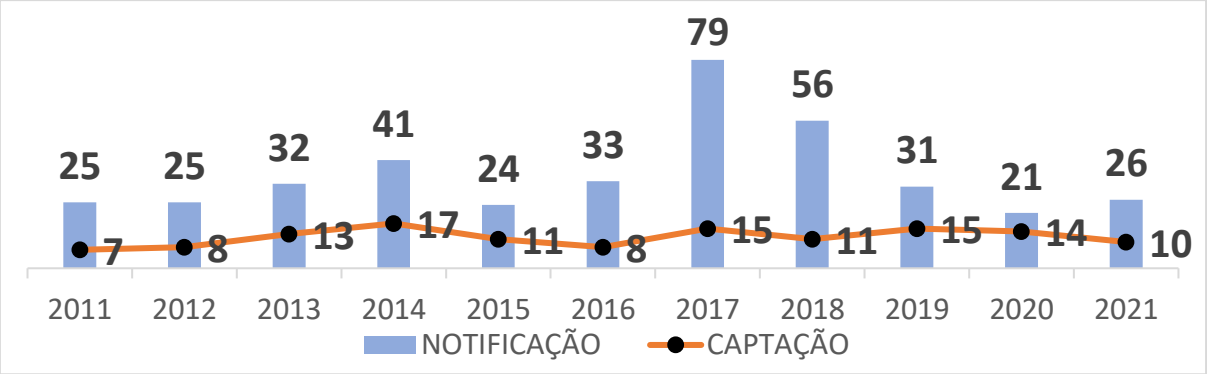


Gráfico – Número de órgão captados HMJCF – Gestão SPDM

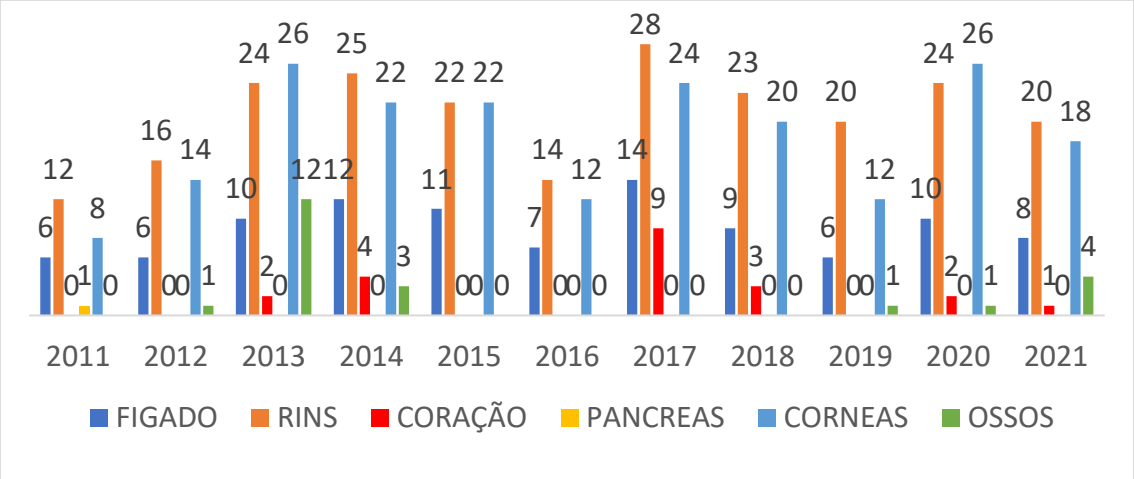


Gráfico – Órgão captados HMJCF – Gestão SPDM

3.1.13 GESTÃO DO CORPO DE ENFERMAGEM

A Diretoria de Enfermagem do HMJCF gestão SPDM, é o órgão responsável por implantar as políticas, filosofias e diretrizes para atividades relativas à assistência de enfermagem ao paciente em regime de internação, ambulatorial e emergência. Coordena, prevê e organiza a equipe a fim de proporcionar todas os recursos necessários à prestação de cuidados

aos pacientes, priorizando a geração de valor para a saúde, desfecho clínico, experiência do paciente e redução do desperdício. Apresenta-se como um órgão estimulador do enfermeiro na integração docente-assistencial, no ensino e na pesquisa.

A Gestão Serviços de Enfermagem adota um modelo de governança compartilhada, com maior autonomia dos enfermeiros operacionais e gerenciais com objetivo de promover harmonia de equipe, menos conflitos, satisfação no trabalho, melhor comunicação, colaboração, crescimento profissional e menor rotatividade de enfermeiros e consequentemente melhor qualidade na assistência prestada ao paciente.

Alinhamento do corpo de enfermagem às políticas institucionais:

Requisitos de Estrutura: Credenciamento e habilitação da equipe técnica, Dimensionamento da Equipe, Cumprimento de escala de plantão.

Requisitos de Processo: Manual de Diretriz da Enfermagem, Protocolos Multidisciplinares, Manuais de procedimentos ; Educação Permanente; Adesão aos Protocolos Multidisciplinares, Protocolos de Prevenção, Qualidade da informação no prontuário, Qualidade da informação na passagem de plantão, Qualidade da informação nas transferências internas e externas, gerenciamento de linhas de cuidado.

Requisitos de Satisfação do Cliente e humanização: Qualidade da Informação e comunicação aospacientes e familiares, Fluxo bem estabelecido de Informação aos usuários, Avaliação da satisfação por Unidade de Internação, Decisão compartilhada/Consentimento Informado, Queixas no SAU resolvidas, Avaliação da Experiência do Paciente, Alta responsável/Segura.

Atribuições Gerais

- Participar do processo de planejamento de assistência de enfermagem, observando princípios científicos, tecnológicos e normas da Diretoria de Enfermagem Corporativa;
- Propor critérios a serem avaliadas pela Diretoria de Enfermagem Corporativa para dotação de recursos humanos e materiais necessários ao atendimento de enfermagem a pacientes externos e internos;
- Supervisionar a equipe de enfermagem em relação a assistência ao paciente;
- Desenvolver programa de educação continuada, baseadas nos programas corporativos, afim de garantir a utilização máxima de habilidade e potencial de sua equipe de

trabalho;

- Promover a avaliação periódica referente ao desempenho por competência, do pessoal e à assistência prestada ao paciente;
- Promover sistema de informação adequado sobre a produção de atividades realizadas e de normas institucionais relacionadas à área de enfermagem;
- Assegurar a continuidade dos programas de assistência aos pacientes externos e internos;
- Atribuições relacionadas à Unidade de Internação Geral e às Unidades Especiais
- Proporcionar assistência integral individualizada, nas 24 horas aos usuários adultos e/ou infantis, nas fases de diagnóstico, tratamento, incluindo o pré, trans e o pós-operatório de gestante/puérpera, e a pacientes em estado crítico e/ou emergencial.
- Assegurar baixo nível de infecções através de controles e procedimentos especiais.

Os Profissionais que atuam na Diretoria de Enfermagem são a Diretora de Enfermagem, Gerente de Enfermagem, Supervisor de Educação Continuada e Supervisores de Enfermagem.
O Corpo de Enfermagem é composto por: Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Auxiliares de Enfermagem.

Modelo Assistencial de Enfermagem

O Modelo Assistencial de Enfermagem está fundamentado:

1)Nas Teorias das Necessidades Humanas Basicas (HORTA), Teoria do Autocuidado (DOROTHEA OREM) e Primary Nursing: o Primary Nursing é um método para organização do trabalho da equipe de enfermagem, onde uma enfermeira (principal) assume a responsabilidade pela coordenação dos cuidados de enfermagem a um ou mais pacientes e sua família, tornando-se referência para grupo de pacientes .
Desde 2007, este modelo é utilizado na gestão das enfermarias e linhas de cuidados, sendo os enfermeiros com autonomia administram a gestão dos cuidados aos pacientes, organizam o trabalho de enfermagem e estudam as informações da evolução dos pacientes auxiliando a equipe multiprofissional e familiares dos pacientes.

2*) Processo de Enfermagem/Sistematização da Assistência de Enfermagem* (SAE): O Processo de Enfermagem é um método científico planejado para identificar problemas de

enfermagem, determinar as necessidades básicas afetadas e prescrever ou recomendar qual cuidado deve ser dado à pessoa, família ou comunidade, por meio de uma Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). No HMJCF, a SAE é realizada em todas unidades assistenciais através de sistema informatizado, prontuário eletrônico em todas as suas fases (Coleta de dados, Diagnostico, Prescrição, Implementaçao e Avaliação) de forma que todo o processo assistencial seja padronizado, auditado com a garantia de incremento do resultado assistencial e da segurança do paciente, que garanta o cuidado individualizado com segurança. Como referencial utilizamos a Taxonomia NANDA (North American Nursing Diagnosis Association).

3*) Gerenciamento dos Riscos*: Desde o ano 2000 , nas unidades assistencias realizamos a identificação de risco dos pacientes, sendo a primeira ação de prevenção a elaboração do protocolo de terapia medicamentosa pela equipe de enfermagem e de farmácia. Para realização das avaliações de risco (ex.: Flebite , Queda , Lesão por pressão, Broncoaspiração) são utilizadas escalas validadas, realizadas pelo enfermeiro desde a admissão do paciente no nosso serviço, sendo os pacientes incluídos em protocolos e barreiras já implantadas de acordo com cada risco em nossa instituição.

4) *Sistema de Classificação de Pacientes por grau de dependência:* Nas Unidades de Internação, é utilizado o Sistema de Classificação de pacientes para realização de dimensionamento de pessoal de enfermagem, sendo a distribuição da equipe baseada na complexidade e grau de dependência dos pacientes.

Acolhimento com Classificação de Risco:

No HMJCF desde o início da gestão da SPDM, visando a segurança do paciente no Pronto Atendimento e atendendo a Política Nacional de Humanização, a equipe de enfermagem realiza o protocolo de acolhimento com classificação de risco, atualmente utilzando o protocolo Manchester através de sistema informatizado/prontuário eletrônico.

Educação Continuada de Enfermagem:

No processo de governança corporativa e compartilhada o papel da Educação continuada é fundamental, e está presente como parte da educação permanente multidisciplinar garantindo o Modelo Assistencial do Serviço de Enfermagem por capacitação e treinamento da equipe atuando atraves de estratégias de ensino que viabilizem o processo ensino-aprendizado dos profissionais e estejam em consonância com os preceitos da

Andragogia. Metodologias ativas são adotadas, estimulando o pensamento crítico e reflexivo, e a postura proativa dos colaboradores. Utilziamos ferramentas como cases, simulações realísticas e uso de bonecos de treinamento.

No HMJCF gesão SPDM, todos os profissionais da equipe de enfermagem são capacitados conforme o modelo assistencial de enfermagem da SPDM, desde a sua admissão, sendo acompanhados e avaliados periodicamente. Além disso, todos os profissionais são capacitados em segurança do paciente com foco na melhoria do resultado assistencial, sendo os indicadores assistencias monitorados visando a melhoria contínua.

Promovemos também treinamentos e capacitações teórico-prático para os colaboradores com enfoqueno no desenvolvimento das habilidades dos profissionais atualizando e aperfeiçoando o atendimento aos pacientes através da melhora na performance. Além de permitir que o colaborador se sinta mais confiante para atuação técnica.

Dentro do programa de desenvolvimento do profissionais trabalhamos com a ferramenta de avaliação por competências e papéis e responsabilidades, identificando as competências requeridas para todos os profissionais por funções da equipe de enfermagem, analisando as competências insuficientes e realizando o plano de desenvolvimento individual. Estimulamos o autodesenvolvimento do corpo de Enfermagem, incluindo cursos de especialização e MBA, realizamos processos de contratação internos de enfermeiros priorizando nossos técnicos de enfermagem que possuem diplomas de graduação.

A diretoria de enfermagem utiliza o PPCE – Plano de Progressão da carreira do enfermeiro estimulando o desenvolvimento profissional e a conquista de novos cargos e responsabilidades dentro da Instituição.

3.1.14 GESTÃO DO CORPO CLÍNICO

Utilizamos a diretriz corporativa de gestão do Modelo Assistencial, a Governança Clínica preconiza a qualidade assistencial, conforme recomendação OMS, com desempenho dos profissionais (qualidade técnica), otimização de recursos (eficiência), a gestão de riscos (segurança do paciente) e a satisfação dos pacientes com o serviço prestado.

No Hospital Municipal Dr. José de Carvalho Florence, todo o corpo clínico segue o Regimento Interno da SPDM Afiliadas voltado a essa classe de profissionais e tomam conhecimento do Modelo da Governança Clínica, acordado com a alta liderança no que tange à produção de cada especialidade médica, assim como os objetivos da assistência com excelência e seus respectivos resultados.

A governança clínica é uma evolução, apropriada e necessária, da gestão do corpo clínico para melhorar a qualidade assistencial com a colaboração dos médicos. Por meio do cuidado centrado na pessoa e foco nos resultados, comprometimento da alta gestão, valorização dos profissionais envolvidos, o desenho dos processos assistenciais conforme perfil epidemiológico para responder às necessidades dos munícipes, temos uma rede assistencial sustentável.

O Corpo Clínico é o conjunto de médicos da instituição com a incumbência de prestar assistência aos pacientes que a procuram, gozando de autonomia profissional, técnica, científica, política e cultural.

Os objetivos do corpo clínico são: prestar assistência de excelência, com cuidados sistematizados e individualizados, manter o foco na segurança do paciente, garantir a informação de boa qualidade e incentivar a participação dos pacientes e familiares no tratamento, alinhado às diretrizes institucionais e aos planos diretivos da política de saúde regional.

Estrutura

A estrutura do corpo clínico acompanha o modelo assistencial, possibilitando assim continuidade do atendimento, interdisciplinaridade e visão integradora.

De acordo com o artigo 15 da Lei nº 3.999, de 15.12.61, os cargos ou funções de chefia de serviços médicos somente podem ser exercidos por médicos habilitados na forma da lei. Os médicos do Hospital Municipal Dr. José de Carvalho Florence exercem as seguintes funções:

I. Diretor Técnico;

II. Diretor Clínico;

III. Coordenador de área;

IV. Coordenador de serviço e de programa de residência médica;

V. Médico Diarista (atendimento horizontal);

VI. Médico Plantonista;

VII. Médicos de procedimentos eletivos: consultas ambulatoriais, cirurgias eletivas, procedimentos e exames de diagnose.

Qualificações

Requisitos avaliados para os cargos de Liderança médica: curso superior de Medicina; estar devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina; não ter restrições no Conselho Regional de Medicina; ter Residência Médica ou especialização reconhecida na área de atuação quando aplicável.

Atividades

Os coordenadores médicos participam das reuniões estratégicas para alinhamento das atividades assistencias de acordo com o planejamento institucional; fazem acompanhamento dos relatórios junto à Comissão da Qualidade; acompanhamento dos relatórios de Fluxo Assistencial; gerenciamento dos leitos clínicos; acompanhamento das auditorias clínicas; participam da Gestão de Risco das unidades hospitalares; acompanham os indicadores assistenciais; apresentam relatório das atividades previstas, de acordo com modelo padronizado; participam das reuniões de integração com a rede.

Os médicos diaristas são responsáveis pelo acompanhamento diário dos pacientes e realizar evolução clínica, bem como pelo acompanhamento do Plano Terapêutico, realizar visitas multidisciplinares e contato com os familiares.

Os médicos plantonistas são responsáveis pelo atendimento direto do paciente, traçar o plano terapêutico inicial, fazer cobertura em tempo integral e nos finais de semana. A equipe deve estar com a escala organizada com um mês de antecedência para encaminhamento ao RH. Qualquer eventualidade que justifique troca ou substituição é solicitada a autorização ao coordenador por escrito, com antecedência para viabilização da cobertura. Os casos de emergência são avaliados de maneira pontual pelo coordenador.

Avaliação Por Competência

A definição das competências do corpo clínico é acordada com os Coordenadores de Área, Coordenadores de Serviços, Diretor Clínico e Recursos Humanos.

Anualmente é entregue relatório de avaliação por competência realizado pelo coordenador, validados pelo Diretor Clínico e pelo RH. A partir desta avaliação e os resultados

dos indicadores da Diretoria Clínica, será definido programa anual de capacitação do corpo clínico em conjunto com a Diretoria Clínica.

3.2 Protocolos, organização e fluxo interno das atividades e ações assistenciais de todos os serviços previstos.

As diretrizes clínicas são documentos informativos que incluem recomendações dirigidas a otimizar o cuidado prestado ao paciente. Todos os documentos são gerenciados na Gestão Documental do nosso serviço, seguindo as recomendações ISO 9.001 – 2018, disponíveis para consulta na rede intranet e em pasta de rede do sistema informatizado. As diretrizes são desdobradas em linhas de cuidado ou eixos assistenciais.

Linha de cuidado representa um continuum assistencial composto por ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação". É o itinerário que o usuário faz por dentro de uma rede organizada de saúde.

As linhas de cuidado institucionais sugeridas para o novo plano de trabalho do HMJCF foram escolhidas pelo risco clínico da patologia, prevalência e boas práticas consagradas em literatura:

- Linha de cuidado da Fratura de fêmur no Idoso
- Linha de cuidado do paciente politraumatizado
- Linha de cuidado do AVE
- Linha do cuidado da Prematuridade
- Linha de cuidado Parto seguro e humanizado

Para otimizar os resultados assistenciais esperados é fundamental estabelecimento de **protocolos multidisciplinares de atendimento, embasados cientificamente** para principais patologias, no sistema de linhas de cuidado e na epidemiologia assistencial do hospital, garantindo uniformidade na assistência e melhores práticas.Também são necessários a parceria e o fortalecimento da rede de assitência a saúde (RAS) para alcançar os objetivos propostos para o paciente até sua reabilitação.

Importante citar que os protocolos clínicos por patologia mais incidentes nas unidades de internação, são definidos como Protocolos Clínicos institucionais:

- Protocolo de Dor torácica
- Protocolo de Sepse

- Protocolo de Trauma
- Protocolo de AVE (Acidente Vascular Encefálico)
- Protocolo de Lesão por pressão
- Protocolo de quedas
- Protocolo de flebite

Protocolo de Dor torácica

A dor torácica é sintoma muito frequente, sendo responsável, nos países desenvolvidos, por mais de 5 milhões de visitas anuais às unidades de emergência; representando 5 a 10% de todos os atendimentos no setor. Em nosso país, a estimativa gira em torno de 4 milhões de atendimentos por queixa de dor torácica a cada ano.

Apesar dos avanços alcançados nas últimas décadas, a abordagem da dor torácica ainda representa uma difícil tarefa, principalmente na identificação da dor associada a um evento cardiovascular (cerca de 30% dos casos totais), onde o diagnóstico precoce permite um tratamento mais rápido e eficaz com impacto na ocorrência de desfechos desfavoráveis, como insuficiência cardíaca e óbito.

Para uma abordagem sistematizada e eficaz, o HMJCF se utiliza de um protocolo assistencial para o atendimento de pacientes com sintomas compatíveis de uma síndrome coronária aguda (SCA). O protocolo, auxilia as rotas de tratamento e manejo destes pacientes, baseado na Diretriz de Dor Torácica na Sala de Emergência Definições de Graus de Recomendação e Níveis de Evidência Sociedade Brasileira de Cardiologia. Também se utiliza de laudo de ECG remoto para auxilio na tomada de decisão clínica.

As diretrizes assistem aos pacientes que chegam ao nosso Pronto Atendimento transferidos de outros pronto atendimentos ou pela demanda espontânea. Como o HMJCF não dispõe de hemodinâmica contamos com a liberação de vagas de outro serviço do município.

Protocolo de Sepse

A sepse é um conjunto de manifestações graves em todo o organismo produzidas por uma infecção. Segundo o Instituto Latino Americano de Sepse (ILAS), esta condição apresentada pelo paciente é responsável por 25% da ocupação de leitos em UTIs no Brasil. Atualmente a sepse é a principal causa de morte nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e uma das principais causas de mortalidade hospitalar tardia, superando o infarto do miocárdio e o câncer. Tem alta mortalidade no país, chegando a 65% dos casos, enquanto a média mundial está em torno de

30-40%. Segundo um levantamento feito pelo estudo mundial conhecido como Progress, a mortalidade da sepse no Brasil é maior que a de países como Índia e a Argentina.

A doença é a principal geradora de custos nos setores público e privado. Isto é devido a necessidade de utilizar equipamentos sofisticados, medicamentos caros e exigir muito trabalho da equipe médica.

Considerando que seu reconhecimento precoce e e tratamento adequado são fatores primordiais para a mudança deste cenário, a implementação de protocolos clínicos gerenciados é uma ferramenta útil neste contexto, auxiliando as instituições na padronização do atendimento ao paciente séptico, diminuindo desfechos negativos e proporcionando melhor efetividade do tratamento.

Para esta abordagem sistemática e eficaz, de prevenção, identificação e tratamento da sepse, o HMJCF faz uso de seu protocolo gerenciado para padronizar critérios mínimos para diagnóstico precoce e a padronização de medidas terapêuticas iniciais para o manejo da sepse, choque séptico, objetivando a redução da mortalidade associada. O protocolo é baseado nas diretrizes do ILAS e Campanha de Sobrevivência a Sepse (SSC, Surviving Sepsis Campaign e visa o tratamento de pacientes adultos e pediátricos nas unidades de urgência e emergência, nas unidades de internação e nas unidades de terapia intensiva.

Linha de cuidado do paciente politraumatizado

Segundo a Organização Mundial da Saúde, os traumas decorrentes de causas externas são os principais motivos de morte assim como lesões incapacitantes em pessoas de 5 a 29 anos. Cada dia morrem 16.000 pessoas em decorrência de trauma (Affonso et al., 2017). No Brasil, está no ranking das principais causas de mortalidade e altos índices de morbidade. As principais causas de trauma são os acidentes de trânsito (24,9%), queda da própria altura (24,7%) e agressões físicas (18,4%).

Visando uma uniformização e maior efetividade do atendimento ao trauma o objetivo do protocolo é diminuir morbimortalidade e reduzir sequelas por trauma no município de São José dos Campos através da normatização da abordagem multidisciplinar de assistência ao paciente politraumatizado, desde o momento da comunicação do pré-hospitalar e/ou chegada do paciente ao pronto-socorro até o momento da sua alta, por meio de ações de vigilância, prevenção e promoção da saúde, ampliando e qualificando o acesso humanizado e a atenção integral ao paciente traumatizado.

Em 8 de julho de 2013 pela Portaria N° 1.365 foi aprovada e instituída a Linha de Cuidado ao Trauma na Rede de Atenção às Urgências e Emergências. Linha de Cuidado ao Trauma

denomina-se por processo integrado, sistematizado voltado a atenção ao paciente de trauma com foco na prevenção da doença, agravos; garante padrões adequados de acessibilidade aos recursos tecnológicos, à gravidade dos casos e à continuidade do cuidado.

A Linha de Cuidado ao paciente traumatizado, implantada desde 2014no HMJCF pela gestão da SPDM, e os protocolos a ela pertencentes propõem a padronização do atendimento e manejo do paciente entre os profissionais de saúde da instituição, de maneira a respeitar-se os princípios da equidade e da integralidade. Visando uma uniformização e maior efetividade do atendimento ao traumatizado no hospital seguindo a padronização do atendimento ao politraumatizado do Colégio Americano de Cirurgiões, com o sistema ABCDE do Advanced Trauma Life Support -ATLS (Galvão, Rodrigues & Santana, 2017). Preconizamos ações multidisciplinares adotadas na assistência ao paciente desde a sua entrada e durante sua permanência, definindo também os retornos para acompanhamento pós-alta e os encaminhamentos necessários para as unidades de reabilitação.

Protocolo de AVE

O AVC é a segunda causa de morte no Brasil e a primeira causa em adultos. A primeira causa de incapacidade adquirida no mundo. Em oitenta por cento dos casos, estamos diante de um AVCI.

As melhores evidências clínicas disponíveis demonstram que o atendimento adequado, rápido, bem estruturado e multiprofissional aos pacientes com AVCI reduz a mortalidade e a morbidade dos mesmos.

O protocolo objetiva auxiliar no manejo do paciente co AVCI agudo no HMJCF, é baseado nas diretrizes publicadas pelo ministério da Saúde (Portaria de 12 de Abril de 2012 e em consulta pública realizada até Janeiro deste ano) e nas diretrizes da American Heart Association de Outubro 2019. As diretrizes assistem aos pacientes que chegam ao nosso Pronto Atendimento por demanda espontânea ou trazidos pelos serviços de APH.

Através da notificações de eventos e análise de indicadores deste protocolo, promovemos melhorias com educação permanente dos colaboradores e parcerias para apoio clínico para tomada de decisão. Alinhados á melhoria contínua assistencial corporativa a SPDM busca a incorporação de novas tecnologias e acessoria médica remota, pelo aplicativo Telestroke, da Boehringer Ingelheim, em parceria com a Rede Brasil AVC e a Allm, em implantação.

Os protocolos gerenciados são elegíveis através de critérios como a alta gravidade, o custo elevadoe a alta prevalência. O gerenciamento é realizado através de busca ativa e análise retrospectiva dos prontuários, com entrevista dos profissionais assistentes quando necessário.

As Práticas de Segurança Operacionais, também conhecidas como ROPs “Required Organizational Practices”, são práticas baseadas em evidências que contribuem para a melhoria da qualidade e segurança dos serviços de saúde, alinhadas metas de segurança do paciente Anvisa. A SPDM tem implantados no HMJCF 15 ROPs gerenciados.

O monitoramento dos ROPs é recurso utilizado para a promoção da melhoria contínua da segurança como:

- Papel do Paciente e Familiar na Segurança;
- Identificação do Paciente;
- Abreviações Perigosas;
- Reconciliação Medicamentosa como Prioridade Estratégica;
- Reconciliação Medicamentosa na Admissão;
- Práticas de Segurança no Procedimento Cirúrgico;
- Transferência de Informações nas Transições do Cuidado;
- Relatórios de Eventos Adversos;
- Plano de Segurança do Paciente;
- Relatórios sobre Segurança do Paciente;
- Análise Prospectiva sobre Segurança do Paciente;
- Programa de Manutenção Preventiva;
- Treinamento em Segurança do Paciente;
- Uso Racional de Antimicrobianos;
- Controle de Eletrólitos Concentrados;
- Segurança no Uso da Heparina;
- Medicamentos de Alta Vigilância;
- Treinamento em Bomba de Infusão;
- Segurança no Uso de Narcóticos;
- Antibioticoprofilaxia Cirúrgica;
- Conformidade com as Práticas de Higiene de Mãos;
- Treinamento sobre Higiene das Mãos;

- Diretrizes de Prevenção e Controle de Infecção;
- Taxas de Infecção; Reprocessamento; P
- ráticas Seguras para o Uso de Medicamentos Injetáveis;
- Estratégia de Prevenção de Quedas;
- Avaliação de Riscos à Segurança no Domicílio;
- Prevenção de Úlceras de Pressão;
- Prevenção de Suicídio;
- Profilaxia de Tromboemboliso Venoso (TEV).

Protocolo de Lesão por Pressão

Lesão por pressão (LP) é definida como lesão cutânea, sobre uma proeminência óssea, devido a pressão exercida sobre a pele ou uma combinação entre esta ou outra força de torção. Podem ocorrer e evoluir em diferentes estágios e é de responsabilidade da equipe multiprofissional a prevenção de LP.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) criou, em 2004, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente a qual foi renomeada, em 2009, como Segurança do Paciente, que se conceitua como a redução, ao mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde. O Brasil lançou em abril de 2013, a Política Nacional de Segurança do Paciente, na qual, têm-se o eixo prevenção de LP.

As LPs causam danos consideráveis aos pacientes, o que dificulta o processo de recuperação funcional, frequentemente causando dor e levando ao desenvolvimento de infecções graves; também têm sido associadas a internações prolongadas, sepse e mortalidade. A presença de LP causa vários problemas físicos e emocionais ao paciente, uma vez que são fonte de dor, desconforto e sofrimento. As LPPs aumentam o risco de desenvolvimento de outras complicações e influenciam na morbidade e na mortalidade do paciente acometido, constituindo, assim, um sério problema de saúde, pois podem trazer várias implicações na vida dos familiares e da instituição em que se encontra o paciente, além de aumentarem consideravelmente os custos do tratamento.

Conforme o Relatório nacional de incidentes relacionados à assistência à saúde, notificados ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária entre janeiro de 2014 a julho de 2017, dos 134.501 incidentes notificados, 23.722 (17,6%) corresponderam às notificações de Lesão por Pressão (LP), sendo, durante este período, o terceiro tipo de evento mais frequentemente notificado pelos Núcleo de Segurança do Paciente dos serviços de saúde do país. O que torna

imperativa a melhoria da segurança do paciente em serviços de saúde.

O protocolo de LP do HMJCF contempla as etapas:

- Avaliação do risco
- Medidas de prevenção
- Plano de cuidados
- Identificação das lesões
- Notificação dos eventos
- Avaliação e tratamento

Este protocolo é aplicado a todos os pacientes internados no HMJCF.

Protocolo de Quedas

Queda é o deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, provocado por circunstâncias multifatoriais, resultando ou não em dano.

Considera-se queda quando o paciente é encontrado no chão ou quando, durante o deslocamento, necessita de amparo, ainda que não chegue ao chão.

A queda pode ocorrer da própria altura, da maca/cama ou de assentos (cadeira de rodas, poltronas, cadeiras, cadeira higiênica, banheira, trocador de fraldas, bebê conforto, berço etc.), incluindo vaso sanitário.

Assim como a Prevenção de LP, a Prevenção de Quedas está contemplada em um eixo da Aliança Mundial para aSegurança do Paciente a qual foi renomeada, em 2009, como Se gurança do Paciente, criada pela OMS. Conceitua-se como a redução, ao mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de aúde. O Brasil lançou em abril de 2013, a Política Nacional de Segurança do Paciente, na qual, têm-se o eixo prevenção de quedas.

Segundo o Protocolo Integrante do Programa Nacional de Segurança do Paciente, a hospitalização aumenta o risco de queda, pois os pacientes se encontram em ambientes que não lhes são familiares. Muitas vezes, os pacientes são portadores de doenças que predispõem à queda (demência e osteoporose), e vários procedimentos terapêuticos, como as múltiplas prescrições de medicamentos, podem aumentar esse risco.

Segundo estudos citados pela OMS (2010), aproximadamente 28% a 35% das pessoas com mais de 65 anos de idade sofremquedas a cada ano (2-4), subindo essa proporção para 32% a 42% para as pessoas com mais de 70 anos (5-7). A frequência das quedas aumenta com a idade e o nível de fragilidade. Idosos que vivem em casas de repouso caem com maior freqüência dos

que os que vivem na comunidade. Aproximadamente 30% a 50% das pessoas que vivem institucionalizadas sofrem quedas, a cada ano, e 40% delas experimentam quedas recorrentes.

As quedas e os ferimentos subsequentes são importantes problemas de saúde pública que muitas vezes requerem atenção médica. As quedas respondem por 20% a 30% dos ferimentos leves, e são causa subjacente de 10% a 15% de todas as consultas aos serviços de emergência. Mais de 50% das hospitalizações relacionadas a ferimentos ocorridas entre as pessoas com mais de 65 anos de idade. As principais causas subjacentes de todas as admissões ao hospital relacionadas a quedas são: fratura do quadril, lesões traumáticas do cérebro e ferimentos dos membros superiores.

Para atuar na prevenção do incidente e redução de danos, o HMJCF conta com o protocolo multiprofissional gerenciado de quedas, que conta com o uso de escalas de avaliação de risco, medidas de orientação e prevenção, adequação estrutural, alinhados à adoção de práticas baseadas em evidências como subsídio ao gerenciamento de quedas.

Protocolo de Flebite

Flebite é uma das complicações mais frequentes relacionadas ao uso de cateter venoso periférico. Trata-se da é a inflamação da veia (localizada) que ocorre por meio de resposta imunológica, podendo ser acompanhada de dor, sensibilidade ao longo de sua extensão, eritema, edema, calor, rubor, formação de faixa e/ou cordão palpável. Pode ser classificada em mecânica, química e infecciosa e podem ser causadas por diversos fatores.

A terapia intravenosa evoluiu com o desenvolvimento de novas tecnologias, tornando-se indispensável na área da saúde. A instalação de um cateter intravascular (IV) periférico para administração de terapia parenteral é um dos procedimentos invasivos mais frequentes realizados em hospitais. A administração de líquidos IV objetiva repor volume intravascular, corrigir déficits de eletrólitos, administrar fármacos, realizar hemodiálise e fornecer nutrientes ao paciente quando não há outra via disponível.

Porém, apesar da Terapia Intra Venosa (TIV) relacionar-se com inúmeros benefícios terapêuticos, apresenta algumas , pois a obtenção do acesso vascular, através da inserção de um cateter IV, não é um procedimento inócuo. A natureza invasiva deste tipo de procedimento tem preocupado profissionais de saúde responsáveis pela implementação da TIV, como enfermeiros e médicos. Infecções relacionadas a cateteres intravasculares são complicações que podem comprometer a saúde do paciente, bem como aumentar o tempo de internação hospitalar e gerar acréscimo nos custos de atendimento.

Segundo o *Centers for Disease Control* (CDC), são realizadas milhões de punções

intravasculares a cada ano. Não obstante, o CDC assinala que, embora a incidência de infecções locais ou sistêmicas associadas a Caterter Venoso Periférico (CVP) seja geralmente baixa, o seu impacto é grande, produzindo considerável morbidade anual devido à frequência com que estes cateteres são utilizados.

Dada a abrangência e amplitude da problemática, percebemos a importância da implantação do protocolo institucional de prevenção de flebite. A punção venosa periférica é um procedimento realizado diariamente pela equipe de enfermagem, em diferentes contextos de cuidados, exigindo a mobilização de diferentes competências.

Assim, consideramos ser importante conhecer e sistematizar as intervenções realizadas a doentes com cateteres venosos periféricos e compreender a influência dessas mesmas intervenções na ocorrência de flebites, o que é realizado no HMJCF através do protocolo gerenciado de prevenção, avaliação e tratamento de flebite

Conforme solicitado no Edital – Processo de Seleção nº 01/SS/2022, apresentamos no **Anexo IV** alguns Protocolos e Procedimentos Operacionais Padrão (P.O.P) de fluxos interno das atividades e ações assistenciais.

Algumas rotinas/Procedimentos Operacionais Padrão (P.O.P) foram apresentadas na maneira tradicional (formatação de manual) e outras, optamos por apresentar em formato de fluxos, os quais tem demonstrado maior efetividade e objetividade para entendimento.

Importante ressaltar que as rotinas/procedimentos operacionais padrão ora apresentados poderão sofrer adequação de acordo com as necessidades operacionais do Hospital/UBS's e/ou por mudanças de fluxos para melhor integração com a Rede Municipal de Saúde.

Ressaltamos que estes representam uma pequena porcentagem do total de P.O.Ps. definidos e utilizados no modelo de gestão da SPDM.

3.2.1 CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO

A implantação dos protocolos, organização e fluxos internos das atividades e ações assistenciais de todos os serviços previstos no Hospital serão implantados de imediato, caso a SPDM consagre vencedora do certame.

3.3 Protocolos e organização de serviços de farmácia na assistência, separdamente por nível de atenção, envolvendo inclusive a dispensação de medicamentos e insumos ao paciente.

Entende-se por Assistência Farmacêutica como um grupo de atividades relacionadas com o medicamento. Dentre as atividades estão à conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos, conforme Portaria nº 3.916/MS/GM de 1998.

A legislação que aprova as diretrizes e estratégias para organização, fortalecimento e aprimoramento das ações e serviços de farmácia no âmbito é a Portaria Nº 4.283, de 30 de dezembro de 2010, define a Farmácia Hospitalar como é a unidade clínico-assistencial, técnica e administrativa, onde se processam as atividades relacionadas à assistência farmacêutica, dirigida exclusivamente por farmacêutico, compondo a estrutura organizacional do hospital e integrada funcionalmente com as demais unidades administrativas e de assistência ao paciente.

A farmácia hospitalar tem como principal função: garantir a qualidade de assistência prestada ao paciente através do uso seguro e racional de medicamentos e correlatos, adequado sua utilização à saúde individual e coletiva, nos planos: assistencial, preventivo, docente e de investigação, devendo, para tanto, contar com farmacêuticos em número suficiente para o bom desempenho da assistência farmacêutica, conforme Resolução CFF nº 300, de 30 de janeiro de 1997 que regulamenta o exercício profissional em Farmácia e unidade hospitalar, clínicas e casa de saúde de natureza pública ou privada.

Objetivos Específicos

- Garantir o acesso dos medicamentos e materiais necessários às tarefas assistenciais;
- Garantir as ações de assistência farmacêutica;
- Implantar a farmácia clinica e atenção farmacêutica na admissão, transferências e alta hospitalar;
- Implantar a farmacotécnica hospitalar na garantia do atendimento da prescrição por dose unitária;

- Garantir que os itens serão recebidos e armazenados devidamente pela unidade sendo distribuído de acordo com a necessidade de cada setor, no tempo determinado e com metodologia correta e eficaz.

3.3.1 ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO

Farmácia Central

As atividades desenvolvidas na Farmácia Central são:

- Realização de análise farmacêutica das prescrições;
- Produção de dose unitária em tiras plásticas por horário;
- Conferência das tiras de dose unitária;
- Estoque de medicamentos controlados pela Portaria 344/98.
- Montagem e Dispensação de kits de materiais e medicamentos.

Nesta área será realizado o armazenamento de estoque de medicamentos e matérias médicohospitalar, incluindo o estoque de medicamentos controlados pela Portaria 344/98 que necessitam de controle e acessos monitorados pela equipe de farmacêuticos.

Farmácia Satélite do Pronto Socorro

A Farmácia Satélite do Pronto Socorro atende os Prontos Socorros Adulto e Infantil. As atividades desenvolvidas serão:

- Atendimento de Guichê para o Centro Cirúrgico e Pronto Socorro; Confecção das tiras mediantes prescrição encaminhadas via sistema; Atendimento de requisições.
- Montagem e Dispensação de kits de materiais e medicamentos.

Recursos Humanos – Integração e Educação Permanente

Para a garantia da assistência farmacêutica, os profissionais deverão apresentar, além da formação exigida, perfis e competências adequadas, visto que as tarefas da Unidade de Farmácia exigem atenção e cautela, pelos riscos de incidentes (erros de dispensação).

Para as contratações, os profissionais selecionados além de atender ao perfil definido, passarão por treinamentos técnicos/administrativos como parte da integração destes colaboradores na unidade de Farmácia. A integração possui duração mínima de 07 dias, sendo

preparatória e esclarecedora quanto à importância do trabalho da equipe de farmácia no processo hospitalar, políticas, normas e rotinas da Instituição.

Funcionamento

A Farmácia Central terá horário de funcionamento das 7hs ás 19hs. Após este horário o atendimento será transferido para as Farmácia Satélite do Pronto Socorro, onde o atendimento será mantido por 24 horas/dia.

Quadro de Pessoal Sugerido

Cargos	Funções	Carga Horária sugerida	Cursos
Gerente de Farmácia	Gerenciar técnica e administrativamente as várias áreas que compõe a Unidade de Farmácia Hospitalar, tais como: Farmácia Central, Central de Misturas, Fracionamento de Medicamentos, acompanhando o desenvolvimento dos trabalhos, visando garantir a melhor assistência farmacêutica ao paciente.	200 h / mês	Graduação em Farmácia. Especialização em Farmácia Hospitalar ou Administração Hospitalar. Conhecimento avançado em informática.
Coordenador de farmácia	Coordenar as tarefas técnicas e clinicas da unidade de farmácia; Monitorar indicadores.	220 h / mês - Diurno	Graduação em Farmácia. Conhecimento intermediário informática.
Auxiliar Administrativo	Realizar a validação de fracionamento dos medicamentos; Analise farmacoterapêutica das prescrições encaminhadas a Farmácia.	220 h / mês (Diurno) 180 h / mês (noturno)	Conhecimento intermediário informática.
Auxiliar de farmácia	Sinalizar quando determinado material ou medicamento atingir o estoque mínimo pré-determinado. Realizar o processo de fracionamento dos medicamentos conforme demanda. Dispensar os medicamentos e materiais para as unidades solicitantes, garantindo a segurança dos insumos; Executar o processo de baixa, devolução e transferência dos medicamentos e materiais, visando manter os estoques devidamente atualizados.	220 h / mês (Diurno) 180 h / mês (noturno)	Comprovação de experiência mínima de seis meses de trabalho em farmácia ou drogaria. Conhecimento intermediário em informática.

3.3.2 PROCESSOS

Análise Farmacoterapêutica (Análise das Prescrições)

No ato da chegada das prescrições na Unidade de Farmácia, o farmacêutico realiza a análise farmacoterapêutica, que tem por objetivo detectar não conformidades em relação à terapêutica escolhida, com análise dos seguintes pontos, dentre outros: Prescrições ilegíveis;

- Duplicidade de medicamentos equivalentes terapêuticos;
- Dose excessiva de medicamentos;
- Interações Fármaco – Fármaco;
- Interações Fármaco - Nutriente;
- Drogas de alto alerta;
- Medicamentos controlados pela Portaria 344/98.

Sistema de Distribuição por Dose Unitária

Os medicamentos e materiais serão distribuídos por 24 horas, sendo separados e entregues por horário, onde recebem as identificações pelo nome do paciente, RH – Registro Hospitalar, Leito e em "tira plástica" selada pela farmácia. Os itens serão distribuídos, conforme registro da dosagem e forma farmacêutica do medicamento em prescrição (tarefa posterior ao fracionamento de medicamentos e materiais).

Através de distribuição de medicamentos e materiais por horário, com a utilização do sistema de distribuição por dose unitária (fig.01), obtém-se os seguintes benefícios: Aumento da segurança no fluxo dos medicamentos;

- Maior conhecimento do perfil farmacoterapêutico dos pacientes;
- Diminuição do risco de interações medicamentosas;
- Racionalização da terapêutica;
- Aumento do tempo do enfermeiro na dedicação aos cuidados ao paciente e diminuição de tempo no aspecto de gestão relacionado com os medicamentos; Atribuição correta de custos;
- Redução dos desperdícios.

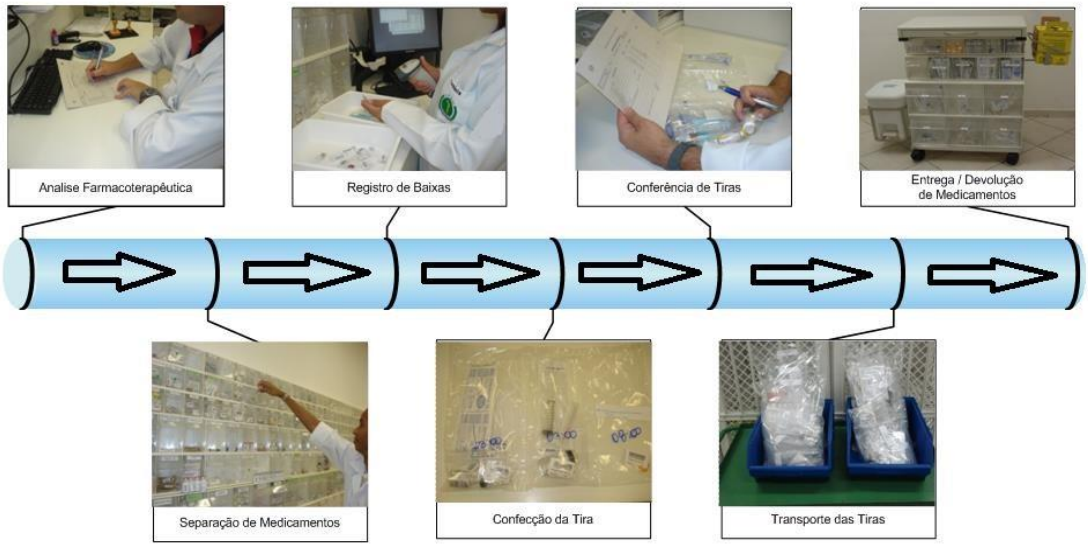


Figura - Etapas para a produção de tiras de dose unitária

Confecção da Tira de Dose Unitária

Processo realizado pelo auxiliar ou técnico de farmácia, que após a confirmação do registro de saída em sistema informatizado dos medicamentos e materiais, estes insumos são inseridos em embalagem plásticas (conforme fig. 02), separados por horário de administração, conforme aprazamento realizado pela enfermagem na prescrição. As tiras de dose unitária são identificadas com o nome do paciente, clinica, número de registro hospitalar e período em que o medicamento deve ser administrado.

Figura: Modelo de tira de dose unitária

Conferência das Tiras de Dose Unitária (Medicamentos e Materiais) e Prescrições

Após todo processo anterior com o registro saída em sistema informatizado, o farmacêutico realiza a conferência das tiras plásticas prontas e seladas, conforme prescrição

médica. O registro das não conformidades encontradas será registrado em livro especifico**.**

Distribuição de Materiais Médico-hospitalares para pacientes por horário

Os materiais a serem utilizados pelos pacientes durante os procedimentos diários deverão ser solicitados pela enfermeira em sistema informatizado, por paciente, sendo separados e entregues por horário.

Os auxiliares e técnicos deverão realizar obrigatoriamente o registro de saída pelo RH do paciente no sistema, a fim de que **se garanta a rastreabilidade dos insumos dispensados.**

Fracionamento de Medicamentos e Materiais

Assegurar que os medicamentos distribuídos sejam corretamente identificados e contendo:

- Nome do medicamento pelo principio ativo;
- Dosagem;
- Código de barra e sua numeração, favorecendo a rastreabilidade;
- Data de validade.

O fracionamento dos insumos tem como objetivo:

- Rastreamento dos insumos durante o fluxo logístico interno;
- Controle rígido de identificações dos medicamentos a serem administrados;

O processo de fracionamento de medicamentos deverá ser validado por dois colaboradores, sendo a primeira validação a ser feita na emissão de etiquetas por um auxiliar de farmácia que não realizou a confecção e impressão de etiquetas. A segunda validação é feita após o término da rotina pelo farmacêutico.

Análise de Interações Medicamentosas

Durante a análise das prescrições, serão analisadas as interações medicamentosas (fármacofármaco e fármaco-nutriente), que caso sejam detectadas, deverão ser notificadas e registradas por cautela no prontuário. A tarefa será realizada por farmacêutico habilitado. Tem como objetivo de alertar o corpo clínico e demais profissionais de saúde sobre a gravidade de cada interação.

Orientação Farmacêutica na Alta Hospitalar

As altas hospitalares serão realizadas com orientações da equipe multidisciplinar, onde o farmacêutico realizará as orientações referentes à utilização dos medicamentos.

A tarefa é importante para a adesão terapêutica dos pacientes. O farmacêutico quando comunicado previamente pela enfermeira da unidade de internação ou detectado no momento de ronda, realiza a anamnese farmacêutica e preenchimento de formulários com as orientações farmacêuticas (fig.03), disponibilizando-as para os pacientes e acompanhantes.

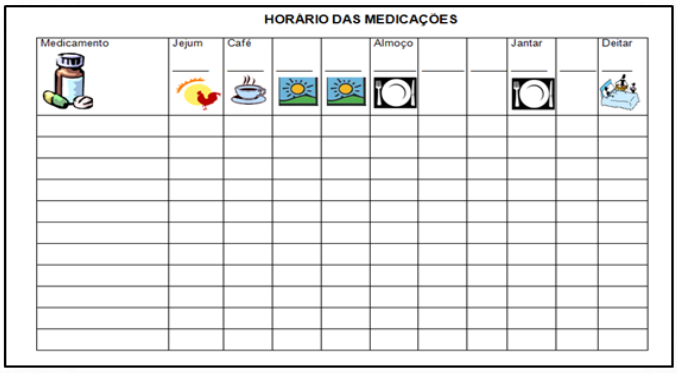


Figura: Formulário de orientação farmacêutica na alta hospitalar a ser entregfue ao paciente preenchido

Reconciliação Medicamentosa

A reconciliação medicamentosa é de responsabilidade do Corpo Clínico. Trata-se da análise dos medicamentos de uso contínuo de cada paciente no momento da admissão, transferência e alta hospitalar. O papel do farmacêutico é realizar auditoria nos prontuários para verificar e garantir a realização da análise. Caso identificada a não a realização, o farmacêutico faz a interface com o Médico para a devida adequação. Tem como objetivo, mitigar quaisquer intercorrências e instabilidade metabólica dos pacientes durante a internação, referente à utilização incorreta ou não utilização de medicamentos essenciais (farmacoterapia continua). As auditorias são realizadas em pacientes das linhas de cuidado do Trauma, Dor Torácica e AVE no momento da admissão dos pacientes. Para a linha de trauma considera-se somente pacientes idosos e/ou com doenças crônicas associadas.

Antimicrobianos Controlados pela CCIH

O controle desta classe terapêutica é preconizado pela Lei Federal 6.431 de 6/1/97, onde institui a obrigatoriedade da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

A unidade de farmácia deve assegurar a distribuição efetiva destes medicamentos, com

a interface com a CCIH e com os médicos prescritores da terapia antimicrobiana, com o foco em uso racional de medicamentos.

Nutrição Parenteral

Para o atendimento de pacientes com prescrição com este perfil, os medicamentos serão adquiridos pela SPDM através de empresas terceirizadas, especialistas na manipulação destas drogas detendo ainda infraestrutura que atendam as legislações vigentes. Estas empresas serão qualificadas pela Comissão Técnica de Qualificação de Fornecedores – CTQF da SPDM, a fim de garantir a qualidade dos insumos.

Drogas de Alto Alerta

Será assegurada a diferença na identificação dos medicamentos considerados drogas de alto alerta (fig.05), comparado do restante dos medicamentos padronizados na instituição. Tem como objetivo restringir o acesso destes medicamentos, a fim de mitigar erros com medicamentos potencialmente perigosos. As drogas de alto alerta são sinalizadas com a cor amarela.

O reforço na identificação destes medicamentos auxilia a equipe de enfermagem na correta administração destes medicamentos, evitando intercorrências referente a erros de medicação. Este processo se inicia desde o recebimento dos medicamentos no Almoxarifado Central até a administração dos medicamentos aos pacientes através da equipe de enfermagem.

Figura: Identificação de medicamentos classificados como Drogas de Alto Alerta com etiqueta amarela

Padronização de Medicamentos e Materiais

Os medicamentos e materiais a serem utilizados no Hospital, inicialmente serão os padronizados na rede SPDM. As novas inclusões deverão ser padronizadas pela Comissão de Farmácia e Terapêutica, utilizando metodologia de analise caso a caso, sendo incluso o custo beneficio da padronização de cada item.

Caso ocorra interesse de padronização de itens de consumo, o profissional de saúde deverá preencher o formulário “Solicitação de Padronização de Itens de Consumo” e encaminhar para aprovação da mesma comissão.

Conferência de Carro de Parada

O farmacêutico deverá assegurar que os medicamentos e materiais do carro de emergência, sejam conferidos até o 5º dia útil de cada mês. Após a detecção de não conformidades no carro de parada como, por exemplo, medicamentos vencidos, medicamentos interditados pela Vigilância Sanitária, falta de medicamentos no carro através da padronização, estes deverão ser repostos imediatamente.

Controle de Validade de Medicamentos

Mensalmente os medicamentos com prazo de validade próximos a 3 meses serão monitorados pela equipe farmacêutica, para que o consumo seja otimizado. Os medicamentos próximos ao prazo de validade serão informados ao Corpo Clinico para possíveis intervenções. Os medicamentos a vencer serão retirados dos bins e colmeias, assim como das clinicas, 1 semana antes do prazo de validade expirar.

Controle de Temperatura de Medicamentos

O controle de temperatura será realizado três vezes ao dia (manhã, tarde e noite) através de termohigrômetro calibrado, em ambientes refrigerados e não refrigerados, atendendo as Boas Práticas de Armazenamento de Medicamentos do Ministério da Saúde.

Comissões Multidisciplinares

O profissional farmacêutico é integrante da equipe multidisciplinar e deverá participar das seguintes comissões:

- Comissão de Farmácia e Terapêutica – CFT;
- Comissão de Gerenciamento de Risco;
- Comissão de Gerenciamento de Resíduos – PGRSS;
- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH;
- Comissão Técnica de Qualificação de Fornecedores – CTQF;
- Outras

3.3.3 MEDICAMENTOS CONTROLADOS PELA PORTARIA 344/98

Para o efetivo controle dos medicamentos é necessário o seguir as diretrizes da Portaria 344/98. A responsabilidade pelo controle é exclusiva do profissional farmacêutico, incluindo as tarefas de recebimento, armazenagem, separação, distribuição correta destes medicamentos, assim como o controle de documentos no Livro de Registro Especifico da Portaria 344/98.

Autorização para compra, armazenamento e dispensação de medicamentos controlados pela Portaria 344/98.

Para realização da compra, armazenamento e dispensação de medicamentos são necessários os seguintes documentos, por parte da instituição:

Tabela – Documentos necessários para a aquisição, armazenamento e dispensação de medicamentos controlados pela Portaria 344/98

Nº.	Documentos
1	Licença de funcionamento emitido pelo orgão de saúde competente
2	Registro do profissional farmacêutico na Vigilância Sanitária

Ressalva: A instituição somente poderá realizar aquisição de medicamentos controlados pela Portaria 344/98, após o cumprimento e posse dos itens descitos na tabela acima.

Solicitação pelos profissionais de saúde de medicamentos controlados pela Portaria 344/98

Todo medicamento sujeito a controle especial, somente será liberado mediante a prescrição médica acompanhada de receituário de controle especial.

Cada receituário equivale a um único medicamento, podendo ser solicitado no máximo cinco unidades do medicamento por receituário, e esta possui validade por 24 horas.

Distribuição pela Unidade de Farmácia dos medicamentos controlados pela Portaria 344/98

Será distribuido, somente o medicamento prescrito e com receituário devidamente preenchido, sem rasuras, com data, nome completo do paciente, registro hospitalar, nome do medicamento com descrição do princípio ativo, posologia, carimbo e assinatura do médico.

Em caso de SN (se necessário) e a ACM (a critério médico), o receituário deverá ser encaminhado para a Unidade de Farmácia, juntamente com a prescrição onde ficará arquivada por 24 horas. Será liberado 01 dose quando solicitado, mediante requisição assinado pelo enfermeiro, com nome, RH e leito do paciente. A Farmácia irá protocolar a liberação do

medicamento em lista própria, para posterior conferência pelo farmacêutico.

Se o medicamento for incluído (pós-prescrito), a equipe de enfermagem deverá encaminhar para a Unidade de Farmácia o receituário com requisição e a prescrição original para validação da solicitação.

O colaborador da Farmácia deve validar na requisição a veracidade da mesma.

Entrega de medicamentos controlados pela Portaria 344/98

O medicamento será entregue pela Farmácia conforme os horários da prescrição. Estes medicamentos serão entregues de forma diferenciada, onde estarão embalados separadamente, por horários e com identificação dos pacientes, que no ato do recebimento na unidade de internação pela enfermeira, existirá um protocolo de entrega especifico.

Kit de medicamentos controlados pela Portaria 344/98

Na Farmácia Satélite do Centro Cirúrgico, os medicamentos serão liberados para o anestesista através do kit de anestesia (conforme fig. 04). A padronização destes kits é discutida previamente com a equipe de anestesistas, para que a dispensação dos medicamentos seja otimizada, assim como o controle pela Farmácia e não exista acesso ao medicamento controlado pela Port.344/98 a outros colaboradores da instituição, visto que serão distribuidos e devolvidos lacrados.

Figura: Kit de medicamentos controlados pela Portaria 344/98, utilizados no Centro Cirúrgico

Escrituração do Livro de Registro Específico de Medicamentos Controlados pela Portaria 344/98

É necessária a garantia do registro das receitas atendidas, em livro de registro especifico

conforme Port. 344/98. O lançamento no livro específico dos receituários atendidos, assim como as notas fiscais destes medicamentos, deverá ser efetuado semanalmente. Os receituários atendidos e as notas fiscais, após o lançamento, devem ser mantidos em arquivo específico da Farmácia por 02 anos, em caixas com identificação do respectivo período.

Indicadores de Desempenho

Para a mensuração do desempenho do serviço realizado serão utilizadas como ferramenta os Indicadores de Desempenho.

3.3.4 CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO

Os protocolos e organização de serviços de farmácia na assistência serão implantados de imediato, caso a SPDM consagre vencedora do certame.

3.4 Políticas de aquisição de medicamentos.

O objetivo da política de compras é estabelecer critérios para a execução da aquisição de medicamentos, materiais e equipamentos (produtos), além de garantir os princípios da moralidade, economicidade, impessoalidade, isonomia, de acordo com os valores e diretrizes institucionais, almejando maximizar os resultados, minimizar riscos, garantindo que os produtos adquiridos atendam aos padrões de qualidade fixados pela organização, além de observar as quantidades adequadas dos itens a serem comprados.

No **Anexo V** encaminhamos política de compras e regulamento de compras da SPDM.

3.4.1 CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO

A política de aquisição de medicamentos e regulamento de compras serão implantados de imediato, caso a SPDM consagre vencedora do certame.

3.5 Protocolos e organizações de atividades de apoio (Serviços administrativos, almoxarifado, limpeza, segurança, apoio logístico, sistemática de manutenção predial e modernização/atualização equipamentos). Dimensionamento de recursos humanos que serão terceirizados.

A SPDM apresenta o modelo de gestão administrativa das unidades administrativas e de apoio para o Hospital Municipal Dr. José de Carvalho Florence e que integra o Plano Operacional.

3.5.1 OBJETIVO GERAL

O objetivo do presente trabalho apresentar as práticas de gestão administrativas, visando o aperfeiçoamento dos processos administrativos, auxiliando os gestores das diversas áreas a melhorar o desempenho de suas funções, contribuindo para aprimorar o funcionamento do hospital e gerar maior confiança dos clientes internos e externos.

A SPDM atua nas instituições sob a ótica da gestão de processos, o que permite visualizar o conjunto de atividades capazes de gerar maior valor ao usuário/cliente que recebe o serviço, integrar e orientar para resultados as várias unidades organizacionais e desenvolver competências para a consecução dessas finalidades.

A orientação baseada em processos envolve a preocupação constante com a otimização de recursos na busca por melhorias incrementais tendo em vista alcançar ou superar padrões referenciais de desempenho (benchmarks) na satisfação das partes interessadas (clientes, colaboradores, comunidade e demais stakeholders). A gestão de processos demanda a concepção e o contínuo monitoramento de um quadro de indicadores de desempenho para a constante avaliação do alcance das metas estabelecidas de eficácia (efetivo alcance dos resultados), eficiência (melhor equacionamento entre recursos utilizados para alcançar os resultados) e efetividade (real capacidade de os resultados promoverem os impactos esperados).

É premissa nas Instituições Afiliadas da SPDM enxergar a instituição como um sistema aberto, composto por partes que interagem entre si, e que compõem o todo. As áreas administrativas dão suporte para os processos principais e os seus resultados, contribuem para o todo do hospital.

A área administrativa é composta pelas áreas técnico-administrativas e de apoio e a

Gerência Administrativa atua como suporte da Superintendência local e das Instituições afiliadas, contribuindo para que as diretrizes estratégicas sejam claramente comunicadas a cada unidade de negócio e de apoio. Também devem assegurar sinergia entre equipes, processos e unidades de negócio.

O modelo de gestão das Instituições Afiliadas da SPDM tem sido aperfeiçoado, no decorrer dos anos de gerenciamento de instituições públicas de saúde. Suas diretrizes primam pelas ações de aperfeiçoamento contínuo da gestão, compartilhamento de conhecimentos e diminuição da curva de aprendizado, por meios dos gestores que atuam de forma corporativa.

Os textos apresentados foram elaborados, a partir das experiências destes gestores nas Instituições Afiliadas da SPDM e estão divididas por unidades administrativas. As práticas sofreram adaptações, correções e aperfeiçoamento e, portanto, acreditamos, contribuirão para facilitar a organização e o entendimento sobre as áreas técnico-administrativas.

Um hospital bem-organizado tem todas as condições de atingir os seus objetivos: prestar uma boa e integral assistência às pessoas, transformar-se em instrumento de realização para seus profissionais e servidores e contribuir decisivamente para a melhoria dos níveis de saúde da comunidade.

3.5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Aperfeiçoamento das boas práticas de gestão;
- Coordenação das unidades de apoio e técnico administrativas;
- Melhorar o desempenho das equipes;
- Definir metas, desenvolver indicadores;
- Alinhar as unidades de negócio e unidades de apoio a estratégia da instituição;
- Integrar a estratégia ao planejamento, ao orçamento, aos sistemas de relatórios e às reuniões gerenciais;
- Motivar os colaboradores proporcionando-lhes capacitação, comunicação, definição clara dos objetivos e treinamento.

O projeto apresenta a descrição das rotinas das unidades administrativas e a fim de facilitar a manipulação, o trabalho proposto será apresentado em dois cadernos.

3.5.3 POLÍTICA DAS UNIDADES ADMINISTRATIVAS

Gerir pessoas, recursos financeiros e materiais das Unidades Afiliadas à SPDM, observando as diretrizes estratégicas, legais e contratuais, com competência, ética, honestidade e cordialidade nas relações interpessoais, buscando a máxima eficiência e eficácia para um atendimento digno, com qualidade e compromisso social.

O documento, exceto para a unidade financeira, está disposto conforme:

Apresentação

Organização do Serviço

Funcionamento

Quadro de Pessoal Sugerido

Cargo; Funções, Carga Horária sugerida.

Instruções Técnicas

Indicadores de Desempenho Legislação Vigente Relacionada

Cada capítulo, contempla as especificações básicas relacionadas aos serviços a serem implantados, caso seja a SPDM a vencedora do certame licitatório.

Diretrizes comuns a todos os serviços geridos pela SPDM:

- Cumprir com a legislação vigente, estadual e municipal e em todos os âmbitos: civil, tributária e trabalhista cabíveis aos serviços;
- Cumprir com as Regulamentações da ANVISA;
- Garantir que todos os trabalhadores possuam qualificação e certificados, inclusive de conselhos de classe, quando assim exigido para o exercício de cada função;
- Promover a integração institucional do colaborador;
- Elaborar e apresentar o Manual de Normas e Rotinas de todos os setores;
- Instituir orientações quanto ao cumprimento das normas de Segurança do Trabalho;
- Desenvolver e monitorar indicadores de desempenho para cada um dos serviços;

- Elaborar Relatório Anual de Atividades;
- Desenvolver atividades de acordo com as Boas Práticas Ambientais e uso racional dos recursos naturais;
- Estabelecer Programa de Educação Continuada para capacitação técnica das equipes;
- Orientar as equipes quanto à obrigatoriedade do zelo ao patrimônio;
- Orientar as equipes para manutenção da ética e postura profissional, evitando comentários que possam denegrir a imagem institucional (Código de Ética);
- Elaborar controles de verificação periódica e sistemática para o cumprimento das metas e das obrigações contratuais;
- Buscar a satisfação do cliente interno e externo, com base no respeito ao ser humano.
- Cumprir programa de trabalho com vistas ao cumprimento de metas e cláusulas do Contrato de Gestão.

3.5.4 UNIDADES ADMINISTRATIVAS

3.5.4.1 ENGENHARIA CLÍNICA

Com a incorporação contínua de equipamentos, aparelhos e recursos de diagnóstico, de terapia e de apoio cada vez mais complexos, ousados e invasivos, os riscos a que pacientes e operadores ficam expostos, aumentam cada vez mais.

A Unidade de Engenharia Clínica, é essencial na Organização Hospitalar, gerencia a aplicação das tecnologias voltadas para a área da saúde, a fim de proporcionar uma melhoria constante nos cuidados dispensados ao paciente, além de preparar e habilitar técnicos, operadores e utilizadores em busca de índices de uso e conservação cada vez melhor. Essas medidas reduzem consideravelmente o número de chamadas indevidas, e consequentemente, prolongam a vida de equipamentos, sistemas e instalações.

A gestão de equipamentos médico-hospitalares envolve constantes medidas preventivas e corretivas para evitar falhas e interrupções de procedimentos.

A manutenção dentro da Engenharia Clínica divide-se em: preventiva, corretiva e calibração.

Manutenção Preventiva

Deve ser bem planejada e tem como objetivo evitar danos e minimizar as chances de quebra e parada dos equipamentos.

Manutenção Corretiva:

Cuida especificamente de reparos, consertos e substituições de peças ou componentes, que se desgastaram ou falharam, levando o equipamento a uma parada por quebra ou pane em um ou mais componentes.

Calibração:

Operação que estabelece, sob condições específicas numa primeira etapa, uma relação entre os valores e as incertezas de medição fornecidos por padrões e as indicações correspondentes com as incertezas associadas. Numa segunda etapa, utiliza esta informação para estabelecer uma relação visando à obtenção de um resultado de medição a partir de uma indicação. (Instituto Nacional de metrologia, Qualidade e Tecnologia, 2012).

Plano da Manutenção Corretiva

No plano de manutenção corretiva deverão ser descritos os procedimentos operacionais que deverão conter a forma de solicitação de manutenção corretiva pelos usuários dos equipamentos, o horário em que este serviço estará disponível, os dados que deverão ser preenchidos no formulário de solicitação, a forma como o serviço realizado deverá estar descrito, as diretrizes utilizadas para troca de peças, onde o formulário deverá ser arquivado, e quem assinará os documentos referentes a manutenção após a conclusão dos serviços.

Plano da Manutenção Preventiva

A manutenção preventiva é imprescindível para ampliar a vida útil dos equipamentos, reduzindo os custos e aumentando a segurança e desempenho.

Os equipamentos serão classificados segundo o grau de criticidade, serão desenvolvidos e implantados procedimentos para definir os intervalos de realização de manutenção preventiva para todos os equipamentos inseridos no programa de gerenciamento, identificando os riscos potenciais envolvendo a utilização dos equipamentos, decorrentes de desgastes naturais visíveis ou defeitos que não tenham sido informados pelos usuários.

Os procedimentos utilizados na manutenção preventiva deverão ser documentados em formulário específico contendo as seguintes informações:

- Identificação do técnico responsável pelo procedimento;
- Instruções de segurança institucionais e normas brasileiras regulamentadoras;
- Roteiro de trabalho com as checagens, medições e verificações;
- Parâmetros modelos para diagnóstico dos equipamentos;
- Diretrizes para substituição de peças, por desgaste natural;
- Periodicidade da realização dos serviços preventivos.

Plano de Calibração

Os equipamentos que possuem parâmetros físicos de funcionamento que interfiram diretamente na qualidade do produto ou serviço, estão sujeitos à calibração.

Os testes de aceitação deverão ser descritos em procedimentos documentados e registrados que garantam o funcionamento adequado dos equipamentos e a segurança dos pacientes que utilizarão esta tecnologia.

Calibra-se um equipamento através de um instrumento de medição responsável pela grandeza de controle. Para um controle efetivo das calibrações é necessário elaboração de um Plano de Calibração, que deverá ser atualizado anualmente.

O Plano de Calibração deve contemplar no mínimo os itens listados abaixo:

- Descrição do equipamento;
- Identificação do equipamento;
- Grandeza(s) que deve(s) ser calibradas(s);

- Pontos ou faixas da(s) grandeza(s) que deve(m) ser calibrada(s);
- Desvio máximo do processo;
- Desvio máximo admissível por ponto ou faixa; e
- Periodicidade de calibração.

Os equipamentos sujeitos a calibração devem ser identificados com uma etiqueta informando as datas da última e próxima calibração, conforme cronograma.

As grandezas que devem ser calibradas, os pontos ou as faixas e os desvios de processo serão definidos baseadas nos Manuais de Fabricação dos Equipamentos, entretanto, recomenda-se uma validação por representante(s) da Equipe Assistencial, como Equipe gestora da Segurança do Paciente.

A periodicidade de calibração deverá ser definida a partir de informações dos manuais, do fabricante, do histórico, da fórmula matemática, das recomendações de normas técnicas, das legislações pertinentes, das experiências de outros serviços similares e outros.

O gestor de equipamentos deverá analisar os resultados das calibrações, comparando-os com os desvios máximos admitidos para o equipamento, atestando sua conformidade ou não conformidade e, se necessário, alterando as periodicidades com base em métodos para ajuste de intervalos de calibrações ou deverá tomar providencias necessárias conforme o caso.

A análise dos resultados deverá ser documentada e anexada ao certificado.

Caso ocorra uma não conformidade que necessite de ajustes/manutenção, o gestor deverá encaminhá-lo para manutenção corretiva, e quando retornar deverá ser calibrado novamente.

Gestão da Informação da Unidade de Engenharia Clínica

Serão implementados protocolos e procedimentos padronizados segundo critérios estabelecidos por uma equipe multiprofissional de nível superior, estando atualizados, registrados e acessíveis aos profissionais envolvidos nas atividades de gerenciamento.

Sistema Informatizado para Engenharia Clínica

A manutenção de equipamentos hospitalares é de extrema importância e requer precisão nos detalhes. O sistema de gestão informatizado auxilia no gerenciamento e planejamento da unidade, mantendo o nível de excelência.

O sistema deverá atender no mínimo os requisitos abaixo:

- Cadastro completo dos equipamentos com descrição, modelo, fabricante, número de série, patrimônio, tag, valor de substituição, etc.;
- Possuir controle de entrada e saída dos equipamentos, realizando interface com a unidade de portaria;
- Organizar e cadastrar todos os setores (departamentos) do hospital;
- As ordens de serviço deverão ser abertas automaticamente na data certa, basta informar a periodicidade e seus participantes;
- Controlar todos os itens das ordens de serviço: peças, mãos-de-obra, ocorrências (defeitos), causa das ocorrências, serviços, pendências, custos, responsáveis, fotos e outros;
- As requisições de serviço devem ser on line, para que cada departamento possa solicitar os serviços de forma eficiente;
- Acompanhar a produtividade dos técnicos;
- Ferramenta para gerenciamento de contratos vigentes e vencidos;
- Controle de estoque;
- Gerenciar os consumos de gases.

RESSALVA:

1. Não consta na proposta do Plano Orçamentário a importância financeira necessária para implantação do referido sistema. O investimento para aquisição do sistema informatizado deverá ser apresentado oportunamente à Secretaria de Saúde, e se houver interesse, poderá ser estabelecido/acrescido ao Plano de Trabalho por meio de termo aditivo, conforme previsto no Edital - Processo de Seleção nº 01/SS/2022;

2. Conforme descrito no Edital – Termo de Referência, o HMJCF possui um elevado número de locação com equipamentos médicos. A SPDM se propõe, num prazo de 60 dias, apresentar relatório que dará condições à Secretaria de Saúde para avaliar o parque tecnológico e sua renovação.

Inventário

Todo o parque tecnológico será inventariado e todos os equipamentos deverão ter um "prontuário" com as informações a seguir:

- Nome técnico do equipamento;
- Número de série e código de identificação individual do equipamento;
- Partes e acessórios da tecnologia;
- Cópia da nota fiscal de aquisição;
- Data de aceitação do equipamento, data em que o equipamento entrou em funcionamento, dados referentes a garantia do equipamento;
- Data de desativação (quando necessário);
- Dados do registro do equipamento junto a ANVISA;
- Documentos técnicos relacionados à Manutenção Preventiva;
- Documentos técnicos relacionados à Manutenção Corretiva; e
- Documentos técnicos relacionados à calibrações, validações e testes de pressão.

Funcionamento: Plantão 24 horas.

Quadro de Pessoal Sugerido – O Serviço de Engenharia Clínica será próprio

Cargos	Funções	Carga Horária sugerida	Cursos Sugeridos
01 Engenheiro Clínico	Supervisão técnica que consiste na orientação, execução e manutenção de serviços de conservação dos equipamentos e instalações mecânicas, tubulações, gases, vapor, esgotos, eletricidade e o funcionamento da unidade.	200 h / mês	Curso de Especialização em Engenharia Clínica

01 Auxiliar Administrativo	Executar atividades administrativas em geral na unidade de Engenharia Clínica, envolvendo: suporte administrativo, trabalhos de digitação, emissão e preenchimento de documentos, guias, controles diversos, organização e atualização de arquivos, conferência de documentação e contas, atendimento ao público, recebimento, expedição e distribuição de correspondência.	200 h / mês	Mínimo 2º grau completo
01 Técnico em Eletrônica/Mecânica	Executar a manutenção preventiva e corretiva em equipamentos e acessórios médico-hospitalares, substituindo ou reparando comandos eletrônicos, bem como outras peças, deixando-os em perfeitas condições de uso.	200 h / mês	Técnico em Equipamentos Biomédicos
Auxiliar Técnico em Equipamentos Médicos	Fornecer equipamentos médicohospitalares nas diversas áreas da instituição quando solicitado, instalando os mesmos e orientando os funcionários sobre a sua correta utilização; retirar equipamentos com defeito e encaminha-los a oficina para manutenção bem como proceder a transferência dos mesmos entre áreas, deixando-os em perfeitas condições de uso.	180 h / mês (*)	NR-32

Instruções Técnicas

- Acompanhamento técnico da prestação de serviços de terceiros;
- Gerenciamento de contratos;
- Gerenciamento de manutenção corretiva e preventiva;
- Implantar Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos;
- Gerenciamento da validação anual e inspeção mensal das autoclaves e termodesinfectoras;
- Planejamento e controle de estoque de acessórios de equipamentos médicos;
- Especificação, recebimento, instalação, operação e desativação de equipamentos;
- Gerenciamento da calibração, testes de segurança e desempenho de equipamentos;
- A Engenharia Clínica apresentará a relação de equipamentos médico-hospitalares, de acordo com critérios técnicos, que deverão ser submetidos periodicamente à avaliação de desempenho.

Para melhor aproveitamento dos equipamentos disponíveis na Instituição, os equipamentos médico-hospitalares deverão ser centralizados na Engenharia Clínica, na Central de Equipamentos, quando os mesmos se fizerem necessários nas diversas unidades de serviço, deverão ser solicitados conforme estabelecido em Norma do serviço.

Indicadores de Desempenho

Para a mensuração do desempenho do serviço realizado serão utilizadas como ferramenta os Indicadores de Desempenho.

Os indicadores ora apresentados representam apenas alguns entre outros tantos acompanhados no modelo de gestão da SPDM.

Indicador	Finalidade	Meta	Frequência
Taxa de calibração prevista *versus* realizada	Garantir a segurança dos equipamentos	100%	Mensal
Índice de manutenção preventiva prevista *versus* realizada	Controlar a realização das manutenções preventivas	100%	Mensal

✓ **Taxa de Calibrações Previstas versus Realizadas**

Conforme critérios definidos pelos fabricantes dos equipamentos médicos e de boas práticas relacionadas às calibrações, é necessário manter o controle da programação e realização no período programado.

Equação para cálculo

$$Taxa\ de\ calibração\ realizada\ = \frac{nº\ de\ calibrações\ realizadas\ x\ 100}{quantidade\ total\ programado}$$

Responsável pelos dados: Central de Equipamentos/Engenharia Clínica

Frequência de levantamento: Mensal

Dimensão da Coleta: 100% dos equipamentos médico-hospitalares calibráveis.

✓ **Índice de Manutenções Preventivas Programadas e Realizadas**

Conforme definição da periodicidade e critérios de manutenções preventivas considerando os riscos definidos para cada equipamento médico-hospitalar, é necessário manter o controle da programação e realização no período especificado.

Equação para cálculo

$$Índice\ de\ manutenções\ realizadas = \frac{Número\ de\ manutenções\ realizadas\ x\ 100}{Total\ de\ manutenções\ programadas}$$

Responsável pelos dados: Engenharia Clínica

Frequência de levantamento: Mensal

Dimensão da Coleta: Totalidade dos equipamentos médico-hospitalares conforme programação.

Legislação Vigente

- RDC nº 02 de 25 de janeiro de 2010: Gerenciamento de Tecnologias em Saúde em Estabelecimentos de Saúde;
- NBR IEC 60601: Diz que os equipamentos médicos de suporte a vida e que representem riscos ao paciente necessitam de testes de segurança e, ou calibração logo após uma manutenção preventiva ou corretiva;
- NBR 13.533: Garantir o aterramento adequado na instituição;
- NBR 13.533: Garantir o aterramento adequado na instituição;
- NBR IEC 601: aborda requisitos essenciais para segurança de equipamento eletromédico.
- RDC 153 – Regulamento Técnico para o funcionamento dos Serviços de Diálise
- Portaria Interministerial nº 382 – Procedimentos de instalações de Unidade de Esterilização por óxido de etileno e de suas misturas;
- Portaria nº 08 – DIMED – Reesterilização e Processamento de Artigos Médico-hospitalares.
- RDC nº 50 – Regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde;
- RDC 185 – Registro, alteração, revalidação ou cancelamento do registro de produtos médicos;
- RDC 07 - Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências;
- NBR ISO 17665-1:2010 – "Esterilização de produtos para saúde";
- NBR ISSO 15883-1 Lavagem e Desinfecção, Procedimentos de Qualidade e Validação de Processos;
- NBR – 15933:2011 – Diretrizes para um programa de gerenciamento de equipamentos de infraestrutura de serviços de saúde e de equipamentos para saúde;
- NR – 13 – Caldeiras e vasos de pressão;
- Normas Complementares: IEC 60788, NBR IEC 60601-1, NBR IEC 60601-1-1, NBR ISO 9001, NBR ISO 9000-3.

3.5.4.2 ENGENHARIA HOSPITALAR

O funcionamento de um Hospital depende de múltiplos fatores que caracterizam a complexidade de sua operação, dentre eles, suas instalações, equipamentos e suprimentos que são de uso contínuo e constante e devem estar disponíveis 24 horas por dia.

A Engenharia Hospitalar é uma área de extrema importância para um Hospital ou Estabelecimento de Assistência à Saúde, pois deve garantir a continuidade operacional com o mínimo de falhas e interrupções, resguardando a segurança de seus usuários. Compõe sua estrutura a manutenção predial que está diretamente relacionada à eficiência operacional.

A manutenção predial é definida como "o conjunto de atividades e recursos aplicados aos sistemas e equipamentos, visando garantir a continuidade de sua função dentro de parâmetros de disponibilidade, de qualidade, de prazo, de custos e de vida útil adequados". A manutenção predial compreende a manutenção preventiva e corretiva, estas em conjunto, reduzem consideravelmente o número de chamadas indevidas, e consequentemente prolongam a vida de equipamentos, sistemas e instalações.

Manutenção preventiva

A Manutenção Preventiva também é chamada de manutenção baseada em intervalos/tempo. Ocorre com planejamento, com objetivo claro e específico de manter todos os detalhes da edificação em plena operação a fim de evitar falhas e danos.

Plano de Manutenção Predial

Segundo a NBR 5462/92, a manutenção é uma prática que envolve ações técnicas e administrativas que, juntas, manterão ou devolverão a um item a capacidade de desempenhar determinada função. Existem, entretanto, diversos tipos e níveis de manutenção nas seguintes modalidades:

§ Preditiva: é a atividade de inspeção que visa o estudo de sistemas e equipamentos a fim de prever possíveis anomalias ou falhas nos mesmos, baseado no seu desempenho e comportamento, e, a partir disso, implementar e direcionar os procedimentos de manutenção preventiva;

§ Preventiva: é a atividade que entra em ação antes que haja a necessidade de reparo.

Exige uma programação, com datas preestabelecidas obedecendo a critérios técnicos determinados pelo fornecedor ou fabricante do produto. É fundamental que haja o registro de todas as atividades executadas;

§ Corretiva: é a atividade que visa à reparação ou restauração de falhas ou anomalias, seja ela planejada ou não. Implica, necessariamente, a paralisação total ou parcial de um sistema. É o tipo de manutenção que apresenta os custos mais elevados de execução;

§ Detectiva: é a atividade que visa identificar as causas de falhas e anomalias, auxiliando nos planos de manutenção, com o objetivo de atacar a origem do problema, e não apenas o sintoma do mesmo.

Ao usar as palavras manter e devolver, a NBR 5462/92 enuncia a dualidade manutenção preventiva X manutenção corretiva, uma vez que, para manter uma característica, é preciso que haja prevenção, e para devolver uma característica, aciona-se a correção.

É evidente que todo equipamento ou bem possui vida útil definida, ou seja, ele não durará para sempre, mesmo que seja cercado de muito cuidado. Entretanto, a vida útil de um bem, seja ele móvel ou imóvel, certamente será dilatada se o mesmo for alvo de manutenção adequada.

A manutenção predial pode ser definida em linhas gerais como “o conjunto de atividades e recursos que garanta o melhor desempenho da edificação para atender às necessidades dos usuários, com confiabilidade e disponibilidade, ao menor custo possível”. A manutenção predial não tem como finalidade principal a execução de reformas e/ ou alterações de sistemas em resposta às anomalias de concepção, projeto ou execução dos empreendimentos.

A manutenção preventiva de uma edificação deve ser praticada de maneira planejada e por profissionais especializados e habilitados para tal. Dessa maneira, é fundamental que haja um plano de manutenção a ser seguido. Esse plano é constituído de um conjunto de informações e procedimentos que orientam as atividades de manutenção e as rotinas de operação de sistemas, de acordo com uma estratégia de ação estabelecida.

Essa estratégia de manutenção é, basicamente, a ideologia do plano, ou seja, os aspectos teóricos que são considerados para que seja definida uma forma de execução e materialização de objetivos baseados em etapas de planejamentos.

Portanto, o plano de manutenção deverá abordar:

§ Detalhamento de rotinas;

§ Detalhamento de procedimentos;

§ Periodicidades;

§ Parâmetros de fabricantes quanto ao uso e inspeção rotineira de componentes;

§ Dados sobre eventuais falhas decorrentes de uso, operação ou deficiência nos procedimentos listados;

§ Observações quanto a procedimentos de urgência;

§ Periodicidades para o feedback e nível de suficiência das informações que serão coletadas e registradas;

§ Registro e histórico de atividades de manutenção;

§ Dados de referência quanto ao custo médio de cada atividade do plano.

Plano de Manutenção Predial:

Item	Peridicidade	Recomendações
Ar condicionado	De acordo com cronograma estabelecido P.M.O.C.	Cumprir recomendações e cronograma estabelecido no P.M.O.C.
Sistema Elétrico	Semestral	Checar se o sistema de aterramento sofreu corrosão e se a chegada do fio terra nos pontos de saída está em boas condições. Verificar se há aquecimento nos fios ou mau contato, que causam fuga de energia. O quadro de força deve ser mantido lacrado. Uma empresa especializada deve verificar se o prédio está bem dimensionado ou se há sobrecarga elétrica.
Gás GLP	Diariamente	Verificar possível vazamento
	Anualmente	Revisão geral de todo o sistema

Bombas D'água	Diariamente	Será mantido um contrato de manutenção com empresa idônea, que garanta prontoatendimento. Deve-se estar atento a qualquer ruído anormal no funcionamento da bomba, e solicitar visita da empresa antes da quebra.
Caixa d'água	Semestral	Limpeza da caixa d'água
Agua	Semestral	Realizar análise físico-química da água em atendimento a Portaria MS nº 518
Equipamentos combate a incêndio	Anualmente	Hidrantes e extintores devem ser revisados e recarregados anualmente.
	Diariamente	Verificados o fechamento e a regulagem.
Portões e sistema CFV	Mensal	Manter um contrato único de manutenção para todos esses equipamentos (inclusive antena coletiva) para garantia de um atendimento mais rápido
Garagens	Semestral	Manter a pintura das faixas de separação de garagens e identificação de garagens com prioridades (ambulâncias, idosos, deficientes)
	Diário	Verificar lâmpadas e garantir iluminação adequada
Fachadas	5 anos	Realizar pintura geral
Topo do Prédio	Semestral	Pequenos problemas, como ralinhos desencaixados ou calhas obstruídas por folhas, serão verificados.
Pára Raio	Anual	verificar se está de acordo com a NBR 5419/2001)
Instalações Elétricas	Anual	Verificar o aquecimento dos quadros elétricos
Instalações Hidráulicas	Mensal	Verificar a existência de vazamentos
Instalações Telefônicas	Semestral	Verificar a fiação e a rede
Gerador	Diário	Realizar teste de entrada Verificar nível de óleo
	Semestral	Verificar parâmetros e testes de acordo com o fabricante

Manutenção corretiva

A Manutenção Corretiva segundo a Norma NBR 5462 (1994), manutenção corretiva é "a manutenção efetuada após a ocorrência de uma pane, destinada a recolocar um item em condições de executar uma função requerida". Em suma: é toda manutenção com a intenção de corrigir falhas em equipamentos, componentes, módulos ou sistemas, visando restabelecer sua função. Ocorre sem planejamentos e exige ação imediata com intervenção da equipe para que o hospital consiga continuar sua operação de forma ininterrupta.

RESSALVA:

1. **No Plano Orçamentário apresentado foram previstos gastos com conservação, manutenções corretivas e preventivas (revitalizações de áreas, conserto de mobiliários e equipamentos).**
2. **Não consta na proposta do Plano Orçamentário a importância financeira necessária para ampliações, reestruturação de áreas, aquisição de mobiliários e equipamentos. Os recursos financeiros necessários aos investimentos serão apresentados à Secretaria de Saúde para análise a aprovação, devendo ser realizado após o devido aditamento do Contrato de Gestão, conforme previsto no Edital – Processo de Seleção nº 01/SS/2022.**
3. **A SPDM se propõe, num prazo de 90 dias, apresentar um plano executivo com as obras e reformas necessárias**.

Organização do Serviço

A infraestrutura e a informação são primordiais para o funcionamento confiável de todas as tecnologias médicas, pois, asseguram uma condição ambiental favorável para cada tipo de equipamento, garantido que estes venham a operar dentro dos parâmetros para os quais foram projetados. Qualquer alteração destas condições poderá estabelecer riscos. É necessário, também, que os operadores estejam preparados para utilizá-los de forma adequada.

Portanto, a Engenharia Hospitalar deverá planejar atividades para assegurar a integridade e a conservação da infraestrutura predial e suas instalações, bem como, a segurança dos usuários.

A Engenharia hospitalar pela sua complexidade esta subdividida em vários seguimentos:

Construção Civil
Execução; Estrutura concreto ,alvenaria, paredes, acabamentos, impermeabilização; Pintura; Pisos vinílicos, cerâmicos, de granito, granilite, borracha, cimentícios; Calçadas, estacionamentos; Forros de massa de gesso, acústicos, removíveis; Azulejos, cerâmicas, pastilhas; Instalação de louças e metais; Telhados e coberturas; Caixilhos, grades de segurança, portões; Portas; Batentes; Fachada; Calhas; Serviços de apoio a outros setores ; transporte de equipamentos, móveis, materiais; Outros elementos construtivos presentes na edificação.
Instalações Elétricas
Instalações, circuitos, terminais elétricos; Tomadas, disjuntores, interruptores e botões diversos; Aterramentos; blindagens, para-raios, antenas; Luminárias, lâmpadas, fusíveis, resistências, reatores; Painéis, quadros elétricos; Relógios elétricos; Luminosos; Sinalização; Refletores de pátios e estacionamentos; Relês de baixa e média tensão; Equipamentos e aparelhos, motores, maquinas em geral; Equipamentos de cozinha; Carros térmicos; Bombas; Aparelhos; Enceradeiras; Ventiladores; Liquidificadores; Telefonia; PABX; Quadros de comando, placas indicativas, sinalização, alto falante, interfonia; Cabine, transformadores de baixa e média tensão; Geradores de emergência, cogeração.
Instalações Hidráulicas
Água fria, quente, boias, barriletes, reservatórios de água potável e não potável; Bombas; Esgotos; Grelhas e drenos; Calhas, funis, bisinotes, rufos, condutores; Aparelhos; Bebedouros, pias, torneiras, bacias sanitários, registros, ralos, válvulas; Chuveiros, duchas, aquecedores, limpeza de calhas, condutores, bueiros, coletores de águas pluviais, caixas d'água, caixas de inspeção e coletores de resíduos de cozinha, caixas de gordura, sifões; Desentupimento de vasos sanitários, caixas de decaimento e outros.
Marcenaria e Tapeçaria
Móveis, balcões, prateleiras, armários; Quadros, carrinhos, estantes, mesas cadeiras bate maca, rodapé, estrados, revestimento melamínico, portas, janelas; Telhado; Assoalho, forro, rodapé; Revestimentos; Ferragens, fechaduras, puxadores, molas; Móveis estofados, sofás, poltronas, cadeiras, divãs de exame, almofadas, colchões, colchonetes para macas entre outros.
Condicionamento de Ar
Ventilação, exaustão, motores, unidades compactas, fan coil, ar condicionado central, de janela; Filtros Manta, G, F, HEPA, eletrostáticos, fluxo laminar; Refrigeração, freezer central de frio, trocadores de calor, torre de arrefecimento; balcões frigoríficos; Câmeras frigorificas, geladeiras; Chillers; Bombas de calor; Dutos de ar.
Central de Gases
Central de vácuo; Central de oxido nitroso; Central de ar comprimido; Réguas de gases medicinais.
Mecânica

Equipamento de cozinha: maquina de moer carne, lavadoras de pratos, batedeira descascadora de legumes, maquina de costura, secadora; Macas, camas, carrinhos, instalações; equipamentos; Maquinas de escritório; entre outros.

Funcionamento: 24 horas.

Quadro de Pessoal Sugerido

Cargos	Funções	Carga Horária sugerida	Cursos Obrigatórios
Engº Civil	Trabalho de supervisão profissional, que consiste em planejamento, coordenação e supervisão das atividades desenvolvidas na Unidade de Manutenção.	200h/mês	NR 32
Engº Elétrico	Responsável pelos serviços elétricos	200h/mês	NR 32/ NR 10
Arquiteto	Responsável por projetos e adequações estruturais	200h/mês	NR 32
Auxiliar Administrativo	Trabalho de assessoria administrativa que consiste na organização, execução de tarefas burocráticas como elaboração de cartas, memorandos, relatórios, atas, realização de compra direta.	200h/mês	-NR 32
Eletricista	Examina a parte elétrica de máquinas e equipamentos, localiza e identifica os defeitos, substitui peças de componentes elétricos; monta, coloca e fixa os painéis de distribuição; instalam cabos elétricos, testam os circuitos da instalação; participa na instalação e manutenção dos equipamentos de telefonia e da rede de transmissão de dados da instituição.	220 h / mês (*)	NR 10

Pintor	Responsável pela pintura, manutenção e retoques das paredes, macas, suporte de soro, camas, mesas, etc.	220 h / mês (*)	NR 35
Pedreiro	Construir, instalar ou demolir (obras).	220 h / mês (*)	NR 35
Encanador	Montar, ajustar, instalar e reformar encanamentos, tubulações e acessórios.	220 h / mês (*)	NR 35
Marceneiro	Montar, ajustar, instalar e reformar mobiliários	220 h / mês	NR 35
Mecânico de manutenção	Responsável por realizar as manutenções corretivas nos mobiliários, e equipamentos.	220 h / mês	Solda
Encarregado de Manutenção	Supervisão dos trabalhos da Equipe Técnica (Pedreiro, Pintor, Oficial de Manutenção Júnior, Encanador e Eletricistas)	220 h / mês	NR 35
Auxiliar Manutenção	Auxilia o eletricista, pintor, pedreiro e encanador na execução dos serviços.	220 h / mês	NR 35

(*) Cobertura 24 horas

Nota: Para o exercício das atividades da Engenharia Hospitalar, é importante observar a formação técnica, com respectivos certificados, assegurando a contratação dos profissionais devidamente capacitados para desempenho das devidas funções.

Instruções Técnicas

- Elaborar Manual de Padronização: Normas, Rotinas e Procedimentos;
- Realizar avaliação técnica dos fornecedores para contratação de serviços terceirizados;
- Especificação, recebimento, instalação, operação e desativação de equipamentos;

- Gerenciamento da conservação da estrutura física predial e do mobiliário;
- Gerenciamento da potabilidade da água e reservatórios de acordo com as normas técnicas;
- Gerenciamento de contratos;
- Gerenciamento da operação e controle dos equipamentos de infraestrutura: aquecedores de água, geradores de energia, entre outros;
- Gerenciamento da operação e controle dos sistemas de: água, energia elétrica, gases, vapor, efluentes líquidos, SPDA, climatização, combate a incêndios/alerta e emergência, telefonia e rede lógica;
- Gerenciamento da manutenção corretiva e preventiva dos Sistemas;
- Elaboração dos Planos de Contingência;
- Elaboração do Plano Diretor.

Indicadores de Desempenho

Para a mensuração do desempenho do serviço realizado serão utilizadas como ferramenta os Indicadores de Desempenho.

Os indicadores ora apresentados representam apenas alguns entre outros tantos acompanhados no modelo de gestão da SPDM.

Indicador	Finalidade	Meta	Frequência
% do check-list de inspeção dos sistemas elétricos em conformidade.	Manter todos os serviços em plena operação a fim de evitar falhas e danos.	95%	Mensal
% do check-list de inspeção dos sistemas de ar condicionado em conformidade.	Manter todos os serviços em plena operação a fim de evitar falhas e danos.	95%	Mensal
% do check-list de inspeção dos sistemas hidráulicos em conformidade.	Manter todos os serviços em plena operação a fim de evitar falhas e danos.	95%	Mensal

✓ **Percentual de Check-list de Inspeção dos Sistemas Elétricos**

Definição: relação entre número de Check-list realizado e o número de Check-list

estipulado**.**

Equação para cálculo:

$$\frac{\textit{Número de Check-list Realizado}}{\textit{Número de Check-list Estipulado}} \times 100$$

Responsável pelo dado: Gerente de Engenharia

Frequência de levantamento: Mensal

Dimensão da coleta: todas as unidades da Instituição

Observações:

- Trata-se de um indicador de fácil entendimento, que visa avaliar a eficácia de realização das manutenções preventivas conforme cronograma proposto.

✓ **Percentual de Check-list de Inspeção dos Sistemas de ar Condicionado**

Definição: relação entre numero de Check-list realizado e o numero de Check-list estipulado.

Equação para cálculo:

$$\frac{\textit{Número de Check-list Realizado}}{\textit{Número de Check-list Estipulado}} \times 100$$

Responsável pelo dado: Gerente de Engenharia

Frequência de levantamento: Mensal

Dimensão da coleta: todas as unidades da Instituição

Observações:

- Trata-se de um indicador de fácil entendimento, que visa avaliar a eficácia de realização das manutenções preventivas conforme cronograma proposto.

✓ **Percentual de Check-list de Inspeção dos Sistemas Hidráulicos**

Definição: relação entre numero de Check-list realizado e o numero de Check-list estipulado**.**

Equação para cálculo:

$$\frac{\textit{Número de Check-list Realizado}}{\textit{Número de Check-list Estipulado}} \times 100$$

Responsável pelo dado: Gerente de Engenharia

Frequência de levantamento: Mensal

Dimensão da coleta: todas as unidades da Instituição

Observações:

- Trata-se de um indicador de fácil entendimento, que visa avaliar a eficácia de realização das manutenções preventivas conforme cronograma proposto.

Legislação Vigente

Para elaboração do Plano de Manutenção, utilizamos as seguintes normas regulamentadoras aprovadas pela portaria nº. 3214 de 08.06.78 do Ministério do Trabalho:

- NR-5: Comissão interna de prevenção de acidentes;
- NR-6: Equipamento de proteção individual;
- NR-7: Programa de Controle Médico de Saúde Operacional;
- NR-9: PPRA – Programa de prevenção dos Riscos Ambientais;
- NR-10: Instalações e serviços em eletricidade;
- NR-11: Transporte, movimentação, armazenagem e manuseio de materiais;
- NR-12: Máquinas e Equipamentos;
- NR-13: Caldeiras e Vasos de Pressão;
- NR-23: Proteção contra Incêndios;
- NR-24: Condições Sanitárias e de conforto nos locais de trabalho;
- NR-32: Segurança e Saúde no trabalho em serviços de saúde;
- NR-33: Segurança e Saúde nos trabalhos em espaço Confinado;
- NR-35:Trabalho em Altura;
- RDC- 50: Regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde;
- NBR 13534: Regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde;
- NBR 5410: Instalações elétricas de baixa tensão;
- Portaria MS Nº 2914: Procedimentos de Controle e de vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade;

- Resolução – RE nº 9: Padrões Referenciais de Qualidade do Ar Interior, em ambientes climatizados artificialmente de uso público e coletivo.

3.5.4.3 GESTÃO DE LOGÍSTICA E SUPRIMENTOS

Logística Hospitalar – Planejamento e Gestão de Medicamentos e Materiais

A logística hospitalar é o processo de gerenciar estrategicamente e racionalmente a aquisição, movimentação e armazenamento de medicamentos, materiais médicos – hospitalares e outros materiais necessários ao perfeito funcionamento da unidade hospitalar. Contempla as áreas de Almoxarifado, estoques da Farmácia Central e Farmácias Satélites.

A gestão da cadeia de suprimentos, compreende a compra, o recebimento, armazenamento e distribuição de todos os materiais utilizados no Hospital.

Organização do Serviço

Premissas:

- **Almoxarifado Central**

Recebimento, armazenamento e distribuição dos medicamentos e insumos dentro do Hospital.

- **Farmácia central**

Produção de tiras (sistema de distribuição de medicamentos por dose unitária); Distribuição de material médico hospitalar por paciente; Estoque de medicamentos controlados pela Portaria 344/98.

- **Farmácia satélite do Centro Cirúrgico**

Distribuição de kits de medicamentos e materiais as salas cirúrgicas;

Atendimento às unidades de internação no período noturno (das 19h às 07h);

Distribuição de medicamentos e materiais de urgência;

Produção de tiras (sistema de distribuição de medicamentos por dose unitária) para pacientes em observação.

Planejamento e Aquisição

Em um Hospital, o número de itens de consumo pode variar de 2000 a 5000 itens que devem ser agrupados de acordo com perfil de utilização, como por exemplo os medicamentos, fios cirúrgicos, descartáveis, curativos, etc. Estes vários grupos ainda podem se dividir de acordo com sua classe terapêutica, como por exemplo, os medicamentos que se agrupam em anestésicos, oncológicos, vasoconstritores, etc.

Além da diversidade de itens utilizados em um Hospital, igualmente importante considerar outras variáveis que podem impactar diretamente na assistência prestada ao paciente, como o perfil e complexidade do atendimento e demanda.

Neste sentido, é condição *sine qua non* que os profissionais da gestão de estoque em conjunto com os profissionais da área assistencial definam uma padronização dos itens estocáveis.

Outro aspecto relevante é o dimensionamento do estoque, que afeta diretamente os níveis de compras, ressuprimento e consequentemente a distribuição dos insumos. A gestão da cadeia de suprimentos deve disponibilizar insumos com qualidade, na quantidade suficiente e tempo certo com baixo custo

Para tanto, ressalta-se que a SPDM, de acordo com suas políticas institucionais, utiliza compras de itens estocáveis sejam conjuntas e consolidadas às demais Instituições Afiliadas da SDM proporcionando o ganho de escala, maximizando os recursos públicos financeiros e resultados. A Unidade de Compras terá seu Regimento publicado em Diário Oficial, cujas diretrizes estarão, evidentemente, pautadas nos princípios da moralidade, economicidade, impessoalidade e isonomia. Os critérios que deverão ser utilizados para a realização do planejamento de compras são:

- **Sazonalidade**

Alguns medicamentos podem sofrer alterações de consumo em determinados períodos do ano, oferecendo mudanças significativas no estoque.

- **Curva ABC**

A Curva ABC é um método de classificação estatística de medicamentos e materiais, baseada no princípio de Pareto, que visa classificar itens através das percentagens da demanda valorizada de cada item em relação a demanda valorizada total.

- **Curva XYZ**

Na Curva XYZ os itens são classificados baseando-se no critério de criticidade, levando em consideração a sua importância ao paciente. Classe X representa os itens de baixa criticidade, cuja falta não implica em maiores consequências, Classe Y apresenta razoável possibilidade de substituição com outros itens disponíveis em estoque sem comprometer os processos críticos, caso seja necessário em detrimento dos custos envolvidos e a classe Z que representa os itens de vital importância.

- **Curva PQR**

Na curva PQR os itens são classificados de acordo com a popularidade dos itens, onde a classe P envolve os itens de elevada frequência de movimentação, a classe Q envolve os itens com frequência de movimentação intermediária e a classe R incluem os itens de baixa movimentação.

- **Estoque de Segurança**

O estoque de segurança consiste em uma reserva dos itens de medicamentos e materiais suficiente para suprir o abastecimento durante o período de entrega e reabastecimento.

- **Estoques Máximos e Mínimos**

São os níveis máximos e mínimos estabelecidos dos itens de medicamentos e materiais através do histórico de consumo, utilizados para identificar o ponto de ressuprimento, estoque baixo ou estoque alto.

O valor unitário contábil dos itens de estoque será realizado através do custo médio ponderado, ou seja, a cada entrada de um determinado item o valor unitário será recalculado com a quantidade anterior, de acordo com a Lei 4.320/69. Art. 106. Que determina que os órgãos públicos façam uso do custo médio ponderado.

Comitê de Farmácia e Terapêutica (CFT)

A padronização dos medicamentos e materiais a serem adquiridos deverá ser definida em um Comitê de farmácia e terapêutica e revisada periodicamente. Esta padronização visa definir a quantidade de itens de estoque, ou seja, sua variedade, facilitando o seu controle e

otimização de recursos estocados, tendo como consequência um menor número de recursos empregados em estoque. Além de elaborar a padronização, este comitê estabelecerá critérios para a inclusão de novos itens e exclusão de algum item.

Deverão compor este comitê, os representantes da Diretoria Técnica, SCIH, Enfermagem, Farmácia Clinica, Almoxarifado, Administração e demais profissionais envolvidos no processo.

Avaliação de Fornecedor

Um dos critérios de aquisição dos materiais, deverá ser a avaliação dos fornecedores, tendo como principais pontos as análises da regularidade do fornecedor nos órgãos competentes, análise dos registros dos produtos comercializados pelo fornecedor e análise técnica dos produtos utilizados pelo Hospital.

Esta complexa avaliação dos fornecedores é de extrema importância e necessária para garantir que todos os itens adquiridos pelo Hospital tenham boa procedência, garantindo assim a segurança do processo de aquisição.

Ressalta-se que a SPDM possui equipe altamente qualificada que compõe o Comitê Técnico de Qualificação de Fornecedores (CTQF).

Recebimento

A unidade de Gestão de Estoques é centralizadora do recebimento de todos os insumos adquiridos pelo hospital (Material médico, Medicamentos, dentre outros).

O recebimento deve ser realizado através de documentação formalizada como, pedido de compras, autorização de compras e notas fiscais.

Dentre outras considerações:

- Conferência Física – Deve-se realizar a conferencia dos itens da quantidade recebida, número do lote e validade dos produtos;

- No caso de um medicamento termolábil, ou seja, aquele que deve estar armazenado a uma temperatura entre 2º C a 8º C, deve ser realizado uma aferição da temperatura no ato do recebimento, através de um termômetro à laser.

Armazenamento

Armazenamento de medicamentos e materiais deverá ser realizado de acordo com critérios técnicos e normas de boas práticas de armazenamento.

Deverá ser adotado o critério PEPS (Primeiro que Expira é o Primeiro que Sai), que visa a guarda dos itens obedecendo os prazos de validade.

Para o controle dos medicamentos sujeitos a controle especial, é necessário seguir as diretrizes da Portaria 344/98.

Fracionamento

Os materiais médico-hospitalares e medicamentos devem ser fracionados um a um e identificados com etiqueta de código de barras e guardados no estoque ou transferidos para os sub-estoques de dispensação.

Controle de validade

Deverá existir controle de validade dos medicamentos e materiais através de sistema informatizado, assim como plano de gerenciamento manual, com identificação visual dos bins e colmeias utilizadas para armazenamento dos medicamentos e materiais.

Controle de temperatura

Garantir a aferição e registro das temperaturas de refrigeradores e ambientes. As intercorrências com possíveis divergências na temperatura deverão ser corrigidas imediatamente, sem prejuízos à conservação dos medicamentos.

Controle de Estoques de Medicamentos e Materiais

Registro da movimentação dos medicamentos e materiais deverá ser realizado por meio de um Sistema Informatizado de Gestão de Suprimentos implantado de forma que possibilite executar e visualizar a movimentação, como transferência e saída para o paciente, do Estoque Central, Farmácia Central e Satélite. A SPDM utiliza o Sistema TASY o qual possibilita realizar todos os controles necessários à gestão de estoque.

Separação e registro de baixas de medicamentos

Garantir o controle de estoque dos medicamentos distribuídos através de sistema informatizado, interligado ao sistema informatizado de internação. O sistema informatizado não deverá permitir a distribuição de medicamentos que não estiverem na prescrição médica.

Distribuição de medicamentos e materiais pelo sistema de dose unitária

A distribuição dos medicamentos prescritos para pacientes internados, deverão atender o sistema de distribuição por dose unitária (medicamentos previamente fracionados para atendimento da dose prescrita).

Conferência de tiras de dose unitária

Será realizada a conferência das tiras de dose unitária, de forma que sejam detectados possíveis erros de separação, antes da etapa de distribuição.

Medicamentos Controlados pela Portaria 344/98

Estes de medicamentos deverão ser supervisionados por um profissional farmacêutico, visto a necessidade de cuidados especiais quanto ao seu fluxo de recebimento, armazenamento, distribuição e escrituração de livro de registro.

Inventário

Para verificar se os estoques estão sendo bem utilizados, manuseados e controlados, utiliza-se diferentes controles de produtividade na análise da gestão de estoque.

Inventário Físico que é realizado com a contagem do estoque e confrontado com o controle de estoque deve ser periódico.

Funcionamento

Serviço	Horário de funcionamento
Almoxarifado Central	2ª. a 6ª. das 08h00 às 18h00 Sábados, Domingos e Feriados das 08h00 às 16h20

Quadro de Pessoal Sugerido

cargos	funções	Carga Horária sugerida	Cursos
Gerente de Almoxarifado	Responsável pela gestão de estoques	200 h / mês	Superior Completo em Administração de Empresas ou Farmácia. Conhecimento avançado em Informática.
Farmacêutico	Responsável pela operação logística dos Medicamentos.	200 h / mês	Superior em Farmácia. Conhecimento avançado em Informática.
Supervisor de Almoxarifado	Responsável pela operação logística dos Materiais.	200 h / mês	Superior em Logística. Conhecimento avançado em Informática.
Assistente Administrativo	Recebimento, solicitação e dispensação de materiais de OPME. Contato com fornecedores para reposição.	200 h / mês	Conhecimento intermediário em Informática.
Auxiliar Administrativo	Organização no arquivo de documentos, consolidação de dados e apoio administrativos a gestão da unidade. Lançamento de notas fiscais.	200 h / mês	Conhecimento avançado em Informática.
Jovem Aprendiz	Entrega de pedidos nas unidades administrativas, auxilia no recebimento e armazenamento.	96 h / mês	cursando segundo grau

Auxiliar de Farmácia (Estoque)	Sinalizar quando determinado medicamento atingir o estoque mínimo pré-determinado. Realizar o processo de fracionamento dos Medicamentos conforme demanda. Executar o processo de transferência dos medicamento, visando manter os estoques devidamente atualizados.	220 h / mês	Comprovação de experiência mínima de seis meses de trabalho em farmácia ou drogaria. Conhecimento intermediário em Informática.
Auxiliar de Almoxarifado	Sinalizar quando determinado material atingir o estoque mínimo pré-determinado. Realizar o processo de fracionamento dos materiais conforme demanda. Executar o processo de baixa e transferência dos materiais, visando manter os estoques devidamente atualizados.	220 h / mês	Conhecimento intermediário em Informática.

Gestão de Planejamento de Materiais de OPME

OPME (Órteses, Próteses e Materiais Especiais)

I. Órtese: São dispositivos de ação temporária que melhoram a função ou possibilitam alcançar um objetivo funcional de um órgão ou segmentos do corpo.

II. Prótese: São dispositivos destinados a substituir estruturas anatômicas e realizar suas funções.

III. Materiais especiais: Materiais que auxiliam no procedimento diagnóstico ou terapêutico (Cateteres, fios guia, balão dilatador etc.) Implantável ou não, de uso individual.

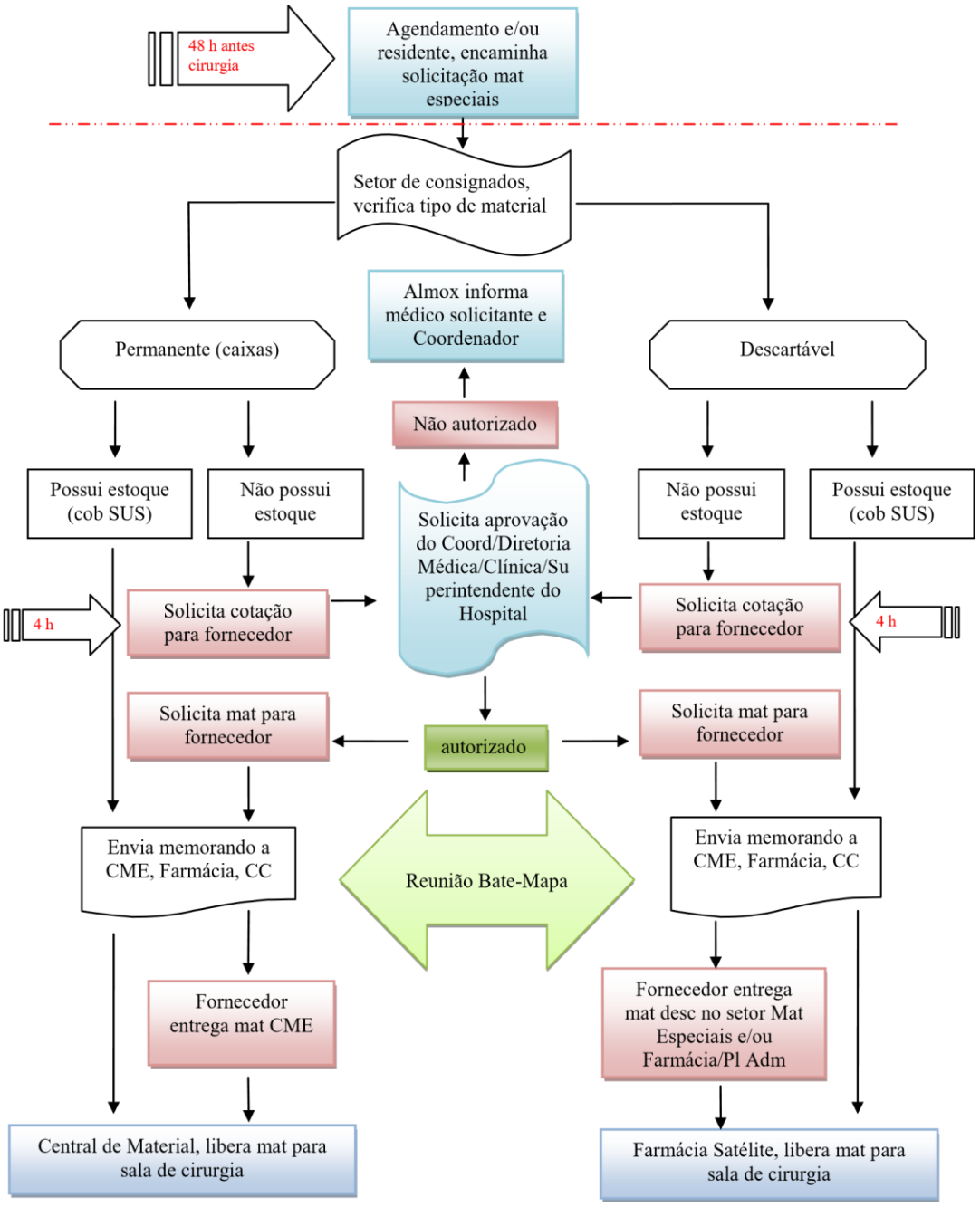
IV. Síntese: São dispositivos (placas e parafusos, hastes, fios, ganchos etc.). Implantados através e procedimento cirúrgico.

Devido o alto custo dos materiais de OPME, alguns destes materiais poderão ficar no Hospital sobre o regime de consignação.

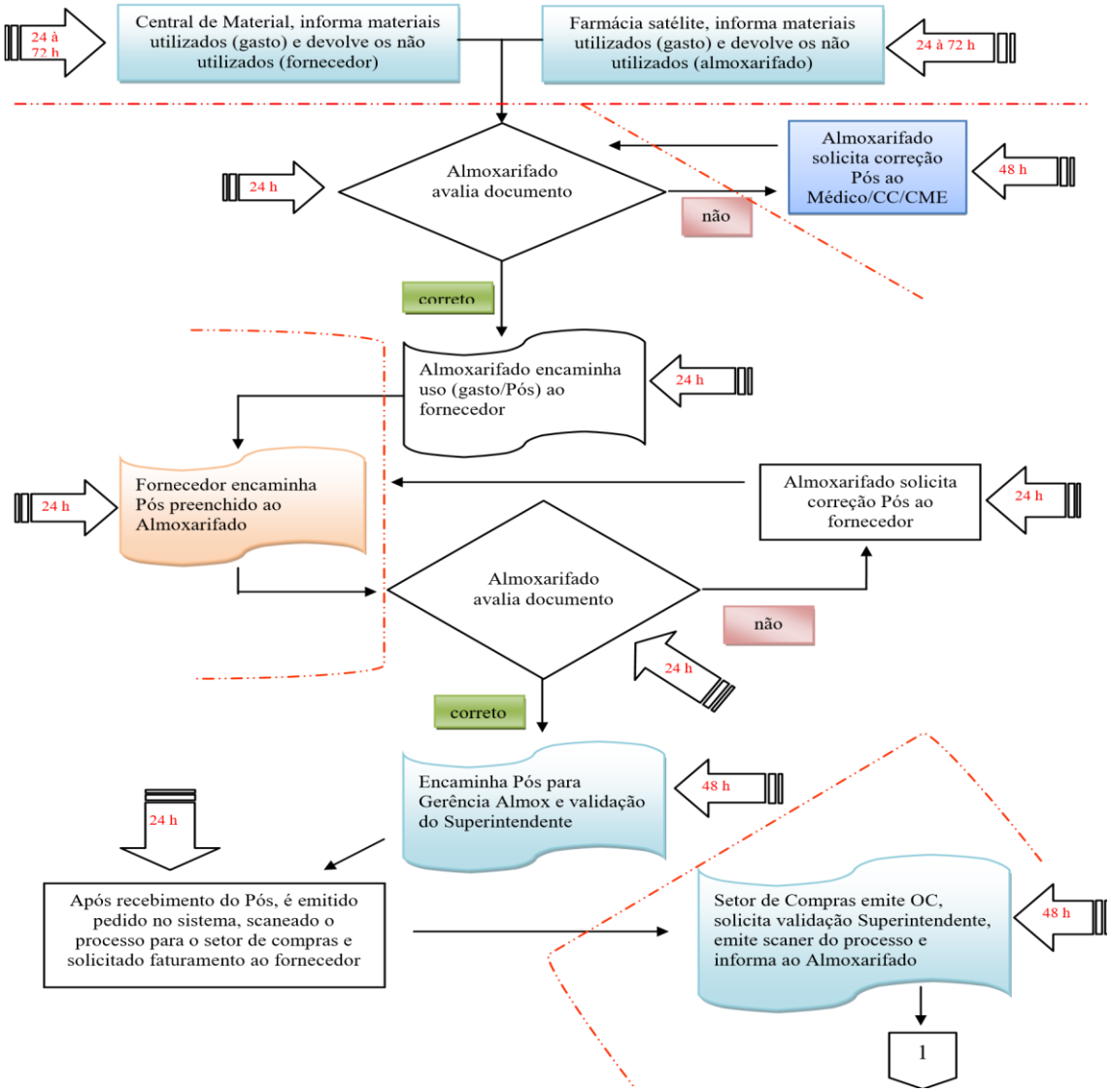
A SPDM entende que a gestão de OPME deva ter controle máximo. Para isso e com o

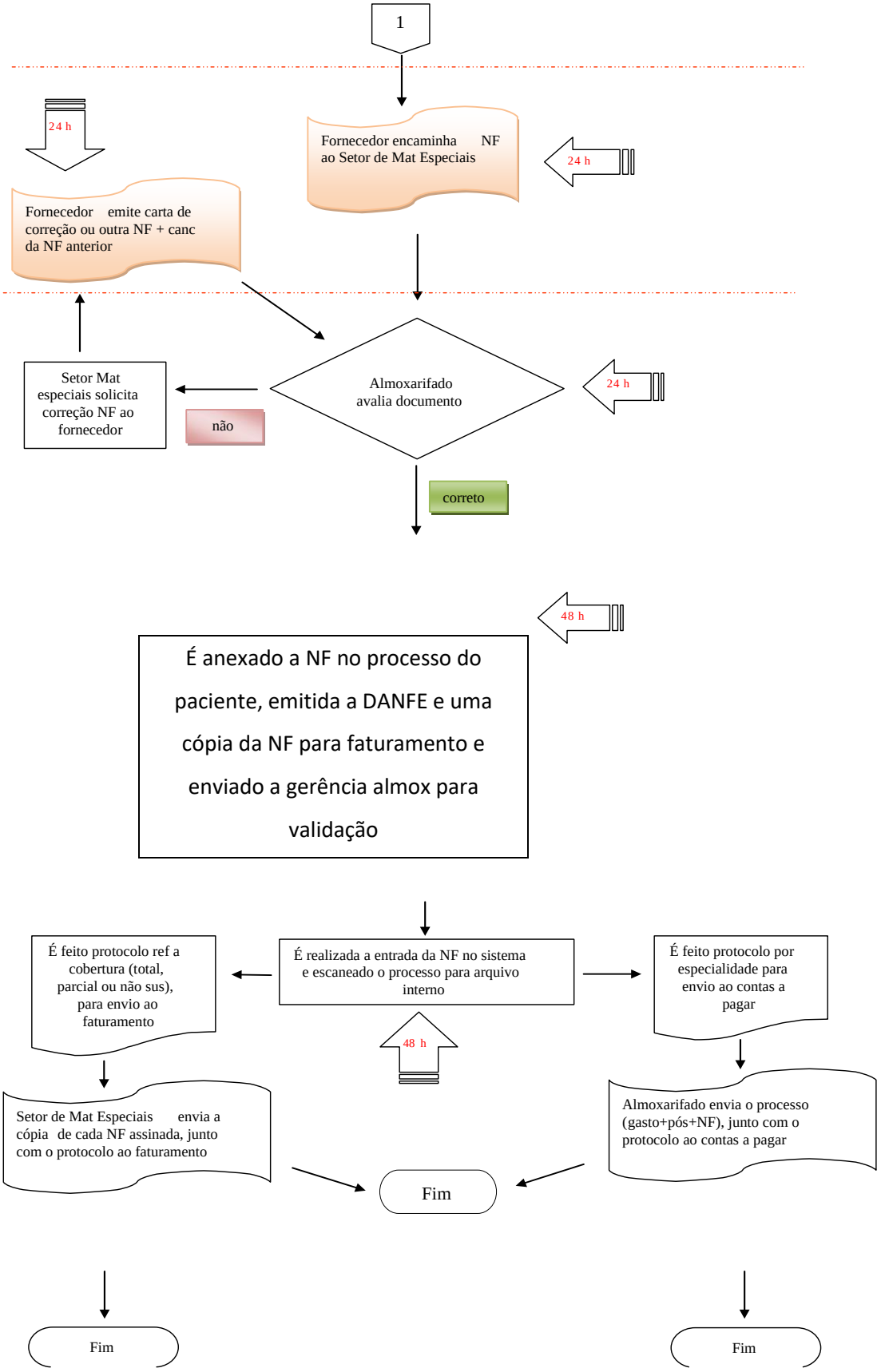
objetivo de mitigar riscos e prevenir possíveis problemas relacionados a conduta de profissionais, possui normas e rotinas específicas para essa linha de materiais (OPME):

PARA LIBERAÇÃO DE MATERIAIS ESPECIAIS:



PARA FATURAMENTO DE MATERIAIS ESPECIAIS:




1
24 h
Fornecedor encaminha NF ao Setor de Mat Especiais
24 h
Fornecedor emite carta de correção ou outra NF + canc da NF anterior
Setor Mat especiais solicita correção NF ao fornecedor
não
Almoxarifado avalia documento
24 h
correto
48 h
É anexado a NF no processo do paciente, emitida a DANFE e uma cópia da NF para faturamento e enviado a gerência almox para validação
É feito protocolo ref a cobertura (total, parcial ou não sus), para envio ao faturamento
É realizada a entrada da NF no sistema e escaneado o processo para arquivo interno
48 h
É feito protocolo por especialidade para envio ao contas a pagar
Setor de Mat Especiais envia a cópia de cada NF assinada, junto com o protocolo ao faturamento
Almoxarifado envia o processo (gasto+pós+NF), junto com o protocolo ao contas a pagar
Fim
Fim
Fim

Atribuições

- Responsável pela aquisição, recebimento, armazenamento e distribuição de materiais;
- Acompanhar os itens com picos de consumo ou com baixos níveis de estoque;
- Controlar os níveis de estoques para que não excedam as quantidades máxima ou mínima;
- Realizar o cadastro de fornecedores ou itens utilizados no Hospital;
- Adquirir material de forma emergencial quando necessário;
- Garantir 100% de registro de movimentação dos estoques dos medicamentos e materiais distribuídos;
- Escriturar procedimento operacional padrão de todas as tarefas a serem implementadas, sendo estas revisadas, discutidas e validadas com as unidades envolvidas, inclusive com a equipe assistencial;
- Garantir o controle de temperatura ambiente e dos refrigeradores, através de termohigrômetro calibrado e registro das temperaturas;
- Realizar treinamentos técnicos teóricos e práticos de todas as tarefas do Almoxarifado, devendo existir plano de reciclagem para todos os colaboradores.

Indicadores de Desempenho

Para a mensuração do desempenho do serviço realizado serão utilizadas como ferramenta os Indicadores de Desempenho.

Os indicadores ora apresentados representam apenas alguns entre outros tantos acompanhados no modelo de gestão da SPDM.

Indicador	Finalidade	Meta	Frequência
Taxa de Conferência de tiras de dose unitária	Monitorar a quantidade de tiras conferidas antes da distribuição de medicamentos e materiais.	100%	Mensal

Taxa de Falha na Dispensação de Materiais	Monitorar a quantidade de erros na dispensação de materiais detectados na entrega para a área assistencial.	≤ 0,5%	Mensal
Taxa de Materiais Padronizados não Atendidos	Monitorar a quantidade de materiais padronizados no Hospital que não foram atendidos.	≤ 0,5%	Mensal

✓ **Taxa de conferência de tiras de dose unitária**

Definição: Monitorar a quantidade de tiras conferidas antes da distribuição de medicamentos e materiais**.**

Equação para Cálculo:

$$Taxa\ de\ Conferência\ de\ tiras\ de\ dose\ unitária = \frac{\text{n° tiras dose unitária conferidas}}{\text{n° tiras confeccionadas}}\ x\ 100$$

Frequência de Levantamento: Mensal

Dimensão da coleta: Relatório do número de prescrições atendidas e contagem das tiras de dose unitária que foram conferidas.

Observações:

- Número de tiras de dose unitária conferidas com a prescrição: Trata-se da conferência das tiras de dose unitária pelo colaborador da Farmácia utilizando como base as informações da prescrição.
- Número de tiras confeccionadas: Trata-se do total de tiras confeccionadas (embalagem plástica secundária que permite dividir os medicamentos por horário prescrito).

✓ **Taxa de Falha na Dispensação de Materiais**

Definição: Monitorar a quantidade de erros na dispensação de materiais detectados na entrega para a área assistencial.

Equação para Cálculo:

$$Taxa\ de\ falha\ na\ dispensação\ de\ materiais = \frac{\text{n° erros de materiais entregues}}{\text{n° materiais entregues}}\ x\ 100$$

Meta: < ou = a 0,5% de erros de entregas de materiais.

Frequência do levantamento: Mensal

Dimensão da coleta: Registro de erros encontrados na conferência das entregas de materiais para a área assistencial e relatórios de saídas de materiais no sistema informatizado.

Observações:

- Número de erros de entrega de materiais: Número de materiais que foram separados incorretamente e detectados na entrega para a área assistencial;
- Número total de materiais entregues: Número total de materiais distribuídos.

✓ **Taxa de Medicamentos Padronizados Não Atendidos**

Definição: Monitorar a quantidade de medicamentos padronizados no Hospital que não foram atendidos.

Equação para Cálculo:

$$Taxa\ de\ medicamentos\ padroniz.\ não\ atendidos = \frac{\text{nº medicam. padr. não atendidos}}{\text{nº medicamentos padr. atendidos}}\ x\ 100$$

Frequência: Mensal

Dimensão da coleta: Registro de conferência de medicamentos padronizados não atendidos no ato da entrega para a área assistencial.

Observações:

- Número de medicamentos padronizados não atendidos: Número de medicamentos que não foram entregues e detectados na entrega para a área assistencial;
- Número de medicamentos padronizados atendidos: Número total de medicamentos distribuídos.

Legislação Vigente

O serviço de estoque e logística deverá cumprir as seguintes exigências legais:

- CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas;
- Lei 5.991/73 – Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, horário do farmacêutico, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências.
- Portaria MS 4.283/10 – Aprova as diretrizes e estratégias para organização, fortalecimento e aprimoramento das ações e serviços de farmácia no âmbito dos hospitais.

- RDC 45/03 da ANVISA: Dispões sobre regulamento Técnico sobre Boas Práticas de utilização de Soluções Parenterais em serviços de saúde;
- RDC 50/02 da ANVISA: Dispõe sobre Regulamento Técnico para projetos físicos em estabelecimentos assistenciais de saúde;
- RDC 67/07 da ANVISA: Dispõe sobre boas práticas de manipulação de preparações magistrais e oficinais para uso humano em farmácias;
- RDC 80/06 da ANVISA: Dispõe sobre o fracionamento de medicamentos em farmácias e drogarias;
- RDC 306/04 da ANVISA: Dispõe sobre regulamento técnico para o gerenciamento de resíduos dos serviços de saúde;
- RDC 9/09 da ANVISA - Altera o anexo VI da RDC 45/03 Lei no. 5991/73: Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, horário do farmacêutico, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências;
- Portaria 272/98 da ANVISA – Aprova o regulamento técnico para fixar os requisites mínimos exigidos para a terapia de nutrição parenteral;
- Portaria 2616/98 do MS – Controle de Infecção Hospitalar;
- Portaria 485/05 do MTE – Aprova NR 32 – Segurança e saúde no trabalho em estabelecimentos de saúde;
- Portaria 1017/02 SAS/MS – Estabelece que as farmácias hospitalares integrantes do SUS devam estar sob a responsabilidade do farmacêutico;
- Portaria 344/98 SVS/MS – Estabelece o regulamento técnico das substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial.

3.5.4.4 HIGIENE HOSPITALAR

Apresentação O Serviço de Limpeza e Desinfecção de Superfícies em Serviços de Saúde compreende a limpeza, desinfecção e conservação das superfícies fixas e equipamentos permanentes das diferentes áreas. Tem a finalidade de preparar o ambiente para suas atividades, mantendo a ordem e conservando equipamentos e instalações, evitando principalmente a disseminação de microrganismos responsáveis pelas infecções relacionadas à assistência à saúde.

Organização do Serviço Preconiza-se que a limpeza seja dividida da seguinte forma:

▪ Limpeza concorrente ou diária: é o processo de limpeza diária, com a finalidade de remover a sujidade e repor o material de higiene;

▪ Limpeza terminal: é o processo de limpeza e/ou desinfecção de toda a área, incluindo todas as superfícies, mobiliários e equipamentos, com a finalidade de remover a sujidade e diminuir a contaminação ambiental, abastecendo as unidades com material de higiene e será realizada sempre que se fizer necessária.

Segundo o Art. 3º do Regulamento Técnico estabelecido pela RDC 15/2012 da ANVISA, o serviço de limpeza e higienização hospitalar consiste na remoção de sujidades orgânicas e inorgânicas de superfícies e mobiliários, redução da carga microbiana presente nos produtos para saúde, utilizando água, detergentes, produtos e acessórios de limpeza, por meio de ação mecânica (manual ou automatizada), atuando em superfícies internas (lúmen) e externas, de forma a tornar o produto seguro para manuseio e preparado para desinfecção ou esterilização.

Os produtos químicos a serem utilizados devem possuir registro no Ministério da Saúde. A empresa contratada deverá apresentar à Contratante cópia dos Certificados de Registros dos produtos químicos no Ministério da Saúde e Ficha de Informação de Segurança de Produto Químico (FISPQ).

Funcionamento: 24 horas.

Quadro de Pessoal Sugerido

Cargos	Funções	Carga Horária sugerida	Cursos sugeridos
Gerente de Hotelaria	Planejar, organizar e controlar as atividades administradas pela área. Desenvolver e implementar programas voltados à adequada utilização dos serviços, visando manter os trabalhos dentro dos padrões de qualidade exigidos.	200 h / mês	Limpeza hospitalar, Lavanderia Hospitalar, Segurança do Paciente, Gestão Ambiental, Liderança.

Enfermeiro	Coordenar as atividades de treinamento da Unidade de Hotelaria Hospitalar estabelecendo Interfaces com as demais Unidades do Hospital. Acompanhar a Equipe Operacional, avaliando a necessidade de aprimoramento.	200 h / mês	Limpeza hospitalar, Lavanderia Hospitalar, Segurança do Paciente, Gestão Ambiental, Liderança.
Encarregado de Limpeza	Zelar pelo cumprimento das normas, rotinas e regulamentos da Unidade; Supervisionar as atividades de Limpeza e desinfecção de superfícies.	180h / mês	Limpeza hospitalar, Segurança do Paciente, Gestão Ambiental, Liderança, Segurança do paciente
Auxiliar de limpeza	Efetuar a limpeza concorrente e terminal em todas as unidades do hospital, distribuir materiais de higiene e limpeza nas Unidades, coletar resíduos dos abrigos temporários localizados nos andares e transporta-los até o abrigo externo.	180 h / mês	Limpeza hospitalar, Segurança do Paciente, Noções de Gestão Ambiental, Segurança do paciente

Auxiliar Administrativo	Executar atividades administrativas envolvendo: suporte administrativo, trabalhos de digitação, emissão e preenchimento de documentos, guias, controles diversos, organização e atualização de arquivos, conferência de documentos, atendimento ao público, recebimento, expedição e distribuição de correspondências.	200 h / mês	Noções dos Serviços Prestados pelo Hospital e pela Unidade de Hotelaria Hospitalar e dados para indicadores, segurança do paciente

Instruções Técnica

- Contratar profissional responsável técnico, devidamente habilitado e capacitado para supervisionar e garantir a execução dos serviços dentro das normas de boas práticas e qualidade estabelecidas pela legislação vigente, ministrar treinamentos, selecionar, escolher, adquirir e prover o uso adequado de EPI's e produtos químicos;
- Manter a equipe uniformizada, identificando-os mediante crachás com fotografia recente e provendo-os com Equipamentos de Proteção Individual;
- Apresentar cronograma de treinamento e periodicidade que serão efetuados os treinamentos aos funcionários. Apresentar os comprovantes de treinamento;
- Realizar a limpeza e desinfecção de todas as Unidades da Instituição;
- Realizar a coleta de resíduos, transporte e pesagem de todas as Unidades da Instituição;
- Elaborar e implantar o Manual de Normas e rotinas e revisá-lo periodicamente;
- Disponibilizar o manual de normas e rotinas em todos os DMLs, para consultas da Equipe;
- Manter todos os equipamentos e utensílios necessários à execução dos serviços, em perfeitas condições de uso;
- Elaborar e implantar o cronograma de limpeza terminal para todos os Setores

da Unidade de acordo com a classificação de risco das áreas;

- Os produtos químicos a serem utilizados devem possuir registro no Ministério da Saúde. A empresa contratada deverá apresentar à Contratante cópia dos Certificados de Registros dos produtos químicos no Ministério da Saúde e Ficha de Informação de Segurança de Produto Químico (FISPQ).

Indicadores de Desempenho

Para a mensuração do desempenho do serviço realizado serão utilizados como ferramenta os indicadores de Desempenho.

Os indicadores ora apresentados representam apenas alguns entre outros tantos acompanhados no modelo de gestão da SPDM.

Indicador	Finalidade	Meta	Frequência
Limpeza terminal dos leitos	Tempo médio de limpeza terminal dos leitos	50 minutos	Mensal
Tempo de limpeza de sala cirúrgica	Tempo médio de limpeza da sala cirúrgica	10 minutos	Mensal

✓ **Limpeza terminal dos leitos**

Definição: Tempo médio de limpeza terminal dos leitos em até 50 minutos

Equação para cálculo:

$$\text{Tempo médio de limpeza terminal de leitos} = \frac{\sum \text{tempo limpeza terminal dos leitos no mês}}{n^{\circ} \text{ de leitos higienizados no mês}}$$

Responsável pelo dado: Gerente

Frequência de levantamento: Mensal

Dimensão da coleta: Unidades de internação

Observação: Coletar os dados de todas as limpezas realizadas

✓ **Tempo de limpeza de sala cirúrgica**

Definição: Tempo médio de limpeza da sala cirúrgica

Equação para cálculo:

$$Tempo\ de\ Limpeza = \frac{\sum \text{de todos os tempos de limpeza de sala cirúrgica}}{\text{Nº de limpezas de salas cirúrgicas}}$$

Responsável pelo dado: Gerente

Frequência de levantamento: mensal

Dimensão da coleta: Limpeza Hospitalar

Observação: Considerar todos os registros

Legislação Vigente

- RDC 306/2003 – ANVISA;
- RDC 15/2012 – ANVISA;
- ABNT - NBR 1810, NBR 1807 E NBR 1809: Dispõe sobre as técnicas e procedimentos para a coleta de resíduos de serviço de saúde. Dispõe sobre o Controle Sanitário do Comercio de Drogas, Medicamentos, Insumos Farmacêuticos e Correlatos, e dá outras providências;
- Portaria n° 2616: 12/05/1998, do Ministério da Saúde, Manual de Procedimento de Artigos e Superfícies em Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde 1993,
- Manual de Controle de Infecção Hospitalar do Ministério da Saúde 1985 e todas as leis municipais, estaduais e federais vigentes. Dispõe sobre as técnicas de limpeza e soluções a serem utilizadas nas atividades da execução de serviços de Limpeza Hospitalar;
- Portaria M.T.E. n° 385 – 11 de novembro de 2005: Dispõe sobre o uso de EPI;
- NR 32: Dispõe sobre riscos e propõem as soluções.

3.5.4.5 LAVANDERIA HOSPITALAR

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

unidades do serviço de saúde. Ela exerce uma atividade especializada, que pode ser própria ou terceirizada, intra ou extra- serviço de saúde, devendo garantir o atendimento à demanda e a continuidade da assistência.

Organização do Serviço

O serviço de lavanderia (higienização do enxoval) será terceirizado e o enxoval locado.

O serviço a ser contrato deverá atender às normas sanitárias e legislação pertinente. A empresa contratada deverá ser responsável por:

- Retirada da roupa suja na área suja do hospital;
- Transporte da roupa suja para a lavanderia externa;
- Lavagem da roupa suja;
- Transporte da roupa limpa da lavanderia para o hospital;
- Entrega da roupa limpa na rouparia do hospital.

O HMJCF terá uma equipe de colaboradores contratados com as seguintes atribuições:

- Coleta de roupas suja nos expurgos do hospital;
- Separação da roupa suja;
- Pesagem da roupa suja;
- Recebimento, separação e armazenamento da roupa limpa;
- Distribuição da roupa limpa para as rouparias do hospital.

Funcionamento

Diariamente das 6:00h às 22:00h

Quadro de Pessoal Sugerido

Cargos	Funções	Carga Horária sugerida	Cursos sugeridos
(*) Encarregado de Governança	Zelar pelo cumprimento das normas, rotinas e regulamentos da Unidade; Supervisionar as atividades da Rouparia hospitalar; Responsável pela realização do inventário do enxoval.	220 h / mês	Limpeza hospitalar, Lavanderia Hospitalar, Segurança do Paciente, Gestão Ambiental, Liderança, Segurança do paciente

(*)Auxiliar de Lavanderia	Coleta de roupa usada; recebimento do enxoval higienizado; distribuição da roupa limpa; organização da Rouparia Central; higienização dos carros de coleta e de distribuição de enxoval; limpeza concorrente da Rouparia e do Abrigo de roupa usada; limpeza terminal do Abrigo de roupa usada; participar da realização do inventário do enxoval.	220 h / mês	Limpeza hospitalar, Lavanderia Hospitalar, Segurança do Paciente, Noções de Gestão Ambiental, Segurança do paciente
(*) Costureira	Executar pequenos reparos em cortinas e outros artigos de propriedade da unidade; confecção de cortinas, capas de cadeiras e colchões, etc.	200 h / mês	Limpeza hospitalar, Lavanderia Hospitalar, Segurança do Paciente, Noções de Gestão Ambiental, Segurança do paciente

Nota (*) (Equipe própria)

Instruções Técnicas

- Garantir uma Lavanderia Hospitalar que atenda às exigências legais conforme Manual de Processamento de Roupas de Serviço de Saúde: Prevenção e Controle de Risco, 2007 – ANVISA;
- Garantir a entrega do enxoval limpo, adequado ao uso e em quantidade suficiente aos clientes internos e externos do Hospital;
- Garantir o controle de evasão e mal uso de enxoval, evitando desperdícios com reposição;
- Avaliar periodicamente os serviços prestados pela Lavanderia Hospitalar,

reportando as não conformidades e oportunidades de melhoria;

- Elaborar e fazer cumprir o Manual de Normas e Rotinas da Lavanderia (Rouparia);
- Coletar e armazenar de forma segura o enxoval usado, realizar a pesagem e entrega à Lavanderia Externa.

Indicadores de Desempenho

Para a mensuração do desempenho do serviço realizado serão utilizadas como ferramenta os Indicadores de Desempenho.

Os indicadores ora apresentados representam apenas alguns entre outros tantos acompanhados no modelo de gestão da SPDM.

Indicador	Finalidade	Meta	Frequência
Percentual de entrega correta de enxoval	Avaliar o cumprimento da entrega programada de enxoval por unidades assistenciais de internação	100%	Mensal

✓ **Percentual de entrega correta de enxoval**

Definição: Percentual de entrega de enxoval realizado e entrega programada. Vale ressaltar que se considera uma entrega realizada de forma adequada quando se cumpre horário, quantidade, tipo de peça e qualidade.

Equação para cálculo:

$$\text{Percentual de entrega correta de enxoval} = \frac{\text{Número de entregas corretas realizadas}}{\text{Número de entregas programadas}} \text{ x100}$$

Responsável pelo dado: Lavanderia Hospitalar

Frequência de levantamento: mensal

Dimensão da coleta: Unidades de internação

Legislação Vigente

- Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde: Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento

dos serviços correspondentes e dá outras providências;

- Lei Federal nº 6.360 de 23 de Setembro de 1976: Dispõe sobre a vigilância sanitária a que ficam sujeitos os medicamentos, as drogas, os insumos farmacêuticos e correlatos, cosméticos, saneantes e outros produtos, e dá outras providências;

- Portaria nº 15 de 23 de agosto de 1988: Determina que o registro de produtos saneantes domissanitários com finalidade antimicrobiana seja procedido de acordo com as normas regulamentares;

- Portaria GM/MS nº 3.523, de 28 de agosto de 1998: Aprova o regulamento técnico contendo medidas básicas aos procedimentos de verificação visual do estado de limpeza, remoção de sujidades por métodos físicos e manutenção do estado de integridade e eficiência de todos os componentes dos sistemas de climatização, para garantir a qualidade do ar de interiores e prevenção de riscos à saúde dos ocupantes de ambientes climatizados;

- Portaria nº 393, de 15 de maio de 1998: Estabelece os métodos para determinação da biodegradabilidade de tenso ativos aniônicos com validade em todo território nacional. Revoga a Portaria SVS nº120, de 23 de novembro de 1995, e dá outras providências;

- Portaria MS nº 518, de 25 de março de 2003: Estabelece os procedimentos e responsabilidades relativas ao controle e vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade, e dá outras providências;

- Resolução RDC nº 183, de 22 de outubro de 2001 – Altera a Resolução 336, de 30 de julho de 1999;

- Resolução RDC nº 189, de 18 de julho de 2003: Dispõe sobre a regulamentação dos procedimentos de análise, avaliação e aprovação dos projetos físicos de estabelecimento de saúde no Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, altera o Regulamento Técnico aprovado pela RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 21 de julho;

- Resolução RDC nº 306, de 07 de dezembro de 2003: Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde;

- RDC50: Dispõem sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde;

- NR-5: Dispõe sobre a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA e tem como objetivo a prevenção de acidentes e as doenças decorrentes do trabalho, de modo a

tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador (BRASIL, 1978 – NR 5). De acordo com essa NR, a unidade de processamento de roupas que possuir acima de vinte trabalhadores deve constituir a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;

- NR-9: Dispõe sobre o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais – PPRA, e tem como objetivo conhecer e identificar os riscos presentes no ambiente de trabalho, bem como recomendar e aplicar medidas de controle, minimização ou eliminação desses riscos (BRASIL, 1978 – NR9). A elaboração e execução do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais "visa à preservação da saúde e da integridade dos trabalhadores, por meio da antecipação, reconhecimento, avaliação e consequente controle dos agentes de risco ambiental existente ou que venham a existir no ambiente de trabalho, levando em consideração a proteção do meio ambiente e dos recursos naturais" (Brasil, 1978 NR9);

- NR-7 (BRASIL, 1978 – NR7): Dispões sobre o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional

– PCMSO. Esse programa é planejado e implementado com base nos riscos à saúde dos trabalhadores, especialmente os identificados nas avaliações previstas nas demais NR (BRASIL, 1978 – NR7). Além dos exames médicos ocupacionais, o PCMSO tem a função de por meio da análise dos indicadores de saúde dos trabalhadores, planejar, descrever e acompanhas ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos trabalhadores, inclusive os adoecimentos não diretamente relacionados ao trabalho (BRASIL, 1978 – NR7). O PCMSO inclui, dentro outros, a realização obrigatória dos seguintes exames médicos: admissional, periódico, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissional;

- NR-17: Visa a estabelecer parâmetros que permitam a adaptação das condições de trabalho às características psicofisiológicas dos trabalhadores, de modo a proporcionar um máximo de conforto, segurança e desempenho características psicofisiológicas dos trabalhadores, cabe ao empregador realizar a análise ergonômica do trabalho conforme NR 17 (BRASIL, 1978 – NR17);

- NR- 23: Dispõe sobre as condições sanitárias e de conforto nos locais de trabalho;

- NR-32: Dispõe sobre a Segurança e Saúde no trabalho em Estabelecimento de Saúde e tem por finalidade estabelecer as diretrizes básicas para implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral (BRASIL, 2005 – NR-32). A

NR 32 foi estabelecida por meio da Portaria MTE nº 385, de 11 de Novembro de 2005. O item 32.7 dessa NR estabelece algumas determinações específicas para a unidade de processamento de roupas de serviços de saúde. Além de observância desta legislação, o Hospital deverá apresentar sempre em vigência: Registros de segurança e saúde ocupacional, conforme normalização do Ministério do Trabalho e Emprego (BRASIL, 2005 – NR32);

- Aprovação e registro nos órgãos competentes (meio ambiente defesa civil, Distrito Federal, entre outro).
- Registros de segurança e saúde ocupacional, conforme normalização do Ministério do Trabalho e Emprego (BRASIL, 2005 – NR32);
- Aprovação e registro nos órgãos competentes (Meio Ambiente Defesa Civil, Distrito Federal, entre outro).

3.5.4.6 TELEFONIA

Apresentação

Entende-se como trabalho de teleatendimento aquele cuja comunicação com interlocutores, clientes e usuários, é realizada à distância por intermédio da voz e/ou mensagens eletrônicas, com a utilização simultânea de equipamentos de audição/escuta e fala telefônica e sistemas informatizados ou manuais de processamento de dados.

Organização do Serviço

No Hospital, o serviço de Telefonia será: efetuar e receber ligações telefônicas (urbanas e interurbanas), através do PABX.

Ressalva: A conta de telefonia fixa é de responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde.

Funcionamento: Diariamente das 07h00 às 22h00.

Quadro de Pessoal

Cargos	Funções	Carga Horária sugerida (mensal)	Cursos obrigatórios
Telefonista	Efetuar e receber ligações telefônicas (urbanas e interurbanas), através do PABX.	180	Padrão de atendimento, noções dos Serviços Prestados pelo Hospital, dados para indicadores e lista de ramais, segurança do paciente

Instruções Técnicas

- Garantir atendimento padronizado com cordialidade, educação e resolubilidade;
- Elaborar manual de normas e rotinas de Telefonia;
- Elaborar e manter atualizada lista de ramais do Hospital.

Legislação Vigente

- Lei Nº 9.528 de 10 de dezembro de 1997: regula a profissão de telefonista;
- CLT - Art. 227: define a jornada de trabalho de telefonista de no máximo 6 (seis) horas diárias e 36 (trinta e seis) horas semanais.
- Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. – NR 17: Ergonomia.

3.5.4.7 PATRIMÔNIO

Apresentação

Para a Gestão Hospitalar, o patrimônio deve ser entendido como um conjunto de bens móveis, também denominados, materiais permanentes.

A importância do controle patrimonial nas instituições, tanto públicas quanto privadas, dizem respeito principalmente à grande imobilização financeira decorrente da aquisição do parque instalado e dos custos adicionais decorrentes dos bens.

A Unidade de Patrimônio é responsável pelo controle, conservação e distribuição de bens, mantendo inter-relação com todas as áreas hospitalares, bem como, por proporcionar o

controle físico individualizado dos bens patrimoniais.

Organização do Serviço

O planejamento e o controle do patrimônio envolvem ações do recebimento do bem na instituição e que se estendem até a saída do mesmo. Funções como a identificação dos bens e o inventário anual são fundamentais para que o controle seja transparente, seguro e eficaz.

Assim, o controle patrimonial compreende, dentre outras ações:

- Recepcionar, identificar e registrar os bens;
- Controlar os Termos de Entrega dos bens às áreas;
- Cadastrar os bens no Sistema Patrimonial;
- Recolher e guardar os bens para reutilização ou manutenção corretiva;
- Zelar pela conservação dos bens;
- Transferir os bens por centro de custos na Unidade Hospitalar;
- Realizar inativação de bens patrimoniados respeitando os critérios de avaliação de utilização do material previamente estabelecido (laudos técnicos de inutilização).
- Realizar inventário de acordo com a periodicidade estabelecida;
- Documentar recebimento e devolução de bem comodatado;

Com o intuito de preservar a qualidade das informações, todo bem permanente deverá, além de ser identificado individualmente, estar vinculado a uma Unidade específica e sob a responsabilidade de um gestor de área.

Funcionamento: De segunda a sexta-feira, das 08h às 17h.

Quadro de Pessoal Sugerido

Cargos	Funções	Carga Horária sugerida
Analista de Patrimônio	Registrar toda movimentação de bens, móveis e equipamentos patrimoniais da Instituição.	200 h / mês

Instruções Técnicas

- Elaborar e implantar um Manual de Normas e Procedimentos Operacionais da Unidade de Patrimônio;
- Realizar inventário anual;
- Emitir o Relatório Anual dos Bens Inventários e dar ciência a Diretoria do Hospital;
- Comunicar intercorrências como furto, perda e avarias;
- Implantar Termo de Recebimento referente à disponibilização do bem permanente para as equipes em gerais, incluindo, as equipes dos serviços assistenciais.
- Providenciar reparos e manutenções.

Indicador de Desempenho

Para a mensuração do desempenho do serviço realizado serão utilizadas como ferramenta os Indicadores de Desempenho.

Indicador	Finalidade	Meta	Frequência
Inventário Geral	É a relação entre realização do inventário no cronograma proposto e inventário realizado	100%	Anual

✓ **Inventário Geral**

Definição: taxa de inventário realizado x inventário proposto

É a relação percentual entre realização do inventário no cronograma proposto e inventário realizado.

Equação para cálculo:

$$Taxa\ de\ inventário\ realizado\ x\ proposto = \frac{\text{nº inventário realizado}}{\text{nº inventário proposto}}\ x\ 100$$

Responsável pelo dado: Analista de Patrimônio

Frequência de levantamento: Anual

Dimensão da coleta: todas as unidades da Instituição

3.5.4.8 PLANTÃO ADMINISTRATIVO

Apresentação

O Plantão Administrativo é um diferencial no modelo de gestão da SPDM.

O Plantão Administrativo é uma unidade que funciona 24 horas e fica como referência/apoio para todo o serviço de saúde.

Durante o horário comercial, todos os gestores estão no hospital para auxiliar as equipes e resolver os problemas que ocorrem nas respectivas unidades. Nesse período o Plantão Administrativo auxilia no que for necessário. No período noturno, finais de semana e feriados, os gestores estão ausentes, sendo nesse período a maior atuação do Plantão Administrativo, que apoia nas intercorrências e supervisiona as equipes (verificando uniformes, escalas, postura e o cumprimento das rotinas das unidades).

O Plantão Administrativo também fica responsável por verificar o prédio, funcionamento dos equipamentos, manutenção predial, funcionamento dos geradores, escala médica, vagas disponíveis, situação do Pronto Socorro quando é previsto ou sala de emergência.

O Plantão Administrativo deve ser um articulador, ter habilidade para resolver os problemas e atuar nas diversas áreas administrativas no lugar do gestor. Em algumas situações, terá que tomar decisões importantes, avaliar a situação e determinar a conduta adequada.

O Plantão Administrativo também tem papel fundamental nos planos de contingência de falta de água e energia fora do horário comercial, e outras situações que assim necessitarem.

Organização do Serviço

Diariamente, a cada plantão, deve ser elaborado um relatório para registrar as informações do respectivo plantão. O relatório deve ser assinado pelos dois plantonistas e assim documentar as informações passadas verbalmente na passagem de plantão. O relatório deve conter a escala médica, escala de pessoal administrativo, número de pacientes, horário das rondas, temperatura da geladeira do necrotério, situação dos equipamentos, dados de óbitos no necrotério, documentos pendentes e repasses de informações.

Responsabilidades:

- Receber solicitações de vagas, apresentar ao médico, dar retorno ao solicitante.
- Organizar as solicitação de vagas (arquivo em pastas), alimentar planilha de

indicadores informando as solicitações aceitas, indevidas e negadas e verificar as vagas existentes.

- Agendar ambulâncias (própria, do município ou particular) para a remoção de pacientes internados.
- Transferir pacientes para outros hospitais, em casos de: falta de vaga, especialidade não disponível ou transferência para convênios ou particulares.
- Recepcionar o médico no primeiro dia de plantão e solicitar o preenchimento de cadastro.
- Recepcionar e acompanhar escolta policial, em casos de pacientes sob poder da justiça.
- Conferir diariamente a escala médica do hospital, informando a Diretoria e Coordenadores quando da ausência de algum médico.
- Receber e liberar óbitos, acompanhar familiares para reconhecimento do corpo no necrotério do hospital.
- Orientar e direcionar os pacientes que se encaminham ao Serviço Social e SAU, fora do horário comercial, visando esclarecer dúvidas e auxiliá-los.

Estrutura

Plantonista Administrativo:

- Nível Superior – desejável;
- Nível avançado de informática;

Modelo de Escala de Trabalho

CARGO	QTDE	HORÁRIO	CARGA HORÁRIA	ESCALA
Plantonista Administrativo	02	19h às 07h 07h às 19h	180 mês	12 x 36
	01	Folguista		12 x 36

Processos

Solicitações de Vagas

Auxiliar o NIR (Núcleo Interno de Regulação) gerenciar as solicitações de vagas e ser

referência para mediar o contato entre o solicitante e equipe médica local. Os pedidos chegam via e-mail e o plantonista apresenta ao médico, que irá analisar o caso. Caso seja aceito, o plantonista avisa ao solicitante e ao enfermeiro responsável pela admissão. As informações são tabuladas em planilha e o e-mail arquivado.

Recebimento e Liberação de Óbito

Visando a segurança e controle, somente o plantonista tem a chave do necrotério e o acesso ao local só é permitido com o acompanhamento do plantonista. Todo o controle de recebimento e entrega do corpo é feito pelo plantonista e registrado em livros. Durante todo o processo, é obrigatório o uso de EPI (equipamento de proteção individual) pelos plantonistas.

- Entrada do óbito no necrotério: a enfermagem avisa ao plantonista do óbito e o plantonista dirige-se ao necrotério para receber o corpo. O plantonista confere a etiqueta de identificação afixada ao corpo e na cobertura de óbito. Anota em livro de controle os dados do óbito. Após todas as conferências, guarda o corpo na geladeira.

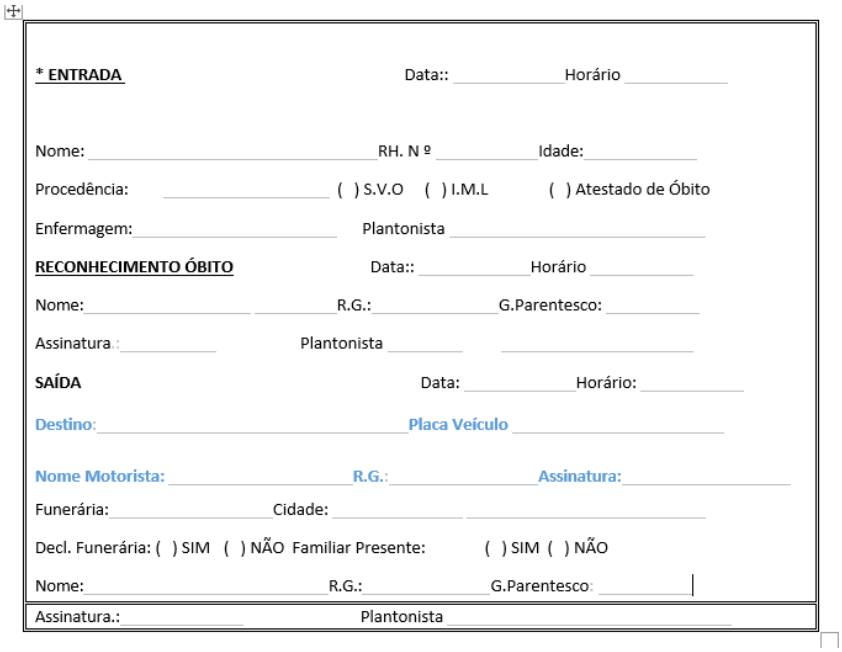
- Liberação do óbito: a portaria avisa ao plantonista da presença de funerária ou IML (Instituto Médico Legal) para retirada de corpo e é feita a verificação da documentação apresentada e dados do óbito. Plantonista recebe o funcionário e familiares no necrotério, anota os dados e colhe a assinatura do familiar e motorista da funerária ou IML no Livro de Óbito.

Relatório Diário

Diariamente, a cada plantão, deve ser elaborado um relatório para registrar as informações do respectivo plantão. O relatório deve ser assinado pelos dois plantonistas e assim documentar as informações passadas verbalmente na passagem de plantão. O relatório deve conter a escala médica, escala de pessoal administrativo, número de pacientes, horário das rondas, temperatura da geladeira do necrotério, funcionamento dos elevadores, situação dos equipamentos, dados de óbitos no necrotério, documentos pendentes e repasses de informações.

Passagem de Plantão.

Deverá ser elaborado um relatório diário detalhado sobre cada plantão e assinado pelo plantonista. Todas as pendências deverão ser informadas. O relatório deverá ser lido diariamente pelo Coordenador Administrativo.



* ENTRADA Data:: _____ Horário _____

Nome: _____ RH. Nº _____ Idade: _____

Procedência: _____ ( ) S.V.O ( ) I.M.L ( ) Atestado de Óbito

Enfermagem: _____ Plantonista _____

RECONHECIMENTO ÓBITO Data:: _____ Horário _____

Nome: _____ R.G.: _____ G.Parentesco: _____

Assinatura.: _____ Plantonista _____ _____

SAÍDA Data: _____ Horário: _____

Destino: _____ Placa Veículo _____

Nome Motorista: _____ R.G.: _____ Assinatura: _____

Funerária: _____ Cidade: _____ _____

Decl. Funerária: ( ) SIM ( ) NÃO Familiar Presente: ( ) SIM ( ) NÃO

Nome: _____ R.G.: _____ G.Parentesco: _____

Assinatura.: _____ Plantonista _____

Funcionamento: 24 horas.

Quadro de Pessoal Sugerido

Cargos	Funções	Carga Horária sugerida	Cursos
Plantonista Administrativo	Responsável por verificar o prédio, funcionamento dos equipamentos, manutenção predial, funcionamento dos geradores, escala médica, vagas disponíveis, situação do Pronto Socorro. Na ausência dos gestores, atuar nas intercorrências.	180 h / mês ESCALA 12 X 36	Gestão do Tempo; Informática e Atendimento ao Cliente.

Instruções Técnicas

- Exercer atividades de suporte à gestão dos processos administrativos conforme as normas e necessidades da Instituição;
- Atender e orientar o público interno e externo;
- Gerenciar as solicitações de vagas e ser referência para mediar o contato entre o

solicitante e equipe médica local;

- Receber e liberar o óbito. Visando a segurança e controle, somente o plantonista administrativo possui a chave do necrotério e o acesso ao local só é permitido com o acompanhamento do plantonista administrativo. Todo controle de recebimento e entrega do corpo é feito pelo plantonista administrativo e registrado em livro específico.
- Inserir os pacientes que necessitam da Regulação no sistema CROSS; acompanhar a liberação de vagas e providenciar as transferências.
- Receber as solicitações de vagas via sistema CROSS e acompanhar a liberação de vagas.

3.5.4.9 PORTARIA E CONTROLE DE ACESSO

Apresentação

O Serviço de Portaria tem por objetivo principal garantir a segurança na instituição através do efetivo controle de acesso, fiscalizando as portarias principais, estacionamento e acessos a áreas restritas, vinculado aos controles estabelecidos pela coordenação e central de segurança.

O Serviço de Portaria no HMJCF será terceirizado com empresa especializada.

Ressalva: Conforme verificado em visita técnica o HMJCF possui muitos acessos (portas de entrada), com muitos corredores e com grande circulação de pessoas (funcionários, visitantes e pacientes). A SPDM propõe a instalação de um sistema de catracas, que além de restringir os acessos, fará um controle mais efetivo das pessoas e bens em circulação. No Plano Orçamentário apresentado não consta o valor financeiro para a instalação dos equipamentos. O projeto e valor de investimento necessário para a implantação será apresentado oportunamente à Secretaria de Saúde para avaliação e se houver interesse, poderá ser estabelecido/acrescido ao Plano de Trabalho por meio de termo aditivo, conforme previsto no Edital - Processo de Seleção nº 01/SS/2022.

O serviço de Controle de Acesso tem por objetivo principal identificar, cadastrar e liberar o acesso de cliente externo mediante autorização, controlando o acesso de visitantes e acompanhantes dos pacientes internados, assim como de visitantes administrativos.

Organização do Serviço

Recepção e controle no acesso principal

Recepcionar e orientar os usuários que ali acessarem, encaminhando pacientes a setores assistenciais (exames e consultas). E encaminhar visitantes a setores internos, confirmando, registrando e identificando em cadastro próprio.

Recepção e controle de acessos nas áreas de pronto atendimento e emergência

Recepcionar o usuário no Pronto Atendimento e Emergência, acionar a enfermagem sempre que necessário e encaminhar o responsável para abertura de ficha de atendimento.

Recepção e controle de acessos no Ambulatório

Recepcionar o usuário do Ambulatório, acionar a enfermagem sempre que necessário e encaminhar o responsável para abertura de ficha de atendimento.

Recepção e controle no acesso de colaboradores – guarda volumes

Recepcionar o colaborador solicitando sua identificação e disponibilizar armários para a guarda de seus pertences de acordo com normas gerais de entrada de funcionários.

Recepção e controle no acesso ao estacionamento de colaboradores

Realizar o controle de acesso de veículos autorizados (selo).

Recepção e controle de acesso no setor de visita aos pacientes internados

Recepcionar o usuário e liberar seu acesso através da apresentação do cartão de identificação do paciente de acordo com horários estabelecidos em interface com a enfermagem.

Vigilância Eletrônica:

Monitorar as dependências da instituição através de rondas e sistema de CFTV, garantindo a segurança de pessoas e materiais, agindo de forma preventiva e corretiva diante de situações de risco.

DESTAQUE:

1. **O HMJCF possui instalado um sistema de câmeras em pontos estratégicos, sendo de responsabilidade do próprio hospital, com exceção ao sistema instalado no prédio denominado Ambulatório da Mulher, que é de responsabilidade de empresa terceira.**

Funcionamento

O funcionamento do serviço é 24 h/dia.

Quadro de Pessoal

Funções	Atribuições	Carga Horária
(*) Recepcionista	Controle de acesso nas portarias e entradas principais/ Controle de movimentação de pessoas nos corredores e acesso a maternidade. Recepcionar, identificar, cadastrar e liberar acesso de visitantes na recepção de visitas.	180 h / mês
(*) Controlador de acesso Guarda Volumes	Controle e registros de colaboradores para o uso do guarda volumes /Controle e registros no acesso de colaboradores	180 h/ mês
(*)Gerente de Segurança Sr.	Gerenciar as atividades de portaria, avaliando resultados, realizar auditorias, visando garantir a segurança das pessoas bem como o patrimônio da instituição.	100 h / mês
(*)Gerente de Segurança	Organizar as atividades de portaria, planejando, organizando e controlando os sistemas e suas execuções, avaliando resultados, visando garantir a segurança das pessoas bem como o patrimônio da instituição. Verificar as imagens capturadas CSTV;	200 h / mês
(*) Auxiliar Administrativo	Acompanhar e executar atividades administrativas, elaborando quadros, mapas e relatórios; controles e registros diversos; redigir comunicações internas de assuntos rotineiros, suporte administrativo, trabalhos de digitação, emissão e preenchimento de documentos, guias, controles diversos, organização e atualização de arquivos, conferência de documentação e contas, atendimento ao público, recebimento, expedição e distribuição de correspondência.	200 h / mês

(*) Nota: Equipe própria da unidade (C.L.T.)

Instruções Técnicas

- Controlar todos os acessos do Hospital com pessoal devidamente preparado e orientado, dentro dos horários estabelecidos.
- Fornecer equipe devidamente uniformizada e equipada com rádios HT e fone de ouvido.
- Manter todos os postos de trabalhos cobertos, inclusive nos horários de refeição através do quadro de apoio.
- Elaborar todas as rotinas e procedimentos em manual.
- Aplicar treinamentos periódicos, técnicos e comportamentais, priorizando pela excelência nos controles e recepção dos clientes.
- Manter os procedimentos integrados e vinculados a coordenação e central de segurança.
- Registrar todas as ocorrências.
- Manter uma coordenação administrativa responsável diretamente pelos serviços.
- Realizar o devido controle das chaves através de protocolos de retirada, devolução e conferência.
- Controlar o acesso e transito de veículos no estacionamento de colaboradores, devendo estar de acordo com normas vigentes de vagas para deficientes e idosos, demarcações de vagas, sinalizações, iluminação, cadastro dos veículos, espaço para manobra de veículos e organização local.
- Acompanhar movimentação e saída de óbito, alta de pacientes e recém nascido, equipamentos, materiais e pertences em interface com as unidades responsáveis.

Legislação vigente:

Lei 7.102 – regulamenta as atividades de segurança privada.

Lei 8.863 – define as atividades de segurança privada

3.5.4.10 SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO

O Serviço de Arquivo Médico e Estatística - SAME tem como função:

- Cuidados específicos com o prontuário do paciente, desde a sua abertura, arquivamento, até a coleta, consolidação e análise dos casos para realização de

estatísticas.

- Realizar arquivo da documentação dos pacientes, garantindo a segurança, rastreabilidade e a confidencialidade das informações.
- Elaborar estatísticas e relatórios gerenciais para a instituição e demais órgãos competentes.

Prontuário do Paciente:

O prontuário do paciente é o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

A resolução n. 1.638/2002 definiu o que seria prontuário médico e a resolução n. 1.639/02 aprovou as "Normas Técnicas para o Uso de Sistemas Informatizados para a Guarda e Manuseio do Prontuário Médico", dispondo ainda "sobre tempo de guarda dos prontuários", estabelecendo "critérios para certificação dos sistemas de informação". A SPDM cumpre com as normativas legais para a guarda e arquivamento de prontuários médicos.

Organização do Serviço

Registrar toda a movimentação do paciente e controle de prontuários, zelando por estes documentos e através deles compilar dados e elaborar estatísticas. Consiste em um serviço técnico que abrange o Registro, Arquivo e Estatística e, é definido como um conjunto de atividades relacionadas com o prontuário do paciente, executadas em diferentes unidades e por diversos profissionais, incluindo os escriturários.

A proposta da SPDM para gestão do Serviço de Arquivo Médico e Estatística propõe prontuário único para cada paciente, contendo dados sociais, médicos, enfermagem e complementares arquivados em ordem cronológica. O arquivamento dos prontuários é em ordem numérica crescente.

A unidade manterá o arquivo físico dos prontuários Existentes e conforme normatização específica.

No modelo de gestão SPDM, sob a coordenação do SAME também estão as escriturárias

que dão suporte administrativo nas áreas assistenciais e a equipe que realiza as internações eletivas.

Funcionamento

De segunda à sexta-feira, das 7h00 às 17h00.

Quadro de Pessoal Sugerido

Funções	Atribuições	Carga Horária (mensal)
Cordenador de SAME	Gerenciar técnica e administrativamente as várias áreas que compõe o SAME, Arquivo, Internação e Escrituração, acompanhando o desenvolvimento dos trabalhos, visando garantir a segurança do prontuário e disciplina pessoal.	200 h/mês
Assistente Administrativo	Fornecimento dos dados para avaliação do padrão de atendimento, da eficiência dos serviços e prestar informações dentro do menor tempo possível.	200 h/mês
Auxiliar Administrativo	Executar atividades administrativas da unidade que estiver destinado, executando as rotinas pré-estabelecidas, bem como executar outras atividades que, por sua natureza, estejam inseridos no âmbito das atribuições do cargo e da área de atuação.	200 h/mês 180 h/mês 150h/mês
Escriturário	Realizar serviços administrativos de escrituração nas unidades de internação, bem como executar outras atividades que, por sua natureza, estejam inseridos no âmbito das atribuições do cargo e da área de atuação.	180h/mês

Instruções Técnicas

- Registrar os pacientes, controlar entrada e saída, segurança e garantir a rastreabilidade dos prontuários dos pacientes;
- Ordenar, guardar e conservar os prontuários dos pacientes;

- Coletar, tabular, apurar, analisar e interpretar os dados obtidos dos prontuários, através de estatísticas do movimento dos doentes, bem como seus diagnósticos;
- Solicitar impresso de Declaração de Óbito aos órgãos responsáveis;
- Controlar as Declarações de Óbito;
- Enviar relatório mensal das Declarações de Óbitos utilizadas para os órgãos responsáveis.
- Apoiar as rotinas administrativas nas áreas assistências.

Legislação Vigente

- Resolução CFM nº 1638/02 definiu o que seria prontuário médico.
- Resolução nº 1821/07, com relação ao tempo de guarda dos prontuários médicos, a referida Resolução preceitua o prazo mínimo de 20 (vinte) anos, a partir do último registro, para preservação dos prontuários em suporte de papel, que não foram arquivados eletronicamente em meio óptico, microfilmado ou digitalizado.

3.5.4.11 TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO

A unidade de Tecnologia da Informação é responsável pela disponibilização dos recursos tecnológicos e o suporte necessário para a execução dos processos hospitalares, administrativos e assistências.

É responsabilidade unidade de Tecnologia da Informação em especial, manter todo o parque tecnológico do hospital em perfeito funcionamento, com confiabilidade e desempenho necessário para suportar todos os sistemas e aplicações que serão utilizados no hospital, de forma a prover ganhos de qualidade, segurança e produtividade.

Visando garantir o cumprimento das atribuições da área, entendemos que a unidade de Tecnologia da Informação deverá contar sempre com uma equipe adequada e bem preparada para atender aos processos de implantação de sistemas, desenvolvimento de novas aplicações e integrações, suporte a rede e ao usuário e Capacitar novos colaboradores.

Assim, a fim de assegurar um atendimento com qualidade e assertividade, além do aperfeiçoamento contínuo dos serviços prestados, é importante a aplicação de conceitos de gestão baseados nas melhores práticas de governança e gerenciamento de serviços de TI.

Organização do Serviço

Atualmente a complexidade das novas tecnologias da informação e comunicação é diretamente proporcional à complexidade das organizações. Para administrar essa complexidade multidisciplinar é imprescindível a adoção de boas práticas de gestão e governança de TI com foco em:

- **ITIL**

Trata-se de uma biblioteca de referência com as melhores práticas para o gerenciamento de serviços de TI, como: desenvolvimento de serviços, gerenciamento da infraestrutura, fornecimento e suporte a serviços.

- **PMI**

Voltado para gerenciamento de projetos com foco na entrega. Visa assegurar que os projetos delegados a TI sejam entregues dentro do prazo, custo e escopo acordado.

- **COBIT**

Tem foco no controle baseado em auditorias para os processos visando à redução de riscos e otimização dos investimentos em TI, além de fornecer métricas para avaliação dos resultados.

- **ISO 27001**

Especifica os requisitos necessários para estabelecer, implementar, operar, monitorar, analisar, manter e melhorar a segurança dos dados e informações do hospital.

A fim de obter uma maior eficiência da unidade e entrega de valor em forma de erviços de qualidade, é recomendável que a unidade de tecnologia da informação tenha os seguintes processos/áreas:

- **Operação de TI**

Responsável pelo atendimento de suporte técnico especializado para o usuário em relação à utilização de equipamentos (computadores, impressoras etc.) e sistemas informatizados. O trabalho é pautado nas melhores práticas do itil em especial a central de serviços.

A Central de Serviços deve ser a porta de entrada de todas as demandas a TI, por meio de abertura de ordens de serviço em um software especializado ou por telefone os usuários solicitam o apoio da TI.

- **Rede e Telecomunicações (*)**

Responsável por toda a rede de dados, telefonia e acesso a internet. O trabalho é pautado nas melhores práticas do ITIL.

- **Governança de TI**

Responsável pela padronização dos processos de TI com foco na otimização dos recursos e controle das métricas e dos indicadores de desempenho da unidade. O trabalho é pautado pelas melhores práticas do COBIT.

- **Segurança da Informação**

Responsável pelo controle de ameaças internas e externas, como controle de vírus, controle de acesso a recursos e sistemas, auditorias de processos com foco em segurança da informação. O trabalho é pautado pelas melhores práticas do iso 27001.

3.5.4.12 GESTÃO DE SISTEMAS

Responsável por implantar, manter, dar suporte e aprimorar os principais sistemas e softwares voltados para as áreas administrativas e assistenciais, como por exemplo: Prontuário Eletrônico do Paciente.

- **ERP gestão em saúde**

A SPDM utiliza um dos ERP mais modernos e completos de gestão em saúde do mercado: **Sistema Tasy – Philips.** Este ERP conta com módulos totalmente integrados, desde o suporte para as áreas de operações, administrativas, até sistema de prontuário eletrônico com protocolos para suporte a decisão clínica e checagem de medicamentos beira leito, garantindo assim, a segurança do paciente durante todo o período de atendimento. O sistema conta ainda com agenda de consultas, exames e cirúrgica, gerando os horários na agenda de acordo com o cadastro de regras e horários de atendimento de cada profissional.

Nas recepções de atendimento, o paciente retira senha no totem e tem a chamada tanto na recepção para abrir atendimento, como no consultório médico através dos painéis de senhas, para organização do fluxo de atendimento.

No caso da agenda de consultas, assim que a ficha de atendimento é aberta pela recepção, o médico recebe a sinalização que o paciente chegou, a chamada é feita por painel de senha e o paciente se dirige ao consultório. Durante o atendimento o médico e/ou profissional de saúde pode consultar o histórico do prontuário (seja de consultas ambulatoriais, pronto atendimento e internações anteriores) e resultados de exames (laboratório e imagem) pelo próprio prontuário eletrônico, todos os registros, como por exemplo: evolução, pedidos de exames, receituários, atestados e etc. são feitos no sistema e assinados eletronicamente, é necessário apenas imprimir os documentos que serão entregues ao paciente (receitas,

atestados e pedidos de exame de maneira geral) e ao final do atendimento o médico registra o fim da consulta, com isso obtém-se o registro de todos os tempos de atendimento.

- **Classificação de Manchester**

Sistema de triagem utilizado para classificação de risco dos pacientes no Pronto atendimento, é uma metodologia cientifica utilizada mundialmente, que tem por objetivo organizar e priorizar as demandas dos pacientes na triagem, baseado nas repostas do paciente para a avaliação clínica o algoritmo classifica o paciente por escala de prioridade, são elas: Vermelha (emergência), Laranja (muito urgente), Verde (pouco urgente) e Azul (não urgente).

A classificação é feita exclusivamente por enfermeiras(o) que são certificados pelo grupo Brasileiro de classificação de risco. Após essa classificação o sistema organiza os pacientes em ordem de prioridade para atendimento médico, garantindo segurança, humanização e qualidade no atendimento.

A chamada de senha pelo médico após a triagem segue a ordem de prioridade baseada na classificação da enfermagem.

- **Prontuário Eletrônico do Paciente**

O prontuário eletrônico é uma ferramenta utilizada para registrar, armazenar e disponibilizar informações em tempo real sobre consultas, exames, condutas, histórico e tratamento do paciente.

A SPDM possui um prontuário eletrônico único e integrado, fornece maior controle dos processos relacionados a assistência do paciente, desde a entrada com classificação de risco baseada em protocolo internacional até a alta do paciente, elimina processos e controles manuais, integrado a sistemas de apoio ao diagnostico.

No prontuário é possível fazer todos os registros durante o atendimento, no caso de atendimento de paciente internado, alguns exemplos são:

- AIH (Autorização de internação hospitalar) – Formulário padrão do SUS;
- São preenchidos dados como: procedimento, CID, principais sintomas, motivo da internação etc;
- Registro de sinais vitais:
  - Sinais vitais e monitorização geral;
  - Respiratória;
  - Hemodinâmica;

- Analgésica;
- Bioimpedância.

- Histórico de saúde
  - Vacinas;
  - Exames (Utilizado para registrar exames realizadas fora da instituição);
  - Alergia/Reações;
  - Doenças prévias;
  - Medicamento em uso;
  - Hábitos;
  - Cirurgias (Utilizado para registrar cirurgias realizadas fora da instituição);
  - Internações (Utilizado para registrar internações realizadas fora da instituição);

- Anamnese / Evolução, anotação: Utilizado para registros e anotações diárias por todos os profissionais que prestam assistência ao paciente (médico, enfermagem e equipe multidisciplinar);
- Boletim para familiar: Registro de boletim para a família, recurso mais utilizado durante a pandemia devido a restrição de visita;
- Escalas e índices: Exemplos: Sepse, Apache II, SAPS III, SOFA, ECOG, Glasgow, NRS – 2002, Risco TEV;
- Registro de dispositivos: Item utilizado para registrar instalação e retirada de dispositivos ao paciente, com função de gráfico para melhor visualização;
- SAE (Sistematização da assistência de Enfermagem): Avaliação da SAE é feita pela enfermagem, gerando: Anamnese/Exame físico, diagnostico, problema colaborativo e intervenções com classificação "FAOSE" para fazer, acompanhar, orientar, supervisionar e executar com o paciente;
- Avaliação nutricional: Sistema contempla avaliação nutricional geral e pediátrica;
- Banco de sangue: Utilizado para registro de reservas, prescrições e transfusões;
- Feridas e curativos: Utilizado para registro de feridas e curativos, podem ser anexadas imagens para acompanhamento;
- CID: Utilizado para registro do CID do paciente, com classificação (Principal e secundário) e tipo (preliminar e definitivo);

- Previsão de alta: Campo estruturado utilizado para informar e acompanhar a previsão de alta dos pacientes;
- Resumo de alta/óbito: Template padronizado para preenchimento das informações da alta ou óbito do paciente (neste caso também é possível emitir a declaração);
- Orientação ao paciente: Utilizado para registro das orientações que o paciente deve seguir após sua alta hospitalar;
- Interconsulta: Utilizado para solicitar pedido de parecer para outro profissional e/ou especialidade;
- Solicitação de Exames: Utilizado para exames que precisam de agendamento prévio para ser realizado;

- Prescrição eletrônica do paciente, exemplo de itens:
  - Nutrição;
  - Medicamento;
  - Solução;
  - Pedido de exame;
  - Recomendações;
  - Hemoderivados.

- Isolamento: Utilizado para registro, controle e para gerar alertas sobre isolamento do paciente (registro da precaução, motivo e microrganismo);
- Termo de consentimento: Item específico para registro e emissão dos termos de consentimento (texto pré-estabelecido) para termos de cirurgias, procedimentos e etc;
- Solicitação de transferência externa: Item utilizado para preenchimento de formulário e registro no caso de transferência externa;
- Cirurgias: Item utilizado para consulta de todas as cirurgias do paciente;
- Ganhos e perdas: Item para registro e acompanhamento dos ganhos e perdas do paciente.

Para o registro de cirurgias o sistema tem um prontuário específico (PEPO).

Principais itens:

- Avaliação pré-anestésica;
- Posição/Pele/Incisão/Demarcação;

- Agentes anestésicos;
- Materiais;
- Equipamentos;
- Medicamentos;
- Soluções;
- Hemoderivados;
- Controle de cavidade;
- Conjunto (CME);
- Tempos e movimentos

- **Beira Leito**

Para assistência de enfermagem ao paciente internado a unidade possui dispositivos moveis PDA (Personal Digital Assistant) que registram e fornecem informações em tempo real, além da mobilidade a utilização dessa tecnologia deixa o processo muito mais seguro em relação a identificação do paciente e processo assistencial, o acesso às informações são a partir de um QR Code que fica na pulseira de identificação do paciente.

São feitos registros como: sinais vitais, ganhos e perdas, monitorização, registro e conferência de administração de medicamentos, sem necessidade da prescrição impressa, pois o dispositivo mostra todas as orientações necessárias para a correta administração.

No momento da administração do medicamento/solução o sistema consiste se o medicamento está correto, apresenta informação da dose, orientação de preparo, via de administração, consiste em validade do medicamento através da bipagem do código da unitarização do medicamento.

Para os medicamentos que são classificados como “alta vigilância” o sistema obriga que dois profissionais façam a administração, com validação da segunda pessoa com usuário e senha para validar os dados

- **Integrações**

Exames laboratoriais:

O médico faz a prescrição dos exames e quando o resultado é disponibilizado fica disponível dentro do prontuário do paciente. O Sistema conta com resultado evolutivo, conhecido como “item a item” com isso é possível acompanhar de forma gráfica e visual a

evolução dos exames.

Sistema PACS/Central de Laudo e Portal Paciente:

O sistema PACS (Picture Archiving and Comunication System) totalmente integrado ao ERP de gestão hospitalar da SPDM, possibilita ao médico acesso à todas as imagens e laudos do respectivo paciente diretamente do prontuário eletrônico. Essa é uma funcionalidade de apoio ao diagnóstico, essencial na conduta médica relacionada, pois fornece aos médicos diversos benefícios, entre eles destaca-se o enorme ganho de tempo e a garantia de maior integridade das informações.

Todas as imagens e laudos ficam armazenadas no sistema PACS podendo ser acessada a qualquer momento de maneira fácil, seguro e com enorme qualidade.

A ferramenta possibilita, através de recursos avançados, que os médicos radiologistas executem os laudos com maior qualidade através da Central de Laudos.

A solução PACS contempla também o Portal do Paciente SPDM – Resultados de exames SADT.

O portal de resultados online onde os exames SADT são disponibilizados para os pacientes através de login e senha, é uma forma muito mais fácil e cômoda de compartilhar os resultados de um exame SADT. Com um computador ou smartphone, o paciente visualiza imagens, laudos e anexos dos seus exames com toda a qualidade e segurança. Dessa forma, ele ganha tempo, comodidade e reduz gastos, uma vez que não precisa fazer um segundo deslocamento até a unidade hospitalar apenas para buscar seus resultados.

Além disso, sua jornada ganha em agilidade. Com o compartilhamento de resultados via portal proporcionado pelo PACS, o laudo é recebido pelo paciente e pelo médico da SPDM assim que é realizado. Contribuindo para a urgência do diagnóstico e possível tratamento.

3.5.4.13 GESTÃO DE PROCESSOS

Responsável por mapear, desenvolver, documentar, monitorar, controlar e revisar os processos do Setor de Tecnologia da Informação. Atua de forma organizada e sistemática de forma a aperfeiçoar de forma contínua os processos do Setor de Tecnologia da Informação.

Informatização da gestão de processos, como compras, contratos, pagamentos, movimentação de pessoas, entre outros para melhor controle e acompanhamento dos processos, com melhores resultados

- **ERP – Gestão**

Com a finalidade de proporcionar uma maior qualidade aos serviços prestados, a SPDM utiliza um único ERP de gestão. Este software é responsável por toda a gestão administrativa do negócio, assim como a área financeira, fiscal e contábil, uma vez que todo o processo utiliza um único software, facilita a visão macro do negócio e dos processos que foram realizados, assim como a transparência e a confiabilidade dos processos.

- **GED e Workflow**

A SPDM possui Serviços de GED e Workflow através de Plataforma integrada.

O Workflow permite a automatização de documentação de movimentação de pessoal, contratações, entre outros, sendo que estes processos são assinados digitalmente. Dessa forma, é possível controlar os processos em tempo real, extrais relatórios, realizar interfaces entre as áreas, tornando mais ágeis os fluxos internos, destacando entre eles a contratação de pessoal e de serviços. Como resultado temos ainda a redução do consumo de papel.

O GED, além de estar atrelado ao workflow, também atenderá demandas de digitalização de documentos para integração com os Sistemas utilizados no Município e digitalização de prontuários de SAME, por exemplo.

CERTIFICADO DIGITAL

A SPDM possui contrato para aquisição de certificado digital em nuvem, sem necessidade de cartões, leitoras, etc. O Certificado possui duplo fator de autenticação (token dinâmico gerado através de APP para validação, igual APP de banco), aderente à LGPD e aos Sistemas utilizados pela Instituição e ao Sistema de Prontuário Eletrônico.

Ressalvas:

1. Considerando que a SPDM possui processos centralizados e corporativos, que lhe permitem o ganho em escala, deverá utilizar sistemas que integrem o HMJCF às áreas corporativas da SPDM (R.H., Financeiro, Compras, Contabilidade e outras). Atualmente já existe em funcionamento o Sistema Tasy – módulo horizontal de Suprimentos (Compras, Almoxarifado e Farmácia), Financeiro e Contabilidade;

2. Além da integração com unidades corporativas, deverá ocorrer a integração com os sistemas preconizados pelo município. A equipe de T.I. da SPDM fará as integrações

possíveis e necessárias, contando com comprometimento e envolvimento da equipe de T.I. do município para que haja a devida integração e sinergia entre os sistemas.

3. **Na proposta apresentada pela SPDM, está contemplada no Plano Orçamentário a importância financeira necessária a instalação dos sistemas com módulos assistenciais (prontuário eletrônico com certificado digital e gerenciamento de linhas de cuidados).**

Funcionamento: De segunda a sexta-feira, das 07h00 às 18h00.

Quadro de Pessoal Sugerido

Cargos	Funções	Carga Horária sugerida (mensal)	Cursos
Gerente Tecnologia	Planejar e implantar as tecnologias	100 h / mês	Gerenciamento de Projeto PMI; Gestão do Tempo; Mapeamento de Processos; ITIL; COBIT
Coordenador de Suporte Sênior	Responsável pela coordenação de uma área específica da unidade de Tecnologia da Informação e Comunicação	200 h / mês	Gerenciamento de Projeto PMI; Gestão do Tempo; Mapeamento de Processos; ITIL; COBIT
Analista de Suporte Pleno	Responsável pelo suporte técnico ao usuário final seja de infraestrutura ou sistemas	200 h / mês	Gestão do Tempo; ITIL.
Técnico Suporte	Dar manutenção e suporte dos sistemas de gestão da unidade	200 h / mês	Gestão do Tempo; ITIL. Mapeamento de Processos

Analista de Sistemas	Responsável pela Analise dos sistemas e apoio técnico ao usuário final.	200 h / mês	Gestão do Tempo; ITIL. Mapeamento de Processos

Instruções Técnica

- Elaborar o Plano Diretor de TI que pautará os serviços, investimentos e metas da unidade de TI;
- Elaborar o Plano de Segurança da Informação que deve determinar as normas, padrões, auditorias, controles de acessos a sistemas e serviços da TIC com foco em segurança da informação;
- Elaborar todas as normas, procedimentos operacionais padrão (POP), rotinas, catalogo de serviços da TI e scripts de atendimento das equipes de suporte técnico;
- Comunicar qualquer problema grave que impacte na operação;
- Cuidar e manter todos os equipamentos tecnológicos;
- Gerenciar os recursos humanos da área de TI;
- Implantar e manter em perfeito funcionamento todos os softwares necessários para o perfeito e eficiente funcionamento do hospital;
- Manter e guardar sigilo das informações e dados do hospital em especial informações sobre a situação de saúde dos pacientes;
- Prover acesso à internet e serviço de e-mail com segurança para os colaboradores do hospital;
- Definir e atender os Acordos de Níveis de Serviços (SLA) com as demais áreas do hospital e serviços prestados pela TIC;
- Manter cópias de segurança (backup) de todos os dados e informações de todos os sistemas e processos informatizados;
- Manter atualizado os patches de segurança e softwares de antivírus em todos os computadores;
- Manter logs de acesso e trilhas de auditorias de sistemas e serviços com foco em segurança da informação;
- Adotar as melhores práticas para serviços de Data Center respeitando as Normas TIER mínimo nível 3;
- Manter sempre atualizado dos os indicadores de desempenho do TI;
- Manter equipe de TI treinada e em quantidade suficiente de modo a cumprir todos

os Acordos de Níveis de Serviços acordados com as demais áreas do hospital;

Indicadores de Desempenho

Para a mensuração do desempenho do serviço realizado serão utilizadas como ferramenta os Indicadores de Desempenho.

Os indicadores ora apresentados representam apenas alguns entre outros tantos acompanhados no modelo de gestão da SPDM.

Indicador	Finalidade	Meta	Frequência
Tempo suporte técnico de reposta	Medir o tempo que o suporte técnico inicia o atendimento ao usuário	Média mínima de 80% inferior a 2 horas	Mensal
Tempo suporte técnico para solução	Medir o tempo que o suporte técnico finaliza o atendimento ao usuário	Média mínima de 80% inferior a 3 horas	Mensal
Backups realizados	Avaliar se os Backups são realizados e os testes de restores são feitos	100% das informações	Mensal

✓ **Tempo suporte técnico de reposta**

Definição: Medir o tempo que o suporte técnico inicia o atendimento ao usuário

Equação para cálculo: $\bar{X} = \frac{\sum tResp}{nResp} < 2hrs\ em\ 80\%$

Média mensal do tempo de início de atendimento dos chamados técnicos deve ser inferior em no mínimo 2 horas em no mínimo 80% dos casos

Responsável pelo dado: Tecnologia da Informação

Frequência de levantamento: Mensal

Dimensão da coleta: Informação obtida automaticamente diretamente do software utilizado na Central de Serviço

Observação:

tResp = Tempo de resposta, tempo que levou para iniciar o atendimento ao usuário

nResp = Número de atendimentos ao usuário considerado no período

Referências:

A apuração deve ser feita pela área de Operação de TI Impacto no usuário que solicitou suporte técnico.

✓ **Tempo suporte técnico para solução**

Definição: Medir o tempo que o suporte técnico finaliza o atendimento ao usuário

Equação para cálculo: $\bar{X} = \frac{\sum tSoluc}{nSoluc} < 3hrs\ em\ 80\%$

Média mensal do tempo de solução do atendimento dos chamados técnicos deve ser inferior em no mínimo 3 horas em no mínimo 80% dos casos

Responsável pelo dado: Tecnologia da Informação

Frequência de levantamento: Mensal

Dimensão da coleta: Informação obtida automaticamente diretamente do software utilizado na Central de Serviço

Observação:

tSoluc = Tempo de solução, tempo que levou para solucionar o atendimento ao usuário, ou seja, hora de término menos a hora de início do atendimento

nSoluc = Número de atendimentos ao usuário considerado no período

Referências:

A apuração deve ser feita pela área de Operação de TI Impacto no usuário que solicitou suporte técnico

✓ **Backups realizados**

Definição: Avaliar se os Backups são realizados e os testes de restores são feitos

Equação para cálculo: 100% das informações com backup Responsável pelo dado: Tecnologia da Informação Frequência de levantamento: Mensal

Dimensão da coleta: Informação obtida automaticamente diretamente do software de monitoramento, por meio da análise dos logs e execução dos scripts de backup. Recomenda-se verificar os arquivos físicos em disco ou storage por meio de testes de restore

Observação: Não se aplica

Referências:

A apuração deve ser feita pela área de Redes e Telecom

Sem impacto direto para os usuários do hospital, apenas se houver perda de dados ou alguma intercorrência e os backups não estiverem disponíveis.

Legislação Vigente

- ITIL - Information Technology Infrastructure Library
- COBIT – Control Objectives for Information and related Technology
- PMI – Project Management Institute

- ISO 27001 - ISO/IEC 27001 (ISMS - Information Security Management System) publicado pelo International Organization for Standardization e pelo International Electrotechnical Commision
- TIER - O Padrão TIER é uado para medir o nível da infraestrutura de um Data Center, mantido pelo Uptime Institute
- ABNT NBR 14565 – procedimento para elaboração de projetos de cabeamento estruturado.

3.5.4.14 TRANSPORTES

O serviço de Transporte deverá realizar:

- O transporte de pacientes internados que necessitem de translado inter-hospitalar para a realização de inter-consultas, exames, etc.
- O transporte de pacientes para seus domicilios, que apresentem dificudades para a alta hospitalar. Para esta situação deverá ser considerado como fator limitante o número de viaturas (carros) disponívies na unidade.

Quando não houver carro disponível, e em se tratando de situações de relevância, a instituição deverá realizar a locação do transporte.

Objetivo geral

- Serviço de remoção do paciente através de suporte básico e avançado por empresa contratada e acionada para atender demanda programada.
- Transportes de documentos, materiais e medicamentos através de veículo administrativo e moto frete mediante contrato com empresa especializada.
- Serviço de remoção de paciente que necessite de suporte avançado, quando necessário, será realizado por empresa contratada.

Organização do Serviço

Solicitações de Ambulância:

- Enfermagem preenche impresso de solicitação e encaminha para o Plantão Administrativo.
- Plantão solicita através de contato com as empresas e recepciona os profissionais.
- Transporte faz o controle e validação das solicitações.

Solicitações de transporte administrativo:

- Unidade preenche impresso de solicitação e encaminha para unidade de transporte com até 48hs de antecedência.
- Unidade de Transporte agenda e aciona o serviço com veiculo ou moto frete mediante autorização da diretoria.

Instruções Técnicas

- Atender solicitação de transporte de paciente (remoção).
- Atender solicitação de transporte administrativo.
- Acompanhar o desempenho dos colaboradores e do serviço contratado.
- Controlar documentação pertinente aos contratos.
- Controlar todas as obrigações da empresa conforme descrito em contrato.
- Controlar diariamente as saídas e itinerários.

Quadro de pessoal

Cargos	Funções	Carga Horária sugerida (mensal)	Cursos
Auxiliar Administrativo	Realizar agendamentos de veículos, arquivar documentos da frota e dos motoristas	200 h / mês	Segurança do Paciente
Motorista	Realizar serviços administrativos externos; buscar e levar materiais/documentos em outras unidades SPDM	200 h / mês	Direção defensiva
Motorista Ambulância	Realizar o transporte de pacientes	180 h / mês	Direção Defensiva; Transportes Especiais

Controles específicos

- Os veículos devem estar em perfeito estado de conservação, mecânica, parte elétrica, com todos os equipamentos de segurança exigidos por lei em perfeitas condições de uso.

- Os veículos deverão ser lavados e higienizados a cada transporte independente da patologia do paciente, e submetidos a processo de desinfecção nos casos de transportes de portadores de doença infecto contagiosas;
- Garantir o perfeito funcionamento dos odômetros, sistemas e dispositivos operacionais dos veículos e equipamentos;
- Implantar de forma adequada, a planificação, a execução e a supervisão permanente dos serviços, de maneira estruturada, mantendo, durante o horário comercial, suporte para dar atendimento a eventuais ações necessárias à continuidade dos serviços;
- Prestar os serviços dentro dos parâmetros e rotinas estabelecidos, com a observância às recomendações aceitas pela boa técnica, normas e legislação;
- Disponibilizar condutores inscritos nos órgãos públicos competentes, cuja renovação no cadastro deverá ser apresentada automaticamente a cada vencimento, devendo ser detentores de CNH - carteira nacional de habilitação, válida e expedida há pelo menos 01 (um) ano.
- Os veículos deverão estar cobertos por Seguro Total contra furto, roubo, incêndio, acidente, terceiros, etc., estabelecendo os valores mínimos para cada tipo de veículo.
- Propiciar aos condutores as condições necessárias para o perfeito desenvolvimento dos serviços, fornecendo-lhes equipamento de comunicação móvel, crachás de identificação, uniformes padronizados e acessórios de segurança/equipamentos de proteção individual EPI's.
- Manter os veículos de modo a coibir a deterioração e a adulteração do sistema de escapamento, que possam resultar em níveis de emissão sonora superiores aos padrões aceitáveis nos termos da legislação regentes, normas brasileiras aplicáveis e recomendação dos manuais de proprietários e serviços do veículo.
- Manter política de boas práticas ambientais na gestão de suprimentos, especialmente quanto à aquisição e descarte de pneus, bem como dos resíduos dos processos de manutenção e limpeza dos veículos.
- Toda remoção deve ser acompanhada por equipe assistencial de acordo com o tipo de suporte.
- Apresentar Plano de Contingência para possíveis situações de falha mecânica ou acidente com os veículos.

Legislação Vigente

- Portaria 2.616 – Referente ao processo de desinfecção de veiculo que transporta paciente com doença infectocontagiosa.
- N.R 375 e 379 do COFEN – que preconiza o acompanhamento de profissionais assistenciais nas remoções básicas e avançadas.

3.5.4.15 UNIDADE DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

O Serviços de Nutrição e Alimentação Hospitalar visa o fornecimento de dietas, dietas especiais, dietas enterais e fórmulas lácteas destinadas a pacientes (adultos e infantis), colaboradores e acompanhantes legalmente instituídos (Lei Federal nº 8.069. de 13/07/90; art. 278, inc. VII da Constituição do Estado de São Paulo; Lei Estadual n.º 9.144, de 09/03/95 e Lei Federal n.º 10.741, de 01/10/03), assegurando uma alimentação balanceada e em condições higiênicas sanitárias adequadas, englobando a operacionalização e desenvolvimento de todas as atividades de produção, administrativas e de apoio à nutrição clínica e ambulatorial.

Conforme descrito no Termo de Referência, a estrutura física disponível no HMJCF não permite a fabricação de refeições (ALMOÇO) para os colaboradores. A SPDM propõe a disponibilização de vale refeição aos colaboradores. O valor financeiro para esse custeio já está previsto no Plano Orçamentário apresentado.

Organização do Serviço Preparo das refeições

O preparo dos alimentos, em todas as suas fases, deverá ser executado por pessoal treinado, dentro das melhores técnicas de culinária, sob supervisão direta de Nutricionistas obedecendo no que couber, o regulamento técnico estabelecido pela Portaria CVS 5 – 13. Os alimentos não consumidos imediatamente após o preparo deverão ser mantidos a uma temperatura superior a 65° C ou inferior a 7° C (saladas e sobremesas) até o momento de serem servidos.

A água para diluição dos sucos deve ser filtrada e não apresentar cheiro de cloro residual do tratamento.

Todas as preparações de todas as refeições de pacientes, acompanhantes e colaboradores deverão ser degustadas com a devida antecedência segundo normas existentes na Unidade de Alimentação e Nutrição, devendo ser realizada a imediata alteração, retirada e substituição das preparações ou alimentos que forem considerados inadequados ou impróprios para consumo pela nutricionista.

Deverão ainda ser atendidos:

a) Pedidos de refeições fora do horário normal, desde que solicitadas antes do horário do término da mesma, por escrito, com justificativa aprovada pela Unidade de Alimentação e Nutrição. Estas refeições devem ser mantidas, de preferência em bandeja térmica antes de serem servidas.

b) Pedidos de dietas especiais para colaboradores prescritas por médico desde que estejam dentro dos padrões estabelecidos para pacientes, seguindo o mesmo cardápio da dieta do paciente.

Para colaboradores e acompanhantes:

A distribuição das refeições para colaboradores e acompanhantes deverá ser realizada:

a) No refeitório pelo sistema de cafeteria fixa com balcão térmico para refeição e para salada devendo ser fornecido copos, talheres (garfo, faca e colher de sobremesa) de inox e guardanapos. Na rampa de distribuição, deverão ser mantidos à disposição dos comensais refrescos, pães fatiados, galheteiros com sal, vinagre e azeite, farinha de mandioca torrada, molhos para saladas em recipientes apropriados com tampa e concha e molho de pimenta em quantidades suficientes para atender as expectativas de consumo, havendo reposição dos conteúdos sempre que necessário;

b) A unidade deverá trabalhar com ficha técnica de preparação;

c) A distribuição de todos os itens das refeições para colaboradores e acompanhantes será realizada pelos colaboradores da unidade.

Horários de Distribuição das Refeições

REFEIÇÃO	PACIENTES	COLABORADORES	ACOMPANHANTES
Desjejum	08h00 às 09h30	06h00 às 08h00	06h00 às 08h0
Colação*	10h00 às 10h30	----------	----------
Almoço	12h00 às 13h30	----------	12h00 às 13h00
Lanche da Tarde	14h00 às 15h00	----------	16h00(*)
Jantar	18h00 às 19h30	----------	18h00 às 19h00
Ceia	20h00 às 21h00	22h00 às 01h00	----------

- Dietas enterais
  De acordo com prescrição médica
- Colação(*)
  Refeição servida somente para alguns tipos de dietas ou conforme necessidade e ou prescrição
- Lanche da tarde (*)

É servido somente para acompanhantes nutrizes.

Características e Componentes das Refeições

Todas as dietas devem ser fracionadas em 5 refeições.

DIETA GERAL

Destinada aos colaboradores, acompanhantes e pacientes que necessitam de uma alimentação normal, sem restrição a qualquer nutriente e sem necessidade de acréscimos. Terá consistência normal, e deverá se adequar, sempre que possível, aos hábitos alimentares da comunidade, distribuídos em cinco (05) refeições diárias. Desjejum, colação (para dietas específicas), almoço, lanche da tarde, jantar e ceia, em horários regulares, fornecendo no mínimo 2.700 calorias por dia, para pacientes e obedecer aos critérios do PAT – Programa de Alimentação ao Trabalhador para colaboradores.

Objetivo	• Manter o estado nutricional de pacientes com ausência de alterações metabólicas significativas ao risco nutricional
Indicação	• Para pacientes que não necessitam de restrições espec[ificas e que representam funções de mastigação e gestrintestinais preservadas
Carcterísticas	• Dieta suficiente, harmônica, consistência normal, distribuição e quantidades normais de todos os nutrientes, ou seja, normoglicidica, normoprotéica, normolipídica, balanceada e completa.

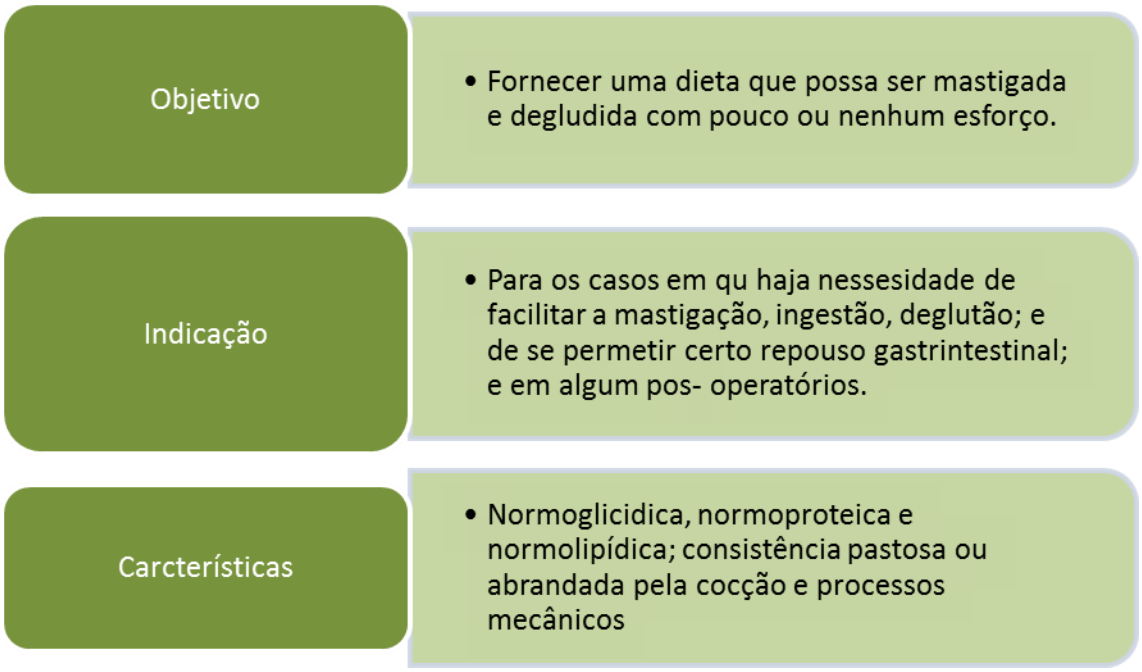
DIETA BRANDA

Destinada a pacientes com problemas de mastigação e deglutição deve fornecer no mínimo, 2400 calorias por dia.

Objetivo	• Fornecer calorias e nutrientes para manter o estado nutricional, além de melhorar a mastigação, deglutição e digestão.
Indicação	• Para crianças e idosos, com alterações e/ ou petubações orgânicas e funcionais do trago gastrointestinal.
Carcterísticas	• Normoglicica, balanceada e completa, consistência branda , 5 a 6 refeições diárias, tempo indeterminado, pobres em residuos celulósicos e tecido conjuntivo, modificados por cocção e/ou subdivisão.

DIETA PASTOSA

Destinada a pacientes com problemas de mastigação e deglutição, deve fornecer no mínimo 2.400 calorias por dia.
Distribuição: 06 refeições.



DIETA LEVE

Indicada para pacientes com problemas de deglutição e intolerância a alimentos sólidos e preparo de exames pré e pós-operatórios. Deve fornecer no mínimo, 2.300 calorias por dia.
Consistência: Semilíquida

DIETA LÍQUIDA PASTOSA OU PASTOSA LIQUIDIFICADA

Destinada a pacientes em preparo para exames nos pré e pós-operatórios como dieta de transição. Deve fornecer no mínimo, 1800 calorias por dia.

DIETA DIABETES

Consistência: Podem ter consistência normal, branda, leve ou líquida e atender o valor calórico prescrito.
Os cardápios das dietas para diabéticos devem ser os mesmos da dieta normal de igual consistência utilizando os mesmos ingredientes e formas de preparo, havendo apenas restrições ao açúcar das preparações líquidas que deverá ser substituído por adoçante artificial e das sobremesas doces que deverão ser substituídas por frutas da época.

DIETA HIPOSSÓDICA

Consistência: Podem ter consistência normal, branda, leve ou líquida. Os cardápios das dietas para hipertensos devem ser os mesmos da dieta normal de igual consistência utilizando os mesmos ingredientes e formas de preparo, havendo apenas restrições ao sal das preparações e devem garantir o mesmo aporte calórico da dieta normal de igual consistência.

DIETA HIPERPROTÉICA E HIPERCALÓRICA
Consistência: Podem ter consistência normal, branda, leve e atender o valor calórico prescrito.
DIETA HIPOPROTÉICA E HIPOCALÓRICA
Consistência: Podem ter consistência normal, branda, leve e atender o valor calórico prescrito.
DIETA ÚLCERA E GASTRITE
Consistência: Podem ter consistência normal, branda, leve e líquida e atender o valor calórico prescrito.
DIETA HIPOGORDUROSA
Consistência: Podem ter consistência normal, branda, leve e líquida e atender o valor calórico prescrito.
DIETA LAXATIVA
Consistência: Podem ter consistência normal, branda, leve e líquida e atender o valor calórico prescrito.
DIETA OBSTIPANTE
Consistência: Podem ter consistência normal, branda, leve e líquida e atender o valor calórico prescrito.

- **Lanche para medicação e exames:**

Esse lanche deverá ser distribuído aos pacientes que se submeterem a alguns tipos de exames, conforme especificado abaixo:

1) Endoscopia e colonoscopia: Deverá ser servido lanche contendo 02 sachês de biscoito e 01 unidade de suco de fruta em embalagem Tetra Pak e em caso de pacientes diabéticos, 1 unidade de suco de fruta Tetra Pack e 2 sachês de biscoito salgado;
2) Para pacientes diabéticos submetidos a todos os exames na Radiologia: Deverá ser servido lanche contendo 02 sachês de biscoito salgado e 01 unidade de suco fruta Tetra Pack;
3) Perfil glicêmico para gestantes:
   - Se chegada dos pacientes ocorrer até 10h00 deverá ser servido desjejum igual ao da dieta geral;
   - Se chegada dos pacientes ocorrer até 10h00 e 12h00 deverá ser servido 1 unidade de suco de fruta em embalagem Tetra Pack, 1 sachê de biscoito salgado, 1 sachê de biscoito doce;
   - Se chegada dos pacientes ocorrer após 11h30 deverá ser servido almoço igual

ao da dieta geral do paciente.

4) Lanche para pacientes de coleta de sangue: Deverá ser servido 1 unidade de suco de fruta em embalagem Tetra Pack, 1 sachê de biscoito salgado, 1 sachê de biscoito doce.

Normas Gerais de Elaboração de Cardápios

Os cardápios das refeições destinados à pacientes (desjejum, colação, almoço, lanche da tarde, jantar, ceia), colaboradores (desjejum, almoço e jantar) e acompanhantes (desjejum, almoço e jantar) deverão ser elaborados mensalmente pela unidade devendo, sempre que julgar conveniente e necessário, serem reavaliados de acordo com a aceitação por parte dos comensais;

Na elaboração de cardápios deve ser considerado:

1) Fatores sensoriais como textura, sabor, cor e odor que normalmente condicionam a aceitação;
2) Safra do alimento;
3) Adequação ao clima e estado provável de clima na data em que a refeição será servida;
4) Digestibilidade dos alimentos;
5) Perfil dos comensais.

Os cardápios deverão apresentar preparações variadas, de boa aparência, atender as necessidades nutricionais e garantir uma boa aceitabilidade por parte dos pacientes, acompanhantes e colaboradores.

Desde que não existam restrições dietéticas, deverá ser servido pelo menos um alimento cru, no almoço e no jantar.

Restringir as preparações fritas bem como preparações à base de farinhas e outros carboidratos, portanto se a sobremesa for doce, a guarnição não deverá ser massa, polenta ou farofa.

O cardápio destinado à dieta geral dos pacientes poderá ser o mesmo da refeição dos colaboradores.

No refeitório dos colaboradores e acompanhantes deverá ser prevista diariamente uma segunda opção de prato principal, além de uma preparação à base de ovo (exceto ovo cozido simples) no almoço e no jantar.

No refeitório, considerar ainda a existência dos plantões par/ímpar e dos plantões fixos

em um dia determinado da semana evitando repetição de alimentos e preparações nos mesmos plantões.

Deverão ser previstos cardápios temáticos especiais (1 x ao mês), para o atendimento de pacientes, acompanhantes e colaboradores e também nas seguintes datas comemorativas: Ano Novo (jantar do dia 31/12, e almoço do dia 01/01), Páscoa, Dia das mães, Dia dos pais, Dia das crianças, Dia do profissional de saúde e Natal (jantar de 24/12, e almoço de 25/12).

Deverão ser previstos bolos em comemoração ao dia dos profissionais e mensalmente deverá ser servido bolo e refrigerante aos colaboradores aniversariantes do mês.

Pesos mínimos das porções servidas

As porções de alimentos a serem servidas nas refeições de pacientes, acompanhantes e de colaboradores deverão obedecer às quantidades mínimas de alimentos crus (peso líquido sem o fator de correção) estipulados na Resolução SAMSP-16 de 22/07/98 em conformidade com o decreto 43339, de 21 de julho de 1998, salvo nos casos em que o alimento for usado como ingrediente suplementar ou houver prescrição médica ou dietética estipulando outras quantidades a maior ou a menor valor.

Dos gêneros utilizados

Deverão ser utilizados gêneros alimentícios, complementos dietéticos, produtos de limpeza e outros materiais de consumo, de marca conceituada, de qualidade comprovada e em perfeitas condições de conservação, higiene e apresentação.

Os Hortifrutigranjeiros deverão ser recebidos o mais próximo possível do consumo, selecionados no momento da entrega e armazenados imediatamente em câmara fria, caso sejam utilizados posteriormente.

Os produtos animais deverão ser oriundos de estabelecimentos fiscalizados pelo Serviço de Inspeção Federal – S.I.F., com a devida aprovação, através de Certificado de Inspeção.

Controle bacteriológico das refeições

O controle bacteriológico das refeições e dietas enterais, deverá ser realizado trimestralmente para alimentos e dietas enterais e quinzenalmente para as fórmulas lácteas, com controle e monitorização dos procedimentos higiênicos e nos casos de suspeitas de toxinfecção de origem alimentar a unidade deverá realizar exames microbiológicos das amostras dos alimentos servidos no refeitório e para pacientes e uma cópia dos laudos de todas as

análises, arquivada na Unidade de Alimentação e Nutrição assim que estiverem disponíveis. Estas amostras serão coletadas diariamente em todas as refeições e armazenadas adequadamente sob refrigeração por prazo de 72 horas, obedecendo a Portaria CVS -5/13 na presença de nutricionista.

Higiene

A higienização de todos os utensílios, equipamentos e instalações da Unidade de Alimentação e Nutrição que forem utilizados deverá ser executada obedecendo às normas descritas na Portaria CVS - 5/13. Após o processo de higienização, os utensílios deverão permanecer cobertos por filme plástico ou acondicionados em caixas plásticas transparentes hermeticamente fechadas.

Deverá ser utilizado pano de limpeza descartável multiuso de gramatura adequada para limpeza e secagem de superfícies e para pisos e paredes, panos de algodão que deverão ser higienizados após cada uso e sanitizados com solução de hipoclorito de sódio e os baldes de limpeza das copas e do lactário deverão ser identificados para uso exclusivo de cada local.

A desinsetização e desratização deverá ser executada mensalmente ou sempre que necessário, por pessoal treinado de empresa qualificada, utilizando produtos autorizados pelo Ministério da Saúde. O atestado ou certificado com a data e a descrição dos serviços executados deverá ser afixado em local visível, sendo uma cópia do mesmo entregue a chefia da Unidade de Alimentação e Nutrição.

A higiene pessoal dos colaboradores e dos seus uniformes deverá ser supervisionada diariamente pela unidade, devendo haver um estoque de aventais descartáveis e de redes para cabelos para atender a uma eventual emergência de seus colaboradores.

Semanalmente, a equipe de hotelaria fica responsável pela higienização terminal da cozinha, lactário e copas; diariamente, a equipe de hotelaria realiza a higiene concorrente da sala administrativa e dos sanitários da unidade, bem como a recolha dos resíduos nos cestos com a troca dos sacos; diariamente também, a equipe de hotelaria realiza higienização dos pisos de copas de apoio de pacientes.

Os pisos das áreas de serviço e do refeitório deverão ser mantidos sempre secos sem acúmulo de umidade e gordura, independente da frequência de limpeza.

É de responsabilidade da unidade o recolhimento e armazenamento do resíduo e dos restos e sobras de alimentos em sacos plásticos (cor marrom), dos vários setores do refeitório e copas até o local onde será recolhido pelos serviços de coleta urbana ou hospitalar.

É terminantemente proibida a liberação de restos de comida (limpa ou contaminada) para alimentação animal, e a presença de aves e animais domésticos nas áreas de serviço ou nas suas imediações.

Estatística do Número de Refeições e Dietas Servidas

A estatística do número de refeições, mamadeiras e dietas enterais servidas para pacientes, colaboradores e acompanhantes se fará através de impressos em uso na Unidade de Alimentação e Nutrição (mapas de prescrição dietética, comprovantes/protocolos de entrega de dietas enterais, comprovantes de entrega de suco para medicação) ou outros que forem criados para a finalidade.

Funcionamento e Quadro de Pessoal Sugerido

A Unidade de Alimentação e Nutrição funcionará 24 horas.

Deverá ser mantido um quadro fixo de pessoal composto por profissionais de nível superior médio e auxiliar em quantidade suficiente para assegurar o fornecimento das refeições previstas, supervisionado por um Nutricionista, Responsável Técnico perante o CRN – Conselho Regional de Nutrição.

Os colaboradores deverão obedecer aos regulamentos internos enquanto estiverem dentro do recinto da unidade.

Os colaboradores deverão se apresentar nos locais de trabalho, devidamente uniformizados portando crachá de identificação funcional e limitar esta presença aos seus horários de trabalho. O uniforme de trabalho deverá ser fornecido pela unidade. Os colaboradores deverão se apresentar sem barba e sem bigodes, com unhas aparadas sendo proibido o uso de esmaltes, brincos, colares, pulseiras e outros adornos (joias ou bijuterias). Durante a manipulação de alimentos prontos para o consumo é obrigatório o uso de luvas descartáveis ou esterilizadas e na área limpa do lactário é obrigatório o uso de luvas e máscaras descartáveis ou estéreis.

O controle de saúde dos colaboradores e o cumprimento de todas as exigências das autoridades sanitárias e trabalhistas quanto aos exames médicos, a periodicidade dos exames e a observação sobre o estado de saúde dos colaboradores devem ser constantes a fim de substituir de imediato aqueles que apresentem sinais de qualquer doença incompatível com a função.

Cargos	Funções	Carga Horária sugerida	Cursos Obrigatórios
Gerente Nutrição	Programar e estabelecer as normas e diretrizes técnico-administrativas, de acordo com a direção do Hospital;	100 h /mês	Diploma de Nutricionista Registro no Conselho Regional de Nutricionista (CRN) Especialização em Nutrição Clínica.
Nutricionista Coordenador de Nutrição	Cumprir e fazer cumprir as normas técnico-administrativas. Planejar a execução dos programas de trabalho do serviço; Propor e administrar o quadro de pessoal do serviço.	200 h / mês	Diploma de Nutricionista Registro no Conselho Regional de Nutricionista (CRN).
Nutricionista Clínica	Supervisionar a distribuição das dietas e sua aceitação; Constatar aceitação das dietas, introduzindo possíveis modificações, a fim de atender solicitações dos pacientes.	220 h /mês	Diploma de Nutricionista Registro no Conselho Regional de Nutricionista (CRN) Especialização em Nutrição Clínica.
Nutricionista Produção	Supervisionar o processo produtivo das refeições. Supervisionar recebimento e estocagem de gêneros alimentícios e materiais adquiridos. Elaborar consumo periódico de gêneros alimentícios.	220 h /mês	Diploma de Nutricionista Registro no Conselho de Nutricionista (CRN) Especialização em cursos relacionados a melhoria de processos higiênico sanitários

Auxiliar Administrativo	Preparar, anotar, encaminhar o expediente do serviço. Executar trabalhos de digitação. Manter o arquivo atualizado e completo, de todo o expediente, bem como do material de ensino e dietas padronizadas. Elaborar relatório estatístico das atividades do serviço, de acordo com os dados encaminhados pela nutricionista.	200 h /mês	Certificado de conclusão do Ensino Médio Informática avançada
Cozinheiro	Realizar tarefas de pré-preparo e preparo de carnes e tempero, como o corte de carnes seguindo a característica do cardápio. Preparar o arroz, o feijão, o prato principal e a guarnição, seguindo as características do cardápio. Coordenar os auxiliares no preparo da confecção do cardápio diário.	220 h /mês	Certificado de conclusão de Ensino Médio Experiência como cozinheiro hospitalar
Estoquista	Distribuir gêneros alimentícios e materiais para a preparação das refeições. Separar gêneros e materiais mediante as requisições encaminhadas pelo serviço. Dispensar a saída dos gêneros em sistema informatizado. Acondicionar de forma racional e ordenada, de acordo com as normas de Vigilância Sanitária, os gêneros e materiais.	220 h /mês	Certificado de conclusão do Ensino Médio Experiência em estoques de gêneros alimentícios Informática básica
Copeira	Montar e distribuir refeições aos pacientes, seguindo orientações dos nutricionistas.	220 h /mês	Certificado de conclusão do Ensino Médio. Experiência como copeira hospitalar
Lactarista	Manipular, envasar e distribuir fórmulas lácteas e dietas enterais a pacientes, seguindo orientações dos nutricionistas.	220 h /mês	Certificado de conclusão do Ensino Médio. Experiência como copeira hospitalar

Auxiliar de Cozinha	Realizar tarefas de pré-preparo de legumes e verduras, preparo de saladas, observando as técnicas adequadas de higiene. Preparar suco, café, sobremesas para pacientes e colaboradores. Auxiliar o cozinheiro nas tarefas diárias. Realizar higienização de áreas, equipamentos e utensílios.	220 h /mês	Certificado de conclusão de Ensino Médio

Instruções Técnicas

- Coordenar as atividades da Unidade de Alimentação e Nutrição;
- Coordenar os serviços técnicos e administrativos com interface com outras unidades administrativas e assistenciais;
- Participar das Comissões de Qualidade, PGRSS (Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos), CCIH (Comissão de Infecção Hospitalar) e Gerenciamento do Risco;
- Implantar Indicadores da Qualidade: Financeiro, Produtividade e Satisfação;
- Fornecer refeições para os pacientes, colaboradores, acompanhantes de pacientes pediátricos, adultos e geriátricos;
- Distribuir as refeições destinadas à pacientes, em embalagens descartáveis isotérmicas obedecendo a prescrição dietoterápica e cardápio aprovado, nas quantidades e horários determinados pela Unidade de Alimentação e Nutrição;
- Distribuir dietas enterais à pacientes obedecendo a prescrição dietoterápica nas quantidades e horários determinados pela Unidade de Alimentação e Nutrição;
- Distribuir fórmulas lácteas e suplementos nutricionais à pacientes, obedecendo a prescrição dietoterápica nas quantidades e horários determinados pela Unidade de Alimentação e Nutrição;
- Distribuir no Refeitório do Hospital, refeições destinadas aos colaboradores, médicos residentes e acompanhantes de pacientes pediátricos, adultos e geriátricos, pelo sistema de cafeteria fixa em balcão térmico, seguindo cardápio aprovado antecipadamente nas quantidades e horários determinados pela Unidade de Alimentação e Nutrição;
- Realizar manutenção preventiva e corretiva das instalações, rede elétrica e hidráulica, equipamentos bem como serviços de pintura;
- Realizar a reposição de equipamentos por extravios ou quebras em menor prazo

possível e apresentar as mesmas especificações técnicas e modelo do equipamento original ou apresentar inovações tecnológicas que melhorem a sua qualidade ou durabilidade.

Indicadores de Desempenho

Para a mensuração do desempenho do serviço realizado serão utilizadas como ferramenta os Indicadores de Desempenho.

Os indicadores ora apresentados representam apenas alguns entre outros tantos acompanhados no modelo de gestão da SPDM.

a.

Indicador	Finalidade	Meta	Frequência
Conformidade nas análises microbiológicas de amostras das refeições fornecidas	Garantir a qualidade das refeições servidas	100%	Mensal
Resto Ingestão %	Controlar o desperdício de alimentos da Unidade através da diminuição do resto de alimentos nas bandejas servidas.	3%	Diária
Sobra limpa %	Controlar o desperdício de alimentos da Unidade através da diminuição de sobras de alimentos que não foram servidos.	2%	Diária
Aceitabilidade da dieta %	Garantir aceitação de refeições pelos pacientes	85%	Diária

✓ **Conformidade nas análises microbiológicas de amostras das refeições fornecidas.**

Definição: Controle da qualidade de dietas enterais e fórmulas lácteas produzidas no Lactário através de análises laboratoriais de amostras coletadas aleatoriamente.

✓ **Resto Ingestão %**

Definição: Cálculo da porcentagem do resto de alimentos das bandejas dos colaboradores e acompanhantes.

Equação para Cálculo:

$$\frac{PESOS\ DOS\ RESTOS}{PESO\ MÉDIO\ DA\ BANDEJA\ x\ NÚMERO\ DE\ REFEIÇÕES} \text{ x } 100$$

Responsável pelo dado: Serviço de Alimentação e Nutrição.

Frequência de levantamento: Mensal

Observações:

- **Unidade de Medida: Quilo**

✓ **Sobra Limpa**

Definição: Cálculo da porcentagem de alimentos que não foram servidos aos colaboradores e pacientes

Equação para Cálculo:

$$\frac{TOTAL\ REFEIÇÕES\ PRODUZ\ x\ PESO\ MÉDIO\ DO\ PRATO\ +PESO\ SOBRA\ LIMPA}{(PESO\ TOTAL\ SOBRA\ LIMPA)} \text{ x } 100$$

Responsável pelo dado: Serviço de Alimentação e Nutrição.

Frequência de levantamento: Diária

Observação:

- Unidade de Medida: gr alimentos

✓ **Aceitabilidade da dieta de pacientes**

Definição: Avaliação da aceitação alimentar dos pacientes nas refeições do almoço e do jantar através da observação das sobras das bandejas realizada pelas copeiras em impressos próprios.

Equação para Cálculo:

$$\frac{NÚMERO\ DE\ IMPRESSOS\ IDENTIFICADOS\ POR\ TIPO\ DE\ ACEITAÇÃO}{NÚMERO\ DE\ IMPRESSOS\ TOTAIS\ IDENTIFICADOS} \text{ x } 100$$

Responsável pelo dado: Serviço de Alimentação e Nutrição.

Frequência de levantamento: Diária

Observação:

- Unidade de Medida: gr alimentos

Legislação Vigente

- Lei 8234/91: Regulamenta a profissão de Nutricionista;
- Portaria nº 1.210: Controla alimentos e bebidas, visando a proteção da saúde da população;
- Portaria CVS nº 15, de 17 de novembro de 1991: Regulamenta o transporte de Alimentos;
- Portaria CVS – 5/13: Estabelece os critérios de higiene e de boas práticas operacionais para alimentos produzidos / fabricados / industrializados / manipulados e prontos para o consumo, para subsidiar as ações da Vigilância Sanitária e a elaboração dos manuais de boas práticas de manipulação e processamento;
- Resolução - RDC nº 306, de 7 de dezembro de 2004: Dispõe sobre o regulamento técnico para o gerenciamento de resíduo para o serviços de saúde;
- Resolução - RDC nº 216, de 15 de setembro de 2004: Dispõe sobre as boas práticas para serviços de alimentação e preveem ainda a manutenção e higienização das instalações, dos equipamentos e dos utensílios; o controle da água de abastecimento e de vetores transmissíveis de doenças e pragas urbanas; a capacitação profissional e a supervisão da higiene e da saúde dos manipuladores; o manejo correto de resíduos; e o controle e a garantia de qualidade do alimento preparado;
- Resolução - RDC nº 275, de 21 de outubro de 2002: Estabelece procedimentos operacionais padronizados que contribuam para a garantia das condições higiênico-sanitárias necessárias ao processamento / industrialização de alimentos, complementando as boas práticas de fabricação;
- Resolução nº 17, de 30 de abril de 1999: Regulamento Técnico que estabelece as diretrizes básicas para a avaliação de risco e segurança dos alimentos;
- Resolução RDC nº 218, de 29 de julho de 2005: Dispõe sobre o regulamento técnico de procedimentos higiênico-sanitários para a manipulação de alimentos e bebidas preparados com vegetais;
- Resolução CFN N° 334/2004: Dispõe sobre o código de ética do nutricionista e dá

outras providências;

- Resolução RDC 63/2000: Regulamento Técnico para terapia de nutrição enteral;
- Resolução 307/2002 - Altera a Resolução - RDC nº 50 de 21 de fevereiro de 2002 que dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.

3.5.5 ROTINAS E PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (P.O.P.)

Conforme solicitado no Edital – Processo de Seleção nº 01/SS/2022, apresentamos no alguns protocolos e rotinas/Procedimentos Operacionais Padrão (P.O.P) que serão adotados nas áreas Administrativa, Financeira e Contábil.

Anexo VI – Protocolos de rotinas Administrativas e Financeiras.

Algumas rotinas/Procedimentos Operacionais Padrão (P.O.P) foram apresentadas na maneira tradicional (formatação de manual) e outras, optamos por apresentar em formato de fluxos, os quais tem demonstrado maior efetividade e objetividade para entendimento.

Importante ressaltar que as rotinas/procedimentos operacionais padrão ora apresentados poderão sofrer adequação de acordo com as necessidades operacionais do Hospital/UBS's e/ou por mudanças de fluxos para melhor integração com a Rede Municipal de Saúde.

Ressaltamos que estes representam uma pequena porcentagem do total de P.O.Ps. definidos e utilizados no modelo de gestão da SPDM.

3.5.6 CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO

Os protocolos e organização das atividades de apoio (serviços administrativos, limpeza, segurança, apoio logístico, sistemática de manutenção predial e modernização/atualização equipamentos e etc) serão implantados de imediato, caso a SPDM consagre vencedora do certame.

3.6 Descrição e análise dos problemas de saúde do território e proposta de Monitoramento de indicadores de desempenho, de qualidade, de produtividade dentre outros, além dos previstos no TR com explicação técnica de seu uso, voltados à finalidade assistencial separadamente por nível de atenção. Com cronograma de implantação. Informar qual a fonte de informação utilizada.

3.6.1 O MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS E SUAS CARACTERÍSTICAS

> *"Esse é o grande mistério das cidades: elas crescem e se modificam, guardando, porém, sua alma profunda apesar das transformações do seu conteúdo demográfico, econômico e da diversificação de suas pedras."* Milton Santos

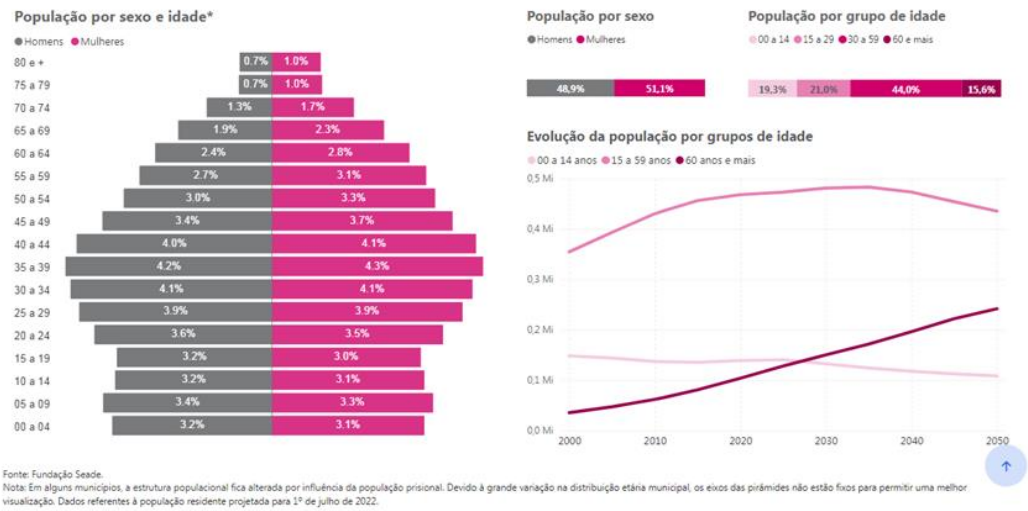
São José dos Campos é uma cidade que une cultura, tradição e tecnologia. No núcleo urbano estão localizados institutos federais de pesquisa científica, empresas de tecnologia de ponta, prédios de arquitetura arrojada, universidades, faculdades e centros de formação de mão de obra qualificada. Por outro lado, a zona rural concentra quase 70% do território do município, boa parte em áreas de proteção ambiental.

É o principal município da Região Metropolitana do Vale do Paraíba, localizada estrategicamente entre São Paulo e Rio de Janeiro.

Depois de ocupar posição periférica no período áureo do café no Vale do Paraíba, São José dos Campos ganhou destaque nacional na chamada fase sanatorial, quando inúmeros doentes procuravam o clima da cidade em busca de cura para a tuberculose, quando, em 1924, foi inaugurado o Sanatório Vicentina Aranha, o maior do país. Desde então, o município tem uma forte história ligada à Saúde.

População e estatísticas vitais

Temos os seguintes dados da população, por sexo e idade:



Fonte: Fundação SEADE, maio/2022

Quanto às estatísticas vitais e Saúde temos, no ano de 2019:

Taxa de Natalidade (Por mil habitantes) - 2019	
Município	12,93
RG	12,82
RA	12,98
Estado	13,09

Taxa de Fecundidade Geral (Por mil mulheres entre 15 e 49 anos) - 2019	
Município	47,40
RG	47,46
RA	48,12
Estado	48,14

Taxa de Mortalidade Infantil (Por mil nascidos vivos) - 2019	
Município	10,67
RG	10,55
RA	10,99
Estado	10,93

Taxa de Mortalidade na Infância (Por mil nascidos vivos) - 2019	
Município	12,32
RG	12,44
RA	12,96
Estado	12,65

Taxa de Mortalidade da População de 15 a 34 Anos (Por cem mil habitantes nessa faixa etária) - 2019	
Município	92,56
RG	97,11
RA	109,31
Estado	100,31

Taxa de Mortalidade da População de 60 Anos e Mais (Por cem mil habitantes nessa faixa etária) - 2019	
Município	3.082,14
RG	3.171,22
RA	3.368,89
Estado	3.345,57

Fonte: Fundação Seade

3.6.2 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS PROBLEMAS DE SAÚDE DO TERRITÓRIO

O Hospital Municipal Dr. José de Carvalho Florence é um hospital geral cirúrgico com ênfase nos atendimentos de urgência e emergência, tornando-se em 2018 referência para os partos do município e credenciado para atendimento de partos de alto risco realizando em

média 500 partos/mês.

Em 2020 foi escolhido pela SMS para ser referência no atendimento aos pacientes com covid-19.

O HMJCF é o maior hospital do Vale do Paraíba, é um dos maiores hospitais do Estado de São Paulo. Caracteriza-se como Hospital Geral, apresenta uma Porta Aberta por meio de seu Pronto-Socorro e acaba recebendo, por conta disso, pacientes de todo Vale do Paraíba e do Sul de Minas, que apresentam municípios menores e menos preparados para o atendimento principalmente em alta complexidade.

É um hospital caracterizado pelo atendimento as vítimas de traumas e graves complicações ortopédicas, cirúrgicas e neurocirúrgicas

Entre as especialidades atendidas na unidade estão: Cardiologia, Ginecologia, Neurologia, Neurocirurgia, Ortopedia, Nefrologia, Pediatria, Otorrinolaringologia, Urologia, Vascular, Proctologia, Mastologia, Buco-Maxilo, Gastroenterologia, Plástica, Fisiatria, Endocrinologia, Cirurgia do Aparelho Digestivo.

Dentre os serviços prestados merece destaque o **Programa de Hospitalização Domiciliar – PHD**, que tem por objetivo reduzir o tempo de internação hospitalar e integrar o paciente no convívio de seu lar. O Programa prevê o acompanhamento do paciente, em sua residência, por uma equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, nutricionista e farmacêutico.

Além dos exames de Raio-X e Tomografia, o HMJCF disponibiliza os seguintes exames de apoio ao diagnóstico: esofagogastroduodenoscopia diagnóstica e terapêutica, colonoscopia, eletrocardiograma, ecocardiograma, ecocardiografia fetal, eletroencefalograma, holter, teste ergométrico, broncoscopia, eletroneuromiografia.

Considerando a localização geográfica da unidade (próximo à Rodovia Presidente Dutra – eixo Rio/São Paulo), o hospital é referência no Vale do Paraíba para acidentes ocorridos nas rodovias Presidente Dutra, Tamoios e Carvalho Pinto.

Pensando no objetivo do plano diretor de desenvolvimento integrado do Município de São José dos Campos que objetiva otimizar o acesso a todos os níveis de saúde bem como a serviços hospitalares de qualidade, e entendendo que os principais problemas de saúde que levam o munícipe a procurar a atenção hospitalar são doenças circulatórias, doenças infecciosas, doenças respiratórias incluindo-se a COVID-19, neoplasias e outras relacionadas a causas externas sobressaindo-se o trauma.

Estes são embasados nas diretrizes mundiais de recomendação da avaliação, tratamento e acompanhamento dos pacientes em Linhas de Cuidado. Conforme citado anteriormente, considerando a prevalência do atendimento ao paciente politraumatizado, pacientes com dor torácica e portadores de AVE, propomos o gerenciamento dos indicadores a seguir:

Indicador	**Linha de Cuidado Trauma: Tempo porta dreno de tórax em Hemotórax Maciço e Pneumotórax hipertensivo**
Meta	Até 30 minutos em 80% dos pacientes atendidos
Cálculo	Mediana ou média da soma dos tempos entre a abertura da ficha e a realização da passagem do dreno de tórax em pneumotórax hipertensivo e hemotórax maciço/número de pacientes submetidos a drenagem de toráx pelo diagnóstico referido.
Início	Imediato

Explicação técnica do uso do indicador: Mensura o tempo entre a chegada do paciente na sala de emergência e a passagem do dreno de tórax nos casos de pacientes com pneumotórax hipertensivo e hemotórax maciço, com a finalidade de diagnóstico e tratamento rápido ao paciente vítima de trauma.

Indicador	**Linha de Cuidado Trauma: Tempo porta Laparo - trauma choque grau IV - PAS <90mmHg (trauma Abdominal)**
Meta	Até 60 minutos em 80% dos pacientes atendidos
Cálculo	Mediana ou média da soma dos tempos entre a abertura de ficha de atendimento (FA) e realização de laparotomia exploradora em pacientes com trauma choque grau IV PAS <90 mmHg quando indicação/ Número de pacientes com choque grau IV - PAS <90mmHg (trauma Abdominal)
Início	Imediato

Explicação técnica do uso do indicador: Mensura o tempo entre a chegada do paciente na sala de emergência e início do procedimento cirúrgico de laparotomia nos casos de trauma abdominal grave (choque grau IV), com a finalidade de tratamento rápido ao paciente vítima de trauma, diminuindo risco de choque hipovolêmico e desfecho desfavorável.

Indicador	**Linha de Cuidado Trauma: Tempo porta Tomo - TCE com ECG<14 (critério de exclusão - PLT com choque GIV)**
Meta	Até 60 minutos em 80% dos pacientes atendidos

Cálculo	Mediana da soma dos tempos entre a abertura de ficha de atendimento (FA) e realização de Tomo - TCE com ECG<14 (critério de exclusão - PLT com choque GIV)/ Número de pacientes com TCE com ECG<14 (critério de exclusão - PLT com choque GIV)
Início	Imediato

Explicação técnica do uso do indicador: Mensura o tempo entre a a chegada do paciente na sala de emergência e a realização da tomografia de crânio nos casos de TCE com ECG < 14, com a finalidade de diagnóstico rápido ao paciente vítima de trauma, para viabilizar a avaliação do especialista e definição da terapêutica adequada, diminuindo dano cerebral secundário causado pelo trauma.

Indicador	**Linha de Cuidado Trauma: Tempo porta Tomo - TCE com ECG>14 (critério de exclusão - PLT com choque GIV)**
Meta	Até 120 minutos em 80% dos pacientes atendidos
Cálculo	Mediana da soma dos tempos entre a abertura de ficha de atendimento (FA) e realização de Tomo - TCE com ECG>14 (critério de exclusão - PLT com choque GIV)/ Número de pacientes com TCE com ECG>14 (critério de exclusão - PLT com choque GIV)
Início	Imediato

Explicação técnica do uso do indicador: Mensura o tempo entre a chegada do paciente na sala de emergência e a realização da tomografia de crânio nos casos de TCE com ECG > 14, com a finalidade de diagnóstico rápido ao paciente vítima de trauma, para viabilizar a avaliação do especialista e definição da terapêutica adequada, diminuindo dano cerebral secundário causado pelo trauma.

Indicador	**Linha de Cuidado Trauma: Indicação - PIC (TCE com ECG,9)**
Meta	Até 60 minutos em 80% dos pacientes atendidos
Cálculo	Mediana da soma dos tempos entre a indicação e a realização da inserção do cateter de PIC /número de pacientes com indicação de monitorização da PIC (TCE grave, ECG < 9)
Início	Imediato

Explicação técnica do uso do indicador: Mensura o tempo entre a indicação do procedimento e a inserção do cateter de monitorização de pressão intra craniana (PIC), com a finalidade de monitorização intracraniana para controle de pressão, evitando hipoperfusão e isquemia cerebral.

Indicador	Linha de Cuidado Trauma: Tempo porta CC (fratura Exposta)
Meta	Até 360 minutos em 80% dos pacientes atendidos
Cálculo	Mediana da soma dos tempos de espera pelo procedimento cirurgico ortopedico/Nº pacientes vítimas de fraturas expostas.
Início	Imediato

Explicação técnica do uso do indicador: Mensura o tempo entre a chegada do paciente na sala de emergência e a entrada no centro cirúrgico para realização de limpeza e fixação nos casos de fraturas expostas com a finalidade de tratamento rápido na prevenção de complicações (infecções) e agravos ao paciente vítima de trauma.

Indicador	Linha de Cuidado Trauma: Indicação ortopédica de fixação de bacia
Meta	Até 60 minutos em 80% dos pacientes atendidos
Cálculo	Mediana da soma dos tempos de espera entre a indicação do ortopedista e o início da cirurgia de fixação de bacia (fraturas complexas e instáveis com sinal de instabilidade hemodinâmica decorrente do trauma pélvico), no centro cirúrgico /Nº pacientes vitimas de fraturas de pelve com a indicação.
Início	Imediato

Explicação técnica do uso do indicador: Mensura o tempo entre a chegada do paciente na sala de emergência e a entrada no centro cirúrgico para fixação de pelve nos casos de fratura instável, com a finalidade de tratamento rápido na prevenção de complicações e agravos ao paciente vítima de trauma, como hemorragia retroperitonial e óbito.

Indicador	Linha de Cuidado Trauma: Tempo entre prescrição e transfusão de hemoderivados (transfusão maciça)
Meta	Até 30 minutos em 80% dos pacientes atendidos
Cálculo	Mediana da soma dos tempos de espera das hemotransfusoes/ Nº pacientes com prescrição de hemotransfusao maciça.
Início	Imediato

Explicação técnica do uso do indicador: Mensura o tempo entre a solicitação e o início da hemotransfusão nos casos de traumas graves (pacientes em choque hemorrágico), com a finalidade de tratamento rápido na prevenção de complicações e agravos ao paciente vítima de trauma, como óbito por choque hemorrágico.

Indicador	Protocolo dor torácica: Acolhimento com ECG

Meta	Até 10 minutos em 80% dos pacientes atendidos
Cálculo	Mediana ou média da soma dos tempos entre a realização da classificação de risco e indicação de ECG/ Número de pacientes com queixa de dor torácica atendidos
Início	Imediato

Explicação técnica do uso do indicador: Mensura o tempo entre a realização da classificação de riscos e indicação de ECG para pacientes com sinais e sintomas relacionados à dor torácica, com a finalidade de melhor definição do diagnóstico do paciente para início rápido do tratamento adequado.

Indicador	**Linha de cuidado AVE: Tempo porta até tomografia (TC)**
Meta	Até 25 minutos em 80% dos pacientes atendidos
Cálculo	Mediana ou média da soma dos tempos entre a abertura da FA até a realização da TC/ Número de pacientes com sinais e sintomas de AVE atendidos
Início	Imediato

Explicação técnica do uso do indicador: Mensura o tempo de espera entre a realização da Ficha de atendimento (FA), até a realização da Tomografia de Crânio (TC) para pacientes em tempo de trombólise, com a finalidade de melhor definição do diagnóstico do paciente para início rápido do tratamento adequado.

Indicador	**Linha de cuidado AVE: Tempo Porta – Agulha**
Meta	Até 60 minutos em 80% dos pacientes atendidos
Cálculo	Mediana ou média da soma dos tempos entre a abertura da FA até o início da administração do trombolitico/ Número de pacientes submetidos a trombólise
Início	Imediato

Explicação técnica do uso do indicador: Mensura o tempo entre a abertura da Ficha de Atendimento (FA) até o início da administração do trombolítico, com a finalidade de agilidade no início rápido do tratamento adequado (trombolítico) e garantia dos resultados esperados pela medicação.

Indicador	**Linha de cuidado AVE: Tempo tomo de controle (pós-trombólise)**
Meta	Até 1440 minutos em 80% dos pacientes atendidos

Cálculo	Mediana ou média da soma dos tempos entre a administração do trombolitico e a realização da TC de controle/ Número de pacientes submetidos a trombólise
Início	Imediato

Explicação técnica do uso do indicador: Mensura o tempo de espera entre a realização trombólise até a repetição da TC de crânio, para verificar se houve reperfusão cerebral ou algum evento relacionado ao trombolítico (sangramento ou edema cerebral).

Indicador	**Monitoramento dos pacientes que retornam ao serviço de urgência em período inferior à 48 horas com a mesma queixa**
Meta	Construção de linha histórica e monitoramento individual
Cálculo	Número de fichas abertas para o mesmo paciente e mesma queixa em menos de 48 horas no pronto socorro
Início	Em até 120 dias

Explicação técnica do uso do indicador: Levantamento da repetição da procura por tratamento da mesma queixa pelo mesmo paciente, a fim da análise qualitativa sobre o tratamento proposto e seus resultados esperados para o paciente. Finalidade de melhoria contínua na qualidade do atendimento aos pacientes.

3.6.3 CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO

As propostas de indicadores além dos previstos no Termo de Referência apresentados acima, serão implantados de imediato, caso a SPDM consagre vencedora do certame, exceto indicador monitoramento dos pacientes que retornam ao serviço de urgência em período inferior à 48 horas com a mesma queixa, com previsão de implantação em até 120 dias.

3.7 Sistemática de aplicação de ações corretivas de desempenho para os indicadores apresentados no item anterior.

É fundamental para a gestão, o uso dos sistemas de Medição de Desempenho que permitam o acompanhamento pela gestão sobre perdas, ganhos e como a instituição vem desenvolvendo e obtendo seus resultados.

O objetivo geral de um Sistema de Indicadores de Desempenho é conduzir a instituição à melhoria de suas atividades, através do fornecimento de medidas alinhadas com o ambiente e os objetivos estratégicos, de forma a permitir o monitoramento do progresso no sentido de atingir esses objetivos. Essas medidas podem ser vistas como a essência da melhoria de desempenho.

A partir da análise quanto ao atingimento das metas propostas, pode-se tomar as devidas melhorias e ações corretivas necessárias. A partir deste sistema, consegue-se centrar os esforços de forma coordenada no que é importante para a organização e que impacta em sua missão, visão e objetivos estratégicos.

Todos os indicadores são analisados diário/ semanal ou mensalmente (de acordo com seu objetivo). Para este fim dispomos de reuniões de para discussão e apresentação de indicadores trimestrais por unidade, reuniões de serviços por especialidades (trauma, AVE, dor torácica) e reuniões de comissões (óbito, prontuário, CCIH). Fóruns estes que levam a planos de ação com desdobramento operacional para melhoria dos processos.

Uma vez realizada esta análise de atingimento ao plano proposto e a consequente validação da sistemática desenvolvida para avaliação de desempenho, as metas podem ser redefinidas assim como a identificação dos processos menos robustos e/ou que necessitem de melhorias. Neste momento ficam claras as prioridades, geram alinhamentos, indicam ajustes necessários e apoiam a tomada de decisão.

Para análise destes indicadores, utilizamos, além das ferramentas de qualidade e planos de ação a curto, médio e longo prazo, algumas metodologias de desenvolvimento de pessoas e obtenção de resultados, descritos a seguir:

OBEYA

Em japonês, obeya significa “sala grande” – frequentemente traduzida como “sala de guerra” por causa da sua função. ferramenta muito poderosa para facilitar o trabalho em equipe e gerenciar melhor os projetos. Local onde

é possível pensar profundamente, conversar e discutir sobre os principais problemas do projeto.

Temos implantado a sala de Obeya. Sala destinada a gestão visual dos indicadores estratégicos e apontamentos táticos e operacionais. Neste local é possível a revisão de dados e análises das unidades estratégicas junto às equipes assistenciais a fim de alinhamentos de metas e resultados esperados.

O foco dos indicadores é baseado nos pilares do Norte Verdadeiro institucional:

- Pessoas
- Segurança e Qualidade
- Compliance
- Sustentabilidade Financeira

A gestão visual é o forte desta abordagem e além da discussão com a equipe, a direção se reúne mensalmente para análise e discussão de dados.

Imagens: Obeya HMJCF

KAIZEN

Kaizen significa mudança (kai) boa (zen), traduzido no lean como melhoria contínua, se concentra em aprimorar processos e é criado sempre que algo precisa ser melhorado e logo que o objetivo é atingido, o mesmo, é encerrado. Quando falamos em fazer um kaizen estamos dizendo que vamos melhorar um processo.

O Kaizen inclui envolvimento dos colaboradores desde a alta gerência até a linha de operação e pode ser usado para tornar qualquer processo mais eficiente.

Objetivos do kaizen:

• Corrigir problemas no fluxo de trabalho

• Eliminar desperdícios

• Melhorar o valor agregado ao negócio

O kaizen implica em implementar mudanças em um processo entregando uma qualidade melhor. Normalmente, na indústria, é realizado com um evento de alguns dias em que a equipe foca e discute um determinado processo com a intenção de implementar e manter melhorias.

A metodologia Kaizen implica em pequenas mudanças para alcançar uma grande mudança, e assim fazer hoje melhor do que foi feito ontem.

Abrange:

• Identificação do problema

• Envolvimento de todos para sugestões de times de trabalho

• Pensamento voltado para processos

• Utilização das ferramentas de qualidade

• Atacar causa raiz do problema

• Satisfação do cliente

A metodologia Kaizen se baseia em investigação do problema e busca da causa raiz envolvendo a participação de quem faz.

Plantão Kaizen

A Metodologia Lean nos ajuda a identificar os problemas de forma clara e oferece ferramentas para solucioná-los. De modo que sejam expandidos os conhecimentos e métodos lean, são realizados treinamentos entre equipes multiprofissionais pela diretoria.

Assim, foi difundido a ferramenta A3 que se trata de uma folha de papel norteadora do pensamento que segue um ciclo como o PDSA. A ferramenta pode ser rascunhada com lápis e folha A3. Esta simplicidade favorece o *brainstorm*.

O Plantão Kaizen é um tempo determinado para que a diretoria Lean do hospital atenda os grupos que estão realizando A3 das diversas áreas hospitalares.

Teve seu início em julho de 2019, e é realizado duas vezes ao mês com intervalos de 15 minutos entre cada grupo, com o objetivo de facilitar aos participantes que encontrem a causa raiz do problema que gerou a abertura do A3 e proponham soluções.

Com o plantão Kaizen a diretoria do hospital acompanha de perto os problemas encontrados e participa das soluções, dando voz a cada colaborador que participa deste espaço, além de desenvolver o conhecimento destes nas ferramentas de qualidade e análise, tais como: Mapeamento do Fluxo de Valor (VSM - *Value Stream Mapping*), Diagrama de Espaguete, SIPOC e Mapeamento de Processos, Árvore de CTQ (*critical to quality*), *Gemba Walking*, Diagrama de Ishikawa, Gráfico de Pareto, Os 5 porquês, 5W2H, etc. Quais variam de acordo com o problema apresentado e sua necessidade para solução.

Imagens: Plantão Kaizen HMJCF

A3

O nome “A3” é, na verdade, derivado de um tamanho de papel europeu padrão semelhante a 11 “por 17”. O Relatório é baseado no método Planejar,

Executar, Verificar, Agir (PDCA). O Relatório incorpora essa premissa básica à solução de problemas e melhoria contínua.

A ferramenta é referência no que diz respeito ao potencial de utilidade para a organização, pois documenta os resultados que culminaram na resolução dos problemas de maneira concisa, incorporando, assim, uma metodologia de solução de problemas que se inicia no entendimento profundo de como o trabalho é realmente feito.

Etapas A3:

1. **Definição do tema:** Ao decidir sobre a utilização da ferramenta, é importante definir inicialmente quais serão os problemas abordados no relatório A3. É preferível que os problemas reincidentes e que geram mais transtornos internos sejam elencados como prioritários.
2. **Condição atual:** Observe atentamente qual é a situação atual do problema elencado acima, considerando todas as nuances que permeiam a sua condição do momento, preferencialmente ilustradas por gráficos.
3. **Objetivos:** Metas concretas, mensuráveis e desafiadoras. Especificação de "quanto do problema" será resolvido em "quanto tempo".
4. **Analise as causas:** Considerar o contexto real em que os problemas acontecem, com base em fatos e ferramentas para especificar com clareza e analisar a "causa-raiz".
5. **Desenvolver contramedidas/ plano de ação:** Desenvolver contramedidas potenciais, selecionando as mais práticas e efetivas. Construir consenso com os demais envolvidos. Elaboração plano de ação claro, preciso e detalhado.
6. **Implemente contramedidas:** Compartilhe o progresso, reportando, informando e consultando adequadamente
7. **Monitoramento dos processos e resultados:** Desenvolver acompanhamento de resultados e indicadores de equilíbrio.

Para a SPDM, qualquer colaborador que levante um problema em sua unidade de atuação ou em suas atividades, pode realizar a "Abertura de A3". O acompanhamento e orientação será realizado através do Plantão Kaizen e dos Green Belts da instituição.

Através desta ferramenta, é possível encontrar a causa raiz de um problema, além de desenvolver análise crítica dos colaboradores, desenvolvimento do conhecimento de ferramentas de qualidade e gestão.

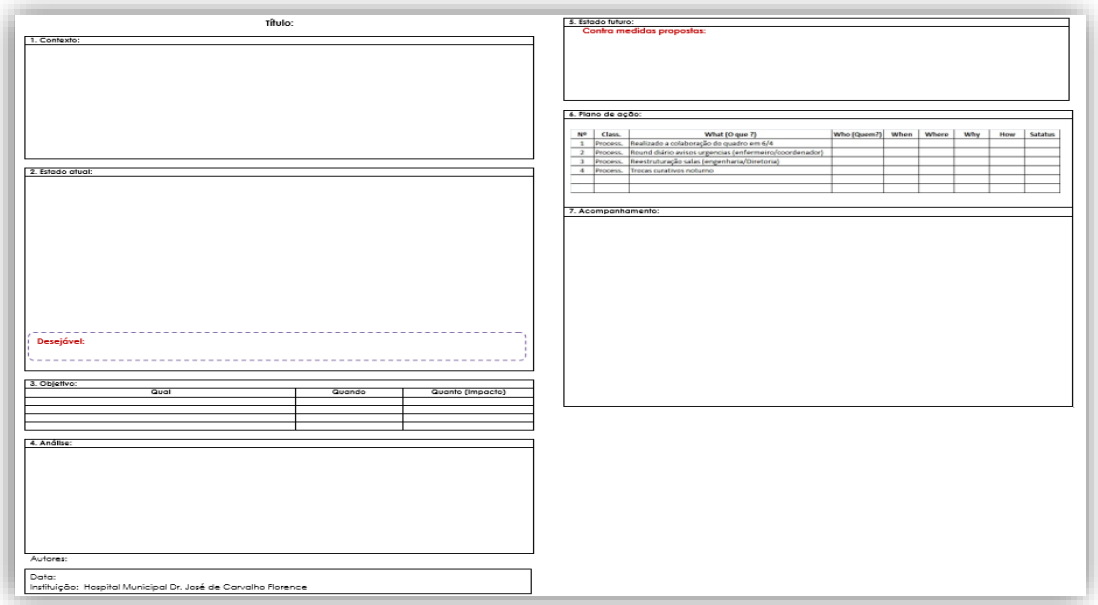


Imagem: Exemplo Folha

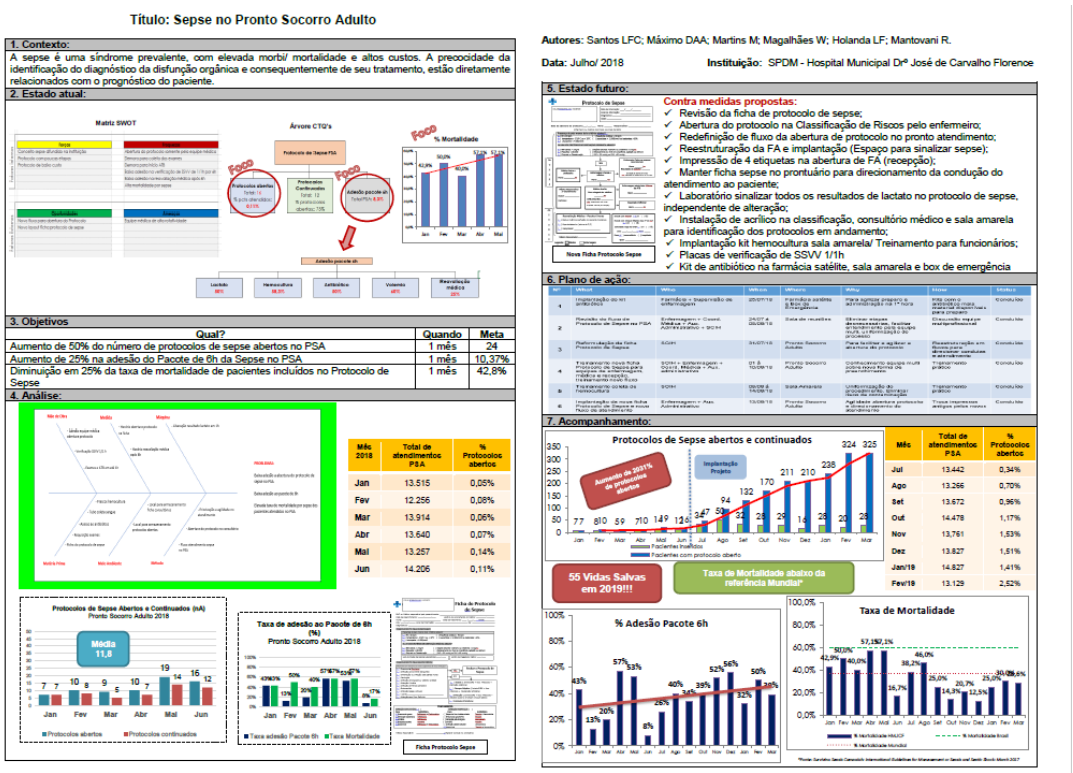


Imagem: Exemplo Relatório A3 finalizado

3.8 Apresentação da política de gestão de pessoas a ser praticada, apresentando os critérios de seleção e experiência separadamente por nível de atenção e função.

3.8.1 GESTÃO DE PESSOAS

Estruturação e Planejamento da Gestão de Pessoas

O modelo de gestão adotado está alicerçado de acordo com os valores da SPDM. O mesmo traduz a forma como a Instituição gerencia, orienta e desenvolve seu capital humano no ambiente organizacional.

As novas tecnologias disponíveis e as novas ferramentas de gestão têm alterado a forma de organização das empresas e instituições de saúde. Os processos de trabalho sofreram profundas alterações, no sentido de educar e treinar as pessoas. É dessa maneira que a SPDM entende as necessárias transformações na área da Saúde, inovações tecnológicas com desenvolvimentos dos processos de trabalho, das pessoas e aprendizado contínuo.

A Unidade de Gestão de Pessoas tem a responsabilidade de cumprir e fazer cumprir as políticas de gestão da SPDM, estar alinhada com as definições da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo e às regulamentações dos serviços de saúde, bem como, desenhar novos processos e canais de comunicação apropriados.

Um dos fatores de sucesso para implantar um modelo de gestão de saúde de alta qualidade, é construir um time capacitado e motivado. A construção deste time perdura, principalmente, no primeiro ano de gerenciamento da instituição, momento em que o impacto do processo de implantação de novas políticas, cultura, valores e sistema de trabalho, deverão ser modelados com profissionalismo e sensibilidade, acolhendo e integrando todos os profissionais, especialmente, os colaboradores anteriormente contratados por outra OSS gestora, em torno de um objetivo comum.

A Unidade de Gestão de Pessoas disponibilizará uma equipe de profissionais habilitados a construir um ambiente de transição humanizado, alinhado as diretrizes da Secretaria do Estado da Saúde, trabalhado fortemente com a comunicação interna, tanto ativa como receptiva, a fim de disseminar o novo modelo de gestão e mitigar ruídos no processo de transição.

Com o objetivo de acolher, integrar e desenvolver todos os colaboradores da Instituição, a SPDM, propõe a estruturação de um modelo de gestão de pessoas baseado nas seguintes premissas:

- Selecionar os melhores profissionais, levando em consideração o conhecimento, as habilidades e atitudes;
- Proporcionar um ambiente de trabalho saudável e acolhedor;
- Construir um programa de desenvolvimento e capacitação contínua;
- Oferecer programas de treinamento e de bolsa de estudo;
- Promover a avaliação e orientação dos profissionais pelas lideranças e desenvolver o sistema de liderança;
- Promover a gestão de cargos e salários condizente aos parâmetros da prática do mercado de trabalho das instituições de saúde;
- Gerar oportunidade de crescimento e reconhecimento profissional e pessoal;
- Realizar, regularmente, pesquisa de clima organizacional;
- Implementar a cultura de assistência pública de saúde de alta qualidade e voltada para a segurança do paciente;
- Assegurar o cumprimento das legislações trabalhistas, tributárias e previdenciárias visando segurança e transparência o recurso público gerido.

Estas premissas nortearão os trabalhos de todos os profissionais das Instituições e estarão explicitadas na Política de Gestão de Pessoas e Manual de Integração para todos os colaboradores, cujo exemplar segue no **Anexo I e II** a esta proposta de trabalho.

Importante salientar que para garantia da equidade de direitos e deveres entre todos os colaboradores, bem como, especialmente para garantia da prestação de serviços à saúde de forma digna, humanizada e segura, a SPDM entende como imprescindível a obediência às normas internas da instituição, como escala de plantão, dentre outras diretrizes regulamentadoras de trabalho.

As Instituições Afiliadas SPDM acredita que a consideração e o respeito entre as pessoas são fundamentais para a criação e manutenção de um ambiente de confiança na Instituição. A

criação de valor compartilhado com a sociedade e a sustentabilidade deverão ser alcançados, por meio de uma postura com valores de conduta ética bem definidos.

É nesse sentido que a SPDM propõe realizar a gestão de seu capital humano, divulgando amplamente seu Código de Conduta e Ética, cujos objetivos principais são:

a) Ser fonte de referência para um padrão comportamental ético e moral, pautado em valores da corporação;

b) Preservar a dignidade dos profissionais, ao mesmo tempo, procurar garantir a sustentabilidade organizacional, agregando valor à sociedade;

c) Ser um conjunto de princípios norteadores assumidos publicamente que minimizem a subjetividade das interpretações na esfera pessoal, a respeito dos princípios morais e éticos;

d) Fortalecer a transparência institucional da governança corporativa, diante de todas as partes interessadas: parceiros e contratantes, colaboradores, clientes, comunidade, fornecedores, governo, mercado publicitário e imprensa.

3.8.2 MEDICINA TRABALHO

O dimensionamento da equipe que compõe a Medicina do Trabalho, é prevista na Norma Regulamentadora N°4 da Portaria N° 3214 de 8 de junho de 1978, baseada no grau de risco da atividade e no número de colaboradores da instituição.

É importante salientar que a proposta de atuação da Medicina do Trabalho, prioriza o seu papel de coordenar as ações de saúde no âmbito dos colaboradores, desenvolvendo um conjunto de programas que além de atender todas às exigências legais, se propõe a implementar inúmeras ações de promoção de saúde a partir do diagnóstico de saúde definido nos exames médicos realizados periodicamente.

O Serviço de Medicina do Trabalho executa atividades definidas legalmente nas Normas Regulamentadoras NR 07 (Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional – PCMSO) e NR 32 (Segurança e Saúde no Trabalho em Serviço da Saúde) que constam na Portaria n° 3214 de 08 de junho de 1978 do Ministério do Trabalho, além das demais NR´s e outras legislações especificas pertinentes á área de saúde do Trabalhador.

Faz parte das instruções técnicas, o PCMSO (Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional). Este é o programa que tem como coordenador o Médico do Trabalho e que define todas as ações e programas desenvolvidos pela Medicina do Trabalho, além do atendimento a todas as questões legais exigidas para a Instituição, no âmbito da Medicina do Trabalho.

A unidade coordena um programa de imunização dos colaboradores desenvolvido ao longo de todo ano, com busca ativa para a aplicação de todas as doses de vacina.

Dentre os vários indicadores utilizados para análise pela Medicina do Trabalho, estão:

- Porcentagem de exames médicos realizados;
- Porcentagem de colaboradores vacinados;
- Porcentagem de acidentes com risco biológico;
- Porcentagem de acidentes de trabalho;
- Porcentagem de doenças ocupacionais.

É de responsabilidade da Medicina do Trabalho, providenciar e manter atualizada documentação obrigatória e legal, conforme quadro abaixo:

DOCUMENTO:	VALIDADE:
PCMSO	**Anual**
CONTROLE DE VACINAÇÃO	**Mensal**
PRONTUÁRIO MÉDICO DOS COLABORADORES	**Mensal**

Apesar do Serviço de Medicina do Trabalho ter como objetivo responder pelo atendimento às questões ocupacionais, o atendimento assistencial aos colaboradores também faz parte das atribuições da unidade que poderá contar com os recursos e estruturas disponíveis.

A elaboração de banco de dados capaz de definir o perfil epidemiológico dos colaboradores a partir de todos os exames médicos e das causas de afastamento do trabalho indicará quais programas de saúde específicos serão necessários, havendo programas educativos prioritários (doenças crônico degenerativas, doenças sexualmente transmissíveis, antitabagismo), orientando os colaboradores na busca de uma condição de saúde mais favorável.

Programa Viver Bem

O Programa de Qualidade de Vida definido como Projeto Viver Bem, busca melhorar as condições de vida e de trabalho dos colaboradores da Instituição, com ações que além de visar às questões de saúde física propriamente dita, busca abranger a saúde mental, além de inserir aspectos culturais e esportivos que compõe a vida das pessoas.

O Projeto Viver Bem estimula a atenção à saúde dos colaboradores, na prevenção das doenças crônico degenerativas, com programas de controle de hipertensão arterial, estimulando o acompanhamento e a adesão ao tratamento, o mesmo ocorre com os diabéticos e portadores de dislipidemias.

Mensalmente essa equipe de profissionais envolvida no Projeto Viver Bem, se reúne para avaliar os resultados, analisando os indicadores e propondo novas ações.

As doenças cardiovasculares são as principais causas de morbimortalidade no Brasil. Neste sentido, o Programa Viver Bem realiza acompanhamento dos colaboradores com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) pela clínica médica equipe de enfermagem do trabalho e nutricionista de forma a aumentar a aderência ao tratamento e com isso reduzir a morbimortalidade. Portanto, é justificável a existência de um serviço médico ocupacional que planeje e execute ações preventivas no ambiente de trabalho visando proporcionar melhor qualidade de vida seus colaboradores.

Durante a consulta ocupacional (periódico, admissional e retorno ao trabalho) ou consulta com a clínica médica e Enfermeira do Trabalho, os colaborados são encaminhados para serem acompanhados pela equipe multidisciplinar.

Dentro do Programa de Qualidade de Vida (Programa Viver Bem realizam exames complementares gerais, anualmente a critério do médico Coordenador do PCMSO).

Os Programas Específicos Desenvolvidos pelo Serviço de Medicina do Trabalho estão relacionados abaixo.

a) Programa de Assistência à Saúde da Mulher

Atendimento multiprofissional com ações voltadas ao pré-natal, assistência ao climatério, redução da mortalidade materno-infantil, planejamento familiar, amamentação, prevenção do câncer de colo uterino e mama.

b) Ambulatório de Ginecologia

Em consulta médica clínica e /ou ocupacional e durante atendimento da equipe de Enfermagem do Trabalho é realizado o encaminhamento da colaboradora para consulta ginecológica e realização dos exames complementares (citologia oncótica, colposcopia, ultrassonografia pélvica e de mama, mamografia etc.) quando necessário.

c) Programa Gestante Saudável

O Programa Gestante Saudável tem o objetivo de orientar, acompanhar e prestar assistência multiprofissional as colaboradoras gestantes e em caráter de Responsabilidade Social, visando propiciar uma assistência humanizada e de boa qualidade, ampliou sua rede de captação, em parceria com o ambulatório, às gestantes da comunidade que já realizam acompanhamento pré-natal na instituição.

A equipe multiprofissional é composta pelos grupos de: psicologia, nutrição, enfermagem (planejamento familiar, aleitamento materno e cuidados com o recém-nascido), obstetrícia, serviço social, fisioterapia e recursos humanos.

Realiza encontros a cada 2 meses com as gestantes cadastradas.

O cadastro das colaboradoras gestantes é realizado pela Enfermeira da Medicina do Trabalho, durante consulta médica clínica e /ou ocupacional e durante atendimento da equipe de Enfermagem do Trabalho. São encaminhadas para avaliação nutricional, acompanhamento pré-natal médico e acompanhamento com e Enfermeira da Medicina do Trabalho;

O cadastro das gestantes da comunidade é realizado pelo Serviço Social do Ambulatório quando encaminhadas pelas obstetras durante consulta de rotina de pré-natal.

d) Aleitamento Materno

Vindo de encontro com a Organização Mundial da Saúde, Ministério da Saúde, UNICEF e aos princípios do Hospital Amigo da Criança, reconhecemos a importância de promover, proteger e apoiar a amamentação das colaboradoras puérperas da instituição. Realiza parceria com o banco de leite humano para que as colaboradoras que retornam da licença maternidade, possam amamentar de maneira contínua, contribuindo, assim, para o desenvolvimento dos recém-nascidos, diminuindo índices de mortalidade-infantil.

e) Programa de Controle da Tuberculose

Conjunto de ações voltadas para colaboradores com o objetivo de diminuir o risco de transmissão institucional da tuberculose.

A Medicina do Trabalho solicita exame de Radiografia de tórax para todos os colaboradores no exame médico admissional e para o colaborador que não tem exame prévio referencial.

Captação de sintomáticos respiratórios através do Perfil Epidemiológico do exame admissional e periódico;

f) Programa Preventivo da Hipertensão Arterial e suas complicações

Dentre os fatores de risco, no cenário mundial, a HAS aparece em todas as faixas etárias e em ambos os sexos, como principal fator de risco para desenvolvimento das doenças cardiovasculares.

Neste programa o acompanhamento de casos novos e antigos detectados durante o exame médico admissional e periódico, pelo Perfil Epidemiológico onde é realizada uma avaliação inicial do colaborador, encaminhamento para exames de maior complexidade, avaliação e acompanhamento.

O programa envolve todos os setores e visa identificar e orientar o colaborador hipertenso informando sobre a importância do tratamento da patologia, seus fatores de risco e complicações. Após a identificação e cadastro dos colaboradores hipertensos (no programa pela equipe de Enfermagem do Trabalho será feito o controle de sua pressão arterial periodicamente, verificação da medicação em uso, o local de tratamento e sua adesão ao tratamento, a fim de manter a patologia sobre controle.

g) Programa Preventivo do Diabetes Mellitus e suas complicações

Acompanhamento de casos novos e antigos detectados durante o exame médico admissional e periódico, pelo Perfil Epidemiológico onde é realizada uma avaliação inicial do colaborador, encaminhamento para exames de maior complexidade, avaliação e acompanhamento.

Este programa envolve todos os setores e visa identificar e orientar o colaborador diabético informando sobre a importância do tratamento da patologia, seus fatores de risco e complicações. Após a identificação dos colaboradores diabéticos, será feito o controle de sua glicemia periodicamente, verificação da medicação em uso, o local de tratamento e sua adesão ao tratamento, a fim de manter a patologia sobre controle. Quando necessário, o colaborador será encaminhado à nutricionista.

h) Programa Preventivo das Dislipidemias e suas complicações

Acompanhamento de casos novos e antigos detectados durante o exame médico admissional e periódico, pelo Perfil Epidemiológico onde é realizada uma avaliação inicial do colaborador, encaminhamento para exames de maior complexidade, avaliação e acompanhamento.

Este programa envolve todos os setores e visa identificar e orientar o colaborador com dislipidemia informando sobre a importância do tratamento da patologia, seus fatores de risco e complicações. Após a identificação dos colaboradores com dislipidemia, será feito o controle de lipidograma periodicamente, verificação da medicação em uso, o local de tratamento e sua adesão ao tratamento, a fim de manter a patologia sobre controle. Quando necessário, o colaborador será encaminhado à nutricionista para:

I Avaliar o estado nutricional dos pacientes, os indicadores nutricionais subjetivos e objetivos, com base em protocolo pré-estabelecido de forma a identificar o risco e/ou a deficiência nutricional, suas necessidades e seus requerimentos, a evolução de cada paciente até a alta nutricional estabelecida pela equipe responsável;

II Acompanhar a evolução nutricional dos pacientes em terapia nutricional;

III Garantir o registro claro e preciso de informação relacionada à evolução nutricional do paciente;

IV Realizar a prescrição dietética.

V Adequar à prescrição dietética.

VI Realizar a orientação nutricional

VII Estabelecer protocolos e revisões do mesmo.

i) Programa Preventivo da Obesidade e suas complicações

Acompanhamento de casos novos e antigos detectados durante o exame médico admissional e periódico, pelo Perfil Epidemiológico onde é realizada uma avaliação inicial do colaborador, encaminhamento para exames de maior complexidade, avaliação e acompanhamento no ambulatório clínico do Hospital Municipal "Dr. José de Carvalho Florence".

Este programa envolve todos os setores e visa identificar e orientar o colaborador com obesidade informando sobre a importância do tratamento da patologia, seus fatores de risco e complicações. Após a identificação dos colaboradores obesos, será feito o controle do índice de massa corpórea (IMC) periodicamente e adesão ao tratamento, a fim de manter a patologia sobre controle.

Quando necessário, o colaborador será encaminhado à nutricionista.

Atribuições: A Medicina do Trabalho detecta os casos, convoca para avaliação médica/enfermagem, encaminha o colaborador para acompanhamento no ambulatório clínico do Hospital Municipal "Dr. José de Carvalho Florence" e este encaminha para o ambulatório de especialidades quando necessário.

j) Programa Permanente de Notificação de Doenças Transmissíveis - SVE – 1

Notificação diária dos casos suspeitos ou confirmados com conjuntivite e de sífilis (qualquer estágio) para o Núcleo Hospitalar de Epidemiologia de referência.

Atuação, juntamente com a SCIH (Serviço de Controle de Controle de Infecção Hospital) e Núcleo Hospitalar de Epidemiologia, contra surtos de varicela e de quaisquer outros agravos à saúde.

k) Programa Permanente de Imunização

O objetivo é reduzir significativamente a frequência de moléstias infecto contagiosas aumentando a resistência biológica dos colaboradores através de vacinas, principalmente a prevenção da contaminação pelo vírus da hepatite B nos acidentes de trabalho com material biológico.

Atribuições: Verificação da situação vacinal dos colaboradores através da caderneta de vacinação e sorologia para hepatite B. Vacinação de todos os colaboradores não imunizados ou com o esquema vacinal incompleto, durante o processo de admissão, periódico e através de campanha de atualização vacinal.

As seguintes vacinas são fundamentais:

- Vacina contra Hepatite B – 3 doses
- Vacina Dupla Adulto – 3 doses
- Vacina contra Influenza – 1 dose anual
- Tríplice Viral-1 dose

Os candidatos em processo de admissão serão encaminhados, quando necessário, ao Núcleo Hospitalar de Epidemiologia de referência para atualização da caderneta de vacinação após exame médico admissional, onde será realizada anamnese pré-vacinal ou atualizada junto ao setor de Medicina do Trabalho pela equipe de Enfermagem do Trabalho.

No exame periódico, ou na avaliação de equipe de enfermagem do trabalho, é solicitado a sorologia anti-HBs para conferir a soroconversão contra hepatite B, e os colaboradores, quando necessário, serão encaminhados ao Núcleo de Vigilância Epidemiológica de referência para atualização da caderneta de vacinação ou atualizada junto ao setor de Medicina do Trabalho pela equipe de Enfermagem do Trabalho.

Anualmente é disponibilizada a vacina contra gripe (Influenza) para todos os colaboradores.

A vacina de varicela é realizada durante um surto institucional para bloquear a disseminação da doença e oferecida de acordo com a disponibilidade do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia de referência para todos os colaboradores.

A vacinação é registrada em prontuário clínico individual, no espelho de vacina e seu comprovante (caderneta) é entregue ao colaborador.

Todas as vacinas são disponibilizadas gratuitamente aos colaboradores.

Os colaboradores que, mesmo após esclarecimentos, recusarem-se a receber as vacinas, deverão assinar Termo de Responsabilidade de Recusa de Vacinação, e se forem não respondedor deverão assinar a declaração de não respondedor.

l) Prevenção do câncer masculino

Atendimento médico voltado à prevenção do câncer da próstata. Os homens acima de 40 anos receberão encaminhamento para consulta com o Urologista e realizarão os exames complementares (PSA, ultrassonografia da próstata, etc.), quando necessário, no Serviço Municipal (UBS - Unidade Básica de Saúde e UES - Unidade de Especializações) - Secretaria de Saúde /Prefeitura Municipal de São José dos Campos.

m) Programa de prevenção LER/DORT

São realizadas avaliações clínicas periódicas e orientações referentes às condições necessárias para um trabalho seguro e adequado às características pessoais de cada trabalhador.

Realização de reunião Bimestral de Biossegurança, visando melhora da análise, investigação e realização de medidas preventivas a serem adotadas pelos setores.

Este programa visa melhorar as condições de saúde dos colaboradores aumentando o bem estar físico e mental.

n) Readaptação funcional

Com o objetivo de melhorar as condições de saúde dos colaboradores, promovendo uma reabilitação funcional digna e eficaz, com o desenvolvimento de atividades produtivas de acordo com as limitações sofridas, a readaptação funcional é aplicada a todo colaborador que apresentar comprometimento parcial, permanente ou temporário de sua saúde, mediante solicitação da Previdência Social (Reabilitação), do seu médico assistente ou a critério do médico coordenador do PCMSO.

A readaptação será encaminhada a chefia imediata para adequação das funções e posteriormente para avaliação e aprovação do SESMT. Uma via do formulário ficará arquivada no prontuário do colaborador. O tempo da readaptação será avaliado e determinado a critério do médico coordenador do PCMSO, podendo ser revisado mediante consulta ocupacional com a apresentação de relatórios, exames e laudos médicos.

o) Programa Saúde Mental (Serviço de Psiquiatria e Psicologia)

Atendimento baseado nas atividades de prevenção e promoção a saúde mental que visa à humanização e promoção da integridade física, psíquica e social do colaborador.

Atendimento realizado em grupo por psicólogos em conjunto com o médico psiquiatra, com enfoque na crise do paciente. Após melhoria do quadro clínico, com consentimento, encaminha-se o paciente para atendimento externo na rede pública ou privada.

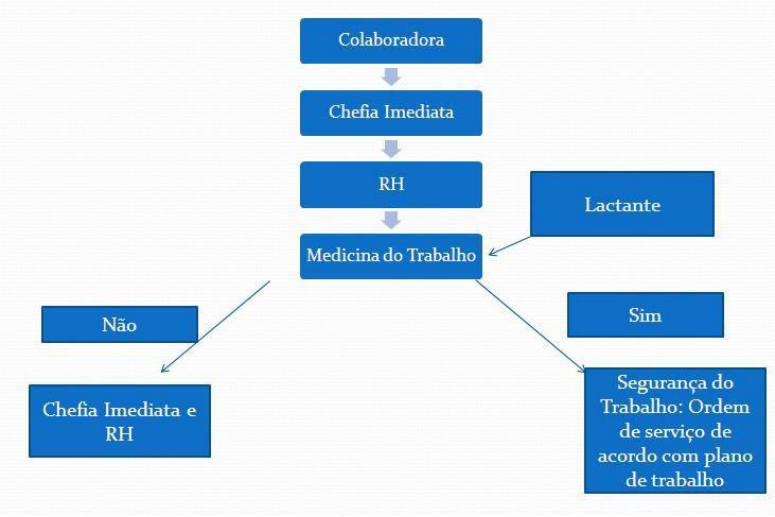
A reunião do grupo psicoterápico acontecerá semanalmente. A forma de inclusão do colaborador se dá por meio de encaminhamento direto pelo médico psiquiatra, médico do trabalho, clínica médica e gestores de área.

O término da participação do colaborador no grupo dará pela avaliação do(s) terapeutas e por solicitação do colaborador.

p) Programa Gestante/Lactante

O Programa de acompanhamento das profissionais gestantes/ lactantes visa atender ao dispositivo legal, lei n 13.287/2016, que estabelece que "as empregadas gestantes ou lactantes devem ficar afastadas de qualquer atividade, operações ou locais insalubres, devendo exercer suas atividades em locais salubres".

A colaboradora Gestante/ Lactante deverá seguir o fluxo abaixo:



O plano de trabalho deverá ser desenvolvido juntamente com a segurança do trabalho, respeitando o contexto da lei. Após passar por consulta, a Medicina do Trabalho emitirá as restrições laborativas para chefia imediata para adequação das funções e posteriormente para avaliação e aprovação do SESMT, e uma via do ASO temporário com ausência do risco. Uma via do formulário ficará arquivada no prontuário da colaboradora. A colaboradora será reavaliada ao término da gestação/ e ou lactação.

3.8.3 SEGURANÇA DO TRABALHO

Assim como a Medicina do Trabalho o dimensionamento da equipe que compõe a Segurança do Trabalho, também é prevista na Norma Regulamentadora N°4. O objetivo da Segurança do Trabalho é identificar, avaliar e controlar situações de risco, proporcionando um ambiente de trabalho mais seguro e saudável para os colaboradores.

Uma das principais ferramentas de identificação de riscos é o PPRA – Programa de Prevenção de Riscos Ambientais, definido legalmente na Norma Regulamentadora NR 9, que constam na Portaria n° 3214 de 08 de junho de 1978 do Ministério do Trabalho, além das demais NR´s e outras legislações especificas pertinentes á área de saúde do Trabalhador.

A Segurança do Trabalho tem como objetivo, preservar a saúde e segurança dos colaboradores, visando salvaguardar sua integridade física e garantir condições adequadas de trabalho, para que estas não prejudiquem os mesmos, consequentemente a assistência aos pacientes.

Para isso, deve atuar junto com a Medicina do Trabalho na promoção e implementação de programas de qualidade de vida, a prevenção de acidentes e doenças ocupacionais.

Entre as principais instruções técnicas da Segurança do Trabalho, estão:

- Assegurar o cumprimento das Legislações de Saúde e Segurança vigentes – Normas Regulamentadoras conforme Portaria 3214/MT – de 08/06/78.
- Elaborar e implantar o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA) de acordo com a NR32 – com revisão anual obrigatória.
- Elaborar e implantar o Programa de Proteção Radiológica (PPR).
- Acompanhar mensalmente os resultados do Controle de Dosimetria – individual de cada colaborador da Unidade de Radiologia.
- Organizar e acompanhar o processo eleitoral da CIPA (Comissão Interna de Prevenção de Acidentes).
- Promover a capacitação e treinamento dos Cipeiros;
- Apoiar a CIPA na promoção e organização da SIPAT (Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho).

- Elaborar os Mapas de Riscos da Instituição – revisão anual obrigatória pela Instituição, de acordo com a gestão da CIPA.
- Organizar e treinar a Brigada de Incêndio conforme legislação vigente.
- Prever e controlar os dispositivos necessários ao combate a incêndio como extintores, hidrantes, etc.
- Controlar as validades das Recargas e Testes Hidrostáticos dos Extintores.
- Realizar testes nas mangueiras hidrantes de acordo com cronograma definido.
- Garantir os padrões de potabilidade da água consumida na Instituição, elaborando e cumprindo os cronogramas de limpeza dos reservatórios e de análise fisico-química da água de acordo com Portaria MS 2914 (12/12/2011);
- Realizar contratação de Empresa especializada para realização de serviço de coleta e análise de efluentes, para atendimento aos parâmetros legais descritos no artigo 19A, baseado no Decreto 8468 de 08/09/1976 da Lei 997 de 03/05/1976.
- Emitir a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) em caso de Acidentes de Trabalho, atendendo o Art.22 Lei 8213 da Previdência Social.
- Registrar e analisar todos os acidentes de trabalho (típico, trajeto, biológico) e/ou doença ocupacional.
- Encaminhar à Delegacia Regional do Trabalho, até o dia 31 de janeiro de cada ano, um mapa contendo avaliação dos acidentes de trabalho, doenças ocupacionais e agentes insalubres, referentes ao ano anterior.
- Elaborar e implantar manuais com orientações de Biossegurança específicos às áreas.
- Elaborar e cumprir cronograma de treinamento, com orientações para prevenção de acidentes e doenças ocupacionais, incluindo o uso e conservação de EPI's. ergonomia, etc.
- Definir, validar e controlar os Equipamentos de Proteção Individual (EPI's) e Equipamentos de Proteção Coletiva (EPC's) utilizados na instituição.
- Controlar os Equipamentos e Proteção Individual (EPI's) – solicitar compra, controlar estoque/guardar e distribuir para os colaboradores.
- Controlar a validade dos CA's (Certificado de Aprovação) dos Equipamentos de Proteção Individual, mantendo os certificados disponíveis no setor.

- Elaborar e cumprir cronograma de visitas técnicas em todas as áreas da instituição.
- Dar orientações sobre segurança e acompanhar serviços terceiros quanto ao uso correto de EPI's e EPC's., acompanhando-os quando dentro da instituição.
- Definir e cumprir cronograma de reuniões.
- Registrar e manter atualizado o SESMT no Ministério do Trabalho e Emprego.
- Controlar os livros de registro dos vasos sob pressão – atendendo a NR 13.
- Controlar os produtos químicos utilizados na instituição, através das FISQPS - Ficha Individual de Segurança do Produto Químico.
- Dar parecer quanto à realização de obras e reformas em assuntos pertinentes a Segurança Ocupacional.
- Promover programa para capacitação dos trabalhadores para a realização de serviço em altura, conforme preconiza a NR 35.
- Elaborar a Permissão de Trabalho, em assuntos pertinentes à Segurança Ocupacional, autorizando a realização de obras e reformas.
- Controlar a vigência do Curso de NR 10, conforme determinado em Norma Regulamentadora Bienal.
- Realizar as inspeções e controlar os prontuários e livro de registro de segurança dos vasos sob pressão.
- Acompanhar e estabelecer 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 e indiretamente, interajam em instalações elétricas e serviços com eletricidade (NR10).
- É de responsabilidade da Segurança do Trabalho, providenciar e manter atualizada documentação obrigatória e legal da área.

Participam das seguintes comissões:

- Comissão da NR-32 (Segurança e Saúde no trabalho em serviços de saúde);
- Comissão Multidisciplinar PPRA-MP (Programa de Prevenção de Riscos de Acidentes com Materiais Perfurocortantes);
- Comissão de Gerenciamento de Resíduos – PGRSS;
- Comissão Interna de Prevenção de Acidente – CIPA;
- Comissão da Qualidade e Riscos.

Também, é de corresponsabilidade da Segurança do Trabalho a implementação da cultura e práticas de Biossegurança. A Biossegurança é um processo funcional e operacional de fundamental importância em serviços de saúde, não só por abordar medidas de Controle de Infecções para proteção da equipe de assistência e usuários em saúde, mas por ter um papel fundamental na promoção da consciência sanitária, na comunidade onde atua, da importância da preservação do meio ambiente na manipulação e no descarte de resíduos químicos, tóxicos e infectantes e da redução geral de riscos à saúde e acidentes ocupacionais.

Em todo procedimento há uma regra já definida no manual de normas, rotinas e procedimentos que será disponibilizado para em cada unidade/setor entre outras estão as, resoluções, normas ou instruções normativas regulamentares que subsidiam constantes fiscalizações para evidências do cumprimento das praticas e técnicas legais. A NR 32 é uma delas e por estar em uma lei (MTB 3214/78) deve ser cumprida por todos que exercem atividades em instituições de saúde.

O Manual de Biossegurança, objetiva a orientação aos profissionais visando à prevenção, controle e redução ou eliminação dos riscos próprios das atividades que possam comprometer a saúde dos profissionais. O Manual de Biossegurança é formatado com conteúdos específicos de cada área/função, garantindo assim, maior efetividade e aderência dos colaboradores quanto às condutas e orientações repassadas. e de toda área das Unidades.

A saúde é um direito de todos, e para garanti-la é necessário, entre outras coisas trabalhar em condições dignas e saudáveis e aí entram em cena os processos da qualidade, que devidamente aplicados podem contribuir muito para essa organização e disciplina, consequentemente, para a sua segurança no trabalho.

A prevenção ou redução do risco de desenvolver doenças por exposição pode e deve ser alcançada pelo uso de práticas seguras nas atividades que visam preservar a saúde e o meio ambiente. O propósito é proteger a saúde dos trabalhadores que atuam na área deste segmento, evitando que contraiam doenças de pacientes no local de trabalho ou materiais biológicos provenientes deles.

3.8.4 RECURSOS HUMANOS

Os Recursos Humanos é a área responsável por criar condições e ferramentas, para que o colaborador se desenvolva e permaneça motivado e possui um importante papel no clima da organização.

Tem em suas instruções técnicas os principais aspectos:

- Assegurar os recursos humanos necessários à instituição, alinhando as competências organizacionais com as competências pessoais de acordo com cada cargo, por meio da busca constante por novos talentos, priorizando o recrutamento interno como forma de valorizar, motivar, desenvolver e oferecer oportunidade de crescimento aos nossos colaboradores.
- Implementar programas de treinamento, capacitação ou quaisquer outros que se alinhem às competências essenciais definidas pela organização para cada cargo, ou que proponham a resolver os problemas estruturais ou conjunturais, consolidando as necessidades identificadas dos vários segmentos, preconizando a qualidade nos serviços.
- Garantir o equilíbrio interno e externo dos cargos, por meio de um sistema de avaliação de cargos que contemple a diversidade e complexidade das atribuições.

Institucionalmente a área é composta pelos Núcleos de Recrutamento e Seleção, Núcleo de Cargos e Salários, Núcleo de Capacitação e Desenvolvimento e Núcleo de Ações Sociais.

Para o gerenciamento dos processos, conta com um sistema de Gestão de Pessoas, integrado a Administração de Pessoal. Dentre a atuação sistêmica, merece destaque a busca permanente para o adequado dimensionamento e composição da força de trabalho instalada segundo critérios técnicos e legais; aprendizado compartilhado e desenvolvimento; busca de clima organizacional e apoio e benefícios.

3.8.4.1 RECRUTAMENTO E SELEÇÃO

O Núcleo de Recrutamento e Seleção tem o papel de identificar profissionais capacitados a desenvolver as atividades na organização conforme descrições de cargo e seus

requisitos mínimos de contratação, utilizando modernas técnicas de seleção como, por exemplo, a entrevista e seleção por competência, que avalia não só o conhecimento e as habilidades, mas também as características comportamentais (atitudes) essenciais para desenvolver com a máxima eficiência as atividades descritas.

As competências avaliadas no processo de seleção e informadas nas descrições de cargos estão associadas às competências organizacionais que são fundamentais para a estratégia da Instituição.

O processo de seleção passa por etapas eliminatórias e classificatórias, avaliando questões técnicas e comportamentais dos candidatos, conforme segue:

- Análise Curricular;
- Avaliação Técnica;
- Avaliação Comportamental;
- Avaliação do Solicitante;
- Avaliação Clínica e Física.

Importante ressaltar que a SPDM possui critérios técnicos para seleção da equipe visando o bom desempenho das funções que são direta e indiretamente relacionadas à assistência do paciente.

A política de gestão de pessoas orienta a contratação de profissionais que conseguiram demonstrar na avaliação técnica o conhecimento e habilidades necessárias para função, garantindo um padrão mínimo de qualidade dos profissionais que ingressam na instituição, beneficiando a segurança do paciente.

O processo de Recrutamento e Seleção, sempre que possível, prioriza a seleção interna, gerando oportunidades de crescimento e desenvolvimento na organização, tendo como premissa a transparência e impessoalidade.

4.8.4.2 CARGOS E SALÁRIOS

O Núcleo de Cargos e Salários zela pela política salarial institucional que tem como premissa o equilíbrio interno e externo dos salários na organização, paralelamente, controla o quadro de profissionais aprovados nas unidades.

É de responsabilidade do núcleo de Cargos e Salários, a manutenção das descrições de cargos, acompanhamento das convenções coletivas e pesquisas salariais.

O equilíbrio interno é conseguido pela correta relação entre salário, responsabilidades, produtividade, conhecimento e capacidade.

As Instituições Afiliadas SPDM zela por manter o equilíbrio salarial com organizações que possuem atividades similares e tem como estratégia se posicionar com a média dos salários praticados na região e no mercado de trabalho das instituições de serviços da saúde, utilizando como uma das ferramentas a pesquisa salarial.

A política salarial das Instituições Afiliadas SPDM possibilita a criação de remunerações diferentes para uma mesma função, desde que as atividades e responsabilidades sejam distintas.

Ainda, é de responsabilidade do Núcleo de Cargos e Salários o controle do quadro de lotação, isto é, um controle via sistema que acompanha o quadro de colaboradores autorizados e efetivos para cada unidade, apoiando o controle orçamentário e minimizando os riscos de dolo à instituição.

3.8.4.3 DESENVOLVIMENTO E CAPACITAÇÃO

O Núcleo de Desenvolvimento e Capacitação normatiza as ações e centraliza as informações de treinamentos nas unidades. Além disso, apoia no desenvolvimento e realização de treinamentos técnicos e comportamentais de diversos temas e públicos-alvo de acordo com a necessidade de cada unidade, contribuindo para uma força de trabalho preparada e motivada.

Capacitação

Como destaque, a Gestão de Pessoas propõe Programa de Bolsas de Estudos para Graduação e Especialização (PROBOLES), um programa de bolsa de estudos com objetivo de oferecer ao colaborador a oportunidade de estudar, compreende cursos de capacitação, escolas 1º e 2º graus, cursos técnicos, faculdades e cursos de especialização. A implantação do PROBOLES é facultada ao Diretor Técnico em comum acordo com a comissão formada para este fim, em consonância com o orçamento da unidade.

Importante salientar que, em conformidade com seu planejamento estratégico, as Instituições Afiliadas SPDM tem como foco a capacitação de todos os seus profissionais em treinamentos com foco na segurança do paciente, inclusive os colaboradores das áreas administrativas.

Promove pesquisa no ato do desligamento para avaliar os principais motivos que motivaram a saída do profissional e a percepção do colaborador do processo do desligamento.

Tem, também, a premissa de promover o acolhimento do colaborador no ambiente de trabalho, com a realização da integração institucional no primeiro dia de trabalho do colaborador, apresentando a Instituição, a Unidade, a cultura organizacional, os benefícios, os direitos e deveres do colaborador.

Algumas áreas como a enfermagem e a farmácia, contam com um processo de integração estendido que visa a realização de um ciclo de capacitação nos processos e fluxos da organização, em continuidade à integração da admissão. Durante este período, o gestor da unidade realiza treinamentos teóricos e práticos que objetivam garantir que o profissional conheça e vivencie a rotina de trabalho, as normas e regras da instituição e, também, que este profissional esteja integrado ao fluxo de trabalho da sua unidade em prol da segurança do paciente.

Em complemento e como diferencial, a Unidade de Gestão de Pessoas, também, propõe a implantação do Projeto Padrinho que visa integrar socialmente os novos colaboradores, propiciando rapidamente a inserção na cultura institucional.

Desenvolvimento

O núcleo tem entre suas atribuições, zelar e difundir as competências consideradas institucionais são elas:

- Curiosidade e espírito de pesquisa;
- Desenvolver, aplicar e difundir conhecimento;
- Liderança e coaching;
- Trabalho em equipe;
- Visão sistêmica;
- Comunicação;

- Relacionamento interpessoal;
- Negociação;
- Foco no resultado;
- Flexibilidade e adaptalidade;
- Criatividade e inovação;
- Empreendedorismo;
- Foco no cliente;
- Compliance.

Avalia os colaboradores conforme as competências institucionais e promove o "feedback" entre líderes e liderados.

Realiza anualmente a avaliação do clima organizacional, através de pesquisa que é mapeia os principais pontos que podem interferir na satisfação e desempenho do colaborador na instituição.

Avaliação de Desempenho

O Núcleo de Treinamento e Desenvolvimento tem a função de capacitar e desenvolver os colaboradores sempre com foco nas competências necessárias para o melhor desempenho de suas atividades, assim como possibilitar seu crescimento na instituição.

Através da ferramenta de Avaliação de Desempenho, é possível avaliar o nível apresentado pelos colaboradores em cada uma das competências institucionais, possibilitando a partir daí, a identificação dos gap's existentes e realizar o planejamento dos treinamentos necessários.

A Avaliação de Desempenho é aplicada anualmente, e após a mensuração dos resultados, é realizado o "feedback" entre líderes e liderados e a elaboração do Plano de Desenvolvimento Individual (PDI), com o intuito de existir um alinhamento entre o colaborador e gestor sobre as possíveis ações para seu desenvolvimento.

Pesquisa de Clima Organizacional

Anualmente é realizada a Pesquisa de Clima Organizacional, que mapeia os principais pontos que podem interferir na satisfação e desempenho do colaborador na instituição. Além

disso, essa ferramenta permite avaliar a percepção dos colaboradores sobre as políticas, práticas e procedimentos da instituição, possibilita ainda a utilização do conhecimento tácito dos colaboradores para a resolução dos problemas com os quais os mesmos lidam diariamente. Outro objetivo de grande relevância é criar um canal de comunicação onde os colaboradores possam manifestar livremente sua opinião, garantido o sigilo. A pesquisa, portanto, possibilita que a organização avalie seu momento atual e planeje ações, em um processo de melhoria contínua.

Capacitação com Foco na Segurança do Paciente

Conforme o Planejamento Estratégico Institucional da SPDM – Instituições Afiliadas, há como prioridade a segurança dos pacientes e usuários. Por isso, anualmente, é desenvolvida uma programação de treinamentos com foco na segurança dos pacientes/usuários, definindo carga horária mínima anual como meta para cada um de seus colaboradores. Assim, podemos atuar de forma preventiva com o objetivo de minimizar ou evitar riscos que envolvam a segurança do paciente/usuário.

3.8.4.4 PROGRAMA DE OPINIÃO PARTICIPATIVA

A SPDM possui implantado em todas as unidades sob sua gestão o P.O.P. – Programa de Opinião Participativa. Consiste em um canal direto de comunicação entre o colaborador e a Superintendência das Instituições Afiliadas. O objetivo é receber informações dos colaboradores como sugestões, críticas, opiniões e elogios. A direção das unidades tem como meta responder a todos os apontamentos do POP, podendo ser divulgado através de: murais, banners, folders, intranet etc.

3.8.4.5 AÇÕES SOCIAIS

O Núcleo de Ações Sociais é responsável por zelar do bem-estar dos colaboradores e promover ações de integração e solidariedade.

Desencadeia campanhas institucionais que estimulam o voluntariado e acompanha os colaboradores que se encontram afastados com o objetivo de orientá-los, monitorando o período de afastamento do profissional para dar suporte e subsídios necessários neste processo de adaptação.

Humanização

A saúde (bem estar biopsicossocial) do colaborador é de fundamental importância para a humanização no atendimento de outros e por sua vez, ações que envolvam este bem estar do colaborador, também são ações de humanização.

Tendo em vista tais necessidades, nas Instituições Afiliados da SPDM estão implantadas ações

como:

- Palestras sobre saúde;
- Ambiência;
- Ações de motivação: palestras, dinâmicas, cartão de aniversário, ações de reconhecimento;
- Promoção da saúde: Projeto Viver Bem, dentre outros;
- Comemoração de datas especiais: aniversariantes do mês, Natal, Páscoa, Dia das Crianças, dentre outros.

Programa de inclusão de pessoas com deficiência

Tem como objetivo promover a diversidade corporativa e a inclusão social, por meio de incentivo à contratação de pessoas com deficiências e recolocação de colaboradores reabilitados após aquisição de doenças ocupacionais;

Compromisso:

Atingir a cota de 5% do total de colaboradores, conforme Lei nº7853, decreto 3298.

A SPDM entende que este programa se reveste de cunho cidadão e que as empresas devem afastar o assistencialismo preconceituoso.

Não basta que o setor de gestão de Pessoas faça o recrutamento e seleção, treinamento e integração do indivíduo com capacidade profissional para função específica a ser exercida na organização. É preciso flexibilizar os perfis definidos para as vagas, entender e avaliar o colaborador PCD somente por suas qualificações profissionais.

Desta forma, um círculo virtuoso de interesses profissionais se estabelece, a empresa com possibilidades de absorver mão de obra com qualificação, que atenda os pré-requisitos da

vaga e um colaborador PCD com atribuições técnicas e profissionais preparado para ocupar a função.

Os objetivos e estatutos legais trazem oportunidades de exercício da responsabilidade social, no sentido de implementar o programa lastreado nos conceitos de cidadania, não só para cumprir a lei ou de marketing social como forma de obter lucro de imagem.

Interessa desenvolver no PCD a capacidade para o trabalho e não quais são suas deficiências. Neste sentido tem relevância as seguintes posturas:

- Definir política, normas e regulamentos, que devam ser disseminados pela instituição;
- As formas de tratamento das pessoas com deficiência devem ser divulgadas e discutidas junto a todos os colaboradores;
- Implantar medidas de segurança que podem beneficiar a todos os colaboradores;
- Definir e flexibilizar os critérios de ingresso do colaborador PCD, como por exemplo, escolaridade;
- Institucionalizar a cultura de respeito e os conhecimentos em relação aos PCD, para que não fiquem restritos a algumas pessoas ou chefias;
- Desenvolver Plano Diretor para acessibilidade, com investimentos voltados para construção de rampas, elevadores sonoros, banheiros e outras adaptações necessárias;
- A instituição terá estratégias para integração, sensibilização, comunicação, divulgação e capacitação das pessoas com deficiências;
- Promover a inclusão social sensibilizando os colaboradores, informado adequadamente, criando valor na aceitação da diversidade humana e efetuando mudanças fundamentais na prática administrativa.

Importante ressaltar que existe multa estabelecida para o não cumprimento da meta que é calculada no número de colaboradores PCDs não contratados.

A SPDM conforme apresentado, não medirá esforços para o cumprimento integral da meta, eventual valor de multa não foi previsto na proposta financeira apresentada.

3.8.5 ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAL

A Administração de Pessoal é a área responsável, sobretudo, por zelar pelo cumprimento das obrigações legais e acessórias que permeiam a relação entre empregado e empregador. Composta pelos Núcleos de Ponto, de Folha de Pagamentos, de Prevenção Processual e Auditoria de Processos e Salvaguarda de documentos.

Tem atuação como executora de processos, ou seja, efetua os lançamentos nos sistemas de folha e cadastro de funcionários, desde que previamente aprovados pelos gestores competentes, dentro dos fluxos pré-estabelecidos, no cronograma anual previamente acordado e dentro dos preceitos legais vigentes.

Busca constante assertividade dos processos para garantir que tanto os colaboradores, quanto a instituição não sofram nenhum tipo de penalidade por imperícia da área para que os índices sejam sempre tendentes à zero.

Visa à confiabilidade dos colaboradores frente aos processos, para que haja um respaldo dos mesmos, cientes do comprometimento do setor frente às atividades diárias. Vale ressaltar que há o interfaceamento da área com a tesouraria e contabilidade sendo estas unidades a primeira linha de auditoria dos processos e pagamentos, efetuando checagens dos procedimentos legais e financeiros.

Também, há o interfaceamento jurídico e sindical, que garante a neutralização e/ou redução de passivos trabalhistas que acarretam custos desnecessários à instituição.

A área de Administração de Pessoal é responsável pela auditoria dos procedimentos executados pelos gestores, garantindo que os fluxos, cronogramas e legislação sejam cumpridos fielmente.

Para o gerenciamento dos processos, conta com um sistema informatizado, integrado a Administração de Pessoal e Recursos Humanos.

As atividades inerentes da Administração de Pessoal são formadas por diversas rotinas diárias de trabalho, sempre pautadas nas legislações vigentes, sobretudo a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), bem como acordos e convenções coletivas de trabalho, detalhando e destacando-se as seguintes instruções técnicas:

- Responsável pelo procedimento de admissão de colaborador, processo este que se formaliza com o início do contrato de trabalho, ocorrendo, assim, à oficialização da relação de emprego firmada entre as partes. Para tanto se faz necessário o recebimento e conferência de toda a documentação exigida pela instituição no processo seletivo e contratação e posterior registro do colaborador no sistema de folha de pagamento.
- Documentos pessoais, atestado de Saúde Ocupacional apto ao trabalho, abertura de conta corrente, registro da carteira de trabalho, contrato de trabalho e da ficha de registro do empregado, declaração de dependentes para fins de imposto de renda, declaração para concessão do vale transporte, termo de responsabilidade para concessão do salário família;
- Organizar, atualizar e realizar a salvaguarda do prontuário dos colaboradores, conforme evolução da vida funcional dos mesmos;
- Manter atualizado os registros na Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS), convocando e comunicando os colaboradores desta necessidade;
- Responsável pelo controle na concessão do vale transporte, desde que comprovada sua utilização e informado ao empregador, por escrito, através de formulário devidamente preenchido;
- Responsável pelo cadastro da jornada de trabalho no sistema e processamento do controle de registro de frequência em folha de pagamento, ressaltando a necessidade de que o horário de trabalho estabelecido contratualmente seja cumprido rigorosamente por todos os colaboradores, para efetivo cumprimento de sua jornada de trabalho.
- O registro de frequência é efetuado através sistema biométrico de ponto, conforme Portaria nº 1.510, de 21 de agosto de 2009, previsto no artigo 74, parágrafo 2º da CLT, impossibilitando desta forma a ocorrência de fraude nas marcações de ponto. Os registros são ponto de partida para processamento de atrasos, faltas, ausências legais, ausências justificadas, ausências injustificadas e banco de horas, conforme legislação vigente;
- Responsável pelo processamento das férias, desde o controle do período aquisitivo e emissão da programação, aviso e recibo de pagamento;

- Tem a responsabilidade de acompanhamento e controle nos procedimentos de licenças (tratamento de saúde, remuneradas e sem remuneração) e afastamentos;
- A Administração de Pessoal é responsável pelo processamento de rescisão, a qual configura o término de contrato e desligamento do colaborador da Instituição. Neste processo ocorre a comunicação da rescisão de contrato de trabalho, aviso prévio, homologação com assistência do sindicato ou Ministério do Trabalho e o cumprimento do prazo para a quitação das verbas rescisórias;
- Responsável pelo processo de pagamento e contabilização dos valores que os colaboradores têm direito a receber e os respectivos descontos que ele pode sofrer em decorrência do cumprimento do seu contrato de trabalho. A unidade trabalha para realizar os cálculos de maneira precisa, fidedigna e com segurança, garantindo o cumprimento das obrigações legais e acessórias. O processo inclui os lançamentos de créditos/proventos e respectivos descontos, além do recolhimento das obrigações legais e tributárias como impostos, fundo de garantia por tempo de serviço, além das obrigações acessórias como transmissão do CAGED, SEFIP, RAIS entre outras, e efetivo pagamento do salário ocorre no 5º dia útil de cada mês;
- Responsável pelo cadastramento, atualização e exclusão das informações dos colaboradores no CNES (Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde);
- A distribuição do vale cestas básicas/vale alimentação aos colaboradores também é de responsabilidade da Administração de Pessoal;
- Em caso recebimento pela Instituição de notificação judicial trabalhista, a unidade de Administração de Pessoal é responsável por acompanhar todas as etapas do processo até que seja julgado definitivamente, com o respectivo trânsito em julgado da sentença e, consequente, arquivamento. É de responsabilidade também a elaboração de ações preventivas e corretivas, após análise do processo;
- Responsável pelo cadastrado do colaborador em uma Apólice Coletiva de Seguro de Vida em Grupo, onde serão cobertos: morte natural e acidente, invalidez permanente total ou parcial por acidentes e os beneficiários serão automaticamente os dependentes legais, sendo este benefício da instituição.

Os processos supramencionados serão mensurados através de indicadores de qualidade com base nas informações geradas pelos sistemas de gerenciamento de folha e ponto eletrônico. Com a consolidação dos mesmos apresentam-se as necessidades de acompanhamento e orientação, sendo que de acordo com as variações existentes serão geradas reuniões com os gestores das unidades.

São indicadores obtidos:

- Número de Colaboradores (Total, Médicos, Enfermagem, Técnicos, Administrativos);
- Custos de Folha (bruto, líquido, sindicato, médicos, enfermagem, técnicos, administrativos, entre outros);
- Absenteísmo/Rotatividade;
- Custos de férias, rescisão e passivos trabalhistas.

3.8.6 POLÍTICA INSTITUCINAL PARA GESTÃO DE PESSOAS

Movimentação de Pessoal

Toda movimentação de pessoal deverá ser registrada através do formulário Movimentação de Pessoal (MP), emitido pelo setor responsável pela movimentação e aprovada de acordo com os critérios estabelecidos pela Unidade de Gestão de Pessoas, para cada uma das movimentações.

Transferências entre unidades SPDM

A transferência é permitida entre unidades da SPDM e deverá ser realizada obedecendo aos critérios estabelecidos em fluxo para esse fim, devendo constar, dentre outros critérios:

- Abertura de vaga;
- Aprovação da gerência responsável e diretor técnico local (origem/destino);
- Anuência do colaborador.
- O colaborador a ser transferido não poderá estar em período de férias, licenças médicas ou afastamentos.

Dentre outros fatores que podem desencadear transferências entre as unidades geridas pela SPDM, destacam-se:

- Experiência e conhecimento do colaborador no modelo de gestão SPDM em uma nova Unidade de Saúde ou Serviço;
- Acelerar o aprendizado e desenvolvimento de novos colaboradores.

Promoções

As promoções no próprio setor, entre setores ou entre unidades deverá ser intermediada pela Unidade de Gestão de Pessoas, dentro dos critérios estabelecidos no fluxo para este fim, desde que atenda as especificações que constam do plano de cargos e perfil do candidato para a vaga destinada, devendo ainda constar de abertura de vaga, aprovação do gestor da área de origem, da gerência responsável e diretoria técnica de origem e das unidades afiliadas, sendo imprescindível que haja a anuência do colaborador.

Em ambos os casos, deverá ser utilizado o formulário de movimentação de pessoal onde constarão, além das assinaturas comprovando a aprovação dos gestores e da Unidade de Gestão de Pessoas, as condições em que acontecerá a ação, incluindo os benefícios.

São elegíveis à promoção todos os colaboradores ativos que preencham os pré-requisitos para o cargo e que:

- Apresentam desempenho adequado e potencial para ocupar um cargo superior ao atual, apurado através de algum sistema formal de Avaliação de Desempenho;
- Não possuam faltas injustificadas, nos últimos 12 meses;
- Não tenham recebido medidas disciplinares, nos últimos 12 meses;
- Deverá ocupar a vaga, o colaborador melhor avaliado no processo seletivo.

Aumento de Quadro

Aumento de quadro: a aprovação da nova vaga ou aumento de quadro deverá ser feita pelo Diretor Técnico, mediante apresentação de documento com a justificativa da abertura da vaga.

Substituição Temporária

A aprovação da vaga de substituição deverá ser feita pela Gerência responsável e Diretor Técnico local e encaminhada para a Unidade de Gestão de Pessoas, seguindo fluxo adotado para esse fim.

No caso de contratação temporária para cobrir férias ou licença, a aprovação da vaga deverá ser feita pela Gerência Responsável e Diretor Técnico.

O formulário depois de aprovado deverá ser diretamente enviado a Unidade de Gestão de Pessoas responsável pelo Recrutamento e Seleção.

Faz-se necessário programar a substituição com 30 (trinta) dias de antecedência ao afastamento do colaborador, a contratação do substituto deverá coincidir com a data do afastamento e a data do desligamento do substituto deverá coincidir com o retorno do colaborador afastado, em nenhuma hipótese serão mantidos os dois colaboradores concomitante.

Recrutamento Interno

As vagas internas terão ampla e irrestrita divulgação em todas as Instituições da SPDM e serão divulgadas nos quadros de avisos existentes e em locais estratégicos, permanecendo durante sete dias, a vaga existente e os requisitos necessários para o seu preenchimento.

Os colaboradores que candidatarem à vaga, pode participar do processo de seleção, desde que atendam os requisitos da vaga. Sua possível aprovação e remanejamento serão analisados pela chefia imediata e pelo setor de Recrutamento e Seleção.

Serão requisitos mínimos para concorrer às vagas internas:

- Possuir escolaridade compatível ao cargo;
- Possuir cursos de especialização para os cargos que demandem obrigatoriedade;
- Possuir conhecimento técnico necessário para o desempenho das funções;
- Possuir o perfil comportamental desejado;
- Possuir as competências necessárias para o desempenho das funções;
- Não ter advertência;
- Não ter falta injustificada;
- Estar liberado pelo gestor responsável para participar do processo;

- Ser aprovado nos testes técnicos quando aplicáveis;
- Ser aprovado nas avaliações comportamentais e de competência;
- Ser autorizado pelo Diretor da unidade local e gerente da área;
- Não possuir férias vencidas;
- Não possuir horas excedentes.

Caberá à área de Recrutamento e Seleção verificar as referências pessoais e profissionais.

Admissão de parentes

Poderá ser efetuada, desde que não exista relação de subordinação direta, e que o candidato tenha passado por toda etapa de seleção.

Admissão

Toda contratação deve ser formalizada com a assinatura de contrato de trabalho, com período de experiência definido em dois períodos de 45 dias, que permite ao gestor avaliar a adequação do empregado, quanto ao perfil e desempenho profissional e aprovar a continuidade ou não do contrato. No caso de inadequação do empregado, ele será substituído no final deste período, evitando-se o pagamento das verbas rescisórias integrais.

3.8.6.1 EDUCAÇÃO CONTINUADA PARA CORPO DE ENFERMAGEM

Integração e Capacitação

Para capacitar e implantar o Modelo Assistencial será realizado treinamento específico para os enfermeiros, fundamentado na prática baseada em evidências científicas.

A capacitação da equipe de enfermagem será realizada adotando estratégias ativas de ensino, não descartando uso de recursos do ensino tradicional quando se fizerem necessários.

As estratégias de ensino contemplarão:

1. Aulas expositivas;
2. Treinamentos participativos;
3. Aulas práticas de simulação em manequim;
4. Simulações realísticas;
5. Casos situacionais;

6. Leitura compartilhada de materiais institucionais, como os manuais de normas, rotinas e procedimentos de enfermagem;
7. Vídeos educativos;
8. Discussão de textos;
9. Dinâmicas;
10. Ensino a distância por meio da plataforma educacional Moodle©.

O Treinamento Admissional na integração é realizado pela enfermeira da Educação Continuada ou profissional de enfermagem responsável por este processo e junto a equipe multiprofissional.

Os novos colaboradores da enfermagem passam por um processo de integração na instituição com a finalidade de direcionar o potencial do colaborador, seu comportamento, atitudes e habilidades à política Institucional e preceitos do Modelo Assistencial. Ainda, é esperado o nivelamento do conhecimento técnico dos profissionais, familiarização com as normas, rotinas, procedimentos, protocolos institucionais e integração dos novos profissionais em suas funções, favorecendo o alcance das metas, mantendo a qualidade dos serviços prestados e a segurança dos pacientes e dos colaboradores.

1ª Fase

Objetivo: o novo colaborador deverá, ao final de uma semana, conhecer o Modelo Assistencial, Técnicas Básicas de Enfermagem mais utilizadas, Manuais de Procedimentos e se integrar com equipe Multidisciplinar.

Com carga horária de 30 horas de treinamento com a equipe de enfermagem e multiprofissional na sala de treinamento da unidade, adota cronograma específico ao perfil epidemiológico e processos da unidade, contudo sempre contemplará os procedimentos assistenciais mais frequentes, a saber:

1. Curativos Gerais e específicos;
2. Parada Cardiorrespiratória (PCR): atendimento primário e secundário;
3. Processo de Medicação Segura;
4. Sondagem Nasogástrica/Nasoenteral;
5. Sondagem Vesical de Alívio/Demora;
6. Coleta de Exames laboratoriais rotina/especiais;
7. Contenção verbal e física, manejo em situação de violência;

8. Aspiração de vias aéreas superiores e auxílio na intubação orotraqueal;
9. Manipulação de dispositivos de segurança;
10. Lavagem das mãos.

Os enfermeiros aprendem sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem, prevenção/barreiras dos riscos e perigos, gerenciamento da Unidade de Negócio, protocolos de doenças prevalentes, suicídio, fuga, auto/heteroagressividade, contenção mecânica, metas e resultados esperados, indicadores da qualidade da assistência, de desempenho e processos, classificação do grau de complexidade de cuidados e dimensionamento de enfermagem.

Ocorre, ainda, interação com a equipe do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho, sobre acidentes de trabalho, fluxo destes eventos e noções de segurança no ambiente ambulatorial.

Com a equipe do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) a qual realizada orientações sobre resíduo hospitalar, lixo comum e infectante, sua segregação, manutenção e efeitos sobre o meio ambiente.

2ª Fase

Objetivo: o novo colaborador dará continuidade na aprendizagem sobre os procedimentos essenciais e manuseio adequado dos equipamentos existentes na unidade.

Esta fase contempla carga horária de 36 horas de capacitação in loco, realizado por um enfermeiro responsável que acompanha, auxilia, treina e supervisiona os novos colaboradores, compreende a segunda semana de capacitação.

3ª Fase

Objetivo: o novo colaborador deverá conhecer os protocolos gerenciados pela Instituição, fluxo de acidente de trabalho, prevenção de infecção hospitalar e prevenção e segurança do cliente e colaborador na terceira semana de capacitação.

Esta fase contempla carga horária de 36 horas de capacitação in loco, aonde o colaborador receberá informações sobre os protocolos assistências institucionais para prevenção de eventos, como erros de medicação.

O Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) os capacita quanto a técnica de higienização das mãos, tipos de precauções e seus cuidados, ainda junto ao enfermeiro da Educação Continuada ou outro responsável por este processo.

4ª Fase

Objetivo: o novo colaborador deverá conhecer as boas práticas da coleta de exames laboratoriais ao término da quarta semana.

Esta fase contempla carga horária de 36 horas de capacitação in loco, quando serão apresentadas boas práticas na coleta e manuseio de exames laboratoriais e no Serviço Apoio de Diagnóstico e Terapia (SADT), ainda junto ao enfermeiro da Educação Continuada ou outro responsável por este processo.

Treinamentos

O cronograma de treinamento é flexível e deve ser programado mediante a necessidade de intervenção pontual ou de forma sistemática.

Treinamentos Pontuais

Inúmeras são as possibilidades para escolha dos treinamentos pontuais temáticas para os treinamentos, estas abrangem desde a ocorrência de eventos e não conformidades ao treinamento de boas práticas e orientação sobre um novo equipamento.

O levantamento de necessidades para os treinamentos utiliza de ferramentas, como:

1. Procedimentos Técnicos: padronizados pela Divisão de Enfermagem por meio do Manual de Procedimentos Técnicos de Enfermagem.

2. Busca Ativa de Auditoria de Processos: esta ferramenta determina ações imediatas, durante a visita que o Enfermeiro da Educação Continuada faz nas Unidades Assistenciais.

Esta visita é focada na conformidade do processo de medicação. A Auditoria de Processos é realizada quando ocorre quebra de um processo e cabe ao Enfermeiro da Educação Continuada ou equivalente a realizar e identificar os pontos de conformidade mínima e corrigi-los, atuando de maneira pontual e precisa.

3. Doenças Prevalentes e Protocolos Institucionais: os enfermeiros da Educação Continuada ou equivalente formulam um programa de capacitação anual focado nas patologias das linhas de cuidados. Os temas são escolhidos por meio de análise do número de atendimento das doenças, de comorbidades, doenças de maior prevalência entre outros aspectos. A capacitação ocorre em parceria com a equipe médica, que apresenta a fisiopatologia e os enfermeiros apresentam os cuidados de enfermagem, geralmente em forma de "cases" onde são discutidas a efetividade da assistência.

4. Eventos Sentinelas e Ocorrências de Enfermagem: os enfermeiros e a equipe de enfermagem são capacitados para a notificação de Eventos Sentinelas ou Ocorrências Adversas de Enfermagem, que ocorrem na sua Unidade. Sendo os eventos temática para os treinamentos pontuais.

Treinamentos Sistemáticos

Nos Treinamentos Sistemáticos são padronizadas as condutas a serem tomadas diante das doenças prevalentes bem como a padronização de protocolos clínicos.

Constituem aqueles necessários para manter a qualidade da assistência prestada. São realizados de forma cíclica, isto é, realizados pelo Enfermeiro da Educação Continuada, mensalmente, trimestralmente, semestralmente ou anualmente, conforme a necessidade verificada pelo gestor da Unidade. Neste bloco de treinamentos inclui-se os de higienização das mãos, protocolos de prevenção de eventos, drogas de alto alerta, manuseio de equipamentos, atendimento primário a ressuscitação cardiorrespiratória, linha de cuidados, referência e contrarreferência.

Campo de Estágio para Enfermagem

Destaque: A SPDM entende que o Modelo Assistencial deve estar fundamentado no desenvolvimento de pessoas, que impactam diretamente no resultado assistencial.

Dessa forma, as Instituições Afiliadas têm cada vez mais interesse em firmar acordos de cooperação com Instituições de Ensino para abertura de campos de estágios nas unidades, assim podemos contribuir para a formação de profissionais, tanto na graduação como profissionais de nível técnico

Para este acordo as Instituições de Ensino devem apresentar uma série de documentos, como exemplo: autorização de funcionamento da escola pela secretaria regional de ensino;

apólice de seguro; certificado de registro da empresa no COREN; cópia do COREN dos professores supervisores de estágio.

Desenvolvimento para os Profissionais Assistenciais

As unidades, regularmente, promovem cursos de capacitação e aperfeiçoamento, com equipe própria de instrutores e/ou de outras instituições afiliadas , abrangendo os profissionais que atuam nas demais unidades de saúde do munícipio, para garantia da continuidade da assistência, com itens de segurança do paciente e humanização no atendimento.

No início das atividades todos os profissionais do Hospital Municipal Dr. José de Carvalho Florence, são capacitados para seguimento dos principais protocolos de prevenção já instituídos e implantados nas Unidades Afiliadas da SPDM:

<u>Práticas Organizacionais Requeridas</u>

1. Identificação do Paciente;
2. Reconciliação Medicamentosa: admissão, transferência e alta;
3. Controle de eletrólitos concentrados;
4. Controle no uso dos Narcóticos;
5. Práticas de Segurança na utilização de medicação;
6. Padronização de medicamentos;
7. Treinamento em segurança do paciente;
8. Higiene das Mãos;
9. Informação na transferência;
10. Cirurgia Segura;
11. Antibiótico profilaxia.

<u>Protocolos de Prevenção</u>

1. Prevenção de queda;
2. Prevenção de ulcera por pressão;
3. Prevenção de flebite;
4. Prevenção de broncoaspiração;
5. Prevenção de Pneumonia relacionada à Ventilação Mecânica;
6. Prevenção de Infecção de corrente sanguínea relacionada ao uso de cateter central;
7. Prevenção de Infecção urinária relacionada à sonda vesical de demora.

Além da capacitação quanto às Práticas Organizacionais e Protocolos de Prevenção, realiza-se treinamentos específicos diretamente relacionados às diretrizes clínicas e protocolos multiprofissionais conforme perfil epidemiológico.

São os Protocolos Clínicos propostos, de acordo com o perfil das Unidades:

1. Protocolo de Sepse
2. Protocolo de Dor Torácica;
3. Protocolo de AVE (Acidente Vascular Encefálico)
4. Prevenção de Trombose Venosa Profunda
5. Protocolo do Trauma Crânio-Encefálico

Considerando as especificidades e complexidade de cada um dos programas relacionados aos protocolos, os cursos de capacitação são ministrados por equipes especializadas, cujo valor não está mencionado nesta proposta. Programas de Capacitação:

Curso de ATLS – Atendimento de Emergência ao Politraumatizado

Tem como objetivo orientar equipe clínica que atua nos serviços de emergência na avaliação inicial, no controle e no atendimento do paciente traumatizado. O ATLS fornece métodos seguros e confiáveis para o tratamento do paciente traumatizado e conhecimento básico necessário para tal.

Curso de ACLS – Atendimento às Emergências Cardiológicas

Tem como objetivo protocolizar o atendimento em caso de parada cardiorrespiratória para equipe clínica que atua nos serviços de emergência.

PALS – Suporte Avançado de Vida em Pediatria

O objetivo do curso PALS é auxiliar o profissional médico e de enfermagem a desenvolver conhecimentos e habilidades necessárias para gerenciar de modo eficaz ações de urgência em recém-nascidos e crianças vítimas de trauma ou de situações agudas, obtendo resultados satisfatórios.

Em especial, o corpo de Enfermagem, submete-se a treinamentos periódicos de:

TLS for Nurses – Trauma Life Support Courses for Nurses

Curso para enfermeiros, oferecendo informações apropriadas para habilitá-lo a prestar uma assistência de enfermagem de qualidade ao paciente politraumatizado, durante a fase de ressuscitação, com ênfase no papel específico do enfermeiro e suas responsabilidades.

MAST – Manobras Avançadas de Suporte ao Trauma

O Curso Mast tem o propósito de capacitar enfermeiros para a estabilização das condições vitais das vítimas de trauma e em parada cardiorrespiratória, utilizando os protocolos de Suporte Básico de Vida e de Suporte Avançado de Vida

3.8.7 CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO

A política de gestão de pessoas será implantada de imediato, caso a SPDM consagre vencedora do certame.

3.9 Dimensionamento de Recursos Humanos,.

A seguir a OSS-SPDM apresenta a proposta do quadro de pessoal para operacionalização das atividades do Hospital Municipal Dr. José de Carvalho Florence:

DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL - HMJCF				
Área	**Cargo**	**Quant.**	**Total de horas semanal por colaborador**	**Total de horas mês**
Diretoria Administrativa	Gerente Administrativo	2	40	200
Diretoria Administrativa	Coordenador Técnico Administrativo	1	40	200
Diretoria Administrativa	Coordenador Administrativo	2	40	200
Diretoria Administrativa	Supervisor Administrativo	1	40	200
Diretoria Administrativa	Analista Tecnico Administrativo	1	40	200
Diretoria Administrativa	Analista de Custos Junior	1	40	200
Diretoria Administrativa	Assistente Administrativo	3	40	200
Diretoria Administrativa	Auxiliar Administrativo	3	40	200
Diretoria Clínica	Auxíliar Administrativo	2	40	200
SCIH - SERV CONT INFECCAO HOSPITALAR	Técnico em Saúde	1	40	200
Centro de Estudos	Auxiliar Administrativo	1	40	200
Centro de Estudos	Assistente Administrativo	1	40	200
Laboratório de Análises Clínicas	Auxiliar Administrativo	1	40	200
Almoxarifado	Analista de Suprimentos	2	40	200
Almoxarifado	Gerente de Almoxarifado	1	40	200
Almoxarifado	Supervisor de Almoxarifado	1	40	200
Almoxarifado	Farmacêutico	1	44	220

Almoxarifado	Auxiliar de Almoxarifado	12	44	220
Almoxarifado	Auxiliar Administrativo	6	40	200
Almoxarifado	Assistente Administrativo	1	40	200
Farmácia	Gerente de Farmácia	1	40	200
Farmácia	Coordenador de Farmácia	1	40	200
Farmácia	Farmacêutico	9	44	220
Farmácia	Farmacêutico	8	36	180
Farmácia	Auxiliar de Farmácia	30	44	220
Farmácia	Auxiliar Administrativo	1	40	200
Compras	Gerente de Compras	1	40	200
Compras	Coordenador de Compras	1	40	200
Compras	Comprador Senior	1	40	200
Compras	Comprador Pleno	2	40	200
Compras	Comprador Junior	4	40	200
Compras	Auxiliar Administrativo	2	40	200
Contabilidade	Gerente Contabil	1	40	200
Contabilidade	Técnico de Contabilidade	1	40	200
Contabilidade	Auxiliar Administrativo	2	40	200
Contabilidade	Assistente Contabilidade	1	40	200
Contratos	Auxiliar Administrativo	1	40	200
Contratos	Assistente Administrativo II	1	40	200
Contratos	Assistente Administrativo I - Step II	2	40	200

Faturamento	Gerente de Faturamento	1	40	200
Faturamento	Faturista I	16	40	200
Educação Continuada	Auxiliar Administrativo	1	40	200
Gestão de Pessoas - Administração de Pessoal	Gerente de Pessoal	1	40	200
Gestão de Pessoas - Administração de Pessoal	Analista de Pessoal Sênior	1	40	200
Gestão de Pessoas - Administração de Pessoal	Analista de Pessoal Pleno	1	40	200
Gestão de Pessoas - Administração de Pessoal	Auxiliar Administrativo	2	40	200
UNIDADE DE GESTAO DE PESSOAS - RECURSOS HUMANOS	Gerente de Gestão de Pessoas	1	40	200
UNIDADE DE GESTAO DE PESSOAS - RECURSOS HUMANOS	Analista de Gestão de Pessoas Pleno	2	40	200
UNIDADE DE GESTAO DE PESSOAS - RECURSOS HUMANOS	Auxiliar Administrativo	2	40	200
Governança - Higiene e Limpeza	Gerente de Hotelaria	1	40	200
Governança - Higiene e Limpeza	Encarregado de Governança	5	44	220
Governança - Higiene e Limpeza	Técnico Ambiental	1	40	200
Governança - Higiene e Limpeza	Auxiliar Administrativo	1	40	200
Governança - Higiene e Limpeza	Auxiliar de Governança	140	44	220
Governança - Higiene e Limpeza	Enfermeiro	1	40	200
Governança - Lavanderia	Encarregado de Governança	1	44	220
Governança - Lavanderia	Auxiliar de governança	22	44	220
Governança - Lavanderia	Costureiro	1	40	200
Governança - Lavanderia	Auxiliar Administrativo	1	40	200
Engenharia Hospitalar	Gerente de Manutenção	1	40	200

Engenharia Hospitalar	Engenheiro Civil	1	40	200
Engenharia Hospitalar	Arquiteto	1	40	200
Engenharia Hospitalar	Engenheiro de Manutenção	1	40	200
Engenharia Hospitalar	Encarregado de Manutenção	1	44	220
Engenharia Hospitalar	Assistente Administrativo	1	40	200
Engenharia Hospitalar	Auxiliar Administrativo	1	40	200
Engenharia Hospitalar	Auxiliar de Almoxarifado	1	40	200
Engenharia Hospitalar	Eletricista	7	44	220
Engenharia Hospitalar	Eletricista (noturno)	1	44	220
Engenharia Hospitalar	Encanador	6	44	220
Engenharia Hospitalar	Encanador (noturno)	1	44	220
Engenharia Hospitalar	Pedreiro	8	40	200
Engenharia Hospitalar	Marceneiro	2	40	200
Engenharia Hospitalar	Pintor	8	40	200
Engenharia Hospitalar	Auxiliar de Manutenção	10	40	200
Medicina do Trabalho	Auxiliar Administrativo	1	40	200
Patrimônio	Auxiliar de Manutenção	1	40	200
Patrimônio	Zelador	1	40	200
Plantão Administrativo	Plantonista Administrativo	3	36	180
Plantão Administrativo	Plantonista Administrativo	3	36	180
Qualidade	Assistente Administrativo	1	40	200
Segurança	Gerente de Segurança	1	40	200

Segurança	Auxiliar Administrativo	1	40	200
Segurança	Recepcionista	10	36	180
Segurança	Guarda-volumes	4	36	180
SAME	Coordenador de SAME	1	40	200
SAME	Assistente Administrativo	2	40	200
SAME	Auxiliar Administrativo	14	40	200
SAME	Auxiliar Administrativo	10	36	180
SAME	Escriturário	6	40	200
SAME	Escriturário	25	36	180
Serviço de Atendimento ao Usuário (S.A.U)	Gerente de S.A.U	1	40	200
Serviço de Atendimento ao Usuário (S.A.U)	Coordenador de S.A.U	1	40	200
Serviço de Atendimento ao Usuário (S.A.U)	Assistente de S.A.U	1	40	200
SESMT	Engenheiro de Segurança do Trabalho	1	40	200
SESMT	Técnico em Segurança do Trabalho	6	40	200
Tecnologia da Informação	Coordenador de TI Sênior	1	40	200
Tecnologia da Informação	Coordenador de TI	1	40	200
Tecnologia da Informação	Analista de Suporte Sênior	2	40	200
Tecnologia da Informação	Analista de Suporte Pleno	1	40	200
Tecnologia da Informação	Analista de Suporte Junior	2	40	200
Tecnologia da Informação	Analista de Sistemas Pleno	3	40	200
Tecnologia da Informação	Analista de Sistemas Sênior	3	40	200

Tecnologia da Informação	Analista Programador Pleno	1	40	200
Tecnologia da Informação	Auxiliar Administrativo	1	40	200
Telefonia	Telefonista	6	36	180
Tesouraria	Analista de Contas a Pagar Junior	1	40	200
Tesouraria	Analista de Contas a Pagar Pleno	1	40	200
Tesouraria	Analista Financeiro Pleno	1	40	200
Tesouraria	Analista Financeiro	1	30	150
Transporte	Motorista de Ambulância	1	40	200
Transporte	Motorista de Ambulância	8	36	180
Transporte	Motorista de Ambulância	5	36	180
Transporte	Motorista	2	40	200
Transporte	Auxiliar Administrativo	1	40	200
UAN - Unidade de Alimentação e Nutrição	Gerente de Nutrição	1	40	200
UAN - Unidade de Alimentação e Nutrição	Nutricionista	6	44	220
UAN - Unidade de Alimentação e Nutrição	Lactarista	5	44	220
UAN - Unidade de Alimentação e Nutrição	Lactarista	7	36	180
UAN - Unidade de Alimentação e Nutrição	Copeiro (a)	2	40	200
UAN - Unidade de Alimentação e Nutrição	Copeiro (a)	27	44	220
UAN - Unidade de Alimentação e Nutrição	Copeiro (a)	5	36	180
UAN - Unidade de Alimentação e Nutrição	Cozinheiro (a)	5	44	220
UAN - Unidade de Alimentação e Nutrição	Auxiliar de Cozinha	8	44	220
UAN - Unidade de Alimentação e Nutrição	Auxiliar Administrativo	2	40	200

UAN - Unidade de Alimentação e Nutrição	Estoquista	2	44	220
Ambulatório	Assistente Administrativo	1	40	200
Ambulatório	Auxiliar Administrativo	13	40	200
Ambulatório	Digitador	4	30	150
Ambulatório	Recepcionistas	14	40	200
Ambulatório	Recepcionistas	1	36	180
Ambulatório	Recepcionistas	2	30	150
Ambulatório da Mulher	Coordenador de Ambulatório	1	40	200
Ambulatório da Mulher	Assistente Administrativo	1	40	200
Ambulatório da Mulher	Auxiliar Administrativo	8	40	200
Ambulatório da Mulher	Digitador	4	30	150
Ambulatório da Mulher	Recepcionistas	5	40	200
Engenharia Clínica	Auxiliar Administrativo	1	40	200
Engenharia Clínica	Auxiliar Técnico de Equipamentos Médicos	12	36	180
Engenharia Clínica	Auxiliar Técnico de Equipamentos Médicos	1	40	200
Engenharia Clínica	Engenheiro Hospitalar	2	40	200
Engenharia Clínica	Técnico Eletrônico	1	40	200
Núcleo Hospitalar de Epidemiologia - NHV	Auxiliar Administrativo	3	40	200
Pronto-Socorro - Adulto	Assistente Administrativo	1	40	200
Pronto-Socorro - Adulto	Auxiliar Administrativo	1	40	200
Pronto-Socorro - Adulto	Recepcionista	1	40	200
Pronto-Socorro - Adulto	Recepcionista	24	36	180

Pronto-Socorro - Infantil	Auxiliar Administrativo	1	40	200
Pronto-Socorro - Infantil	Recepcionista	14	36	180
Radiologia	Assistente Administrativo	1	40	200
Radiologia	Digitador	4	36	180
Radiologia	Auxiliar Administrativo	1	36	180
NIR	Auxiliar Administrativo	2	40	200
NIR	Escriturária	6	36	180
APOIO ADMINISTRATIVO	Aprendiz	35	30	150
ENF	Diretor de Enfermagem	1	40	200
ENF	Gerente de Enfermagem HMJCF	1	40	200
ENF	Supervisão de Educação Continuada	2	40	200
ENF	Supervisão de Enfermagem Diurno	4	30	150
ENF	Supervisão de Enfermagem Noturno	3	30	150
ENF	Enfermeiro MASTER para vigilância epidemiologica	1	40	200
ENF	Enfermeiro auditoria	1	40	200
ENF	Enfermeiro SCIH	2	30	150
ENF	Enfermeira clínico diurno	24	40	200
ENF	Enfermeira diurno	40	36	180
ENF	Enfermeira noturno	40	36	180
ENF	Enfermeira diurno pleno	32	36	180
ENF	Enfermeira noturno Pleno	32	36	180
ENF	Enfermeira Diurno Junior	15	36	180

ENF	Enfermeira noturno Junior	15	36	180
ENF	Enfermeiro trainee	10	36	180
ENF	Tecnico Enfermagem diurno	155	36	180
ENF	Técnico de Enfermagem noturno	155	36	180
ENF	Auxiliar de Enfermagem Diurno	145	36	180
ENF	Auxiliar de Enfermagem Noturno	145	36	180
ENF	Enfermeiro do Trabalho	1	40	200
ENF	Técnico de Enfermagem do Trabalho	1	40	200
MÉD	Diretor Clínico	1	34	170
MÉD	Diretor Executivo	1	40	200
MÉD	Diretor Técnico	1	30	150
MÉD	Médico Auditor	1	8	40
MÉD	Médico Coordenador	1	40	200
MÉD	Médico Coordenador	1	12	60
MÉD	Médico Coordenador	1	20	100
MÉD	Médico Coordenador	1	20	100
MÉD	Médico Diarista	1	14	70
MÉD	Médico Diarista	1	31	155
MÉD	Médico Diarista	1	43	215
MÉD	Médico Diarista	1	27	135
MÉD	Médico Diarista	1	24	120
MÉD	Médico Diarista	1	26	130

MÉD	Médico Diarista	1	33	165
MÉD	Médico Diarista	1	33	165
MÉD	Médico Diarista	2	27	135
MÉD	Médico Diarista	2	30	150
MÉD	Médico Diarista	1	8	40
MÉD	Médico Diarista	1	23	115
MÉD	Médico Diarista	1	20	100
MÉD	Médico Diarista	1	24	120
MÉD	Médico Diarista	1	18	90
MÉD	Médico Plantonista	3	21	105
MÉD	Médico Plantonista	2	27	135
MÉD	Médico Plantonista	1	26,4	132
MÉD	Médico Plantonista	1	25	125
MÉD	Médico Plantonista	3	15	75
MÉD	Médico Plantonista	9	12	60
MÉD	Médico Plantonista	2	13	65
MÉD	Médico Plantonista	7	24	120
MÉD	Médico Plantonista	2	33	165
MÉD	Médico Plantonista	2	42	210
MÉD	Médico Plantonista	6	9	45
MÉD	Médico Plantonista	1	16,566	82,83
MÉD	Médico Plantonista	8	15	75

MÉD	Médico Plantonista	1	11	55
MÉD	Médico Plantonista	6	30	150
MÉD	Médico Plantonista	2	10	50
MÉD	Médico Plantonista	1	42	210
MÉD	Médico Plantonista	2	36	180
MÉD	Médico Plantonista	3	8	40
MÉD	Médico Plantonista	3	6	30
MÉD	Médico Plantonista	1	12	60
MÉD	Médico Plantonista	1	36	180
MÉD	Médico Plantonista	1	40	200
MÉD	Médico Plantonista	1	43	215
MÉD	Médico Plantonista	1	20,5	102,5
MÉD	Médico Plantonista	1	23	115
MÉD	Médico Plantonista	1	14	70
MÉD	Médico Plantonista	2	24	120
MÉD	Médico Plantonista	1	10	50
MÉD	Médico Plantonista	1	14,4	72
MÉD	Médico Plantonista	1	26	130
MÉD	Médico Plantonista	1	32	160
MÉD	Médico Plantonista	2	18	90
MÉD	Médico Plantonista	1	28	140
MÉD	Médico Plantonista	1	2,4	12

MÉD	Médico do Trabalho	1	10	50
MÉD	Médico do Trabalho	1	30	150
TÉC	Fisioterapeuta	36	30	150
TÉC	Fisioterapeuta Coordenador	1	30	150
TÉC	Fonoaudiologo	6	30	150
TÉC	Gerente de Reabilitação	1	40	200
TÉC	Psicologo	5	30	150
TÉC	Terapeuta Ocupacional	1	20	100
TÉC	Coordenador de Radiologia	1	24	120
TÉC	Tecnico de Radiologia	31	24	120
TÉC	Auxiliar de Laboratório	10	36	180
TÉC	Biologista	10	36	180
TÉC	Biologo	3	36	180
TÉC	Biomedico	2	36	180
TÉC	Gerente de Laboratório	1	44	220
TÉC	Técnico de Laboratório	9	36	180
TOTAL		**1789**		

Ressalva: A tabela acima refere-se aos profissionais em regime CLT.

Destaque:

1. No **Anexo VII** - Apresentamos em consonancia ao plano de orçamentário de custeio planilha em formato excel, os cargos e suas respectiva remuneração, composto de salários, gratificações e benefícios para os profissionais vínculo CLT;
2. Para os profissionais médicos com vínculo Pessoa Jurídica, está sendo considerado aproximadamente 47860 horas/mês.

3. Os 97 servidores municipais alocados atualmente no HMJCF, estão sendo considerados no quadro da unidade, conforme termo de referência anexo II do processo de seleção nº 001/SS/2022 – Edital 93/SS/2022, e não estão inclusos no plano orçamentário de custeio.

3.9.1 PLANO DE TRANSIÇÃO DE CARGOS E VÍNCULOS

Caso a SPDM consagre vencedora do certame, considerando que o Hospital Municipal Dr. José de Carvalho Florence está sob gestão da SPDM, não haverá plano de transição.

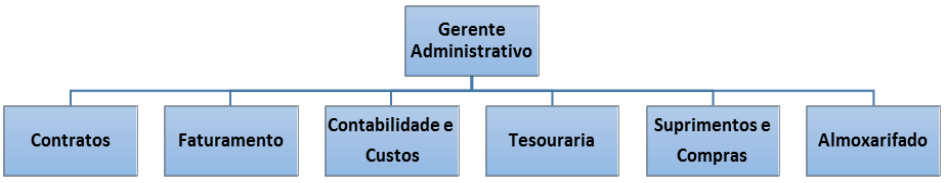
3.10 Protocolos e organização das atividades administrativas e financeiras.

Os principais objetivos da área de administração e gestão financeira, dentro de um projeto como um todo, além daqueles inerentes à área, são:

- Implantar um orçamento que consubstancie o planejamento estratégico do hospital, segundo uma metodologia que promova:
- A qualidade dos gastos;
- A correta aplicação dos recursos por projeto ou atividade, evitando cortes lineares do orçamento;
- Um sistema de aferição de custos para fins de programação financeira, capaz de estabelecer uma correlação entre os investimentos e a despesa por ele gerada;
- Alimentar um sistema de indicadores de desempenho;
- Detectar falhas e inconsistências no sistema de apropriação contábil;
- Apurar os determinantes dos sistemas de custos na administração dos hospitais públicos e sua utilização, quais sejam;
- A identificação de cada atividade e seu custo correspondente;
- A alocação dos custos a cada atividade;
- A identificação dos direcionamentos de custos.

Com a elaboração do orçamento visando atingir as metas do hospital (indicadores de desempenho, apuração de custos, verificação das apropriações contábeis na sua devida execução de acordo com as leis nacionais e locais, controle adequado das áreas de faturamento, contabilidade e custos, tesouraria e compras), torna-se viável a utilização do recurso público com planejamento, avaliando e comparando as receitas e/ou despesas previstas com as efetivamente realizadas.

Organograma



3.10.1 CONTABILIDADE

A Contabilidade faz o registro metódico e ordenado dos negócios realizados e a verificação sistemática dos resultados obtidos. Ela deve identificar classificar e anotar as operações da entidade e de todos os fatos que de alguma forma afetam sua situação econômica, financeira e patrimonial. Com esta acumulação de dados, convenientemente classificados, a Contabilidade procura apresentar de forma ordenada, o histórico das atividades da empresa, a interpretação dos resultados, e através de relatórios produzirem as informações que se fizerem precisas para o atendimento das diferentes necessidades. Funções realizadas pela Contabilidade:

- Registrar todos os fatos que ocorrem e podem ser representados em valor monetário;
- Organizar um sistema de controle adequado à empresa;
- Demonstrar com base nos registros realizados, expor periodicamente por meio de
- demonstrativos, a situação econômica, patrimonial e financeira da empresa;
- Analisar os demonstrativos com a finalidade de apuração dos resultados obtidos pela empresa;
- Acompanhar a execução dos planos econômicos da empresa, prevendo os pagamentos a serem realizados, os valores a serem recebidos e alertando para eventuais problemas.

3.10.2 CONTRATOS

A área de Gestão de Contratos tem como objetivo a celeridade, o controle e a segurança nos processos de contratação de serviços, delimitando as formas de contratação por meio de padronização dos processos, de acordo com valores e diretrizes institucionais, garantindo que os serviços contratados atendam aos padrões de qualidade e quantidade fixada pela organização.

A unidade deve ainda estruturar e executar negociações, em conjunto também com a área solicitante e / ou compras, financeira e diretoria.

Em conjunto com áreas solicitantes e gestores, deverá entender necessidades e definir estratégias para obtenção de serviços e busca de fornecedores.

Diretrizes:

Acordos Comerciais: A responsabilidade de firmar acordos comerciais com prestadores

de serviços é do Diretor Técnico da instituição.

Iniciativa da Contratação: Toda e qualquer contratação deverá estar contemplada em planejamento orçamentário, tanto nos casos de despesas quanto investimentos.

Início do Processo: Cabe à unidade de gestão interessada na contratação, adotar providências preliminares e garantir o cumprimento de prazos.

Ao identificar necessidade de contratação, o solicitante deverá acionar a área Gestão de Contratos, enviando o "Formulário de Solicitação de Contratação", com o detalhamento do serviço e cotações prévias.

Gestão de Contratos em conjunto com área gestora definirão a melhor forma de obter o serviço solicitado. Cabe ressaltar que o envio da solicitação deve ser efetuado no início do processo, antes de se assumir qualquer compromisso comercial.

3.10.3 CUSTOS

A Contabilidade de Custos é um centro processador de informações que recebe dados monetários e não monetários, como estatísticas físicas, de produção e acumula-os de forma organizada, analisa-os e interpreta-os, produzindo informações de custos para os diversos níveis gerenciais, gerando informações para as necessidades de tomada de decisão de todos os níveis na organização, chefias, gerências e diretoria.

Para um adequado acompanhamento dos custos com enfoque gerencial, é conveniente a estruturação do Hospital em centros de custos, consistindo de uma segregação que facilita o controle dos custos, tanto em relação à unidade, como à administração superior. Com isto, são efetivadas análises de comportamento de custos que indicam o desempenho das unidades.

É recomendável, também para o controle de custos, ou mesmo de outros itens operacionais, a adoção de um sistema de orçamentos. As estimativas constituirão a base para o exercício do controle, utilizando-as como parâmetro na determinação do nível de eficiência.

O Sistema de Custos, ao produzir o resultado efetivo, deve oferecer a comparação com o dado orçado, propiciando a possibilidade de apuração dos desvios positivos e negativos. A intensidade dos desvios identificará os itens que exigirão maior atenção. A elaboração do orçamento deve ser efetuada minuciosamente com participação efetiva de todos os níveis da organização e com total apoio e participação da diretoria, a qual determinará as metas e diretrizes que darão as bases para o desenvolvimento do orçamento.

As atividades de organização são subdivididas em setores ou departamentos, nos quais são alocados os recursos para atender a inúmeros propósitos, entre eles, o do controle. Tais divisões constituem-se em centros de atividades específicas.

No sistema de apuração de custos, cada centro de atividade passa a constituir um centro de custo. Assim, Centro de Custos é uma conta destinada a agrupar todas as parcelas dos elementos de custos que incorrem em cada período nos centros de atividades que apresentam no sistema. É recomendável, então, para constituir um centro de custos, que se tenham custos claramente identificáveis e atividades quantificáveis, através de uma unidade de mensuração.

A consecução do sistema de custos hospitalares sob a orientação de apropriação por centros de custos encontra-se contemplada na abordagem conceitual de custeio por absorção. O cálculo do custo de produção dos serviços, sob esta conceituação, compreende o custeio de todos os insumos utilizados em toda a extensão do Hospital.

O sistema de custos sob a orientação do método de custeio por absorção é bastante utilizado para apuração dos custos nos hospitais brasileiros, porém, com uma abordagem maior, incluindo no cálculo os custos e despesas, conflitando neste particular com as condições preconizadas pela teoria da contabilidade de custos.

O interesse do método é apurar o custo dos serviços prestados através da apuração dos custos por centros de custos, representados pela departamentalização existente no hospital.

3.10.4 TESOURARIA

A tesouraria planeja, analisa e controla a execução do orçamento de maneira sistemática as obrigações a pagar e os recebimentos provenientes do orçamento. Compete a tesouraria as seguintes atribuições:

Acompanhar os repasses do orçamento feito pelo órgão competente;

- Executar os seguintes pagamentos: folha mensal dos colaboradores, fornecedores e serviços;
- Acompanhar as contas correntes do hospital para que os saldos sejam suficientes para os pagamentos;
- Manter o fluxo de caixa.

3.10.5 FATURAMENTO

O Faturamento é o órgão responsável pela confecção das contas hospitalares no sistema SUS – DATASUS dos pacientes com alta, óbito ou transferência. Responsável por fazer as cobranças ambulatoriais, urgências, pequenas cirurgias, RX, laboratório ou outros serviços complementares de SADT e de pacientes internados. Funções realizadas pelo faturamento:

- Analisar os prontuários de pacientes internados;
- Codificar procedimentos realizados, analisando prontuários de alta, óbito e transferências;
- Codificar atendimentos ambulatoriais e emergências;
- Digitar contas médicas nos sistemas preconizados SUS – DATASUS;
- Fechar mensalmente produção realizada no hospital;
- Analisar e recorrer possíveis glosas das contas médicas;
- Acompanhar indicadores e planejar ações necessárias para desenvolvimento do hospital

3.10.6 PROTOCOLOS E ROTINAS

Conforme solicitado no Edital – Processo de Seleção nº 01/SS/2022, apresentamos no **Anexo VI**, alguns protocolos e rotinas/Procedimentos Operacionais Padrão (P.O.P) que serão adotados nas áreas Administrativa, Financeira e Contábil.

Algumas rotinas/Procedimentos Operacionais Padrão (P.O.P) foram apresentadas na maneira tradicional (formatação de manual) e outras, optamos por apresentar em formato de fluxos, os quais tem demonstrado maior efetividade e objetividade para entendimento.

Importante ressaltar que as rotinas/procedimentos operacionais padrão ora apresentados poderão sofrer adequação de acordo com as necessidades operacionais do Hospital/UBS's e/ou por mudanças de fluxos para melhor integração com a Rede Municipal de Saúde.

Ressaltamos que estes representam uma pequena porcentagem do total de P.O.Ps. definidos e utilizados no modelo de gestão da SPDM.

3.10.7 CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO

Os protocolos e organização das atividades administrativas e financeiras serão implantados de imediato, caso a SPDM consagre vencedora do certame.

3.11 Descrição detalhada das características e estratégias de implementação de ações voltadas à qualidade. Proposta de implantação de comissões obrigatórias: arquivo médico e estatístico revisão de prontuários, ética médica e de enfermagem, infecção hospitalar, revisão de óbitos, CIPA, Comissão de farmácia e terapêutica e ações de Vigilância em Saúde direcionada à segurança do paciente e profissionais. Com cronograma de implantação.

A maioria das instituições gerenciadas pela SPDM possui uma ou mais certificações e prêmios de gestão e qualidade; as demais estão em processo de certificação. Destaca-se que no país, somente 6,5% dos hospitais possuem certificação de qualidade nacional e internacional. Abaixo as certificações das instituições sob gestão da SPDM:

- Certificação de Qualidade Internacional Qmentum;
- Certificação Nacional de Qualidade ONA Nível III – Acreditado com Excelência;
- Certificação Nacional de Qualidade ONA Nível II – Pleno;
- Certificação Nacional de Qualidade ONA Nível I – Acreditado;
- Certificação por Distinção do Serviço de Hemodinâmica – Nível Diamante;
- Certificação Sistema de Gestão da Qualidade ISO 9001;
- Certificação Sistema de Gestão Ambiental ISO 14001;
- Certificação Sistema de Gestão de Energia ISSO 50001;
- Certificação Sistema de Gestão de Segurança e Saúde Ocupacional OHSAS 18001;
- Certificação CARF (Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities);
- Certificação de Instalação Elétrica com Base na Norma ABNT NBR 5410:2004;
- Green kitchen.

A Implementação de um Programa de Gestão da Qualidade é um fator diferenciador que vem contribuir e estimular de forma efetiva a melhoria dos processos na prestação da assistência à saúde. A política de gestão da qualidade da SPDM tem como objetivo acompanhar os incidentes notificados, avaliar os riscos, e analisar os incidentes de modo sistemático a fim de traçar melhorias e implementar barreiras para mitigação de incidentes.

Além do sistema de notificação e incidentes, a qualidade acompanha as comissões hospitalares, o serviço de atendimento ao usuário, as linhas de cuidado e os PSO (Práticas operacionais padrão). Em parceria com o serviço de controle de infecção hospitalar, acompanha

os dados de sepses, higiene das mãos e demais infecções relacionadas à saúde. E, com apoio da Educação continuada de enfermagem, acompanha as práticas operacionais para melhoria da assistência de enfermagem.

Assim, gerenciando por meio de normas, procedimentos e protocolos padronizados, que agregam segurança, agilidade e eficiência no atendimento. Os resultados são monitorados por meio de indicadores de qualidade específicos para cada serviço.

3.11.1 ACREDITAÇÃO

A obtenção da Certificação Hospitalar faz parte do Planejamento Estratégico da Instituição. A qualificação através de auditorias independentes como da ONA (Organização Nacional de Acreditação) realizadas pelo IQG (Instituto Qualisa de Gestão) é um longo processo que pode ocorrer em três níveis:

Nível 1: avalia Segurança do paciente;

Nível 2: avalia a interação entre os processos

Nível 3: avalia a excelência em gestão através de ciclos de melhoria.

certificado

A Organização Nacional de Acreditação certifica o/a

HOSPITAL MUNICIPAL DR. JOSE DE CARVALHO FLORENCE

CNPJ: 61.699.567/0012-45

foi avaliado(a) pela Instituição Acreditadora Credenciada **Instituto Qualisa de Gestão - IQG**, de acordo com o manual Brasileiro de Acreditação - Versão 2018, Norma de Serviços Hospitalares, sendo-lhe conferido(a) Certificado de

ACREDITADO PLENO

São Paulo, 30 de Novembro de 2020

ACREDITADO PLENO

ONA

Desde o início da gestão SPDM, o Hospital Municipal Dr. José de Carvalho Florence busca a excelêcia na prestação dos serviços e em 2014 a busca pela Acreditação teve início com uma visita diagnóstica realizada pelo IQG. Após esta visita, o HMJCF recebeu o relatório com várias ações de melhoria que deveriam ser desenvolvidas pelo Hospital, a fim de se tornar um hospital Acreditado.

Por desejar melhorar a qualidade dos serviços prestados à população e garantir a

segurança dos pacientes, o hospital aceitou o desafio. Foram montados times de trabalho e, com apoio da Alta Liderança e envolvimento de todos os colaboradores conseguimos melhorar diversos processos dentro da Instituição e em 07 de julho de 2016 o Hospital recebeu a Certificação ONA – como Hospital Acreditado em Nível 1. A avaliação é realizada pelas Instituições Acreditadoras Credenciadas pela ONA, tendo como referência as normas do Sistema Brasileiro de Acreditação e o Manual Brasileiro de Acreditação.

Ao final do ano de 2020, mesmo em meio a pandemia de COVID 19, o HMJCF sob gestão da SPDM foi certificado ONA 2, acreditado pleno. E isso reforça o compromisso que a SPDM tem com a qualidade e melhoria contínua dos seus processos e a assistência segura para os pacientes.

Atualmente o Brasil conta com 5530 hospitais públicos e desses hospitais, conforme site da ONA, 66 tem algum tipo de acreditação. São acreditados pleno somente 14 desses serviços, incluindo o HMJCF.

O HMJCF deverá contar com comissões obrigatórias, exigidas por lei, e poderão ser criadas comissões permanentes ou temporárias, para assessorar questões relativas a melhoria da gestão assistencial, desde que aprovadas pela Diretoria da unidade.

As Comissões são órgãos de assessoramento e serão constituídas com finalidades específicas. O funcionamento das Comissões seguirá as normas estabelecidas em Regimentos/Normas próprias aprovadas pela diretoria e de acordo com as resoluções dos conselhos federais e legislação vigente.

A proposta da SPDM prevê a instalação das seguintes comissões:

1. Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)
2. Comissão e Revisão de Óbitos (CRO)
3. Comissão de Revisão de Prontuário (CRP)
4. Comissão de Ética Médica (CEM)
5. Comissão de Farmácia (CF)
6. Núcleo de Qualidade na Assistência e Segurança do Paciente (QUA-NSP)
7. Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA)
8. Comissão de Gerenciamento de Resíduos da Saúde (GRSS)

9. Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos Para Transplantes (CIHDOTT)

10. Comissão de Ética em Enfermagem

11. Comissão de Ensino e Pesquisa

12. Comissão de Bioética

3.11.2 COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR (CCIH)

PROPOSTA DA CONSTITUIÇÃO

A atuação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) é de natureza técnico-científica permanente, de acordo a Lei nº 9.431, de 06 de janeiro de 1997 e com a Portaria 2616 de 12 de maio de 1998.

Finalidade

A CCIH tem por finalidade desenvolver um conjunto de ações deliberadas e sistemáticas, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares, e assim, melhorar a qualidade da assistência prestada.

Posição Institucional

É um órgão de assessoria diretamente vinculado à Diretoria Técnica da instituição.

Membros

A CCIH terá composição multidisciplinar e multiprofissional e seus membros serão de dois tipos: Consultores e Executores.

Os membros Executores serão os profissionais do Serviço de Controle de Infecção:

I. Presidente : médico infectologista

II. Vice-presidente: médico infectologista

III. Enfermeira coordenadora: enfermeira com especialização na área

Os membros Consultores devem contar com profissionais da saúde, de nível superior, formalmente designados, representantes dos seguintes serviços:

I. Serviço médico
II. Serviço de enfermagem
III. Serviço de farmácia
IV. Laboratório
V. Higienização
VI. Administração

REGIMENTO INTERNO DA CCIH

CAPÍTULO I

DAS CATEGORIAS E FINALIDADES

Art. 1º. O Programa de Controle de Infecção Hospitalar será constituído por uma Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH, órgão de assessoria à Direção Técnica. A CCIH do é de natureza técnico- científica permanente, de acordo a Lei nº 9.431, de 06 de janeiro de 1997 e com a Portaria 2616 de 12 de maio de 1998.

Art. 2º. A CCIH tem por finalidade desenvolver um conjunto de ações deliberadas e sistemáticas, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares, atualmente denominadas Infecções Relacionadas à Assistência de Saúde (IRAS). e assim, melhorar a qualidade da assistência prestada.

Parágrafo Único. Endente-se Infecções Relacionadas à Assistência de Saúde (IRAS)., também denominada institucional ou nosocomial, qualquer infecção adquirida após a internação de um paciente em hospital e que se manifesta durante a internação ou mesmo após a alta, quando puder ser relacionada com a hospitalização.

CAPÍTULO II

DA ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO

SECÇÃO I – ESTRUTURA

Art. 3º. A estrutura da CCIH compreende o Grupo de Controle de Infecção Hospitalar.

Art. 4º. A fim de assegurar o suporte técnico, científico e operacional indispensável à eficiência da CCIH, a Diretoria Clínica e Administrativa proporcionará a infra-estrutura necessária.

SECÇÃO II – COMPOSIÇÃO

Art. 5º. A CCIH terá composição multidisciplinar e multiprofissional e seus membros serão de dois tipos:

Consultores e Executores.

Os membros Executores serão os profissionais do Serviço de Controle de Infecção:

I. Presidente : médico infectologista

II. Vice-presidente: médico infectologista

III. Enfermeira coordenadora: enfermeira com especialização na área

Os membros Consultores devem contar com profissionais da saúde, de nível superior, formalmente designados, representantes dos seguintes serviços:

I. Serviço médico

II. Serviço de enfermagem

III. Serviço de farmácia

IV. Laboratório

V. Higienização

VI. Administração

Parágrafo Único. As indicações deverão recair sobre profissionais com conhecimento em infecção hospitalar.

Art. 6º. Caberá ao Diretor a designação dos integrantes da CCIH, através de Portaria específica. § 1º O núcleo básico citado anteriormente, poderá ser acrescido de representantes de outros serviços de áreas afins.

§ 2º O Presidente ou Coordenador da CCIH será um dos membros da mesma, designado pela Direção da Instituição.

§ 3º Os membros executores da CCIH representam o serviço de controle de infecção hospitalar e, portanto, são os executores das ações programadas de controle de infecção hospitalar.

SECÇÃO III – DOS MEMBROS

Art. 7º. A CCIH será constituída por, no mínimo, os seguintes componentes:

I. Dois membros executores

II. Dois médicos

III. Um representante do serviço de enfermagem

IV. Um representante da farmácia

V. Um representante do laboratório

VI. Um representante da administração

VII. Um secretário/ digitador

Art. 8º. A carga horária diária mínima, dos membros executores, deverá ser de 6hs para o enfermeiro e 4hs mensais para os demais profissionais, dedicadas às reuniões.

SECÇÃO IV – FUNCIONAMENTO

Art. 9º. A CCIH será instalada em sala das dependências do hospital, designada para esse fim.

Art. 10º. As reuniões ordinárias da CCIH ocorrerão uma vez por mês, na sala de reuniões do hospital e, extraordinariamente, quando se fizer necessário.

Art. 11º. A sequência das reuniões da CCIH serão as seguintes:

I. Verificação da presença de todos;

II. Leitura e aprovação da ata anterior;

III. Análise crítica dos indicadores de Controle de Infecção;

IV. Plano de ação e e discussão da ordem do dia;

V. Determinação das ações propostas com responsáveis e prazos.

CAPÍTULO III

DAS COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES

Art. 12º. A Direção do Hospital:

I. Constituir formalmente a CCIH;

II. Designar os componentes da CCIH, por ato próprio;

III. Propiciar a infra-estrutura necessária à correta operacionalização da CCIH;

IV. Aprovar e fazer respeitar o regimento interno da CCIH;

V. Garantir a participação do Presidente da CCIH nos órgãos colegiados deliberativos e formuladores de política da instituição como, por exemplo, os conselhos deliberativos e conselhos técnicos, independente da natureza da entidade mantenedora do

hospital;

VI. Garantir o cumprimento das recomendações formuladas pela Coordenação Estadual/Distrital de Controle de Infecção Hospitalar;

VII. Informar o órgão oficial municipal ou estadual quanto à composição da CCIH, e às alterações que venham a ocorrer.

Art. 13º. À CCIH compete:

I. Elaborar, implantar, manter e avaliar um Programa de Controle de Infecções Hospitalares adequado às características e necessidades da instituição;

II. Implantar e manter sistema de vigilância epidemiológica das infecções hospitalares;

III. Realizar investigação epidemiológica de casos e surtos, sempre que indicado, e implantar medidas imediatas de controle;

IV. Propor e cooperar na elaboração, implementação e supervisão da aplicação de normas e rotinas técnico-administrativas visando à prevenção e controle das infecções hospitalares;

IV. Propor, elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico administrativas, visando limitar a disseminação de agentes nas infecções em curso no hospital, através de medidas de isolamento e precauções;

VI. Orientar e supervisionar a aplicação das técnicas de esterilização, desinfecção, limpeza a antisepsia;

VII. Acompanhar e orientar os casos de acidente com material biológico;

VIII. Cooperar com o núcleo de educação permanente e demais setores da unidade para a capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais no que diz respeito ao controle de infecções hospitalares e prevenção de acidentes;

IX. Elaborar e divulgar, regularmente, relatórios, discutindo com cada unidade as estratégias de controle;

X. Definir, em cooperação com a Comissão de Farmácia e Terapêutica, política de utilização de germicidas e materiais médico hospitalares

XI. Definir, em cooperação com a Comissão de Farmácia e Terapêutica, política de utilização de antimicrobianos, com proposta de ações de descalonamento de antibioticoterapia e ações voltadas para o controle de agentes multiressitentes.

XII. Definir a política institucional de utilização de antibioticoprofilaxia e acompanhar a conformidade com os antibióticos e critérios estabelecidos.

XIII. Acompanhar as práticas de segurança ligadas à prevenção das Infecções

Hospitalares, com o acompanhamento de indicadores recomendados pelos protocolos de Higiêne das Mãos e Checklist Cirúrgico da ANVISA.

XIV. Elaborara e atualizar o regimento interno da CCIH;

XV. Cooperar com a ação de fiscalização do Serviço de Vigilância Sanitária do órgão estadual ou municipal de gestão do SUS, bem como fornecer prontamente as informações epidemiológicas solicitadas pelas autoridades sanitárias competentes;

XVI. Notificar, na ausência do núcleo de epidemiologia, ao organismo de gestão estadual ou municipal do SUS os casos diagnosticados ou suspeitos de doenças sob vigilância epidemiológica, atendidos em qualquer dos serviços ou unidades do hospital, e atuar cooperativamente com os serviços de saúde coletiva;

XVII. Notificar ao Serviço de Vigilância Sanitária do organismo de gestão estadual ou

XVIII. municipal do SUS, os casos e surtos diagnosticados ou suspeitos de infecções associadas à utilização de insumos e produtos industrializados;

XIX. Realizar reuniões periódicas;

XX. Monitorar o controle de qualidade da água utilizada na instituição;

XXI. Alimentar os sistemas de informação do Hospital com os dados pertinentes à CCIH.

Art. 14.º São atribuições do Presidente da Comissão e do Vice, na ausência do presidente:

I. convocar e presidir as reuniões;

II. indicar seu substituto;

III. representar a comissão junto à Diretoria da Instituição, ou indicar seu representante;

IV. subscrever todos os documentos e resoluções da comissão, previamente aprovados pelos membros;

V. fazer cumprir o regimento;

VI. ter o voto de qualidade nas decisões da comissão, além do seu voto.

Art. 15.º São atribuições da secretaria da Comissão:

I. organizar a ordem do dia;

II. receber e protocolar os processos e expedientes;

III. lavrar a ata das sessões/reuniões;

IV. convocar os membros da comissão para as reuniões ordinárias ou extraordinárias;

V. organizar e manter o arquivo da comissão;

VI. preparar a correspondência;

VII. realizar outras funções determinadas pelo presidente, relacionadas ao serviço

VIII. solicitar ao Serviço de Arquivo Médico todos os prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los em 24 horas após o trabalho realizado.

CAPÍTULO IV
DO SISTEMA DE COMUNICAÇÃO

Art. 16º. A comunicação escrita utilizada interna e externamente pode ocorrer através dos seguintes instrumentos:

I. Agenda de reunião

Instrumento de comunicação interna/externa da CCIH, utilizado para disciplinar as reuniões, que deverá ser distribuída aos participantes, anualmente, tendo como responsável, o coordenador da mesma em alinhamento com os demais. As reuniões extraordinárias serão avisadas conforme necessidade.

II. Livro de ata

Instrumento em que será registrada a exposição sucinta dos trabalhos, conclusões, deliberações e resoluções das reuniões. A ata deverá ser assinada pelo presidente e demais membros, quando se sua aprovação.

III. Súmula

Instrumento em que são registradas e descritas, de forma sucinta, as decisões, conclusões e orientações das reuniões. Deverá ser distribuída aos participantes até 48 horas após a realização da reunião. É elaborada por quem coordena a reunião ou alguém por delegação deste.

IV. Programa de ação anual

Disparador do processo de planejamento da CCIH. "É um conjunto hierarquizado de prioridades da instituição de saúde. Apresenta em linhas gerais estratégias adotadas a médio e longo prazo, dando subsídios para o planejamento e transformações de metas em resultados.

V. Relatórios

Interpretação e análise de indicadores técnicos, administrativos ou financeiros que podem subsidiar tomadas de decisões e facilitar o processo de acompanhamento dos resultados.

VI. Gestão a Vista

Painel a ser afixado em cada unidade com o intuito de informar a equipe técnica e

envolver a todos no acompanhamento das questões relacionadas ao controle de infecção.

VII. Comunicação Interna

Correspondência interna destinada a tratar de assuntos de interesse da CCIH (técnicos, administrativos ou financeiros), podendo ser utilizada entre as áreas ou serviços da instituição.

VIII. Comunicado

Instrumento que contém avisos e/ou determinações da CCIH destinado a todo o hospital ou algumas áreas ou serviço.

CAPÍTULO V
DO SISTEMA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLOGICA

Art. 17º. Vigilância Epidemiológica das infecções hospitalares é a observação ativa, sistemática e continua de sua ocorrência e de sua distribuição entre pacientes, hospitalizados ou não, e dos eventos e condições que afetam o risco de sua ocorrência, com vistas à execução oportuna das ações de prevenção e controle.

Art. 18º. A CCIH deverá escolher o método de Vigilância Epidemiológica mais adequado às características do hospital, à estrutura de pessoal e à natureza do risco da assistência, com base em critérios de magnitude, gravidade, redutibilidade das taxas ou custo;

Art. 19º. Serão utilizados os métodos prospectivos, retrospectivos e transversais, visando determinar taxas de incidência ou prevalência.

Art. 20º. Serão realizados métodos de busca ativa de coleta de dados para Vigilância Epidemiológica das infecções hospitalares.

Art. 21º. Todas as alterações de comportamento epidemiológico deverão ser objeto de investigação epidemiológica específica.

Art. 22º. Os indicadores mais importantes a serem obtidos e analisados periodicamente no hospital e, especialmente, nos serviços de Berçário de Alto Risco, UTI (adulto/pediátrica/neonatal) Queimados, são;

1. Taxa de Infecção Hospitalar, calculada tomando como numerador o número de episódios de infecção hospitalar no período considerado e como denominados o total de saídas (altas, óbitos e transferências) ou entradas no mesmo período. O denominador é paciente-dia;

2. Taxa de Pacientes com Infecção Hospitalar, calculada tomando como numerador o número de doentes que apresentam infecção hospitalar no período considerado, e como denominador o total de saídas (altas, óbitos e transferências) ou entradas no período. O denominador usado é pacientedia;

3. Distribuição Percentual das Infecções Hospitalares por localização topográfica no paciente, calculada tendo como numerador o número de episódios de infecção hospitalar em cada topografia, no período considerado e como denominador o número total de episódios de infecção hospitalar ocorridos no período;

4. Taxa de Infecções Hospitalares por Procedimento, calculada tendo como numerador o número de pacientes submetidos a um procedimento de risco que desenvolveram infecção hospitalar e como denominador o total de pacientes submetidos a este tipo de procedimento. O denominador é o número total de procedimentos dia.

Observação: O número de pacientes-dia é obtido somando-se os dias totais de permanência de todos os pacientes no período considerado.

Exemplos:

Taxa de infecção do sitio cirúrgico, de acordo com o potencial de contaminação.

Taxa de infecção urinária após cateterismo vesical.

Taxa de pneumonia após uso de respirador.

5. Outros procedimentos de risco poderão ser avaliados, sempre que a ocorrência respectiva o indicar, da mesma forma que é de utilidade o levantamento das taxas de infecção do sitio cirúrgico, por cirurgião e por especialidade.

6. Frequência das Infecções Hospitalares por Microrganismos ou por etiologia, calculada tendo como numerador o número de episódios de infecção hospitalar por microrganismo e como denominador o número de episódios de infecções hospitalares que ocorreram no período considerado.

7. Coeficiente de Sensibilidade aos Antimicrobianos, calculado tendo como numerador o número de cepas bacterianas de um determinado microrganismo sensível e determinado antimicrobiano e como denominador o número total de cepas testadas do mesmo agente com antibiograma realizado a partir das espécimes encontradas.

8. Indicadores de uso de antimicrobianos

• Percentual de pacientes que usaram antimicrobianos (uso profilático ou te-rapêutico) no período considerado. Pode ser especificado por clínica de internação. É calculado tendo como numerador o total de pacientes em uso de antimicrobiano e como denominador o número total de pacientes no período.

• Frequência com que cada antimicrobiano é empregado em relação aos demais, é calculada tendo como numerador o total de tratamentos iniciados com determinado antimicrobiano no período, e como denominador o total de tratamentos com antimicrobianos iniciados no mesmo período.

9. Taxa de letalidade associada a infecção hospitalar, é calculada tendo como numerador o número de óbitos ocorridos de pacientes com infecção hospitalar no período considerado, e como denominador o número de pacientes que desenvolveram infecção hospitalar no período.

10. Consideram-se obrigatórias as informações relativas aos indicadores epidemiológicos, com foco nos serviços de Berçário de alto risco, UTI (adulto/ pediátrica/neonatal) e queimados.

Art. 23º. Relatórios e Notificações

A CCIH deverá elaborar periodicamente um relatório com os indicadores epidemiológicos interpretados e analisados. Esse relatório deverá ser divulgado a todos os serviços e à direção, promovendo-se seu debate na comunidade hospitalar.

1. O relatório deverá conter informações sobre o nível endêmico das infecções hospitalares sob vigilância e as alterações de comportamento epidemiológico detectadas, bem como as medidas de controle adotadas e os resultados obtidos.

2. É desejável que cada cirurgião receba, anualmente, relatório com as taxas de infecção em cirurgias limpas referentes às suas atividades, e a taxa média de infecção de cirurgias limpas entre pacientes de outros cirurgiões de mesma especialidade ou equivalente.

3. O relatório de vigilância epidemiológica e os relatórios de investigações epidemiológicas deverão ser enviados às Coordenações Estaduais/ Distrital/Municipais e à Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar do Ministério da Saúde, conforme as normas específicas das referidas Coordenações.

CAPÍTULO VII

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 24º. A CCIH convidará pessoas ou entidades que possam colaborar com o desenvolvimento de seus trabalhos, sempre que julgar necessário;

Art. 25º. O Diretor da instituição poderá, a qualquer tempo e por motivo justificável, promover a substituição dos membros da CCIH;

Art. 26º. Os casos omissos e as dúvidas surgidas na aplicação do presente Regimento Interno serão dirimidas pelo Presidente da CCIH e em grau de recurso pelo Diretor Técnico da instituição;

Art. 27º. O presente regimento poderá ser alterado, mediante proposta da CCIH, através da maioria absoluta dos seus membros, submetida ao Diretor Técnico da instituição.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL

FREQUÊNCIA DE REUNIÕES

As reuniões serão realizadas uma vez por mês, conforme cronograma a seguir.

Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo responsável do SCIH, pelo Diretor Clínico ou pelo Diretor Técnico.

CRONOGRAMA DE REUNIÕES DA COMISSÃO DE INFECÇÃO HOSPITALAR (CCIH)											
1° Mês				**2° Mês**				**3° Mês**			
1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana	1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana	1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana
4° Mês				**5° Mês**				**6° Mês**			
1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana	1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana	1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana
7° Mês				**8° Mês**				**9° Mês**			
1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana	1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana	1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana
10° Mês				**11° Mês**				**12°Mês**			
1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana	1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana	1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana

3.11.3 COMISSÃO E REVISÃO DE ÓBITOS

Normatizações

A Resolução do CREMESP Nº 114/2005 torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Óbitos em estabelecimentos hospitalares. A Portaria MS/GM nº 1405 de 29 de junho de 2006, instituiu a rede Nacional de Serviços de Verificação de Óbito e Esclarecimentos da Causa Mortis e a Portaria MS nº 3123 de dezembro de 2006, estabelece a obrigatoriedade da Comissão de Revisão de Óbito para o Processo de Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde.

Finalidade

A comissão deve analisar os óbitos, os procedimentos e condutas profissionais realizadas, bem como a qualidade de informações dos atestados de óbitos. A Comissão de

Revisão de Óbitos deverá avaliar a totalidade dos óbitos, dos laudos necroscópicos quando existirem e das biópsias realizadas no serviço, conforme Resolução CFM nº 1.638/02. A função da comissão de óbito é educativa e pode através da análise dos óbitos e ações nos desenhos dos processos promover melhoria da segurança e qualidade da assistência.

Posição Institucional

É um órgão de assessoria diretamente vinculado ao Diretor Técnico da Instituição.

Membros

A Comissão de Revisão de Óbitos será nomeada e composta por membros do quadro funcional Hospital:

I. Representante da Unidade de Pediatria;
II. Representante da Unidade Cirurgia Geral e Trauma;
III. Representante das UTI Adulto;
IV. Representante da Unidade de Clínica Médica;
V. Representante da Unidade de Ortopedia;
VI. Representante da Unidade de Neurocirurgia;
VII. Representante da Unidade da Equipe Multiprofissional;
VIII. Representante da Enfermagem

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS (CRO)

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES, OBJETIVOS, CARACTERÍSTICAS

Art. 1º Este regimento foi revisto em atendimento a determinação da Resolução do Conselho Federal de Medicina CFM n° 2.171 de 30 de outubro de 2017, que regulamenta e normatiza as comissões de revisão de óbitos, tornado – as obrigatórias nas Instituições hospitalares e unidades de pronto atendimento (UPA).

Art. 2º A atuação da Comissão é técnico-científica, sigilosa, não podendo ser coercitiva ou punitiva.

Parágrafo único. As diretrizes para as ações investigatórias e educativas serão definidas nas reuniões da Comissão e motivadas pelo coordenador em exercício**.**

CAPÍTULO II

DAS FINALIDADES

Art. 3º São finalidades da Comissão de Revisão de Óbitos do HMJCF:

I. Analisar todos os óbitos ocorridos nas unidades, revisando todos os procedimentos e condutas profissionais realizadas, bem como a qualidade das informações dos atestados de óbitos.

II. Analisar laudos de necropsia realizados no Serviço de Verificação de Óbitos ou no Instituto Médico Legal, quando necessário.

III. Encaminhar para análise do Diretor Técnico da Instituição os casos que necessitem de esclarecimentos em relação às condutas médicas adotadas e este se necessário, encaminhará os casos para a Comissão de Ética Médica, que deverá observar as disposições da Resolução CFM n 2.152 /2016.

Quando necessários esclarecimentos de condutas adotadas por outros profissionais de saúde que atenderam o paciente, o caso deve ser encaminhado aos conselhos profissionais dos profissionais envolvidos.

IV. Ser um órgão de assessoria diretamente vinculado à autoridade máxima da Instituição.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO

Art. 5.º A Comissão de Revisão de Óbitos será nomeada e composta por membros do quadro funcional Hospital:

I. Representante da Unidade de Pediatria;

II. Representante da Unidade Cirurgia Geral e Trauma;

III. Representante das UTI Adulto;

IV. Representante da Unidade de Clínica Médica;

V. Representante da Unidade de Ortopedia;

VI. Representante da Unidade de Neurocirurgia;

VII. Representante da Unidade da Equipe Multiprofissional;

VIII. Representante da Enfermagem

CAPÍTULO IV

DO MANDATO

Art. 6º A duração do mandato da Comissão de Revisão de Óbitos será de no máximo 30 (trinta) meses, com os membros só podendo ser substituídos neste período a pedido. Em caso de substituição dos membros, os nomes dos substitutos deverão ser encaminhados à direção técnica, via qualidade, para aprovação e alteração do Ato de Nomeação.

Parágrafo único. Ao término do mandato, a Direção Técnica poderá renovar a Comissão em parte ou na totalidade de seus membros.

CAPÍTULO V

DA SEDE

Art. 6º A Comissão de Avaliação de Óbitos deverá reunir-se a mensalmente, podendo realizar reuniões extraordinárias sempre que necessário, com pauta, data, local e horário previamente definidos e comunicados.

§ 1º As reuniões da Comissão serão registradas em ata, que deverá ser arquivada, constando data, horário, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisões que foram deliberadas. Ficarão arquivadas em pasta própria no setor de qualidade;

Art. 7º Os membros da Comissão de Revisão de Óbitos estão obrigados a manter a privacidade, a confidencialidade e o sigilo das informações contidas no prontuário em análise;

Art. 8º Após a reunião, uma cópia da ata, devidamente assinada, deve ser disponibilizada eletronicamente para acesso do Diretor Técnico.

Art. 9º Os instrumentos utilizados pela Comissão para a avaliação serão escolhidos/elaborados de acordo com os dados mínimos exigidos pela legislação;

§ 1º Será utilizado um formulário (Relatório de Verificação de Óbitos) para padronizar e sistematizar as avaliações.

Art. 10. A Comissão de Revisão de Óbito emitirá mensalmente relatório detalhado sobre o perfil epidemiológico dos óbitos ocorridos na instituição, que deverá ser entregue à Direção Técnica para as providências necessárias e ao setor de qualidade para compor relatório de prestação de contas, conforme contrato de gestão. O relatório deve estar devidamente assinado pelo coordenador médico da comissão.

CAPÍTULO VII

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 11. Os óbitos analisados pela Comissão de Revisão de Óbito que necessitem esclarecimentos em relação as condutas médicas adotadas devem ser encaminhadas ao diretor técnico da instituição para análise e este, se necessário, encaminhará os casos para a Comissão de Ética Médica da instituição, que deverá observar as disposições da Resolução CFM nº 2.152/2016. (RESOLUÇÃO CFM nº 2.171/2017)

Art. 12. São atribuições dos membros da Comissão de Revisão de Óbitos:

I. Analisar e emitir parecer sobre os assuntos que lhes forem enviados;

II. A análise da conduta do médico assistente ao paciente falecido deverá ser feita obrigatoriamente por médico componente da Comissão de Revisão de Óbito, sendo vedada a análise da conduta médica por outro profissional não médico membro da Comissão;

III. Não compete ao médico membro da Comissão de Revisão de Óbitos, ao analisar a conduta do médico que assistiu ao paciente, emitir juízo de valor em relação à imperícia, imprudência ou negligência, pois esta competência é exclusiva dos Conselhos de Medicina. Parágrafo único. O médico membro da Comissão de Revisão de Óbito, ao analisar a conduta do médico que assistiu o paciente, deve se limitar a elaborar relatório conclusivo de forma circunstancial, exclusivamente dos fatos analisados.

IV. É vedado a utilização do termo morte evitável para os casos de óbitos que necessitem de esclarecimentos em relação às condutas adotadas pelos profissionais que atenderam o paciente. Parágrafo único. Estes casos devem ser classificados como óbito a esclarecer.

V. Normatizar e fiscalizar o adequado registro e preenchimento dos atestados de óbitos;

VI. Zelar pelo sigilo ético das informações;

VII. Emitir parecer técnico ou relatório e/ou relatório estatístico, quando solicitado pela Direção Técnica e/ou Comissão de Ética Médica ou outro serviço interessado, desde que observadas as normas de sigilo ético das informações;

VIII. Assessorar a alta governança da Instituição em assuntos de sua competência;

IX. Propor melhorias frente à análise epidemiológica dos óbitos analisados;

X. Estruturar treinamento para a equipe médica sobre o correto preenchimento dos atestados de óbitos.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL

Frequência de Reuniões

As reuniões serão realizadas uma vez cada dois meses, conforme cronograma abaixo. Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo presidente da Comissão, pelo Diretor Clínico ou pelo Diretor Técnico.

CRONOGRAMA DE REUNIÕES DA COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS (CRO)											
1° Mês				2° Mês				3° Mês			
1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana	1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana	1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana
4° Mês				5° Mês				6° Mês			
1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana	1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana	1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana
7° Mês				8° Mês				9° Mês			
1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana	1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana	1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana
10° Mês				11° Mês				12°Mês			
1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana	1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana	1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana

3.11.4 COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIO (CRP)

PROPOSTA DA CONSTITUIÇÃO

A resolução CFM nº 1638/2002, que define prontuário médico como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

Finalidade

Manter a qualidade e preservação das informações contidas nos prontuários médicos, de acordo com a resolução CFM 1638 e 1639/2002.

Posição Institucional

É um órgão de assessoria diretamente vinculado à Diretoria Técnica do Hospital.

Membros

A composição da comissão deverá ser constituída por membros do corpo técnico do hospital.

I. Médico do corpo clínico como presidente;
II. Coordenador da unidade de clínica médica;
III. Coordenador da unidade de clínica cirúrgica;
IV. Representante do SAME;
V. Representante da Pediatria;
VI. Representante da linha materno infantil;
VII. Representante do Faturamento;
VIII. Representante do Ambulatório;
IX. Representante da Divisão de Enfermagem;
XI. Representante da Qualidade e Segurança do Paciente:
XII. Funcionário administrativo (aux adm);

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIO MÉDICO (CRP)

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES, OBJETIVOS, CARACTERÍSTICAS

Art. 1.º Esta Comissão foi estruturada e organizada conforme determinação da resolução do resolução CFM 1638 e 1639/2002, que torna obrigatória sua criação em estabelecimentos de saúde.

Art. 2.º A Comissão de Revisão de Prontuários (CRP) é um organismo de natureza multidisciplinar e visa a melhoria contínua da qualidade da informação contida no prontuário.

Parágrafo único. A atuação da Comissão de Revisão de Óbitos é técnico-científica, sigilosa, não podendo ser coercitiva ou punitiva.

Art. 3.º As deliberações da Comissão de Revisão de Prontuário, visando à correção ou reparação de distorções e irregularidades verificadas nas análises dos prontuários devem ser encaminhadas através de ações educativas e serão definidas nas reuniões da Comissão e desencadeadas pelo presidente.

CAPÍTULO II

DAS FINALIDADES

Art. 4.º Atender a resolução CFM No. 1638/2002, que define prontuário médico como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO

Art. 5.º A composição da comissão deverá ser constituída por membros do corpo técnico do hospital.

I. Médico do corpo clínico como presidente;

II. Coordenador da unidade de clínica médica;

III. Coordenador da unidade de clínica cirúrgica;

IV. Representante do SAME;

VII. Representante da Pediatria;

VIII. Representante da linha materno infantil;

VII. Representante do Faturamento;

VIII. Representante do Ambulatório;

IX. Representante da Divisão de Enfermagem;

XI. Representante da Qualidade e Segurança do Paciente:

XII. Funcionário administrativo (aux adm);

Parágrafo único. Poderão fazer parte, como membros convidados, outros profissionais quando solicitados para tratar de assuntos pertinentes à Comissão.

CAPÍTULO IV

DO MANDATO

Art. 6.º O mandato dos membros da Comissão de Revisão de Prontuários deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável, conforme definição da própria Comissão.

Parágrafo único. No caso de substituição de um ou mais membros, os nomes dos integrantes deverão ser encaminhados ao Diretor Técnico e atualizada a nomeação.

CAPÍTULO V

DA SEDE

Art. 7.º A Sede da Comissão será a sala de reuniões da Diretoria com a infraestrutura básica necessária para seu funcionamento.

CAPÍTULO VI

FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Art. 8.º Deverão ocorrer reuniões cada dois meses, com data, local e horário, previamente definidos e informados.

§ 1.º A ausência de um membro em três reuniões consecutivas, sem justificativa, ou ainda em seis reuniões não consecutivas, sem justificativa, durante 12 meses, gera sua exclusão automática.

§ 2.º Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da comissão, a seus critérios, poderão realizar a reunião.

§ 3.º As decisões da comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

§ 4.º As reuniões da comissão deverão ser registradas em ata resumida e arquivada em livro próprio contendo data, horário da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisões tomadas.

§ 5.º Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

§ 6.º Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, sendo convocadas pelo Presidente e, na sua ausência, pelo Vice-Presidente.

CAPÍTULO VII

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 9.º São atribuições dos membros da Comissão de Revisão de Prontuários:

I. A avaliação dos itens que deverão constar obrigatoriamente e a qualidade destes dados:

a. Identificação do paciente, anamnese, exame físico, exames complementares, e seus

respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado e outros documentos pertinentes ao atendimento, seja em meio eletrônico ou papel.

b. Obrigatoriedade de letra legível do profissional que atendeu o paciente, bem como de assinatura e carimbo ou nome legível do profissional e respectiva inscrição no conselho de classe, em caso de papel.

c. Obrigatoriedade do registro diário da evolução clínica do paciente, bem como a prescrição médica consignando data e hora.

d. Alta com as informações que garantam a continuidade da assistência, com qualidade das informações.

II. Recomendar inclusão ou exclusão de formulários, impressos e sistemas, bem como a conservação dos prontuários visando a qualidade dos mesmos. Nos casos de Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), acompanhar e auditar a segurança dos processos e dos arquivos digitais junto a Tecnologia da Informação (TI)

III. Assessorar a Direção de Departamento Técnico ou Clínica da Instituição em assuntos de sua competência.

IV. Manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da Unidade com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações feitas.

V. Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente.

VI. Desenvolver atividades de caráter técnico-cientifico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição.

VII. Definir metodologia de requisitos que serão analisados nos Sistemas de Registro Eletrônico da Instituição.

Art. 10.º São atribuições do Presidente da Comissão e do Vice, na ausência do presidente:

I. Convocar e presidir as reuniões;

II. Indicar seu substituto;

III. Representar a comissão junto à diretoria da instituição, ou indicar seu representante;

IV. Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão, previamente aprovados pelos membros;

V. Fazer cumprir o regimento;

VI. Ter o voto de qualidade nas decisões da comissão, além do seu voto.

Art. 11.º São atribuições da secretaria da Comissão:

I. Organizar a ordem do dia;

II. Receber e protocolar os processos e expedientes;

III. Lavrar a ata das sessões/reuniões;

IV. Convocar os membros da comissão para as reuniões ordinárias ou extraordinárias;

V. Organizar e manter o arquivo da comissão;

VI. Preparar a correspondência;

VII. Realizar outras funções determinadas pelo presidente, relacionadas ao serviço

VIII. Solicitar ao sam (serviço de arquivo médico) todos os prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los em 24 horas após o trabalho realizado.

CAPÍTULO VIII

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 12.º Os casos omissos serão resolvidos pelos membros da Comissão, em conjunto com a Diretoria Técnica.

Art. 13.º Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

Art. 14.º O regimento entrará em vigor após aprovação da Diretoria Técnica

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL

Frequência de Reuniões

As reuniões serão realizadas uma vez cada dois meses, conforme abaixo. Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo presidente da Comissão, pelo Diretor Clínico ou pelo Diretor Técnico.

CRONOGRAMA DE REUNIÕES DA COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIO MÉDICO (CRP)											
1° Mês				2° Mês				3° Mês			
1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana	1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana	1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana
4° Mês				5° Mês				6° Mês			
1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana	1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana	1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana

7° Mês				**8° Mês**				**9° Mês**			
1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana	1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana	1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana
10° Mês				**11° Mês**				**12°Mês**			
1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana	1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana	1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana

3.11.5 COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA (CEM)

PROPOSTA DA CONSTITUIÇÃO

A Comissão de Ética é uma extensão, junto à instituição Hospitalar, do Conselho Regional de Medicina, estando a ele vinculada e subordinada, com valor já reconhecido no Código de Ética Médica publicado em 1988. Deve atender a Resolução CFM 1.657/2002, que estabelece normas de organização, funcionamento, eleição e competências das Comissões de Ética Médica dos estabelecimentos de Saúde, e da outras providências.

Finalidade

Garantir a prática médica dentro dos princípios do Código de Ética Médica.

A comissão tem funções opinativas, educativas e fiscalizadoras do desempenho Ético da Medicina.

Posição Institucional

As Comissões de Ética são vinculadas ao Conselho Regional de Medicina e devem manter a sua autonomia em relação às instituições onde atuam, não podendo ter qualquer vinculação ou subordinação à direção do estabelecimento. Cabe ao diretor técnico prover as condições necessárias ao trabalho da Comissão de Ética.

Membros

A composição da Comissão de Ética será estruturada conforme a estruturada e organizada conforme determinação da resolução CFM 1.657/2002:

I. Um presidente e um Vice-presidente

II. O número de Membros obedecendo o artigo 1º da Resolução CFM nº 1.657/2002,

com os seguintes critérios de proporcionalidade:

a.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;

b.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.

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES, OBJETIVOS, CARACTERÍSTICAS

Art. 1.º Esta Comissão será estruturada e organizada conforme determinação da resolução CFM

1.657/2002, que torna obrigatória sua criação em estabelecimentos de saúde.

Art. 2.º A Comissão de Ética Médica (CEM) é um organismo formado por membros do corpo clínico e visa garantir a prática médica dentro dos princípios do Código de Ética Médica.

Parágrafo único. A atuação da Comissão de Ética Médica é técnico-científica, sigilosa, não podendo ser coercitiva ou punitiva.

Art. 3.º A Comissão de Ética está vinculada ao Conselho Regional de Medicina e deve manter a sua autonomia em relação à instituição, não podendo ter qualquer vinculação ou subordinação à direção do estabelecimento.

CAPÍTULO II

DAS FINALIDADES

Art. 4.º Atender a resolução CFM No. 1.657/2002, que define que odos os estabelecimentos de assistência à saúde e outras pessoas jurídicas que se exerçam a Medicina, ou sob cuja égide se exerça a Medicina em todo o território nacional, devem eleger, entre os membros de seu Corpo Clínico, conforme previsto nos seus Regimentos Internos, Comissões de Ética Médica de acordo com a resolução.

Art. 5.º A CEM visa garantir a prática médica dentro dos princípios do Código de Ética Médica. Têm funções sindicantes, educativas e fiscalizadoras do desempenho ético da Medicina em sua área de abrangência.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO, ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA

Art. 6º As Comissões de Ética serão compostas por 1 (um) presidente, 1 (um) secretário e demais membros efetivos e suplentes.

Art. 7º A Comissão de Ética Médica será instaladas nos termos do artigo 1º da Resolução CFM nº 1.657/2002, obedecendo aos seguintes critérios de proporcionalidade:

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;

Art. 8º 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.

Parágrafo único – Quando investidos nas funções acima após terem sido eleitos, os membros efetivos serão substituídos pelos suplentes.

Art. 9º O mandato da Comissão de Ética será de até 30 (trinta) meses. (modificado pela Resolução CFM n. 1.812/07)

Art. 10º Nos casos de afastamento definitivo ou temporário de um de seus membros efetivos, a Comissão procederá a convocação do suplente respeitando a ordem de votação para a vaga ocorrida, pelo tempo que perdurar o afastamento, devendo oficiar tal decisão ao Conselho Regional de Medicina imediatamente após o feito.

Parágrafo único: se o membro da CEM deixar de fazer parte do Corpo Clínico do estabelecimento de saúde respectivo, o seu mandato cessará automaticamente.

Art. 11º 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.

Art. 12º 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.

CAPÍTULO IV

DAS ELEIÇÕES

Art. 13º A escolha dos membros da CEM será feita mediante eleição direta, dela participando os médicos que compõem o Corpo Clínico do estabelecimento, conforme previsto no Regimento Interno do Corpo Clínico, inscritos na condição de médico em situação regular com o Conselho Regional de Medicina, ressalvado o determinado no artigo 9º da Resolução CFM nº 1.657/2002.

Art. 14º A convocação da eleição será feita pelo diretor clínico, por Edital a ser divulgado no estabelecimento no período de 30 (trinta) dias antes da eleição.

Art. 15 º Os candidatos à CEM deverão se inscrever individualmente, junto ao diretor clínico do estabelecimento, com a antecedência mínima de 15 (quinze) dias da data da eleição.

Art. 16 º Os nomes dos candidatos inscritos serão divulgados no estabelecimento em que ocorrerá a eleição, pelo diretor clínico, por ordem alfabética, durante o período mínimo de uma semana.

Art. 17 º O diretor clínico designará uma Comissão Eleitoral com a competência de organizar, dirigir e supervisionar todo o processo eleitoral, de acordo com as normas do Conselho Regional de Medicina. Parágrafo único: Os integrantes da Comissão Eleitoral não podem ser candidatos à Comissão de Ética. Art. 18 º A Comissão de Ética Médica será composta pelos candidatos que obtiverem o maior número de votos, de acordo com o número previsto para a sua composição.

Parágrafo único – Quando ocorrer empate entre os candidatos votados, influindo na escolha dos membros efetivos ou suplentes, será considerado eleito o mais antigo no Corpo Clínico. Persistindo o empate, será considerado eleito o que tiver maior tempo de inscrição no Conselho Regional de Medicina daquela jurisdição.

Art. 19 º A apuração será realizada imediatamente após o encerramento da votação, pela Comissão Eleitoral, podendo ser assistida por todos os interessados.

Art. 20 º O resultado da eleição será lavrado em ata que deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Medicina para homologação, e a quem compete dirimir dúvidas não resolvidas pela Comissão

Eleitoral.

Art. 21 º Os protestos e recursos contra qualquer fato relativo ao processo eleitoral deverão ser formalizados, por escrito, dentro de, no máximo, 48 (quarenta e oito) horas após as

eleições, e encaminhados em primeira instância à Comissão Eleitoral e em segunda instância ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 22 º Homologados os resultados, os membros eleitos serão empossados pelo Conselho Regional de Medicina.

CAPÍTULO V
DA SEDE

Art. 23.º A Comissão de Ética Médica deverá ter uma sala com a infraestrutura básica para funcionamento e guarda segura do material sigiloso e assim como privacidade para reuniões.

CAPÍTULO VI
DAS ATRIBUIÇÕES

Art.24° Compete às Comissões de Ética:

a)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;

b)Comunicar ao Conselho Regional de Medicina quaisquer indícios de infração à lei ou dispositivos éticos vigentes;

c)Comunicar ao Conselho Regional de Medicina o exercício ilegal da profissão;

d)Comunicar ao Conselho Regional de Medicina as irregularidades não corrigidas dentro dos prazos estipulados;

e)Comunicar ao Conselho Regional de Medicina práticas médicas desnecessárias e atos médicos ilícitos, bem como adotar medidas para combater a má prática médica;

f)Instaurar sindicância, instruí-la e formular relatório circunstanciado acerca do problema, encaminhando-o ao Conselho Regional de Medicina, sem emitir juízo;

g)Verificar se a instituição onde atua está regularmente inscrita no Conselho Regional de Medicina e em dia com as suas obrigações;

h)Colaborar com o Conselho Regional de Medicina na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar sobre temas relativos à Ética Médica;

i)Elaborar e encaminhar ao Conselho Regional Medicina relatório sobre as atividades

desenvolvidas na instituição onde atua;

j)Atender as convocações do Conselho Regional de Medicina;

k)Manter atualizado o cadastro dos médicos que trabalham na instituição onde atua;

l)Fornecer subsídios à Direção da instituição onde funciona, visando à melhoria das condições de trabalho e da assistência médica;

m)Atuar preventivamente, conscientizando o Corpo Clínico da instituição onde funciona quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético;

n)Promover a divulgação eficaz e permanente das normas complementares emanadas dos órgãos e autoridades competentes;

o)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;

p)Colaborar com os órgãos públicos e outras entidades de profissionais de saúde em tarefas relacionadas com o exercício profissional;

q)Orientar o público usuário da instituição de saúde onde atua sobre questões referentes à Ética Médica.

Art. 25° Compete aos membros da Comissão de Ética: a) Eleger o presidente e secretário;

b)Comparecer a todas as reuniões da Comissão de Ética Médica, discutindo e votando as matérias em pauta;

c)Desenvolver as atribuições conferidas à Comissão de Ética Médica previstas nesta resolução;

d)Garantir o exercício do amplo direito de defesa àqueles que vierem a responder sindicâncias. Art. 26° Compete ao presidente da Comissão de Ética:

a)Representar a Comissão de Ética Médica perante as instâncias superiores, inclusive no Conselho

Regional de Medicina;

b)Convocar as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de Ética Médica;

c)Convocar o secretário para substituí-lo em seus impedimentos ocasionais;

d)Solicitar a participação dos membros suplentes nos trabalhos da Comissão de Ética Médica, sempre que necessário;

e)Encaminhar ao Conselho Regional de Medicina as sindicâncias devidamente apuradas pela Comissão de Ética Médica;

f)Nomear membros sindicantes para convocar e realizar audiências, analisar documentos e elaborar relatório à Comissão de Ética Médica quando da apuração de

sindicâncias. Art. 27° Compete ao secretário da Comissão de Ética Médica: a) Substituir o presidente em seus impedimentos eventuais;

b)Colaborar com o presidente nos trabalhos atribuídos à Comissão de Ética Médica;

c)Secretariar as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de Ética Médica;

d)Lavrar atas, editais, cartas, ofícios e relatórios relativos à Comissão de Ética Médica;

e)Manter em arquivo próprio os documentos relativos à Comissão de Ética Médica.

CAPÍTULO VII

FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Art. 28° As Comissões de Ética deverão estabelecer seu calendário de reuniões ordinárias, e reunir-se de forma extraordinária quando solicitadas.

Art. 29° Os atos da CEM relacionados com a fiscalização ou sindicâncias terão caráter sigiloso.

Art. 30° Todas as deliberações da Comissão de Ética dar-se-ão por maioria simples, sendo prerrogativa do presidente o "voto de Minerva" em caso de empate.

Art. 31° As sindicâncias instauradas pelas Comissões de Ética obedecerão aos preceitos contidos na Resolução CFM 1.657/2002.

Art. 32° A sindicância será instaurada mediante:

a)Denúncia por escrito, devidamente identificada e, se possível, fundamentada;

b)Denúncia, por escrito, do diretor clínico ou diretor técnico;

c)Deliberação da própria Comissão de Ética Médica;

d)Solicitação da Delegacia Regional, Seccional ou Representação;

e)Determinação do Conselho Regional de Medicina.

Art. 33° Aberta a sindicância, a Comissão de Ética Médica informará o fato aos envolvidos, convocandoos, se for o caso, para esclarecimentos ou solicitando-lhes, no prazo de 7 (sete) dias úteis a partir do recebimento do aviso, manifestação por escrito.

Art. 34° Todos os documentos relacionados com os fatos, quais sejam, cópias dos prontuários, das fichas clínicas, das ordens de serviço e outros que possam colaborar no deslinde da questão, deverão ser apensados à sindicância quando for decidido enviá-la ao Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único O acesso a estes documentos e aos autos é facultado somente às partes e à Comissão de Ética Médica.

Art. 35° O presidente da Comissão de Ética Médica nomeará um membro sindicante

para convocar e realizar audiências, analisar documentos e elaborar relatório à Comissão.

Art. 36° Finda a coleta de informações, a Comissão de Ética Médica reunir-se-á para analisar e emitir relatório conclusivo, sem emitir juízo.

Parágrafo único Caso necessário, a Comissão de Ética Médica poderá solicitar novas diligências para melhor elucidação do(s) fato(s).

Art. 37° Evidenciada a existência de indícios de infração ética, a sindicância deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Medicina, para a competente tramitação.

Art. 38° Em casos de menor gravidade e que não tenham acarretado danos para terceiros, a Comissão de Ética Médica poderá procurar a conciliação entre as partes envolvidas "ad referendum" do Plenário do Conselho Regional de Medicina.

§ 1º Caso haja conciliação, a Comissão lavrará tal fato em ata específica.

§ 2º Não havendo a conciliação de que trata o caput do artigo, a sindicância seguirá seu trâmite normal com o envio do relatório circunstanciado ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 39° Se houver alguma denúncia envolvendo um membro da Comissão de Ética Médica, o mesmo deverá afastar-se da Comissão enquanto durar a sindicância em questão.

CAPÍTULO VIII
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 40° Os casos omissos serão decididos pelo Conselho Regional de Medicina da jurisdição.

Art. 41.º Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

Art. 42.º O regimento entrará em vigor após a eleição da Comissão de Ética Médica

Art. 43° Caberá ao Conselho Regional de Medicina divulgar a existência de Comissão de Ética dentro da instituição.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL

As reuniões serão realizadas uma vez cada dois meses, conforme cronograma abaixo. Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo presidente da Comissão, pelo Diretor Clínico ou pelo Diretor Técnico.

CRONOGRAMA DE REUNIÕES DA COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA (CEM)											
1° Mês				2° Mês				3° Mês			
1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana	1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana	1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana
4° Mês				5° Mês				6° Mês			
1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana	1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana	1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana
7° Mês				8° Mês				9° Mês			
1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana	1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana	1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana
10° Mês				11° Mês				12°Mês			
1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana	1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana	1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana

3.11.6 COMISSÃO DE FARMÁCIA (CF)

PROPOSTA DA CONSTITUIÇÃO

Durante as últimas décadas os avanços tecnológicos na saúde, o aparecimento de novos medicamentos, tem aumentado muito a expectativa de vida das populações. Esse benefício inestimável para saúde vem acompanhado do aumento de novos riscos como as interações medicamentosas e com nutrientes, os eventos adversos evitáveis, do uso abusivo de medicamentos e principalmente de antibióticos com aumento da resistência medicamentosa. A padronização de medicamentos, a implantação de políticas de utilização dos antimicrobianos e práticas de segurança no uso de medicamentos são hoje fundamentais para segurança do nosso sistema de saúde.

Finalidade

Servir como órgão consultivo e deliberativo sobre medicamentos e materiais médicohospitalares além de promoção do uso adequado destes insumos;

Membros

A comissão deverá ser composta por uma equipe multidisciplinar, pelos seguintes membros:

I. Presidente da Comissão - Gerente de Farmácia

II. Diretoria de Enfermagem

III. Gerência Administrativa

IV. Representante de Compras

V. Diretoria Clínica

VI. Coordenadores das especialidades médicas

VII. Coordenador do Serviço de Controle de Infecção

Posição Institucional

É um órgão de assessoria diretamente vinculado à Diretoria Técnica.

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE FARMÁCIA

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES, OBJETIVOS, CARACTERÍSTICAS

Art. 1.º A Comissão de Farmácia e Terapêutica é uma instância colegiada, de caráter consultivo e deliberativo, que tem por objetivo padronizar medicamentos a serem utilizados na instituição. Além disso, a CF assessora a diretoria clínica, na formulação de diretrizes para seleção, padronização, prescrição, aquisição, distribuição e uso de medicamentos dentro das instituições da saúde.

CAPÍTULO II

DA COMPOSIÇÃO

Art. 2.º O critério de participação deve estar vinculado à competência técnica, contando com representantes da saúde, com conhecimento farmacológico, terapêutico, clínica médica e de economia em saúde.

Art. 3.º A comissão deverá ser composta por uma equipe multidisciplinar, pelos seguintes membros:

I. Presidente da Comissão - Gerente de Farmácia

II. Diretoria de Enfermagem

III. Gerência Administrativa

IV. Representante de Compras

V. Diretoria Clínica

VI. Coordenadores das especialidades médicas

VII. Coordenador do Serviço de Controle de Infecção

Parágrafo único. Poderão fazer parte, como membros convidados, outros profissionais quando solicitados para tratar de assuntos pertinentes à Comissão.

CAPÍTULO III
DAS FINALIDADES

Art. 4.º Servir como órgão consultivo sobre medicamentos e materiais médico-hospitalares

Art. 5.º Através da padronização, implantação de práticas de segurança e capacitação, aumentar a segurança e a efetividade na prescrição, uso e administração de medicamentos.

CAPÍTULO IV
DO MANDATO

Art. 6.º O presidente da comissão, assim como todos os membros, será nomeado pelo Diretor Técnico. Os cargos de vice-presidente e secretário poderão ser definidos pela comissão

Art. 7.º O mandato deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável conforme definição da Diretoria Técnica.

CAPÍTULO V
DA SEDE

Art. 8.º A Sede da Comissão será a sala de reuniões da Diretoria com a infraestrutura básica necessária para seu funcionamento.

CAPÍTULO VI
FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Art. 9.º Deverão ocorrer reuniões cada dois meses, com data, local e horário, previamente definidos e informados.

§ 1.º A ausência de um membro em três reuniões consecutivas, sem justificativa, ou ainda em seis reuniões não consecutivas, sem justificativa, durante 12 meses, gera sua exclusão automática.

§ 2.º Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da comissão, a seus

critérios, poderão realizar a reunião.

§ 3.º As decisões da comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

§ 4.º As reuniões da comissão deverão ser registradas em ata resumida e arquivada em livro próprio contendo data, horário da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisões tomadas.

§ 6.º Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, sendo convocadas pelo Presidente e, na sua ausência, pelo Vice-Presidente.

CAPÍTULO VII
DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 10.º São atribuições da Comissão de Formulário e Terapêutica:

I. Elaborar a padronização de medicamentos;

II. Estabelecer critérios de inclusão e exclusão para padronização de medicamentos;

III. Aprovar a inclusão ou exclusão de medicamentos padronizados por iniciativa própria ou por propostas encaminhadas pelos chefes dos Serviços Médicos, promovendo a atualização da padronização de medicamentos;

IV. Evitar várias apresentações do mesmo princípio ativo e formulações com associação de medicamentos;

V. Fixar critérios para a aquisição de medicamentos não padronizados;

VI. Avaliar o cadastro dos medicamentos e materiais;

VII. Incentivar o uso dos nomes dos medicamentos pela denominação Comum Brasileira (DCB);

VIII. Revisar periodicamente as normas de prescrição;

IX. Organizar a comunicação interna de divulgações da ANVISA, exclusão de alguns itens, boletins, dentre outros, através de informações da CTQF;

X. Garantir o cumprimento de suas resoluções mantendo estreita relação com o corpo clínico. Art. 11.º São atribuições do Presidente da Comissão, além de outras instituídas neste regimento ou que decorram de suas funções ou prerrogativas:

I. Convocar e presidir as reuniões;

II. Representar a comissão junto à Diretoria Técnica, ou indicar seu representante;

III. Fazer cumprir o regimento.

IV. Nas decisões da comissão, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva).

V. Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá seu vice-presidente.

Art. 12º São atribuições de o vice-presidente assumir as atividades do presidente na sua ausência.

Art. 13.º São atribuições e competências do auxiliar administrativo da Comissão

I. Receber e protocolar os processos e expedientes;

II. Lavrar a ata das sessões/reuniões;

III. Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo presidente.

IV. Organizar e manter o arquivo da comissão;

V. Preparar a correspondência;

VI. Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço desta secretaria. CAPÍTULO VIII

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 14.º Os casos omissos serão resolvidos pelos membros da Comissão, em conjunto com a Diretoria Técnica.

Art. 15.º Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

Art. 16.º O regimento entrará em vigor após a nomeação da comissão e aprovação pela Diretoria Técnica.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL

Frequência de Reuniões

As reuniões serão realizadas uma vez por mês, conforme cronograma abaixo. Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo presidente da Comissão ou pelo Diretor Técnico.

CRONOGRAMA DE REUNIÕES DA COMISSÃO DE FARMÁCIA (CF)											
1° Mês				2° Mês				3° Mês			
1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana	1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana	1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana
4° Mês				5° Mês				6° Mês			
1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana	1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana	1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana
7° Mês				8° Mês				9° Mês			
1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana	1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana	1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana
10° Mês				11° Mês				12°Mês			
1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana	1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana	1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana

3.11.7 NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE E QUALIDADE NA ASSISTÊNCIA

PROPOSTA DA CONSTITUIÇÃO

A busca da excelência na prestação de serviços de saúde sempre esteve presente na Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM). Hoje, a Qualidade em Serviço de Saúde, enfoca a integralidade da assistência, sendo um processo dinâmico, contínuo e integrado aos planos diretivos regionais.

O resultado esperado do serviço de saúde, deve contemplar as sete dimensões:

1. Segurança: minimizar os riscos vinculados aos cuidados de saúde;
2. Eficácia: usar a melhor evidência científica para o tratamento;
3. Cuidado centrado no Paciente: envolver o paciente em seu tratamento e valorizar a individualidade do ser humano;
4. Pontualidade: oferecer um serviço de saúde sem atrasos, sem espera;
5. Eficiência: evitar o mau uso e desperdício de suprimentos, ideias e energia;
6. Equidade: diminuir a lacuna no direito à saúde;
7. Sustentabilidade: respeito à cultura e ao ambiente.

De acordo com a Portaria MS/GM nº 529, de 1° de abril de 2013 que instituiu o Programa de Segurança do Paciente e a RDC 36, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências, faz-se obrigatória a criação de um Núcleo de Segurança do Paciente, como a qualidade e a segurança são dimensões inseparáveis. O NSP-QUA engloba as sete dimensões da qualidade e segurança na assistência ao paciente e à

população.

O Núcleo de Segurança do Paciente está alinhado às diretrizes da Política Nacional de Humanização.

Finalidade

O Núcleo de Segurança do Paciente e Qualidade na Assistência (NSP-QUA) tem o objetivo de instituir ações para a promoção da segurança do paciente e da melhoria da qualidade nos serviços de saúde.

A Gestão da Qualidade e Segurança tem por objetivo a melhoria contínua do desempenho dos processos, com a minimização dos riscos e a otimização dos recursos institucionais. Através de atividades planejadas, documentadas e sistematizadas, assim como da gestão da interação entre os processos, procura diminuir a variabilidade da entrega e aumentar a confiabilidade do serviço de saúde prestado.

Posição Institucional

O NSP-QA está subordinado diretamente ao Diretor Técnico da instituição.

Membros

O NSP-QA possui será constituída de membros efetivos e membros participantes.

I. Membros Efetivos
   a. Presidente
   b. Vice-presidente
   c. Enfermeira
   d. Auxiliar administrativo

II. Membros Participantes
   a. Farmacêutico responsável pela Farmacovigilância
   b. Engenheira Clínica responsável pela Tecnovigilância
   c. Hematologista responsável pela Hemovigilância
   d. Nutrólogo e nutricionista responsáveis pela Gestão do Risco Nutricional

REGIMENTO DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE E QUALIDADE NA ASSISTÊNCIA

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES, OBJETIVOS, CARACTERÍSTICAS

Art. 1.º Esta Comissão foi estruturada e organizada de acordo com a RESOLUÇÃO - RDC Nº 36, DE 25 DE JULHO DE 2013 do Ministério da Saúde, Portaria MS/GM nº 529, de 1° de abril de 2013 e Política Nacional de Humanização.

Art. 2.º O NSP-QA é um organismo formado por membros profissionais da instituição e visa garantir a melhoria contínua da segurança e qualidade do serviço de saúde prestado.

Parágrafo único. A atuação da do NSP-QA é técnico-científica, sigilosa, não podendo ser coercitiva ou punitiva.

Art. 3.º O NSP-QA está vinculado ao Diretor Técnico e deve manter a sua autonomia para avaliar os processos e fazer recomendações que visem unicamente a segurança e melhoria da assistência.

CAPÍTULO II

DAS FINALIDADES

Art. 4º - O Núcleo de Segurança do Paciente e Qualidade do HMJCF foi criado com intuito de acompanhar e aperfeiçoar a gestão dos processos relacionados à segurança hospitalar, com foco na qualidade do serviço prestado.

Art. 5º - Objetivos gerais:

I. Melhorar continuamente o desempenho e minimizar os riscos do processo assistencial aos pacientes, familiares e colaboradores.

II. Promover um impacto positivo no cuidado dos pacientes, prevenir os eventos adversos e mitigar os desfechos indesejáveis.

III. Fortalecer a cultura de segurança na abordagem dos desvios do processo assistencial encarando-os como oportunidade de melhoria, através da análise sistêmica das vulnerabilidades identificadas.

IV. Promover a integração entre as diversas áreas que atuam no processo assistencial e administrativo, com o intuito de estabelecer uma visão horizontal, evidenciando o papel de cada um em agregar valor em cada etapa do processo.

Art. 6º O NSP deve adota os seguintes princípios e diretrizes:

I. A melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias na saúde;

II. A disseminação sistemática da cultura de segurança;

III. A articulação e a integração dos processos de gestão da qualidade e segurança;

IV. A garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO, ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA

Art. 7º O Diretor Técnico deve constituir o Núcleo de Segurança do Paciente e Qualidade na Assistência (NSP-QUA) e nomear a sua composição, conferindo aos membros autoridade, responsabilidade e poder para executar as ações do Plano de Qualidade e Segurança do Paciente da instituição.

Art. 8º O NSP-QUA será composto por 1 (um) coordenador médico, 1 (um) enfermeiro vice- coordenador, 1(um) secretário e assim como demais membros efetivos e suplentes.

Art 9°. De acordo com a resolução do Ministério da Saúde, RDC36, no Art5°, o profissional responsável pelo NSP deve ter participação nas instâncias deliberativas do serviço de saúde, de acordo com a resolução

Art. 10º O NSP-QUA será constituído de membros efetivos e membros participantes.

I. Membros Efetivos

a. Presidente

b. Vice-presidente

c. Enfermeira

d. Auxiliar administrativo

II. Membros Participantes

a. Farmacêutico responsável pela Farmacovigilância

b. Engenheira responsável pela Tecnovigilância

c. Hematologista responsável pela Hemovigilância

d. Nutricionista

e. Representante da Administração

f. Representante da Diretoria Médica

Parágrafo único. O Núcleo pode convocar participantes que se façam necessário para processos de mapeamento, levantamento de dados, análise de falhas e outras questões que tenham como objetivo a melhoria da segurança e qualidade do serviço prestado.

CAPÍTULO IV

DO MANDATO

Art. 11.º O mandato dos membros da Comissão de Revisão de Prontuários deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável, conforme definição da própria Comissão.

Parágrafo único. No caso de substituição de um ou mais membros, os nomes dos integrantes deverão ser encaminhados ao Diretor Técnico e atualizada a nomeação.

CAPÍTULO V

DA SEDE

Art. 12.º O NSP-QA deverá ter uma sala com a infraestrutura básica para funcionamento e guarda segura do material sigiloso, assim como privacidade para reuniões e entrevistas.

CAPÍTULO VI DAS ATRIBUIÇÕES

Art.13° Compete ao NSP-QA:

I. promover ações de melhoria contínua e gestão de risco do serviço prestado;

II. desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional;

III. promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos, procedimentos realizados, na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos, propondo ações preventivas e corretivas;

IV. elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o Plano de Qualidade e Segurança do Paciente;

V. acompanhar as ações vinculadas ao Plano de Qualidade e Segurança do Paciente;

VI. implantar os Protocolos de Segurança do Paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores; VII. analisar os dados sobre incidentes e eventos adversos e recomendar melhorias;

VIII. implantar Análise Preliminar de Perigo (APP) e determinação do risco dos processos críticos instituicionais, em conjunto com os profissionais da ponta.

IX. estabelecer barreiras para a prevenção de incidentes em relação aos riscos mapeados, usando como referência uma Matriz de risco e tolerabilidade;

X. estabelecer ações de mitigação em relação aos riscos mapeados;

XI. estabelecer ciclos de melhoria contínua nos processos de maior vulnerabilidade;

XII. compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise dos dados e recomendações sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;

Art.14° Compete ao NSP-QUA implantar e acompanhar um Plano de Qualidade e Segurança do Paciente, com identificação dos pontos de maior vulnerabilidade para ocorrência de eventos adversos e estabelecimento da gestão de práticas de segurança e cultura de melhoria contínua. O Plano deve conter:

I. Identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos no serviço de saúde, de forma sistemática;

II. Gestão da integração dos diferentes processos de gestão de risco desenvolvidos nos serviços de saúde;

III. Implementação de protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde;

IV. Identificação do Paciente

V. Higiene das Mãos

VI. Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos;

VII. Segurança cirúrgica

VIII. Segurança na prescrição, uso e administração de hemocomponentes;

IX. Segurança na prescrição, uso e material e equipamentos;

X. Manter registro adequado de órtese e prótese quando forem utilizadas;

XI. Prevenção de Quedas

XII. Prevenção de Úlcera por Pressão

XIII. Prevenção de Eventos adversos, incluindo infecções relacionadas à assistência à saúde.

XIV. Segurança nas terapias nutricionais enteral e parenteral

XV. Comunicação efetiva entre os profissionais de saúde e entre os serviços de saúde;

XVI. Estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada;

XVII. Promoção do ambiente seguro

CAPÍTULO VII

DA VIGILÂNCIA, DO MONITORAMENTO E DA NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS

Art. 15º O monitoramento dos incidentes e eventos adversos será realizado pelo

Núcleo de Segurança do Paciente – NSP-QA

Art. 16° A notificação dos eventos adversos, para fins da Resolução 36, deve ser realizada mensalmente pelo NSP , até o 15º (décimo quinto) dia útil do mês subsequente ao mês de vigilância, por meio das ferramentas eletrônicas disponibilizadas pela Anvisa. Parágrafo único Os eventos adversos que evoluírem para óbito devem ser notificados em até 72 (setenta e duas) horas a partir do ocorrido.

CAPÍTULO VIII

FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Art. 17° O NSP-QUA deve estabelecer seu calendário de reuniões ordinárias, e reunir-se de forma extraordinária quando solicitadas.

Art. 18° Os documentos relacionados à análise dos eventos adversos devem ser descaracterizados dos nomes dos pacientes e funcionários envolvidos no evento, com objetivo de preservar a privacidade dos colaboradores e dos pacientes. A confidencialidade é uma importante característica de um sistema de notificações efetivo e suas atividades devem focar na análise sistêmica do incidente e melhoria dos processos institucionais.

Art. 19° Os Eventos Sentinela deverão ser analisados de maneira sistemática com a metodologia do "Protocolo de Londres" e foco no entendimento de Fatores Humanos.

Art. 20° Relatório com análise crítica e recomendações devem ser disponibilizados a cada três meses. Art. 20° O NSP-QUA deve acompanhar e mentorar a gestão da Qualidade e Segurança realizada pelas lideranças dos setores da instituição, através de reuniões sistemáticas com as unidades.

CAPÍTULO IX

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 40° Os casos omissos serão decididos pelo Diretor Técnico do Hospital.

Art. 41.º Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

Art. 42.º O regimento entrará em vigor após a nomeação do NSP-QUA

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL

Frequência de Reuniões

As reuniões serão realizadas uma vez por mês, conforme cronograma. Além das

reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo presidente da Comissão ou pelo Diretor Técnico.

CRONOGRAMA DE REUNIÕES DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE E QUALIDADE NA ASSISTÊNCIA (NSP)											
1° Mês				**2° Mês**				**3° Mês**			
1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana	1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana	1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana
4° Mês				**5° Mês**				**6° Mês**			
1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana	1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana	1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana
7° Mês				**8° Mês**				**9° Mês**			
1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana	1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana	1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana
10° Mês				**11° Mês**				**12°Mês**			
1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana	1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana	1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana

3.11.8 COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES (CIPA)

PROPOSTA DA CONSTITUIÇÃO

Tendo em vista a importância da segurança de nossos colaboradores, a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) deve estar estruturada de acordo com a NR 5 MT, de acordo com a Portaria nº 3214, de 08 de junho de 1978.

Finalidade

A 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.

A CIPA deve observar e relatar condições de risco nos ambientes de trabalho e solicitar medidas para reduzir até eliminar os riscos existentes e/ou neutralizar os mesmos, discutir os acidentes ocorridos, encaminhando aos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho e ao empregador o resultado da discussão, solicitando medidas que previnam acidentes semelhantes e, ainda, orientar os demais trabalhadores quanto à prevenção de acidentes.

Membros

A CIPA será composta por representantes do empregador e dos empregados, de acordo com o dimensionamento previsto no Quadro I da Norma Regulamentadora nº 05 NR – 05, aprovada pela Portaria 3214 de 08 de junho de 1978.

A composição da CIPA deverá obedecer a critérios que permitam estar representada a maior parte dos setores do estabelecimento, não devendo faltar, em qualquer hipótese, a representação dos setores que ofereçam maior risco ou que apresentem maior número de acidentes.

REGIMENTO INTERNO DA CIPA

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES, OBJETIVOS, CARACTERÍSTICAS

Art. 1.º A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA está vinculada diretamente ao Diretor Técnico do Hospital, com objetivo de melhoria contínua da segurança do colaborador, na prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho.

Art. 2.º A CIPA é um órgão que deve ter participantes indicados pela instituição e outros eleitos pelos colaboradores em número que garanta a representatividade de todos os grupos.

CAPÍTULO II

DAS FINALIDADES

Art. 3.º A 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.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO

Art. 4.º A CIPA é formada por representantes da instituição e representantes dos colaboradores, de acordo com o dimensionamento previsto no Quadro I da Norma Regulamentadora nº 05 NR – 05, aprovada pela Portaria 3214 de 08 de junho de 1978.

§ 1º - Os representantes do Hospital, titulares e suplentes, serão indicados pelo Diretor

Técnico. § 2º – Os representantes dos empregados, titulares e suplentes, serão eleitos em escrutínio secreto, do qual participem, independentemente de filiação sindical, exclusivamente os empregados interessados, com vinculo na instituição e regidos pelo regime da Consolidação das Leis do Trabalho CLT

Art. 5º A Superintendência designará entre seus representantes o Presidente da CIPA, e os representantes dos empregados escolherão entre os titulares o vice-presidente.

Art. 6º É vedada a dispensa arbitrária ou sem justa causa do empregado eleito para cargo de direção da Comissão Internas de Prevenção de Acidentes, desde o registro de sua candidatura até um ano após o final de seu mandato. Parágrafo único: O suplente da CIPA goza da garantia de emprego prevista no art. 10, II, "a", do ADCT a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988.

Art. 7º A CIPA não poderá ter seu número de representantes reduzido, bem como não poderá ser desativada pelo empregador, antes do término do mandato de seus membros, ainda que haja redução do número de empregados da empresa, exceto no caso de encerramento das atividades do estabelecimento.

CAPÍTULO IV
DO MANDATO

Art. 8.º - O mandato dos membros eleitos da CIPA terá a duração de um ano, permitida uma reeleição.

CAPÍTULO V
PROCESSO ELEITORAL

Art. 9.º Compete ao empregador convocar eleições para escolha dos representantes dos empregados na CIPA, no prazo mínimo de 60 (sessenta) dias antes do término do mandato em curso.

Art. 10.º A Comissão Eleitoral - CE, eleita pela CIPA que será a responsável pela organização e acompanhamento do processo eleitoral, que ocorrerão de acordo com a NR 5 MT, de acordo com a Portaria nº 3214, de 08 de junho de 1978.

Art. 11º Havendo participação inferior a cinquenta por cento dos empregados na votação, não haverá a apuração dos votos e a comissão eleitoral deverá organizar outra votação que ocorrerá no prazo máximo de dez dias.

Art. 12.º Assumirão a condição de membros titulares e suplentes, os candidatos mais votados.

Art. 13.º Em caso de empate, assumirá aquele que tiver maior tempo de serviço no estabelecimento. Art. 14.º Os candidatos votados e não eleitos serão relacionados na ata de eleição e apuração, em ordem decrescente de votos, possibilitando nomeação posterior, em caso de vacância de suplentes.

CAPÍTULO VI

FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Art. 15.º A CIPA funcionará de acordo com a NR 5 MT, de acordo com a Portaria nº 3214, de 08 de junho de 1978.

Art. 16.º - Serão garantidas aos membros da CIPA condições que não descaracterizem suas atividades normais na empresa, sendo vedada a transferência para outro estabelecimento sem **a sua anuência, ressalvado o disposto nos parágrafos primeiro e segundo, do art. 469, da CLT.**

Art. 17.º A CIPA terá reuniões ordinárias mensais, de acordo com o calendário preestabelecido. **Art. 18.º** As reuniões ordinárias da CIPA serão realizadas durante o expediente normal da empresa e em local apropriado.

Art. 19.º ART. A quantidade mínima de membros necessária para as deliberações da CIPA deverá ser de 50% mais um, do total de componentes.

Art. 20.º Em caso de empate no processo de votação das deliberações da CIPA, cabe ao presidente o voto de desempate.

Art.21º As reuniões da CIPA terão atas assinadas pelos presentes com encaminhamento de cópias para todos os membros.

Art.22.º As atas devem ficar no estabelecimento à disposição da fiscalização do Ministério do Trabalho e Emprego.

Art. 22º Reuniões extraordinárias deverão ser realizadas quando:

I. Houver denúncia de situação de risco grave e iminente que determine aplicação de medidas corretivas de emergência;

II. Ocorrer acidente do trabalho grave ou fatal;

III. Houver solicitação expressa de uma das representações.

Art. 23.º As decisões da CIPA serão preferencialmente por consenso.

Parágrafo único. Não havendo consenso, e frustradas as tentativas de negociação direta

ou com mediação, será instalado processo de votação, registrando-se a ocorrência na ata da reunião.

Art.24.º Das decisões da CIPA caberá pedido de reconsideração, mediante requerimento Justificado.

CAPÍTULO VII
DAS ATRIBUIÇÕES

Art.25.º – Compete a CIPA

Art.26.º Cabe ao empregador proporcionar aos membros da CIPA os meios necessários ao desempenho de suas atribuições, garantindo tempo suficiente para a realização das tarefas constantes do plano de trabalho.

Art.27.º - Cabe aos empregados:

I. Participar da eleição de seus representantes;

II. Colaborar com a gestão da CIPA;

III. Indicar à CIPA e ao empregador situações de riscos e apresentar sugestões para melhoria das condições

CAPÍTULO VIII
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 28.º Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

Art. 29.º O regimento entrará em vigor após eleição da Comissão e validação na primeira reunião.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL

Frequência de Reuniões

A CIPA terá reuniões ordinárias mensais, de acordo com o cornograma e reuniões extraordinárias deverão ser realizadas quando:

a) Houver denúncia de situação de risco grave e iminente que determine aplicação de medidas corretivas de emergência;

b) Ocorrer acidente do trabalho grave ou fatal;

c) Houver solicitação expressa de uma das representações.

CRONOGRAMA DE REUNIÕES DA COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES (CIPA)											
1° Mês				**2° Mês**				**3° Mês**			
1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana	1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana	1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana
4° Mês				**5° Mês**				**6° Mês**			
1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana	1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana	1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana
7° Mês				**8° Mês**				**9° Mês**			
1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana	1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana	1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana
10° Mês				**11° Mês**				**12°Mês**			
1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana	1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana	1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana

3.11.9 COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DA SAÚDE (GRSS)

PROPOSTA DA CONSTITUIÇÃO

A Comissão de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde (CGRSS), instituída pela Portaria no 558 de 12 de agosto de 2003, é um órgão colegiado de caráter deliberativo, assessor da Diretoria Técnica e instituído com a finalidade de organizar as regras de manipulação, gerenciamento, orientação, armazenamento, recolhimento, bem como de transporte dos resíduos gerados no ambiente hospitalar.

Finalidade

A CGRSS tem por finalidade a definição das ações que visem à implantação, implementação e manutenção do Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde Hospitalar (PGRSS).

Posição Institucional

É um órgão de assessoria diretamente vinculado à Diretoria Técnica do Hospital.

Membros

A Comissão será composta por membros dos seguintes setores:

I. Almoxarifado / Farmácia

II. Ambulatório

III. Representante do Corpo Clínico

IV. CCIH

V. Gerência Administrativa

VI. Enfermagem

VII. Engenharia e Manutenção

VIII. Hotelaria/Governança

IX. Laboratório

X. Medicina do Trabalho

XI. Nutrição

XII. SADT

XIII. Segurança do Trabalho

Sempre que a CGRSS achar pertinente, um membro de outro setor poderá ser formalmente convocado para parecer técnico e operacional do setor envolvido.

REGIMENTO INTERNO DA CGRSS

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES, OBJETIVOS, CARACTERÍSTICAS

Art. 1.º Esta Comissão foi estruturada e organizada conforme determinação da Portaria no 558 de 12 de agosto de 2003 e resolução RDC Nº 306, de 7 de dezembro de 2004 do Ministério da Saúde.

Art. 2.º A comissão segue os princípios da biossegurança de empregar medidas técnicas, administrativas e normativas para prevenir acidentes, preservando a saúde pública e o meio ambiente.

CAPÍTULO II

DAS FINALIDADES

Art. 3.º A comissão tem como finalidade o gerenciamento dos resíduos gerados no ambiente hospitalar. O gerenciamento dos RSS constitui-se em um conjunto de procedimentos de gestão, planejados e implementados a partir de bases científicas e técnicas, normativas e legais, com o objetivo de minimizar a produção de resíduos e proporcionar aos resíduos gerados,

um encaminhamento seguro, de forma eficiente, visando à proteção dos trabalhadores, a preservação da saúde pública, dos recursos naturais e do meio ambiente. benefícios à saúde pública e ao meio ambiente.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO

Art. 4.º A CGRSS deve possuir representantes das principais áreas geradoras de resíduos.

A Comissão será composta por membros dos seguintes setores: Almoxarifado, Farmácia, CCIH, Gerência Administrativa, Enfermagem, Engenharia e Manutenção, Hotelaria, Laboratório, Medicina do Trabalho, Nutrição, SADT, Segurança do Trabalho e representante do Corpo Clínico.

CAPÍTULO IV

DO MANDATO

Art.5.º O mandato dos componentes da CGRSS se extinguirá com parecer do Gerente Administrativo do Hospital Municipal de Barueri ou antecipadamente se houver motivo que justifique a cessação.

I.Tendo em vista a função estritamente técnica e a necessidade da manutenção do PGRSS, os seus membros, parcial ou totalmente, e principalmente o Responsável Técnico só poderá ser destituído por ato da Gerência Administrativa levando-se em conta questões técnicas e ou administrativas da instituição devendo ser substituído de imediato a fim de preservar a manutenção do PGRSS.

II.A Gerência Administrativa poderá a qualquer tempo e por motivo justificado, promover a substituição dos integrantes da CGRSS.

III.Será dispensado o componente que sem motivo justificado, deixar de comparecer a três reuniões consecutivas ou a seis de forma intercalada no período de um ano. Para tanto deverá estar devidamente registrada a ausência do componente da CGRSS em Ata da reunião, se não houve justificativa antecipada, poderá fazê-lo na seguinte, sendo registrado na Ata a validação.

CAPÍTULO VI

FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Art. 6.º Quanto ao funcionamento das reuniões:

I.As reuniões terão periodicidade mensal de forma ordinária e pautada.

II.As reuniões ordinárias deverão ser convocadas com o mínimo de 72 horas de antecedência e as extraordinárias com 24 horas.

III.Em caso de cancelamento da reunião, o comunicado deverá ser feito aos seus componentes preferencialmente com 48 horas de antecedência.

IV.As reuniões terão ciência da Diretoria Administrativa do Hospital e preferencialmente com a sua presença, devendo sempre ter conhecimentos dos assuntos tratados através de ata de reunião, em que constará sua assinatura.

V.Reuniões extraordinárias poderão ser convocadas por motivos relevantes e podem ser convocadas por qualquer um dos membros da comissão.

VI.As funções dos membros consultores da CGRSS não serão remuneradas.

VII.Nenhum membro da CGRSS, com exceção do seu Responsável Técnico ou substituto, poderá falar em nome da comissão sem que para isto seja expressamente autorizado.

CAPÍTULO VII
DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 7.º Comissão do Plano de Gerenciamento de Resíduos tem como atribuições:

I.Elaborar o Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Saúde, estudando e indicando as soluções viáveis para os problemas encontrados.

II.Estabelecer metas, procedimentos e rotinas relativos aos resíduos gerados.

III.Elaborar material didático e auxiliar no treinamento dos profissionais sobre o assunto.

IV.Estabelecer ações setorizadas.

V.Participar de programas de conscientização ambiental no que tange ao gerenciamento e destinação final de resíduos.

VI.Discussão e divulgação, quando houver alteração na legislação, no âmbito Municipal, Estadual e Federal, referente ao Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde.

VII.Levantar recursos existentes e necessários para implementação das ações.

VIII.Facilitar a tramitação burocrática e das informações pertinentes.

IX.Avaliar o serviço responsável pelo destino final dos resíduos sólidos através de visitas às instalações e verificação de licenças e documentos pertinentes.

Art. 8º Da Gerência Administrativa

I.Constituir formalmente a CGRSS.

II.Nomear os componentes da CGRSS por meio de ato próprio.

III.Proporcionar infra-estrutura necessária para a correta operacionalização da CGRSS.

IV.Avaliar, aprovar e fazer respeitar o Regimento Interno da CGRSS.

V.Garantir o cumprimento da legislação vigente assim como das recomendações formuladas pela Vigilância Sanitária Municipal, Estadual e do Distrito Federal e dos órgãos de apoio como o Órgão de Meio Ambiente, de Limpeza Urbana.

VI.Fomentar a educação e treinamento de todo pessoal hospitalar.

Art. 9.º Do Presidente da Comissão

I.Instalar a comissão e presidir suas reuniões.

II.Promover a convocação das reuniões.

III.Indicar membros para realizações de estudos, levantamentos e emissão de pareceres necessários para a consecução das finalidades da CGRSS.

IV.Estabelecer ordem do dia para as reuniões ordinárias e extraordinárias.

V.Tomar parte nas discussões e votações e quando for o caso exercer o direito do voto de desempate. VI. Respeitar e fazer cumprir este Regimento.

Art. 10.º Vice-Presidente da Comissão

I. Substituir o Presidente em seus impedimentos.

Art. 11.º Responsável Técnico

I.Responder aos órgãos competentes sobre a adequação da instituição as novas normas regulamentadoras.

II.Subscrever todos os documentos e resoluções da CGRSS. III. Respeitar e fazer cumprir este Regimento.

Art. 12.º Secretária

I. Convocação dos membros para as reuniões.

II. Circulação da lista de presença.

I. Redigir as atas e submetê-la à aprovação dos participantes.

II. IV. Arquivar e organizar as informações.

CAPÍTULO VIII

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 13.º Este regimento entrará em vigor no imediato instante da sua aprovação pela Gerência Administrativa do Hospital e quando formalmente ratificado os nomes dos membros

atuais da CGRSS do Hospital Municipal de Barueri ou realizada nova designação.

Art. 14.º Ficam revogados quaisquer outros Regimentos, Artigos, Disposições ou Resoluções anteriores que se referem ao Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde no âmbito do Hospital Municipal Dr. José de Carvalho Florence.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL

Frequência de Reuniões

As reuniões serão realizadas toda segunda quinta do mês, conforme cronograma em abaixo. Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo presidente da Comissão ou pelo Diretor Técnico.

CRONOGRAMA DE REUNIÕES DA COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE (CGRSS)											
1° Mês				2° Mês				3° Mês			
1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana	1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana	1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana
4° Mês				5° Mês				6° Mês			
1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana	1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana	1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana
7° Mês				8° Mês				9° Mês			
1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana	1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana	1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana
10° Mês				11° Mês				12°Mês			
1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana	1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana	1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana

3.11.10 COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTES (CIHDOTT)

PROPOSTA DA CONSTITUIÇÃO

O transplante é um tratamento efetivo para muitas doenças, sendo indicado quando todos os métodos terapêuticos falham. Muitas pessoas dependem do transplante para continuarem vivos ou para melhorar sua qualidade de vida.

Como parte da política nacional de transplantes, o Ministério da Saúde determina que

todos os hospitais, públicos, privados e filantrópicos com mais de 80 leitos constituam a Comissão IntraHospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos Para Transplantes – CIHDOTT.

Finalidade

Cabe a esta Comissão identificar os potenciais doadores (óbito com morte encefálica confirmada), realizar entrevista familiar dando a opção de doar, em caso de doação consentida a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos do Estado (CNCDO) é informada e envia para o HGPV equipe de captação para a retirada dos órgãos. Após a captação, os órgãos serão transplantados de acordo com a fila única estadual de transplantes. Além disso, cabe a CIHDOTT promover programa de educação em saúde de todos os profissionais do estabelecimento e da comunidade para compreensão do processo de doação de órgãos e tecidos.

Membros

A Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante será composta, em acordo com a Portaria do MS N°1.262, por três membros de nível superior, integrantes do corpo funcional do estabelecimento de saúde, dentre os quais 1 (um) médico designado como presidente e pelo menos (um) enfermeiro, Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para transplante.

Posição Institucional

É um órgão de assessoria diretamente vinculado à Diretoria Clínica do Hospital.

REGIMENTO INTERNO DA CRP

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES, OBJETIVOS, CARACTERÍSTICAS

Art. 1.º Esta Comissão foi estruturada e organizada conforme determinação 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 Transplante (CIHDOTT) em todos os hospitais públicos, privados e filantrópicos com mais de 80 leitos e da PORTARIA MS Nº 1.262, de 16 junho de 2006 - DOU 19.06.2006 que aprova o Regulamento Técnico para estabelecer as

atribuições, deveres e indicadores de eficiência e do potencial de doação de órgãos e tecidos relativos às Comissões Intra-hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT)

CAPÍTULO II
DAS FINALIDADES

Art. 2.º Cabe a esta Comissão identificar os potenciais doadores (óbito com morte encefálica confirmada), realizar entrevista familiar dando a opção de doar, em caso de doação consentida a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos do Estado (CNCDO) é informada e envia para o HGPV equipe de captação para a retirada dos órgãos. Após a captação, os órgãos serão transplantados de acordo com a fila única estadual de transplantes. Além disso, cabe a CIHDOTT promover programa de educação em saúde de todos os profissionais do estabelecimento e da comunidade para compreensão do processo de doação de órgãos e tecidos.

CAPÍTULO III
DA COMPOSIÇÃO

Art. 3.º A composição da comissão deverá ser constituída por membros do corpo técnico do hospital de acordo com a Portaria N°1.262 do MS.

Médico do corpo clínico como presidente

I.Médico da UTI como suplente

II.Enfermeira

Parágrafo único. Poderão fazer parte, como membros convidados, outros profissionais quando solicitados para tratar de assuntos pertinentes à Comissão.

Art. 4.º Os membros da Comissão não devem ser integrantes de equipe de transplante e/ou remoção de órgãos ou tecidos ou integrar equipe de diagnóstico de morte encefálica.

Art. 5.º O coordenador deverá ter certificação de Curso de Formação de Coordenadores IntraHospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante, ministrado pelo Sistema Nacional de

Transplante (SNT) ou pelas Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos dos Estados ou Distrito Federal, validado pelo SNT

CAPÍTULO IV

DO MANDATO

Art. 6.º A CIHDOTT deve ser nomeada pela Diretoria Técnica do Hospital

Parágrafo único. No caso de substituição de um ou mais membros, os nomes dos integrantes everão ser encaminhados ao Diretor Técnico e atualizada a nomeação.

Art. 7.º O mandato dos membros da Comissão será de 02 anos.

CAPÍTULO V

DA SEDE

Art. 8.º A Sede da Comissão será a sala de reuniões da Diretoria com a infraestrutura básica necessária para seu funcionamento.

CAPÍTULO VI

FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Art. 9.º Deverão ocorrer reuniões cada dois meses, com data, local e horário, previamente definidos e informados.

§ 1.º A ausência de um membro em três reuniões consecutivas, sem justificativa, ou ainda em seis reuniões não consecutivas, sem justificativa, durante 12 meses, gera sua exclusão automática.

§ 2.º Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da comissão, a seus critérios, poderão realizar a reunião.

§ 3.º As decisões da comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

§ 4.º As reuniões da comissão deverão ser registradas em ata resumida e arquivada em livro próprio contendo data, horário da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisões tomadas.

§ 5.º Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

§ 6.º Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, sendo convocadas pelo Presidente e, na sua ausência, pelo Vice-Presidente.

CAPÍTULO VII DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 10º Cabe à Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante:

I.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 órgãos e tecidos;

II.Identificar os recursos diagnósticos disponíveis na instituição, necessários para a avaliação do possível doador de órgãos e/ou tecidos;

III.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;

IV.Organizar, no âmbito da instituição, rotinas e protocolos que possibilitem o processo de doação de órgãos e tecidos;

V.Garantir uma adequada entrevista familiar para solicitação da doação;

VI.Promover programa de educação continuada de todos os profissionais do hospital para compreensão do processo de doação de órgãos e tecidos;

VII.Disponibilizar os insumos necessários para a captação efetiva de órgãos e tecidos no hospital.

Art. 11º Cabe à Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante, em conjunto com a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO):

I.Avaliar a capacidade da instituição, diagnosticando a potencialidade da captação de órgãos e tecidos;

II.Definir juntamente com o diretor clínico, os indicadores de qualidade, com base no número de potenciais doadores na instituição, considerando as suas características;

III.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;

IV.Adotar estratégias para otimizar a captação de órgãos e tecidos, estabelecendo metas de atuação com prazo determinado;

V.Promover programas de educação/sensibilização continuados dirigidos à comunidade; VI. estabelecer critérios de eficiência possibilitando análise de resultados.

Art. 12º Das Responsabilidades

Art. 4º A Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante tem os seguintes deveres:

I.Elaborar regimento interno e manual de atribuições, rotinas e responsabilidades;

II.Manter os registros de suas atividades (relatórios diários, formulários, atas de reuniões, documentos de notificações e doações etc).

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 no final do documento;

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 e 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.

Art. 13º Dos Indicadores de Potencial de Doação da Instituição e de Eficiência no Desempenho das Atividades. Os critérios para determinação dos indicadores do potencial de doação de órgãos e tecidos e de eficiência, utilizados para avaliar o desempenho das atividades são os seguintes:

I.Número de leitos;

II.Taxa de ocupação;

III.Tempo médio de hospitalização;

IV.Número de hospitalizações;

V.Número de leitos de uti

VI.Taxa de mortalidade geral da instituição com diagnósticos da causa base;

VII.Número total de óbitos;

VIII.Taxa de mortalidade em uti;

IX.Número de ocorrências de mortes encefálicas diagnosticadas e notificadas a cncdo; x - notificações a cncdo de potenciais doadores de tecidos;

X.No caso de doação de órgãos, o tempo médio entre a conclusão do diagnóstico de morte encefálica e entrega do corpo aos familiares e de todas as etapas intermediárias;

XI.Número de doações efetivas de córneas;

XII.Taxa de consentimento familiar em relação ao número de entrevistas realizadas;

XIII.Causas de não remoção especificadas se por contraindicação médica, condição de não- doador em vida, ausência de familiares presentes, identidade desconhecida, etc.

XIV.§ 1º a possibilidade de captação de córneas para transplante está diretamente relacionada ao número de óbitos na instituição, sendo considerado adequado:

XV.Entrevistar os familiares de pacientes falecidos no hospital oferecendo a possibilidade de doação de córneas, garantindo a efetivação da doação em um prazo máximo de 6 horas após a constatação do óbito, em 100% dos casos, excetuando-se as contra-indicações médicas definidas pela cncdo e banco de olhos vinculado.

XVI.Obter um mínimo de 20% de captação efetiva de córneas em relação aos casos entrevistados.

§ 2º A possibilidade de captação de órgãos para transplante está diretamente relacionada à ocorrência de óbitos em pacientes internados nas Unidades de Tratamento Intensivo ou unidades que disponham de equipamento de ventilação mecânica, sendo considerado adequado:

I.Notificar a CNCDO 100% dos casos de ocorrências de diagnóstico de morte encefálica conforme resolução do Conselho Federal de Medicina em vigor e Art. 13 da Lei 9434 de 4 de fevereiro de 1997, em pacientes internados nas Unidades de Tratamento Intensivo ou outras unidades no hospital que disponham de ventiladores mecânicos. A ocorrência de situações de morte encefálica nas Unidades de Tratamento Intensivo está estimada entre 10 a 14% do total de óbitos, podendo variar conforme as características do hospital.

II.Entrevistar, em 100% desses casos, os familiares do paciente falecido, oferecendo a possibilidade de doação de órgãos, excetuando-se as contra-indicações médicas, definidas pela CNCDO.

III.Obter um mínimo de 30% de efetivação da doação de órgãos sobre o total de casos notificados a CNCDO.

IV.Obter no mínimo, 60% de consentimento familiar à doação considerando os casos em que foi aplicada a entrevista familiar.

V.Conduzir todas as etapas diagnósticas de qualificação do potencial doador de órgãos em no máximo 18 horas.

§ 3º A possibilidade de captação de tecidos musculoesqueléticos, pele, válvulas cardíacas, outros tecidos e partes do corpo humano deverá ser organizada pela CNCDO em regiões de abrangência de Bancos de Tecidos específicos, facilitando os trâmites logísticos

necessários à adequada captação, acondicionamento e transporte do material coletado ao Banco de Tecidos.

§ 4º Compete ao Coordenador da Comissão, em conjunto com o Coordenador da CNCDO, determinar os indicadores para a instituição.

CAPÍTULO VIII
CAPACITAÇÃO E TREINAMENTO

Art. 14º O currículo do Curso de Formação de Coordenador Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante deve seguir as seguintes diretrizes:

I.Detecção de potencial doador;

II.Seleção do doador;

III.Manutenção do doador de órgãos e tecidos; iv - diagnóstico de morte encefálica;

IV.Entrevista familiar para doação e atenção à família do doador; V. Retirada dos órgãos e tecidos;

VI.Meios de preservação e acondicionamento dos órgãos e tecidos;

VII.Transporte dos órgãos e tecidos;

VIII.Informações sobre o doador a cncdo;

IX.Recomposição do corpo do doador;

X.Logística do processo doação-transplante;

XI. Ética em doação e transplante; XII. Critérios de distribuição de órgãos; e XIII. Aspectos legais.

Parágrafo único. A carga horária estabelecida para o Curso de Formação de Coordenador IntraHospitalar de Transplante deve ser de no mínimo 24 horas.

CAPÍTULO IX
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 15.º Os casos omissos serão resolvidos pelos membros da Comissão, em conjunto com a Diretoria Clínica e Diretoria Técnica.

Art. 16.º Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

Art. 17.º O regimento entrará em vigor após aprovação da Diretoria Técnica e Diretoria Clínica.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL

Frequência de Reuniões

As reuniões serão realizadas uma vez cada dois meses, conforme cronograma em abaixo. Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo presidente da Comissão, pelo Diretor Clínico ou pelo Diretor Técnico.

3.11.11 COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM

CRONOGRAMA DE REUNIÕES DA COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ORGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTES (CIHDOTT)											
1° Mês				**2° Mês**				**3° Mês**			
1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana	1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana	1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana
4° Mês				**5° Mês**				**6° Mês**			
1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana	1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana	1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana
7° Mês				**8° Mês**				**9° Mês**			
1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana	1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana	1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana
10° Mês				**11° Mês**				**12°Mês**			
1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana	1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana	1° Semana	2° Semana	3° Semana	4° Semana

Definição:

A Comissão de Ética de Enfermagem (CEEn) é órgão representativo do Conselho Regional de Enfermagem, de caráter permanente, com funções educativas, fiscalizadoras e consultivas do exercício profissional e ético de enfermagem nessa Instituição.

A Comissão de Ética de Enfermagem tem como objetivos:

-Fortalecer o componente ético na prática da enfermagem.

-Divulgar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e demais normas disciplinares e éticas do exercício profissional.

-Incentivar a organização das Comissões de Ética de Enfermagem em todas as instituições

onde houver atividades de enfermagem.

-Assessorar os profissionais de enfermagem na criação de Comissão de Ética de Enfermagem.

-Sensibilizar os profissionais de enfermagem sobre a importância da notificação e averiguação das intercorrências no exercício ético dos profissionais de enfermagem.

Considerações Gerais:

A Comissão de Ética de Enfermagem norteará suas atividades pelo regimento e pelas normas ético-legais do Sistema COFEN/CORENs.

O órgão de enfermagem da instituição deverá garantir as condições necessárias para o desenvolvimento das atividades da Comissão de Ética.

O COREN-SP prestará assessoria à Comissão de Ética quando se fizer necessário.

Finalidades:

A Comissão de Ética de Enfermagem é reconhecida pela Diretoria Técnica estabelecendo com a mesma uma relação de independência e autonomia, em assuntos pertinentes à ética. A Comissão de Ética de Enfermagem tem por finalidade:

-fortalecer o componente ético dos profissionais de enfermagem da * através da análise das intercorrências notificadas, por meio de denúncia formal e/ou auditoria.

-divulgar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e demais normas disciplinares e éticas do exercício profissional.

-colaborar com o COREN no combate ao exercício ilegal da profissão.

Organização e composição:

A Comissão de Ética de Enfermagem deverá ser composta por enfermeiros, técnicos e/ou

auxiliares de enfermagem.

A Comissão de Ética de Enfermagem terá um Presidente, um Vice-Presidente e um Secretário.

As funções do Presidente e Vice-Presidente deverão ser exercidas exclusivamente por enfermeiros e adaptar à realidade dessa Instituição.

Disposições gerais:

A Comissão de Ética de Enfermagem reunir-se-á uma vez por mês ordinariamente, em dia,

hora e local pré-determinados, podendo reunir-se extraordinariamente quando houver necessidade.

A ausência não justificada em mais de 3 (três) reuniões consecutivas e/ou alternadas excluirá automaticamente o membro efetivo da Comissão de Ética de Enfermagem, devendo ser convocado o respectivo suplente.

O Órgão de Enfermagem da Instituição garantirá as condições necessárias para o desenvolvimento das atividades da Comissão de Ética de Enfermagem.

REGIMENTO INTERNO
COMISSÃO ÉTICA ENFERMAGEM

CAPITULO I
DEFINIÇÃO

I. As Comissões de Éticas de Enfermagem (C.E.E.) constituem, por delegação do Conselho Regional de Enfermagem, uma atividade das Instituições de prestação de serviço de Enfermagem, estando a ele vinculadas, tendo funções educativas, fiscalizadoras e consultivas do exercício profissional e ético dos profissionais de enfermagem nas referidas Instituições.

II. As Comissões de Éticas de Enfermagem são vinculadas ao COREN-SP e devem manter a sua autonomia em relação às Instituições onde atuam, não podendo ter qualquer vinculação ou subordinação à Enfermeira Responsável Técnica ou a Gerência/Diretoria de Enfermagem da instituição.

Parágrafo Único - Cabe ao Enfermeiro Responsável Técnico prover condições necessárias ao desenvolvimento do trabalho da C.E.E.

CAPITULO II

OBJETIVOS GERAIS

I. Divulgar o Código de Ética de Enfermagem - CEE e demais normas disciplinares do exercício profissional na Instituição;

I.Representar o COREN-SP junto à Instituição;

II.Orientar a equipe de enfermagem a desenvolver a assistência com qualidade e dentro dos pressupostos éticos e legais;

III.Prestar orientações sobre assuntos referentes ao exercício ético e legal aos colaboradores da Instituição;

IV.Promover medidas educativas que orientem os Profissionais de Enfermagem sobre os problemas, desafios e limites na prestação da assistência de enfermagem em consonância com os princípios éticos;

V.Promover e participar de eventos visando à reflexão, aprimoramento e atualização, buscando uma assistência de enfermagem com qualidade e livre de riscos.

CAPITULO III

DA COMPOSIÇÃO, ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA

Art. 1 – A Comissão de Ética de Enfermagem será composta por 01 (um) Presidente, 01 (um) Secretário e demais membros efetivos e suplentes, eleitos das categorias: Enfermeiros, técnico e ou auxiliar de enfermagem com vinculo empregatício com a Instituição.

Art. 2 - O Cargo de Presidente somente poderá ser preenchido por enfermeiro;

Art. 3 - A Comissão de Ética será instalada obedecendo aos seguintes critérios de proporcionalidade:

a)A Comissão de Ética de Enfermagem será composta por 7 (sete) membros efetivos, sendo 4 (quatro) enfermeiros e 3 (três) técnicos ou auxiliares de enfermagem e igual número de suplentes.

b)A representação será com base no número de enfermeiros efetivos na instituição.

Art. 4 – O tempo de mandato da CEE no Complexo Hospitalar Ouro Verde será de 03 (três) anos, sendo admitida uma reeleição.

CAPITULO IV

DA COMPETÊNCIA

Art. 5 - Compete às Comissões de Ética de Enfermagem:

a) Divulgar e fiscalizar o cumprimento do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, da Lei e do Decreto acerca do Exercício Profissional, assim como as Resoluções emanadas pelo COFEN e Decisões do COREN-SP;

b) Colaborar com o COREN-SP Sub Seção São José dos Campos na tarefa de discutir, divulgar, educar e orientar os temas relativos à Enfermagem.

c) Comunicar ao COREN-SP Sub Seção Campinas a ausência de condições de trabalho

da equipe de enfermagem, que venham a comprometer a qualidade da assistência de Enfermagem prestada ao cliente.

d) Comunicar ao COREN-SP Sub Seção Campinas o exercício ilegal da profissão, bem como quaisquer indícios de infração à Lei do Exercício Profissional ou dispositivo ético vigente.

e) Instaurar sindicância instrui-la e elaborar relatório, sem emitir juízo, encaminhando-a ao Enfermeiro Responsável Técnico, para as providências administrativas se houver e ao CORENSP Sub Seção São José dos Campos conforme norma própria.

f) Solicitar ao Presidente do COREN-SP, apoio técnico de um Conselheiro, quando o fato ocorrido assim o requeira.

g)Comunicar ao COREN-SP Sub Seção Campinas indícios de exercício ilegal, bem como a prática irregular da assistência aos pacientes por qualquer membro da equipe de Saúde da Instituição.

h)Propor e participar em conjunto com o Responsável Técnico e Educação Continuada de Enfermagem, ações preventivas junto à equipe de enfermagem.

Art. 6 - Compete aos membros da Comissão de Ética de Enfermagem:

a)Eleger Presidente e Secretário.

b)Comparecer às reuniões da Comissão, discutindo e opinando sobre as matérias em pauta.

c)Garantir o exercício do amplo direito de defesa àqueles que vierem responder sindicâncias.

d)Desenvolver demais atribuições previstas no presente regimento.

Art. 7 - Compete ao Presidente da Comissão de Ética de Enfermagem

a)Presidir, coordenar e dirigir as reuniões da Comissão.

b)Planejar e controlar as atividades programadas.

c)Elaborar relatório com os resultados dos casos analisados e encaminhar à chefia/diretoria/supervisão de enfermagem para ciência e demais providências administrativas.

d)Elaborar relatório de acordo com o preconizado e encaminhar ao COREN-SP Sub Seção São José dos Campos.

e)Representar a Comissão de Ética de Enfermagem perante as instâncias superiores, inclusive no COREN-SP Sub Seção Campinas.

f)Solicitar a participação de membros suplentes nos trabalhos, quando necessário.

g)Solicitar ao Presidente do COREN-SP, apoio da Superintendência Técnica, quando o caso assim requeira.

h)Nomear os membros sindicantes para convocar e realizar audiências.

Art. 8 - Compete ao Secretário da Comissão de Ética de Enfermagem:

a)Secretariar as reuniões e registrá-la em ata.

b)Verificar o quórum nas sindicâncias.

c)Colaborar com o presidente nos trabalhos atribuídos à C.E.E.

d)Realizar as convocações dos denunciados e denunciantes, bem como das testemunhas.

e)Organizar arquivo referente aos relatórios de sindicância.

CAPÍTULO V
DAS ELEIÇÕES

Art. 9 - Os membros da Comissão de Ética de Enfermagem serão eleitos através de voto facultativo secreto e direto preferencialmente, na impossibilidade, poderá ser através de indicação do Enfermeiro Responsável Técnico ou manifestação voluntária de candidatos.

Art. 10 - Os candidatos serão subdivididos em dois grupos:

oGrupo I correspondente ao Quadro I, da categoria de Enfermeiros;

oGrupo II correspondente aos quadros II e III, respectivamente dos Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.

Art. 11 - A convocação da eleição será feita pelo Enfermeiro Responsável Técnico, por Oficio a ser divulgado na Instituição no período de 60 (sessenta) dias antes da eleição.

Art. 12 - O Enfermeiro Responsável Técnico designará uma Comissão Eleitoral com a competência de organizar, divulgar, dirigir e supervisionar todo o processo eleitoral.

Parágrafo único - Os membros Comissão Eleitoral não podem ser candidatos à C.E.E.

Art. 13 - Os candidatos farão sua inscrição individualmente, com a antecedência mínima de 30 (trinta) dias da data da eleição e a lista dos inscritos divulgada na Instituição, por ordem alfabética, durante o período mínimo de uma semana.

Parágrafo único - A lista de candidatos deverá ser enviada ao COREN-SP para apreciação das condições necessárias de elegibilidade.

Art. 14 - Os candidatos ao pleito deverão apresentar os seguintes requisitos:

IEstar com a situação inscricional regularizada junto ao COREN-SP seja ela definitiva ou provisória, inclusive com a inexistência de débitos junto ao COREN-SP.

IIQuando for inscrição provisória, o candidato deverá efetuar renovação ou inscrição definitiva 10 dias antes da data de vencimento.

IIINão estar envolvido em processo ético no COREN-SP.

IVNão estar respondendo a nenhum processo administrativo na instituição.

Art. 15 - A apuração será realizada pelo (a) Presidente da Comissão Eleitoral, imediatamente após o encerramento do processo, podendo ser assistida por todos os interessados.

§ 1º - Serão considerados eleitos os candidatos que obtiverem o maior número de votos válidos no Grupo I e Grupo II, e os resultados finais deverão ser enviados ao COREN-SP Sub Seção Campinas no prazo máximo de 10 dias após o pleito.

§ 2º - Em caso de empate entre dois ou mais candidatos da mesma categoria, proceder ao desempate utilizando-se do critério de maior tempo de exercício profissional na instituição na categoria eleita. Persistindo empate, deverá ser utilizado o tempo de inscrição no Conselho. Art. 16 - Recursos e protestos contra qualquer fato relativo ao processo eleitoral, ou contra algum candidato eleito, indicados ou voluntários, deverão ser formalizados por escrito dentro de no máximo 48 horas após a eleição e encaminhados, em primeira instância à Comissão Eleitoral e por último, a instância superior COREN-SP Sub Seção São José dos Campos.

Parágrafo único - Quando se tratar de candidato indicado ou voluntário, encaminhar por escrito ao COREN-SP Sub Seção Campinas.

Art. 17 - Homologados os resultados, os membros eleitos serão empossados pelo Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo.

CAPÍTULO V
DO FUNCIONAMENTO

Art. 18 - A Comissão de Ética de Enfermagem eleita deverá estabelecer cronograma de reunião trimestral ordinariamente e reunir-se de forma extraordinária, quando necessário.

Art. 19 - Os atos da Comissão de Ética de Enfermagem relativos à sindicância ou fiscalização, deverão ser sigilosos.

Art. 20 - As deliberações da C.E.E. serão por maioria simples, sendo prerrogativa do Presidente o voto minerva em caso de empate.

Art. 21 - As sindicâncias instauradas pela Comissão de Ética obedecerão aos preceitos contidos neste Regimento.

Art. 22 - A sindicância deverá ser instaurada mediante:

a)Denuncia por escrito, devidamente identificada e, se possível, fundamentada;

b)Denuncia por escrito do Responsável Técnico de Enfermagem;

c)Deliberação da própria Comissão de Ética de Enfermagem;

d)Determinação do Conselho Regional de Enfermagem.

Art. 23 - Aberta a sindicância, a Comissão de Ética de Enfermagem informará o fato aos envolvidos, procedendo à convocação, se for o caso, para esclarecimentos ou manifestação por escrito em prazo previamente estabelecido.

Parágrafo único - O profissional de enfermagem que não atender as convocações ou solicitações da C.E.E, deverá ser encaminhado para análise do COREN-SP Sub Seção São José dos Campos.

Art. 24 - Todos os documentos relacionados com os fatos, quais sejam, cópias dos prontuários, livros de registros administrativos, ou outros que possam auxiliar na elucidação dos fatos, deverão ser mantidos junto à sindicância.

Parágrafo único - O acesso a estes documentos e aos autos é facultado somente às partes e à Comissão de Ética de Enfermagem, preservando assim o sigilo.

Art. 25 - O Presidente da Comissão de Ética de Enfermagem nomeará um membro sindicante para realizar audiências, analisar documentos e elaborar relatório à Comissão.

Art. 26 - Concluída a coleta de informações, a Comissão de Ética de Enfermagem deverá reunir-se para analisar e emitir relatório final, sem emitir juízo.

Parágrafo único - Caso necessário, a Comissão de Ética de Enfermagem poderá solicitar novas diligências para melhor elucidar os fatos.

Art. 27 - Quando for evidenciada a existência de indícios de infração ética, a sindicância deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Enfermagem, para a tramitação competente.

Art. 28 - Quando o fato for menor gravidade e que não tenham acarretado danos a terceiros, sem infringir ao Código de Ética, poderá procurar a conciliação entre as partes envolvidas e proceder a orientações.

§ 1º - Ocorrendo à conciliação, a Comissão lavrará tal fato em ata específica.

§ 2º - Não ocorrendo conciliação, a sindicância seguirá seu trâmite normal.

Art. 29 - Ocorrendo denuncia envolvendo um membro da Comissão de Ética de Enfermagem, o mesmo deverá ser afastado da Comissão, enquanto perdurar a sindicância.

CAPÍTULO VII

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 30 - Na desistência de um ou mais membros efetivos da C.E.E., estes serão substituídos automaticamente pelos suplentes, de acordo com o número de votos,

comunicando-se o fato ao COREN-SP Sub Seção São José dos Campos.

Art. 31 - A ausência não justificada a mais de 3 (três) reuniões consecutivas e/ou alternadas excluirá automaticamente o membro efetivo, sendo convocado o suplente correspondente.

Art. 32 - Havendo necessidade da presença de profissionais de outras áreas, os mesmos poderão participar dos trabalhos de sindicância na qualidade de convidados, comunicando-se o fato ao CORENSP Sub Seção São José dos Campos.

Art. 33 - As determinações deste Regulamento terão efeito a partir da publicação da presente Decisão. Art. 34 - As Comissões de Éticas de Enfermagem já instaladas deverão adequar-se no que tange ao quantitativo opcionalmente, ou adequar-se na próxima gestão, no entanto toda matéria regulamentar da sindicância e encaminhamento de relatórios, ao COREN-SP, deverá ser modificada, na vigência desta Decisão.

3.11.12 COMISSÃO DE ÉTICA E PESQUISA

PROPOSTA DA CONSTITUIÇÃO

Os avanços tecnológicos em todas as áreas da ciência foram se tornando cada vez maiores. Isto significa que a bioética tem assumido uma relevância científica e social cada dia mais importante, já que responde à necessidade de dar sentido moral às práticas científicas envolvendo seres vivos, notadamente seres humanos, constituindo-se também em uma ferramenta para o enfrentamento de dilemas éticos (SCHRAMM, 2002)

Uma Comissão de Ensino e Pesquisa é, sobretudo, um adequado recurso para orientar a pesquisa quanto ao seu imprescindível papel em favor da vida, ou seja, orientação bioética.

Finalidade

A COMEP é um órgão independente, com objetivo de salvaguarda dos direitos e da dignidade dos sujeitos da pesquisa, bem como de contribuição para o desenvolvimento dos padrões éticos na pesquisa.

Membros

De acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o COMEP será constituída por 09 (nove) membros efetivos, sendo 08 (oito) do quadro de funcionários, dos

diversos departamentos e 01 (um) membro da sociedade local, representante dos usuários dos serviços de ensino, pesquisa e extensão.

Terá sempre caráter multi e transdisciplinar, não devendo haver mais que metade de seus membros pertencentes à mesma categoria profissional, participando pessoas 12 dos dois sexos. Poderá ainda contar com consultores "ad hoc", pessoas pertencentes ou não à instituição, com a finalidade de fornecer subsídios técnicos.

Posição Institucional

É um órgão de assessoria diretamente vinculado à Diretoria Técnica do Hospital.

REGIMENTO INTERNO DO COMITÊ DE ÉTICA

CAPÍTULO I - DEFINIÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Art. 1º -O Comitê de Ética em Pesquisas (CEP), constituído pelo Hospital Municipal "Dr. José de Carvalho Florence" (HMJCF), previsto no item VII.2 da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (publicada no DOU de 12 de dezembro de 2012), é um colegiado interdisciplinar e independente, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro dos padrões éticos.

CAPÍTULO II
DAS ATRIBUIÇÕES DO CEP

Art. 2º -Constituem deveres fundamentais do Comitê de Ética em Pesquisa do HMJCF:

I– Avaliar protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos, com prioridade nos temas de relevância pública e de interesse estratégico para o SUS, com base nos indicadores epidemiológicos, emitindo parecer, devidamente justificado, sempre orientado, dentre outros, pelos princípios de impessoalidade, transparência, razoabilidade, evitando redundâncias que resultem em morosidade na análise;

II– Desempenhar papel consultivo e educativo em questões de ética; III – Elaborar Regimento Interno.

CAPÍTULO III -

DOS ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

As pesquisas envolvendo seres humanos devem atender aos fundamentos éticos e científicos pertinentes.

Art 3º - A eticidade da pesquisa implica em: I – respeito ao participante da pesquisa em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, por intermédio de manifestação expressa, livre e esclarecida; II – ponderação entre riscos e benefícios, tanto conhecidos como potenciais, individuais ou coletivos, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos;

III– garantia de que danos previsíveis serão evitados;

IV– relevância social da pesquisa, o que garante a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio-humanitária.

Art. 4º - As pesquisas, em qualquer área do conhecimento envolvendo seres humanos, deverão observar as seguintes exigências:

I– ser adequada aos princípios científicos que a justifiquem e com possibilidades concretas de responder a incertezas;

II– estar fundamentada em fatos científicos, experimentação prévia e/ou pressupostos adequados à área específica da pesquisa;

III– ser realizada somente quando o conhecimento que se pretende obter não possa ser obtido por outro meio;

IV– buscar sempre que prevaleçam os benefícios esperados sobre os riscos e/ou desconfortos previsíveis;

V– utilizar os métodos adequados para responder às questões estudadas, especificando-os, seja a pesquisa qualitativa, quantitativa ou quali-quantitativa;

VI– se houver necessidade de distribuição aleatória dos participantes da pesquisa em grupos experimentais e de controle, assegurar que, a priori, não seja possível estabelecer as vantagens de um procedimento sobre outro, mediante revisão de literatura, métodos observacionais ou métodos que não envolvam seres humanos;

VII– obter consentimento livre e esclarecido do participante da pesquisa e/ou seu representante legal, inclusive nos casos das pesquisas que, por sua natureza, impliquem justificadamente, em consentimento a posteriori;

VIII– contar com os recursos humanos e materiais necessários que garantam o bem-

estar do participante da pesquisa, devendo o(s) pesquisador(es) possuir(em) capacidade profissional adequada para desenvolver sua função no projeto proposto;

IX– prever procedimentos que assegurem a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização dos participantes da pesquisa, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou de aspectos econômico-financeiros;

X– ser desenvolvida preferencialmente em indivíduos com autonomia plena. Indivíduos ou grupos vulneráveis não devem ser participantes de pesquisa quando a informação desejada possa ser obtida por meio de participantes com plena autonomia, a menos que a investigação possa trazer benefícios aos indivíduos ou grupos vulneráveis;

XI– respeitar sempre os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, como também os hábitos e costumes, quando as pesquisas envolverem comunidades;

XII– garantir que as pesquisas em comunidades, sempre que possível, traduzir-se-ão em benefícios cujos efeitos continuem a se fazer sentir após sua conclusão. Quando, no interesse da comunidade, houver benefício real em incentivar ou estimular mudanças de costumes ou comportamentos, o protocolo de pesquisa deve incluir, sempre que possível, disposições para comunicar tal benefício às pessoas e/ou comunidades;

XIII– comunicar às autoridades competentes, bem como aos órgãos legitimados pelo Controle Social, os resultados e/ou achados da pesquisa, sempre que estes puderem contribuir para a melhoria das condições de vida da coletividade, preservando, porém, a imagem e assegurando que os participantes da pesquisa não sejam estigmatizados;

XIV– assegurar aos participantes da pesquisa os benefícios resultantes do projeto, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa;

XV– assegurar aos participantes da pesquisa as condições de acompanhamento, tratamento, assistência integral e orientação, conforme o caso, enquanto necessário, inclusive nas pesquisas de rastreamento;

XVI– comprovar, nas pesquisas conduzidas no exterior ou com cooperação estrangeira, os compromissos e as vantagens, para os participantes das pesquisas e para o Brasil, decorrentes de sua realização. Nestes casos deve ser identificado o pesquisador e a instituição nacional, responsáveis pela pesquisa no Brasil. Os estudos patrocinados no exterior também deverão responder às necessidades de transferência de conhecimento e tecnologia para a equipe brasileira, quando aplicável e, ainda, no caso do desenvolvimento de novas drogas, se comprovadas sua segurança e eficácia, é obrigatório seu registro no Brasil;

XVII– utilizar o material e os dados obtidos na pesquisa exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo, ou conforme o consentimento do participante;

XVIII– levar em conta, nas pesquisas realizadas em mulheres em idade fértil ou em mulheres grávidas, a avaliação de riscos e benefícios e as eventuais interferências sobre a fertilidade, a gravidez, o embrião ou o feto, o trabalho de parto, o puerpério, a lactação e o recém-nascido;

XIX– considerar que as pesquisas em mulheres grávidas devem ser precedidas de pesquisas em mulheres fora do período gestacional, exceto quando a gravidez for o objeto fundamental da pesquisa;

XX– garantir, para mulheres que se declarem expressamente isentas de risco de gravidez, quer por não exercerem práticas sexuais ou por as exercerem de forma não reprodutiva, o direito de participarem de pesquisas sem o uso obrigatório de contraceptivos; e

XXI– ser descontinuada somente após análise e manifestação, por parte do Sistema CEP/CONEP/CNS/MS que a aprovou, das razões dessa descontinuidade, a não ser em casos de justificada urgênciaem benefício de seus participantes.

Art. 5º - As pesquisas que utilizam metodologias experimentais na área biomédica, envolvendo seres humanos, além do preconizado no Art. 4º deverão ainda:

I – estar fundamentadas na experimentação prévia, realizada em laboratórios, utilizando- se animais ou outros modelos experimentais e comprovação científica, quando pertinente; II – ter plenamente justificadas, quando for o caso, a utilização de placebo, em termos de não maleficência e de necessidade metodológica, sendo que os benefícios, riscos, dificuldades e efetividade de um novo método terapêutico devem ser testados, comparando-o com os melhores métodos profiláticos, diagnósticos e terapêuticos atuais. Isso não exclui o uso de placebo ou nenhum tratamento em estudos nos quais não existam métodos provados de profilaxia, diagnóstico ou tratamento;

III – utilizar o material biológico e os dados obtidos na pesquisa exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo, ou conforme o consentimento dado pelo participante da pesquisa; IV – assegurar a todos os participantes ao final do estudo, por parte do patrocinador, acesso gratuito e por tempo indeterminado, aos melhores métodos profiláticos, diagnósticos e terapêuticos que se demonstraram eficazes:

IV.a – o acesso também será garantido no intervalo entre o término da participação individual e o final do estudo, podendo, nesse caso, esta garantia ser dada por meio de estudo de extensão, de acordo com análise devidamente justificada do médico assistente do

participante.

CAPÍTULO IV

DO PROCESSO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe com consentimento livre e esclarecido dos participantes, indivíduos ou grupos que, por si e/ou por seus representantes legais, manifestem a sua anuência à participação na pesquisa.

Entende-se por Processo de Consentimento Livre e Esclarecido todas as etapas a serem necessariamente observadas para que o convidado a participar de uma pesquisa possa se manifestar, de forma autônoma, consciente, livre e esclarecida.

Art. 6º - A etapa inicial do Processo de Consentimento Livre e Esclarecido é a do esclarecimento ao convidado a participar da pesquisa, ocasião em que o pesquisador, ou pessoa por ele delegada e sob sua responsabilidade, deverá:

I – buscar o momento, condição e local mais adequados para que o esclarecimento seja efetuado, considerando, para isso, as peculiaridades do convidado a participar da pesquisa e sua privacidade; II – prestar informações em linguagem clara e acessível, utilizando-se das estratégias mais apropriadas à cultura, faixa etária, condição socioeconômica e autonomia dos convidados a participar da pesquisa;

III – conceder o tempo adequado para que o convidado a participar da pesquisa possa refletir, consultando, se necessário, seus familiares ou outras pessoas que possam ajudá-los na tomada de decisão livre e esclarecida.

Art. 7º - Superada a etapa inicial de esclarecimento, o pesquisador responsável, ou pessoa por ele delegada, deverá apresentar, ao convidado para participar da pesquisa, ou a seu representante legal, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para que seja lido e compreendido, antes da concessão do seu consentimento livre e esclarecido.

Art. 8º - O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deverá conter, obrigatoriamente:

I– justificativa,os objetivos e os procedimentos que serão utilizados na pesquisa, com o detalhamento dos métodos a serem utilizados, informando a possibilidade de inclusão em grupo controle ou experimental, quando aplicável;

II– explicitação dos possíveis desconfortos e riscos decorrentes da participação na pesquisa, além dos benefícios esperados dessa participação e apresentação das providências e cautelas a serem empregadas para evitar e/ou reduzir efeitos e condições adversas que possam causar dano, considerando características e contexto do participante da

pesquisa;

III– esclarecimento sobre a forma de acompanhamento e assistência a que terão direito os participantes da pesquisa, inclusive considerando benefícios e acompanhamentos posteriores ao encerramento e/ ou a interrupção da pesquisa;

IV– garantia de plena liberdade ao participante da pesquisa, de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;

V– garantia de manutenção do sigilo e da privacidade dos participantes da pesquisa durante todas as fases da pesquisa;

VI– garantia de que o participante da pesquisa receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;

VII– explicitação da garantia de ressarcimento e como serão cobertas as despesas tidas pelos participantes da pesquisa e dela decorrentes; e

VIII– explicitação da garantia de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa. **Art. 9º -** O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido nas pesquisas que utilizam metodologias experimentais na área biomédica, envolvendo seres humanos, além do previsto no Art. 8º supra, deve observar, obrigatoriamente, o seguinte:

I– explicitar, quando pertinente, os métodos terapêuticos alternativos existentes;

II– esclarecer, quando pertinente, sobre a possibilidade de inclusão do participante em grupo controle ou placebo, explicitando, claramente, o significado dessa possibilidade;

III– não exigir do participante da pesquisa, sob qualquer argumento, renúncia ao direito à indenização por dano. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido não deve conter ressalva que afaste essa responsabilidade ou que implique ao participante da pesquisa abrir mão de seus direitos, incluindo o direito de procurar obter indenização por danos eventuais.

Art. 10º - O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deverá, ainda:

I– conter declaração do pesquisador responsável que expresse o cumprimento das exigências contidas nos Art. 8• e Art. 9º, este último se pertinente;

II– ser adaptado, pelo pesquisador responsável, nas pesquisas com cooperação estrangeira concebidas em âmbito internacional, às normas éticas e à cultura local, sempre com linguagem clara e acessível a todos e, em especial, aos participantes da pesquisa, tomando o especial cuidado para que seja de fácil leitura e compreensão; III – ser aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado e pela CONEP, quando pertinente;

IV – ser elaborado em duas vias, rubricadas em todas as suas páginas e assinadas, ao seu término, pelo convidado a participar da pesquisa, ou por seu representante legal, assim como pelo pesquisador responsável, ou pela (s) pessoa (s) por ele delegada (s), devendo as páginas

de assinaturas estar na mesma folha. Em ambas as vias deverão constar o endereço e contato telefônico ou outro, dos responsáveis pela pesquisa e do CEP local.

Art. 11º- Nos casos de restrição da liberdade ou do esclarecimento necessários para o adequado consentimento, deve-se, também, observar:

I– em pesquisas cujos convidados sejam crianças, adolescentes, pessoas com transtorno ou doença mental ou em situação de substancial diminuição em sua capacidade de decisão, deverá haver justificativa clara de sua escolha, especificada no protocolo e aprovada pelo CEP, e pela CONEP, quando pertinente. Nestes casos deverão ser cumpridas as etapas do esclarecimento e do consentimento livre e esclarecido, por meio dos representantes legais dos convidados a participar da pesquisa, preservado o direito de informação destes, no limite de sua capacidade;

II– a liberdade do consentimento deverá ser particularmente garantida para aqueles participantes de pesquisa que, embora plenamente capazes, estejam expostos a

condicionamentos específicos, ou à influência de autoridade, caracterizando situações passíveis de limitação da autonomia, como estudantes, militares, empregados, presidiários e internos em centros de readaptação, em casas-abrigo, asilos, associações religiosas e semelhantes, assegurando-lhes inteira liberdade de participar, ou não, da pesquisa, sem quaisquer represálias;

III– as pesquisas em pessoas com o diagnóstico de morte encefálica deverão atender aos seguintes requisitos:

a– documento comprobatório da morte encefálica;

b– consentimento explícito, diretiva antecipada da vontade da pessoa, ou consentimento dos familiares e/ou do representante legal; c – respeito à dignidade do ser humano;

d– inexistência de ônus econômico-financeiro adicional à família;

e– inexistência de prejuízo para outros pacientes aguardando internação ou tratamento; f – possibilidade de obter conhecimento científico relevante, ou novo, que não possa ser obtido de outra maneira;

IV– que haja um canal de comunicação oficial do governo, que esclareça as dúvidas de forma acessível aos envolvidos nos projetos de pesquisa, igualmente, para os casos de diagnóstico com morte encefálica;

V– em comunidades cuja cultura grupal reconheça a autoridade do líder ou do coletivo sobre o indivíduo, a obtenção da autorização para a pesquisa deve respeitar tal particularidade, sem prejuízo do consentimento individual, quando possível e desejável. Quando

a legislação brasileira dispuser sobre competência de órgãos governamentais, a exemplo da Fundação Nacional do Índio - FUNAI, no caso de comunidades indígenas, na tutela de tais comunidades, tais instâncias devem autorizar a pesquisa antecipadamente.

Art. 12º - Na pesquisa que dependa de restrição de informações aos seus participantes, tal fato deverá ser devidamente explicitado e justificado pelo pesquisador responsável ao Sistema CEP/CONEP. Os dados obtidos a partir dos participantes da pesquisa não poderão ser usados para outros fins além dos previstos no protocolo e/ou no consentimento livre e esclarecido.

Art.13º - Nos casos em que seja inviável a obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ou que esta obtenção signifique riscos substanciais à privacidade e confidencialidade dos dados do participante ou aos vínculos de confiança entre pesquisador e pesquisado, a dispensa do TCLE deve ser justificadamente solicitada pelo pesquisador responsável ao Sistema CEP/CONEP, para apreciação, sem prejuízo do posterior processo de esclarecimento.

CAPÍTULO V

DOS RISCOS E BENEFÍCIOS

Toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados. Quanto maiores e mais evidentes os riscos, maiores devem ser os cuidados para minimizá-los e a proteção oferecida pelo Sistema CEP/CONEP aos participantes. Devem ser analisadas possibilidades de danos imediatos ou posteriores, no plano individual ou coletivo. A análise de risco é componente imprescindível à análise ética, dela decorrendo o plano de monitoramento que deve ser oferecido pelo CEP em cada caso específico.

Art. 14º - As pesquisas envolvendo seres humanos serão admissíveis quando:

I– o risco se justifique pelo benefício esperado;

II– no caso de pesquisas experimentais da área da saúde, o benefício seja maior, ou, no mínimo, igual às alternativas já estabelecidas para a prevenção, o diagnóstico e o tratamento.

Art. 15º - São admissíveis pesquisas cujos benefícios a seus participantes forem exclusivamente indiretos, desde que consideradas as dimensões física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual desses.

Art. 16º - O pesquisador responsável, ao perceber qualquer risco ou dano significativos ao participante da pesquisa, previstos, ou não, no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, deve comunicar o fato, imediatamente, ao CEP, e avaliar, em caráter

emergencial, a necessidade de adequar ou suspender o estudo.

Art.17º - Nas pesquisas na área da saúde, tão logo constatada a superioridade significativa de uma intervenção sobre outra(s) comparativa(s), o pesquisador deverá avaliar a necessidade de adequar ou suspender o estudo em curso, visando oferecer a todos os benefícios do melhor regime.

Art.18º - O CEP deverá ser informado de todos os fatos relevantes que alterem o curso normal dos estudos por ele aprovados e, especificamente, nas pesquisas na área da saúde, dos efeitos adversos e da superioridade significativa de uma intervenção sobre outra ou outras comparativas.

Art.19º - O pesquisador, o patrocinador e as instituições e/ou organizações envolvidas nas diferentes fases da pesquisa devem proporcionar assistência imediata, nos termos da Resolução CNS nº466/12, em seu item II.3, bem como responsabilizarem-se pela assistência integral aos participantes da pesquisa no que se refere às complicações e danos decorrentes da pesquisa.

Art. 20º - Os participantes da pesquisa que vierem a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, previsto ou não no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, têm direito à indenização, por parte do pesquisador, do patrocinador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa.

CAPÍTULO VI

DO PROTOCOLO DE PESQUISA

Art. 21º - O protocolo de pesquisa a ser submetido à revisão ética somente será apreciado se for apresentada toda documentação solicitada pelo Sistema CEP/CONEP, como apresentada na norma operacional nº 001/2013, em seu anexo II, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, considerada a natureza e as especificidades de cada pesquisa. A Plataforma BRASIL é o sistema oficial de lançamento de pesquisas para análise e monitoramento do Sistema CEP/CONEP.

CAPÍTULO VII

DO PROCEDIMENTO DE ANÁLISE ÉTICA

Art. 22º - DAS COMPETÊNCIAS I.Compete ao CEP, após análise, emitir parecer devidamente motivado, no qual se apresente de forma clara, objetiva e detalhada, a

decisão do colegiado, em prazo estipulado na norma operacional nº 001/2013, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde;

II.Encaminhar, após análise fundamentada, os protocolos de competência da CONEP, observando de forma cuidadosa toda a documentação que deve acompanhar esse encaminhamento, conforme norma operacional nº 001/2013, incluindo a comprovação detalhada de custos e fontes de financiamento necessários para a pesquisa; III. Incumbe ao CEP:

a– manter a guarda confidencial de todos os dados obtidos na execução de sua tarefa e arquivamento do protocolo completo;

b– acompanhar o desenvolvimento dos projetos, por meio de relatórios semestrais dos pesquisadores e de outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa;

c– manter em arquivo o projeto, o protocolo e os relatórios correspondentes, por um período de 5 anos após o encerramento do estudo, podendo esse arquivamento processar-se em meio digital; d – receber denúncias de abusos ou notificação sobre fatos adversos que possam alterar o curso normal do estudo, decidindo pela continuidade, modificação ou suspensão da pesquisa, devendo, se necessário, solicitar a adequação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;

e – requerer a instauração de apuração à direção da instituição e/ou organização, ou ao órgão público competente, em caso de conhecimento ou de denúncias de irregularidades nas pesquisas envolvendo seres humanos e, havendo comprovação, ou se pertinente, comunicar o fato ao HMJCF, à CONEP e, no que couber, a outras instâncias; f – manter comunicação regular e permanente com a CONEP, por meio de sua Secretaria Executiva.

Art. 23º - DAS DISPOSIÇÕES

I– os membros do CEP deverão isentar-se da análise e discussão do caso, assim como da tomada de decisão, quando envolvidos na pesquisa;

II– o CEP poderá contar com consultores ad hoc, pessoas pertencentes, ou não, à instituição/organização, com a finalidade de fornecer subsídios técnicos;

III– pesquisa que não se faça acompanhar do respectivo protocolo não deve ser analisada;

IV– considera-se antiética a pesquisa aprovada que for descontinuada pelo pesquisador responsável, sem justificativa previamente aceita pelo CEP;

V– a revisão do CEP culminará em seu enquadramento em uma das seguintes categorias:

a)aprovado: quando o protocolo encontra-se totalmente adequado para execução;

b)pendente: quando o CEP considera necessária a correção do protocolo apresentado, e solicita revisão específica, modificação ou informação relevante, que deverá ser atendida em prazo estipulado na norma operacional CNS nº 001/2013;

c)não aprovado: quando a decisão considera que os óbices éticos protocolo são de tal gravidade que não podem ser superados pela tramitação em "pendência";

d)arquivado: quando o pesquisador descumprir o prazo para enviar as respostas às pendências apontadas ou para recorrer;

e)suspenso: quando a pesquisa aprovada, já em andamento, deve ser interrompida por motivo de segurança, especialmente referente ao participante da pesquisa;

f)retirado: quando o Sistema CEP/CONEP acatar a solicitação do pesquisador responsável mediante justificativa para a retirada do protocolo, antes de sua avaliação ética. Neste caso o protocolo é considerado encerrado.

VI– o CEP poderá, se entender oportuno e conveniente, no curso da revisão ética, solicitar informações, documentos e outros, necessários ao perfeito esclarecimento das questões, ficando suspenso o procedimento até a vinda dos elementos solicitados;

VII– das decisões de não aprovação caberá recurso ao próprio CEP, no prazo de 30 dias, sempre que algum fato novo for apresentado para fundamentar a necessidade de uma reanálise;

VIII– o CEP determinará o arquivamento do protocolo de pesquisa nos casos em que o pesquisador responsável não atender, no prazo assinalado, às solicitações que lhe foram feitas. Poderão ainda considerar o protocolo retirado, quando solicitado pelo pesquisador responsável;

IX– uma vez aprovado o projeto o CEP passa a ser corresponsável no que se refere aos aspectos éticos da pesquisa;

X– consideram-se autorizados para execução os projetos aprovados pelo CEP.

CAPÍTULO VIII

DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Art. 24º – A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais. Art. 25º – Cabe ao pesquisador:

I– apresentar o protocolo devidamente instruído ao CEP, aguardando a decisão de aprovação ética, antes de iniciar a pesquisa;

II– elaborar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;

III– desenvolver o projeto conforme delineado;

IV– elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;

V– apresentar dados solicitados pelo CEP a qualquer momento;

VI– manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa;

V– encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto

VI– justificar fundamentadamente, perante o perante o CEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

CAPÍTULO IX
DO FUNCIONAMENTO DO CEP

Art. 26º – O funcionamento do CEP será disciplinado por regimento interno, aprovado por sua plenária, com "quórum" mínimo de dois terços dos membros.

Art. 27º – As reuniões ordinárias ocorrerão na segunda quarta-feira de cada mês ou, na impossibilidade por feriados ou outros motivos imperiosos, quando convocadas pelo coordenador, nas dependências do CEP

Art. 28º – O presente Regimento somente poderá ser modificado em reunião extraordinária, expressamente convocada para tal finalidade, sendo que a alteração deverá ser aprovada por pelo menos 2/3 dos membros do CEP.

Art. 29º - Todas e quaisquer decisões tomadas em reuniões ordinárias ou não, com exceção do disposto no artigo anterior, deverão ser aprovadas por maioria simples, dos membros presentes na reunião.

Art. 30º - O "quórum" mínimo para as reuniões será de mais de 50% (cinquenta por cento) dos membros, exceção feita ao disposto no Art.28º deste instrumento.

Art. 31º - As reuniões extraordinárias poderão ser solicitadas, com justificativa por escrito, ao Coordenador do CEP, por qualquer um dos seus membros.

Art. 32º - Durante as reuniões será lavrada ata, que deverá ser disponibilizada a todos os membros do CEP, no prazo de até 30 (trinta) dias. Da ata deverão constar: as deliberações da plenária; a data e horário de início e término da reunião; o registro nominal dos presentes e as justificativas das ausências.

Art. 33º – Local e horário de funcionamento do CEP: Hospital Municipal "Dr. José de Carvalho Florence", Rua Saigiro Nakamura, nº 800, Vila Industrial, CEP 12220-280, São José dos Campos, SP. Horário de atendimento: de segunda à sexta-feira, das 10h às 12h, exceto às

quartas-feiras das 10h às 18h. Telefone: (12) 3901-3477 / 3901-3493. E-mail: cep.hmjcf@hmjcf.spdm.org.br

CAPÍTULO X
DA COMPOSIÇÃO DO CEP

Art. 34º – O CEP será composto por, no mínimo, sete (7) membros, dentre eles, pelo menos, um representante de usuários, respeitando-se a proporcionalidade pelo número de membros. Pelo menos 50% dos membros deverão comprovar ter experiência em pesquisa.

I– a composição será acordo com as especificidades do HMJCF e dos temas de pesquisa a serem analisados;

II– terá, sempre, caráter multidisciplinar, não devendo haver mais que a metade dos seus membros pertencente à mesma categoria profissional, participando pessoas dos dois sexos;

III– poderá contar com consultores "ad hoc", pertencentes, ou não, à instituição, com a finalidade de fornecer subsídios técnicos.

IV– a indicação da representação de usuários será feita, preferencialmente, pelos Conselhos Municipais, ou por movimentos sociais, entidades representativas de usuários e encaminhadas para a análise e aprovação da CONEP.

V– em caso de substituição de membros cabe ao CEP comunicar as situações de vacância ou afastamento de membros e encaminhar à CONEP as substituições efetivadas, justificando-as; VI – a escolha do Coordenador e do Secretário Executivo será realizada na primeira reunião por ocasião da nomeação dos novos membros;

VII– em caso de exclusão de algum membro do CEP , o Coordenador solicitará, no prazo de 30 (trinta) dias, a sua substituição, pelos mesmos critérios de representatividade, ao Diretor Técnico do HMJCF;

VIII– o membro que faltar a três reuniões, consecutivamente, sem justificativa, será excluído e substituído na forma do item anterior;

IX– caberá ao Coordenador do CEP encaminhar o registro do mesmo junto ao Sistema CEP/CONEP e na Plataforma BRASIL;

X– a nomeação e/ou recondução de novos membros fica a critério dos membros do CEP, desde que exista anuência do Diretor Técnico do HMJCF;

XI– ao fim de cada mandato de 3 (três) anos, deverá ser solicitada renovação do registro do CEP através do envio de formulário ao Sistema CEP/CONEP e à Plataforma Brasil, conforme

norma operacional CNS nº 001/2013, com a nova composição e coordenação. A prorrogação dos mandatos como membro e como coordenador é permitida.

Parágrafo único: O critério de escolha dos componentes do CEP é prerrogativa do Diretor Técnico do HMJCF, que deverá justificá-lo à CONEP quando da solicitação do seu registro.

Art. 35º – todos os membros do CEP se obrigam, nos termos da lei, a manter sigilo absoluto e estrito respeito à primazia da autoria das ideias, hipóteses e propostas contidas em projetos de pesquisa a eles submetidos.

Art. 36º – o membro do CEP que infringir este artigo ou que, por qualquer razão, incorrer em falta de ética profissional para com sua função neste cargo ou para com o pesquisador, deverá ser afastado do CEP, não podendo voltar a ocupar a vaga novamente.

Art. 37º – as denúncias de infração deverão ser formuladas, por escrito, ao CEP que, se entender procedentes, as encaminhará ao Diretor Técnico do HMJCF para abertura da sindicância.

CAPÍTULO XI

OUTRAS DISPOSIÇÕES

Art. 38º – o procedimento de avaliação dos protocolos de pesquisa deverá estar de acordo com a norma operacional CNS nº 001/2013.

Art. 39º – os aspectos procedimentais e administrativos do CEP serão tratados na norma operacional CNS nº 001/2013.

Art. 40º – os casos que redundarem em dúvidas, por omissão deste Regimento, serão analisados pelo CEP em reunião extraordinária convocada pelo Coordenador, sempre à luz da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, ou outra legislação que por ventura venha substituí-la.

CAPÍTULO XII

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

O presente Regimento entrará em vigor na data da sua homologação pelo Diretor Técnico do HMJCF.

3.11.13 COMISSÃO DE BIOÉTICA

PROPOSTA DA CONSTITUIÇÃO

As Comissões de Bioética Hospitalar, em suas origens, visavam auxiliar os profissionais naquelas situações limite do setting clínico, em especial nas situações de fim de vida, facilitando as decisões, algumas delas também conhecidas no campo da Bioética como “Escolhas de Sofia”.

Refletir sobre dilemas éticos decorrentes dos progressos científicos e tecnológicos, formular recomendações e contribuir com ações educativas e de divulgação promovendo, assim, conscientização dos profissionais de saúde bem como da comunidade.

Finalidade

A Comissão de Bioética do Hospital, tem por finalidades: Elaborar pareceres sobre problemas de natureza bioética que se apresentemem contextos clínicos.

Membros

A Comissão será composta por membros dos seguintes setores:

I. Médico Presidente
II. Médico Conselheiro
II. Profissional Administrativo
3 Enfermeiro Clínico
4 Enfermeiro da Qualidade
5 Advogado
6 Psicólogo
VI. Enfermagem
VII. Engenharia e Manutenção
VIII. Hotelaria/Governança
IX. Laboratório
X. Medicina do Trabalho
XI. Nutrição
XII. SADT
XIII. Segurança do Trabalho

Posição Institucional

É um órgão de assessoria diretamente vinculado à Diretoria Clínica do Hospital.

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE BIOÉTICA

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES, OBJETIVOS, CARACTERÍSTICAS

Artigo 1º - A Comissão de Bioética do Hospital Municipal Dr. José de Carvalho Florence, tem por finalidades:

• Elaborar pareceres sobre problemas de natureza bioética que se apresentem em contextos clínicos;

• Refletir sobre dilemas éticos decorrentes dos progressos científicos e tecnológicos, formular recomendações e contribuir com ações educativas e de divulgação promovendo, assim, conscientização dos profissionais de saúde bem como da comunidade.

• Abordar e dar ênfase as questões relacionadas à humanização do tratamento médico no hospital.

CAPÍTULO II

ESTRUTURA

Artigo 2º - A estrutura daComissão de Bioética compreende:

I. Um colegiado formado por profissionais que atuam no Hospital.

Artigo 3º - O Colegiado poderá convidar membros que não atuam no hospital para fazer parte da Comissão de Bioética desde que suas indicações sejam aprovadas pela maioria..

CAPÍTULO III

ORGANIZAÇÃO DO COLEGIADO

SEÇÃO I

Artigo 4º - AComissão de Bioética terá composição interdisciplinare multiprofissional e suas reuniões estarão abertas a todos os profissionais do Hospital que estejam interessados.

Artigo 5º - As indicações para integrar aComissão de Bioética se processarão da seguinte forma:

- Um coordenador da Comissão de Bioética, prepara uma lista de candidatos convidados a participar de forma voluntária escolhidos entre os profissionais representantes das diversas áreas de atuação no Hospital .

Artigo 6º - A Comissão de Bioética, que terá um número máximo de 20 de integrantese consultores com a seguinte composição:

1. Presidente : membro da equipe clínica do Hospital

2. Vice – Presidente : membro da equipe clínica Hospital

3. Médicos de diversas áreas atuantes no Hospital;

4. Outros profissionais de saúde de diferentes categorias funcionais;

5. Representante religioso;

6. Representante da área jurídica;

7. Representante da Administração;

8. Representante da Comunidade

Parágrafo Único – Na escolha dos nomes integrantes daComissão deBioética, deverá ser respeitado um número máximo de 50% de profissionais da mesma categoria funcional do quadro do Hospital.

Artigo 7º - Os membros daComissão de Bioéticadesignarão por maioria simples o nome do Presidente e do Vice- Presidente e a duração do mandato que será no mínimo de dois anos podendo haver reeleição para o cargo.

Artigo 8º - Será dispensado o componente que, sem motivo justificado, deixar de comparecer a três reuniões consecutivas ou a seis intercaladas no período de um ano.

Artigo 9º - As funções demembros daComissão de Bioética não serão remuneradas, sendo o seu exercício considerado de relevante serviço para o Hospital .

Artigo 10º - AComissão de Bioética poderá convidar pessoas ou entidades que possam colaborar com o desenvolvimento dos seus trabalhos, sempre que julgar necessário.

Artigo 11º - A fim de assegurar o suporte técnico, cientifico e operacional indispensável à eficiência daComissão de Bioética, a Diretoria Clínica do Hospital proporcionará a infraestrutura necessária.

CAPÍTULO IV

COMPETÊNCIA E ATRIBUIÇÕES DA COMISSÃO BIOÉTICA

SEÇÃO I

Artigo 12º - Compete a Comissão de Bioética:

I - A análise, emissão de pareceres, promoção de ações educativas e de divulgação sobre problemas bioéticos, destacando-se os referentes à:

a. inicio e fim da vida humana;

b. procedimentos relativos as ações e serviços de saúde;

c. direitos e deveres do paciente;

d. direitos e deveres do profissional de saúde;

e. pacientes terminais e eutanásia

f. transplantes de órgãos, tecidos e partes do corpo humano;

g. recursos profiláticos diagnósticos terapêuticos e de reabilitação;

h. reprodução assistida;

i. prontuário do paciente;

j. clonagem;

II - Zelar pelo cumprimento das normas nacionais e internacionais sobre bioética;

III - A assessorar na expedição de normas técnicas e de instruções para disciplinar as relações entre os profissionais de saúde e pacientes.

IV–Não emitir pareceres de natureza deontológica sugerindo a competência da Comissão de Ética Médica do hospital para tais procedimentos.

SEÇÃO II

ATRIBUIÇÕES DOS INTEGRANTES DA COMISSÃO DE BIOÉTICA

Artigo 13º - Ao presidente incumbe dirigir, coordenar e supervisionar as atividades da Comissão de Bioética e, especificamente:

II. Presidir suas reuniões

III. Suscitar pronunciamento daComissão de Bioética quanto às questões bioética;

IV. Promover a convocação das reuniões;

V. Tomar parte nas discussões e votações e, quando for o caso exercer direito de voto de desempate;

VI. Indicar, dentre os membros daComissão de Bioética, os relatores dos expedientes;

VII. Indicar membros para realização de estudos, levantamentos e emissão de pareceres necessários à consecução da finalidade daComissão;

VIII. Elaborar cotas decorrentes de deliberações da Comissão “ad referendum” desta, nos casos de manifesta urgência.

Artigo 14º – Ao vice –presidente incumbe assumir as funções do presidente na ausência do mesmo.

Artigo 15º Aos membros incumbe:

I. Estudar e relatar nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes forem atribuídas pelo

Presidente;

II. Comparecer as reuniões, relatando os expedientes, proferindo voto ou pareceres e manifestando-se a respeito de matérias em discussão;

III. Requerer votação da matéria em regime de urgência;

IV. Desempenhar as atribuições que lhes forem atribuídas pelo Presidente;

V. Apresentar proposições sobre as questões atinentes a Comissão.

Parágrafo único: É vedado o pronunciamento individual em nome daComissão de Bioética sem a concordância dos seus membros.

Artigo 16º - A Secretária daComissão de Bioética incumbe:

I. Assistir as reuniões;

II. Encaminhar o expediente da Comissão de Bioética;

III. Preparar o expediente daComissão de Bioética;

IV. Manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser examinados nas reuniões da Comissão;

V. Providenciar o cumprimento das diligencias determinadas;

VI. Lavrar termos de abertura e encerramento dos livros de ata, de protocolo, de registro de atas, e de registro de deliberações, rubricando-as e mantendo-as sob vigilância;

VII. Lavrar e assinar as atas de reuniões daComissão;

IX. Providenciar, por determinação do presidente, a convocação das sessões extraordinárias;

X. Distribuir aos Membros da Comissão de Bioética a pauta das reuniões.

SEÇÃO III

FUNCIONAMENTO DA COMISSÃO DE BIOÉTICA

Artigo 17° - A Comissão de Bioética terá como sede o Hospital, onde se reunirá, ordinariamente, pelo menos a cada mês e, extraordinariamente, quando convocadapelo Presidente, pela Diretoria Clínica ou a requerimento de qualquer dos seus membros efetivos.

§ 1º - AComissão de Bioética instalar-se-á e deliberará com a presença de, no mínimo, um terço dos seus membros; no caso do “quorum” ser insuficiente, a reunião será suspensa após 15 (quinze) minutos do horário programado para o início.

§ 2º - O Presidente terá o direito a voto de Minerva.

§ 3º - É facultado ao Presidente e aos membros da Comissão solicitar o reexame de

qualquer decisão emitida na reunião anterior, justificando possível inadequação técnica ou de outra natureza

§ 4º - A votação será nominal.

Artigo 18° - A Comissão de Bioética, estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e à ordem dos trabalhos.

Artigo 19° - As decisões da Comissão de Bioética serão direcionadas à Diretoria Clínica.

Parágrafo Único - Os assuntos serão registrados e classificados por ordem cronológica e distribuídos aos membros pela secretária, por indicação do Presidente do Comissão de Bioética ou por membros designados, ressalvando-se as hipóteses de urgência, quando deverá ocorrer o comunicado imediato.

Artigo 20° - A sequência das reuniões daComissão de Bioética será a seguinte:

I. Verificação da presença do Presidente;

II. Na ausência do presidente o vice-presidente presidirá a reunião;

III. Leitura e assinatura da Ata da reunião anterior;

IV. Leitura e despacho da pauta;

V. Ordem do dia, compreendendo leitura, discussão e votação dos pareceres;

VI. Organização da pauta da próxima reunião;

VII. Distribuição de pautas aos relatores;

VIII.Comunicações breves e franqueamento da palavra.

Parágrafo Único - Em caso de urgência ou de relevância de alguma matéria, aComissão de Bioética, por voto da maioria, poderá alterar a sequência estabelecida neste artigo.

Artigo 21° - O relator emitirá parecer por escrito, impreterivelmente no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar do recebimento do expediente contendo o histórico e o resumo da matéria e as condições de ordem prática ou doutrinária que entender cabíveis a sua conclusão ou voto.

Parágrafo Único - O relator ou qualquer membro poderá requerer ao Presidente, a qualquer tempo, que solicite o encaminhamento ou diligências de processos ou de consultas a outras pessoas ou instituições públicas ou privadas, para estudo, pesquisa ou informações necessárias à solução dos assuntos que lhes forem distribuídos, bem como solicitar o comparecimento de qualquer pessoa às reuniões para prestar esclarecimentos.

Artigo 22° - A Ordem do dia será organizada com os assuntos apresentados para discussão, acompanhados dos pareceres e resumo dos respectivos relatores, e com aqueles cuja discussão ou votação tiver sido adiada.

Parágrafo Único - A Ordem do dia será comunicada previamente a todos os membros,

com antecedência mínima de três dias para as reuniões ordinárias e de um dia para as extraordinárias.

Artigo 23° - Após a leitura do parecer, o Presidente deve submetê-lo à discussão, dando a palavra aos membros que a desejarem.

§ 1º O membro que não se julgar suficientemente esclarecido quanto à matéria em exame, poderá pedir vistas do processo, propor diligências ou adiamento da discussão da votação;

§ 2º O prazo de vistas será de até a realização da próxima reunião ordinária;

§ 3º Após entrar na pauta, a matéria deverá ser, obrigatoriamente, votada no prazo máximo de até duas reuniões.

Artigo 24° - Após o encerramento das discussões, o assunto será submetido à votação.

Artigo 25° - A data de realização das reuniões será estabelecida em cronograma e sua realização e duração serão as julgadas necessárias, podendo ser interrompidas em data e hora estabelecidas pelos presentes.

Artigo 26° - A cada reunião os membros consignarão sua presença em folha própria e a Secretária lavrará uma ata com exposição sucinta dos trabalhos, conclusões, deliberações, a qual deverá ser assinada pelos membros presentes e pelo Coordenador, quando de sua aprovação.

CAPÍTULO V

DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 27° - Os casos omissos e dúvidas surgidas na aplicação do presente Regimento serão dirimidos pelo Presidente daComissão de Bioética e, em grau de recurso, pelo Diretor Clínico, em conjunto.

Artigo 28° - O presente Regimento Interno poderá ser alterado, mediante proposta da Comissão de Bioética, por meio da maioria absoluta de seus membros.

CAPÍTULO VI

DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

Artigo 29° - O presente Regimento Interno entrará em vigor após data da sua aprovação pelos membros da Comissão.

Parágrafo único: O conteúdo deste regimento é de conhecimento público.

3.11.14 CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO

As ações voltadas a qualidade e implantação das comissões citadas acima, serão implantadas de imediato, caso a SPDM consagre vencedora do certame, e para 2023 a proposta é buscar reconhecimento ONA nível III no Hospital Municipal Dr. José de Carvalho Florence.

3.12 Proposta de serviço de atendimento ao usuário e pesquisa de satisfação voltado para as atividades assistenciais.

O Serviço de Atendimento ao Usuário é um canal de comunicação direto e eficaz que interage fortemente com os meios interno e externo. Tem a finalidade de mensurar a qualidade de diversos serviços da instituição, visando atender as necessidades dos clientes. Sua posição no organograma da instituição está situada junto à Diretora Técnica, como participante dos processos de mudança e consequente melhoria.

O S.A.U recebe as manifestações de insatisfação dos usuários a respeito do serviço prestado e procura resolvê-las da melhor forma possível. Os serviços de atendimento ao usuário se aperfeiçoaram, dentro de uma estratégia de valorização do usuário, que não quer somente ser atendido, mas exige soluções.

O S.A.U pode tornar-se uma poderosa ferramenta de estreitamento da relação entre a instituição e seus usuários. Pode servir como instrumento de feedback, através de relatórios elaborados para conhecimento interno, procura as causas do problema e utiliza as informações para encontrar a solução e melhorar a qualidade dos serviços prestados.

A importância da avaliação feita pelos usuários de serviços é cada vez mais citada atualmente, sobretudo com enfoque na busca da qualidade nos hospitais. Afinal, o atendimento aos usuários constitui finalidade de todo hospital. Entretanto, é difícil ser aferida por se tratar de mensuração de opiniões, influenciada por diferentes situações, expectativas e antecedentes.

A própria sobrevivência do hospital depende da aprovação pelo seu usuário. Muitas estratégias para melhoria de serviços de saúde estão baseadas na satisfação do usuário. Ouvir e observar o comportamento dos usuários dentro dos hospitais é fundamental para a compreensão e melhoria da organização do serviço e do ambiente hospitalar. Portanto, um administrador hospitalar atento encontrará na avaliação feita pelos usuários do hospital, dados valiosos para o gerenciamento do seu estabelecimento.

Há várias formas de se avaliar um hospital, podendo ser utilizados diversos instrumentos e métodos como observações, questionários (pesquisa de opinião), urnas de sugestões, telefonemas, entrevistas. A definição da qualidade varia conforme as necessidades e expectativas dos usuários. Cada hospital deve, portanto, conhecer a sua clientela para melhor poder atendê-la.

Missão

Atender de forma efetiva as manifestações dos usuários, acompanhar e mensurar o

nível de satisfação através da sinalização de indicadores gerando informações para a melhoria dos serviços prestados.

Política

Canal de comunicação entre usuário e gestão a fim de acompanhar as expectativas e necessidades dos usuários, buscando a melhoria contínua dos diversos serviços oferecidos.

Produto

Solucionar problemas, orientar, informar os usuários sobre as situações apontadas, atender as demandas com foco no gerenciamento de conflitos e gerar indicadores de satisfação**.**

3.12.1 OBJETIVOS

Objetivo Geral

Canal de comunicação entre o usuário e a gestão para registrar queixas, sugestões ou elogios, utilizando-se de pesquisas e entrevistas com a finalidade de mensurar a qualidade de diversos serviços da instituição, visando atender as necessidades dos clientes. O S.A.U é uma unidade que responde ao nível estratégico da instituição com a função de assessorar a gestão para melhoria dos processos e auxílio nas tomadas de decisões.

Objetivos Específicos

- Prestar atendimento pessoal, telefônico ou via e-mail;
- Receber, analisar e registrar as queixas, sugestões e elogios dos usuários, encaminhando aos gestores dos setores correspondentes;
- Tabular os dados das pesquisas e entrevistas;
- Elaborar relatório gerencial com dados quantitativos e qualitativos;
- Acompanhar as providências adotadas do início até a finalização do processo;
- Resolver as queixas, quando possível, no ato do atendimento;
- Mediar situações de conflito entre colaboradores e usuários;
- Acompanhar o nível de satisfação do usuário, através de pesquisa de satisfação e de entrevistas ativas.

3.12.2 RECURSOS HUMANOS

Através do capital humano é que conseguimos alcançar todos os objetivos. Para atuar no Serviço de Atendimento ao Usuário um dos fortes requisitos é saber lidar com todos os tipos de clientes e com suas mais diversas reações.

Processo

Atendimento

Todos os atendimentos deverão ser registrados em planilha para controle e posterior elaboração de indicadores qualitativos. O atendimento deverá ocorrer numa sala específica de forma a preservar a privacidade do usuário. A Assistente de S.A.U deverá atender cordialmente o cliente, solicitar que apresente sua dúvida; orientá-lo e certificar que o mesmo tenha compreendido a orientação.

A Assistente de S.A.U deve ter um comportamento neutro, sem interferir em condutas, saber ouvir o usuário, sem expressar opiniões pessoais, conhecer todos os fluxos do Hospital, para informar ao usuário com maior precisão possível. Para o paciente internado, quando solicitado o Serviço de Atendimento ao Usuário este deverá dirigir-se ao leito.

Sugestões, Queixas e Reclamações

No momento em que não é possível a solução para o problema apresentado para o S.A.U, gera-se um documento formal, ou seja a queixa formal que é encaminhada à Diretoria para devidas providências. As queixas deverão ser formalizadas em formulário próprio.

Nos casos em que o cliente tiver dificuldades na escrita e solicitar auxílio, o S.A.U deverá registrar a queixa para o usuário, utilizando nestes casos a 3ª pessoa, sendo que após a descrição fará a leitura ao usuário e solicitar a assinatura.

A reclamação deverá ser encaminhada a Diretoria com o tempo de retorno ao usuário em 2 dias úteis; e ter o compromisso de 100% das queixas serem investigadas.

Indicador estratégico acompanhado pela Direção da instituição: “Tempo médio de resolução das queixas formais”

Sugestões e Queixas deverão ser encaminhadas a Diretoria com o tempo de retorno ao usuário em 5 dias úteis; a meta é de 100% das queixas investigadas.

Implantação da Pesquisa de Satisfação do Usuário

As pesquisas de satisfação constarão os principais serviços prestados pelo

Hospital e o grau de satisfação para que o usuário de forma espontânea possa expor sua opinião.

Os impressos das pesquisas deverão ser distribuídos nas caixas de sugestões situadas nos principais setores da Unidade; local de maior acesso de pessoas e onde o usuário sinta-se a vontade e seguro para responder sua opinião referente aos serviços oferecidos.

O tipo de pesquisas existentes contempla os principais setores e serviços prestados. Contém 4 escalas de opções: ótimo, bom, regular, ruim e não avaliado. O cálculo da aceitabilidade é a soma do nº de respostas de ótimo e bom dividido pelo nº total de respostas sem considerar as respostas em branco e não avaliado.

O abastecimento e o recolhimento das pesquisas nas caixas de sugestões devem ser realizados diariamente.

Nº de amostras

No modelo de gestão SPDM o número de amostras é baseado no conceito estatístico "Determinação de uma amostra para população finita, com base na estimativa da média populacional", com 90% grau de confiança e 5% margem de erro. Para determinar o nº de amostras ideal para cada setor que possui pesquisa. É inserida para cálculo a média do nº de atendimentos de cada setor do ano anterior, quando não é possível ter este número o cálculo é feito com base na média de atendimento de três meses anteriores.

Conforme definida no Processo de Seleção nº 02/SS/2017 a meta para o número de amostras é de 10% dos pacientes atendidos. Essa meta será a definida para o serviço.

Aplicação da pesquisa

O S.A.U tabula os dados diariamente, elabora relatórios e mensura o nível de satisfação do usuário. A pesquisa é elaborada para cada setor de acordo com os serviços prestados.

Na existência de algum tipo de queixa descrita de grau relevante na pesquisa de satisfação, a mesma é encaminhada ao gestor responsável para tomada de ação com prazo de resolução em 05 dias úteis.

Através das respostas das pesquisas de satisfação, geram-se indicadores referentes aos principais serviços prestados e mensalmente os índices de satisfação são enviados à Direção da Unidade e aos Gestores dos setores.

Indicador estratégico acompanhado pela Direção da instituição: "Aceitabilidade Geral".

Questionário Internação

Trimestralmente serão mensurados 10% do total de pacientes internados através do

questionário de internação. Instrumento de avaliação ativo, neste as Assistentes de S.A.U entrevistam os pacientes ou acompanhantes internados . Para aplicar o questionário aos pacientes internados, os Assistentes de S.A.U dirigem ao posto de enfermagem diariamente para verificar as altas do dia, com esta informação o S.A.U dirige-se ao leito para realizar a entrevista verbalmente com o usuário referente a qualidade dos serviços prestados. Os dados dos pacientes serão obrigatoriamente anônimos. Se houver alguma queixa, o S.A.U deverá dar sequência as devidas providências. Questionário Ambulatorial

Trimestralmente serão mensurados 10% do total de pacientes ambulatoriais através do questionário de ambulatório. Instrumento de avaliação ativo, neste as Assistentes de S.A.U entrevistam os pacientes atendidos em consulta no ambulatório . Para aplicar o questionário aos pacientes ambulatoriais, os Assistentes de S.A.U dirigem a recepção do ambulatório para realizar a entrevista verbalmente com o usuário referente a qualidade dos serviços prestados. Os dados dos pacientes serão obrigatoriamente anônimos. Se houver alguma queixa, o S.A.U deverá dar sequência as devidas providências.

Fluxo de consolidação das respostas obtidas pelos questionários

- Será alimentada a planilha de consolidação dividindo as avaliações em três grupos:
- Paciente internados;
- Acompanhantes dos pacientes internados; • Paciente ambulatorial.
- Os dados serão enviados até o dia 20 do mês subsequente.

Definição de uso das informações

Relatório Gerencial

Após a tabulação dos dados das pesquisas espontâneas e do questionário dos pacientes internados, gera-se um relatório mensal com os resultados do nível de satisfação do usuário referente às unidades e os serviços oferecidos. Este relatório é enviado aos Gestores dos setores e à Direção da unidade.

Relatório de Medidas e Ações (RMA)

Após a elaboração do relatório gerencial mensal, o S.A.U identifica os serviços que estão fora da meta desejada de aceitabilidade, gera um relatório com a informação do nº de respostas (regular/ruim) e envia aos Gestores para análise e tomada de ações; após a análise/ações dos Gestores, estes enviam a Qualidade ou a Gerente da Unidade a fim de validar as ações descritas,

a partir disto retorna ao S.A.U para controle dos indicadores, ações e evolução.

Reunião

Todas as informações geradas no S.A.U são consolidadas e apresentadas em reunião trimestral com a Direção e os Gestores das áreas envolvidas a fim de que possam acompanhar os indicadores, nº de amostras, sugestões, elogios, ações desencadeadas e evolução.

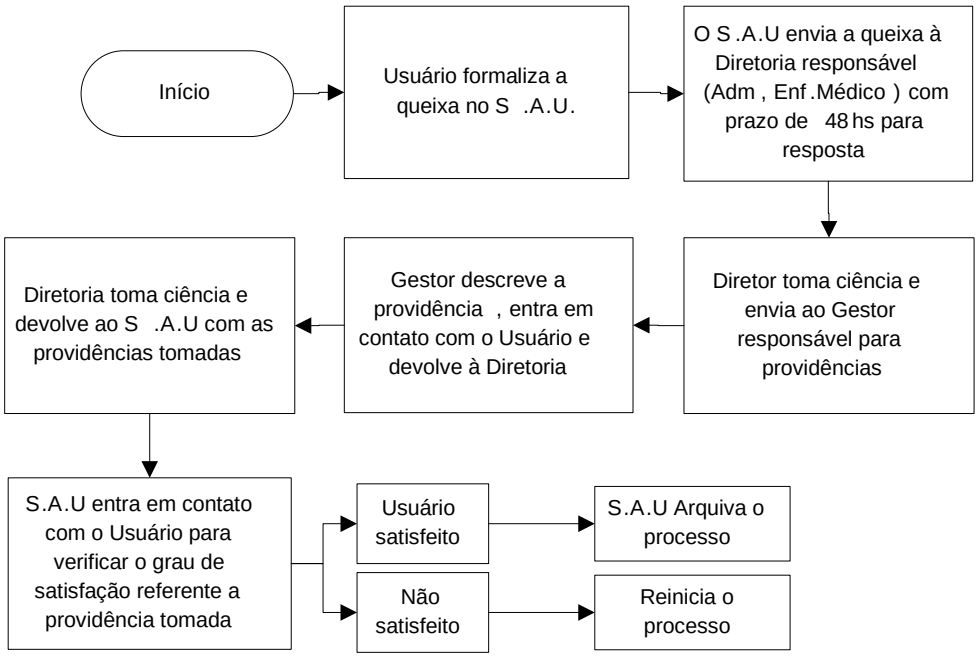
Acompanhamento dos resultados

Considerado como um órgão de apoio aos Diretores das Unidades, o S.A.U realiza reuniões semanais e informa as principais ocorrências da semana a fim de que o Diretor tome ciência das demandas recebidas e a percepção do usuário referente aos serviços oferecidos.

Realiza reunião mensal com os Gerentes das Unidades para apresentar e discutir sobre os indicadores, informar e sinalizar referente a efetividade das ações desencadeadas pelos gestores.

Com este acompanhamento os Diretores e Gerentes das Unidades podem identificar as necessidades dos usuários e a efetividade das ações desenvolvidas.

- **FLUXOGRAMA QUEIXA FORMAL – S.A.U**



Formulário de

Serviço de Atendimento ao Usuário – S.A.U

Nº:_____

Atendimento: Pessoal ( ) E-mail ( ) Data: ___/___/____ Horário: _____

Nome do Usuário: _____

Nome do Manifestante: _____

Telefone: _____

QUEIXA FORMAL:

PROVIDÊNCIAS TOMADAS

RETORNO AO USUÁRIO

GRAU DE SATISFAÇÃO

☐ Muito Satisfeito ☐ Satisfeito ☐ Insatisfeito

ASSISTENTE DE S.A.U: _____

DATA: _____ HORÁRIO: _____

Formulário de Entrevista Ativa (verso)

Modelo: Pesquisa Espontânea de Satisfação

Data: _____ **Clínica:** _____ **Leito:**_____

Período de atendimento:

( ) Manhã ( ) Tarde ( ) Noite

Sinalize o seu grau de satisfação:

Ótimo Bom Regular Ruim Não avaliado

1 – Recepção:

	Ótimo	Bom	Regular	Ruim	Não avaliado
Atenção e gentileza					
Clareza das informações					
Tempo de espera					

2– Enfermagem:

	Ótimo	Bom	Regular	Ruim	Não avaliado
Atenção e gentileza					
Cuidados prestados					
Clareza das informações					

3 – Médico:

	Ótimo	Bom	Regular	Ruim	Não avaliado
Atenção e gentileza					
Cuidados prestados					
Clareza das informações					

4 – Serviço Social:

	Ótimo	Bom	Regular	Ruim	Não avaliado
Atenção e gentileza					
Clareza das informações					

5 – Alimentação:

	Ótimo	Bom	Regular	Ruim	Não avaliado
Sabor					
Temperatura					
Horário					

6 –Rouparia:

	Ótimo	Bom	Regular	Ruim	Não avaliado
Limpeza (lençóis, toalhas)					
Disponível: roupa de cama					

7- Visita:

	Ótimo	Bom	Regular	Ruim	Não avaliado
Clareza das informações					
Horário disponível					
Espera para atendimento					

8 – Limpeza:

	Ótimo	Bom	Regular	Ruim	Não avaliado
Limpeza quartos					
Limpeza dos banheiros					
Disponível: papel toalha, papel higiênico, sabonete					

9-Portaria/Segurança:

	Ótimo	Bom	Regular	Ruim	Não avaliado
Atenção e gentileza					
Orientações recebidas					

10-Instalações:

	Ótimo	Bom	Regular	Ruim	Não avaliado
Acomodação					
Ventilação					
Sinalização					

11 - De uma maneira geral, **você aprova os serviços oferecidos** no período da **Internação**?

Sim ( ) Não ( )

Modelo: Formulário Entrevista Ativa:

QUESTIONÁRIO PARA PACIENTES INTERNADOS

DATA: ___/____/____ HORÁRIO: _____

ENFERMARIA: _____

IDADE: _____ SEXO: 1 Feminino 2 Masculino

ESCOLARIDADE 1 Analfabeto 2 Básico (1ª a 4ª) 3 Fundamental (5ª a 8ª) 4 Médio (2º Grau) 5 Superior 6 Pós-Graduação

	MUITO BOM	BOM	REGULAR	RUIM	MUITO RUIM
1) Como você avalia a Recepção do Hospital					
Tempo de espera	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
Atenção e Cordialidade	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
Informações Prestadas	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
3) Como você avalia o Serviço de Enfermagem do Hospital					
Atenção e Cordialidade	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
Esclarecimentos ao Paciente	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
Esclarecimentos aos Familiares	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
Cuidados Prestados	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
Freqüência da Visita	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
5) Como você julga o Conforto dos ambientes					
Silêncio no ambiente	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
Iluminação do ambiente	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
Ventilação	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
Sinalização	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
7) Como você julga o Serviço de Segurança					
Atenção e Cordialidade	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
Informações prestadas	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
9) Como você avalia os procedimentos de Alta Hospitalar					
Informações dadas	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
Tempo entre alta médica e liberação	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)

	MUITO BOM	BOM	REGULAR	RUIM	MUITO RUIM
2) Como você avalia os Serviços Médicos do Hospital					
Atenção e Cordialidade	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
Esclarecimentos ao Paciente	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
Esclarecimentos aos Familiares	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
Cuidados Prestados	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
Freqüência da Visita	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
Orientações Pós-Alta	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
4) Como você julga a Limpeza dos ambientes					
Nos ambientes comuns	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
Quartos e banheiros	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
Roupas de cama e banho	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
Horário de limpeza dos quartos	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
6) Como você julga o horário de visita?					
	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
8) Como você avalia as Refeições do Hospital					
Qualidade, sabor	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
Temperatura, aparência	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
Quantidade e variedade	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
Horário das refeições	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)

Sr(a) Entrevistador: A partir deste momento, as perguntas apresentadas tem novo formato e necessitam maior atenção na sua apresentação

10) Você teve informações e esclarecimentos sobre o seu estado de saúde? (1) Sim (2) Não

11) Quando não é bem atendido você sabe onde reclamar? (1) Sim (2) Não

12) De uma maneira geral, você considera que este Hospital é igual ou melhor do que esperava?
(1) Sim (2) Não
Por Que? _____

13) Você considera que o problema que o trouxe a este Hospital foi resolvido?
(1) Sim (2) Não
Por Que? _____

14) Você indicaria este Hospital para algum amigo ou pessoa da Família?
(1) Sim (2) Não
Por Que? _____

3.12.3 CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO

A proposta do serviço de atendimento ao usuário e pesquisa de satisfação voltadas para as atividades assistenciais, serão implantadas de imediato, caso a SPDM consagre vencedora do certame.

3.13 Proposta de educação permanente, voltado para as atividades assistenciais.

A capacitação da equipe interdisciplinar fica a cargo da Educação Permanente Multidisciplinar (EPM) que encontra-se dentro do organograma da instituição na média gerência, sendo uma unidade de apoio assistencial, técnico-científica e administrativa, em que as atividades de desenvolvimento dos recursos humanos vão desde o recrutamento, seleção, capacitação, treinamento da equipe assistencial até a avaliação de desempenho de cada profissional e elaboração do plano de desenvolvimento individual das competências. O capital humano é o que mantém o modelo de gestão da instituição e os que produzem o resultado final.

É responsável pela orientação da equipe, visando sempre à eficácia da terapêutica, racionalização dos custos, voltando-se também para o ensino e a pesquisa, propiciando assim um vasto campo de aprimoramento profissional. O serviço de EPM é responsável por promover estratégias que visem desenvolver uma equipe de profissionais com pensamento crítico, capacidade de resolução de problemas, habilidade técnica cientifica e princípios de humanização; orientadas para a melhoria continua da assistência, através de profissionais com formação legalmente estabelecida por meio das leis do exercício profissional e competências previamente definidas pela instituição com base em seus objetivos, bem como as necessárias para o desenvolvimento das funções.

Esse serviço tem em sua característica a inserção de diversos profissionais com níveis de formação diferentes, que desenvolvem inúmeras atividades, com graus de complexidade distintos, o que exige uma capacitação contínua da equipe na obtenção da excelência na qualidade em todos os seus serviços.

- **Objetivo Geral**

Implantar e garantir o modelo assistencial através da EPM em um centro hospitalar ou UBS , através da capacitação dos profissionais nas atividades assistências, ensino, pesquisa e gestão, com a perspectiva interdisciplinar, e de acordo com os princípios do SUS e da Politica Nacional de Humanização.

- **Política**

Capacitar e treinar os colaboradores que compõem o corpo assistencial, visando garantir a assistência com excelência.

- **Método:**

- Monitorizar os indicadores assistenciais promovendo treinamentos e capacitações visando

melhorias contínuas e diminuição dos riscos na Assistência.

• Qualificar os profissionais através da identificação de não conformidades nos processos assistenciais e da qualidade de trabalho, promovendo e desenvolvendo ações coletivas.

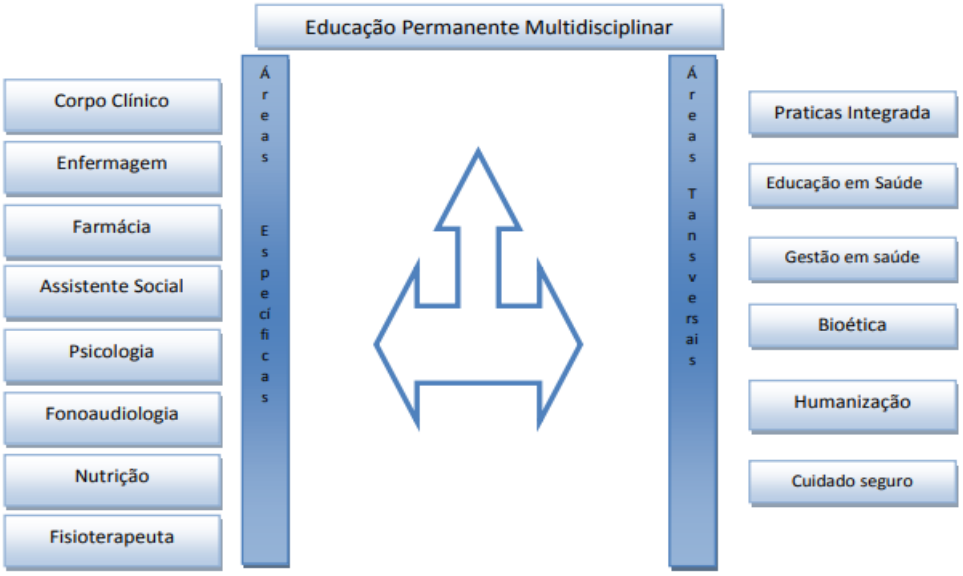
• Desenvolver programa anual de educação e capacitação permanente, de desenvolvimento de competência individuais e organizacionais.

Estes treinamentos serão realizados de acordo com ferramentas atuais de educação em saúde e andragogia sendo de responsabilidade de todas as comissões apoiadoras á alta liderança.

- **<u>Estrutura</u>**

Recursos Humanos

Serviço hospitalar e atenção primária



Equipe e Comissões Multidisciplinares

Os profissionais de EPM são integrantes da equipe multidisciplinar e deverão participar das seguintes comissões:

• Comissão de EMTN;

• Comissão de Gerenciamento de Resíduos – PGRSS;

• Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH;

• Comissão de Curativos;

• Comissão de Humanização;

• Comissão de Biossegurança;

• Comissão de ensino e pesquisa

- CIPA
- Comissão Farmacovigilância e Tecnovigilância
- Comitê Transfusional
- Comissão de Farmácia e Terapêutica
- Comissão de Revisão de óbito
- Comissão de Revisão Prontuários
- Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes
- Comissões de ética por categoria profissional

Estrutura Física

As atividades da EPM acontecem nas salas e anfiteatro do centro de estudos do HMJCF ou in loccu nas unidades.

Neste local físico encontramos também laboratório para prática de simulação realística que proporciona condições para o colaborador experimentar, treinar, observar, aplicar e fundamentar os procedimentos que, desenvolverá nas pessoas de que cuidará.

As práticas de laboratório favorecem a aquisição de destreza manual e cognitiva necessária para os profissionais que atuam no cuidado leito a leito.

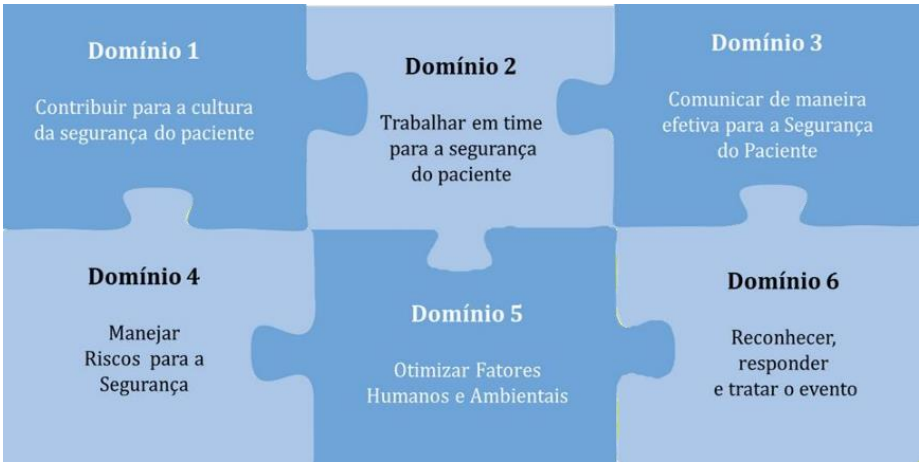
A atual realidade da saúde necessita de novos modelos, com a evolução do conhecimento o paciente é atendido por uma equipe de profissionais que trabalham em vários turnos de plantões. A necessidade social da oferta de um serviço ágil, uma produção grande a um custo per capita baixo, as exigências de atualizações constantes pela avalanche de novos conhecimentos em várias áreas da saúde,exige do profissional novas habilidades:

- Ter habilidades em ferramentas de comunicação;
- Saber trabalhar em equipe e ter inteligência de time;
- Conhecer conceitos básicos de Fatores Humanos;
- Ter resiliência e fazer a gestão do risco operacional no dia a dia.

Para isso, a proposta da SPDM é implantar o Programa de ***Soft Skills Management***. O programa é uma adaptação do Programa de ***Crew Resource Management*** da aviação, com o qual conseguiram alavancar os processos de gestão de segurança da aviação civil. A implantação estará atrelada ao planejamento estratégico da instituição em 2023 com o objetivo levar a alta confiabilidade dos processos internos assistenciais.

O conteúdo do curso está baseado nas competências para Segurança do Paciente

elencadas pela Organização Mundial da Saúde.



3.13.1 CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO

No **Anexo VIII** segue proposta de educação permanente voltado para as atividades assistenciais do Hospital Municipal Dr. José de Carvalho Florence, caso a SPDM consagre vencedora do certame.

3.14 Proposta de implantação de sustentabilidade ambiental quanto ao descarte de resíduos.

Apresentação

A Gestão Ambiental tem o objetivo de otimizar o uso de recursos e minimizar os impactos ambientais, garantindo a sustentabilidade ambiental da Instituição e proteção dos pacientes, colaboradores, saúde pública e meio ambiente. Entre as principais atribuições da Gestão Ambiental estão o gerenciamento de resíduos, eficiência energética, uso racional de água e controle de pragas, gestão de emissões de gases de efeito estufa.

3.14.1 ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO

As atividades da Gestão Ambiental do Hospital serão balizadas por referências como a norma ISO 14001: Sistema de Gestão Ambiental bem como pela Campanha Internacional Agenda Global Hospitais Verdes e Saudáveis (AGHVS). Trata-se de um referencial para o setor Saúde baseado em 10 objetivos inter-relacionados (Liderança, Substâncias Químicas, Resíduos, Energia, Água, Transporte, Alimentos, Produtos Farmacêuticos, Edifícios, Compras) para o desenvolvimento de ações sustentáveis, contribuindo para melhorar a saúde pública e ambiental em todo o mundo.

Ressalta-se especial atenção ao Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde com legislações específicas, tais como Resolução RDC ANVISA 222/18 e Resolução CONAMA 358/05 e atualizações.

3.14.2 INSTRUÇÕES TÉCNICAS

- Formação de uma Comissão de Gerenciamento de Resíduos atuante com reuniões periódicas;
- Capacitação dos colaboradores da Instituição em Gerenciamento de Resíduos;
- Contratação de empresas para prestação de serviços de coleta, tratamento e destinação final de resíduos de acordo com a categoria de risco;
- Contratação de empresa especializada em Controle de Pragas;
- Elaboração e acompanhamento dos Indicadores Ambientais;
- Descrição do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS);

- Padronização e dimensionamento de cestos de resíduos/carros de coleta levando em consideração tipo e quantidade de resíduo gerado em cada setor;
- Padronização de sacos para coleta de resíduos conforme classificação e grupos de resíduos a que pertencem;
- Identificação dos sacos de resíduos com fita adesiva contendo as seguintes informações (setor, data e turno), garantindo assim a rastreabilidade e confiabilidade no processo;
- Definição de fluxos e horários de coleta interna de resíduos;
- Adequação das áreas de armazenamento interno e externo de resíduos (caso necessário);
- Implantação de projetos como caneca ecológica, uso racional de energia, uso raciona de água etc.
- Implantação de projetos de coleta seletiva para clientes internos e externos, para diferentes tipos de resíduos (papel/papelão, plástico, metais, chapas de raios-x, pilhas/baterias, óleo de fritura etc.);
- Controle de licenças ambientais das empresas prestadoras dos serviços de coleta, tratamento e destinação final dos resíduos;
- Visita aos prestadores de serviços de coleta, tratamento e destinação/disposição final de resíduos;
- Implantação de treinamentos relacionados ao descarte de resíduos junto às equipes e possivelmente à comunidade usuária do serviço de saúde;
- Indicação de um responsável técnico pelo PGRSS;
- Adesão à campanha internacional Agenda Global Hospitais Verdes e Saudáveis;
- Elaboração do Inventário de Gases de Efeito Estufa;
- Participação no Desafio Resíduos – Projeto Hospitais Saudáveis/Saúde sem Dano;
- Participação no Desafio: A Saúde pelo Clima – Projeto Hospitais Saudáveis/Saúde sem Dano.

3.14.3 INDICADORES DE DESEMPENHO

- Percentual de reciclagem de resíduos
- Geração de resíduos infectante/paciente-dia
- Inventário de gases de efeito estufa

3.14.4 LEGISLAÇÃO VIGENTE

- Resolução RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 - Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.
- Resolução CONAMA nº 275, de 25 de abril de 2001- "Estabelece código de cores para diferentes tipos de resíduos na coleta seletiva".
- Resolução CONAMA nº 316, de 29 de outubro de 2002: "Dispõe sobre procedimentos e critérios para o funcionamento de sistemas de tratamento térmico de resíduos".
- RESOLUÇÃO nº 358, DE 29 DE ABRIL DE 2005 Dispõe sobre o tratamento e a disposição final dos resíduos dos serviços de saúde e dá outras providências.
- Resolução RDC ANVISA 222/2018, dispõe sobre o Regulamento Técnico para o Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde.
- Resolução RDC ANVISA 52/2009:– Dispõe sobre o funcionamento de empresas especializadas na prestação de serviço de controle de vetores e pragas urbanas e dá outras providências.

Portaria SVS/MS nº 344/98 – Estabelece o Regulamento Técnico das substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial.

- Portaria CVS 21/2008: Norma Técnica sobre Gerenciamento de Resíduos Perigosos de Medicamentos em Serviços de Saúde.
- Portaria CVS 09/2000: Norma Técnica para Empresas Prestadoras de Serviço em Controle de Vetores e Pragas Urbanas.

ABNT - NBR 12235- Armazenamento de resíduos sólidos perigosos.

- ABNT - NBR 12.810 - Coleta de resíduos de serviços de saúde
- ABNT - NBR 13853- Coletores para resíduos de serviços de saúde perfurantes ou cortantes - Requisitos e métodos de ensaio, de maio de 1997
- ABNT - NBR - 7.500 - Símbolos de Risco e Manuseio para o Transporte e Armazenamento de Material.
- ABNT - NBR - 9191 - Sacos plásticos para acondicionamento de lixo - Requisitos e métodos de ensaio.
- ABNT - NBR 14652 - Coletor-transportador rodoviário de resíduos de serviços de saúde.

- ABNT - NBR 14725 - Ficha de informações de segurança de produtos químicos – FISPQ.
- ABNT - NBR - 10004 - Resíduos Sólidos – Classificação.
- ABNT - NBR - 14001 – Sistema de Gestão Ambiental.

Agenda Global Hospitais Verdes e Saudáveis. Disponível em http://greenhospitals.net/wp-content/uploads/2012/03/GGHHA-Portugese.pdf

3.14.5 CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO

A implantação da sustentabilidade ambiental quanto ao descarte de resíduos, serão implantados de imediato, caso a SPDM consagre vencedora do certame.

3.15 Sistemática de monitoramento e garantia da qualidade e garantia da segurança da informação.

A Unidade de Tecnologia da Informação tem por objetivo aplicar as melhores práticas recomendadas por organismos internacionais reconhecidos (ITIL, COBIT e PMI), no que tange à Tecnologia da Informação.

Ainda, tem por responsabilidade disponibilizar todos os recursos tecnológicos e prestar o suporte necessário para a execução dos processos administrativos e assistenciais.

A fim de atingir os objetivos, a Unidade de Tecnologia da Informação possui metodologia que garante a implementação de sistemas através de técnicas de gerenciamento de projetos, contratação e qualificação de pessoas e gestão de infraestrutura, para atender adequadamente aos requisitos de segurança, integridade, disponibilidade e confiabilidade das informações.

No **Anexo IX** destacamos projeto técnico da tecnologia de informação da SPDM com detalhamento da Sistemática de monitoramento e garantia da qualidade e garantia da segurança da informação.

3.15.1 CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO

A implantação da Sistemática de monitoramento e garantia da qualidade e garantia da segurança da informação, serão implantadas de imediato, caso a SPDM consagre vencedora do certame.

4 DOCUMENTO TÉCNICO UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

UBS - Unidade Básica de Saúde e ESF - Estratégia de Saúde da Família

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, estabelece em seu Art. 2º que a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

Já em seu Art. 3º, a Lei 8.080 reconhece que os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. Portanto, o modo como indivíduos e famílias levam a vida impacta diretamente no processo saúde-doença da população, e a forma mais efetiva de interferir no processo de adoecimento das pessoas e promover qualidade de vida é fortalecendo a atuação das equipes de saúde, nos territórios onde a vida acontece.

Os Cuidados Primários de Saúde foram assumidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como estratégia para atingir a meta de “saúde para todos”, considerando o reconhecimento da importância de práticas culturais em saúde e da utilização de modos de atenção resolutivos e a custos suportáveis pelos diversos países.

Na Atenção Primária à Saúde (APS), o modelo de atenção à saúde fundamentado nas ações curativas, centrado no cuidado médico e estruturado com ações e serviços de saúde dimensionados a partir da oferta, tem se mostrado insuficiente para dar conta dos desafios sanitários atuais e insustentável para os enfrentamentos futuros, tornando-se imprescindível o uso de novas tecnologias do cuidado em saúde, operadas por três tipos de arranjos: tecnologias leves, leve-duras e duras. O autor deste conceito, o médico sanitarista Emerson Elias Mehry, contribui para o debate acerca da necessidade de mudança do modelo assistencial hegemônico, defendendo que, para isso, é necessário impactar o núcleo do cuidado, do “trabalho vivo sobre o trabalho morto”. Nesse sentido, é preciso investir nas tecnologias leves do tipo relacionais, centradas nas necessidades dos usuários, invertendo o investimento nas tecnologias duras ou

leve-duras, traduzidas nas normas, equipamentos e materiais. Ainda, torna-se primordial, produzir o cuidado de forma integralizada, operando em “linhas de cuidado” por toda extensão dos serviços de saúde, centrado nas necessidades dos usuários.

Na perspectiva de consolidar uma rede de cuidados ininterruptos à saúde, a Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, aponta as diretrizes de organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS, para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS).

Os diferentes territórios municipais, como no contexto nacional, caracterizam-se pelas marcantes diferenças socioeconômicas, com necessidades de saúde distintas, e pelo desafio de lidar com a complexa inter-relação entre acesso, escala, escopo, qualidade, custo e efetividade, que demonstram a complexidade do processo de constituição de um sistema unificado e integrado. Somado a isso, apresenta-se cada vez mais o desafio de lidar com a tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas, o que demanda maior investimento nas ações de Promoção em Saúde no cotidiano dos serviços de atenção, especialmente na Atenção Primária em Saúde (APS).

Superar os desafios e avançar na qualificação da atenção e da gestão em saúde requer forte decisão dos gestores do SUS, envolve aspectos técnicos, éticos, culturais, mas, principalmente, implica o cumprimento do pacto político cooperativo entre as instâncias de gestão do Sistema, expresso por uma "associação fina da técnica e da política", para garantir os investimentos e recursos necessários à mudança.

Experiências têm demonstrado que a organização da Rede de Atenção à Saúde, tendo a APS como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, apresenta-se como estratégia de superação da fragmentação sistêmica, mais eficaz, tanto em termos de organização interna (alocação de recursos, coordenação clínica etc.), quanto em sua capacidade de fazer face aos atuais desafios do cenário socioeconômico, demográfico, epidemiológico e sanitário.

Organizar a RAS de forma ascendente, ou seja, dos níveis mais capilarizados da gestão, aos níveis de maior complexidade, e ao mesmo tempo, romper com a lógica da atuação dos serviços desarticulados com os territórios, fortalece a gestão de maneira plena. Outro ponto relevante é a fixação de metas, resultados e objetivos, mensuráveis e alcançáveis.

As RAS são sistematizadas para responder a condições específicas de saúde, por meio de um ciclo completo de atendimentos (PORTER e TEISBERG, 2007), que implica a continuidade e a integralidade da atenção à saúde nos diferentes níveis - Atenção Primária, Secundária e Terciária, com foco na população, de forma integral, por meio de serviço contínuo de cuidados que visem prioritariamente à promoção da saúde.

Na perspectiva de contribuir para a consolidação de uma política pública em permanente construção, todos os objetivos abaixo (geral e específicos) serão priorizados em todas as unidades básicas de saúde do escopo do chamamento público para contratação de organização social para administração, gerenciamento e operacionalização das atividades referente ao processo de seleção nº 001/SS/2022 – Edital 93/SS/2022.

Objetivo Geral

Consolidar a REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE na região leste do município de São José dos Campos – SP, garantindo cuidados ininterruptos em saúde aos munícipes atendidos pelos serviços da região, por meio das linhas de cuidados estabelecidas.

Objetivos Específicos

Fortalecer a atuação das Unidades Básicas de Saúde Novo Horizonte, Tesouro, Tatetuba/Vila Industrial, Vista Verde e Eugênio de Melo, por meio da vinculação das equipes de saúde com a população adscrita, de modo que a comunidade legitime as unidades básicas de saúde como porta preferencial do sistema.

Fortalecer a coordenação do cuidado em saúde da população atendida nos territórios de atuação das UBS Novo Horizonte, Tesouro, Tatetuba / Vila Industrial, Vista Verde e Eugênio de Melo, garantindo fluxos seguros nas linhas de cuidado e comunicação efetiva com outros níveis de atenção (referência e contrarreferência).

Melhorar a resolutividade em saúde, ofertando atendimento de qualidade, com impacto positivo nos indicadores de saúde da população atendida.

Garantir o cuidado integral, por meio do fortalecimento e da implementação de linhas

de cuidado, a partir das necessidades de saúde identificadas nos territórios de práticas das equipes da APS.

Orientar as práticas de saúde para as famílias e comunidades, considerando a competência cultural nos territórios de atuação.

Garantir acesso aos usuários do sistema público de saúde, em todos os ciclos de vida, de forma longitudinal, com fortalecimento da estratégia de acolhimento pela equipe de saúde, com avaliação dos fatores de risco e proteção das famílias atendidas nos territórios.

Fortalecer as atividades coletivas e de promoção de saúde.

Fortalecer a educação permanente em saúde para qualificação dos processos de trabalhos internos e as linhas de cuidado em saúde, com foco no cuidado integral.

Fortalecer a utilização dos protocolos assistenciais vigentes no munícipio, já bem consolidados nas linhas de cuidado nos diversos ciclos de vida (criança, adolescente, adulto, idosos, gestantes), por todos os membros constituintes da equipe de saúde, de forma a promover a corresponsabilização dos trabalhadores de saúde pelo cuidado a ser ofertado.

Fortalecer o acompanhamento e monitoramento das famílias adscritas no território, com a implementação de ferramentas de planejamento das atividades dos ACS – meta personalizada e ficha de arrolamento.

Fortalecer a participação social nas unidades de saúde do território, com escuta ativa das demandas, permitindo aos cidadãos, excluídos dos processos políticos e econômicos, serem ativamente incluídos no processo decisório para o exercício da cidadania. O SUS se constrói com a comunidade e para a comunidade.

Referencial Norteador para o Planejamento da Proposta de Trabalho

Para elaboração e proposição do PLANO DE TRABALHO foram utilizados como referenciais para nortear o planejamento, a Lei Complementar nº 612, de 30 de novembro de 2018, que institui o Plano Diretor de Desenvolvimento Integrado do Município de São José dos

Campos e dá outras providências, e o Plano Municipal de Saúde 2022-2025, aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde (COMUS).

O Plano Diretor, em seu Art. 116 estabelece que a Política de Saúde deve observar algumas diretrizes. Elencamos três delas para a construção deste plano de trabalho que inclui tanto as unidades básicas quanto o hospital Municipal.

I - Atenção Básica:

a) garantir acesso às Unidades Básicas e aos serviços de qualidade mediante **aprimoramento da política de atenção básica**;

b) **desenvolver o Programa Saúde da Família como a principal ferramenta para a mudança do Modelo de Atenção no Município**;

c) desenvolver o **matriciamento** das ações nos programas da saúde;

d) mudar o Modelo de Atenção- **integralidade das ações, cuidado centrado no usuário;**

e) transformar as Unidades Básicas em **unidades de fácil acesso** de forma receptiva e **resolutiva** mediante o acolhimento humanizado ao usuário;

f) implementar o **atendimento odontológico**; e

g) otimizar os recursos humanos e materiais visando o melhor atendimento ao usuário.

II- Atenção especializada:

a) garantir acesso a serviços de qualidade na Atenção Especializada;

b) aprimorar o atendimento às pessoas com vulnerabilidades;

c) formar uma Rede de Atenção à Saúde como estratégia de garantia à integralidade e qualificar a gestão do cuidado; e

d) garantir fornecimento dos equipamentos especializados de reabilitação.

III- Atenção Hospitalar- Urgência e Emergência:

a) garantir acesso a serviços hospitalares de qualidade por meio de equipes multiprofissionais;

b) contratar mutirões de cirurgias para atender demandas reprimidas.

PLANO DE TRABALHO

Proposta para administração, gerenciamento e operacionalização das unidades de saúde relacionadas abaixo, conforme descrito no processo de seleção nº001/SS/2022 – Edital

93/SS/2022:

CNES	UNIDADE	MODALIDADE
0009040	UBS Parque Novo Horizonte	ESF
	USF Majestic	USF
	USF Primavera	USF
	USF Santa Hermínia	USF
0009059	UBS Vila Tesouro	UBS TRADICIONAL
0009377	UBS Vila Tatetuba / Vila Industrial	UBS TRADICIONAL
0009105	UBS Vista Verde	UBS TRADICIONAL
0009253	UBS Eugênio de Melo	ESF

Vistoria Técnica

Foram realizadas as vistorias técnicas nas unidades de saúde pela equipe técnica e administrativa da SPDM, que subsidiaram a apresentação da proposta do plano de trabalho.

4.1 Organização funcional e operacional propostas para execução das ações e serviços de saúde, garantindo o alcance das metas de produção com qualidade, dos serviços assistenciais, envolvendo desde a gerência até a prestação dos serviços assistenciais ao paciente.

4.1.1 ORGANIZAÇÃO FUNCIONAL

O Primeiro Nível de Atenção – APS

A Atenção Primária em Saúde (APS) ou Atenção Básica (AB) é a porta preferencial de entrada do usuário no sistema de saúde e ordenadora da RAS. Esse papel fundamenta-se nas evidências de seu impacto na saúde e no desenvolvimento da população, apresentando melhores indicadores de saúde, maior eficiência no fluxo dos usuários dentro do sistema, tratamento mais efetivo de condições crônicas, maior eficiência do cuidado, maior utilização de práticas preventivas, maior satisfação dos usuários e diminuição das iniquidades sobre o acesso aos serviços e o estado geral de saúde. A APS apresenta dois aspectos distintos e interdependentes: é uma estratégia de **organização e reorganização dos sistemas de saúde**, nos quais representa o primeiro nível de atenção, e um modelo de mudança da prática clínico-assistencial dos profissionais de saúde.

Atenção ao Primeiro Contato

Implica acessibilidade e utilização dos serviços de saúde pelos usuários a cada novo problema ou a cada novo episódio de um mesmo problema, sendo o local que a população e a equipe devem identificar como o primeiro recurso a ser buscado quando há uma necessidade ou problema de saúde. A percepção da população de que a unidade básica de saúde é a porta de entrada preferencial do sistema, está diretamente ligada à vinculação da equipe com a comunidade. Nesse sentido, a intenção é fortalecer as estratégias locais de acolhimento à população que procura o serviço de saúde espontaneamente.

Uma das formas de prover o acesso na APS é por meio do modelo Acesso Avançado (AA), também conhecido por acesso aberto ou agendamento no mesmo dia. Esse modelo permite aos pacientes buscarem cuidados primários de saúde - com seus profissionais de referência - no momento de sua necessidade ou escolha.

Os modelos tradicionais de agendamento organizam, de maneira geral, os atendimentos para datas futuras, resultando, muitas vezes, em demora na providência de cuidados. Dessa forma, acaba por favorecer o aumento do absenteísmo e comprometer a longitudinalidade (ao não assegurar ao paciente o atendimento com seu profissional de referência).

O AA é um método de organização do agendamento, que permite aos pacientes buscarem e receberem cuidados em saúde de seu profissional de referência, no momento mais oportuno, em geral no mesmo dia. O AA tem uma regra de ouro: 'Faça hoje o trabalho de hoje'. Essa regra permite a abordagem de condições crônicas, eventos agudos, demandas administrativas, medidas preventivas e coordenação do cuidado dos pacientes. A agenda permanece aberta, e seus horários são preenchidos diariamente, conforme a demanda, e sob essa premissa, as unidades de saúde farão o atendimento de demandas para exames preventivos de câncer de colo de útero, de testes rápidos diagnósticos para ISTs e HCG, atendimento de demandas administrativas, condições crônicas, eventos agudos, medidas preventivas e coordenação do cuidado dos pacientes.

O AA também possibilita, em comunidades com fixação de profissional e boa vinculação da equipe no território, a estruturação da agenda médica de forma a destinar maior tempo de atendimento à demanda espontânea, o que gera consultas mais rápidas e mais resolutivas, sendo um ponto a ser avaliado durante a vigência do contrato, com anuência da Secretaria de Saúde Municipal.

Longitudinalidade

Trata-se de cuidado regular e por longo período, o que tende a produzir diagnósticos e tratamentos mais precisos, que reduzem os encaminhamentos desnecessários para especialistas e a realização de procedimentos de maior complexidade. Mediante a vinculação do usuário com a equipe de saúde, há maior percepção das causas e determinantes sociais do processo saúde- doença, nos diversos ciclos de vida do indivíduo, promovendo um acompanhamento em saúde que reconhece a singularidade de cada indivíduo nas diversas etapas do desenvolvimento e da vida. Tal atributo requer fixação dos profissionais de saúde no território de atuação, tornando possível a vinculação desejada.

Integralidade do cuidado

Articulação das ações de promoção, proteção e prevenção e abordagem integral do indivíduo e das famílias, considerando as dimensões biopsicossociais. Como forma de garantir o princípio de integralidade das ações de saúde, a proposta é delinear um modelo de gestão, que promova a articulação e a interface de dois eixos – a gerência do serviço e a gerência do cuidado. A integralidade máxima estará assegurada na medida da articulação entre a integralidade efetivada no "microespaço" de trabalho das equipes (gerência de cuidado) e a integralidade efetivada no "macrocontexto" da rede de serviços (gerência dos serviços) (CECÍLIO; MEHRY, 2003).

Em todo esse processo, independentemente das denominações de diferentes autores, o que se busca é uma gestão integrada com foco na realidade local e nas iniciativas de novos arranjos institucionais, quais sejam:

a) ampliação da autonomia e resolutividade local;

b) definição de parcerias locais que potencializem a atuação das equipes;

c) desenvolvimento e revisão de métodos de trabalho;

d) criação e recriação de sentidos e significados das práticas, de forma a mobilizar os atores sociais para a corresponsabilização pela saúde nos territórios.

Nesta perspectiva, torna-se fundamental, para aumentar a resolutividade nas unidades de saúde, a percepção e entendimento, por parte da equipe de saúde, de que a unidade básica reúne profissionais de categorias distintas que atuam e realizam atendimentos da mesma população adscrita. Eles devem estar aptos a reconhecer todas as ofertas que o serviço pode oferecer para atender a uma mesma necessidade de saúde, potencializando os recursos locais disponíveis e reduzindo assim os encaminhamentos desnecessários, identificando as linhas de cuidado internas, ou seja, o itinerário do usuário na própria UBS ou USF. Como exemplo podemos citar um atendimento de mulher com atraso menstrual de 20 dias. Após o acolhimento pela equipe de enfermagem, testagem rápida, com resultado para HCG positivo, ela é atendida pelo médico, que solicita os exames de rotina, e é orientada a realizar a 1ª consulta de pré-natal odontológico. Dando continuidade, a mesma mulher (gestante) é encaminhada ao grupo de educação em saúde conduzido pela nutricionista que atua na unidade.

Coordenação do cuidado

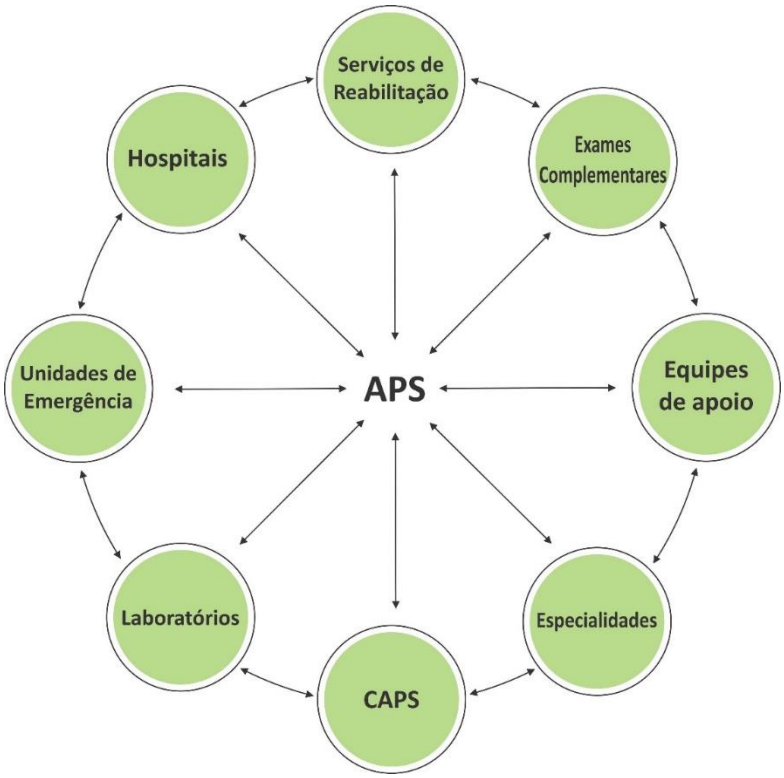
Articulação entre os diversos serviços e ações de saúde, de forma que estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum, independentemente do local onde sejam prestados. Objetiva ofertar ao usuário um conjunto de serviços e informações que respondam a suas necessidades de saúde de forma integrada, por meio de diferentes pontos da RAS. Para tanto torna-se necessária uma comunicação efetiva e fluída entre os diversos serviços e setores envolvidos, a qual pretende-se qualificar com a integração dos sistemas de informação das unidades básicas com a rede hospitalar e de especialidades ambulatoriais.

Independentemente do nível do atendimento em saúde, o usuário do sistema de saúde continua sendo da responsabilidade da equipe à qual o mesmo está vinculado no território.

Linha de Cuidado

A Linha de Cuidado caracteriza-se por padronizações técnicas que explicitam informações relativas à organização da oferta de ações de saúde no sistema, nas quais d**escrevem** rotinas do itinerário do paciente, contemplando informações relativas às ações e atividades de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, a serem desenvolvidas por equipe multidisciplinar em cada serviço de saúde. Ainda, v**iabilizam** a comunicação entre as equipes, serviços e usuários de uma Rede de Atenção à Saúde, com foco na padronização de ações, organizando o percurso do usuário na Rede.

As **Linhas de Cuidado** têm **a APS como gestora** dos fluxos assistenciais, sendo responsável pela coordenação do cuidado e ordenamento das **Redes de Atenção à Saúde,** conforme imagem abaixo.



Fluxograma: A centralidade da APS nas linhas de cuidado e RAS

Como atributos derivados, a APS é orientada para as famílias e comunidades, e considera a competência cultural das pessoas na atuação das equipes de saúde no território. Outro aspecto importante relacionado ao primeiro nível de atenção é que para cumprir essas funções, ele deve ser dotado de complexidade – que não se expressa necessariamente em equipamentos, mas na **qualidade dos recursos humanos** – e de articulações funcionais que garantam acesso aos demais níveis do sistema.

Embora, no nível primário, a principal tecnologia de cuidado utilizada é a "tecnologia leve" (relações estabelecidas com vínculo), torna-se necessário também o investimento em recursos de maior densidade tecnológica, para alcançar a meta de resolução dos 80% dos problemas de saúde de uma população, não sendo suficientes apenas as ações de promoção e prevenção. Destaca-se aqui, a importância de investir nas capacitações para implementação dos protocolos assistenciais e de manter nos serviços de saúde da Rede Básica, recursos em geral.

O modelo assistencial pode ser organizado com equipes de Atenção Primária (eAP), ou com equipes de Saúde da Família (eSF). As eAPs têm uma atuação mais tímida no território, por não contar com o Agente Comunitário de Saúde. No entanto, ambos têm como alicerces de

suas práticas, os mesmos eixos estruturantes que constituem a APS, definidos por serem o primeiro contato do usuário com o sistema, promover o cuidado integral e longitudinal e coordenar o cuidado nos diversos níveis de atenção. A APS é orientada para as famílias e comunidades, considerando as competências culturais de cada território. A eAP difere da eSF em sua composição, de modo a atender às características e necessidades de cada município, em consonância com as diretrizes da Política Nacional da Atenção Básica - PNAB e os atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde.

Já a organização dos serviços de saúde da Atenção Primária por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF) prioriza ações de promoção, proteção e recuperação de saúde, de forma integral e continuada, sendo o modelo assistencial prioritário para a APS, visto que a equipe de saúde atua de forma mais ativa nos territórios de abrangência dos serviços, por contar com a atuação do ACS, responsável por ser o "elo" entre equipe de saúde e comunidade. A ESF define-se por um conjunto de ações e serviços que vão além da assistência médica, estruturando-se com base no reconhecimento das necessidades da população, apreendidas a partir do estabelecimento de vínculos entre os usuários dos serviços e os profissionais de saúde, em contato permanente com o território.

A ESF propõe que a atenção à saúde se centre na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, o que leva os profissionais de saúde a entrar em contato com as condições de vida e saúde das populações, permitindo-lhes uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas. Para tanto, os profissionais que nela atuam deverão dispor de um arsenal de recursos tecnológicos bastante diversificados e complexos. Ao considerar a família como objeto de atenção, a ESF está contemplando dois atributos derivados da APS: a orientação familiar/comunitária e a competência cultural, que pressupõem o reconhecimento das necessidades familiares em função do contexto físico, econômico e cultural.

Para cumprir essas funções, as equipes de saúde vinculadas à APS são multidisciplinares (médicos, enfermeiros, dentistas, equipe técnica de enfermagem e de saúde bucal, agentes comunitários de saúde, equipe administrativa e prestadores de serviços, entre outros profissionais de apoio na assistência em saúde), que expressam diferentes formas de articular os recursos e as ações de saúde.

4.1.2 ORGANIZAÇÃO OPERACIONAL

As ações e serviços de saúde a serem executados sob gestão da SPDM são descritos sucintamente, segundo modalidades de atenção, e/ou redes de atenção e/ou linhas de cuidado.

As ações, serviços e procedimentos de saúde a serem executados serão baseados nos padrões e diretrizes técnicas do Ministério da Saúde (MS) e da Secretaria Municipal da Saúde do Município de São José dos Campos (SMS-SJC) e estão contidos na Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES), conforme Portaria 841 de 2 de maio de 2012, e outras que poderão ser solicitadas por SMS.

As agendas de atendimento devem ser configuradas de acordo com as orientações, critérios e diretrizes definidas pela SMS-SJC.

Princípios e Diretrizes

A Atenção Primária à Saúde com Estratégia de Saúde da Família ou estruturadas com equipes de Atenção Primária tem suas ações alicerçadas nos princípios e diretrizes do SUS, devendo:

- Atuar de maneira proativa no território adstrito, realizando cadastramento da população, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, com o objetivo de cuidar dos indivíduos e das famílias nos diversos ciclos de vida e ao longo do tempo, mantendo postura proativa no território;
- Desenvolver atividades de acordo com o planejamento e programação, realizados com base no diagnóstico situacional, orientadas para a família e a comunidade, reavaliando periodicamente as ações planejadas e para reorientação do processo de trabalho, quando necessário;
- Buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias intersetoriais, visando uma melhor compreensão e atuação frente à realidade vivida pela população;
- Promover e fortalecer os espaços de controle e participação social para auxiliar construção de cidadania bem como, pactuar responsabilidades compartilhadas;

- Realizar o acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade, tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea e o primeiro atendimento às urgências.

Carteira e Serviços

Conforme documento técnico do Ministério da Saúde (2020), a CARTEIRA DE SERVIÇOS da APS, tendo as pessoas no centro do cuidado em saúde, define o leque de serviços disponíveis e ofertados pelas unidades de APS.

São as ações que as equipes de saúde devem oferecer para que as pessoas/cidadãos recebam atenção integral, tanto do ponto de vista do caráter biopsicossocial do processo saúde-doença, como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação adequadas ao contexto da APS.

Os serviços estão organizados e separados da seguinte forma:

- Vigilância em Saúde
- Promoção à Saúde
- Atenção e Cuidados Centrados na Saúde do Adulto e do Idoso
- Atenção e Cuidados Centrados na Saúde da Criança e do Adolescente
- Procedimentos na APS
- Atenção e Cuidados relacionados à Saúde Bucal

Importante destacar que a Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde visa nortear as ações de saúde na APS. As ofertas de serviços poderão ser adequadas na Carteira de Serviços, de acordo com as necessidades locais, com as possibilidades da equipe e as condições locais, adaptado à realidade municipal e do território. As ofertas de saúde à comunidade poderão ser acrescentadas, retiradas ou reformuladas em consonância com a SMS.

4.1.3 CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO

Todas as ações propostas e planejadas para a organização funcional e operacional para execução das ações e serviços de saúde, garantindo o alcance das metas de produção com

qualidade, durante a execução, serão reavaliadas permanentemente para adequação às novas necessidades identificadas e proposição de melhorias contínuas.

AÇÃO	QUANDO	COMO	RESPONSÁVEL
Manter diálogo permanente com a Secretaria Municipal de Saúde	Imediato após assinatura do contrato de gestão, de forma permanente durante a sua execução, conforme demandas, com periodicidade mínima mensal	Levantamento das demandas estruturantes nos serviços, que sejam da governabilidade da equipe da Secretaria de Saúde para buscar soluções compartilhadas de melhorias a serem implementadas.	Diretores da SPDM
Fortalecer os mecanismos de fixação dos profissionais no serviço	Imediato após assinatura do contrato de gestão – frequência mensal	Monitorar a fixação dos profissionais e faltas ao serviço	Gestor Administrativo
Legitimar espaços para reunião semanal de equipe para discussão interna dos processos de trabalho e discussões de casos complexos	Em dois meses, após assinatura do contrato de gestão - periodicidade semanal	Reservar 1 hora semanal para reunião de equipe	Gerente da Unidade
Ancorar o processo de trabalho nas atribuições comuns a todos os membros que compõem as equipes das unidades	Imediato após assinatura do contrato de gestão – de forma permanente	Diálogo permanente com os profissionais inseridos nos serviços, conforme necessidade, e	Gerente da Unidade

básicas e atribuições específicas de cada categoria profissional		utilização dos espaços de reunião de equipe como tema transversal nas pautas a serem abordadas.	
Fortalecer as estratégias locais de acolhimento à população com a responsabilização de toda a equipe	Em dois meses, após assinatura do contrato de gestão – frequência mensal com contextualização para a equipe dos dados do SAU	Durante as reuniões semanais de equipe	Gerente da Unidade
Monitorar permanentemente os indicadores de desempenho qualitativos e quantitativos nos serviços	Em quatro meses, após assinatura do contrato de gestão – frequência mensal	Designar um profissional de referência para cada Linha de Cuidado e grupo de indicadores e pactuar a reponsabilidade de cada um	Gerente da Unidade e RT de cada Linha de Cuidado
Mapear com as equipes de saúde o itinerário do paciente dentro da UBS/ESF, contemplando informações relativas às ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, a serem	Em quatro meses, após assinatura do contrato de gestão - Com as linhas de cuidado prioritárias em cada serviço de saúde - frequência mensal	Identificar as fragilidades de comunicação e fluxos no serviço de saúde	RT de cada linha de cuidado

desenvolvidas pela equipe multidisciplinar nas linhas de cuidado.			
Mapear os serviços que compõem a Rede de Atenção à Saúde, nas linhas de cuidado.	Em dois meses, após assinatura do contrato de gestão e periodicidade mensal	Priorizar os protocolos assistenciais das especialidades com menor resolutividade (>20% encaminhamentos). Fonte: SAMS	RT em cada linha de cuidado
Implementar rotina de ações coletivas com a comunidade – educação em saúde ou grupos terapêuticos	Em cinco meses após assinatura do contrato de gestão - frequência mensal	Abordar tema de interesse de campanhas propostas pela Secretaria de Saúde e temas que melhorem a captação de usuários para o sistema.	Técnicos de Referências das equipes, a ser definido conforme assunto a ser abordado.
Estimular continuamente o processo de territorialização	Imediato após assinatura do contrato de gestão - de forma permanente durante a execução do contrato.	Manter a vigilância ativa no território de atuação das equipes – o território é dinâmico, e pode produzir saúde ou doença.	Enfermeiras (os) de equipes
Estabelecer parcerias intersetoriais com	Imediato após assinatura do	Identificar as necessidades de	RT das linhas de cuidado

equipamentos públicos ou organizados pela sociedade civil no território	contrato de gestão, de forma permanente durante a execução do contrato, conforme demandas.	saúde do território e as possibilidades de interface com outras políticas públicas, visando potencializar as ofertas de cuidado.	
Fortalecer as reuniões de CGU nas unidades e manter a vinculação ativa com os representantes legitimados, principalmente do segmento dos usuários	Em dois meses, após assinatura do contrato de gestão - Periodicidade mínima mensal	Dialogar permanentemente com os representantes dos segmentos dos trabalhadores e gestores para identificação de problemas e propostas de soluções a serem compartilhadas com o segmento de usuários, de forma que todos os representantes sejam protagonistas das deliberações pactuadas.	Gerente da unidade

4.2 Protocolos, organização e fluxo interno das atividades e ações assistenciais de todos os serviços previstos.

O protocolo caracteriza-se como a descrição de uma situação específica de assistência/cuidado, contendo a operacionalização e a especificação sobre o que, quem e como se faz, orientando e respaldando os profissionais em suas condutas para a prevenção, recuperação ou reabilitação da saúde (PIMENTA, 2015).

O uso de protocolos apresenta várias vantagens, promove maior segurança aos usuários e profissionais, estabelece limites de ação e cooperação entre os envolvidos, reduz a variabilidade do cuidado, norteia o profissional para a tomada de decisão em relação às condutas, incorpora novas tecnologias, respalda legalmente as ações, dá maior transparência e controle dos custos, dentre outras (PIMENTA, 2015).

A Secretaria de Saúde da PMSJC possui diversos protocolos assistenciais que norteiam as ações e os fluxos relacionados à assistência em saúde, envolvendo as diversas categorias profissionais. Dentre eles, podemos destacar:

- Protocolos de atendimentos à demanda espontânea;
- Protocolo de Assistência Domiciliar em todo ciclo de vida;
- Protocolos referentes ao Programa PREVINA;
- Protocolos de Saúde Bucal;
- Protocolos das Práticas Integrativas e Complementares;
- Protocolo de Nutrição;
- Roteiro de Avaliação Clínica para prática de Atividade Física;
- Protocolos referentes à Saúde da Mulher;
- Protocolos referentes à Saúde do Adulto e do Idoso;
- Protocolos referentes à saúde da Criança e do Adolescente.

O Ministério da Saúde emite um vasto número de normas, diretrizes, manuais, dentre eles, os Cadernos de Atenção Básica, no intuito de orientar o processo de trabalho e o cuidado em saúde além de indicar, em linhas gerais, os limites de responsabilidade da Atenção Primária à Saúde no sistema de saúde, delimitando o apoio diagnóstico e terapêutico necessários e sua articulação com as unidades de referência específicas.

Os protocolos municipais e os materiais disponibilizados pelo Ministério da Saúde serão os alicerces das propostas de educação permanente voltados para as atividades assistenciais nas Unidades Básicas de Saúde com ou sem ESF.

4.2.1 CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO

Nº	Protocolo	Objetivo	Status
1	**Acolhimento a demanda espontânea**	Nortear o atendimento não programado na Unidade de Saúde. Atender uma necessidade momentânea do usuário.	Imediato
	FONTE: BRASIL. Ministério da Saúde. Acolhimento à demanda espontânea. v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume I).		
2	**Saúde da Criança e do Adolescente**	Direcionar o atendimento a criança e ao adolescente, o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança e a supervisão das imunizações) e até temas característicos da modernidade, como a alimentação saudável (tão essencial de ser trabalhada na situação atual de epidemia de obesidade infantil), a prevenção de acidentes e as medidas de prevenção e cuidado à criança em situação de violência.	Imediato
	FONTE: BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica).		
3	**Saúde da Mulher**	Direcionar o atendimento a saude da mulher, a queixas comuns, assistência ao pré natal, puerpério e promoção ao aleitamento materno. Nortear o planejamento reprodutivo, prevenção de câncer de colo de útero e mama. Atenção às mulheres do climatério e em situação de violência sexual e/ou doméstica/intrafamiliar.	Imediato
	FONTE: BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica : Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília : Ministério da Saúde, 2016. (Cadernos de Atenção Básica, n. 33).		
4	**Rastreamento**	Nortear a prática assistencial, subsidiar suas condutas, proporcionar condições para que a boa prática clínica aconteça. Guias prevenção, rastreamento a patologias epidemiologia clínica.	Imediato
	FONTE: BRASIL. Ministério da Saúde. Rastreamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Primária n. 29).		
5	**Saúde Bucal**	Organizar o atendimento a saúde bucal na Atenção Básica, apresentar principais agravos em saúde bucal; organizar atendimento por meio de ciclo de vida do indivíduo.	Imediato
	FONTE: BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 17) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).		
6	**Envelhecimento e Saúde da pessoa idosa**	Nortear e normatizar o atendimento a pessoa idosa, garantindo a prevenção e a promoção a saúde, respeitando os direitos do idoso.	Imediato
	FONTE: BRASIL. Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 19) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).		
7	**Núcleo de apoio à Saúde da Família**	Nortear e organizar o processo de trabalho para o atendimento das equipes de saúde da família.	Imediato
	FONTE: BRASIL. Ministério da Saúde. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39).		

8	**Vigilância em Saúde – Zoonoses**	Definir o papel dos serviços de vigilância em saúde. Prevenção e controle dos agravos, controle dos agentes causais, quanto na melhoria das condições sanitárias e de moradia da população, minimizando exposição ao risco. Enfoque em ações da atenção básica na resposta às emergências em saúde pública e eventos de potencial risco sanitário nacional. Foco nos atendimentos: doença de chagas, febre amarela, leishmaniose tegumentar, leptospirose, acidente por animais peçonhentos e raiva.	Imediato
	FONTE: BRASIL. Ministério da Saúde. Vigilância em Saúde: zoonoses. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Cadernos de Atenção Básica, n. 22) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).		
9	**Vigilância em Saúde – HIV/Aids, hepatites e outas IST's**	Reunir conteúdos e informações técnicas pertinentes aos protocolos e rotinas para o trabalho das equipes de Atenção Básica. Direcionar os atendimentos para uma abordagem técnica, humanitária e social aos portadores de DST, HIV/aids, hepatites e HTLV, ampliando-lhes a visão para o controle desses agravos. Conhecer a importância da Vigilância Epidemiológica.	Imediato
	FONTE: BRASIL. Ministério da Saúde. HIV/Aids, hepatites e outras DST. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 18) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).		
10	**Vigilância em Saúde – Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose**	Nortear e orientar conceitos, sendo: vigilância e controle das doenças transmissíveis; vigilância das doenças e agravos não transmissíveis; a vigilância da situação de saúde, vigilância ambiental em saúde, vigilância da saúde do trabalhador e a vigilância sanitária. São enfocadas ações de vigilância em saúde na Atenção Básica, no tocante aos agravos: dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose.	Imediato
	FONTE: BRASIL. Ministério da Saúde. Vigilância em Saúde: dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. (Cadernos de Atenção Básica, n. 21) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).		
11	**Estratégia para cuidado da pessoa com doença crônica: Obesidade**	Nortear e subsidiar o atendimento para o cuidado integral da obesidade, com ênfase no manejo alimentar e nutricional.	Imediato
	FONTE: BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para cuidado da pessoa com doença crônica obesidade, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 38) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).		
12	**Estratégia para cuidado da pessoa com doença crônica: Hipertensão Arterial Sistêmica**	Nortear e subsidiar o atendimento para o cuidado integral da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), com ênfase na prevenção e tratamento dessa patologia. Recomendações no trabalho na Atenção Primária. Guia para Linha de cuidados.	Imediato
	FONTE: BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para cuidado da pessoa com doença crônica Hipertensão Arterial Sistêmica, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).		

13	**Estratégia para cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus**	Nortear e subsidiar o atendimento para o cuidado integral da Diabetes Melittus (DM), com ênfase na prevenção, rastreamento, classificação e tratamento dessa patologia. Planejamento da assistência; guiar avaliação e exames complementares. Orientar fatores de risco para úlceras nos pés.	Imediato
	FONTE: BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).		
14	**Saúde Mental**	Nortear e normatizar o atendimento ao cuidado da pessoa que sofre, direcionamento do cuidado. Situações comuns de saúde mentas na APS, instrumentos de intervenções e principais medicamentos para o tratamento e acompanhamento.	Imediato
	FONTE: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.		
15	**Assistência ao Pré Natal de Baixo Risco**	Nortear o processo de trabalho e acompanhamento da gravidez de risco habitual e de suas possíveis intercorrências, promoção da saúde, gestação em situações especiais, assistência ao parto, até as questões legais relacionadas à gestação, ao parto/nascimento e ao puerpério.	Imediato
	FONTE: BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, 32).		
16	**Práticas Integrativas e Complementares**	Nortear as políticas nacionais e informações sobre normas, serviços e produtos relacionados à fitoterapia na Estratégia Saúde da Família/atenção básica, busca estimular a implantação de novos programas no SUS, com melhoria do acesso da população a produtos e serviços seguros e de qualidade; sensibilizar e orientar gestores e profissionais de saúde na formulação e implantação de políticas, programas e projetos; e estruturar e fortalecer a atenção em fitoterapia, com ênfase na atenção básica/Saúde da Família.	Imediato
	FONTE: BRASIL. Ministério da Saúde. Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; n. 31).		
17	**Procedimentos**	Nortear e descrever os procedimentos atendidos e realizados nos serviços de atenção primária.	Em dois meses, após assinatura do contrato de gestão
	FONTE: BRASIL. Ministério da Saúde. Procedimentos. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Primária n. 30).		

Obs: Imediato - Após assinatura do contrato de gestão.

4.3 Protocolos e organização de serviços de farmácia na assistência, separadamente por nível de atenção, envolvendo inclusive a dispensação de medicamentos e insumos ao paciente.

4.3.1 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Define-se como Assistência Farmacêutica o grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve todas as etapas dos medicamentos desde a sua aquisição até a utilização pelo paciente, assim como o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos.

O modelo de gestão da SPDM para as farmácias da Rede de Atenção Básica, é um modelo centrado no paciente através da realização de atividades clínico-assistenciais, técnico-administrativas. Os principais objetivos do serviço de Farmácia da rede de Atenção Básica são:

- Garantir a gestão adequada dos medicamentos e materiais médicos hospitalares necessários à realização das atividades assistenciais, afim de que sejam dispensados e distribuídos para cada setor, com metodologia correta e eficaz;
- Garantir o acesso dos medicamentos e insumos aos usuários assegurando o medicamento certo, na dosagem certa, ao paciente certo e em quantidade suficiente ao tratamento;
- Realizar atividades clínicas individualizadas e em conjunto com outros profissionais da equipe multidisciplinar otimizando a terapia medicamentosa para alcançar os objetivos terapêuticos.
- Promover ações de prevenção, promoção, uso seguro e racional dos medicamentos.

Dentre os principais eixos do modelo de gestão da SPDM, para as farmácias da Rede de Atenção Básica destacam-se: segurança, conformidade legal, qualidade e sustentabilidade que visam de forma prioritária obter eficiência, eficácia e efetividade da Assistência Farmacêutica.

Segurança:

Dispensação de medicamentos e materiais

Gestão de estoques

Drogas de Alto Alerta

Controle de temperatura e umidade

Ronda Farmacêutica do carro de emergência

Ronda Farmacêutica

Conformidade Legal:

Medicamentos Controlados pela Portaria 344/98

Documentação obrigatória da assistência farmacêutica

Qualidade:

Atividades clínicas do farmacêutico

Indicadores de gestão

Manual de Operações

Educação Permanente

Farmacovigilância

Sustentabilidade:

Descarte de medicamentos

Ações educativas referentes ao descarte correto

Segurança:

Dispensação de medicamentos e materiais

Dispensação de medicamentos e materiais ao paciente

4.3.2 DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS AO PACIENTE

A dispensação é a atividade que compreende o fornecimento de medicamentos e outros insumos ao paciente em resposta a apresentação de uma receita ou outro documento prescrito por profissional legalmente habilitado.

Para dispensação de medicamentos ao paciente a receita deverá atender os requisitos das legislações específicas e os protocolos da Secretaria Municipal de Saúde. Quando se tratar de Medicamentos Sujeitos a Controle Especial deverá ser retida uma via da receita e/ou notificação.

Para garantir que o processo de dispensação seja realizado de forma precisa e segura, disponibilizando ao paciente os medicamentos e insumos corretos, em todos os atendimentos é realizada a dupla conferência e, no ato da entrega dos medicamentos ao paciente, é realizada a terceira conferência com o mesmo. A baixa dos medicamentos e insumos é realizada em sistema SAMS no momento da separação fazendo com que o controle seja seguro e efetivo.

4.3.3 DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS AOS SETORES INTERNOS

Compreende o fornecimento de medicamentos e materiais aos setores internos necessários à realização dos procedimentos médico-assistenciais mediante apresentação de requisição interna autorizada por profissional habilitado.

O principal objetivo é garantir que as requisições de materiais sejam atendidas de forma precisa e segura, disponibilizando para os setores requisitantes os itens corretos. A baixa dos medicamentos e insumos é realizada em sistema SAMS no momento da separação de modo a garantir o controle efetivo dos estoques.

4.3.4 GESTÃO DE ESTOQUES

Inventário

O inventário é o processo utilizado para garantir que o estoque existente no sistema seja condizente com o estoque físico de forma que a gestão dos estoques seja segura e eficaz.

O inventario é realizado semanalmente rotativo e conforme diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde o inventário anualmente.

Análise de Consumo Médio Mensal e Gestão de Faltas

Consiste no estudo da movimentação dos itens em estoque, monitorados através do sistema informatizado, de modo a manter quantitativos adequados com objetivo de evitar excessos, consequentes perdas por validade e faltas de itens para o atendimento ao paciente.

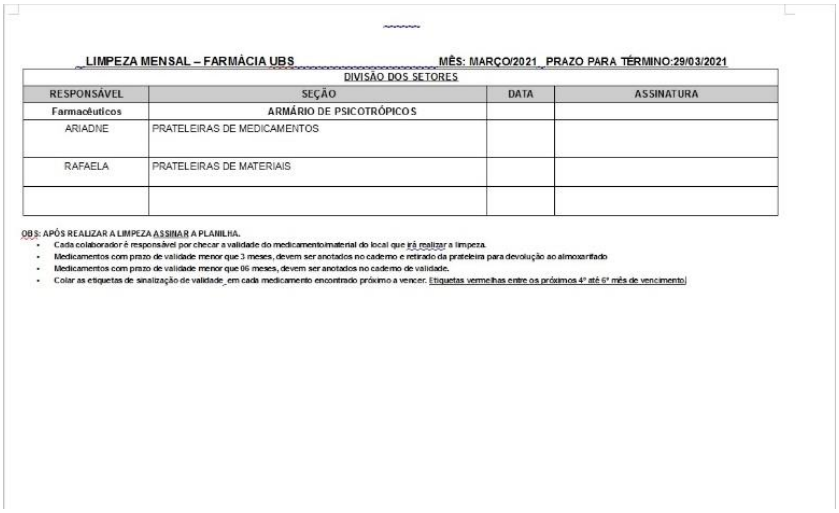
Em situações de desabastecimento de determinado item que possa impactar o atendimento ao paciente e a realização de procedimentos na unidade, são realizados

remanejamentos entre as unidades de acordo com as diretrizes da Assistência Farmacêutica da Secretaria Municipal de Saúde.

Controle de validade de materiais e medicamentos

O Controle de validade de medicamentos/materiais é uma prática obrigatória na Unidade de Farmácia com o propósito de garantir que os mesmos sejam distribuídos antes do vencimento e com prazo suficiente para utilização, impedindo assim que sejam dispensados com o prazo de validade expirado, o que pode causar danos ao paciente, visto o risco de contaminação e falta de eficácia terapêutica.

A verificação é feita mensalmente item a item conforme cronograma setorizado:



LIMPEZA MENSAL – FARMÁCIA UBS MÊS: MARÇO/2021 PRAZO PARA TÉRMINO:29/03/2021

DIVISÃO DOS SETORES			
RESPONSÁVEL	SEÇÃO	DATA	ASSINATURA
Farmacêuticos	ARMÁRIO DE PSICOTRÓPICOS		
ARIADNE	PRATELEIRAS DE MEDICAMENTOS		
RAFAELA	PRATELEIRAS DE MATERIAIS		

OBS: APÓS REALIZAR A LIMPEZA ASSINAR A PLANILHA.

- Cada colaborador é responsável por checar a validade do medicamento/material do local que irá realizar a limpeza.
- Medicamentos com prazo de validade menor que 3 meses, devem ser anotados no caderno e retirado da prateleira para devolução ao almoxarifado
- Medicamentos com prazo de validade menor que 06 meses, devem ser anotados no caderno de validade.
- Colar as etiquetas de sinalização de validade em cada medicamento encontrado próximo a vencer. Etiquetas vermelhas entre os próximos 4° até 6° mês de vencimento)

Cronograma setorizado para verificação da validade e limpeza mensal

O controle mensal da validade diminui as perdas de medicamentos e materiais na instituição, aumenta a rotatividade dos produtos, melhora a utilização dos recursos financeiros, reduz o número de itens obsoletos, consequentemente diminui o impacto ambiental evitando o descarte destes itens e favorece a segurança do paciente.

Recebimento e armazenamento

O recebimento dos insumos nas farmácia da Rede de Atenção Básica ocorre conforme cronograma de abastecimento do Almoxarifado.

Durante o recebimento é realizada a conferência dos itens observando: a quantidade recebida de acordo com a Nota de Fornecimento, a integridade física, as condições de transporte e de temperatura, lote e prazo de validade afim de garantir que estes estejam em condições adequadas de qualidade com vistas à segurança do paciente.

O armazenamento é realizado conforme as boas práticas estabelecidas pelos órgãos sanitários, legislações vigentes e especificações dos fabricantes. A disposição dos medicamentos na área de dispensação é organizada de acordo com forma farmacêutica seguindo ordem alfabética e itens de maior consumo.

As insulinas dispensadas à equipe de enfermagem ficam armazenadas na geladeira da farmácia em recipientes diferenciados e identificados e são retiradas apenas no momento da administração ao paciente mediante apresentação de documento prescrito pelo médico.

Limpeza e organização

Visando manter a qualidade e integridade dos medicamentos e materiais armazenados na farmácia, é realizado mensalmente, conforme cronograma, a limpeza e organização dos locais de armazenamento destes insumos e do setor.

Drogas de Alto Alerta

Drogas de Alto Alerta são medicamentos que apresentam um risco aumentado de provocar danos significativos aos pacientes em decorrência de falha no processo de utilização.

As drogas de alto alerta são identificadas de forma a se diferenciar dos outros medicamentos padronizados na unidade. Essa diferenciação é feita não somente nas drogas, mas também no local onde são armazenadas através de etiquetas na cor amarela.

Na unidade temos padronizadas as insulinas NPH e Regular para dispensação externa ao paciente no guichê e dispensação interna para a equipe de enfermagem. Devido à similaridade das embalagens e dos riscos que envolvem o uso destes medicamentos realizamos a diferenciação das embalagens das insulinas regulares através de etiquetas na cor amarelas. O objetivo desta diferenciação e dos controles é alertar os profissionais sobre o risco desses

medicamentos, atenção à administração, evitando intercorrências referente a erros de medicação e garantindo assim a segurança do paciente.

Identificação das drogas de alto alerta

4.3.5 CONTROLE DE TEMPERATURA E UMIDADE

O controle da temperatura e umidade é um processo de extrema importância na unidade de farmácia, já que previne perda de medicamentos, custos financeiros e reduz o impacto ambiental. Variações de temperatura e umidade podem levar a alterações visíveis na forma farmacêutica que podem diminuir ou anular os efeitos terapêuticos dos medicamentos e alterar sua estabilidade.

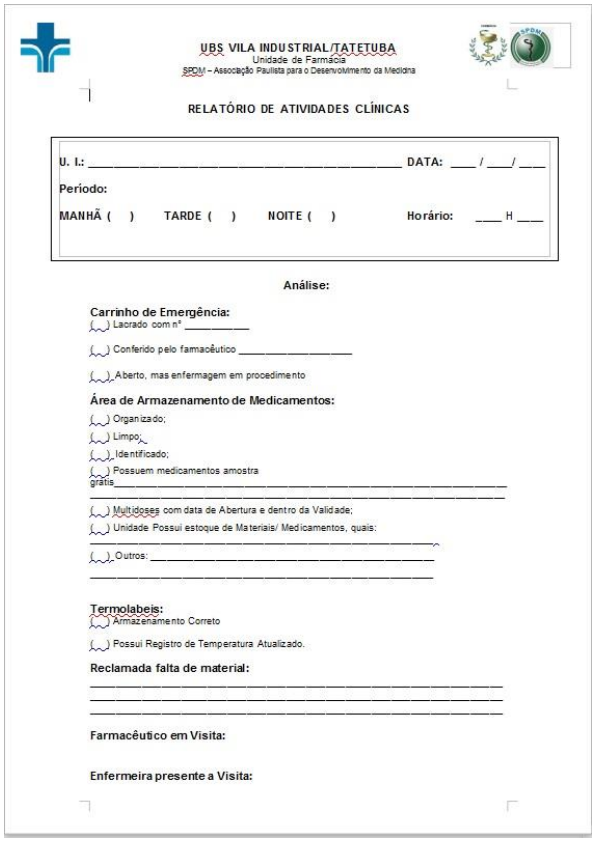
O controle da temperatura de materiais e medicamentos é realizado três vezes ao dia e o registro realizado em planilha específica. Para controlar a temperatura dos materiais e medicamentos são utilizados os equipamentos: termo higrômetro, termômetro infravermelho, ar condicionado e refrigerador devidamente calibrados. Possíveis desvios na faixa de temperatura ideal são notificados pelo farmacêutico aos setores competentes para que os equipamentos sejam verificados e a manutenção realizada se necessário. O farmacêutico é responsável por monitorar a validade de calibração dos equipamentos. As unidades de farmácia possuem plano de contingência para quebra de equipamentos e falta de energia.

4.3.6 RONDA FARMACÊUTICA

A Ronda Farmacêutica é um processo de inspeção das condições de armazenamento, conservação, prazo de validade, aspecto físico e das quantidades adequadas dos medicamentos e materiais nas unidades de assistência ao paciente.

A ronda farmacêutica é realizada mensalmente pelo farmacêutico conforme cronograma mensal acordado entre equipe de farmácia e enfermagem, o qual deverá ser validado por ambas as partes.

Durante a realização da ronda farmacêutica são verificados todos os materiais e medicamentos nas unidades de assistência ao paciente e observado a possível existência de amostras grátis e itens alheios ao setor. Todas as inconformidades são registradas em relatório padronizado o qual é assinado pelos envolvidos no processo e arquivado em pasta específica.



UBS VILA INDUSTRIAL/TATETUBA
Unidade de Farmácia
SPDM – Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina

RELATÓRIO DE ATIVIDADES CLÍNICAS

U. I.: _____ DATA: ___ / ___/ ___
Período:
MANHÃ ( ) TARDE ( ) NOITE ( ) Horário: ___ H ___

Análise:

Carrinho de Emergência:
(__) Lacrado com nº _____
(__) Conferido pelo farmacêutico _____
(__) Aberto, mas enfermagem em procedimento

Área de Armazenamento de Medicamentos:
(__) Organizado;
(__) Limpo;
(__) Identificado;
(__) Possuem medicamentos amostra grátis_____
_____
(__) Multidoses com data de Abertura e dentro da Validade;
(__) Unidade Possui estoque de Materiais/ Medicamentos, quais:
_____
(__) Outros: _____
_____

Termolabeis:
(__) Armazenamento Correto
(__) Possui Registro de Temperatura Atualizado.

Reclamada falta de material:
_____
_____
_____

Farmacêutico em Visita:

Enfermeira presente a Visita:

Processo de ronda farmacêutica e relatório

Carro de emergência

O carro de emergência é um equipamento móvel destinado a auxiliar os profissionais de saúde durante o transporte, armazenamento, manuseio, suporte de equipamentos, medicamentos e instrumentais durante as intervenções de emergência realizadas pelos profissionais de saúde.

A padronização do carro de emergência é definida pela Secretaria Municipal de Saúde. Todas as vezes em que o carro de emergência for deslacrado para atendimento de

intercorrências, deverá ser solicitado mediante requisição ao setor de farmácia imediatamente após o atendimento do paciente a reposição dos itens utilizados . A conferência é realizada mensalmente pelo farmacêutico conforme cronograma mensal acordado entre equipe de farmácia e enfermagem, o qual deverá ser validado por ambas as partes.

Essa conferência tem por objetivo verificar se os itens estão em conformidade para uso e manter o carro completo para o atendimento ao paciente. Após a ronda o farmacêutico elabora um relatório discriminando as ações realizadas e possíveis inconformidades o qual é assinado pelos envolvidos no processo e arquivado em pasta específica.

4.3.7 CONFORMIDADE LEGAL

Medicamentos Controlados pela Portaria 344/98.

Para o efetivo controle dos medicamentos, é necessário o seguir as diretrizes da Portaria 344, de 12 de maio de 1998. A responsabilidade pelo controle é exclusiva do profissional farmacêutico, incluindo as tarefas de recebimento, armazenamento, separação, dispensação correta destes medicamentos, assim como o controle de documentos específicos da Portaria 344/98.

Recebimento e guarda de medicamentos controlados pela Portaria 344/98

O abastecimento dos medicamentos controlados pela Portaria 344/98 conforme cronograma de abastecimento do Almoxarifado.

Durante o recebimento é realizada a conferência dos medicamentos pelo farmacêutico observando: a quantidade recebida de acordo com a Nota de Fornecimento, lote, validade, a integridade física, as condições de transporte e de temperatura.

Os medicamentos controlados são armazenados em armário trancado e identificado e as chaves ficam sob guarda e responsabilidade do farmacêutico.

Dispensação de medicamentos controlados pela Portaria 344/98

A dispensação dos medicamento controlados da rede básica é realizada ao paciente no guichê de dispensação ou internamente para a enfermagem.

A dispensação ocorre mediante os critérios estabelecidos na Portaria 344/98 e a baixa é realizada no SAMS Saúde no cartão do SUS do paciente, com dupla checagem e liberação pelo farmacêutico.

Conferência diária dos Medicamentos Controlados pela Portaria 344/98

Visando evitar possíveis divergências entre o estoque físico e eletrônico desse grupo de medicamentos as unidades de farmácia rede básica diariamente realizam a contagem de todo o estoque dos Medicamentos Controlados pela Portaria 344/98.

Essa contagem é realizada às cegas em formulário padronizado e confrontada posteriormente com a posição do estoque eletrônico. Todo o processo é validado pelo profissional farmacêutico.

Controle de Talonários de Notificação

Os talonários de Notificação de Receita B ficam sob responsabilidade e guarda da farmácia e são armazenados dentro do armário de medicamentos controlados trancado.

Os talonários sao disponibilizados ao consultório com base de troca de talonário utilizado e conferido pelo farmacêutico no momento da troca.

Documentação obrigatória da assistência farmacêutica

Para autorização e liberação do funcionamento das unidades de farmácia ambulatorial da rede básica, pelos órgãos competentes e fiscalizadores, a instituição possui a documentação técnica obrigatória, como:

Licença de funcionamento emitida pela Vigilância Sanitária do Município de São José dos Campos;

Registro do profissional farmacêutico responsável emitida pela Vigilância Sanitária do Município de São José dos Campos;

Certidão de regularidade perante o Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo, certificando assistência farmacêutica em período integral;

Abertura de livro de registro específico de medicamentos controlados pela Portaria 344/98.

4.3.8 QUALIDADE

Atividades clínicas do farmacêutico

A Resolução Nº 585/2013 que regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências e a publicação da Portaria N° 1.918/2016 que institui os Cuidados Farmacêuticos no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), a situação de saúde da

população brasileira, o atual estágio de desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS), o aumento no consumo de medicamentos por parte da população e os problemas decorrentes do uso irracional dos mesmos, tornou-se necessário uma mudança no modo de trabalho do farmacêutico - que até então estava focado e limitado aos serviços de aquisição e distribuição de medicamentos - para um contexto mais amplo e que esteja integrado à comunidade, ao indivíduo, à família e à equipe de saúde visando à educação em saúde, a promoção do uso racional de medicamentos através dos serviços de Cuidados Farmacêuticos e através disso melhorar os resultados terapêuticos individuais e coletivos na gestão do cuidado em saúde.

Orientação farmacêutica

Ato realizado pelo profissional farmacêutico aos usuários e que tenha relação com a Assistência Farmacêutica, realizado de forma espontânea ou por solicitação dos próprios usuários.

Orientações referente:

- Ao uso e armazenamento de medicamentos;
- Os riscos envolvendo o uso de medicamentos;
- Prevenções de doenças;
- Problema de saúde dos usuários;
- Uso de dispositivos tecnológicos utilizados no controle de doenças.

Esta atividade visa otimizar os benefícios e minimizar os riscos relacionados à farmacoterapia, identificar problemas relacionados ao uso inadequado de medicamentos, contribuir para que os usuários compreendam melhor seus problemas de saúde e com isso aumentar a adesão ao tratamento e realizar um melhor controle de suas patologias e contribuir com a promoção, proteção e recuperação da saúde, prevenção de doenças e de outros agravos em saúde. Intervenções para o acesso de medicamentos

Ação, documentada, realizada pelo profissional farmacêutico que permitirá ao usuário ter acesso a um determinado medicamento de que necessita, através:

- Disponibilização de formulários/documentos e orientações ao usuário para que o mesmo tenha acesso ao medicamento prescrito;
- Orientação ao prescritor sobre preenchimento de formulários/documentos

para que o usuário consiga ter acesso ao medicamento prescrito;

- Orientação ao usuário de outros locais/possibilidades para que o mesmo consiga ter acesso aos medicamentos de que faz uso;
- Intervenção junto ao prescritor da UBS local, quando este prescreve um medicamento e/ou dosagem de medicamento que não é padronizado no Sistema Único de Saúde (SUS);

4.3.9 PROCESSO DE ALTO CUSTO

O Farmacêutico realiza a orientação de processo de alto custo municipal e estadual que compreende assistência farmacêutica e administrativa de verificação de protocolos específicos.

O objetivo é viabilizar aos usuários acesso a todos os medicamentos necessários para o seu tratamento, acarretando assim em adesão ao tratamento e alcance dos objetivos terapêuticos, resultando em um melhor controle da doença. Evitando prescrições de medicamentos não padronizados no SUS e norteando os prescritores da unidade de saúde.

4.3.10 INDICADORES DE GESTÃO

As atividades e rotinas da unidade de farmácia são monitoradas mensalmente através de indicadores estratégicos padronizados pela instituição. A análise destes indicadores resulta na elaboração de planos de ação visando atingir a meta estipulada para cada um deles e desta forma manter a melhoria contínua, a segurança dos processos e a segurança do paciente.

Nas unidades de farmácia da rede básica estes dados são monitorados através do Painel de Acompanhamento dos Indicadores preenchido mensalmente onde estão consolidados todos os indicadores relacionados a gestão de estoques e atendimentos realizados.

4.3.11 MANUAL DE OPERAÇÃO

O manual de operação é composto das rotinas existentes nas unidades de farmácia da rede básica, tendo como objetivo a padronização dos processos e orientação do colaborador em eventuais situações de dúvidas e contingências. Cada rotina é composta de: objetivos, campos

de aplicação, definições, siglas e abreviaturas, responsabilidades, descrição das atividades dos responsáveis, fluxograma do serviço, plano de educação continuada, plano de emergência e contingência, normas de medidas de medidas preventivas de acidentes e legislações específicas.

4.3.12 EDUCAÇÃO PERMANENTE

As unidades de farmácia da rede básica possuem treinamentos padronizados para capacitação dos colaboradores, sendo de responsabilidade dos farmacêuticos a educação permanente.

A Unidade possui um cronograma de integração para novos colaboradores que contempla todos os treinamentos necessários para o desenvolvimento das atividades no setor de farmácia.

Além dos treinamentos referentes à integração de novos colaboradores, anualmente é elaborada pelo corporativo de farmácia a DNT – Definição de Necessidades de Treinamentos visando a atualização dos processos, implantação de novas rotinas e reciclagem dos já existentes. Esses treinamentos são ministrados aos farmacêuticos para que estes sejam multiplicadores nas unidades locais.

Com a finalidade de mensurar a efetividade dos treinamentos é aplicada avaliação antes e após a realização do treinamento. Outra ferramenta utilizada é a avaliação de reação cujo objetivo é mensurar o grau de satisfação dos treinamentos ministrados.

4.3.13 FARMACOVIGILÂNCIA

Desvios de qualidade de medicamentos e materiais

Os farmacêuticos notificam as suspeitas de desvios de qualidade de medicamentos e materiais detectados pela farmácia e pela equipe multidisciplinar da unidade em formulário específico. Este processo visa assegurar a garantia da qualidade dos insumos, além de evitar que itens fora do padrão de qualidade sejam utilizados na assistência ao paciente.

Notificações de suspeitas de Reações Adversas a Medicamentos

Reação Adversa a Medicamento é qualquer resposta prejudicial ou indesejável, não intencional, a um medicamento, que ocorre nas doses usualmente empregadas no homem para

profilaxia, diagnóstico, terapia da doença ou para a modificação de funções fisiológicas. A RAM é caracterizada pela existência de uma relação causal específica entre o medicamento e a ocorrência.

Nas unidades sempre que houver relato de paciente com uma suspeita de Reação Adversa a Medicamento o profissional farmacêutico realiza a investigação, através do preenchimento de formulário específico e notifica no site do Centro de Vigilância Sanitária visando contribuir para o trabalho das autoridades regulatórias nacionais de medicamentos, para melhorar o perfil de segurança dos medicamentos e ajudar a reduzir os danos associados ao uso de medicamentos.

4.3.14 DESCARTE DE MEDICAMENTOS

Será implantado o descarte de resíduos químicos, conforme norma de boas práticas de gerenciamento de resíduos químicos. O serviço será realizado por empresa terceirizada para gerenciamento, transporte e destinação final, com o objetivo da proteção do meio ambiente.

4.3.15 CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO

Todos os protocolos e organização dos serviços referente a farmácia na assistência serão implantados de imediato nas unidades básicas de saúde.

4.4 Políticas de aquisição de medicamentos

A SPDM utilizada a Política de Compras institucional como parâmetro para aquisições de medicamentos, materiais, equipamentos e serviços.

O objetivo da política de compras é estabelecer critérios para a execução da aquisição de medicamentos, materiais e equipamentos (produtos), além de garantir os princípios da moralidade, economicidade, impessoalidade, isonomia, de acordo com os valores e diretrizes institucionais, almejando maximizar os resultados, minimizar riscos, garantindo que os produtos adquiridos atendam aos padrões de qualidade fixados pela organização, além de observar as quantidades adequadas dos itens a serem comprados.

No **Anexo V** encaminhamos política de compras e regulamento de compras da SPDM.

4.4.1 CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO

A política de aquisição de medicamentos e regulamento de compras serão implantados de imediato, caso a SPDM consagre vencedora do certame.

4.5 Protocolos e organizações de atividades de apoio (Serviços administrativos, almoxarifado, limpeza, segurança, apoio logístico, sistemática de manutenção predial e modernização/atualização equipamentos). Dimensionamento de recursos humanos que serão terceirizados.

4.5.1 GESTÃO DE LOGÍSTICA E SUPRIMENTOS

A logística é o processo de gerenciar estrategicamente e racionalmente a aquisição, movimentação e armazenamento de medicamentos, materiais e outros materiais necessários ao perfeito funcionamento da unidade. Contempla as áreas de almoxarifado e estoques da farmácia.

A gestão da cadeia de suprimentos, compreende a compra, o recebimento, armazenamento e distribuição de todos os materiais utilizados. A organização do serviço contempla os processos de compras, almoxarifado e farmácia.

4.5.1.1 COMPRAS

Suprir as unidades com os materiais, medicamentos e serviços necessários para desenvolvimento das atividades;

Realizar as cotações e selecionar as propostas de acordo com a política e regulamento de compras da SPDM – **Anexo V.**

O Regimento de Compras está publicado em Diário Oficial, cujas diretrizes são evidentemente pautadas nos principios de moralidade, economicidade, impessoalidade e isonomia.

Avaliação de Fornecedor

Um dos critérios de aquisição dos materiais, deverá ser a avaliação dos fornecedores, tendo como principais pontos as análises da regularidade do fornecedor nos órgãos competentes, análise dos registros dos produtos comercializados pelo fornecedor e análise técnica dos produtos utilizados.

Esta complexa avaliação dos fornecedores é de extrema importância e necessária para garantir que todos os itens adquiridos tenham boa procedência, garantindo assim a segurança do processo de aquisição.

Ressalta-se que a SPDM possui equipe altamente qualificada que compõe o Comitê Técnico de Qualificação de Fornecedores (CTQF).

4.5.1.2 ALMOXARIFADO

Recebimento, armazenamento e distribuição dos medicamentos e insumos para as unidades básicas de saúde.

Recebimento

A unidade de Gestão de Estoques é centralizadora do recebimento de todos os insumos adquiridos (Material, Medicamentos, dentre outros). O recebimento deve ser realizado através de documentação formalizada como, pedido de compras, autorização de compras e notas fiscais.

Dentre outras considerações:

- Conferência Física – Deve-se realizar a conferência dos itens da quantidade recebida, número do lote e validade dos produtos;
- No caso de um medicamento termolábil, ou seja, aquele que deve estar armazenado a uma temperatura entre 2º C a 8º C, deve ser realizado uma aferição da temperatura no ato do recebimento, através de um termômetro à laser.

Armazenamento

O armazenamento de medicamentos e materiais deverá ser realizado de acordo com critérios técnicos e normas de boas práticas de armazenamento. Deverá ser adotado o critério PEPS (Primeiro que Expira é o Primeiro que Sai), que visa a guarda dos itens obedecendo os prazos de validade.

Para o controle dos medicamentos sujeitos a controle especial, é necessário seguir as diretrizes da Portaria 344/98.

Controle de validade

Deverá existir controle de validade dos medicamentos e materiais através de sistema informatizado, assim como plano de gerenciamento manual, com identificação visual dos bins e colmeias utilizadas para armazenamento dos medicamentos e materiais.

Controle de temperatura

Garantir a aferição e registro das temperaturas de refrigeradores e ambientes. As intercorrências com possíveis divergências na temperatura deverão ser corrigidas imediatamente, sem prejuízos à conservação dos medicamentos.

Controle de Estoques de Medicamentos e Materiais

O registro da movimentação dos medicamentos e materiais deverá ser realizado por meio de um Sistema Informatizado de Gestão de Suprimentos implantado de forma que possibilite executar e visualizar a movimentação, como transferência e saída para o paciente.

Medicamentos Controlados pela Portaria 344/98

Estes de medicamentos deverão ser supervisionados por um profissional farmacêutico, visto a necessidade de cuidados especiais quanto ao seu fluxo de recebimento, armazenamento, distribuição e escrituração de livro de registro.

Inventário

Para verificar se os estoques estão sendo bem utilizados, manuseados e controlados, utiliza-se diferentes controles de produtividade na análise da gestão de estoque.

O Inventário Físico que é realizado com a contagem do estoque e confrontado com o controle de estoque deve ser periódico.

4.5.1.3 FARMÁCIA

Dispensação de medicamento e/ou material ao paciente;

Dispensação de medicamento e/ou material para uso interno na unidade;

Estoque, controle e dispensação de medicamentos controlados pela Portaria 344/98.

Atribuições

- Responsável pela aquisição, recebimento, armazenamento e distribuição de materiais;
- Acompanhar os itens com picos de consumo ou com baixos níveis de estoque;

- Controlar os níveis de estoques para que não excedam as quantidades máxima ou mínima;
- Realizar o cadastro de fornecedores ou itens utilizados no Hospital;
- Adquirir material de forma emergencial quando necessário;
- Garantir 100% de registro de movimentação dos estoques dos medicamentos e materiais distribuídos;
- Escriturar procedimento operacional padrão de todas as tarefas a serem implementadas, sendo estas revisadas, discutidas e validadas com as unidades envolvidas, inclusive com a equipe assistencial;
- Garantir o controle de temperatura ambiente e dos refrigeradores, através de termohigrômetro calibrado e registro das temperaturas;
- Realizar treinamentos técnicos teóricos e práticos de todas as tarefas do Almoxarifado, devendo existir plano de reciclagem para todos os colaboradores.

Legislação Vigente

O serviço de estoque e logística deverá cumprir as seguintes exigências legais:

CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas;

Lei 5.991/73 – Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, horário do farmacêutico, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências.

Portaria MS 4.283/10 – Aprova as diretrizes e estratégias para organização, fortalecimento e aprimoramento das ações e serviços de farmácia no âmbito dos hospitais.

RDC 45/03 da ANVISA: Dispões sobre regulamento Técnico sobre Boas Práticas de utilização de Soluções Parenterais em serviços de saúde;

RDC 50/02 da ANVISA: Dispõe sobre Regulamento Técnico para projetos físicos em estabelecimentos assistenciais de saúde;

RDC 67/07 da ANVISA: Dispõe sobre boas práticas de manipulação de preparações magistrais e oficinais para uso humano em farmácias;

RDC 80/06 da ANVISA: Dispõe sobre o fracionamento de medicamentos em farmácias e drogarias;

RDC 306/04 da ANVISA: Dispõe sobre regulamento técnico para o gerenciamento de resíduos dos serviços de saúde;

RDC 9/09 da ANVISA - Altera o anexo VI da RDC 45/03 Lei no. 5991/73: Dispõe sobre o

controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, horário do farmacêutico, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências;

Portaria 272/98 da ANVISA – Aprova o regulamento técnico para fixar os requisites mínimos exigidos para a terapia de nutrição parenteral;

Portaria 2616/98 do MS – Controle de Infecção Hospitalar;

Portaria 485/05 do MTE – Aprova NR 32 – Segurança e saúde no trabalho em estabelecimentos de saúde;

Portaria 1017/02 SAS/MS – Estabelece que as farmácias hospitalares integrantes do SUS devam estar sob a responsabilidade do farmacêutico;

Portaria 344/98 SVS/MS – Estabelece o regulamento técnico das substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial.

4.5.2 HIGIENE

O Serviço de Limpeza e Desinfecção de Superfícies em Serviços de Saúde compreende a limpeza, desinfecção e conservação das superfícies fixas e equipamentos permanentes das diferentes áreas. Tem a finalidade de preparar o ambiente para suas atividades, mantendo a ordem e conservando equipamentos e instalações, evitando principalmente a disseminação de microrganismos responsáveis pelas infecções relacionadas à assistência à saúde.

Organização do Serviço

Preconiza-se que a limpeza seja dividida da seguinte forma:

- Limpeza concorrente ou diária: é o processo de limpeza diária, com a finalidade de remover a sujidade e repor o material de higiene;
- Limpeza terminal: é o processo de limpeza e/ou desinfecção de toda a área, incluindo todas as superfícies, mobiliários e equipamentos, com a finalidade de remover a sujidade e diminuir a contaminação ambiental, abastecendo as unidades com material de higiene e será realizada sempre que se fizer necessária.

Segundo o Art. 3º do Regulamento Técnico estabelecido pela RDC 15/2012 da ANVISA, o serviço de limpeza e higienização consiste na remoção de sujidades orgânicas e inorgânicas de superfícies e mobiliários, redução da carga microbiana presente nos produtos para saúde,

utilizando água, detergentes, produtos e acessórios de limpeza, por meio de ação mecânica (manual ou automatizada), atuando em superfícies internas (lúmen) e externas, de forma a tornar o produto seguro para manuseio e preparado para desinfecção ou esterilização.

Os produtos químicos a serem utilizados devem possuir registro no Ministério da Saúde. A empresa contratada deverá apresentar à Contratante cópia dos Certificados de Registros dos produtos químicos no Ministério da Saúde e Ficha de Informação de Segurança de Produto Químico (FISPQ).

A prestação dos serviços de higiene nas unidades básicas de saúde, será realizado por empresa terceirizada, contratada pela SPDM, incluso no Plano Orçamentário de Custeio.

Segue quadro com dimensionamento estimado dos recursos humanos terceirizados:

UNIDADE	AUXILIARES DE LIMPEZA	ENCARREGADO DE LIMPEZA	TOTAL
ESF NOVO HORIZONTE	3	1	**4**
USF MAJESTIC	1	0	**1**
USF SANTA HERMÍNIA	1	0	**1**
USF PRIMAVERA	1	0	**1**
UBS VISTA VERDE	2	1	**3**
UBS TESOURO	2	1	**3**
UBS TATETUBA	2	1	**3**
ESF EUGÊNIO DE MELO	3	1	**4**

Instruções Técnica

- Contratar profissional responsável técnico, devidamente habilitado e capacitado para supervisionar e garantir a execução dos serviços dentro das normas de boas práticas e qualidade estabelecidas pela legislação vigente, ministrar treinamentos, selecionar, escolher, adquirir e prover o uso adequado de EPI's e produtos químicos;
- Manter a equipe uniformizada, identificando-os mediante crachás com fotografia recente e provendo-os com Equipamentos de Proteção Individual;
- Apresentar cronograma de treinamento e periodicidade que serão efetuados os treinamentos aos funcionários. Apresentar os comprovantes de treinamento;

- Realizar a limpeza e desinfecção de todas as Unidades da Instituição;
- Realizar a coleta de resíduos, transporte e pesagem de todas as Unidades;
- Elaborar e implantar o Manual de Normas e rotinas e revisá-lo periodicamente;
- Disponibilizar o manual de normas e rotinas em todos os DMLs, para consultas da Equipe;
- Manter todos os equipamentos e utensílios necessários à execução dos serviços, em perfeitas condições de uso;
- Elaborar e implantar o cronograma de limpeza terminal para todos os Setores da Unidade de acordo com a classificação de risco das áreas;
- Os produtos químicos a serem utilizados devem possuir registro no Ministério da Saúde. A empresa contratada deverá apresentar à Contratante cópia dos Certificados de Registros dos produtos químicos no Ministério da Saúde e Ficha de Informação de Segurança de Produto Químico (FISPQ).

Legislação Vigente

RDC 306/2003 – ANVISA;

RDC 15/2012 – ANVISA;

ABNT - NBR 1810, NBR 1807 E NBR 1809: Dispõe sobre as técnicas e procedimentos para a coleta de resíduos de serviço de saúde. Dispõe sobre o Controle Sanitário do Comercio de Drogas, Medicamentos, Insumos Farmacêuticos e Correlatos, e dá outras providências;

Portaria n° 2616: 12/05/1998, do Ministério da Saúde, Manual de Procedimento de Artigos e Superfícies em Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde 1993,

Manual de Controle de Infecção Hospitalar do Ministério da Saúde 1985 e todas as leis municipais, estaduais e federais vigentes. Dispõe sobre as técnicas de limpeza e soluções a serem utilizadas nas atividades da execução de serviços de Limpeza Hospitalar;

Portaria M.T.E. n° 385 – 11 de novembro de 2005: Dispõe sobre o uso de EPI;

NR 32: Dispõe sobre riscos e propõem as soluções.

4.5.3 PATRIMÔNIO

O patrimônio deve ser entendido como um conjunto de bens móveis, também denominados materiais permanentes. A importância do controle patrimonial nas instituições,

dizem respeito principalmente à grande imobilização financeira decorrente da aquisição do parque instalado e dos custos adicionais decorrentes dos bens.

A unidade de Patrimônio é responsável pelo controle, conservação, transferência, movimentação interna e distribuição de bens. Levando em consideração as definições estipuladas pelos gestores de área e, de acordo com as necessidades de cada unidade, mantendo inter-relação com todos os setores, bem como, por proporcionar o contole físico individualizado, visando fortalecer os controles internos e fazer a gestão patrimonial, conforme legislação.

Organização do Serviço

O planejamento e o controle do patrimônio envolvem ações do recebimento do bem na instituição e que se estendem até a saída do mesmo. Funções como a identificação dos bens e o inventário anual são fundamentais para que o controle seja transparente, seguro e eficaz.Assim, o controle patrimonial compreende, dentre outras aşões:

- Recepcionar, identificar e registrar os bens;
- Transferir os bens por centro de custos nas Unidades de Saúde;
- Realizar inativação de bens patrimoniados respeitando os critérios de avaliação de utilização do material previamente estabelecido (laudos técnicos de inutilização emitido pelas áreas responsáveis pela manutenção preventiva e corretiva do bem permanente).
- Identificar e armazenar de forma correta os bens permanentes inativados;
- Realizar inventário de acordo com a periodicidade estabelecida;
- Encaminhar mensalmente via ofício os bens adquiridos e recebidos por doações ou via prefeitura para Secretaria de Saúde;
- Observar se cada bem permanente possui placa de identificação (Patrimônio);
- Verificar em visitas se os bens permanentes estão em seu local de origem

de acordo com o controle realizado pelo patrimônio.

Atribuições

Elaborar e implantar um Manual de Normas e Procedimentos Operacionais da Unidade de Patrimônio;

Emitir o Relatório Anual dos Bens lnventários;

Comunicar intercorrências como furto, perda e avarias;

4.5.4 ENGENHARIA CLÍNICA

A unidade de Engenharia Clínica, é essencial na organização das Unidades de Saúde, pois gerencia a aplicação das tecnologias, a fim de proporcionar uma melhoria constante nos cuidados dispensados ao paciente, além de preparar e habilitar técnicos, operadores e utilizadores em busca de índices de uso e conservação cada vez melhor. Essas medidas reduzem consideravelmente o número de chamadas indevidas, e consequentemente prolongam a vida de equipamentos, sistemas e instalações.

A gestão de equipamentos médico-hospitalares envolve constantes medidas preventivas e corretivas para evitar falhas e interrupções de procedimentos. A manutenção dentro da Engenharia Clínica divide-se em: preventiva, corretiva e calibração.

Manutenção Preventiva

A manutenção preventiva é uma ação planejada para prevenção de forma constante, envolvendo programas de inspeções, substituições, reformas, reparos, entre outros, a fim de reduzir ou evitar falhas ou quedas no desempenho dos equipamentos, obedecendo a um plano de manutenção preventiva previamente elaborado, baseado em intervalos definidos de tempo.

Plano da Manutenção Preventiva

A manutenção preventiva é imprescindível para ampliar a vida útil dos equipamentos, reduzindo os custos e aumentando a segurança e desempenho.

Os equipamentos serão classificados segundo o grau de criticidade, devendo-se desenvolver e implementar procedimentos para definir os intervalos de realização de manutenção preventiva para todos os equipamentos inseridos no programa de gerenciamento, identificando os riscos potenciais, envolvendo a utilização dos equipamentos, decorrentes de desgastes naturais visíveis ou defeitos que não tenham sido informados pelos usuários.

Os procedimentos utilizados na manutenção preventiva devem ser documentados em formulário específico contendo as seguintes informações:

- Identificação do técnico responsável pelo procedimento;
- Instruções de segurança institucionais e normas brasileiras regulamentadoras;

- Roteiro de trabalho com as checagens, medições e verificações;
- Parâmetros modelos para diagnóstico dos equipamentos;
- Diretrizes para substituição de peças, por desgaste natural;
- Periodicidade da realização dos serviços preventivos.

Manutenção Corretiva

A manutenção corretiva é aquela realizada após a ocorrência de uma falha, e visa restaurar a capacidade produtiva de um equipamento, que esteja com sua capacidade de exercer as suas funções reduzida ou cessada. Cuida especificamente de reparos, consertos e substituições de peças ou componentes, que se desgastaram ou falharam, levando o equipamento a uma parada por quebra ou pane em um ou mais componentes. A manutenção corretiva é solicitada através de abertura de um chamado técnico (Ordem de serviço) via sistema GLPI (Central de Abertura de Chamados técnicos).

Plano da Manutenção Corretiva

No plano de manutenção corretiva deverão ser descritos os procedimentos operacionais que deverão conter a forma de solicitação de manutenção corretiva pelos usuários dos equipamentos, o horário em que este serviço estará disponível, os dados que deverão ser preenchidos na solicitação, a forma como o serviço realizado e as diretrizes utilizadas para troca de peças.

Calibração

Operação que estabelece, sob condições especificadas numa primeira etapa, uma relação entre os valores e as incertezas de medição fornecidos por padrões e as indicações correspondentes com as incertezas associadas. Numa segunda etapa, utiliza esta informação para estabelecer uma relação visando à obtenção de um resultado de medição a partir de uma indicação. *(Instituto Nacional de metrologia, Qualidade e Tecnologia)*

Plano de Calibração

Os equipamentos que possuírem parâmetros físicos de funcionamento, que interfiram diretamente na qualidade do produto ou serviço, estarão sujeitos à calibração.

Calibra-se um equipamento com instrumento de medição responsável pela grandeza de controle. Para um controle efetivo das calibrações é necessário elaboração de um Plano de Calibração, que deverá ser atualizado anualmente.

O Plano de Calibração deverá contemplar, minimamente, os itens listados abaixo:

- Descrição do equipamento;
- Identificação do equipamento;
- Periodicidade de calibração.

0s equipamentos sujeitos a calibraşâo serão identificados com uma etiqueta informando as datas da última e próxima calibração, conforme cronograma.

O gestor de equipamentos deverá analisar os resultados das calibrações, comparando-os com os desvios máximos admitidos para o equipamento, atestando sua conformidade ou não conformidade e, se necessário, alterando as periodicidades com base em métodos para ajuste de intervalos de calibrações ou deverá tomar providencias necessárias conforme o caso.

Atribuições

- Acompanhamento técnico da prestação de serviços de terceiros;
- Gerenciamento de contratos;
- Gerenciamento de manutenção corretiva e preventiva;
- Implantar Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos;
- Gerenciamento da validação anual e inspeção mensal das autoclaves e termodesinfectoras;
- Planejamento e controle de estoque de acessórios de equipamentos médicos;
- Especificação, recebimento, instalação, operação e desativação de equipamentos;
- Gerenciamento da calibração, testes de segurança e desempenho de equipamentos;

RESSALVA:

1. A SPDM se propõe, num prazo de 60 dias, apresentar relatório que dará condições à Secretaria de Saúde para avaliar o parque tecnológico e sua renovação. Não consta no Plano de Orçamentário a importância financeira para investimentos.

Legislação Vigente

RDC n° 02 de 25 de janeiro de 2010: Gerenciamento de Tecnologias em Saúde em Estabelecimentos de Saúde;

NBR IEC 60601: Diz que os equipamentos médicos de suporte a vida e que representem riscos ao paciente necessitam de testes de segurança e, ou calibraçâo logo após uma manutenção preventiva ou corretiva;

NBR 13.534: Garantir o aterramento adequado na instituição;

NBR 13.534: Garantir o aterramento adequado na instituição;

NBR IEC 601: aborda requisitos essenciais para segurança de equipamento eletromédico.

Portaria n° 08 - DIMED — Reesterilizaşão e Processamento de Artigos Médico-hospitalares.

RDC n° 50 - Regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde;

RDC 185 — Registro, alteração, revalidação ou cancelamento do registro de produtos médicos;

RDC 07 - Dispõe sobre os requisitos mínimos para funGionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências;

NBR ISO 17665-1: 2010 — "Esterilização de produtos para saúde” ;

NBR ISSO 15883-1 Lavagem e Desinfecção, Procedimentos de Qualidade e Validação de Processos;

NBR - 15943:2011 - Diretrizes para um programa de gerenciamento de equipamentos de infraestrutura de serviços de saúde e de equipamentos para saúde;

NR - 13 - Caldeiras e vasos de pressão;

Normas Complementares: IEC 60788, NBR IEC 60601-1, NBR IEC 60601-1-1, NBR ISO 9001, NBR ISO 9000-3.

4.5.5 ENGENHARIA DE MANUTENÇÃO

A Engenharia de Manutenção Predial é uma área de extrema importância para um Estabelecimento de Assistência à Saúde, pois deve garantir a continuidade operacional com o mínimo de falhas e interrupções, resguardando a segurança de seus usuários.

A manutenção predial é definida como “o conjunto de atividades e recursos aplicados

aos sistemas e equipamentos, visando garantir a continuidade de sua função dentro de parâmetros de disponibilidade, de qualidade, de prazo, de custos e de vida útil adequada". A manutenção predial compreende a manutenção preventiva e corretiva, estas em conjunto, reduzem consideravelmente o número de chamadas indevidas, e consequentemente prolongam a vida de equipamentos, sistemas e instalações.

Manutenção Preventiva

A Manutensão Preventiva também é chamada de manutenção baseada em intervalos/tempo. Ocorre com planejamento, objetivo claro e especifico para manter todos os detalhes da edificaçâo em plena operação, a fim de evitar falhas e danos.

As unidades terão um cronograma semanal de visita às unidades tanto para atendimento das Ordens de Serviços, como também realização das manutenções preventivas através de inspeções de pisos, calçadas, pinturas, paredes, portas, maçanetas, bomba da caixa d'água, válvulas, torneiras, lâmpadas, entre outros.

Plano de Manutenção Predial

Segundo a NBR 5462/92, a manutenção é uma prática que envolve ações técnicas e administrativas que, juntas, manterão ou devolverão a um item a capacidade de desempenhar determinada função. Segue plano de manutenção predial para as Unidades Básicas de Saúde:

Item	Periodicidade	Recomendações
Ar condicionado	De acordo com o cronograma estabelecido P.M.O.C.	Cumprir as recomendações estabelecido no P.M.O.C. e cronograma ***EMPRESA TERCEIRIZADA***
Instalações Elétricas	Semestral	Checar se o sistema de aterramento sofreu corrosão e se a chegada do fio terra nos pontos de saída está em boas condições. Verificar se há aquecimento nos fios ou mau contato, que causam fuga de energia. O quadro de força deve ser mantido lacrado. Verificar o aquecimento dos quadros elétricos.
Caixa d'água	Semestral	Limpeza da caixa d'água ***EMPRESA TERCEIRIZADA***

Água	Semestral	Realizar análise físico-química da água em atendimento a Portaria MS nº 518 ***EMPRESA TERCEIRIZADA***
Equipamentos combate a incêndio	Anualmente	Hidrantes e extintores devem ser revisados e recarregados anualmente. ***EMPRESA TERCEIRIZADA***
Iluminação	Diário	Verificar lâmpadas e garantir iluminação adequada
Limpeza de Calhas	Semestral	Calhas obstruídas por folhas, serão verificados.
Instalações Hidráulicas	Mensal	Verificar a existência de vazamentos
Gerador	Semestral	Verificar parâmetros e testes de acordo com o fabricante Realizar teste de entrada Verifica nível de óleo ***EMPRESA TERCEIRIZADA***

Manutenção Corretiva

A Manutenção Corretiva segundo a Norma NBR 5462 (1994), manutençao corretiva é "a manutenção efetuada após a ocorrência de uma pane, destinada a recolocar um item em condições de executar uma funsão requerida". Em suma: é toda manutenção com a intenção de corrigir falhas em equipamentos, componentes, módulos ou sistemas, visando restabelecer sua função. Ocorre sem planejamentos e exige ação imediata com intervenção da equipe para que a unidade de saúde consiga continuar sua operação de forma ininterrupta.

RESSALVA:

1. **No Plano Orçamentário apresentado foram previstos gastos com conservação, manutenções corretivas e preventivas (revitalizações de áreas, conserto de mobiliários e equipamentos).**
2. **Não consta na proposta do Plano Orçamentário a importância financeira necessária para ampliações, reestruturação de áreas, aquisição de mobiliários e equipamentos. Os recursos financeiros necessários aos investimentos serão apresentados à Secretaria de Saúde para análise a aprovação, devendo ser realizado após o devido aditamento do Contrato de Gestão, conforme previsto no Edital – Processo de Seleção nº 01/SS/2022.**

3. **A SPDM se propõe, num prazo de 90 dias, apresentar um plano executivo com as obras e reformas necessárias**.

4.5.6 PORTARIA E CONTROLE DE ACESSO

O Serviço de Portaria tem por objetivo principal garantir a segurança nas unidades através do efetivo controle de acesso, fiscalizando as entradas principais, estacionamento e acessos a áreas restritas, vinculado aos controles estabelecidos.

O Serviço de Controle de Acesso tem por objetivo principal identificar, cadastrar e liberar o acesso do munícipe nas unidades, controlando o acesso de acompanhantes e visitantes administrativos.

Organização do Serviço

Recepção e controle no acesso principal

Recepcionar e orientar os usuários que ali acessarem, distribuindo as senhas e encaminhando pacientes aos setores na unidade.

A prestação dos serviços de controle de acesso nas unidades básicas de saúde, será realizado por empresa terceirizada, contratada pela SPDM, incluso no Plano Orçamentário de Custeio.

Segue quadro com dimensionamento estimado dos recursos humanos terceirizados:

UNIDADE	CONTROLADOR DE ACESSO
ESF NOVO HORIZONTE	2
USF MAJESTIC	1
USF SANTA HERMÍNIA	1
USF PRIMAVERA	1
UBS VISTA VERDE	2
UBS TESOURO	2
UBS TATETUBA	2
ESF EUGÊNIO DE MELO	2

RESSALVA:

Posto 44 horas semanais por colaborador, cobertura segunda a sexta das 06h30 às 19h30, exceto sábado, domingo e feriados - Com 1 hora de Refeição. Para cobertura das unidades das 19h30 às 06h30 está previsto sistema de monitoramento.

Instruções Técnicas

- Controlar todos os acessos do Hospital com pessoal devidamente preparado e orientado, dentro dos horários estabelecidos.
- Fornecer equipe devidamente uniformizada e equipada com rádios HT e fone de ouvido.
- Manter todos os postos de trabalhos cobertos, inclusive nos horários de refeição através do quadro de apoio.
- Elaborar todas as rotinas e procedimentos em manual.
- Aplicar treinamentos periódicos, técnicos e comportamentais, priorizando pela excelência nos controles e recepção dos clientes.
- Manter os procedimentos integrados e vinculados a coordenação e central de segurança.
- Registrar todas as ocorrências.
- Manter uma coordenação administrativa responsável diretamente pelos serviços.
- Realizar o devido controle das chaves através de protocolos de retirada, devolução e conferência.

Legislação vigente

Lei 7.102 – regulamenta as atividades de segurança privada.

Lei 8.863 – define as atividades de segurança privada

4.5.7 TRANSPORTES

O Serviço de Transporte deverá realizar:

- Transporte da equipe multidisciplinar para realização de visitas domiciliares;
- Transporte de medicamentos e materiais para abastecimento das unidades;

- Transporte da equipe de colaboradores para prestação de serviços nas unidades básicas de saúde.

Instruções Técnicas

- Atender solicitação de transporte administrativo.
- Acompanhar o desempenho dos colaboradores e do serviço contratado.
- Controlar documentação pertinente aos contratos.
- Controlar todas as obrigações da empresa conforme descrito em contrato.
- Controlar diariamente as saídas e itinerários.

Controles específicos

- Os veículos devem estar em perfeito estado de conservação, mecânica, parte elétrica, com todos os equipamentos de segurança exigidos por lei em perfeitas condições de uso.
- Os veículos deverão ser lavados e higienizados;
- Garantir o perfeito funcionamento dos odômetros, sistemas e dispositivos operacionais dos veículos e equipamentos;
- Implantar de forma adequada, a planificação, a execução e a supervisão permanente dos serviços, de maneira estruturada, mantendo, durante o horário comercial, suporte para dar atendimento a eventuais ações necessárias à continuidade dos serviços;
- Prestar os serviços dentro dos parâmetros e rotinas estabelecidos, com a observância às recomendações aceitas pela boa técnica, normas e legislação;
- Disponibilizar condutores inscritos nos órgãos públicos competentes, cuja renovação no cadastro deverá ser apresentada automaticamente a cada vencimento, devendo ser detentores de CNH - carteira nacional de habilitação, válida e expedida há pelo menos 01 (um) ano.
- Os veículos deverão estar cobertos por Seguro Total contra furto, roubo, incêndio, acidente, terceiros, etc., estabelecendo os valores mínimos para cada tipo de veículo.
- Propiciar aos condutores as condições necessárias para o perfeito desenvolvimento dos serviços, fornecendo-lhes equipamento de comunicação móvel, crachás de identificação, uniformes padronizados e acessórios de

segurança/equipamentos de proteção individual EPI's.

- Manter os veículos de modo a coibir a deterioração e a adulteração do sistema de escapamento, que possam resultar em níveis de emissão sonora superiores aos padrões aceitáveis nos termos da legislação regentes, normas brasileiras aplicáveis e recomendação dos manuais de proprietários e serviços do veículo.
- Manter política de boas práticas ambientais na gestão de suprimentos, especialmente quanto à aquisição e descarte de pneus, bem como dos resíduos dos processos de manutenção e limpeza dos veículos.
- Apresentar Plano de Contingência para possíveis situações de falha mecânica ou acidente com os veículos.

A prestação dos serviços de transportes nas unidades básicas de saúde, será realizado por empresa terceirizada, contratada pela SPDM, incluso no Plano Orçamentário de Custeio.

UNIDADE	CARRO E MOTORISTA
ESF NOVO HORIZONTE	2
UBS VISTA VERDE	1
UBS TESOURO	
UBS TATETUBA	
ESF EUGÊNIO DE MELO	1
TOTAL	**4**

Legislação Vigente

Portaria 2.616 – Referente ao processo de desinfecção de veiculo que transporta paciente com doença infectocontagiosa.

N.R 375 e 379 do COFEN – que preconiza o acompanhamento de profissionais assistenciais nas remoções básicas e avançadas.

4.5.8 JARDINAGEM

O serviço de Jardinagem contempla a manutenção de gramados, rotina de poda de arbustos e árvores, remoção de ervas daninhas, rastelagem, limpeza e destinação correta dos resíduos provenientes deste serviço. Tem o objetivo de manter a boa aparência das áreas ajardinadas bem como oferecer a todos os usuários um ambiente limpo, acolhedor e

humanizado.

A prestação dos serviços de jardinagem nas unidades básicas de saúde, será realizado por empresa terceirizada, contratada pela SPDM , incluso no Plano Orçamentário de Custeio.

Organização do Serviço

Entende-se como sendo os serviços destinados a manter a boa aparência das áreas de ajardinadas jardins, incluindo podas, adubamento e plantio, as seguintes atividades: limpeza das plantas dos vasos, irrigação dos jardins, rega dos vasos, remoção do entulho, adubação em geral, poda das árvores, corte do gramado, acerto dos canteiros, substituiçao/plantio de mudas, cotação de mudas e materiais diretamente do fornecedor, plantio e trans plantio de espécies adequadas para o local, orientação de adubação de acordo com a espécie e periodicidade de aplicação, indicação de produtos para aumentar a durabilidade das espécies, orientaçao na poda das espécies.

Além disso, devem ser previstos serviços de execução imediata, que fogem das rotinas pré-estabelecidas na manutenção preventiva, em casos provenientes de ocorrências climáticas (tempestades, chuvas fortes, raios).

Atribuições

- Manter todos os equipamentos e utensílios necessários à execução dos serviços em perfeitas condições de uso;
- Disponibilizar insumos suficientes, adequados e necessários para a manutenção das áreas;
- Manter funcionário devidamente capacitado e qualificado para operar máquinas e equipamentos, em conformidade com a legislação vigente;
- Garantir a irrigação das áreas durante o ano inteiro, principalmente em época de seca;
- Garantir a destinação final adequada de todos os resíduos de poda e grama provenientes das verdes das unidades.

Legislação Vigente

- Norma Regulamentadora N° 08: Edificações;
- Norma Regulamentadora N° 10: Segurança em Instalações e Serviços em Eletricidade;

- Norma Regulamentadora N° 12: Segurança no Trabalho em Máquinas e Equipamentos;
- Norma Regulamentadora N° 21: Trabalho a Céu Aberto;
- Norma Regulamentadora N° 23: Proteção Contra Incêndios;
- Norma Regulamentadora N° 24: Condições Sanitárias e de Conforto nos Locais de Trabalho;
- Norma Regulamentadora N° 26: Sinalização de Segurança;
- Norma Regulamentadora N° 32: Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde;
- Portaria GM n.° 485, de 11 de novembro de 2005 16/11/05;
- Portaria GM n.° 939, de 18 de novembro de 2008 19/11/08;
- Portaria GM n.° 1.748, de 30 de agosto de 2011 31/09/11;
- Lei Federal no 7.802, de 11/07/89;
- Leis Estaduais nos 4.002, de 05/01/84 e 5.032, de 11/04/86;

4.5.9 CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO

As atividades de apoio serão implantadas de imediato, caso a SPDM consagre vencedora do certame.

Nota: Os serviços terceiros serão implantados em 30 dias, após assinatura do contrato de gestão.

4.6 Descrição e análise dos problemas de saúde do território e proposta de Monitoramento de indicadores de desempenho, de qualidade, de produtividade dentre outros, além dos previstos no TR com explicação técnica de seu uso, voltados à finalidade assistencial separadamente por nível de atenção.

4.6.1 O MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS E SUAS CARACTERÍSTICAS

> *"Esse é o grande mistério das cidades: elas crescem e se modificam, guardando, porém, sua alma profunda apesar das transformações do seu conteúdo demográfico, econômico e da diversificação de suas pedras."* Milton Santos

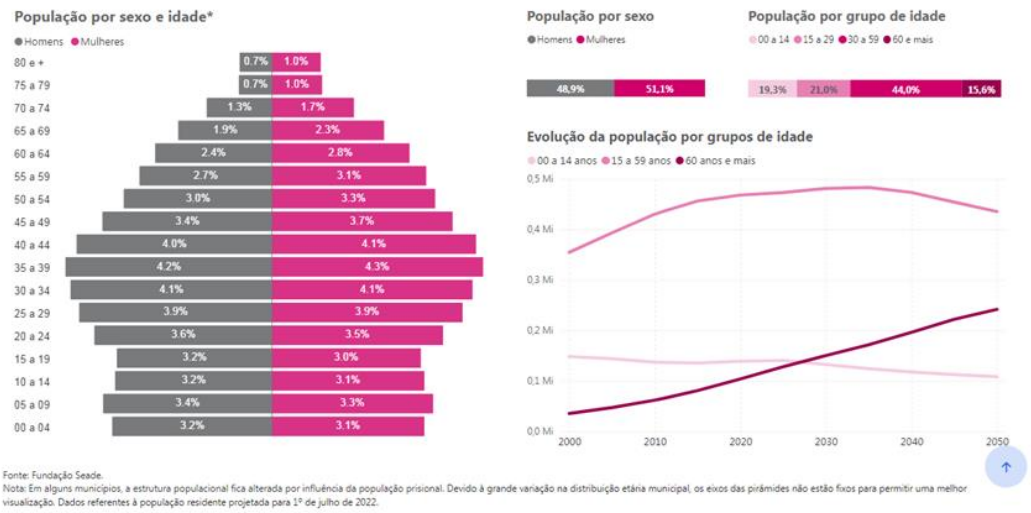
São José dos Campos é uma cidade que une cultura, tradição e tecnologia. No núcleo urbano estão localizados institutos federais de pesquisa científica, empresas de tecnologia de ponta, prédios de arquitetura arrojada, universidades, faculdades e centros de formação de mão de obra qualificada. Por outro lado, a zona rural concentra quase 70% do território do município, boa parte em áreas de proteção ambiental.

É o principal município da Região Metropolitana do Vale do Paraíba, localizada estrategicamente entre São Paulo e Rio de Janeiro.

Depois de ocupar posição periférica no período áureo do café no Vale do Paraíba, São José dos Campos ganhou destaque nacional na chamada fase sanatorial, quando inúmeros doentes procuravam o clima da cidade em busca de cura para a tuberculose, quando, em 1924, foi inaugurado o Sanatório Vicentina Aranha, o maior do país. Desde então, o município tem uma forte história ligada à Saúde.

População e estatísticas vitais

Temos os seguintes dados da população, por sexo e idade:



Fonte: Fundação SEADE, maio/2022

Quanto às estatísticas vitais e Saúde temos, no ano de 2019:

Taxa de Natalidade (Por mil habitantes) - 2019	
Município	12,93
RG	12,82
RA	12,98
Estado	13,09

Taxa de Fecundidade Geral (Por mil mulheres entre 15 e 49 anos) - 2019	
Município	47,40
RG	47,46
RA	48,12
Estado	48,14

Taxa de Mortalidade Infantil (Por mil nascidos vivos) - 2019	
Município	10,67
RG	10,55
RA	10,99
Estado	10,93

Taxa de Mortalidade na Infância (Por mil nascidos vivos) - 2019	
Município	12,32
RG	12,44
RA	12,96
Estado	12,65

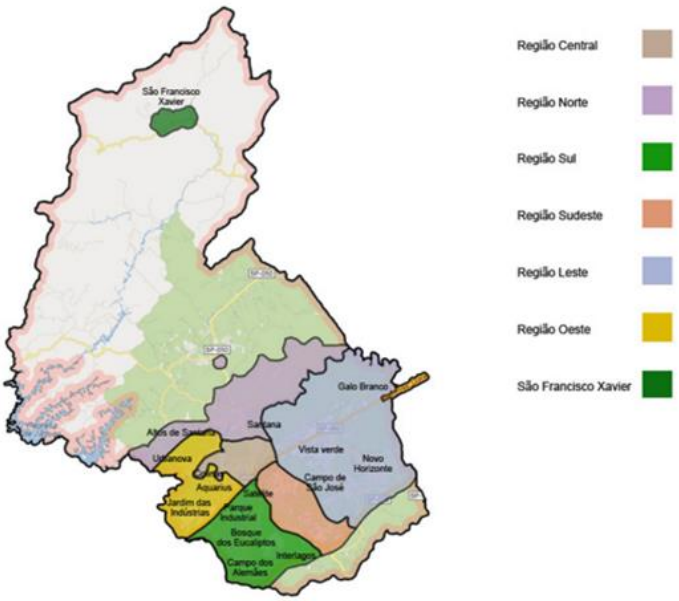
Taxa de Mortalidade da População de 15 a 34 Anos (Por cem mil habitantes nessa faixa etária) - 2019	
Município	92,56
RG	97,11
RA	109,31
Estado	100,31

Taxa de Mortalidade da População de 60 Anos e Mais (Por cem mil habitantes nessa faixa etária) - 2019	
Município	3.082,14
RG	3.171,22
RA	3.368,89
Estado	3.345,57

Fonte: Fundação Seade

A região leste do município ocupa uma grande extensão territorial, incluindo áreas rurais, conforme mostra o mapa abaixo:

Figura 1



Fonte: Plano Diretor, 2018.

A população urbana da região leste, entre 2000 e 2010, aumentou em 18,1%, e a população rural do município aumentou em 24%, conforme indica a tabela abaixo:

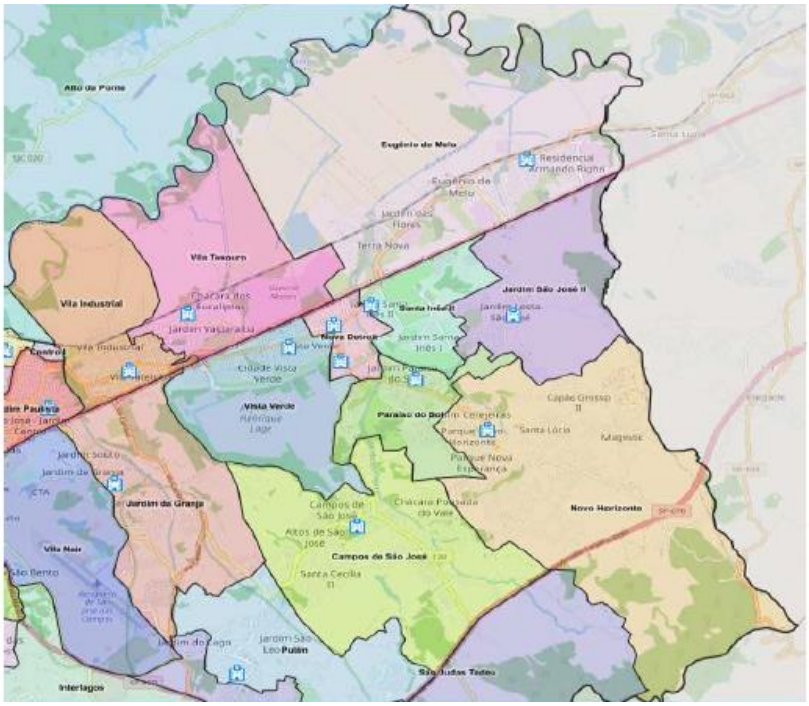
População por região urbana de residência
São José dos Campos em 2000 e 2010

Região urbana oficial*	2000	2010	Variação (%)
Centro	70.701	72.115	2,0
Leste	136.274	160.990	18,1
Norte	55.157	59.800	8,4
São Franc. Xavier	833	1.342	61,1
Oeste	25.294	41.163	62,7
Sudeste	38.792	45.800	18,1
Sul	200.025	233.536	16,8
População Urbana	527.076	614.746	16,6
População Rural	12.237	15.175	24,0
População Total	539.313	629.921	16,8
Taxa de Urbanização (%)	97,7	97,6	

Fonte: IBGE – Censos demográficos de 2000 e 2010.

A variação em 24% da população rural em São José dos Campos em uma década, indica a expansão da ocupação nas regiões rurais.

Mapa da região leste por área de abrangência das unidades básicas de saúde:



Fonte: Esclarecimentos Processo de Seleção nº001/SS/2022 – Edital 93/SS/2022

4.6.2 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS PROBLEMAS DE SAÚDE DO TERRITÓRIO

> *"A história humana não se desenrola apenas nos campos de batalhas e nos gabinetes presidenciais. Ela se desenrola também nos quintais, entre plantas e galinhas, nas ruas de subúrbios, nas casas de jogos, nos prostíbulos, nos colégios, nas usinas, nos namoros de esquinas. Disso eu quis fazer a minha poesia. Dessa matéria humilde e humilhada, dessa vida obscura e injustiçada, porque o canto não pode ser uma traição à vida, e só é justo cantar se o nosso canto arrasta consigo as pessoas e as coisas que não tem voz."*
>
> Ferreira Gullar

No exercício de análise dos indicadores de saúde dos territórios de atuação das equipes de saúde do nível primário, cabe destacar que se trata de uma avaliação da observação crítica dos indicadores objetivos disponíveis em cada serviço. Somado à essa observação, e pautados numa única visita técncia, com tempo limitado de execução, foi possível chegar em um cenário

e propor mehorias. Entretanto, como a dinâmica territorial também tem suas subjetividades, próprias das relações interpessoais, o processo de trabalho e propostas de intervenção devem ser continuamente adequadas e pautadas nas demandas da população, traduzidas pela equipe técnica em necessidades de saúde de cada comunidade.

Em síntese, na perpectiva de observadores ativos do processo saúde-doença nos territórios, o plano de trabalho definido para cada serviço de saúde deverá ser modelado para que a política pública de saúde possa oferecer respostas à população, alicerçadas nos princípios da equidade e integralidade do cuidado.

Avaliação dos indicadores de saúde de cada unidade básica de saúde:

4.6.3 UBS EUGÊNIO DE MELO

Caracterização do território

Com população total de 20.509 cadastrada no Sistema de Gestão Municipal (SAMS, 2021), a UBS Eugênio de Melo tem o modelo assitencial com Estratégia de Saúde da Família e está localizada na zona rural da região leste do município de São José dos Campos. Não foi possível quantificar os pacientes acamados ou domiciliados, atendidos pela equipe no território. No entanto, os pacientes cadastrados na USF Eugênio de Melo são acompanhados pelos ACS nas visitas domiciliares e os atendimentos domiciliares são realizados pelos demais profissionais, conforme organização e planejamentos das equipes.

Entre os bairros da abrangência da unidade temos: Eugênio de Melo, Fazenda Alvorada, Fazenda Galo Branco, Fazenda Honda, Fazenda Nossa Senhora da Conceição, Fazenda São José, Fazenda Sta. Catarina, Fazenda Taira, Fazenda Takanashi, Fazenda Vila Franca, Jd.das Flores, Jd. Ipê, Jd. Itapoã, Residencial Armando M. Righi e Residencial Galo Branco.

No território de atuação das equipes, temos as seguintes unidades escolares: EMEI Prof. Luiz Sundfeld; EMEF Prof° Luiz Leite; EMEF Dr. Possidônio José de Freitas (**com consultório odontológico**); EMEI Profa. Norma Lúcia Rodrigues de Almeida; EE Profª Elídia Tedesco de Oliveira, EE Pedro Mascarenhas (**com consultório odontológico**).

Acesso e Resolutividade

As mulheres correspondem ao público que mais frequenta e acessa o atendimento médico (2021), e 27,1% das consultas médicas foi destinada, no mesmo ano, para mulheres com 50 anos ou mais. Entre as principais reclamações no 156, segundo responsável pela unidade, está o tempo de espera pelos atendimentos e a média de tempo entre o agendamento de consulta médica e a realização da consulta, é cerca de 1mês e meio (SIC). A média de atendimentos médicos e de enfermagem por habitante, em 2021, apresentou-se acima do parâmetro estabelecido pelo Ministério da Saúde (1,5 consultas por habitante/ano na APS).

O acesso à 1ª consulta odontológica mostrou-se, no mesmo período, muito inferior à meta de 15% (2019: 9% e 2021: 5,1%), em 2021 podendo ser ainda reflexo da pandemia, que impôs restrições ao atendimento odontológico individual. Outro ponto a ser avaliado é que o número de dentistas e o número de consultórios odontológicas é insuficiente para atender a população adscrita, inviabilizando as metas estabelecidas no Plano Municipal de Saúde 2022-2025 (itens 1.1.3 e 1.1.10, ambos relacionados ao acesso à saúde bucal), pela capacidade instalada na unidade, sendo um ponto de grande relevância a ser discutido com a Secretaria de Saúde (ampliação da equipe e equipamentos).

Com relação à resolutividade dos atendimentos médicos, observa-se que entre 2019 a 2021, a equipe manteve um percentual de encaminhamentos muito superior ao desejado (2021 – 30,78%), indicando a necessidade de investimento na qualificação dos profissionais com relação aos procedimentos, fluxos assistenciais, arsenal tecnológico disponível no próprio serviço, bem como apropriação dos protocolos / norteadores assistenciais vigentes.

Absenteísmo

Observa-se que a UBS Eugênio de Melo apresenta a média de 15,68% de faltas às consultas médicas (dez/21). Nota-se que a especialidade com **menor índice de faltas às consultas ofertadas é do médico generalista** (13,19%), em contraponto às consultas de ginecologia (24,59%), obstetrícia (19,65%), pediatria (24,29%) e puericultura (20,66%).

Saúde da Mulher

Com relação aos exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente na área de abrangência da UBS Eugênio de Melo, foi atingido a razão de 0,52 (meta 0,60 - SISPACTO) indicando que há um público que ainda deve ser captado para o acompanhamento em saúde e reastreamento do câncer de colo de útero.

Saúde Materno-Infantil

Das 257 gestantes atendidas em 2021 pela UBS Eugênio de Melo, 83,3% delas tiveram 7 ou mais consultas de pré-natal. 16,3% dos bebês foram prematuros (menos de 37 semanas), e taxa de óbitos perinatais (28ª semana de gestação ao 7º dia após o nascimento) em 7,7%.

Entre as adolescentes (10 a 19 anos) grávidas no território de atuação das equipes no ano de 2021, 83,3% dos bebês nascidos vivos foram de mães que realizaram 07 ou mais consultas de pré-natal. Ente 2018 e 2021 nasceram 1.127 crianças no território, com uma média anual de 282 nascimentos. Entre 2018 e 2021 nota-se sensível redução da taxa de mortalidade infantil no ano de 2021, atingindo o valor de 3,9 óbitos em menores de um ano por 1.000 nascidos vivos, de residentes na área de abrangência da UBS Eugênio de Melo – 2018: 13,3 / 2019: 16,7% / 2020: 18,6%.

Entre os anos de 2018 e 2021, entre os nascidos vivos residentes na área de abrangência da referida USF, conforme dados do SINASC, houve uma redução da taxa de crianças com Baixo Peso ao Nascer (BPN), em 2018 - 11,3 e em 2021 – 8,9. Diante da baixa cobertura de 1ª consulta odontológica, torna-se imprescindível investir no fortalecimento do Pré-Natal odontológico e Odontologia para Bebês na linha de cuidado materno-infantil.

Saúde do Adulto e Idoso

Observa-se que em 2021 ocorreu uma redução da taxa de internação de idosos por quedas, resultando em número num patamar abaixo da meta estabelecida. No entanto, temos como 2ª causa de internação hospitalar SUS, segundo grupos de doenças por CID-10, de ambos os sexos da área da UBS Eugênio de Melo, fraturas de outros ossos dos membros (2021):

UBS		Morbidade	Nº	%
Eugênio de Melo	1ª	Outras doenças virais	90	8,9
	2ª	Fratura de outros ossos dos membros	38	3,8
	3ª	Complicações precoces de traumatismo e compl cirurgicas assistencias méd ñ classif em outra parte	33	3,3
	4ª	Outras doenças do aparelho urinário	27	2,7

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS, base de dados municipal.

No que tange aos exames de PSO (presença de sangue oculto nas fezes) que tem a função de rastrear o câncer colorretal em pacientes de 50 anos ou mais, a proporção de solicitação nas consultas médicas e de enfermagem, está muito aquém (2021 – 6,8%) da meta proposta (80%), indicando necessidade de qualificação das equipes quanto aos protocolos / norteadores assistenciais, por meio da educação permanente em saúde e educação continuada.

Conforme relato em visita técnica à unidade, há uma parcela da população idosa em condição de abandono familiar, o que demanda maior investimento da equipe para vigilância em saúde desses pacientes e o fortalecimento das ações intersetoriais com a Assistência Social e Rede de Proteção Familiar e Comunitária para garantia de direitos dos idosos em situação de abandono.

Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT)

A linha de cuidados para pacientes com DCNT tem proporcionado acesso aos portadores de hipertensão arterial e diabetes, o que pode justificar o resultado positivo com relação às internações por doenças preveníveis na APS. No entanto, há uma parcela da população portadora de obesidade que ainda não teve sua condição de saúde avaliada pela equipe da UBS Eugênio de Melo.

A obesidade é uma doença crônica, recidivante, multifatorial, possui herança poligênica (nem todos os indivíduos ganham a mesma quantidade de peso quando expostos a dietas hipercalóricas), sendo ainda dependente da interação genes-ambiente (padrões de consumo de alimentos e de estilo de vida, individuais ou familiares). Decorre do acúmulo excessivo de tecido adiposo no organismo e está associada ao desenvolvimento de complicações metabólicas que aumentam o risco para doenças crônicas, como as cardiovasculares, diabetes mellitus tipo 2, diversos tipos de câncer (como o de cólon, de reto e de mama), cirrose, entre outras, reduzindo a qualidade e a expectativa de vida.

Entre as principais causas de morte por CID-10, ambos os sexos, entre 2018 e 2021 na região, temos:

UBS		**Mortalidade**	**Nº**	**%**
Eugênio de Melo	1ª	Restante de algumas doenças infecciosas e parasitárias	61	11,3

	2ª	Doenças isquêmicas do coração	37	6,8
	3ª	Outras doenças cardíacas	34	6,3
	4ª	Diabetes Mellitus	33	6,1

Fonte: Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), base de dados municipal.

Os dados apontam para a necessidade de investimento em ações que promovam qualidade de vida e favoreçam escolhas saudáveis por parte da população, com atuação de equipe multiprofissional e forte atuação de profissional da área de nutrição, que poderá matriciar a equipe para potencializar a captação do público-alvo. Os quatro grupos de doenças crônicas de maior impacto mundial (doenças do aparelho circulatório, diabetes, neoplasias e doenças respiratórias) têm fatores de risco em comum: tabagismo, inatividade física, alimentação não saudável e consumo excessivo de álcool.

O estímulo à adoção de hábitos de vida saudáveis, como alimentação adequada e saudável, práticas corporais e atividades físicas, controle do álcool, tabaco e outras drogas, são temas que devem ser permanentemente abordados em atendimentos individuais e em ações coletivas na Atenção Primária, para promover um melhor nível de saúde às pessoas.

4.6.4 UBS NOVO HORIZONTE

Caracterização do território

A UBS Novo Horizonte tem em sua área de abrangência os seguintes bairros: Bairrinho, Boa Esperança, Bom Retiro, Capão Grosso II, Chácara Santa Rita, Jardim Paineiras I, Jardim das Paineiras II, Jardim das Cerejeiras, Jardim Ebenezer, Jardim Majestic, Mato Dentro, Portal do Céu, Parque Nova Esperança, Parque Novo Horizonte, Primavera I, Primavera II, Santa Hermínia e Santa Lúcia.

No território de atuação das equipes, com potencial para estabelecer parcerias, temos as seguintes unidades escolares: EE João Ferreira dos Santos, EMEF Prof. Silvana Maria Ribeiro de Almeida (com consultório odontológico), EMEF Prof. Sonia Maria P. da Silva, EE Prof Dorival Monteiro de Oliveira, EMEI Febrônio Pereira Gomes, PEI Prof. José Antônio Coutinho Condino, EMEF Terezinha Araújo, Escola Estadual João Morotti Filho, EMEF Antônio Palma.

Não foi possível dimensionar o número de usuários do território acamados ou

domiciliados acompanhados pelas equipes no domicílio. Mas, conforme informações, a equipe de Saúde da Família (eSF) realiza os atendimentos em domicílio, conforme necessidades identificadas entre os usuários cadastrados no serviço.

A UBS Novo horizonte conta com 3 unidades avançadas, que se constituem em serviços de saúde alocados nos bairros Santa Hermínia, Jardim Majestic e Primavera, como estratégia de facilitação de acesso ao serviço de saúde. As unidades avançadas atuam com equipes de Saúde da Família (eSF).

Alguns dos indicadores de saúde avaliados abaixo são **exclusivos da UBS Novo Horizonte**. As unidades avançadas terão seus dados de saúde desdobrados na sequência.

Acesso e Resolutividade

A população atendida pela UBS Novo horizonte é de 23.925 pessoas, sendo 13,7% de idosos, 57,4% de adultos e 28,9% de crianças e adolescentes, e deste total, 55,5% são do sexo feminino e 44,5% são do sexo masculino (SAMS, 2020). Cerca de 64,3% das consultas médicas ofertadas na unidade de saúde são utilizadas por mulheres e 35,7% por homens, apontando para a necessidade de se investir em ações para captação da população masculina para os cuidados em saúde. Conforme informações recebidas durante a visita técnica, o tempo para agendamento de consulta médica é em torno de 1 mês entre o agendamento e a consulta. Embora a equipe mantenha a estratégia de acolhimento da demanda espontânea diária, a unidade não atingiu a meta de atendimentos de médicos e de enfermeiros por habitante, por ano (2019: 1,2; 2020: 1,0 e 2021: 1,2). No quesito resolutividade, também apresenta números aquém do esperado, ou seja, com porcentagem de encaminhamentos para médicos especialistas superiores à 20%, com tendência a aumento da resolutividade dos casos. (2019: 27,1%; 2020: 23,1% e 2021: 21,45%). A unidade conta com médicos residentes em medicina de família e comunidade (R1 e R2).

A cobertura odontológica na região está bem abaixo do planejado (15% de cobertura de 1ª consulta odontológica), apontando para a necessidade de ampliação da oferta de ações e serviços em saúde bucal – aumento da capacidade instalada, a ser discutida com a Secretaria de Saúde. As equipes de saúde bucal atingiram a cobertura de 6,2% de 1ª consulta em 2019; 4,8% em 2020 e 1,4% em 2021.

Absenteísmo

De maneira geral, a proporção de falta às consultas está abaixo da média municipal (proporção total de faltas de 12,01). Quanto ao percentual de faltas por especialidade, constata-se que o médico da ESF tem 11,20% de faltas às consultas agendadas e que o maior índice está entre as consultas de pediatria e puericultura (17,74% e 16,8% respectivamente), o que indica necessidade de maior vigilância da equipe no território para os RN e crianças.

Saúde da Mulher

Embora as mulheres correspondam ao público que mais acessa o serviço de saúde, avaliando os dados referentes às solicitações de exames citopatológicos de colo de útero e as coletas realizadas, observa-se que tanto o número solicitação de exames e de coletas tem apresentado resultados muito abaixo do esperado, desde 2016, o que justifica a necessidade de qualificar a equipe com relação aos protocolos assistenciais vigentes, estabelecendo fluxos internos mais efetivos para atingir 60% das mulheres entre 25 e 64 anos para rastreamento e prevenção do câncer de colo uterino. Considera-se como denominador para o cálculo do indicador 1/3 do nº de mulheres de 25 a 64 anos, residentes no respectivo local e ano.

Saúde Materno-Infantil

Conforme dados do Sinasc, a proporção de prematuridade na UBS Novo Horizonte tem apresentado números superiores ao esperado, com os resultados mais preocupantes em 2017 (14%) e em 2020 (15%).

No mundo, 1 em cada 10 bebês nasce prematuro. E esse número continua aumentando, apesar do número total de nascimentos estar diminuindo gradativamente. Isso significa que há um aumento significativo de recém-nascidos vulneráveis a cada ano, bem como o número dos chamados “ex-prematuros” é cada vez maior.

À medida que essas crianças crescem, têm maior risco para problemas de aprendizagem e comportamentais, deficiências motoras, infecções respiratórias crônicas e doenças cardiovasculares ou diabetes, em comparação com bebês nascidos a termo.

A prevenção da prematuridade se inicia antes mesmo da gestação, com o planejamento familiar adequado, seguido do acompanhamento pré-natal, que busca assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto

para a saúde materna. A equipe de saúde deve investir em atividades educativas e preventivas durante e após a gestação, ampliando a clínica para aspectos psicossociais envolvidos.

A mortalidade perinatal engloba os óbitos fetais após 22 semanas de idade gestacional e os neonatais até seis dias completos de vida. No ano de 2017 foram 04 óbitos fetais (taxa de óbitos perinatais de 17,2%) e no ano de 2020 ocorreram 04 óbitos neonatais precoces e 02 óbitos fetais (taxa de óbitos perinatais de 27,9%). Todos os indicadores refletem na taxa de mortalidade infantil (número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, em determinado espaço geográfico, no ano considerado) da UBS Novo Horizonte. Em 2020, a taxa de mortalidade infantil atingiu o número de 28,2, e 16,3 em 2021, o que aponta para a necessidade de intensificação de ações com relação a saúde materno-infantil. A proporção de baixo peso ao nascer foi de 10,9% ou seja, nasceram 184 crianças em 2021 na área da UBS Novo Horizontes e destas, 20 crianças tiveram BPN.

Saúde do Adulto e do Idoso

A proporção de solicitação de exames de PSA anual nas consultas médicas (clínico, médico da ESF) tem apresentado queda desde 2019, com número bem abaixo da meta estabelecida de 80% dos homens com 50 anos ou mais atendidos, com exame solicitado. O dado aponta para a necessidade de implementação efetiva dos protocolos assistenciais vigentes por meio da educação permanente e para maior captação da população masculina para os cuidados em saúde, visto que os homens de 50 anos ou mais utilizam apenas 14,8% das consultas ofertadas. Outra estratégia para captação de homens é realizar atividades educativas nas salas de espera (recepção) das unidades de saúde, abordando temas de relevância com relação à saúde do homem.

Dentre as causas externas, as quedas representam um dos principais motivos de internações no Brasil, especialmente entre a população idosa, representando um problema de saúde pública em ascensão. Segundo a Organização Mundial da Saúde, de 28% a 35% das pessoas com mais de 65 anos de idade sofrem algum episódio de queda a cada ano, e esta proporção se eleva para valores que oscilam de 32% a 42% para os idosos com mais de 70 anos. A UBS Novo Horizonte tem apresentado números abaixo da meta estabelecida para a taxa de internações de idosos por quedas, desde 2018 (45 a cada 10.000 habitantes).

Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT)

As principais causas de óbitos, segundo grupos do CID-10, na área da UBS Novo Horizonte (neste caso, incluindo as 3 USF), de ambos os sexos, entre 2018 e 2021, foram:

UBS		Lista de Mortalidade	Nº	%
Novo Horizonte	1ª	Restante de algumas doenças infecciosas e parasitárias	72	11,0
	2ª	Doenças cerebrovasculares	48	7,3
	3ª	Diabetes Mellitus	38	5,8
	4ª	Doenças isquêmicas do coração	35	5,4

Fonte: Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), base de dados municipal.

Avaliando as principais causas de morte torna-se relevante avaliar também o índice de atendimento por condição de saúde avaliada – HAS, DM e Obesidade na UBS Novo Horizonte: há um trabalho a ser feito com relação à classificação dos usuários portadores dessas patologias que são atendidos pelo serviço de saúde e não são devidamente classificadas no sistema de gestão (SAMS), impedindo que seja realizado o monitoramento adequado dos portadores de DCNT. Trata-se de uma ação relevante a ser induzida, inclusive por ser parte do rol de indicadores de desempenho monitorados pelo Previne Brasil.

Com relação as principais causas de internações hospitalares SUS, por grupo de doenças do CID-10, de ambos os sexos, na UBS Novo Horizonte + 03 USFs avançadas, em 2021, temos:

UBS		Lista de Morbidade	Nº	%
Novo Horizonte	1ª	Outras doenças virais	113	7,6
	2ª	Complicações precoces de traumatismo e compl cirurgicas assistencias méd ñ classif em outra parte	78	5,2
	3ª	Pneumonia	63	4,2
	4ª	Fratura de outros ossos dos membros	57	3,8

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS, base de dados municipal.

Segundo Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), a internação por doenças preveníveis na APS tem apresentado tendência de queda desde 2018 (ano em que atingiu o maior índice – 28,7%), com números em queda: 2019 (24,3%); 2020 (22,4%) e 2021 (19,1%).

4.6.4.1 UNIDADE AVANÇADA - USF MAJESTIC

Caracterização do território

A USF Majestic é uma unidade avançada vinculada à UBS Novo Horizonte. Possui em seu território 1.767 pessoas cadastradas no sistema de gestão da Saúde (SAMS, 2020). Trata-se de um bairro em zona rural, e a unidade de saúde é o único equipamento público presentes no território. Não há escolas no bairro, embora tenha uma população jovem no território – 15,6% adolescentes + 16,1% crianças, o que representa 31,7% da comunidade. A equipe de saúde mantem boa relação com a liderança comunitária local. Segundo informações colhidas durante a visita técnica, a região tem grande vulnerabilidade social, com muita desinformação por parte da população, crianças sem documentos, famílias desestruturadas, com um número importante de pais de família em situação carcerária. Foi relatado também que no território há casos de sífilis, e tétano. Não há distribuição de leite pelo Programa Viva-Leite, visto que não tem CRAS no território, sendo a referência no bairro Santa Hermínia. Na região, há igrejas evangélicas.

O cenário aponta para uma comunidade carente de serviços públicos. A USF Majestic, por ter boa vinculação comunitária pode ser espaço para ações de outras politicas públicas em parceria com a equipe de saúde – Ex: oferta de ações referentes à divulgação de serviços públicos a serem acessados pela comunidade em outros bairros, oferta do Viva-Leite, oferta de atividades voltadas à geração de renda, ofertas de grupos para atividades físicas e práticas integrativas e complementares (PICs), rodas de conversa para garantia dos direitos de cidadania com apoio da liderança comunitária, ações extra muros, implementação de horta comunitária para promoção da alimentação saudável e orientação sobre o usos de plantas medicianais (PICs), entre outros.

Acesso e Resolutividade

A população feminina (20 a 29 anos) é a que mais acessa a unidade de saúde para consultas médicas. O acesso ao serviço de saúde para consultas de médicos e de enfermeiros por habitante, no ano de 2021, foi de 2,2 consultas por habitante, o que indica um excelente acesso, fato que se repete em 2019 e 2020. Com relação à cobertura da 1ª consulta odontológica (2021), realizada na UBS Novo Horizonte, o acesso fica bastante comprometido (1,4% - meta 15%), possivelmente em função do deslocamento necessário para outro bairro, considerando que a unidade não possui atendimento odontológico, e também pelas restrições impostas pela pandemia, visto que o retorno aos atendimentos eletivos ocorreu apenas em novembro do mesmo ano (SIC).

Há uma necessidade e janela de oportunidade de inserção de profissional dentista para realizar as ações de promoção e prevenção voltadas especialmente ao público infantil (0-9 anos), aproveitando o espaço disponível de uma pequena sala que poderia ser utilizada para os atendimentos de Bebês e orientação de higiene bucal às crianças. A inserção do profissional dentista na equipe dependerá de avaliação da Secretaria de Saúde, bem como a possibilidade de uso de Unidade Odontológica Móvel, para acessar áreas mais remotas.

No quesito resolutividade, no ano de 2021, a unidade foi capaz de solucionar nos atendimentos com o generalista em cerca de 54% dos casos, o que pode indicar uma lacuna de conhecimento quanto aos fluxos e norteadores/protocolos assistenciais a serem fortalecidos com a equipe, por meio da educação continuada, matriciamento, discussão de casos, teleconsultoria, entre outras ferramentas que auxiliam na qualificação do cuidado em saúde.

Absenteísmo

Observa-se que, embora a equipe tenha um excelente dimensionamento para a população adscrita, ou seja, com suficiência de oferta, o que poderia gerar um número maior de faltas às consultas médicas, a proporção total de faltas na USF Majestic é inferior (11,61%) à média municipal (15,21%) – fonte: SAMS, até dez/21, sugerindo boa vinculação da equipe com a comunidade.

Saúde da Mulher

Entre os anos de 2019 e 2020, a coleta de exames citopatológicos de colo de útero em mulheres entre 25 e 64 anos, superou a meta estabelecida da razão de 0,60, atingindo os valores de 0,64 e 0,62, respectivamente. No ano de 2021, tanto a oferta quanto a coleta de citopatológico foi menor, atingindo aproximadamente 1/3 das mulheres na faixa etária mencionada.

OBS: considera-se como denominador para o cálculo do indicador, 1/3 do nº de mulheres de 25 a 64 anos, residentes no respectivo local e ano.

Saúde Materno-Infantil

A assistência ao pré-natal atingiu ou superou a meta de 80% das gestantes com 7 ou mais consultas de pré-natal nos anos de 2016, 2017, 2019, 2020 e 2021, com o melhor resultado em 2020, atingindo 97,6% das gestantes com a assistência preconizada. Está demonstrado que a adesão das mulheres ao pré-natal está relacionada com a qualidade da assistência prestada

pelo serviço e pelos profissionais de saúde, o que, em última análise, será essencial para redução dos elevados índices de mortalidade materna e perinatal verificados no território.

Os dados referentes à proporção de partos prematuros, no período entre 2016 a 2021 tem se mantido abaixo da média municipal, exceto nos anos de 2016 e 2019. Já a taxa de óbitos perinatais foi bastante elevada nos anos de 2016, 2017 e 2019 (16,4; 19,2 e 20, respectivamente), porém em número absoluto foi um caso em cada ano. Em 2018, 2020 e 2021 não houve a ocorrência de nenhum caso de óbito perinatal. A proporção de recém-nascidos com baixo peso ao nascer (BPN), entre os nascidos vivos, na área de abrangência da USF Majestic, nos anos de 2018 a 2021 foi:

2018	2019	2020	2021
7,3	10,9	12,2	4,3

Fonte: SINASC – base de dados municipais.

Saúde do Adulto e do Idoso

Os homens com 50 anos ou mais correspondem à 12,8% da população adscrita cadastrada na USF Majestic, totalizando 227 pessoas, aproximadamente. Como medida de prevenção ao câncer de próstata, o antígeno prostático específico (PSA) é usado principalmente para rastreamento de do câncer de próstata em homens assintomáticos. É também um dos primeiros exames realizados em homens que apresentam sintomas que podem ser causados pelo câncer de próstata. Considerando que a proporção de solicitação de exames de PSA anual nas consultas médicas e de enfermagem para homens com 50 anos ou mais foi abaixo da meta desejada (2021- 18% / meta: 80%), há indicação da necessidade de fortalecer a implementação dos protocolos assistenciais e qualificar o atendimento na linha de cuidado saúde do homem.

O reconhecimento de que os homens adentram o sistema de saúde em outros níveis de atenção, tem como consequência o agravo da morbidade pelo retardamento na atenção e maior custo para o SUS. É necessário fortalecer e qualificar a atenção primária garantindo, assim, a promoção da saúde e a prevenção aos agravos evitáveis. Grande parte da não-adesão às medidas de atenção integral, por parte do homem, decorre das variáveis culturais. Os estereótipos de gênero, enraizados há séculos em nossa cultura patriarcal, potencializam práticas baseadas em crenças e valores do que é ser masculino. A doença é considerada como

um sinal de fragilidade que os homens não reconhecem como inerentes à sua própria condição biológica.

Os idosos correspondem à 12,2% da população cadastrada no sistema de saúde (SAMS, 2020). Em número absoluto, há aproximadamente 137 mulheres e 115 homens idosos no território.

Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT)

Avaliando o Índice de Atendimento por condições de saúde avaliada – Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Melitus (DM) e Obesidade, nos anos de 2019, 2020 e 2021, os números superaram a meta estabelecida de 0,40, possivelmente como resultado da boa vinculação comunitária e suficiência de oferta de atendimento (capacidade instalada da equipe é muito favorável), e também da sensibilização da equipe para realizar a adequada classificação dos agravos durante os atendimentos.

Com relação à proporção de solicitação de exames de PSO nas consultas médicas ou de enfermagem de pessoas com 50 anos ou mais, desde o ano de 2019 a unidade atingiu números maiores do que a média municipal, no entanto aquém do estabelecido com ideal (proporção de solicitação em 2019, 2020 e 2021: 13,5% 16% e 12,8% respectivamente / meta: 80%).

4.6.4.2 UNIDADE AVANÇADA - USF PRIMAVERA

Caracterização do território

A USF Primavera é uma unidade de saúde avançada, vinculada à UBS Novo Horizonte. Conforme informações do sistema de saúde municipal tem cerca de 1.575 pessoas em seu território de abrangência. Os idosos correspondem a 15,3% da população adscrita, 55,3% de adultos e 29,4% de crianças e adolescentes.

Em visita técnica à unidade, houve a informação de que existem conjuntos habitacionais, em fase de construção, com previsão de entrega breve na região, com lançamento de cerca de 288 novos domicílios na área de abrangência, o que gera uma estimativa de cerca de 1.152 pessoas novas a serem acompanhadas pelo serviço de saúde de referência (parâmetro de 4 pessoas por família). Previsão de 2.727 pessoas no território, apontando a necessidade, na ocasião do aumento de moradores, de novo processo de territorialização para divisão das micro-

áreas entre os ACS (parâmetro recomendado pelo ministério da saúde de 750 pessoas por micro-área), fato este a ser acompanhado e analisado em conjunto com a SMS.

Acesso e Resolutividade

Mantendo a característica das unidades anteriores, o público que mais frequenta a unidade é feminino. Mulheres entre 20 a 39 anos utilizam 20% das consultas médicas e as mulheres entre 50 e 69 anos utilizam 19,8% das consultas médicas da USF Primavera. Homens com 20 anos ou mais utilizam 25,6% das consultas médicas, embora correspondam a 33,8% da população do território.

Entre 2019 e 2021, a média de atendimentos por médicos e enfermeiros esteve muito acima do parâmetro de 1,5 por habitante, por ano; indicando o acesso garantido da população aos atendimentos de médicos e de enfermeiros.

Avaliando a capacidade da equipe em resolver as necessidades de saúde da população, em 2021 a unidade encaminhou apenas 18,51% dos pacientes atendidos, para outros níveis de atenção, indicando que a resolutividade dos casos chegou à marca de 81,5% dos pacientes atendidos.

Com relação à cobertura de 1ª consulta odontológica, a USF não dispõe de atendimento odontológico no serviço, e tal fato dificulta o acesso aos atendimentos, em função do deslocamento para a unidade de referência. Em 2019, a unidade apresentou o melhor resultado nesse quesito coma cobertura de 6,2% de 1ª consulta odontológica. Abre-se uma oportunidade a ser discutida com a Secretaria de Saúde de facilitar o acesso com a utilização de uma Unidade Odontológica Móvel.

Absenteísmo

Com relação ao percentual de faltas às consultas médicas, no caso da unidade, profissionais residentes em saúde da família (R1 e R2), a proporção de faltas é inferior ao limite estabelecido de 15% de absenteísmo.

Saúde da Mulher

Desde 2019, a oferta de exames Citopatológico de colo de útero para as mulheres entre 25 e 64 anos tem aumentado, assim como as coletas efetivamente realizadas. Em 2021, das 142 mulheres nessa faixa etária (que correspondem a 1/3 das mulheres entre 25 e 64 anos

cadastradas no SAMS) foram ofertados exames para 96% delas e realizadas as coletas em 94% das mulheres.

Saúde Materno-Infantil

Desde 2018 a unidade de saúde acompanha mais de 80% das suas gestantes com 7 ou + consultas de pré-natal, acompanhando 89,4% das gestantes em 2021 com 7 ou + consultas. Conforme informações do SINASC, entre 2018 e 2020 a proporção de prematuridade apresentou uma queda, chegando a 11,9% dos bebês nascidos vivos em 2020. No entanto, em 2021, 07 bebês entre os 47 nascidos vivos, nasceram com menos de 37 semanas, elevando a proporção de prematuridade para 14,9%. No mesmo ano nasceram 06 bebês com baixo peso (proporção de 12,8 entre os nascidos vivos em 2021) e a taxa de mortalidade infantil foi de 21,3 (01 óbito).

Em 2020 ocorreram 02 óbitos perinatais, sendo 01 neonatal precoce e 01 óbito fetal, aumentando a taxa de óbitos perinatais para 46,5%. No ano de 2021 a eSF acompanhou com 7 ou mais consultas de pré-natal 06 mães adolescentes (10 a 19 anos) que tiveram seus bebês nascidos vivos.

Saúde do Adulto e do Idoso

Os homens padecem mais de condições severas e crônicas de saúde do que as mulheres e morrem mais do que elas pelas principais causas de morte. Entretanto, apesar de as taxas masculinas assumirem um peso significativo nos perfis de morbimortalidade, observa-se que a presença de homens nos serviços de atenção primária à saúde é menor do que a das mulheres.

Quando avaliada a proporção de solicitação de exames de PSA anual nas consultas com médico da ESF e consultas de enfermagem em pacientes com 50 anos ou mais, esse indicador ainda está aquém da meta estabelecida (80%) sendo necessárias intervenções junto às equipes e captação do público em questão para acompanhamento em saúde oportuno. Observa-se que o mesmo desafio se apresenta quando observa-se a proporção de solicitação de PSO nas consultas de profissionais de nível superior de pacientes com 50 anos ou mais.

Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT)

A eSF apresentou resultado muito positivo quando se observa o índice de atendimento por condição de saúde avaliada (HAS – DM – Obesidade), em 2021. Observa-se que a HAS e DM superaram a meta estabelecida no que se refere à condição de saúde avaliada, segundo ano de

atendimento. Quanto à obesidade, há necessidade de estimular a eSF para a avaliação proposta.

4.6.4.3 UNIDADE AVANÇADA - USF SANTA HERMÍNIA

Caracterização do território

Conforme dados do sistema de gestão (SAMS, 2020) a população cadastrada na USF Santa Hermínia é de 2.083 pessoas, sendo 15,4% de idosos, 53,8% de adultos e 30,1% de crianças e adolescentes.

Segundo informações colhidas durante a visita técnica há um potencial de pessoas no território a serem cadastradas, e estima-se uma população adscrita de 3.500 pessoas (SIC). Foi dada a infromação de que a equipe de enfermagem não realiza ações extra-muros devido à insuficiência de recursos humanos na categoria, que permanece nas atividades assitenciais na unidade. Entre as principais demandas do 156, conforme informações fornecidas na visita técncia, há um número relevante de reclamações por tempo de espera pelo atendimento na unidade.

Acesso e Resolutividade

Desde o ano de 2019 a USF Santa Hermínia mantem números acima do estabelecido como parâmetro na garantia de acesso aos atendimentos realizados por médicos e enfermeiros. (2019: 3,2 consultas por habitante/ano; 2020: 2,2 e 2021: 2,5).

Com relação à resolutividade dos atendimentos médicos, medida pelos encaminhamentos para a especialidade médica, entre os anos de 2019 e 2021, foi em 2020 que a unidade foi mais resolutiva, encaminhando 18% dos pacientes atendidos.

Com relação à cobertura de 1ª consulta odontológica, mantendo o padrão das outras unidades avançadas, a ampliação do acesso aos serviços de saúde bucal tem se mostrado como uma ação prioritária a ser implementada, para garantia da integralidade do cuidado e para o alcance das metas do município e do Programa Previne Brasil (Ministério da Saúde), que estabelece como indicador de desempenho da APS a Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado e repasse recurso federal para o município.

Absenteísmo

O percentual de faltas às consultas está abaixo do teto fixado pelo município. A unidade apresentou 9,47% de faltas às consultas com médico da ESF.

Saúde da Mulher

No ano de 2019, a razão de solicitação e a razão de coleta de exames Citopatológico de colo de útero alcançou o valor de 1,07 entre o público prioritário de mulheres entre 25 e 64 anos. O valor aponta que a unidade solicitou e realizou exames para um número superior à 1/3 das mulheres na faixa etária. No entanto, nos anos subsequentes, houve uma queda muito expressiva no indicador, atingindo 30% e 17% do público-alvo em 2020 e 2021, respectivamente.

Saúde Materno-Infantil

Desde 2016, a equipe de saúde acompanha mais de 80% das gestantes da área adscrita com 7 ou mais consultas de pré-natal (exceto em 2018 que atingiu 76,9% das gestantes com 7 ou mais consultas). No ano de 2020 atingiu 91,7% das gestantes com um adequado acompanhamento de pré-natal e nenhum óbito perinatal. A taxa de mortalidade infantil foi de 13,9 em 2019, e 21,7 em 2021. Sabe-se que a maioria dos óbitos evitáveis é prevenida com a melhoria da assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido, não apenas quanto à sua resolubilidade clínica, mas também à organização da assistência em sistemas hierarquizados e regionalizados, assegurando o acesso da gestante e do recém-nascido em tempo oportuno a serviços de qualidade.

Entre as adolescentes (10 a 19 anos) que tiveram seus bebês nascidos vivos no ano de 2021, 71,4% delas (05 adolescentes) tiveram 7 ou mais consultas na assistência ao pré-natal. Dos 46 bebês nascidos em 2021, 04 deles apresentaram BPN (8,7%).

Ao avaliar a proporção de prematuridade da área da USF Santa Hermínia, os números alertam (2020 – 18,8% e 2021 – 19,6%). Diversos são os motivos para que isso aconteça, entre eles, o diagnóstico tardio da gravidez. Outro fator tem a ver com a identificação também tardia ou tratamento inadequado de doenças que podem trazer prejuízos à saúde da mãe ou do feto, o que comprova a importância da qualificação dos atendimentos prestados, com exames em tempo oportuno. O acompanhamento pré-natal busca assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, apontando para a necessidade de abordar os aspectos psicossociais em atividades educativas e preventivas.

Saúde do Adulto e do Idoso

Avaliando as coberturas relativas à proporção de solicitação de exames de PSA anual e à proporção de solicitação de PSO anual em consultas de médicos e de enfermeiros de pacientes com 50 anos ou mais, observa-se que está mantido o padrão das outras unidades de saúde, sendo um ponto de investimento a ser feito para qualificação e sensibilização da equipe.

Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT)

Quanto à avaliação da condição de saúde de pacientes com DCNT, os valores indicados nos gráficos analisados - até dez/21 (SAMS), apontam para uma equipe mais sensibilizada para o tema, visto que desde 2019 os portadores de HAS e DM atendidos pelo serviço, tem tido sua condição de saúde avaliada. Em atenção às principais causas de óbitos na área da UBS Novo Horizonte, que engloba as unidades avançadas, observa-se que as causas mais prevalentes de mortalidade estão relacionadas às DCNT, reafirmando a importância de agendas prioritárias voltadas para as doenças crônicas. Segundo dados da Secretaria de Estado da Saúde – SP (2020), no estado de SP, as mortes prematuras por DCNT (30 a 69 anos) correspondem a 64% dos óbitos.

4.6.5 UBS VILA TESOURO

Caracterização do território

Os bairros de atuação das equipes da UBS Vila Tesouro são: Martins Guimarães, Chácaras dos Eucaliptos, Chácara Santa Helena, Jd. Brasília, Jd. Copacabana, Jd. Maracanã, Jd. São Jorge, Jd. Universo, Jd. Valparaíba, Vila do Tesouro, Vila Ester, Vila Olímpia e Vila Patrícia.

No território também há escolas que podem ser pontos de apoio para as ações de saúde, conforme parcerias estabelecidas: EE Juvenal Machado de Araújo (com consultório odontológico), EMEI Prof. Domingos de Macedo Custódio, IMI Marilda Brito Barros Pereira, EMEF Hélio Augusto de Souza (com consultório odontológico). Na área de abrangência da unidade, há também o Abrigo Institucional Viva Famílias e Indivíduos, localizado à Rua José Luiz Cembranelli, nº 40 – Vila Tesouro.

A Unidade apresenta 15 pacientes acamados ou domiciliados, atendidos em suas necessidades de saúde pela equipe técnica do serviço em questão, em domicílio (junho/22).

Ao lado da Unidade de Saúde há um espaço que será cedido para uso da unidade de saúde, com

grande potencial para fortalecer as atividades coletivas junto à comunidade assistida, fortalecendo a vinculação da equipe com a população. No território há 16.293 pessoas cadastradas no sistema de gestão (SAMS,2020). Os idosos correspondem à 17,9% da população, adultos correspondem à 56,4% e crianças e adolescentes correspondem à 25,7%.

Acesso e Resolutividade

A UBS Vila Tesouro apresenta uma média do número de atendimentos de médicos e enfermeiros aquém do valor considerado adequado para garantia de acesso à Atenção Básica, chegando à 1,2 consultas/habitante em 2021 (parâmetro: 1,5 consultas/ano/habitante). As mulheres continuam sendo o público que mais acessa o serviço de saúde. Dentre as consultas médicas ofertadas, 23,5% foram destinadas aos idosos que correspondem à 17,9% da população; 48,9% destinadas aos adultos (correspondem à 56% da população); e 25,7% destinadas às crianças e adolescentes (25,7 da população).

No que tange à resolutividade do serviço, o percentual de encaminhamentos para a especialidade médica está bem acima do esperado - em 2019, do total de consultas médicas realizadas na UBS Vila Tesouro, 31,6% delas geraram encaminhamentos para a especialidade médica; em 2020 – 33,1% e em 2021 – 36,39%. Os números indicam a necessidade de investimento na qualificação dos profissionais com relação aos protocolos assistenciais.

Quando avaliamos a cobertura de 1ª consulta odontológica, embora a unidade ainda esteja aquém do esperado para esse indicador, em 2021 a equipe de saúde bucal apresentou o melhor resultado desde 2019, apesar das restrições impostas pela pandemia, com 8,6% de cobertura.

Absenteísmo

Analisando-se a proporção total de faltas na unidade, a população apresenta 15,55% de faltas às consultas médicas. Quando avaliado por especialidade médica, as que apresentam maior percentual de absenteísmo são: puericultura (21,18%), pediatria (21,7%) e ginecologia ((20,31%).

Saúde da Mulher

Com ralação à razão de solicitação e de coleta de exames citopatológicos de colo de útero, em 1/3 do total da população feminina entre 25 e 64 anos, a unidade também tem o

desfaio de aumentar esse importante indicador no rastreamento de câncer de colo de útero, visto que desde 2016 vem apresentando resultados aquém do esperado.

Saúde Materno-Infantil

Desde 2017 a unidade de saúde tem mantido 7 ou mais consultas de pré-natal das gestantes da área de abrangência. Em 2019 e 2021 chegou a acompanhar com 7 ou mais consultas de PN 85,8% e 85,3% das gestantes, respectivamente.

No ano de 2017 e 2021, a unidade apresentou uma redução na proporção de prematuridade (8,5% e 7,3%, respectivamente), ou seja, nasceram menos crianças com menos de 37 semanas de gestação. Com relação aos óbitos perinatais, que compreendem os óbitos fetais e neonatais precoces, 2018 foi o ano com melhor resultado, apresentado a taxa de 5,0 (esperado: 10,0 casos por 1.000 nascidos vivos e nascidos mortos). Nos anos de 2020 e 2021, a taxa subiu para 15,7 e 11,2, respectivamente – (2020 ocorreram 3 óbitos fetais e 2021 ocorreram 2 óbitos fetais). No Brasil, considera-se a população de mulheres em idade fértil de 10 a 49 anos, portanto, 30,7% da população vinculada à UBS Vila Tesouro se encontra nessa condição.

Saúde do Adulto e do Idoso

Observa-se que, entre 2016 e 2020, embora com números decrescentes, a equipe da UBS Vila Tesouro manteve uma proporção de solicitação de exames de PSA anual de pacientes de 50 anos ou mais, nas consultas de médicos e de enfermeiros, de 30% ou mais. Números superiores às demais unidades básicas do escopo desse edital, indicando uma atenção maior da equipe com relação à saúde do homem, especificamente no rastreamento do câncer de próstata.

Com relação à proporção de PSO anual nas consultas de médicos e de enfermeiros de pacientes com 50 anos ou mais, os números apresentados desde 2016 apontam a necessidade de investir na qualificação e sensibilização da equipe, visto que os resultados estão muito aquém do esperado (meta: 80 / 2016: 2,5; 2017: 7,4; 2018: 9,3; 2018: 8,8; 2020: 6,2 e 2021: 7,4).

Na avaliação da taxa de internação por quedas, no entanto, a unidade tem apresentado resultados favoráveis, com variação entre os anos de 2016 e 2021, mas sempre inferior ao esperado de 45/10.000 habitantes idosos.

Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT)

Com relação as principais causas de internações hospitalares SUS, por grupo de doenças do CID-10, de ambos os sexos, na UBS Vila Tesouro, em 2021, temos:

UBS		Lista de Morbidade	Nº	%
Vila Tesouro	1ª	Outras doenças virais	56	8,9
	2ª	Complicações precoces de traumatismo e compl cirurgicas assistencias méd ñ classif em outra parte	52	8,3
	3ª	Outras doenças isquêmicas do coração	25	4,0
	4ª	Pneumonia	24	3,8

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS, base de dados municipal.

Principais causas de óbitos, segundo grupos do CID-10, na área da UBS Vila Tesouro, de ambos os sexos, entre 2018 e 2021:

UBS		Lista de Mortalidade	Nº	%
Vila Tesouro	1ª	Restante de algumas doenças infecciosas e parasitárias	39	12,1
	2ª	Doenças cerebrovasculares	25	7,7
		Doenças isquêmicas do coração	25	7,7
	3ª	Diabetes Mellitus	16	5,0

Fonte: Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), base de dados municipal.

Frente aos dados relativos à proporção de internações por doenças preveníveis na Atenção Básica, entre 2016 e 2021 a unidade apresentou seu melhor desempenho em 2020, com 20,5% dos casos de internações clínicas consideradas preveníveis. Em todos os outros anos a unidade apresentou indicadores além dos considerados aceitáveis (acima de 20%), atingindo, em 2018, a marca de 31,9% dos casos de Internações por Condição Sensível à Atenção Básica (ICSAB), dentre as internações clínicas do mesmo ano.

Os dados de morbi-mortalidade e de ICSAB indicam a importância do investimento e manutenção de uma agenda permanente para diálogo com as equipes sobre as doenças crônicas não transmissíveis, com enfoque nas ações de promoção, as formas de prevenção, tratamento e controle adequados e reabilitação**.**

4.6.6 UBS VISTA VERDE

Características do território

Na área de abrangência da UBS Vista verde temos os bairros: Cidade Vista Verde, Conjunto Residencial JK, Condomínio Floresta, Jardim Diamante, Jardim Motorama, Parque Residencial Villagio D'Antonini.

Quanto às escolas presentes temos: EMEF Waldemar Ramos e EE Alceu Maynard, ambas com consultório odontológico.

A população adscrita cadastrada no SAMS (2020) é de 11.521 pessoas, sendo 55,9% do sexo feminino e 44,1% do sexo masculino. As crianças correspondem à 10,3% da população, os adolescentes correspondem a 11,7%, os adultos à 53,3% e os idosos à 24,7%.

Há no território 17 pessoas acamadas e/ou domiciliadas atendidas pela equipe de saúde no domicílio.

Nas proximidades da unidade há uma Casa do Idoso, equipamento público que pode ser um ponto de apoio, a depender das parcerias estabelecidas, para as ações e atividades de saúde e vice-versa.

Observa-se, por meio da visita técnica, que a condição socioeconômica da população, aparenta ser boa. Conforme informações colhidas na unidade, a agenda médica tem vaga para o próprio mês.

Acesso e Resolutividade

A unidade garante um acesso aos atendimentos de médico e de enfermeiro por habitante por ano, inferior ao parâmetro e meta estabelecidos pela Secretaria de Saúde, apresentado seu melhor resultado em 2021 com 1,2 consultas/ano/habitante.

No quesito resolutividade, o percentual de encaminhamentos para as especialidades médicas está aquém do desejado, pois a unidade tem encaminhado muito acima dos 20% esperado como uma equipe resolutiva na APS. Em 2019, 28% dos atendimentos geraram encaminhamentos para a especialidade médica, em 2020 foram 29,6% e em 2021, 31,66%.

Na questão da cobertura de 1ª consulta odontológica, em 2019 trata-se da única unidade, dentre as que constam no escopo desse edital, que atingiu a marca de 16,1% (superior

à meta de 15%) o que merece uma atenção especial quanto às possíveis variáveis que contribuíram para esta marca (Rh, ações para captação, organização da agenda, sensibilização das equipes de SB, perfil do profissional, entre outros que poderão ser avaliados).

Absenteísmo

Com relação ao absenteísmo, a UBS Vista Verde tem cerca de 12,54% de faltas do total de consultas agendadas, percentual abaixo municipal e da meta estabelecida pelo município.

Saúde da Mulher

Avaliando a razão de solicitação de exame e de coleta de citopatológico de colo de útero, observa-se que a unidade não atingiu a meta estabelecida, tanto para a solicitação, quanto para a coleta, ambas de 0,60, para 1/3 das mulheres entre 25 e 64 anos.

No ano de 2021, entre as 1.229 mulheres que correspondem a 1/3 da população feminina entre 25 e 64 anos, foram solicitados exames para 703 delas (razão 0,57) e destas, colhidos 471 exames de colo de útero (razão 0,38).

Saúde Materno-Infantil

A unidade de saúde manteve, de 2016 até 2021 (exceto em 2017), o número de 07 ou mais consultas de pré-natal na área de abrangência da unidade para 80% ou mais das gestantes do território, atingindo, em 2021 o indicador de 88% de suas gestantes acompanhadas com o número de consultas e acesso desejado. Apesar do acesso garantido ao pré-natal, conforme dados do SINASC, a unidade tem a proporção de prematuridade dos RN ainda em taxas maiores que 10,0 (exceto em 2016 – taxa de prematuridade de 8,5). No que tange à taxa de óbitos perinatais (óbitos neonatais precoces e fetais) nos anos de 2018 e 2021 apresentou resultados superiores à 10 por 1.000 crianças nascidas vivas e nascidas mortas. Em 2018, devido à 03 óbitos fetais, com taxa de óbito perinatal de 19,6 e em 2021, com 01 óbito neonatal precoce e 01 óbito fetal e taxa de 16,9. Os indicadores contribuíram para taxa de mortalidade infantil que ficou em 17,1 em 2021. Ainda, em 2018, 11,3% dos bebês nasceram com baixo peso e em 2021, 14,5%.

No ano de 2021, nasceram 06 bebês de mães adolescentes (10 a 19 anos) e 5 delas tiveram 7 ou mais consultas de pré-natal e 01adolescente teve de 4 – 6 consultas.

Saúde do Adulto e Idoso

Conforme informações colhidas durante visita técnica, a comunidade apresenta muitos

pacientes em uso de psicotrópicos e polifarmácia, o que indica a necessidade de realizar o rastreamento desses usuários e aconselhamento, avaliação clínica, avaliação das substâncias usadas, avaliação de tratamentos anteriores, comorbidades psiquiátricas, história familiar, avaliação psicossocial e exame do estado mental. Importante a realização de abordagens em grupos e elaboração de materiais educativos sobre o tema dirigidas para o público em questão.

De 2016 até 2021, a equipe da unidade manteve a proporção de solicitação de exames de PSA anual nas consultas de médicos e enfermeiros de pacientes com 50 anos ou mais, entre 24,3 e 30% dos atendimentos a esse púbico específico. E com relação à solicitação de PSO anual nas consultas de médicos e enfermeiros de pacientes de 50 anos ou mais, o valor oscila entre 14,2 e 19,2% no mesmo período. Considerando a meta estabelecida de 80% para os dois exames, há um trabalho a ser feito com relação à sensibilização dos profissionais para os temas em questão.

A unidade possui um grande número de idosos, correspondendo a ¼ de sua população, sendo um ponto de atenção a taxa de internação de idosos por quedas. Nesse quesito, os números indicam a necessidade de um trabalho de prevenção a ser iniciado e/ou fortalecido, inclusive com parcerias intersetoriais, considerando que em 2018 e 2021 a unidade apresentou números superiores à 45 idosos internados por quedas, a cada 10.000 habitantes idosos.

Como principais causas das quedas foram “queda no mesmo nível por escorregão, por tropeção ou por passos em falsos”. O Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia do Ministério da Saúde informa que os fatores de risco que mais se associam às quedas são: idade avançada (80 anos ou mais); sexo feminino; história prévia de quedas; imobilidade; baixa aptidão física; fraqueza muscular de membros inferiores; fraqueza do aperto de mão; equilíbrio diminuído; marcha lenta com passos curtos; dano cognitivo; doença de Parkinson; sedativos, hipnóticos, ansiolíticos e polifarmácia. Atividades e comportamentos de risco e ambientes inseguros aumentam a probabilidade de cair, pois levam as pessoas a escorregar, tropeçar, errar o passo, pisar em falso, trombar, criando, assim, desafios ao equilíbrio.

Os riscos dependem da frequência de exposição ao ambiente inseguro e do estado funcional do idoso. E ainda, indica como possibilidade de intervenção e tratamento exercícios com duração de 10 semanas a 9 meses mostraram que: há uma redução em 10% da probabilidade de queda entres os que se exercitam em comparação com sedentários; o

treinamento específico para equilíbrio motivou uma redução de 25% de quedas; aulas de Tai Chi Chuan (um exercício de equilíbrio), reduzem o risco de cair 37%.

Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT)

Observando o índice de atendimento dos munícipes por condição crônica de saúde avaliada, HAS, DM e Obesidade, em 2018 a equipe atingiu marca superior a meta de 40%– 46% dos casos atendidos, avaliados. Em 2019 – 51%; 2020 – 32%, 2021 – 40%.

Com relação às ICSAB, em 2020 a unidade teve 15,3% das internações clínicas ligadas à condição prevenível na APS e no ano de 2021, 19,8% dos casos de internações clínica.

Com relação as principais causas de internações hospitalares SUS, por grupo de doenças do CID-10, de ambos os sexos, na UBS Vista Verde, em 2021, temos:

UBS		Lista de Morbidade	Nº	%
Vista Verde	1ª	Outras doenças virais	53	9,6
	2ª	Complicações precoces de traumatismo e compl cirurgicas assistencias méd ñ classif em outra parte	26	4,7
	3ª	Outras doenças do aparelho urinário	24	4,3
	4ª	Fratura de outros ossos dos membros	18	3,3

Fonte: Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), base de dados municipal.

Principais causas de óbitos, segundo grupos do CID-10, na área da UBS Vista Verde, de ambos os sexos, entre 2018 e 2021:

UBS		Lista de Mortalidade	Nº	%
Vista Verde	1ª	Restante de algumas doenças infecciosas e parasitárias	45	10,3
	2ª	Doenças isquêmicas do coração	30	6,9
	3ª	Doenças hipertensivas	27	6,2
	4ª	Doenças cerebrovasculares	26	6,0

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS, base de dados municipal.

Os dados corroboram para a necessidade de priorização das ações para qualificação técnica e fortalecimento das linhas de cuidados para as DCNT.

4.6.7 UBS VILA INDUSTRIAL – TATETUBA

Caracterização do território

A unidade de Saúde da Vila Industrial – Tatetuba vem sendo administrada pela SPDM desde maio de 2020. Entre os bairros de abrangência da UBS Vila Industrial – Tatetuba temos: Conjunto Habitacional Intervale, Conjunto Habitacional Tatetuba - Bairro Ronda, Conjunto Integração, Conjunto Residencial Planalto, Jardim Ismênia, Parque das Américas, Residencial Vista Linda, Sapê, Vila Industrial e Vila Tatetuba.

Na área de abrangência há as seguintes unidades escolares: EE Ana Cândida, EMEF Ilga Pusplatais e EMEF Palmyra Santana, todas com consultório odontológico.

A população cadastrada no sistema de saúde (SAMS,2020) é de 16.854 pessoas, sendo 23% (3.996 pessoas) com 60 anos ou mais. Crianças e adolescentes correspondem à 22,6% da população. A UBS Vila Industrial – Tatetuba está ocalizada nas proximidades do Hospital Municipal, também gerida pela OSS SPDM. Cerca de 57,8% da população adscrita é feminina.

Quando analisamos os dados acerca do envelhecimento da população no estado de SP, constata-se que 11,6% da população tem mais de 60 anos. Nota-se que a população idosa residente na área de abrangência da UBS Vila Industrial – Tatetuba, corresponde a quase ¼ da população total, o que demanda ações específicas para o envelhecimento saudável.

A equipe de saúde acompanha 51 acamados e /ou domiciliados do território no domicílio.

Acesso e Resolutividade

Do total de consultas médicas ofertadas na unidade, 19,8% destinam-se a mulheres com 60 anos ou mais e 9,2% aos homens com 60 anos ou mais. Entre os anos de 2019 e 2021 nota-se um aumento significativo no acesso aos atendimentos médicos e de enfermeiros, ultrapassando a meta estabelecida de 1,5 consultas por habitante, por ano, chegando-se em 2021 ao número de 2 consultas por habitante no ano, com maior acesso da população ao serviço.

No quesito resolutividade a unidade ainda apresenta desafios com relação à implementação dos protocolos assistenciais e, como desdobramento do chamado A3

(metodologia Lean) foram identificadas alguns pontos a serem fortalecidos com a equipe, como por exemplo: a técnica respaldando as condutas e se sobrepondo às pressões dos usuários; ampliação da clínica com avaliação das dimensões psico-sociais durante os atendimentos, melhorando a percepção do profissional quanto às outras possibilidades de cuidado em saúde (e não apenas encaminhamentos médicos para outros níveis de atenção); construir entre os profissionais um sentimento de pertencimento à RAS e co-responsabilidade pela integralidade do cuidado.

Quanto aos atendimentos em saúde bucal, nota-se, entre os anos de 2020 e 2021 uma cobertura de 1ª consulta aquém do esperado (15%), situação justificada pelas restrições ocasionadas pela Pandemia e pela insuficiência de profissionais de saúde bucal na unidade. Conforme parâmetros do Ministério da Saúde, a unidade deveria ter pelo menos, mais 3 equipes de SB para garantir acesso. Antes da pandemia atingiu a cobertura de 11,9% de 1ª consulta odontológica. Nos anos seguintes, 4,2% (2020) e 2,1% (2021).

Absenteísmo

Com relação às faltas nas consultas médicas por especialidade, observa-se que o absenteísmo nas consultas com o clínico geral é de 13,62%, número abaixo da meta estabelecida pela Secretaria de Saúde. No entanto, na proporção total de faltas a UBS apresentou 15,68% de absenteísmo, número elevado em relação às faltas nas consultas de clínico geral, devido às faltas nas consultas de pediatria (24,21%) e puericultura (18,44%), principalmente.

Entre as ações estabelecidas para atuar frente ao problema, a enfermeira responsável pela linha de cuidado saúde da criança iniciou a estratégia de confirmação das consultas por telefone e parceria com a assistente social das escolas municipais do território (EMEF Ilga Pusplatais e EMEF Palmyra Santana) para fortalecer as orientações com relação à saúde da criança na escola e a importância do acompanhamento em saúde. Ainda, como estratégia de acompanhamento dos RNs ou bebês / crianças desospitalizados, o Hospital Municipal mantém comunicação ativa com a equipe da unidade básica, para garantir acesso, em tempo oportuno, às crianças que têm alta hospitalar, e dar continuidade no cuidado em saúde (alta responsável).

Nas ações para integralidade do cuidado na própria unidade de saúde, a pediatra, ao realizar a consulta de puericultura e identificar dificuldades quanto ao aleitamento materno, realiza consulta compartilhada com a enfermeira de referência para orientações à

amamentação adequada. Os bebês atendidos na unidade também são encaminhados para o Programa Odontologia para Bebês.

Saúde da Mulher

De 2016 a 2019 a unidade apresentou números de solicitação de exames citopatológicos de colo de útero e realizou os exames em proporções menores do que o preconizado (60% de 1/3 das mulheres entre 25 e 64 anos). A partir de 2020 e 2021, nota-se um aumento tanto nas solicitações de exames, como na realização dos mesmos, atingindo em 2021 a razão de 0,75 de solicitação de exames e 0,65 de exames realizados, superando a meta de 0,60. Como principal justificativa para o aumento está a oferta de exames de citopatológicos de colo de útero em livre demanda, todos os dias da semana na UBS Vila Industrial/Tatetuba. No consultório de enfermagem, durante o acolhimento, havendo interesse de realizar o exame, a mulher é atendida.

Saúde Materno-Infantil

A Unidade tem garantido 7 ou mais consultas de pré-natal às suas gestantes, desde 2019. Porém, no ano de 2021 acompanhou 87,4% das gestantes com 7 ou mais consultas durante a gestação. A equipe conta com a atuação de enfermeiros obstetras que intercalam a consulta com o profissional médico na assistência, realizam busca ativa das faltosas e monitoram as gestantes de risco por meio de tele consulta.

Entre os anos de 2016 e 2018, a proporção de prematuridade dos bebês da área de abrangência da UBS Vila Industrial/Tatetuba aumentou, atingindo em 2018 o percentual de 17,7% dos bebês nascidos com menos de 37 semanas. Entre os anos de 2019 e 2021 a proporção de prematuridade esteve em queda. Nota-se que o número de nascimentos no território também tem diminuído. Tal fato torna a redução na proporção de prematuridade mais desafiador, visto o número de nascimentos (“n”) em menor número. O mesmo raciocínio se aplica à taxa de óbitos perinatais: apesar de, em número absoluto, 2019 e 2020 apresentarem o número de óbitos perinatais idênticos, como nasceram menos crianças em 2020, a taxa aumentou, aumentando também a mortalidade infantil – em 2019 nasceram 332 crianças e em 2020 nasceram 284 crianças.

Nasceram, em 2021, 18 crianças de mães adolescentes (10 a 19 anos) e dessas, 88,9% tiveram 7 ou mais consultas de pré-natal. Em 2021 5,9% das crianças nascidas tiveram BPN,

número em declínio na unidade desde 2018. Entre 2019 e 2021 houve uma redução de 45% dos bebês com BPN.

Saúde do Adulto e do Idoso

Com relação à proporção de solicitação de exames de PSA e PSO anual em consultas de médicos e enfermeiros, para pacientes com 50 anos ou mais, vale a mesma discussão que nas demais unidades. Há uma necessidade de investimento em sensibilização e qualificação com relação aos protocolos assistenciais dos atendimentos de profissionais médicos e enfermeiros para alcance da meta de 80% dos pacientes atendidos na faixa etária definida. Em ambos os exames, a os números oscilam entre 15,6 e 24,8% para o exame de PSA e 2,0 e 9,6% para os exames de PSO, entre os anos de 2016 e 2021.

Considerando o número elevado de idosos no território (23% da população), observa-se que a taxa de internações por quedas apresentou-se bastante elevada no ano de 2019, com 63,8 idosos internados a cada 10.000 habitantes idosos do território (desejado: 45 ou menos) e a redução nos anos subsequentes (2020: 52,2 e 2020: 45) devido à intensificação das orientações às famílias, realizadas principalmente durante aos atendimentos domiciliares, dada maior vulnerabilidade do público em questão.

Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT)

Com relação as principais causas de internações hospitalares SUS, por grupo de doenças do CID-10, de ambos os sexos, na UBS Vila Industrial - Tatetuba, em 2021, temos:

UBS		Lista de Morbidade	Nº	%
Vila Industrial - Tatetuba	1ª	Outras doenças virais	102	7,9
	2ª	Fratura de outros ossos dos membros	62	4,8
	3ª	Pneumonia	52	4,0
	4ª	Outras doenças isquêmicas do coração	44	3,4

Fonte: Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), base de dados municipal.

Principais causas de óbitos, segundo grupos do CID-10, na área da UBS Vila Industrial - Tatetuba, de ambos os sexos, entre 2018 e 2021:

UBS		Lista de Mortalidade	Nº	%
Vila Industrial - Tatetuba	1ª	Restante de algumas doenças infecciosas e parasitárias	102	13,4

	2ª	Doenças isquêmicas do coração	47	6,2
	3ª	Pneumonia	43	5,7
	4ª	Restante das neoplasias malignas	39	5,1

Fonte: Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), base de dados municipal.

Na avaliação dos dados referentes às Internações por condições sensíveis à AB, observa-se também uma redução das internações preveníveis entre os anos de 2019 e 2020, reduzindo de 24,2 para 15,9%. No ano de 2021 houve um aumento chegando à 20,6%, número muito próximo do limite estabelecido como parâmetro (20%).

4.6.8 PROPOSTA DE MONITORAMENTO DE INDICADORES DE DESEMPENHO, DE QUALIDADE, DE PRODUTIVIDADE, DENTRE OUTROS.

Dentre as metas estabelecidas no chamamento público referente ao processo de seleção nº 001/SS/2022 – edital 93/SS/2022 (páginas 83 à 86 do edital), temos:

1. Manutenção das equipes com dimensionamento mínimo indicado para cada Unidade Básica de Saúde, com tolerância de reposição dos profissionais em até 30 dias
2. Metas de produção assistencial de cada Unidade Básica de Saúde, por categoria profissional
3. Parâmetro de avaliação dos indicadores de desempenho e qualidade – total de 20 indicadores

O Programa Previne Brasil é o modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS), e foi instituído pela Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017. O Previne considera quatro componentes para fazer a transferência financeira federal a municípios e ao Distrito Federal: incentivo com base em critério populacional; capitação ponderada (cadastro de pessoas); pagamento por desempenho (indicadores de saúde) e incentivo para ações estratégicas.

A proposta tem como princípio aumentar o acesso das pessoas aos serviços da APS e o fortalecimento de vínculos entre população e equipe, com base em mecanismos que induzem à responsabilização dos gestores e dos profissionais pelas pessoas atendidas e acompanhadas nos serviços da APS.

Nesse sentido, além das metas previamente estabelecidas, torna-se relevante a proposição de outros indicadores que auxiliarão as equipes de Atenção Básica na melhoria do acesso à saúde e qualidade da assistência prestada.

4.6.9 NOVOS INDICADORES E CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO

Utilizou-se como referencial para proposição dos novos indicadores: Plano Municipal de Saúde 2022-2025, indicadores do SISPACTO contido no PMS, Indicadores de Desempenho do Previne Brasil e outros para fortalecimentos de ações estratégicas. São eles:

Indicadores	Metas	Cronograma	Finalidade assistencial
Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária _ indicador do SISPACTO contido no PMS * **Fonte:** SAMS	**Meta a definir a partir de 2023 após estruturação de coleta e verificação de série histórica**	Em dois meses, após assinatura do contrato de gestão - avaliação mensal, durante a vigência do contrato	Medir o acesso e a realização de exames de rastreamento de câncer de mama pelas mulheres de 50 a 69 anos. Estima-se que cerca de 25% a 30% das mortes por câncer de mama na população entre 50 e 69 anos podem ser evitadas com estratégias de rastreamento populacional que garantam alta cobertura da população-alvo, qualidade dos exames e tratamento adequado (WHO, 2008). A mamografia e o exame clínico das mamas (ECM) são os métodos preconizados para o rastreamento de câncer de

			mama na rotina de atenção integral à saúde da mulher. Preconiza-se a realização da mamografia em mulheres de 50 a 69 anos de 02 em 02 anos.
Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF) – indicador do SISPACTO e PMS **Fonte:** Listagem dos beneficiários do Programa enviada pelo DAPRIS	**70%**	Em dois meses, após assinatura do contrato de gestão - com aumento de 10% ao mês no acompanhamento em saúde dos beneficiários do Programa. Meta a ser atingida no semestre.	Monitorar as famílias beneficiárias do PBF (famílias em situação de pobreza e extrema pobreza com dificuldade de acesso e de frequência aos serviços de Saúde) no que se refere às condicionalidades de Saúde, que tem por objetivo ofertar ações básicas, potencializando a melhoria da qualidade de vida das famílias e contribuindo para a sua inclusão social.
Ações de matriciamento realizadas elas equipes de apoio matricial -assistente social, nutricionista, pediatra, ginecologista com a eAP, eSF e eSB	**04 ações por mês**	Em dois meses, após assinatura do contrato de gestão - com periodicidade mensal.	Melhorar a resolutividade da Atenção Básica por meio de consultas compartilhadas, discussão de casos, educação permanente, PTS.
Proporção de gravidez na			Monitora a tendência da gravidez de adolescentes

adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos – indicador SISPACTO ** **Fonte:** SAMS	**Meta a definir a partir de 2023 após verificação de série histórica**	Em dois meses, após assinatura do contrato de gestão - com avaliação mensal, durante a vigência do contrato	de 10 a 19 anos no território com o objetivo de nortear as ações de saúde nas unidades básicas, escolas e maternidade da RAS. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações voltadas para a promoção da saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes.
Tratamentos completados na saúde bucal **Fonte:** SAMS	**20 pacientes por mês** (para profissionais com 20 horas semanais)	Em três meses, após assinatura do contrato de gestão - com avaliação mensal, durante a vigência do contrato	Melhorar o acesso para o atendimento odontológico, com maior inserção de novos pacientes e aumento da cobertura de 1ª consulta odontológica.
	40 pacientes por mês (para profissionais com 40 horas semanais		
	30 pacientes por mês (para profissionais com 30 horas semanais)		
Atividades preventivas de saúde bucal nas escolas	1 vez por mês	Em dois meses, após	Dispor de conhecimentos abrangentes e participar

e/ou comunidade **Fonte:** SAMS		assinatura do contrato de gestão - com avaliação mensal, durante a vigência do contrato	das questões mais amplas da comunidade, como por exemplo: educar e informar as pessoas sobre os efeitos da dieta, higiene, uso de fluoretos, do fumo, do consumo de álcool e, sobre o processo saúde/doença contribui para que os indivíduos tenham um estilo de vida mais saudável. Várias atividades de promoção de saúde bucal têm sido conduzidas de forma efetiva por setores não ligados diretamente à saúde e incorporadas a rotinas diárias em ambientes, como escolas. Há evidências de expansão de efeitos a outros membros da família a partir destes espaços sociais.
Atendimentos do Programa Odontologia para Bebês **Fonte:** SAMS	10% de bebês entre 0 e 36 meses da área de abrangência, inscritos e ativos no	Em três meses, após assinatura do contrato de gestão com avaliação mensal,	Promover a Saúde Bucal, o mais precocemente possível, estabelecendo a educação continuada, de forma a transferir conhecimentos básicos, orientar e estimular os pais ou seus responsáveis,

	programa	durante a vigência do contrato	enfocando a importância da prevenção e manutenção da saúde bucal, como parte da saúde geral da criança. A meta é conquistar uma geração zero cárie. O Programa Odontologia para Bebês vem trazer cobertura odontológica para crianças de 0 a 36 meses, proporcionando a promoção da saúde, antes mesmo do aparecimento dos dentes e consequentemente da doença. Visa suprir as necessidades de orientação de uma determinada população, desenvolvendo ações individuais e coletivas.
Reuniões de equipe para discussão de casos complexos e alinhamentos do processo de trabalho	1 vez por semana – 1 hora	Imediato após assinatura do contrato de gestão, durante a vigência do contrato	Fortalecer a integralidade do cuidado aos usuários do SUS e, consequentemente as linhas de cuidado no serviço e extra-muros, legitimando a APS como ordenadora da RAS.
Ações coletivas de educação em saúde no território com a	1 vezes por mês	Em dois meses, após assinatura do	Abordar temas de interesse à comunidade, temas para melhorara os indicadores

participação de categorias profissionais distintas para fortalecer as linhas de cuidado no serviço		contrato de gestão - durante a vigência do contrato	de saúde, temas de campanhas propostas pela Secretaria de Saúde e temas que melhorem a captação de usuários para o sistema. O objetivo é fortalecer a vinculação com a comunidade adscrita, promover saúde e prevenir doenças.

Memória de cálculo para:

*** Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária:**

- **Numerador:** Soma da frequência do número de mamografias (procedimento 0204030188 - Mamografia Bilateral para Rastreamento) realizadas em mulheres residentes na faixa etária de 50 a 69 anos por ano de atendimento.
- **Denominador:** População feminina na faixa etária de 50 a 69 anos, no mesmo local e ano / 2
- **Unidade de Medida:** Procedimento (Mamografia bilateral para rastreamento) por mulher na faixa etária

**** Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos:**

- **Numerador:** Número de nascidos vivos de mães adolescentes de 10 a 19 anos residentes em determinado local e período
- **Denominador:** Número de nascidos vivos de mães residentes no mesmo local e período.
- **Fator de multiplicação:** 100

Cobertura vacinal em todos os ciclos de vida, especialmente das crianças – Indicador já pesente no edital (nº 6).

Considerando que as crianças são mais vulneráveis a agravos que podem resultar em complicações graves e óbito, e que a vacinação com o esquema vacinal básico reduz a morbimortalidade infantil, a Atenção Primária à Saúde (APS) têm como prioridade a prevenção

da morbidade infantil por meio da imunização com o cumprimento do calendário vacinal recomendado pelo Programa Nacional de Imunização (PNI).

O Ministério da Saúde anunciou dez passos para garantir a ampliação das coberturas vacinais nas unidades de saúde do país, que serão adotadas para o alcance da meta referente à cobertura vacinal em crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na APS contra Pentavalente e Poliomielite Inativada, mas também para outros ciclos de vida e outras vacinas. As medidas estão direcionadas aos trabalhadores que garantem a vacinação da população. Entre as iniciativas estão:

- Manter a sala de vacina aberta todo o horário de funcionamento da unidade
- Evitar barreiras de acesso como a não obrigatoriedade do comprovante de residência para vacinação, bastando apenas o cartão do SUS
- Aproveitar as oportunidades de vacinação como consultas ou outros procedimentos na unidade de saúde para verificar situação vacinal.
- Monitorar a cobertura vacinal, identificando pessoas que estão com pendências vacinais, com a busca ativa de usuários faltosos e com estratégias comunitárias, reconhecendo populações em vulnerabilidade
- Garantir o registro adequado da vacinação utilizando tanto o cartão ou caderneta de vacinação do usuário quanto os sistemas de gestão
- Orientar a população sobre atualização do calendário vacinal, promovendo ações coletivas de educação em saúde com a comunidade para a prevenção de doenças por meio da vacinação
- Combater qualquer informação falsa sobre vacinação, identificando e dialogando com as famílias resistentes à vacinação, explicando a segurança e benefícios dela decorrentes.
- Intensificar as ações de vacinação em situações de surto, com monitoramento de surtos ativos e com estratégias de resposta rápida no enfrentamento da situação
- Promover a disponibilidade e a qualidade das vacinas ofertadas à população, planejando o quantitativo de doses necessárias e monitorando continuamente as condições de armazenamento das vacinas.
- Garantir pessoal treinado e habilitado para vacinar durante todo o tempo de funcionamento da unidade. (CONASEMS, 2019).

  Todas estas medidas serão contempladas.

4.7 Sistemática de aplicação de ações corretivas de desempenho para os indicadores apresentados

4.7.1 PDCA (PLAN, DO, CHECK E ACT = PLANEJAR, FAZER, VERIFICAR E AGIR)

O ciclo PDCA é uma ferramenta de gestão muito utilizada para:

- ✓ Melhoria de processos
- ✓ Tratativa de não conformidades
- ✓ Desenvolvimento de um novo produto
- ✓ Implantação de padrões

O PDCA é uma ferramenta de gestão que surgiu na década de 20. Inicialmente, era composto por apenas três passos (especificação, produção e inspeção). Após anos de evolução, hoje o PDCA é um método mundialmente reconhecido como uma ferramenta de melhoria contínua e é composta pelas seguintes etapas:

P (do inglês – Plan) = **Planejamento**

O Planejamento é a fase na qual a situação ou problema é analisado e, diante disso, deve ser construído um plano contendo os passos que se pretende realizar. O planejamento deve ser realizado em grupo, envolvendo as pessoas com contato direto com o processo a ser abordado.

O planejamento de trabalho ou **plano de trabalho** apresentado foi elaborado considerando as visitas técnicas, as fortalezas e desafios de cada local, os indicadores apresentados, as informações contidas no edital, as respostas dos questionamentos feitos à gestão e experiência dos profissionais envolvidos na elaboração deste documento.

D (do inglês – Do) = **Execução**

A Execução é a fase mais importante, a de "pôr as mãos na massa" para executar o que foi planejado. Para chegar nessa etapa, é fundamental que o planejamento esteja completo e que estejam claras as medidas a serem tomadas por cada uma das pessoas envolvidas.

Durante a vigência do contrato de gestão, as equipes de trabalho executarão as ações planejadas **com auxílio da equipe gestora** para que as atividades e **resultados se aproximem do que foi planejado** e apresentado no plano de trabalho.

C (do inglês – Check) = **Verificação**

A Verificação é a fase da avaliação do que foi feito durante a execução, momento em que devem ser identificados erros e acertos do que foi feito e se foram feitos de acordo com o planejado. Nesta etapa, é importante ter definido o que será medido (por exemplo, indicadores – os quais recomenda-se definir durante a etapa de planejamento), assim é possível identificar quais foram os resultados positivos e no que ainda é preciso trabalhar para melhorar. Os critérios escolhidos devem ser objetivos e claros.

Durante a execução das ações, por meio dos indicadores definidos tanto no escopo deste edital, como por meio dos indicadores propostos, haverá o **monitoramento sistemático das metas estabelecidas**. Dessa forma, as ações corretivas serão implementadas utilizando-se os espaços legitimados para tal, como reuniões de equipe, momentos para educação continuada e educação permanente e reuniões com equipe gestora, com

A (do inglês – Act) = **Atuar/Agir**

Esta fase está relacionada a agir/atuar de acordo com o resultado obtido e observado na fase de verificação. Podem acontecer dois movimentos após cada etapa desenvolvida:

- **Resultado alcançado:** neste caso deve-se **incorporar o método ou melhoria na rotina ou até mesmo em outros processos.**
- **Resultado não alcançado:** neste caso, deve-se identificar os pontos de falhas e reiniciar o clico novamente, com **repactuação das metas e das responsabilidades.**

As etapas do PDCA são realizadas em ciclos, ou seja, a última etapa se conecta com a primeira e assim continuamente até que o resultado esperado com a adoção do ciclo seja atingido.

Um resultado esperado pode ser um objetivo atingido, um problema resolvido, uma meta alcançada ou até uma melhoria contínua implantada em um processo. No caso de uma melhoria, o ciclo não precisa ter fim, apenas um novo objetivo deve ser traçado.

Além do PDCA, a SPDM visa implantar as ferramentas do Lean: Obeya, Kaizen, Kanban e A3 para otimizar os resultados.

4.8 Apresentação da política de gestão de pessoas a ser praticada, apresentando os critérios de seleção e experiência separadamente por nível de atenção e função.

4.8.1 GESTÃO DE PESSOAS

Estruturação e Planejamento da Gestão de Pessoas

O modelo de gestão adotado está alicerçado de acordo com os valores da SPDM. O mesmo traduz a forma como a Instituição gerencia, orienta e desenvolve seu capital humano no ambiente organizacional.

As novas tecnologias disponíveis e as novas ferramentas de gestão têm alterado a forma de organização das empresas e instituições de saúde. Os processos de trabalho sofreram profundas alterações, no sentido de educar e treinar as pessoas. É dessa maneira que a SPDM entende as necessárias transformações na área da Saúde, inovações tecnológicas com desenvolvimentos dos processos de trabalho, das pessoas e aprendizado contínuo.

A Unidade de Gestão de Pessoas tem a responsabilidade de cumprir e fazer cumprir as políticas de gestão da SPDM, estar alinhada com as definições da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo e às regulamentações dos serviços de saúde, bem como, desenhar novos processos e canais de comunicação apropriados.

Um dos fatores de sucesso para implantar um modelo de gestão de saúde de alta qualidade, é construir um time capacitado e motivado. A construção deste time perdura, principalmente, no primeiro ano de gerenciamento da instituição, momento em que o impacto do processo de implantação de novas políticas, cultura, valores e sistema de trabalho, deverão ser modelados com profissionalismo e sensibilidade, acolhendo e integrando todos os profissionais, especialmente, os colaboradores anteriormente contratados por outra OSS gestora, em torno de um objetivo comum.

A Unidade de Gestão de Pessoas disponibilizará uma equipe de profissionais habilitados a construir um ambiente de transição humanizado, trabalhado fortemente com a comunicação interna, tanto ativa como receptiva, a fim de disseminar o novo modelo de gestão e mitigar ruídos no processo de transição.

Com o objetivo de acolher, integrar e desenvolver todos os colaboradores da Instituição, a SPDM, propõe a estruturação de um modelo de gestão de pessoas baseado nas seguintes premissas:

- Selecionar os melhores profissionais, levando em consideração o conhecimento, as habilidades e atitudes;
- Proporcionar um ambiente de trabalho saudável e acolhedor;
- Construir um programa de desenvolvimento e capacitação contínua;
- Oferecer programas de treinamento e de bolsa de estudo;
- Promover a avaliação e orientação dos profissionais pelas lideranças e desenvolver o sistema de liderança;
- Promover a gestão de cargos e salários condizente aos parâmetros da prática do mercado de trabalho das instituições de saúde;
- Gerar oportunidade de crescimento e reconhecimento profissional e pessoal;
- Realizar, regularmente, pesquisa de clima organizacional;
- Implementar a cultura de assistência pública de saúde de alta qualidade e voltada para a segurança do paciente;
- Assegurar o cumprimento das legislações trabalhistas, tributárias e previdenciárias visando segurança e transparência o recurso público gerido.

Estas premissas nortearão os trabalhos de todos os profissionais das Instituições e estarão explicitadas na Política de Gestão de Pessoas e Manual de Integração para todos os colaboradores, cujo exemplar segue no **Anexo VI** a esta proposta de trabalho.

Importante salientar que para garantia da equidade de direitos e deveres entre todos os colaboradores, bem como, especialmente para garantia da prestação de serviços à saúde de forma digna, humanizada e segura, a SPDM entende como imprescindível a obediência às normas internas da instituição, como escala de plantão, dentre outras diretrizes regulamentadoras de trabalho.

As Instituições Afiliadas SPDM acredita que a consideração e o respeito entre as pessoas são fundamentais para a criação e manutenção de um ambiente de confiança na Instituição. A

criação de valor compartilhado com a sociedade e a sustentabilidade deverão ser alcançados, por meio de uma postura com valores de conduta ética bem definidos.

É nesse sentido que a SPDM propõe realizar a gestão de seu capital humano, divulgando amplamente seu Código de Conduta e Ética, cujos objetivos principais são:

a) Ser fonte de referência para um padrão comportamental ético e moral, pautado em valores da corporação;

b) Preservar a dignidade dos profissionais, ao mesmo tempo, procurar garantir a sustentabilidade organizacional, agregando valor à sociedade;

c) Ser um conjunto de princípios norteadores assumidos publicamente que minimizem a subjetividade das interpretações na esfera pessoal, a respeito dos princípios morais e éticos;

d) Fortalecer a transparência institucional da governança corporativa, diante de todas as partes interessadas: parceiros e contratantes, colaboradores, clientes, comunidade, fornecedores, governo, mercado publicitário e imprensa.

4.8.2 MEDICINA DO TRABALHO

O dimensionamento da equipe que compõe a Medicina do Trabalho, é prevista na Norma Regulamentadora N°4 da Portaria N° 3214 de 8 de junho de 1978, baseada no grau de risco da atividade e no número de colaboradores da instituição.

É importante salientar que a proposta de atuação da Medicina do Trabalho, prioriza o seu papel de coordenar as ações de saúde no âmbito dos colaboradores, desenvolvendo um conjunto de programas que além de atender todas às exigências legais, se propõe a implementar inúmeras ações de promoção de saúde a partir do diagnóstico de saúde definido nos exames médicos realizados periodicamente.

O Serviço de Medicina do Trabalho executa atividades definidas legalmente nas Normas Regulamentadoras NR 07 (Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional – PCMSO) e NR 32 (Segurança e Saúde no Trabalho em Serviço da Saúde) que constam na Portaria n° 3214 de 08 de junho de 1978 do Ministério do Trabalho, além das demais NR´s e outras legislações especificas pertinentes á área de saúde do Trabalhador.

Faz parte das instruções técnicas, o PCMSO (Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional). Este é o programa que tem como coordenador o Médico do Trabalho e que define todas as ações e programas desenvolvidos pela Medicina do Trabalho, além do atendimento a todas as questões legais exigidas para a Instituição, no âmbito da Medicina do Trabalho.

A unidade coordena um programa de imunização dos colaboradores desenvolvido ao longo de todo ano, com busca ativa para a aplicação de todas as doses de vacina.

Dentre os vários indicadores utilizados para análise pela Medicina do Trabalho, estão:

- Porcentagem de exames médicos realizados;
- Porcentagem de colaboradores vacinados;
- Porcentagem de acidentes com risco biológico;
- Porcentagem de acidentes de trabalho;
- Porcentagem de doenças ocupacionais.

É de responsabilidade da Medicina do Trabalho, providenciar e manter atualizada documentação obrigatória e legal, conforme quadro abaixo:

DOCUMENTO	VALIDADE
PCMSO	Anual
CONTROLE DE VACINAÇÃO	Mensal
PRONTUÁRIO MÉDICO DOS COLABORADORES	Mensal

Apesar do Serviço de Medicina do Trabalho ter como objetivo responder pelo atendimento às questões ocupacionais, o atendimento assistencial aos colaboradores também faz parte das atribuições da unidade que poderá contar com os recursos e estruturas disponíveis.

A elaboração de banco de dados capaz de definir o perfil epidemiológico dos colaboradores a partir de todos os exames médicos e das causas de afastamento do trabalho indicará quais programas de saúde específicos serão necessários, havendo programas educativos prioritários (doenças crônico degenerativas, doenças sexualmente transmissíveis, antitabagismo), orientando os colaboradores na busca de uma condição de saúde mais favorável.

Programa Viver Bem

O Programa de Qualidade de Vida definido como Projeto Viver Bem, busca melhorar as condições de vida e de trabalho dos colaboradores da Instituição, com ações que além de visar às questões de saúde física propriamente dita, busca abranger a saúde mental, além de inserir aspectos culturais e esportivos que compõe a vida das pessoas.

O Projeto Viver Bem estimula a atenção à saúde dos colaboradores, na prevenção das doenças crônico degenerativas, com programas de controle de hipertensão arterial, estimulando o acompanhamento e a adesão ao tratamento, o mesmo ocorre com os diabéticos e portadores de dislipidemias.

Mensalmente essa equipe de profissionais envolvida no Projeto Viver Bem, se reúne para avaliar os resultados, analisando os indicadores e propondo novas ações.

As doenças cardiovasculares são as principais causas de morbimortalidade no Brasil. Neste sentido, o Programa Viver Bem realiza acompanhamento dos colaboradores com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) pela clínica médica equipe de enfermagem do trabalho e nutricionista de forma a aumentar a aderência ao tratamento e com isso reduzir a morbimortalidade. Portanto, é justificável a existência de um serviço médico ocupacional que planeje e execute ações preventivas no ambiente de trabalho visando proporcionar melhor qualidade de vida seus colaboradores.

Durante a consulta ocupacional (periódico, admissional e retorno ao trabalho) ou consulta com a clínica médica e Enfermeira do Trabalho, os colaborados são encaminhados para serem acompanhados pela equipe multidisciplinar.

Dentro do Programa de Qualidade de Vida (Programa Viver Bem realizam exames complementares gerais, anualmente a critério do médico Coordenador do PCMSO).

Os Programas Específicos Desenvolvidos pelo Serviço de Medicina do Trabalho estão relacionados abaixo.

a) Programa de Assistência à Saúde da Mulher

Atendimento multiprofissional com ações voltadas ao pré-natal, assistência ao climatério, redução da mortalidade materno-infantil, planejamento familiar, amamentação, prevenção do câncer de colo uterino e mama.

b) Ambulatório de Ginecologia

Em consulta médica clínica e /ou ocupacional e durante atendimento da equipe de Enfermagem do Trabalho é realizado o encaminhamento da colaboradora para consulta ginecológica e realização dos exames complementares (citologia oncótica, colposcopia, ultrassonografia pélvica e de mama, mamografia etc.) quando necessário.

c) Programa Gestante Saudável

O Programa Gestante Saudável tem o objetivo de orientar, acompanhar e prestar assistência multiprofissional as colaboradoras gestantes e em caráter de Responsabilidade Social, visando propiciar uma assistência humanizada e de boa qualidade, ampliou sua rede de captação, em parceria com o ambulatório, às gestantes da comunidade que já realizam acompanhamento pré-natal na instituição.

A equipe multiprofissional é composta pelos grupos de: psicologia, nutrição, enfermagem (planejamento familiar, aleitamento materno e cuidados com o recém-nascido), obstetrícia, serviço social, fisioterapia e recursos humanos.

Realiza encontros a cada 2 meses com as gestantes cadastradas. O cadastro das colaboradoras gestantes é realizado pela Enfermeira da Medicina do Trabalho, durante consulta médica clínica e /ou ocupacional e durante atendimento da equipe de Enfermagem do Trabalho. São encaminhadas para avaliação nutricional, acompanhamento pré-natal médico e acompanhamento com e Enfermeira da Medicina do Trabalho. O cadastro das gestantes da comunidade é realizado pelo Serviço Social do Ambulatório quando encaminhadas pelas obstetras durante consulta de rotina de pré-natal.

d) Aleitamento Materno

Vindo de encontro com a Organização Mundial da Saúde, Ministério da Saúde, UNICEF e aos princípios do Hospital Amigo da Criança, reconhecemos a importância de promover, proteger e apoiar a amamentação das colaboradoras puérperas da instituição. Realizar parceria com o banco de leite humano para que as colaboradoras que retornam da licença maternidade, possam amamentar de maneira contínua, contribuindo, assim, para o desenvolvimento dos recém-nascidos, diminuindo índices de mortalidade-infantil.

e) Programa de Controle da Tuberculose

Conjunto de ações voltadas para colaboradores com o objetivo de diminuir o risco de transmissão institucional da tuberculose.

A Medicina do Trabalho solicita exame de Radiografia de tórax para todos os colaboradores no exame médico admissional e para o colaborador que não tem exame prévio referencial. Captação de sintomáticos respiratórios através do Perfil Epidemiológico do exame admissional e periódico;

f) Programa Preventivo da Hipertensão Arterial e suas complicações

Dentre os fatores de risco, no cenário mundial, a HAS aparece em todas as faixas etárias e em ambos os sexos, como principal fator de risco para desenvolvimento das doenças cardiovasculares.

Neste programa o acompanhamento de casos novos e antigos detectados durante o exame médico admissional e periódico, pelo Perfil Epidemiológico onde é realizada uma avaliação inicial do colaborador, encaminhamento para exames de maior complexidade, avaliação e acompanhamento.

O programa envolve todos os setores e visa identificar e orientar o colaborador hipertenso informando sobre a importância do tratamento da patologia, seus fatores de risco e complicações. Após a identificação e cadastro dos colaboradores hipertensos (no programa pela equipe de Enfermagem do Trabalho será feito o controle de sua pressão arterial periodicamente, verificação da medicação em uso, o local de tratamento e sua adesão ao tratamento, a fim de manter a patologia sobre controle.

g) Programa Preventivo do Diabetes Mellitus e suas complicações

Acompanhamento de casos novos e antigos detectados durante o exame médico admissional e periódico, pelo Perfil Epidemiológico onde é realizada uma avaliação inicial do colaborador, encaminhamento para exames de maior complexidade, avaliação e acompanhamento.

Este programa envolve todos os setores e visa identificar e orientar o colaborador diabético informando sobre a importância do tratamento da patologia, seus fatores de risco e complicações. Após a identificação dos colaboradores diabéticos, será feito o controle de sua glicemia periodicamente, verificação da medicação em uso, o local de tratamento e sua adesão ao tratamento, a fim de manter a patologia sobre controle. Quando necessário, o colaborador será encaminhado à nutricionista.

h) Programa Preventivo das Dislipidemias e suas complicações

Acompanhamento de casos novos e antigos detectados durante o exame médico admissional e periódico, pelo Perfil Epidemiológico onde é realizada uma avaliação inicial do colaborador, encaminhamento para exames de maior complexidade, avaliação e acompanhamento.

Este programa envolve todos os setores e visa identificar e orientar o colaborador com dislipidemia informando sobre a importância do tratamento da patologia, seus fatores de risco e complicações. Após a identificação dos colaboradores com dislipidemia, será feito o controle de lipidograma periodicamente, verificação da medicação em uso, o local de tratamento e sua adesão ao tratamento, a fim de manter a patologia sobre controle. Quando necessário, o colaborador será encaminhado à nutricionista.

I Avaliar o estado nutricional dos pacientes, os indicadores nutricionais subjetivos e objetivos, com base em protocolo pré-estabelecido de forma a identificar o risco e/ou a deficiência nutricional, suas necessidades e seus requerimentos, a evolução de cada paciente até a alta nutricional estabelecida pela equipe responsável;

II Acompanhar a evolução nutricional dos pacientes em terapia nutricional;

III Garantir o registro claro e preciso de informação relacionada à evolução nutricional do paciente;

IV Realizar a prescrição dietética.

V Adequar à prescrição dietética.

VI Realizar a orientação nutricional

VII Estabelecer protocolos e revisões do mesmo.

i) Programa Preventivo da Obesidade e suas complicações

Acompanhamento de casos novos e antigos detectados durante o exame médico admissional e periódico, pelo Perfil Epidemiológico onde é realizada uma avaliação inicial do colaborador, encaminhamento para exames de maior complexidade, avaliação e acompanhamento.

Este programa envolve todos os setores e visa identificar e orientar o colaborador com obesidade informando sobre a importância do tratamento da patologia, seus fatores de risco e complicações. Após a identificação dos colaboradores obesos, será feito o controle do índice de massa corpórea (IMC) periodicamente e adesão ao tratamento, a fim de manter a patologia sobre controle. Quando necessário, o colaborador será encaminhado à nutricionista.

j) Programa Permanente de Notificação de Doenças Transmissíveis - SVE – 1

Notificação diária dos casos suspeitos ou confirmados com conjuntivite e de sífilis (qualquer estágio) para o Núcleo Hospitalar de Epidemiologia de referência.

Atuação, juntamente com a SCIH (Serviço de Controle de Controle de Infecção Hospital) e Núcleo Hospitalar de Epidemiologia, contra surtos de varicela e de quaisquer outros agravos à saúde.

k) Programa Permanente de Imunização

O objetivo é reduzir significativamente a frequência de moléstias infecto contagiosas aumentando a resistência biológica dos colaboradores através de vacinas, principalmente a

prevenção da contaminação pelo vírus da hepatite B nos acidentes de trabalho com material biológico.

Atribuições: Verificação da situação vacinal dos colaboradores através da caderneta de vacinação e sorologia para hepatite B. Vacinação de todos os colaboradores não imunizados ou com o esquema vacinal incompleto, durante o processo de admissão, periódico e através de campanha de atualização vacinal.

As seguintes vacinas são fundamentais:

- Vacina contra Hepatite B – 3 doses
- Vacina Dupla Adulto – 3 doses
- Vacina contra Influenza – 1 dose anual
- Tríplice Viral-1 dose

Os candidatos em processo de admissão serão encaminhados para atualização da caderneta de vacinação após exame médico admissional, onde será realizada anamnese pré-vacinal ou atualizada junto ao setor de Medicina do Trabalho pela equipe de Enfermagem do Trabalho.

No exame periódico, ou na avaliação de equipe de enfermagem do trabalho, é solicitado a sorologia anti-HBs para conferir a soroconversão contra hepatite B, e os colaboradores, quando necessário, serão encaminhados para atualização da caderneta de vacinação ou atualizada junto ao setor de Medicina do Trabalho pela equipe de Enfermagem do Trabalho.

Anualmente é disponibilizada a vacina contra gripe (Influenza) para todos os colaboradores.

A vacina de varicela é realizada durante um surto institucional para bloquear a disseminação da doença, oferecida de acordo com a disponibilidade, para todos os colaboradores.

A vacinação é registrada em prontuário clínico individual, no espelho de vacina (XVI) e seu comprovante (caderneta) é entregue ao colaborador.

Todas as vacinas são disponibilizadas gratuitamente.

Os colaboradores que, mesmo após esclarecimentos, recusarem-se a receber as vacinas, deverão assinar Termo de Responsabilidade de Recusa de Vacinação, e se forem não respondedores deverão assinar a declaração de não respondedor.

l) Prevenção do câncer masculino

Atendimento médico voltado à prevenção do câncer da próstata. Os homens acima de 40 anos receberão encaminhamento para consulta com o Urologista e realizarão os exames complementares (PSA, ultrassonografia da próstata, etc.), quando necessário, no Serviço Municipal (UBS - Unidade Básica de Saúde e UES - Unidade de Especializações) - Secretaria de Saúde /Prefeitura Municipal de São José dos Campos.

m) Programa de prevenção LER/DORT

São realizadas avaliações clínicas periódicas e orientações referentes às condições necessárias para um trabalho seguro e adequado às características pessoais de cada trabalhador.

Realização de reunião Bimestral de Biossegurança, visando melhora da análise, investigação e realização de medidas preventivas a serem adotadas pelos setores.

Este programa visa melhorar as condições de saúde dos colaboradores aumentando o bem-estar físico e mental.

n) Readaptação funcional

Com o objetivo de melhorar as condições de saúde dos colaboradores, promovendo uma reabilitação funcional digna e eficaz, com o desenvolvimento de atividades produtivas de acordo com as limitações sofridas, a readaptação funcional é aplicada a todo colaborador que apresentar comprometimento parcial, permanente ou temporário de sua saúde, mediante solicitação da Previdência Social (Reabilitação), do seu médico assistente ou a critério do médico coordenador do PCMSO.

A readaptação será encaminhada a chefia imediata para adequação das funções e posteriormente para avaliação e aprovação do SESMT. Uma via do formulário ficará arquivada no prontuário do colaborador. O tempo da readaptação será avaliado e determinado a critério do médico coordenador do PCMSO, podendo ser revisado mediante consulta ocupacional com a apresentação de relatórios, exames e laudos médicos.

o) Programa Saúde Mental (Serviço de Psiquiatria e Psicologia)

Atendimento baseado nas atividades de prevenção e promoção a saúde mental que visa à humanização e promoção da integridade física, psíquica e social do colaborador.

Atendimento realizado em grupo por psicólogos, após encaminha-se o paciente para atendimento externo na rede pública ou privada.

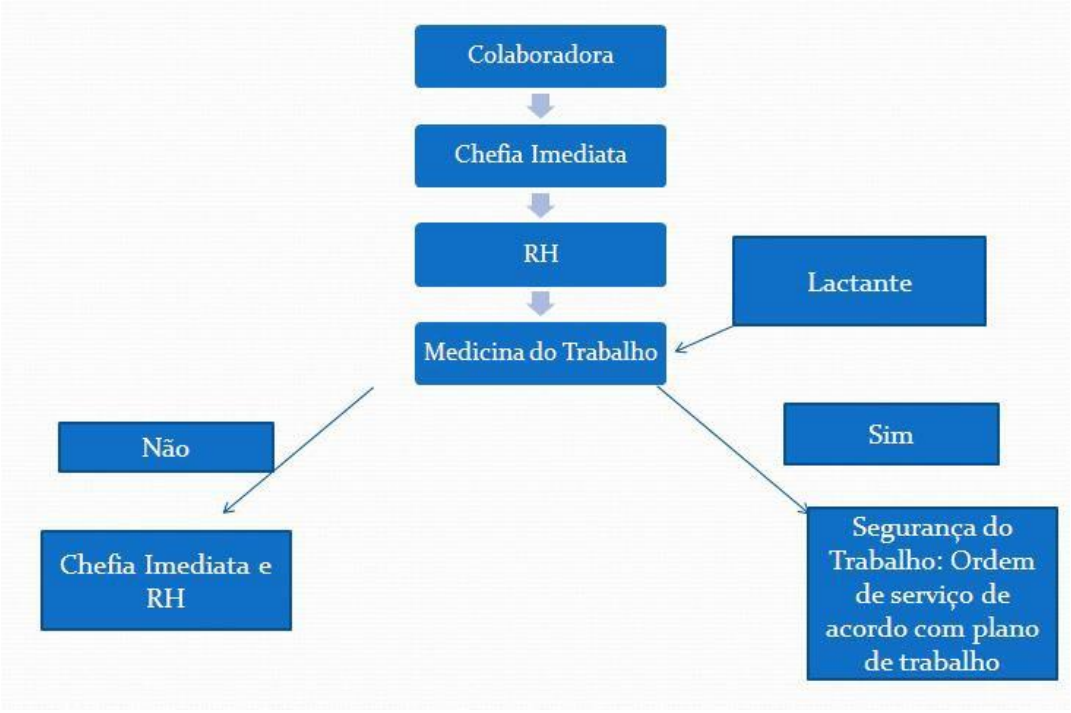
A reunião do grupo psicoterápico acontece semanalmente no Centro de Estudo do Hospital Municipal Dr. José de Carvalho Florence. A forma de inclusão do colaborador se dá por meio de encaminhamento direto pelo médico psiquiatra, médico do trabalho, clínica médica e gestores de área.

O término da participação do colaborador no grupo dará pela avaliação do(s) terapeutas e por solicitação do colaborador.

p) Programa Gestante/Lactante

O Programa de acompanhamento das profissionais gestantes/ lactantes visa atender ao dispositivo legal, lei n 13.287/2016, que estabelece que "as empregadas gestantes ou lactantes devem ficar afastadas de qualquer atividade, operações ou locais insalubres, devendo exercer suas atividades em locais salubres".

A colaboradora Gestante/ Lactante deverá seguir o fluxo abaixo:



O plano de trabalho deverá ser desenvolvido juntamente com a segurança do trabalho, respeitando o contexto da lei. Após passar por consulta, a Medicina do Trabalho emitirá as restrições laborativas para chefia imediata para adequação das funções e posteriormente para avaliação e aprovação do SESMT, e uma via do ASO temporário com ausência do risco. Uma via

do formulário ficará arquivada no prontuário da colaboradora. A colaboradora será reavaliada ao término da gestação/ e ou lactação.

4.8.3 SEGURANÇA DO TRABALHO

Assim como a Medicina do Trabalho o dimensionamento da equipe que compõe a Segurança do Trabalho, também é prevista na Norma Regulamentadora N°4. O objetivo da Segurança do Trabalho é identificar, avaliar e controlar situações de risco, proporcionando um ambiente de trabalho mais seguro e saudável para os colaboradores.

Uma das principais ferramentas de identificação de riscos é o PPRA – Programa de Prevenção de Riscos Ambientais, definido legalmente na Norma Regulamentadora NR 9, que constam na Portaria n° 3214 de 08 de junho de 1978 do Ministério do Trabalho, além das demais NR´s e outras legislações especificas pertinentes á área de saúde do Trabalhador.

A Segurança do Trabalho tem como objetivo, preservar a saúde e segurança dos colaboradores, visando salvaguardar sua integridade física e garantir condições adequadas de trabalho, para que estas não prejudiquem os mesmos, consequentemente a assistência aos pacientes.

Para isso, deve atuar junto com a Medicina do Trabalho na promoção e implementação de programas de qualidade de vida, a prevenção de acidentes e doenças ocupacionais.

Entre as principais instruções técnicas da Segurança do Trabalho, estão:

- Assegurar o cumprimento das Legislações de Saúde e Segurança vigentes – Normas Regulamentadoras conforme Portaria 3214/MT – de 08/06/78.
- Elaborar e implantar o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA) de acordo com a NR32 – com revisão anual obrigatória.
- Elaborar e implantar o Programa de Proteção Radiológica (PPR).
- Acompanhar mensalmente os resultados do Controle de Dosimetria – individual de cada colaborador da Unidade de Radiologia.

- Organizar e acompanhar o processo eleitoral da CIPA (Comissão Interna de Prevenção de Acidentes).
- Promover a capacitação e treinamento dos Cipeiros;
- Apoiar a CIPA na promoção e organização da SIPAT (Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho).
- Elaborar os Mapas de Riscos da Instituição – revisão anual obrigatória pela Instituição, de acordo com a gestão da CIPA.
- Organizar e treinar a Brigada de Incêndio conforme legislação vigente.
- Prever e controlar os dispositivos necessários ao combate a incêndio como extintores, hidrantes, etc.
- Controlar as validades das Recargas e Testes Hidrostáticos dos Extintores.
- Realizar testes nas mangueiras hidrantes de acordo com cronograma definido.
- Garantir os padrões de potabilidade da água consumida na Instituição, elaborando e cumprindo os cronogramas de limpeza dos reservatórios e de análise fisico-química da água de acordo com Portaria MS 2914 (12/12/2011);
- Realizar contratação de Empresa especializada para realização de serviço de coleta e análise de efluentes, para atendimento aos parâmetros legais descritos no artigo 19A, baseado no Decreto 8468 de 08/09/1976 da Lei 997 de 03/05/1976.
- Emitir a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) em caso de Acidentes de Trabalho, atendendo o Art.22 Lei 8213 da Previdência Social.
- Registrar e analisar todos os acidentes de trabalho (típico, trajeto, biológico) e/ou doença ocupacional.
- Encaminhar à Delegacia Regional do Trabalho, até o dia 31 de janeiro de cada ano, um mapa contendo avaliação dos acidentes de trabalho, doenças ocupacionais e agentes insalubres, referentes ao ano anterior.
- Elaborar e implantar manuais com orientações de Biossegurança específicos às áreas.
- Elaborar e cumprir cronograma de treinamento, com orientações para prevenção de acidentes e doenças ocupacionais, incluindo o uso e conservação de EPI's. ergonomia, etc.
- Definir, validar e controlar os Equipamentos de Proteção Individual (EPI's) e Equipamentos de Proteção Coletiva (EPC's) utilizados na instituição.

- Controlar os Equipamentos e Proteção Individual (EPI's) – solicitar compra, controlar estoque/guardar e distribuir para os colaboradores.
- Controlar a validade dos CA's (Certificado de Aprovação) dos Equipamentos de Proteção Individual, mantendo os certificados disponíveis no setor.
- Elaborar e cumprir cronograma de visitas técnicas em todas as áreas da instituição.
- Dar orientações sobre segurança e acompanhar serviços terceiros quanto ao uso correto de EPI's e EPC's., acompanhando-os quando dentro da instituição.
- Definir e cumprir cronograma de reuniões.
- Registrar e manter atualizado o SESMT no Ministério do Trabalho e Emprego.
- Controlar os livros de registro dos vasos sob pressão – atendendo a NR 13.
- Controlar os produtos químicos utilizados na instituição, através das FISQPS - Ficha Individual de Segurança do Produto Químico.
- Dar parecer quanto à realização de obras e reformas em assuntos pertinentes a Segurança Ocupacional.
- Promover programa para capacitação dos trabalhadores para a realização de serviço em altura, conforme preconiza a NR 35.
- Elaborar a Permissão de Trabalho, em assuntos pertinentes à Segurança Ocupacional, autorizando a realização de obras e reformas.
- Controlar a vigência do Curso de NR 10, conforme determinado em Norma Regulamentadora Bienal.
- Realizar as inspeções e controlar os prontuários e livro de registro de segurança dos vasos sob pressão.
- Acompanhar e estabelecer 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 e indiretamente, interajam em instalações elétricas e serviços com eletricidade (NR10).
- É de responsabilidade da Segurança do Trabalho, providenciar e manter atualizada documentação obrigatória e legal da área.

Participam das seguintes comissões:

- Comissão da NR-32 (Segurança e Saúde no trabalho em serviços de saúde);

- Comissão Multidisciplinar PPRA-MP (Programa de Prevenção de Riscos de Acidentes com Materiais Perfurocortantes);
- Comissão de Gerenciamento de Resíduos – PGRSS;
- Comissão Interna de Prevenção de Acidente – CIPA;
- Comissão da Qualidade e Riscos.

Também, é de corresponsabilidade da Segurança do Trabalho a implementação da cultura e práticas de Biossegurança. A Biossegurança é um processo funcional e operacional de fundamental importância em serviços de saúde, não só por abordar medidas de Controle de Infecções para proteção da equipe de assistência e usuários em saúde, mas por ter um papel fundamental na promoção da consciência sanitária, na comunidade onde atua, da importância da preservação do meio ambiente na manipulação e no descarte de resíduos químicos, tóxicos e infectantes e da redução geral de riscos à saúde e acidentes ocupacionais.

Em todo procedimento há uma regra já definida no manual de normas, rotinas e procedimentos que será disponibilizado para em cada unidade/setor entre outras estão as, resoluções, normas ou instruções normativas regulamentares que subsidiam constantes fiscalizações para evidências do cumprimento das práticas e técnicas legais. A NR 32 é uma delas e por estar em uma lei (MTB 3214/78) deve ser cumprida por todos que exercem atividades em instituições de saúde.

O Manual de Biossegurança, objetiva a orientação aos profissionais visando à prevenção, controle e redução ou eliminação dos riscos próprios das atividades que possam comprometer a saúde dos profissionais. O Manual de Biossegurança é formatado com conteúdo específicos de cada área/função, garantindo assim, maior efetividade e aderência dos colaboradores quanto às condutas e orientações repassadas. e de toda área das Unidades.

A saúde é um direito de todos, e para garanti-la é necessário, entre outras coisas trabalhar em condições dignas e saudáveis e aí entram em cena os processos da qualidade, que devidamente aplicados podem contribuir muito para essa organização e disciplina, consequentemente, para a sua segurança no trabalho.

A prevenção ou redução do risco de desenvolver doenças por exposição pode e deve ser alcançada pelo uso de práticas seguras nas atividades que visam preservar a saúde e o meio ambiente. O propósito é proteger a saúde dos trabalhadores que atuam na área deste segmento, evitando que contraiam doenças de pacientes no local de trabalho ou materiais biológicos provenientes deles.

4.8.4 RECURSOS HUMANOS

Os Recursos Humanos é a área responsável por criar condições e ferramentas, para que o colaborador se desenvolva e permaneça motivado e possui um importante papel no clima da organização.

Tem em suas instruções técnicas os principais aspectos:

- Assegurar os recursos humanos necessários à instituição, alinhando as competências organizacionais com as competências pessoais de acordo com cada cargo, por meio da busca constante por novos talentos, priorizando o recrutamento interno como forma de valorizar, motivar, desenvolver e oferecer oportunidade de crescimento aos nossos colaboradores.
- Implementar programas de treinamento, capacitação ou quaisquer outros que se alinhem às competências essenciais definidas pela organização para cada cargo, ou que proponham a resolver os problemas estruturais ou conjunturais, consolidando as necessidades identificadas dos vários segmentos, preconizando a qualidade nos serviços.
- Garantir o equilíbrio interno e externo dos cargos, por meio de um sistema de avaliação de cargos que contemple a diversidade e complexidade das atribuições.

Institucionalmente a área é composta pelos Núcleos de Recrutamento e Seleção, Núcleo de Cargos e Salários, Núcleo de Capacitação e Desenvolvimento e Núcleo de Ações Sociais.

Para o gerenciamento dos processos, conta com um sistema de Gestão de Pessoas, integrado a Administração de Pessoal. Dentre a atuação sistêmica, merece destaque a busca permanente para o adequado dimensionamento e composição da força de trabalho instalada

segundo critérios técnicos e legais; aprendizado compartilhado e desenvolvimento; busca de clima organizacional e apoio e benefícios.

4.8.4.1 RECRUTAMENTO E SELEÇÃO

O Núcleo de Recrutamento e Seleção tem o papel de identificar profissionais capacitados a desenvolver as atividades na organização conforme descrições de cargo e seus requisitos mínimos de contratação, utilizando modernas técnicas de seleção como, por exemplo, a entrevista e seleção por competência, que avalia não só o conhecimento e as habilidades, mas também as características comportamentais (atitudes) essenciais para desenvolver com a máxima eficiência as atividades descritas.

As competências avaliadas no processo de seleção e informadas nas descrições de cargos estão associadas às competências organizacionais que são fundamentais para a estratégia da Instituição.

O processo de seleção passa por etapas eliminatórias e classificatórias, avaliando questões técnicas e comportamentais dos candidatos, conforme segue:

- Análise Curricular;
- Avaliação Técnica;
- Avaliação Comportamental;
- Avaliação do Solicitante;
- Avaliação Clínica e Física.

Importante ressaltar que a SPDM possui critérios técnicos para seleção da equipe visando o bom desempenho das funções que são direta e indiretamente relacionadas à assistência do paciente.

A política de gestão de pessoas orienta a contratação de profissionais que conseguiram demonstrar na avaliação técnica o conhecimento e habilidades necessárias para função, garantindo um padrão mínimo de qualidade dos profissionais que ingressam na instituição, beneficiando a segurança do paciente.

O processo de Recrutamento e Seleção, sempre que possível, prioriza a seleção interna, gerando oportunidades de crescimento e desenvolvimento na organização, tendo como premissa a transparência e impessoalidade.

4.8.4.2 CARGOS E SALÁRIOS

O Núcleo de Cargos e Salários zela pela política salarial institucional que tem como premissa o equilíbrio interno e externo dos salários na organização, paralelamente, controla o quadro de profissionais aprovados nas unidades.

É de responsabilidade do núcleo de Cargos e Salários, a manutenção das descrições de cargos, acompanhamento das convenções coletivas e pesquisas salariais.

O equilíbrio interno é conseguido pela correta relação entre salário, responsabilidades, produtividade, conhecimento e capacidade.

As Instituições Afiliadas SPDM zela por manter o equilíbrio salarial com organizações que possuem atividades similares e tem como estratégia se posicionar com a média dos salários praticados na região e no mercado de trabalho das instituições de serviços da saúde, utilizando como uma das ferramentas a pesquisa salarial.

A política salarial das Instituições Afiliadas SPDM possibilita a criação de remunerações diferentes para uma mesma função, desde que as atividades e responsabilidades sejam distintas.

Ainda, é de responsabilidade do Núcleo de Cargos e Salários o controle do quadro de lotação, isto é, um controle via sistema que acompanha o quadro de colaboradores autorizados e efetivos para cada unidade, apoiando o controle orçamentário e minimizando os riscos de dolo à instituição.

4.8.4.3 DESENVOLVIMENTO E CAPACITAÇÃO

O Núcleo de Desenvolvimento e Capacitação normatiza as ações e centraliza as informações de treinamentos nas unidades. Além disso, apoia no desenvolvimento e realização de treinamentos técnicos e comportamentais de diversos temas e públicos-alvo de acordo com a necessidade de cada unidade, contribuindo para uma força de trabalho preparada e motivada.

Capacitação

Como destaque, a Gestão de Pessoas propõe Programa de Bolsas de Estudos para Graduação e Especialização (PROBOLES), um programa de bolsa de estudos com objetivo de oferecer ao colaborador a oportunidade de estudar, compreende cursos de capacitação, escolas 1º e 2º graus, cursos técnicos, faculdades e cursos de especialização. A implantação do PROBOLES é facultada ao Diretor Técnico em comum acordo com a comissão formada para este fim, em consonância com o orçamento da unidade.

Importante salientar que, em conformidade com seu planejamento estratégico, as Instituições Afiliadas SPDM tem como foco a capacitação de todos os seus profissionais em treinamentos com foco na segurança do paciente, inclusive os colaboradores das áreas administrativas.

Promove pesquisa no ato do desligamento para avaliar os principais motivos que motivaram a saída do profissional e a percepção do colaborador do processo do desligamento.

Tem, também, a premissa de promover o acolhimento do colaborador no ambiente de trabalho, com a realização da integração institucional no primeiro dia de trabalho do colaborador, apresentando a Instituição, a Unidade, a cultura organizacional, os benefícios, os direitos e deveres do colaborador.

Algumas áreas como a enfermagem e a farmácia, contam com um processo de integração estendido que visa a realização de um ciclo de capacitação nos processos e fluxos da organização, em continuidade à integração da admissão. Durante este período, o gestor da unidade realiza treinamentos teóricos e práticos que objetivam garantir que o profissional conheça e vivencie a rotina de trabalho, as normas e regras da instituição e, também, que este profissional esteja integrado ao fluxo de trabalho da sua unidade em prol da segurança do paciente.

Em complemento e como diferencial, a Unidade de Gestão de Pessoas, também, propõe a implantação do Projeto Padrinho que visa integrar socialmente os novos colaboradores, propiciando rapidamente a inserção na cultura institucional.

Desenvolvimento

O núcleo tem entre suas atribuições, zelar e difundir as competências consideradas institucionais são elas:

- Curiosidade e espírito de pesquisa;
- Desenvolver, aplicar e difundir conhecimento;
- Liderança e coaching;
- Trabalho em equipe;
- Visão sistêmica;
- Comunicação;
- Relacionamento interpessoal;
- Negociação;
- Foco no resultado;
- Flexibilidade e adaptalidade;
- Criatividade e inovação;
- Empreendedorismo;
- Foco no cliente;
- Compliance.

Avalia os colaboradores conforme as competências institucionais e promove o "feedback" entre líderes e liderados.

Realiza anualmente a avaliação do clima organizacional, através de pesquisa que é mapeia os principais pontos que podem interferir na satisfação e desempenho do colaborador na instituição.

Avaliação de Desempenho

O Núcleo de Treinamento e Desenvolvimento tem a função de capacitar e desenvolver os colaboradores sempre com foco nas competências necessárias para o melhor desempenho de suas atividades, assim como possibilitar seu crescimento na instituição.

Através da ferramenta de Avaliação de Desempenho, é possível avaliar o nível apresentado pelos colaboradores em cada uma das competências institucionais, possibilitando a partir daí, a identificação dos gap's existentes e realizar o planejamento dos treinamentos necessários.

A Avaliação de Desempenho é aplicada anualmente, e após a mensuração dos resultados, é realizado o "feedback" entre líderes e liderados e a elaboração do Plano de Desenvolvimento Individual (PDI), com o intuito de existir um alinhamento entre o colaborador e gestor sobre as possíveis ações para seu desenvolvimento.

Pesquisa de Clima Organizacional

Anualmente é realizada a Pesquisa de Clima Organizacional, que mapeia os principais pontos que podem interferir na satisfação e desempenho do colaborador na instituição. Além disso, essa ferramenta permite avaliar a percepção dos colaboradores sobre as políticas, práticas e procedimentos da instituição, possibilita ainda a utilização do conhecimento tácito dos colaboradores para a resolução dos problemas com os quais os mesmos lidam diariamente. Outro objetivo de grande relevância é criar um canal de comunicação onde os colaboradores possam manifestar livremente sua opinião, garantido o sigilo. A pesquisa, portanto, possibilita que a organização avalie seu momento atual e planeje ações, em um processo de melhoria contínua.

Capacitação com Foco na Segurança do Paciente

Conforme o Planejamento Estratégico Institucional da SPDM – Instituições Afiliadas, há como prioridade a segurança dos pacientes e usuários. Por isso, anualmente, é desenvolvida uma programação de treinamentos com foco na segurança dos pacientes/usuários, definindo carga horária mínima anual como meta para cada um de seus colaboradores. Assim, podemos atuar de forma preventiva com o objetivo de minimizar ou evitar riscos que envolvam a segurança do paciente/usuário.

4.8.4.4 PROGRAMA DE OPINIÃO PARTICIPATIVA

A SPDM possui implantado em todas as unidades sob sua gestão o P.O.P. – Programa de Opinião Participativa. Consiste em um canal direto de comunicação entre o colaborador e a Superintendência das Instituições Afiliadas. O objetivo é receber informações dos colaboradores como sugestões, críticas, opiniões e elogios. A direção das unidades tem como meta responder a todos os apontamentos do POP, podendo ser divulgado através de: murais, banners, folders, intranet etc.

4.8.4.5 AÇÕES SOCIAIS

O Núcleo de Ações Sociais é responsável por zelar do bem-estar dos colaboradores e promover ações de integração e solidariedade.

Desencadeia campanhas institucionais que estimulam o voluntariado e acompanha os colaboradores que se encontram afastados com o objetivo de orientá-los, monitorando o

período de afastamento do profissional para dar suporte e subsídios necessários neste processo de adaptação.

Humanização

A saúde (bem estar biopsicossocial) do colaborador é de fundamental importância para a humanização no atendimento de outros e por sua vez, ações que envolvam este bem estar do colaborador, também são ações de humanização.

Tendo em vista tais necessidades, nas Instituições Afiliados da SPDM estão implantadas ações

como:

- Palestras sobre saúde;
- Ambiência;
- Ações de motivação: palestras, dinâmicas, cartão de aniversário, ações de reconhecimento;
- Promoção da saúde: Projeto Viver Bem, dentre outros;
- Comemoração de datas especiais: aniversariantes do mês, Natal, Páscoa, Dia das Crianças, dentre outros.

Programa de inclusão de pessoas com deficiência

Tem como objetivo promover a diversidade corporativa e a inclusão social, por meio de incentivo à contratação de pessoas com deficiências e recolocação de colaboradores reabilitados após aquisição de doenças ocupacionais;

Compromisso:

Atingir a cota de 5% do total de colaboradores, conforme Lei nº7853, decreto 3298.

A SPDM entende que este programa se reveste de cunho cidadão e que as empresas devem afastar o assistencialismo preconceituoso.

Não basta que o setor de gestão de Pessoas faça o recrutamento e seleção, treinamento e integração do indivíduo com capacidade profissional para função específica a ser exercida na organização. É preciso flexibilizar os perfis definidos para as vagas, entender e avaliar o colaborador PCD somente por suas qualificações profissionais.

Desta forma, um círculo virtuoso de interesses profissionais se estabelece, a empresa com possibilidades de absorver mão de obra com qualificação, que atenda os pré-requisitos da

vaga e um colaborador PCD com atribuições técnicas e profissionais preparado para ocupar a função.

Os objetivos e estatutos legais trazem oportunidades de exercício da responsabilidade social, no sentido de implementar o programa lastreado nos conceitos de cidadania, não só para cumprir a lei ou de marketing social como forma de obter lucro de imagem.

Interessa desenvolver no PCD a capacidade para o trabalho e não quais são suas deficiências. Neste sentido tem relevância as seguintes posturas:

- Definir política, normas e regulamentos, que devam ser disseminados pela instituição;
- As formas de tratamento das pessoas com deficiência devem ser divulgadas e discutidas junto a todos os colaboradores;
- Implantar medidas de segurança que podem beneficiar a todos os colaboradores;
- Definir e flexibilizar os critérios de ingresso do colaborador PCD, como por exemplo, escolaridade;
- Institucionalizar a cultura de respeito e os conhecimentos em relação aos PCD, para que não fiquem restritos a algumas pessoas ou chefias;
- Desenvolver Plano Diretor para acessibilidade, com investimentos voltados para construção de rampas, elevadores sonoros, banheiros e outras adaptações necessárias;
- A instituição terá estratégias para integração, sensibilização, comunicação, divulgação e capacitação das pessoas com deficiências;
- Promover a inclusão social sensibilizando os colaboradores, informado adequadamente, criando valor na aceitação da diversidade humana e efetuando mudanças fundamentais na prática administrativa.

Importante ressaltar que existe multa estabelecida para o não cumprimento da meta que é calculada no número de colaboradores PCDs não contratados.

A SPDM conforme apresentado, não medirá esforços para o cumprimento integral da meta, eventual valor de multa não foi previsto na proposta financeira apresentada.

4.8.5 ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAL

A Administração de Pessoal é a área responsável, sobretudo, por zelar pelo cumprimento das obrigações legais e acessórias que permeiam a relação entre empregado e empregador. Composta pelos Núcleos de Ponto, de Folha de Pagamentos, de Prevenção Processual e Auditoria de Processos e Salvaguarda de documentos.

Tem atuação como executora de processos, ou seja, efetua os lançamentos nos sistemas de folha e cadastro de funcionários, desde que previamente aprovados pelos gestores competentes, dentro dos fluxos pré-estabelecidos, no cronograma anual previamente acordado e dentro dos preceitos legais vigentes.

Busca constante assertividade dos processos para garantir que tanto os colaboradores, quanto a instituição não sofram nenhum tipo de penalidade por imperícia da área para que os índices sejam sempre tendentes à zero.

Visa à confiabilidade dos colaboradores frente aos processos, para que haja um respaldo dos mesmos, cientes do comprometimento do setor frente às atividades diárias. Vale ressaltar que há o interfaceamento da área com a tesouraria e contabilidade sendo estas unidades a primeira linha de auditoria dos processos e pagamentos, efetuando checagens dos procedimentos legais e financeiros.

Também, há o interfaceamento jurídico e sindical, que garante a neutralização e/ou redução de passivos trabalhistas que acarretam custos desnecessários à instituição.

A área de Administração de Pessoal é responsável pela auditoria dos procedimentos executados pelos gestores, garantindo que os fluxos, cronogramas e legislação sejam cumpridos fielmente.

Para o gerenciamento dos processos, conta com um sistema informatizado, integrado a Administração de Pessoal e Recursos Humanos.

As atividades inerentes da Administração de Pessoal são formadas por diversas rotinas diárias de trabalho, sempre pautadas nas legislações vigentes, sobretudo a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), bem como acordos e convenções coletivas de trabalho, detalhando e destacando-se as seguintes instruções técnicas:

- Responsável pelo procedimento de admissão de colaborador, processo este que se formaliza com o início do contrato de trabalho, ocorrendo, assim, à oficialização da relação de emprego firmada entre as partes. Para tanto se faz necessário o recebimento e conferência de toda a documentação exigida pela instituição no processo seletivo e contratação e posterior registro do colaborador no sistema de folha de pagamento.
- Documentos pessoais, atestado de Saúde Ocupacional apto ao trabalho, abertura de conta corrente, registro da carteira de trabalho, contrato de trabalho e da ficha de registro do empregado, declaração de dependentes para fins de imposto de renda, declaração para concessão do vale transporte, termo de responsabilidade para concessão do salário família;
- Organizar, atualizar e realizar a salvaguarda do prontuário dos colaboradores, conforme evolução da vida funcional dos mesmos;
- Manter atualizado os registros na Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS), convocando e comunicando os colaboradores desta necessidade;
- Responsável pelo controle na concessão do vale transporte, desde que comprovada sua utilização e informado ao empregador, por escrito, através de formulário devidamente preenchido;
- Responsável pelo cadastro da jornada de trabalho no sistema e processamento do controle de registro de frequência em folha de pagamento, ressaltando a necessidade de que o horário de trabalho estabelecido contratualmente seja cumprido rigorosamente por todos os colaboradores, para efetivo cumprimento de sua jornada de trabalho.
- O registro de frequência é efetuado através sistema biométrico de ponto, conforme Portaria nº 1.510, de 21 de agosto de 2009, previsto no artigo 74, parágrafo 2º da CLT, impossibilitando desta forma a ocorrência de fraude nas marcações de ponto. Os registros são ponto de partida para processamento de atrasos, faltas, ausências legais, ausências justificadas, ausências injustificadas e banco de horas, conforme legislação vigente;
- Responsável pelo processamento das férias, desde o controle do período aquisitivo e emissão da programação, aviso e recibo de pagamento;

- Tem a responsabilidade de acompanhamento e controle nos procedimentos de licenças (tratamento de saúde, remuneradas e sem remuneração) e afastamentos;
- A Administração de Pessoal é responsável pelo processamento de rescisão, a qual configura o término de contrato e desligamento do colaborador da Instituição. Neste processo ocorre a comunicação da rescisão de contrato de trabalho, aviso prévio, homologação com assistência do sindicato ou Ministério do Trabalho e o cumprimento do prazo para a quitação das verbas rescisórias;
- Responsável pelo processo de pagamento e contabilização dos valores que os colaboradores têm direito a receber e os respectivos descontos que ele pode sofrer em decorrência do cumprimento do seu contrato de trabalho. A unidade trabalha para realizar os cálculos de maneira precisa, fidedigna e com segurança, garantindo o cumprimento das obrigações legais e acessórias. O processo inclui os lançamentos de créditos/proventos e respectivos descontos, além do recolhimento das obrigações legais e tributárias como impostos, fundo de garantia por tempo de serviço, além das obrigações acessórias como transmissão do CAGED, SEFIP, RAIS entre outras, e efetivo pagamento do salário ocorre no 5º dia útil de cada mês;
- Responsável pelo cadastramento, atualização e exclusão das informações dos colaboradores no CNES (Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde);
- A distribuição do vale cestas básicas/vale alimentação aos colaboradores também é de responsabilidade da Administração de Pessoal;
- Em caso recebimento pela Instituição de notificação judicial trabalhista, a unidade de Administração de Pessoal é responsável por acompanhar todas as etapas do processo até que seja julgado definitivamente, com o respectivo trânsito em julgado da sentença e, consequente, arquivamento. É de responsabilidade também a elaboração de ações preventivas e corretivas, após análise do processo;
- Responsável pelo cadastrado do colaborador em uma Apólice Coletiva de Seguro de Vida em Grupo, onde serão cobertos: morte natural e acidente, invalidez permanente total ou parcial por acidentes e os beneficiários serão automaticamente os dependentes legais, sendo este benefício da instituição.

Os processos supramencionados serão mensurados através de indicadores de qualidade com base nas informações geradas pelos sistemas de gerenciamento de folha e ponto eletrônico. Com a consolidação dos mesmos apresentam-se as necessidades de acompanhamento e orientação, sendo que de acordo com as variações existentes serão geradas reuniões com os gestores das unidades.

São indicadores obtidos:

- Número de Colaboradores (Total, Médicos, Enfermagem, Técnicos, Administrativos);
- Custos de Folha (bruto, líquido, sindicato, médicos, enfermagem, técnicos, administrativos, entre outros);
- Absenteísmo/Rotatividade;
- Custos de férias, rescisão e passivos trabalhistas.

4.8.6 POLÍTICA INSTITUCIONAL PARA GESTÃO DE PESSOAS

Movimentação de Pessoal

Toda movimentação de pessoal deverá ser registrada através do formulário Movimentação de Pessoal (MP), emitido pelo setor responsável pela movimentação e aprovada de acordo com os critérios estabelecidos pela Unidade de Gestão de Pessoas, para cada uma das movimentações.

Transferências entre unidades SPDM

A transferência é permitida entre unidades da SPDM e deverá ser realizada obedecendo aos critérios estabelecidos em fluxo para esse fim, devendo constar, dentre outros critérios:

- Abertura de vaga;
- Aprovação da gerência responsável e diretor técnico local (origem/destino);
- Anuência do colaborador.
- O colaborador a ser transferido não poderá estar em período de férias, licenças médicas ou afastamentos.

Dentre outros fatores que podem desencadear transferências entre as unidades geridas pela SPDM, destacam-se:

- Experiência e conhecimento do colaborador no modelo de gestão SPDM em uma nova Unidade de Saúde ou Serviço;
- Acelerar o aprendizado e desenvolvimento de novos colaboradores.

Promoções

As promoções no próprio setor, entre setores ou entre unidades deverá ser intermediada pela Unidade de Gestão de Pessoas, dentro dos critérios estabelecidos no fluxo para este fim, desde que atenda as especificações que constam do plano de cargos e perfil do candidato para a vaga destinada, devendo ainda constar de abertura de vaga, aprovação do gestor da área de origem, da gerência responsável e diretoria técnica de origem e das unidades afiliadas, sendo imprescindível que haja a anuência do colaborador.

Em ambos os casos, deverá ser utilizado o formulário de movimentação de pessoal onde constarão, além das assinaturas comprovando a aprovação dos gestores e da Unidade de Gestão de Pessoas, as condições em que acontecerá a ação, incluindo os benefícios.

São elegíveis à promoção todos os colaboradores ativos que preencham os pré-requisitos para o cargo e que:

- Apresentam desempenho adequado e potencial para ocupar um cargo superior ao atual, apurado através de algum sistema formal de Avaliação de Desempenho;
- Não possuam faltas injustificadas, nos últimos 12 meses;
- Não tenham recebido medidas disciplinares, nos últimos 12 meses;
- Deverá ocupar a vaga, o colaborador melhor avaliado no processo seletivo.

Aumento de Quadro

Aumento de quadro: a aprovação da nova vaga ou aumento de quadro deverá ser feita pelo Diretor Técnico, mediante apresentação de documento com a justificativa da abertura da vaga.

Substituição Temporária

A aprovação da vaga de substituição deverá ser feita pela Gerência responsável e Diretor Técnico local e encaminhada para a Unidade de Gestão de Pessoas, seguindo fluxo adotado para esse fim.

No caso de contratação temporária para cobrir férias ou licença, a aprovação da vaga deverá ser feita pela Gerência Responsável e Diretor Técnico.

O formulário depois de aprovado deverá ser diretamente enviado a Unidade de Gestão de Pessoas responsável pelo Recrutamento e Seleção.

Faz-se necessário programar a substituição com 30 (trinta) dias de antecedência ao afastamento do colaborador, a contratação do substituto deverá coincidir com a data do afastamento e a data do desligamento do substituto deverá coincidir com o retorno do colaborador afastado, em nenhuma hipótese serão mantidos os dois colaboradores concomitante.

Recrutamento Interno

As vagas internas terão ampla e irrestrita divulgação em todas as Instituições da SPDM e serão divulgadas nos quadros de avisos existentes e em locais estratégicos, permanecendo durante sete dias, a vaga existente e os requisitos necessários para o seu preenchimento.

Os colaboradores que candidatarem à vaga, pode participar do processo de seleção, desde que atendam os requisitos da vaga. Sua possível aprovação e remanejamento serão analisados pela chefia imediata e pelo setor de Recrutamento e Seleção.

Serão requisitos mínimos para concorrer às vagas internas:

- Possuir escolaridade compatível ao cargo;
- Possuir cursos de especialização para os cargos que demandem obrigatoriedade;
- Possuir conhecimento técnico necessário para o desempenho das funções;
- Possuir o perfil comportamental desejado;
- Possuir as competências necessárias para o desempenho das funções;
- Não ter advertência;
- Não ter falta injustificada;
- Estar liberado pelo gestor responsável para participar do processo;
- Ser aprovado nos testes técnicos quando aplicáveis;
- Ser aprovado nas avaliações comportamentais e de competência;

- Ser autorizado pelo Diretor da unidade local e gerente da área;
- Não possuir férias vencidas;
- Não possuir horas excedentes.

Caberá à área de Recrutamento e Seleção verificar as referências pessoais e profissionais.

Admissão de parentes

Poderá ser efetuada, desde que não exista relação de subordinação direta, e que o candidato tenha passado por toda etapa de seleção.

Admissão

Toda contratação deve ser formalizada com a assinatura de contrato de trabalho, com período de experiência definido em dois períodos de 45 dias, que permite ao gestor avaliar a adequação do empregado, quanto ao perfil e desempenho profissional e aprovar a continuidade ou não do contrato. No caso de inadequação do empregado, ele será substituído no final deste período, evitando-se o pagamento das verbas rescisórias integrais.

4.8.6.1 EDUCAÇÃO CONTINUADA PARA CORPO DE ENFERMAGEM

Integração e Capacitação

Para capacitar e implantar o Modelo Assistencial será realizado treinamento específico para os enfermeiros, fundamentado na prática baseada em evidências científicas.

A capacitação da equipe de enfermagem será realizada adotando estratégias ativas de ensino, não descartando uso de recursos do ensino tradicional quando se fizerem necessários.

As estratégias de ensino contemplarão:

1. Aulas expositivas;
2. Treinamentos participativos;
3. Aulas práticas de simulação em manequim;
4. Simulações realísticas;
5. Casos situacionais;
6. Leitura compartilhada de materiais institucionais, como os manuais de normas, rotinas e procedimentos de enfermagem;
7. Vídeos educativos;

8. Discussão de textos;
9. Dinâmicas;
10. Ensino a distância por meio da plataforma educacional Moodle©.

O Treinamento Admissional na integração é realizado pela enfermeira da Educação Continuada ou profissional de enfermagem responsável por este processo e junto a equipe multiprofissional.

Os novos colaboradores da enfermagem passam por um processo de integração na instituição com a finalidade de direcionar o potencial do colaborador, seu comportamento, atitudes e habilidades à política Institucional e preceitos do Modelo Assistencial. Ainda, é esperado o nivelamento do conhecimento técnico dos profissionais, familiarização com as normas, rotinas, procedimentos, protocolos institucionais e integração dos novos profissionais em suas funções, favorecendo o alcance das metas, mantendo a qualidade dos serviços prestados e a segurança dos pacientes e dos colaboradores.

1ª Fase

Objetivo: o novo colaborador deverá, ao final de uma semana, conhecer o Modelo Assistencial, Técnicas Básicas de Enfermagem mais utilizadas, Manuais de Procedimentos e se integrar com equipe Multidisciplinar.

Com carga horária de 30 horas de treinamento com a equipe de enfermagem e multiprofissional na sala de treinamento da unidade, adota cronograma específico ao perfil epidemiológico e processos da unidade, contudo sempre contemplará os procedimentos assistenciais mais frequentes, a saber:

1. Curativos Gerais e específicos;
2. Parada Cardiorrespiratória (PCR): atendimento primário e secundário;
3. Processo de Medicação Segura;
4. Sondagem Nasogástrica/Nasoenteral;
5. Sondagem Vesical de Alívio/Demora;
6. Coleta de Exames laboratoriais rotina/especiais;
7. Contenção verbal e física, manejo em situação de violência;
8. Aspiração de vias aéreas superiores e auxílio na intubação orotraqueal;
9. Manipulação de dispositivos de segurança;
10. Lavagem das mãos.

Os enfermeiros aprendem sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem, prevenção/barreiras dos riscos e perigos, gerenciamento da Unidade de Negócio, protocolos de doenças prevalentes, suicídio, fuga, auto/heteroagressividade, contenção mecânica, metas e resultados esperados, indicadores da qualidade da assistência, de desempenho e processos, classificação do grau de complexidade de cuidados e dimensionamento de enfermagem.

Ocorre, ainda, interação com a equipe do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho, sobre acidentes de trabalho, fluxo destes eventos e noções de segurança no ambiente ambulatorial.

Com a equipe do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) a qual realizada orientações sobre resíduo hospitalar, lixo comum e infectante, sua segregação, manutenção e efeitos sobre o meio ambiente.

2ª Fase

Objetivo: o novo colaborador dará continuidade na aprendizagem sobre os procedimentos essenciais e manuseio adequado dos equipamentos existentes na unidade.

Esta fase contempla carga horária de 36 horas de capacitação in loco, realizado por um enfermeiro responsável que acompanha, auxilia, treina e supervisiona os novos colaboradores, compreende a segunda semana de capacitação.

3ª Fase

Objetivo: o novo colaborador deverá conhecer os protocolos gerenciados pela Instituição, fluxo de acidente de trabalho, prevenção de infecção hospitalar e prevenção e segurança do cliente e colaborador na terceira semana de capacitação.

Esta fase contempla carga horária de 36 horas de capacitação in loco, aonde o colaborador receberá informações sobre os protocolos assistências institucionais para prevenção de eventos, como erros de medicação.

O Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) os capacita quanto a técnica de higienização das mãos, tipos de precauções e seus cuidados, ainda junto ao enfermeiro da Educação Continuada ou outro responsável por este processo.

4ª Fase

Objetivo: o novo colaborador deverá conhecer as boas práticas da coleta de exames laboratoriais ao término da quarta semana.

Esta fase contempla carga horária de 36 horas de capacitação in loco, quando serão apresentadas boas práticas na coleta e manuseio de exames laboratoriais e no Serviço Apoio de Diagnóstico e Terapia (SADT), ainda junto ao enfermeiro da Educação Continuada ou outro responsável por este processo.

Treinamentos

O cronograma de treinamento é flexível e deve ser programado mediante a necessidade de intervenção pontual ou de forma sistemática.

Treinamentos Pontuais

Inúmeras são as possibilidades para escolha dos treinamentos pontuais temáticas para os treinamentos, estas abrangem desde a ocorrência de eventos e não conformidades ao treinamento de boas práticas e orientação sobre um novo equipamento.

O levantamento de necessidades para os treinamentos utiliza de ferramentas, como:

1. Procedimentos Técnicos: padronizados pela Divisão de Enfermagem por meio do Manual de Procedimentos Técnicos de Enfermagem.
2. Busca Ativa de Auditoria de Processos: esta ferramenta determina ações imediatas, durante a visita que o Enfermeiro da Educação Continuada faz nas Unidades Assistenciais.

Esta visita é focada na conformidade do processo de medicação. A Auditoria de Processos é realizada quando ocorre quebra de um processo e cabe ao Enfermeiro da Educação Continuada ou equivalente a realizar e identificar os pontos de conformidade mínima e corrigi-los, atuando de maneira pontual e precisa.

3. Doenças Prevalentes e Protocolos Institucionais: os enfermeiros da Educação Continuada ou equivalente formulam um programa de capacitação anual focado nas patologias das linhas de cuidados. Os temas são escolhidos por meio de análise do número de atendimento das doenças, de comorbidades, doenças de maior prevalência entre outros aspectos. A capacitação ocorre em parceria com a equipe médica, que apresenta a fisiopatologia e os enfermeiros apresentam os cuidados de enfermagem, geralmente em forma de “cases” onde são discutidas a efetividade da assistência.
4. Eventos Sentinelas e Ocorrências de Enfermagem: os enfermeiros e a equipe de enfermagem são capacitados para a notificação de Eventos Sentinelas ou Ocorrências Adversas

de Enfermagem, que ocorrem na sua Unidade. Sendo os eventos temática para os treinamentos pontuais.

Treinamentos Sistemáticos

Nos Treinamentos Sistemáticos são padronizadas as condutas a serem tomadas diante das doenças prevalentes bem como a padronização de protocolos clínicos.

Constituem aqueles necessários para manter a qualidade da assistência prestada. São realizados de forma cíclica, isto é, realizados pelo Enfermeiro da Educação Continuada, mensalmente, trimestralmente, semestralmente ou anualmente, conforme a necessidade verificada pelo gestor da Unidade. Neste bloco de treinamentos inclui-se os de higienização das mãos, protocolos de prevenção de eventos, drogas de alto alerta, manuseio de equipamentos, atendimento primário a ressuscitação cardiorrespiratória, linha de cuidados, referência e contrarreferência.

Campo de Estágio para Enfermagem

Destaque: A SPDM entende que o Modelo Assistencial deve estar fundamentado no desenvolvimento de pessoas, que impactam diretamente no resultado assistencial.

Dessa forma, as Instituições Afiliadas têm cada vez mais interesse em firmar acordos de cooperação com Instituições de Ensino para abertura de campos de estágios nas unidades, assim podemos contribuir para a formação de profissionais, tanto na graduação como profissionais de nível técnico.

Para este acordo as Instituições de Ensino devem apresentar uma série de documentos, como exemplo: autorização de funcionamento da escola pela secretaria regional de ensino; apólice de seguro; certificado de registro da empresa no COREN; cópia do COREN dos professores supervisores de estágio.

4.8.7 CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO

A política de gestão de pessoas apresentada será implantada de imediato, caso a SPDM consagre vencedora do certame.

4.9 Dimensionamento de Recursos Humanos

4.9.1 DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL UBS NOVO HORIZONTE

Incluso USF Majestic, Primavera e Santa Hermínia.

Cargo	Quant.	Total de horas semanal por colaborador	Total de horas mês	Escala de Trabalho
Farmacêutico	1	40	200	5 x 2
Recepcionista	6	40	200	5 x 2
Nutricionista	1	30	150	5 x 2
Serviço Social	1	30	150	5 x 2
Auxiliar de Saúde Bucal	2	40	200	5 x 2
Gerente - Enfermeiro Master RT	1	40	200	5 x 2
Enfermeiro	8	40	200	5 x 2
Técnico de Enfermagem	16	40	200	5 x 2
Médico Generalista	2	40	200	5 x 2
Médico Pediatra	1	40	200	5 x 2
Médico Ginecologista	1	40	200	5 x 2
Dentista	2	40	200	5 x 2

4.9.2 DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL UBS EUGÊNIO DE MELO

Cargo	Quant.	Total de horas semanal por colaborador	Total de horas mês	Escala de Trabalho
Farmacêutico	1	40	200	5 x 2
Recepcionista	3	40	200	5 x 2
Nutricionista	1	30	150	5 x 2
Serviço Social	1	30	150	5 x 2
Auxiliar de Saúde Bucal	2	40	200	5 x 2
Gerente - Enfermeiro Master RT	1	40	200	5 x 2
Enfermeiro	6	40	200	5 x 2
Técnico de Enfermagem	12	40	200	5 x 2
Médico Generalista	6	40	200	5 x 2
Médico Pediatra	2	30	150	5 x 2
Médico Ginecologista	2	30	150	5 x 2
Dentista	2	40	200	5 x 2

4.9.3 DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL UBS VISTA VERDE

Cargo	Quant.	Total de horas semanal por colaborador	Total de horas mês	Escala de Trabalho
Farmacêutico	1	40	200	5 x 2
Auxiliar de Farmácia	1	40	200	5 x 2
Auxiliar de Farmácia	1	40	200	5 x 2
Auxiliar de Farmácia	1	40	200	5 x 2
Assistente Administrativo I	1	40	200	5 x 2
Recepcionista (manhã)	2	30	150	5 x 2
Recepcionista (tarde)	2	30	150	5 x 2
Auxiliar de Saúde Bucal	1	40	200	5 x 2
Gerente - Enfermeiro Master RT	1	40	200	5 x 2
Enfermeiro	2	40	200	5 x 2
Técnico de Enfermagem	7	40	200	5 x 2
Médico Clínico Geral	2	40	200	5 x 2
Médico Pediatra	1	40	200	5 x 2
Médico Ginecologista	1	40	200	5 x 2
Dentista	1	40	200	5 x 2

4.9.4 DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL UBS TESOURO

Cargo	Quant.	Total de horas semanal por colaborador	Total de horas mês	Escala de Trabalho
Farmacêutico	1	40	200	5 x 2
Auxiliar de Farmácia	1	40	200	5 x 2
Auxiliar de Farmácia	1	40	200	5 x 2
Auxiliar de Farmácia	1	40	200	5 x 2
Assistente Administrativo I	1	40	200	5 x 2
Recepcionista (manhã)	2	30	150	5 x 2
Recepcionista (tarde)	2	30	150	5 x 2
Assistente de S.A.U	1	40	200	5 x 2
Auxiliar de Saúde Bucal	1	40	200	5 x 2
Gerente - Enfermeiro Master RT	1	40	200	5 x 2
Enfermeiro	3	40	200	5 x 2
Técnico de Enfermagem	8	40	200	5 x 2
Médico Clínico Geral	3	40	200	5 x 2
Médico Pediatra	1	40	200	5 x 2
Médico Ginecologista	1	40	200	5 x 2
Dentista	1	40	200	5 x 2

4.9.5 DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL UBS TATETUBA

Cargo	Quant.	Total de horas semanal por colaborador	Total de horas mês	Escala de Trabalho
Farmacêutico	1	40	200	5 x 2
Auxiliar de Farmácia	1	40	200	5 x 2
Auxiliar de Farmácia	1	40	200	5 x 2
Auxiliar de Farmácia	1	40	200	5 x 2
Assistente Administrativo I	1	40	200	5 x 2
Recepcionista (manhã)	3	30	150	5 x 2
Recepcionista (tarde)	3	30	150	5 x 2
Nutricionista	1	30	150	5 x 2
Serviço Social	1	30	150	5 x 2
Auxiliar de Saúde Bucal	1	40	200	5 x 2
Gerente - Enfermeiro Master RT	1	40	200	5 x 2
Enfermeiro	2	40	200	5 x 2
Técnico de Enfermagem	9	40	200	5 x 2
Médico Clínico Geral	3	40	200	5 x 2
Médico Pediatra	1	40	200	5 x 2
Médico Ginecologista	1	40	200	5 x 2
Dentista	1	40	200	5 x 2
Aprendiz	1	30	150	5 x 2

Destaque:

- Os dimensionamentos apresentados para as unidades de saúde serão de contratação em regime CLT;
- No **Anexo VII** apresentamos em consonância ao plano orçamentário de custeio, planilha em formato de Excel, os cargos e suas respectivas remunerações, composto de salários, gratificações e benefícios, por tipo de vínculo.

4.9.6 PLANO DE TRANSIÇÃO DE CARGOS E VÍNCULOS

Uma das maneiras de facilitar a transição da gestão de um serviço de saúde é por meio da instituição de um grupo de trabalho, composto por representantes indicados pela gestão municipal e representantes indicados pela OSS. O principal objetivo do grupo de transição é facilitar a interlocução entre as partes e o acesso às informações, aos dados e aos documentos relevantes para manutenção e continuidade do cuidado em saúde para a população.

A seguir pontos importantes a serem acompanhados durante a transição:

- ✓ Identificação dos serviços assistenciais;
- ✓ Identificação da produção dos serviços;
- ✓ Indicadores de saúde da população de abrangência;
- ✓ Identificação das principais demandas do território;
- ✓ Identificação das principais necessidades de saúde;
- ✓ Identificação das parcerias locais e interinstitucionais;
- ✓ Mapeamento da população que acessa o serviço e o território descrito;
- ✓ Mapeamento das principais barreiras de acesso ao serviço de saúde – fatores condicionadores e facilitadores do acesso, incluindo as barreiras físicas, institucionais, culturais e individuais.
- ✓ Compartilhanmento de atas de reuniões, deliberações realizadas com Conselho Gestor de Unidade (CGU) e nomes de todos os conselheiros legitimados;
- ✓ É fundamental a reunião com o **Conselho Gestor da Unidade** para apresentação da proposta de trabalho a ser executada pela nova equipe gestora, possibilitando uma relação de parceria colaborativa com o segmento dos usuários legitimados pela população local.

O Programação Anual de Saúde (PAS) é um instrumento de gestão de grande relevância que detalha as prioridades, estratégias e metas para a gestão municipal, com desdobramento no nível local, nessa perspectiva, as informações a serem levantadas devem contemplar os seguintes itens, em nível local - UBS/USF:

- ✓ Projetos em andamento
- ✓ Projetos futuros
- ✓ Pendências
- ✓ Ações / Projetos obrigatórios

Nota:

1. Caso a SPDM consagre vencedora do certame, considerando que a UBS Tatetuba está sob gestão da SPDM, não haverá plano de transição;
2. Para as Unidades de Saúde Novo Horizonte, Eugênio de Melo, Vista Verde e Tesouro, será necessário o período de 30 dias para transição;

3. Conforme informado nos esclarecimentos do processo de seleção nº 001/SS/2022 – Edital 93/SS/2022, serão cedidos 54 servidores municipais, referente ao cargo de Agente Comunitário de Saúde (ACS), desta forma serão considerados no quadro da unidade, e não estão inclusos no plano orçamentário de custeio.

UNIDADES	ACS	CARGA HORÁRIA SEMANAL INDIVIDUAL
UBS Novo Horizonte	20	40
USF Majestic	4	40
USF Primavera	4	40
USF Santa Hermínia	4	40
UBS Eugênio de Melo	22	40
TOTAL	**54**	

4.10 Protocolos e organização de atividades administrativas e financeiras, separadamente por nível de atenção.

4.10.1 GESTÃO FINANCEIRA

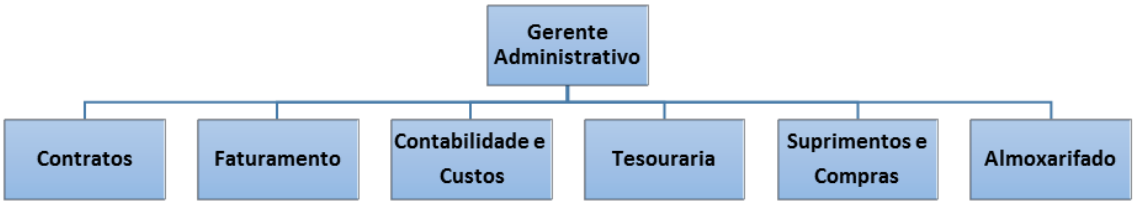
Objetivos

Os principais objetivos da área de administração e gestão financeira, dentro de um projeto como um todo, além daqueles inerentes à área, são:

- Implantar um orçamento que consubstancie o planejamento estratégico do hospital, segundo uma metodologia que promova:
- A qualidade dos gastos;
- A correta aplicação dos recursos por projeto ou atividade, evitando cortes lineares do orçamento;
- Um sistema de aferição de custos para fins de programação financeira, capaz de estabelecer uma correlação entre os investimentos e a despesa por ele gerada;
- Alimentar um sistema de indicadores de desempenho;
- Detectar falhas e inconsistências no sistema de apropriação contábil;
- Apurar os determinantes dos sistemas de custos na administração dos hospitais públicos e sua utilização, quais sejam;
- A identificação de cada atividade e seu custo correspondente;
- A alocação dos custos a cada atividade;
- A identificação dos direcionamentos de custos.

Com a elaboração do orçamento visando atingir as metas do hospital (indicadores de desempenho, apuração de custos, verificação das apropriações contábeis na sua devida execução de acordo com as leis nacionais e locais, controle adequado das áreas de faturamento, contabilidade e custos, tesouraria e compras), torna-se viável a utilização do recurso público com planejamento, avaliando e comparando as receitas e/ou despesas previstas com as efetivamente realizadas.

Organograma



4.10.2 CONTABILIDADE

A Contabilidade faz o registro metódico e ordenado dos negócios realizados e a verificação sistemática dos resultados obtidos. Ela deve identificar classificar e anotar as operações da entidade e de todos os fatos que de alguma forma afetam sua situação econômica, financeira e patrimonial. Com esta acumulação de dados, convenientemente classificados, a Contabilidade procura apresentar de forma ordenada, o histórico das atividades da empresa, a interpretação dos resultados, e através de relatórios produzirem as informações que se fizerem precisas para o atendimento das diferentes necessidades. Funções realizadas pela Contabilidade:

- Registrar todos os fatos que ocorrem e podem ser representados em valor monetário;
- Organizar um sistema de controle adequado à empresa;
- Demonstrar com base nos registros realizados, expor periodicamente por meio de demonstrativos, a situação econômica, patrimonial e financeira da empresa;
- Analisar os demonstrativos com a finalidade de apuração dos resultados obtidos pela empresa;
- Acompanhar a execução dos planos econômicos da empresa, prevendo os pagamentos a serem realizados, os valores a serem recebidos e alertando para eventuais problemas.

4.10.2 CONTRATOS

A área de Gestão de Contratos tem como objetivo a celeridade, o controle e a segurança nos processos de contratação de serviços, delimitando as formas de contratação por meio de padronização dos processos, de acordo com valores e diretrizes institucionais, garantindo que

os serviços contratados atendam aos padrões de qualidade e quantidade fixada pela organização.

A unidade deve ainda estruturar e executar negociações, em conjunto também com a área solicitante e / ou compras, financeira e diretoria. Em conjunto com áreas solicitantes e gestores, deverá entender necessidades e definir estratégias para obtenção de serviços e busca de fornecedores.

a) Diretrizes:

- **Acordos Comerciais:** A responsabilidade de firmar acordos comerciais com prestadores de serviços é do Diretor Técnico da instituição.

- **Iniciativa da Contratação:** Toda e qualquer contratação deverá estar contemplada em planejamento orçamentário, tanto nos casos de despesas quanto investimentos.

- **Início do Processo:** Cabe à unidade de gestão interessada na contratação, adotar providências preliminares e garantir o cumprimento de prazos.

Ao identificar necessidade de contratação, o solicitante deverá acionar a área Gestão de Contratos, enviando o "Formulário de Solicitação de Contratação", com o detalhamento do serviço e cotações prévias.

Gestão de Contratos em conjunto com área gestora definirão a melhor forma de obter o serviço solicitado. Cabe ressaltar que o envio da solicitação deve ser efetuado no início do processo, antes de se assumir qualquer compromisso comercial.

4.10.3 CUSTOS

A Contabilidade de Custos é um centro processador de informações que recebe dados monetários e não monetários, como estatísticas físicas, de produção e acumula-os de forma organizada, analisa-os e interpreta-os, produzindo informações de custos para os diversos níveis

gerenciais, gerando informações para as necessidades de tomada de decisão de todos os níveis na organização, chefias, gerências e diretoria.

Para um adequado acompanhamento dos custos com enfoque gerencial, é conveniente a estruturação do Hospital em centros de custos, consistindo de uma segregação que facilita o controle dos custos, tanto em relação à unidade, como à administração superior. Com isto, são efetivadas análises de comportamento de custos que indicam o desempenho das unidades.

É recomendável, também para o controle de custos, ou mesmo de outros itens operacionais, a adoção de um sistema de orçamentos. As estimativas constituirão a base para o exercício do controle, utilizando-as como parâmetro na determinação do nível de eficiência.

O Sistema de Custos, ao produzir o resultado efetivo, deve oferecer a comparação com o dado orçado, propiciando a possibilidade de apuração dos desvios positivos e negativos. A intensidade dos desvios identificará os itens que exigirão maior atenção. A elaboração do orçamento deve ser efetuada minuciosamente com participação efetiva de todos os níveis da organização e com total apoio e participação da diretoria, a qual determinará as metas e diretrizes que darão as bases para o desenvolvimento do orçamento.

As atividades de organização são subdivididas em setores ou departamentos, nos quais são alocados os recursos para atender a inúmeros propósitos, entre eles, o do controle. Tais divisões constituem-se em centros de atividades específicas.

No sistema de apuração de custos, cada centro de atividade passa a constituir um centro de custo. Assim, Centro de Custos é uma conta destinada a agrupar todas as parcelas dos elementos de custos que incorrem em cada período nos centros de atividades que apresentam no sistema. É recomendável, então, para constituir um centro de custos, que se tenham custos claramente identificáveis e atividades quantificáveis, através de uma unidade de mensuração.

A consecução do sistema de custos hospitalares sob a orientação de apropriação por centros de custos encontra-se contemplada na abordagem conceitual de custeio por absorção. O cálculo do custo de produção dos serviços, sob esta conceituação, compreende o custeio de todos os insumos utilizados em toda a extensão do Hospital.

O sistema de custos sob a orientação do método de custeio por absorção é bastante utilizado para apuração dos custos nos hospitais brasileiros, porém, com uma abordagem maior, incluindo no cálculo os custos e despesas, conflitando neste particular com as condições preconizadas pela teoria da contabilidade de custos.

O interesse do método é apurar o custo dos serviços prestados através da apuração dos custos por centros de custos, representados pela departamentalização existente no hospital.

4.10.4 TESOURARIA

A tesouraria planeja, analisa e controla a execução do orçamento de maneira sistemática as obrigações a pagar e os recebimentos provenientes do orçamento. Compete a tesouraria as seguintes atribuições:

- Acompanhar os repasses do orçamento feito pelo órgão competente;
- Executar os seguintes pagamentos: folha mensal dos colaboradores, fornecedores e serviços;
- Acompanhar as contas correntes do hospital para que os saldos sejam suficientes para os pagamentos;
- Manter o fluxo de caixa.

4.10.5 FATURAMENTO

O Faturamento é o órgão responsável pela confecção das contas hospitalares no sistema SUS – DATASUS dos pacientes com alta, óbito ou transferência. Responsável por fazer as cobranças ambulatoriais, urgências, pequenas cirurgias, RX, laboratório ou outros serviços complementares de SADT e de pacientes internados. Funções realizadas pelo faturamento:

- Analisar os prontuários de pacientes internados;
- Codificar procedimentos realizados, analisando prontuários de alta, óbito e transferências;
- Codificar atendimentos ambulatoriais e emergências;
- Digitar contas médicas nos sistemas preconizados SUS – DATASUS;
- Fechar mensalmente produção realizada no hospital;
- Analisar e recorrer possíveis glosas das contas médicas;

- Acompanhar indicadores e planejar ações necessárias para desenvolvimento do hospital.

4.10.6 PROTOCOLOS E ROTINAS

Conforme solicitado no Edital – Processo de Seleção nº 01/SS/2022, apresentamos no **Anexo VI**, alguns protocolos e rotinas/Procedimentos Operacionais Padrão (P.O.P) que serão adotados nas áreas Administrativa, Financeira e Contábil.

Algumas rotinas/Procedimentos Operacionais Padrão (P.O.P) foram apresentadas na maneira tradicional (formatação de manual) e outras, optamos por apresentar em formato de fluxos, os quais tem demonstrado maior efetividade e objetividade para entendimento.

Importante ressaltar que as rotinas/ Procedimentos Operacionais Padrão (P.O.P) ora apresentados poderão sofrer adequação de acordo com as necessidades operacionais do Hospital/UBS's e/ou por mudanças de fluxos para melhor integração com a Rede Municipal de Saúde.

Ressaltamos que estes representam uma pequena porcentagem do total de P.O.P's. definidos e utilizados no modelo de gestão da SPDM.

4.10.7 CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO

Os protocolos e a organização das atividades administrativas e financeiras serão implantados de imediato nas unidades básicas de saúde, caso a SPDM consagre vencedora do certame.

4.11 Descrição detalhada das características e estratégias de implementação de ações voltadas à qualidade. Proposta de implantação de comissões obrigatórias: arquivo médico e estatístico revisão de prontuários, ética médica e de enfermagem, infecção hospitalar, revisão de óbitos, CIPA, comissão de farmácia e terapêutica e ações de vigilância em Saúde direcionada à segurança do paciente e profissionais.

A maioria das instituições gerenciadas pela SPDM possui uma ou mais certificações e prêmios de gestão e qualidade; as demais estão em processo de certificação. Destaca-se que no país, somente 6,5% dos hospitais possuem certificação de qualidade nacional e internacional. Abaixo as certificações das instituições sob gestão da SPDM:

- Certificação de Qualidade Internacional Qmentum;
- Certificação Nacional de Qualidade ONA Nível III – Acreditado com Excelência;
- Certificação Nacional de Qualidade ONA Nível II – Pleno;
- Certificação Nacional de Qualidade ONA Nível I – Acreditado;
- Certificação por Distinção do Serviço de Hemodinâmica – Nível Diamante;
- Certificação Sistema de Gestão da Qualidade ISO 9001;
- Certificação Sistema de Gestão Ambiental ISO 14001;
- Certificação Sistema de Gestão de Energia ISSO 50001;
- Certificação Sistema de Gestão de Segurança e Saúde Ocupacional OHSAS 18001;
- Certificação CARF (Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities);
- Certificação de Instalação Elétrica com Base na Norma ABNT NBR 5410:2004;
- Green kitchen.

A Implementação de um Programa de Gestão da Qualidade é um fator diferenciador que vem contribuir e estimular de forma efetiva a melhoria dos processos na prestação da assistência à saúde. A política de gestão da qualidade da SPDM tem como objetivo acompanhar os incidentes notificados, avaliar os riscos, e analisar os incidentes de modo sistemático a fim de traçar melhorias e implementar barreiras para mitigação de incidentes.

Além do sistema de notificação e incidentes, a qualidade acompanha as comissões hospitalares, o serviço de atendimento ao usuário, as linhas de cuidado e os PSO (Práticas

operacionais padrão). E, com apoio da Educação continuada de enfermagem, acompanha as práticas operacionais para melhoria da assistência de enfermagem.

Assim, gerenciando por meio de normas, procedimentos e protocolos padronizados, que agregam segurança, agilidade e eficiência no atendimento. Os resultados são monitorados por meio de indicadores de qualidade específicos para cada serviço.

4.11.1 ACREDITAÇÃO

A obtenção da Certificação Hospitalar faz parte do Planejamento Estratégico da Instituição. A qualificação através de auditorias independentes como da ONA (Organização Nacional de Acreditação) realizadas pelo IQG (Instituto Qualisa de Gestão) é um longo processo que pode ocorrer em três níveis:

Nível 1: avalia Segurança do paciente;

Nível 2: avalia a interação entre os processos

Nível 3: avalia a excelência em gestão através de ciclos de melhoria.

4.11.2 LEAN INSTITUTE BRASIL

Os recursos limitados na área de saúde pública nos leva buscar alternativas para redução de desperdícios, mantendo ou melhorando a qualidade dos serviços prestados à população.

Ao longo das últimas décadas, organizações de praticamente todos os setores têm usado Lean como meio fundamental para transformar realidades gerenciais, potencializar resultados e melhor aproveitar o potencial humano. O interesse é crescente, novas técnicas e experiências continuam a ser desenvolvidas e compartilhadas e isso tem permitido que o aprendizado seja cada vez mais rápido e efetivo.

Trata-se de um corpo de conhecimento cuja essência é a capacidade de eliminar desperdícios continuamente e resolver problemas de maneira sistemática. Isso implica repensar a maneira como se lidera, gerencia e desenvolve pessoas. É através do pleno engajamento das pessoas envolvidas com o trabalho que se consegue vislumbrar oportunidades de melhoria e ganhos sustentáveis.

Em março de 2017, a SPDM foi formalizou parceria com o LEAN INSTITUTE BRASIL para capacitação das equipes multiprofissionais e expandir a aplicação das ferramentas.

4.11.3 COMISSÕES

A proposta da SPDM prevê a instalação das comissões relacionadas para participação das equipes das unidades básicas de saúde:

1. Comissão de Ética Médica (CEM)
2. Comissão de Farmácia (CF)
3. Núcleo de Qualidade na Assistência e Segurança do Paciente (QUA-NSP)
4. Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA)
5. Comissão de Gerenciamento de Resíduos da Saúde (CGRSS)
6. Comissão de Ética em Enfermagem
7. Comissão de Ensino e Pesquisa
8. Comissão de Bioética
9. Comissão de Residência Médica

Resolução e detalhamentos das comissões apresentados no caderno técnico do Hospital Municipal Drº José de Carvalho Florence.

4.11.3.1 COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

A Comissão de Ética é uma extensão, junto à instituição Hospitalar, do Conselho Regional de Medicina, estando a ele vinculada e subordinada, com valor já reconhecido no Código de Ética Médica publicado em 1988. Deve atender a Resolução CFM 1.657/2002, que estabelece normas de organização, funcionamento, eleição e competências das Comissões de Ética Médica dos estabelecimentos de Saúde, e da outras providências.

Finalidade

Garantir a prática médica dentro dos princípios do Código de Ética Médica.

A comissão tem funções opinativas, educativas e fiscalizadoras do desempenho Ético da Medicina.

Posição Institucional

As Comissões de Ética são vinculadas ao Conselho Regional de Medicina e devem manter a sua autonomia em relação às instituições onde atuam, não podendo ter qualquer vinculação ou subordinação à direção do estabelecimento. Cabe ao diretor técnico prover as condições necessárias ao trabalho da Comissão de Ética.

Cronograma de Atividade Anual

As reuniões serão realizadas uma vez cada dois meses. Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo presidente da Comissão, pelo Diretor Clínico

4.11.3.2 COMISSÃO DE FARMÁCIA

Durante as últimas décadas os avanços tecnológicos na saúde, o aparecimento de novos medicamentos, tem aumentado muito a expectativa de vida das populações. Esse benefício inestimável para saúde vem acompanhado do aumento de novos riscos como as interações medicamentosas e com nutrientes, os eventos adversos evitáveis, do uso abusivo de medicamentos e principalmente de antibióticos com aumento da resistência medicamentosa. A padronização de medicamentos, a implantação de políticas de utilização dos antimicrobianos e práticas de segurança no uso de medicamentos são hoje fundamentais para segurança do nosso sistema de saúde.

Finalidade

Servir como órgão consultivo e deliberativo sobre medicamentos e materiais médicohospitalares além de promoção do uso adequado destes insumos;

Cronograma de Atividade Anual

As reuniões serão realizadas uma vez por mês. Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo presidente da Comissão ou pelo Diretor Técnico.

4.11.3.3 NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE E QUALIDADE NA ASSISTÊNCIA

A busca da excelência na prestação de serviços de saúde sempre esteve presente na Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM). Hoje, a Qualidade em Serviço de Saúde, enfoca a integralidade da assistência, sendo um processo dinâmico, contínuo e integrado aos planos diretivos regionais.

O resultado esperado do serviço de saúde, deve contemplar as sete dimensões:

1. Segurança: minimizar os riscos vinculados aos cuidados de saúde;
2. Eficácia: usar a melhor evidência científica para o tratamento;
3. Cuidado centrado no Paciente: envolver o paciente em seu tratamento e valorizar a individualidade do ser humano;
4. Pontualidade: oferecer um serviço de saúde sem atrasos, sem espera;
5. Eficiência: evitar o mau uso e desperdício de suprimentos, ideias e energia;
6. Equidade: diminuir a lacuna no direito à saúde;
7. Sustentabilidade: respeito à cultura e ao ambiente.

De acordo com a Portaria MS/GM nº 529, de 1° de abril de 2013 que instituiu o Programa de Segurança do Paciente e a RDC 36, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências, faz-se obrigatória a criação de um Núcleo de Segurança do Paciente, como a qualidade e a segurança são dimensões inseparáveis. O NSP-QUA engloba as sete dimensões da qualidade e segurança na assistência ao paciente e à população.

O Núcleo de Segurança do Paciente está alinhado às diretrizes da Política Nacional de Humanização.

Finalidade

O Núcleo de Segurança do Paciente e Qualidade na Assistência (NSP-QUA) tem o objetivo de instituir ações para a promoção da segurança do paciente e da melhoria da qualidade nos serviços de saúde.

A Gestão da Qualidade e Segurança tem por objetivo a melhoria contínua do desempenho dos processos, com a minimização dos riscos e a otimização dos recursos institucionais. Através de atividades planejadas, documentadas e sistematizadas, assim como da gestão da interação entre os processos, procura diminuir a variabilidade da entrega e aumentar a confiabilidade do serviço de saúde prestado.

Cronograma de Atividade Anual

As reuniões serão realizadas uma vez por mês. Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo presidente da Comissão ou pelo Diretor Técnico.

4.11.3.4 COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES (CIPA)

Tendo em vista a importância da segurança de nossos colaboradores, a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) deve estar estruturada de acordo com a NR 5 MT, de acordo com a Portaria nº 3214, de 08 de junho de 1978.

Finalidade

A 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.

A CIPA deve observar e relatar condições de risco nos ambientes de trabalho e solicitar medidas para reduzir até eliminar os riscos existentes e/ou neutralizar os mesmos, discutir os acidentes ocorridos, encaminhando aos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho e ao empregador o resultado da discussão, solicitando medidas que previnam acidentes semelhantes e, ainda, orientar os demais trabalhadores quanto à prevenção de acidentes.

Membros

A CIPA será composta por representantes do empregador e dos empregados, de acordo com o dimensionamento previsto no Quadro I da Norma Regulamentadora nº 05 NR – 05, aprovada pela Portaria 3214 de 08 de junho de 1978.

A composição da CIPA deverá obedecer a critérios que permitam estar representada a maior parte dos setores do estabelecimento, não devendo faltar, em qualquer hipótese, a representação dos setores que ofereçam maior risco ou que apresentem maior número de acidentes.

Cronograma de Atividade Anual

A CIPA terá reuniões ordinárias mensais e reuniões extraordinárias deverão ser realizadas quando:

a) Houver denúncia de situação de risco grave e iminente que determine aplicação de medidas corretivas de emergência;

b) Ocorrer acidente do trabalho grave ou fatal;

4.11.3.5 COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DA SAÚDE (CGRSS)

A Comissão de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde (CGRSS), instituída pela Portaria no 558 de 12 de agosto de 2003, é um órgão colegiado de caráter deliberativo, assessor da Diretoria Técnica e instituído com a finalidade de organizar as regras de manipulação, gerenciamento, orientação, armazenamento, recolhimento, bem como de transporte dos resíduos gerados no ambiente hospitalar.

Finalidade

A CGRSS tem por finalidade a definição das ações que visem à implantação, implementação e manutenção do Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde Hospitalar (PGRSS).

Cronograma de Atividade Anual

As reuniões serão realizadas toda segunda quinta do mês. Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo presidente da Comissão ou pelo Diretor Técnico.

4.11.3.6 COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM

A Comissão de Ética de Enfermagem (CEEn) é órgão representativo do Conselho Regional de Enfermagem, de caráter permanente, com funções educativas, fiscalizadoras e consultivas do exercício profissional e ético de enfermagem nessa Instituição.

A Comissão de Ética de Enfermagem tem como objetivos:

-Fortalecer o componente ético na prática da enfermagem.

-Divulgar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e demais normas

disciplinares e éticas do exercício profissional.

-Incentivar a organização das Comissões de Ética de Enfermagem em todas as instituições onde houver atividades de enfermagem.

-Assessorar os profissionais de enfermagem na criação de Comissão de Ética de Enfermagem.

-Sensibilizar os profissionais de enfermagem sobre a importância da notificação e averiguação das intercorrências no exercício ético dos profissionais de enfermagem.

Considerações Gerais:

A Comissão de Ética de Enfermagem norteará suas atividades pelo regimento e pelas normas ético-legais do Sistema COFEN/CORENs.

O órgão de enfermagem da instituição deverá garantir as condições necessárias para o desenvolvimento das atividades da Comissão de Ética.

O COREN-SP prestará assessoria à Comissão de Ética quando se fizer necessário.

Finalidades

A Comissão de Ética de Enfermagem é reconhecida pela Diretoria Técnica estabelecendo com a mesma uma relação de independência e autonomia, em assuntos pertinentes à ética. A Comissão de Ética de Enfermagem tem por finalidade:

-fortalecer o componente ético dos profissionais de enfermagem da * através da análise das intercorrências notificadas, por meio de denúncia formal e/ou auditoria.

-divulgar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e demais normas disciplinares e éticas do exercício profissional.

-colaborar com o COREN no combate ao exercício ilegal da profissão.

4.11.3.7 COMISSÃO DE ÉTICA E PESQUISA

Os avanços tecnológicos em todas as áreas da ciência foram se tornando cada vez maiores. Isto significa que a bioética tem assumido uma relevância científica e social cada dia mais importante, já que responde à necessidade de dar sentido moral às práticas científicas envolvendo seres vivos, notadamente seres humanos, constituindo-se também em uma ferramenta para o enfrentamento de dilemas éticos (SCHRAMM, 2002)

Uma Comissão de Ensino e Pesquisa é, sobretudo, um adequado recurso para orientar a

pesquisa quanto ao seu imprescindível papel em favor da vida, ou seja, orientação bioética.

Finalidade

A COMEP é um órgão independente, com objetivo de salvaguarda dos direitos e da dignidade dos sujeitos da pesquisa, bem como de contribuição para o desenvolvimento dos padrões éticos na pesquisa.

Membros

De acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o COMEP será constituída por 09 (nove) membros efetivos, sendo 08 (oito) do quadro de funcionários, dos diversos departamentos e 01 (um) membro da sociedade local, representante dos usuários dos serviços de ensino, pesquisa e extensão.

Terá sempre caráter multi e transdisciplinar, não devendo haver mais que metade de seus membros pertencentes à mesma categoria profissional, participando pessoas 12 dos dois sexos. Poderá ainda contar com consultores "ad hoc", pessoas pertencentes ou não à instituição, com a finalidade de fornecer subsídios técnicos.

4.11.3.8 COMISSÃO DE BIOÉTICA

As Comissões de Bioética, em suas origens, visavam auxiliar os profissionais naquelas situações limite do setting clínico, em especial nas situações de fim de vida, facilitando as decisões, algumas delas também conhecidas no campo da Bioética como “Escolhas de Sofia”.

Refletir sobre dilemas éticos decorrentes dos progressos científicos e tecnológicos, formular recomendações e contribuir com ações educativas e de divulgação promovendo, assim, conscientização dos profissionais de saúde bem como da comunidade.

Finalidade

A Comissão de Bioética, tem por finalidades: Elaborar pareceres sobre problemas de natureza bioética que se apresentemem contextos clínicos.

4.11.3.9 COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA

A Comissão é caracterizada por treinamento em serviço; mediante cumprimento de

programa e de serviço pré-determinado, com duração definida e em regime de tempo integral, segundo normas do Ministério da Educação e Cultura, doravante denominado MEC, da Comissão Nacional de Residência Médica, doravante denominada CNRM e da Comissão Estadual de Residência Médica do Estado de São Paulo, doravante denominada CEREM - SP, sob a orientação das Coordenações dos Programas.

Para organizar, dirigir e orientar a Residência Médica, bem como supervisionar os estágios na área médica, será implantado a Comissão de Residência Médica, doravante denominada COREME - é o órgão competente para manter os entendimentos com a CEREM - SP e CNRM.

A COREME é um órgão colegiado constituído por:

1. Coordenador da COREME e suplente
2. Diretor Técnico
3. Coordenadores e Suplentes dos Programas de Residência Médica credenciados
4. Um representante dos médicos residentes para cada programa de Residência Médica credenciado
5. Presidente
6. Diretor Científico

O Coordenador da COREME é autoridade superior em matéria administrativa da COREME, respondendo pelos assuntos que a ela dizem respeito.

Cronograma de Atividade Anual

A COREME reunir-se-á mensalmente ou extraordinariamente sempre que convocada pelo seu Coordenador. Esta convocação deverá ser feita com antecedência mínima de 48 (quarenta e oito) horas.

As decisões serão tomadas em reunião da COREME em votação pelo sistema de maioria simples, estando presentes no mínimo 50% (cinquenta por cento) de seus membros. Terá direito a voto o membro titular e na ausência deste o suplente. Será reservado ao Coordenador da COREME o voto de desempate. Será redigida ata correspondente a cada reunião a ser discutida e aprovada na reunião seguinte.

O Coordenador da COREME deverá ser médico especialista integrante do corpo docente da instituição de saúde, com experiência na supervisão de médicos residentes e conhecimento da legislação sobre residência médica.

O Coordenador da COREME e Suplente serão eleitos pelo conjunto de coordenadores de programas de Residência Médica da instituição de saúde. Seu mandato será de 2 (dois) anos, sendo permitida sua reeleição.

4.11.10 CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO

DESCRIÇÃO	PRAZO
Implantação das Comissões	Em 90 dias, após assinatura do contrato de gestão.
Metodologia Lean	Em 120 dias, após assinatura do contrato de gestão.
Buscar certificações e reconhecimentos externos.	Em 24 meses.

4.12 Proposta de serviço de atendimento ao usuário e pesquisa de satisfação voltado para as atividades assistenciais.

O Serviço de Atendimento ao Usuário (S.A.U.) é um canal de comunicação direto e eficaz que interage fortemente com os meios interno e externo. Tem a finalidade de mensurar a qualidade de diversos serviços da instituição, visando atender as necessidades dos clientes. Sua posição no organograma da instituição está situada junto à Diretora Técnica, como participante dos processos de mudança e consequente melhoria.

O S.A.U recebe as manifestações de insatisfação dos usuários a respeito do serviço prestado e procura resolvê-las da melhor forma possível. Os serviços de atendimento ao usuário se aperfeiçoaram, dentro de uma estratégia de valorização do usuário, que não quer somente ser atendido, mas exige soluções.

O S.A.U pode tornar-se uma poderosa ferramenta de estreitamento da relação entre a instituição e seus usuários. Pode servir como instrumento de feedback, através de relatórios elaborados para conhecimento interno, procura as causas do problema e utiliza as informações para encontrar a solução e melhorar a qualidade dos serviços prestados.

A importância da avaliação feita pelos usuários de serviços é cada vez mais citada atualmente, sobretudo com enfoque na busca da qualidade nos hospitais. Afinal, o atendimento aos usuários constitui finalidade de todo hospital. Entretanto, é difícil ser aferida por se tratar de mensuração de opiniões, influenciada por diferentes situações, expectativas e antecedentes.

A própria sobrevivência do hospital depende da aprovação pelo seu usuário. Muitas estratégias para melhoria de serviços de saúde estão baseadas na satisfação do usuário. Ouvir e observar o comportamento dos usuários dentro dos hospitais é fundamental para a compreensão e melhoria da organização do serviço e do ambiente hospitalar. Portanto, um administrador hospitalar atento encontrará na avaliação feita pelos usuários do hospital, dados valiosos para o gerenciamento do seu estabelecimento.

Há várias formas de se avaliar um hospital, podendo ser utilizados diversos instrumentos e métodos como observações, questionários (pesquisa de opinião), urnas de sugestões, telefonemas, entrevistas. A definição da qualidade varia conforme as necessidades e

expectativas dos usuários. Cada hospital deve, portanto, conhecer a sua clientela para melhor poder atendê-la.

Missão

Atender de forma efetiva as manifestações dos usuários, acompanhar e mensurar o nível de satisfação através da sinalização de indicadores gerando informações para a melhoria dos serviços prestados.

Política

Canal de comunicação entre usuário e gestão a fim de acompanhar as expectativas e necessidades dos usuários, buscando a melhoria contínua dos diversos serviços oferecidos.

Produto

Solucionar problemas, orientar, informar os usuários sobre as situações apontadas, atender as demandas com foco no gerenciamento de conflitos e gerar indicadores de satisfação.

4.12.1 OBJETIVOS

Objetivo Geral

Canal de comunicação entre o usuário e a gestão para registrar queixas, sugestões ou elogios, utilizando-se de pesquisas e entrevistas com a finalidade de mensurar a qualidade de diversos serviços da instituição, visando atender as necessidades dos clientes. O S.A.U é uma unidade que responde ao nível estratégico da instituição com a função de assessorar a gestão para melhoria dos processos e auxílio nas tomadas de decisões.

Objetivos Específicos

- Prestar atendimento pessoal, telefônico ou via e-mail;
- Receber, analisar e registrar as queixas, sugestões e elogios dos usuários, encaminhando aos gestores dos setores correspondentes;
- Tabular os dados das pesquisas e entrevistas;
- Elaborar relatório gerencial com dados quantitativos e qualitativos;
- Acompanhar as providências adotadas do início até a finalização do processo;

- Resolver as queixas, quando possível, no ato do atendimento;
- Mediar situações de conflito entre colaboradores e usuários;
- Acompanhar o nível de satisfação do usuário, através de pesquisa de satisfação e de entrevistas ativas.

4.12.2 RECURSOS HUMANOS

Através do capital humano é que conseguimos alcançar todos os objetivos. Para atuar no Serviço de Atendimento ao Usuário um dos fortes requisitos é saber lidar com todos os tipos de clientes e com suas mais diversas reações.

Processo Atendimento

Todos os atendimentos deverão ser registrados em planilha para controle e posterior elaboração de indicadores qualitativos. O atendimento deverá ocorrer numa sala específica de forma a preservar a privacidade do usuário. A Assistente de S.A.U deverá atender cordialmente o cliente, solicitar que apresente sua dúvida; orientá-lo e certificar que o mesmo tenha compreendido a orientação.

A Assistente de S.A.U deve ter um comportamento neutro, sem interferir em condutas, saber ouvir o usuário, sem expressar opiniões pessoais, conhecer todos os fluxos do Hospital, para informar ao usuário com maior precisão possível. Para o paciente internado, quando solicitado o Serviço de Atendimento ao Usuário este deverá dirigir-se ao leito.

4.12.3 SUGESTÕES, QUEIXAS E RECLAMAÇÕES

No momento em que não é possível a solução para o problema apresentado para o S.A.U, gera-se um documento formal, ou seja, a queixa formal que é encaminhada à Diretoria para devidas providências. As queixas deverão ser formalizadas em formulário próprio.

Nos casos em que o cliente tiver dificuldades na escrita e solicitar auxílio, o S.A.U deverá registrar a queixa para o usuário, utilizando nestes casos a 3ª pessoa, sendo que após a descrição fará a leitura ao usuário e solicitar a assinatura.

A reclamação deverá ser encaminhada a Diretoria com o tempo de retorno ao usuário em 2 dias úteis; e ter o compromisso de 100% das queixas serem investigadas.

Indicador estratégico acompanhado pela Direção da instituição: “Tempo médio de resolução das queixas formais”

Sugestões e Queixas deverão ser encaminhadas a Diretoria com o tempo de retorno ao usuário em 5 dias úteis; a meta é de 100% das queixas investigadas.

4.12.4 IMPLANTAÇÃO DA PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

As pesquisas de satisfação constarão os principais serviços prestados pela Unidade Básica de Saúde e o grau de satisfação para que o usuário de forma espontânea possa expor sua opinião.

Os impressos das pesquisas deverão ser distribuídos nas caixas de sugestões situadas nas recepções das unidades, local de maior acesso de pessoas e onde o usuário sinta-se a vontade e seguro para responder sua opinião referente aos serviços oferecidos.

O tipo de pesquisas existentes contempla os principais setores e serviços prestados. Contém 4 escalas de opções: ótimo, bom, regular, ruim e não avaliado. O cálculo da aceitabilidade é a soma do nº de respostas de ótimo e bom dividido pelo nº total de respostas sem considerar as respostas em branco e não avaliado.

O abastecimento e o recolhimento das pesquisas nas caixas de sugestões devem ser realizados diariamente.

Nº de amostras

No modelo de gestão SPDM o número de amostras é baseado no conceito estatístico “determinação de uma amostra para população finita, com base na estimativa da média populacional”, com 90% grau de confiança e 5% margem de erro. Para determinar o nº de amostras ideal para cada setor que possui pesquisa. É inserida para cálculo a média do nº de atendimentos de cada setor do ano anterior, quando não é possível ter este número o cálculo é feito com base na média de atendimento de três meses anteriores.

Aplicação da pesquisa

O S.A.U tabula os dados diariamente, elabora relatórios e mensura o nível de satisfação do usuário. A pesquisa é elaborada para cada setor de acordo com os serviços prestados.

Na existência de algum tipo de queixa descrita de grau relevante na pesquisa de satisfação, a mesma é encaminhada ao gestor responsável para tomada de ação com prazo de resolução em 05 dias úteis.

Através das respostas das pesquisas de satisfação, geram-se indicadores referentes aos principais serviços prestados e mensalmente os índices de satisfação são enviados à Direção da Unidade e aos Gestores dos setores.

Indicador estratégico acompanhado pela Direção da instituição: “Aceitabilidade Geral”.

Definição de uso das informações Relatório Gerencial

Após a tabulação dos dados das pesquisas, gera-se um relatório mensal com os resultados do nível de satisfação do usuário referente às unidades e os serviços oferecidos. Este relatório é enviado aos Gestores dos setores e à Direção da unidade.

4.12.5 RELATÓRIO DE MEDIDAS E AÇÕES (RMA)

Após a elaboração do relatório gerencial mensal, o S.A.U identifica os serviços que estão fora da meta desejada de aceitabilidade, gera um relatório com a informação do nº de respostas (regular/ruim) e envia aos Gestores para análise e tomada de ações; após a análise/ações dos Gestores, estes enviam a Qualidade ou a Gerente da Unidade a fim de validar as ações descritas, a partir disto retorna ao S.A.U para controle dos indicadores, ações e evolução.

Reunião

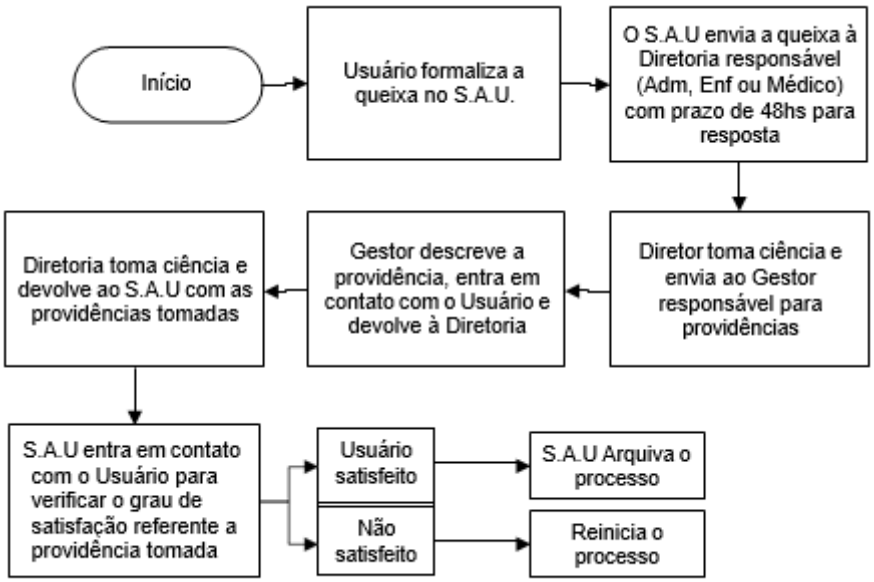
Todas as informações geradas no S.A.U são consolidadas e apresentadas em reunião trimestral com a Direção e os Gestores das áreas envolvidas a fim de que possam acompanhar os indicadores, nº de amostras, sugestões, elogios, ações desencadeadas e evolução.

Acompanhamento dos resultados

Considerado como um órgão de apoio aos Diretores das Unidades, o S.A.U realiza reuniões semanais e informa as principais ocorrências da semana a fim de que o Diretor tome ciência das demandas recebidas e a percepção do usuário referente aos serviços oferecidos.

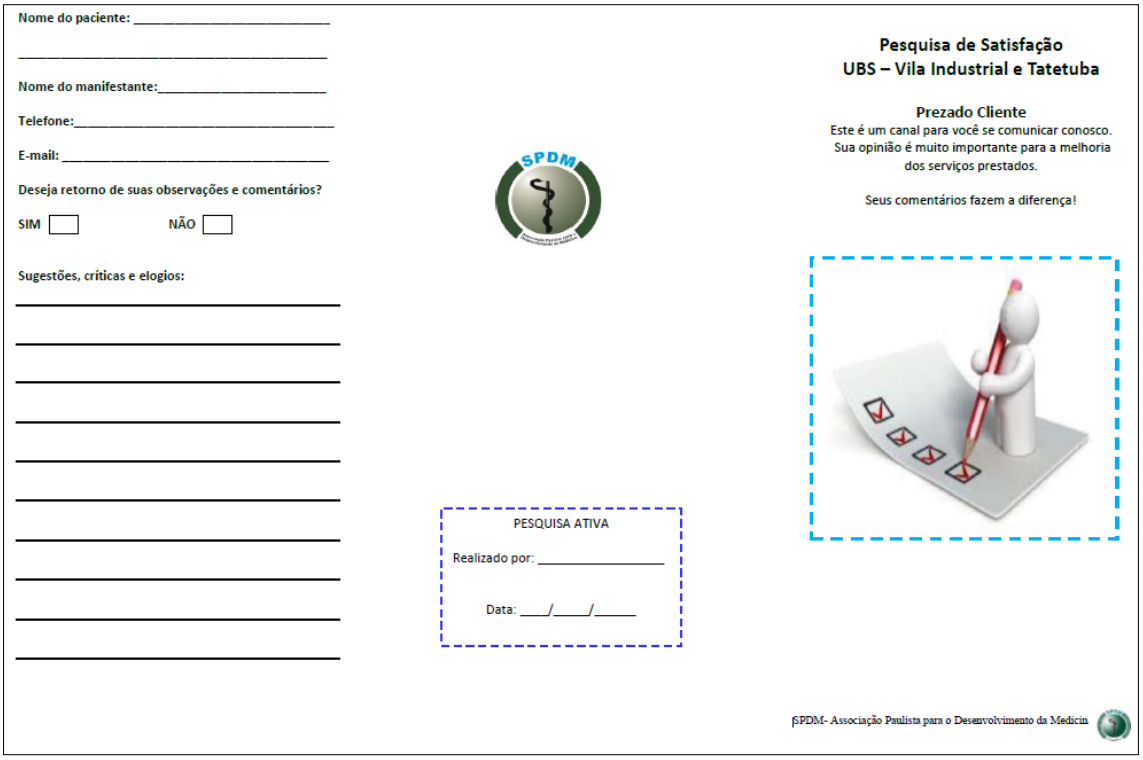
Realiza reunião mensal com os Gerentes das Unidades para apresentar e discutir sobre os indicadores, informar e sinalizar referente a efetividade das ações desencadeadas pelos gestores. Com este acompanhamento os Diretores e Gerentes das Unidades podem identificar as necessidades dos usuários e a efetividade das ações desenvolvidas.

4.12.6 FLUXOGRAMA QUEIXA FORMAL – S.A.U.



4.12.7 PESQUISA DE SATISFAÇÃO

A seguir apresentamos modelo de Pesquisa de Satisfação a ser implantado nas unidades básicas de saúde.



Nome do paciente: _____

_____

Nome do manifestante:_____

Telefone:_____

E-mail: _____

Deseja retorno de suas observações e comentários?

SIM ☐ NÃO ☐

Sugestões, críticas e elogios:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

PESQUISA ATIVA

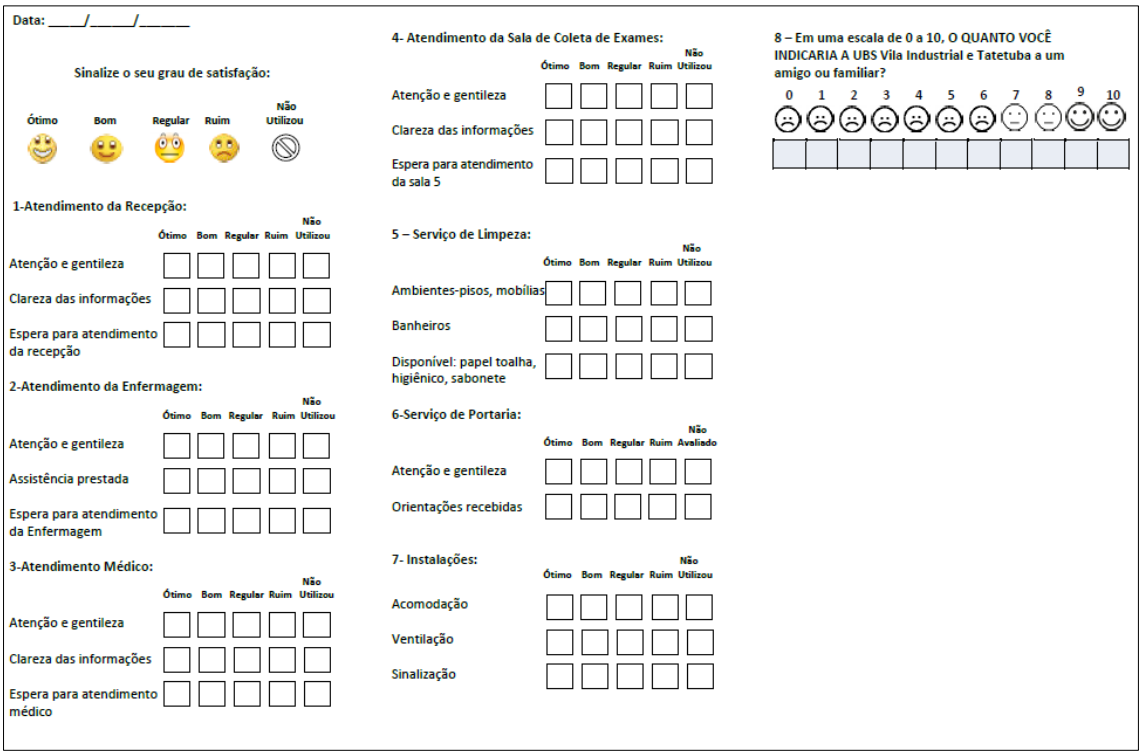
Realizado por: _____

Data: ____/____/_____

Pesquisa de Satisfação
UBS – Vila Industrial e Tatetuba

Prezado Cliente
Este é um canal para você se comunicar conosco. Sua opinião é muito importante para a melhoria dos serviços prestados.

Seus comentários fazem a diferença!



Data: ____/_____/_____

Sinalize o seu grau de satisfação:

Ótimo	Bom	Regular	Ruim	Não Utilizou

1-Atendimento da Recepção:

	Ótimo	Bom	Regular	Ruim	Não Utilizou
Atenção e gentileza	☐	☐	☐	☐	☐
Clareza das informações	☐	☐	☐	☐	☐
Espera para atendimento da recepção	☐	☐	☐	☐	☐

2-Atendimento da Enfermagem:

	Ótimo	Bom	Regular	Ruim	Não Utilizou
Atenção e gentileza	☐	☐	☐	☐	☐
Assistência prestada	☐	☐	☐	☐	☐
Espera para atendimento da Enfermagem	☐	☐	☐	☐	☐

3-Atendimento Médico:

	Ótimo	Bom	Regular	Ruim	Não Utilizou
Atenção e gentileza	☐	☐	☐	☐	☐
Clareza das informações	☐	☐	☐	☐	☐
Espera para atendimento médico	☐	☐	☐	☐	☐

4- Atendimento da Sala de Coleta de Exames:

	Ótimo	Bom	Regular	Ruim	Não Utilizou
Atenção e gentileza	☐	☐	☐	☐	☐
Clareza das informações	☐	☐	☐	☐	☐
Espera para atendimento da sala 5	☐	☐	☐	☐	☐

5 – Serviço de Limpeza:

	Ótimo	Bom	Regular	Ruim	Não Utilizou
Ambientes-pisos, mobílias	☐	☐	☐	☐	☐
Banheiros	☐	☐	☐	☐	☐
Disponível: papel toalha, higiênico, sabonete	☐	☐	☐	☐	☐

6-Serviço de Portaria:

	Ótimo	Bom	Regular	Ruim	Não Avaliado
Atenção e gentileza	☐	☐	☐	☐	☐
Orientações recebidas	☐	☐	☐	☐	☐

7- Instalações:

	Ótimo	Bom	Regular	Ruim	Não Utilizou
Acomodação	☐	☐	☐	☐	☐
Ventilação	☐	☐	☐	☐	☐
Sinalização	☐	☐	☐	☐	☐

8 – Em uma escala de 0 a 10, O QUANTO VOCÊ INDICARIA A UBS Vila Industrial e Tatetuba a um amigo ou familiar?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

4.12.8 CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO

O Serviço de Atendimento ao Usuário e Pesquisa de Satisfação serão implantados de imediato nas Unidades Básicas de Saúde, caso a SPDM consagre vencedora do certame.

4.13 Proposta de educação permanente, voltado para as atividades assistenciais.

A EPS (Educação Permanente em Saúde) é uma estratégia político-pedagógica que toma como objetos os problemas e necessidades emanadas do processo de trabalho em saúde e incorpora o ensino, a atenção à saúde, a gestão do sistema e a participação / controle social no cotidiano do trabalho, com vistas à produção de mudanças neste contexto. Objetiva, assim, a qualificação e aperfeiçoamento do processo de trabalho em vários níveis do sistema, orientando-se para a melhoria do acesso, qualidade e humanização na prestação de serviços e para o fortalecimento dos processos de gestão político-institucional do SUS, no âmbito federal, estadual e municipal.

A criação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, como estratégia de formação e desenvolvimento dos trabalhadores para o SUS, tem como marco legal a Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004, cujas diretrizes de implementação foram posteriormente publicadas por Portarias específicas.

Trata-se de vertente educacional com potencialidades ligadas a mecanismos e temas que possibilitam gerar reflexão sobre o processo de trabalho, autogestão, mudança institucional e transformação das práticas em serviço, por meio da proposta do aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de construir cotidianos e eles mesmos constituírem-se como objeto de aprendizagem individual, coletiva e institucional.

Nesse contexto, a EPS – como instrumento viabilizador de análise crítica e constituição de conhecimentos sobre a realidade local – precisa ser pensada e adaptada, portanto, às situações de saúde em cada nível local do sistema de saúde.

4.13.1 PROJETO EM EDUCAÇÃO PERMANENTE MULTIDISCIPLINAR

A capacitação da equipe interdisciplinar fica a cargo da Educação Permanente Multidisciplinar (EPM) que encontra-se dentro do organograma da instituição na média gerência, sendo uma unidade de apoio assistencial, técnico-científica e administrativa, em que as atividades de desenvolvimento dos recursos humanos vão desde o recrutamento, seleção, capacitação, treinamento da equipe assistencial até a avaliação de desempenho de cada profissional e elaboração do plano de desenvolvimento individual das competências. O capital

humano é o que mantém o modelo de gestão da instituição e os que produzem o resultado final.

É responsável pela orientação da equipe, visando sempre à eficácia da terapêutica, racionalização dos custos, voltando-se também para o ensino e a pesquisa, propiciando assim um vasto campo de aprimoramento profissional. O serviço de EPM é responsável por promover estratégias que visem desenvolver uma equipe de profissionais com pensamento crítico, capacidade de resolução de problemas, habilidade técnica cientifica e princípios de humanização; orientadas para a melhoria continua da assistência, através de profissionais com formação legalmente estabelecida por meio das leis do exercício profissional e competências previamente definidas pela instituição com base em seus objetivos, bem como as necessárias para o desenvolvimento das funções.

Esse serviço tem em sua característica a inserção de diversos profissionais com níveis de formação diferentes, que desenvolvem inúmeras atividades, com graus de complexidade distintos, o que exige uma capacitação contínua da equipe na obtenção da excelência na qualidade em todos os seus serviços.

Objetivo Geral

Implantar e garantir o modelo assistencial através da EPM em um centro hospitalar ou UBS, através da capacitação dos profissionais nas atividades assistências, ensino, pesquisa e gestão, com a perspectiva interdisciplinar, e de acordo com os princípios do SUS e da Politica Nacional de Humanização.

Política

Capacitar e treinar os colaboradores que compõem o corpo assistencial, visando garantir a assistência com excelência.

Método:

- Monitorizar os indicadores assistenciais promovendo treinamentos e capacitações visando melhorias contínuas e diminuição dos riscos na Assistência.
- Qualificar os profissionais através da identificação de não conformidades nos processos assistenciais e da qualidade de trabalho, promovendo e desenvolvendo ações coletivas.
- Desenvolver programa anual de educação e capacitação permanente, de desenvolvimento de

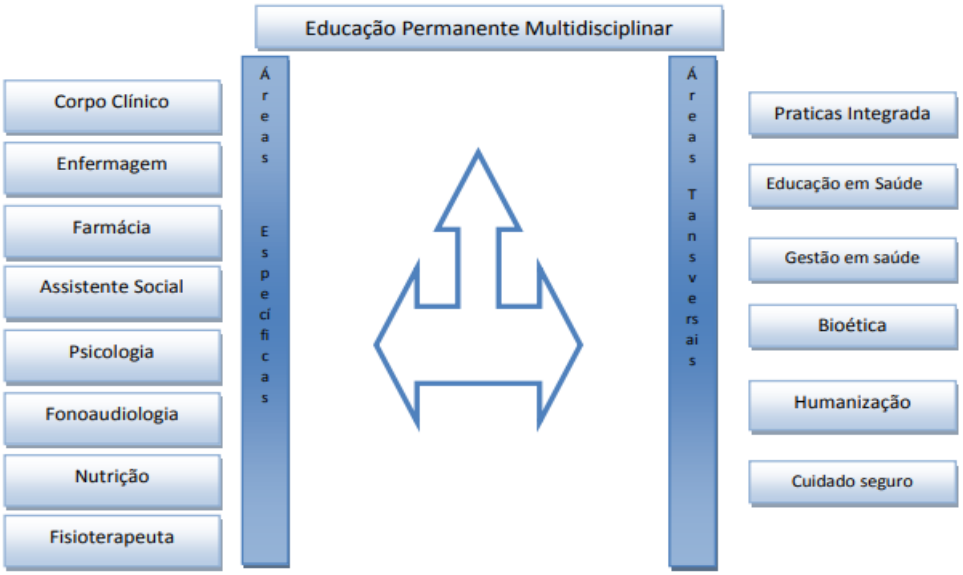
competência individuais e organizacionais.

Estes treinamentos serão realizados de acordo com ferramentas atuais de educação em saúde e andragogia sendo de responsabilidade de todas as comissões apoiadoras á alta liderança.

Estrutura

Recursos Humanos

Serviço hospitalar e atenção primária



Equipe e Comissões Multidisciplinares

Os profissionais de EPM são integrantes da equipe multidisciplinar e deverão participar das seguintes comissões:

- Comissão de EMTN;
- Comissão de Gerenciamento de Resíduos – PGRSS;
- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH;
- Comissão de Curativos;
- Comissão de Humanização;
- Comissão de Biossegurança;
- Comissão de ensino e pesquisa
- CIPA
- Comissão Farmacovigilância e Tecnovigilância
- Comitê Transfusional
- Comissão de Farmácia e Terapêutica

- Comissão de Revisão de óbito
- Comissão de Revisão Prontuários
- Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes
- Comissões de ética por categoria profissional

Estrutura Física

As atividades da EPM acontecem nas salas e anfiteatro do centro de estudos do HMJCF ou in loccu nas unidades.

Neste local físico encontramos também laboratório para prática de simulação realística que proporciona condições para o colaborador experimentar, treinar, observar, aplicar e fundamentar os procedimentos que, desenvolverá nas pessoas de que cuidará.

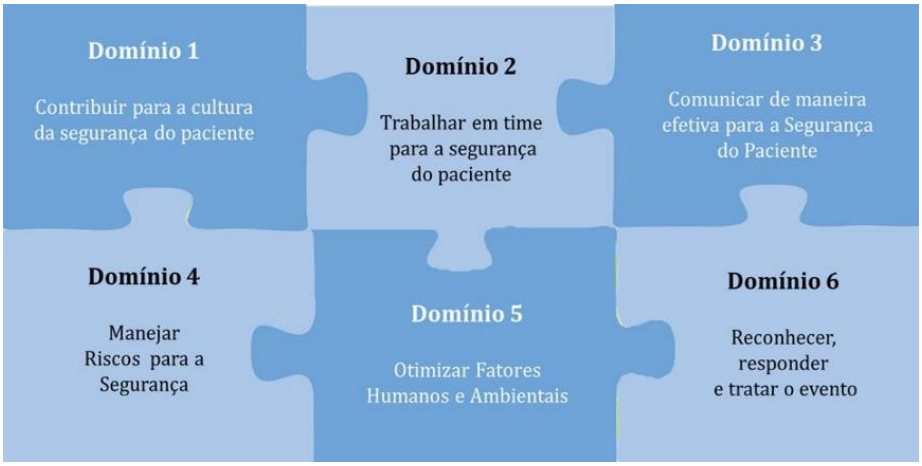
As práticas de laboratório favorecem a aquisição de destreza manual e cognitiva necessária para os profissionais que atuam no cuidado leito a leito.

A atual realidade da saúde necessita de novos modelos, com a evolução do conhecimento o paciente é atendido por uma equipe de profissionais que trabalham em vários turnos de plantões. A necessidade social da oferta de um serviço ágil, uma produção grande a um custo per capita baixo, as exigências de atualizações constantes pela avalanche de novos conhecimentos em várias áreas da saúde,exige do profissional novas habilidades:

- Ter habilidades em ferramentas de comunicação;
- Saber trabalhar em equipe e ter inteligência de time;
- Conhecer conceitos básicos de Fatores Humanos;
- Ter resiliência e fazer a gestão do risco operacional no dia a dia.

Para isso, a proposta da SPDM é implantar o Programa de ***Soft Skills Management***. O programa é uma adaptação do Programa de ***Crew Resource Management*** da aviação, com o qual conseguiram alavancar os processos de gestão de segurança da aviação civil. A implantação estará atrelada ao planejamento estratégico da instituição em 2023 com o objetivo levar a alta confiabilidade dos processos internos assistenciais.

O conteúdo do curso está baseado nas competências para Segurança do Paciente elencadas pela Organização Mundial da Saúde.



4.13.2 CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO

Nos cronogramas apresentados abaixo, referentes aos anos de 2022, 2023 e 2024, estão planejadas as formações voltadas para as atividades assistenciais, utilizando-se metodologias ativas e dialógicas com os profissionais de saúde.

Anexo XI – Planejamento de Treinamentos 2022, 2023 e 2024;

4.14 Proposta e cronograma de qualificação dos profissionais da Atenção Primária e em Estratégia de Saúde da Família.

A Atenção Primária à Saúde (APS) caracteriza-se pelo conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. Como se trata da principal porta de entrada do SUS e do centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS), devendo orientar-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização e da equidade, trata-se de um nível de atenção com grande abrangência de atuação.

A reorientação do modelo assistencial na APS com a Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem como objetivo potencializar o trabalho a ser desenvolvido, inserindo o Agente Comunitário de Saúde (ACS) como elo de ligação entre a equipe da ESF e a comunidade, com maior vinculação por reconhecimento do modo como as pessoas vivem a vida e os impactos gerados na saúde.

Para atuação nesse contexto, torna-se necessária a sensibilização dos profissionais e implementação de ferramentas para a gestão do cuidado em saúde e ruptura com o modelo biomédico, ainda hegemônico, que se caracteriza por um olhar individualista, curativo, centralizado na figura do médico, com foco nas especialidades, de cuidado fragmentado e hospitalocêntrico. Portanto, faz-se necessário habilitar os profissionais para o trabalho no SUS, para que os objetivos sejam alcançados e para que ESF cumpra seu papel no território, beneficiando o indivíduo, as famílias e a comunidade.

Portanto serão estimuladas as especializações em saúde básica e estratégia da família para a formação da equipe.

Posto isto, na perspectiva do que está colocado no Plano Municipal de Saúde 2022-2025, (Eixo 9 – Diretriz 9 – Objetivo 9.1 – 9.1.1), baseando-se no diagnóstico preliminar realizado nos territórios de atuação das unidades básicas do escopo deste edital de chamamento público e frente à necessidade de instrumentalizar e capacitar os profissionais que atuarão com a

comunidade adscrita das unidades com ESF, criou-se um cronograma para qualificação profissional para o ano de 2022, com necessidade de avaliação dos temas a serem programados para os anos de 2023 e 2024, a depender das lacunas de conhecimento identificadas entre os profissionais, durante a execução do planejamento apresentado no **Anexo XI.**

Para alcançar objetivos citados acima, serão convidados especialistas em cada área.

Também serão realizadas reuniões para discussões de casos atendidos pelos profissionais da equipe e relatos de experiência para ampliação de conhecimentos e integração dos profissionais.

Mensalmente, o planejamento preliminar apresentado será reavaliado para os alinhamentos que sejam necessários e oportunos.

4.15 Proposta de integração da Residência de Medicina de Família e Comunidade dentro da UBS Novo Horizonte.

A proposta de integração dos profissionais participantes da Residência de Medicina de Família e Comunidade com a equipe contratada na UBS Novo Horizonte tem como objetivo criar e manter uma governança comum da equipe de saúde, coordenar suas interdependências, favorecendo a cooperação para realização de um projeto coletivo, alicerçado no plano de trabalho apresentado pela SPDM.

Nesse sentido, pretende-se incorporar a nova equipe de trabalho na equipe dos profissionais já inseridos no serviço, vinculados ao programa de Residência Médica, e vice-versa. Portanto, torna-se imprescindível manter os profissionais de saúde motivados a contribuírem para a execução do plano de trabalho proposto pela SPDM, participando ativamente dos processos de qualificação das equipes, com fortalecimento da responsabilidade sanitária pela comunidade assistida.

O Plano de Integração Ensino-Serviço na UBS Novo Horizonte se dará seguindo os passos abaixo definidos:

1. No primeiro dia de trabalho da equipe gestora no serviço: É nesse momento que as expectativas de todos estão em alta e devem ser, cuidadosamente, consideradas. Entende-se como necessária uma reunião, mediada pela equipe de transição composta por membros da Secretaria de Saúde e OSS.

2. Identificar um profissional de referência pela equipe da SPDM para manter o diálogo com os residentes e acolhê-los nas demandas relevantes, tanto para manutenção da boa relação interpessoal, como para qualificação da assistência prestada à população.

3. Apresentar aos residentes a missão, valores, metas e objetivos da SPDM a serem alcançados com o contrato de gestão. Oportunizar a reflexão crítica e dar voz aos médicos residentes, para construção conjunta do “como fazer” (execução) para o alcance das metas.

4. Apresentar o Plano de Trabalho a ser desenvolvido pela SPDM e propor possibilidades de inserção dos profissionais como participantes ativos no desenvolvimento das ações, inclusive nos processos de educação permanente e continuada da equipe contratada.

4.15.1 CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO

AÇÃO	QUANDO	COMO	RESPONSÁVEIS
Reunião de aproximação	No primeiro dia de atividade na UBS Novo Horizonte	Escutar as expectativas dos residentes e apresentar as expectativas da SPDM e SMS/SJC	Equipe de transição
Indicar profissional de referência na equipe para a interlocução permanente com os residentes e acompanhamento das atividades na UBS Novo Horizonte	Desde o início do contrato de gestão e durante toda a execução do mesmo	Manter o diálogo com os residentes e acolhê-los nas demandas relevantes, tanto para manutenção da boa relação interpessoal, como para qualificação da assistência prestada à população	Gerente da Unidade
Apresentar aos residentes a missão, valores, metas e objetivos da SPDM a serem alcançados com o contrato de gestão	Imediato após assinatura do contrato de gestão e a cada ciclo de novos residentes – durante toda a vigência do	Oportunizar a reflexão crítica e dar voz aos médicos residentes, para construção conjunta do "como fazer" (execução)	Profissional de Referência

	contrato	para o alcance das metas	
Apresentar o Plano de Trabalho a ser desenvolvido pela SPDM e propor possibilidades de inserção dos profissionais como participantes ativos no desenvolvimento das ações	Imediato após assinatura do contrato de gestão e a cada ciclo de novos residentes – durante toda a vigência do contrato	Ofertar a possibilidade da participação nos processos de educação permanente e continuada da equipe contratada	Profissional de Referência

4.16 Proposta de desenvolvimento das atividades das EAP's e ESF's nas Unidades de Atenção Primária.

Entre as principais atividades das EAP's e ESF's, executadas contínua e permanentemente, durante todo o horário de atendimento, temos:

4.16.1 CONSULTAS

Consultas Médicas

Na Atenção Básica, a consulta médica é parte do processo de trabalho da equipe, e deve acontecer de forma programática para o acompanhamento das condições de saúde do indivíduo, da família e da coletividade, respeitando-se os diferentes ciclos de vida em que ele se encontra: Saúde da Criança e Adolescente, Saúde da Mulher, Saúde do Adulto, Saúde do Homem e Saúde do Idoso, e dentro das diretrizes, normas e protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e da SMS/SJC.

As agendas dos profissionais deverão atender as demandas agendadas e espontâneas, garantindo o atendimento longitudinal das linhas de cuidados, através de uma atenção à saúde de forma inclusiva, que facilite o acesso e atenda às necessidades do indivíduo de forma mais resolutiva, levando-se em consideração as questões mais expressivas do território.

O acompanhamento qualitativo das consultas médicas deve acontecer através de avaliações dos prontuários, onde serão observados alguns registros e itens relacionados ao atendimento dispensado ao usuário, e sempre se respeitando as recomendações dos Conselhos de Classes.

O atendimento médico, nas clínicas básicas (Clínica Médica, Pediatria e GO), a ser realizado na UBS deverá estar de acordo com os critérios de organização dos serviços e definido pelo perfil epidemiológico da região, para os portadores de patologias de baixa e média complexidade, e caberá ao profissional médico:

- Registrar todas as informações do usuário, colhidas durante a consulta médica, em prontuário individual, conforme legislação vigente e recomendações do Conselho de Medicina;

- Acolher e realizar o primeiro atendimento e investigação diagnóstica de todos os usuários, para que sejam inseridos na atenção básica, integrando a atividade programática com o atendimento não agendado;
- Atender às demandas clínicas prestando o primeiro atendimento, quando necessário;
- Avaliar a necessidade de encaminhamento aos demais níveis de complexidade, conforme articulação da UBS com a Rede de Atenção;
- Solicitar exames diagnósticos, realizar ou indicar procedimentos e/ou cuidados terapêuticos, e prescrever medicações, sempre que necessários;
- Solicitar exames de apoio diagnóstico, quando necessários, como Raio-X e ECG;
- Solicitar retaguarda hospitalar nos casos de maior gravidade e que ultrapassem a capacidade instalada da unidade;
- Implantar e implementar os protocolos clínicos assistenciais, possibilitando as condições de qualificação da assistência médica;
- Participar de grupos, discussões de casos clínicos e Planos Terapêuticos Individuais (PTI) com a equipe multidisciplinar da UBS.

Consultas de Enfermagem

A consulta de enfermagem (CE) é regulamentada pela lei do exercício profissional n° 7498/86, sendo de competência privativa do enfermeiro a sua realização bem como a prescrição da assistência de enfermagem, reforçando a melhoria nas condições da qualidade de vida por intermédio de uma abordagem educativa, contextualizada e participativa, sendo um processo de interação entre o profissional e o paciente, no qual o principal foco é a promoção da saúde. A consulta de enfermagem deve ter como foco principal os fatores de risco e suas consequências, a estabilidade nos quadros crônicos, a prevenção de complicações e a reabilitação.

A Sistematização da assistência de enfermagem (SAE) é um método de trabalho constituído por etapas que permitem ao enfermeiro melhorar a organização e coordenação das atividades de enfermagem.

A CE deve ser sistematizada e compreender a realização de um histórico, com um enfoque que vai além dos aspectos biológicos. A elaboração de diagnósticos de enfermagem

deve, por sua vez, contemplar ações, adotando-se ou não taxonomias consagradas ou a denominação de problemas ou de necessidades de atendimento e, finalmente, o plano assistencial inclui técnicas, normas e procedimentos que orientam e controlam a realização das ações destinadas à obtenção, análise e interpretação de informações acerca das condições de saúde da clientela, decisões quanto à orientação e outras medidas que possam influir na adoção de práticas favoráveis à saúde.

A Consulta de Enfermagem (CE) deve contemplar uma acuidade e ação global na abordagem não exclusivamente farmacológica e medicamentosa. Faz parte do processo educativo e deve estimular o paciente, família e comunidade à percepção do processo saúde-doença e da importância do autocuidado.

A execução do Processo de Enfermagem deve ser registrada formalmente, envolvendo: um resumo dos dados coletados; os diagnósticos de enfermagem acerca das respostas observadas; as ações ou intervenções de enfermagem realizadas; os resultados alcançados através das intervenções.

A documentação gerada por esses atendimentos permite aos membros da equipe de saúde tomar ciência das decisões, ações, e resultados obtidos com a assistência prestada. Essa documentação é representada pelos registros ou anotações de enfermagem e consiste em meio de comunicação para a equipe.

Consultas Odontológicas

A consulta odontológica realizada na atenção básica, tanto nas Unidades Básicas de Saúde - UBS como na Estratégia Saúde da Família – ESF, deve garantir o atendimento universal, com consultas programáticas e ou atendimento de demandas espontâneas a todas as faixas etárias.

A triagem odontológica antecede a consulta odontológica e tem o objetivo de identificar a parte da população que esteve mais exposta aos fatores de risco das doenças bucais, tais como cárie, doença periodontal, presença ou não de alterações da normalidade em tecidos moles, e/ou se possui algum grau de atividade dessas doenças. A proposta é estratificar as famílias segundo critérios de risco e convidá-las para tratamento odontológico, respeitando o princípio da equidade do SUS. Essa ação norteia a organização da assistência odontológica programática

ao público e busca a resolutividade da necessidade da população.

O paciente que procura a Unidade Básica de Saúde e informa seu interesse em realizar o tratamento odontológico completo, deverá ser inserido na agenda do grupo de Saúde Bucal para participar de Ação Coletiva em Saúde. O usuário receberá orientação de higiene e evolução da doença cárie e da doença periodontal, promovendo assim o autocuidado. São responsáveis pela atividade coletiva: o Técnico em Saúde Bucal, Auxiliar de Saúde Bucal ou Agente Comunitário de Saúde. São passadas também todas as orientações referentes ao fluxo de atendimento odontológico e então é agendada a Primeira Consulta Odontológica Programada. Nos casos de atendimento de urgência, o paciente com dor deve ser encaminhado para local de atendimento indicado pela SS/PMSJC.

O exame da cavidade oral dos pacientes durante a primeira consulta odontológica terá seu registro realizado em uma Ficha de Atendimento Odontológico. Esse exame clínico não é somente o início para realizar um tratamento, mas também um momento para estabelecer um vínculo entre paciente/profissional. O objetivo é a elaboração do diagnóstico, do prognóstico e do correto planejamento terapêutico.

4.16.2 ATIVIDADES DAS EQUIPES DE APOIO

Dentre os profissionais nutricionistas, assistentes sociais e farmacêuticos, que compõem as equipes de apoio, estão previstos os atendimentos individuais, a atuação nas atividades coletivas para populações específicas, ações de apoio matricial às equipes de SB, de SF e eAP, participação nas atividades de educação permanente, registro adequado no sistema de gestão, atendimentos domiciliares quando necessários. Ou seja, a participação ativa dos profissionais nas equipes visa aumentar a resolutividade dos serviços.

Visitas Domiciliares / Atendimentos Domiciliares

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica é atribuição comum a todos os profissionais da ESF/UBS realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente, no âmbito da Unidade de Saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários, quando necessário.

A Visita Domiciliar (VD) é uma tecnologia de interação no cuidado à saúde, sendo um

instrumento de intervenção fundamental utilizado pelos ACSs como meio de vinculação comunitária e de conhecimento da realidade de vida da das pessoas, favorecendo a compreensão de aspectos importantes da dinâmica das relações familiares. Durante as VDs são realizados os cadastramentos das famílias residentes no território de atuação; ações educativas; busca ativa dos faltosos nas linhas de cuidado prioritárias, dos beneficiários do bolsa família, dos faltosos nas vacinas, de comunicantes e/ou investigação epidemiológica; acompanhamento de egressos de internações hospitalares, convites para campanhas e atividades coletivas e acompanhamento de famílias vulneráveis, entre outros. Espera-se que cada família seja visitada, pelo menos, 1 vez ao mês.

O Atendimento Domiciliar (AD) é realizado pela equipe técnica e visa atender as necessidades de saúde identificadas durante as visitas domiciliares para pacientes acamados, domiciliados ou para aqueles que apresentem limitações para o deslocamento até o serviço de saúde relacionadas aos aspectos sócio-econômicos e ambientais. Nos ADs são realizados: procedimentos de enfermagem; atendimentos de médicos, enfermeiros e dentistas, bem como das equipes de apoio, quando necessário; atividades de orientação em saúde.

A realização da VD e AD são processos dinâmicos, pois a cada visita ou atendimento são identificadas novas situações, que alteram e/ou complementam as outras existentes e que demandam para reavaliações e intervenções. O planejamento para avaliação e definição da periodicidade das VDs e ADs acontecem em caráter multidisciplinar, respeitando as inserções técnicas de cada membro da equipe.

As visitas e os atendimentos domiciliares deverão ser sistematizadas e regulares para os usuários que dela necessitem recomendando-se que estejam previstas nas ações programáticas, agendadas conforme programação semanal, priorizando as situações de risco e outras demandas da equipe.

No retorno dos profissionais das VDs (realizadas pelos ACSs) e dos ADs (equipe técnica) deve-se proceder com o registro das informações com plano terapêutico, para possibilitar a continuidade do acompanhamento em saúde. O resultado das visitas ou atendimentos domiciliares deverão ser repassados à equipe de referência do caso em reunião de equipe, para os encaminhamentos necessários, conforme cada realidade.

É importante ressaltar que tanto nas VDs, como nos ADs, deve-se considerar a empatia e o respeito ao indivíduo, à família e suas condições de vida. Deverão ser utilizadas como ferramentas para ampliar o vínculo da equipe de saúde com a família/individuo, para ampliar a clínica e identificar os determinantes sociais do processo saúde-doença.

Atividades Coletivas

As Atividades Coletivas são desenvolvidas com indivíduos ou famílias, com a finalidade de estimular a relação social, a troca de informação e o apoio mútuo, sendo complementares às atividades individuais. Também estimula a criação de vínculos e a corresponsabilidade entre profissionais de saúde e comunidade no sentido de ampliar a qualidade de vida da população e assistência prestada.

Entre as atividades coletivas realizadas pelas equipes podemos citar:

- Reunião de equipe;
- Reunião com outras equipes de saúde;
- Reunião Intersetorial / Conselho local de saúde / Controle social;
- Educação em saúde - Exemplos: palestras, debates, rodas de conversa, etc;
- Atendimento em grupo- Exemplos: grupo terapêutico, oficinas em grupo, grupos formados por ciclo da vida ou por condição de saúde, etc;
- Avaliação/ Procedimento coletivo - Exemplos: avaliação antropométrica, escovação dental supervisionada, aplicação tópica de flúor, etc;
- Mobilização social - Exemplos: ações de promoção de mobilização comunitária, etc.

O público de cada atividade voltada à população é definido a partir das necessidades de saúde de cada território e por linhas de cuidados (Gestantes, DCNT, Planejamento Familiar, Tabagismo, PICs, Atividades Físicas, Cuidadores, Adolescente, Orientações sobre Alimentação Saudável, Idosos, Saúde Bucal e outros), podendo ser conduzidos por um profissional ou equipe multidisciplinar.

As atividades visam melhorar a qualidade de vida da população adstrita trabalhando a prevenção, promoção, recuperação da saúde além do diagnóstico precoce para o tratamento oportuno, conforme as diretrizes do SUS. O objetivo é fortalecer a atenção primária,

especialmente no fomento à mudança de comportamento da população, para obtenção de melhores resultados em saúde.

Serão aspectos importantes a serem observados na educação em saúde:

- Respeito à individualidade;
- Contextualização nas diversas realidades, incluindo as possibilidades de mudança;
- Respeito à cultura local;
- Respeito à linguagem popular para uma construção conjunta da prática;
- Ética;
- Autopercepção de saúde geral;
- Reflexão sanitária: o processo de educação em saúde deve capacitar os usuários para participar das decisões relativas à saúde;
- Uso de metodologias adequadas a cada situação e a cada grupo etário.

A SPDM realizará as atividades supra relacionadas com a participação do indivíduo, família, comunidade e profissionais de saúde, atendendo aos requisitos padronizados pela SMS-SJC, abrangendo todos os ciclos da vida da população.

4.16.3 AÇÕES RELACIONADAS À VIGILÂNCIA EM SAÚDE

A vigilância em saúde tem como objetivo a análise permanente da situação de saúde da população e a organização e execução de práticas de saúde adequadas ao enfrentamento dos problemas existentes. (Lei nº 8.080/90). Vigilância em saúde inclui: a Vigilância de Doenças transmissíveis (epidemiológica), a vigilância das doenças e agravos não transmissíveis, a vigilância ambiental, a vigilância da saúde do trabalhador e a vigilância sanitária.

As unidades de saúde devem conhecer o perfil de morbimortalidade da população do território, assim como os problemas de saúde próprios de suas respectivas áreas de abrangência, sua vulnerabilidade social e seus riscos associados à rápida disseminação ou persistência das doenças de notificação compulsória, buscando a “informação para a ação”. Deve conhecer e articular-se com os equipamentos de Saúde, da Educação e da Assistência Social do território, realizando busca ativa, e principalmente a detecção precoce de surtos e epidemias.

Territorialização / Cadastramento das Famílias

A territorialização é um dos pressupostos básicos do trabalho da ESF/UBS tendo como finalidade a demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços; reconhecimento do ambiente, população e dinâmica social existente nessas áreas e de estabelecimento de relações com outros serviços adjacentes.

É um instrumento de organização dos processos de trabalho e das práticas de saúde, visto que as ações de saúde são implementadas sobre uma base territorial detentora de uma delimitação espacial previamente determinada. Na ESF, o Ministério da Saúde recomenda 750 pessoas por ACS e entre 3.000 e 4.000 pessoas por equipe de referência.

Acolhimento da População na Unidade e Fora da Unidade

O cuidado integral à saúde transcende o modelo clássico de atenção, pois compreende o cidadão como sujeito de direito nas dimensões biopsicossociais. Para tanto, a equipe de saúde deve ter responsabilidade sanitária sobre o território; o serviço de saúde deve ter porta aberta aos usuários, facilitando o acesso, para maior resolutividade das necessidades de saúde apresentadas. Desenvolver na equipe a clínica ampliada e a gestão do cuidado, além da articulação de saberes e práticas multiprofissionais, torna-se primordial.

O equacionamento do atendimento à demanda não agendada por meio da promoção do acesso com equidade de todos os usuários que procuram uma unidade de saúde se dá através do Acolhimento, estratégia que requer um conjunto de ações articuladas e combinação do olhar sobre riscos e vulnerabilidade, o que possibilita identificar através dos critérios de Classificação de Risco e Vulnerabilidade as diferentes gradações das necessidades apresentadas, as situações de maior urgência e, com isso, proceder às devidas priorizações, encaminhamentos e direcionamento aos serviços competentes e para outros.

Para desenvolver esse processo de mudança da prática rotineira para uma ação intervencionista e de inovação, é necessário envolver todos os gerentes das Unidades sob a gestão da SPDM, e suas respectivas equipes técnicas. A roda de conversa será utilizada como metodologia para facilitar a construção de um diálogo para o exercício do pensar compartilhado, para problematizar os planos de mudanças, desenhar as propostas de implementação, aprimoramento, os planos de ação para avaliação e seu monitoramento.

Os temas discutidos serão disseminados nas Unidades, propondo-se à escuta dos profissionais e colaboradores, desenvolvendo-se assim uma prática participativa e contínua de aprendizado dos saberes e fazeres de cada um.

Os usuários que procurarem as UBS´s sem consulta agendada, com queixa e solicitando orientação, serão encaminhados para o acolhimento, sendo atendidos por enfermeiros. Embora o acolhimento seja realizado pelo enfermeiro, todos os profissionais da Unidade deverão ser sensibilizados e capacitados para a identificação e priorização do atendimento durante todo o percurso do usuário no serviço.

No Acolhimento os usuários serão ouvidos por enfermeiros, conforme escala pré-estabelecida, que deverão escutar a queixa, as expectativas, identificar riscos e vulnerabilidade, e se responsabilizar para dar uma resposta adequada ao problema, conjugando as necessidades imediatas dos usuários com a oferta de serviço disponível, produzindo um direcionamento responsável e resolutivo à demanda de cada pessoa e uma mudança do foco do atendimento da doença para a pessoa, humanizando assim o atendimento.

Oportunizará também ações de prevenção, de educação em saúde, de detecção precoce de agravo. No acolhimento realizado durante as atividades extramuros (visitas domiciliares, atendimentos domiciliares, ações coletivas no território) além de promover um vínculo do usuário com a UBS local, garante um maior embasamento na definição e priorização das ações de promoção e atenção à saúde.

Ações Intersetoriais no Território

Deve-se considerar a importância e as especificidades dos espaços / territórios / locais de vida individual e coletiva na construção de ações de promoção, e vislumbrar o território como locus para articulação intersetorial, permitindo a priorização de ações mediante a escuta dos atores sociais ali presentes.

Como forma de potencializar as ações de saúde propostas no plano de trabalho apresentado, torna-se fundamental buscar a integração das equipes das UBS e USF com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias e promoção de espaço de construção de cidadania.

Busca-se consolidar as Redes Protetivas e Solidárias para atuar conjuntamente em problemas comuns a todos, que geram impactos diretos e /ou indiretos nos serviços e nas diversas políticas públicas.

Dispensação de Medicamentos

Acontecerá durante todo o horário de funcionamento da unidade, realizado por auxiliar de farmácia, com supervisão técnica de farmacêutico. Todos as farmácias seguirão as diretrizes da metodologia Lean.

Principais Procedimentos de Enfermagem

- Vacinação
- Inalação
- Medicação e Curativo
- Realização de teste rápido de gravidez
- Realização de testes rápidos das ISTs
- Coleta de Papanicolaou (com aprazamento do retorno)
- Coleta de material para análises clínicas
- Coleta de material para detecção dos erros inatos do metabolismo (Teste do pezinho)
- Verificação da Pressão Arterial
- Verificação de Glicemia Capilar
- Verificação de Temperatura
- Tratamento de feridas
- Eletrocardiograma
- Passagem e troca de sonda vesical de alívio ou de demora

4.16.4 CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO

AÇÃO	RESPONSÁVEIS	QUANDO
Consultas médicas	Médicos e gerente	No início do contrato de gestão, com prazo de 30 dias para gestão plena das atividades
Consultas de enfermagem	Enfermeiros e gerente	
Consultas odontológicas	Equipe de SB e gerente	
Atividades das equipes de Apoio	Profissionais de apoio e	

	gerente	
Visitas e Atendimentos Domiciliares	ACS, equipe técnica e gerente	
Atividades Coletivas	Todos os profissionais	
Ações de Vigilância em Saúde	Todos os profissionais	
Territorialização e cadastramento das famílias	ACS com o apoio de toda equipe	
Acolhimento da população na unidade e fora da unidade	Todos os profissionais e enfermeira responsável	
Ações intersetoriais no território	Todos os profissionais	
Dispensação de medicamentos	Farmacêutico e gerente da unidade	
Procedimentos de enfermagem	Enfermeira responsável pelo setor	

4.17 Proposta de implantação de sustentabilidade ambiental quanto ao descarte de resíduos

A Gestão Ambiental tem o objetivo de otimizar o uso de recursos e minimizar os impactos ambientais, garantindo a sustentabilidade ambiental da Instituição e proteção dos pacientes, colaboradores, saúde pública e meio ambiente. Entre as principais atribuições da Gestão Ambiental estão o gerenciamento de resíduos, eficiência energética, uso racional de água e controle de pragas, gestão de emissões de gases de efeito estufa.

Organização do Serviço

As atividades da Gestão Ambiental do Hospital serão balizadas por referências como a Norma ISO 14001: Sistema de Gestão Ambiental bem como pela Campanha Internacional Agenda Global Hospitais Verdes e Saudáveis (AGHVS). Trata-se de um referencial para o setor Saúde baseado em 10 objetivos inter-relacionados (Liderança, Substâncias Químicas, Resíduos, Energia, Água, Transporte, Alimentos, Produtos Farmacêuticos, Edifícios, Compras) para o desenvolvimento de ações sustentáveis, contribuindo para melhorar a saúde pública e ambiental em todo o mundo.

Ressalta-se especial atenção ao Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde com legislações específicas, tais como Resolução RDC ANVISA 222/18 e Resolução CONAMA 358/05 e atualizações.

Instruções Técnicas

- Formação de uma Comissão de Gerenciamento de Resíduos atuante com reuniões periódicas;
- Capacitação dos colaboradores da Instituição em Gerenciamento de Resíduos;
- Contratação de empresas para prestação de serviços de coleta, tratamento e destinação final de resíduos de acordo com a categoria de risco;
- Contratação de empresa especializada em Controle de Pragas;
- Elaboração e acompanhamento dos Indicadores Ambientais;
- Descrição do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS);
- Padronização e dimensionamento de cestos de resíduos/carros de coleta levando em consideração tipo e quantidade de resíduo gerado em cada setor;

- Padronização de sacos para coleta de resíduos conforme classificação e grupos de resíduos a que pertencem;
- Identificação dos sacos de resíduos com fita adesiva contendo as seguintes informações (setor, data e turno), garantindo assim a rastreabilidade e confiabilidade no processo;
- Definição de fluxos e horários de coleta interna de resíduos;
- Adequação das áreas de armazenamento interno e externo de resíduos (caso necessário);
- Implantação de projetos como caneca ecológica, uso racional de energia, uso raciona de água etc.
- Implantação de projetos de coleta seletiva para clientes internos e externos, para diferentes tipos de resíduos (papel/papelão, plástico, metais, chapas de raios-x, pilhas/baterias, óleo de fritura etc.);
- Controle de licenças ambientais das empresas prestadoras dos serviços de coleta, tratamento e destinação final dos resíduos;
- Visita aos prestadores de serviços de coleta, tratamento e destinação/disposição final de resíduos;
- Implantação de treinamentos relacionados ao descarte de resíduos junto às equipes e possivelmente à comunidade usuária do serviço de saúde;
- Indicação de um responsável técnico pelo PGRSS;
- Adesão à campanha internacional Agenda Global Hospitais Verdes e Saudáveis;
- Elaboração do Inventário de Gases de Efeito Estufa;
- Participação no Desafio Resíduos – Projeto Hospitais Saudáveis/Saúde sem Dano;
- Participação no Desafio: A Saúde pelo Clima – Projeto Hospitais Saudáveis/Saúde sem Dano.

Indicadores de Desempenho

- Percentual de reciclagem de resíduos
- Geração de resíduos infectante/paciente-dia
- Inventário de gases de efeito estufa

Legislação Vigente

Resolução RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 - Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.

Resolução CONAMA nº 275, de 25 de abril de 2001- "Estabelece código de cores para diferentes tipos de resíduos na coleta seletiva".

Resolução CONAMA nº 316, de 29 de outubro de 2002: "Dispõe sobre procedimentos e critérios para o funcionamento de sistemas de tratamento térmico de resíduos".

RESOLUÇÃO no 358, DE 29 DE ABRIL DE 2005 Dispõe sobre o tratamento e a disposição final dos resíduos dos serviços de saúde e dá outras providências.

Resolução RDC ANVISA 222/2018, dispõe sobre o Regulamento Técnico para o Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde.

Resolução RDC ANVISA 52/2009:– Dispõe sobre o funcionamento de empresas especializadas na prestação de serviço de controle de vetores e pragas urbanas e dá outras providências. Portaria SVS/MS nº 344/98 – Estabelece o Regulamento Técnico das substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial.

Portaria CVS 21/2008: Norma Técnica sobre Gerenciamento de Resíduos Perigosos de Medicamentos em Serviços de Saúde.

Portaria CVS 09/2000: Norma Técnica para Empresas Prestadoras de Serviço em Controle de Vetores e Pragas Urbanas. ABNT - NBR 12235- Armazenamento de resíduos sólidos perigosos.

ABNT - NBR 12.810 - Coleta de resíduos de serviços de saúde

ABNT - NBR 13853- Coletores para resíduos de serviços de saúde perfurantes ou cortantes - Requisitos e métodos de ensaio, de maio de 1997

ABNT - NBR - 7.500 - Símbolos de Risco e Manuseio para o Transporte e Armazenamento de Material.

ABNT - NBR - 9191 - Sacos plásticos para acondicionamento de lixo - Requisitos e métodos de ensaio.

ABNT - NBR 14652 - Coletor-transportador rodoviário de resíduos de serviços de saúde.

ABNT - NBR 14725 - Ficha de informações de segurança de produtos químicos – FISPQ.

ABNT - NBR - 10004 - Resíduos Sólidos – Classificação.

ABNT - NBR - 14001 – Sistema de Gestão Ambiental.

Agenda Global Hospitais Verdes e Saudáveis. Disponível em

http://greenhospitals.net/wp-content/uploads/2012/03/GGHHA-Portugese.pdf

4.17.1 CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO

A sustentabilidade ambiental será implantada de imediato nas Unidades Básicas de Saúde, caso a SPDM consagre vencedora do certame.

4.18 Sistemática de monitoramento e garantia da qualidade e garantia as informação.

A Unidade de Tecnologia da Informação tem por objetivo aplicar as melhores práticas recomendadas por organismos internacionais reconhecidos (ITIL, COBIT e PMI), no que tange à Tecnologia da Informação. Ainda, tem por responsabilidade disponibilizar todos os recursos tecnológicos e prestar o suporte necessário para a execução dos processos administrativos e assistenciais.

A fim de atingir os objetivos, a Unidade de Tecnologia da Informação possui metodologia que garante a implementação de sistemas através de técnicas de gerenciamento de projetos, contratação e qualificação de pessoas e gestão de infraestrutura, para atender adequadamente aos requisitos de segurança, integridade, disponibilidade e confiabilidade das informações.

No **Anexo IX** destacamos o Projeto Técnico da Tecnologia de Informação da SPDM com detalhamento da sistemática de monitoramento e garantia da qualidade e da segurança da informação.

4.18.1 CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO

A Sistemática de monitoramento e garantia da qualidade e garantia as informação serão implantadas de imediato, caso a SPDM consagre vencedora do certame.