



ENVELOPE 1: PROPOSTA DE TRABALHO

À SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE-SES/GO

CHAMAMENTO PÚBLICO - Nº 001/2023

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

RUA DIRCEU DE ANDRADE N º 33 SÃO MATEUS

JUIZ DE FORA/ MG, CEP: 36025-140

CNPJ: 21.583.042/0001-72/ TEL: (32) 4009-2367

EMAIL: MARIANABARBOSA@HMTJ.ORG.BR

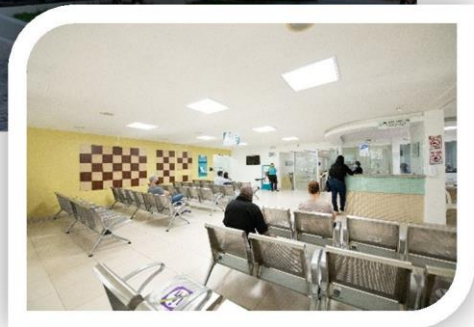
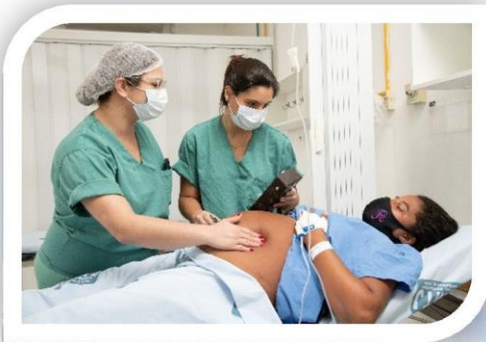
CARLAMACHADO@HMTJ.ORG.BR

ÍNDICE

Apresentação organização social de saúde Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus	0005
Título, justificativa da proposta, objetivos do modelo assistencial, caracterização da unidade	0034
FA.1 – ÁREA ATIVIDADE	0038
Fluxos operacionais compreendendo a circulação em áreas restritivas, externas e internas	0039
Fluxo unidirecional para materiais esterilizados/roupas	0049
Fluxo unidirecional de Resíduo de saúde	0067
Implantação da Logística de Suprimentos	0101
Proposta para Regimento Interno da Unidade	0131
Proposta para regimento do serviço multiprofissional	0147
Proposta de Projeto de Tecnologia da Informação com vista ao controle gerencial da Unidade e melhoria do atendimento ao usuário	0172
Proposta para Regimento do Corpo Clínico	0176
Proposta de Manual de Protocolos Assistenciais	0189
Proposta de Manual de rotinas para a administração financeira e gestão de custos.	0204
Proposição de projetos assistenciais de saúde e/ou sociais dentro do custeio previsto para a unidade.	0255
FA. 2 – ÁREA DA QUALIDADE	0264
Comissão de ética médica	0266
Comissão de ética de enfermagem	0278
Comissão de biossegurança	0296
Comissão de infecção hospitalar	0304
Comissão de análise e revisão de prontuários	0318
Comissão de verificação de óbitos	0327
Comissão de residência médica (COREME)	0335
Comissão de residência multiprofissional (COREMU)	0364
Comissão interna de prevenção de acidentes - cipa	0397
Serviço Especializado em Engenharia e Segurança em Medicina do trabalho (SESMT)	0411
Comissão de documentação médica e estatística	0438
Comitê de ética em pesquisa (CEP)	0446
Equipe multiprofissional de terapia nutricional (EMTN)	0466
COMISSAO DE PROTEÇÃO RADIOLOGICA	0479
Comissão de resíduos de serviços de saúde	0488

Comitê transfusional	0497
Núcleo de qualidade e segurança do paciente (NQSP)	0505
Núcleo de vigilância epidemiológica hospitalar	0514
Comissão interna de qualidade	0524
Comissão de prevenção e cuidados com integridade da pele.	0531
Comitê de gerenciamento dos pacientes com risco para longa permanência hospitalar	0541
Núcleo interno de regulação (NIR)	0550
Comissão de farmácia e terapêutica	0571
Comissão de acidentes com material biológico (CAMB)	0579
Comitê de compliance	0587
Outras comissões	0610
Desenvolvimento da unidade	0636
Projeto de Educação Permanente individualizada para o estabelecimento de saúde	0637
Fluxo de Manutenção Preventiva e corretiva de equipamentos para a unidade de saúde	0651
Possuir parceria com instituições de ensino ou suas próprias para desenvolvimento de projetos de pesquisa na área de assistência hospitalar e/ou de saúde pública em concordância com o plano estadual de saúde vigente.	0748
Projeto de hospital ensino para a unidade	0883
Manual com indicação das formas de notificação, recepção, orientação social e apoio psicossocial aos usuários e acompanhantes na emergência conforme Classificação de Risco.	0895
Proposta e metodologia e instrução com definição de horários, critérios e medidas e controle de risco para as visitas aos usuários	0914
Proposta de implantação de orientações quanto às formas de acomodação e conduta para os acompanhantes, Proposta de formas de acomodação e conduta para os acompanhantes, com ênfase aos de usuários idosos, crianças, adolescentes e portadores de necessidades especiais conforme previsão da legislação vigente.	0920
Proposta de desenvolvimento das ações da ouvidoria vinculada a ses, com pesquisa de satisfação.	0927
FA3 – QUALIDADE TÉCNICA	0942
Experiência anterior em gestão hospitalar da proponente	0943
Experiência da organização da sociedade civil - osc na gestão de hospitais por quantidade igual ou superior a 200 leitos	0944
Experiência da organização da sociedade civil - osc na gestão de hospitais por quantidade igual ou superior a 100 leitos e inferior a 200 leitos.	0961
Experiência da organização da sociedade civil - osc na gestão de hospitais por quantidade igual ou superior a 50 leitos e inferior a 100.	0999
Certificado de entidade beneficente de assistência social (cebas) ativo e regular na área da saúde, com proposta de aplicação do recurso na unidade hospitalar, com anuência posterior da ses/go	1083

Certificado de acreditação – ona, joint commission internacional, qmentum da canadá accreditation internacional obtidos pela unidade hospitalar durante a gestão da osc proponente.	1088
Apresentação do organograma da unidade com definição das competências de cada membro do corpo diretivo	1092
Titulação de especialistas em administração hospitalar e/ou gestão em saúde dos membros da diretoria e gerência que atuarão na unidade, com documento comprobatório de interesse do titular	1199
Experiência mínima de 1 ano no gerenciamento (direção) de Unidade Hospitalar da diretoria ou gerência que atuará na unidade com documento comprobatório do interesse do titular	1222
Apresentação de quadro de pessoal médico por área de atenção compatível com as atividades propostas no plano de trabalho.	1241
Protocolos de enfermagem (rotinas por nível de qualificação dos profissionais) nas áreas de ambulatório e urgência	1244
Protocolos assistenciais de atenção médica e rotinas operacionais para os serviços de maior complexidade na medicina como nas emergências e unidades de terapia intensiva de adulto	1300
Protocolos assistenciais de atenção médica e rotinas operacionais para os ambulatórios, hospital dia e enfermarias, destaques para os plantões e sobreavisos.	1527
Proposta para convênio de cooperação técnica com entidades de ensino para desenvolvimento de estágio curriculares, treinamentos em serviços, residências e estágios	1644
Apresentação de título stricto sensu na área de gestão em saúde dos indicados para a gestão da unidade, com documento comprobatório de interesse do titular	1647
Protocolos de enfermagem (rotinas por nível de qualificação dos profissionais) nas áreas de internação/enfermarias, UTI, CME e bloco cirúrgico.	1651
Instrução para o funcionamento do serviço social com especificação de estrutura, normas e rotinas, definidas as áreas de abrangência, horário e equipe mínima	2027
Instrução para o funcionamento da equipe multiprofissional com especificação de normas e rotinas, área de abrangência, horário e equipe mínima.	2040
Normas para o funcionamento do serviço de Administração Geral com especificação de estrutura, normas e rotinas, horário e equipe mínima	2050
Apresentação da padronização de medicamentos e materiais médicos hospitalares	2058
Apresentação de critérios para a contratação de terceiros para os serviços de limpeza, vigia/vigilância e manutenção predial	2090
Apresentação de projeto de desenvolvimento humano com pesquisa periódica de clima organizacional e definição de uso das informações.	2103
Apresentação de plano de cargos e salários	2141
Proposta para estabelecimento de Normas para Seleção de Pessoal, Contrato de Trabalho e Avaliação de Desempenho, sugestão de condutas para combater absenteísmo dos profissionais e estimular produção	2184
Registro e controle de pessoal e modelo para escalas de trabalho e apresentação de critérios para casos de afastamentos (férias e licenças)	2278
METODOLOGIA DE PROJETOS: Proposta de trabalho com adequado planejamento, visão de futuro, cronogramas de execução, custos estimados e resultados factíveis.	
PROPOSTA FINANCEIRA	2306



APRESENTAÇÃO DA PROPONENTE ORGANIZAÇÃO SOCIAL HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS (HMTJ)

➤ **Histórico:**

A história **desta Organização Social de Saúde** Hospital Maternidade Therezinha de Jesus – HMTJ inicia-se em **1º de dezembro de 1926**, data de sua fundação na cidade de Juiz de Fora, por iniciativa dos médicos José Dirceu de Andrade, Navantino Alves e Renato de Andrade Santos. A partir de então, grandes foram as conquistas que esta renomada instituição alcançou, e que a tornaram referência em atendimento médico no âmbito nacional.

Quando de sua fundação, o HMTJ, então Maternidade Therezinha de Jesus, localizava-se em um prédio na Avenida Quinze de Novembro, atual Getúlio Vargas. Ali ocorreu o primeiro nascimento, um bebê do sexo feminino, batizado como Therezinha de Jesus. Este foi o primeiro dos mais de 150 mil juiz-foranos que ali nasceram, e que contabilizam quase um terço da população do município. Em 1931, com recursos doados pelo Governo do Estado de Minas Gerais, a instituição passou a funcionar na Rua São Mateus, onde 81.410 nascimentos foram registrados.

No ano de 1978, a instituição transfere sua sede para a atual localização, à rua Dr. Dirceu de Andrade, no número 33, do bairro São Mateus, em terreno próprio de 12.700m².



Um novo alicerce para o HMTJ:

Em 15 de setembro de **2005**, a Maternidade Therezinha de Jesus firma um convênio de co-gestão com grupo diretivo especialista, e torna-se Hospital Geral, assumindo o atual nome de Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus e passando a prestar assistência à saúde, em âmbito geral, em diversas especialidades, além de fomentar o ensino e a pesquisa aos futuros profissionais de saúde.

Implementado o processo de gestão, o HMTJ foi completamente reformado, e tornou-se maior, mais confortável e mais seguro para seus usuários. Ampliou em cinco mil m² sua área construída, atualmente contando com 12 mil m². Nos anos seguintes, foram ampliados os leitos disponibilizados de 60 para 160, dentre os quais 20 destinam-se à UTI Adulto, 8 à UTI Neonatal e 2 à UTI Pediátrica.

Nesta época foram absorvidos novos 350 funcionários, que hoje totalizam mais de 600 colaboradores. Contando com 290 leitos ativos, o Hospital destina 100% de seus leitos ao Sistema Único de Saúde. Possui 50 leitos de UTI Tipo II: 40 Adultos, 08 Neonatais e 02 Pediátricos, cadastrados junto ao Ministério da Saúde através da Portaria MS/GM nº 2.283, de 10 de outubro de 2008, conta ainda com 8 salas de cirurgia e 42 consultórios para atendimento aos usuários do SUS.

Novos serviços também passaram a ser oferecidos, entre eles:

- ✓ Centro de Fisioterapia
- ✓ Centro de Parto Normal
- ✓ Clínica de Odontologia com 30 consultórios
- ✓ Ambulatório, com 42 consultórios e mais de 40 especialidades.
 - ✓ Atendimento médico hospitalar nas áreas básicas da saúde, realizado por médicos contratados e médicos residentes (Clínica médica, Cirurgia Geral, Pediatria, Gastroenterologia, Endocrinologia, ortopedia e Traumatologia, Neonatologia, Obstetrícia e Ginecologia e Saúde da Família e multiprofissional – enfermagem, farmácia, fisioterapia e odontologia).

Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Tratamento:

- ✓ Hemodiálise
- ✓ Hemodinâmica
- ✓ Ultrassonografia
- ✓ Endoscopia Digestiva

- ✓ Raios-X convencional e com Fluoroscopia
- ✓ Tomografia Computadorizada
- ✓ Laboratório de análises clínicas e patológicas

Em 12 de maio de **2011**, foi firmada, ainda, nova contratualização com a Prefeitura de Juiz de Fora, que viabilizou a ampliação da gama de serviços prestados, tais como: internações, cirurgias, consultas e exames. Como resultado, houve significativa diminuição da demanda reprimida de atendimento aos pacientes do SUS no município de Juiz de Fora, micro emacrorregião.

Em dezembro do mesmo ano, por meio de convênio com a Secretaria Estadual de Saúde e Prefeitura de Juiz de Fora, o Hospital tornou-se pioneiro no Estado de Minas Gerais no **atendimento 100% SUS**, focando toda sua assistência no atendimento à população que necessita da atenção pública. A divulgação à população de Juiz de Fora e região deu-se por meio de uma ampla campanha informativa intitulada: **Hospital 100% SUS, aqui você é particular.**

Ainda em **2011**, por meio da **Portaria Interministerial nº1.120**, o HMTJ foi certificado como **Hospital de Ensino**. Esta dupla certificação, emitida pelos Ministérios da Saúde e da Educação, é fruto de árduo trabalho por parte da equipe gestora do Hospital Maternidade Therezinha de Jesus e em muito engrandece a instituição, que recebeu o conceito máximo.

A Organização Social de Saúde Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus (OSS HMTJ) é uma entidade sem fins lucrativos, cujo trabalho é de gestão e execução de atividades e serviços de saúde de unidades públicas, com metas e tipo de assistência voltada para o atendimento exclusivo de pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS)

Ampliando horizontes gerenciais para melhoria continua da saúde pública

As evoluções não pararam por aí. A possibilidade de utilizar toda esta expertise gerencial para melhoria continua da saúde para população foi ampliada em contratos/convênios de gestão em parceria com gestores públicos visando otimizar recursos para ofertar melhores serviços.

A gestão é estabelecida por meio de contrato com as secretarias de Saúde e o objetivo da OSS HMTJ é trabalhar em colaboração com o poder público para ampliar a oferta de um atendimento humanizado e de qualidade, desenvolvido com técnicas de gestão inovadoras, fazendo com que o cidadão usuário do SUS seja atendido em unidades públicas comparáveis aos grandes centros privados.

Desde o início do trabalho em todas as unidades são implementados os conceitos que norteiam o grupo: busca contínua pelo aprimoramento da qualidade dos processos de trabalho; acreditação das unidades geridas; valorização dos colaboradores e compromisso com a oferta da melhor assistência em saúde à população usuária do SUS, associada à otimização dos recursos disponíveis.

A OSS desenvolve soluções criativas e de melhor qualidade sendo estas implantadas com agilidade e agregando valor aos recursos públicos.

Os tempos atuais mostram que nunca foi tão oportuno debater o tema das parcerias para o desenvolvimento no Brasil. As esferas de governo encontram-se, hoje, bem alinhadas em torno desse assunto, havendo um forte consenso por parte dos poderes públicos estaduais, municipais e da União quanto à necessidade de articulação com a iniciativa privada para a requalificação da infraestrutura e para o provimento de serviços públicos no país.

Medidas recentes adotadas no âmbito do Governo Federal, especialmente, vêm reforçar a importância que o assunto alcançou na pauta política do Brasil, sinalizando a forte preocupação com a criação de um ambiente de negócios públicos propício ao ingresso de novos investimentos e à retomada do desenvolvimento econômico.

O País precisa inverter esta condição no curto prazo, mas as restrições de natureza fiscal e orçamentária existentes, que exigem a redução das despesas não obrigatórias, e simultaneamente a dificuldade ou mesmo impossibilidade de recorrer a novas fontes (aumento da carga tributária), inviabilizam que o setor público possa, através da contratação pública tradicional de obra, recuperar, pelo menos nos próximos anos, o atraso e déficit existentes.

Considerando a necessidade de recursos financeiros destinados a alavancar os investimentos de longo prazo, relacionados com a redução da pobreza e da desigualdade, para melhorar as condições de

infraestrutura no país, e com o entendimento de que as Alianças Público- Privadas são instrumentos importantes para a implantação de políticas públicas, analisamos o contexto e mecanismos para a promoção do desenvolvimento com a parceria do setor privado.

NOSSA MISSÃO:

Prestar assistência à saúde com excelência, oferecendo soluções inteligentes de gestão em unidades médico-hospitalares.

VALORES E POLÍTICAS:

➤ **ÉTICA:**

Agir com integridade, honestidade moral e intelectual e com respeito à legislação vigente sobre todos os aspectos;

➤ **QUALIDADE**

Alcançar resultados consistentes gerando valor para as partes interessadas;

➤ **HUMANIZAÇÃO**

Trabalhar com respeito, equidade, integralidade, dignidade de forma universal;

➤ **INOVAÇÃO**

Buscar continuamente tecnologias e métodos de trabalhos inovadores;

➤ **SUSTENTABILIDADE**

Agir de maneira socialmente justa, economicamente viável, culturalmente aceita e alinhando as ações com os objetivos de desenvolvimento da instituição.

➤ **TRANSPARÊNCIA**

Fazer uso correto e responsável da aplicação dos recursos à Saúde e prestar conta deste ato aos órgãos responsáveis e à sociedade.

➤ **Unidades Gerenciadas:**

A Organização Social de Saúde Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus (OSSHMTJ) é uma entidade sem fins lucrativos, cujo trabalho é de gestão e execução de atividades e serviços de saúde de unidades públicas, com metas e tipo de assistência voltada para o atendimento exclusivo de pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS).

A gestão é estabelecida por meio de contrato/convênio com os entes públicos de saúde, e o objetivo da OSS HMTJ é trabalhar em colaboração com o poder público para ampliar a oferta de um atendimento humanizado e de qualidade, desenvolvido com técnicas de gestão inovadoras, fazendo com que o cidadão usuário do SUS seja atendido em unidades públicas comparáveis aos grandes centros privados.



Desde janeiro de **2010**, o HMTJ assumiu a administração da **Unidade de Pronto Atendimento – UPA do bairro Santa Luzia**. A Unidade realiza procedimentos de **baixa e média complexidade**, com ênfase no atendimento de urgência e emergência em Clínica Médica e Pediatria. Também realiza **pequenos procedimentos cirúrgicos de urgência**, tais como suturas e drenagem de abscessos, entre outros. Disponibiliza a atendimentos de urgência 24 horas por dia, ininterruptamente, onde são realizados cerca de **7.315 atendimentos/mês**.



Ao HMTJ foi concedido, em **30 de março de 2012**, e publicado no Diário Oficial nº061 do Estado do Rio de Janeiro, a qualificação como Organização Social de Saúde, com área de atuação em Maternidade e UPA 24 Horas. Com isto foi possível gerenciar unidades públicas no Estado.

O trabalho do HMTJ teve início no estado do Rio de Janeiro com a inauguração do Hospital Estadual da Mãe de Mesquita, em 14 de junho de 2012, unidade voltada para o acompanhamento completo de gestantes de baixa e média complexidade - do pré natal ao parto e puerpério. Realizando aproximadamente 7.611 consultas ambulatoriais/mês, 845 internações/mês, 187 cirurgias/mês e 608 partos/mês.

mes, 187 cirurgias/mês e 608 partos/mês.



O número de consultas, exames e partos realizados em seu primeiro ano de funcionamento comprovam não só a eficiência do trabalho realizado, mas também a importância do hospital à população. A unidade se torna a principal referência em maternidade para gestantes de risco habitual da Baixada Fluminense.

A partir de janeiro de **2013**, a OSS HMTJ assumiu a gestão de outras unidades de saúde. São elas: **Hospital Estadual da Mulher Heloneida Studart**, unidade é referência principal em Maternidade de Alta Complexidade, possuindo 139 leitos com diferencial de Leitos de UTI Materna e UTI/UI NEO, o qual realizava cerca de 4.439 consultas ambulatoriais/mês, 674 internações/mês, 145 cirurgias/mês e 449 partos/mês.



Também neste ano, a HMTJ assumiu a gestão do **Hospital Estadual Vereador Melchiades Calazans**, sendo o único Hospital Estadual a possuir um CTQ (Centro de Tratamento de Queimado), além das demais especialidades clínicas e cirúrgicas. Realizando aproximadamente 1.560 consultas ambulatoriais/mês, 491 internações/mês, 210 cirurgias/mês e 147 partos/mês.

Hospital Estadual Vereador
Melchiades Calazans –
Nilópolis/RJ



Desafio ainda maior foi encontrado na gestão do **Hospital Albert Schweitzer**, unidade contava com cerca de 500 Leitos, sendo distribuídos entre as mais diversas especialidades, incluindo 54 leitos de maternidade, 70 de UTI adulto e 30 leitos de UTI NEO, sendo a principal referência de atendimentos de Urgência e Emergência da região oeste do RJ, o qual realizava cerca de 975 consultas ambulatoriais/mês, 1.354 internações/mês, 508 cirurgias/mês e 258 partos/mês.



As **Unidades de Pronto-Atendimento (UPAs) de Botafogo, Copacabana, Tijuca e Jacarepaguá**, também tiveram início de suas atividades sob a gestão da HMTJ em 2013, apresentando melhoras significativas em seus resultados. O número de atendimentos/mês realizados em cada uma foi de aproximadamente 11.938, 9.255, 12.702 e 11.900.



A Organização Social Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus, em julho de 2014, assumiu a administração do Hospital Estadual da Região do Lagoa Nossa Senhora de Nazaré (HELagos). A unidade conta com atendimento ambulatorial nas especialidades de cirurgia geral, ortopedia, ginecologia e ortopedia, além de maternidade para atendimento a gestante e bebê de alto risco. Realizando aproximadamente 366 consultas ambulatoriais/mês, 362 internações/mês, 158 cirurgias/mês e 137 partos/mês.



Em agosto de **2015**, foi inaugurada **UPA JK** no **município de Contagem/MG**, sendo administrada desde então, pelo HMTJ. A UPA JK tem como foco o atendimento de urgência e emergência, nas especialidades de clínica médica e cirúrgica, ortopedia e pediatria, funciona 24 horas por dia, 7 dias por semana. Um diferencial é que a unidade é a primeira do município a contar com serviço de emergência odontológica, disponível de segunda a sexta-feira, das 19h às 7h, e 24 horas nos fins de semana e feriados. A referida unidade realizou em média, 13.025 atendimentos/mês.

13.025 atendimentos/mês.



Ocorreu durante a gestão da HMTJ em **2016**, processo de municipalização do **Hospital Estadual Albert Schweitzer e Hospital Estadual Rocha Faria**, ambos na zona oeste do RJ. Como a HMTJ já era gestora da primeira unidade, desempenhando de forma muito satisfatória, foi convidada a assumir a gestão também do **Hospital Rocha Faria** em caráter emergencial.



Em dezembro de **2017**, o HMTJ assumiu a gestão do **Hospital de Clínicas Sul (HCS)**, em **São José dos Campos/SP**. O HCS é a segunda maior unidade hospitalar pública do município e realiza, em média, **19.189 atendimentos por mês**. É um hospital associado a Unidade de Pronto Atendimento, que conta assistência adulta, pediátrica, ortopédica e cirúrgica de baixa complexidade. Em **2019** houve a renovação contratual com ampliação dos serviços através da criação do ambulatório de especialidades e gestão do laboratório municipal.



Já em 20 de agosto de **2018** o HMTJ assumiu a gestão da **Unidade de Pronto Atendimento UPA ANTÔNIO JOSE DOS SANTOS** no município de **Nova Serrana/MG**, após vencer o chamamento público para administração e operacionalização da unidade e firmar contrato com a Secretaria Municipal de Saúde. São realizados aproximadamente 10.100 atendimentos/mês, sendo hoje a segunda UPA do estado de MG certificada **ONA Nível 1**.



desafios foram assumidos pelo HMTJ, quando em março de

Novos desafios foram assumidos pela HMTJ, quando em março de **2018 foi aberto edital de Chamamento Público para celebração de convênios com Organizações Sociais** para prestação de serviços complementares na área de atenção à saúde, visando o atendimento dos objetivos específicos estabelecidos pela Secretaria Especial de Saúde Indígena – SESAI.

Em outubro deste mesmo ano, após conclusão do processo de seleção, celebrou a assinatura de 4(quatro) convênios e iniciou a gestão dos mesmos. Sendo eles:

- DESEI Tapajós (Pará)
- DESEI Alto Rio Juruá (Acre)
- DESEI Porto Velho (Rondônia)
- CASAI Brasília



Em fevereiro de **2019**, após vencer o chamamento público para administração e operacionalização da unidade **UPA Norte na Cidade de Betim**, a OSS HMTJ iniciou o processo de adequação física, onde ao final desta Unidade teve seu funcionamento iniciado em **9 de junho** com cerca de 13.500 atendimentos por mês, sendo 16 leitos adultos, 16 pediátricos e 7 de urgência (5 adultos e 2 pediátricos). Possui também 7 consultórios médicos, separando o atendimento de pediatria do atendimento adulto, com um fluxo específico.



Betim/MG

Com muita satisfação, noticiamos, que no dia 20 de dezembro de 2019 após homologação e assinatura do termo de parceria, a Organização Social de Saúde Hospital Maternidade Therezinha de Jesus foi apresentada como vencedora do chamamento público nº 002/2019 para ser gestora responsável da **Unidade de Pronto Atendimento Geraldo dos Reis Ribeiro**, localizada no Bairro Primavera, no município de Timóteo – MG.

Aberta para o público no dia 27 de janeiro de 2020, a unidade conta com 3 leitos de urgência, 3 leitos de observação adulto feminino, 3 leitos de observação adulto masculino e 3 leitos de pediatria, 2 leitos de isolamento além de 1 sala para classificação de risco, 1 sala para atendimento da assistente social e 4 consultórios. A Unidade foi a Primeira UPA do estado de MG certificada **ONA Nível 1**.

UPA 24 –
Timóteo/MG



Em 04 de maio de 2020, através da celebração de convênio emergencial para gerenciamento e execução de ações e serviços de saúde por um período inicial de 180 dias com a Secretaria Municipal de Saúde visando à implantação urgente de medidas de prevenção, controle e contenção de risco, danos e agravos gerados pelo Novo Coronavírus. A UBS Parque Industrial é uma das maiores unidades do município e realiza, em média, 1.940 atendimentos por mês.



O Hospital e Maternidade Terezinha de Jesus, inaugurou no dia 24 de julho de 2020, 10 leitos de UTI adulto no Hospital Vital Brazil em Timóteo/MG. Em parceria com a Prefeitura Municipal de Timóteo que obteve a assinatura de contrato no dia 07 de julho de 2020, o HMTJ gerenciou os leitos para pacientes com COVID19.

Em apenas 17 dias, toda a estrutura, compras de equipamentos e medicamentos, contratação de pessoal, fluxos internos entre outros processos foram realizados para atender com muita qualidade e humanização os pacientes com COVID-19.

A unidade atendeu pacientes confirmados e/ou suspeitos com o novo corona vírus 24 horas, 7 dias por semana, por uma equipe composta de 15 médicos plantonistas nas diversas especialidades médicas como infectologista, nefrologista, cirurgia geral, dentre outros, além de cerca de 40 profissionais como enfermeiros, técnico de enfermagem, farmacêutico, técnico em farmácia e profissionais da área administrativa. A gestão dos 10 Leitos de UTI foi finalizada no dia 05/01/21



Em dezembro de 2021, o HMTJ assumiu a gestão da Unidade UPA São Pedro na cidade de Juiz de Fora, inaugurada em 27 de maio de 2010, com o intuito de prestar serviços de urgência principalmente à região de São Pedro, a unidade presta hoje atendimento a moradores de 125 bairros e de 20 cidade do entorno.

Ela, assim como as outras Unidades de Pronto Atendimento, é dotada de modernos equipamentos, funcionando como estrutura de complexidade intermediária entre as unidades básicas de saúde e as

portas de urgência hospitalares, com acolhimento e classificação de risco, conhecido como "Protocolo de Manchester", em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências.

A unidade realiza procedimentos de baixa e média complexidade, com ênfase no atendimento de urgência e emergência em Clínica Médica e Pediatria. Equipada com 15 leitos, sendo três centros de tratamento intensivo - CTI (setor vermelho) e 12 para pacientes classificados como laranja (estado de saúde grave), a UPA Oeste conta com a dedicação demais de cem funcionários.



Em 2022 o HMTJ foi declarado vencedor em três diferentes editais de licitação, sendo um o Hospital Cristiano Machado na cidade de Sabará, hospital este do estado de MG, e 2 unidades na Cidade de Jacareí/SP, sendo 1 Unidade de pronto Atendimento, e uma Unidade Básica de Saúde.



➤ Políticas da Qualidade:

As constantes e rápidas mudanças tecnológicas, econômicas, sociais, políticas e culturais veem demonstrando que é imprescindível romper com as práticas gerenciais obsoletas e que melhorias contínuas são necessárias para atingir e assegurar um bom desempenho organizacional.

A implantação de um Sistema de Gestão da Qualidade é requerida pelo mercado, uma vez que um dos principais fatores de desempenho de uma organização é a qualidade de seus produtos e/ou serviços. O aumento das necessidades e expectativas do cliente é uma realidade mundial e vem sendo visto como prioridade nas organizações.

Um Sistema de Gestão da Qualidade implantado serve para prover confiança para a Alta Direção e também para o cliente, sendo, portanto, uma decisão estratégica do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus.

A NBR ISO 9001:2008 define Sistema de Gestão da Qualidade como um “conjunto de elementos interligados, integrados na organização, que funciona como uma engrenagem para atender à Política da Qualidade e os objetivos da empresa, tornando visível nos produtos e serviços e atendendo as expectativas dos clientes”.

O Sistema de Gestão da Qualidade é, portanto, concebido para satisfazer as necessidades gerenciais internas da organização, bem como para abranger os objetivos da qualidade; sendo estas necessidades gerenciais e objetivos voltados para atender as expectativas e requisitos especificados pelo cliente e outras partes interessadas. A implantação de um Sistema de Gestão da Qualidade possibilitará ao Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus um melhor conhecimento e gerenciamento dos seus processos internos e externos.

Entendendo que a implantação de um Sistema de Gestão da Qualidade, aliado ao envolvimento e comprometimento de todas as pessoas e a provisão adequada de todos os recursos necessários, é fundamental para o sucesso e permanência da empresa no mercado e para assegurar a satisfação e segurança dos clientes e beneficiar todas as partes interessadas, a Alta Direção do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus, em março de 2012, foi responsável por sua implementação. O Sistema de Gestão da Qualidade tem como base nas Normas NBR ISO 9001:2015 e Manual Brasileiro de Acreditação - Organizações Prestadoras

de Serviços de Saúde, versão 2018, da Organização Nacional de Acreditação – ONA e RDC nº. 93. de 26 de maio de 2006, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, que dispõe sobre o Manual Brasileiro de Acreditação de Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde e as Normas para o processo de Acreditação

A equipe de Qualidade desenvolve rotineiramente treinamentos para desenvolvimento das pessoas afim de seguirem no processo de melhoriacontinua.



O Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus (HMTJ) presta assistência à saúde, como hospital geral, em diversas especialidades. **Possui em sua matriz certificação máxima da Organização Nacional de Acreditação (ONA), como Hospital Acreditado com Excelência, nível 3 e duas unidades sob sua gestão foram acreditadas em 2022 com o ONA 1.**

Faz parte da Rede Sentinela, da Anvisa e, de forma regional, trabalha os princípios do Sistema de Qualidade da Gestão, SGQ:5S, sob selo SENES e premiação na área de Sustentabilidade.

O Manual da qualidade aplicado as unidades Geridas pela HMTJ, descreve o Sistema de Gestão da Qualidade estabelecido e mantido pelo Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus, bem como as diretrizes para a execução dos serviços prestados, com foco no cliente, buscando a melhoria contínua e a produção e divulgação de conhecimento científico.

O escopo do sistema de gestão da qualidade abrange todos os Serviços Prestados no Hospital, conforme sua estrutura para atendimento à saber:

- Atendimento Ambulatorial:
- Terapia Intensiva: UTI Adulto e UTI Neo Natal.
- Serviços de Auxílio ao Diagnóstico e Tratamento:
- Diagnóstico por Imagem (Raios-X, Tomografia, Ressonância);
- Laboratório de Análises Clínicas.
- Serviços Auxiliares de Saúde:
- Fisioterapia;
- Fonoaudiologia;
- Psicologia;
- Serviço Social;

Comissões / Comitês / Núcleos e Grupos Técnicos:

- Comissão de Controle de infecção Hospitalar;
- Núcleo de Segurança do Paciente;
- Comissão de Farmácia e Terapêutica;
- Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA;
- Comissão de Suporte Nutricional;
- Comissão de Revisão de Prontuários;
- Comissão Intra Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos;
- Comissão de Revisão de Óbito;
- Comitê Interno de Prevenção de Mortalidade Materna, Infantil e do Óbito Fetal;

- Comissão de Ética Médica;
- Comitê Transfusional;
- Comissão de Radioproteção;
- Comissão de Perfuro-cortante;
- Comissão de Ética de Enfermagem;

1. SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

- **Requisitos Gerais**

O Sistema de Gestão da Qualidade descrito no Manual e na documentação que o apoia, cobre todas as atividades relativas ao escopo de serviços prestados pela OSS Hospital e Maternidade de Therezinha de Jesus com foco no cliente, buscando a melhoria contínua e a produção e divulgação de conhecimento.

O Sistema foi desenvolvido de acordo com a Política da Qualidade e está adequado à realidade específica da empresa e em conformidade com a NBR ISO 9001:2015 – “Sistemas de Gestão da Qualidade - Requisitos” e “Manual Brasileiro de Acreditação - Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde, versão 2018 e RDC nº 93, de 26 de Maio de 2006, da Organização Nacional de Acreditação – ONA”. A interpretação de cada Item e Requisito do Sistema de Gestão da Qualidade é definida neste Manual, sendo o mesmo elaborado na seqüência do referencial normativo NBR ISO 9001:2015, a fim de facilitar as ações de verificação de adequação e conformidade entre a norma e o Sistema, bem como entre o Sistema e o serviço prestado.

O Sistema de Gestão da Qualidade foi criado para atingir os seguintes objetivos:

- Fornecer um controle de gerenciamento formalizado e aperfeiçoado da prestação dos serviços, em um ambiente de mudança contínua;

- Aumentar, de modo mensurável, a qualidade do serviço prestado aos clientes e contribuir diretamente para a melhoria da eficácia e da produtividade;
- Melhorar continuamente a imagem da empresa no mercado, fornecendo evidências objetivas do compromisso e aperfeiçoamento contínuo da qualidade;
- Reforçar na cultura dos colaboradores, a qualidade centrada no cliente e baseada numa determinação de executar serviços que atendam os requisitos do cliente de forma humanizada, segura e com excelência;
- Manter o aprimoramento científico e inovação tecnológica, seguindo as melhores evidências científicas disponíveis;
- Criar e manter um ambiente de trabalho agradável e harmônico para todos os clientes, colaboradores e médicos da empresa.

O Sistema de Gestão da Qualidade foi planejado levando-se em consideração a necessidade de:

- Prestar atendimento médico-hospitalar com qualidade e segurança aos clientes da OSS- Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus;
- Estabelecer métodos para assegurar a operação e controle dos processos levando-se em consideração a competência do seu pessoal;
- Disponibilizar os recursos e informações necessárias para operação e monitoramento dos processos;
- Implementar uma sistemática adequada para monitorar, medir e analisar os processos;
- Implementar ações necessárias para atingir os resultados planejados e a melhoria contínua do Sistema de Gestão da Qualidade;
- Manter o aprimoramento científico e inovação tecnológica, seguindo as melhores evidências científicas disponíveis.

- **Requisitos de documentação**

A documentação do Sistema de Gestão da Qualidade do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus consiste em:

- Declaração documentada da Política da Qualidade e seus objetivos;
- Manual da Qualidade;
- Procedimentos documentados do Sistema de Gestão da Qualidade conforme requeridos pela NBR ISO 9001:2015 e Manual de Acreditação das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde, e outros não requeridos pela norma, mas necessários para assegurar o planejamento, a operação e o controle eficaz do Sistema de Gestão da Qualidade;

Ferramentas da Qualidade:

- Mapa de processos: O mapeamento de processos de negócios objetiva determinar a forma em que os insumos recebidos de um fornecedor, são tratados e transformados em produtos que serão entregues aos clientes.
- Cadeia Cliente Fornecedor – CCF: Melhor forma de atender às necessidades do cliente dentro das possibilidades de entrega do fornecedor, de maneira a não afetar o resultado final do processo.
- Procedimentos Sistêmicos, que são documentos que descrevem o que, quem e como a atividade que envolve diversos setores é realizada;
- Procedimentos Operacionais Padrão específicos para as áreas assistenciais e administrativas, que contempla as instruções de trabalho no seu nível mais simples ou detalhado, conforme requerido.
- Análise Crítica Global que descreve o desempenho dos setores durante o semestre, discorrendo sobre as melhorias implantadas, novas ações propostas e resolutividade das Não conformidades recebidas além de descrever os pontos fortes e oportunidades; fraquezas e ameaças sugerindo ações para minimizá-los.
- Matriz de Risco: tem como finalidade o reconhecimento precoce das situações que podem gerar consequências indesejáveis aos pacientes e

funcionários envolvidos no meio assistencial, à organização e ao meioambiente.

- Matriz de Registro: Controles necessários para identificação, armazenamento, indexação, proteção, recuperação, tempo de retenção edescarte dos registros.
- RNC: Relato de não conformidade;
- LEG: Lista de legislações;
- LMDE: Lista Mestra de documentos externos;

RESPONSABILIDADE DA DIREÇÃO

O comprometimento da Direção com o desenvolvimento e implantação do Sistema de Gestão da Qualidade, está evidenciado nos processos implantados e no compromisso com a melhoria contínua de sua eficácia, traduzido desde o estabelecimento da Política da Qualidade, dos Objetivos da Qualidade mensuráveis, incluindo seu planejamento e a sistemática para a coleta e avaliação de indicadores; da disponibilização de recursos para a implementação do Sistema e os mecanismos criados para avaliação e análise crítica.

Entre outras evidências podemos destacar, através de comunicações internas veiculadas em que se pode perceber que todos os colaboradores se pautam pela importância de atender os requisitos dos clientes, assim como os requisitos legais, regulamentares e estatutários.

FOCO NO CLIENTE

Os requisitos do cliente são determinados e acordados, entre o Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus e seus clientes, quando da realização de serviço. Os clientes envolvidos no processo e de acordo com definições do planejamento estratégico são: Paciente / Família, Corpo Clínico e colaboradores.

Pesquisas periódicas de satisfação são realizadas como realimentação do sistema na averiguação da satisfação dos clientes.

POLÍTICA AMBIENTAL

“Nos comprometemos com a melhoria contínua para alcançar a compatibilidade entre seus processos, serviços e o meio ambiente, assim como com a redução da utilização dos recursos naturais e energia visando a preservação do meio ambiente, e a prevenção dos danos ambientais, através do cumprimento da legislação e demais normas ambientais vigentes, principalmente, as que tratam de geração e disposição final resíduos hospitalares”.

POLÍTICA DA SEGURANÇA E SAÚDE OCUPACIONAL

“Promover a segurança, saúde, melhoria da qualidade de vida do colaborador, prevenção de acidentes, incidentes ou quaisquer danos à saúde advindos do trabalho, ou que ocorram no curso dele por meio da eliminação ou redução dos riscos nos ambientes de trabalho.”

GESTÃO DE RECURSOS

A Direção da OSS Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus está comprometida em proporcionar os recursos necessários para atingir os objetivos de satisfação dos clientes e atendimento de seus requisitos, através da implantação do Sistema de Gestão da Qualidade.

Semestralmente, durante a análise crítica, a alta Direção em conjunto com os gestores de cada setor avalia requisitos de recursos que foram identificados pelos próprios setores através das auditorias internas do setor da Qualidade baseada no manual da ONA / ISO 9001:2015 e legislações vigentes.

Esta avaliação abrange a identificação, controle e provimento de recursos adequados para: capacitação dos colaboradores, atividades operacionais, novas tecnologias, equipamentos, controle de processo, atividades de verificação correlacionadas com inspeção/ensaios, atividades relativas a auditorias internas da qualidade, recursos para infraestrutura, investimentos no que tange a segurança do trabalho, e outros, visando à manutenção do Sistema e melhorias contínuas da Qualidade.

Evidências do gerenciamento e acompanhamento de tais recursos estão contidas nas “Análises Críticas da Alta Direção”.

RECURSOS HUMANOS: Competência, Treinamento e Conscientização

A atribuição de responsabilidades formais previstas nas Descrições de Cargos e Competência é feita com base na educação, capacitação, habilidades e competências requeridas.

O processo de recrutamento e seleção busca identificar o profissional com conhecimentos técnicos e perfil adequado à realização da função conforme descrição do cargo. Todo novo colaborador contratado pela empresa recebe treinamento sobre educação para a qualidade e política da qualidade, visando conscientizá-lo quanto à importância de suas atividades no objetivo final da qualidade, conforme PRS HMTJ 045 – Gestão de treinamento e desenvolvimento de pessoal.

O treinamento para as funções do SGQ é programado com base em necessidades estabelecidas nas diferenças entre desempenho real e o desejado para satisfazer plenamente o cliente do próximo processo.

As necessidades de treinamento padrão são levantadas semestralmente pelos líderes setoriais, com o apoio do setor de Treinamento e Desenvolvimento, e são planejadas, providas e estabelecidas no Plano Anual de Treinamento, sendo realizada a avaliação para verificar sua eficácia.

Os registros de treinamentos internos e externos, bem como a eficácia destes são mantidos em meio físico no setor de Recursos Humanos. A eficácia dos treinamentos realizados é monitorada pelos líderes setoriais, conforme definido no procedimento PRS HMTJ 045 - Gestão de Treinamento.

O Programa Semestral de Treinamento inclui treinamentos técnicos, participação em eventos, feiras, congressos e outras atividades externas, visando à qualificação e capacitação dos colaboradores. A Direção disponibiliza recursos financeiros para capacitação.

A OSS- HMTJ assegura que seu pessoal está consciente quanto à pertinência e importância de suas atividades e de como elas contribuem para atingir os Objetivos da Qualidade, com base em conhecimentos e participações das atividades de gestão.

Bianualmente é realizada a pesquisa de clima interno conforme

previsto no PRS HMTJ 187 – Gestão do Clima Organizacional, com o objetivo de identificar os aspectos que têm contribuído ou prejudicado as empresas no engajamento das pessoas frente aos seus objetivos e estratégias de negócios; Mensurar a percepção que as pessoas que trabalham na empresa têm das políticas, práticas, ambiente interno e das relações humanas; Orientar a priorização das ações de melhoria pós- pesquisa, bem como dos planos de ação oportunamente desenvolvidos.

INFRAESTRUTURA

A OSS Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus dispõem de infraestrutura necessária e adequada para atender ao escopo do seu negócio, em conformidade com os requisitos legais. Os locais de trabalho e as instalações para realização dos procedimentos atendem de forma satisfatória, desde a recepção até o momento da alta.

O Hospital opera com alto nível de processos informatizados, dispondo de equipamentos, serviços de apoio e softwares adequados ao desenvolvimento dos serviços, possibilitando agilidade e qualidade no atendimento aos seus Clientes e na operação da gestão administrativa.

AMBIENTE DE TRABALHO

As condições do ambiente de trabalho necessárias para alcançar a conformidade com os requisitos legais e dos serviços em todas as etapas são monitoradas e os critérios estão definidos em Procedimento Operacional Padrão e Procedimentos Sistêmicos.

A qualidade na segurança e higiene do trabalho é assegurada e mantida conforme determina a legislação e requisitos estabelecidos pela própria empresa, como a segurança individual e coletiva dos colaboradores, iluminação, ergonomia, entre outras. Assim, são mantidos:

PCMSO - Programa de Controle Médico e de Saúde Ocupacional. PPRA - Programa de Prevenção de Riscos Ambientais.
Plano de Emergência.

PLANEJAMENTO DA REALIZAÇÃO DO PRODUTO

A OSS-HMTJ, identifica e planeja todos os seus processos, assegurando que estes são executados sob condições controladas, incluindo:

- Procedimentos Sistêmicos e Procedimentos Operacionais Padrão devidamente documentados;
- Conformidades com normas, legislações, portarias e regulamentos apropriados;
- Monitoração e controle de parâmetros adequados de processos e de serviço;
- Critérios claros de execução dos serviços operacionais assistenciais e administrativos;

Manutenção preventiva e corretiva de equipamentos;

- Registros necessários para evidenciar que os processos e os serviços atendem aos requisitos especificados.

PROCESSOS RELACIONADOS A CLIENTES

Todos os serviços realizados consideram as necessidades dos Clientes em seu atendimento, na realização e na finalização do serviço bem como em atividade de acompanhamento de casos. Aspectos da Qualidade Intrínseca dos serviços, não requeridos de forma consciente pelos Clientes, são absolutamente considerados e atendidos.

Todos os serviços realizados levam em consideração a legislação específica bem como as definições de padronização de serviços estabelecidas nos Procedimentos Operacionais Padrão e Procedimentos Sistêmicos, visando assegurar:

- Requisitos adequadamente definidos, esclarecidos e documentados;
- Quaisquer diferenças resolvidas e acordadas entre Cliente e Hospital;
- Capacidade produtiva para atender aos requisitos contratuais ou do pedido;
- Procedimentos, especificações e requisitos de Clientes;
- Requisitos estatutários e regulamentares atendidos.

COMUNICAÇÃO COM O CLIENTE

A OSS HMTJ mantém canais de comunicação com todos os seus clientes de forma a poder fornecer informações necessárias sobre seus serviços tanto de forma passiva quanto ativa. São mantidos canais de comunicação ativa objetivando oferecer aos clientes informações e atualizações sobre as modalidades de serviços prestados, bem como sobre serviços realizados.

Toda comunicação dos Clientes quanto a queixas, manifestações, sugestões ou solicitações são registradas e tratadas como não- conformidades, sendo retomadas ao Cliente quando apropriada.

Dentre os canais de comunicação há jornal, pesquisa de satisfação do cliente externo, Ouvidoria, e no endereço eletrônico www.hmtj.org.br.

1. TÍTULO:

Seleção de instituição sem fins lucrativos qualificada como Organização da Sociedade Civil – OSC, visando à celebração de Termo de Colaboração para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde em regime de 24 horas/dia, no **Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO)**

2. JUSTIFICATIVA DA PARCERIA

A presente parceria se justifica em razão da necessidade de selecionar a melhor proposta por meio de Chamamento Público, com base nos princípios administrativos da isonomia, da legalidade, da impessoalidade, da moralidade, da igualdade, da publicidade, da probidade administrativa, da vinculação ao instrumento convocatório, do julgamento objetivo, bem como em critérios técnicos, para celebrar Termo de Colaboração destinado às atividades de saúde do Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO).

OBJETIVOS DO MODELO ASSISTENCIAL:

Este Plano de Trabalho objetiva, em consonância com a Política Nacional e Estadual de Saúde, oferecer à população da região, serviços na área da saúde, de modo a atender às especificações que se fizerem necessárias para a sustentabilidade da integralidade de cuidados, nos termos deste Edital e seus anexos, buscando consolidar os melhores resultados em todas as áreas de sua abrangência assistencial, na prestação de serviços de saúde ao cidadão, implantando as normatizações e padronizações que melhor atendam às necessidades de assistência da população.

São objetivos de deste:

- ✓ Promover a melhoria do acesso dos usuários aos serviços de saúde
- ✓ Humanizar as relações entre os profissionais de saúde e usuários no que se refere à forma de atender este usuário, seus problemas e demandas;

- ✓ Mudar o objeto da doença para doente (sujeito);
- ✓ Realizar abordagem, integral a partir de parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania;
- ✓ Aperfeiçoar o trabalho em equipe com a integração e complementaridade das atividades exercidas pelas diferentes categorias profissionais, buscando orientar o atendimento dos usuários aos serviços de saúde por riscos apresentados, complexidade do problema, grau de saber tecnologias exigidas para solução;
- ✓ Aumentar a responsabilidade dos profissionais de saúde em relação aos usuários e elevar o grau de vínculo e confiança entre eles;
- ✓ Proporcionar maior agilidade na aquisição de medicamentos, insumos, serviços, equipamentos, reformas, criação de leitos, etc.;
- ✓ Ter uma contratação e gestão de pessoas mais flexível e eficiente, com subsequente incremento da força de trabalho da Administração Pública e ampliação quantitativa e qualitativa da oferta dos serviços de saúde;
- ✓ Operacionalizar uma clínica ampliada que implica na abordagem do usuário para além da doença e suas queixas, construir o vínculo terapêutico visando aumentar o grau de autonomia e de protagonismo dos sujeitos no processo de promoção a saúde, e a elaborar o projeto terapêutico individual e coletivo.
- ✓ Maior satisfação do usuário SUS, que passa a contar com uma maior resolubilidade;
- ✓ Continuidade do tratamento através de orientação e preparo do paciente/familiar antes da alta hospitalar com resultado efetivo;
- ✓ Melhoria na oferta de assistência pública de saúde, pelo aumento da capacidade instalada.

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 na satisfação dos envolvidos, sejam clientes, colaboradores e comunidade e demais stakeholders.

A gestão por processos demanda a concepção e o contínuo monitoramento de um quadro de indicadores de desempenho para constante avaliação do alcance das metas estabelecidas de eficácia, eficiência e efetividade.

A área administrativa compartilhada entre as unidades e a Matriz HMTJ é composta pelas áreas técnico-administrativas e de apoio que atuam como suporte da gestão local contribuindo para que as diretrizes estratégicas sejam claramente disseminadas e que haja sinergia entre as equipes, processos e unidades.

Unidades bem organizadas possuem todas as condições de atingir seus objetivos, prestando uma boa e integral assistência aos seus usuários, transformando-se em instrumento de realização para seus profissionais, contribuindo decisivamente para a melhoria dos níveis de saúde da comunidade.

O produto deste Modelo Assistencial significa "Busca contínua ao cuidado à saúde perfeito no SUS", ofertando serviços de qualidade e alta resolubilidade, baseados em indicadores de qualidade.

3. **CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE**

Inaugurado em 1991, o Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO) é o segundo maior hospital de urgência e emergência do Estado de Goiás, atuando como uma unidade de Assistência, Ensino, Pesquisa e Extensão Universitária, especializada em Média e Alta Complexidade em Urgência/Emergência.

Atualmente conta com atendimento das especialidades: Clínica Cirúrgica (Bucomaxilofacial, Cirurgia Geral, CirurgiaVascular, Neurocirurgia, Ortopedia/Traumatologia, Cirurgia Torácica, Otorrinolaringologia); Clínica Médica (Geral, Cardiologia, Neurologia, Geriatria e Vascular), podendo oferecer suporte assistencial de acordo com a necessidade e demandas do Complexo Regulador Estadual.

Possui 288 (duzentos e oitenta e oito) leitos gerais e 57 (cinquenta e sete) leitos complementares sendo todos leitos de UTI adulto e disponíveis ao SUS, bem como outros setores de suporte além de centro cirúrgico com 10 salas em funcionamento.

Oferece ainda serviço de apoio diagnóstico com equipamentos adequados para a execução de exames laboratoriais, serviços de imagem, incluindo tomografias.

A gestão da clínica ocorrerá baseada no cuidado, com a implementação de equipes multiprofissionais de referência, de forma a assegurar o vínculo entre a equipe, o usuário e os familiares, com a garantia de visita e presença do acompanhante nos casos previstos em normativa interna e com a valorização de fatores subjetivos e sociais, atendendo os quesitos da Política Nacional de Urgência e Emergência e a Política Nacional de Humanização.

As Diretrizes Terapêuticas e Protocolos Clínicos serão adotados a fim de garantir intervenções seguras e resolutivas, qualificando a assistência prestada ao usuário.



10.1.1: FA. 1 – ÁREA DE ATIVIDADE

Área atividade: avalia as ações propostas para a organização da unidade



10.1.1: FA. 1 – ÁREA DE ATIVIDADE

IMPLANTAÇÃO DE FLUXOS INDIVIDUALIZADA AO PERFIL DA UNIDADE DE SAÚDE (A FORMA DE APRESENTAÇÃO SERÁ CONSIDERADA LEVANDO-SE EM CONTA A CLAREZA E ENTENDIMENTO DO FLUXO)



10.1.1: FA. 1 – ÁREA DE ATIVIDADE

IMPLANTAÇÃO DE FLUXOS INDIVIDUALIZADA AO PERFIL DA UNIDADE DE SAÚDE (A FORMA DE APRESENTAÇÃO SERÁ CONSIDERADA LEVANDO-SE EM CONTA A CLAREZA E ENTENDIMENTO DO FLUXO)

Fluxos operacionais compreendendo a circulação em áreas restritivas, externas e internas

Fluxos operacionais compreendendo circulação de áreas restritas, internas e externas

Os fluxos elencados neste item atenderão as normas legais e serão implantados no hospital. Em consonância com a Portaria nº 2.395, de 11 de outubro de 2011 do Ministério da Saúde, o HMTJ, propõe a implantação de mecanismos de gestão da clínica e urgências, visando à qualificação do cuidado, eficiência de leitos, reorganização dos fluxos e processos de trabalho e implantação de equipe de referência.

O objetivo HMTJ na Gestão é sempre prestar um atendimento de qualidade e eficiência, para que isso aconteça os objetivos para organização do fluxo dos usuários em atendimento são:

- Orientar as pessoas que passam pelas portarias, indicando o caminho aos serviços quando perguntado;
- Certificar o ingresso de pessoas devidamente identificadas através de crachás (funcionários, visitantes, acompanhantes, fornecedores, pacientes e representantes comerciais autorizados pelo setor de Compras);
- Respeitar os horários de visitas, troca de acompanhantes e outros serviços afim de não prejudicar o atendimento ao usuário;
- Proibir o ingresso de vendedores, ambulantes e comércio de produtos não autorizados;
- Ter em seu poder os números de emergência, tais como: Delegacia de Polícia Civil; Delegacia de Polícia Militar; Corpo de Bombeiros; Conselho Tutelar, entre outros;
- Registrar todas as informações em instrumentos criados para que possa ser utilizado na troca de plantão e para verificação de sua liderança. Durante a troca de plantão deverá ser passado aos respectivos porteiros que assumirem o posto, quando da rendição, todas as orientações recebidas e em vigor, bem como não conformidades observadas nas instalações.

De acordo com a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) Nº 50, as circulações externas e internas dos Estabelecimentos Assistências à Saúde correspondem aos seus acessos (fluxos), estacionamentos e circulações horizontais e verticais, em conformidade com a norma NBR-9050.

Deve haver uma preocupação de se restringir ao máximo os números desses acessos, com o objetivo de se conseguir um maior controle da movimentação no estabelecimento

de saúde, evitando-se o tráfego indesejado em áreas restritas, o cruzamento desnecessário de pessoas e serviços diferenciados, além dos problemas decorrentes de desvios de materiais.

Uma unidade Hospitalar pode agregar diversos tipos funcionais de acessos em um único espaço físico, dependendo da interligação e aglutinação das unidades funcionais existentes, ou ter acessos físicos diferenciados para cada tipo funcional.

Os tipos de pessoas e materiais que acessam (entram e saem) são:

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

Neste sentido, organizar o fluxo de circulação dos usuários da Unidade é fundamental para que a atenção e assistência ao usuário seja ofertada de forma organizada, oportuna, segura e com qualidade.

Para tanto, os usuários da Unidade serão categorizados como:

- Usuário a ser registrado: trata-se dos usuários que adentraram a Unidade e estão aguardando o registro da recepção;
- Usuário em espera do ACCR: trata-se dos usuários que já foram registrados pela recepção e, portanto, já estão portando a pulseira de identificação da Unidade;
- Usuário em Atendimento: trata-se dos usuários que já foram classificados e, portanto, já estão com a identificação da classificação na pulseira de identificação.
- Usuários que estão com procedimento agendado no ambulatório da Unidade;
- Usuários em Observação: trata-se dos usuários que já foram atendidos pelo médico e necessitam ficar em observação de até 24 horas;
- Usuários em Internamento: trata-se dos usuários que estão em leito de internamento da enfermaria ou das unidades de terapia intensiva

- Usuário de Alta: trata-se dos usuários que já foram atendidos e o médico assistente liberou para casa;
- Usuário de Procedimento Diferenciado: trata-se dos usuários que procurem a Unidade para realização de curativos portando a solicitação ou aqueles que cheguem com cortes em sangramento que possam necessitar de sutura. Neste caso também estão os pacientes remanejados para realização de exame e avaliação especializada.

O fluxo de atendimento dos pacientes iniciará quando da realização da ficha de atendimento e o encaminhamento para a sala de classificação de risco. Ao entrar na unidade, o usuário deverá retirar uma senha para realizar o cadastro na recepção, sendo atendido por este setor por ordem de chegada.

A recepção principal irá realizar o cadastro do paciente e direcioná-lo ao atendimento solicitado. Ao ser cadastrado no sistema de prontuário MV SOUL, o paciente receberá uma pulseira de identificação com seus dados impressos.

A pulseira será afixada pelo recepcionista que orientará ao usuário a mantê-la durante todo o período que estiverem em atendimento nas unidades. Os usuários autorizados a ter acompanhante, receberá também uma etiqueta de identificação para o acompanhante que deverá ser afixada na roupa, em local de fácil leitura.

Depois de realizar a Ficha de Atendimento e ser identificados pela pulseira, o paciente passará pelo Acolhimento de Classificação de Risco, neste momento, o paciente é atendido por um profissional enfermeiro (a) que amplia a escuta de suas queixas a partir do Protocolo de Classificação de Risco adotado pela unidade, classifica o grau de risco do paciente, identificando na pulseira do paciente a cor da sua classificação. Desta forma, o atendimento assistencial passa a ser encaminhado de acordo com gravidade do caso, e não por ordem de chegada.

Após o ACCR o paciente é encaminhado para a sala de espera, aguardando o atendimento médico. A partir da consulta médica, o paciente poderá fazer exames, receber medicação (na sala de medicações), ou ainda ser encaminhado para a leitos de internação ou ter alta orientada para casa, dependendo de seu estado clínico ou necessidade de saúde.

Destes usuários, aqueles que necessitarem de internação para elucidação diagnóstica, tratamento terapêutico clínico, cirúrgico ou ainda transferência, passarão a ser usuário em internação sendo conduzido pela enfermagem ao leito de acordo com quadro clínico.

Fluxo nas áreas internas da unidade

As condições ambientais necessárias ao auxílio do controle da infecção hospitalar dependem de pré-requisitos dos diferentes ambientes do estabelecimento, quanto a risco de transmissão da mesma.

Nesse sentido, o HMTJ sistematizará o fluxo de pacientes, acompanhantes, visitantes e funcionários respeitando a classificação das áreas conforme descrito a seguir:

- **Áreas Críticas:** São aquelas onde há maior reunião de pacientes graves (baixa resistência), maior número de procedimentos invasivos e, portanto, maior número de infecções. Essas áreas são absolutamente restritas aos funcionários que nelas desempenham suas atividades diárias e pacientes sob tratamento.

- **Áreas Semicríticas:** São aquelas onde os pacientes se encontram internados, mas com risco de transmissão de infecção menor.

- **Áreas não críticas:** São todas as áreas hospitalares onde não há risco de transmissão de infecção, não ocupadas por pacientes, ou destinadas a exames clínicos.

Fluxo nas Áreas Restritas

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

Fluxo paciente interno

O fluxo dos pacientes internos diz respeito aos deslocamentos dos pacientes que são internados. O paciente interno, no nosso entender, é o mesmo que o paciente internado. Consideramos o paciente internado o indivíduo admitido num estabelecimento de saúde com internamento para diagnóstico ou tratamento, que ocupa uma cama com permanência igual ou superior a 24 (vinte e quatro) horas.

Serão também considerados como pacientes internados aqueles que venham a falecer, os que sejam transferidos para outro estabelecimento de saúde ou os que saiam do estabelecimento contra o parecer médico, independentemente de permanecer menos de 24 (vinte e quatro) horas nesse estabelecimento.

O fluxo dos pacientes internos não se restringe apenas às unidades de internação, estes podem ainda aceder a outras unidades funcionais para diagnóstico, terapia ou cirurgia, sempre que necessário.

Fluxo paciente externo

O fluxo dos pacientes externos diz respeito aos deslocamentos dos pacientes que pretendem um atendimento imediato (urgências e emergências). Quando procura assistência à saúde, o paciente externo, geralmente, não necessita de internação, ou seja, não pernoita na Instituição.

Entre a admissão e alta hospitalar, a estadia do paciente externo na Instituição de Saúde não excederá as 24 (vinte e quatro) horas, no entanto, caso suceda alguma complicação do seu estado clínico que exija o seu internamento, o paciente externo passa a ser um paciente interno, uma vez que pernoita na unidade de saúde.

Como o paciente externo não necessita de internamento, o seu deslocamento e o dos seus acompanhantes pelo Serviço será restringindo apenas às unidades funcionais que prestem os serviços de atendimento correspondentes a este tipo de paciente.

O fluxo do paciente é limitado aos serviços de urgência e emergência e, seguirá por meios de diagnóstico, de e terapêutica e do setor de urgência e emergência, sendo monitorado por fluxos e critérios pré-estabelecidos.

Fluxo de Acompanhantes

O fluxo de acompanhantes é relativo aos deslocamentos das pessoas que encaminham e apoiam o paciente, as quais tanto podem ser familiares como amigos.

Os acompanhantes encaminham os pacientes aos serviços hospitalares e poderão estar presentes até à sua admissão formalizada na Instituição, de forma a oferece-lhes apoio moral naquele momento difícil. Por vezes, os familiares poderão permanecer no Hospital durante o período de internação dos pacientes, desde que haja um alojamento conjunto e autorização prévia da Supervisão local, esta situação geralmente acontecerá quando os pacientes são crianças ou idosos.

Os pacientes internados menores de idade têm o direito de serem acompanhados pelos pais ou por outra pessoa que os substitua, esse direito poderá ser cessado ou limitado caso o paciente seja portador de doenças contagiosas (LEI N. º 106/2009 DE 14 DE SETEMBRO).

Da mesma forma, os pacientes idosos e/ou com deficiência ou em situação de dependência também terão o direito de ser acompanhado por um familiar ou por uma pessoa que designe.

O paciente admitido no serviço de urgência e emergência poderão ter a presença de um acompanhante, mesmo que não possa comunicar a sua vontade. Este acompanhante pode acompanhá-lo sempre desde que não assista aos procedimentos assistenciais, intervenções cirúrgicas, exames ou tratamentos, assim só poderão presenciar estes momentos clínicos se tiver a autorização do médico clínico responsável.

Assim, o seu fluxo é restrito, apenas será permitido nas circulações e zonas de espera públicas, ou seja, a sua presença está limitada à zona de entrada dos serviços, salvo certas exceções. Por norma, no caso de pacientes adultos, a presença do acompanhante na Instituição de Saúde será curta uma vez que acompanha o paciente até o mesmo ser atendido pelo pessoal dos serviços hospitalares, mas, poderá sempre aguardar pela alta do paciente nas zonas de espera.

Fluxo áreas externas

Tipos de serviços e a população usuária que requerem estacionamentos:

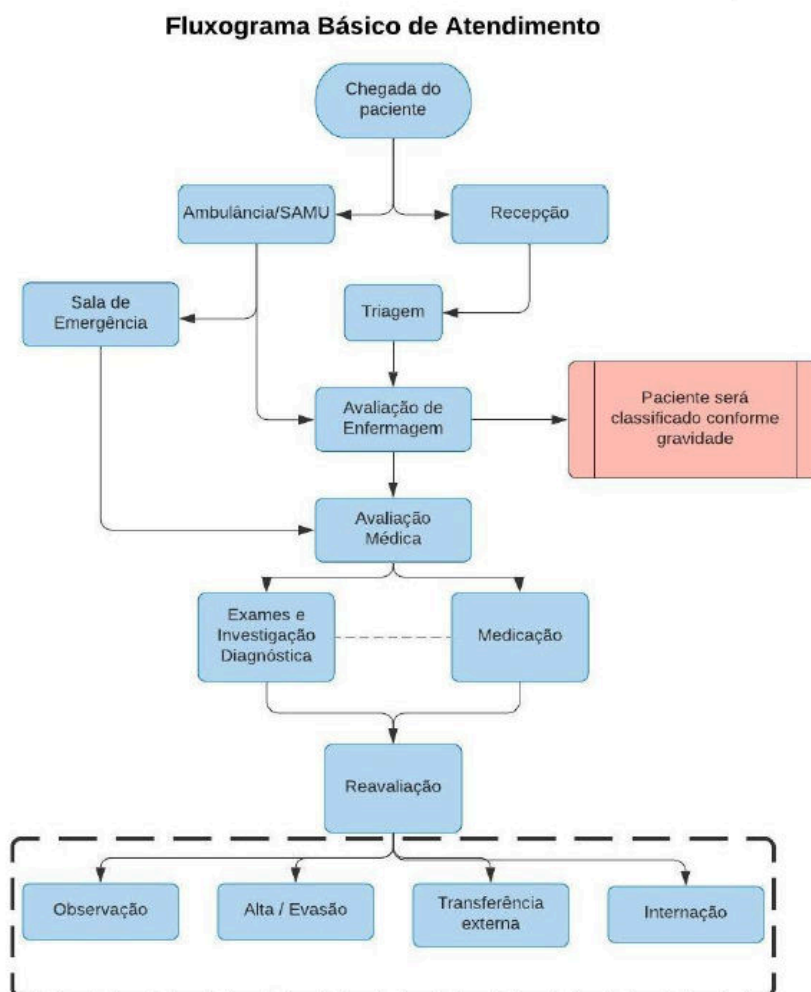
- Paciente externo transportado (paciente de emergência), que chega ou parte de automóvel ou ambulância;
- Paciente a ser internado (paciente interno);
- Funcionários (médicos, enfermeiros), se possível vaga de uso exclusivo;
- Demais funcionários;
- Entrega de fornecimentos: combustível, mantimentos,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

FLUXOGRAMA PADRÃO DE ACESSO DE PACIENTES A URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

O atendimento é realizado com Acolhimento e Classificação de Risco, uma importante ferramenta desenvolvida para promover melhorias na organização dos serviços de emergência, onde os atendimentos são realizados conforme o grau de gravidade apresentado pelo paciente, por riscos de agravamento ou ainda pelo grau de vulnerabilidade dos mesmos.

O principal propósito é promover um atendimento mais qualificado, organizado e humanizado, definindo prioridades de acordo com o grau de complexidade apresentado pelos usuários dos serviços de emergência.

O objetivo desse fluxo é estabelecer a padronização dos atendimentos, otimizando a assistência de enfermagem e médica, com a finalidade de conscientizar a população sobre quais são as portas de entradas dos pacientes dentro do serviço.



Pacientes com entrada por SAMU, Corpo de Bombeiros e Serviços de Saúde.

Compete ao setor de Pronto atendimento o acolhimento e atendimento às pessoas encaminhadas pela Central de Regulação, SAMU e demais origens pactuadas, durante 24h por dia, ininterruptamente, caracterizada pela situação de sofrimento, com risco de vida.

Pacientes encaminhados por este tipo de serviço deverão dar entrada diretamente pela Sala de Reanimação/Estabilização ou para avaliação primária médica e/ou do Enfermeiro, a depender da gravidade do caso, posteriormente devem ser encaminhados a outras acomodações caso seja descartada a possibilidade de agravos.

As prescrições e evoluções da equipe, com a conduta a ser seguida, serão atualizadas, sempre que necessário. Todas as intercorrências médicas e de enfermagem serão legivelmente registrados e assinados com data e hora, e permanecerá disponível no prontuário enquanto o paciente permanecer na Unidade.



10.1.1: FA. 1 – ÁREA DE ATIVIDADE

IMPLANTAÇÃO DE FLUXOS INDIVIDUALIZADA AO PERFIL DA UNIDADE DE SAÚDE (A FORMADE APRESENTAÇÃO SERÁ CONSIDERADA LEVANDO-SE EM CONTA A CLAREZA E ENTENDIMENTO DO FLUXO)

Fluxo unidirecional para materiais esterilizados/roupas

Fluxo unidirecional para materiais esterilizados

A equipe técnica local ficará responsável por todo o processo da CME (limpeza, acondicionamento, esterilização, guarda e distribuição dos produtos para todas as unidades).

A periodicidade de processamento desses materiais será diária e nas 24 horas, onde serão estabelecidos fluxos de recebimento, processamento e entrega.

O HMTJ irá atender a RDC 15 de 2012 que estabelece sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde, estabelecendo os requisitos de boas práticas para o funcionamento dos serviços que realizam o processamento de produtos para a saúde visando à segurança do paciente e dos profissionais envolvidos.

A Central de Material e Esterilização - CME é um setor destinado à limpeza, ao acondicionamento, à esterilização e a distribuição dos produtos para a saúde, segundo a Resolução da Diretoria Colegiada - RDC 50, as atividades que devem ser desenvolvidas na CME, são:

- Receber, desinfetar e separar os produtos para a saúde;
- Lavar esses produtos;
- Receber roupas limpas vindas da lavanderia;
- Realizar o empacotamento;
- Esterilizar esses produtos por meio de métodos físicos;
- Realizar o controle microbiológico e o prazo de validade de esterilização desses produtos;
- Acondicionar e distribuir os instrumentais e as roupas esterilizadas;
- Zelar pela segurança e proteção dos funcionários desse setor;

Os conceitos usados para os procedimentos são:

LIMPEZA

É o processo manual ou mecânico de remoção de sujidade, mediante o uso da água, sabão e detergente neutro ou detergente enzimático para manter em estado de asseio os artigos e superfícies reduzindo a população microbiana.

A limpeza constitui ainda o primeiro passo nos procedimentos técnicos de desinfecção e esterilização, considerando que a presença de matéria orgânica protege os microrganismos do contato com agentes desinfetantes e esterilizantes.

DESCONTAMINAÇÃO

É o processo de redução dos micro-organismos de artigos e superfícies, tornando-os seguro para o manuseio.

DESINFECÇÃO: É o processo físico ou químico de destruição de microrganismos.

ESTERILIZAÇÃO: É o processo de destruição de todos os microrganismos, inclusive esporulados, a tal ponto que não seja mais possível detectá-los através de testes microbiológicos padrão. A esterilização é realizada pelo calor, germicidas químicos, óxido de etileno, radiação e outros.

ARTIGOS: Compreendem instrumentos, objetos de natureza diversa, utensílios como instrumentais cirúrgicos, odontológicos, comadres, papagaios, dentre outros.

SUPERFÍCIES: Compreende mobiliários, pisos, paredes, portas, tetos, janelas, equipamentos e demais instalações.

Estrutura Física A RDC 50 de 21 de fevereiro de 2002, com texto alterado pela RDC 307 de 14 de novembro de 2002 e RDC 189 de 18 de julho 2003 dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos. Este regulamento técnico normatiza que, para cada atividade desenvolvida na Central de Material e Esterilização (CME) deve haver ambiente obrigatório com dimensões mínimas e instalações necessárias.

- Os pisos e paredes devem ser laváveis, com o mínimo de juntas e em bom estado de conservação.
- As bancadas devem ser usadas para inspeção, preparo, embalagem, conferência e apoio. Devem ser de fácil higienização e favorecer a ergonomia do funcionário.
- As superfícies devem ser impermeáveis, lisas, laváveis, de cor clara e de fácil manutenção.
- O ambiente deve ser iluminado para favorecer a conferência da limpeza. Porém deve-se evitar o contato direto da luz do sol na área de armazenagem.

- As janelas da CME devem ser protegidas com telas milimétricas para evitar a entrada de insetos e roedores.
- A ventilação mecânica ou natural é permitida na área suja, porém deve ser evitada na área limpa e estéril.

A Central de Material e Esterilização devem ser divididas minimamente em três áreas separadas por barreira física, são elas:

Área Suja

Destinada ao recebimento e separação dos materiais sujos advindo dos setores de assistência. Local onde é realizado o processo de limpeza, desinfecção e secagem dos instrumentais. Deve ser de acesso restrito ao fluxo de pessoas e os profissionais da saúde deverão trabalhar paramentados com gorro, máscara, luva de borracha cano longo, avental de brim manga longa, avental impermeável, óculos de proteção e sapato fechado.

Área Limpa

Local destinado aos processos de separação dos instrumentais, conferência da limpeza, funcionalidade e integridade dos artigos. Assim como empacotamento, selagem das embalagens e esterilização. Local de acesso restrito ao fluxo de pessoas e os profissionais deverão trabalhar paramentados com gorro, avental, luva de procedimento e sapato fechado.

Área de Guarda e distribuição de artigos esterilizados

Local destinado à guarda dos instrumentais esterilizados e dispensação dos mesmos, com fluxo restrito de pessoas e a lavagem das mãos realizada rigorosamente para manipulação dos materiais esterilizados.

Os profissionais que trabalham na “área suja” não poderão transitar pela “área limpa” e vice-versa.

As barreiras físicas serão instaladas entre as áreas da Central de Material Esterilizado – CME, justamente com o objetivo de manter o fluxo unidirecional.

O acesso de pessoas fica restrito apenas aos profissionais que ali trabalham, ou para aqueles que recebem uma autorização para entrar no setor.

O fluxo dos materiais na CME deve ser unidirecional e com barreira física entre as áreas:



Conforme a RDC 35 de 2010 áreas são descritas em:

Área crítica

Área na qual existe risco aumentado para desenvolvimento de infecções relacionadas à assistência à saúde, seja pela execução de processos envolvendo artigos críticos ou material biológico, para a realização de procedimentos invasivos ou pela presença de pacientes com suscetibilidade aumentada aos agentes infecciosos ou portadores de microrganismos de importância epidemiológica.

Área semicrítica

Área na qual existe risco moderado a risco baixo para o desenvolvimento de infecções relacionadas à assistência à saúde, seja pela execução de processos envolvendo artigos semicríticos ou pela realização de atividades assistenciais não invasivas em pacientes não-críticos e que não a presente colonização por microrganismos de importância epidemiológica.

A RDC 15 de 2012 classifica as CME em Classe I e Classe II.

Art. 5º Para cumprimento desta resolução os CME passam a ser classificados em CME Classe I e CME Classe II.

§ 1º O CME Classe I é aquele que realiza o processamento de produtos para a saúde não críticos, semicríticos e críticos de conformação não complexa, passíveis de processamento.

§ 2º O CME Classe II é aquele que realiza o processamento de produtos para a saúde não críticos, semicríticos e críticos de conformação complexa e não complexa passíveis de processamento.

§ 3º O CME só pode processar produtos compatíveis com a sua capacidade técnica operacional e conforme a sua classificação.

§ 4º Quando não especificada a classificação, as determinações desta resolução se aplicam aos dois tipos de CME e às empresas processadoras.

Art. 6º A responsabilidade pelo processamento dos produtos no serviço de saúde é do Responsável Técnico.

Art. 7º A responsabilidade pelo processamento dos produtos na empresa processadora é do Representante Legal.

O HMTJ manterá o funcionamento da Central de Material de Esterilização no período de 24 horas com jornada de trabalho 12x36 horas (07:00 as 19:00 horas e das 19:00 as 07:00 horas) o quadro de profissionais será composta por enfermeiro responsável pelo setor, auxiliar/técnico de enfermagem, e receberá apoio do auxiliar administrativo.

Atribuições do Enfermeiro:

- Planejar, organizar, coordenar, orientar, supervisionar as atividades de enfermagem no setor;
- Responsabilizar-se pela aplicação das normas e rotinas deste manual ou adaptá-las às especificidades de seu serviço;
- Manter o Manual de Normas e Rotinas disponível para consulta dos profissionais;
- Prever e solicitar os materiais/instrumentais necessários para as unidades consumidoras;
- Manter-se atualizado quanto às novas tecnologias para procedimentos realizados na CME;
- Zelar pela limpeza e organização desse setor;
- Monitorar efetiva e continuamente os indicadores químicos e biológicos de cada carga após processo de esterilização;

- Conferir e assinar os impressos de controle dos ciclos da autoclave e indicadores biológicos
- Fazer escala mensal e de tarefas;
- Realizar treinamento e educação permanente da equipe;
- Realizar avaliação periódica dos profissionais do setor
- Monitorar o esquema de vacinação dos profissionais do setor.

Atribuições do auxiliar/técnico de enfermagem:

- Receber e conferir os materiais;
- Realizar limpeza e desinfecção dos materiais;
- Realizar a limpeza, preparo, esterilização, guarda e distribuição dos materiais;
- Receber e preparar as roupas;
- Monitorar os parâmetros do processo de esterilização e anotar em impresso próprio
- Realizar controle dos indicadores biológicos
- Comunicar o enfermeiro sobre as intercorrências assim como registrá-las em impresso próprio;
- Zelar pelo funcionamento da autoclave, incubadora e seladora;
- Manter a CME limpa e organizada;
- Realizar as atividades de acordo com rotinas técnicas e sobre supervisão do enfermeiro.

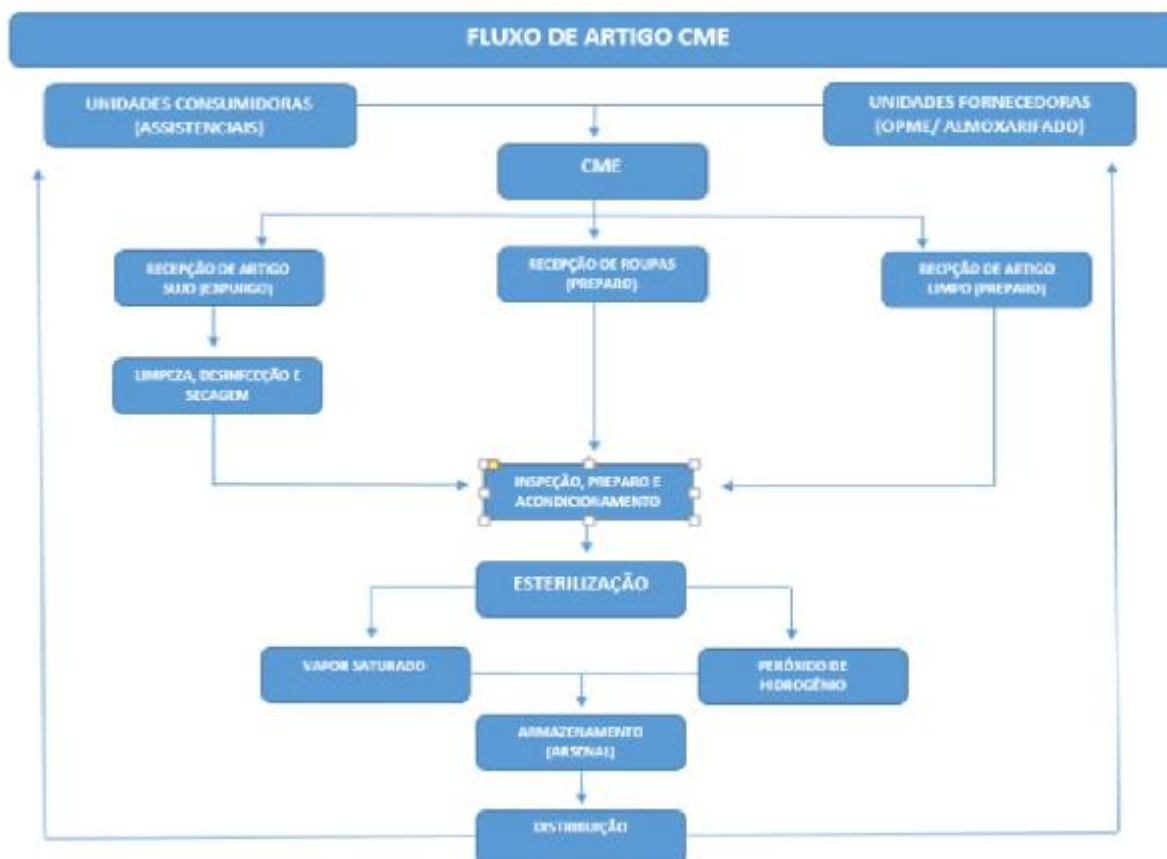
Atribuições do Auxiliar Administrativo

- Digitar comunicados;
- Imprimir os impressos de controle;
- Solicitar as manutenções dos equipamentos conforme RDC nº 15 de 2012 ou necessidades apontadas pelo enfermeiro;
- Realizar o controle patrimonial (solicitação e despatrimoniamento de equipamentos)

Os critérios recomendados para o processamento dos artigos são classificados em:

- **Artigos críticos:** entram em contato com tecidos estéreis ou com o sistema vascular e penetram em órgãos e tecidos, bem como todos os que possuem alto risco de causar infecção. Estes requerem esterilização para satisfazer os objetivos a que se propõem. Ex.: roupas; instrumentos cirúrgicos; soluções injetáveis.
- **Artigos semicríticos:** são aqueles que entram em contato com mucosa e pele não íntegra do paciente ou com mucosas íntegras e exigem desinfecção de médio ou alto nível ou esterilização. O risco potencial de transmissão de infecção é intermediário, porque as membranas apresentam certa resistência à entrada de esporos. Alguns deles necessitam de desinfecção de alto nível e outros de desinfecção de nível intermediário (material para assistência ventilatória, espéculo otológico, circuitos, etc.) realizada com termodesinfecção.

Artigos não críticos: entram em contato com pele íntegra e superfícies. Risco de transmissão de infecção baixo. Se esses materiais estiverem contaminados com matéria orgânica devem receber desinfecção de nível baixo, e na ausência de matéria orgânica devem receber limpeza apenas. Os artigos não críticos receberão a limpeza do material com água e detergente neutro e após fricção com álcool 70% por trinta segundos. Ex: termômetro



RECOLHIMENTO DE ARTIGOS MÉDICO-HOSPITALAR

Responsável pelo setor: Enfermeiro

Atividades: Treinar, orientar e supervisionar o recebimento de artigos para esterilização.

Objetivos:

- Transportar artigos contaminados para o expurgo da Central de Material Esterilizado;
- Reprocessar artigos para realização de novo procedimento.

Normas:

- Todos os setores do Hospital utilizam materiais processados e reprocessados pela Central de Material Esterilizado (CME) para o desenvolvimento de diversos procedimentos que necessitem de artigos estéreis, contando com a estrutura, profissionais e recursos desta unidade para tal;
- A CME é responsável pelo recolhimento do material Centro Cirúrgico Central e Ambulatorial. Os demais setores são responsáveis pelo transporte de materiais contaminados para a CME;
- Transportar os artigos em carros fechados;
- Entrar pela porta de acesso ao expurgo;
- Deixar os artigos em bancada própria.

METODOLOGIA DE RETIRADA DO MATERIAL

- Levar o carro fechado até o CC e o CCA;
- Aguardar a funcionária responsável pelo expurgo do CC e CCA colocar os artigos contaminados em carro inox com identificação de material contaminado;
- Retornar com materiais contaminados para o expurgo da CME;
- Colocar luvas;
- Retirar os materiais contaminados do carro de transporte e colocar na bancada para o processo da limpeza;
- Retirar luvas;
- Lavar as mãos.

RECEBIMENTO DE ARTIGOS CONTAMINADOS

Para o recebimento e limpeza de materiais contaminados, o funcionário deve paramentar-se :

- Luvas de látex (especial) ou borracha, óculos, avental;
- Calçar luvas;
- Receber os artigos contaminados no expurgo juntamente com o impresso próprio;
- Separar materiais de acordo com a limpeza a ser realizada: desinfecção, esterilização a vapor e/ou óxido de etileno;
- Os materiais que serão enviados para o óxido de etileno devem ser acondicionados em contêiner específico e listados em impresso próprio da firma prestadora de serviço;
- Retirar luvas;
- Lavar mãos.

TRANSPORTE AUTOMOTIVO DO MATERIAL CONTAMINADO

Objetivo: Transportar com segurança artigos contaminados para o expurgo da Central de Material Esterilizado (CME).

Para o transporte de materiais contaminados, o funcionário deve paramentar-se:

- Lavar as mãos;
- Paramentar utilizando capote, máscara, gorro e luva;
- Deslocar para os expurgos dos setores do hospital;
- Colocar os artigos contaminados em contêiner;
- Acondicionar o contêiner em carro inox identificado contaminado;
- Encaminhá-lo até o veículo de transporte;
- Retirar paramentação;
- Lavar mãos;

- Colocar luvas;
- Encaminhar os contêineres com artigos contaminados ao expurgo da CME;
- Retirar luvas;
- Lavar as mãos.

ORGANIZAÇÃO DE ARTIGOS MÉDICO-HOSPITALAR POR OUTROS SETORES PARA ENTREGA NO CME

Objetivos: Reprocessar artigos que são autorizados pela ANVISA para realização de novo procedimento

Para organização de materiais contaminados, o funcionário deve paramentar-se:

Os setores do Hospital entregam diretamente no Expurgo da CME os materiais para serem esterilizados em contêineres, obedecendo a listagem e identificando os materiais por setor específico.

RECEBIMENTO E CONFERÊNCIA DE ARTIGOS MÉDICO-HOSPITALAR DE OUTROS SETORES NO CME

- Receber do funcionário as caixas;
- Separar e conferir com os impressos com os materiais recebidos;
- Separar de acordo com o setor de origem.

CARREGAMENTO DAS AUTOCLAVES

Objetivos: Garantir o processo de Esterilização. Para o carregamento da Autoclave, o funcionário deve:

- Lavar as mãos;
- Abrir a autoclave;
- Colocar o rack na posição (puxar para fora da autoclave);
- Pegar pacotes que estão sobre a bancada;
- Carregar a autoclave;
- Dispor os artigos verticalmente nos racks e não os compactar;
- Respeitar a distância de 2,5cm a 5cm entre os pacotes;
- Colocar os artigos côncavos/convexos na posição vertical;

- Colocar artigos como jarros/baldes/ e frascos na posição de "emborcados";
- Respeitar o volume máximo do preenchimento da câmara;
- Registrar em planilha própria, tipo de pacotes e quantidade;
- Fechar a porta da autoclave;
- Ligar a autoclave;
- Ligar a impressora.

DESCARREGAMENTO DAS AUTOCLAVES

Objetivos: Manter a integridade dos artigos e evitar contaminação dos artigos;

Para o descarregamento da Autoclave, o funcionário deve:

- Lavar as mãos;
- Colocar máscara ao entrar no arsenal;
- Abrir a porta da autoclave (lado estéril);
- Deixar a porta da autoclave aberta em 5 cm por 10 minutos;
- Colocar luvas térmicas;
- Colocar os cestos sobre a bancada;
- Fechar a porta da autoclave;
- Retirar luvas e deixá-las sobre o rack;
- Lavar as mãos (área de preparo);
- Retirar os artigos dos cestos;
- Colocar os artigos separados de acordo com o setor na bancada ou até mesmo nas prateleiras;
- Após sair do arsenal, desprezar máscara;
- Lavar as mãos.

CONFERÊNCIA DE MATERIAL

Objetivos: Oferecer materiais completos para procedimentos cirúrgicos, devendo utilizar cartela de montagem de caixas e bandejas. Para a conferência do material, o funcionário deve:

- Lavar as mãos;
- Conferir com atenção caixas, bandejas e pacotes que foram usados de acordo com o descrito na cartela;
- Conferir os artigos observando número de peças, funcionamento das peças e limpeza do material;
- Na falta de artigo: separar caixa ou bandeja,
- Registrar em planilha própria o artigo em falta;
- Comunicar o enfermeiro da CME;
- Deixar caixa ou bandeja “parada” até que encontre o artigo e/ou no caso de caixas e/ou bandejas muito utilizadas repor o material, caso tenha o mesmo em nosso armário de estoque
- Enviar para o setor onde o material não foi encontrado a folha de não conformidade preenchida;
- Caixas ou bandejas completas:
- Montar usando a técnica correta;
- Separar os artigos que são empacotados;
- Fechar as caixas ou bandejas.
- Colocar em local apropriado para que seja encaminhado para esterilização.

LIMPEZA DIÁRIA DOS EQUIPAMENTOS

Objetivos: Manter em bom funcionamento - Garantir maior vida útil Limpeza das Autoclaves:

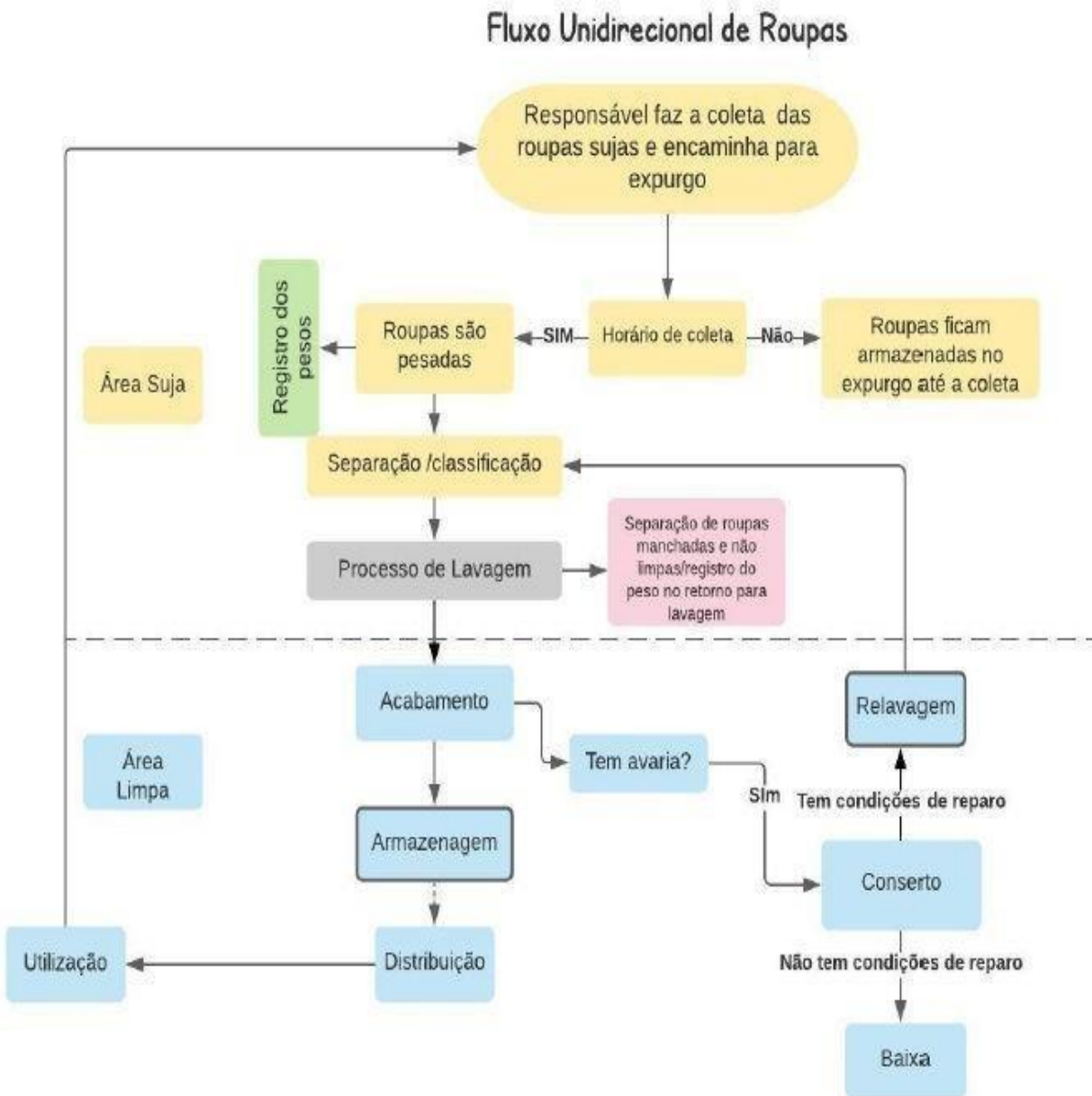
- Lavar as mãos;
- Usar EPI;
- Trazer para perto das autoclaves, rodo (utilizado apenas nas autoclaves), compressas, álcool 70% e pano úmido (utilizado apenas nas autoclaves);
- Limpar com compressa úmida no interior da câmara, iniciando do fundo para a porta e do alto para baixo;

- Repetir quantas vezes necessário;
- Utilizar compressa seca para secar o interior da câmara;
- Com um auxílio de um rodo umedecer o pano em álcool 70% e passar internamente em toda câmara;
- Passar a compressa úmida no cesto da autoclave

Fluxo unidirecional para roupas

A lavanderia de uma unidade de saúde é um dos serviços de apoio ao atendimento dos pacientes, sendo responsável pelo processamento da roupa e sua distribuição em perfeitas condições de higiene e conservação, em quantidade adequada a todos os setores da Unidade.

A roupa coletada será levada para local próprio para pesagem e preparo do rolo e, posterior entrega à empresa para processamento, na lavanderia dentro da unidade. Haverá um controle semanal do enxoval e ao serem detectadas possíveis faltas, estas deverão ser comunicadas ao responsável para as providencias cabíveis.



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. No caso da Unidade em questão, ela é feita internamente por empresa terceira.

As roupas utilizadas nos serviços de saúde incluem lençóis, fronhas, cobertores, toalhas, colchas, cortinas, roupas de pacientes, compressas, campos cirúrgicos, aventais, dentre outros. Por meio desses exemplos, percebe-se que existe uma grande variedade de sujidades, locais de origem e formas de utilização dessas roupas nos serviços de saúde.

Organização do serviço

Para fornecer o serviço de lavanderia do enxoval e das roupas privativas utilizadas na unidade, o HMTJ manterá contrato de prestação de serviço com uma lavanderia especializada neste fim.

A coleta de roupa utilizada na unidade será realizada pela equipe do Hospital e entregue na lavanderia prestadora de serviço, diariamente, incluindo-se além do enxoval da unidade, as roupas privativas usadas pelas equipes multiprofissionais.

A organização de um processo de trabalho em equipe, com cooperação e visão integral do usuário, constitui-se numa tarefa diária de superação de desafios.

O que se pretende é alcançar os objetivos na construção de uma prática que vise à melhoria contínua da qualidade, sem fragmentação, possibilitando um melhor atendimento ao usuário, conferindo boas condições de trabalho para a equipe e minimizando a exposição aos agentes de risco inerentes às atividades executadas.

A eficiente gestão e operacionalização da unidade de processamento de roupas, a capacitação de recursos humanos, bem como o cumprimento das normas e orientações de segurança e saúde ocupacional são alguns dos aspectos que devem ser considerados visando à redução dos riscos e melhoria da qualidade.

A unidade de processamento de roupas deve possuir normas e rotinas padronizadas e atualizadas de todas as atividades desenvolvidas, as quais devem estar registradas e acessíveis aos profissionais envolvidos.

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

lavagem, secagem, calandragem, armazenamento e distribuição. Segue abaixo a descrição detalhada de todas as etapas do processamento da roupa.

Remoção de roupa suja da unidade geradora

O processamento da roupa inicia-se com a retirada da roupa suja das áreas onde foram utilizadas, também chamadas nesse manual de unidade geradora.

Na retirada da roupa suja da unidade geradora, deve haver o mínimo de agitação e manuseio, observando-se as precauções-padrão, independente da sua origem ou do paciente que a usou. Isso ajuda a prevenir acidentes e dispersão de microorganismos para o ambiente, trabalhadores e pacientes. Neste sentido está indicada apenas a pesagem e nunca a contagem de roupas sujas.

A roupa suja deve ser imediatamente colocada em saco hamper, onde permanecerá até a sua chegada ao serviço de processamento. Recomenda-se transportá-la dobrada ou enrolada a partir da área de maior sujidade para a de menor sujidade e colocar no centro do saco aquelas que estiverem molhadas ou mais sujas, evitando o vazamento de líquidos e a contaminação do ambiente, dos funcionários ou de outros pacientes.

Grande quantidade de sujeira sólida, como fezes e coágulos, presentes na roupa devem ser removidos, pela equipe de saúde ou hotelaria, com as mãos enluvasadas e jogados no vaso sanitário, dando-se descarga com a tampa fechada. Essas excretas não podem ser removidas com jato de água.

Estudos mostraram que a prática de usar sacos duplos para a retirada da roupa suja de áreas de isolamento é desnecessária e apenas aumenta os custos. Esses estudos também mostraram que não existe diferença entre o nível de contaminação de roupas provenientes de pacientes em isolamento ou de enfermarias comuns. Portanto, todas as roupas utilizadas no serviço de saúde devem ser consideradas como contaminadas.

A equipe de saúde da unidade geradora deve ser orientada a evitar que objetos perfurocortantes, instrumentos ou outros artigos que possam causar danos aos trabalhadores e/ou aos equipamentos sejam deixados juntamente com a roupa suja nos sacos de coleta

Para o acondicionamento da roupa suja, recomenda-se saco hamper de plástico ou de tecido, que tenha qualidade suficiente para resistir ao peso da roupa, de modo a não romper-se durante a sua manipulação e transporte.

Os sacos de tecido são adequados para a maioria das roupas e devem ser submetidos ao mesmo processo de lavagem da roupa antes de serem reutilizados. Já os sacos plásticos são de uso único e sugere-se que possuam cor diferente dos sacos de

resíduos de serviços de saúde, evitando-se com isso confusão, troca dos sacos e o seu destino errado.

Outros cuidados com o acondicionamento da roupa devem incluir: fechar os sacos adequadamente de forma a impedir a sua abertura durante o transporte, não exceder $\frac{3}{4}$ da sua capacidade e armazená-los em local destinado para esse fim, que, segundo a RDC/Anvisa 50/02, pode ser a sala de utilidades.

A coleta será realizada em horário pré-determinada, visando sempre a redução da circulação da roupa suja pelo serviço de saúde, e a mesma deve permanecer o menor tempo possível na unidade geradora antes de ser transportada para a unidade de processamento.

O tempo em que a roupa suja permanece depositada antes de ser processada está mais relacionado a questões práticas, como remoção de manchas e aspectos estéticos, do que ao controle de infecção.

Coleta e transporte de roupa suja

Para a coleta e o transporte da roupa suja, o trabalhador da unidade de processamento deverá seguir as orientações de manuseio contidas no item anterior e também estar adequadamente paramentado.

O trabalhador que realiza o transporte de roupa suja deve utilizar equipamento de proteção individual – EPIs no momento do recolhimento da roupa, porém, ao abrir portas ou apertar botão de elevador deve fazê-lo sem luva.

A roupa suja deve ser transportada de tal forma que o seu conteúdo não contamine o ambiente ou o trabalhador que a manuseia. O transporte pode ser efetuado por meio de carro de transporte ou por tubo de queda.

O carro utilizado para o transporte de roupa suja dentro do HOSPITAL deve ser exclusivo para esse fim, leve, de fácil higienização, possuir dreno para eliminação de líquido e confeccionado de material que permita o uso de produtos químicos para sua limpeza e desinfecção. Além disso, precisa estar nitidamente identificado a fim de evitar que seja confundido com o carro de transporte interno de resíduos de serviços de saúde.



10.1.1: FA. 1 – ÁREA DE ATIVIDADE

IMPLANTAÇÃO DE FLUXO INDIVIDUALIZADA AO PERFIL DA UNIDADE DE SAÚDE (A FORMA DE APRESENTAÇÃO SERÁ CONSIDERADA LEVANDO-SE EM CONTA A CLAREZA E ENTENDIMENTO DO FLUXO)

Fluxo unidirecional de Resíduo de saúde

Fluxo unidirecional para resíduos de saúde

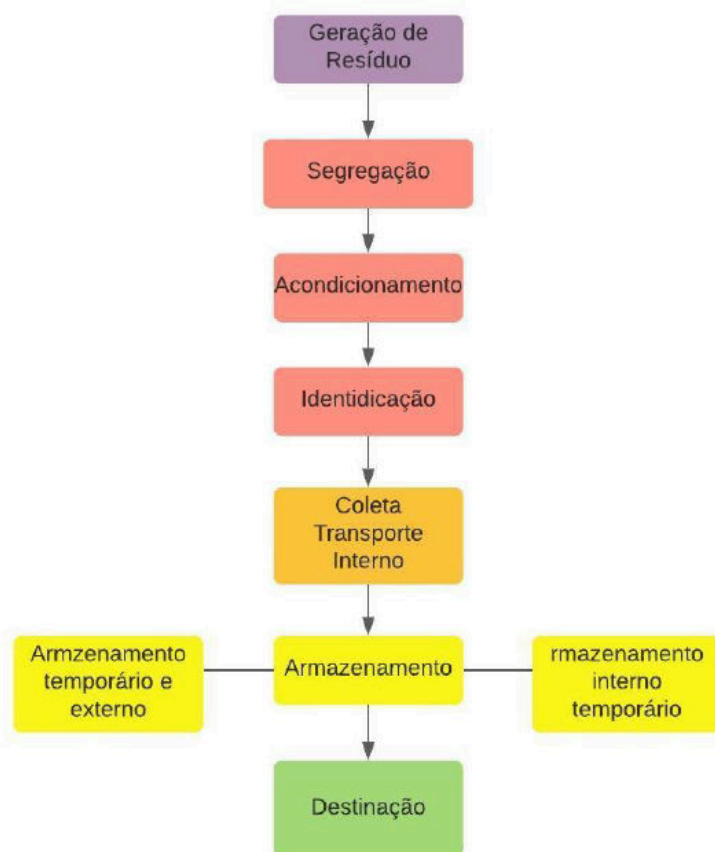
O HMTJ em seu modelo de gestão irá atender os dispositivos da Legislação Ambiental além de manter atualizada toda a documentação exigida.

O Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Saúde PGRSS da Unidade será implantado até 60 dias após a assinatura do contrato, mantendo-se atualizado de acordo com as Normas do Conselho Nacional do Meio Ambiente (CONAMA), do Ministério da Saúde, bem como da Vigilância.

O gerenciamento inicia pelo planejamento dos recursos físicos e dos recursos materiais necessários, culminando na capacitação dos recursos humanos envolvidos. Para transporte externo e acondicionamento, a equipe gestora da Santa Casa irá contratar um prestador de serviços para fornecimento da estrutura externa de acondicionamento e destino dos resíduos.

O PGRSS será compatível com as normas federais, estaduais e municipais, estando de acordo com os procedimentos institucionais de Biossegurança, relativos à coleta, transporte e disposição final.

Fluxo Unidirecional de Resíduos



O manejo dos resíduos produzidos nas Unidades, será direcionado por um conjunto de ações voltadas ao gerenciamento dos resíduos produzidos e irá focar os aspectos intra e extra estabelecimento, incluindo desde a geração até a disposição final, conforme as etapas descritas:

Segregação: consiste na separação, de acordo com as características, estado físico e riscos envolvidos, dos resíduos no momento e local de sua geração. Para tanto as equipes serão treinadas a segregar no ato da produção, tendo os ambientes da Unidade sido preparados para tal.

Grupo A - Resíduo Biológico ou Infectante: devem ser acondicionados no momento da sua geração em saco plástico leitoso, resistente, impermeável, identificado com a simbologia de resíduo infectante conforme ABNT-NBR 7500/94 - Símbolos de Risco e Manuseio para o Transporte e Armazenamento de material - Simbologia - e ABNT-NBR 9191/93 - Sacos Plásticos para Acondicionamento de Lixo - Especificação).

Os perfurantes e cortantes devem ser descartados separadamente e imediatamente após o seu uso, em recipientes estanques, rígidos, com tampa e no local da sua geração, identificados com a inscrição "PÉRFURO-CORTANTE".

Grupo B - Resíduo Químico: devem ser acondicionados em recipiente que garanta a integridade física dos frascos, evitando choque mecânico, e mantendo seus recipientes originais. Na ausência destas embalagens originais, devem ser acondicionados em frascos de até dois litros ou em bombonas plásticas, resistentes, rígidas e estanques, com tampa rosqueada, vedante e identificadas com simbologia de substância tóxica, acrescida da expressão "RESÍDUOS QUÍMICOS", indicando o risco que representa e informações sobre o elemento químico e sua toxicidade.

Os resíduos quimioterápicos (incluindo equipos, restos de fármacos administrados, compressas, vestimenta de trabalho, luvas e outros descartáveis) devem ser acondicionados em separado dos demais resíduos químicos, em saco impermeável e resistente, devendo ser colocado em outro saco devidamente identificado.

Os perfurantes e cortantes devem ser descartados separadamente e imediatamente após o seu uso, em recipientes estanques, rígidos, com tampa e no local da sua geração, identificados com a inscrição "PÉRFURO-CORTANTE"

Grupo C - Rejeito Radioativo: os resíduos sólidos deste grupo deverão ser acondicionados em saco branco leitoso, resistente, impermeável, utilizando saco duplo para os resíduos pesados e úmidos, devidamente identificado utilizando-se os símbolos baseados na norma da ABNT-NBR 7500/94 - Símbolos de Risco e Manuseio para o Transporte e Armazenamento de Material - Simbologia.

Deverá ainda indicar o risco que representa, informações sobre o conteúdo, nome do elemento radioativo, tempo de decaimento, data de geração, nome da unidade geradora e outras que exigir a Resolução CNEN-NE-6.05 - Gerência de Rejeitos Radioativos em Instalações Radiativas - DOU 17/12/85.

Os perfurantes e cortantes devem ser descartados separadamente e imediatamente após o seu uso, em recipientes estanques, rígidos, com tampa e no local da sua geração, identificados com a inscrição "PÉRFURO-CORTANTE".

Grupo D - Resíduo Comum: os resíduos deste grupo, do tipo finais, devem ser acondicionados em saco plástico, de qualquer cor, exceto na cor branca (ABNT-NBR 9191/93 - Sacos Plásticos para Acondicionamento de Lixo - Especificação).

O resíduo de cozinha, que é pesado e úmido, deve ser acondicionado em saco duplo, também de qualquer cor, exceto na cor branca, com peso de até 16kg.

O material reciclável, após classificação (papel/papelão, metais, vidros, plásticos) deve ser acondicionado em sacos transparentes, o que facilita a sua visualização.

ATENÇÃO:

É importante lembrar que todo o recipiente tem que ser fechado ao atingir 2/3 da sua capacidade, de forma a não possibilitar vazamento.

Os resíduos provenientes dos atendimentos domiciliares deverão ser recolhidos pelos próprios agentes e encaminhados aos EAS de origem, sempre e de acordo com o disposto nas normas de segregação.

Acondicionamento: consiste no ato de embalar os resíduos segregados, em sacos ou recipientes que evitem vazamentos e resistam às ações de punctura e ruptura. Será estudada a partir da produção por setor qual a capacidade necessária dos recipientes de acondicionamento para acondicionar a produção diária de cada tipo de resíduo por setor

Segregação: consiste na separação, de acordo com as características, estado físico e riscos envolvidos, dos resíduos no momento e local de sua geração. Para tanto as equipes serão treinadas a segregar no ato da produção, tendo os ambientes do Hospital sido preparados para tal.

Em cumprimento as determinações, os resíduos sólidos serão acondicionados em sacos resistentes à ruptura e vazamento e impermeáveis, sendo respeitado o limite de peso de cada saco e sendo proibido o seu esvaziamento ou reaproveitamento. Os sacos serão colocados em coletores de material lavável, resistente ao processo de descontaminação (nos setores que assim exigirem), com tampa provida de sistema de abertura sem contato manual e com cantos arredondados. Os resíduos perfuro cortantes serão acondicionados em recipientes resistentes à punctura, ruptura e vazamento, e ao processo de descontaminação.

Identificação: nesta etapa do manejo dos resíduos é possível reconhecer os resíduos contidos nos sacos e recipientes, fornecendo informações ao correto manejo dos RSS. Os sacos de acondicionamento, os recipientes de coleta interna e externa, os recipientes de transporte interno e externo, e os locais de armazenamento serão identificados de forma a permitir fácil visualização, utilizando-se símbolos, cores e frases, atendendo aos parâmetros referendados na norma NBR 7.500 da ABNT, além de outras exigências relacionadas à identificação de conteúdo e ao risco específico de cada grupo de resíduos.

Transporte Interno: esta é a etapa que consiste no traslado dos resíduos dos pontos de geração até local destinado ao armazenamento temporário ou armazenamento externo com a finalidade de apresentação para a coleta. O PGRSS das unidades apresentará, após estudo dos fluxos e funcionamento da unidade, qual deve ser o melhor caminho, sendo a coleta transportada atendendo roteiro previamente definido e em horários não coincidentes com a distribuição de roupas, alimentos e medicamentos, períodos de visita ou de maior fluxo de pessoas ou de atividades. O transporte será feito separadamente de acordo com o grupo de resíduos e em recipientes específicos a cada grupo de resíduos.

Armazenamento Temporário: a guarda temporária dos recipientes contendo os resíduos já acondicionados, em local próximo aos pontos de geração, visando agilizar a coleta interna e otimizar o deslocamento entre os pontos geradores e o ponto destinado à apresentação para coleta externa. O armazenamento temporário será feito em sacos e recipientes de acondicionamento adequados e de acordo com o PGRSS. O armazenamento de resíduos químicos deve atender à NBR 12235 da ABNT.

Armazenamento Externo: a guarda dos recipientes de resíduos até a realização da etapa de coleta externa, em ambiente exclusivo com acesso facilitado para os veículos coletores. Neste local não será permitido a manutenção dos sacos de resíduos fora dos recipientes ali estacionados.


Tratamento: o tratamento dos RSS gerados pela unidade será realizado por prestador de serviço especializado e legalizado contratado para este fim. Neste caso, a Coleta e Transporte Externos também serão de responsabilidade da contratada que deverá utilizar ferramentas e técnicas que garantam a preservação das condições de acondicionamento e a integridade dos trabalhadores, da população e do meio ambiente, devendo estar de acordo com as orientações dos órgãos de limpeza urbana, cumprindo as normas NBR 12.810 e NBR 14652 da ABNT.

PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

PGRSS



UNIDADE HOSPITALAR

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE			 <small>ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS</small>
Título: Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde			
Responsável: Gestão Ambiental	Código: 00	Revisão: Novembro 2022	Data: 11/11/2022

INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE O ESTABELECIMENTO GERADOR DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

CARACTERIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

Identificação do Empreendimento

Razão Social: Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus

CNPJ: 21.583.042/0001-72

Localização do Empreendimento

Endereço: Rua *****, ** - Bairro *****

Município:

Telefone: (**) ****- ****

E - mail: gestaoambiental@hmtj.org.br

Caracterização do Empreendimento

d) Área total do terreno: **.***, **m²

Área construída: **.***, **m²

Área externa: *.***, **m²

e) Data de início do funcionamento: * de **** de ****

h) Atividades exercidas: *****.

i) Horário de funcionamento: *****.

j) Número de funcionários: *** funcionários, aproximadamente

k) Número de leitos geral: ** leitos (** leitos de Internação Adulto, ** leitos de Internação Pediátrica, ** leitos de UTI Adulto, ** leitos de Observação Adulto e ** leitos de Observação Pediátrica, ** leitos de Box de emergência).

Responsável do Estabelecimento Gerador

Nome: Marco Antônio Guimarães

Cargo/função: Diretor Presidente

Responsável Técnico pelos Estudos e Elaboração do PGRSS

Nome: Laiane Reis

Identificação Profissional: Engenheira Ambiental e Sanitarista

Registro profissional: CREA/MG 28.2849/D

Título: Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde**Responsável:** Gestão Ambiental**Código:** 00**Revisão:** Novembro 2022**Data:** 11/11/2022

COMISSÃO DE APOIO AO GERENCIAMENTO DO PGRSS

RT da Elaboração do PGRSS – Laiane Reis;

Representante Coordenação – *****;

Representante SCIH – *****;

Representante da Enfermagem – *****;

Representante do Serviço Segurança do Trabalho – *****;

Representante da Higienização e Limpeza – *****;

Representante da Farmácia – *****;

Representante do Setor Administrativo – *****;

Representante Manutenção – *****;

Representante da Engenharia Clínica – *****;

Representante do laboratório – *****;

Representante da Qualidade – *****;

Representante Nutrição e Dietética – *****;

Título: Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde

Responsável: Gestão Ambiental

Código: 00

Revisão: Novembro 2022

Data: 11/11/2022

SIGLAS

ABNT: Associação Brasileira de Normas Técnicas;

ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária;

ART: Anotação de Responsabilidade Técnica;

CIPA: Comissão Interna de Prevenção de Acidentes;

CONAMA: Conselho Nacional de Meio Ambiente;

EPI: Equipamento de Proteção Individual;

FISPQ: Ficha de Informação de Segurança de Produtos Químicos;

SCIRAS: Serviço de Controle Infecção Relacionada à Assistência à Saúde;

NBR: Norma Brasileira Registrada;

PEP: Profilaxia Pós Exposição;

SMO: Serviço Médico Ocupacional;

NR: Norma Regulamentadora;

PGRSS: Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde;

RDC: Resolução de Diretoria Colegiada;

RSS: Resíduos de Serviços de Saúde;


SESMT: Serviço Especializado de Segurança e Medicina do Trabalho;

SHL: Serviço de Higiene e Limpeza;

MTR: Manifesto de Transporte de Resíduos;

FEAM: Fundação Estadual do Meio Ambiente;

COVID-19: Corona Vírus Disease.

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE			
Título: Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde			
Responsável: Gestão Ambiental	Código: 00	Revisão: Novembro 2022	Data: 11/11/2022

1. INTRODUÇÃO


Os Resíduos de Serviços de Saúde (RSS), comumente associados à denominação à “LIXO HOSPITALAR”, representam uma fonte de riscos à saúde e ao meio ambiente, devido principalmente à falta de adoção de procedimentos técnicos adequados no manejo das diferentes frações sólidas e líquidas geradas como materiais biológicos contaminados, objetos perfuro cortantes, peças anatômicas, inflamáveis e radioativas. O Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) é um documento legal que visa estabelecer normas que proporcionam condições seguras à saúde do trabalhador, à saúde pública e à preservação do meio ambiente minimizando a geração de resíduos. Está ancorado na RDC ANVISA Nº222/18, RESOLUÇÃO CONAMA Nº 358/05 e LEI Nº 12.305/2010. A aplicação e a sustentação do PGRSS são imprescindíveis, uma vez que o sucesso do programa está fortemente centrado na mudança de atitudes de todos os profissionais da unidade geradora. O manejo inadequado dos RSS pode causar situações de risco ambiental, podendo gerar doenças e perda da qualidade de vida à população que, direta ou indiretamente, chegue a ter contato com o material descartado de forma incorreta. Os RSS podem abrigar organismos produtores de doenças, tornarem-se poluentes do ar e da água e apresentar sérios riscos à segurança, tanto para o público em geral como para os profissionais envolvidos em seu manejo. A divulgação e adesão ao PGRSS são fundamentais para a conscientização e difusão das ideias e atitudes que o sustentarão, assim como a capacitação dos colaboradores de cada setor que deverão atuar como multiplicadores.

2. OBJETIVOS

- ✦ Promover a informação sobre a problemática dos RSS, contribuindo para a redução dos riscos relacionados com o manejo interno, transporte e disposição final inadequados, e assim divulgar um conhecimento a respeito do impacto ambiental que podem causar estes resíduos;

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE**Título:** Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde**Responsável:** Gestão Ambiental**Código:** 00**Revisão:** Novembro 2022**Data:** 11/11/2022

- ✦ Orientar todo o pessoal que, com diferentes tarefas, intervém no processo de gerenciamento dos RSS, desde sua geração até a disposição final, otimizando a capacidade operacional envolvida;
- ✦ Envolver os profissionais dos estabelecimentos de saúde num processo de sensibilização e aprofundamento sobre o tema RSS e sua relação com o meio ambiente;
- ✦ Contribuir para o fortalecimento das legislações e normas existentes relacionadas com os RSS e fornecer orientações comuns em escala nacional, para facilitar a homogeneização dos princípios e critérios utilizados no processo de gerenciamento;
- ✦ Relacionar os impactos ambientais causados pelos RSS dentro de um processo de gerenciamento ambiental racional e sustentável;
- ✦ Orientar a implementação dos Planos de Gerenciamento de Serviços de Saúde (PGRSS);
- ✦ Relacionar os equipamentos e os materiais necessários para implementar o processo de segregação, coleta, transporte, armazenamento, tratamento e destino final dos resíduos gerados nos estabelecimentos de saúde.
- ✦ Atender as legislações vigentes (RDC nº 222/2018 de março de 2018 e Resolução CONAMA 358 de 29 de Abril de 2005);
- ✦ Minimizar a geração de resíduos na fonte;
- ✦ Reduzir o volume e toxicidade na geração dos resíduos;
- ✦ Adequar à segregação na origem;
- ✦ Contribuir para minimizar e controlar os riscos de acidentes de trabalho;
- ✦ Controlar e reduzir riscos ao meio ambiente;
- ✦ Controlar e reduzir riscos para a saúde pública;
- ✦ Contribuir para a qualidade da higiene em unidades de saúde, com enfoque no controle de infecção relacionada à assistência à saúde;
- ✦ Assegurar a manutenção e a operação dos resíduos, buscando a melhoria contínua do PGRSS;
- ✦ Promover a educação ambiental.

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE			
Título: Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde			
Responsável: Gestão Ambiental	Código: 00	Revisão: Novembro 2022	Data: 11/11/2022

O manejo adequado dos RSS pode apresentar um alto custo numa primeira fase, mas em longo prazo torna-se economicamente viável, reduzindo os custos com os acidentes de trabalho e as enfermidades provocadas. Além disso, tem como propósito convergir na defesa de 3 direitos fundamentais da população:


- ✦ Que todas as pessoas possam usufruir dos estabelecimentos de saúde sem correr o risco de contrair infecções;
- ✦ Que os trabalhadores dos estabelecimentos de saúde cumpram suas tarefas em condições de segurança;
- ✦ Que toda a comunidade possa viver em um ambiente saudável.

3. APLICAÇÃO

O PGRSS aplica-se a todos os setores do Hospital e equipe multidisciplinar. O manejo inadequado dos RSS não só pode criar situações de risco, como também ameaçar a saúde da comunidade, colaboradores e profissionais dos estabelecimentos de saúde e de limpeza urbana, principalmente no manuseio com os perfuro cortantes, resíduo infectante e químico, além dos riscos para o meio ambiente.

4. IMPACTO NA SAÚDE E NO AMBIENTE

Vários são os agravos relacionados aos resíduos sólidos que podem causar efeitos indesejáveis com possível repercussão na saúde. Embora do ponto de vista sanitário a importância dos resíduos sólidos como causa direta de doenças não esteja comprovada, com o fator indireto, os resíduos sólidos exercem grande importância na transmissão de doenças como, por exemplo, por meio de artrópodes (moscas, mosquitos, baratas, etc.) e roedores, que encontram, nos resíduos sólidos, alimento e condições adequadas para proliferação.

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE			
Título: Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde			
Responsável: Gestão Ambiental	Código: 00	Revisão: Novembro 2022	Data: 11/11/2022

Gerados e manejados de forma inadequada no ambiente, os resíduos sólidos podem contribuir para a poluição biológica, física e química do solo, da água (subterrânea e superfícies) e do ar, submetendo as pessoas às variadas formas de exposição ambiental, além do contato direto ou indireto com vetores biológicos e mecânicos. Os resíduos de Serviços de Saúde, apesar de representarem uma pequena parcela dos resíduos sólidos, são compostos por diferentes frações geradas nos estabelecimentos de saúde, compreendendo desde os materiais perfuro cortantes contaminados com agentes biológicos, peças anatômicas, produtos químicos tóxicos e materiais perigosos (solventes, quimioterápicos, produtos químicos fotográficos, formaldeído, radionuclídeos, mercúrio, etc.), até vidros vazios, caixas de papelão, papel de escritório, plásticos descartáveis e resíduos alimentares que, se não forem gerenciados de forma adequada, representam fontes potenciais de impacto negativo no ambiente e de disseminação de doenças, podendo oferecer perigo para os trabalhadores dos estabelecimentos de saúde, bem como para os pacientes e para a comunidade em geral.

Por em prática essa nova forma de gerenciamento dos RSS é um grande desafio e exige mudança tanto na compreensão e hábitos dos envolvidos, quanto na concepção e funcionamento do estabelecimento de saúde.

5. IMPACTO INTRAESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Nos estabelecimentos de saúde, o gerenciamento inadequado dos RSS pode propiciar aumento do número de funcionários acometidos por acidentes de trabalho, principalmente devido ao incorreto acondicionamento dos resíduos perfuro cortantes, além de contribuir para o aumento da incidência de infecção hospitalar.

PRINCIPAIS DEFICIÊNCIAS IDENTIFICADAS NAS PRÁTICAS DE MANEJO DOS RSS SÃO:

- ✦ A falta de segregação dos resíduos biológicos, ou sua execução inadequada, aumenta a quantidade de resíduos contaminados. Os resíduos comuns, ao entrarem em contato com os

Título: Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde**Responsável:** Gestão Ambiental**Código:** 00**Revisão:** Novembro 2022**Data:** 11/11/2022

Contaminados, são contagiados, aumentando o risco para o pessoal que os manuseia e para a população em geral;

- ✦ A falta de segregação adequada dos resíduos perfuro cortantes é causa direta do maior número de acidentes;
- ✦ A prática de lançar os RSS em vazadouros junto com os resíduos urbanos cria um grave risco para a saúde dos catadores de lixo, para a saúde pública em geral e para o meio ambiente.


PRINCIPAIS PROBLEMAS GERADOS PELO MANEJO INADEQUADO DOS RSS:

- ✦ Lesões infecciosas provocadas por objetos perfuro cortantes no pessoal de limpeza hospitalar e nos que manejam resíduos sólido;
- ✦ Risco de infecção fora dos hospitais para o pessoal que maneja resíduos sólidos, os recuperadores de materiais do lixo e a população em geral;
- ✦ Infecções hospitalares devido ao manejo inadequado de resíduos, entre outras causas.

6. RISCO OCUPACIONAL

O principal objetivo do manejo adequado dos RSS é diminuir os riscos. Entende-se por risco a probabilidade que tem um indivíduo de gerar ou desenvolver efeitos adversos a saúde, sob condições específicas, em situações de perigo próprias do meio. Esta explicação de risco permite definir ameaça e vulnerabilidade como fatores que o compõe:

- ✦ A ameaça é qualquer situação que pode representar um perigo, como a presença de RSS contaminados por produtos químicos, radioativos ou agentes patogênicos;
- ✦ A vulnerabilidade é representada pelas condições específicas de exposição a uma situação de perigo na qual se encontra o indivíduo (segregação inadequada dos RSS, falta de capacitação, de normas, etc.).

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE			
Título: Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde			
Responsável: Gestão Ambiental	Código: 00	Revisão: Novembro 2022	Data: 11/11/2022

Quanto ao manejo externo, existe um risco inerente à atividade de coleta de resíduos sólidos por parte dos trabalhadores do serviço de limpeza pública, como quedas, ferimentos e cortes, devido à logística de funcionamento da coleta. Tais lesões, quando em contato com os RSS, têm o potencial de contaminação aumentado.

Entre as principais enfermidades ocasionadas pelo manejo incorreto dos RSS contaminados podemos mencionar: hepatite B e C, AIDS, tuberculose e febre tifoide.


7. ASPECTOS LEGAIS

O Conselho Nacional de Meio Ambiente, órgão consultivo e deliberativo do Sistema Nacional de Meio Ambiente, criado por meio da Lei Federal nº 6.938, de 31/08/81, aprovou a Resolução nº 5, em 05/08/93, que dispõe sobre o gerenciamento dos resíduos sólidos oriundos de serviços de saúde, portos, aeroportos, terminais ferroviários e rodoviários. Este PGRSS seguirá as instruções da normatização técnica composta pela RDC 222/2018 da ANVISA, RESOLUÇÃO CONAMA 358/2005 e DN 15 do CONDEMA. É importante salientar que os Resíduos de Serviços de Saúde não se restringem apenas aos resíduos gerados nos hospitais, mas também a todos aqueles gerados em estabelecimentos como laboratórios patológicos e de análises clínicas, clínicas veterinárias, centros de pesquisas, banco de sangue, consultórios médicos, odontológicos e similares.

8. CLASSIFICAÇÃO DOS RESÍDUOS SÓLIDOS

Os resíduos sólidos podem ser classificados de várias formas:


- ✦ Quanto aos riscos potenciais ao meio ambiente: perigosos (classe I) não perigosos (classe II).
- ✦ Quanto à origem e natureza: domiciliar, comercial, varrição e feiras livres, serviços de saúde, portos, aeroportos e terminais rodoviários e ferroviários, industriais, agrícolas e resíduos de construção civil.



ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE			
Título: Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde			
Responsável: Gestão Ambiental	Código: 00	Revisão: Novembro 2022	Data: 11/11/2022



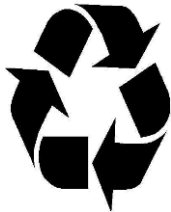

Os resíduos podem ser classificados ainda por sua natureza física (seco ou molhado) e por sua composição química (matéria orgânica e inorgânica). Entretanto, de acordo com a responsabilidade pelo gerenciamento dos resíduos, pode-se agrupá-los em dois grandes grupos:


- ✦ O primeiro grupo refere-se aos resíduos sólidos urbanos, compreendido pelos resíduos domésticos ou residenciais; resíduos comerciais; resíduos públicos.
- ✦ O segundo grupo, dos resíduos de fontes especiais, abrange: resíduos industriais; resíduos da construção civil; rejeitos radioativos; resíduos de portos, aeroportos e terminais rododferroviários; resíduos agrícolas; resíduos de serviços de saúde.

9. CLASSIFICAÇÃO DOS RESÍDUOS DE SERVIÇO DE SAÚDE

SÍMBOLOGIA	IDENTIFICAÇÃO POR GRUPO
	<p>Resíduo do grupo A: Resíduos com a possível presença de agentes Biológicos que, por suas características, podem apresentar risco de infecção.</p> <p>A1: Culturas e estoques de microorganismos; resíduos de fabricação de produtos biológicos, exceto os hemoderivados; descarte de vacinas de microorganismos vivos ou atenuados; meios de cultura e instrumentais utilizados para transferência, inoculação ou mistura de culturas; resíduos de laboratórios de manipulação genética. Resíduos resultantes da atenção à saúde de indivíduos ou animais, com suspeita ou certeza de contaminação biológica por agente da classe de risco 4, microorganismos com relevância epidemiológica e risco de disseminação ou causadores de doença emergente que se torne epidemiologicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido. Bolsas transfusionais contendo sangue ou hemoderivados rejeitados por contaminação ou por má conservação, ou com prazo de validade vencido, e aquelas oriundas de coleta incompleta. Sobras de amostras de laboratório contendo sangue ou líquidos corpóreos, recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, contendo sangue ou líquidos corpóreos na forma livre.</p> <p>A2: Carcaças, peças anatômicas, vísceras e outros resíduos provenientes de animais submetidos a processos de experimentação com inoculação de microorganismos, bem como suas forrações, e os cadáveres de animais suspeitos de serem portadores de microorganismos de relevância epidemiológica e com risco de disseminação que foram submetidos ou não a estudo anatomopatológico ou confirmação diagnóstica.</p>

SÍMBOLOGIA	IDENTIFICAÇÃO POR GRUPO
	<p>A3: Peças anatômicas (membros) do ser humano; produtos de fecundação sem sinais vitais, com peso menor que 500 gramas ou estatura menor que 25 centímetros ou idade gestacional menor que 20 semanas, que não tenham valor científico ou legal e não tenha havido requisição pelo paciente ou familiares.</p> <p>A4: Kits de linhas arteriais, endovenosas e dialisadores, quando descartados. Filtros de ar e gases aspirados de áreas contaminadas; membrana filtrante de equipamentos médico-hospitalar e de pesquisa, entre outros similares. Sobras de amostras de laboratório e seus recipientes contendo fezes, urina e secreções, provenientes de pacientes que não contenham e nem sejam suspeitos de conter agentes classe 4, e nem apresentem relevância epidemiológica e risco de disseminação, ou microrganismos causador de doença emergente que se torne epidemiologicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido ou com suspeita de contaminação com príons. Resíduos de tecido adiposo proveniente de lipoaspiração, lipoescultura ou outro procedimento de cirurgia plástica que gere este tipo de resíduo. Recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, que não contenham sangue ou líquidos corpóreos na forma livre. Peças anatômicas (órgãos e tecidos) e outros resíduos provenientes de procedimentos cirúrgicos ou de estudos anátomopatológicos ou de confirmação diagnóstica. Carcaças, peças anatômicas, vísceras e outros resíduos provenientes de procedimentos de animais submetidos a processos de experimentação com inoculação de microrganismos, bem como suas forrações. Bolsas transfusionais vazias ou com volume residual pós-transfusão.</p> <p>A5: Órgãos, tecidos, fluidos orgânicos e demais materiais resultantes da atenção à saúde de indivíduos ou animais, com suspeita ou certeza de contaminação com príons.</p>
	<p>Resíduo do grupo B: Resíduos contendo substâncias químicas que podem apresentar risco à saúde pública ou ao meio ambiente, dependendo de sua característica de inflamabilidade, corrosividade, reatividade e toxicidade. Produtos hormonais e produtos antimicrobianos; citostáticos; antineoplásicos; imunossupressores; digitálico; imunomoduladores; antirretrovirais, quando descartados por serviços de saúde, farmácia, drogarias e distribuidores de medicamentos ou apreendidos e os resíduos e insumos farmacêuticos dos medicamentos controlados pela Portaria MS 344/98 e suas atribuições.</p>

SÍMBOLOGIA	IDENTIFICAÇÃO POR GRUPO
	Resíduos de saneantes, desinfetantes, desinfetantes; resíduos contendo metais pesados, reagentes para laboratório, inclusive os recipientes contaminados por estes. Efluentes de processadores de imagem (reveladores e fixadores). Efluentes dos equipamentos automatizados utilizados em análises clínicas. Demais produtos considerados perigosos, conforme NBR 10004 da ABNT (tóxicos, corrosivos, inflamáveis e reativos).
	Resíduo do grupo C: Rejeitos radioativos. Quais quer materiais resultantes de atividades que contenham radio nucleotídeos em quantidades superiores aos limites de isenção especificados nas normas do CNEN e para os quais a reutilização é imprópria ou não prevista.
	Resíduo do grupo D: Não recicláveis: Resíduos que não apresentam risco biológico, químico ou radiológico à saúde ou ao meio ambiente, podendo ser equiparados aos resíduos domiciliares (copos descartáveis, papel toalha, papel de uso sanitário e fralda, absorventes higiênicos, peças descartáveis de vestuário; resto alimentar de pacientes, sobras de alimentos e do preparo de alimentos, resto alimentar de refeitório; material utilizado e m antissepsia e, equipamentos de soro e outros similares não classificados como infectante; resíduos provenientes das áreas administrativas; resíduos de varrição, flores, podas e jardins; resíduos de gesso provenientes de assistência à saúde). Recicláveis: Papel (exceto documentos confidenciais), papelão, plásticos em geral, sucatas, eletrônicos inativos e outros similares.
	Resíduo do grupo E: Materiais perfuro cortantes ou escarificastes, tais como: lâminas de barbear, agulhas, escalpes, ampolas de vidro, brocas, limas endodônticas, pontas diamantadas, lâminas de bisturi, lancetas; tubos capilares; micropipetas; lâminas e lamínulas; espátulas; todos os utensílios de vidro quebrados no laboratório (pipetas, tubos de coleta de sangue e placas de Petri) e outros similares.

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE			
Título: Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde			
Responsável: Gestão Ambiental	Código: 00	Revisão: Novembro 2022	Data: 11/11/2022


10. CLASSIFICAÇÃO DOS RESÍDUOS GERADOS NA UNIDADE

IDENTIFICAÇÃO DOS RESÍDUOS GERADOS POR SETOR										
LOCAL	CLASSIFICAÇÃO DE RESÍDUOS POR CLASSE									
	A1	A2	A3	A4	A5	B	C	D	E	CLASSE I
RECEPÇÃO								X		
FARMÁCIA						X		X		X
SALA VACINA	X			X				X	X	

EM TODO LOCAL QUE GERA RESÍDUO DO GRUPO D (COMUM) PODE HAVER SEPARAÇÃO PARA RECICLAGEM, COM EXCEÇÃO DOS GERADOS NOS SANITÁRIOS;										
SEGUNDA NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISA N°04/2020, TODO RESÍDUO GERADO NA ASSISTÊNCIA DE PACIENTES CONFIRMADO OU COM SUSPEITA DE COVI-19 DEVEM SER ENQUADRADOS NA CATEGORIA A1 E ACONDICIONADO EM SACOS VERMELHOS.										

11. SEGREGAÇÃO E ACONDICIONAMENTO

Em cada um dos serviços do estabelecimento da saúde, os responsáveis pela prestação de serviços (médicos, enfermeiros, técnicos, laboratoristas, auxiliares, etc) descartam materiais como algodões, seringas usadas, papéis e amostras de sangues. Também os pacientes ou visitantes descartam resíduos

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE			
Título: Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde			
Responsável: Gestão Ambiental	Código: 00	Revisão: Novembro 2022	Data: 11/11/2022

de vários tipos. Estes materiais devem ser separados de acordo com a classificação estabelecida na RCD nº 222/2018, em recipientes adequados para cada tipo de resíduo.

Esta operação deve ser realizada na fonte de geração destes resíduos.


A correta segregação dos RSS é condição básica para o êxito ou fracasso do processo do manejo em seu conjunto. Apesar da responsabilidade pela segurança recair principalmente sobre os diretores, supervisores e enfermeiros encarregados dos diferentes serviços, 80% da segregação é realizada por médicos, enfermeiros e auxiliares.

Estes três níveis de trabalhadores dos estabelecimentos de saúde estão mais expostos a riscos de acidentes derivados do manejo dos RSS. Por esse motivo, eles são os primeiros que devem ser sensibilizados a respeito do risco ocupacional e de como este diminui na direta proporção de um melhor manejo dos RSS.

VANTAGENS DE PRÁTICAS ADEQUADAS DE SEGREGAÇÃO:

- ✦ Reduzir riscos para a saúde, impedindo que os resíduos com risco biológico (GRUPO A), que geralmente são frações pequenas, contaminem os outros resíduos gerados no estabelecimento de saúde;
- ✦ Diminuir custos, pois será encaminhada para tratamento especial apenas uma fração dos resíduos gerados;
- ✦ Permitir que alguns produtos dos resíduos comuns possam ser reutilizados ou reciclados.
- ✦ Com base na categoria de resíduos, segundo a classificação adotada e o estado físico dos resíduos específicos, determinam-se os tipos de recipientes mais apropriados e os procedimentos mais adequados para realizar a segregação.

A separação correta dos resíduos gerados na unidade é criteriosa, permitindo o tratamento diferenciado, e a racionalização de recursos despendidos, além de facilitar a reciclagem. Os recipiente para segregação dos resíduos na unidade são definidos por identificação na tampa contendo sacolas coloridas como mostra o quadro abaixo.

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE			 <small>ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE HOSPITAL MATERNIDADE TEREZINHA DE JESUS</small>
Título: Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde			
Responsável: Gestão Ambiental	Código: 00	Revisão: Novembro 2022	Data: 11/11/2022

COR DA SACOLA	TIPO DE RESÍDUO
BRANCA LEITOSA	BIOLÓGICOS
LARANJA E OU DESCARPACK	QUÍMICO
AMARELA (DESCARPACK)	PÉRFURO - CORTANTE
PRETA	COMUM NÃO RECICLÁVEIS
VERMELHO	COVID -19

A substituição das sacolas é realizada pelos colaboradores do serviço de higienização e limpeza diariamente ou quando alcançam 2/3 do volume. Os resíduos perfuro cortantes, do grupo E, são descartados em seu local de geração, em caixas próprias, rígidas, resistentes à punctura, ruptura e vazamento, identificadas com o símbolo de resíduo infectante e com o registro “PÉRFURO-CORTANTE”. Os recipientes são substituídos quando atingem 2/3 de sua capacidade e acondicionados em saco branco leitoso com símbolo de resíduo infectante.

“As agulhas descartáveis devem ser desprezadas juntamente com as seringas, quando descartadas, sendo proibido reencapá-las ou proceder a sua retirada manualmente” (ANVISA, 2004).”


12. ARMAZENAMENTO TEMPORÁRIO

O local deve ser sinalizado, ventilado e de fácil acesso ao setor higienização e limpeza, não sendo permitida a entrada de pessoas não autorizadas, bem como a utilização desta área para outros fins.

A sala de expurgo deve conter também a identificação com a inscrição "ABRIGO TEMPORÁRIO DE RESÍDUOS".

13. COLETA E TRANSPORTE INTERNO

A coleta e transporte interno dos RSS consistem no traslado dos resíduos dos pontos de geração até o local destinado ao armazenamento temporário e/ou expurgo, como objetivo principal de garantir a

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE			 <small>ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE HOSPITAL MATERNIDADE TEREZINHA DE JESUS</small>
Título: Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde			
Responsável: Gestão Ambiental	Código: 00	Revisão: Novembro 2022	Data: 11/11/2022

movimentação planejada dos resíduos nas áreas de circulação interna do hospital, sem oferecer riscos aos funcionários, pacientes e visitantes.

Os RSS gerados são depositados temporariamente em lixeira, identificada, no próprio setor, dentro das dependências da unidade e posteriormente são recolhidos e encaminhados para o abrigo externo.

OS FUNCIONÁRIOS RESPONSÁVEIS PELA COLETA USAM OS EPIs NECESSÁRIOS PARA REALIZAÇÃO DESTA ATIVIDADE (BOTA DE BORRACHA, LUVAS E MÁSCARAS PFF2 QUANDO NECESSÁRIO).


14. COLETA E TRANSPORTE EXTERNO

Os resíduos armazenados nos abrigos temporários e ou expurgo são coletados diariamente, tendo em vista que um armazenamento por um tempo superior a dois dias, mesmo separado, aumenta o risco de contaminação ambiental e a propagação de infecções.

Os Auxiliares de higienização e limpeza da unidade, realizam o transporte dos resíduos para o abrigo externo através de carrinhos rígidos, com tampa e rodas. Para que não ocorra cruzamento dos resíduos durante o transporte de refeições, roupa limpa e materiais esterilizados, os auxiliares SHL segue cronograma coleta preestabelecido em documento institucional.

15. ABRIGO EXTERNO

Consiste no armazenamento no próprio estabelecimento de saúde, em local identificado e específico para esse fim. O abrigo externo tem como objetivo principal garantir a guarda dos RSS em condições seguras até a realização da coleta final. O acesso aos abrigos é restrito aos colaboradores responsáveis pelo serviço de higienização e limpeza. São estruturados conforme a legislação vigente, permitindo desta forma a higienização e desinfecção dos abrigos após cada coleta externa. O abrigo de resíduos externo é composto de 4 compartimentos, sendo um para resíduos infectante, um para resíduos comum, um para químico e um para resíduos reciclável.

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE			
Título: Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde			
Responsável: Gestão Ambiental	Código: 00	Revisão: Novembro 2022	Data: 11/11/2022

Estes compartimentos são revestidos internamente com piso e paredes laváveis e possuem 1 ponto de água para a higienização da área, o acesso aos abrigos são restrito aos colaboradores responsáveis pelo serviço de higienização e limpeza.

Todos os resíduos, são depositado em contêiner ou palites separados por grupos.

O LOCAL ONDE SÃO ARMAZENADO OS RSS DEVE CUMPRIR OS SEGUINTE REQUISITOS:

- ✦ Os RSS devem ser armazenados, no próprio estabelecimento de saúde, em locais específicos para esse fim;
- ✦ O armazenamento externo dos diversos grupos dos RSS pode estar em pontos separados ou na mesma área, desde que a divisão entre eles estejam perfeitamente delimitada para evitar mistura ou focos de contaminação;
- ✦ Estar localizado de modo que o transporte dos RSS não cruze com o de outros serviços, como cozinha, lavanderia, materiais esterilizados, etc;
- ✦ Ter pisos e paredes lisas, impermeáveis, de cor clara, com ângulos de encontro entre pisos e paredes chanfrados;
- ✦ O piso deve ter declividade de 2% até o ralo para facilitar a lavagem e desinfecção;
- ✦ Todos os orifícios devem ser protegidos com telas para evitar o ingresso de insetos, roedores e pássaros;
- ✦ Estar provido de ponto de água e equipamento necessário para a limpeza e desinfecção do pessoal e das estruturas físicas;
- ✦ Estar convenientemente iluminado e possuir sistema de ventilação natural e/ ou mecânica;
- ✦ Estar protegido da radiação solar;
- ✦ Possuir vedação nas portas para dificultar o acesso de vetores;
- ✦ O local de armazenamento e os carros de transporte interno devem ser lavados a cada retirada dos RSS.

16. TRATAMENTOS PRÉVIOS


Não haverá tratamento prévio, visto que todos os resíduos infectantes, químicos e perfuro cortante são tratados pela empresa terceirizada, onde serão incinerados.

17. TRANSPORTE FINAL

Consiste na remoção dos RSS do abrigo externo até a unidade de tratamento ou disposição final, pela utilização de técnicas que garantam a preservação das condições de acondicionamento e a integridade dos trabalhadores, da população e do meio ambiente.

A COLETA E O TRANSPORTE FINAL SÃO REALIZADOS POR TERCEIROS COMO MOSTRA O QUADRO ABAIXO.

GRUPO	TIPO DE RESÍDUO	PERIODICIDADE	HORÁRIO	VEÍCULO	EMPRESA COLETOR(A)
Grupo A	Biológico	***	***	***	***
Grupo E	Perfuro cortante	***	***	***	***
Grupo B	Químico	***	***	***	***
Grupo D	Comum não reciclável	***	***	***	***
	Comum reciclável	***	***	***	***
Classe I	Eletrônicos; Pilhas; Lâmpadas.	***	***	***	***

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE			
Título: Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde			
Responsável: Gestão Ambiental	Código: 00	Revisão: Novembro 2022	Data: 11/11/2022

Durante a coleta externa o colaborador do serviço de higienização e limpeza acompanha o início e término da pesagem dos resíduos, verificando juntamente a empresa contratada o peso dos resíduos coletados, emitindo então Manifesto de Transporte de Resíduos (MTR). Após a coleta externa dos resíduos, o serviço de higienização são responsáveis por realizar limpeza e desinfecção dos abrigos.

18. TRATAMENTO FINAL

O tratamento consiste na aplicação de processos térmicos, químicos ou biológicos, de eficiência comprovada, visando descontaminar, desinfetar ou esterilizar os resíduos infectantes e químicos, com alterações das suas características

Biológicas, químicas ou físicas e com a finalidade de minimização dos riscos à saúde pública e ao meio ambiente.

Os resíduos dos grupos A, B e E são submetidos ao tratamento térmico, isto é, ao processo de incineração por empresa contratada especializada.

Os resíduos do grupo D não são submetidos a tratamento, pois conforme a legislação vigente é dispensável tal processo. Seguem para disposição final em aterro sanitário, sendo realizado pelo município, ou quando permitido para reciclagem.


19. CONTROLE DE PRAGAS E VETORES

Tendo em vista que determinados locais, como estabelecimentos de assistência à saúde são mais propensas a surgimento de pragas e vetores, o combate é realizado mensalmente através de desinsetização e desratização, por uma empresa especializada terceirizada:

Empresa: ***

CNPJ: ***

São Utilizados produtos que atuam nas seguintes pragas: baratas, formigas, roedores, mosquitos, pernilongos, e outros semelhantes.

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE			 <small>ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE HOSPITAL MATERNIDADE TEREZINHA DE JESUS</small>
Título: Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde			
Responsável: Gestão Ambiental	Código: 00	Revisão: Novembro 2022	Data: 11/11/2022

O SETOR RESPONSÁVEL POR ACOMPANHAR ESTA AÇÃO É A MANUTENÇÃO E SHL, SENDO O SCIH RESPONSÁVEL PELO MONITORAMENTO ATRÁVES DA VALIDAÇÃO DO PROCESSO.

20. HIGIENE, SAÚDE E SEGURANÇA OCUPACIONAL

O serviço especializado em engenharia de segurança e medicina do trabalho (SESMT) é o responsável zelar pela segurança e pela saúde dos colaboradores, buscando reduzir ou eliminar os riscos existentes no ambiente laboral. Para que esta ação seja efetiva são elaborados alguns documentos para mapear riscos e indicar ações de prevenção e promoção à saúde dos trabalhadores, segue abaixo os principais:

- ✦ Programa de Gerenciamento de Riscos (PGR) que tem como objetivo levantar os riscos ocupacionais existentes de acordo com o cargo e função dos colaboradores. O PGR indica medidas a serem executadas de forma a garantir a preservação da integridade do colaborador.
- ✦ Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), que possui como base os riscos identificados no PGR, tem como objetivo implementar as medidas de promoção e prevenção da saúde e de integridade física dos trabalhadores tendo como base os exames ocupacionais.


Temos também como base a norma regulamentadora

32 que estabelece as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores em serviço de saúde, as quais são observadas e cumpridas pelo Hospital de Clínicas Sul.

O Serviço de Comissão de Controle de Infecção atua em parceria com os programas de segurança e saúde do trabalhador, reforçando e conscientizando as boas práticas para higienização das mãos a fim de prevenir as infecções cruzadas e preservando também a saúde ocupacional dos colaboradores e equipe multidisciplinar.

21. IMUNIZAÇÃO

A imunização ocupacional tem como objetivo realizar a prevenção das doenças que interferem diretamente na capacidade produtiva do trabalhador, prevenir doenças frequentemente encontradas na

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE			
Título: Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde			
Responsável: Gestão Ambiental	Código: 00	Revisão: Novembro 2022	Data: 11/11/2022

comunidade e que podem afetar o trabalhador em seu ambiente de trabalho, reduzir as doenças infecciosas e suas graves consequências, promovendo assim a saúde do trabalhador.

Atendendo às exigências da norma regulamentadora 32 e ao PCMSO, foram implementadas ações de controle da vacinação dos colaboradores, para que seja feito o exame ocupacional admissional o candidato deverá apresentar o cartão de vacina atualizado contendo as vacinas

Hepatite B, dT (Difteria Tétano), Triviral (Sarampo, Caxumba e Rubéola) e Covid 19.

Posteriormente é feito o controle e acompanhamento da situação vacinal dos colaboradores fica sob responsabilidade do técnico em segurança do trabalho e SCIH da unidade.


22. EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL

O uso dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI's) é de suma importância por todo e qualquer colaborador envolvido em alguma das etapas do processo de gerenciamento dos RSS.

Os colaboradores do serviço de higiene e limpeza estão envolvidos diretamente nas atividades de manejo dos resíduos, sendo assim são capacitados quanto a adequada utilização dos EPI's: luva de borracha de cano médio, capote, manga e/ou avental impermeável, máscara, botas antiderrapantes cano longo e óculos de proteção. Os EPI's são higienizados a cada processo e guardados em locais apropriados.

23. CAPACITAÇÃO E TREINAMENTO

Implementar um PGRSS significa, além de elaborar o referido plano, promover treinamentos continuados para todos os envolvidos no trato dos resíduos. Por diferentes razões, a redução e a segregação dos Resíduos de Serviços de Saúde representam a chave do sucesso no gerenciamento desses resíduos. É nesta etapa que intervém um grande número de pessoas, a maior parte delas ocupadas em atender o paciente, muitas vezes em condições de urgência. Para os médicos, enfermeiras e auxiliares, os resíduos gerados podem parecer um aspecto de pouca importância, a menos que tenham sido capacitados.

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE			 <small>ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE HOSPITAL MATERNIDADE TEREZINHA DE JESUS</small>
Título: Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde			
Responsável: Gestão Ambiental	Código: 00	Revisão: Novembro 2022	Data: 11/11/2022

Na realidade, a segurança e o bem estar do pessoal que maneja os RSS dependem, em boa parte, da capacitação e motivação dos médicos, enfermeiros, pacientes e de todos que interage na geração desses resíduos.

É importante lembrar que os colaboradores da limpeza, que tem acesso a todas as seções do estabelecimento de saúde, deve se sentir parte importante da equipe e deverá receber uma cuidadosa capacitação para entender como a limpeza é fator importante no tratamento do paciente. A fim de formar uma consciência coletiva, a elaboração do PGRSS deverá incluir a capacitação do pessoal direta e indiretamente envolvido com os RSS, para que sejam conhecido todos os métodos utilizados e os possíveis riscos ao ambiente de trabalho e ao meio ambiente.

A capacitação e treinamento referentes ao PGRSS são realizados de forma inicial e continua para todos os colaboradores.

Inicial: Treinamento “introdutório”, isto é, todo e qualquer colaborador admitido na instituição deverá participar da capacitação sobre o tema no primeiro dia de trabalho.

Periódico: Realização de campanha 1 vez ao ano.

“A capacitação reduz os acidentes de trabalho, diminui os custos operacionais e aumenta a eficiência do serviço.”

24. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O monitoramento visa checar e avaliar periodicamente se o PGRSS está sendo executado através de ronda realizada semanal pelos membros do PGRSS que tem coparticipação neste monitoramento, durante as visitas técnicas os membros do serviço, verificam o cumprimento do PGRSS na instituição.

O volume dos resíduos gerados na unidade são controladores e monitorados por grupos através de pesagem realizada pelos auxiliares SHL, e os resíduos comum e de saúde, são recolhidos pela empresa terceirizada, o quantitativo são lançados na plataforma de controle da SIGOR - Sistema

Estadual de Gerenciamento Online de Resíduos Sólidos cada coleta realizada, gerando assim o Manifesto de Transporte de Resíduos – MTR.

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE



Título: Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde

Responsável: Gestão Ambiental

Código: 00

Revisão: Novembro 2022

Data: 11/11/2022

Portaria nº 280, de 29 de junho de 2020 “regulamenta os Arts. 56 e 76 do decreto nº 7.404, de 23 de dezembro de 2010, e o art. 8º do decreto nº 10.388, de 5 de junho de 2020, institui o manifesto de transporte de resíduos - MTR nacional, como ferramenta de gestão e documento declaratório de implantação e operacionalização do plano de gerenciamento de resíduos, dispõe sobre o inventário nacional de resíduos sólidos e complementa a portaria nº 412, de junho de 2019.”

DECLARAÇÃO DE MOVIMENTAÇÃO DE RESÍDUOS DE SERVIÇO DE SAÚDE

Destinador		Resíduo	Quantidade Destinada	Quantidade Gerada	Quantidade Armazenada	Unidade	Tratamento
50896251001201 - SLLCON AMBIENTAL LTDA.		180152(*)-Resíduos resultantes da atenção da saúde de indivíduos ou animais, com suspeita ou certeza de contaminação biológica por agentes com elevado risco individual e elevado risco para a comunidade, risco-organismos com resistência epidemiológica e risco de disseminação ou causador de doença emergente que se torna epidemiologicamente importante de cujo resíduo não se trata através de procedimentos de biossegurança de nível 4 (Grupo A1 conforme ANVISA RDC 322/2018)	0,0100	0,0100	0,0000	Tonelada	Armazenagem para Coprocessamento
48993777000206 - URBANIZADORA MUNICIPAL SA URBAM		Grupo C-Materiais perfurocortantes ou recalcitrantes, tais como: lâminas de barbeta, agulhas, escovas, ampolas de vidro, bicos, seringas estroboscópicas, pontos de sutura, sondas de cateter, sondas, tubos capilares, microagulhas, seringas e seringas, agulhas e todos os utensílios de vidro quebrados no laboratório (agulhas, tubos de coleta sanguínea e placas de Petri) e outros materiais, classificados como Grupo C conforme ANVISA RDC 322/2018 - Contaminação ou resíduo código 180401(*) conforme tabela 1 (anexo)	0,0020	0,0020	0,0000	Tonelada	Armazenagem para Coprocessamento
40263170001074 - SOLVI ESSENCIA AMBIENTAL S.A		180259(*)-Outros produtos considerados perigosos (Grupo B conforme ANVISA RDC 322/2018)	0,5279	0,5279	0,0000	Tonelada	Incineração

Declaração


Esta Declaração certifica a movimentação dos resíduos ocorrido no período acima indicado, bem como a condição estabelecida para cada um deles.

SAO JOSE DOS CAMPOS, 24/05/2022

cristian reis
Responsável Legal

Observações


1ª via da Declaração: CETESB 2ª via da Declaração: Emitente

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE			
Título: Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde			
Responsável: Gestão Ambiental	Código: 00	Revisão: Novembro 2022	Data: 11/11/2022

25. REFERÊNCIAS

Resolução da Diretoria Colegiada, RDC 222, ANVISA, de 28 de Março de 2018. Dispõe sobre os procedimentos de petição e arrecadação eletrônica no âmbito da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA e de suas Coordenações Estaduais e Municipais de Vigilância Sanitária e dá outras providências. Resolução CONAMA N° 358 de 29/04/05. Dispõe sobre o tratamento e a disposição final dos resíduos dos serviços de saúde e dá outras providências.

PORTARIA N° 280, DE 29 DE JUNHO DE 2020 Regulamenta os arts. 56 e 76 do Decreto nº 7.404, de 23 de dezembro de 2010, e o art. 8º do Decreto nº 10.388, de 5 de junho de 2020, institui o Manifesto de Transporte de Resíduos - MTR nacional, como ferramenta de gestão e documento declaratório de implantação e operacionalização do plano de gerenciamento de resíduos, dispõe sobre o Inventário Nacional de Resíduos Sólidos e complementa a Portaria nº 412, de 25 de junho de 2019.

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE			
Título: Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde			
Responsável: Gestão Ambiental	Código: 00	Revisão: Novembro 2022	Data: 11/11/2022

RESPONSÁVEL TÉCNICO PELA ELABORAÇÃO DO PGRSS


Nome: Laiane Reis
Cargo/função: Engenheira Ambiental
Registro profissional: CREA - MG 282849

COORDENADOR ADMINISTRATIVO

Nome: ***
Cargo/função: Coordenador Administrativo

RESPONSÁVEL PELO SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

Nome: ****
Cargo/função: Enfermeira SCIH
Registro profissional: *****

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE			
Título: Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde			
Responsável: Gestão Ambiental	Código: 00	Revisão: Novembro 2022	Data: 11/11/2022

ANEXO I

PROGRAMA DE TREINAMENTOS

O serviço deve manter um programa de educação continuada para os trabalhadores e todos os envolvidos nas atividades de gerenciamento de resíduos, mesmo os que atuam temporariamente, que contemplem os seguintes temas:

- I - sistema adotado para o gerenciamento dos RSS;
- II - prática de segregação dos RSS;
- III - símbolos, expressões, padrões de cores adotadas para o gerenciamento de RSS;
- IV - localização dos ambientes de armazenamento e dos abrigos de RSS;
- V - ciclo de vida dos materiais;
- VI - regulamentação ambiental, de limpeza pública e de vigilância sanitária, relativas aos RSS;
- VII - definições, tipo, classificação e risco no manejo dos RSS;
- VIII - formas de reduzir a geração de RSS e reutilização de materiais;
- IX - responsabilidades e tarefas;
- X - identificação dos grupos de RSS;
- XI - utilização dos coletores dos RSS;
- XII - uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e Coletiva (EPC);
- XIII - biossegurança;
- XIV - orientações quanto à higiene pessoal e dos ambientes;
- XV - orientações especiais e treinamento em proteção radiológica quando houver rejeitos radioativos;
- XVI - providências a serem tomadas em caso de acidentes e de situações emergenciais;
- XVII - visão básica do gerenciamento dos resíduos sólidos no município ou Distrito Federal;
- XVIII - noções básicas de controle de infecção e de contaminação química; e
- XIX - conhecimento dos instrumentos de avaliação e controle do PGRSS.

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE**Título:** Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde**Responsável:** Gestão Ambiental**Código:** 00**Revisão:** Novembro 2022**Data:** 11/11/2022**CRONOGRAMA DE REUNIÃO**

DIA *****	HORARIO *****	LOCAL ****

ASSINATURA DOS MEMBROS DA COMISSÃO



10.1.1: FA. 1 – ÁREA DE ATIVIDADE

IMPLANTAÇÃO DE FLUXO INDIVIDUALIZADA AO PERFIL DA UNIDADE DE SAÚDE (A FORMA DE APRESENTAÇÃO SERÁ CONSIDERADA LEVANDO-SE EM CONTA A CLAREZA E ENTENDIMENTO DO FLUXO)

Implantação da Logística de Suprimentos

IMPLANTAÇÃO DE LOGÍSTICA DE SUPRIMENTOS

A logística de suprimentos proposta a seguir para o Hospital de Urgências de Goiás (hugo) a segue os preceitos da OSS HMTJ, sendo constituída pelo planejamento de compras de materiais e medicamentos, rede de fornecedores, serviço de transporte, armazenamento, plano de contingência para desabastecimento, serviço de movimentação interna e rede de unidades de atendimento.

O objetivo básico do setor de suprimentos da unidade consiste em colocar os recursos materiais necessários ao processo produtivo, principalmente a assistência farmacêutica, com qualidade e padrões determinados, em quantidades adequadas, no tempo correto e com o menor custo.

O processo de produção de um hospital é muito complexo, podendo-se considerar como uma das mais intrincadas unidades de trabalho, porquanto ele constitui um centro de interação de várias disciplinas e profissões, incorporando tecnologias e gerando um modelo assistencial com uma variedade enorme de itens e graus de diversidade. Tudo isto para ser capaz de atender inúmeros procedimentos médico-hospitalares.

Objetivos: Padronizar o processo de gestão de suprimentos, melhorar o desempenho dos processos de aquisição de insumos, além de desenvolver estratégias para alinhar os fornecedores aos objetivos da organização.

Abrangência: Setor de Suprimentos e Todas as Unidades da OSS HMTJ.

A Gestão de Suprimentos da Organização Social de Saúde Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus deve atender à demanda de aquisição de forma planejada, integrada, eficaz e transparente e será orientada pelas seguintes diretrizes:

- ❖ Integração das unidades da OSSHMTJ, para que se tornem alinhadas às estratégias empresariais, no que se refere aos processos relacionados nesta política;
- ❖ Adequação às especificidades de cada unidade para a efetiva operacionalização desta política, fornecendo o suporte organizacional apropriado, de modo que a cadeia de suprimento opere dentro de um padrão de competência compatível com a responsabilidade da OSSHMTJ.

- ❖ Simplificação dos procedimentos de aquisição, visando à redução dos custos e tempos associados, realizando as melhorias necessárias nos processos correspondentes;
- ❖ Melhoria contínua dos processos de trabalho da cadeia de suprimento, por meio da racionalização dos métodos e do Sistema de Gestão da Qualidade;

A Gestão de Suprimentos das Unidades da Organização social de Saúde Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus será operacionalizada pelos seguintes processos:

1. Padronização de Materiais e Medicamentos

- ✚ Os materiais e Medicamentos utilizados na OSSHMTJ são validados pela Comissão de Padronização. A padronização tem como objetivos principais: a otimização do atendimento ao paciente através da seleção racional de medicamentos, a maior facilidade de vigilância farmacológica; a redução no custo da terapêutica, sem prejuízos para a segurança e a efetividade do tratamento;
- ✚ Sempre que detectado desvio de qualidade em materiais e medicamentos, os setores assistenciais devem imediatamente preencher o "Comunicado de Produto não conforme" e encaminhá-lo ao setor de suprimentos.
- ✚ Após a avaliação dos produtos não conformes e deferimento a favor da suspensão da aquisição do produto, o responsável pelo setor de suprimentos deverá informar no apoio cotação no nome do produto que o item em questão não deverá ser cotado.
- ✚ Periodicamente, os formulários de produtos não conformes deverão ser encaminhados à Comissão de Padronização de Materiais e Medicamentos para rever a padronização do mesmo.
- ✚ Os materiais e medicamentos não padronizados deverão ser solicitados via formulário de "Requisição de Compra" com a devida justificativa e aprovação do Diretor Técnico da OSS HMTJ.

2. Seleção e Qualificação de Fornecedores

- ✚ A Organização seleciona fornecedores para produtos com base na capacidade destes em atender os requisitos estabelecidos.
- ✚ Os fornecedores selecionados e qualificados devem ser definidos conforme especificação das normas de qualidade da Organização Nacional de Acreditação, NBR ISO 9001:2015 e atendimentos às especificações legais.

✚ Nenhum fornecedor poderá ser cadastrado apresentando pendência em relação aos documentos listados abaixo:

1. Contrato Social ou alteração
2. Cartão CNPJ
3. Inscrição Estadual
4. Alvará Sanitário
5. Certificado de responsabilidade técnica (quando aplicável).
6. AFE – ANVISA (quando aplicável).

Obs: O certificado de boas práticas é exigido apenas para os fabricantes.

Os documentos dos fornecedores qualificados, que têm validade definida, deverão ser gerenciados pelo Software RM Nucleus, onde são gerados relatórios de vencimentos dos mesmos. O responsável pelo monitoramento deverá solicitar ao fornecedor a atualização do documento 30 dias antes do vencimento.

O resultado da qualificação do fornecedor terá as seguintes classificações:

1. **Aprovado** – quando o fornecedor atender todas as exigências contidas no formulário de seleção de fornecedores.
2. **Com restrição** – quando o fornecedor apresentar alguma documentação legal desatualizada.
3. **Reprovado** – quando o fornecedor deixar de apresentar alguma documentação legal.

✚ Para o fornecedor que for selecionado com restrição, o setor de suprimentos deve notificá-lo, concedendo prazo de até 90 (noventa) dias para regularização da restrição.

✚ Para o fornecedor reprovado, o mesmo será comunicado através do e-mail, solicitando a regularização para participar das futuras cotações. Quando o fornecedor regularizar a situação, o setor de suprimentos deve emitir novo formulário.

✚ Os fornecedores qualificados na Plataforma Apoio Cotações devem ser controlados através dos critérios para qualificação exigidos no ato do cadastro na plataforma.

Os documentos dos fornecedores que participam da plataforma Apoio Cotações ficam arquivados no servidor desta plataforma e o mesmo é acessado diretamente pelo site. O monitoramento da qualificação do fornecedor é feito pela própria empresa Apoio Cotações.

Caso o fornecedor tenha algum documento vencido, ele será notificado pela Apoio Cotações e seu status no site ficará como "Documento não encontrado". Se o fornecedor não apresentar a documentação solicitada em 30 dias, o mesmo será bloqueado na plataforma.

3. Aquisição

- ✚ Os levantamentos de necessidades de aquisição de insumos na OSSHMTJ são de responsabilidade dos gestores de cada unidade, os quais devem utilizar ferramentas de gestão de estoque para análise de histórico e previsão de demanda.
- ✚ As decisões de aquisição devem levar em consideração a variação demanda da unidade, os relatórios de consumo e estoque e os recursos financeiros disponíveis.
- ✚ Os setores responsáveis pelo levantamento de necessidade de compras estão descritos na tabela abaixo:

Insumos	Responsável
Medicamentos	Farmácia
Materiais Hospitalares e de Expediente	Almoxarifado
Equipamentos Médico Hospitalares	Engenharia Clínica
Materiais de Higiene e Limpeza	Serviço de Higiene e Limpeza/Coordenação de Apoio
Materiais de Manutenção predial	Serviço de Manutenção Predial/Coordenação de Apoio
Nutrição	Serviço de Nutrição e Dietética/Coordenação

Todas as solicitações de compras devem ser validadas pelos gestores responsáveis da OSSHMTJ conforme apresentado abaixo:

Insumos	Aprovação
Medicamentos e Materiais hospitalares	Farmacêutico Central
Materiais de Expediente	Gerente de Apoio e Logística
Equipamentos Médico Hospitalares	Gerente de Apoio e Logística
Materiais de Higiene e Limpeza	Gerente de Apoio e Logística
Materiais de Manutenção predial	Gerente de Apoio
Nutrição	Gerente de Nutrição

- ✓ O coordenador administrativo da unidade tem autonomia para realizar compras de insumos e serviços com verba mensal disponível no valor de R\$ 1500,00, utilizando para tal o “caixinha da unidade”, em caso de necessidade.
- ✓ As compras com valores superiores a R\$ 1500,00 só poderão ser realizadas mediante solicitação ao setor de suprimentos. Salvo em casos de aquisições com autorização assinada pela Direção Administrativa da OSSHMTJ.
- ✓ O coordenador de Compras da OSSHMTJ tem autonomia para aprovação de aquisição de insumos no valor de até R\$ 10.000,00.
- ✓ O Gerente de Compras da OSSHMTJ tem autonomia para aprovação de aquisição de insumos no valor de até R\$ 20.000,00.
- ✓ As compras referentes a recursos de investimentos deverão ter a autorização da Diretoria Administrativa e Técnica.
- ✓ As solicitações de compras são realizadas pelos gestores das unidades conforme a necessidade de aquisição. A ferramenta utilizada para solicitação de compras em todas as unidades da OSSHMTJ é o Software RM Nucleus.
- ✓ No sistema são informados todos os dados referentes à solicitação: A descrição da unidade solicitante, o centro de custos, o plano orçamentário, o prazo desejado para entrega, os itens e as quantidades a serem adquiridas.
- ✓ Após ser gerada no sistema a solicitação fica pendente até ser realizado o processo de cotação e gerada a ordem de compra referente à mesma pelo setor de suprimentos.
- ✓ Ao receber a solicitação de compra, o setor de suprimentos utiliza duas plataformas para realizar o processo de cotação: as solicitações referentes a medicamentos e materiais médico-hospitalares são cotadas via porta da Plataforma Apoio Cotações, e as demais solicitações referentes a equipamentos, obras e materiais de manutenção predial, nutrição e dietética (no caso da matriz), materiais de escritório e papelaria são realizadas utilizando-se a plataforma do software RM Nucleus.

- ✓ Deverão ser realizadas no mínimo três cotações referentes ao item solicitado, com exceção de fornecedores com carta exclusividade.
- ✓ Dentre os critérios de seleção da melhor oferta deverão ser considerados: preço, prazo de entrega, condição de pagamento, qualidade do produto e data de validade superior a um ano.
- ✓ Após a cotação, o setor de suprimentos gerará a ordem de compra referente aos itens respondidos pelos fornecedores.
- ✓ Os itens não cotados deverão ser direcionados a outros fornecedores em um novo processo de cotação.
- ✓ No caso das solicitações de compra de urgência e/ou negociação com fornecedor para pagamento adiantado, deverá ser gerada ordem de compras no movimento de adiantamento de pagamento.
- ✓ As solicitações de adiantamento de pagamento via sistema são validadas pelo Gerente de Suprimentos enquanto houver recursos financeiros disponíveis para a unidade solicitante. No caso de falta de verba da unidade, a liberação do pagamento deverá ser validada pelo Diretor Administrativo da OSSHMTJ.
- ✓ O prazo para pagamento dessas solicitações ao fornecedor pelo setor financeiro é de 48 horas após a liberação da controladoria, com exceção dos casos emergências (24 horas).
- ✓ Depois de finalizado o processo, o pedido de compras é disparado ao fornecedor que atendeu a todos os critérios de seleção e que foi selecionado para fornecimento.
- ✓ O prazo para conclusão de todo o processo de aquisição desde a solicitação até o pagamento do pedido de compra é de 10 dias.
- ✓ O Acompanhamento dos pedidos de compra pode ser realizado pelos envolvidos no processo via RM Bis no relatório de "Monitoramento de suprimentos".
- ✓ No relatório estão as informações referentes à solicitação de compra, validação dos gestores responsáveis pelo segmento da OSS ordem de compra, liberação da controladoria, status de pagamento e status de recebimento do insumo.

4. Avaliação dos Fornecedores

A cada entrega o setor que está recebendo o produto deve avaliar o fornecedor e registrar a avaliação destes quanto à conformidade os critérios estabelecidos abaixo:

- Embalagem
- Temperatura
- Lote e Validade
- Conformidade da Nota fiscal com a Ordem de Compras

- ✓ No ato do recebimento da nota fiscal, a mesma deve ser verificada com a ordem de compra para identificar as conformidades do produto entregue com o pedido de compra.
- ✓ Após, as não conformidades identificadas deverão ser preenchidas no campo complementar de avaliação da entrega no RM Nucleus.
- ✓ Caso o avaliador deseje notificar o fornecedor pelo descumprimento dos requisitos de entrega, deverá marcar a opção referente à notificação no sistema, especificando a falha e principalmente a correção que deverá ser adotada.
- ✓ Diariamente o assistente administrativo do setor de suprimentos deverá verificar o relatório de avaliação das entregas e encaminhar notificação de não conformidade para os fornecedores não conformes.
- ✓ As não conformidades mais danosas bem como a continuidade de condutas reprováveis pelo mesmo fornecedor acarretarão em notificações padronizadas enviadas por e-mail com sanções progressivas:

1. A primeira carta terá intuito de informar ao fornecedor a existência do processo de avaliação, falhas ocorridas em sua atividade e disponibilizar-se para maiores informações.
 2. A segunda notificação suspende o fornecedor das cotações por período indeterminado, devendo este retornar a participar preferencialmente após visita de seu representante.
 3. A terceira notificação enviada desqualifica a empresa do rol de fornecedores, impedindo-a de participar de futuras cotações.
- O fornecedor bloqueado poderá voltar a participar das cotações desde que autorizado pela gerência do setor de suprimentos.
 - Semestralmente deverá ser gerado e enviado relatório com o desempenho individual para cada fornecedor.

Documentação para Fornecedores de medicamentos insumos farmacêuticos e correlatos

Para o fornecimento deste grupo de insumos se faz necessário os seguintes documentos:

- ✓ Cópia autenticada do registro da empresa no Ministério da Saúde, publicada no Diário Oficial da União – obrigatória para fabricante;
- ✓ Certificado de Responsabilidade Técnica do responsável técnico da empresa emitido pelo Conselho Regional de Classe – obrigatório para fabricante;
- ✓ Certificado de Boas Práticas de Fabricação por Área de Produção e Controle de Produtos para Saúde, expedido pela ANVISA (renovação anual) – obrigatório para fabricante;
- ✓ Certificado de Boas Práticas de Distribuição e Armazenamento de Produtos para Saúde, expedido pela ANVISA (renovação anual) – desejável para fabricante;
- ✓ Cópia autenticada da autorização especial para comercialização de medicamentos da Portaria 344/98 SVS-MS – obrigatória para fabricante e distribuidor.

Fornecedores de Equipamentos Médico-Hospitalares

Documentos complementares que se fazem necessários para o fornecimento de equipamentos:

- ✓ Cópia da certificação do equipamento a ser fornecido, pelas normas: NBR IEC ou IEC 60.601-1, IEC 60.601-1-2, IEC 60.601-2-45. Os certificados devem ser emitidos por laboratório de certificação (INMETRO, UL, TUV, SEV, VDE, entre outros) – obrigatória para fabricante e distribuidor;
- ✓ Certificado de Boas Práticas de Fabricação expedido pela ANVISA (renovação anual), para equipamentos nacionais de Classe de Risco III e IV – obrigatório para fabricante.

Disposições Gerais

Todos os documentos deverão ser encaminhados via correio, email ou entregues diretamente ao Setor de Compras, atualizados e dentro do prazo de validade, juntamente com a Ficha de Cadastro que deve ser solicitada junto ao setor de compras.

Além das observações acima citadas, segue abaixo outras orientações para o cadastramento:

- ✓ No caso de fornecimento de produtos isentos de registro no Ministério da Saúde, é necessária uma cópia do documento de isenção;
- ✓ Em casos de registros provisórios, é preciso documento que comprove a renovação de registro quando expirar a data, ou a apresentação do registro definitivo;
- ✓ Todos os documentos ficarão arquivados no Setor de compras, pelo período máximo de 01 ano.
- ✓ O HMTJ dará preferência àqueles fornecedores que possuem o Certificado de Boas Práticas de Fabricação.

Homologação do Fornecedor e/ou Prestador de Serviço

O fornecedor e/ou prestador de serviço, estará devidamente cadastrado e qualificado tão somente após apresentar todos os documentos ora já citados no capítulo anterior, bem como preencher e entregar a "Ficha de Cadastramento". Este formulário será fornecido pelo Setor de Compras quando o relacionamento comercial for de trato direto com o setor citado.

Para ser considerado homologado o fornecedor deverá:


- ✓ Estar com toda documentação completa e atualizada, de acordo com o objeto a ser fornecido;
- ✓ Receber parecer favorável junto a visita técnica (aplicável conforme o caso).

Para as visitas técnicas será gerado um relatório em formulário específico, chamado Relatório de Visita Técnica onde será formalizado o parecer e assinado pelos responsáveis na execução da atividade, sendo que tal documento será arquivado na pasta do fornecedor.

Os fornecedores não aprovados poderão passar por um novo processo de qualificação, desde que demonstrem as alterações e correções necessárias nos documentos não aceitos na avaliação anterior.

Cumprimentos das normas e portarias da ANVISA

Os fornecedores deverão respeitar as diretrizes estabelecidas pela ANVISA na produção, armazenamento e transporte de medicamentos, soluções parenterais, insumos farmacêuticos, equipamentos médico-hospitalares, materiais de uso hospitalar e alimentos.

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS		 HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS	
PROCEDIMENTO SISTÊMICO - PRS			
Título: Requisição de produtos e equipamentos			
Responsável: Setor de compras	Código: PRS HMTJ 193	Revisão: 06	Data: 03/03/2022

I. Objetivos

Efetuar corretamente a solicitação de compra para produtos específicos ou não padronizados na unidade através do sistema Fluig para validação do responsável técnico, análise do setor de suprimentos e autorização da direção.

II. Materiais

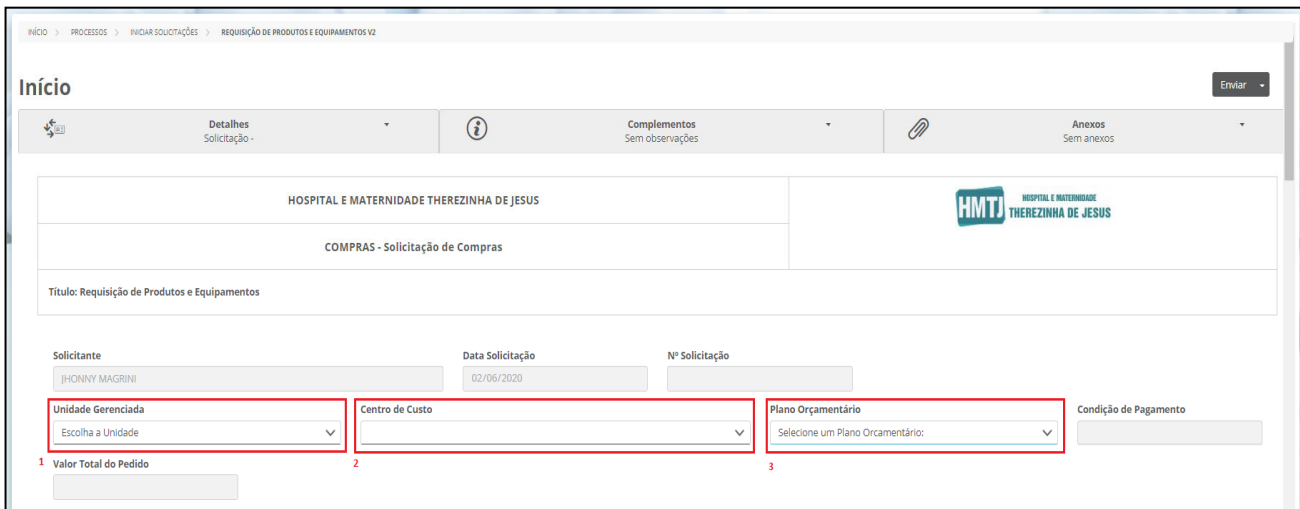
Acesso à internet por qualquer meio.

III. Abrangência

Todos os setores.

IV. Descrição dos passos da atividade

1. As opções para preenchimento dos campos são ativadas à medida que o campo antecessor for preenchido. É imprescindível que os campos Centro de Custo e Plano Orçamentário sejam preenchidos de forma correta para evitar retardamento do processo. O setor de contabilidade e o setor de custos podem auxiliar no caso de dúvidas.




2. O requisitante deverá acrescentar os Produtos à solicitação conforme cadastro da instituição e, se necessário, acrescentar informações no campo Observação solicitante, bem como a justificativa da necessidade de compra.

2.1. É possível acrescentar mais de um item a mesma solicitação desde que não seja repetido.

2.2. O solicitante poderá anexar arquivos ou indicar links que auxiliem a identificação do item desejado, caso necessário. Em casos específicos, quanto maior o detalhamento do item maior a probabilidade da aquisição ser assertiva.

3. Após selecionar Adicionar produto, escolher o grupo em que ele se classifica, selecionar o item desejado e digitar a quantidade necessária.

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS		 HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS	
PROCEDIMENTO SISTÊMICO - PRS			
Título: Requisição de produtos e equipamentos			
Responsável: Setor de compras	Código: PRS HMTJ 193	Revisão: 06	Data: 03/03/2022

Produtos

Permite excluir itens sem prejudicar a solicitação



1

Grupo de Produtos

2

Produto

3

Unidade Compra

Quantidade

4 →

Observação Solicitante

Justificar a necessidade da compra e, havendo necessidade detalhar o item podendo inclusive indicar link com o produto

Valor Unitário

Formato 00,0000

Valor Total

Observação de Compras

Adicionar Produtos Permite incluir mais itens, porem todos eles devem estar de acordo com centro de custo e plano orçamentário selecionado

4. Não estando o item disponível em nossa base de dados, deverá o cadastro ser solicitado conforme orientado em PRS

Início

Carregar arquivos

Abre janela para seleção de arquivos a serem anexados

Buscar no ECM

Download

Remover

Buscar

Anexos

Sem anexos

Nenhum anexo nesta solicitação.

5. Preenchida a solicitação clicar em enviar para encaminhá-la ao setor de compras que, poderá dar seguimento a cotação, ou enviá-la para aprovação técnica do responsável da área antes de dar seguimento. Recomenda-se tomar nota do número da solicitação para consulta futura.

Solicitante

JOHNNY MAGRINI

Data Solicitação

02/06/2020

Nº Solicitação

Unidade Gerenciada

Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus

Centro de Custo

Farmácia

Plano Orçamentário

02.07.01.001 - MEDICAMENTOS

Condição de Pagamento

Enviar

Enviar para análise do responsável da área técnica

Valor Total do Pedido

0

Produtos

Grupo de Produtos

MEDICAMENTOS

Produto

PARACETAMOL 200mg/ml GOTAS

Unidade Compra

FR

Quantidade

100

Observação Solicitante


Valor Unitário

Formato 00,0000

Valor Total

Observação de Compras

6. Sendo a solicitação destinada à área técnica, havendo necessidade de correção por parte do solicitante, após realizá-la ele deverá selecionar o mesmo responsável técnico definido pelo setor de compras anteriormente para nova análise do pedido.

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS			
PROCEDIMENTO SISTÊMICO - PRS			
Título: Requisição de produtos e equipamentos			
Responsável: Setor de compras	Código: PRS HMTJ 193	Revisão: 06	Data: 03/03/2022

Seleção de usuário ×

✓ Solicitação salva, aguardando definição de responsável. Número: 148115

Informe o usuário responsável pela atividade *

Campos marcados com * são obrigatórios

Enviar
Descartar

8.1. O solicitante poderá consultar quem foi o eleito como responsável técnico pelo nome registrado como responsável no campo apropriado.

Aprovação Area Tecnica	
Nome	Dt. Aprovação
JHONNY MAGRINI	10/06/2020

8.2. Ou no registro de movimentações da solicitação.

JHONNY MAGRINI 10/06/2020 20:28:40 - 12 minutos atrás

Movimentou a atividade **Area Tecnica** para a atividade **Validar**

7. Após realizar a cotação do produto, setor de compras encaminhará o formulário para aprovação do gerente da unidade, diretor da unidade, gerente de controladoria e diretor da OSS.


8. Sendo a solicitação aprovada em todas as etapas, o setor de compras efetuará a aquisição informando ao setor financeiro quando necessário.

9. Tratando-se de produtos não padronizados pelos órgãos responsáveis de Administração Municipal contratante, caberá ao setor de compras antes de dar prosseguimento no processo, munir-se de autorização do órgão competente.

10. Em todas as etapas o pedido de compra poderá ser negado mediante justificativa e também ser solicitado correção/esclarecimentos aos responsáveis pelas etapas anteriores.

11. As solicitações que estiverem pendentes de correção do solicitante por mais de 30 dias serão canceladas.

12. O solicitante poderá acompanhar o andamento da sua solicitação na aba minhas solicitações na central de tarefas.

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS		 HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS	
PROCEDIMENTO SISTÊMICO - PRS			
Título: Requisição de produtos e equipamentos			
Responsável: Setor de compras	Código: PRS HMTJ 193	Revisão: 06	Data: 03/03/2022



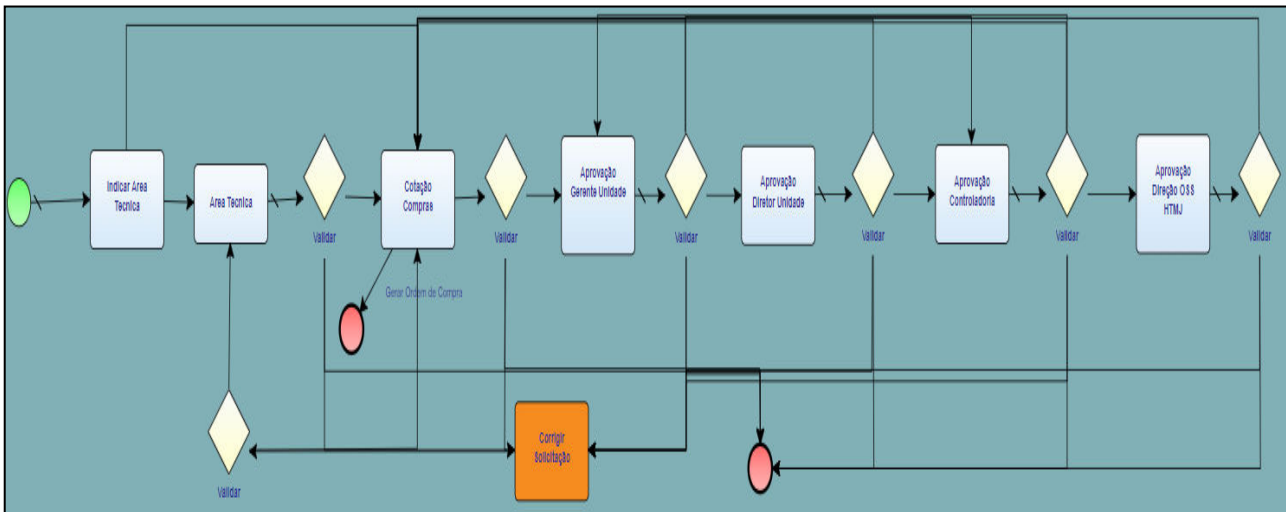
13. Mesmo após a conclusão do processo de compra, a solicitação fica disponível para consulta na plataforma através de pesquisa pelo identificador gerado.

V. Siglas e Definições

NA


VI. Anexos

Anexo I – Diagrama: Requisição de Produtos e Equipamentos (disponível no formulário de solicitação)



VII. Referências

Cadeia Cliente Fornecedor

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS			 HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
Título: Realizar compras			
Responsável: coordenador e assistentes administrativos.	Código: POP CPR 001	Revisão: 09	Data: 24/02/2023

I. Objetivos

Comprar itens padronizados conforme solicitação de compra realizada via sistema RM, validada pela farmacêutica auditora quanto a padronização, quantitativo e orçamento, quando for o caso, além do gestor da unidade.

II. Materiais

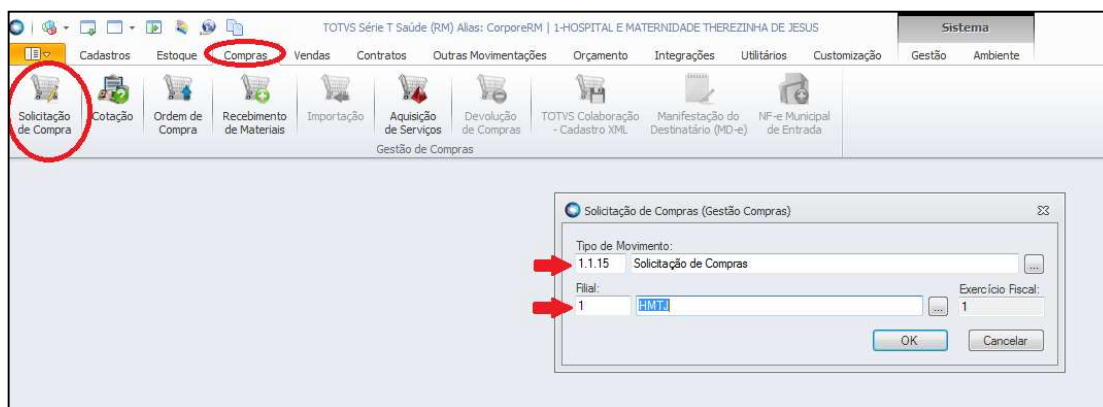
Computador, impressora, telefone, internet e material de escritório.

III. Descrição dos passos da atividade

Verificar com a gerência/coordenação de suprimentos disponibilidade de recurso para execução da compra conforme Política de Qualificação de Fornecedores e Gestão de Suprimentos.


1. Efetuar análise dos orçamentos e gerar ordens de compra conforme abaixo:
2. Entrar no Sistema RM com login e senha individual.
3. Localizar solicitação validada

3.1. Acessar gestão de estoque / compras / faturamento.

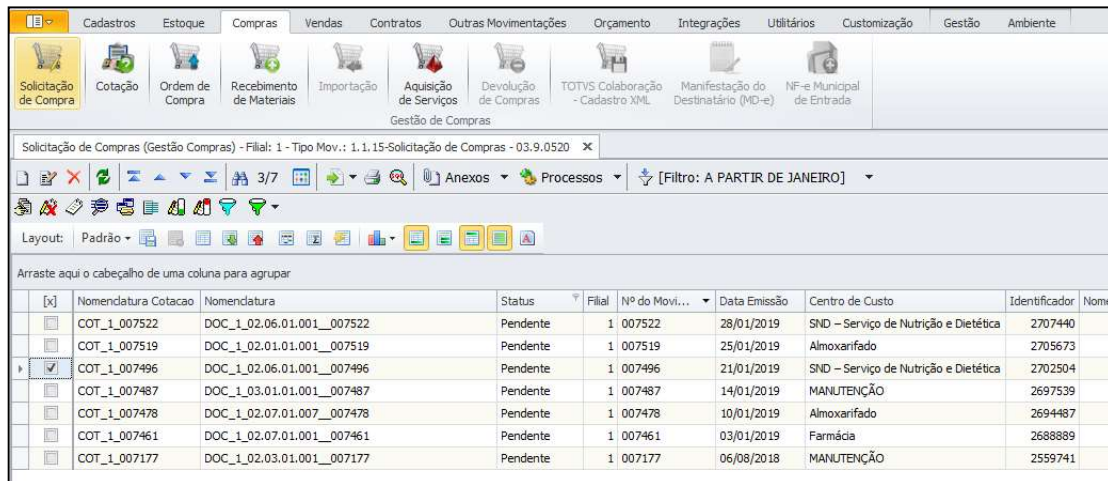


3.2. Selecionar movimento de Solicitação de Compra e unidade desejada

3.3. Executar o filtro desejado.

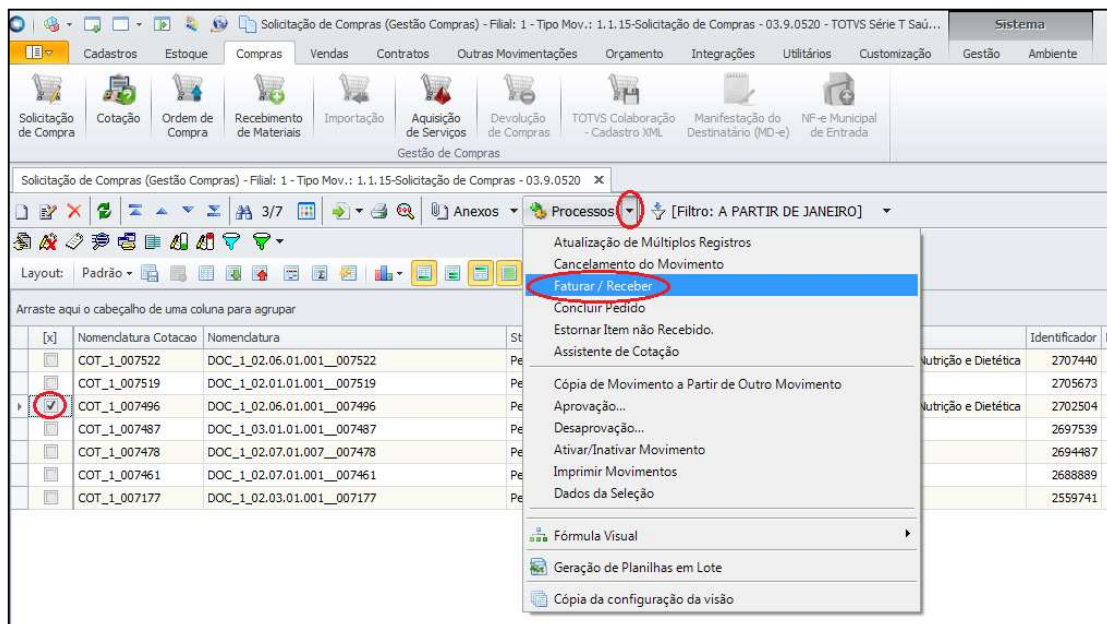
HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS		 HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS	
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
Título: Realizar compras			
Responsável: coordenador e assistentes administrativos.	Código: POP CPR 001	Revisão: 09	Data: 24/02/2023

4. Selecionar a solicitação validada e iniciar o processo Faturar/Receber para gerar Ordem de Compra.

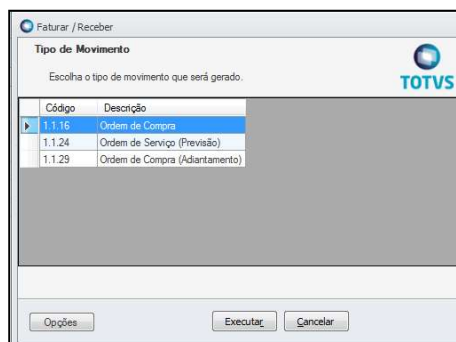


[x]	Nomenclatura Cotacao	Nomenclatura	Status	Filial	Nº do Movi...	Data Emissão	Centro de Custo	Identificador	Nome
<input type="checkbox"/>	COT_1_007522	DOC_1_02.06.01.001_007522	Pendente	1	007522	28/01/2019	SND – Serviço de Nutrição e Dietética	2707440	
<input type="checkbox"/>	COT_1_007519	DOC_1_02.01.01.001_007519	Pendente	1	007519	25/01/2019	Almoxarifado	2705673	
<input checked="" type="checkbox"/>	COT_1_007496	DOC_1_02.06.01.001_007496	Pendente	1	007496	21/01/2019	SND – Serviço de Nutrição e Dietética	2702504	
<input type="checkbox"/>	COT_1_007487	DOC_1_03.01.01.001_007487	Pendente	1	007487	14/01/2019	MANUTENÇÃO	2697539	
<input type="checkbox"/>	COT_1_007478	DOC_1_02.07.01.007_007478	Pendente	1	007478	10/01/2019	Almoxarifado	2694487	
<input type="checkbox"/>	COT_1_007461	DOC_1_02.07.01.001_007461	Pendente	1	007461	03/01/2019	Farmácia	2688889	
<input type="checkbox"/>	COT_1_007177	DOC_1_02.03.01.001_007177	Pendente	1	007177	06/08/2018	MANUTENÇÃO	2559741	

4.1. Selecionar movimento da ordem de compra conforme natureza da operação (venda ou serviço) e condição de pagamento (faturado ou antecipado).



[x]	Nomenclatura Cotacao	Nomenclatura	St	Identificador	N
<input type="checkbox"/>	COT_1_007522	DOC_1_02.06.01.001_007522	Pé	Nutrição e Dietética	2707440
<input type="checkbox"/>	COT_1_007519	DOC_1_02.01.01.001_007519	Pé	Nutrição e Dietética	2705673
<input checked="" type="checkbox"/>	COT_1_007496	DOC_1_02.06.01.001_007496	Pé	Nutrição e Dietética	2702504
<input type="checkbox"/>	COT_1_007487	DOC_1_03.01.01.001_007487	Pé		2697539
<input type="checkbox"/>	COT_1_007478	DOC_1_02.07.01.007_007478	Pé		2694487
<input type="checkbox"/>	COT_1_007461	DOC_1_02.07.01.001_007461	Pé		2688889
<input type="checkbox"/>	COT_1_007177	DOC_1_02.03.01.001_007177	Pé		2559741



Faturar / Receber


Tipo de Movimento

Escolha o tipo de movimento que será gerado.

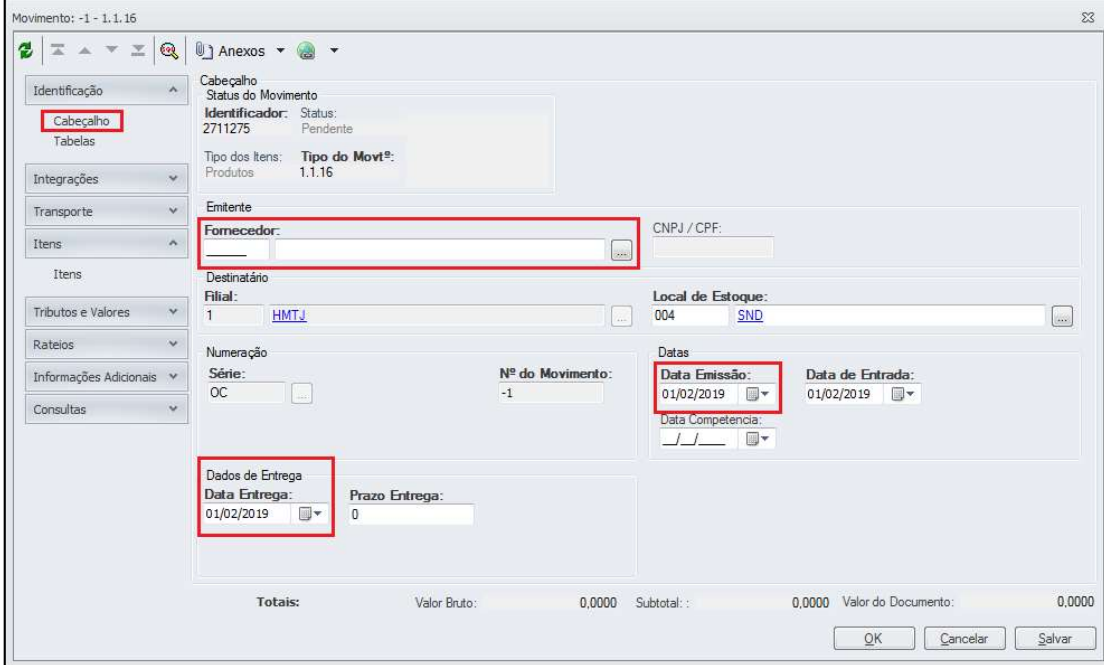
Código	Descrição
1.1.16	Ordem de Compra
1.1.24	Ordem de Serviço (Previsão)
1.1.29	Ordem de Compra (Adiantamento)

Opções

Executar Cancelar

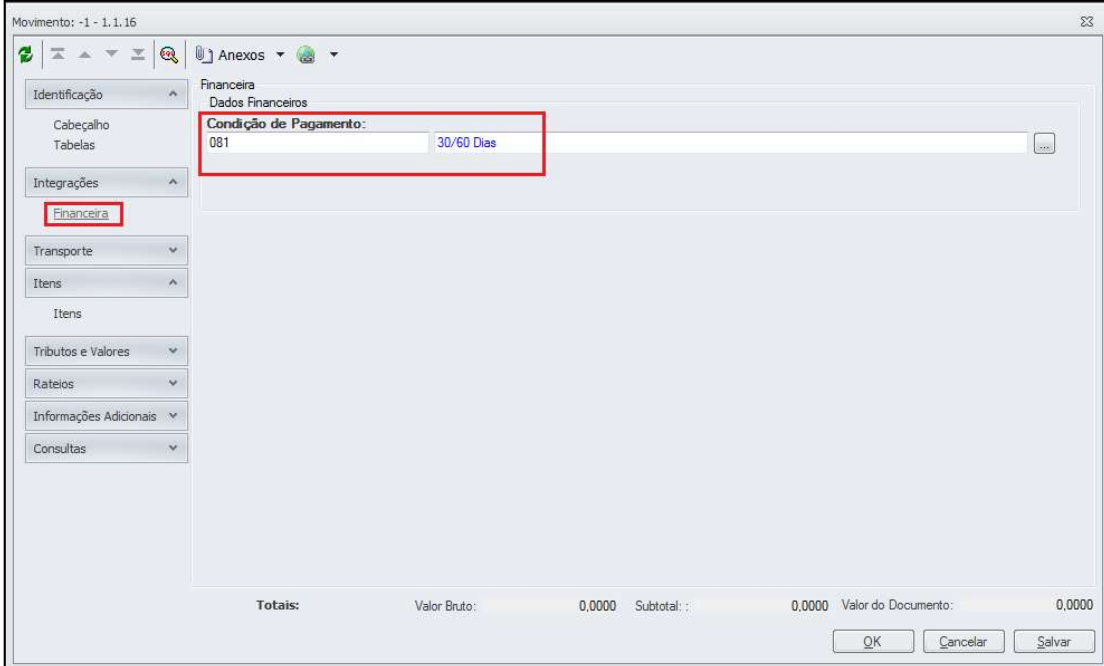
HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS		 HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS	
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
Título: Realizar compras			
Responsável: coordenador e assistentes administrativos.	Código: POP CPR 001	Revisão: 09	Data: 24/02/2023

4.2. Preencher aba cabeçalho.



Observação: A Data Competência deve ser preenchida com o mês de referência do recurso.

4.3. Selecionar forma de pagamento na aba Integração financeira.



4.4. Na aba itens selecionar e excluir o que não será comprado com este fornecedor, digitar o valor unitário do que será comprado e finalizar.

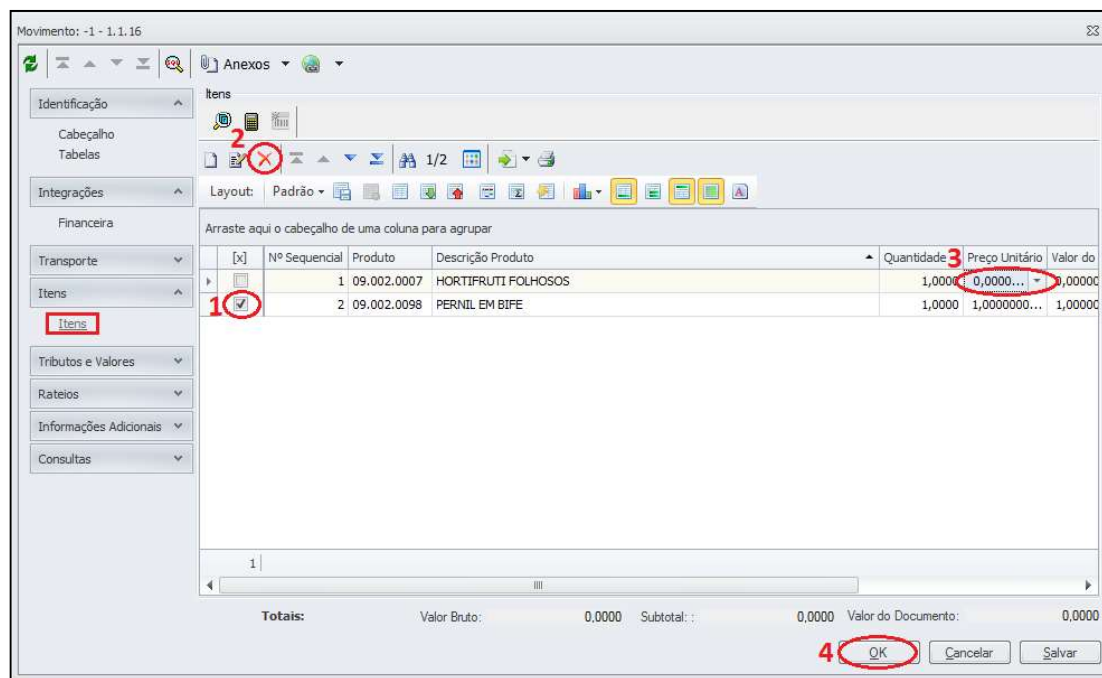
Título: Realizar compras

Responsável: coordenador e assistentes administrativos.

Código: POP CPR 001

Revisão: 09

Data: 24/02/2023



IV. Siglas e Definições

N.A.

V. Anexos

N.A.

VI. Referências

N.A.

HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS			
PROCEDIMENTO SISTÊMICO - PRS			
Título: Seleção e avaliação de fornecedores			
Responsável: Compras, Almoxarifado, SHL e SPR, Manutenção, SND, Farmácia, SESMT, Auditoria Interna	Código: PRS HMTJ 055	Revisão: 10	Data: 24/02/2023

I. Objetivos

Padronizar o processo de seleção e avaliação dos fornecedores no Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus

II. Materiais

Computador, planilha eletrônica, sistema RMNucleus, sistema Fluig, portal Bionexo

III. Abrangência

Compras, Manutenção Predial, Almoxarifado, Farmácia, Serviço de Nutrição e Dietética, Serviço de Higiene e Limpeza, Serviço de Processamento de Roupas.

IV. Descrição dos passos da atividade

1. Seleção de fornecedores

Os fornecedores de produtos serão selecionados com base na capacidade em atender os requisitos estabelecidos pela instituição, normas de qualidade da Organização Nacional de Acreditação (ONA) e legislação vigente.

2. Avaliação do fornecedor


O setor de compras deverá observar minimamente os seguintes critérios para avaliar a eficiência e relacionamento com o fornecedor crítico, através do atendimento e pós-venda a cada nota fiscal:

- Atendimento:
 - Preenchimento da proposta dentro do prazo estipulado na cotação;
 - Preenchimento da proposta nos termos das condições estabelecidas;
 - Itens da proposta de acordo com o solicitado;
 - Valores da proposta condizentes com a unidade de medida do produto;
 - Cordialidade nas negociações;

- Pós-venda
 - Tempo para confirmação do pedido e informação das faltas;
 - Justificativa plausível para cancelamento de itens ou do pedido;
 - Pró atividade no acompanhamento da entrega quanto ao prazo e assertividade;
 - Disponibilidade e resolutividade das não conformidades da entrega;
 - Envio de boletos ou facilidade de acesso para emissão;

Com base nisso, cada quesito será classificado como:

- Excelente: quando atender plenamente os critérios observados;
- Bom: quando atender parcialmente os critérios observados sem prejuízo a instituição;
- Regular: quando atender parcialmente os critérios observados e expor o processo de ressurgimentos a riscos indesejáveis;
- Ruim: quando não atender os critérios observados ou atender de forma parcial e causar prejuízos

HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS			
PROCEDIMENTO SISTÊMICO - PRS			
Título: Seleção e avaliação de fornecedores			
Responsável: Compras, Almoxarifado, SHL e SPR, Manutenção, SND, Farmácia, SESMT, Auditoria Interna	Código: PRS HMTJ 055	Revisão: 10	Data: 24/02/2023

ao processo de ressuprimentos;

Já os setores responsáveis pelo recebimento dos materiais são responsáveis por avaliar a competência do fornecedor através das entregas ao efetuarem o lançamento da nota fiscal no sistema:

- Se a quantidade recebida está de acordo com a nota fiscal e ordem de compra;
- Se a embalagem do produto está adequada ao seu acondicionamento e sem avarias;
- Se o prazo de pagamento está de acordo com a ordem de compra;
- Se a entrega foi realizada no prazo previsto na ordem de compra;

Tratando-se de produtos críticos (medicamentos e materiais médicos), deverão observar ainda:

- Se o produto apresente registro no ministério da saúde e responsável técnico, caso necessário;
- Se o veículo utilizado para o transporte é adequado ao tipo de carga bem como sua organização;
- Se o lote e a validade dos produtos estão de acordo com a nota fiscal
- Se os laudos de qualidade estão sendo entregues junto com o produto e dentro das exigências institucionais para recebimento de medicamentos manipulados, quando for o caso
- Se os medicamentos termolábeis estão em temperatura adequada, caso houver

Há ainda um campo de observações para registro de informações que se fizerem necessárias.

Aplicando-se o peso conforme importância de cada quesito, temos a avaliação de desempenho do fornecedor crítico, que, ao final de cada ano receberá a informação compilada.

QUESITO	EXCELENTE	BOM	REGULAR	RUIM
ATENDIMENTO	20	15	10	0
ENTREGA	45	40	20	0
PÓS VENDA	35	30	15	0

**Peso atribuído a cada quesito conforme avaliação*

3. Advertência

Os fornecedores críticos (material médico e medicamentos que recorrentemente reincidirem em não conformidades, culposamente gerarem dano grave a instituição ou forem avaliados com aproveitamento inferior a 80% serão notificados em caráter informativo, suspensivo ou eliminatório.

As não conformidades são registradas no portal Bionexo através do perfil consolidador podendo o fornecedor vir a ser impedido de participar das cotações de todas as unidades gerenciadas pelo HMTJ.

4. Indicador e análise crítica

As avaliações das entregas poderão ser acompanhadas através do sistema Fluig de forma geral ou específica por fornecedor, centro de custo, plano orçamentário e nota fiscal. Para tanto, deverá o usuário aplicar os filtros que lhe interessar

HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS			
PROCEDIMENTO SISTÊMICO - PRS			
Título: Seleção e avaliação de fornecedores			
Responsável: Compras, Almoxarifado, SHL e SPR, Manutenção, SND, Farmácia, SESMT, Auditoria Interna	Código: PRS HMTJ 055	Revisão: 10	Data: 24/02/2023

O indicador TAXA DE OCORRÊNCIA DE NÃO CONFORMIDADE NAS ENTREGAS – CPR será alimentado mensalmente pelo setor de compras conforme período e filial a ser analisada. Resultado dos indicadores de outros setores relacionados a não conformidade das entregas deverão ser mensurados através do mesmo relatório de forma que preze pela coerência da informação.

V. Siglas e Definições

Fornecedores críticos: fornecedores de material médico e medicamento

VI. Anexos

Anexo I – Campos complementares do lançamento da nota fiscal

Anexo II – Relatório Avaliação de Fornecedor -

https://fluig.hmtj.org.br:8443/portal/p/1/power_bi_compras_avaliacao_fornecedor

VII. Referências

Matriz de risco

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS		 HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS	
PROCEDIMENTO SISTÊMICO - PRS			
Título: Solicitação de compra de urgência			
Responsável: gerente, coordenador e assistentes de compras, coordenadores das áreas envolvidas	Código: PRS HMTJ 273	Revisão: 00	Data: 04/01/2023

I. Objetivos

Regular o fluxo de compras emergenciais diferenciando-as das demais solicitações, integrar as áreas de aprovação envolvida e possibilitar mensurarmos a causa das urgências, as áreas que geram tais demandas e a natureza dos pedidos para gerenciarmos o processo.

II. Materiais

Acesso à internet por qualquer dispositivo.

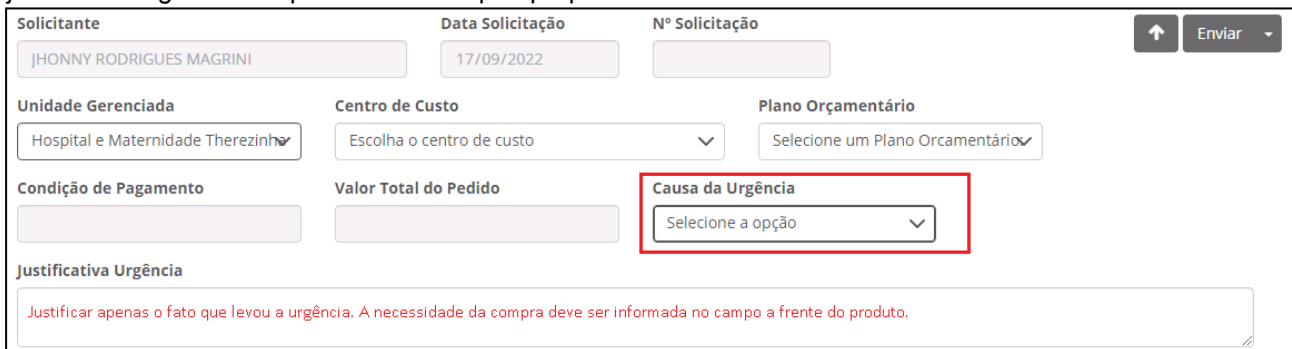
III. Abrangência

Farmácia, Almoxarifado, Enfermagem, Serviço de Higiene e Limpeza, Serviço de Nutrição e Dietética, Manutenção, Engenharia Clínica.

IV. Descrição dos passos da atividade

1. A solicitação de compra em caráter emergencial deve ser tratada como exceção ao cronograma de compras definido para a unidade, ciente que havendo necessidade de correção do pedido, o prazo para tal é de 3 dias corridos, sob passividade de cancelamento do pedido.

2. Deve-se informar em campo apropriado a causa da urgência conforme opções pré-estabelecidas e justificar a urgência da questão em campo apropriado:




The screenshot shows a web form for creating a purchase request. The 'Causa da Urgência' dropdown menu is highlighted with a red box. Below it, a text area for 'Justificativa Urgência' contains a red instruction: 'Justificar apenas o fato que levou a urgência. A necessidade da compra deve ser informada no campo a frente do produto.'

3. O preenchimento indevido das informações acarretará em solicitação de correção por parte do setor de compras visto a importância dos dados adequados para gerenciamento do banco de informações. Após análise do setor de compras e mediação do setor de qualidade a persistência no envio incorreto das informações pode acarretar em reprovação do pedido e relato de não conformidade.

4. A justificativa da compra deverá ser efetuada no campo observação solicitante, sendo recomendada a análise das medidas de desabastecimento conforme PRS HMTJ 265, quando for o caso.



The screenshot shows the 'Produtos' section of the system. It includes fields for 'Grupo de Produtos', 'Produto', 'Unidade Compra', and 'Quantidade'. Below these are fields for 'Valor Unitário', 'Valor Unitário 2', 'Valor Unitário 3', and 'Valor Total'. A red instruction at the bottom right states: 'Campo adequado para justificativa da compra como medida de urgência.'

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS		
PROCEDIMENTO SISTÊMICO - PRS		
Título: Solicitação de compra de urgência		
Responsável: gerente, coordenador e assistentes de compras, coordenadores das áreas envolvidas	Código: PRS HMTJ 273	Revisão: 00
		Data: 04/01/2023

5. Os setores responsáveis por estoque de insumos ficarão encarregados de realizar as solicitações emergências destes materiais considerando o centro de custo que deu origem a urgência, se for o caso.

6. Quando aplicável, o prazo para análise da área técnica será de 3 dias, sendo o solicitante responsável por monitorar o pedido de compra, para evitar cancelamento automático da solicitação.

7. Ao setor de compras, no menor decurso de tempo possível, caberá o andamento da solicitação que se destacará das demais também no prazo de 3 dias, cabendo ao setor confirmar sua necessidade e responder sobre a ineficácia do atendimento, se for o caso.

8. Não há prazo estabelecido para análise da direção.

V. Siglas e Definições

Compra emergencial: situação fática que possa causar prejuízo ou comprometer a segurança de pessoas, obras, serviços, equipamentos e outros bens, que se fizerem necessários para sanar a questão.

VI. Anexos

NA

VII. Referências

Requisição de Produtos e Equipamentos V2 (Emergencial)
CCF
PRS HMTJ 265

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS			
PROCEDIMENTO SISTÊMICO - PRS			
Título: Orientação para recebimento de mercadorias			
Responsável: Setor de compras	Código: PRS HMTJ 257	Revisão: 00	Data: 11/01/2022

I. Objetivos

Orientar sobre o que deve ser observado e avaliado no recebimento de mercadorias.

II. Materiais

Check-list de recebimento em formulário ou sistema

III. Abrangência

Farmácia, almoxarifado, SND, Hotelaria, SESMT, Manutenção, CSTI.

IV. Descrição dos passos da atividade

O Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus, buscando garantir a qualidade dos insumos ministrados na unidade, consoante a RDC 304 de 17 de setembro de 2019, adota como precaução a conferência dos aspectos administrativos e técnicos para avaliação das entregas recebidas orientando seus colaboradores a avaliarem os seguintes quesitos:

a) Aspectos administrativos: relacionados ao pedido de compra, buscam atender os requisitos administrativos estabelecidos no processo de aquisição quanto às quantidades a serem entregues, prazos e preços.

- Documentação fiscal – os medicamentos só deverão ser recebidos acompanhados de documentação fiscal devidamente emitido para o CNPJ da unidade. A falta de tal documento além de impedir o recebimento deve ser comunicada ao setor de compras imediatamente para sua regularização.
- Quantidade – a quantidade recebida deve estar em conformidade com a quantidade solicitada. Para maior segurança na conferência, a recepção deve dispor de cópias de todos os pedidos de compras efetuados
- Prazos de entrega - os medicamentos devem ser entregues de acordo com os prazos estabelecidos.
- Preços (unitário e total) e condição de pagamento - verificação dos preços constantes na nota fiscal e condição de pagamento para saber se estão de acordo com ordem de compra emitida.

O não atendimento de qualquer dos critérios estabelecidos deve ser relatado em formulário de avaliação e comunicado ao setor de compras imediatamente que a critério irá autorizar o recebimento, recomendar sua suspensão, suspender ou ainda orientar quanto a ou recusar da recepção.

b) Especificações Técnicas: são aquelas relacionadas aos aspectos qualitativos e legais (cumprimento da legislação) em relação a:

- Especificações dos produtos - os medicamentos devem ser entregues em conformidade com a solicitação: forma farmacêutica, concentração, apresentação e condições de conservação e inviolabilidade.
- Registro sanitário do produto - os medicamentos recebidos devem apresentar nas embalagens o número do registro no Ministério da Saúde.
- Medicamentos manipulados deverão vir acompanhados do Certificado de Análise ou Laudo de Controle de Qualidade emitido pelo fabricante do produto.
- Responsável técnico - deve ser observado se nas embalagens dos medicamentos constam: o nome do farmacêutico, o número do Conselho Regional de Farmácia e a unidade federativa na qual está inscrito.
- Embalagem - os medicamentos devem estar em suas embalagens originais, devidamente identificadas e sem apresentar sinais de violação ou avaria, aderência ao produto,

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS			
PROCEDIMENTO SISTÊMICO - PRS			
Título: Orientação para recebimento de mercadorias			
Responsável: Setor de compras	Código: PRS HMTJ 257	Revisão: 00	Data: 11/01/2022

umidade e inadequação em relação ao conteúdo. Devem estar de acordo com o estabelecido na legislação vigente (Portaria SVS nº 802/98, de 08/10/98).

- Rotulagem – deve estar de acordo com o que estabelece a legislação vigente (Artigo 3º da Portaria SVS nº 802/98, de 08/10/98).
- Lote/validade – produto e nota fiscal devem dispor da mesma informação.
- Transporte – verificar se o transporte dos medicamentos foi realizado em condições satisfatórias considerando a identificação e temperatura do veículo, bem como da embalagem em que é transportado, ventilação e exposição a luz, possibilidade de alteração da estabilidade do produto devido ao tempo em transporte (características físicas, químicas e farmacológicas) e acondicionamento conforme orientações na embalagem do produto.

Qualquer alteração identificada deve ser comunicada imediatamente ao farmacêutico responsável que conforme viabilidade técnica irá colocar a mercadoria em quarentena enquanto averigua a garantia da qualidade do produto de forma que, sendo útil e/ou necessário requisitará auxílio do setor de compras.

Não sendo possível a garantia supracitada, deverá a mercadoria ser recusada ou devolvida conforme estágio do processo em que se encontrar.

Cabe ressaltar os critérios acima citados foram definidos partindo do princípio que segundo a portaria 1052 de 29 dezembro de 1998 editada pelo Ministério da Saúde, concomitante a RDC 16, de 1º de abril de 2014 editada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), os operadores logísticos dedicados ao transporte de medicamentos e materiais médicos devem contar em seus quadros com farmacêutico responsável, devidamente registrado no Conselho Regional, para identificar as necessidades dos produtos conforme suas características de conservação e acondicionamento adequando dentro do veículo evitando ainda o contato com itens que podem ser tóxicos ou radioativos.

V. Siglas e Definições

NA

VI. Anexos

Checklist de Recebimento

VII. Referências

- RDC 304 de 17 de setembro de 2019 - Dispõe sobre as Boas Práticas de Distribuição, Armazenagem e de Transporte de Medicamentos.
- Portaria 1052 de 29 dezembro de 1998 - estabelecer normas para a concessão de Autorização de Funcionamento para empresas que exerçam a atividade de transporte de produtos farmacêuticos e farmoquímicos, sujeitos à vigilância sanitária
- RDC 16 de 01 de abril de 2014 - Dispõe sobre os Critérios para Peticionamento de Autorização de Funcionamento (AFE) e Autorização Especial (AE) de Empresas

Título: Procedimento adotado em caso de não conformidade na entrega

Responsável: Setor de compras

Código: PRS HMTJ 246

Revisão: 01

Data: 12/09/2022

I. Objetivos

Orientar os responsáveis por recebimento de mercadorias e avaliação de entrega como procederem em determinadas situações.

II. Materiais

Computador, sistema RM, Fluig, WhatsApp, telefone,

III. Abrangência

Setor de compras e todos os envolvidos no recebimento de mercadoria, avaliação de entrega e lançamento de NF.

IV. Descrição dos passos da atividade

FATO	ONDE SINALIZAR	AVALIAÇÃO
CNPJ HMTJ ERRADO	NÃO SINALIZAR	VERIFICAR COM COMPRAS ANTES DE EFETUAR RECEBIMENTO
CNPJ FORNECEDOR ERRADO	NÃO SINALIZAR	<ul style="list-style-type: none"> OC DO MOVIMENTO 1.1.16: SOLICITAR AO COMPRAS A ALTERAÇÃO DO FORNECEDOR ANTES DO LANÇAMENTO. OC DO MOVIMENTO 1.1.29 (ADIANTAMENTO): SOLICITAR AO COMPRAS CARTA/JUSTIFICATIVA PARA SER ANEXADA A IMAGEM DA NF
NÚMERO DE VOLUMES EM DESACORDO COM NF	QUANTIDADE CONFORME OC E NF	<ul style="list-style-type: none"> SE TRANSPORTADORA IDENTIFICOU A FALHA E FOR ENTREGAR O VOLUME POSTERIORMENTE: RECEBER MERCADORIA E ENTREGAR CANHOTO/CONHECIMENTO DE TRANSPORTE ASSINADO APENAS APÓS O RECEBIMENTO DO VOLUME FALTANTE SE TRANSPORTADORA NÃO IDENTIFICOU A FALHA: RECEBER MERCADORIA, RELATAR NO VERSO DO CONHECIMENTO DE TRANSPORTE E NF. EXEMPLO: DECLARO ESTAR RECEBENDO A CARGA DA NF XX, COM 10 VOLUMES A MENOS, DO TOTAL DE 35 ESTÃO SENDO ENTREGUES APENAS 25, CARIMBO, ASSINATURA E DATA.
CAIXAS AVARIADAS	AMBALAGEM ADEQUADA	<ul style="list-style-type: none"> RELATAR NO CONHECIMENTO DE TRANSPORTE E NF QUALQUER DANO APARENTE COMO CAIXAS AMASSADAS, MOLHADAS OU VIOLADAS. SE POSSÍVEL FOTOGRAFAR.
QUANTIDADE FÍSICO MENOR QUE NF	QUANTIDADE CONFORME OC E NF	<ul style="list-style-type: none"> IDENTIFICADO NO RECEBIMENTO: CONFIRMAR SE A QUANTIDADE DE VOLUMES ESTÁ CORRETA; RELATAR NO VERSO DO CONHECIMENTO DE TRANSPORTE; CONTATAR SETOR DE COMPRAS E AGUARDAR ORIENTAÇÕES EXEMPLO: DECLARO ESTAR RECEBENDO A CARGA DA NF XX, COM 100 AMPOLAS DE DIPIRONA 2 ML A MENOS, EMBORA O NÚMERO DE VOLUMES ESTEJA CORRETO. CARIMBO, ASSINATURA E DATA. IDENTIFICADO APÓS RECEBIMENTO: EFETUAR LANÇAMENTO DA NF E CONTATAR SETOR DE COMPRAS PARA ALINHAR COM FORNECEDOR SE A DIFERENÇA SERÁ ENVIADA OU SE TEREMOS QUE ARCAR COM O PREJUÍZO VISTO QUE O RECEBIMENTO JÁ FOI ATESTADO

PROCEDIMENTO SISTÊMICO - PRS

Título: Procedimento adotado em caso de não conformidade na entrega

Responsável: Setor de compras

Código: PRS HMTJ 246

Revisão: 01

Data: 12/09/2022

QUANTIDADE FÍSICO MAIOR QUE NF	QUANTIDADE CONFORME OC E NF	VERIFICAR COM SETOR DE COMPRAS SE SERÁ EMITIDA NOVA NF, SE SERÁ EMITIDA NF DE BONIFICAÇÃO OU SE A MERCADORIA SERÁ RECOLHIDA
QUANTIDADE FÍSICO/NF MENOR QUE OC (RECEBIMENTO PARCIAL)	QUANTIDADE CONFORME OC E NF	EFETUAR LANÇAMENTO DA NF E VERIFICAR COM SETOR DE COMPRAS SOBRE A ENTREGA DOS ITENS PENDENTES
QUANTIDADE FÍSICO/NF MAIOR QUE OC	QUANTIDADE CONFORME OC E NF	SOLICITAR AO SETOR DE COMPRAS ADEQUAÇÃO DA OC E ALINHAR SE A MERCADORIA FICARÁ NA UNIDADE OU SE SERÁ RECOLHIDA PELO FORNECEDOR
DIVERGENCIA DE VALORES UNITÁRIOS	FINANCEIRO CONFORME OC	<ul style="list-style-type: none"> RECEBER A MERCADORIA E VERIFICAR COM SETOR DE COMPRAS ANTES DO LANÇAMENTO. TRATANDO-SE DE COBRANÇA DE IPI, PROPORÇÃO CX/UND OU DÍZIMA MAIOR QUE 4 CASAS DECIMAIS, NÃO SINALIZAR COMO NÃO CONFORME
DIVERGENCIA NO PRAZO DE PAGAMENTO	FINANCEIRO CONFORME OC	RECEBER A MERCADORIA E VERIFICAR COM SETOR DE COMPRAS ANTES DO LANÇAMENTO
NF COM PRAZO PARA PAGAMENTO EM OC DE ADIANTAMENTO	NÃO SINALIZAR	APENAS EFETUAR O LANÇAMENTO E DAR CONTINUIDADE NO PROCESSO
COBRANÇA DE FRETE NA NF EM DESACORDO COM OC	FINANCEIRO CONFORME OC	SOLICITAR AO SETOR DE COMPRAS A INCLUSÃO DO VALOR. SINALIZAR COMO NÃO CONFORME APENAS SE O SETOR DE COMPRAS CONFIRMAR ESTAR EM DESACORDO
NF SEM COBRANÇA DE FRETE CONFORME OC	NÃO SINALIZAR	SOLICITAR AO SETOR DE COMPRAS A EXCLUSÃO DO VALOR
PRODUTO DANIFICADO	EMBALAGEM INADEQUADA	SE IDENTIFICADO NO ATO DO RECEBIMENTO, REGISTRAR NO CONHECIMENTO DE TRANSPORTE E NOTA FISCAL. ENTRAR EM CONTATO COM SETOR DE COMPRAS
PRODUTO EM DESACORDO COM OC	PRODUTO CONFORME SOLICITADO	VERIFICAR SE IRÃO FICAR COM O PRODUTO OU DEVOLVE-LO ANTES EFETIVAR O RECEBIMENTO E COMUNICAR AO SETOR DE COMPRAS
ENTREGA POSTERIOR A PREVISÃO DE ENTREGA DA OC	ENTREGA REALIZADA NO PRAZO	EM CASOS EXTREMOS SOLICITAR A NOTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
FALTA DE REGISTRO NO MINISTÉRIO DA SAÚDE OU RESPONSÁVEL TÉCNICO	REGISTRO NO MS E RT	SOLICITAR AO SETOR DE COMPRAS RECOLHIMENTO DO PRODUTO E NOVA AQUISIÇÃO
DIVERGENCIA DE LOTE OU VALIDADE ENTRE PRODUTO E	LOTE E VALIDADE CONFORME NF	SOLICITAR AO SETOR DE COMPRAS CARTA DE CORREÇÃO DO FORNECEDOR

PROCEDIMENTO SISTÊMICO - PRS

Título: Procedimento adotado em caso de não conformidade na entrega

Responsável: Setor de compras

Código: PRS HMTJ 246

Revisão: 01

Data: 12/09/2022

NF OU FALTA DE INFORMAÇÃO		
MEDICAMENTO MANIPULADO SEM LAUDO DE QUALIDADE	MEDICAMENTO MANIPULADO COM LAUDO	SOLICITAR AO SETOR DE COMPRAS ENVIO DOS LAUDOS PELO FORNECEDOR
VEÍCULO INADEQUADO PARA O TIPO DE MERCADORIA OU TRANSPORTANDO PRODUTOS DE NATUREZA DIVERSA QUE COMPROMETAM SUA INTEGRIDADE	TRANSPORTE ADEQUADO	NÃO ESTANDO A INTEGRIDADE DA MERCADORIA COMPROMETIDA, RECEBER A ENTREGA E SOLICITAR AO SETOR DE COMPRAS QUE REQUEIRA O FORNECEDOR A NOTIFICAÇÃO DA TRANSPORTADORA
TEMPERATURA INADEQUADA	MEDICAMENTO TERMOLÁBIL	CONTATAR SETOR DE COMPRAS ANTES DE EFETUAR O RECEBIMENTO

V. Siglas e Definições

OC: ordem de compra


NF: nota fiscal

VI. Anexos

NA

VII. Referências

Matriz de risco

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS			
PROCEDIMENTO SISTÊMICO - PRS			
Título: Desabastecimento			
Responsável: gerente, coordenador e assistentes de compras, coordenadores das áreas envolvidas	Código: PRS HMTJ 265	Revisão: 00	Data: 03/03/2022

I. Objetivos

Garantir a integralidade do atendimento aos pacientes por meio de contingência em caso de desabastecimento de produtos críticos.

II. Materiais

Computador, telefone e material de escritório.

III. Abrangência

Setor de compras, farmácia e almoxarifado.

IV. Descrição dos passos da atividade

O desabastecimento pode ocorrer em virtude das determinantes abaixo:

1. Irregularidade no fornecimento em virtude do número reduzido ou único fornecedor de matéria-prima para diversos fabricantes;
2. Interrupção da produção pelo fabricante único ou de maior domínio para adequação às boas práticas da ANVISA ou outro motivo relevante;
3. Recolhimento de medicamentos, por determinação da ANVISA ou decisão interna ligada ao controle de qualidade, por exemplo.
4. Alteração da linha de produção e distribuição por estratégia de mercado adota pelos fornecedores.
5. Aumento inesperado da demanda em virtude de surtos, epidemias e pandemias.
6. Gestão ineficiente de estoque.
7. Restrição de crédito e indisponibilidade de recurso para concluir processo de compra com pagamento antecipado.

Em qualquer dos casos acima ou ainda naqueles não previstos que ocasionem o desabastecimento, o setor de suprimentos junto ao coordenador responsável pela área afetada define a estratégia a ser utilizada para garantir a reposição considerando tempo hábil e custo.

Estratégia 1: Negociação de pagamentos.

Sendo a entrega impossibilitada por conta de títulos em aberto ou restrição de crédito, negociar o pagamento e liberação da mercadoria ou realização da compra com outro fornecedor sem desconsiderar o prazo de entrega, custo, forma de pagamento, tempo necessário para execução do processo e tempo de entrega.

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS			
PROCEDIMENTO SISTÊMICO - PRS			
Título: Desabastecimento			
Responsável: gerente, coordenador e assistentes de compras, coordenadores das áreas envolvidas	Código: PRS HMTJ 265	Revisão: 00	Data: 03/03/2022

Estratégia 2: Compra emergencial.

Não sendo viável a compra pelos meios comuns, efetuá-la com recurso do fluxo de caixa da unidade em fornecedores locais.

Estratégia 3: Substituição.

Analisar possibilidade de substituição por produto equivalente.

Estratégia 4: Empréstimo ou troca.

Solicitar empréstimos ou troca às instituições de saúde da região.

V. Siglas e Definições

NA

VI. Anexos

NA

VII. Referências

NA



10.1.1: FA. 1 – ÁREA DE ATIVIDADE

IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO

Proposta para Regimento Interno da Unidade

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O Regimento Interno do Hospital **de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO)** é formado pelo Código de Conduta e Ética, voltado a todos os profissionais e usuários da Instituição, bem como pelo Código de Postura dos Estudantes e pelas Instruções Normativas, que regem situações específicas dentro do Hospital.

SUMÁRIO

1. Palavra do Presidente
2. Missão, Valores e Visão.
3. Código de Conduta e Ética
4. Código de Postura dos Estudantes
5. Instruções Normativas (Anexos)

1. PALAVRA DO PRESIDENTE

Este código se apresenta como um instrumento de fundamental importância para nortear as ações e tomadas de decisão nas relações entre os diversos públicos do **Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO)**.

É intuito deste código, também, sensibilizar e mobilizar, individual e coletivamente, para transparência nas relações, a integridade e respeito mútuo como princípios fundamentais, na busca da humanização e da qualidade de vida. É obrigação de todas as pessoas que trabalham neste Hospital observarem e cumprir as regras e responsabilidades estabelecidas neste documento, nas diversas situações em que estejam envolvidos os interesses da unidade.

A violação de qualquer preceito constitui-se motivo suficiente para o rompimento de contrato firmado com o HMTJ.

2. MISSÃO, VALORES E VISÃO.

MISSÃO

Promover e prestar assistência à saúde, com excelência, contemplando programas de ensino e pesquisa.

VALORES E POLÍTICAS

Ética: Agir com integridade, honestidade moral intelectual e com respeito à legislação vigente sob todos os aspectos.

Qualidade: Alcançar resultados consistentes gerando valor para as partes interessadas.

Humanização: Trabalhar com respeito, equidade, integralidade, dignidade, de forma universal.

Inovação: Buscar continuamente tecnologias e métodos de trabalho inovadores.

Sustentabilidade: Agir de maneira ambientalmente correta, socialmente justa, economicamente viável, culturalmente aceita, e alinhando as ações com os objetivos de desenvolvimento da Instituição.

VISÃO

Ser referência Nacional, com Qualidade na assistência, gestão, ensino e pesquisa.

3. CÓDIGO DE CONDUTA E ÉTICA

CAPÍTULO I – INTEGRIDADE PROFISSIONAL E PESSOAL

Art. 1º: A integridade profissional e pessoal deve fazer parte de todas as ações das pessoas que trabalham no Hospital e, para garantir a veracidade das informações aos clientes internos e externos, estas pessoas devem atuar com honestidade,

competência, descrição e sinceridade, sempre em equipe e em defesa dos interesses da Instituição. Parágrafo único: Para minimizar danos ao trabalho em equipe, erros cometidos devem ser comunicados imediatamente ao superior hierárquico.

Art. 2º: A Diretoria do Hospital está aberta a sugestões, denúncias e críticas construtivas que visem ao aprimoramento dos serviços e da Instituição e das relações de trabalho.

Art. 3º: Com objetivo de zelar pela boa imagem do Hospital e pelo bom clima organizacional, não serão aceitos:

- ❖ Demonstração de atitudes que discriminem pessoas em decorrência da cor, do sexo, da religião ou da falta dela, da origem, da classe social, da idade e da incapacidade física ou mental;
- ❖ Prática de comércio ou de prestação de serviços particulares no recinto do Hospital;
- ❖ A utilização para fins particulares ou para repasse de terceiros, de tecnologia, metodologia ou know-how, bem como de outras informações de propriedade do Hospital ou por ele obtida;
- ❖ A utilização de equipamentos ou outros recursos para fins particulares;
- ❖ As conversações sobre assuntos inadequados de caráter institucional ou não, em locais de circulação de pessoas, no Hospital ou fora dele;
- ❖ A má utilização do tempo de trabalho, mediante conversas não relacionadas a este, ou mediante permanência fora do local de trabalho, sem justificativa;
- ❖ O desrespeito às orientações do Trabalho da Medicina do Trabalho, bem como as instruções normativas em anexo, os dispositivos que normatizam a segurança e a proteção de todos os que trabalham no Hospital, de seus pacientes, acompanhantes e visitantes.

CAPÍTULO II – DO PATRIMÔNIO DO HOSPITAL

Art. 4º: A utilização dos objetos, do material e de equipamento que constituem o patrimônio do Hospital deve ser feito com atenção e cuidado pelos usuários.

Art. 5º: Cuidados maiores devem ser tomados com o material perfuro cortante ou contaminado.

Art. 6º: Não será aceito desrespeitar as regras do Setor de Patrimônio do Hospital, usar componente do patrimônio em benefício próprio, retirá-lo sem autorização do local de trabalho, nem omitir informações sobre seu extravio.

CAPÍTULO III – DA RELAÇÃO COM OS PACIENTES E SEUS ACOMPANHANTES

Art. 7º: A finalidade da instituição HMTJ na unidade **Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO)** é realizar um atendimento humanizado, com qualidade, respeito e profissionalismo. Desta forma, os profissionais que nela atuam, devem se identificar com seus valores e aplicá-los no seu cotidiano.

Art. 8º: Nas relações com os pacientes e seus acompanhantes não serão aceitos:

- ❖ A omissão em atendê-los devidamente, uma vez que, aqueles que fazem a opção de trabalhar em um hospital, não têm o direito de, sob qualquer pretexto, omitir-se e abandonar o atendimento;
- ❖ A negligência ou imprudência na execução das atividades ou serviços que coloquem em risco a segurança dos atendidos;
- ❖ Opiniões infundadas ou de caráter pessoal sobre as condições de saúde do paciente, bem como comentários, dentro ou fora do Hospital com pessoas que não estejam envolvidas no respectivo caso clínico.

CAPÍTULO IV – DAS RELAÇÕES COM OS COLEGAS DE TRABALHO

Art. 9º: As relações com os colegas de trabalho devem ser fundamentadas no respeito mútuo, na honestidade, na cortesia e na lealdade, uma vez que o princípio básico de relacionamento profissional no Hospital é o trabalho de equipe integrado em um ambiente harmonioso.

Art. 10: Na relação com os colegas de trabalho não serão aceitos:

- ❖ Denegrir a imagem de colegas, fazendo comentários e críticas sobre sua conduta pessoal ou sobre seu desempenho profissional;

- ❖ Iniciar boatos, falsas informações e similares, ou dar continuidade a eles;
- ❖ Boicotar ou dificultar procedimentos de trabalho, bem como a execução de serviços levados a efeito por colegas de trabalho e omitir informações que facilitem ou ajudem o colega a executar suas funções.

CAPÍTULO V – DO AMBIENTE DE TRABALHO

Art. 11: Como hábito prejudicial à saúde, o fumo é proibido em locais públicos, auditórios, reuniões, transporte coletivo e ambiente fechado. Em algumas localidades, o fumo é disciplinado por normas legais. Todos os fumantes nas dependências do Hospital devem respeitar essas normas.

Art. 12: A alimentação deve ser feita nos locais adequados, tais como cantina e refeitórios, sendo vedada nos locais reservados à prática hospitalar.

CAPÍTULO VI – DO SIGILO PROFISSIONAL

Art. 13: Nos termos do que dispõe a normatização do sigilo médico, constitui obrigação de todos, dentro e fora do Hospital, manter sigilo sobre todas as informações relativas ao paciente, quer mediante diagnóstico e exames, quer obtidas mediante outros procedimentos pertinentes ao exercício profissional.

CAPÍTULO VII – DAS RELAÇÕES COM O MEIO AMBIENTE

Art. 14: Sendo a preservação ambiental um dos pilares do conceito de saúde, todos os profissionais que trabalham no Hospital deverão empreender ações que tragam resultados favoráveis à preservação ambiental e dos recursos ambientais, bem como responsabilizar-se pelo cumprimento das normas pertinentes, tais como coleta seletiva e consumo consciente de água e energia, evitando danos à sociedade e à imagem do Hospital.

CAPÍTULO VIII – DAS INFRAÇÕES E PENALIDADES

Art. 15: A ação, a omissão ou conveniência que apliquem em desobediência ou inobservância das disposições do Código de Conduta e Ética e demais normas do HMTJ será considerado infração à ética.

As penalidades a que os infratores estão sujeitos são:

- I. Advertência verbal;
- II. Advertência por escrito;
- III. Suspensão
- IV. Demissão por justa causa.

Art. 16: O HMTJ assim como a unidade hospitalar conta com um Comitê de Ética, presidido por um membro da diretoria do Hospital e composto pelos coordenadores das áreas administrativas, produtivas, assistencial e apoio.

Art. 17: As reuniões do Comitê de Ética são realizadas por convocação de seu presidente. Art. 18: Os casos omissos nesse Código serão resolvidos pelo Comitê de Ética ou, em situações que demandem urgência pelo diretor do mesmo Comitê ou de seu substituto.

4. CÓDIGO DE POSTURA DOS ESTUDANTES

CAPÍTULO I – PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS

Art. 1º: Escolher uma profissão na área da saúde pressupõe a aceitação de preceitos éticos e de compromissos com a saúde do homem e da coletividade, sem preconceito de qualquer natureza.

Art.2º: A atividade prática do estudante tem por finalidade permitir-lhe preparo integral para o exercício da profissão.

Art. 3º: Ao estudante cabe colaborar, dentro de suas possibilidades, nas propostas de promoção de saúde, na prevenção da doença e na reabilitação dos doentes.

CAPÍTULO II – DOS DIREITOS DOS ESTUDANTES

Art. 4º: São direitos do estudante:

- I. Exercer suas atividades práticas sem ser discriminado por questões de religião, raça, sexo, nacionalidade, condição social, opinião política ou de qualquer natureza;
- II. Apontar falhas nos regulamentos e normas das instituições onde exerça sua prática, quando as julgar indignas do ensino ou do exercício da profissão, devendo dirigir-se, nesses casos, ao setor competente imediato;
- III. Receber o ensino relativo ao curso em que se matriculou;
- IV. Ser atendido pelo pessoal docente em suas solicitações de orientação acadêmica;
- V. Fazer-se representar nos órgãos colegiados da Instituição, de acordo com as normas estabelecidas pela faculdade conveniada;
- VI. Utilizar as dependências físicas e os serviços administrativos e técnicos oferecidos pela faculdade conveniada e destinados ao pleno desenvolvimento de suas atividades.

CAPÍTULO III – DOS DEVERES E LIMITAÇÕES

Art. 5º: São deveres do estudante:

- ❖ Manter absoluto respeito pela vida humana;
- ❖ Exercer suas atividades com respeito às pessoas, às instituições e às normas vigentes.
- ❖ Respeitar e cumprir as determinações da Instituição e da OSS Hospital e Maternidade Terezinha de Jesus deliberadas através deste código de ética, de Portarias e Resoluções internas, bem como no Código de Postura, suas instruções normativas e anexos;
- ❖ Cumprir representação, quando indicado, diante de órgãos diretivos e deliberativos da Instituição;
- ❖ Respeitar e zelar pelo patrimônio.

Art. 6º: Como é o bem maior de uma escola, todas as atenções são voltadas para o estudante, no sentido de fazer dele o molde que vai, no futuro, cuidar de pacientes e de mais idosos. O acadêmico, então, não pode ser passivo.

A sua responsabilidade é comparecer, aprender, investigar, discutir, cobrar e denunciar. Parece estranho colocar a denúncia como qualidade. Se ele é um bem maior para preparar-se para um bem supremo que é o paciente, não se entende que o estudante constatando omissões, irregularidades, descumprimentos do dever e falta de humanismo nas ações para com os doentes, acovarde-se e não dê conhecimento às autoridades superiores.

A norma aqui é como fazer. A denúncia é no sentido de crescer em conjunto e não de denegrir imagens e cobrar punições. Resolve-se com discussão dos problemas e não com acusações escusas e pessoais. Não deve nunca ser subjetiva e sim diplomática.

Art. 7º: É vedado ao estudante:

- I. Prestar assistência sob sua exclusiva responsabilidade, salvo em casos de iminente perigo à vida;
- II. Assinar a receitas ou fazer prescrições sem a supervisão do médico que o orienta;
- III. Acumpliciar-se, de qualquer forma, com os que exercem ilegalmente sua profissão;
- IV. Fazer experimentos em pessoas doentes ou sadias sem que seja supervisionado por um médico responsável e sem que a pesquisa obedeça às normas internacionais e aos princípios éticos;
- V. Fornecer atestados médicos;
- VI. Praticar ou participar de atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação do País;
- VII. Assumir posturas desrespeitosas ou faltar com a consideração para com os demais participantes do setor do ensino e da saúde;
- VIII. Deixar de assumir responsabilidade pelos seus atos, atribuindo seus erros ou malogros a outrem ou a circunstancias ocasionais;
- IX. Participar, de qualquer forma, da mercantilização de sua profissão;
- X. Exercer sua autoridade de maneira que limite os direitos do paciente de decidir sobre sua pessoa ou seu bem-estar;
- XI. Receber honorários das pessoas às quais presta trabalho, ou receber salário pelo exercício de sua atividade acadêmica, mas pode fazê-lo em forma de bolsa de estudo das instituições docente às quais esteja ligado;
- XII. Usar suas atividades para corromper os costumes, cometer ou favorecer o crime;

XIII. Participar de pratica de tortura ou outras formas de procedimentos degradantes, desumanos ou cruéis contra pessoas, ou fornecer meios, instrumentos, substancias ou conhecimentos para tais fins;

XIV. Fornecedor meios, instrumentos ou substancias para antecipar a morte do paciente.

CAPÍTULO IV – DA RELAÇÃO COM O PACIENTE

Art. 8º: São obrigações do estudante:

I. Ser comedido em suas ações, tendo por princípio a cordialidade;

II. Respeitar o pudor do paciente;

III. Compreender e tolerar algumas atitudes ou manifestações dos pacientes, lembrando-se de que tais atitudes podem fazer parte da sua doença;

IV. Ajudar o paciente no que for possível e razoável com relação a problemas pessoais;

V. Demonstrar respeito e dedicação ao paciente, jamais esquecendo sua condição de ser humano;

VI. Ouvir com atenção as queixas do doente, mesmo aquelas que não tenham relação com sua doença;

VII. Apresentar-se condignamente, cultivando hábitos e maneiras que façam ver ao paciente o interesse e o respeito que ele é merecedor;

VIII. Ter paciência e calma, agindo com prudência em todas as ocasiões.

Art. 9º: O timbre, o tom e a altura de voz devem propiciar tranquilidade ao paciente. Gritos e alardes não são condizentes com o esperado em busca de serenidade.

CAPÍTULO V – DO SEGREDO NA ÁREA DA SAÚDE

Art. 10: O estudante da área da saúde está obrigado a guardar segredo sobre fatos que tenha conhecido por ter visto, ouvido ou deduzido no exercício de sua atividade junto ao doente.

Art. 11: O estudante não revelará, como testemunha, fatos de que tenha conhecimento no exercício de sua atividade. Convidado para depor, deve declara-se preso ao segredo.

Art. 12: É admissível a quebra do segredo por justa causa, por imposição da Justiça ou por autorização expressa do paciente, desde que a quebra desse sigilo não traga prejuízo ao paciente.

Art. 13: O estudante não pode facilitar o manuseio ou o conhecimento de prontuários, papeletas e demais folhas de observações médicas sujeitas ao segredo profissional, por pessoas não obrigadas ao mesmo compromisso.

CAPÍTULO VI – DA RELAÇÃO COM AS INSTITUIÇÕES, COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE, COM OS COLEGAS, PROFESSORES E ORIENTADORES.

Art. 14: O estudante está obrigado a respeitar as normas das instituições onde realiza seu aprendizado.

Art. 15: O estudante está obrigado a zelar pelo patrimônio moral e material das instituições onde desempenha suas atividades.

Art. 16: Não compete ao estudante fazer advertências ou reclamações ao pessoal do setor de saúde no tocante às suas atividades profissionais, mas, se considerar necessário, deve dirigir-se ao seu superior imediato, comunicando-lhe o fato.

Art. 17: É proibido ao estudante afastar-se de suas atividades, mesmo temporariamente, sem comunicar ao seu superior.

Art. 18: O estudante responde civil, penal e administrativamente por atos danosos ao paciente e que tenham dado causa por imprudência ou negligência.

Art. 19: É dever de o estudante ser solidário com seus colegas nos movimentos legítimos da categoria.

Art. 20: O estudante deve ter sempre para com os seus colegas respeito, consideração e apreço, visando à convivência harmoniosa.

Art. 21: O estudante deve ter sempre para com os professores e orientadores e atenção e o respeito necessários ao bom relacionamento entre todos.

Art. 22: Corredor de hospital – este local é um dos mais importantes na vida médica dos profissionais da saúde. Circulação, movimentação, encontros, cumprimentos, reencontros agradáveis ou não desejados, atualização jornalística, acertos de agendamento, encontros amigos ou científicos, enfim, local de convivência rápida e transitória. Por isto ele pode ser perigoso: proclama-se assunto particular, sigilos são popularizados, tratos são mal anotados ou mal interpretados, o esquecimento ocorre, pois não se anota ou não se o absorve na completude; leigos na espera de atendimento participam dos assuntos e a má interpretação ocorre. Sobre isso tudo e mais não relatado há o barulho, a voz elevada, as comunicações à distância em alta voz, atitudes que esvaziam a qualidade médica e o respeito por parte do leigo. Este, presenciando o barulho, a descortesia, a voz exacerbada, os comentários desairosos passam a entender, erroneamente, que a atitude médica não é tão idônea quanto ele imaginava. Se nos lembrarmos, constantemente, que o hospital é um local de repouso físico, espiritual e mental, o tumulto do corredor dá uma amostra contrária ao leigo ou ao paciente. Corredor, pois, é para cumprimento e circulação. Não é local de discussões e decisões.

CAPÍTULO VII – DA APRESENTAÇÃO

Art. 23: O uso do branco é para demonstrar limpeza. Há proteção bilateral. Do profissional ou estudante da área da saúde, que faz contato com o doente e deste que é examinado por um profissional vindo da rua. Por isso, usar o jaleco em atividades extra-hospitalares não é de bom tom. É fazer dele um veículo de contaminação.

O ideal é que o profissional ou estudante possa chegar ao hospital e trocar suas roupas civis por calça e jaleco longo e de mangas compridas. O sapato branco não é indispensável, pois é contaminado como qualquer outro, mas o branco impressiona e tranqüila o paciente. Um médico bem vestido, sem regalo e enfeites, dá solenidade ao encontro com o paciente e este adquire uma atitude de mais respeito, o que propicia maior aceitação da terapêutica. Deste modo, não será permitido o uso de: bermudas; saias acima de quatro dedos do joelho; chinelos; sandálias ou sapatos abertos.

Art. 24: As mãos e unhas dos estudantes têm que estar sempre limpas e bem cuidadas. As mãos, não machucadas e as unhas, aparadas.

CAPÍTULO VIII – DO REGIME DISCIPLINAR

Art. 25: O aluno está sujeito às penalidades disciplinares se:

- I. Desrespeitar, ofender ou agredir o Diretor Geral, ou qualquer membro do corpo docente, discente ou técnico-administrativo;
- II. Promover, sem autorização do Diretor Geral, coletas e subscrições em nome da faculdade conveniada;
- III. Disseminar, sob qualquer forma, informações ou comentários difamantes, ou que possa denegrir a Instituição, seus professores ou seus funcionários;
- IV. Danificar o patrimônio, caso em que, além da pena disciplinar, fica na obrigação de indenizar o dano;
- V. Praticar atos desonestos ou delituosos e desrespeito aos princípios constitucionais, incompatíveis com a dignidade da Instituição;
- VI. Cometer atos que possam denegrir a imagem institucional, não só intra como extramuros;
- VII. Desrespeitar qualquer norma estabelecida neste instrumento normativo.

Art. 26: As penalidades serão aplicadas da seguinte forma:

- I. Advertência oral na hipótese se uma única conduta contrária às normas;
- II. Advertência escrita da segunda a quarta conduta contrária às normas;
- III. Suspensão do estudante das aulas durante uma semana na hipótese de reincidir pela quarta vez em alguma conduta contrária às normas dispostas neste instrumento normativo;
- IV. Desligamento do estudante do corpo discente da Faculdade na hipótese de reincidir pela quinta vez em alguma conduta contrária às normas dispostas neste instrumento normativo.

Art. 27: São competentes para a aplicação das penalidades:

- I. De advertência: os Coordenadores dos Cursos e o Diretor Geral;
- II. De suspensão: o Diretor Geral e o Diretor de Ensino, Pesquisa e Extensão – DEPE;
- III. De desligamento: o diretor geral da Faculdade.

Art. 28: O registro da penalidade aplicada é feito em documento próprio, não constando do histórico escolar do aluno.

CAPÍTULO I – DEFINIÇÃO DOS USUÁRIOS E SERVIDORES

Art. 1º: Para efeito desta Instrução Normativa, considera-se usuário toda pessoa que necessite dos serviços disponibilizados pelo **HUGO**, bem como seus acompanhantes e aqueles que por qualquer motivo realizem visita a este Hospital.

Art. 2º: Consideram-se servidores todos os empregados e prestadores de serviço, tais como médicos e professores, e estudantes, os estagiários e acadêmicos que realizam atividades no **HUGO**.

CAPÍTULO II – DO ACESSO

Art. 3º: Apenas será permitido o acesso dos servidores e estudantes com a apresentação de crachá.

Art. 4º: Os alunos e estagiários devem ingressar pela portaria de serviço.

Art. 5º: Os médicos, professores e alunos que assistirão aulas em ambulatórios poderão ingressar pela porta principal.

CAPÍTULO III – DO VESTUÁRIO

Art. 12: Os médicos e professores devem usar jaleco branco nas dependências da unidade.

Art. 13: Os alunos e estagiários oriundos de qualquer faculdade devem usar roupas e sapatos brancos além de jalecos.

CAPÍTULO VI – DO RESPEITO ÀS NORMAS

Art. 14: Todos os usuários devem respeitar o Regimento Interno, Código de Conduta e demais normas da unidade.

Art. 15: Todos os médicos devem aceitar a presença de acadêmicos, apesar de não terem obrigação de ensiná-los qualquer ofício.

Art. 16: Todos os acadêmicos devem tratar com respeito os profissionais que trabalham.

CAPÍTULO V – INFORMAÇÕES GERAIS DEPARTAMENTO DE QUALIDADE

Busca a melhoria contínua dos processos internos, viabilizando um atendimento de excelência ao cliente interno e externo.

SETOR DE SEGURANÇA DO TRABALHO – Zela pela integridade física do trabalhador, procurando eliminar os riscos que podem causar acidentes de trabalho.

SETOR DE ATENÇÃO AO CLIENTE – Busca acolher o cliente externo, garantindo um atendimento humanizado de qualidade durante sua permanência no Hospital. É função desse setor também, acolher o cliente interno e ajudá-lo a solucionar problemas que ocorram no seu dia-a-dia e proporcionar um ambiente de trabalho saudável e amigável.

SETOR DE HOTELARIA – Busca fornecer os insumos necessários para a execução das atividades de hotelaria hospitalar, proporcionar uma alimentação saudável e de qualidade para todos os pacientes e funcionários, fornecer o enxoval adequado, higienizar os ambientes e humanizá-los.

DEPARTAMENTO FINANCEIRO – Busca desenvolver as atividades no processamento das despesas, na coordenação e controle dos registros de entrada e saída; conciliação bancária para o gerenciamento dos recursos, bem como atendimento interno dos empregados e externo, dos fornecedores.

DEPARTAMENTO PESSOAL – O Departamento Pessoal busca coordenar, controlar e supervisionar os assuntos relativos a cadastro e lotação, remuneração, folha de pagamento, seguridade social e benefícios pertinentes aos empregados do Hospital.

CAPÍTULO II – DOS PROCEDIMENTOS

Os dias da entrega do comprovante de pagamento referentes ao adiantamento e ao pagamento mensal, e entrega do vale transporte será divulgado com antecedência e anexado aos quadros de aviso e ao relógio de ponto. Nesse mesmo período, o Departamento De Pessoal funcionará das 6h30 às 17h. O horário das 6h30 às 17h será exclusivo para funcionários do turno noturno, que estarão encerrando suas atividades nesse período. É obrigatório e de interesse próprio que todos os empregados se apresentem ao Departamento De Pessoal para assinar seu comprovante de pagamento, folha de ponto, comprovante de entrega de vale transporte e alimentação.

CAPÍTULO III – CRITÉRIOS PARA ABERTURA DE CONTA PARA RECEBIMENTO DE SALÁRIO

Os salários serão creditados diretamente na conta do empregado, em banco a ser definido. O empregado novato receberá através de cheque diretamente na tesouraria até completar os 3 meses da experiência. Ao vencer a experiência o empregado deverá providenciar a abertura de conta salário ou conta corrente (a critério) no Banco definido previamente, estando munidos de xérox dos seguintes documentos: Carteira de Identidade; CPF (atualizado); Comprovante de residência (de preferência em nome próprio); Carteira de Trabalho.



10.1.1: ÁREA DA ATIVIDADE

IMPLANTAÇÃO DE GESTÃO

PROPOSTA PARA REGIMENTO DO SERVIÇO MULTIPROFISSIONAL

PROPOSTA PARA REGIMENTO DO SERVIÇO MULTIPROFISSIONAL

A criação de um regimento da equipe multiprofissional é justificada por uma busca de interação de processos e saberes objetivando uma assistência integral e resolutive aos nosos pacientes, em caráter ambulatorial e hospitalar. Essa equipe é composta por profissionais de diferentes áreas da saúde, como médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, assistentes sociais, entre outros, e trabalha de forma colaborativa para fornecer uma abordagem abrangente e holística no cuidado dos pacientes.

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º: Objetivos

O presente regimento tem como objetivo estabelecer as diretrizes e normas de funcionamento do Serviço Multiprofissional, visando a integração de profissionais de diferentes áreas para a prestação de serviços de qualidade e integralidade aos usuários.

§1º - O hospital de Atenção Especializada tem por finalidades:

Prestar assistência à saúde, ambulatorial e hospitalar, dentro das especialidades de sua competência, com qualidade e atendendo aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Ser um modelo de excelência na assistência a saúde da população.

Art. 2º: Definição

O Serviço Multiprofissional é uma unidade de trabalho composta por profissionais de diferentes áreas, que atuam de forma integrada e complementar no cuidado e assistência aos usuários, promovendo a abordagem interdisciplinar e a troca de conhecimentos e experiências.

Art. 3º - Princípios

O Serviço Multiprofissional pauta-se nos seguintes princípios:

- Integralidade: oferecer atendimento completo e abrangente, considerando a

complexidade e as necessidades individuais dos usuários;

- Interdisciplinaridade: promover a colaboração e o diálogo entre os profissionais de diferentes áreas, visando a construção conjunta do conhecimento;
- Equipe multiprofissional: reunir profissionais de diferentes formações para a realização de ações integradas e complementares;
- Humanização: promover o acolhimento, respeito e empatia no cuidado aos usuários;
- Ética: atuar com ética profissional, respeitando os princípios e normas das respectivas profissões.

§1º - Organização e Funcionamento do hospital:

Composição da Equipe - O Serviço Multiprofissional será composto por profissionais de diferentes áreas, de acordo com as necessidades e demandas da instituição. A composição da equipe deverá ser definida de forma a contemplar uma variedade de saberes e habilidades, visando a complementaridade e a abrangência dos cuidados.

Coordenação - O Serviço Multiprofissional terá um profissional designado como coordenador, responsável por articular e organizar as atividades da equipe, promover a integração e o diálogo entre os membros, e representar o serviço junto à instituição. O coordenador será escolhido pelos membros da equipe, preferencialmente por meio de eleição.

Reuniões e Tomada de Decisão - A equipe do Serviço Multiprofissional deverá realizar reuniões periódicas para discussão de casos, planejamento das ações e troca de experiências. As decisões serão tomadas de forma democrática, levando em consideração o posicionamento de todos os membros da equipe, com respeito à diversidade de opiniões.

Integração com outros Serviços - O Serviço Multiprofissional deverá estabelecer mecanismos de integração e articulação com outros serviços e setores da instituição, visando a complementaridade e a ampliação do cuidado aos usuários. A comunicação e o trabalho em rede serão valorizados para garantir a continuidade e a integralidade do atendimento.

Atuação Profissional - Os profissionais integrantes do Serviço Multiprofissional serão responsáveis por:

- Contribuir com seus conhecimentos e habilidades específicas para o cuidado integral aos usuários;
- Participar das reuniões e atividades de capacitação promovidas pela equipe;

- Realizar registros adequados das atividades desenvolvidas, visando a garantia da qualidade e a continuidade do cuidado;
- Respeitar a autonomia dos usuários, promovendo a participação ativa e o compartilhamento de decisões relacionadas ao seu cuidado;
- Atuar em conformidade com os princípios éticos e normas de suas respectivas profissões.

Capacitação e Atualização - O Serviço Multiprofissional deverá promover a capacitação e a atualização dos profissionais que o compõem, visando o aprimoramento de suas práticas e a incorporação de novos conhecimentos e tecnologias. Serão realizadas atividades de educação permanente, tais como cursos, treinamentos e discussões de casos.

Avaliação e Monitoramento - O Serviço Multiprofissional estabelecerá mecanismos de avaliação e monitoramento contínuo de suas atividades, com o objetivo de garantir a qualidade dos serviços prestados. Serão realizadas análises periódicas dos resultados alcançados, identificação de pontos de melhoria e definição de estratégias para o aprimoramento do cuidado.

O atendimento ambulatorial será realizado: Apoio Diagnóstico e Terapêutico ofertando: Sessões de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, Radiologia Convencional, Ultrassonografia com Doppler, Endoscopia Digestiva Alta, Colonoscopia, Eletrocardiograma, Ecocardiograma, Laboratório de Análises Clínicas, Mapa, Holter, Teste ergométrico, Densitometria óssea, Citoscopia, Espirometria, Nasofibroscopia, Audiometria, Bera, Otoneurologia, Biopsias (urológica, dermatológica e gastroenterologia), Broncoscopia e Odontologia, sendo estes mediante a disponibilidade e pactuação do serviço.

CAPÍTULO II

DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art. 4º - O hospital de Atenção Especializada apresenta a seguinte estrutura organizacional:

Diretoria geral (GESTOR)
 Diretoria Médica (Técnica)
 Coordenação Administrativa

Art. 5º - Constituem órgãos auxiliares da Diretoria da Unidade Atenção Especializada:

COMISSÕES PERMANENTES

Comissão de Revisão de Prontuários;
Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
Comissão de Farmácia e Terapêutica;
Comissão de Humanização da Assistência;
Comissão Núcleo de Segurança Paciente;

Art. 6º - DIRETORIA MÉDICA (TÉCNICA):

Serviços Médicos
Clínica Cirúrgica
Ambulatório

Serviços Assistenciais e de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

Coordenação de Enfermagem (Gerência Operacional de Enfermagem)
Enfermagem
Laboratório de Análises Clínicas
Farmácia
Serviço Social
Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapeuta ocupacional
Nutrição e Dietética
Psicologia
Imagem
Endoscopia
Colonoscopia
.

CAPÍTULO III

DAS ATRIBUIÇÕES E INCUBÊNCIAS

SEÇÃO 1ª

DA DIRETORIA GERAL

Art. 7º – A Diretoria Geral (Gestor) tem por incumbências:

Participar da formulação do Plano Diretor para cada exercício, em consonância com a política e diretrizes do SUS;

Coordenar o desenvolvimento dos planos traçados para as atividades médicas, técnicas, administrativas e financeiras do hospital;

Constituir comissões permanentes e transitórias para o estudo dos problemas médicos, técnicos e administrativos;

Coordenar a elaboração do orçamento anual de despesas, receitas e investimentos no hospital, bem como controlar a execução do mesmo;

Aprovar e encaminhar ao órgão de referência, os relatórios gerenciais mensais;

Instruir e aprovar normas, rotinas, fluxos e procedimentos internos da unidade e solicitar a revisão e atualização dos mesmos anualmente, ou quando se fizer necessário;

Aprovar meios para controle das infecções hospitalares;

Assegurar, no limite de sua autoridade, o cumprimento deste Regimento Interno bem como as normas, rotinas e procedimentos técnicos;

Zelar pela qualidade dos serviços prestados na unidade;

Manter um sistema de cooperação com a demais unidade de saúde;

Realizar reuniões periódicas com as coordenações dos diversos serviços;

Controlar a aquisição de todo material no que se refere a qualidade e custo;

Autorizar ou prestar informações ao Poder Judiciário, dentro dos preceitos estabelecidos pelos Códigos de Ética;

Cobrar o cumprimento do PGRSS – Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde da Unidade.

SEÇÃO 2ª

DA DIRETORIA MÉDICA

Art. 8º. A Diretoria Médica (Técnica) apresenta as seguintes atribuições:

Desenvolver o planejamento das atividades de assistência médica e técnicas do hospital;

Coordenar, supervisionar e avaliar a execução das atividades das unidades integrantes;

Fazer cumprir o regulamento e os atos da Diretoria referente ao Corpo Clínico;

Gerenciar os colaboradores das Unidades integrantes, garantindo satisfação no trabalho através de educação continuada, melhoria do ambiente de trabalho e alcance das metas de produtividade;

Integrar e participar das comissões sob suas normas;

Certificar-se da qualidade da assistência prestada ao paciente, através dos padrões formais da avaliação:

Instituir, avaliar e controlar os registros de assistência aos pacientes;

Promover e participar de reuniões periódicas com visitas a integração permanente das atividades do hospital;

Analisar as estatísticas do SAME (Serviço de Arquivo Médico e Estatístico);

Estabelecer normas de controle e avaliação da utilização dos recursos financeiros, humanos e

operacionais na execução das atividades das Unidades integrantes;

Representar a unidade junto às autoridades sanitárias e demais casos previstos por Lei;

Cumprir e fazer cumprir a legislação vigente.

Instruir e aprovar normas/ rotinas e procedimentos internos do hospital, avaliando a atualização dos mesmos anualmente, ou quando se fizer necessário;

Aprovar e cobrar o cumprimento do PGRSS da Unidade.

Dos Serviços Médicos

Art. 9º. Por meio da Unidade ambulatorial:

Programar as agendas de forma a haver uma distribuição homogênea durante todo o mês;

Orientar os médicos para que dêem uma assistência intensiva aos pacientes, a fim de que a consulta seja eficiente;

Zelar para que a prescrição;

Preencher de forma integral todas as formalidades relacionadas às documentações da Instituição, tanto no prontuário dos pacientes quanto as demais solicitadas pela administração.

Fazer a ficha de contra referência

Art. 10º. Por meio da Unidade de Clínica Cirúrgica:

Programar as internações hospitalares de forma a haver uma distribuição homogênea durante todo o mês;

Realizar um planejamento e programação eficaz de cirurgias com o objetivo de se estabelecer um controle de horários e disponibilidade de salas cirúrgicas, para que não ocorra coincidência de horário entre cirurgias de profissionais diferentes, resultando em atrasos e prorrogações de cirurgias, ou até mesmo na minimização da eficiência dos cuidados médico-cirúrgicos aos

pacientes que necessitem de atendimento imediato;

zelar pela utilização de profissionais capacitados e habilitados para realização de cirurgias, sejam elas para pacientes eletivos ou de emergência;

Orientar os médicos para que deem uma assistência intensiva aos pacientes, a fim de que a permanência dos mesmos no hospital seja adequada a cada patologia;

Zelar para que a prescrição obedeça à padronização dos medicamentos implantada pelo hospital.

Colaborar de forma direta para que os índices de infecção sejam elaborados da forma mais ampla e correta possível;

Fazer todas as prescrições por escrito e assinadas e, no caso de impossibilidade, prover para que o médico de plantão o faça;

Visitar os pacientes diariamente, analisando e acompanhando sua evolução clínica;

Preencher de forma integral todas as formalidades relacionadas às documentações da Instituição, tanto no prontuário dos pacientes quanto as demais solicitadas pela administração.

Art. 11º Por meio da Unidade de Internação em Hospital Dia;

Receber, registrar e supervisionar toda a movimentação dos pacientes da Instituição em regime de internação;

Planejar, executar, supervisionar e controlar as atividades de enfermagem à todos os pacientes, internados;

Proporcionar condições ideais de atendimento aos pacientes, contando com infraestrutura e conhecimentos técnicos específicos para tal;

Executar os procedimentos prescritos pelas Equipes Médicas, como também os procedimentos respaldados pelo COREN dentro dos padrões técnicos reconhecidos e científicos, assegurando a qualidade da assistência prestada ao paciente

Realizar atividades que visem o desenvolvimento de técnicas de assistência de enfermagem, e promover a disseminação do conhecimento assistencial para a Instituição

elaborar o histórico de enfermagem, diagnóstico, evolução e prescrição, como também o plano de ação para os pacientes da Instituição.

Dos Serviços Assistenciais e de Apoio ao Diagnóstico e Terapêutica

Art. 12º. O Serviço de Enfermagem apresenta as seguintes atribuições:

§1º - Por meio da Coordenação de Enfermagem (Gerencia Operacional):

Planejar, programar, coordenar e supervisionar todas as atividades e recursos disponíveis para a prestação de assistência de enfermagem aos pacientes da Instituição;

Identificar as necessidades das Unidades em relação a equipamentos, instalações, bens permanentes e instrumental, em articulação com a Diretoria Administrativa, promovendo a disponibilização destes itens;

Visitar todas as unidades da Instituição, visando a avaliação da assistência prestada pela equipe de enfermagem aos usuários;

Zelar pela qualidade da assistência de enfermagem prestada aos pacientes da Instituição, como também garantir a integridade das atividades médicas e assistenciais;

Avaliar a assistência de enfermagem e o desempenho da unidade, com o intuito de obter informações detalhadas para a tomada de decisões que interfiram diretamente no aprimoramento e aperfeiçoamento da assistência de enfermagem;

Estudar a implantação de novas técnicas de trabalho, visando a constante atualização da enfermagem do hospital aos progressos técnico-científicos;

Garantir a elaboração de manuais de normas, rotinas e procedimentos, o seu devido cumprimento nas Unidades operacionais e atualização anual dos mesmos;

Elaborar e apresentar periodicamente à Diretoria da Instituição, os relatórios sobre o

desenvolvimento das execuções das atividades de assistência de enfermagem, como também de suas necessidades;

Implantar, desenvolver, acompanhar e avaliar a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE;

Praticar e disseminar em sua área de atuação todos os princípios e diretrizes gerenciais adotadas pela Instituição;

Coordenar, acompanhar e avaliar o serviço de enfermagem e sua equipe técnica em relação à qualidade da assistência prestada através das áreas que compõem a Coordenação de Enfermagem;

Interagir com a Diretoria Médica em assuntos médicos ou técnicos, e com as demais coordenações da Instituição para assuntos relacionados a cada área, buscando otimizar os processos operacionais;

Implantar e acompanhar os processos operacionais visando o controle dos custos nas Unidades;

Desenvolver estratégias de acompanhamento e avaliação com vistas a alcançar as metas definidas;

§2º - Por meio da Unidade de Ambulatório:

Promover a assistência de enfermagem aos pacientes;

Promover o encaminhamento correto dos pacientes quanto da realização de exames e procedimentos terapêuticos;

Promover programas de assistência sanitária a serviço da comunidade, através de ações de orientação e controle;

Manter um controle rigoroso juntamente com o SAME, a respeito da utilização dos prontuários, assim como, da correta tramitação e garantia da integridade dos mesmos;

Planejar e programar a quantidade e qualidade dos recursos humanos e materiais a serem

utilizados a fim de garantir a prestação de assistência de enfermagem com qualidade e compromisso com o bem-estar dos pacientes da Instituição;

§4º - Por meio da Unidade do Centro Cirúrgico:

Planejar, programar, executar, supervisionar e controlar a assistência aos pacientes da Instituição que necessitem de procedimentos cirúrgicos em situações de emergência ou eletivos;

Planejar e programar a quantidade e qualidade dos recursos humanos e materiais necessários para execução dos procedimentos cirúrgicos demandados;

Zelar pela utilização eficiente dos recursos disponíveis;

Administrar os recursos e atividades da Unidade de Recuperação Pós-Anestésica, para que proporcionem os devidos cuidados necessários à recuperação eficaz dos pacientes;

Manter um registro e controle eficaz dos materiais utilizados na Unidade, a fim de permitir procedimentos em conformidade com os padrões pré- estabelecidos;

Realizar o controle das cirurgias realizadas na Unidade, como também da quantidade de medicamentos e materiais médico-cirúrgicos utilizados;

Garantir a limpeza da Unidade por intermédio das técnicas adequadas de desinfecção e higienização hospitalar, pelo cumprimento do cronograma de lavagens terminais;

Fornecer regularmente à Diretoria Médica, a relação de cirurgias realizadas e a necessidade de recursos físicos e humanos para a otimização das atividades.

§5º - Por intermédio da Unidade Central de Material e Esterilização (CME):

Receber, limpar, preparar, esterilizar, armazenar e distribuir todos os materiais esterilizados e/ou sanitizados para o Centro-Cirúrgico, unidades de internação do hospital e outras unidades;

Realizar um controle efetivo sobre todos os materiais em uso nos diferentes serviços e unidades do hospital, mantendo o inventário de materiais sempre atualizado;

Receber, processar e distribuir a roupa esterilizada para uso nas salas cirúrgicas e de parto e demais serviços que delas necessitem;

Promover medidas de prevenção e controle das transmissões de infecções pelo material processado no setor;

Realizar o planejamento quantitativo e qualitativo do material médico- hospitalar frente às metas estipuladas para a unidade, a fim de prover o suprimento dos mesmos aos diversos setores, em colaboração com as devidas chefias;

Desenvolver programas de orientação e treinamento do pessoal lotado no setor frente aos novos padrões técnicos de suas atividades;

Manter um sistema de controle bacteriológico eficaz e que garanta a qualidade da esterilização.

Art.13º. Ao Serviço de Laboratório de Análises Clínicas compete:(Serviço Terceirizado)

Realizar exames laboratoriais solicitados;

Laboratório terceirizado

- ✓ realizar exames laboratoriais solicitados ;
- ✓ suprir a demanda por diagnósticos precisos através da realização de estudos
- ✓ análises dos resultados dos exames laboratoriais de líquidos biológicos prescritos para os pacientes internos ou externos da Instituição;
- ✓ zelar pela correta utilização dos recursos físicos, identificados principalmente pelos equipamentos; e do desenvolvimento e capacitação dos recursos humanos da unidade;
- ✓ manter em atividade contínua os equipamentos, dispositivos e respectivos insumos para o correto desenvolvimento dos exames prescritos pelos profissionais da Instituição;
- ✓ avaliar os resultados dos procedimentos específicos e elaborar os respectivos laudos técnicos, como também prover o correto encaminhamento dos mesmos às unidades requisitantes;
- ✓ manter um controle eficaz da quantidade de exames realizados;
- ✓ promover a capacitação técnicas dos profissionais envolvidos na análise e diagnóstico de

- ✓ materiais biológicos;
- ✓ elaborar dados estatísticos e epidemiológicos;
- ✓ buscar a excelência dos resultados obtidos.

Art.14º. Ao Serviço de Farmácia compete:

Assessorar o corpo clínico do hospital com relação aos aspectos farmacológicos dos medicamentos, responsabilizar-se tecnicamente pelas aquisições de medicamentos e produtos farmacêuticos, garantindo sua qualidade e adequada conservação;

Elaborar a previsão e o consumo dos medicamentos, produtos farmacêuticos e saneantes químicos usados na unidade;

Responsabilizar-se tecnicamente pelas aquisições de medicamentos e produtos farmacêuticos, garantindo a sua qualidade e adequada conservação;

Estabelecer um sistema de recebimento, estocagem e distribuição de medicamentos, seguro e eficiente, capaz de suprir as unidades de assistência com os medicamentos prescritos pelo corpo clínico da instituição;

Exercer de forma efetiva o gerenciamento do estoque de medicamentos, mantendo registro de consumo, perda e extravio para fins de baixa ou substituição;

Estabelecer centro de informações de medicamentos para as equipes médica e de enfermagem, visando melhor utilização dos medicamentos;

Participar em estreita colaboração com a equipe médica dos estudos de casos programados e na manutenção da vigilância contínua sobre os efeitos adversos dos medicamentos;

Elaborar relatórios, estatísticas ou inventários periódicos dos medicamentos estocados de acordo com orientação da Administração;

Receber as requisições das prescrições, triar e dispensar as medicações em doses individualizadas;

Controlar, diluir e distribuir os saneantes químicos e produtos afins, segundo padronização e normas da CCIH, obedecendo a indicação e utilização dos mesmos;

Executar programas de educação em serviço, promovendo a orientação técnica do pessoal da Farmácia;

Observar o cumprimento a legislação vigente;

Cooperar com a Comissão de Farmácia e Terapêutica nas atividades de desenvolvimento e análise para a padronização dos medicamentos em uso no hospital;

Controlar a movimentação de medicamentos e correlatos, em especial, dos entorpecentes e psicotrópicos.

Art. 15º. Ao Serviço Social compete:

Orientar o usuário quanto as normas e rotinas da unidade;

Realizar entrevista social, estabelecendo o plano de intervenção do Serviço Social;

Orientar o paciente, familiares ou responsáveis quanto a remoção do paciente de alta hospitalar, contribuindo para a otimização do leito hospitalar;

Elaborar, implantar, coordenar e avaliar a execução e desenvolvimento de planos, programas e projetos do Serviço Social, através do acompanhamento sistemático;

Elaborar e adotar manual de normas, rotinas e procedimentos, onde sejam estabelecidas as atribuições do pessoal do serviço;

Proceder acompanhamento social do tratamento de saúde;

Orientar os usuários a utilizarem adequadamente os recursos institucionais, sociais e da comunidade, face as situações constatadas;

Desenvolver o trabalho em grupo com usuários e/ou seus responsáveis, de acordo com as necessidades apresentadas e visando o desenvolvimento dos aspectos sociais;

Interpretar a situação social do paciente e sua família junto a equipe multiprofissional;

Elaborar e atualizar, sempre que necessário, a relação de recursos da comunidade a fim de prover os devidos encaminhamentos de pacientes, familiares e funcionários;

Realizar campanhas educativas, elaboradas a partir das necessidades identificadas;

Estimular o usuário a participar do seu tratamento de saúde;

Trabalhar preventiva e resolutivamente as situações de rejeição familiar;

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

§1º - Por meio da caixa de sugestão/resolução de queixas:

Disponibilizar um formulário para reclamação e/ou sugestões sobre os serviços do hospital;

Receber e apurar reclamações relativas a quaisquer ações ou omissões dos colaboradores do hospital.

Receber, analisar e encaminhar as manifestações e/ou solicitações aos setores respectivos;

Cobrar a solução das demandas dentro dos prazos pactuados e dar um retorno ao autor da solicitação fornecendo-lhe os devidos esclarecimentos, alternativas e soluções;

Promover recomendações, propostas e gestões em colaboração com os demais setores buscando aprimorar o atendimento oferecido;

Entregar pesquisa de satisfação aos pacientes internados e/ou responsáveis e usuários dos diversos serviços oferecidos do hospital;

Tabular mensalmente os resultados da pesquisa de satisfação encaminhando a Diretoria Geral e demais coordenações.

Art. 16º. Ao Serviço de Fisioterapia compete:

Realizar os procedimentos de fisioterapia nos pacientes em regime ambulatorial;
Prescrever, manter, desenvolver ou restaurar a integridade de órgão, sistema ou função do corpo humano por meio de ação, isolada ou concomitante, de agente termoterápico ou crioterápico, aeroterápico, fototerápico ou eletroterápico, determinando:

O objetivo da terapia e a programação para atingi-lo;

A fonte geradora do agente terapêutico, com a indicação de particularidades na utilização da mesma, quando for o caso;

A região do corpo do cliente a ser submetida a ação do agenteterapêutico;

A dosagem e frequência do número de sessões terapêuticas com indicação do período de tempo de duração de cada uma;

A técnica a ser utilizada.

Utilizar com o emprego ou não de aparelho, exercício respiratório, cárdio- respiratório, cárdio-vascular, de educação ou reeducação neuromuscular, regeneração muscular, relaxamento muscular, locomoção, regeneraçãoosteo-articular, correção de vício postural, adaptação ao uso de órtese ou prótese e adaptação dos meios materiais, pessoais ou ambientais disponíveis para desempenho físico do paciente, determinando:

O objetivo da terapia e a programação para o atingi-lo;

O segmento do corpo do cliente a ser submetido ao exercício;

A modalidade do exercício a ser aplicado e a respectiva intensidade;

A técnica de massoterapia a ser aplicada, quando for o caso;

A orientação ao paciente para a execução da terapia em sua residência, quando for o caso;

A dosagem de frequência e do número de sessões terapêuticas com aindicação do período de tempo de duração de cada uma.

Manter os equipamentos em perfeito funcionamento e procurar renová-los sempre que possível, para que a unidade tenha o melhor desempenho e atualização tecnológica.

Art. 17º. Ao Serviço de Nutrição e Dietética, compete:

Definir, planejar, organizar e avaliar as atividades de assistência nutricional aos clientes da instituição;

Avaliar o estado nutricional do cliente a partir do diagnóstico clínico, exames laboratoriais, anamnese alimentar e exames antropométricos;

Realizar assistência dietoterápica hospitalar planejando, prescrevendo, analisando e acompanhando a dieta dos pacientes;

Registrar diariamente no prontuário do paciente, a prescrição dietoterápica, a evolução nutricional, as intercorrências e a alta em nutrição;

Supervisionar e controlar os equipamentos e utensílios utilizados pelo setor;

Integrar a equipe multidisciplinar, com participação plena na atenção prestada ao paciente;

Supervisionar e estabelecer um sistema de recebimento, estocagem e distribuição de gêneros alimentícios, seguro e eficiente, capaz de suprir as unidades de assistência com as dietas prescritas pelo corpo clínico da instituição;

Prestar assistência nutricional junto ao Corpo Clínico do hospital com relação à prescrição dietoterápica a serem servidas aos pacientes, acompanhantes e funcionários da Instituição;

Prestar orientações dietoterápica, acompanhamento e educação alimentar aos pacientes internados, de ambulatório e funcionários da Instituição;

Manter um sistema de avaliação da assistência dietética prestada aos pacientes;

Preparar e distribuir a alimentação dos pacientes e funcionários do hospital, obedecendo as normas científicas de dietas e cardápios adequados;

Acompanhar o tratamento dos pacientes após a avaliação clínica, com a evolução dietoterápica;

Exercer de forma efetiva o gerenciamento do estoque de gêneros alimentícios e produtos afins, mantendo registro de consumo e das refeições distribuídas;

Garantir a higienização do material, equipamentos e áreas de trabalho, garantindo a segurança alimentar;

Desenvolver programas de treinamento para todas as categorias do pessoal da nutrição;

Apresentar relatórios e dados específicos para execução dos controles administrativos.

Art. 18º. - Ao Serviço de Psicologia compete:

Promover a humanização do atendimento, facilitando a relação equipe/ paciente;

Atendimento psicológico ambulatorial

Auxiliar o paciente e a família na compreensão da doença e tratamento, tornando-os ativos no processo de recuperação;

Trabalhar de forma integrada com os demais profissionais de saúde, colaborando assim para uma visão global do paciente dentro de um enfoque multidisciplinar e possibilitando a assistência e apoio técnico à equipe;

Preparar pacientes para cirurgia a fim de que possam lidar com aspectos práticos e de rotina de uma cirurgia, bem como as fantasias que advém desta situação;

Trabalhar os conflitos intrapsíquicos gerados ao adoecer, melhorando a qualidade de vida dos pacientes;

Trabalhar e/ou preparar o paciente para mudanças em seu esquema corporal a fim de aceitar melhor seu novo estado físico;

Amenizar e elaborar sentimentos depressivos, de angústia e insegurança, trazendo o sentido de realidade e de conhecimento dos limites determinados pela própria doença, transmitindo confiança em suas possibilidades e apoiando suas realizações;

Art. 19º. Ao Serviço de Terapia Ocupacional compete:

Realizar os procedimentos de terapia ocupacional nos pacientes em regime ambulatorial; Indivíduos portadores de alterações cognitivas, afetivas, perceptivas e psicomotoras, decorrentes ou não de distúrbios genéticos, traumáticos ou de doenças adquiridas por meio da utilização da atividade humana como base de desenvolvimento de projetos terapêuticos específicos.

É uma área que tem intervenção voltada para a pessoa e seu grupo social. O objetivo é ampliar o campo de ação, desempenho, autonomia e participação, considerando recursos e necessidades de acordo com o momento e lugar, estimulando condições de bem-estar e autonomia. Por meio do fazer afetivo, relacional, material e produtivo o profissional contribui com os processos de produção de vida e saúde.

Manter os equipamentos em perfeito funcionamento e procurar renová-los sempre que possível, para que a unidade tenha o melhor desempenho e atualização tecnológica.

Art. 20º. Ao Serviço de Fonoaudiologia compete:

Atuar precoce e preventivamente através de avaliação, orientação e tratamento;

b) Reequilibrar alterações miofuncionais, evitando possíveis danos nos processos fonatórios e cognitivos;

Participar de equipe multiprofissional traçando e atuando em terapêuticas que levem ao bom prognóstico;

Diagnosticar sintomas de distúrbios fonoaudiológicos precocemente; retornar à alimentação por via oral, restabelecendo funções vitais de sucção,

Mastigação, deglutição e fala, diminuindo o tempo de hospitalização e evitando reinternações por infecções respiratórias;

estimular e agilizar a alta hospitalar, com os menores danos possíveis ao indivíduo no seu retorno à sociedade, diminuindo inclusive os custos da hospitalização.

manter um controle rígido sobre a proteção radiológica da unidade;

zelar pela correta utilização dos recursos físicos, identificados principalmente pelos equipamentos; e do desenvolvimento e capacitação dos recursos humanos da unidade;

manter em atividade contínua os equipamentos, dispositivos e respectivos insumos para o correto desenvolvimento dos exames prescritos pelos profissionais da Instituição;

avaliar os resultados dos procedimentos específicos e elaborar os respectivos laudos técnicos, como também prover o correto encaminhamento dos mesmos às unidades requisitantes;

manter um controle eficaz da quantidade de exames realizados.

Art. 21º. Ao Serviço de Imagem compete:

suprir a demanda por diagnósticos precisos através da realização de estudos e análises dos exames de radiologia, tomografia, ultrassonografia dentre outros, prescritos para os pacientes internos;

manter um controle rígido sobre a proteção radiológica da unidade;

zelar pela correta utilização dos recursos físicos, identificados principalmente pelos equipamentos; e do desenvolvimento e capacitação dos recursos humanos da unidade;

manter em atividade contínua os equipamentos, dispositivos e respectivos insumos para o correto desenvolvimento dos exames prescritos pelos profissionais da Instituição;

avaliar os resultados dos procedimentos específicos e elaborar os respectivos laudos técnicos, como também prover o correto encaminhamento dos mesmos às unidades requisitantes;

manter um controle eficaz da quantidade de exames realizados.

Art. 22º. Ao Serviço de Endoscopia compete:

suprir a demanda por diagnósticos precisos através da realização de estudos e análises dos exames endoscópicos prescritos para os pacientes internos;

zelar pela correta utilização dos recursos físicos, identificados principalmente pelos equipamentos; e do desenvolvimento e capacitação dos recursos humanos da unidade;

manter em atividade contínua os equipamentos, dispositivos e respectivos insumos para o correto desenvolvimento dos exames prescritos pelos profissionais da Instituição;

avaliar os resultados dos procedimentos específicos e elaborar os respectivos laudos técnicos, como também prover o correto encaminhamento dos mesmos às unidades requisitantes;

manter um controle eficaz da quantidade de exames realizados.

Cumprir o PGRSS da Unidade, realizando o descarte apropriado dos resíduos do setor

Art. 23º. Ao Serviço de Colonoscopia compete:

suprir a demanda por diagnósticos precisos através da realização de estudos e análises dos exames colonoscopia prescritos para os pacientes internos;

zelar pela correta utilização dos recursos físicos, identificados principalmente pelos equipamentos; e do desenvolvimento e capacitação dos recursos humanos da unidade;

manter em atividade contínua os equipamentos, dispositivos e respectivos insumos para o correto desenvolvimento dos exames prescritos pelos profissionais da Instituição;

avaliar os resultados dos procedimentos específicos e elaborar os respectivos laudos técnicos, como também prover o correto encaminhamento dos mesmos às unidades requisitantes;

manter um controle eficaz da quantidade de exames realizados.

f) Cumprir o PGRSS da Unidade, realizando o descarte apropriado dos resíduos do setor.

Art. 24º. Ao Serviço de exame de Ultrassonografia compete:

suprir a demanda por diagnósticos precisos através da realização de estudos e análises do exame de Ultrassonografia prescritos para os pacientes internos;

zelar pela correta utilização dos recursos físicos, identificados principalmente pelos equipamentos; e do desenvolvimento e capacitação dos recursos humanos da unidade;

manter em atividade contínua os equipamentos, dispositivos e respectivos insumos para o correto desenvolvimento dos exames prescritos pelos profissionais da Instituição;

avaliar os resultados dos procedimentos específicos e elaborar os respectivos laudos técnicos, como também prover o correto encaminhamento dos mesmos às unidades requisitantes;

manter um controle eficaz da quantidade de exames realizados.

Art. 25º. Ao Serviço de exame do Ecocardiograma compete:

suprir a demanda por diagnósticos precisos através da realização de estudos e análises do exame de Ecocardiograma prescritos para os pacientes internos;

zelar pela correta utilização dos recursos físicos, identificados principalmente pelos equipamentos; e do desenvolvimento e capacitação dos recursos humanos da unidade;

manter em atividade contínua os equipamentos, dispositivos e respectivos insumos para o correto desenvolvimento dos exames prescritos pelos profissionais da Instituição;

avaliar os resultados dos procedimentos específicos e elaborar os respectivos laudos técnicos, como também prover o correto encaminhamento dos mesmos às unidades requisitantes;

manter um controle eficaz da quantidade de exames realizados.

Art. 26º. Ao Serviço de exame do Raio x compete:

suprir a demanda por diagnósticos precisos através da realização de estudos e análises do exame de Raio X prescritos para os pacientes internos;

zelar pela correta utilização dos recursos físicos, identificados principalmente pelos equipamentos; e do desenvolvimento e capacitação dos recursos humanos da unidade;

manter em atividade contínua os equipamentos, dispositivos e respectivos insumos para o correto desenvolvimento dos exames prescritos pelos profissionais da Instituição;

avaliar os resultados dos procedimentos específicos e elaborar os respectivos laudos técnicos, como também prover o correto encaminhamento dos mesmos às unidades requisitantes;

manter um controle eficaz da quantidade de exames realizados.

SEÇÃO 3ª

DA COORDENAÇÃO ADMINISTRATIVA

Art. 27º. - À Coordenação Administrativa compete:

Assessorar à Diretoria Geral e Diretoria Médica na execução, avaliação e controle de

propostas e planos de ação para os diversos setores do hospital.

Coordenar as atividades relativas ao controle orçamentário e financeiro, bem como, as atividades da contabilidade;

Apresentar periodicamente à diretoria geral relatórios sobre a posição financeira da instituição e simulação de cenário futuros;

Apresentar a diretoria geral o orçamento anual da instituição;

Estabelecer normas de controle e avaliação da utilização dos recursos financeiros na execução das atividades da instituição.

Coordenar e supervisionar as seções e setores de sua responsabilidade;

Desenvolver o planejamento das atividades administrativas;

Analisar sob o ponto de vista administrativo todas as propostas para execução de serviços por terceiros, sob regime de contrato ou convênio, se for o caso;

Estabelecer normas de controle e avaliação da utilização dos recursos materiais e humanos na execução das atividades da instituição;

Desenvolver e implantar novas técnicas de gestão dos serviços administrativos;

Gerenciar o corpo de funcionários da instituição, garantindo satisfação no trabalho através de educação continuada, melhoria do ambiente de trabalho e alcance das metas de produtividade;

Visitar com regularidade as dependências da do hospital e outras áreas físicas, com o objetivo de detectar os problemas ou pendências apresentadas;

Propor e aprovar normas, rotinas e procedimentos dos setores geridos por essa coordenação;

Coordenar e supervisionar as atividades de segurança no trabalho, visando a redução/ eliminação de acidentes por intermédio da cipa (comissão interna de prevenção de acidentes), assim como prover recursos necessários para a execução de suas atividades.

Art. 28º. Este Regimento entrará em vigor após aprovação do mesmo, não podendo nenhum colaborador lotado do hospital alegar o desconhecimento do mesmo ou das suas determinações.



10.1.1: FA. 1 – ÁREA DE ATIVIDADE

IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO

**Proposta de Projeto de Tecnologia da Informação com vista ao controle gerencial da
Unidade e melhoria do atendimento ao usuário**

O HMTJ propõe a utilização de um Sistema integrado de Gestão hospitalar já existente na unidade, (MV) que abrange todos os profissionais das áreas meio e fim do hospital. As informações geradas pelo sistema podem ser usadas amplamente em todo o hospital desde o porteiro ao fazer uma consulta para localizar um paciente internado, à Direção do Hospital como ferramenta de gestão, e aos gestores da fundação subsidiando as tomadas de decisão.

Módulos do Sistema

Pronto Atendimento e Emergência

Cadastramento de pacientes para atendimento de pronto atendimento e emergência na unidade hospitalar (a base de dados contempla os quesitos básicos para o atendimento hospitalar e posterior cobrança ambulatorial e/ou internação hospitalar)

Internação Hospitalar e Alta

Todo o fluxo do paciente dentro do hospital feitas nas unidades de internação são atualizadas no sistema assim como a grade de leitos. No Momento da alta do paciente o serviço de enfermagem registra no sistema a saída do paciente e o leito volta automaticamente a sua classificação de leito livre na grade de leitos.

Consulta Ambulatorial

Agendamento de consultas ambulatoriais, dando ao usuário do SUS possibilidade de escolha do dia e horário da consulta nos horários disponíveis e reservados por médico ou e especialidade;

Farmácia/ Estoque

O sistema permite o gerenciamento da dispensação de medicamentos, controlando a entrada e saída de medicamentos/materiais médicos hospitalares das farmácias, através de leitura de código de barras, que tem a finalidade de agilizar o processamento das informações relativas as saídas dos medicamentos dispensados.

Exames de Imagens e Laboratório

O módulo foi projetado para registrar as informações referentes a todos os exames vinculados ao diagnóstico terapêutico por imagens, quais sejam, Raio X, Tomografia, Ultrasonografia, Endoscopia etc. por meio de recebimento on-line dos pedidos de exames de pacientes provenientes do Ambulatório, Pronto Atendimento ou Internação com emissão de laudos

PEP (Prontuario Eletronico do Paciente)

O prontuário médico informatizado tem como objetivo o suporte ao cuidado médico facilitando e documentando a atenção ao paciente. As informações das ações e cuidados registradas servem de base à pesquisa e ao ensino, como também controle de qualidade e à auditoria médica. Buscando dar maior agilidade aos processos da assistência o prontuário informatizado que contempla a prescrição médica, solicitação de exames, anamnese, evolução medica e de outros profissionais, alta medica .

Gestão Eficiente de UTI

Com o módulo de gestão eficiente de UTIs, é possível realizar avaliações e acompanhamento da utilização dos recursos e procedimentos, cálculo dos principais scores de prognósticos, prevenções das principais complicações em UTIs, avaliação da eficiência da clínica de UTIs, estimativa de probabilidade de óbito e taxa de mortalidade padronizada e também comparativo de indicadores em tempo real.

Processos Centrais de Gestão :

O Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus têm como ferramenta de gestão e planejamento um sistema de software Enterprise Resource Planning (ERP) licenciado pela empresa TOTVS da linha RM (BackOffice), que proporcionam uma visão estratégica dos principais indicadores administrativos da instituição.

Gestão de Estoque, Compras e Faturamento

Dentro deste módulo temos sub opções que integram a ferramenta:

Gestão de Estoque e Custos

Este módulo controla a movimentação e a armazenagem de materiais, mantendo um controle físico e financeiro sobre o estoque. O módulo também permite controlar as transferências de materiais entre filiais e locais de estoque, controlando o estoque em trânsito, assim como o estoque próprio em poder de terceiros e o estoque de terceiros em poder da sua empresa.

Gestão de Compras e Suprimentos

A Gestão de Compras e Suprimentos oferece acompanhamento a carteira de fornecedores, cotações, pedidos e o recebimento, permitindo a reposição dos estoques. Permite compras centralizadas por Filiais. Possui controle para aprovação de compra, e permite registrar notas fiscais. Toda movimentação de estoque é integrada com o financeiro e contábil.

- Gestão de Contratos

Controle a contratos em geral, permitindo controles periódicos, não periódicos ou por medição. Gera previsão financeira a partir dos dados dos contratos.

- Controle Orçamentário

Controla o orçamento de despesas baseado em quatro níveis hierárquicos: por Centro de Custo, Grupo Orçamentário, Natureza Orçamentária Financeira e por Período Orçamentário.

- Gestão Financeira

Faz todo o controle de fluxo de caixa, contas a pagar e contas a receber, com valores de lançamentos calculados por fórmulas, assim como controle orçamentário de receitas e despesas; e controle de impostos e contribuições retidas. Os lançamentos financeiros são gerados automaticamente por meio da integração com Compras, Faturamento, Contratos. Toda a movimentação financeira é integrada com o módulo de Gestão Contábil.

- Gestão Patrimonial

Gere os ativos patrimoniais da instituição. Permite acompanhar a depreciação dos ativos e suas alocações, registrando sua localização e centro de custo.

- Gestão Contábil

Módulo que recebe todos os dados necessários para o controle contábil e gerencial. Usa os dados de outros módulos de Gestão Contábil, Financeira Estoque, Compras e de Faturamento integrando as informações. O sistema traz informações e conferência dos lotes, antes do envio do Sped Contábil.

- Folha de Pagamento

Processa envelopes de pagamento de acordo com as regras internas e baseadas em convenções coletivas assinadas com sindicatos. Incluímos lançamento de eventos, vale transporte, salário maternidade, empréstimos dentre outros.

- Portal RH

O Portal RH vinculada ao relacionamento com os colaboradores, disponibilizando consultas de contracheque, entre outros processos.

- Automação de Ponto

Controla toda Automação de Ponto e compensação de bancos de horas, integrados automaticamente ao módulo de Folha de Pagamento, através de marcações de ponto importadas automaticamente ao sistema.

- Gestão de Pessoas

Módulo de tratamento ao registro dos colaboradores em todas suas instâncias. Escolha de funcionários através de cadastros de Recrutamento e Seleção. Gerencia etapas de processo desde a inscrição do candidato no portal até a contratação. O módulo gerencia Banco de Currículos. Gerencia também a estrutura de cargos, níveis e as faixas salariais, criando estrutura salarial vinculada à lotação de trabalho.

- Módulo Inteligência de Negócios

Todos os dados permitem a geração de relatórios com os principais indicadores de desempenho da área dos os módulos assistidos para melhores tomadas de decisões por parte dos gestores.

- FLUIG

A plataforma TOTVS Fluig, concentra vários processos, documentos, acesso a dados e rotinas institucionais integradas com os módulos do BackOffice, atendendo às exigências da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD). São produzidos solicitações e a realização de tarefas dentro de fluxos de trabalhos através de formulários dinâmicos. Criamos possibilidades de análise de indicadores e Dashboards vinculados a plataforma Microsoft POWER BI.



10.1.1: FA. 1 – ÁREA DE ATIVIDADE

IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO

Proposta para Regimento do Corpo Clínico

REGIMENTO INTERNO DO CORPO CLÍNICO DO HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE
GOIÁS DR. VALDEMIROCRUZ (HUGO).

CAPÍTULO I

DA FINALIDADE

Artigo 1º - A finalidade do presente regimento é a normatização do relacionamento entre os profissionais médicos e a instituição de saúde Hospital de Urgências de Goiás observadas as Resoluções do Conselho Federal de Medicina n.os 1124/83, 1.342/91, 1.352/92, 1.481/97 e Código de Ética Médica.

CAPÍTULO II DO OBJETIVO

Artigo 2º - O corpo clínico terá como objetivos, entre outros:

- a) Contribuir para o bom desempenho profissional dos médicos;
- b) Assegurar a melhor assistência à clientela da instituição;
- c) Colaborar para o aperfeiçoamento dos médicos e do pessoal técnico da instituição;
- d) Estimular a pesquisa médica;
- e) Cooperar com a administração da instituição visando melhoria da assistência prestada;
- f) Estabelecer rotinas para a melhoria da qualidade dos serviços prestados.

CAPÍTULO III

DA CONSTITUIÇÃO DO CORPO CLÍNICO

Artigo 3º - O alvo de toda atenção do médico é o doente, em cujo benefício deve ele agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional, uma vez que a figura do paciente se constitui em origem de toda atividade médica e hospitalar.

Parágrafo Único - Será sempre preservada a autonomia profissional de cada médico, assim como os preceitos de moral ética conceituados no Código de Ética Médica, em especial os referentes às relações de médico para médico.

Artigo 4º - O corpo clínico é composto por médicos que nele trabalham habitualmente e que foram aprovados em Assembleia Geral, previamente referendados pela direção da instituição.

Artigo 5º - O corpo clínico será constituído pelos seguintes grupos de profissionais:

- a) Efetivos cedidos
- b) Contratados
- c) Residentes
- d) Serviços Médicos Terceirizados

Artigo 6º - São médicos efetivos aqueles que possuam funções definidas em qualquer dos serviços médicos da instituição, admitidos por meio de concurso público realizado pela Secretaria de Estado da Saúde de Goiás – SES/GO, e cedidos para o HMTJ.

Artigo 7º - São médicos contratados os profissionais admitidos pelo HMTJ, de acordo com a legislação trabalhista em vigor e as normas previstas neste Regimento Interno.

Artigo 8º - São médicos residentes os profissionais vinculados à programação de ensino e treinamento mantida pelo hospital em convênio com faculdades de medicina brasileiras.

CAPÍTULO IV DA ADMISSÃO AO CORPO CLÍNICO

Artigo 9º - Os (As) pretendentes a ingressarem no corpo clínico do HUGO deverão encaminhar os documentos abaixo elencados para posterior análise e aprovação das diretorias da unidade e das coordenações do HMTJ, afim de se observar a possibilidade e necessidade da admissão pleiteada:

- a) "curriculum vitae";
- b) cópia do diploma de médico registrado nos órgãos competentes;
- c) cópias de certificados de cursos (se os tiver);
- d) cópia do título de residência médica reconhecida pelo Ministério da Educação - MEC, na especialidade pretendida pelo candidato;
- e) cópia do certificado de registro da especialidade médica junto ao CREMEGO;
- f) cópias das folhas 2, 3 e 5 de sua carteira do CREMEGO;
- g) cópia da certidão de nada consta em relação a condenações éticas junto ao CREMEGO;
- h) cópia da certidão de quitação de débitos junto ao CREMEGO;

i) uma fotografia 3x4 recente;

Artigo 10º - A diretoria clínica manterá arquivo de todos os documentos em pasta individual para cada médico.

CAPÍTULO V DOS ÓRGÃOS DE DIREÇÃO

Artigo 12º - O corpo clínico da instituição possui os seguintes órgãos de direção:

- a) Assembleia Geral;
- b) Diretoria Clínica;
- c) Diretoria Técnica;
- d) Comissão de Ética Médica;
- e) Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- f) Comissão de Revisão de Prontuários Médicos;
- g) Coordenações do HMTJ.

TÍTULO I DA ASSEMBLÉIA GERAL

Artigo 13º - A Assembleia Geral é integrada por todos os médicos do corpo clínico.

Artigo 14º - A Assembleia Geral será presidida pelo diretor clínico ou seu substituto legal, seguindo-se ordem prevista. Na ausência desta possibilidade, por um dos membros presentes indicado pela maioria simples do quórum.

Parágrafo Único - O Presidente da Assembleia Geral solicitará a um dos membros presentes que exerça as funções de Secretário.

Artigo 15º - A Assembleia Geral reunir-se-á ordinariamente a cada 12 (doze) meses, e extraordinariamente quando requerida oficialmente por 1/3 dos membros do corpo clínico, com antecedência mínima de 24 (vinte e quatro) horas.

§ 1º. - As Assembleias Gerais Ordinárias e Extraordinárias serão realizadas em primeira chamada com 2/3 dos componentes do corpo clínico, e com qualquer número em segunda chamada, 01 (uma) hora depois.

§ 2º. - As resoluções da Assembleia Geral de corpo clínico serão tomadas por maioria simples de votos, exceto para a exclusão de membros, quando serão exigidos 2/3 dos votos.

§ 3º. - As votações poderão ser secretas e não serão permitidos votos por

procuração.

Artigo 16º - Compete à Assembleia Geral:

- a) Fixar a orientação geral superior para exercício da Medicina na instituição, observadas as disposições legais vigentes;
- b) eleger o diretor e o vice-diretor clínico por votação direta e secreta;
- c) eleger os membros da Comissão de Ética Médica por votação secreta;
- d) dirimir dúvidas suscitadas por orientação dada pela diretoria clínica, ou conflitos de atribuições desses órgãos, uns em relação aos outros;
- e) comunicar às autoridades do estabelecimento, por meio do diretor clínico, a orientação superior aprovada para solução dos problemas éticos ou técnicos;
- f) pela maioria de 2/3 da totalidade dos membros, propor à direção da unidade, a exclusão do hospital de qualquer médico pertencente ao corpo clínico;
- g) pela maioria absoluta dos membros, destituir a diretoria clínica em reunião especialmente convocada para este propósito, havendo motivação plausível e impessoal para tal, tendo esta motivação já sido alvo de apreciação de sindicância interna, além de ter desencadeada punição formal de acordo com cada vínculo que o diretor clínico possa ter com a unidade.

DA DIRETORIA CLÍNICA

Artigo 17º - A diretoria clínica do corpo clínico da instituição é composta de:

- a) Diretor Clínico;
- b) Vice-Diretor Clínico.

§ 1º. - O diretor clínico e vice-diretor clínico serão eleitos por votação direta e secreta em processo eleitoral especialmente convocado para essa finalidade, com antecedência de pelo menos 10 (dez) dias, por maioria simples de votos.

§ 2º. - O mandato da diretoria e vice-diretoria clínica será de 02 (dois) anos, podendo ocorrer reeleições.

Artigo 18º - O membro eleito para a vaga do diretor destituído ou demissionário exercerá o mandato pelo tempo que faltar ao substituído.

Artigo 19º - Compete ao diretor clínico:

- a) propor a admissão de novos componentes do corpo clínico;

- b) propor coordenadores para os serviços médicos;
- c) reger e coordenar todas as atividades médicas da instituição, em colaboração com a Comissão de Ética Médica.
- d) representar o corpo clínico junto à direção da instituição;
- e) desenvolver o espírito da crítica científica e estimular o estudo e a pesquisa;
- f) permanecer na instituição em período além do exercício de sua atividade profissional, fixando horário de seu expediente;
- g) tomar conhecimento, para as providências necessárias, de todas as solicitações do corpo clínico previstas neste regimento interno;
- h) prestar contas de seus atos ao corpo clínico nas Assembleias Gerais;
- i) executar e fazer executar a orientação dada pela Assembleia do corpo clínico em matéria de Medicina ou quanto aos assuntos médicos;
- j) esclarecer as partes interessadas, em eventual conflito de posição entre o corpo clínico e a direção, visando harmonizá-las em face dos postulados éticos;
- k) empenhar-se para que os integrantes do corpo clínico observem os princípios do Código de Ética Médica, as disposições legais em vigor, a ordem interna da instituição e as resoluções baixadas pelos órgãos e autoridades competentes em matéria de procedimento ético ou recomendações técnicas no exercício da Medicina;
- l) pleitear junto à direção providências e meios adequados à efetuação das medidas aprovadas pela Assembleia Geral do corpo clínico, que visem à boa qualidade e eficácia da Medicina praticada na instituição;
- m) encaminhar à Comissão de Ética Médica consulta relativa a quaisquer assuntos de natureza ética, visando o bom exercício da Medicina na instituição;
- n) apresentar à direção relatório anual das atividades médicas;
- o) cooperar com a direção da instituição;
- p) presidir as Assembleias Gerais do corpo clínico;
- q) transmitir o seu cargo ao vice-diretor, em caso de férias, licenças e impedimentos eventuais;
- r) dar orientação científica, fazendo com que sejam cumpridas as normas de bom atendimento, dentro dos princípios da ética médica;
- s) zelar pelos livros de atas e do arquivo do corpo clínico;
- t) convocar, em tempo hábil e por edital colocado no quadro de avisos da diretoria clínica, as Assembleias Gerais Ordinárias e Extraordinárias previstas neste regimento interno;

u) zelar pelo fiel cumprimento do regimento interno do corpo clínico da instituição; Artigo 20º - Compete ao vice-diretor clínico, auxiliar o diretor clínico e substituí-lo na sua ausência e/ou impedimentos; Artigo 21º - Compete ao secretário indicado pelo presidente nas Assembleias Gerais, lavrar as atas na qualidade de "ad hoc".

TÍTULO III

DA DIRETORIA TÉCNICA

Artigo 22º - O cargo de diretor técnico deverá ser ocupado por membro do corpo clínico e, por ser uma função de confiança, será preenchido após nomeação emanada pelo HMTJ, as quais poderão proceder sua substituição a qualquer tempo.

Artigo 23º - Compete ao Diretor Técnico:

- a) cientificar a direção da instituição das irregularidades que se relacionem com a boa ordem, asseio e disciplina hospitalares;
- b) executar e fazer executar a orientação dada pela instituição em matéria administrativa;
- c) representar a instituição em suas relações com as autoridades sanitárias e outras, quando exigirem as leis em vigor;
- d) zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor;
- e) assegurar condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática médica, visando o melhor desempenho do corpo clínico e dos demais profissionais de saúde em benefício da população usuária da instituição;
- f) assegurar o pleno e autônomo funcionamento da Comissão de Ética Médica.

TÍTULO IV

DA COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

Artigo 24º - A Comissão de Ética Médica – CEM é composta de membros efetivos e membros suplentes, os quais serão eleitos por votação direta e secreta pelos membros efetivos do corpo clínico. 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.

Os candidatos à CEM se inscreverão individualmente, junto ao diretor clínico do estabelecimento, com a antecedência mínima de 15 (quinze) dias da data da eleição,

sendo os nomes dos mesmos divulgados por ordem alfabética durante o período de uma semana.

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 de Goiás.

§ 1º. - A quantidade de membros efetivos e suplentes da Comissão de Ética Médica será definida em conformidade com o artigo 3º do Anexo da Resolução CFM nº 2.152/2016, ou por outras que porventura venham a revogá-la ou aditá-la.

§ 2º. - Após a eleição dos membros da Comissão de Ética Médica, o resultado será lavrado em ata que será encaminhada ao CREMEGO para homologação. Homologados os resultados, os membros eleitos serão empossados pelo Conselho Regional de Medicina de Goiás.

Artigo 25º - O mandato das Comissões de Ética será de 02 (dois) anos, podendo ocorrer reeleições.

Artigo 26º - A competência e procedimentos da Comissão de Ética Médica obedecerão ao disposto na Resolução CFM nº 2.152/2016, ou por outras que porventura venham a revogá-la ou aditá-la.

TÍTULO V

DA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

Artigo 27º - A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar será composta por profissionais da saúde atuantes na unidade e nomeada pelas coordenações do do HMTJ, com mandato de 02 (dois) anos, coincidindo com o da Comissão de Ética Médica.

Artigo 28º - A competência e procedimentos da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar obedecerão às normas contidas na Portaria do Ministério da Saúde nº. 2.616, de 12 de maio de 1998, ou por outras que porventura venham a revogá-la ou aditá-la.

TÍTULO VII

DA COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS

Artigo 29º - A Comissão de Revisão de Prontuários Médicos será composta, no mínimo, por 03 (três) profissionais médicos saídos do corpo clínico e nomeada pelas

coordenações do HMTJ, com mandato de 02 (dois) anos, coincidindo com o da Comissão de Ética Médica.

Artigo 30º - A competência e procedimentos da Comissão de Revisão de Prontuários Médicos obedecerão às normas contidas na Resolução CFM nº. 1.638/02, ou por outras que porventura venham a revogá-la ou aditá-la.

CAPÍTULO VI

DOS SERVIÇOS ASSISTENCIAIS

Artigo 31º - A instituição manterá os serviços médicos necessários ao preenchimento de suas finalidades, tanto em regime de internação quanto em regime ambulatorial.

Artigo 32º - O serviço médico será constituído dos seguintes setores:

- a) Clínica Médica;
- b) Clínica Cirúrgica;
- c) Centro Cirúrgico;
- d) Clínica Neurológica;
- e) Centro de Terapia Intensiva – CTI;
- f) Pronto atendimento;
- g) Apoio ao Diagnóstico;

Artigo 33º - O setor de clínica médica será constituído pelas seguintes especialidades: Geral, Cardiologia, Neurologia, Geriatria e Vascular e o setor de Clínica Cirúrgica Bucomaxilofacial, Cirurgia Geral, Cirurgia Vascular, Neurocirurgia, Ortopedia/Traumatologia, Cirurgia Torácica, Otorrinolaringologia.

Artigo 35º - O setor de apoio a diagnóstico e serviços complementares serão constituídos pelos seguintes serviços: Radiologia e Imaginologia,

Artigo 36º - Em qualquer dos setores poderão ser criados outros serviços ou desdobrados os já existentes, quando for julgado conveniente às necessidades da instituição e ao aperfeiçoamento técnico.

Artigo 37º - Cada serviço será dirigido por um coordenador:

§ 1º. - Em cada serviço trabalharão tantos assistentes quantos forem julgados possíveis pela direção da instituição;

§ 2º. - Em casos de dúvidas, será consultada a diretoria clínica para dar parecer.

Artigo 38º - A diretoria clínica designará os coordenadores de serviços dentre os componentes do corpo clínico, em comum acordo com as demais diretorias da instituição, cabendo às coordenações do HMTJ a validação final.

Artigo 39º - Aos coordenadores de serviços compete:

- a) auxiliar a diretoria clínica na fiscalização do bom andamento da atividade da instituição;
- b) supervisionar e orientar os médicos do seu serviço;
- c) organizar o serviço a seu cargo de tal maneira que os pacientes recebam assistência eficiente e imediata;
- d) comparecer diariamente na instituição e controlar a frequência de seus auxiliares médicos, quando for o caso;
- e) orientar o trabalho dos médicos, tendo, sobretudo em vista a qualidade de assistência prestada e a dedicação às finalidades dos serviços e da instituição;
- f) elaborar ou determinar a elaboração de prontuário médico de cada paciente de acordo com as normas aprovadas pela diretoria clínica, direção técnica e Comissão de Revisão de Prontuários Médicos;
- g) comunicar ao diretor clínico as falhas ocorridas, a fim de ser mantida a boa ordem no serviço;
- h) cumprir e fazer cumprir os regulamentos da instituição e do corpo clínico, assim como as "Ordens", "Instruções", "Políticas", "Protocolos", "Procedimentos Operacionais Padrões" e "Recomendações" emitidas pela diretoria clínica, diretorias da instituição ou pelas coordenações do HMTJ;
- i) participar de campanhas assistenciais e de prevenção instituídas pela direção da instituição;
- j) manter bom relacionamento ético entre os médicos e os funcionários dos demais serviços;

Artigo 40º - São direitos dos médicos da instituição:

- a) A autonomia profissional;
- b) o acesso à instituição e suas seções e serviços;
- c) a participação nas assembleias e reuniões;

- d) o direito de votar, e conforme o caso, ser votado;
- e) compete aos membros do corpo clínico a decisão sobre a prestação de serviço médico à instituição, respeitando-se os preceitos do Código de Ética Médica, as normativas legais previstas para uma unidade pública vinculada ao Sistema Único de Saúde – SUS, bem como seguindo os regramentos contratuais e metas produtivas apontadas pela Secretaria de Estado da Saúde – SES/GO, por meio de contratos de gestão;
- f) a comunicação de falhas observadas na assistência prestada pela instituição e reivindicar melhorias que resultem em aprimoramento da assistência aos pacientes;
- g) o recurso ao Conselho Regional de Medicina da jurisdição em que se encontra registrada a instituição, quando julgar prejudicados por decisões de qualquer natureza.

Artigo 41º - São deveres dos médicos da Instituição:

- a) A obediência ao Código de Ética Médica, ao Estatuto, ao Regimento Interno e demais normas editadas pela instituição;
- b) a assistência aos pacientes sob seu cuidado com respeito, consideração, e dentro da melhor técnica, em seu benefício;
- c) a colaboração com seus colegas na assistência aos seus pacientes, quando solicitado;
- d) a participação de atos médicos em sua especialidade ou auxiliar colegas, quando necessário. Para a prática em outra área diferente da que foi admitido, deve o médico interessado cumprir as formalidades previstas para o ingresso no corpo clínico;
- e) o cumprimento às normas técnicas e administrativas da instituição;
- f) a elaboração de prontuário dos pacientes com registros indispensáveis à elucidação do caso em qualquer momento, com letra legível ou correto preenchimento do prontuário eletrônico;
- g) a colaboração e a participação nas comissões específicas da instituição;
- h) cumprir os regulamentos da Instituição e do corpo clínico, assim como as “Ordens”, “Instruções”, “Políticas”, “Protocolos”, “Procedimentos Operacionais Padrões” e “Recomendações” emitidas pela diretoria clínica, diretorias da instituição ou pelas coordenações do HMTJ; .
- i) participar de campanhas assistenciais e de prevenção instituídas pela direção da instituição;

j) aplicar os termos e formulários instituídos pela unidade em conformidade com as Políticas Institucionais;

k) a restrição de sua prática às áreas para as quais foi admitido, exceto em situações de emergência.

CAPÍTULO VII DAS REUNIÕES DO CORPO CLÍNICO

Artigo 42º - O corpo clínico poderá reunir-se periodicamente a cada 06 (seis) meses sob a presidência do diretor clínico para tratar de assuntos relacionados com atividades médicas, melhoria de assistência aos pacientes e de renome da instituição, além de outros assuntos especificados neste Regimento Interno.

Parágrafo Único - Na ausência do diretor clínico ou de seu substituto legal, a reunião será presidida pelo coordenador de serviço mais antigo presente.

Artigo 43º - As reuniões serão secretariadas por um secretário "ad hoc" nomeado entre os membros do corpo clínico, escolhido pelo diretor clínico ou seu substituto;

Parágrafo Único - As resoluções aprovadas e os assuntos discutidos serão registrados em livro apropriado da diretoria clínica.

Artigo 44º - As reuniões semestrais do corpo clínico que vierem a ocorrer obedecerão às seguintes normas:

a) verificação de presença;

b) leitura e aprovação da ata da sessão anterior;

c) expediente;

d) continuação ou conclusão dos assuntos em discussão aberta;

e) relatos de comissões do corpo clínico;

f) revisão dos prontuários dos pacientes internados na instituição tendo em vista, sobretudo, o diagnóstico, o tratamento e o tempo de permanência, estudo das altas ocorridas no mês anterior; avaliar os óbitos, observar as complicações e falhas diagnósticas, entre outros;

g) assuntos de interesse geral que visem o aperfeiçoamento do trabalho médico na instituição;

- h) comunicações e propostas de qualquer membro do corpo clínico;
- i) encerramento.

CAPÍTULO VIII DAS PENALIDADES

Artigo 45º - As transgressões a este Regimento Interno cometidos por médicos, sujeitam os infratores as seguintes penalidades:

- a) advertência verbal pelo diretor clínico;
- b) censura sigilosa por escrito;
- c) censura pública;
- d) afastamento temporário das atividades profissionais no corpo clínico;
- e) exclusão do corpo clínico.

Parágrafo Único - Salvo os casos de extrema gravidade que exijam aplicação imediata de penalidade mais rigorosa, a imposição das penalidades obedecerá à gradação acima prevista.

Artigo 46º - Nenhuma penalidade será imposta sem sindicância, assegurando-se ao acusado, o mais amplo direito de defesa.

Parágrafo Único - A aplicação da penalidade constante da letra "e" do artigo 45 somente se aplicará se aprovada pela maioria de 2/3 dos membros do corpo clínico reunidos em Assembleia Geral Extraordinária, conforme o artigo 16, alínea "g". Esta decisão deverá ser comunicada ao CREMEGO e à direção da instituição.

CAPÍTULO IX

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

Artigo 47º - O presente Regimento Interno revoga os anteriores e começa a vigorar após sua aprovação pela Assembleia Geral Extraordinária da instituição e consequente registro no CREMEGO. Artigo 48º - Os casos omissos serão resolvidos pela Assembleia Geral do corpo clínico



10.1.1: FA. 1 – ÁREA DE ATIVIDADE

IMPLANTAÇÃO DE PROCESSOS

Proposta de Manual de Protocolos Assistenciais

Apresentar Instrução/Manual para atuação em protocolos Assistenciais

Apesar do grande crescimento na produção de pesquisas na área de saúde nas últimas décadas, a disparidade entre as evidências científicas e a prática Assistencial continua sendo um desafio para os profissionais de saúde.

Com o avanço tecnológico na área da saúde, são inúmeras as opções diagnósticas e terapêuticas disponíveis para o manejo de uma doença. Entretanto, estudos demonstraram que essa variabilidade não necessariamente está relacionada com melhores desfechos clínicos e pode ser responsável por um aumento de até 30% no custo na área da saúde.

Inicialmente, acreditava-se que os profissionais de saúde seriam facilmente persuadidos a aderir à melhor prática médica apenas pelo fomento contínuo das evidências científicas. Entretanto, a disseminação do conhecimento tem sido descrita como fator importante, mas insuficiente para modificar o comportamento clínico habitual.

Medidas de controle de qualidade total têm sido implementadas para atuar especificamente na redução da variabilidade da prática médica, com destaque para os protocolos ou diretrizes práticas (practice guidelines, clinical guidelines), recomendações de especialistas e grupos de classe 2 e, mais recentemente, rotinas críticas (critical pathways).

Estes programas são implantados com o objetivo de melhorar os desfechos clínicos e permitir que mais pacientes beneficiem-se do conhecimento científico sobre as melhores práticas disponíveis.

Os protocolos assistenciais dizem respeito à descrição minuciosa de linhas de cuidado específicas, integrando na sua estrutura as normas, rotinas e procedimentos relativos ao problema/condição de saúde determinada. São um conjunto de dados que permitem direcionar o trabalho e registrar oficialmente os cuidados executados na resolução ou prevenção de um problema.

Protocolos são considerados importantes instrumentos para o enfrentamento de diversos problemas na assistência e na gestão dos serviços pois descrevem uma situação específica de assistência/cuidado, com detalhes operacionais e especificações sobre o que fazer, quem fazer e como fazer. Conduz os profissionais nas decisões de assistência para a prevenção, recuperação ou reabilitação da saúde. Pode prever ações de avaliação/diagnóstica ou de cuidado/tratamento, como o uso de intervenções educacionais, de tratamentos com meios físicos, de intervenções emocionais, sociais e farmacológicas, independentes de enfermagem ou compartilhadas com outros profissionais. Um protocolo contém vários procedimentos.

Na maioria das vezes, os protocolos são multiprofissionais e interdisciplinares, pois visam ao atendimento integral do ser cuidado. Orientados por diretrizes de natureza técnica, organizacional e política, têm como fundamentação, estudos validados pelos pressupostos das evidências científicas. Têm como foco a padronização de condutas clínicas e cirúrgicas em ambientes ambulatoriais e hospitalares. Os protocolos são divididos em: protocolos assistenciais protocolos de atenção, protocolos de cuidado, protocolos de acompanhamento e avaliação, protocolos de organização da atenção, entre outros.

Protocolos Assistenciais (PA) são consideradas formas estruturadas de suporte do manejo clínico que incluem a definição de objetivos terapêuticos e uma sequência temporal de cuidados e estratégias diagnósticas e terapêuticas definidas. A adoção de protocolos também proporciona uma situação adequada para coletar dados no manejo - de forma que a equipe perceba quantos, quando e por que os pacientes não seguem um curso esperado durante suas internações - e diminui a sobrecarga na documentação médica e de enfermagem.

Os protocolos assistenciais são desenvolvidos com base, sempre que possível, nas evidências científicas da literatura e na experiência do corpo clínico adaptadas aos recursos locais disponíveis. Estas recomendações buscam fornecer um fluxograma padronizado (em formato de algoritmo ou matriz temporal) para o manejo do paciente com determinada condição clínica e são elaborados por uma equipe multidisciplinar.

Produzir novos conhecimentos não é suficiente para promover mudança na prática clínica, maior ênfase deve ser dada à aproximação entre o conhecimento oriundo de pesquisas, a atualização dos profissionais, a construção de Protocolos e o uso destes na prática diária. A demora na incorporação de novos conhecimentos representa risco adicional de dano aos pacientes, piores resultados em saúde e desperdício dos escassos recursos que o Sistema de Saúde dispõe.

Processo de Implantação de Protocolos:

A Implementação de protocolos resultam em modificações do processo assistencial, incluindo a redefinição de rotinas laboratoriais relacionadas à coleta de exames, padronização de uso de medicações especiais e até mesmo, reformas de áreas físicas afim de facilitar o fluxos definidos pelos protocolos.

Após a conclusão de vários protocolos assistenciais, ficou evidente para o HMTJ a necessidade de integrá-los ao sistema informatizado da qualidade, SIGQUALI.

Essa iniciativa visou utilizar a informatização dos protocolos como uma ferramenta para estimular o uso dos mesmos, sendo facilitado o acesso do corpo clínico aos documentos pdf (Adobe Acrobat), que contemplavam a estrutura e conteúdo dos PA.

As etapas para a construção e implementação de um Protocolo Assistencial Baseado em Evidência sumariamente compreendem:

- identificar e estruturar a dúvida sobre o cuidado;
- buscar respostas nas fontes de informação;
- identificar e sintetizar a melhor evidência disponível;
- construir Protocolo Assistencial;
- implementar a evidência e
- avaliar os resultados.

A interface entre corpo clínico e sistema deve ser amigável e fácil de utilização, permitindo assim uma visão consolidada dos itens do protocolo com as prescrições vigentes do paciente e exames, realização de um processo de auditoria de uso para gerar informações de apoio, comparando as condutas previstas nos protocolos assistenciais e as realmente utilizadas no cotidiano da assistência.

Assim, o HMTJ irá criar no HUGO a cultura de que as evidências científicas devam ser usadas rotineiramente na tomada de decisão clínica é prioridade.

A estratégia a ser utilizada para a concretização da PBE na prática clínica dentro da unidade será a construção de Protocolos Assistenciais que devem ser construídos de acordo com os princípios da PBE, e favorecem a adoção das melhores práticas assistenciais.

Deverão prever ações de avaliação/diagnóstica ou de cuidado/tratamento, como o uso de intervenções educacionais, de tratamentos com meios físicos, de intervenções emocionais, sociais e farmacológicas, que a enfermagem desempenha de maneira independente ou compartilhadas com outros profissionais da equipe de saúde.

O uso destes Protocolos tende a aprimorar a assistência, favorecer o uso de práticas cientificamente sustentadas, minimizar a variabilidade das informações e condutas entre os membros da equipe de saúde e estabelecer limites de ação e cooperação entre os diversos profissionais.

A Prática Baseada em Evidência e os Protocolos Assistenciais Baseados em Evidência visam, centralmente, à melhoria da qualidade da assistência.

Estas ferramentas nos permitirão medir sistematicamente onde estamos, definir onde queremos chegar, estabelecer estratégias e medir o efeito das ações que fizemos para alcançar a melhoria. Indicadores de resultado representam o quanto as metas foram alcançadas em função das ações implementadas.

O processo de implementação de Protocolos Assistenciais requer clareza sobre qual problema/diagnóstico de enfermagem se quer atuar, de que modo se vai atuar (ações padronizadas por meio de Protocolo), que resultado se quer alcançar (metas) e como se vai medir o alcance ou não do resultado desejado (indicador).

Medir resultados é a melhor estratégia para o aperfeiçoamento de qualquer Protocolo Assistencial, podendo levar ao abandono, aprimoramento ou revisão/atualização.

Pode-se medir diversos aspectos de cursos de ações: eficiência (o objetivo foi alcançado com a menor quantidade de recursos), eficácia (foi feito o que foi proposto), qualidade (foi feito tão bem quanto deveria), inovação (a ação foi inovadora, houve uso bem sucedido de novas ideias/processos), lucratividade (o processo foi lucrativo, houve lucro líquido comparado à receita total) e produtividade (foi vantajosa a relação entre a quantidade ou valor produzido e a quantidade ou valor dos insumos utilizados para a produção).

Há três tipos de indicadores de qualidade: estrutura, processo e resultado.

- Indicadores de estrutura referem-se a equipamentos, materiais e planta física;
- Indicadores de processo envolvem o que se faz, quem faz e como se faz;
- Indicadores de resultado estão relacionados ao alcance ou não da meta e da qualidade desejada.
- Indicadores de resultados são os mais importantes para medir o efeito de um Protocolo.

Protocolos Assistenciais construídos com base nas melhores evidências disponíveis, aplicados em realidades diferentes, produzem resultados distintos e isso reforça a necessidade de se medir os resultados alcançados.

A mensuração de indicadores faz parte de processos de auditoria e melhoria contínua, ou seja, parâmetros serão mensurados para determinar se a implementação de um Protocolo produziu os resultados esperados para a assistência. É a chamada auditoria clínica, que exige critérios pré-estabelecidos, critérios de revisão e indicadores.

A auditoria clínica deve ser realizada em ciclos contínuos, como forma de monitoramento dos resultados relacionados à implementação de um determinado Protocolo clínico. Os resultados da auditoria fornecerão dados para manutenção ou ajustes do Protocolo e darão sustentabilidade aos resultados.

Os indicadores a serem auditados serão definidos durante a construção do Protocolo e devem ser capazes de captar mudanças dos resultados decorrentes das ações propostas no Protocolo clínico.

As principais características de um indicador são: ter fácil entendimento, ser econômico, disponível e testado na clínica. Essas características são fundamentais para o aperfeiçoamento contínuo da qualidade.

Indicador de fácil entendimento é aquele sobre o qual qualquer pessoa é capaz de tirar conclusões; ser econômico significa não ser muito trabalhoso ou caro para obter e calcular; indicador disponível refere-se a que todas as pessoas envolvidas devem ter acesso a ele de modo rápido, fácil e atualizado; e, testado na clínica, é a qualidade de ser útil na prática.

Programas, órgãos e instituições nacionais e internacionais tentam estabelecer parâmetros mínimos ou ideais de indicadores padronizados e maneiras de auditar que possam ser utilizadas para avaliar a qualidade da assistência e do gerenciamento de instituições de saúde.

O Núcleo de Apoio à Gestão Hospitalar (NAGEH), subgrupo do Programa de Controle de Qualidade Hospitalar, que desenvolve atividades voltadas para a melhoria da gestão hospitalar propõe a revisão dos indicadores já utilizados e a inclusão de outros indicadores passíveis de uso (CQH, 2012).

Além disso, diversos órgãos internacionais de acreditação hospitalar desenvolveram diferentes metodologias para avaliação da estrutura, dos processos e da qualidade da assistência nas instituições de saúde. Quando são criados Protocolos para os quais não há indicadores de resultados bem estabelecidos ou quando estes indicadores não se adequam ao que a instituição deseja, novos devem ser propostos.

A avaliação do impacto de Protocolos Assistenciais exigirá auditoria pré implementação, que fornecerá o diagnóstico situacional a partir do qual as metas serão estabelecidas; e auditoria pós-Protocolo, para medir o quanto das metas foi alcançado.

O alcance das metas pode ser em etapas, por exemplo, propondo-se melhorar dos resultados a cada seis meses, ou de forma única, isto é, almejando-se o alcance do melhor resultado possível de uma só vez.

A adequada avaliação do impacto da implementação de um Protocolo precisa garantir que os sujeitos a serem avaliados de fato representem o conjunto das pessoas. Quando não é possível avaliar os indicadores em todos os sujeitos que receberam o Protocolo, pode-se obter uma amostra que represente o todo. O melhor modo de se obter uma boa amostra é por sorteio. Indicadores já existentes na instituição podem ser incorporados ao Protocolo.

Por fim, é necessário estabelecer uma meta em relação ao tempo em que os resultados deverão ser alcançados e trabalhar com cronogramas estruturados. Eles

deverão prever o tempo de construção do Protocolo, a auditoria clínica pré implementação, o tempo para treinamento da equipe (quando necessário), o tempo ou período durante o qual o Protocolo será implementado e a periodicidade da auditoria clínica pós-implementação.

Os resultados obtidos a partir dos indicadores fornecem informações sobre a necessidade de revisão do Protocolo, de reforço dos treinamentos, da necessidade de implementação de medidas complementares para o alcance das metas ou da pertinência de se interromper um Protocolo e propor outro.

A nosso ver, entre os conceitos apresentados, o cuidado, pelo sentido humanizador e ético que guarda, pelo emprego de saberes e tecnologias, pela abrangência no processo de organização das ações e serviços e por ser percebido como essência da natureza humana e tudo que a cerca, justifica as bases que nos levaram, neste documento, à opção pelo termo que o intitula: protocolos de cuidado à saúde.

Desta forma, é importante a compreensão de que nas unidades geridas por esta OSS, tanto os protocolos de natureza clínica quanto os de organização dos serviços deverão ser assumidos como protocolos de cuidado à saúde. E as atividades previstas a serem realizadas pelas Coordenações e suas equipes nas unidades de saúde em que trabalham, deverão ser guiadas pela preocupação e pelo compromisso em produzir atos de saúde afinados com os princípios que constituem e dão significado ao conceito de cuidado aqui apresentado.

Além da observância da legislação profissional e da prática, determina-se a execução de técnicas corretas e seguras, centradas no atendimento das necessidades dos pacientes, ou seja, exige-se do profissional o manejo de equipamentos e aparelhos com eficiência, destreza na aplicabilidade da tecnologia do cuidado e envolve, também, os saberes e habilidades, a escuta, o acolhimento e o estabelecimento de vínculos humanizados. Neste sentido, é preciso sistematizar técnicas e procedimentos embasados em evidências científicas tencionando o aprimoramento da metodologia do cuidado e segurança do paciente, da vida humana.

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE E FORÇA DE RECOMENDAÇÃO DA EVIDÊNCIA: GRADING OF RECOMMENDATIONS, ASSESSMENT, DEVELOPMENT AND EVALUATION (GRADE)

O GRADE é um método para avaliar a qualidade das evidências científicas e graduar a força de recomendação para o uso ou não de determinada ação em saúde, entendendo-se por ação tratamentos, cuidados, exames, entre outros.

Visa orientar a escolha dos profissionais para que somente as melhores ações/cuidados/intervenções, aqueles para as quais há suporte científico adequado, sejam implementados, evitando-se danos e riscos aos pacientes/clientes, uso de intervenções sem efetividade e desperdício de dinheiro e de recursos humanos e materiais.

Tem sido adotado por organizações envolvidas na elaboração de diretrizes e recomendações de práticas em saúde, como, por exemplo, o Centers for Disease Control and Prevention (CDC), a OMS, o Ministério da Saúde, o Núcleo de Evidências do Instituto de Saúde da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, o UpToDate2 (recurso de suporte a decisões médicas baseadas em evidências) e o Joanna Briggs Institute 3,4 (recurso para promover a utilização de evidência por meio da identificação de práticas factíveis, adequadas, significativas e efetivas para melhorar os resultados em saúde), entre outras.

O GRADE foi criado para uniformizar a avaliação da qualidade da evidência científica (nível de confiabilidade) e o grau de recomendação de um tratamento/intervenção/cuidado. A evidência é qualificada em quatro níveis: Alto, Moderado, Baixo e Muito Baixo e a força da recomendação pode ser Forte ou Condicional/Fraca, a Favor ou Contra uma intervenção.

O mesmo processo de avaliação é realizado para cada evento (desfecho) que uma intervenção pode produzir.

A classificação GRADE pode ser observada em documentos sobre avaliações de tecnologias de saúde, guias ou Protocolos clínicos feitos por especialistas. Exemplo de uma recomendação da OMS publicado no documento 2 UpToDate: <http://www.uptodate.com/pt/home> 3 Joanna Briggs Institute – Centro Brasileiro: <http://www.ee.usp.br/site/index.php/paginas/mostrar/1376> 4 Joanna Briggs Institute: <http://joannabriggs.org/> 14 “Recomendações da OMS para o cuidado pós-natal da mãe e do recém-nascido” (WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn”) (WHO, 2013).

Avaliando a qualidade da evidência A OMS preconiza que “Todos os bebês devem ser amamentados exclusivamente desde o nascimento até os seis meses de vida. As mães devem receber aconselhamento e apoio para o aleitamento materno exclusivo em cada contato pós-natal.” A partir da dúvida “Qual o impacto do aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida sobre os eventos (desfechos):

1-mortalidade neonatal, 2-mortalidade por infecções, 3-morbidade por sepse ou outras infecções, 4-morbidade por infecção respiratória aguda e 5-morbidade por diarreia”, especialistas analisaram a literatura e selecionaram cinco estudos que responderam a pergunta. Destes, dois estudos avaliaram o desfecho 1, três avaliaram o desfecho 2, dois avaliaram o desfecho 3, quatro avaliaram o desfecho 4 e três avaliaram o desfecho 5 (WHO, 2013).

O primeiro fator considerado para determinar a qualidade da evidência foi o tipo de estudo. Os resultados provenientes de ensaios clínicos randomizados (estudos que testam uma intervenção) foram considerados, inicialmente, com Alto nível de evidência, enquanto que os provenientes de estudos observacionais (estudos que não testaram uma intervenção) foram considerados com Baixo nível de evidência (Pimenta et al., 2015).

A partir dessa classificação inicial, procedeu-se à avaliação de outros fatores que podem diminuir ou aumentar o nível de evidência. Fatores que diminuem o nível de evidência são: - limitação metodológica; - inconsistência entre os estudos; - evidência indireta (uso de desfechos substitutos); - imprecisão e - viés de publicação.

Fatores que aumentam a evidência são:

- a magnitude do efeito;
- a presença de gradiente dose-resposta e
- fatores de confusão ou vieses que comprometem o efeito estimado.

Desse processo resultou a classificação de evidência para cada desfecho: 1- mortalidade neonatal, 2-mortalidade por infecções, 3-morbidade por sepse ou outras infecções, 4-morbidade por infecção respiratória aguda e 5-morbidade por diarreia: Evidência de qualidade moderada - neonatos em Aleitamento Materno Exclusivo têm menor risco de mortalidade por todas as causas e mortalidade relacionada à infecção, comparados com os neonatos em Aleitamento Materno Parcial.

Evidência de qualidade baixa - neonatos com Aleitamento Materno Exclusivo têm menor risco de morbidade por sepse, infecção respiratória aguda e diarreia, comparados com neonatos em Aleitamento Materno Parcial. Evidência é insuficiente para comparar mortalidade e morbidade entre neonatos com Aleitamento Materno Exclusivo e Aleitamento Materno Predominante.

Avaliando a força da recomendação Apenas a qualidade da evidência não é suficiente para se determinar a força da recomendação para o uso de uma intervenção, pois devem ser pesados o balanço entre vantagens e desvantagens, riscos e benefícios, valores e preferências da pessoa, viabilidade/equidade/aceitabilidade e custos da intervenção. Da interação desses fatores, resulta a força de recomendação (Forte ou Condicional/Fraca, a Favor ou Contra).

Após a análise da literatura que respondeu a dúvida “Qual o impacto do aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida sobre os desfechos: 1-mortalidade neonatal, 2-mortalidade por infecções, 3-morbidade por sepse ou outras infecções, 4-

morbidade por infecção respiratória aguda e 5-morbidade por diarreia?”, a força de recomendação para cada desfecho foi estabelecida considerando os fatores: 16 Balanço entre vantagens e desvantagens/riscos e benefícios: A evidência indica que há benefícios significativos do Aleitamento Materno Exclusivo comparado ao Aleitamento Materno Parcial na redução de riscos de todas as causas de mortalidade e morbidade resultantes de seps e outras infecções, infecção respiratória aguda e diarreia.

Valores e preferências: Dada a alta mortalidade neonatal em países de baixa e média renda, propositores de políticas de saúde e profissionais de saúde tendem a valorizar os efeitos do Aleitamento Materno Exclusivo na redução do risco de mortalidade e morbidade neonatal. Viabilidade/Equidade/Aceitabilidade: Todos os itens satisfatórios.

Custos: O Aleitamento Materno Exclusivo tem baixo custo, o que aumenta a relação custo-benefício a favor desta prática. Após essas análises, o painel de especialistas da OMS elaborou a seguinte recomendação: “Todos os bebês devem ser amamentados exclusivamente desde o nascimento até os seis meses de vida. As mães devem receber aconselhamento e apoio para o aleitamento materno exclusivo em cada contato pós-natal”.

Trata-se de uma FORTE recomendação, a FAVOR do Aleitamento Materno Exclusivo, baseada em evidência de qualidade MODERADA. Definidas as melhores evidências, o passo seguinte é a construção do Protocolo sobre o cuidado que se quer implementar e testar a efetividade da ação proposta.

O impacto da implementação de um novo Protocolo (cuidado/ intervenção) nos resultados de saúde deve ser medido objetivamente por meio de indicadores, discutidos a seguir

4. INDICADORES DE RESULTADOS E A MEDIDA DO EFEITO DO PROTOCOLO

A Prática Baseada em Evidência e os Protocolos Assistenciais Baseados em Evidência visam, centralmente, à melhoria da qualidade da assistência. Se quisermos melhoria temos que medir sistematicamente onde estamos, definir onde queremos chegar, estabelecer estratégias e medir o efeito das ações que fizemos para alcançar a melhoria. Indicadores de resultado representam o quanto as metas foram alcançadas em função das ações implementadas.

O processo de implementação de Protocolos Assistenciais requer clareza sobre qual problema/diagnóstico de enfermagem se quer atuar, de que modo se vai atuar (ações padronizadas por meio de Protocolo), que resultado se quer alcançar (metas) e como se vai medir o alcance ou não do resultado desejado (indicador).

Medir resultados é a melhor estratégia para o aperfeiçoamento de qualquer Protocolo Assistencial, podendo levar ao abandono, aprimoramento ou revisão/atualização. Pode-se medir diversos aspectos de cursos de ações: eficiência (o objetivo foi alcançado com a menor quantidade de recursos), eficácia (foi feito o que foi proposto), qualidade (foi feito tão bem quanto deveria), inovação (a ação foi inovadora,

houve uso bem sucedido de

novas ideias/processos), lucratividade (o processo foi lucrativo, houve lucro líquido comparado à receita total) e produtividade (foi vantajosa a relação entre a quantidade ou valor produzido e a quantidade ou valor dos insumos utilizados para a produção). Em saúde e em enfermagem busca-se o contínuo aperfeiçoamento da qualidade do cuidado (Zambon, 2008; Houaiss, Villar, 1999).

Há três tipos de indicadores de qualidade: estrutura, processo e resultado.

- Indicadores de estrutura referem-se a equipamentos, materiais e planta física;
- indicadores de processo envolvem o que se faz, quem faz e como se faz;
- indicadores de resultado estão relacionados ao alcance ou não da meta e da qualidade desejada.

Indicadores de resultados são os mais importantes para medir o efeito de um Protocolo (Zambon, 2008).

Protocolos Assistenciais construídos com base nas melhores evidências disponíveis, aplicados em realidades diferentes, podem produzir resultados distintos e isso reforça a necessidade de se medir os resultados alcançados.

O contexto no qual a evidência é aplicada, a experiência dos profissionais, os recursos disponíveis e as preferências dos pacientes/clientes explicam porque essas diferenças ocorrem.

A mensuração de indicadores faz parte de processos de auditoria e melhoria contínua, ou seja, parâmetros serão mensurados para determinar se a implementação de um Protocolo produziu os resultados esperados para a assistência. É a chamada auditoria clínica (Boult, Maddern, 2007), que exige critérios pré-estabelecidos, critérios de revisão e indicadores.

A auditoria clínica deve ser realizada em ciclos contínuos, como forma de monitoramento dos resultados relacionados à implementação de um determinado Protocolo clínico. Os resultados da auditoria fornecerão dados para manutenção ou ajustes do Protocolo e darão sustentabilidade aos resultados.

Os indicadores a serem auditados serão definidos durante a construção do Protocolo e devem ser capazes de captar mudanças dos resultados decorrentes das ações propostas no Protocolo clínico.

As principais características de um indicador são: ter fácil entendimento, ser econômico, disponível e testado na clínica.

Essas características são fundamentais para o aperfeiçoamento contínuo da qualidade.

Indicador de fácil entendimento é aquele sobre o qual qualquer pessoa é capaz de tirar conclusões; ser econômico significa não ser muito trabalhoso ou caro para obter e calcular; indicador disponível refere-se a que todas as pessoas envolvidas devem ter acesso a ele de modo rápido, fácil e atualizado; e, testado na clínica, é a qualidade de ser útil na prática.

O Núcleo de Apoio à Gestão Hospitalar (NAGEH), subgrupo do Programa de Controle de Qualidade Hospitalar, que desenvolve atividades voltadas para a melhoria da gestão hospitalar, propõe a revisão dos indicadores já utilizados e a inclusão de outros indicadores passíveis de uso.

Quando são criados Protocolos para os quais não há indicadores de resultados bem estabelecidos ou quando estes indicadores não se adequam ao que a instituição deseja, novos devem ser propostos. A avaliação do impacto de um Protocolo Assistencial exige auditoria pré-implantação, que fornecerá o diagnóstico situacional a partir do qual as metas serão estabelecidas; e auditoria pós-Protocolo, para medir o quanto das metas foi alcançado.

O alcance das metas pode ser em etapas, por exemplo, propondo-se melhora dos resultados a cada seis meses, ou de forma única, isto é, almejando-se o alcance do melhor resultado possível de uma só vez. Pensemos em um Protocolo de controle de dor no pós-operatório.

O principal objetivo é reduzir o número de doentes com dor de intensidade acima de moderada (≥ 4 , em uma escala de 0 a 10) nas primeiras 48 horas de pós-operatório. Nesse caso, quais seriam os indicadores capazes de medir se esse objetivo foi alcançado com a implementação do Protocolo? Para facilitar o processo de determinação de indicadores, podemos transformar esses objetivos em perguntas.

Pergunta pré-implantação do Protocolo: Qual é prevalência de dor acima de moderada nas primeiras 48 horas de pós-operatório na unidade ou instituição?

Pergunta após a implantação do Protocolo: Qual é prevalência de dor acima de moderada nas primeiras 48 horas de pós-operatório na unidade ou instituição?

Indicadores de processo: % de pacientes com o impresso de avaliação de dor preenchido nas primeiras 48 horas do pós-operatório

Indicador de estrutura: % de pacientes que receberam analgésico opióide de modo regular nas primeiras 48 horas do pós-operatório.

Indicador de resultado: % de pacientes com dor acima de moderada (≥ 4) nas primeiras 48 horas de pós-operatório.

Meta após 2 meses de uso do Protocolo: Redução de 30% na prevalência de doentes com dor acima de moderada nas primeiras 48 horas de pós-operatório.

Meta após 6 meses de uso do Protocolo: Redução de 20% na prevalência de doentes com dor acima de moderada nas primeiras 48 horas de pós-operatório.

Muitos exemplos podem ser citados, já que os Protocolos podem estar relacionados a uma diversidade de situações contempladas pela Assistência e um mesmo Protocolo poderá prever a avaliação de um ou mais indicadores.

Por fim, é necessário estabelecer uma meta em relação ao tempo em que os resultados deverão ser alcançados e trabalhar com cronogramas estruturados. Eles deverão prever o tempo de construção do Protocolo, a auditoria clínica pré-implementação, o tempo para treinamento da equipe (quando necessário), o tempo ou período durante o qual o Protocolo será implementado e a periodicidade da auditoria clínica pós-implementação.

Os resultados obtidos a partir dos indicadores fornecem informações sobre a necessidade de revisão do Protocolo, de reforço dos treinamentos, da necessidade de implementação de medidas complementares para o alcance das metas ou da pertinência de se interromper um Protocolo e propor outro

Uso de linguagens padronizadas para a documentação do Processo

O percurso pelas etapas do PE deve ser documentado, de modo a estabelecer comunicação efetiva entre os membros da equipe, permitir avaliação da qualidade dos cuidados implementados e fornecer dados para questões jurídicas, pesquisas e ensino.

Para atender a essas finalidades, recomenda-se o uso de Sistemas de Linguagem Padronizadas (SLP), conjuntos de conceitos organizados da forma mais lógica possível, sobre diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem. Os SLPs auxiliam o raciocínio clínico, pois esclarecem os conceitos que representam por meio de definições, indicadores clínicos, descrições de ações e medida de magnitude (Carvalho, Cruz, Herdman, 2013; Cofen, 2009).

Sistemas de Linguagem Padronizadas são conhecimentos estruturados que esclarecem os fenômenos de cuidado, propõem estratégias de ação e de medida de alcance dos resultados sobre os quais a enfermagem atua, na clínica e pesquisa.

O uso de SLP favorece a comunicação verbal ou escrita entre os profissionais. SLP representam um grande avanço para o desenvolvimento da profissão, mas estão em processo de validação, isto é, os diagnósticos, intervenções e resultados precisam ser sustentados por evidência científica (Cruz, 2008).

Dentre os SLP de DEs, a classificação de diagnósticos da NANDA International (NANDA-I) organiza conceitos relacionados a "respostas humanas reais ou potenciais a condições de saúde/processos de vida, ou uma vulnerabilidade a essa resposta". Nessa classificação, os DEs são compostos por um título, uma definição, características definidoras (sinais e sintomas, evidências, manifestações), fatores relacionados (possíveis etiologias, fatores contribuintes) ou fatores de risco.

Grupos de DEs com atributos similares são reunidos em classes, as quais encontram-se em domínios, uma área mais ampla dos conhecimentos. O julgamento diagnóstico deve alicerçar-se nas melhores evidências científicas, isto é, ter a Prática Baseada em Evidência como suporte para a identificação acurada (Herdman, Kamitsuru, 2014).

Com base nos princípios da PBE, devem ser identificados os DEs, planejados os resultados a serem alcançados e as intervenções a serem implementadas. As recomendações sobre as melhores práticas (melhor evidência científica disponível) devem estar incluídas nos Protocolos Assistenciais, uma vez que influenciam diretamente no alcance das metas estabelecidas e justifiquem os recursos humanos, materiais e financeiros envolvidos no cuidado.

IMPLEMENTAÇÃO DE PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS: A OPERACIONALIZAÇÃO DA PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIA

Ainda que os Protocolos Assistenciais tenham um grande potencial de melhorar a prática clínica, sua adoção e uso não são automáticos.

A implementação de evidência é um processo complexo que envolve o desenvolvimento de Protocolo, a disseminação do conhecimento sobre ele e a busca da adesão dos profissionais ao Protocolo.

Protocolos fundamentados em evidência científica, fáceis de compreender, construídos com o envolvimento do usuário final e disseminados por meio de estratégias educativas com participação direta e ativa do usuário final têm maior probabilidade de serem implementados e utilizados .

Dessa forma, o HMTJ entende que a implementação de um Protocolo Assistencial de requer avaliação prévia e criteriosa das práticas que serão alteradas, da instituição onde as práticas ocorrem, da personalidade e valores dos profissionais que serão envolvidos no processo de mudança e dos consumidores finais.

Durante a implementação de novos Protocolos, devido à mudança de rotinas, podem surgir resistências dos profissionais ao processo, tais como a não concordância pela falta de conscientização de que há novas evidências, expectativas negativas em relação ao processo e resultados, falta de motivação para mudança e de familiaridade com o uso de Protocolos.

Portanto, construir plano de ações é fundamental para o sucesso do processo de implementação de Protocolos. O planejamento engloba envolver os indivíduos que serão afetados pelo processo de implementação, reconhecer as lideranças que podem apoiá-lo, identificar as principais barreiras para a implementação e os mecanismos para superá-las, identificar os recursos disponíveis, os profissionais facilitadores do processo e os mecanismos para fortalecê-los.

Engloba, ainda, examinar que as estratégias de implementação que poderão funcionar em determinado contexto, prever os principais resultados esperados após a implementação e definir critérios de como os resultados serão avaliados.

Existe grande número de estratégias para promover a utilização efetiva dos Protocolos na prática Assistencial, como visita in loco aos profissionais de saúde envolvidos por uma pessoa treinada, uso de lembretes que indicam o desempenho de uma ação clínica específica, participação dos profissionais em oficinas práticas ou de discussão sobre o Protocolo, divulgação de opinião de profissionais de saúde líderes locais, disponibilização de informação específica a pacientes e distribuição de materiais educativos, como guias e manuais e palestras.

O uso de intervenções multifacetadas, isto é, a combinação de duas ou mais intervenções, favorece o sucesso da implementação.

A auditoria clínica, outra importante estratégia para a implementação e uso de Protocolos, é uma ferramenta de avaliação que consiste em fornecer dados sobre as disparidades entre a prática atual e o desempenho esperado, como já apresentado na sessão de indicadores. Baseia-se na suposição de que os profissionais de saúde modificam sua prática ao receberem feedback, mostrando que ela é diferente daquela recomendada. Esta é uma estratégia que pode ser utilizada isoladamente ou como componente de intervenções múltiplas pelo HMTJ.

É imprescindível estabelecer um cronograma para a reavaliação periódica da implementação do Protocolo, pois a maioria das mudanças demora para ser incorporada e práticas prévias, já arraigadas na conduta profissional, tendem a ser retomadas.

Aspectos Legais Relacionados ao Uso de Protocolos

Os protocolos institucionais, após aprovação, serão divulgados e, estando os profissionais treinados para seu uso, passam a ter efeito de norma, cabendo a estes o compromisso pelo seu cumprimento.



10.1.1: FA. 1 – ÁREA DE ATIVIDADE

IMPLANTAÇÃO DE PROCESSOS

Proposta de Manual de rotinas para a administração financeira e gestão de custos.

Proposta de Manual de rotinas para a administração financeira e gestão de custos.

A HMTJ adota como metodologia de trabalho o Modelo de Governança Corporativa criado para demonstrar a execução do programa de trabalho e como esse Modelo poder agregar valor aos serviços de saúde, através do fluxo de gestão da assistência e sua interface com a sociedade, com ênfase nos elementos de custo, qualidade e tempo. Governança Corporativa é o sistema pelo qual a entidade vai dirigir, monitorar e incentivar, envolvendo os colaboradores, conselhos de administração, diretorias, órgãos de fiscalização e controle e demais partes interessadas.

As boas práticas de governança corporativa convertem princípios básicos em recomendações objetivas, alinhando interesses com finalidade de preservar e otimizar o valor econômico de longo prazo, facilitando seu acesso a recursos e contribuindo para a qualidade da gestão, sua longevidade e o bem comum.

A eficiente governança corporativa deve garantir que os processos produzam resultados positivos, satisfazendo as necessidades da sociedade e em conjunto façam o melhor uso dos instrumentos a sua disposição.

Importância e Benefícios da Metodologia de Trabalho:

Os 4 princípios da governança corporativa adotados pela HMTJ:

- **Transparência**: Todos os interessados e envolvido no negócio têm o direito de ter acesso às informações de seu interesse. E isso significa disponibilizar não apenas aquilo que a lei obriga, mas tudo que possa auxiliar na gestão, na melhoria do desempenho da empresa e na garantia da geração de valor sustentável em longo prazo para o negócio.

- **Equidade**: equidade tem a ver – mas não somente – com igualdade. Gestores, líderes e colaboradores, entre outros stakeholders são tratados de maneira justa e isonômica. Para isso, consideramos seus direitos, deveres, necessidades, interesses e expectativas.

- **Prestação de Contas**: Todos os que de alguma forma atuam na HMTJ realizam suas prestações de conta de forma transparente segundo preceitos da instituição clara e

em tempo para que seus atos sejam avaliados e acompanhados. São totalmente responsáveis pelos seus atos e suas omissões.

• **Responsabilidade Corporativa:** se refere ao comprometimento de todos para que a viabilidade econômico financeira do HMTJ se preserve. Isso inclui evitar riscos desnecessários e buscar as melhores oportunidades de crescimento.

É de responsabilidade desta OSS, enquanto contratada, o gerenciamento, a administração, gestão e a operacionalização dos serviços da Unidade, incluindo, mas não se limitando a:

1. Controladoria;
2. Gestão Financeira;
3. Suprimentos;
4. Departamento Pessoal, Recursos Humanos e Saúde Ocupacional;
5. Gestão de Contratos;
6. Tecnologia da Informação.

Assim sendo, considerando que as atividades descritas acima são comuns a todas as filiais existentes do HMTJ, visando maior eficiência, agilidade, uniformidade de diretrizes, políticas institucionais, minimizar os riscos inerentes aos serviços e, principalmente, redução de gastos, será realizada a concentração do apoio técnico-administrativo necessário à execução de todos os Convênios/Contratos de Gestão, inclusive a futura parceria a ser firmada com o estado de Goiás.

Este modelo de gestão permite que o gestor de cada unidade mantenha seu foco de atuação direcionado no núcleo da sua atividade assistencial, além de possibilitar a unificação das boas práticas de apoio, tendo como objetivo primordial da centralização das despesas administrativas é reduzir a despesa individual com cada contrato de gestão, no presente caso, a futura parceria a ser firmada.

Assim, o HMTJ irá se utilizar, com vantagens para o município de Jacareí, de estruturas centralizadas para compartilhamento de serviços e custos, com o objetivo de otimizar a gestão dos recursos humanos, gestão financeira e contábil, gestão de suprimentos, entre outras atividades necessárias e imprescindíveis para o cumprimento do objeto dos Contratos, consolidando tais atividades em uma unidade de operação principal.

A sede administrativa do HMTJ opera, e propõe a operação da futura parceria a ser firmada nos moldes de Centro de Serviços Compartilhados (CSC) centralizando a orientação dos serviços realizados pelas suas unidades de saúde gerenciadas por meio de Contratos de Gestão celebrados com o poder público, conforme Manual da Criação da CSC – Central de Serviços Compartilhados ora anexado.

A OSS caberá: Assegurar o cumprimento e elaboração das demonstrações financeiras de acordo com as práticas contábeis, em conformidade com os pronunciamentos técnicos emitidos pelo Comitê de Pronunciamentos Contábeis (CPC) e aprovadas pelo Conselho Federal de Contabilidade (CFC) e, especialmente, nos critérios e procedimentos específicos de avaliação, de reconhecimento das transações e variações patrimoniais, e de estruturação das demonstrações contábeis estabelecidas na ITG 2002 – Entidades sem Finalidade de Lucros, aprovada pela Resolução CFC nº 1409/2012.

O HMTJ, deverá assegurar ainda, controles internos que permitam a elaboração de demonstrações financeiras didáticas e transparentes para a atividade filantrópica, para tal, essas demonstrações seguem também alguns preceitos impostos pelas leis 11.638/07 e 6.404/76. Ambas as leis, completam as orientações da ITG 2002 e o conjunto dessas diretrizes, norteiam o escopo de nossas demonstrações financeiras que são anualmente auditadas por empresas de auditorias registradas na CVM e publicadas em jornal de grande circulação, garantindo a transparência de nossas informações.

A apropriação e contabilidade das atividades assistências, contratos, suprimentos e mão de obra são efetuados pelos sistemas inerentes e consolidados pelos sistemas de custos e contábil, os responsáveis por integrar e analisar tais informações.

O foco nestas atividades ainda em segurança em todas as áreas, ou seja, os processos são desenhados colocando níveis de segurança em que uma área tem de validar o executado por outras. Vale ressaltar que todas as atividades estão incluindo em cronograma de fechamento dos balancetes mensais.

Controladoria

A controladoria é área de controle da instituição, cuja missão é otimizar o processo decisório garantindo adequadas informações aos gestores em busca da eficácia, qualidade e produtividade.

Trazendo esse parâmetro a uma organização social, é incluída nas atribuições dessa área a criação de barreiras de segurança em ações que envolvem recursos de contratos de gestão, ou seja, ações que tragam segurança aos recursos públicos que a entidade gere.

A controladoria se baseia nos processos de controle, através de padrões de qualidade previamente estabelecidos, focado no controle, planejamento e orçamento base zero determinado pela organização.

As atividades que compõem a controladoria são: Auditoria Interna, Contabilidade e Controle de Custos e Orçamentos.

Auditoria interna desenvolve atividades que tratam da análise de todos os pagamentos oriundos dos contratos de gestão, ou seja, notas fiscais com as devidas medições, folha de pagamentos de colaboradores, guias de encargos, dentre outros, indicando em nosso sistema através do status de cada lançamento a situação "boa para pagamento" ou não, ou seja, atuação importante como filtro a execução financeira dos pagamentos.

Além desse processo rotineiro, são comuns também análises diretamente nas unidades assistências, como avaliação de inventário de patrimônio, inventário de estoques e análise do processo de ateste em serviços de terceiros.

A contabilidade integra todas as informações validando processos e autorizações geradas de forma sistêmica por todas as áreas da instituição, analisa-as, gera todas as informações e relatórios envolvidos em obrigações legais dando suporte assim para as áreas de controle interno e custos. Segue também com todo o controle fiscal da entidade, cabendo aqui ressaltar que como entidade filantrópica, o controle fiscal trata apenas de impostos e encargos retidos na fonte, ou seja, do ato do pagamento para de fornecedores e colaboradores.

O setor de custos e orçamento são responsáveis pela consolidação, elaboração e análise gerenciais, aos resultados de desempenho operacionais apurados. São feitas análises críticas nos custos tanto nas oscilações horizontais quanto verticais, sempre em busca da eficiência operacional das unidades de saúde, comparando-as entre elas como também em relação ao seu orçamento inicial previsto.

Departamento Administrativo - Financeiro e Contábil

É o setores responsáveis pela administração financeira, planejamento financeiro e a rotina contábil do HMTJ e suas Unidades, e tem por objetivo principal a gestão dos recursos repassados pelo ente público às Unidades sob Contrato de Gestão, no caso em tela o Estado de Goiás, e a garantia da manutenção do seu equilíbrio financeiro, dando suporte aos gestores administrativos da Unidade para que possam tomar decisões.

Realiza o controle da tesouraria, contas a pagar e receber, investimentos, planejamento financeiro e divulgação mensal dos resultados.

- Tesouraria: responsável pela gestão do fluxo de caixa das unidades com controle diário das entradas e saídas de recursos financeiros e gestão das contas bancárias.
- Contas a pagar: controla o vencimento dos compromissos de todas as Unidades a fim de garantir o cumprimento das obrigações evitando pagamento com atraso e multa.
- Contas a Receber: verifica se os repasses dos entes públicos estão ocorrendo dentro do previsto e se as obrigações dos clientes estão sendo pagas em dia, acionando, quando necessário, os mecanismos de cobrança.

O Planejamento financeiro (Setor de Custos): garante o controle do orçamento, identificando oportunidades de redução de custos e investimento em melhores práticas de gestão, e na qualidade e segurança do paciente.

O Setor de Prestação de contas: é responsável pela elaboração da Prestação de Contas e tem como base o modelo definido no contrato de gestão firmado com os entes federados, além de ser responsável pela entrega da mesma no prazo contratual e imposto pela legislação local.

A Contabilidade: faz o controle do patrimônio (ativo: bens e direitos e passivo: obrigações) das Unidades e suas variações. A correta apropriação dos registros contábeis possibilita a tomada de decisões assertivas por parte do gestor financeiro e dos administradores das unidades além de garantir a entrega de processos corretos ao setor de auditoria e prestação de contas, minimizando erros e retrabalhos, já o setor Fiscal garante o cálculo de impostos a pagar e o cumprimento das exigências tributárias.

A Auditoria Interna: realiza atividade de assessoramento a administração, visa detectar possíveis falhas nos processos solicitando as respectivas correções, com foco na melhoria dos controles internos. Acompanha todos os processos da Instituição, orienta a

respeito dos fatos observados e busca aperfeiçoamento dos processos, mitigando erros e fraudes.

- Acompanhamento de prestações de contas
- Verificação das rotinas internas (unidades)
- Validação dos controles e fluxos de informações

Atende as auditorias externas (TCM, TCE, MP, SMS, SES e TCU) e auxilia demais setores na elaboração de respostas aos relatórios de Auditoria, além de realizar a interface entre as Secretarias e o Instituto.

Apenas a elaboração dos processos para pagamentos e o lançamento das Notas Fiscais são realizadas por auxiliares administrativos nas Unidades, todas as demais atividades estão centralizadas na Sede Administrativa

Gestão de Suprimentos

A gestão de suprimentos envolve toda a cadeia de suprimentos, iniciando na análise do consumo atual, necessidade de reabastecimento, cotações, logística para entrega, efetivação do abastecimento da unidade, conferência do abastecimentos e transformação da ordem de compras em nota fiscal no sistema.

Todas as etapas desse processo seguem os conceitos descritos no manual de compras e contratações da entidade.

- **Análise de consumo:** é feita análise semanal e consolidação do consumo mensal, observando as possíveis variações devido a desvios na curva da demanda assistencial da unidade.

- **Necessidade de reabastecimento:** com base no histórico de consumo, estoque de segurança parametrizado no sistema e saldo atual, é informado a necessidade de resuprimento dos estoques da unidade.

- **Cotações:** Com o recebimento dos produtos e quantitativos necessários é encaminhado via exportação a plataforma de leilão reverso para cotação mais ampla por fornecedores, com retorno dos mesmos, produtos a produtos, com avaliação de preços, qualidade e prazo de entrega.

Responsável pelo planejamento da compra de materiais, estudos de disponibilidade de materiais, estratégia de pré-pedido, processamento / controle de requisição,

relacionamento entre diferentes setores e funções, controle do recebimento, garantia do cumprimento dos prazos para todas as atividades do gerenciamento de suprimentos. Validação das compras no sistema BIONEXO e monitoramento do giro de estoques, além de garantir que o melhor custo benefício seja o fator primordial no processo de compras.

- a. Controle da qualidade dos materiais: controla e monitora a qualidade, especificações de materiais e aprova ordens de compra.
- b. Aquisição: realiza pesquisa, avaliação das ofertas de mercado, pedidos de compra e contratação, acompanhamento e avaliação das atividades pós-pedido e registro do desempenho dos fornecedores.
- c. Controle dos dados dos fornecedores: responsável pelo controle dos dados dos fornecedores e manutenção dos registros (cadastro).
- d. Almoxarifado: monitora e garante a qualidade dos materiais e equipamentos, inspeções internas e de campo, cumprimento de padrões, controle da qualidade. Validação realizada através do sistema de compras (BIONEXO ou APOIO).
- e. Inspeção: monitora o desempenho do fornecedor, relatórios da situação do pedido e projeções de entrega.
- f. Planejamento de estoques: monitora a quantidade de insumos, controla a requisição, verifica o volume, a qualidade e a rotatividade dos estoques das Unidades.

Apenas as atividades de recebimento, armazenamento e dispensação de materiais e insumos são realizadas por auxiliares de almoxarifado e técnicos de farmácia nas Unidades, todas as demais atividades estão centralizadas na Sede Administrativa.

Gestão de Contratos

A área de gestão dos contratos valida às demandas de prestadores de serviços indicadas por gestores operacionais das unidades, busca no mercado fornecedores que as atendam tecnicamente e financeiramente (orçamento proposto), valida com a direção geral da instituição, formalizam o contrato com prestador e geram no nosso sistema de BackOffice durante o período de vigência do contrato as provisões do mesmo, provisão essa que será utilizada para os futuros lançamentos de notas fiscais.

De forma a tornar o processo de contratação mais ágil e simultaneamente mais seguro, com a ciência de todos os níveis de autorização necessário, foi criado em nosso

sistema um formulário que permite ao coordenador operacional de cada unidade solicitar esse pedido em um fluxo já preestabelecido que transita pelas seguintes áreas:

- Coordenação Operacional, indicando toda a necessidade técnica e legal para a demanda do serviço;
- Contratos, buscando no mercado prestadores de serviço para tal demanda, anexando os orçamentos, conforme o manual da instituição para compras e contratações;
- Direção Geral Unidade, validando a necessidade da demanda;
- Controladoria; validando a disponibilidade orçamentária para o custo;
- Direção Geral OSS, validação final;
- Contratos, formalização do contrato com o prestador de serviços e provisões contáveis.

Com a finalização desse processo, que teve a criação desse fluxo eletrônico para se tornar mais ágil, o serviço começa a ser prestado na unidade. Seguindo o fluxo de datas juntamente com o planejamento contábil e financeiro, as medições dos fornecedores são encerradas mensalmente no dia 20, para validação, emissão de nota fiscal, e posterior transformação de provisões de serviços em nota fiscal, no sistema (remetida a auditoria interna).

Um ponto importante a ser citado não somente a este processo, como também ao de compras, que somente se lança uma nota fiscal para pagamento no sistema através de uma ordem de compras ou serviços (provisão contrato) já pré-existente e que é resultado dos processos das áreas de Suprimentos e/ou Contratos, trabalhos esses também resultantes de pedidos técnicos dos operacionais das unidades, processo esse supervisionado pela controladoria.

Recursos Humanos e Saúde Ocupacional

O Departamento Pessoal, Recursos Humanos e Saúde Ocupacional trabalham em conjunto para fornecimento de mão de obra, capacitada, humanizada, envolvida com os objetivos da instituição tanto nos setores envolvidos diretamente na assistência nas unidades como também nas áreas de apoio.

Para tanto é feito um trabalho inicial junto ao setor de recursos humanos para encontrar o quadro ideal de colaboradores para a unidade que atinja ao mesmo tempo o

quantitativo legal necessário devido à sua estrutura como também aos conceitos de trabalho humanizados preconizados pela instituição.

O Recursos Humanos ainda complementa esse trabalho com todos os reflexos sindicais que esse quadro pode ter. A Saúde Ocupacional atua simultaneamente validando esse quadro com os preceitos legais.

Com esse quadro cadastrado, que é validado pela controladoria, só é possível contratar exatamente esse quantitativo de pessoas. Com o quadro definido é realizado processo seletivo para todas as vagas de trabalho, com anterior divulgação do processo, com aplicação de provas e entrevistas, resultando no cadastro no colaborador no sistema.

É normal ao longo do processo, devido a variação da demanda assistencial, modificações estruturais ou até a algum fator não observado no orçamento, a necessidade de modificação (para maior ou menor) desse quadro, para tal, foi criado fluxo eletrônico similar ao de contratação de terceiro com esse fim onde:

- O coordenador da unidade, sinaliza a necessidade, justificando tecnicamente o aumento;
- A Direção Geral da unidade, valida também tecnicamente essa solicitação;
- A Controladoria, indica a disponibilidade orçamentária para tal ou ajuste de custos necessário para acréscimo de determinada função;
- A Direção da OSS, valida com base nas necessidades técnicas e ajustes orçamentários necessários.
- O Recursos Humanos, cria a disponibilidade de vaga no sistema e realiza o processo seletivo.

Departamento Pessoal

O Departamento Pessoal é o setor da empresa responsável por gerenciar e acompanhar todos os processos burocráticos relacionados aos colaboradores como salários, férias, faltas, atestados, entre outros. Com os colaboradores já atuando na unidade, temos como preceito básico a utilização do ponto biométrico, já integrado ao sistema de folha de pagamento, para formalização das variáveis impactantes na folha de pagamento. Pontos esses sempre analisados previamente pelas lideranças hierarquicamente ligadas diretas ao colaborador do primeiro ao último nível, utilizando também como data de fechamento o dia 20 de cada mês.

O Departamento Pessoal recebe essas variáveis de forma sistêmica, integra as informações, gera as folhas de pagamento salários mensais, férias, descontos por

absenteísmo, afastamentos, entre outros. Ao fim do processo, seguindo os prazos restringidos pelo cronograma de fechamento contábil, o Departamento Pessoal remete a folha de pagamento para contabilidade para geração do impacto fiscal dos encargos retidos dos colaboradores e em seguida encaminha para validação da auditoria interna a folha para efetivo pagamento dos colaboradores.

Estes setores funcionarão através de uma Central de Serviços Compartilhados (CSC) alocada na unidade matriz da OSS HMTJ em Juiz de Fora que dará total suporte para gestão administrativa e corporativa necessárias ao desenvolvimento das atividades, conforme descrito no Manual deste serviço.

Assessoria Jurídica - Contratos

O Departamento Jurídico interno tem por missão solucionar e prevenir conflitos em todas as áreas do Direito, assessorando a diretoria estatutária e os diretores administrativos das filiais com as informações e serviços legais completos, capazes de garantir ambiente seguro e compatível com as necessidades da entidade.

Registra-se que Departamento Jurídico interno mantido pelo HMTJ não tem por finalidade o mesmo suporte oferecido pela assessoria jurídica externa por ela contratada.

Destarte, assessoria jurídica externa contratada presta serviços para cada unidade, absorvendo a demanda que não é possível ser assumida pelo Departamento Interno do HMTJ, serviços esses que abrangem:

Todas as atividades desse setor estão centralizadas na Sede Administrativa

Comunicação Institucional

Responsável pela elaboração de projetos de sensibilização e divulgação de informações para os colaboradores das Unidades sob Contrato de Gestão, referentes às instruções dos entes públicos sobre regras de funcionamento, políticas, instruções normativas, campanhas educativas e assistenciais.

O Departamento de Comunicação elabora layout de material escrito e de apoio como: cartazes, manuais, vídeos institucionais. Para o público interno (funcionários e prestadores de serviço) divulgam informações sobre o funcionamento, informes do departamento de Recursos Humanos, política de acesso à informação, campanhas para

melhores práticas assistenciais e vídeos informativos. Para o público externo é responsável pelo apoio ao layout de comunicados, identidade visual da unidade, criação e atualização do site institucional.

Todas as atividades desse setor estão centralizadas na Sede Administrativa

Coordenação Administrativa Local:


Os serviços gerais de apoio administrativo e financeiro da operação serão responsabilidade do Coordenador Administrativo da unidade, conforme perfil estruturado para o cargo através do sistema de Gestão de Competências, que abrange, entre outras atividades:

- ✓ Coordenar e supervisionar rotinas administrativas;
- ✓ Elaborar, implantar, programar, orientar a execução das normas e todas as rotinas administrativas;
- ✓ Supervisionar cronogramas;
- ✓ Propor medidas de simplificação e melhorias das rotinas administrativas;
- ✓ Coordenar serviços gerais, serviço de malote, instalações, serviços de limpeza, seus cronogramas e necessidades;
- ✓ Organizar documentos e correspondências, receber, analisar, classificar, registrar, conferir documentos e organizar registros;
- ✓ Controlar abastecimento de estoque;
- ✓ Coordenar equipes de apoio operacional e administrativas;
- ✓ Requisitar e/ou aprovar requisição de pessoal, definir e gerenciar escala de trabalho, avaliar desempenho da equipe, remanejar pessoal, apurar frequência ao trabalho e gerenciar benefícios;
- ✓ Manter rotinas referente ao pequeno caixa, controlar verbas; monitorar metas;
- ✓ Controlar contas a pagar; controlar fluxo de caixa; prestar contas;
- ✓ Divulgar informações;
- ✓ Esclarecer dúvidas;
- ✓ Intermediar equipes;
- ✓ Elaborar comunicados, documentos e relatórios;
- ✓ Desenvolver treinamentos do programa de educação continuada para manter atualizada a equipe de profissionais do setor;
- ✓ Acompanhar e analisar os indicadores da área e criação de plano de ação de forma a garantir o alcance das metas;

- ✓ Realizar reunião periódica com a equipe para monitoramento das atividades em curso e projetadas, assim como avaliar em conjunto os indicadores;
- ✓ Responsabilizar-se por atender e disseminar todas as determinações que constam nos procedimentos padrão do RH de nível gerencial e cumprir os requisitos internos, da organização, administrativos e do Sistema de Gestão da Qualidade.

RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS DO COORDENADOR ADMINISTRATIVO (HOSPITAL, UPA E UBS)

- ✓ Garantir que as metas, estratégias, políticas e objetivos do Planejamento Estratégico sejam divulgados e entendidos por todos os colaboradores;
- ✓ Cumprir e fazer cumprir na sua área, a legislação vigente, o Regulamento, as Normas, Valores e Projetos Institucionais;
- ✓ Gerenciar os processos de sua área em sintonia com as outras áreas e lideranças para o alcance dos resultados Institucionais;
- ✓ Avaliar e acompanhar o desempenho de seus colaboradores dentro do modelo de "Gestão por Competências", monitorando os planos de ação sem deixar que os prazos expirem e registrando feedbacks constantes, conforme padrão adotado pela instituição;
- ✓ Realizar outras atividades correlatas e/ou inerentes à sua função conforme descritas no respectivo Perfil Profissiográfico Previdenciário e/ou quando solicitadas pelo superior imediato.

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS			
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
Título: Controle de Custos			
Responsável: Coordenador de Custos	Código: POP CST 004	Revisão: 07	Data: 24/01/2022

I. Objetivos

O modelo de Organização Social de Saúde (OSS) é norteado pelo controle dos custos, uma vez que o objetivo da organização não é o lucro. Colaborando com o citado, de acordo com a legislação vigente a OSS recebe uma renda social referente ao valor de custeio citado em proposta de concorrência prevista em edital, logo a sustentabilidade da organização é gerenciada por um apurado controle de custos com o objetivo de otimizá-los. Visando garantir a correta alocação dos recursos a OSS HMTJ trabalha com a metodologia de apuração de custos por absorção plena aonde tem todo o controle de custos por unidade de saúde, centro de custos e produtos gerados, valendo ressaltar que para atingir esses resultados foi estabelecido um cronograma rígido em que são necessárias tanto a participação da unidade central como também todas as lideranças das unidades. Os dados são alimentados e recebem uma análise prévia até o dia 10 do mês subsequente, sendo que a partir dessa data cada gestor de centro de custos analise seu custo unitário, assim gerando subsídio para a Coordenação Administrativa analisar os custos da unidade como um todo. Essa análise é realizada em uma reunião de todas as unidades em conjunto com a Direção da OSS HMTJ com objetivo de disseminação da metodologia e principalmente da cultura de análise e otimização de custos.

Materiais:

Computador
Módulo de gestão de custos
RM TOTVS;

III. Descrição dos passos da atividade

- Discutir com os assistentes de Custos os dados inseridos mensalmente no sistema de custos pelas unidades na segunda semana de cada mês, identificando as principais dificuldades encontradas para fechamento dos relatórios;
- Fornecer, a todos os gestores de unidades informações referentes aos seus custos dos respectivos centros de custos, despertando assim a corresponsabilidade, para que todos exerçam uma efetiva gestão dos custos;
- Gerar subsídio para análise dos custos ao longo do tempo;
- Possibilitar a troca de informações e a comparação de resultados com as unidades;
- Oferecer para a diretoria as informações necessárias para a tomada de decisões ou soluções de problemas;
- Permitir a comparação e a evolução dos custos periodicamente;
- Permitir a comparação dos custos com o valor previsto em contrato para gestão da unidade;

IV. Siglas e Definições

RM TOTVS – Sistema de Gestão hospitalar, financeira, entre outros.


SigQuali - Software de Gestão de Qualidade no Setor de Saúde

V. Anexos

N/A

VI. Referências

MATOS, Afonso José de. Técnicas Análises e Tomada de Decisão: 3 ed. São Paulo, 2005.

HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS			
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
Título: Análise de Custos			
Responsável: Assistente de Custos	Código: POP CST 006	Revisão: 00	Data: 30/10/2020

I. Objetivos

Processo de análise e validação de todos os custos envolvidos para execução dos serviços prestados pela instituição, gerando relatórios que subsidiem a tomada de decisão da diretoria. O assistente de custos deve manter os relatórios atualizados e buscar a otimização dos custos envolvidos que contribuirão para a saúde financeira da unidade.

Materiais

Computador

Descrição dos passos da atividade

1º Passo:


Abra o sistema de custos, conforme figura abaixo:



2º Passo:

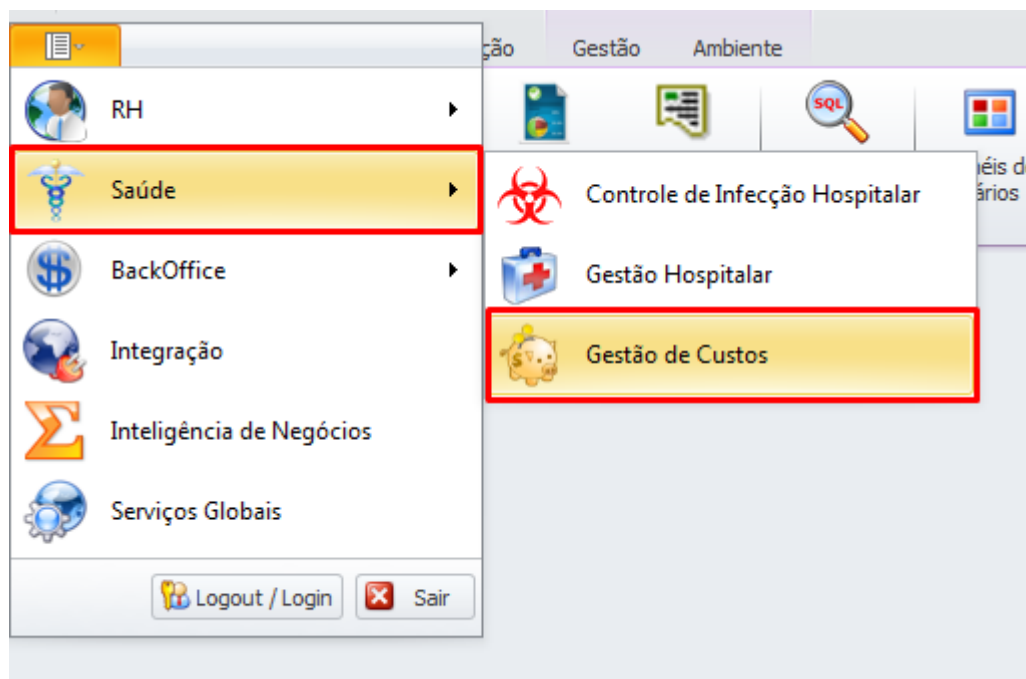
Insira seu usuário e sua senha para acessar o sistema.



HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS			
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
Título: Análise de Custos			
Responsável: Assistente de Custos	Código: POP CST 006	Revisão: 00	Data: 30/10/2020

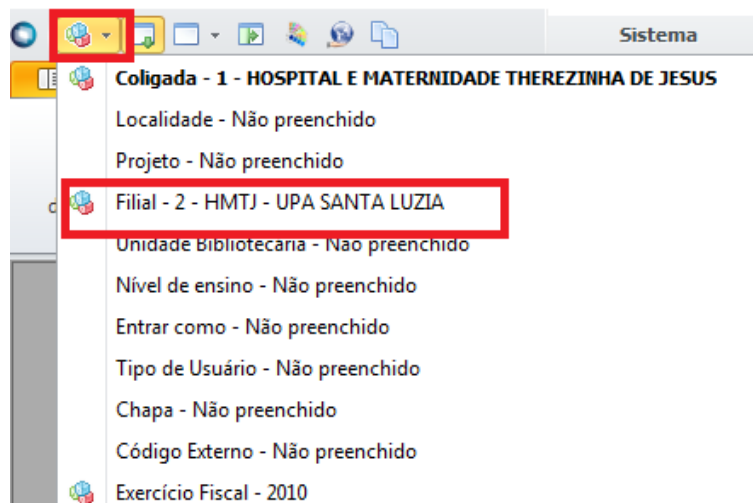
3º Passo:


Selecione o item como mostra a figura abaixo, localizado no canto superior esquerdo da tela, e em seguida selecione Gestão de Custos.



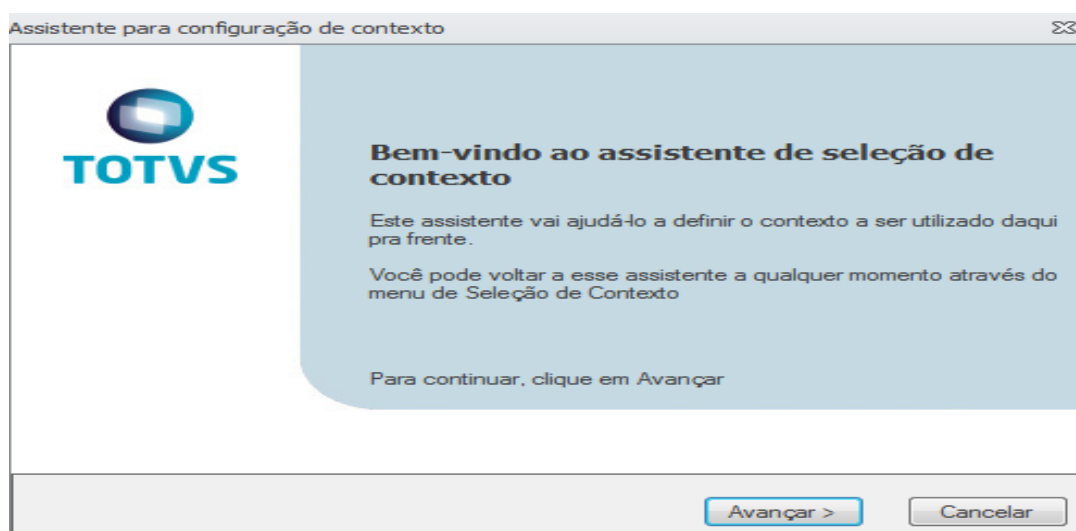
4º Passo:

4.1 Selecione o item como mostra a figura abaixo, localizado no canto superior esquerdo da tela e em seguida, selecione a filial que aparece para você para dar continuidade no processo.

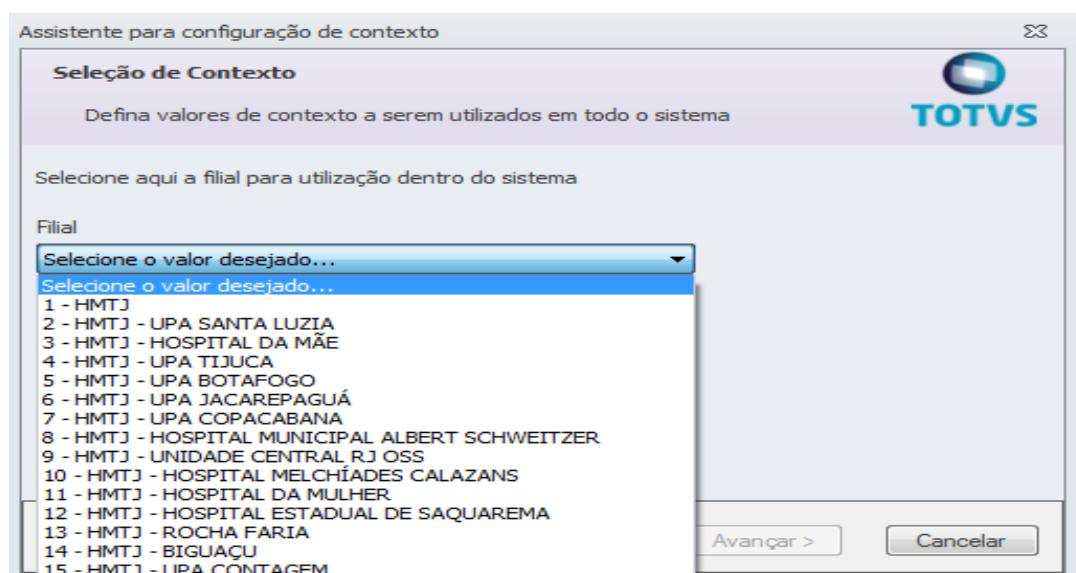


HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS			
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
Título: Análise de Custos			
Responsável: Assistente de Custos	Código: POP CST 006	Revisão: 00	Data: 30/10/2020


4.2 Clique em avançar para poder escolher sua filial, como mostra a figura abaixo:



4.3 Selecione a filial referente a sua unidade e em seguida, clique em avançar.

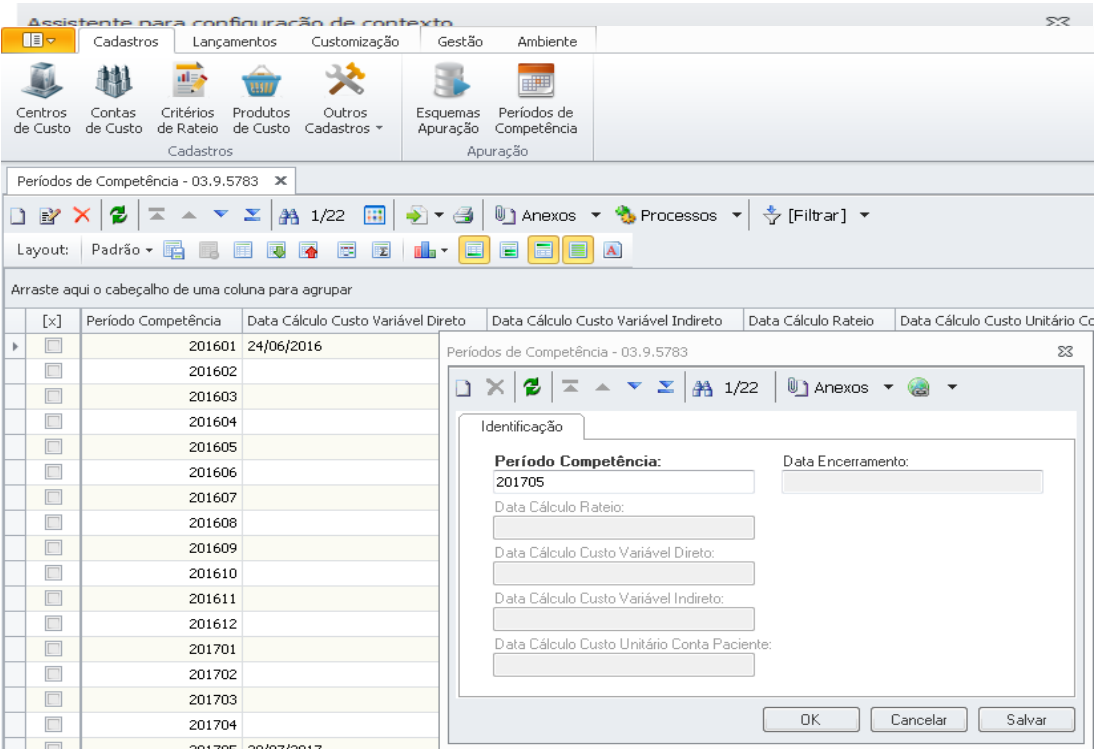


4.4 Clique em concluir

HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS			
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
Título: Análise de Custos			
Responsável: Assistente de Custos	Código: POP CST 006	Revisão: 00	Data: 30/10/2020


5º Passo:

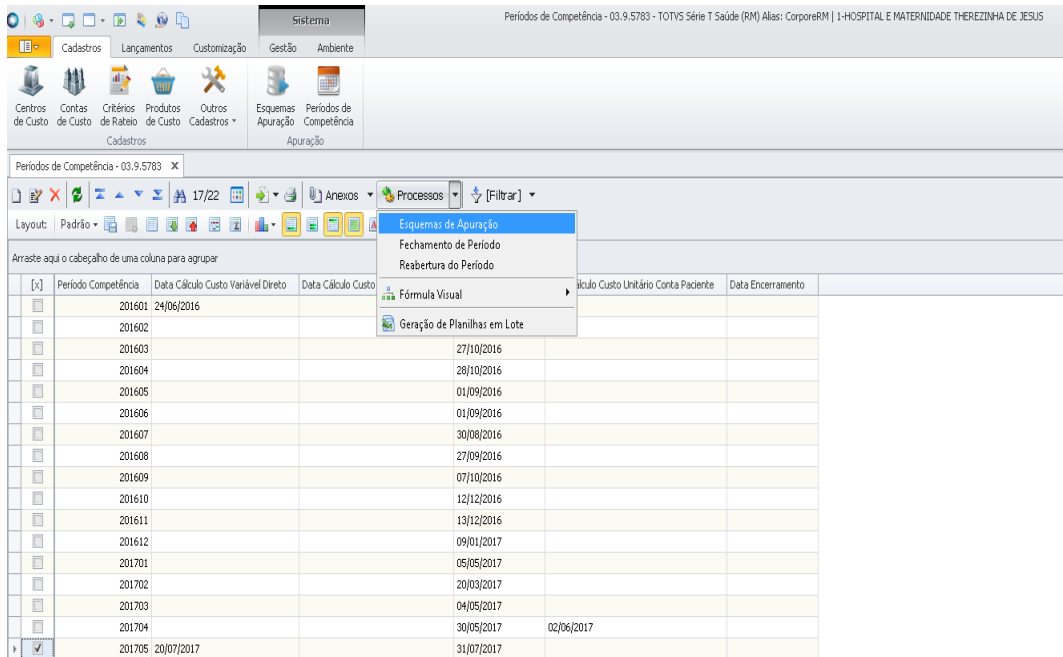
Clique em Períodos de Competência, na próxima tela clique no ícone localizado no canto esquerdo "incluir" digite a competência a ser aberta seguindo o padrão do sistema AAAAMM (ano e mês) e em seguida clique em OK.



6º Passo:

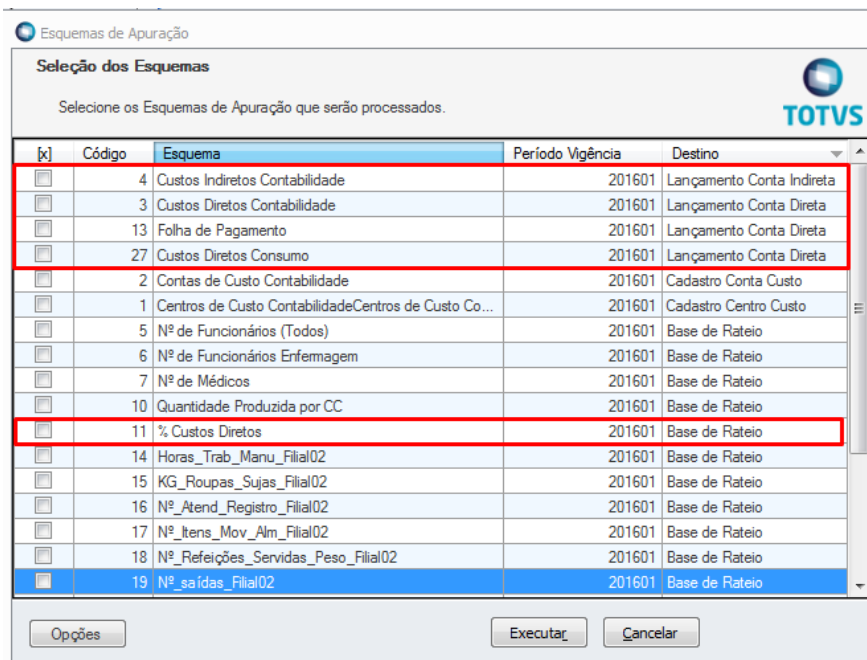
6.1 Após receber o email da Contabilidade validando a folha de pagamento e liberando a mesma para importação, clique em Períodos de Competência, clique na caixa ao lado da competência que deseja importar a folha, em seguida em Processos e Esquemas de Apuração.

HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS			 HMTJ ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
Título: Análise de Custos			
Responsável: Assistente de Custos	Código: POP CST 006	Revisão: 00	Data: 30/10/2020




[x]	Período Competência	Data Cálculo Custo Variável Direto	Data Cálculo Custo	Índice Custo Unitário Conta Paciente	Data Encerramento
<input type="checkbox"/>	201601	24/06/2016			
<input type="checkbox"/>	201602				
<input type="checkbox"/>	201603			27/10/2016	
<input type="checkbox"/>	201604			28/10/2016	
<input type="checkbox"/>	201605			01/09/2016	
<input type="checkbox"/>	201606			01/09/2016	
<input type="checkbox"/>	201607			30/08/2016	
<input type="checkbox"/>	201608			27/09/2016	
<input type="checkbox"/>	201609			07/10/2016	
<input type="checkbox"/>	201610			12/12/2016	
<input type="checkbox"/>	201611			13/12/2016	
<input type="checkbox"/>	201612			09/01/2017	
<input type="checkbox"/>	201701			05/05/2017	
<input type="checkbox"/>	201702			20/03/2017	
<input type="checkbox"/>	201703			04/05/2017	
<input type="checkbox"/>	201704			30/05/2017	02/06/2017
<input checked="" type="checkbox"/>	201705	20/07/2017		31/07/2017	

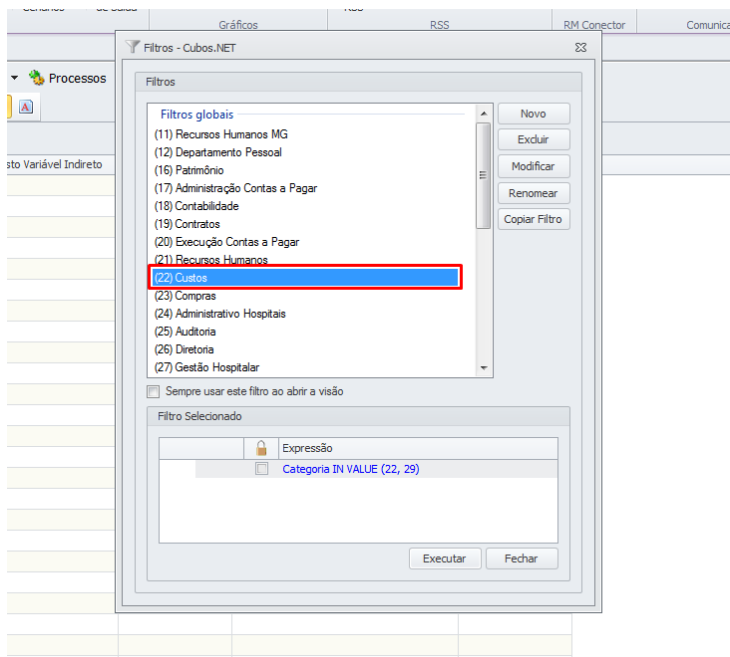
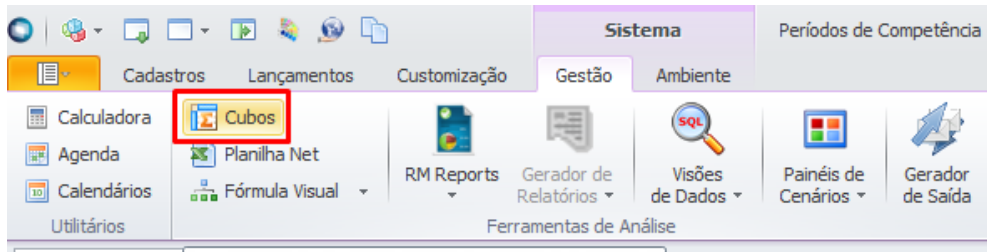
6.2 Na próxima tela, será necessário realizar apurações referente a folha de pagamento, Custos Diretos Contabilidade, Custos Diretos Consumo, % Custos Diretos e Custos Indireto. Clique em executar um código e por vez, na seqüência informada.




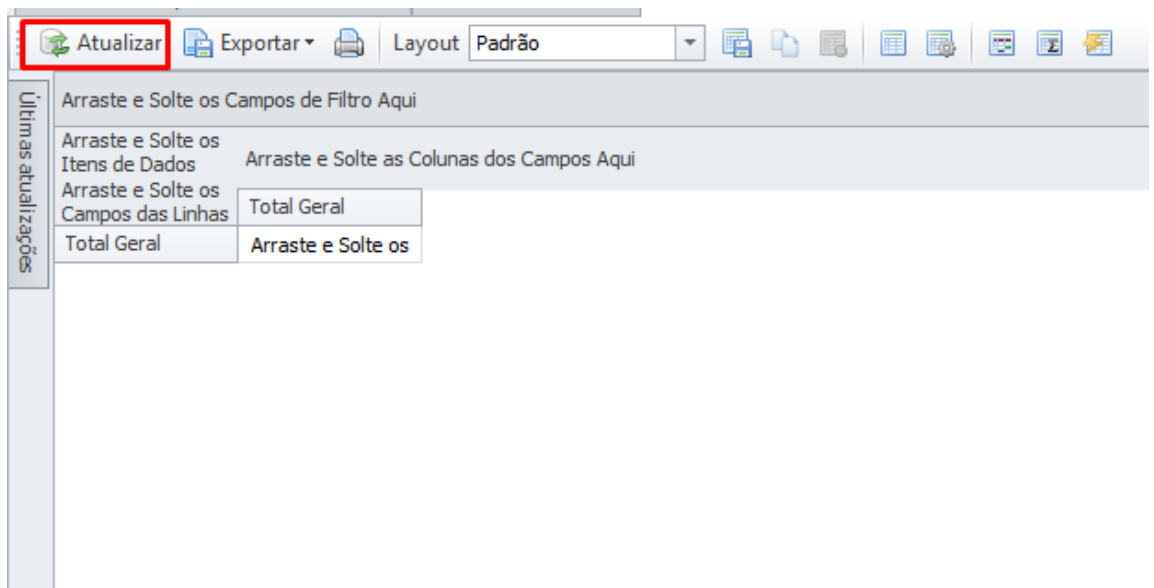
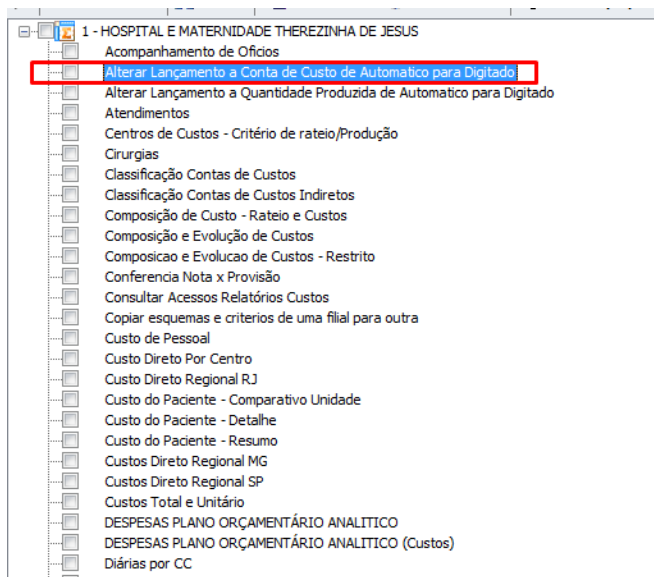
[x]	Código	Esquema	Período Vigência	Destino
<input type="checkbox"/>	4	Custos Indiretos Contabilidade	201601	Lançamento Conta Indireta
<input type="checkbox"/>	3	Custos Diretos Contabilidade	201601	Lançamento Conta Direta
<input type="checkbox"/>	13	Folha de Pagamento	201601	Lançamento Conta Direta
<input type="checkbox"/>	27	Custos Diretos Consumo	201601	Lançamento Conta Direta
<input type="checkbox"/>	2	Contas de Custo Contabilidade	201601	Cadastro Conta Custo
<input type="checkbox"/>	1	Centros de Custo ContabilidadeCentros de Custo Co...	201601	Cadastro Centro Custo
<input type="checkbox"/>	5	Nº de Funcionários (Todos)	201601	Base de Rateio
<input type="checkbox"/>	6	Nº de Funcionários Enfermagem	201601	Base de Rateio
<input type="checkbox"/>	7	Nº de Médicos	201601	Base de Rateio
<input type="checkbox"/>	10	Quantidade Produzida por CC	201601	Base de Rateio
<input type="checkbox"/>	11	% Custos Diretos	201601	Base de Rateio
<input type="checkbox"/>	14	Horas_Trab_Manu_Filial02	201601	Base de Rateio
<input type="checkbox"/>	15	KG_Roupas_Sujas_Filial02	201601	Base de Rateio
<input type="checkbox"/>	16	Nº_Atend_Registro_Filial02	201601	Base de Rateio
<input type="checkbox"/>	17	Nº_Itens_Mov_Alm_Filial02	201601	Base de Rateio
<input type="checkbox"/>	18	Nº_Refeições_Servidas_Peso_Filial02	201601	Base de Rateio
<input checked="" type="checkbox"/>	19	Nº_saídas_Filial02	201601	Base de Rateio

HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS			
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
Título: Análise de Custos			
Responsável: Assistente de Custos	Código: POP CST 006	Revisão: 00	Data: 30/10/2020


6.3 Na próxima etapa, será necessário alterar as contas de custo de automático para digitado.

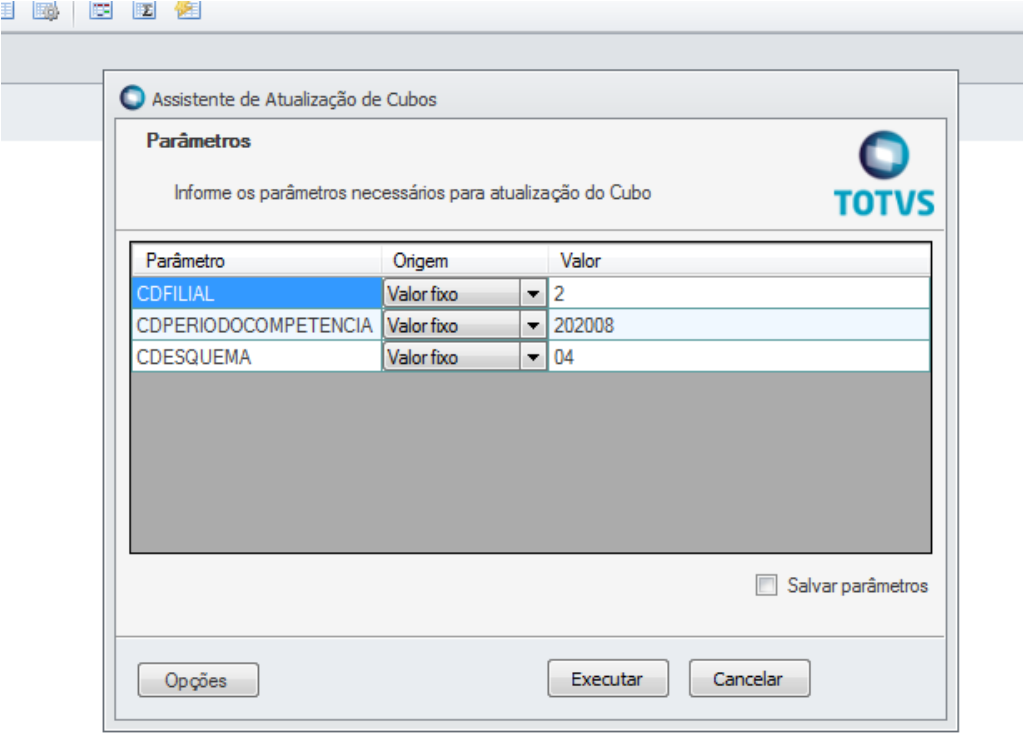


HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS		 HMTJ <small>ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS</small>	
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
Título: Análise de Custos			
Responsável: Assistente de Custos	Código: POP CST 006	Revisão: 00	Data: 30/10/2020



Será necessário digitar a filial, competência (AAAAMM) e o código do esquema apurado (código apresentado na página 6).

HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS			
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
Título: Análise de Custos			
Responsável: Assistente de Custos	Código: POP CST 006	Revisão: 00	Data: 30/10/2020



Assistente de Atualização de Cubos

Parâmetros

Informe os parâmetros necessários para atualização do Cubo

Parâmetro	Origem	Valor
CDFILIAL	Valor fixo	2
CDPERIODOCOMPETENCIA	Valor fixo	202008
CDESQUEMA	Valor fixo	04

Salvar parâmetros

Opções Executar Cancelar


8º Passo:

8.1. Após receber o balancete da contabilidade, o assistente de custos deverá calcular o custo total da unidade seguindo a seguinte fórmula:

Conta 3.2 Débito - Crédito

Conta 3.3.1 Débito - Crédito

Conta 3.4.1.2 Débito - Crédito

HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS			
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
Título: Análise de Custos			
Responsável: Assistente de Custos	Código: POP CST 006	Revisão: 00	Data: 30/10/2020


3.2	544	CUSTO DOS SERVIÇOS	38.149.623,79	6.228.933,26	993.545,08-
3.2.1	545	CUSTO NO ATENDIMENTO DE PACIENTES	38.149.623,79	6.228.933,26	993.545,08-
3.2.1.1	546	CUSTO NO ATENDIMENTO DE PACIENTES	38.149.623,79	6.228.933,26	993.545,08-
3.2.1.1.01	547	PESSOAL PRÓPRIO	12.953.396,73	1.870.752,73	109.674,83-
3.2.1.1.01.00	548	SALÁRIO CONTRATUAL	6.652.942,89	916.416,11	37.750,64-
3.2.1.1.01.00	549	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE	881.112,28	114.196,24	0,00
3.2.1.1.01.00	550	ADICIONAL NOTURNO	804.584,63	108.328,87	0,00
3.2.1.1.01.00	551	HORAS EXTRAS	19.412,65	28.302,30	0,00
3.2.1.1.01.00	552	ADICIONAL DE PERICULOSIDADE	16.600,76	1.912,52	0,00
3.2.1.1.01.00	554	PRÊMIO ASSIDUIDADE	630.470,88	83.093,21	0,00
3.2.1.1.01.00	555	13º SALÁRIO PROVISIONADO	828.577,26	111.787,59	0,00
3.2.1.1.01.00	556	FÉRIAS PROVISIONADAS	1.151.703,74	149.567,19	0,00
3.2.1.1.01.00	2022	GRATIFICAÇÕES E VANTAGENS PESSOAIS	48.636,26	2.559,11	0,00
3.2.1.1.01.00	2023	DSR E FERIADO TRABALHADO	112.408,03	27.852,31	0,00
3.2.1.1.01.00	2024	AFASTAMENTO POR DOENÇA	96.852,07	13.254,01	0,00
3.2.1.1.01.00	2025	ABONO PECUNIÁRIO DE FÉRIAS	14.390,35	2.593,33	0,00
3.2.1.1.01.00	2026	AVISO PRÉVIO E INDENIZAÇÕES	450.979,66	66.609,17	5.320,65-
3.2.1.1.01.00	2028	FGTS NA RESCISÃO	618.738,30	83.012,67	0,00
3.2.1.1.01.00	2030	ASSISTÊNCIA MÉDICA E SOCIAL	405.018,67	87.296,34	24.668,74-

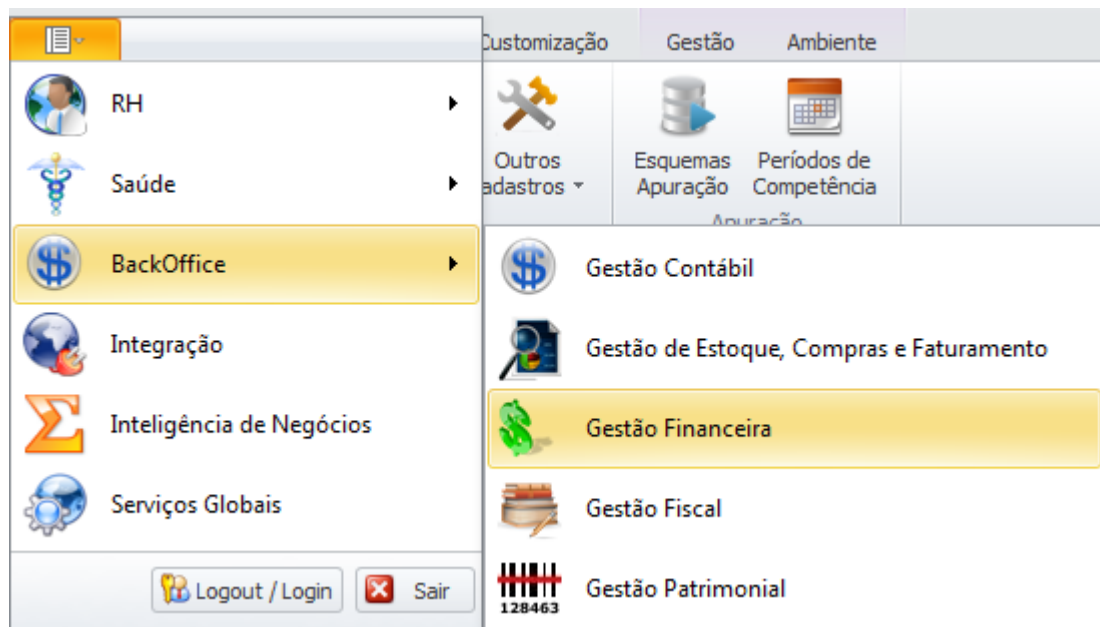
Para calcular as contas de custo: Salário Contratual, Encargos, Verbas, Benefícios e Hora Extra, segue tabela:

Descrição	Se Refere
SALÁRIOS	Salário Contratual
	Adicional Insalubridade
	Adicional Noturno
	Prêmio Assiduidade
	Adicional de Periculosidade
	Afastamento por Doença
	DSR e Feriado Trabalhado
	Gratificações e Vantagens PE
ENCARGOS (FÉRIAS)	Abono Pecuniário de Férias
	Férias Provisionadas
	13º Salário Provisionado
	FGTS
	PIS
VERBAS	FGTS na Rescisão
	Aviso Prévio e Indenizações
BENEFÍCIOS	Vale Transporte
	PAT
HORAS EXTRAS	Horas Extras


9º Passo:

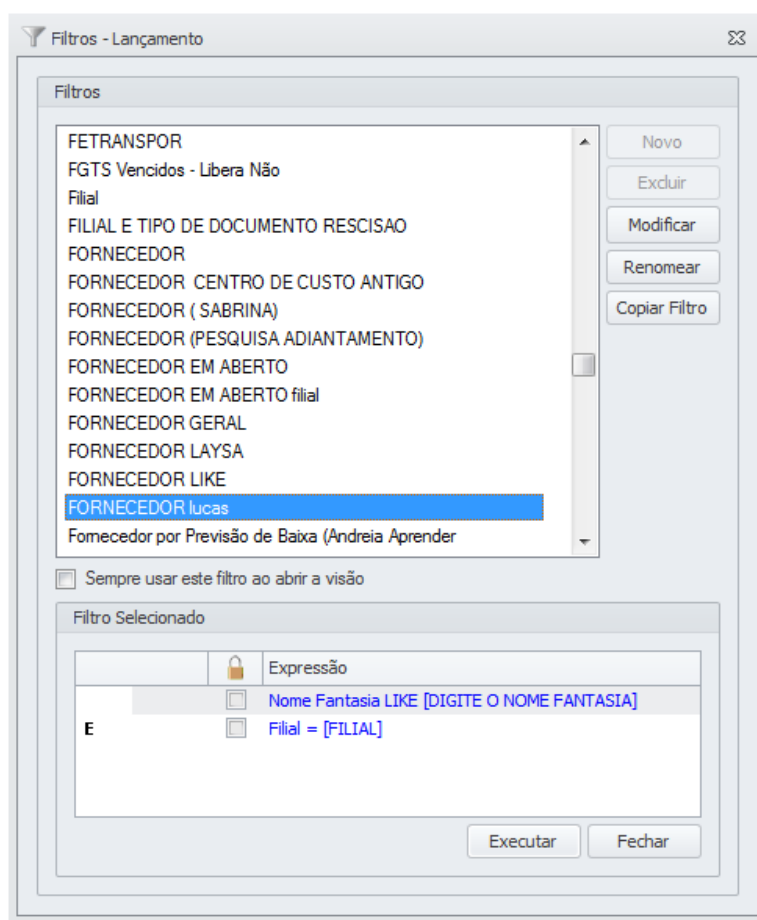
9.1 Caso haja dúvida no serviço prestado pelo fornecedor, o assistente de custos deverá acessar o RM Gestão Financeira.

HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS		 HMTJ <small>ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS</small>	
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
Título: Análise de Custos			
Responsável: Assistente de Custos	Código: POP CST 006	Revisão: 00	Data: 30/10/2020

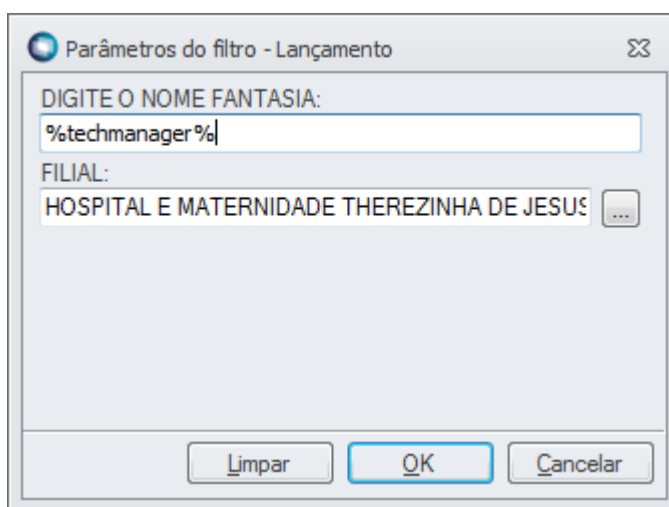


9.2 Em seguida selecione o filtro fornecedor e preencha os campos solicitados.


HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS		 <small>ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS</small>	
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
Título: Análise de Custos			
Responsável: Assistente de Custos	Código: POP CST 006	Revisão: 00	Data: 30/10/2020



Obs.: Coloque o nome do fornecedor entre %.



9.3 Na próxima tela, localize o lançamento e copie o código do campo CNPJ.


HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS			
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
Título: Análise de Custos			
Responsável: Assistente de Custos	Código: POP CST 006	Revisão: 00	Data: 30/10/2020

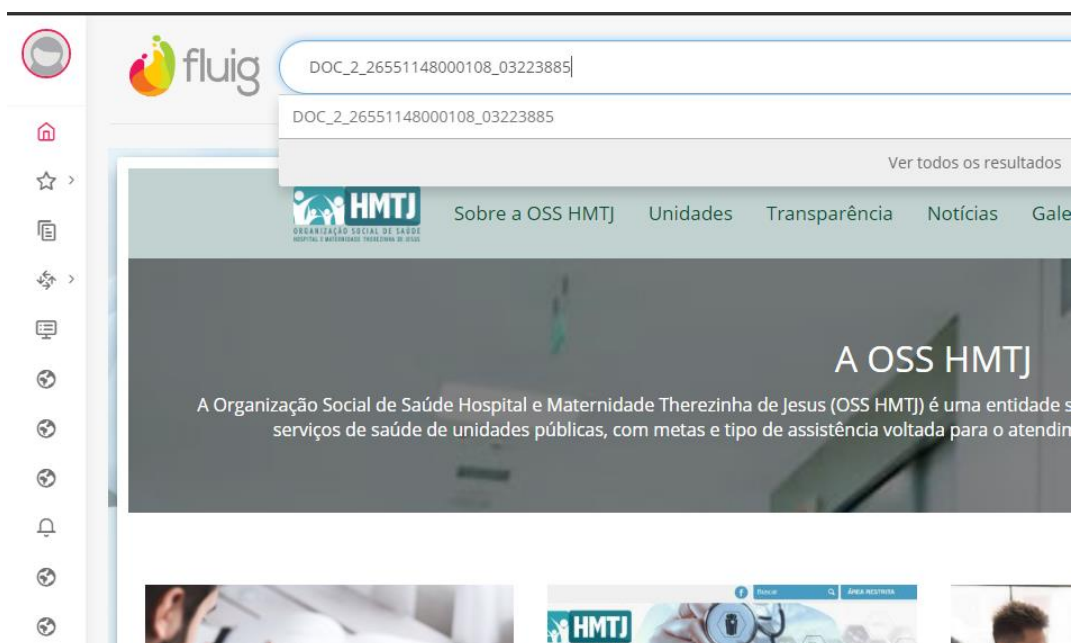
Mês de Comp...	Número do Documento	cnpj
	0322388501	DOC_2_26551148000108_0322388501
08/2020	0202073601	DOC_2_26551148000108_0202073601
	0318332201	DOC_2_26551148000108_0318332201
	0316411501	DOC_2_26551148000108_0316411501
07/2020	0202071001	DOC_2_26551148000108_0202071001
06/2020	0202068901	DOC_2_26551148000108_0202068901
	0313179501	DOC_2_26551148000108_0313179501
05/2020	0202066501	DOC_2_26551148000108_0202066501
	0310798701	DOC_2_26551148000108_0310798701
04/2020	0202063901	DOC_2_26551148000108_0202063901
	0000843201	DOC 2 26551148000108 0000843201

9.4 Em seguida abra o navegador e entre com seu login e senha no FLUIG.

Cole o código no campo de busca, apague os dois últimos dígitos e dê enter para pesquisar.

Ao aparecer o registro clique nos 3 pontos ao lado da descrição e em download para baixar a imagem referente a nota fiscal.


HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS			
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
Título: Análise de Custos			
Responsável: Assistente de Custos	Código: POP CST 006	Revisão: 00	Data: 30/10/2020



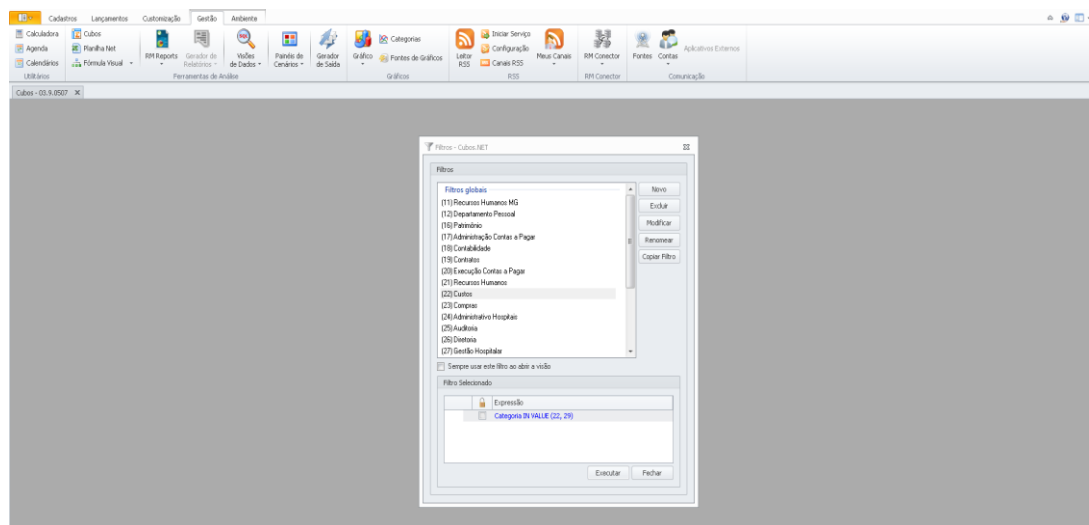
9.5 Abra a imagem baixada e visualize o serviço prestado para verificar se há a necessidade de mudança de centro de custos ou conta contábil. A informação também é importante para as justificativas das variações.

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS E INFORMAÇÕES RELEVANTES			
CONTRATO 1107.021653 2017 SERVIÇO Manutencao de maquinas, aparelhos e equipamentos COMPETENCIA 08 20 17 DATA DE VENCIMENTO 15 SEP 17 TAXA DE CONVERSAO 3.1161 RETENCAO CONFORME ART.34 DA LEI N 13.137 15 PRIVADO NAO SUJEITO A RETENCAO DE ISS POR TOMADOR VALOR LIQUIDO 12381.46			
VALOR NÃO INCLUIDO NA BASE DE CÁLCULO (exceto tributos federais)		R\$ 0,00	Observações ISSQN devido a: BARUERI-SP
IRRF	PIS/PASEP	COFINS	CSLL
0,00	84,40	389,56	129,86
VALOR TOTAL DA NOTA			12.985,28

10º Passo:


HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS			
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
Título: Análise de Custos			
Responsável: Assistente de Custos	Código: POP CST 006	Revisão: 00	Data: 30/10/2020

10.1 Após realizar todas as importações, o assistente de custos deverá verificar se os valores apresentados no sistema de custos estão iguais aos demonstrados no balancete (conta citada na página 9). Para isso deverá clicar na aba Gestão, em seguida cubos e seleccionar o filtro (22) Custos e execute.



10.2 Em seguida dê um duplo clique no relatório Composição e evolução de custos.

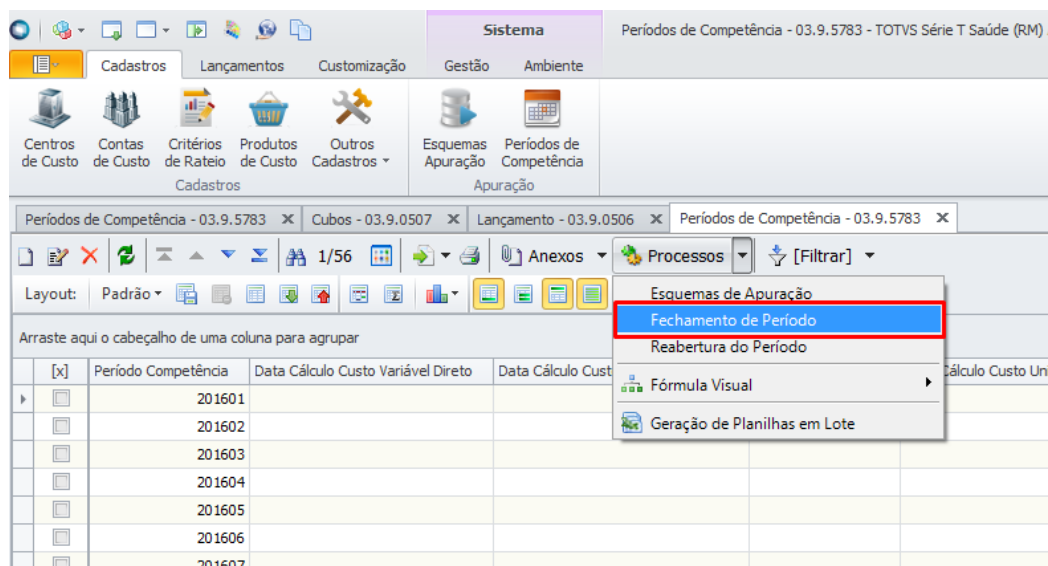
NOGRUPOSUBCONTA		CDCENTROCUSTO	CODIGO GRUPO SUBCONTA	CODIGO GRUPO CONTA	NOGRUPOCONTA	TPCUSTO	TPCLASSIFICACAOC	CDPERIODOCOMPETENCIA			
VLANCAMENTOCENTROCUSTO								201703	201704	201705	Total Geral
NOMEFANTASIA	CDCONTACUSTO	NOCONTACUSTO	NOCENTROCUSTO								
HMTJ	3.2.1.1.11.0007	BOLSISTAS E ESTAGIÁRIOS						29.196,65	26.643,35	26.643,35	82.483,35
	3.2.1.1.11.0008	ENERGIA ELÉTRICA						54.347,17	76.664,26	62.723,66	193.735,09
	3.2.1.1.11.0009	ÁGUA E ESGOTO						40.615,20	42.258,94	49.043,60	131.917,74
	3.2.1.1.11.0010	CESSÃO DE USO DE SOFTWARE						290,42	290,42	290,42	871,26
	3.2.1.1.11.0011	GRÁFICA						2.681,60	497,10	3.818,25	6.996,95
	3.2.1.1.11.0012	LOCAÇÃO DE BENS MÓVEIS								690,00	690,00
	3.2.1.1.12.0001	DEPRECIações E AMORTIZAções						150.704,36	150.704,36	150.740,94	452.149,66
	3.3.1.1.01.0022	ASSISTência MÉDICA E SOCIAL						-639,16	-640,08	-1.465,12	-2.744,36
	3.3.1.1.04.0004	TELEFONE						6.126,24	7.057,45	5.962,20	19.145,89
	3.3.1.1.04.0005	DESPESAS POSTAIS								19,70	19,70
	3.3.1.1.04.0016	CONDUÇÃO URBANA						37,00	565,32	3.547,94	4.150,26
	3.3.1.1.04.0017	BOLSA AUXÍLIO - CIEE/SUPREMA						16.442,87	17.390,28	17.081,08	50.914,23
	3.3.1.1.04.0018	SERVIÇOS DE ACESSO A INTERNET						2.334,28	2.380,05	2.380,05	7.094,38
	3.3.1.1.04.0028	MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS						790,00	790,00		1.580,00
	3.3.1.1.04.0030	HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS						9.690,38	8.979,80	8.979,80	27.649,98
	3.3.1.1.04.0032	DESPESAS COM HOSPEDAGEM E ALIMENTAÇÃO						1.181,40			1.181,40
	3.3.1.1.04.0034	DIVULGAÇÃO INSTITUCIONAL						6.875,00	5.275,00	10.858,72	23.008,72
	3.3.1.1.04.0039	MEDICINA DO TRABALHO								183,58	183,58
	3.3.1.1.04.0044	GENEROS ALIMENTÍCIOS							3.870,00		3.870,00
	3.3.1.1.05.0001	MULTAS POR INFRAções LEGAIS						13.599,94	13.536,73	13.536,73	40.673,40
	3.3.1.1.05.0003	TAXAS DIVERSAS						22,14	6.608,67	7.664,95	14.295,76
	3.3.1.1.05.0004	MULTAS DE MORA						3.789,46	2.442,61	2.179,13	8.411,20
	3.4.1.2.01.0001	JUROS PASSIVOS							134,87		134,87
	3.4.1.2.01.0003	JUROS DE MORA						46.367,62	16.598,80	18.905,58	81.872,00
	3.4.1.2.01.0005	TARIFAS E COMISSões BANCÁRIAS						5.089,61	2.884,54	2.225,26	10.199,41
	3.4.1.2.01.0006	JUROS SOBRE EMPRÉSTIMOS E FINANCIAMENTOS						102.602,83	106.642,24	98.555,98	309.801,05
	4	HORAS EXTRAS						4.760,36	9.521,81	6.320,16	20.602,33
	5	BENEFÍCIOS						43.164,76	49.381,07	44.530,94	137.176,67
	6	SALÁRIO CONTRATUAL MÉDICO						5.150,93	5.146,11	5.146,11	15.443,15
	7	FÉRIAS, 13º SALÁRIO, ENCARGOS E CONTRIBUIções MÉDICO						1.509,27	1.509,13	1.509,02	4.527,42
	8	VERBAS RESCISÓRIAS MÉDICO						882,17	882,16	882,15	2.646,48
	9	HORAS EXTRAS MÉDICO						0,00	0,00	0,00	0,00
HMTJ Total								4.680.280,05	4.987.108,81	5.198.118,68	14.865.507,54

HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS			
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
Título: Análise de Custos			
Responsável: Assistente de Custos	Código: POP CST 006	Revisão: 00	Data: 30/10/2020

O cubo acima permite verificar se os valores estão corretos, os valores alocados em cada centro de custo e identificar as variações dos custos em relação as competências anteriores.

11º Passo:

Após realizar todas as alterações necessárias, junto com o setor da contabilidade, o Assistente de Custos deverá fechar o período.




12º Passo:

O setor de custos recebe os relatórios de consumo já analisados do setor de suprimentos, mas cabe ao assistente de custos validar as informações.

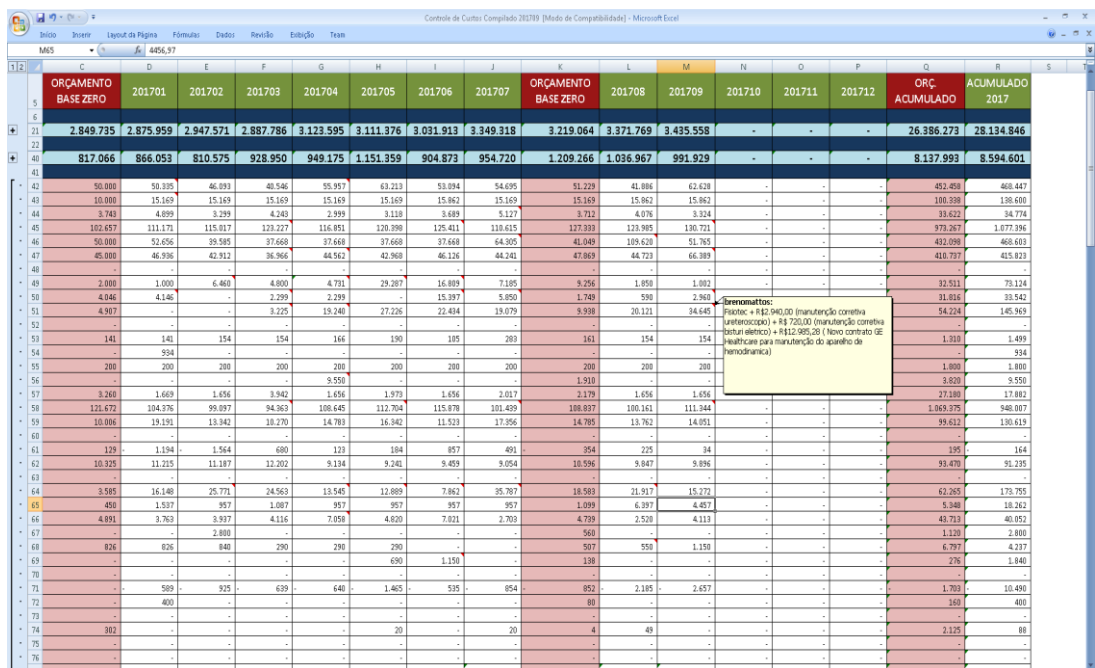
13º Passo:

Após toda a validação os custos referentes aos Centros de Custos do CSC (Financeiro, Controladoria, Suprimentos, Qualidade, RH, DP, CSTI, Diretoria Executiva Regional) deverão ser transferidos para a filial 9 visando a cobrança do rateio dos custos administrativos das demais contratantes.

HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS			 HMTJ ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
Título: Análise de Custos			
Responsável: Assistente de Custos	Código: POP CST 006	Revisão: 00	Data: 30/10/2020

14º Passo:

Após finalizada a análise de custos da unidade o colaborador deverá transcrever os dados para a planilha de controle de custos (OPERACIONAL/FINANCEIRO/Custos/Base Zero) e incluir como comentário as justificativas observadas no momento do fechamento, que servirão de subsídio para a análise crítica do indicador.



	ORÇAMENTO BASE ZERO								ORÇAMENTO BASE ZERO				ORÇ ACUMULADO	ACUMULADO 2017	
	201701	201702	201703	201704	201705	201706	201707	201708	201709	201710	201711	201712			
23	2.849.735	2.875.959	2.947.571	2.887.786	3.123.595	3.111.376	3.031.913	3.349.318	3.219.064	3.371.769	3.435.558	-	-	26.386.273	28.134.846
24	817.066	866.053	810.575	928.950	949.175	1.151.359	904.873	954.720	1.209.266	1.036.967	991.929	-	-	8.137.993	8.594.601
42	50.000	50.335	46.893	40.546	55.957	63.213	53.094	54.695	51.229	41.896	62.628	-	-	452.458	468.447
43	10.000	15.169	15.169	15.169	15.169	15.169	15.169	15.169	15.169	15.862	15.862	-	-	100.398	138.600
44	3.743	4.899	3.299	4.247	2.999	3.118	3.689	5.127	3.712	4.076	3.324	-	-	33.822	34.774
45	102.457	111.171	115.917	123.227	116.851	130.990	125.411	110.615	127.393	123.965	130.721	-	-	978.287	1.077.396
46	50.000	52.656	39.585	37.669	37.669	37.669	37.669	64.300	41.048	109.620	51.765	-	-	492.080	469.693
47	40.000	46.936	42.812	36.960	44.562	42.968	46.126	44.241	47.869	44.723	66.389	-	-	410.797	415.923
48	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
49	2.000	1.000	6.400	4.800	4.791	29.287	16.889	7.185	9.256	1.850	1.002	-	-	32.511	79.124
50	4.046	4.146	-	2.299	2.299	-	15.397	5.950	1.749	590	2.960	-	-	31.816	33.542
51	4.987	-	-	3.225	19.240	27.226	22.484	19.079	9.938	20.121	34.645	-	-	54.224	145.969
52	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
53	141	141	154	154	166	190	105	289	161	154	154	-	-	1.389	1.489
54	-	934	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	934	934
55	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	-	-	1.800	1.800
56	-	-	-	-	8.550	-	-	-	1.910	-	-	-	-	3.820	9.550
57	3.260	1.669	1.656	3.942	1.656	1.973	1.656	2.017	2.179	1.656	1.656	-	-	27.180	17.882
58	121.672	104.376	99.897	94.963	108.645	112.704	115.878	101.499	108.937	100.161	111.344	-	-	1.069.375	948.007
59	10.006	19.191	13.342	10.170	14.783	16.342	11.523	17.356	14.785	13.762	14.051	-	-	99.612	130.615
60	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
61	129	1.194	1.564	690	133	194	857	491	354	225	34	-	-	195	364
62	10.325	11.215	11.187	12.202	9.394	9.241	9.459	9.054	10.596	9.847	9.896	-	-	93.470	91.235
63	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
64	3.585	16.148	25.771	24.563	13.545	12.889	7.862	35.787	18.583	21.917	15.272	-	-	62.265	179.755
65	450	1.537	957	1.087	957	957	957	957	1.099	6.397	4.857	-	-	5.340	18.262
66	4.991	3.763	3.937	4.116	7.058	4.620	7.021	2.703	4.739	2.529	4.113	-	-	49.713	40.852
67	-	-	2.800	-	-	-	-	-	580	-	-	-	-	1.120	2.800
68	926	926	840	290	290	290	290	290	907	550	1.150	-	-	6.797	4.237
69	-	-	-	-	-	690	1.150	-	138	-	-	-	-	276	1.840
70	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
71	-	589	925	639	640	1.465	535	854	852	2.185	2.657	-	-	1.709	10.490
72	-	400	-	-	-	-	-	-	80	-	-	-	-	160	400
73	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
74	902	-	-	-	-	20	20	20	4	49	-	-	-	2.125	88
75	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
76	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
77	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

II. Siglas e Definições

OSSHMTJ – Organização Social de Saúde Hospital Maternidade Therezinha de Jesus

III. Anexos

N/A

IV. Referências

N/A

**HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS -
OSS (JUIZ DE FORA - MG)**

**MANUAL DA CRIAÇÃO DA CSC - CENTRAL DE SERVIÇOS
COMPARTILHADOS**

ÍNDICE

I. INTRODUÇÃO	3
II. CENTRAL DE SERVIÇOS COMPARTILHADOS – CONCEITUAÇÃO	4
III. ESTRUTURA ORGANIZACIONAL ATUAL	9
IV. ESTRUTURA ORGANIZACIONAL PROPOSTA COM CSC	10
V. MODELAGEM ADOTADA DE CENTROS DE CUSTOS DE GASTOS E CONTAS DE CUSTOS E GASTOS	12
VI. CRITÉRIO DE RATEIO	17
VII. MODELOS DE RELATÓRIOS	18

I. INTRODUÇÃO

Este relatório tem por objetivo apresentar o conceito de CSC - Central de Serviços Compartilhados, e sua aplicação na OSS - Organização Social de Saúde HMTJ - Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus.

A implantação do conceito de CSC no HMTJ tem, pelo menos, dois objetivos principais, a saber:

- Aprimorar seu modelo de gestão, através da aplicação de um conceito já largamente utilizado nos países desenvolvidos, assim como no Brasil, em vários segmentos de atividade econômica, e agora com algumas experiências no setor da prestação de serviços assistenciais em saúde, nas organizações que, como o HMTJ, operam com várias unidades produtivas situadas em locais geograficamente distintos e, eventualmente, distantes, e que precisam dirigir os esforços em cada unidade para sua atividade principal, mas ao mesmo tempo necessitam que as práticas administrativas, em cada unidade produtiva, sejam padronizadas, eficientes, com gestão própria, e que este modelo proporcione um custo global menor para a organização, mas ao mesmo tempo uma gestão eficiente e eficaz;
- Sanar um problema comum, enfrentado pelas secretarias de saúde que adotam o modelo da OSS na prestação de serviços de saúde à população, que é como atribuir, ao custo de cada contrato de unidade gerida no modelo de OSS, os gastos da administração central da OSS, isto é como ratear para cada contrato os gastos gerais e da administração central da OSS. O modelo ora proposto, tem também o objetivo de contribuir como uma metodologia justa e adequada de atribuição desses gastos gerais de governança da OSS, a cada uma de suas unidades, através do conceito de CSC - Central de Serviços Compartilhados, e de uma demonstração clara e transparentes de gastos da administração central e de como esses gastos são atribuídos às várias unidades geridas pela OSS - Organização Social de Saúde.

II. CENTRAL DE SERVIÇOS COMPARTILHADOS – CONCEITUAÇÃO

O conceito da CSC - Central de Serviços Compartilhados, tem sido adotado por organizações que atuam com várias unidades de negócio, com o objetivo de obter ganhos de escala naquelas atividades comuns a todas as unidades de negócio - normalmente, atividades administrativas e de apoio. Outra vantagem da adoção do conceito de CSC, é que o gestor de cada unidade tem seu foco de atuação concentrado no núcleo da sua atividade assistencial, reduzindo o seu envolvimento em atividades administrativas e de apoio, que são geridas pela CSC. Além disto, a implantação do conceito de CSC possibilita a uniformização das práticas administrativas e de apoio para todas as unidades assistencial, facilitando as transferências de gestores e colaboradores inter-unidades, pois as práticas são as mesmas em todas elas.

Por outro lado, para a adequada implantação deste conceito, é necessário um elevado nível de maturidade dos gestores da organização, pois passa-se a trabalhar com o conceito de matriz de responsabilidades entre o gestor de cada unidade e o gestor do CSC.

O conceito de Unidade de Atividade Assistencial

Com a expansão de suas atividades, quer regionais ou geográficas, quer na ampliação de suas linhas de produtos, serviços ou atividades, as organizações vão ampliando suas estruturas organizacionais, criando unidades para atender sua expansão geográfica e/ou dos serviços e produtos oferecidos.

Com o objetivo de disciplinar e organizar este modelo com várias unidades, foi desenvolvido o conceito de administração por unidade. Este conceito, em seu sentido mais amplo, trata a unidade como uma entidade específica, delegando ao gerente ou diretor das unidades, responsabilidades como uma atividade assistencial específica, autoridade e poder de decisão. Logo o modelo de gerenciamento por unidade, está associado diretamente à descentralização e delegação de responsabilidade. Por outro lado, a delegação de descentralização requer um alto

grau de normatização, sem o que a transferência de responsabilidade pode correr sérios riscos. Descentralizar sem normas e procedimentos muito bem definidos pode representar alto risco. As organizações mais bem-sucedidas possuem normas e procedimentos bem definidos que delimitam as responsabilidades delegadas aos seus gestores. Na realidade não existe um sistema totalmente descentralizados, o que existe é a descentralização relativa sempre de acordo com normas preestabelecidas.

Neste trabalho, estamos definindo uma unidade de atividade assistencial como sendo uma unidade organizacional relativamente independente, cujo gestor é responsável pelo seu desempenho e eficácia de resultados.

A administração dos serviços por intermédio de unidades de atividades assistencial, requer alto nível profissional, além de ser requisito indispensável, um bom conjunto de normas de procedimentos, visto que a padronização e normatização são pré-requisitos para a segmentação e qualificação dos serviços prestados.

Entre várias vantagens da segmentação por unidades de atividade assistencial, podemos citar a principal delas que é a aferição de desempenho por especialidade das unidades e suas eficácias.

Quanto às desvantagens da segmentação por unidade de atividade assistencial, podemos citar: complexidade, dificuldade de implementação, custo, falta de sistemas de apoio, rateio dos custos comuns e de investimentos na sistematização e mecanização dos processos.

A apuração de resultados no modelo de Unidades de Atividade Assistencial

Unidade de Atividade Assistencial significa segmentar a organização em duas ou mais partes, tratando-as como se fosse unidades diferentes. O conceito de unidade de atividade assistencial normalmente aparece associado aos centros de resultados.

Ao abordar os sistemas de controle gerencial em empresas descentralizadas, Johnson e Kaplan (1991, p. 4) asseveram que “o sistema de contabilidade gerencial é o meio por qual a alta administração comunica as metas e objetivos da organização aos subordinados e gerentes de unidades de negócio” [e, por outro

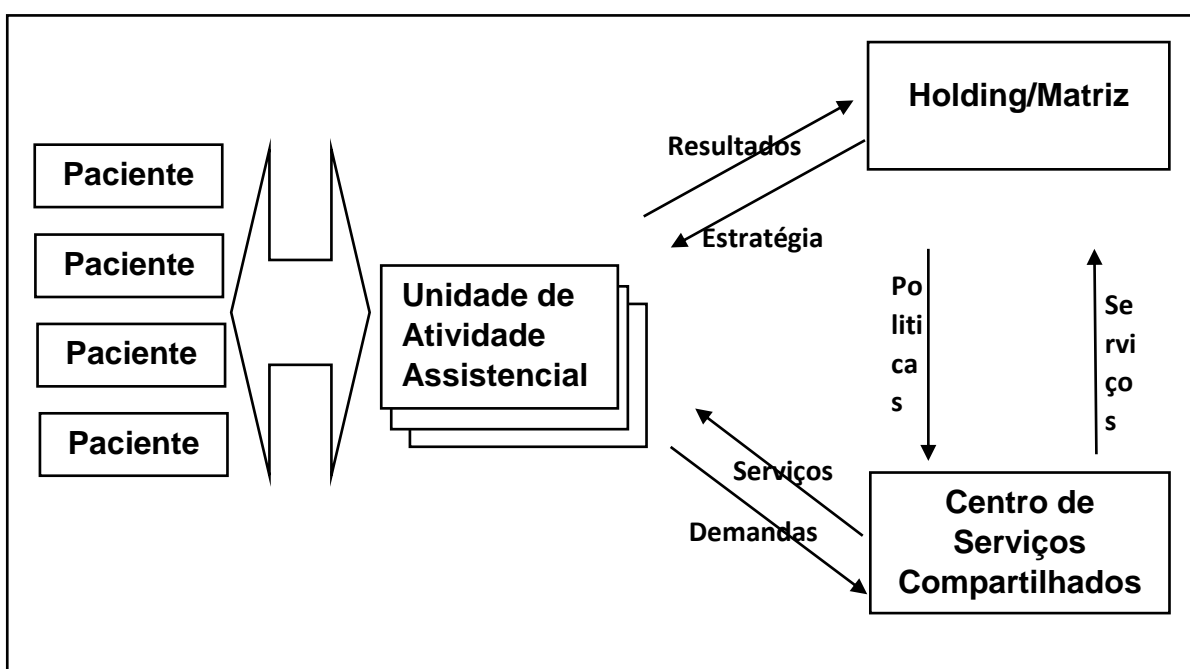
lado,] “é o canal pelo qual a informação sobre o desempenho e a eficiência na fábrica de produtos é reportada aos níveis gerenciais superiores”.

Numa empresa descentralizada, portanto, os sistemas de controle têm dois papéis básicos: fornecer alta administração informações sobre as unidades de negócio, no que diz respeito a rentabilidade e desempenho de suas operações, e influenciar o comportamento dos gerentes locais, de forma que suas decisões e ações sejam consistentes com os objetivos globais da organização.

No tocante ao sistema de informações, a alta administração precisa definir quais serão as medidas de desempenho dos gerentes e das unidades pelas quais são responsáveis. Vancil (1973) sugere que esse conjunto de medidas deve satisfazer a duas condições básicas: ser percebido como justo pelo gerente que vem sendo avaliado, e ser capaz de motivar o gerente da unidade de negócio, ao agir em benefício próprio ou de sua divisão, contribuindo, ao mesmo tempo, à consecução dos objetivos globais da organização.

O conceito da Central de Serviços Compartilhados

Serviços Compartilhados, (oriundo da expressão originária da língua inglesa Shared Services) é a prática em que unidades de negócios de empresas e organizações decidem compartilhar um conjunto de serviços ao invés de tê-los como uma série de funções de apoio duplicadas dentro da organização (QUINN; COOKE; KRIS, 2000, p.11).



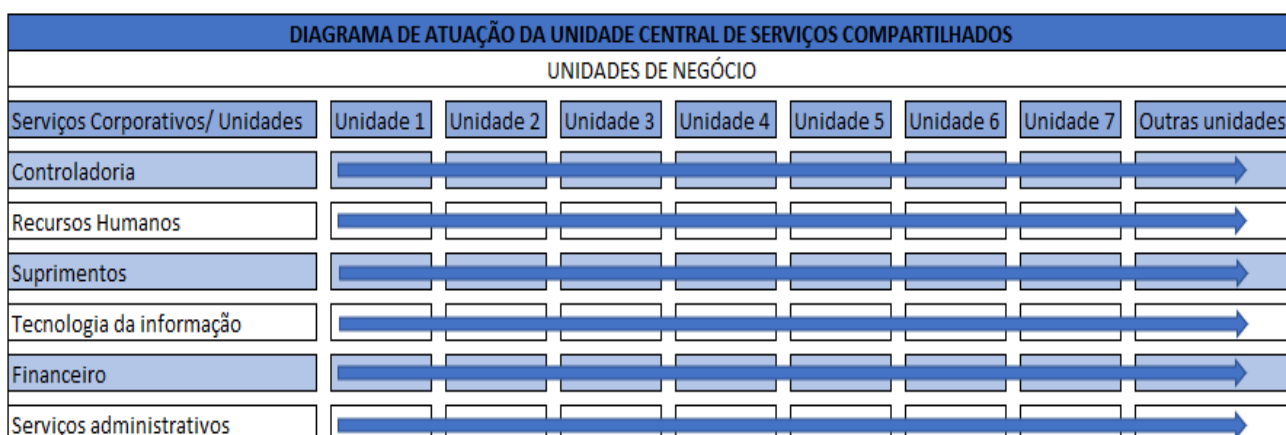
Tripé do modelo organizacional após a implantação da CSC, adaptado as Organizações Sociais de Saúde.
 Fonte original: Thompson Consulting (2007)
 Adaptação: HMTJ

É comum encontrarmos nas organizações que criam unidades de atividade assistencial, diversas funções de natureza administrativos e de suporte, replicadas em cada uma dessas unidades, gerando custos e diversidades de práticas administrativas, pois cada gestor de unidade acaba “assumindo” a gestão desses serviços administrativos, e ajustando-os ao seu modo de administrar a unidade, perdendo a organização, a uniformização de práticas administrativas.

A CSC atua como uma unidade organizacional cujo objetivo é prover serviços de apoio - técnico, administrativos, financeiros, de suporte, para todas as unidades operacionais da organização, centralizando sob um único comando a realização dessas atividades, desonerando o custo individual de cada unidade de atividade assistencial, e unificando as práticas administrativas em todas essas unidades.

Desta forma, o gestor responsável pela unidade de atividade assistencial deve focar sua gestão na assistência, delegando ao gestor da CSC o provimento dos serviços de apoio, necessários para suas atividades.

O diagrama abaixo ilustra um modelo de unidades de atividade assistencial com a CSC, que provê diversos serviços de suporte - de natureza administrativas e financeira. às diferentes unidades de negócio, uniformizando as práticas administrativas pela qualidade desses serviços.



Modelo de CSC

CSC único: Um único centro de serviços que concentra todas os serviços de apoio às unidades de atividade assistencial da organização social de saúde;

CSC Regional: um centro de serviços para cada região geográfica ocupada por unidade (S) da organização, que concentra todos os serviços de apoio às unidades daquela região.

A implantação da CSC na organização social de saúde

Um modelo de CSC requer um elevado nível de maturidade da organização e de seus gestores, tanto nas unidades de atividade assistencial quanto da CSC, pois haverá uma constante negociação e discussão entre eles, quanto aos serviços prestados pela CSC e as responsabilidades envolvidas.

A implantação da CSC requer um adequado planejamento, forte estratégia de comunicação patrocinada pela alta administração da organização. Uma definição clara das responsabilidades dos gestores das unidades, assim como do gestor da CSC é fator crítico de sucesso, da mesma forma que a manualização das práticas administrativas, que devem ser uniformes em todas as unidades.

Devem ser desenvolvidos indicadores para medir o resultado dos serviços prestados pela CSC, de modo que seu gestor possa ser monitorado e medida sua performance.

Recursos de informática

Os modernos recursos de informática, tais como ERP (sistema informatizado de gestão), workflows, dentre outros, são ferramentas importantes para o sucesso da implantação do conceito de CSC, pois apoiam a uniformização das práticas administrativas e permitem seu controle, tanto pelo gestor de cada unidade, quanto pelo responsável pela CSC.

III. ESTRUTURA ORGANIZACIONAL ATUAL

A estrutura organizacional atual leva em conta a disponibilização de serviços administrativos em cada uma das várias unidades, desta forma se verifica, em cada uma delas, custos com serviços de contabilidade, jurídicos, gestão financeira e outros, conforme demonstrado no quadro a seguir:

UNIDADES DE NEGÓCIO				
Unidade 1	Unidade 2	Unidade 3	Unidade 4	Unidade 5
Serviços Técnicos em Contabilidade	Serviços Técnicos em Contabilidade	Serviços Técnicos em Contabilidade	Serviços Técnicos em Contabilidade	Serviços Técnicos em Contabilidade
Serviços Especializados em Gestão Financeira	Serviços Especializados em Gestão Financeira	Serviços Especializados em Gestão Financeira	Serviços Especializados em Gestão Financeira	Serviços Especializados em Gestão Financeira
Consultoria em Assuntos Advocatícios	Consultoria em Assuntos Advocatícios	Consultoria em Assuntos Advocatícios	Consultoria em Assuntos Advocatícios	Consultoria em Assuntos Advocatícios
Outsourcing de Suporte Técnico em T.I.	Outsourcing de Suporte Técnico em T.I.	Outsourcing de Suporte Técnico em T.I.	Outsourcing de Suporte Técnico em T.I.	Outsourcing de Suporte Técnico em T.I.
Serviços de Logística	Serviços de Logística	Serviços de Logística	Serviços de Logística	Serviços de Logística

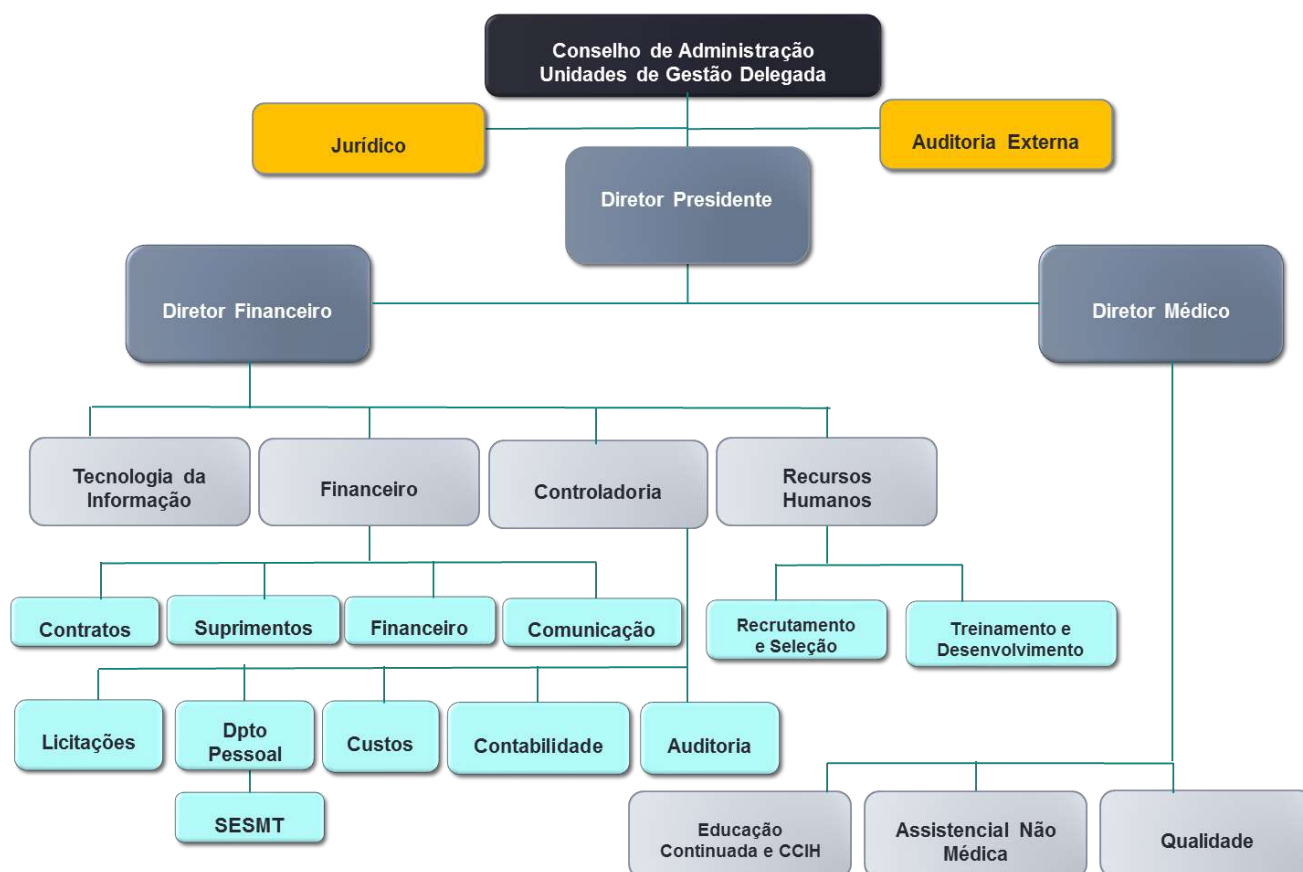
Inicialmente esse modelo se justificaria, no entanto com a entrada de novas unidades geridas por uma mesma organização e estrutura o conceito de CSC, como descrito anteriormente, se aplica integralmente resultando em desoneração de custos em cada unidade de negócio, e unificando as práticas administrativas garantindo assim o foco do gestor da unidade na assistência delegando ao gestor da CSC o provimento dos serviços de apoio.

Desta forma o HMTJ passa a adotar em sua estrutura o conceito de CSC Central de Serviços Compartilhados conforme descrito a seguir.

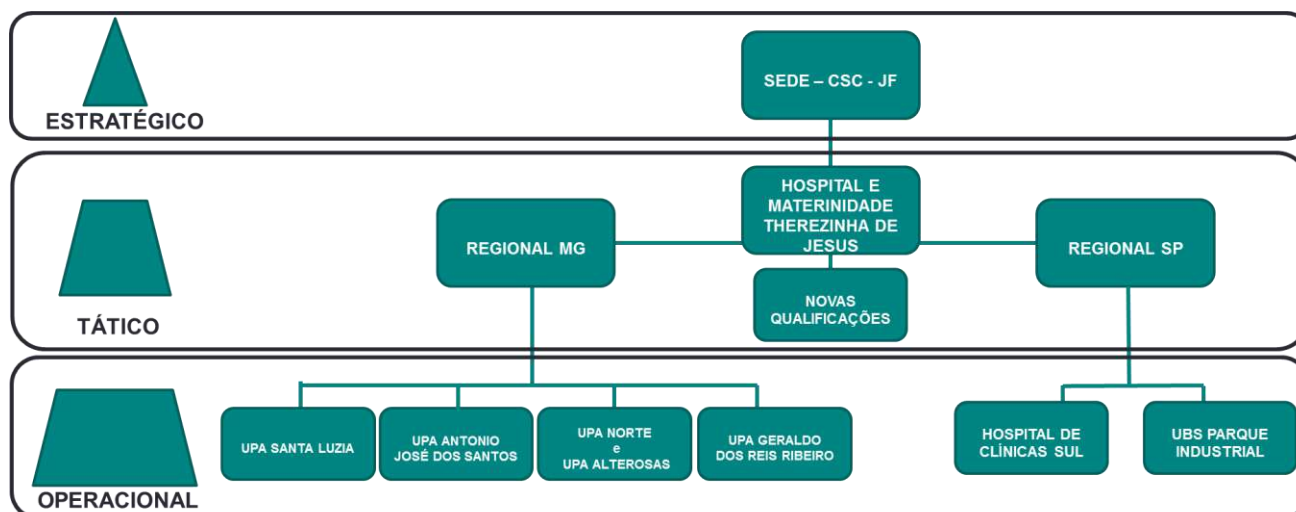
IV. ESTRUTURA ORGANIZACIONAL PROPOSTA COM CSC

Para melhor entendimento a segregação dos custos o CSC do HMTJ foi elaborado coma montagem de duas sedes regionais identificadas como, Administração Central Regional São Paulo, Hospital Maternidade Therezinha de Jesus e Administração Central Regional Minas Gerais, desta forma os custos diretos e indiretos de cada regional e respectivamente os rateios ou compartilhamento a cada unidade de atividade assistencial serão facilmente identificados, gerando um grau adequado de transparência e rastreabilidade.

Demonstramos a seguir uma representação gráfica do novo modelo:



O modelo proposto está, também, fundamentado nos níveis organizacionais da entidade:



Cabe destacar que o critério de rateio adotado foi número de colaboradores de cada uma das unidades.

V. MODELAGEM ADOTADA DE CENTROS DE CUSTOS DE GASTOS E CONTAS DE CUSTOS E GASTOS

CDCENTROCUSTO	NOCENTROCUSTO	NOCRITERIORATEIO
01	Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus - Matriz	Matriz
01.01.002.001	Diretoria Executiva Regional	Linear
01.01.002.002	Gerência Financeira	Linear
01.01.002.003	Gerência Controladoria	Linear
01.01.002.004	Gerência de Manutenção e Obras	Linear
01.01.002.005	Gerência de Suprimentos	Linear
01.01.002.006	GCSTI - Gerência Central de Sistema de Tecnologia de Informação	Linear
01.01.002.007	Gerência de Recursos Humanos	Linear
01.01.002.008	Gerência de Departamento Pessoal	Linear
01.01.002.009	Gerência de Estudos de Pesquisas Científicas	Linear
01.01.002.010	Gerência de Qualidade	Linear
01.01.002.011	Gerência Médica	Linear
01.01.002.012	Gerência Assistencial Não Médica	Linear
01.01.002.013	Administração Central Regional - MG	MG
01.01.002.014	Administração Central Regional - RJ	RJ
01.01.002.015	Administração Central Regional - SP	SP
01.02.001.001	Diretoria Executiva Regional - MG	Central MG
01.02.001.002	Gerência Financeira - MG	Central MG
01.02.001.003	Gerência Controladoria - MG	Central MG
01.02.001.004	Gerência de Manutenção - MG	Central MG
01.02.001.005	Gerência de Suprimentos - MG	Central MG
01.02.001.006	GCSTI - Gerência de Central de Sistema de Tecnologia de Info	Central MG
01.02.001.007	Gerência de Recursos Humanos - MG	Central MG
01.02.001.008	Gerência de Departamento Pessoal - MG	Central MG
01.02.001.009	Gerência da Qualidade - MG	Central MG
01.02.001.010	Gerência Assistencial Não Médica - MG	Central MG
01.02.002.003.0016	Gerência de Estudos de Pesquisas Científicas - MG	Central MG
01.03.001.001	Diretoria Executiva Regional - RJ	Central RJ
01.03.001.002	Gerência Financeira - RJ	Central RJ
01.03.001.003	Gerência Controladoria - RJ	Central RJ
01.03.001.004	Gerência de Manutenção - RJ	Central RJ
01.03.001.005	Gerência de Suprimentos - RJ	Central RJ
01.03.001.006	GCSTI - Gerência de Central de Sistema de Tecnologia de Informação	Central RJ
01.03.001.007	Gerência de Recursos Humanos - RJ	Central RJ
01.03.001.008	Gerência de Departamento Pessoal - RJ	Central RJ
01.03.001.009	Gerência da Qualidade - RJ	Central RJ
01.03.001.010	Gerência Assistencial Não Médica - RJ	Central RJ
01.04.001.001	Diretoria Executiva Regional - SP	Central SP
01.04.001.002	Gerência Financeira - SP	Central SP
01.04.001.003	Gerência de Controladoria - SP	Central SP
01.04.001.004	Gerência de Manutenção e Obras	Central SP
01.04.001.005	Gerência de Suprimentos - SP	Central SP
01.04.001.006	GSTI - Gerência de Central de Sistemas de Tec. Informação SP	Central SP
01.04.001.007	Gerência de Recursos Humanos - SP	Central SP
01.04.001.008	Gerência de Departamento Pessoal - SP	Central SP
01.04.001.009	Gerência de Qualidade - SP	Central SP

CDCONTACUSTO	NOCONTACUSTO	APLICAÇÃO
1	SALÁRIO CONTRATUAL	Direta
10	BENEFÍCIOS MÉDICOS	Direta
11	RATEIOS RECEBIDOS	Direta
2	FÉRIAS, 13º SALÁRIO, ENCARGOS E CONTRIBUIÇÕES	Direta
3	VERBAS RESCISÓRIAS	Direta
3.2.1.1.01.0001	SALÁRIO CONTRATUAL	Direta
3.2.1.1.01.0002	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE	Direta
3.2.1.1.01.0003	ADICIONAL NOTURNO	Direta
3.2.1.1.01.0004	HORAS EXTRAS	Direta
3.2.1.1.01.0005	ADICIONAL DE PERICULOSIDADE	Direta
3.2.1.1.01.0006	ADICIONAL DE JORNADA	Direta
3.2.1.1.01.0007	PRÊMIO ASSIDUIDADE	Direta
3.2.1.1.01.0008	13º SALÁRIO PROVISIONADO	Direta
3.2.1.1.01.0009	FÉRIAS PROVISIONADAS	Direta
3.2.1.1.01.0010	GRATIFICAÇÕES E VANTAGENS PESSOAIS	Direta
3.2.1.1.01.0011	DSR E FERIADO TRABALHADO	Direta
3.2.1.1.01.0012	AFASTAMENTO POR DOENÇA	Direta
3.2.1.1.01.0013	ABONO PECUNIÁRIO DE FÉRIAS	Direta
3.2.1.1.01.0014	AVISO PRÉVIO E INDENIZAÇÕES	Direta
3.2.1.1.01.0015	FÉRIAS INDENIZADAS	Direta
3.2.1.1.01.0016	FGTS NA RESCISÃO	Direta
3.2.1.1.01.0017	FGTS INDENIZADO	Direta
3.2.1.1.01.0018	ASSISTÊNCIA MÉDICA E SOCIAL	Direta
3.2.1.1.01.0019	VALE-TRANSPORTE	Direta
3.2.1.1.01.0020	PAT - PROG. ALIMENTAÇÃO DO TRABALHADOR	Direta
3.2.1.1.01.0021	FORMAÇÃO TÉCNICO PROFISSIONAL	Direta
3.2.1.1.01.0022	ROUPAS PROFISSIONAIS E EPI	Direta
3.2.1.1.01.0023	OUTROS BENEFÍCIOS A EMPREGADOS	Direta
3.2.1.1.01.0024	AJUDA DE CUSTO	Direta
3.2.1.1.01.0025	13º SALÁRIO INDENIZADO	Direta
3.2.1.1.01.0026	SINDICAL PATRONAL	Indireta
3.2.1.1.02.0001	MÉDICOS - PESSOA FÍSICA	Direta
3.2.1.1.02.0002	MÉDICOS - PESSOA JURÍDICA	Direta
3.2.1.1.02.0003	COOPERATIVAS DE TRABALHO MÉDICOS	Direta
3.2.1.1.02.0004	MULTIPROFISSIONAIS - PF	Direta
3.2.1.1.02.0005	MULTIPROFISSIONAIS - PJ	Direta
3.2.1.1.03.0001	FGTS	Direta
3.2.1.1.03.0002	PIS	Direta
3.2.1.1.04.0001	ISENÇÃO DE QUOTA PATRONAL	Indireta
3.2.1.1.04.0002	ISENÇÃO DO RAT	Indireta
3.2.1.1.04.0003	ISENÇÃO DE CONTR. OUTRAS ENTIDADES	Indireta
3.2.1.1.04.0004	ISENÇÃO DE CONTRIB. PREVIDENCIÁRIA	Indireta
3.2.1.1.05.0001	DROGAS E MEDICAMENTOS	Direta
3.2.1.1.05.0002	MATERIAIS DE CONSUMO HOSPITALAR	Direta
3.2.1.1.05.0003	GASES MEDICINAIS	Direta
3.2.1.1.05.0004	SANGUE E PLASMA	Direta
3.2.1.1.05.0005	DIETAS ENTERAIS E PARENTERAIS	Direta
3.2.1.1.05.0006	ÓRTESE, PRÓTESE E MATERIAIS ESPECIAIS	Direta
3.2.1.1.05.0007	MANIPULAÇÃO	Direta
3.2.1.1.06.0001	GÊNEROS ALIMENTÍCIOS	Direta
3.2.1.1.06.0002	MATERIAL DE LIMPEZA	Direta
3.2.1.1.06.0003	MATERIAL DE EXPEDIENTE	Direta
3.2.1.1.06.0004	MATERIAL DE MANUTENÇÃO	Direta
3.2.1.1.06.0005	GÁS DE COZINHA	Direta
3.2.1.1.06.0006	ROUPAS PROFISSIONAIS E EPI	Direta
3.2.1.1.06.0007	MATERIAL DE COPA E COZINHA	Direta
3.2.1.1.06.0008	MATERIAL DE LAVANDERIA	Direta
3.2.1.1.06.0009	COMBUSTÍVEIS E LUBRIFICANTES	Direta
3.2.1.1.06.0010	FRETES E CARRETOS	Direta
3.2.1.1.06.0011	OUTROS MATERIAIS	Direta
3.2.1.1.07.0001	LABORATORIAIS	Direta
3.2.1.1.07.0002	NUTRIÇÃO ESPECIALIZADA	Direta
3.2.1.1.07.0003	TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA	Direta
3.2.1.1.07.0004	HEMOTERAPIA	Direta
3.2.1.1.07.0005	RADIOLOGIA	Direta
3.2.1.1.07.0006	ENDOSCOPIA E COLONOSCOPIA	Direta
3.2.1.1.07.0007	MEDICINA NUCLEAR	Direta
3.2.1.1.07.0008	ULTRASSOM	Direta
3.2.1.1.07.0009	MÉTODOS GRÁFICOS	Direta
3.2.1.1.07.0010	ECOCARDIOGRAMA	Direta

3.2.1.1.07.0011	EXAME CPRE	Direta
3.2.1.1.07.0012	LACTÁRIO	Direta
3.2.1.1.07.0013	MAMOGRAFIA	Direta
3.2.1.1.07.0014	PESQUISAS E DESENVOLVIMENTOS	Direta
3.2.1.1.08.0001	MANUTENÇÃO PREDIAL	Direta
3.2.1.1.08.0002	MANUTENÇÃO DE MÁQUINAS E EQUIPAMENTOS	Direta
3.2.1.1.08.0003	ENGENHARIA CLÍNICA	Direta
3.2.1.1.08.0004	MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE INFORMÁTIC	Direta
3.2.1.1.08.0005	SEGURANÇA E VIGILÂNCIA	Direta
3.2.1.1.08.0006	MANUTENÇÃO DE VEÍCULOS	Direta
3.2.1.1.08.0007	ANÁLISES QUÍMICAS	Direta
3.2.1.1.09.0001	CONTROLE DE PRAGAS	Direta
3.2.1.1.09.0002	COLETA HOSPITALAR SELETIVA	Direta
3.2.1.1.09.0003	LIMPEZA E HIGIENIZAÇÃO	Direta
3.2.1.1.09.0004	COLETA DE RESÍDUOS HOSPITALARES	Direta
3.2.1.1.09.0005	LAVANDERIA	Direta
3.2.1.1.09.0006	ESTERILIZAÇÃO	Direta
3.2.1.1.10.0001	SUPORTE EM TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO	Direta
3.2.1.1.10.0002	MEDICINA DO TRABALHO	Direta
3.2.1.1.10.0003	FORNECIMENTO DE ALIMENTAÇÃO	Direta
3.2.1.1.10.0004	CENTRAL DE DISTRIBUIÇÃO	Direta
3.2.1.1.10.0005	HONORÁRIOS PROFISSIONAIS - PF	Direta
3.2.1.1.10.0006	HONORÁRIOS PROFISSIONAIS - PJ	Direta
3.2.1.1.10.0007	ASSESSORIA EM CUSTOS	Direta
3.2.1.1.10.0008	ASSESSORIA EM PROGRAMAS DE QUALIDADE	Direta
3.2.1.1.10.0009	ASSESSORIA EM CONTROLES PATRIMONIAIS	Direta
3.2.1.1.10.0010	DOCUMENTAÇÃO E LEGALIZAÇÃO	Direta
3.2.1.1.10.0011	ASSESSORIA EM GESTÃO DE PESSOAS	Direta
3.2.1.1.10.0012	SERVIÇO DE AUDITORIA INDEPENDENTE	Direta
3.2.1.1.10.0013	ASSESSORIA ADMINISTRATIVA	Direta
3.2.1.1.10.0014	CONSULTORIA EM PROGRAMAS DO SUS	Direta
3.2.1.1.10.0015	DIREÇÃO MÉDICA	Direta
3.2.1.1.11.0001	ALUGUÉIS E CONDOMÍNIOS	Direta
3.2.1.1.11.0002	LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTOS	Direta
3.2.1.1.11.0003	LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE INFORMÁTICA	Direta
3.2.1.1.11.0004	LOCAÇÃO DE AMBULÂNCIAS	Direta
3.2.1.1.11.0005	LOCAÇÃO DE CILINDROS DE GASES MEDICINAIS	Direta
3.2.1.1.11.0006	LOCAÇÃO DE VEÍCULOS	Direta
3.2.1.1.11.0007	BOLSISTAS E ESTAGIÁRIOS	Direta
3.2.1.1.11.0008	ENERGIA ELÉTRICA	Indireta
3.2.1.1.11.0009	ÁGUA E ESGOTO	Indireta
3.2.1.1.11.0010	CESSÃO DE USO DE SOFTWARE	Direta
3.2.1.1.11.0011	GRÁFICA	Direta
3.2.1.1.11.0012	LOCAÇÃO DE BENS MÓVEIS	Direta
3.2.1.1.12.0001	DEPRECIações E AMORTIZAÇÕES	Direta
3.2.2.1.01.0008	GRATIFICAÇÕES E VANTAGENS PESSOAIS-EXCLU	Indireta
3.2.2.1.01.0017	PAT - PROG. ALIMENT.DO TRABALHADOR-EXCLU	Indireta
3.2.2.1.01.0027	SERV. PREST. PESSOA FÍSICA NÃO MÉD-EXCLU	Indireta
3.2.2.1.05.0013	DESPESAS COM HOSPED. E ALIMENTAÇÃO-EXCLU	Indireta
3.2.2.1.05.0034	SERV MANUTENÇÃO DE EQUIP E MÓVEIS-EXCLUI	Indireta
3.2.2.1.05.0038	SERVIÇOS MANUTENÇÃO EQUIP INFORM.-EXCLUI	Indireta
3.2.2.1.07.0008	JUROS SOBRE EMPRÉSTIMOS E FINANC.-EXCLUI	Indireta
3.2.3.1.01.0001	PROV. P/ PERDAS E AJUSTES DE ATIVOS-EXCL	Indireta
3.3.1.1.01.0001	SALÁRIO CONTRATUAL	Direta
3.3.1.1.01.0002	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE	Direta
3.3.1.1.01.0003	ADICIONAL NOTURNO	Direta
3.3.1.1.01.0004	HORAS EXTRAS	Direta
3.3.1.1.01.0005	PRÊMIO ASSIDUIDADE	Direta
3.3.1.1.01.0006	GRATIFICAÇÕES E VANTAGENS PESSOAIS	Direta
3.3.1.1.01.0007	ADICIONAL DE JORNADA	Direta
3.3.1.1.01.0008	ADICIONAL DE RESULTADO	Direta
3.3.1.1.01.0009	13º SALÁRIO PROVISIONADO	Direta
3.3.1.1.01.0010	FÉRIAS PROVISIONADAS	Direta
3.3.1.1.01.0011	ROUPAS PROFISSIONAIS	Direta
3.3.1.1.01.0012	DSR E FERIADO TRABALHADO	Direta
3.3.1.1.01.0013	AFASTAMENTO POR DOENÇA	Direta
3.3.1.1.01.0014	ABONO PECUNIÁRIO DE FÉRIAS	Direta
3.3.1.1.01.0015	AVISO PRÉVIO E INDENIZAÇÕES	Direta
3.3.1.1.01.0016	FÉRIAS INDENIZADAS	Direta
3.3.1.1.01.0017	FGTS NA RESCISÃO	Direta
3.3.1.1.01.0018	FGTS INDENIZADO	Direta
3.3.1.1.01.0019	VALE TRANSPORTE	Direta
3.3.1.1.01.0020	PAT - PROGR. ALIMETAÇÃO DO TRABALHADOR	Direta
3.3.1.1.01.0021	FORMAÇÃO TÉCNICO PROFISSIONAL	Direta
3.3.1.1.01.0022	ASSISTÊNCIA MÉDICA E SOCIAL	Direta
3.3.1.1.01.0023	OUTROS BENEFÍCIOS A EMPREGADOS	Direta
3.3.1.1.01.0024	AJUDA DE CUSTO	Direta
3.3.1.1.01.0025	13º SALÁRIO INDENIZADO	Direta
3.3.1.1.01.0026	ADICIONAL DE PERICULOSIDADE	Direta
3.3.1.1.02.0001	FGTS	Direta
3.3.1.1.02.0002	PIS	Direta
3.3.1.1.03.0001	ALUGUÉIS DE IMÓVEIS	Direta
3.3.1.1.03.0002	ALUGUÉIS DE MÁQUINAS E EQUIPAMENTOS	Direta
3.3.1.1.03.0003	ARRENDAMENTO DE IMÓVEIS	Direta
3.3.1.1.04.0001	ENERGIA ELÉTRICA	Direta
3.3.1.1.04.0002	ÁGUA E ESGOTO	Direta
3.3.1.1.04.0003	DOAÇÕES	Direta
3.3.1.1.04.0004	TELEFONE	Indireta
3.3.1.1.04.0005	DESPESAS POSTAIS	Direta
3.3.1.1.04.0006	SEGUROS	Indireta
3.3.1.1.04.0007	MATERIAL DE HIGIENE E LIMPEZA	Direta
3.3.1.1.04.0008	ASSISTÊNCIA CONTÁBIL	Direta
3.3.1.1.04.0009	ASSISTÊNCIA EM GESTÃO FINANCEIRA	Direta
3.3.1.1.04.0010	DEPRECIações E AMORTIZAÇÕES	Direta

3.3.1.1.04.0011	REPRODUÇÕES	Indireta
3.3.1.1.04.0012	DESPESAS LEGAIS E JUDICIAIS	Indireta
3.3.1.1.04.0013	LIVROS, JORNAIS E REVISTAS	Indireta
3.3.1.1.04.0014	MULTA DE TRÂNSITO	Indireta
3.3.1.1.04.0015	CESSÃO DE USO DE SOFTWARE	Direta
3.3.1.1.04.0016	CONDUÇÃO URBANA	Direta
3.3.1.1.04.0017	BOLSA AUXÍLIO - CIEE/SUPREMA	Direta
3.3.1.1.04.0018	SERVIÇOS DE ACESSO A INTERNET	Indireta
3.3.1.1.04.0019	INDENIZAÇÕES POR ACORDO	Indireta
3.3.1.1.04.0020	PUBLICAÇÕES LEGAIS	Indireta
3.3.1.1.04.0021	DEPÓSITOS PARA RECURSOS	Direta
3.3.1.1.04.0022	ANUIDADES DE CONSELHOS	Direta
3.3.1.1.04.0023	LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE ESCRITÓRIO	Direta
3.3.1.1.04.0024	SERVIÇOS PRESTADOS POR PESSOAS FÍSICAS	Direta
3.3.1.1.04.0025	ALUGUEL DE VEÍCULOS	Direta
3.3.1.1.04.0026	MATERIAL DE MANUTENÇÃO	Direta
3.3.1.1.04.0027	MATERIAL DE ROUPARIA E EPI	Direta
3.3.1.1.04.0028	MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS	Direta
3.3.1.1.04.0029	OUTRAS DESPESAS GERAIS	Direta
3.3.1.1.04.0030	HONORARIOS ADVOCATICIOS	Direta
3.3.1.1.04.0031	SERVIÇOS PRESTADOS POR EMPRESAS	Direta
3.3.1.1.04.0032	DESPESAS COM HOSPEDAGEM E ALIMENTAÇÃO	Direta
3.3.1.1.04.0033	GRÁFICA	Direta
3.3.1.1.04.0034	DIVULGAÇÃO INSTITUCIONAL	Direta
3.3.1.1.04.0035	ASSESSORIA ADMINISTRATIVA	Direta
3.3.1.1.04.0036	MÉDICOS - PESSOA JURÍDICA	Direta
3.3.1.1.04.0037	DROGAS E MEDICAMENTOS	Direta
3.3.1.1.04.0038	SUPORTE EM TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO	Direta
3.3.1.1.04.0039	MEDICINA DO TRABALHO	Direta
3.3.1.1.04.0040	CENTRAL DE DISTRIBUIÇÃO	Direta
3.3.1.1.04.0041	ASSESSORIA EM PROGRAMA DE QUALIDADE	Direta
3.3.1.1.04.0042	ASSESSORIA EM GESTÃO DE PESSOAS	Direta
3.3.1.1.04.0043	SERVIÇOS DE AUDITORIA INDEPENDENTE	Direta
3.3.1.1.04.0044	GENEROS ALIMENTÍCIOS	Direta
3.3.1.1.04.0045	MATERIAL DE EXPEDIENTE	Direta
3.3.1.1.04.0046	MATERIAL DE COPA E COZINHA	Direta
3.3.1.1.04.0047	FRETES E CARRETOS	Direta
3.3.1.1.04.0048	ASSESSORIA DE CUSTOS	Direta
3.3.1.1.04.0049	SERVIÇO DIREÇÃO FINANCEIRA	Direta
3.3.1.1.04.0050	SERVIÇO DIREÇÃO ADMINISTRATIVA	Direta
3.3.1.1.04.0051	SERVIÇO DIREÇÃO MEDICA	Direta
3.3.1.1.04.0052	SERVIÇO DIREÇÃO MEDICINA SEG DO TRABALHO	Direta
3.3.1.1.04.0053	COMBUSTIVETS E LUBRIFICANTES	Direta
3.3.1.1.04.0054	COORDENAÇÃO MÉDICA	Direta
3.3.1.1.04.0055	SERVIÇO DE DIREÇÃO TÉCNICA E CLÍNICA	Direta
3.3.1.1.04.0056	TRABALHO VOLUNTÁRIO - DIRIGENTES	Direta
3.3.1.1.04.0057	SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA	Direta
3.3.1.1.04.0058	RECREAÇÃO EM EVENTOS	Indireta
3.3.1.1.04.0059	GERÊNCIA DE NUTRIÇÃO ESPECIALIZADA	Direta
3.3.1.1.04.0060	LIMPEZA E HIGIENIZAÇÃO	Direta
3.3.1.1.04.0061	DOCUMENTAÇÃO E LEGALIZAÇÃO	Direta
3.3.1.1.05.0001	MULTAS POR INFRAÇÕES LEGAIS	Indireta
3.3.1.1.05.0002	IMPOSTO DE RENDA NÃO RETIDO	Indireta
3.3.1.1.05.0003	TAXAS DIVERSAS	Indireta
3.3.1.1.05.0004	MULTAS DE MORA	Indireta
3.3.1.1.05.0005	CONTRIBUIÇÕES A ASSOCIAÇÕES	Direta
3.3.1.1.05.0006	IMPOSTO DE RENDA S/ APLICAÇÕES	Indireta
3.3.1.1.05.0007	IMP., TAXAS E CONT. - RENÚNCIA FISCAL	Indireta
3.3.1.1.05.0008	IPTU	Direta
3.3.2.1.01.0001	ALUGUÉIS E ARRENDAMENTOS	Indireta
3.3.2.1.01.0002	VENDAS DE SUCATAS	Indireta
3.3.2.1.01.0003	RECEITA COM SERVIÇOS DE ALIMENTAÇÃO	Indireta
3.3.2.1.01.0004	RECUPERAÇÃO DE DESPESAS	Direta
3.3.2.1.01.0005	RECEITA COM ESTACIONAMENTO	Indireta
3.3.2.1.01.0006	BONIFICAÇÕES DE PRODUTOS	Indireta
3.3.2.1.01.0007	INDENIZAÇÕES DIVERSAS	Indireta
3.3.2.1.01.0008	RECETAS DIVERSAS	Indireta
3.3.2.1.01.0009	RECUPERAÇÃO DE DESPESAS COMPARTILHADAS	Direta
3.3.2.1.01.0010	RECETAS COM PESQUISAS	Indireta
3.3.2.1.02.0001	CONVÊNIO SUPREMA PREDIO ODONTO	Indireta
3.3.2.1.02.0002	CONVÊNIO NUCLEMINAS	Indireta
3.3.2.1.02.0003	CONVÊNIO UNIPAC	Indireta
3.3.2.1.02.0004	CONTRIBUIÇÕES DE ASSOCIADOS	Indireta
3.3.2.1.02.0005	CONVÊNIO SUPREMA	Indireta
3.3.2.1.02.0006	CONVÊNIOS GOVERNAMENTAIS	Indireta
3.3.2.1.02.0007	OUTRAS CONTRIBUIÇÕES E DOAÇÕES	Indireta
3.3.2.1.02.0008	CONVÊNIO UFJF	Indireta
3.3.2.1.02.0009	DOAÇÕES GOVERNAMENTAIS	Indireta
3.3.2.1.02.0010	CONTRATO ANGOLA	Indireta
3.3.2.1.03.0001	RECUPERAÇÃO DE GASTOS REG RJ	Indireta
3.3.2.1.03.0002	RECUPERAÇÃO DE GASTOS REG MG	Indireta
3.3.2.1.03.0003	RECUP GASTOS AUDITORIA INDEPENDENTE	Indireta
3.3.2.1.03.0004	RECUPERAÇÃO DE GASTOS SEGUROS	Indireta
3.3.2.2.01.0001	PROVISÃO PARA RISCOS FISCAIS	Direta
3.3.2.2.01.0002	PROVISÃO PARA RISCOS TRABALHISTAS	Direta
3.3.2.2.01.0003	PROVISÃO PARA RISCOS CÍVEIS	Direta
3.3.2.2.01.0004	REVERSÃO DA PROVISÃO P/ RISCOS FISCAIS	Direta
3.3.2.2.01.0005	REVERSÃO DA PROVISÃO P/ RISCOS TRABALHIS	Direta
3.3.2.2.01.0006	REVERSÃO DA PROVISÃO PARA RISCOS CÍVEIS	Direta
3.3.2.2.02.0001	CONSTITUIÇÃO DA PROVISÃO	Direta
3.3.2.2.02.0002	REVERSÃO DA PROVISÃO	Direta

3.3.2.03.0001	CONSTITUIÇÃO DA PROVISÃO	Direta
3.3.2.03.0002	REVERSÃO DA PROVISÃO	Direta
3.3.2.3.01.0001	BENS DE PEQUENO VALOR DEDUZIDOS	Indireta
3.3.2.3.01.0002	PERDAS POR FURTOS E ROUBOS	Indireta
3.3.2.3.01.0003	PERDAS DE BENS IMOBILIZADOS	Indireta
3.3.2.4.01.0001	GANHOS NA ALIENAÇÃO DE INVESTIMENTOS	Indireta
3.3.2.4.02.0001	PERDAS NA ALIENAÇÃO DE INVESTIMENTOS	Indireta
3.3.2.5.01.0001	ALIENAÇÃO DE IMÓVEIS	Indireta
3.3.2.5.01.0002	ALIENAÇÃO DE MÓVEIS E UTENSÍLIOS	Indireta
3.3.2.5.01.0003	ALIENAÇÃO DE MÁQUINAS E EQUIPAMENTOS	Indireta
3.3.2.5.01.0004	ALIENAÇÃO DE VEÍCULOS	Indireta
3.3.2.5.02.0001	ALIENAÇÃO DE IMÓVEIS	Indireta
3.3.2.5.02.0002	ALIENAÇÃO DE MÓVEIS E UTENSÍLIOS	Indireta
3.3.2.5.02.0003	ALIENAÇÃO DE MÁQUINAS E EQUIPAMENTOS	Indireta
3.3.2.5.02.0004	ALIENAÇÃO DE VEÍCULOS	Indireta
3.3.2.6.01.0001	ALIENAÇÃO DO INTANGÍVEL	Indireta
3.3.2.6.02.0001	PERDAS NA ALIENAÇÃO DO INTANGÍVEL	Indireta
3.3.2.7.01.0001	SINISTROS COM IMOBILIZADO	Indireta
3.3.3.1.01.0001	MATRIZ	Direta
3.3.3.1.01.0002	UPA SANTA LUZIA	Direta
3.3.3.1.01.0003	HOSPITAL DA MÃE	Direta
3.3.3.1.01.0004	UPA TIJUCA	Direta
3.3.3.1.01.0005	UPA BOTAFOGO	Direta
3.3.3.1.01.0006	UPA JACAREPAGUÁ	Direta
3.3.3.1.01.0007	UPA COPACABANA	Direta
3.3.3.1.01.0008	HOSPITAL ALBERT SCHWEITZER	Direta
3.3.3.1.01.0009	HOSPITAL MELCHIADES CALAZANS	Direta
3.3.3.1.01.0010	HOSPITAL DA MULHER	Direta
3.3.3.1.01.0011	UNIDADE CENTRAL	Direta
3.3.3.1.01.0012	HOSPITAL ESTADUAL DE SAQUAREMA	Direta
3.3.3.1.01.0013	UPA CONTAGEM	Direta
3.3.3.1.01.0014	SEGUROS	Direta
3.3.3.1.01.0015	AUDITORIA	Direta
3.3.3.1.01.0016	HOSPITAL MUNICIPAL ROCHA FARIA	Direta
3.3.3.1.01.0017	DESPESAS COMPARTILHADAS JURIDICO	Direta
3.4.1.1.01.0001	JUROS ATIVOS	Indireta
3.4.1.1.01.0002	DESCONTOS FINANCEIROS OBTIDOS	Indireta
3.4.1.1.01.0003	MULTA	Indireta
3.4.1.1.01.0004	VARIAÇÕES CAMBIAIS ATIVAS	Indireta
3.4.1.1.02.0001	RENDA DE APLICAÇÕES	Indireta
3.4.1.1.02.0002	JUROS APLICAÇÕES CONVÊNIO SES/MG	Indireta
3.4.1.2.01.0001	JUROS PASSIVOS	Indireta
3.4.1.2.01.0002	DESCONTOS CONCEDIDOS	Indireta
3.4.1.2.01.0003	JUROS DE MORA	Indireta
3.4.1.2.01.0004	JUROS SOBRE CAPITAL PRÓPRIO	Indireta
3.4.1.2.01.0005	TARIFAS E COMISSÕES BANCÁRIAS	Indireta
3.4.1.2.01.0006	JUROS SOBRE EMPRÉSTIMOS E FINANCIAMENTOS	Indireta
3.4.1.2.01.0007	DESPESAS COM FECHAMENTO DE CÂMBIO	Indireta
3.4.1.2.02.0001	VARIAÇÕES MONETÁRIAS PASSIVAS	Indireta
3.4.1.2.02.0002	VARIAÇÕES CAMBIAIS PASSIVAS	Indireta
4	HORAS EXTRAS	Direta
5	BENEFÍCIOS	Direta
6	SALÁRIO CONTRATUAL MÉDICO	Direta
7	FÉRIAS, 13º SALÁRIO, ENCARGOS E CONTRIBUIÇÕES MÉDICO	Direta
8	VERBAS RESCISÓRIAS MÉDICO	Direta
9	HORAS EXTRAS MÉDICO	Direta

VI. CRITÉRIO DE RATEIO

Para que os custos gerados na Central de Serviços Compartilhados, alocados em seus diversos centros de custos, sejam distribuídos às unidades consumidoras de tais serviços de forma adequada, levando em consideração o esforço despendido para a prestação dos serviços às unidades sob contrato de gestão é necessário se identificar o melhor critério de rateio.

Qualquer critério de rateio implica na adoção de um determinado nível de arbitrariedade e deve ser compatível com o grau de complexidade e o ambiente institucional onde estão inseridas as operações.

As experiências e maturação na apuração e gestão de custos das organizações sociais de saúde e do modelo de acompanhamento dos órgãos de governo permitiu a construção de um conjunto de conceitos e parâmetros que podem ser resumidos como:

- O rateio da sede para cada uma das unidades de saúde não deve ser caracterizado como uma taxa de administração.
- É condição essencial que os custos sejam RASTREÁVEIS.
- A composição dos gastos deve ser TRANSPARENTE.
- Os gastos da Sede devem ser claramente identificados e seu rateio ser PROPORCIONAL ao esforço alocado em cada um dos contratos].
- A princípio cada unidade sob contrato de gestão deveria ser auto suficiente, contudo, pelo conceito da ECONOMICIDADE é desejável que a Sede concentre determinados serviços que sejam rateados entre as unidades.
- O critério de rateio deve ser SIMPLES E VERIFICÁVEL.

Em função dos conceitos acima a HMTJ e seus consultores de custos, são de opinião que o critério que mais se aproxima da acurácia na distribuição de rateio é aquele que reflete a distribuição ou apropriação dos custos e investimentos em cada unidade assistencial de forma balanceada, equitativa e uniforme, que pode ser por

custeio, número de colaboradores e outros referenciados e relacionados aos indicadores assistenciais.

VII. MODELOS DE RELATÓRIOS

A apuração de custos do CSC em seus diversos centros de custos, bem como os respectivos cálculos dos rateios para cada uma das unidades estão demonstrados em um conjunto de relatórios no sistema de custos. Como exemplo demonstramos a seguir os relatórios:

CDCONTACUSTO	NOCONTACUSTO	COMPETENCIA
1	SALÁRIO CONTRATUAL	172.423,04
11	RATEIOS RECEBIDOS	19.197,22
2	FÉRIAS, 13º SALÁRIO, ENCARGOS E CONTRIBUIÇÕES	63.730,93
3	VERBAS RESCISÓRIAS	25.254,35
3.2.1.1.01.0021	FORMAÇÃO TÉCNICO PROFISSIONAL	6.204,17
3.2.1.1.06.0002	MATERIAL DE LIMPEZA	99,82
3.2.1.1.06.0003	MATERIAL DE EXPEDIENTE	7.651,31
3.2.1.1.06.0007	MATERIAL DE COPA E COZINHA	106,32
3.2.1.1.06.0009	COMBUSTÍVEIS E LUBRIFICANTES	7.356,90
3.2.1.1.06.0010	FRETES E CARRETOS	0,00
3.2.1.1.08.0001	MANUTENÇÃO PREDIAL	3.500,00
3.2.1.1.08.0002	MANUTENÇÃO DE MÁQUINAS E EQUIPAMENTOS	0,00
3.2.1.1.08.0005	SEGURANÇA E VIGILÂNCIA	125,00
3.2.1.1.10.0001	SUPORTE EM TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO	1.560,00
3.2.1.1.10.0008	ASSESSORIA EM PROGRAMAS DE QUALIDADE	0,00
3.2.1.1.11.0010	CESSÃO DE USO DE SOFTWARE	46.794,93
3.3.1.1.01.0022	ASSISTÊNCIA MÉDICA E SOCIAL	-431,50
3.3.1.1.03.0001	ALUGUÉIS DE IMÓVEIS	4.224,28
3.3.1.1.04.0001	ENERGIA ELÉTRICA	818,40
3.3.1.1.04.0002	ÁGUA E ESGOTO	273,35
3.3.1.1.04.0004	TELEFONE	1.198,00
3.3.1.1.04.0005	DESPESAS POSTAIS	73,80
3.3.1.1.04.0007	MATERIAL DE HIGIENE E LIMPEZA	1.250,00
3.3.1.1.04.0008	ASSISTÊNCIA CONTÁBIL	112.250,00
3.3.1.1.04.0009	ASSISTÊNCIA EM GESTÃO FINANCEIRA	88.232,00
3.3.1.1.04.0010	DEPRECIACIONES E AMORTIZACIONES	1.108,86
3.3.1.1.04.0012	DESPESAS LEGAIS E JUDICIAIS	352,80
3.3.1.1.04.0015	CESSÃO DE USO DE SOFTWARE	1.260,30
3.3.1.1.04.0016	CONDUÇÃO URBANA	1.858,35
3.3.1.1.04.0018	SERVIÇOS DE ACESSO A INTERNET	364,00
3.3.1.1.04.0028	MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS	4.902,20
3.3.1.1.04.0030	HONORARIOS ADVOCATICIOS	131.946,00
3.3.1.1.04.0032	DESPESAS COM HOSPEDAGEM E ALIMENTAÇÃO	6.799,03
3.3.1.1.04.0033	GRÁFICA	-58,00
3.3.1.1.04.0034	DIVULGAÇÃO INSTITUCIONAL	20.438,27
3.3.1.1.04.0035	ASSESSORIA ADMINISTRATIVA	36.187,16
3.3.1.1.04.0040	CENTRAL DE DISTRIBUIÇÃO	650,00
3.3.1.1.04.0041	ASSESSORIA EM PROGRAMA DE QUALIDADE	212,00
3.3.1.1.04.0044	GENEROS ALIMENTÍCIOS	-387,66
3.3.1.1.04.0045	MATERIAL DE EXPEDIENTE	267,30
3.3.1.1.04.0046	MATERIAL DE COPA E COZINHA	404,39
3.3.1.1.04.0049	SERVIÇO DIREÇÃO FINANCEIRA	45.517,86
3.3.1.1.04.0051	SERVIÇO DIREÇÃO MEDICA	45.517,86
3.3.1.1.05.0008	IPTU	227,40
3.4.1.2.01.0003	JUROS DE MORA	129,42
3.4.1.2.01.0005	TARIFAS E COMISSÕES BANCÁRIAS	170,00
4	HORAS EXTRAS	860,71
5	BENEFICIOS	5.038,12
TOTAL		865.658,69

Estatísticas de rateio

NOCRITERIORATEIO	CDCENTROCUSTO	NOCENTROCUSTO	COMPETENCIA
Linear	01	Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus - Matriz	824,00
	01.01.002.013	Administração Central Regional - MG	441,00
	01.01.002.015	Administração Central Regional - SP	341,00
Linear Total			1.606,00
Matriz	01.02.002	Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus	824,00
Nº Colaboradores	01.01.002.001	Diretoria Executiva Regional	1,00
	01.01.002.002	Gerência Financeira	2,00
	01.01.002.005	Gerência de Suprimentos	1,00
	01.01.002.006	GSTI - Gerência Central de Sistema Tecnologia de Informação	3,00
	01.01.002.007	Gerência de Recursos Humanos	4,00
	01.01.002.008	Gerência de Departamento Pessoal	3,00
	01.01.002.010	Gerência de Qualidade	3,00
	01.01.002.012	Gerência Assistencial Não Médica	1,00
	01.02.002	Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus	806,00
	01.02.003	UPA Santa Luzia	175,00
	01.02.004	UPA Contagem	266,00
	01.04.002	Clínica Sul	341,00
	Nº Colaboradores Total		
MG	01.02.003	UPA Santa Luzia	175,00
	01.02.004	UPA Contagem	266,00
MG Total			441,00
SP	01.04.002	Clínica Sul	341,00

Rateios Recebidos

Código Centro Custo Origem	Centro Custo Origem	COMPETENCIA
01	Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus - Matriz	444.148,67
01.01.002.013	Administração Central Regional - MG	237.705,78
01.01.002.015	Administração Central Regional - SP	183.804,24
Total Geral		865.658,69

Custos Diretos

NOCONTACUSTO	Centro Custo Origem	COMPETENCIA
DESPESAS COM HOSPEDAGEM E ALIMENTAÇÃO	Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus - Matriz	1.455,10
	Administração Central Regional - MG	3.487,50
	Administração Central Regional - SP	5.281,20
TOTAL		10.223,80

Custos Diretos e Rateios

Código Centro Custo Origem	Centro Custo Origem	COMPETENCIA
01	Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus - Matriz	445.603,77
01.01.002.013	Administração Central Regional - MG	241.193,28
01.01.002.015	Administração Central Regional - SP	189.085,44
Total Geral		875.882,49



10.1.1: FA. 1 – ÁREA DA ATIVIDADE

INCREMENTO DAS ATIVIDADES

**PROPOSIÇÃO DE PROJETOS ASSISTENCIAIS DE SAÚDE E/PI SPCOAS
DENTRO DO CUSTEIO PREVISTO PARA A UNIDADE.**

PROPOSTA PROJETOS ASSISTENCIAS E OU SOCIAIS PELA OSSHMTJ

Considerando que a prática de humanização em saúde na assistência prestada aos nossos pacientes significa agregar valor à experiência vivida por eles neste momento de sua permanência no ambiente hospitalar, de forma a acolhê-lo e dar suporte psicológico, afetivo e responsável, que muitas vezes se encontram em situações de fragilidade, dependência, dor e sofrimento. Permite também a equipe desenvolver o seu conhecimento técnica e científica, valores éticos, além de respeito e solidariedade na entrega de seu trabalho.

O planejamento da assistência deve sempre abordar e respeitar os valores individuais dos pacientes considerando suas circunstâncias sociais, étnicas, sexuais, comportamentais, grau de instrução, costumes entre outros fatores que caracterizam a história e vivência familiar a qual cada indivíduo pertence.

Pautada na integralidade do cuidado em atendimento à Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde, o contato acolhedor e sem juízo de valores é fundamental, neste contexto a valorização dos diferentes profissionais implicados no processo de produção para saúde enfatiza a necessidade de autonomia para execução de seu trabalho com corresponsabilidades entre os integrantes estabelecendo vínculos solidários e participação coletiva no cuidado humanizado.

O GTH se encaixa justamente neste processo no planejamento de ações e busca por saídas criativas e dentre as situações encontradas durante o período de internação e ou atendimento no ambiente hospitalar, contribuindo também por ambiente mais harmônico de trabalho e melhorando a qualidade do atendimento aos usuários. Trata-se de uma forma de engajar parceiros tanto usuários do serviço quanto profissionais de saúde na busca da qualidade dos serviços.

A Comissão de Humanização da OSSHMTJ desenvolverá projetos que buscam fornecer aos pacientes atendidos e familiares um ambiente acolhedor, humano, respeitando as individualidades e estabelecendo vínculos responsáveis nas interfaces do cuidado.

A instituição também entende que o profissional que está no cuidado também precisa de ser acolhido e cuidado, pois o resultado será positivo, pois o mesmo poderá trabalhar num ambiente saudável, com melhor entrega para seus pacientes.

A coordenação do GT deverá ser escolhida dentre as lideranças compromissadas com a ideia da humanização.

Objetivos:

- Conduzir um processo permanente de mudança da cultura de atendimento à saúde, promovendo o respeito à dignidade humana.

Entre os projetos que serão implantados destacam-se:

1- Campanha "O que importa para você"

A campanha: "O que importa para você?" iniciou nos Estados Unidos em 2010, sendo a idealizadora do projeto Maureen Bisognano e veio para o Brasil através de um hospital da Congregação Santa Catarina. O dia 6 de junho é o dia escolhido para que unidades de saúde em todo o mundo realizem ações que impulsionem o movimento.

A ideia inicial desse projeto, é substituir a pergunta "qual é o seu problema?" para "O que importa para você?", no intuito de fazer com que os profissionais de saúde obtenham mais empatia com os pacientes assistidos, além de trazer um certo conforto e transmitir confiança para os mesmos.

O fato desse projeto trabalhar em cima da humanização em saúde e empatia nos cuidados, traz consigo a reflexão por cada profissional, sobre a importância da promoção da saúde.

Atualmente há muitos pacientes de diversas idades, que se encontram em um estado de cuidados paliativos ou longa permanência nas instituições. Por mais que esses pacientes tenham recebido um diagnóstico com um "final preestabelecido", os mesmos possuem desejos e anseios, e é nessa visão que a Campanha – "O que importa para você?" atua, proporcionando a essa vida, dignidade, transmitir a eles paz e segurança, até mesmo para suas famílias em um momento tão delicado.

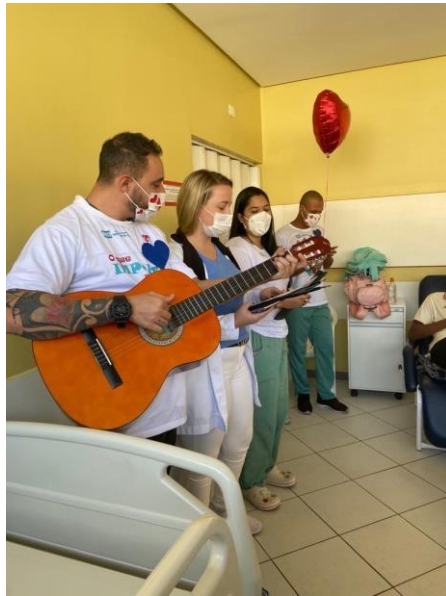
Por esse motivo a campanha vem ganhando força e se tornou uma campanha conhecida internacionalmente, sendo todo o dia 06 de Junho a data comemorativa da campanha – "O que importa para você?".

O Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus aderiu a ideia da Campanha, desde 2019. E a cada ano, o hospital separa uma semana de Junho para estar celebrando com

os pacientes e funcionários "O que importa para eles?", sendo realizada durante esses dias uma ornamentação temática específica, e realizada uma cantata pelos corredores do hospital com um grupo específico (trazendo um pouco mais de alegria, paz, esperança, fé tanto para os pacientes quanto para os profissionais de saúde), além de ser espalhado por todo o hospital banners, para que os funcionários possam expressar em um pequeno papel o que é importante para eles.



No ano de 2022, a campanha foi realizada em 4 dias, iniciando no dia 06/06 e com término no dia 09/06. A entrada do hospital contou com uma decoração contendo as cores da campanha, com bexigas, local que as pessoas utilizaram para tirar fotos e expressar o que sentiam. Os dois primeiros dias foram dedicados aos pacientes. Nestes, foram realizadas apresentações musicais pelos corredores e leitos do hospital, os pacientes puderam escolher a música que gostavam, para que pudesse ouvi-la pela banda presente. A empresa de televisão da TV Integração esteve presente nesses dias, vivenciando e podendo registrar diversos momentos de emoção e felicidade vividos pelos pacientes e equipe.



O terceiro e quarto dia de campanha foram voltados aos funcionários, para que estes também pudessem contribuir e serem atendidos com o que importa para eles. No refeitório da instituição, nos horários de almoço e jantar, tivemos a presença de uma banda ao vivo, levando distração a todos que estavam presentes, abrangendo os plantões diurno e noturno. Foram distribuídas balas customizadas, com frases de inspiração para os colaboradores presentes, além de receberem um coração de papel para que pudessem acessar um QrCode e registrar um momento importante que vivenciaram com algum paciente.



Em todos os dias, uma pessoa vestida de coração circulou pelo hospital junto com as atividades realizadas durante a campanha, desta forma, mostrando a todos que também são importantes para a instituição. 4 banners foram expostos pela instituição, onde as pessoas puderam descrever em um post-it o que seria importante para elas, e posteriormente elas anexavam no banner. No refeitório do hospital, foram colocados dois cartazes com os nomes dos colaboradores, para que estes pudessem identificar e grifar seu próprio nome.



Benefícios para o paciente e familiares

A idéia é ouvir os pacientes e seus familiares, promovendo conversas mais significativas, tornando a passagem pelo hospital mais acolhedora. E com essa percepção de sensibilidade o grupo irá fazer uma programação para atendimento das necessidades dos pacientes de maneira a não interferir no processo de cuidar. Todas as ações serão realizadas pelo Grupo de Humanização Hospitalar (GTH) onde participam os enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistente social, psicólogos e convidados artistas para complementação das ações.

Tais como:

- ✓ Cantata beira leito;
- ✓ Oferta de uma alimentação diferente e de escolha do paciente mediante autorização médica (Pipoca; Hamburguer, bolo, sorvete entre outros);

- ✓ Cantata durante uma alta tanto esperada de um paciente/família;
- ✓ Visitação de pet para casos específicos, previamente autorizado e consensuado com SCIH;
- ✓ Passeio no na área externa para contato ao sol;
- ✓ Comemoração de aniversário de pacientes;
- ✓ Corte de cabelo e barba por profissional;
- ✓ Cuidados com a pele;
- ✓ Entre outras ações que são atendimento às necessidades do paciente mediante a resposta da pergunta "O que importa para você".

Benefícios para o colaborador

O projeto prevê uma semana de aplicação da campanha no mês de junho em toda instituição, sendo este período reservado para a comemoração da iniciativa do projeto "O que importa para você" internacionalmente. Nesta semana o Hospital será todo enfeitado com balões sobre a temática além de disponibilizar em todos andares em local estratégico um *Banner* com pergunta temática "O que importa pra você" onde o colaborador poderá colocar sua opinião e ou expectativas, sejam profissionais e ou pessoais. Estas pesquisas internas serão avaliadas pela comissão com intuito de apresentação para alta direção e na medida do possível atender às solicitações dos colaboradores. Com essa iniciativa conseguimos melhorar a qualidade do ambiente de trabalho, estabelecer melhor relação com equipes multiprofissional, melhoria do clima organizacional.



OUTROS PROJETOS:

2- Campanha de doação de roupas e agasalhos kits de higiene

A equipe multiprofissional, realizará levantamento das necessidades dos pacientes internados que possuem algum nível de vulnerabilidade social que não possuem condições de obter vestimentas adequadas e ou agasalhos.

Será realizada campanha mensal para doação de roupas utilizando como recursos: campanha interna com a participação de colaboradores e profissionais terceirizados e externamente busca de parceiros que possam contribuir com a campanha.

A equipe multiprofissional, periodicamente e sempre que estiver realizando algum atendimento e identificar a necessidade dos pacientes/acompanhantes realizará a comunicação com o GTH e na oportunidade e disponibilidade será realizada a doação roupas e ou agasalhos. As informações e fotos dos usuários serão fornecidas no Site mediante assinatura do termo de consentimento para uso de imagem.

3- Projeto “Pode contar comigo”

O projeto tem como objetivo proporcionar acolhimento e atendimento psicológico ao colaborador, com uma escuta ativa, atendimento individualizado às suas demandas. A proposta é gerar uma experiência de bem-estar cuidando de quem cuida e reduzir os índices de afastamentos e ou adoecimento do profissional como síndromes de *burnout* entre outras situações. Todas as condutas frente as demandas são consensuadas com as lideranças para que o apoio seja eficaz e atendido da melhor forma.

4- Projeto “Visita pet”

O projeto tem como objetivo proporcionar momentos de contato entre os pacientes internados com animais de estimação que possui um valor afetivo e significativo ao paciente que está nesta situação de internação por longa permanência longe do seu lar. Pessoas internadas em hospitais e que recebem a visita de seus pets sentem psicologicamente alívio na alma e no coração, ficando mais propensos a reabilitação.

5- Projeto "Oração nos setores"

O projeto tem como objetivo proporcionar momentos de reflexão da Palavra de Deus e cantos com a participação de membros da equipe da Pastoral da Saúde local, que realizaram visita nos setores proporcionando espaços de crescimento espiritual, preces, agradecimentos e entrega do trabalho, das relações entre os colaboradores e chefias, com aprofundamento em tempos fortes de liturgia: Páscoa e Natal. Bem como a programação da missa mensal na instituição onde poderão participar profissionais e acompanhantes/familiares. Esta atividade também é extensível a cultos evangélicos.

6- Projeto "Qualidade de vida"

O projeto tem como objetivo proporcionar aos colaboradores da instituição um auxílio na conscientização e controle do sobrepeso/obesidade bem como controle de doenças sistêmicas como HAS (Hipertensão arterial sistêmica) e DM (Diabetes Mellitus). Onde será realizada uma triagem com equipes no próprio local de trabalho e palestras motivacionais de autocuidado.

7- Projeto "Ginástica laboral"

O projeto tem como objetivo proporcionar aos colaboradores da instituição momentos de prática de ginástica laboral durante 15 minutos . Promovendo a qualidade de vida no trabalho, evitar problemas de DORT – Dores Osteomusculares relacionadas ao trabalho, além de promover a sociabilização entre colaboradores, melhorar o desempenho e corrigir a postura.

8- Projeto "Doutores do amor"

O projeto visa promover a experiência da alegria na adversidade por meio da arte do palhaço, através de visitas semanais e entregas de mensagens otimistas, ajudando a superação de stress ligado à hospitalização, sendo composta por profissionais da instituição com apoio de artistas locais.

➤ Estimativa de Custo:

Os Projetos Assistenciais de Saúde e/ou Sociais propostos acima pelo HMTJ, serão realizados por equipe própria, e seu custos já está previsto dentro do custeio da unidade apresentado nesta proposta.



10.1.2: FA. 2 – ÁREA DA QUALIDADE



10.1.2: FA. 2 – ÁREA DA QUALIDADE

Qualidade Objetiva: Avalia medidas da proposta de trabalho para implantação de comissões



10.1.2: FA. 2 – ÁREA DA QUALIDADE

Qualidade Objetiva: Avalia medidas da proposta de trabalho para implantação de comissões

COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Conforme a Resolução CFM No 2.152/2016 (publicada no DOU de 10 de novembro de 2016, Seção I, p. 566), que estabelece normas de organização, funcionamento, eleição e competências das Comissões de Ética Médica dos estabelecimentos de saúde.

Art. 1º A Comissão de Ética Médica do Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO), doravante referida como CEM constitui-se numa extensão do Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás, tendo funções investigatórias, educativas e fiscalizadoras do desempenho ético da medicina no âmbito das unidades geridas pelo HMTJ.

Art. 2º A Comissão de Ética Médica deve possuir autonomia em relação à atividade administrativa e diretiva, cabendo ao diretor técnico prover as condições de seu funcionamento, tempo suficiente e materialidade necessárias ao desenvolvimento dos trabalhos.

Art. 3º Os atos da Comissão de Ética Médica são restritos ao corpo clínico da instituição a qual está vinculado o seu registro.

DAS FINALIDADES

Art. 4º Compete à Comissão de Ética Médica:

- I. Fiscalizar o exercício da atividade médica, atentando para que as condições de trabalho do médico, bem como sua liberdade, iniciativa e qualidade de atendimento oferecido aos pacientes estejam de acordo com os preceitos éticos e legais que norteiam a profissão;
- II. Instaurar procedimentos preliminares internos mediante denúncia formal ou de ofício;
- III. Colaborar com o Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar os profissionais sobre temas relativos à ética médica;
- IV. Atuar preventivamente, conscientizando o corpo clínico da instituição quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético;
- V. Orientar o paciente da instituição de saúde sobre questões referentes à Ética Médica;
- VI. Atuar de forma efetiva no combate ao exercício ilegal da medicina;
- VII. Promover debates sobre temas da ética médica, inserindo-os na atividade regular do corpo clínico da instituição de saúde.

DA COMPOSIÇÃO

Art. 5º A Comissão de Ética Médica será composta por 03 (três) membros titulares e 03 (três) suplentes, eleitos dentre os integrantes do Corpo Clínico, obedecidas as normas dispostas neste Regimento, podendo ser reeleitos.

Art. 6º A Comissão de Ética Médica será composta por 01 (um) Presidente, 01 (um) Secretário eleito dentre os membros efetivos.

DO MANDATO

Art. 7º A escolha dos membros da Comissão de Ética Médica será realizada mediante processo eleitoral através de voto direto e secreto, não sendo permitido o uso de procuração, dela participando os médicos que compõem o corpo clínico da instituição, conforme previsto no regimento interno do Corpo Clínico.

Art. 8º Não poderão integrar a Comissão de Ética Médica os médicos que exercerem cargos na direção técnica, clínica ou administrativa da instituição e os que não estejam adimplentes com o Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo Único. Quando investidos nas funções de direção durante o curso de seu mandato, o médico deverá se afastar dos trabalhos da Comissão de Ética Médica, enquanto perdurar o impedimento.

Art. 9º São inelegíveis para a Comissão de Ética Médica do HMTJ, os médicos que não estiverem adimplentes com o Conselho Regional de Medicina, bem como os que tiverem sido apenados eticamente nos últimos 8 (oito) anos, com decisão transitada em julgado no âmbito administrativo, ou que estejam afastados cautelarmente pelo CRM.

Parágrafo Único. Considerando a existência de penas privadas, o Conselho Regional de Medicina da Paraíba deverá apenas certificar a condição de elegível ou inelegível dos candidatos, de acordo com seus antecedentes ético-profissionais.

Art. 10. O mandato da Comissão de Ética Médica tem duração de 02 (dois) anos, podendo ocorrer à reeleição de seus membros.

Parágrafo Único. As eleições deverão ser realizadas até 30 (trinta) dias antes do término do mandato.

Art. 11. O diretor clínico da Unidade 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 de Goiás.

Parágrafo Único. Os integrantes da comissão eleitoral e membros de cargos diretivos da instituição não podem ser candidatos à Comissão de Ética Médica.

Art. 12. A comissão eleitoral convocará a eleição, por intermédio de edital a ser divulgado na instituição de saúde, 30 (trinta) dias antes da data fixada para a eleição e validará e publicará a listados votantes do corpo clínico.

Parágrafo Único. O edital deverá conter as informações necessárias ao desenvolvimento do processo eleitoral, com regras específicas a serem observadas durante o pleito.

Art. 13. A candidatura deverá ser formalizada perante a comissão eleitoral, com a antecedência mínima de 15 (quinze) dias da data da eleição, por intermédio de chapas, de acordo com a regra de proporcionalidade prevista no artigo 3º da Resolução CFM No 2.152/2016 e no artigo 4º deste regimento.

§ 1º. No momento da inscrição, a chapa designará um representante para acompanhar os trabalhos da comissão eleitoral e fiscalizar o processo de eleição.

§ 2º. O requerimento de inscrição deverá ser subscrito por todos os candidatos que compõe a chapa.

Art. 14. A comissão eleitoral divulgará, no âmbito da instituição de saúde, as chapas inscritas, de acordo com o número de registro, durante o período mínimo de uma semana.

Art. 15. A comissão eleitoral procederá à apuração dos votos imediatamente após o encerramento da votação, podendo ser acompanhada pelo representante das chapas e demais interessados, a critério da comissão eleitoral.

Parágrafo único. Será considerada eleita à chapa que obtiver maioria simples dos votos apurados.

Art. 16. O resultado da eleição será lavrado em ata pela comissão eleitoral, que deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás para homologação e registro.

Art. 17. Os protestos, impugnações e recursos deverão ser formalizados, por escrito, dentro de, no máximo de 2 (dois) dias após a ocorrência do fato, encaminhados em primeira instância à comissão eleitoral e, em segunda instância, ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 18. Homologado e registrado o resultado, os membros eleitos serão empossados pelo Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único. O Conselho Regional de Medicina emitirá certificado de eleição, com a composição da Comissão de Ética Médica, que deverá ser afixado em local visível ao público.

Art. 19. Nos casos de afastamento definitivo ou temporário de um de seus membros efetivos, o presidente da Comissão de Ética Médica procederá à convocação do suplente, pelo tempo que perdurar o afastamento, devendo comunicar imediatamente ao CRM/GO.

§ 1º. Se o membro da Comissão de Ética Médica deixar de fazer parte do corpo clínico, o seu mandato cessará automaticamente, cabendo ao presidente comunicar imediatamente ao CRM/GO.

§ 2º. Sobrevindo condenação ético-profissional transitada em julgado no âmbito administrativo contra qualquer membro da Comissão de Ética Médica, este deverá imediatamente ser afastado pelo CRM/GO.

Art. 20. Em casos de vacância do cargo de presidente ou de secretário, far-se-á nova escolha, dentre os membros efetivos, para o cumprimento do restante do mandato.

Parágrafo único. Quando ocorrer vacância em metade ou mais dos cargos da Comissão de Ética Médica, será convocada nova eleição para preenchimento dos cargos vagos até que nova eleição oficial seja realizada, que poderá ter candidatura individual.

DO FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Art. 21. A Comissão de Ética Médica se reunirá ordinariamente bimestralmente, e, extraordinariamente, quantas vezes necessárias para o bom andamento dos trabalhos.

Art. 22. Os atos administrativos da Comissão de Ética Médica do terão caráter sigiloso, exceto quando tratar-se de atividade didático-pedagógicas no âmbito do HUGO.

Art. 23. As deliberações da Comissão de Ética Médica dar-se-ão por maioria simples, sendo prerrogativa do presidente o voto qualificado em caso de empate.

Art. 24. A apuração interna será instaurada mediante:

- I. Denúncia por escrito, devidamente identificada e, se possível, fundamentada;
- II. Ofício, por intermédio de despacho do presidente da Comissão de Ética Médica.

Parágrafo único. Instaurada a apuração, o presidente da Comissão de Ética Médica deverá informar imediatamente ao CRM/GO para protocolo e acompanhamento dos trabalhos.

Art. 25. As apurações internas deverão ser realizadas pelo membro da Comissão designado, sem excesso de formalismo, tendo por objetivo a apuração dos fatos no local em que ocorreram.

Art. 26. Instaurada a apuração interna, os envolvidos serão informados dos fatos e, se for o caso, convocados mediante ofício para prestar esclarecimentos em audiência ou por escrito, no prazo de 15 (quinze) dias contados da juntada aos autos do comprovante de recebimento.

Parágrafo único. A apuração interna no âmbito da Comissão de Ética Médica, por se tratar de procedimento sumário de esclarecimento, não está sujeita às regras do contraditório e da ampla defesa.

Art. 27. A apuração interna deverá ter a forma de autos judiciais, com folhas devidamente numeradas e rubricadas, ordenadas cronologicamente.

Parágrafo único. O acesso aos autos é permitido apenas às partes, aos membros da Comissão de Ética Médica do hospital e ao CRM/GO.

Art. 28. Encerrada a apuração dos fatos, será lavrado termo de encerramento dos trabalhos e serão encaminhados os autos ao presidente da Comissão de Ética Médica, que poderá sugerir o seu arquivamento ou encaminhá-los ao CRM/GO.

Parágrafo único. O presidente da Comissão de Ética Médica poderá colocar os autos para apreciação dos demais membros que, em votação simples, poderão deliberar pela realização de novos atos instrutórios.

Art. 29. Todos os documentos obtidos e relacionados com os fatos, quais sejam, cópias dos prontuários, das fichas clínicas, das ordens de serviço e outros que possam ser úteis ao deslinde dos fatos, deverão ser encartados aos autos de apuração, quando do seu envio ao CRM/GO.

Art. 30. Se houver denúncia envolvendo algum membro da Comissão de Ética Médica, este deverá abster-se de atuar na apuração dos fatos denunciados, devendo o presidente da comissão remeter os autos diretamente ao CRM para as providências cabíveis.

Art. 31. A Comissão de Ética Médica não poderá emitir nenhum juízo de valor a respeito dos fatos que apurar.

§ 1º O CRM/GO não está subordinado a nenhum ato da Comissão de Ética Médica, podendo refazê-los, reformá-los ou anulá-los se necessário à apuração dos fatos, nos termos da Lei.

§ 2º A atuação da Comissão de Ética Médica é de extrema valia à apuração das infrações éticas, não significando, entretanto, qualquer derrogação, sub-rogação ou delegação das funções legais dos Conselhos Regionais de Medicina.

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 32. Compete ao Presidente da Comissão de Ética Médica:

- I. Representar a Comissão de Ética Médica para todos os fins;
- II. Comunicar ao Conselho Regional de Medicina da Paraíba quaisquer indícios de infração aos dispositivos éticos vigentes, eventual exercício ilegal da medicina ou irregularidades que impliquem em cerceio à atividade médica no âmbito da instituição a qual se encontra vinculada;

- III. Convocar as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de Ética Médica;
- IV. Convocar o secretário para substituí-lo em seus impedimentos ocasionais;
- V. Convocar os membros suplentes para auxiliar nos trabalhos da Comissão de Ética Médica, sempre que necessário;
- VI. Nomear os membros encarregados para instruir as apurações internas instauradas.

Parágrafo Único. O presidente deverá ser membro efetivo da Comissão de Ética Médica.

Art. 33. Compete ao Secretário da Comissão de Ética Médica:

- I. Substituir o presidente em seus impedimentos ou ausências;
- II. Secretariar as reuniões da Comissão de Ética Médica;
- III. Lavrar atas, editais, cartas, ofícios e demais documentos relativos aos atos da Comissão de Ética Médica, mantendo arquivo próprio;
- IV. Abrir e manter sob sua guarda o livro de registros da Comissão de Ética Médica, onde deverão constar os atos e os trabalhos realizados, de forma breve, para fins de fiscalização.

Art. 34. Compete aos membros efetivos e suplentes da Comissão de Ética Médica:

- I. Eleger o presidente e o secretário;
- II. Participar das reuniões ordinárias e extraordinárias, propondo sugestões e assuntos a serem discutidos e, quando efetivos ou suplentes convocados, votar nas matérias em apreciação;
- III. Instruir as apurações internas, quando designados pelo presidente;
- IV. Participar ativamente das atividades da Comissão de Ética Médica, descritas no artigo 6º deste regimento.

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 35. Os médicos envolvidos nos fatos a serem apurados, convocados nas apurações internas que deliberadamente se recusarem a prestar esclarecimentos à Comissão de Ética Médica ficarão sujeitos a procedimento administrativo no âmbito do CRM/GO, conforme preconiza o art. 17 do Código de Ética Médica.

Art. 36. O CRM deverá fornecer todo o apoio necessário à Comissão de Ética Médica, tanto estimulando a participação do corpo clínico no processo eleitoral, quanto no

respaldada sua autonomia perante o hospital, conforme estabelecido na Resolução CFM No 2.152/2016, no seu artigo 36.

Art. 37. O presidente da Comissão de Ética Médica deverá fornecer ao CRM/GO relatório sobre as atividades realizadas, a cada seis meses ou quando solicitado.

Art. 38. Os casos omissos serão decididos pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás.

Data, _____

Diretor da unidade

Membros

Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Comissão de Ética Médica

Item	O que deverá ser feito?	Por que será feito?	Como será feito?	Por quem será feito?	Quando será feito?
1	Iniciar processo de eleição dos membros para a Comissão	Por obrigatoriedade (conforme conselho de medicina) de acordo com necessidade;	Através de eleição de membros da equipe médica seguindo recomendações do conselho	Diretoria Clínica	Mês 1 e mês 2
2	Elaborar Regimento Interno da Comissão	Para oferecer suporte e orientação especializada para a equipe assistencial	Será solicitado à Diretoria clínica e representantes eleitos	A própria comissão	Mês 2
3	Reuniões ordinárias;	Desenvolver atividade educativa através de discussões e análises dos casos e condutas assistenciais da categoria	Divulgações e orientações sobre temas relativos à Ética Médica, mantendo diálogo regular com a Alta Gestão e com os responsáveis pelos cuidados.	Membros da comissão	Mês 2
4	Supervisionar, orientar e avaliar na Instituição o exercício ético e legal da atividade médica.	Para oferecer segurança na assistência recebida durante período de internação.	Verificação de cadastros da equipe médica no conselho.	A própria Comissão	Mês 3
5	Instaurar sindicância, quando houver indícios de infração ao Código de Ética Médica ou por solicitação do CRM	Instruir e formular relatório circunstanciado acerca da situação Apurada, quando identificada	Encaminhando-o ao CRMMG, sem emitir juízo de valor a respeito dos fatos que apurar	Membros da Comissão	Mês 4

Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Comissão de Ética Médica

6	Reuniões ordinárias;	Desenvolver atividade educativa através de discussões e análises dos casos e condutas assistenciais da categoria	Divulgações e orientações sobre temas relativos à Ética Médica, mantendo diálogo regular com a Alta Gestão e com os responsáveis pelos cuidados.	Membros da comissão	Mês 4
7	Reuniões ordinárias;	Desenvolver atividade educativa através de discussões e análises dos casos e condutas assistenciais da categoria	Divulgações e orientações sobre temas relativos à Ética Médica, mantendo diálogo regular com a Alta Gestão e com os responsáveis pelos cuidados.	Membros da comissão	Mês 6
8	Reuniões ordinárias;	Desenvolver atividade educativa através de discussões e análises dos casos e condutas assistenciais da categoria	Divulgações e orientações sobre temas relativos à Ética Médica, mantendo diálogo regular com a Alta Gestão e com os responsáveis pelos cuidados.	Membros da comissão	Mês 8
9	Reuniões ordinárias;	Desenvolver atividade educativa através de discussões e análises dos casos e condutas assistenciais da categoria	Divulgações e orientações sobre temas relativos à Ética Médica, mantendo diálogo regular com a Alta Gestão e com os responsáveis pelos cuidados.	Membros da comissão	Mês 10
10	Reuniões ordinárias;	Desenvolver atividade	Divulgações e orientações sobre	Membros da	Mês 12

Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Comissão de Ética Médica

		educativa através de discussões e análises dos casos e condutas assistenciais da categoria	temas relativos à Ética Médica, mantendo diálogo regular com a Alta Gestão e com os responsáveis pelos cuidados.	comissão	
11	Elaborar relatórios de ações da comissão e planejamento de ações futuras.	Subsidiar melhorias de processos e análises de dados.	Análise global das ações empreendidas durante o ano e propostas de melhorias baseadas nas experiências vivenciadas	Membros da comissão e Direção Clínica.	Mês 12



10.1.2: FA. 2 – ÁREA DA QUALIDADE

Qualidade Objetiva: Avalia medidas da proposta de trabalho para implantação de comissões

COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM

Capítulo I

Características Gerais (definição, finalidades, objetivos, jurisdição, subordinação hierárquica)

Art. 1º A Comissão de Ética de Enfermagem (CEE) é um órgão consultivo colegiado que acolhe as demandas referentes ao exercício ético profissional da enfermagem nas áreas de assistência, ensino, pesquisa e administração na presente instituição, com subordinação hierárquica ao Conselho Regional de Enfermagem de Goiás (Coren-GO), conforme Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) nº 593/2018.

Art. 2º A CEE possui finalidades educativas, consultivas, de conciliação, orientação, vigilância e promoção do exercício ético da enfermagem na instituição, com ações balizadas nos princípios fundamentais presentes no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e nas demais legislações vigentes.

§1º A CEE não tem caráter punitivo ou coercitivo.

§2º Não compete à CEE o julgamento ético ou administrativo.

§3º As questões administrativas referentes ao serviço de enfermagem serão de competência da chefia da Divisão de Enfermagem (DE).

§4º O julgamento e a atribuição de pena ético-disciplinar são exclusivos do Plenário do Coren-MG e do Cofen.

Art. 3º A CEE possui os seguintes objetivos:

- I - representar o Coren-GO nas questões ético-legais na instituição;
- II - acolher os profissionais de enfermagem na promoção do exercício ético da profissão;
- III - divulgar e esclarecer o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e as demais normas disciplinares e éticas do exercício profissional;
- IV - promover e/ou participar de atividades que desenvolvam o comportamento ético adequado na instituição;
- V - promover e/ou participar de atividades multiprofissionais que desenvolvam a promoção do exercício ético e o respeito às competências legais das profissões;

VI - assessorar e orientar a DE, membros da equipe, comunidade e demais interessados da instituição sobre questões éticas e as implicações decorrentes de atitudes inadequadas ou ilegais; VII - averiguar denúncias, fatos ou notícias de situações inadequadas do exercício profissional de enfermagem ocorridos na instituição e realizar os encaminhamentos cabíveis.

Art. 4º A CEE possui jurisdição restrita aos aspectos ético-legais do serviço de enfermagem na instituição, com exceção das designações da presidência do Coren-GO.

Art. 5º A CEE representa o Coren-GO na instituição para assuntos da ética profissional, com autonomia e imparcialidade em relação às demais estruturas organizacionais da mesma.

Parágrafo único. As condutas da CEE são orientadas pelas determinações, resoluções e pareceres do Cofen e do Coren-GO.

Capítulo II

Composição (membros, organização e atribuições)

Art. 6º A CEE será composta por profissionais de enfermagem legalmente habilitados e inscritos no Coren-GO e que atendam aos seguintes critérios:

I - manter vínculo com a instituição;

II - estar em situação regular no que se refere às obrigações com o Coren-GO;

III - não possuir anotações de penalidades na instituição nos últimos cinco anos;

IV - não possuir condenação transitada em julgado em processos administrativos e/ou éticos nos últimos cinco anos.

Art. 7º O colegiado da CEE será composto por profissionais de enfermagem efetivos e seus respectivos suplentes, sendo três enfermeiros efetivos e três enfermeiros suplentes e quatro técnicos e/ou auxiliares de enfermagem efetivos e quatro suplentes.

§1º O mandato dos membros da CEE será de três anos, admitida apenas uma reeleição ou recondução.

§2º O enfermeiro, chefe da DE, não poderá compor a CEE durante o exercício do cargo.

Art. 8º O Presidente da CEE e/ou seu substituto, obrigatoriamente será profissional enfermeiro. Art. 9º Compete ao Presidente da CEE:

- Convocar, presidir e coordenar as ações e reuniões da CEE;
- Atender às notificações e solicitações do Coren-GO;
- Representar a CEE na instituição e no Coren-GO, quando se fizer necessário;
- designar membros da CEE para realizar ações e atividades finalísticas, elencadas no artigo 2º, na instituição;
- elaborar o plano de trabalho e o cronograma de atividades da Comissão;
- atualizar, sempre que necessário, o regimento interno e encaminhar para o Coren-MG para aprovação;
- elaborar e encaminhar relatório trimestral à Unidade de Monitoramento, Avaliação e Estatística (UMAEE);
- elaborar o relatório anual e encaminhar ao Coren-GO
- designar membro para levantar dados em sindicância, quando necessário;
- acolher notícias de situações supostamente de desvio do exercício ético da enfermagem e proceder aos encaminhamentos necessários;
- elaborar o parecer dos atos e procedimentos dos demais membros da Comissão para encaminhar à Comissão de Ética do Coren-GO e à DE, quando se tratar de medidas administrativas;
- solicitar apoio, suporte e orientações, quando necessárias, à Comissão de Ética do Coren-GO
- desenvolver ações para divulgar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e as legislações vigentes da profissão;
- promover ações de sensibilização e valorização da categoria;
- exercer a presidência com justiça, compromisso, equidade, dignidade, competência, responsabilidade, honestidade e lealdade;
- fundamentar suas relações com os membros da Comissão no direito, na prudência, no respeito, na solidariedade e na diversidade de opinião e posição ideológica;
- relatar ao Coren-GO qualquer situação que interfira na autonomia e imparcialidade da comissão, por outras comissões ou entes administrativos; e
- demais ações relacionadas que forem estabelecidas pelo Coren-GO.

Art. 10. Compete ao secretário da CEE:

- I. secretariar todos os atos realizados pela Comissão, por meio de ata;
- II. documentar as ações realizadas pela Comissão (fotos, relatórios, listas);
- III. responsabilizar-se pela documentação e seu sigilo;

IV. relatar ao Coren-GO situação de condutas antidemocráticas de membros da Comissão;

V. organizar a agenda das reuniões.

Art. 11. Compete aos membros da CEE:

- representar o Coren-GO na instituição de saúde, no que se refere a temas relacionados à divulgação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem;
- divulgar e zelar pelo cumprimento da Legislação de Enfermagem vigente;
- identificar as ocorrências éticas e disciplinares na instituição de saúde onde atua;
- receber denúncias de Profissionais de Enfermagem, usuários, clientes e membros da comunidade, relativas ao exercício profissional;
- elaborar relatório, restrito à narrativa dos fatos que ensejaram a denúncia, anexando documentação, se houver, relativa a qualquer indício de infração ética;
- propor e participar, em conjunto com a chefia da DE e enfermeiro responsável pelo Serviço de Educação Permanente de Enfermagem (SEE), de ações preventivas e educativas sobre questões éticas e disciplinares;
- promover e participar de atividades multiprofissionais referentes à ética;
- assessorar a chefia (Diretoria/Chefia/Coordenadora – de acordo com a instituição) de enfermagem da instituição, nas questões ligadas à ética profissional;
- divulgar as atribuições da CEE;
- participar das atividades educativas do Coren-GO e atender as solicitações de reuniões e convocações inerentes às atribuições da CEE, inclusive promover e participar de treinamento e capacitação;
- cumprir e fazer cumprir as disposições deste regimento e as demais normas relativas ao exercício ético-profissional.

Capítulo III

Funcionamento (reuniões e documentos)

Art. 12. A CEE reunir-se-á ordinariamente a cada 30 (trinta) dias, sob convocação do Presidente, conforme cronograma e pauta pré-definidos e aprovados pelos membros da Comissão.

§1º Os membros deverão dedicar, no mínimo, 120 minutos (2 horas) da carga horária de trabalho mensal para execução das atividades na CEE.

§2º A dedicação dos 120 minutos (2 horas) mensais corresponderão a um plano de atividades conjunto elaborado pelos membros da CEE.

Art. 13. As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo Presidente ou por maioria simples dos membros, com antecedência de 10 (dez) dias, com pauta definida em edital.

Art. 14. Toda reunião deverá ser lavrada em ata pelo secretário ou membro efetivo substituto e assinada pelos presentes com indicações dos posicionamentos e votos, caso existentes.

Art. 15. Todos os processos de trabalho da Comissão serão democráticos, e os membros efetivos terão direito a voz e voto.

§1º O Presidente exercerá o voto de minerva, em caso de empate;

§2º Os suplentes possuirão direito a voz em todas as reuniões; e direito a voto quando estiverem substituindo o titular.

Art. 16. As reuniões e atividades da CEE serão abertas à comunidade de enfermagem da instituição, com exceção dos debates e procedimentos de sindicância e assuntos pertinentes a denúncias.

Art. 17. A CEE deverá manter atualizados os seguintes documentos:

- Regimento Interno da CEE;
- Plano de ação e cronograma de atividades;
- Livro de Protocolos;
- Cartilha de Suprimentos de Fundos;
- Livro de atas;
- Livro de atividades e treinamentos;
- arquivos dos documentos do processo eleitoral;
- Certidão negativa dos membros da CEE, atualizada anualmente;

IX - Portaria do Coren-GO;

- cópia dos Certificados de Posse.

Capítulo IV

Encargos da Subordinação Hierárquica (responsabilidades, fluxos, demandas)

Art. 18. A CEE deve fundamentar suas atividades no conhecimento, na prática e no cumprimento ao Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e demais normativas do Sistema Cofen/Coren.

Art. 19. A CEE deve cumprir, no prazo estabelecido, determinações, notificações, citações, convocações e intimações do Coren-GO, salvo por motivos legais devidamente justificados.

Art. 20. A CEE deve exercer suas atribuições dentro dos limites legais e éticos da profissão, com autonomia, independência e solidariedade às demais profissões e comissões na instituição.

Art. 21. A CEE está vinculada ao Coren-GO por determinação do dispositivo legal – Resolução Cofen 593/18 – e pela portaria específica aprovada pelo Plenário do Coren-GO, submetida às normas, regras, ao fluxo, às medidas legais e administrativas da autarquia de fiscalização do exercício da enfermagem – Coren-GO.

Art. 22. Os fatos apurados e acompanhados pela CEE deverão ser encaminhados, de acordo com a natureza, para instâncias administrativas e/ou ético-disciplinares.

- de natureza administrativa - deverão ser encaminhados ao enfermeiro, Responsável Técnico (RT) para medidas e encaminhamentos estabelecidos pela instituição;
- de natureza ético-disciplinares deverão ser remetidos à Comissão de Ética do Coren-GO para avaliação dos procedimentos já realizados e as decisões legais cabíveis, bem como informados por escrito, de forma sucinta, à chefia da DE, os encaminhamentos;
- quando o fato for de menor gravidade e não tiver acarretado danos a terceiros, a CEE poderá promover a conciliação entre as partes envolvidas e encerrar o procedimento;
- quando o fato não apresentar indícios de infração, a CEE deverá realizar o arquivamento do feito.

Capítulo V

Vacância (desistência, afastamento, suspensão e impedimentos)

Art. 23. A vacância de qualquer membro efetivo da CEE, durante a vigência do mandato, não configura a desconstituição da CEE da instituição.

§1º O membro efetivo deverá ser substituído por suplente da mesma categoria profissional;

§2º Os membros remanescentes da CEE poderão sugerir a indicação de profissional para a suplência, devendo encaminhar o nome para o Coren-GO, com a documentação referente aos requisitos do artigo 5º.

§3º O profissional indicado para a titularidade e/ou suplência da CEE exercerá as ações pelo tempo restante da vigência do mandato da Comissão.

Art. 24. A desistência do membro da CEE deverá ser formalizada por escrito à Comissão de Ética do Coren-GO, no prazo máximo de 15 (quinze) dias.

§1º A CEE deverá encaminhar, junto ao documento, declaração de próprio punho do membro, com descrição dos motivos da desistência;

§2º O membro desistente deverá encaminhar ao Coren-GO o Certificado de Posse da CEE para as devidas anotações.

Art. 25. O afastamento temporário poderá ser solicitado diretamente à CEE por qualquer membro, por um período de até 180 dias.

§1º O pedido de afastamento deverá ser encaminhado pelo Presidente ou substituto à Comissão de Ética do Coren-GO para conhecimento e providências, se necessárias.

§2º O Presidente da CEE deverá indicar, no prazo de 15 (quinze) dias, o substituto da mesma categoria para desenvolver as atividades durante o afastamento do titular e comunicar oficialmente à Comissão de Ética do Coren-GO as devidas providências e anotações.

Art. 26. O afastamento definitivo de membro da CEE poderá ser solicitado e formalizado ao Coren-GO pelo Presidente da CEE, nas seguintes situações:

I - Ausência, não justificada, em três (3) reuniões ordinárias consecutivas;

II - Condenação, transitada em julgado, em processo ético ou penal.

§1º A CEE deverá encaminhar cópias dos documentos que comprovem a situação do membro e da ata da Comissão que decidiu pelo afastamento.

§2º O profissional afastado não poderá participar de Comissão de Ética de Enfermagem por 5 (cinco) anos ou enquanto durarem os efeitos da condenação.

Art. 27. A suspensão de membro deverá ser requerida pelo Presidente da CEE, de forma fundamentada e justificada à Comissão de Ética do Coren-GO, pelo e-mail, nos seguintes casos:

- não estar em situação regular com as obrigações junto ao Coren-GO;
- estar respondendo processo administrativo e judicial de objeto vinculado à assistência de Enfermagem;

§1º O Presidente da CEE deverá encaminhar ao Coren-GO a indicação do suplente para substituir o membro titular durante a suspensão.

§2º A suspensão do membro será imediata após o comunicado do Presidente da CEE ao Coren-GO.

§3º Em caso de má-fé, o Presidente da CEE será encaminhado para que as medidas éticas cabíveis sejam tomadas.

§4º A suspensão será homologada com os prazos e requisitos de habilitação pela Comissão de Ética do Coren-GO, garantindo o direito da ampla defesa e do contraditório.

Art. 28. O impedimento de membro deverá ser requerido pelo Presidente da CEE, de forma fundamentada e justificada à Comissão de Ética do Coren-GO, nos seguintes casos:

- inexistência do vínculo empregatício com a instituição;
- inexistência dos requisitos legais para o exercício profissional, conforme art. 2º da Lei Federal 7498/86;
- ter assumido função e/ou cargo de RT do Serviço de Enfermagem;
- IV ter assumido cargo de Diretoria ou Gerência Geral da instituição;

§1º O Presidente da CEE deverá encaminhar ao Coren-GO a indicação do suplente para substituir o membro titular.

§2º O impedimento do membro será imediato após o comunicado do Presidente da CEE ao Coren- GO.

§3º Em caso de má-fé, o Presidente da CEE será encaminhado para as medidas éticas cabíveis.

§4º O impedimento será homologado pela Comissão de Ética do Coren-GO, garantindo o direito da ampla defesa e do contraditório.

§5º O membro impedido deverá encaminhar ao Coren-GO o Certificado de Posse da CEE para as devidas anotações.

Capítulo VI

Processo Eleitoral (princípios, Comissão Eleitoral, editais, prazos, eleições, resultados)

Art. 29. A escolha dos membros para atuarem na CEE, preferencialmente, ocorrerá através de voto direto, secreto, facultativo e periódico.

Parágrafo único. As eleições poderão ocorrer no formato virtual a depender de condições que contraindiquem o formato presencial.

Art. 30. O processo eleitoral da CEE fundamenta-se nos princípios do Estado Democrático de Direito, da lisura do processo eleitoral, da soberania popular, da moralidade, da probidade, da isonomia e da solidariedade.

Art. 31. O Processo Eleitoral deverá ser iniciado até 60 (sessenta) dias antes do término do mandato da Comissão em exercício, devendo o edital público das eleições ser fixado em painéis de informações internas na instituição e em todos os setores em que sejam prestados serviços de enfermagem; e circulado nos canais de comunicação institucional por, no mínimo, 5 (cinco) dias anteriores à inscrição de candidaturas.

§1º O Processo Eleitoral iniciar-se-á com a composição da Comissão Eleitoral designada pelo Presidente da CEE ou pela chefia da DE.

§2º A Comissão Eleitoral será composta por 3 (três) integrantes para planejar, acompanhar, organizar e executar os procedimentos do pleito eleitoral e da posse.

§3º Os membros da Comissão Eleitoral deverão escolher o presidente e o secretário, na primeira reunião, para os encaminhamentos do pleito, e lavrar em ata.

§4º Os membros profissionais de enfermagem da Comissão Eleitoral deverão apresentar certidão negativa de situação cadastral, financeira e de antecedentes éticos do Coren-GO ao Presidente da CEE ou ao chefe da DE, como requisito para compor a Comissão;

§5º O Presidente da CEE ou o chefe da DE deverá encaminhar os nomes dos profissionais de enfermagem da Comissão Eleitoral para o Coren-GO pelo e-mail para verificação dos requisitos.

Art. 32. A Comissão Eleitoral, após autorização do Coren, deverá elaborar e publicar o edital de convocação para o processo eleitoral, no prazo de 5 (cinco) dias.

§1º As informações sobre os critérios dos artigos 6º e 7º, o período do mandato e de inscrições dos interessados e a data do pleito são requisitos mínimos no edital.

§2º Os candidatos deverão apresentar no ato da inscrição, anuência de suas chefias imediatas devido a necessidade de comprovação da carga horária dispensada para atuação na CEE dentro da jornada de trabalho.

§3º Cabe à Comissão Eleitoral receber os pedidos de inscrição e sobre eles decidir, examinando se os candidatos preenchem os requisitos estabelecidos neste regimento e na Resolução Cofen 593/2018, no prazo de 5 (cinco) dias.

§4º Os nomes dos candidatos deverão ser encaminhados à Comissão de Ética de Enfermagem do Coren, dentro do prazo estabelecido no §2º, pelo e-mail para certificação dos requisitos do exercício ético junto ao Coren-GO.

§5º Todas as reuniões deverão ser lavradas e assinadas pelos presentes, e os documentos, editais e procedimentos autuados de forma cronológica para serem encaminhados pelo e-mail à Comissão de Ética do Coren-GO, após finalizado o pleito eleitoral.

Art. 33. Os editais públicos serão os instrumentos legais publicados pela Comissão Eleitoral para organização do processo e definição de prazos e documentos.

§1º Os editais de convocação do processo eleitoral, de deferimento de candidaturas e resultado do pleito eleitoral são obrigatórios.

§2º Os editais precisam ser firmados pelo chefe da DE.

§3º Os editais precisam ser fixados em local de fácil visualização da comunidade de enfermagem e enviados para a Comissão de Ética de Enfermagem do Coren, para ciência e acompanhamento pelo e-mail.

Art. 34. Os prazos do processo eleitoral devem garantir o exercício da democracia, a publicidade e a igualdade de oportunidades, bem como atenderem às regras gerais dos artigos 6º e 10º, §2º da Resolução Cofen 593/2018.

§1º Todas as etapas do processo eleitoral deverão acontecer no prazo mínimo de 20 (vinte) e máximo de 60 (sessenta) dias, entre a convocação e o pleito.

§2º Todos os documentos elencados no §4º do artigo 34 deverão ser encaminhados ao Coren-GO pelo e-mail no prazo máximo de 30 (trinta) dias antes do término do mandato, para as providências legais da homologação do resultado e da posse.

§3º Devem ser garantidos os seguintes prazos:

- 10 (dez) dias da publicação do edital de convocação e do término do período de inscrição de candidaturas;
- 5 (cinco) dias de campanha entre o edital de deferimento de candidaturas e o pleito eleitoral.

Art. 35. As eleições deverão ser realizadas durante o horário de trabalho, respeitando todos os turnos e escalas de revezamento, de forma a garantir condições de acesso e exercício do direito ao voto a todos os interessados aptos da comunidade de enfermagem.

§1º Serão aptos ao direito de voto os profissionais que preencham os requisitos do artigo 2º da Lei Federal 7498/86 e com situação regular junto ao Coren-GO.

§2º Os profissionais deverão votar nos seus pares de categoria, ou seja, enfermeiros votam em enfermeiros e os profissionais de nível médio em técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem;

§3º A eleição terá legitimidade se o número de votantes for, no mínimo, a metade mais um dos aptos, por nível profissional.

Art. 36. O resultado do processo eleitoral deverá ser publicado em edital pela Comissão Eleitoral com descrição do número de votos de cada candidato, com classificação por voto e por categoria.

§1º Os candidatos mais votados, por categoria, serão os titulares da CEE.

§2º O tempo de inscrição no Coren-GO será o critério de desempate.

§3º A ordem da suplência será definida pela classificação de votos recebidos no pleito.

§4º Os protestos e recursos deverão ser decididos pela Comissão Eleitoral no prazo máximo de 02 (dois) dias.

§5º A Comissão de Ética do Coren-GO será o colegiado com legitimidade de arbitragem dos conflitos e dúvidas do processo eleitoral.

§6º O resultado oficial será homologado pelo Coren-GO, após análise da legalidade e lisura do processo eleitoral, por meio de Portaria da Presidência.

Art. 37. Após realizadas todas as ações educativas, sensibilizadoras, e cumpridos os prazos legais para inscrição de candidaturas para a CEE, e não havendo interessados para o pleito, a Comissão Eleitoral deverá encaminhar os documentos para a Comissão de Ética do Coren-GO o chefe da DE que indique profissionais para compor a CEE, respeitando os critérios do artigo 6º, por designação.

§1º Caso o número de interessados aptos e eleitos para a CEE seja inferior ao quantitativo estabelecido neste regimento por categoria, o chefe da DE deverá designar profissionais para completar o colegiado da CEE.

§2º Toda a documentação deverá ser autuada de forma cronológica e encaminhada à Comissão de Ética do Coren-GO para os trâmites legais.

Art. 38. A homologação da composição da CEE ocorrerá mediante Portaria da Presidência do Coren- GO, após análise do processo eleitoral pelo Plenário do Coren-GO.

Art. 39. Os membros da CEE serão empossados em cerimônia oficial pela Presidência do Coren-GO ou por representante designado para a formalidade.

Parágrafo único. Somente após a cerimônia de posse, os membros da CEE estarão autorizados a iniciar as atividades e trabalhos da Comissão.

Capítulo VII

Posse da Comissão (homologação, posse)

Art. 40. A homologação da composição da CEE ocorrerá mediante Portaria da Presidência do Coren- GO, após análise do processo eleitoral pelo Plenário do Coren-GO.

Art. 41. Os membros da CEE serão empossados em cerimônia oficial pela Presidência do Coren-GO ou por representante designado para a formalidade.

Parágrafo único. Somente após a cerimônia de posse, os membros da CEE estarão autorizados a iniciar as atividades e trabalhos da Comissão.

Capítulo VIII

Disposições Gerais

Art. 42. A CEE norteará suas atividades pelo regimento interno e pelas normas ético-legais estabelecidas pelo Cofen e Coren-GO.

Art. 43. Este regimento poderá ser alterado por proposta da CEE, do chefe da DE ou da Comissão de Ética do Coren-GO.

Art. 44. Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão de Ética do Coren-GO, através de consulta oficial pelo e-mail.

Data, _____

Diretor da unidade

Membros

Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Comissão de Ética de Enfermagem

Item	O que deverá ser feito?	Por que será feito?	Como será feito?	Por quem será feito?	Quando será feito?
1	Iniciar processo de eleição dos membros para a Comissão	Por obrigatoriedade (conforme conselho de enfermagem) de acordo com necessidade;	Através de eleição de membros da equipe médica seguindo recomendações do conselho	Gerencia de enfermagem	Mês 1 e mês 2
2	Elaborar Regimento Interno da Comissão	Para oferecer suporte e orientação especializada para a o funcionamento da comissão	Será solicitado aos representantes eleitos pelo processo eleitoral	A própria comissão	Mês 2
3	Reuniões ordinárias;	Desenvolver atividade educativa através de discussões e análises dos casos e condutas assistenciais da categoria.	Divulgações e orientações sobre temas relativos à Ética de enfermagem, padronização e importância dos registros da categoria.	Membros da comissão	Mês 2
4	Supervisionar, orientar e avaliar na Instituição o exercício ético e legal da atividade de enfermagem.	Para oferecer segurança na assistência prestada pela equipe de enfermagem.	Verificação de situação cadastral da equipe de enfermagem junto ao conselho.	A própria Comissão	Mês 3
5	Reuniões ordinárias;	Desenvolver atividade educativa através de discussões e análises dos casos e condutas	Divulgações e orientações sobre temas relativos à Ética de enfermagem, padronização e	Membros da comissão	Mês 3

Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Comissão de Ética de Enfermagem

		assistenciais da categoria.	importância dos registros da categoria.		
6	Instaurar sindicância, quando houver indícios de infração ao Código de Ética de Enfermagem ou por solicitação do COREN	Instruir e formular relatório circunstanciado acerca da situação Apurada, quando identificada	Encaminhando-o ao COREN, sem emitir juízo de valor a respeito dos fatos que Apurar.	Membros da Comissão	Mês 4
7	Reuniões ordinárias;	Desenvolver atividade educativa através de discussões e análises dos casos e condutas assistenciais da categoria.	Divulgações e orientações sobre temas relativos à Ética de enfermagem, padronização e importância dos registros da categoria.	Membros da comissão	Mês 4
8	Reuniões ordinárias;	Desenvolver atividade educativa através de discussões e análises dos casos e condutas assistenciais da categoria.	Divulgações e orientações sobre temas relativos à Ética de enfermagem, padronização e importância dos registros da categoria.	Membros da comissão	Mês 5
9	Reuniões ordinárias;	Desenvolver atividade educativa através de discussões e análises dos casos e condutas assistenciais da categoria.	Divulgações e orientações sobre temas relativos à Ética de enfermagem, padronização e importância dos registros da categoria.	Membros da comissão	Mês 6
10	Reuniões ordinárias;	Desenvolver atividade	Divulgações e	Membros da	Mês 7

Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Comissão de Ética de Enfermagem

		educativa através de discussões e análises dos casos e condutas assistenciais da categoria.	orientações sobre temas relativos à Ética de enfermagem, padronização e importância dos registros da categoria.	comissão	
11	Reuniões ordinárias;	Desenvolver atividade educativa através de discussões e análises dos casos e condutas assistenciais da categoria.	Divulgações e orientações sobre temas relativos à Ética de enfermagem, padronização e importância dos registros da categoria.	Membros da comissão	Mês 8
12	Reuniões ordinárias;	Desenvolver atividade educativa através de discussões e análises dos casos e condutas assistenciais da categoria.	Divulgações e orientações sobre temas relativos à Ética de enfermagem, padronização e importância dos registros da categoria.	Membros da comissão	Mês 9
13	Reuniões ordinárias;	Desenvolver atividade educativa através de discussões e análises dos casos e condutas assistenciais da categoria.	Divulgações e orientações sobre temas relativos à Ética de enfermagem, padronização e importância dos registros da categoria.	Membros da comissão	Mês 10
14	Reuniões ordinárias;	Desenvolver atividade educativa através de discussões e análises	Divulgações e orientações sobre temas relativos à Ética	Membros da comissão	Mês 11

Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Comissão de Ética de Enfermagem

		dos casos e condutas assistenciais da categoria.	de enfermagem, padronização e importância dos registros da categoria.		
15	Elaborar relatórios de ações da comissão e planejamento de ações futuras.	Subsidiar melhorias de processos e análises de dados.	Análise global das ações empreendidas durante o ano e propostas de melhorias baseadas nas experiências vivenciadas	Membros da comissão e Gerencia de enfermagem.	Mês 12



10.1.2: FA. 2 – ÁREA DA QUALIDADE

Qualidade Objetiva: Avalia medidas da proposta de trabalho para implantação de comissões

COMISSÃO DE BIOSSEGURANÇA

INTRODUÇÃO

A Comissão de Biossegurança do Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO), tem como objetivo conscientizar as equipes de trabalho na prevenção, em especial, por agentes biológicos, ou mesmo pela incorporação de novas tecnologias e insumos que afetem diretamente os aspectos de saúde, mitigando os riscos gerados.

A biossegurança é um processo tanto funcional quanto operacional nos diferentes serviços de saúde e deve ser vista como um mecanismo de proteção, tanto para o paciente, quanto para os atores envolvidos nos cuidados de saúde.

Entende-se por serviço de saúde qualquer edificação destinada à prestação de assistência à saúde da população, e todas as ações de promoção, recuperação, assistência, pesquisa e ensino em saúde em qualquer nível de complexidade, sendo essa Comissão específica para atuação dentro do HUGO.

DAS COMPETÊNCIAS DA COMISSÃO

Art. 1º Compete à Comissão:

- I. Promover a conscientização na redução dos riscos e danos potenciais à saúde, seja na proteção do meio-ambiente pela manipulação e descarte de resíduos químicos, tóxicos e infectantes;
- II. Promover ações voltadas à prevenção, minimização ou eliminação de riscos inerentes às atividades prestadas na instituição;
- III. Monitoramento por meio de outras comissões que fiscalizam as atividades laboratoriais e controle de risco (saúde humana e ambiente), como a Comissão de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Comissão Interna de Prevenção de Acidentes, entre outras.

DA COMPOSIÇÃO

Art. 2º A composição mínima da Comissão de Biossegurança do HUGO deverá ser composta por membros de diferentes setores e função na instituição, contendo no mínimo um membro da Segurança do Paciente e três enfermeiros, entretanto, conforme a necessidade da Instituição, este número poderá ser maior.

A depender da direção do hospital, poderá haver representantes dos serviços abaixo definidos:

- I. Emergência;
- II. Serviço de Clínica Médica;
- III. Serviço de Cirurgia/ Ortopedia;
- IV. Serviço de Laboratório;
- V. Serviço de CME/ Bloco Cirúrgico

Art. 3º Para a realização dos trabalhos da comissão, os membros deverão ser dispensados de suas atividades assistenciais por tempo a ser definido pela diretoria. O tempo mínimo de dedicação por membro será definido pela Diretoria Técnica, de acordo com as necessidades e perfil da unidade.

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 4º O mandato desta Comissão de Biossegurança será indeterminado, podendo ser substituído a qualquer tempo quando direção achar conveniente, ou por justificativa pertinente.

§ 1º As atribuições da Comissão são de promover e desenvolver, de forma articulada com todos os setores do hospital, ações coletivas que permitam a partir da problematização do processo e da qualidade do trabalho, identificar as necessidades de qualificação dos profissionais.

§ 2º O Presidente, Vice-Presidente e o secretário serão escolhidos através de votação simples dos membros da comissão.

Art. 5º As atribuições da Comissão de Biossegurança são:

- I. Analisar e emitir parecer sobre assuntos relativos a biossegurança que lhe forem enviados;
- II. Sugerir normas para melhorias na biossegurança;
- III. Realizar visitas inspecionais nos setores no objetivo de identificar situações/problemas;
- IV. Normatizar e fiscalizar as ações de biossegurança;
- V. Monitorar por meio de outras comissões que fiscalizam as atividades laboratoriais e controle de risco (saúde humana e ambiente), como a Comissão de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Comissão Interna de Prevenção de Acidentes, entre outras;

- VI. Criar instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações sobre biossegurança.
- VII. Zelar pelo sigilo ético das informações;
- VIII. Emitir parecer técnico ou relatório quando solicitado pelas demais comissões ou outro serviço interessado;
- IX. Assessorar a Direção Técnica ou Clínica da Instituição em assuntos de sua competência;
- X. Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de educação permanente;
- XI. Desenvolver atividades de caráter técnico - científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes à instituição

Do presidente da comissão:

Art. 6º As atribuições do Presidente da Comissão são:

- I. Convocar e presidir as reuniões;
- II. Representar a Comissão junto às Gerências ou Superintendência da instituição, ou indicar seu representante;
- III. Subscrever todos os documentos e resoluções da Comissão, previamente aprovados pelos membros desta;
- IV. Fazer cumprir o regimento.
- V. Nas decisões da comissão, além do seu voto, o presidente terá o direito ao voto de desempate.
- VI. Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá o Vice-Presidente.

Do vice-presidente:

Art. 7º As atribuições do Vice-Presidente são:

- I. Executar atribuições que lhe forem delegadas;
- II. Substituir o Presidente nos seus impedimentos eventuais ou nos seus afastamentos temporários.

Do secretário:

Art. 8º As atribuições do Secretário são:

- I. Organizar a ordem do dia;
- II. Receber e protocolar os processos e expedientes;
- III. Lavrar a ata das reuniões;
- IV. Convocar os membros da comissão para reuniões conforme cronograma pré-estabelecido; V. Organizar e manter o arquivo da comissão;
- V. Preparar correspondência;
- VI. Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço da secretaria.

DO FUNCIONAMENTO

Art. 9º Deverão ocorrer reuniões periódicas com data, local e horário previamente definidos e informados via e-mail institucional, sendo no mínimo realizadas reuniões mensais.

§ 1º A ausência de um membro em duas reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda quatro reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses gera sua exclusão automática.

§ 2º Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da comissão, a seus critérios, poderão realizar a reunião.

Art. 10 As decisões da comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Art. 11 Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos será designado um relator ou convidado, o qual apresentará parecer sobre o assunto, em prazo pré-estabelecido. Da mesma forma, poderão ser convidados outros profissionais para participar das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia.

Art. 12 As reuniões da comissão deverão ser registradas em ata resumida e arquivada uma cópia contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente, decisões tomadas. Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

§ 1º As reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão serão realizadas durante o expediente normal da empresa, somente em dias úteis, em local apropriado.

§ 2º Reuniões extraordinárias poderão ser solicitadas a qualquer momento pelo Presidente ou Vice-Presidente, desde que haja denúncia de situação de risco grave e iminente que determine aplicação de medidas corretivas de emergência, e também quando houver solicitação expressa de uma das representações.

Art. 13 Será necessário o quórum, calculado pela maioria simples, de membros efetivos para a edição de resoluções:

- I. Não havendo quórum, será feita nova convocação;
- II. Havendo impasse, a situação deverá ser votada;
- III. Em caso de empate em votação, o (a) Presidente terá "Voto de Minerva";
- IV. Membros consultivos não terão direito a voto.

METODOLOGIA

Art 14 A seguinte metodologia:

- I. Estabelecimento de prioridades após análise situacional
- II. Fontes de informações: Relatórios do SOST, Relatórios do CCIRAS, Plano de Ação da CIPA, fiscais de contrato das terceirizadas, demanda da ouvidoria e espontânea.
- III. Elaboração de Procedimentos Operacional Padrão (POP); sugestão de criação de normas para melhorias no serviço; Campanhas e treinamentos.

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 15 Este Regimento poderá ser aprimorado mediante necessidade constatada pelos membros da Comissão, com anuência da Superintendência.

Art. 16 As resoluções da Comissão terão caráter normativo e deverão ser cumpridas por todos os integrantes da instituição.

Art. 17 Revogam-se as disposições em contrário.

Art. 18 Este Regimento Interno entrará em vigor após publicação no boletim de Serviço do HUGO.

Art. 19 Este Regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Comissão de Biossegurança

Item	O que deverá ser feito?	Por que será feito?	Como será feito?	Por quem será feito?	Quando será feito?
1	Criar a Comissão de Biossegurança	Por obrigatoriedade (conforme legislação) de acordo com necessidade;	Através de eleição de membros atuantes no serviço.	SESMT	Mês 1
2	Reuniões ordinárias;	Acompanhar o perfil de acidentes biológicos e ou com perfurocortantes e analisar os casos junto ao SESMT, e propostas de melhorias.	Acompanhar padronização de materiais e equipamentos utilizados para saúde e o perfil de acidentes ocorridos e mapear possibilidade de melhorias no serviço.	Membros da comissão	Mês 1
3	Elaborar Regimento Interno da Comissão	Para oferecer suporte e orientação das atividades.	Será solicitado ao SESMT e representantes eleitos.	A própria comissão	Mês 2
4	Reuniões ordinárias;	Acompanhar o perfil de acidentes biológicos e ou com perfurocortantes e analisar os casos junto ao SESMT, e propostas de melhorias.	Acompanhar padronização de materiais e equipamentos utilizados para saúde e o perfil de acidentes ocorridos e mapear possibilidade de melhorias no serviço.	Membros da comissão	Mês 2
5	Visitas nos setores;	Acompanhar as práticas in locu com foco na segurança do colaborador e	Monitorando a prática e orientações aos profissionais das normas do serviço frente a utilização de dispositivos	Membros da comissão	Mês 3

Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Comissão de Biossegurança

		alinhar as boas práticas de segurança para evitar acidentes.	com segurança e EPIs.		
6	Reuniões ordinárias;	Acompanhar o perfil de acidentes biológicos e ou com perfurocortantes e analisar os casos junto ao SESMT, e propostas de melhorias.	Acompanhar padronização de materiais e equipamentos utilizados para saúde e o perfil de acidentes ocorridos e mapear possibilidade de melhorias no serviço.	Membros da comissão	Mês 3
7	Padronização de insumos para saúdes;	Propor reuniões frequentes de padronização junto aos serviços assistenciais	Acompanhar padronização de materiais e equipamentos utilizados para saúde e o perfil de acidentes ocorridos e mapear possibilidade de melhorias no serviço.	Membros da comissão/Representantes de Compras/Farmácias/Enfermagem	Mês 4
8	Reuniões ordinárias;	Apresentar os casos de acidentes ocorridos, análises de casos, e propostas de melhorias.	Divulgação o perfil de acidentes ocorridos e mapear possibilidade de melhorias no serviço com padronização de materiais e revisão de processos.	Membros da comissão	Mês 4 Mês 5 Mês 6 Mês 7 Mês 8 Mês 9 Mês 10 Mês 11
9	Reuniões ordinárias;	Apresentar relatórios das atividades desenvolvidas no ano e propostas de melhorias próximo ciclo.	Divulgação de resultados e identificação de oportunidades de melhorias bem como: capacitação, padronização de insumos e mudanças de fluxos e processos vivenciados com a prática do Serviço	Membros da comissão	Mês 12



10.1.2: FA. 2 – ÁREA DA QUALIDADE

Qualidade Objetiva: Avalia medidas da proposta de trabalho para implantação de comissões

COMISSÃO DE INFECCÃO HOSPITALAR

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

CAPÍTULO I DAS DENOMINAÇÕES

Art. 1º A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) do Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO) é um órgão criado, conforme portaria Nº 196 do Ministério da Saúde que institui a implantação das comissões de controle de infecção em todo país, independentemente de sua natureza jurídica.

CAPÍTULO II DAS FINALIDADES

Art. 2º A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) é um órgão normativo de caráter permanente e tem por finalidade a prevenção e controle das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS).

Art. 3º A CCIH executa o Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH) que é o conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente, com vistas a redução máxima possível da incidência e da gravidade das IRAS.

Art. 4º A CCIH destina-se ao assessoramento da direção.

CAPÍTULO III DA CONSTITUIÇÃO E ORGANIZAÇÃO

Art. 4º A CCIH é composta por membros consultores e executores.

§ 1º Os membros consultores são representantes dos seguintes serviços:

I – Médico.

II – Enfermagem.

III – Farmácia.

IV - Laboratório de microbiologia.

V – Administração.

VI - Unidades de terapia intensiva.

VII - Serviço de higienização e gestão de resíduos.

§ 1º Os membros executores representam o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) e são encarregados da execução das ações programadas de Controle de Infecção Hospitalar.

É constituída pelos seguintes profissionais:

I - Médicos Infectologistas

II – Enfermeiros.

III - Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.

Art. 5º Os membros têm um mandato pelo período de 4 anos, podendo ser reconduzidos.

Art. 6º A O coordenador da CCIH será qualquer um dos membros consultores e executores, indicado pela superintendência do hospital.

CAPÍTULO IV DAS DESIGNAÇÕES

Art. 7º Os membros da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) serão designados pelo Diretor do Hospital através de portaria.

CAPÍTULO V DAS ATRIBUIÇÕES E COMPETÊNCIAS

Art. 8º São atribuições da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar:

I - Elaborar, implementar, manter e avaliar o PCIH, adequado às características e necessidades da instituição, contemplando, no mínimo, ações relativas a:

II - Implantação de um Sistema de Vigilância Epidemiológica das IRAS, de acordo com o Anexo III, da Portaria 2616/98 MS.

III - Capacitação do quadro de funcionários e profissionais da instituição, no que diz respeito à prevenção e controle de IRAS.

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

V - Avaliar, periódica e sistematicamente, as informações providas pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das IRAS e aprovar as medidas de controle propostas pelos membros executores do CCIH.

VI - Realizar investigação epidemiológica de casos e surtos, sempre que indicado, e implantar medidas imediatas de controle, e notificar o Serviço de Vigilância Epidemiológica do organismo de gestão do SUS.

VII - Elaborar e divulgar, regularmente relatórios e comunicar, periodicamente, à autoridade máxima da instituição e às chefias dos setores do hospital, a situação do controle de IRAS, promovendo seu amplo debate na comunidade hospitalar.

VIII - Elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando limitar a disseminação de agentes presentes nas infecções em curso no hospital, por meio de medidas de precaução e de isolamento.

IX - Adequar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando à prevenção e ao tratamento das IRAS.

X - Definir, em cooperação com a Comissão de Medicamentos, e Comissão de padronização de materiais, política de utilização de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares para a instituição.

XI - Cooperar com o setor de treinamento ou responsabilizar-se pelo treinamento, com vistas a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais, no que diz respeito ao controle das IRAS.

XII - Elaborar e atualizar regimento interno para a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

XIII - Cooperar com a ação do órgão de gestão do SUS, bem como fornecer prontamente as informações epidemiológicas solicitadas pelas autoridades competentes.

XIV - Notificar ao Serviço de Vigilância Epidemiológica e Sanitária do organismo de gestão do SUS, os casos e surtos diagnosticados ou suspeitos de infecção associada à utilização de insumos e/ou produtos industrializados.

Art. 9º 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 - Indicar seu vice-presidente.

III - Representar a comissão junto à Diretoria da instituição, ou indicar seu representante.

IV - Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão, previamente aprovados pelos membros desta.

V - Fazer cumprir o regimento.

§ 1º Nas decisões da comissão, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva).

§ 2º Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá seu vice-presidente. As atribuições do vice-presidente serão assumir as atividades do presidente na sua ausência.

Art. 10 São atribuições e competências oficial administrativo 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 determinadas pelo presidente. V - Organizar e manter o arquivo da comissão.

VI - Preparar a correspondência.

VII - Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço desta secretaria.

Art. 11 São competências da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar:

I - Fazer executar, pelo Serviço de Controle de Infecção as suas determinações.

II - Fazer o controle, por relatórios, estatísticas, comunicações, solicitações e/ou outros meios que considerar necessário, das suas determinações e alcance dos objetivos propostos.

III - Tomar as providencias necessárias para administração de pacientes, sempre que houver grande risco de infecção comunitária (catástrofes, epidemias, calamidades).

IV - Propor soluções para os problemas em estudo.

V - Informar à Direção modificações parciais ou totais que se fizerem necessárias ao presente regimento;

VI - Propor à Direção modificações parciais ou totais que se fizeram necessárias ao presente regimento.

VII - Convocar ou convidar as Chefias de Unidades/Serviços o cumprimento das normas, diretrizes e orientações preconizadas.

VIII - Divulgar campanhas educativas para o público interno e externo.

CAPÍTULO VI DO FUNCIONAMENTO

Art. 12 A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) reunir-se-á mensalmente, na terceira sexta-feira de cada mês, as 10h em sala de reuniões.

O agendamento será realizado pelo secretário e comunicado a todos os membros via e-mail com uma semana de antecedência.

§ 1º É obrigatória a participação nestas reuniões do Serviço de Controle de Infecção;

§ 2º É obrigatória a presença de todos os integrantes da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, sob pena de responsabilidade, salvo motivo de imperiosa impossibilidade;

§ 3º As reuniões se realizarão com a presença dos integrantes da Comissão de Controle de Infecção na proporção de metade e mais um na primeira chamada, ou em segunda chamada quinze minutos após com qualquer número de participantes.

Art. 13 A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar reunir-se-á extraordinariamente, por convocação do Superintendente ou do Presidente da Comissão, nas mesmas condições exigidas nos parágrafos anteriores do Art. 12.

Art. 14 Os assuntos submetidos à apreciação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar serão relatados por qualquer dos membros, especificamente designados.

Art. 15 A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar manterá registro em ata circunstanciada de suas reuniões e deliberações (temas, proposições, planejamento e conclusões).

Art. 16 As matérias a serem estudadas terão prazos de conclusão e prioridade pré-estabelecidos pela Presidência da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

Art. 17 Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

CAPÍTULO VII DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 18 A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar está subordinada à Direção, possuindo autonomia de ação limitada, devendo suas determinações serem observadas e cumpridas por todas as Unidades/Serviços e pessoas que exerçam suas atividades no HUGO, após serem referendadas pela direção.

Art. 19 Às infrações ao artigo anterior serão aplicadas as medidas administrativas necessária a cada caso.

Art. 20 A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar deverá ter seus instrumentos administrativos e organizacionais aprovados pela Superintendência, mediante publicação através de portaria.

Art. 21 Os casos não previstos neste regimento serão estudados pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e levados à consideração da direção.

Art. 22 Com a aprovação do presente regimento também ficam aprovados os demais instrumentos administrativo-organizacionais (Organogramas hierárquico e de serviço, Fluxogramas, Normas, Rotinas, Roteiros e Impressos, entre outros).

Art. 23 O presente regimento entrará em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

Item	O que deverá ser feito?	Por que será feito?	Como será feito?	Por quem será feito?	Quando será feito?
1	Criar a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar	Por obrigatoriedade (conforme legislação) de acordo com necessidade;	Através de eleição de membros da equipe médica e de enfermagem do serviço e equipe multiprofissional.	Infectologista do SCIH	Mês 1
2	Reuniões ordinárias;	Alinhar com as equipes e alta direção as medidas de prevenção empreendidas em congruência com o panorama e perfil de pacientes atendidos/internado, reforçando as normas e atualizando as rotas e fluxos adequados.	Divulgação e orientações sobre temas relativos às visitas diárias nas unidades assistências com foco em fortalecimento da adesão às práticas de segurança e prevenção de IRAS.	Membros da comissão	Mês 2
3	Atualizar os protocolos inerentes a esta comissão	Atualizar as normas e rotinas do serviço baseadas em boas práticas.	Através de pesquisa sistemática da legislação pertinente, portarias e em fontes científicas reconhecidas e atualizadas.	Membros da comissão	Mês 2
4	Reuniões ordinárias;	Alinhar com as equipes e alta	Divulgação e orientações sobre temas relativos às	Membros da comissão	Mês 3

Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

		direção as medidas de prevenção empreendidas em congruência com o panorama e perfil de pacientes atendidos/internado, reforçando as normas e atualizando as rotas e fluxos adequados.	visitas diárias nas unidades assistências com foco em fortalecimento da adesão às práticas de segurança e prevenção de IRAS.		
5	Monitorar os relatórios de análise de ar e água	Avaliar os relatórios e monitorar a qualidade do ar e água.	Controle, prevenção, elaboração de relatório mensal e alimentação de planilha do estado.	A própria Comissão e Serviço terceirizado de laboratórios de análises	Mês 3
6	Reuniões ordinárias;	Alinhar com as equipes e alta direção as medidas de prevenção empreendidas em congruência com o panorama e perfil de pacientes atendidos/internado, reforçando as normas e atualizando as rotas e fluxos adequados.	Divulgação e orientações sobre temas relativos às visitas diárias nas unidades assistências com foco em fortalecimento da adesão às práticas de segurança e prevenção de IRAS.	Membros da comissão	Mês 4
7	Promover capacitações aos colaboradores do hospital com assuntos relacionados às IRAS;	Desenvolver atividade educativa através de discussões e análises e orientações /condutas com foco	Promover a atualização dos colaboradores, com base nos protocolos de controle de infecções sobre a importância de	Membros da comissão	Mês 4

Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

		em prevenção de IRAS.	práticas seguras na assistência à saúde.		
8	Reuniões ordinárias;	Alinhar com as equipes e alta direção as medidas de prevenção empreendidas em congruência com o panorama e perfil de pacientes atendidos/internado, reforçando as normas e atualizando as rotas e fluxos adequados.	Divulgação e orientações sobre temas relativos às visitas diárias nas unidades assistências com foco em fortalecimento da adesão às práticas de segurança e prevenção de IRAS.	Membros da comissão	Mês 5
9	Realizar busca ativa para identificação de IRAS e controle de dispositivos invasivos	Facilitar o processo de fechamento de IRAS e fortalecer interrelação com os setores.	Por meio de inspeção visual, registrada em impresso próprio. Análise de prontuários, exames laboratoriais e de imagem. Evolução diária para posterior realização do relatório mensal de IRAS do setor e busca fonada quando necessário.	Membros da Comissão	Mês 5
10	Reuniões ordinárias;	Alinhar com as equipes e alta direção as medidas de prevenção empreendidas em congruência com o	Divulgação e orientações sobre temas relativos às visitas diárias nas unidades assistências com foco em	Membros da comissão	Mês 6

Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

		panorama e perfil de pacientes atendidos/internado, reforçando as normas e atualizando as rotas e fluxos adequados.	fortalecimento da adesão às práticas de segurança e prevenção de IRAS.		
11	Realizar campanhas educativas;	Desenvolver por meio de atividade educativa ou treinamentos temas voltados para as campanhas nacionais e do serviço.Exemplo : Maio - dia mundial de higiene das mãos; Setembro- dia da Sepse de discussões e análises dos casos e condutas assistenciais da categoria.	Alertar os colaboradores sobre a importância da adoção de medidas seguras na prática assistencial.	Membros da comissão	Mês 6
12	Reuniões ordinárias;	Alinhar com as equipes e alta direção as medidas de prevenção empreendidas em congruência com o	Divulgação e orientações sobre temas relativos às visitas diárias nas unidades assistências com foco em	Membros da comissão	Mês 7

Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

		panorama e perfil de pacientes atendidos/internado, reforçando as normas e atualizando as rotas e fluxos adequados.	fortalecimento da adesão às práticas de segurança e prevenção de IRAS.		
13	Divulgar as taxas de IRAS das diferentes áreas assistenciais (adulto, pediátrica);	Dar ciência aos setores quantos os resultados compilados de infecções por topografias.	Divulgação das taxas de IRAS em reunião mensal da comissão e através do sistema (pasta setores-unidade de vigilância em saúde – taxas de infecção Alimentação de planilhas, encaminhamento de notificações aos órgãos competentes e elaboração de indicadores de infecção pré-estabelecidos.	Membros da comissão	Mês 7
14	Reuniões ordinárias;	Alinhar com as equipes e alta direção as medidas de prevenção empreendidas em congruência com o panorama e perfil de pacientes atendidos/internado, reforçando as normas e atualizando as rotas	Divulgação e orientações sobre temas relativos às visitas diárias nas unidades assistências com foco em fortalecimento da adesão às práticas de segurança e prevenção de IRAS.	Membros da comissão	Mês 8

Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

		e fluxos adequados.			
15	Avaliar antissépticos e saneantes;	Padronizar produto para desinfecção de superfícies analisando custo-benefício.	Avaliar se o produto recebido está em conformidade com o descritivo e emitir parecer.	Membros da comissão	Mês 8
16	Reuniões ordinárias;	Alinhar com as equipes e alta direção as medidas de prevenção empreendidas em congruência com o panorama e perfil de pacientes atendidos/internado, reforçando as normas e atualizando as rotas e fluxos adequados.	Divulgação e orientações sobre temas relativos às visitas diárias nas unidades assistências com foco em fortalecimento da adesão às práticas de segurança e prevenção de IRAS.	Membros da comissão	Mês 9
17	Promover a Investigação/controle de surtos;	Contribuir com o controle de surtos nos setores e fortalecer medidas de prevenção.	Por meio de monitoramento, avaliação e detecção do aumento da incidência de agentes patogênicos em determinado local e tempo, e procedendo a investigação das possíveis causas, e elaboração do plano de ação em conjunto com	Membros da comissão	Mês 9

Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

			setores envolvidos e chefias responsáveis.		
18	Reuniões ordinárias;	Alinhar com as equipes e alta direção as medidas de prevenção empreendidas em congruência com o panorama e perfil de pacientes atendidos/internado, reforçando as normas e atualizando as rotas e fluxos adequados.	Divulgação e orientações sobre temas relativos às visitas diárias nas unidades assistências com foco em fortalecimento da adesão às práticas de segurança e prevenção de IRAS.	Membros da comissão	Mês 10
19	Realizar visitas técnicas em todas os setores;	Realização periódica de visitas técnicas nas Unidades, para verificação do cumprimento dos protocolos e da legislação específica de Controle de IRAS.	Elaboração de relatório com as inconformidades encontradas e sugestões de melhorias.	Membros da comissão	Mês 10
20	Avaliar o perfil de sensibilidade microbiana;	Acompanhar resultado das culturas solicitadas nas unidades e disponibilizadas diariamente pelo laboratório	Registrado em planilha própria e documento entregue no setor, com assinatura do enfermeiro, para ser anexado ao prontuário.	Membros da comissão	Mês 11
	Reuniões ordinárias;	Alinhar com as equipes e alta	Divulgação e orientações sobre temas relativos às	Membros da comissão	Mês 11

Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

		direção as medidas de prevenção empreendidas em congruência com o panorama e perfil de pacientes atendidos/internado, reforçando as normas e atualizando as rotas e fluxos adequados.	visitas diárias nas unidades assistências com foco em fortalecimento da adesão às práticas de segurança e prevenção de IRAS.		
21	Realizar controle de antimicrobianos de uso restrito;	Acompanhar prescrições fora da padronização.	Avaliação da solicitação de antimicrobianos, fornecendo orientações para sua utilização, considerando a pressão seletiva, custo e tempo de uso.	Membros da comissão	Mês 12
22	Elaborar relatórios de ações da comissão e planejamento de ações futuras.	Subsidiar melhorias de processos e análises de dados.	Análise global das ações empreendidas durante o ano e propostas de melhorias baseadas nas experiências vivenciadas	Membros da comissão e Diretoria.	Mês 12



10.1.2: FA. 2 – ÁREA DA QUALIDADE

Qualidade Objetiva: Avalia medidas da proposta de trabalho para implantação de comissões

COMISSÃO DE ANÁLISE E REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

CAPÍTULO I DA NATUREZA E FINALIDADE

Art. 1º A Comissão Revisão de Prontuários (CRP) é um órgão criado para atender a resolução do CFM 1638/2002, que torna obrigatória a criação dessa Comissão nos estabelecimentos e/ou instituições de saúde onde se presta assistência médica.

Art. 2º A Comissão Revisão de Prontuários (CRP) é vinculada à Direção do Hospital, e deverá ser criada a partir de portaria emitida pela mesma, com caráter técnico científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição.

Art. 3º A Comissão Revisão de Prontuários (CRP) do Hospital tem por finalidade dispor de um conjunto de padrões apropriados para garantir a qualidade das informações da assistência no registro dos cuidados prestados, bem como a segurança legal e jurídica da informação registrada no prontuário do paciente.

Art. 4º Define-se 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.

Art. 5º A Comissão Revisão de Prontuários (CRP) reger-se-á por este regimento, devidamente aprovado pelos membros que a compõem.

CAPÍTULO II DOS OBJETIVOS

Art. 6º A Comissão Revisão de Prontuários (CRP) tem os seguintes objetivos:

I - Revisar o prontuário do paciente.

II - Identificar as não conformidades nos registros e regularizá-las.

III - Comunicar aos responsáveis os registros não conformes encontrados.

IV - Garantir a qualidade das informações registradas no Prontuário do Paciente, durante a internação, de modo que reflita, com exatidão, a assistência prestada e responda às necessidades de docência, investigação e estatísticas dos estabelecimentos de saúde.

CAPÍTULO III DA COMPOSIÇÃO E ORGANIZAÇÃO

Art. 7º A Comissão Revisão de Prontuários (CRP) do Hospital será composto por profissionais do corpo clínico, da área assistencial e da área administrativa.

Art. 8º Os membros da comissão deverão ser disponibilizados de suas atividades para atendimento às demandas da CRP em comum acordo entre as chefias das Unidade e a Diretoria Técnica.

Art. 9º O mandato será por período indeterminado podendo ser alterada conforme definição da Direção.

Art. 10 A relação dos membros de cada mandato deverá ser publicada através de portaria expedida pela Direção, em Boletim de Serviço, bem como a substituição de qualquer membro, a qualquer momento.

Art. 11 O presidente e o vice-presidente da comissão serão designados pela Direção.

Art. 12 A Comissão será assessorada pela Unidade de Apoio Corporativo/direção e usufruirá de sua infraestrutura administrativa.

Art. 13 A Comissão de Revisão de Prontuários deverá manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica.

CAPÍTULO IV DAS COMPETÊNCIAS

Art. 14 A Comissão de Revisão de Prontuário (CRP) compete:

I - Realizar o diagnóstico situacional da qualidade dos prontuários, com a avaliação dos itens que deverão constar obrigatoriamente no prontuário, em qualquer suporte, eletrônico ou papel:

a) identificação do paciente: nome completo, data de nascimento (dia, mês e ano com quatro dígitos), sexo, nome da mãe, naturalidade (indicando o município e o estado de nascimento), endereço completo (nome da via pública, número, complemento, bairro/distrito, município, estado e CEP);

b) anamnese, exame físico, exames complementares solicitados e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado;

c) evolução diária do paciente, com data e hora, com prescrição médica, discriminação de todos os procedimentos aos quais o mesmo foi submetido e identificação dos profissionais

que os realizaram, assinados eletronicamente quando elaborados e/ou armazenados em meio eletrônico

d) nos prontuários em suporte de papel é obrigatória a legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente, bem como a identificação dos profissionais prestadores do atendimento, com assinatura e carimbo ou nome legível do médico e respectiva inscrição CRM;

e) nos casos emergenciais nos quais seja impossível a colheita de história clínica do paciente, deverá constar relato médico completo de todos os procedimentos realizados e que tenham possibilitado o diagnóstico e/ou a remoção para outra unidade;

f) transferências entre blocos e outras unidades hospitalares;

g) tipo de alta.

II - Normatizar o preenchimento das contra referências conforme orientação da Direção Clínica e Direção Técnica.

III - Criar e aprovar normas que regule o fluxo de prontuários da instituição.

IV - Recomendar inclusão e exclusão de formulários, impressos e sistemas, bem como a conservação dos prontuários visando a qualidade dos mesmos.

V - Identificar, quantificar e qualificar o uso do Aplicativo de Gestão Hospitalar Universitário.

VI - Assessorar a Direção Técnica ou Clínica da Instituição em assuntos de sua competência.

VII - Manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da Unidade com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações feitas.

VIII. Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente.

IX - Assegurar a responsabilidade do preenchimento, guarda e manuseio dos prontuários, que cabem ao médico assistente, à chefia da equipe, à chefia da Clínica e à Direção técnica da unidade.

Art. 15 São atribuições do Presidente da Comissão:

- a) convocar e presidir as reuniões;
- b) representar a comissão junto à Diretoria da instituição, ou indicar seu representante;
- c) subscrever todos os documentos e resoluções da comissão previamente aprovados pelos membros desta;
- d) fazer cumprir o regimento;
- e) nas decisões da comissão, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva);
- f) as faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá seu vice-presidente;
- g) as atribuições do vice-presidente serão assumir as atividades do presidente na sua ausência

Art. 16 As reuniões da Comissão de Revisão de Prontuário (CRP) acontecerão de forma ordinária mensalmente, na primeira quarta-feira do mês e, extraordinariamente, sempre que necessário, por convocação de seu Presidente, Vice-Presidente ou, ainda, pelo Diretor Técnico ou pelo Diretor Clínico, sob as seguintes condições:

I - As decisões serão aprovadas pela maioria simples dos presentes, por meio de votação aberta e justificada.

II - O Presidente terá direito ao voto de qualidade em decisões.

III - Todos os assuntos discutidos serão registrados em Ata, contendo: data e hora, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente, decisões tomadas a ser colocado no SEI, posteriormente.

IV - Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, quando houver necessidade, será designado um relator ou convidado um consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto, em prazo preestabelecido.

Da mesma forma poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia.

V - Na ausência do presidente, o vice assume suas funções na reunião. Na ausência do vice cabe ao secretário presidir a reunião.

Art. 17 A ausência de um membro em 3 reuniões consecutivas sem justificativa ou, ainda, 6 reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses, gera sua exclusão automática.

Art. 18 Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

CAPÍTULO VI DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 19 Os casos omissos, não previstos neste regimento serão resolvidos pelos membros da CRP, em conjunto com o Diretor Técnico da instituição.

Art. 20 O presente regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

Art. 21 O presente regimento entrará em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários

Item	O que deverá ser feito?	Por que será feito?	Como será feito?	Por quem será feito?	Quando será feito?
1	Criar comissão	Por obrigatoriedade (conforme portaria) de acordo com necessidade;	Através de eleição de membros da equipe multiprofissional	Gerencia geral	Mês 1 e mês 2
2	Reuniões ordinárias;	Acompanhamento dos registros e levantamento de não conformidades com registros em planilhas	Envio de não conformidades para áreas/profissionais identificados	Membros da comissão	Mês 3
3	Realizar Regimento Interno	Para organização da Comissão e de seus trabalhos;	Será solicitado ao Núcleo de Comissões, representantes das Clínicas necessárias	A própria Comissão	Mês 3 e mês 4
4	Reuniões ordinárias;	Acompanhamento dos registros e levantamento de não conformidades com registros em planilhas	Envio de não conformidades para áreas/profissionais identificados	Membros da comissão	Mês 4
3	Aprovação do regimento interno	Para estabelecer normas, procedimentos e demais elementos operacionais de fluxos de prontuários;	Através de Resolução do Colegiado Executivo e publicação em Boletim de Serviço	Membro da Comissão	Mês 5
4	Reuniões ordinárias;	Acompanhamento dos registros e levantamento de não conformidades	Envio de não conformidades para áreas/profissionais identificados	Membros da comissão	Mês 5

Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários

		com registros em planilhas			
5	Realizar a revisão de uma amostra de prontuários de cada setor do hospital	Para analisar a qualidade do registro nos prontuários e buscar indicadores para melhora dos processos	Através do instrumento de análise de informações adotado pela Comissão	Membros da comissão	Mês 6 e mês 7
6	Reuniões ordinárias;	Acompanhamento dos registros e levantamento de não conformidades com registros em planilhas	Envio de não conformidades para áreas/profissionais identificados	Membros da comissão	Mês 6
7	Reuniões ordinárias;	Acompanhamento dos registros e levantamento de não conformidades com registros em planilhas	Envio de não conformidades para áreas/profissionais identificados	Membros da comissão	Mês 7
8	Fiscalizar, conjuntamente com a Comissão de Mortalidade Materna e Perinatal e de Avaliação de Óbitos, o adequado registro e preenchimento das	Para cumprir as exigências legais;	Através de análise e avaliação de cada declaração de óbito;	Membros da comissão	Mês 8
9	Reuniões ordinárias;	Acompanhamento dos registros e levantamento de não conformidades com registros em planilhas	Envio de não conformidades para áreas/profissionais identificados	Membros da comissão	Mês 6
10	Reuniões ordinárias;			Membros da comissão	Mês 9 e mês 10
11	Reuniões ordinárias;	Acompanhamento dos registros e	Envio de não conformidades para	Membros da comissão	Mês 9

Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários

		levantamento de não conformidades com registros em planilhas	áreas/profissionais identificados		
12	Reuniões ordinárias;	Acompanhamento dos registros e levantamento de não conformidades com registros em planilhas	Envio de não conformidades para áreas/profissionais identificados	Membros da comissão	Mês 10
13	Reuniões ordinárias;	Acompanhamento dos registros e levantamento de não conformidades com registros em planilhas	Envio de não conformidades para áreas/profissionais identificados	Membros da comissão	Mês 11
14	Reuniões ordinárias e Elaboração de relatórios de ações da comissão e planejamento de ações futuras.	Analisar os registros e levantamento de não conformidades para implementação de melhorias de processos	Apresentação para alta direção dos dados anuais e ações imprevistas	Membros da comissão	Mês 12



10.1.2: FA. 2 – ÁREA DA QUALIDADE

Qualidade Objetiva: Avalia medidas da proposta de trabalho para implantação de comissões

COMISSÃO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS

CAPÍTULO I: DA DENOMINAÇÃO

Art. 1º A Comissão de Revisão de Óbitos foi criada em atendimento a determinação da Resolução Interministerial MEC/MS Nº 2.400 de 2 de outubro de 2007, que torna obrigatório a existência da Comissão de Avaliação de Óbitos nas instituições de saúde, e da Resolução do Conselho Federal de Medicina CFM nº 2.171/2017.

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 Presidente em exercício.

CAPÍTULO II DAS FINALIDADES

Art. 3º São finalidades da Comissão de Revisão de Óbitos do HUJB:

I. Analisar os óbitos ocorridos na unidade, 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 (quando esta estiver implantada no hospital), que deverá observar as disposições da Resolução CFM n 22.152 /2016 e, ausência desta, ao Conselho Regional de Medicina. 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. 4º A Comissão será composta por membros do quadro funcional do hospital, e deverá ser nomeada em portaria da Superintendência publicada no Boletim de Serviço da Instituição:

§ 1º A comissão deverá ser composta por no mínimo 3 (três) membros, sendo médico, enfermeiro e outro profissional da área de saúde.

§ 2º Caso a Comissão seja formada por mais de 3 (três) membros, pode haver no

máximo 2 (dois) enfermeiros e 3 (três) médicos.

§ 3º Outros profissionais da saúde, além de médicos e enfermeiros, poderão compor a Comissão de Revisão de Óbito, sendo 1 (um) representante por profissão.

§ 4º O presidente da Comissão de Revisão de Óbitos será obrigatoriamente médico.

§ 5º A comissão será composta por um representante de cada unidade existente no serviço

- ço:
- I. Representante da Unidade de Pronto Atendimento;
 - II. Representante da Unidade de Terapia Intensiva;
 - III. Representante das Unidades de Internação;
 - IV. Representante da Unidade de Apoio Diagnóstico;
 - V. Representante do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;
 - VI. Representante da Unidade da Equipe Multiprofissional.

CAPÍTULO I

DO MANDATO

Art. 5º 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 a Superintendência, via Direção Técnica, para aprovação e alteração da Portaria 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 - DO FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Art. 6º A Comissão de Avaliação de Óbitos deverá reunir-se a cada três meses, podendo realizar reuniões extraordinárias sempre que necessário, com pauta, data, local e horário previamente definidos e comunicados.

§ 1º Os membros da Comissão que deixarem de comparecer a três reuniões consecutivas ou a cinco intercaladas, no período de um ano, e que não apresentarem justificativa até o início da reunião, serão removidos da Comissão e será solicitada à Chefia da Divisão Médica (Direção Técnica) uma nova indicação;

§ 2º No caso da saída de um membro da Comissão, o Presidente comunicará à Direção Técnica que indicará um novo representante para análise, aprovação e nomeação via superintendência;

§ 3º 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;

§ 4º Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, bem como de normas de preenchimento e qualidade do atestado de óbito, será designado um relator, convidado, ou consultor, que deverá apresentar parecer sobre o assunto, em prazo pré-estabelecido em reunião.

Art. 7º Quando ausente o Presidente e o Vice-Presidente, o Secretário conduzirá a reunião;

Art. 8º As decisões da Comissão serão tomadas por meio de votação aberta e justificadas por voto da maioria simples dos membros presentes;

Art. 9º 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.10. Além das reuniões ordinárias, poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes.

Parágrafo único. As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo Presidente, pelo Vice-Presidente, na ausência do presidente, ou pela maioria dos membros;

Art. 11. Após a reunião, uma cópia da ata, devidamente assinada, deve ser disponibilizada eletronicamente para acesso do Diretor Técnico.

Art. 12. 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 para padronizar e sistematizar as avaliações.

Art. 13. A Comissão de Revisão de Óbito emitirá anualmente relatório detalhado sobre o perfil epidemiológico dos óbitos ocorridos na instituição, que deverá ser entregue à Direção Técnica para as providências necessárias.

CAPÍTULO VI DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 14. 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. 15. 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.
- V. Parágrafo único. Estes casos devem ser classificados como óbito a esclarecer.
- VI. Elaborar, conjuntamente com a Comissão de Revisão de prontuários, normas para auditoria e revisão dos prontuários de pacientes que foram a óbito e realizar a revisão dos prontuários relacionados aos óbitos;
- VII. Normatizar e fiscalizar o adequado registro e preenchimento dos atestados de óbito.
- VIII. 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;

- IX. Assessorar a alta governança da Instituição em assuntos de sua competência;
- X. Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade e definir estratégias de educação permanente;
- XI. Desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes aos colaboradores e à instituição.

Art. 16. São atribuições do Presidente da Comissão e do Vice-presidente, na ausência do presidente:

- I. Convocar e presidir as reuniões;
- II. Sugerir seu substituto à Direção Técnica da Instituição;
- III. Representar a comissão junto à alta governança da Instituição, ou indicar seu representante;
- IV. Subscrever todos os documentos 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. 17. 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;

CAPÍTULO VII - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 18. Os casos omissos serão resolvidos pelos membros da Comissão, em conjunto com a Chefe da Divisão Médica, Gerência de Atenção à Saúde e Superintendência.

Art. 19. Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

Art. 20. O regimento entrará em vigor após aprovação do Colegiado Executivo e publicação no Boletim de Serviço do HUGO entra em vigor na data de sua aprovação e publicação.

Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Comissão de Verificação de Óbitos;

Item	O que deverá ser feito?	Por que será feito?	Como será feito?	Por quem será feito?	Quando será feito?
1	Criar a Comissão	Por obrigatoriedade (conforme portaria) de acordo com necessidade;	Através de eleição de membros da equipe multiprofissional	Gerencia geral	Mês 1 e mês 2
2	Elaborar Regimento Interno da Comissão	Para oferecer suporte e orientação especializada para a equipe assistencial	Será solicitado ao Núcleo de Comissões, representantes das áreas administrativas e assistenciais	A própria comissão	Mês 2
2	Divulgar o andamento dos trabalhos da Comissão	Para dar início as atividades, discutir as pautas pertinentes	Através de relatórios gerencias apresentados em todas reuniões do serviço.	A própria Comissão	Mensalmente
	Normatizar e fiscalizar o adequado registro e preenchimento das declarações de óbito	Para oferecer suporte e orientação especializada para a equipe assistencial	Avaliação periódica das declarações de óbito	Membros da Comissão	Mês 3
3	Desenvolver atividades de caráter técnico- científico	Para dar amplo conhecimento das atividades da Comissão em meio à instituição	Notificações aos profissionais para melhorias de registros	Membros da Comissão	Mês 5
4	Reuniões ordinárias	Garantir a fidedignidade dos dados apresentados	Através do instrumento de análise de	Membros da comissão	Mês 6 e mês 7

Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Comissão de Verificação de Óbitos;

			informações		
5	Lançamentos de indicadores de óbitos institucionais e globais	Acompanhamento do perfil de óbitos ocorridos na instituição e correlações clínicas e permanências	Relatórios emitidos em prontuário eletrônico e sistema de gestão da qualidade	Membros da comissão	Mensalmente
6	Reuniões ordinárias;	Monitorar o andamento dos registros e dar suporte às áreas	Atas de reunião constando as ações de melhorias e planejamentos de ações futuras	Membros da comissão	Mês 9 e mês 10
7	Elaboração de ferramentas para análise de óbito padronizada;	Otimizar o processo de verificação de óbitos e padronizar o relatório	Formulário dinâmico em prontuário eletrônico	Membros da comissão e CSTI	Mês 11
8	Reuniões ordinárias;	Monitorar o andamento dos registros e dar suporte às áreas	Atas de reunião constando as ações de melhorias e planejamentos de ações futuras	Membros da comissão	Mês 12
9	Elaborar relatórios de ações da comissão e planejamento de ações futuras.	Subsidiar melhorias de processos e análises de dados.	Análise do perfil de óbito anual e propostas de melhorias baseadas nas evidências	Membros da comissão e Direção Clínica.	Mês 12



10.1.2: FA. 2 – ÁREA DA QUALIDADE

**QUALIDADE OBJETIVA: AVALIA MEDIDAS DA PROPOSTA DE
TRABALHO PARA IMPLANTAÇÃO DE COMISSÕES**

COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA (COREME)



3. - FA3 – QUALIDADE TÉCNICA

**EXPERIÊNCIA ANTERIOR EM GESTÃO HOSPITALAR DA
PROPONENTE:**



3. - FA3 – QUALIDADE TÉCNICA

EXPERIÊNCIA ANTERIOR EM GESTÃO HOSPITALAR DA PROPONENTE:

APRESENTAÇÃO DE ORGANOGAMA DA UNIDADE, COM DEFINIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DE CADA MEMBRO DO CORPO DIRETIVO

REGIMENTO INTERNO COREME

SUMÁRIO

CAPÍTULO I.....	5
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS	5
CAPÍTULO II	6
DA COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA	6
SEÇÃO I	8
DA COMPOSIÇÃO DA COREME/Hospital	8
SEÇÃO II.....	9
DA COORDENAÇÃO GERAL	9
SEÇÃO III	10
DA ESCOLHA E MANDATO DOS MEMBROS DA COREME/Hospital	10
SEÇÃO IV	12
DO FUNCIONAMENTO DA COREME/Hospital	12
SEÇÃO V.....	13
DOS RECURSOS	13
SEÇÃO VI	13
DA SUPERVISÃO	13
SEÇÃO VII.....	15
DA PRECEPTORIA	15
CAPÍTULO III	16
DOS MÉDICOS RESIDENTES DA ADMISSÃO E MATRÍCULA	16
SEÇÃO I	17
DOS DIREITOS	17
SEÇÃO II.....	20
DOS DEVERES	20
SEÇÃO III	21
DAS VEDAÇÕES	21
SEÇÃO IV	22
DO REGIME DISCIPLINAR	22
CAPÍTULO IV	24
DA AVALIAÇÃO DOS RESIDENTES.....	24
CAPÍTULO V.....	25
DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO	25
CAPÍTULO VI	26
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS	26

REGIMENTO GERAL DA RESIDÊNCIA MÉDICA HOSPITAL

CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º A Residência Médica constitui modalidade de ensino de pós-graduação, destinada a médicos, sob a forma de cursos de especialização *lato sensu* organizados em Programas de Residência, caracterizada por treinamento em serviço sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional de acordo com a Lei n.º. 6.932 de 07 de julho de 1981.

Art. 2º Os Programas de Residência Médica- PRM são coordenados pela COREME/Hospital -Comissão de Residência Médica, que está inserida na Gerência de Ensino e Pesquisa - GEP, cumprindo as disposições emanadas da Comissão Nacional de Residência Médica-CNRM, o Regimento Interno da Instituição.

Art. 3º Os Programas de Residência Médica têm como objetivos fundamentais e indivisíveis:

- I. Aperfeiçoamento progressivo do padrão profissional e científico do médico;
- II. Melhoria da assistência médica à comunidade nas áreas profissionalizantes.

Art. 4º Os Programas de Residência Médica tem como finalidade:

- I. Aprimorar habilidades técnicas e práticas clínicas para a capacidade de tomar decisões;
- II. Desenvolver atitudes que permitam identificar fatores somáticos, psicológicos e sociais que interferem na manutenção da saúde;
- III. Desenvolver ações de prevenção e promoção em saúde e qualidade de vida nas diferentes áreas de conhecimento;
- IV. Promover a integração dos Residentes em equipe médica e multiprofissional, guardada a diversidade das competências e habilidades de cada profissão;

V. Estimular a capacidade de aprendizagem independente e de participação em Programas de Educação Continuada;

VI. Estimular a capacidade crítica da atuação profissional, considerando seus aspectos científicos, éticos e sociais.

Art. 5º Para cumprir com as exigências legais impostas às instituições de saúde responsáveis por Programas de Residência, contará com uma Comissão de Residência Médica -COREME/Hospital.

Art. 6º Os Programas de Residência Médica terão início e término conforme calendário vigente da CNRM.

CAPÍTULO II

DA COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA

Art. 7º A Comissão de Residência Médica – COREME/Hospital é uma instância auxiliar da Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM e da Comissão Estadual de Residência Médica-CEREM, estabelecida em instituição de saúde que oferece programa de residência médica para planejar, coordenar, supervisionar e avaliar os Programas de Residência Médica da Instituição e os processos seletivos relacionados, nos termos do Decreto nº 7.562 de 15 de setembro de 2011.

Art. 8º Os Programas de Residência Médica serão coordenados por uma Comissão de Residência Médica, em conjunto com a Gerência de Ensino e Pesquisa. A COREME/Hospital constitui órgão competente para manter os entendimentos com a Comissão Nacional de Residência Médica-CNRM, através de suas Secretarias Executivas - Resolução CNRM nº. 15/82.

Art. 9º Compete à COREME/Hospital

- I. Planejar a criação de novos Programas de Residência Médica na instituição, manifestando-se sobre a conveniência em fazê-lo, o seu conteúdo programático e o número de vagas a serem oferecidas;
- II. Coordenar e supervisionar a execução de processo seletivo para os programas de residência médica da instituição, de acordo com as normas em vigor;
- III. Avaliar periodicamente os Programas de Residência Médica da instituição de saúde;
- IV. Elaborar e revisar o seu regimento interno e/ou regulamento;
- V. Participar das atividades e reuniões da CEREM, sempre que convocada;
- VI. Tomar ciência e providências em relação às resoluções dos órgãos superiores;
- VII. Zelar pela adequação do Residente à estrutura de funcionamento do Hospital e pelo bom relacionamento com a administração do hospital, exercendo o papel mediador sempre que necessário;
- VIII. Tomar providências cabíveis em relação a eventuais faltas disciplinares cometidas por Residentes, quando encaminhadas pelos Supervisores ou Preceptores;
- IX. Acatar a escolha entre os pares dos Programas, conduzir a nomeação e substituição de Supervisores dos Programas de Residência Médica;
- X. Propor normas para avaliação do desempenho dos Residentes baseadas em conceitos de Andragogia, com a garantia de devolutiva, permitindo o crescimento dos Residentes no transcurso do programa;
- XI. Discutir e aprovar a lista de oferta de professores, a grade curricular e as ementas das disciplinas, obedecendo às regras emanadas da CNRM;
- XII. Manifestar-se sobre questões de matrícula, avaliação de desempenho e disciplinar;
- XIII. Promover integração técnica dos Programas de Residência;

XIV. Intermediar as propostas de convênios com outras Instituições e a Gerência de Ensino e Pesquisa;

XV. Responder a todos os questionamentos da CNRM;

XVI. Divulgar, cumprir e fazer cumprir todas as normas emanadas deste Regimento da CNRM.

Parágrafo único. As instituições de saúde que oferecem programas de residência médica devem prover espaço físico, recursos humanos e materiais necessários ao adequado funcionamento da COREME/Hospital

SEÇÃO I DA COMPOSIÇÃO DA COREME/Hospital

Art. 10. A Comissão de Residência Médica será composta por:

I. Um Coordenador Geral, que será o Presidente, e seu respectivo Vice - Coordenador Geral;

II. Um Supervisor de cada área dos Programas de Residência Médica e seu respectivo Vice Supervisor;

III. Um representante geral dos Médicos Residentes, eleito entre os demais representantes de cada Programa de Residência Médica e seu respectivo suplente;

IV. Um Representante da Direção do Hospital.

Art. 11. Substituir-se-á compulsoriamente o representante de qualquer categoria que se desvincule do grupo representado, ou que não compareça a 3 (três) reuniões seguidas ou no prazo de 1 (um) ano por mais de 4 (quatro) vezes alternadas, sem justificativa legal;

SEÇÃO II

DA COORDENAÇÃO GERAL

Art. 12. O Coordenador da COREME/Hospital deverá ser médico integrante do corpo docente da Unidade, ou Preceptor, com experiência na supervisão de Médicos Residentes e domínio da legislação sobre Residência Médica de acordo com a Resolução nº 02 do CNRM de 03/07/2013.

Parágrafo único. O Coordenador da COREME/Hospital será eleito pelo conjunto de Supervisores de Programas de Residência Médica da instituição de saúde, podendo ser um dos Supervisores ou vice Supervisor ou Preceptor, em atividade, de um dos Programas.

Art. 13. A presidência da Comissão será exercida pelo Coordenador, na ausência deste, pelo Vice Coordenador.

Art. 14. Compete ao Coordenador da COREME/Hospital

- I. Coordenar as atividades da COREME/Hospital
- II. Convocar e presidir as reuniões;
- III. Encaminhar à instituição de saúde as decisões da COREME/Hospital;
- IV. Coordenar o processo seletivo dos programas de residência médica da instituição;
- V. Representar a COREME/Hospital junto à CEREM;
- VI. Encaminhar trimestralmente a CEREM informações atualizadas sobre os programas de residência médica da instituição;
- VII. Divulgar, coordenar e organizar as reuniões;
- VIII. Exercer voto de qualidade quando houver empate nas votações;
- IX. Estar sempre atualizado com as Normas e Resoluções dos Órgãos Superiores;
- X. Participar, ou fazer-se representar, nas reuniões convocadas pelos Conselhos Nacionais;
- XI. Participar, ou fazer-se representar, nas reuniões convocadas pela GEP;
- XII. Cumprir e fazer cumprir o Regimento dos Programas de Residência.

Art. 15. Compete ao Vice Coordenador da Comissão:

- I. Representar o Coordenador em sua ausência e impedimento;
- II. Realizar as atividades determinadas pela Comissão.

SEÇÃO III
DA ESCOLHA E MANDATO DOS MEMBROS DA COREME/Hospital

Art. 16. A eleição de Coordenador e Vice- Coordenador da COREME/Hospital obedecerá aos seguintes requisitos de acordo com a resolução nº 2 de 03 de julho de 2013 da CNRM:

- I. A COREME/Hospital, trinta dias antes do término do mandato, fixará reunião específica de eleição;
- II. As candidaturas deverão ser registradas na secretaria da COREME/Hospital, até 7 dias antes da eleição;
- III. A eleição será realizada em reunião da COREME/Hospital, convocada extraordinariamente para o pleito, e será presidida pelo Coordenador da COREME/Hospital;
- IV. Caso o Coordenador da COREME/Hospital seja candidato a eleição, um membro (Supervisor de Programa) não candidato, será escolhido para presidir a reunião;
- V. A votação será realizada em primeira chamada com maioria absoluta, e em segunda chamada com qualquer número de membros votantes;
- VI. Em caso de empate, o presidente da reunião terá voto de qualidade.

§ 1º O Médico Residente é inelegível aos cargos de Coordenador e vice-Coordenador da COREME/Hospital.

§ 2º Os mandatos de Coordenador e Vice-Coordenador têm duração de dois anos, sendo permitida uma recondução ao cargo.

§ 3º O Vice-Coordenador do COREM/Hospital tem que ser médico especialista integrante do corpo docente do Hospital ou Preceptor, com experiência em programas de residência médica, e ter domínio pleno das legislações de residência médica.

Art. 17. A eleição/escolha/indicação de Supervisor/Coordenador de área e vice-Supervisor/Coordenador de área de cada Programa de Residência Médica do Hospital obedecerá aos seguintes requisitos:

- I. Serão indicados 1 (um) Supervisor de cada área e seu Vice, dentre os Docentes/ Preceptores do Hospital para cada Programa de Residência Médica desta instituição;
- II. O Supervisor de cada Programa e seu Vice, serão indicados pelos seus pares dentro de cada Programa de Residência Médica, para mandato de dois anos sendo permitida uma recondução sucessiva ao cargo;
- III. Os Preceptores deverão assinar o formulário de apenas uma chapa na secretaria da COREME/Hospital em período previamente estipulado, sendo que, havendo assinaturas do mesmo Preceptor em mais de um formulário, estas serão invalidadas;
- IV. No caso de única composição de Supervisor e seu Vice em uma determinada área, para ser eleita deverá ser indicada por maioria simples do grupo de Preceptores da respectiva área, ou seja, 50% mais 01 (um), deve assinar concordando.
- V. Quando existir duas ou mais composições de Supervisor e seu Vice em uma área, a composição eleita/indicada será a que obtiver maior número de assinaturas de seus pares.

Parágrafo único. Ao tempo certo a COREME/Hospital juntamente com a Gerência de Ensino e Pesquisa divulgará a abertura da data e as normas para indicação de Supervisor e Vice de cada Programa de Residência Médica de acordo com os trâmites descritos.

Art. 18. A eleição do representante geral dos Médicos Residentes, de cada Programa de Residência Médica do Hospital, obedecerá aos seguintes requisitos:

- I. Anualmente em abril, a COREME/Hospital estipulará prazo, para que se indique dentro de cada Programa de Residência Médica do Hospital, um representante e seu vice para mandato de 1 (um) ano, podendo ser prorrogado por mais 1(um) ano;
- II. Os interessados em ser representante geral e vice representante geral dos Residentes, devem colher ao tempo indicado pela COREME/Hospital, as assinaturas de seus pares em "formulário de indicação";
- III. O candidato a representante e seu respectivo vice, devem entregar na data estipulada pela COREME/Hospital o "formulário de indicação", com as assinaturas de seus pares;
- IV. É expressamente vedado a cada Residente de Programa de Residência Médica indicar mais de uma composição de representante e vice, ou seja, assinar em mais de um "formulário de indicação";
- V. No caso de única composição de representante e seu vice em uma determinada área, para ser eleita deverá ser indicada por maioria simples do grupo da respectiva área, ou seja, 50% mais 01 (um), deve assinar concordando;
- VI. No caso de duas ou mais composições de representante e seu vice em uma área, será eleita/indicada a que obtiver maior número de assinaturas de seus pares.

Parágrafo único. O representante dos Médicos Residentes deverá estar regularmente matriculado em Programa de Residência Médica do Hospital.

Art. 19. O representante da instituição de saúde e seu suplente serão indicados pela Direção do hospital, para mandato de dois anos sendo permitida uma recondução sucessiva ao cargo.

SEÇÃO IV

DO FUNCIONAMENTO DA COREME/Hospital

Art. 20. A Comissão de Residência Médica reger-se-á por este Regimento Interno

após sua aprovação pela autoridade competente.

Art. 21. A Comissão de Residência Médica do Hospital reunir-se-á, ordinariamente, com periodicidade mínima bimestral, ou extraordinariamente, a qualquer momento, com prévia divulgação da pauta da reunião e registro em ata.

Parágrafo único. Qualquer membro da Comissão poderá solicitar a realização de reunião extraordinária.

Art. 22. Salvo nos casos de aprovação de proposta de alteração deste Regimento, nos quais serão necessários 2/3 de votos favoráveis do total de seus membros, as demais deliberações serão tomadas por voto favorável da maioria simples dos membros presentes.

SEÇÃO V DOS RECURSOS

Art. 23. De toda decisão da Comissão de Residência Médica do Hospital caberá recurso aos órgãos superiores competentes - Gerência de Ensino e Pesquisa, Direção Do Hospital e Comissão Nacional de Residência Médica.

Art. 24. Os Recursos Serão Interpostos Dentro Do Prazo Corrido E Improrrogável De 10 (Dez) Dias (Quando Outro Prazo Não For Estabelecido Em Norma Específica), Não Tendo Efeito Suspensivo, A Não Ser Que, A Critério Do Conselho Gestor, Da Imediata Execução Do Ato Ou Deliberação, Possa Resultar Lesão Irreparável De Direitos.

SEÇÃO VI DA SUPERVISÃO

Art. 25. Cada Programa de Residência Médica (PRM) ficará sob a responsabilidade de um Supervisor e seu Vice, que devem ser médicos integrantes do corpo docente da Unidade, ou Preceptor de cada área de atuação.

Parágrafo único. Os Supervisores de área serão escolhidos entre os Preceptores da Residência Médica de cada área específica. Para ser Supervisor, o Preceptor deve estar cadastrado junto à COREME/ Hospital e exercendo suas funções de Preceptor há pelo menos seis meses, esta mesma regra se aplica ao direito a votos dos Preceptores.

Art. 26. Compete ao Supervisor do Programa de Residência Médica:

- I. Coordenar, organizar e supervisionar a implantação do Programa de Residência em conformidade com a legislação;
- II. Manter atualizadas as fichas dos Residentes e todas as normas e resoluções emanadas pelos respectivos Conselhos Nacionais;
- III. Zelar pelo bom andamento das atividades práticas e didáticas;
- IV. Aplicar a avaliação de cada Residente, a partir dos critérios estabelecidos;
- V. Participar das reuniões da COREME/ Hospital, sempre que convocado;
- VI. Fazer cumprir todas as determinações provenientes dos respectivos Conselhos Nacionais e locais;
- VII. Verificar junto aos Preceptores o resultado da avaliação individual dos Residentes sob sua responsabilidade ao final de cada estágio;
- VIII. Elaborar escalas de plantão e férias no início de cada ano do PRM;
- IX. Elaborar, anualmente, o Programa de Residência Médica em sua especialidade;
- X. Promover a integração dos Residentes com a equipe de saúde, usuários (indivíduos, família e grupos) e demais serviços;
- XI. Deliberar quanto a licenças e afastamentos solicitados por Residentes, que só podem ser concedidos se de acordo com as normas da COREME/ Hospital;
- XII. Avaliar e tomar providências cabíveis em relação a eventuais faltas cometidas por Residentes ou Preceptores, que comprometam o bom funcionamento dos Programas de Residência, resguardados os direitos e as atribuições dos Coordenadores dos serviços do hospital;
- XIII. Encaminhar a sua respectiva Comissão as faltas de maior gravidade;
- XIV. Encaminhar ao Coordenador Geral da COREME/ Hospital;

- a. Frequência mensal dos Residentes;
- b. Os casos de cancelamento da bolsa de residência em tempo hábil;
- c. A relação anual de Residentes com as respectivas férias;
- d. A avaliação de aprendizado trimestral individual de cada Residente de acordo com a área;
- e. As solicitações quanto as questões disciplinares;
- f. Os pedidos de licença para afastamento dos Residentes.

SEÇÃO VII DA PRECEPTORIA

Art. 27. Os Preceptores dos PRM desempenharão a função de Supervisores durante o treinamento em serviço (estágio), exercendo papel de orientador de referência para os Residentes. Deverá ser graduado em medicina, especialista, e ter experiência na área de atuação e ser integrante do Corpo Clínico do Hospital.

Art. 28. Compete aos Preceptores:

- I. Orientar e supervisionar diretamente o treinamento do Residente em sua área;
- II. Acompanhar o treinamento do Residente em todas as etapas;
- III. Auxiliar o Residente na resolução de problemas de natureza ética, surgidas durante o treinamento;
- IV. Participar das tarefas de avaliação do aprendizado, determinadas pelo Supervisor;
- V. Observar a pontualidade e a frequência do Residente de acordo com o cronograma de atividades, e comunicar a COREME/ Hospital e o Supervisor do PRM eventuais irregularidades como atrasos e faltas;
- VI. Avaliar em conjunto com o Supervisor o desempenho do Residente na sua área.
- VII. Organizar e participar das atividades didático-teóricas, como seminários,

protocolos, sessões anátomo-clínicas;

VIII. Fornecer a avaliação do Residente, em formulário estipulado pela COREME/ Hospital, assim que encerrar o estágio do Residente sob sua Preceptoria;

IX. Responder e assinar pareceres, quando solicitado, em qualquer setor do Hospital acompanhado pelo Médico Residente;

X. Participar de elaboração e execução do concurso de Residência Médica, juntamente com os membros da COREME/ Hospital quando solicitado.

CAPÍTULO III DOS MÉDICOS RESIDENTES DA ADMISSÃO E MATRÍCULA

Art. 29. O Programa de Residência Médica tem como pré-requisitos diploma de graduação em instituição de ensino superior reconhecida ou validada pelo MEC e registro no respectivo conselho profissional da área.

Parágrafo único. Os candidatos estrangeiros deverão apresentar no ato da matrícula documento de sua situação legal no Brasil.

Art. 30. O ingresso no PRM se dará por meio de concurso público, composto por Prova teórica.

Parágrafo único. Processo de Seleção será conduzido por empresa com competência na área de concursos públicos, que se encarregará da divulgação, definição de datas, inscrições, resposta de recursos e publicação de resultados.

Art. 31. Os candidatos aprovados serão classificados conforme as notas obtidas e serão convocados conforme o número de bolsas disponíveis para o programa de Residência em que concorreram.

Parágrafo único. Havendo vagas remanescentes os aprovados que excederem o número de vagas/bolsas poderão ser convocados no prazo de validade do certame, conforme ordem de classificação.

Art. 32. O prazo de validade do concurso depende de norma específica a ser divulgada pelo CNRM;

Art. 33. No ato da matrícula o candidato deverá assinar termo de compromisso individual.

Art. 34. Ao Médico Residente será concedida a bolsa garantida pelo Art. 4º da Lei Nº. 6.932/1981.

SEÇÃO I DOS DIREITOS

Art. 35. São direitos dos Médicos Residentes:

- I. Aperfeiçoar-se tecnicamente de acordo com o Programa de Residência estabelecido, com orientação, durante o programa do Supervisor e dos Preceptores do Hospital;
- II. Ter conhecimento do Regulamento do PRM;
- III. Receber alimentação na forma estabelecida, respeitando os horários e os locais pré-fixados pelo Hospital;
- IV. Receber bolsa de estudo, com as características previstas na legislação vigente, segundo o valor fixado pela Comissão Nacional de Residências Médicas, por força dos credenciamentos dos Programas de Residência Médica, estando vinculados ao Regime Geral de Previdência Social, como contribuinte individual;
- V. Receber certificado correspondente à especialização, desde que apresente o Trabalho de Conclusão de Curso, obtenha a aprovação e faça as devidas correções propostas pela banca;
- VI. Utilizar a Biblioteca do Centro de Estudos do Hospital.

Art. 36. O Médico Residente deverá cumprir jornada de trabalho de até 60 (sessenta) horas semanais, nelas incluindo um máximo de 24 (vinte e quatro) horas de plantão, e fará jus a um (1) dia de folga semanal.

Parágrafo primeiro. Os Programas de Residência Médica nas áreas básicas terão a duração de 2880 horas anuais das quais 10 a 20% desenvolver-se-ão como atividades teóricas sob a forma de seminários, cursos, reuniões anátomo-clínicas e reuniões de revisão e atualização bibliográfica periódicas; 80-90% serão cumpridas sob forma de treinamento em serviço.

Parágrafo segundo. As atividades teórico-práticas elaboradas pelos Supervisores de área, em regime de rodízio com seus respectivos cronogramas, uma vez submetidas e aprovadas pela Comissão de Residência Médica, serão implantadas ao início de cada ano, para seu efetivo cumprimento integral pelos Supervisores, Preceptores e Médicos Residentes, dentro da sua jornada de trabalho.

Parágrafo terceiro. Todas as atividades a serem desenvolvidas pelos Médicos Residentes serão diretamente supervisionadas por Preceptores, os quais serão sempre médicos e/ou professores pertencentes ao corpo clínico do hospital.

Parágrafo quarto. O Residente que tenha cumprido plantão noturno, no mínimo, 12 (doze) horas, terá direito a descanso de 6 (seis) horas, com início imediatamente após o cumprimento do plantão noturno e transferência do plantão para profissional habilitado.

Art. 37. O Médico Residente fará jus a 30 (trinta) dias consecutivos de férias por ano de atividade.

Art. 38. O Médico Residente terá direito a afastamento em situações específicas:

Parágrafo único. A interrupção do Programa de Residência Médica por parte do Médico Residente, seja qual for a causa, justificada ou não, não o exime da obrigação de, posteriormente, completar a carga horária total de atividade prevista para o aprendizado, a fim de obter o título de especialista, respeitadas as condições iniciais de sua admissão.

I. Conforme o caso, por licença paternidade de 5 (cinco) dias ou por licença-maternidade de 120 (cento e vinte) dias, podendo, o Hospital, prorrogar, nos

termos da Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008, quando requerido pela Médica Residente, o período de licença-maternidade em até 60 (sessenta) dias;

II. O Médico Residente terá direito a afastamento para tratamento de saúde. Afastamentos superiores a 15 (quinze) dias acarretarão em suspensão da bolsa, devendo a remuneração ser requerida junto a Previdência Social- INSS pelo Médico Residente;

III. 8 (oito) dias de dispensa em decorrência de casamento ou de falecimento do cônjuge, companheiro, pais, madrasta ou padrasto, filhos, enteados, menor sob guarda ou tutela, irmãos e avós, não sendo exigida a reposição dos dias de ausência;

IV. Participação em congressos científicos ou de ordem organizacional, desde que formalmente solicitado em formulário próprio com os respectivos comprovantes de inscrição e traslado, com a anuência do Preceptor de estágio (caso esteja em rodízio optativo) e do Supervisor do PRM correspondente para obtenção de licença das atividades. Ao retorno do evento, o Médico Residente deverá entregar cópia de certificado de participação a COREME/Hospital em 15 dias. Estas participações não poderão exceder a duas vezes ao ano, e não acarretarão reposição;

V. Para todos os pedidos de licença até 15 dias, o Médico Residente deverá encaminhar a COREME/ Hospital o Pedido de Licença com anuência do Supervisor, no prazo de 2 (dois) dias após o início do afastamento. Para afastamentos acima 15 dias, os quais implicam na suspensão da bolsa até o retorno do Médico Residente as suas atividades, deverá ter o Pedido de Anuência do Supervisor do PRM e encaminhar a COREME/ Hospital;

VI. O Médico Residente terá direito a realizar um ou mais estágios optativos, dentro ou fora da instituição, por um período de no máximo 30(trinta) dias por ano e só poderá ser concedido a partir do segundo ano do Programa de Residência Médica, devendo ter a anuência do Supervisor do seu Programa com o aceite formal da Instituição de Ensino credenciada pelo MEC onde ocorrerá a entrega da avaliação à COREME/ Hospital em até quinze dias após o retorno.

§1º A necessidade de afastamento deverá ser comprovada em até 1 (um) dias após seu término, conforme o caso, através de certificado do evento, certidão de casamento ou atestado de óbito.

§2º Situações não contempladas nos itens acima serão definidas em reunião ordinária da COREME/ Hospital.

SEÇÃO II DOS DEVERES

Art. 39. São deveres do Médico Residente:

- I. Firmar Termo de Compromisso, sem o qual não poderá iniciar as atividades no programa;
- II. Manter relacionamento ético com os Residentes do Programa, bem como com os demais profissionais e com os usuários dos serviços de saúde;
- III. Participar das atividades programadas de acordo com o rodízio de estágios, obedecendo às atribuições que lhes forem designadas pelos Supervisores e Preceptores;
- IV. Responsabilizar-se pelo cumprimento das atividades de seu Programa de Residência;
- V. Cumprir rigorosamente a carga horária e os horários que lhe forem atribuídos, em conformidade com seu Programa de Residência;
- VI. Obedecer às Normas do Código de Ética e todas as Resoluções oriundas do Conselho Federal de Medicina;
- VII. Comparecer a todas as reuniões convocadas pelas autoridades superiores, Comissão de Residência, Coordenador e Preceptores do Programa;
- VIII. Cumprir as disposições regulamentares gerais do Hospital e de cada Serviço onde o Programa está sendo realizado;
- IX. Prestar colaboração ao Serviço no qual estiver desenvolvendo estágio, fora do horário de trabalho, quando em situações de emergência;
- X. Levar irregularidades das quais tenha conhecimento, ocorridas nos serviços, ao conhecimento das autoridades superiores;
- XI. Assinar diariamente a ficha de presença;

- XII. Atuar com dedicação, zelo e responsabilidade no cuidado aos usuários e no cumprimento de suas obrigações;
- XIII. Usar vestimenta adequada nas dependências dos cenários de atividades da Residência e crachá de identificação em local de fácil visibilidade;
- XIV. Zelar pelo patrimônio dos Serviços onde o Programa está sendo realizado, devendo responder por possíveis perdas ou danos;
- XV. Reportar aos Preceptores eventuais dúvidas ou problemas no decorrer do Programa;
- XVI. Avaliar o corpo docente e a Residência Médica como um todo em reuniões regulares coordenadas pelos seus representantes e apresentar as conclusões à Supervisão e à Comissão de Residência;
- XVII. Prestar colaboração à Unidade onde estiver lotado, fora do horário de trabalho, quando em situação de emergência;
- XVIII. Agir com urbanidade, discrição e lealdade;
- XIX. Responsabilizar-se pelo controle de sua avaliação ao final de cada estágio no PRM, verificando mensalmente a sua pasta pessoal de notas.

SEÇÃO III DAS VEDAÇÕES

Art. 40. É vedado aos Residentes:

- I. Ausentar-se do local onde esteja exercendo suas atividades sem a autorização de seu Preceptor e Supervisor
- II. Retirar sem prévia anuência da autoridade competente, qualquer objeto ou documento do Hospital
- III. Tomar medidas administrativas sem autorização por escrito de seus Superiores;
- IV. Conceder à pessoa estranha ao Hospital o desempenho de atribuições que sejam de sua responsabilidade;

V. O exercício de qualquer outra atividade não ligada à Residência nos horários estipulados para sua permanência de acordo com seu PRM.

SEÇÃO IV DO REGIME DISCIPLINAR

Art. 41. Os Médicos Residentes ficarão sujeitos a sanções disciplinares, sendo consideradas a natureza, a gravidade e os danos decorrentes da infração cometida, da seguinte forma:

- I. Advertência verbal.
- II. Advertência escrita.
- III. Suspensão.
- IV. Desligamento.

§ 1º As penas a que se refere o presente Artigo serão aplicadas sucessivamente conforme a ordem de acontecimentos. Entretanto, se houver maior gravidade do caso a aplicação das mesmas será discutida em reunião da COREME/ Hospital, podendo ser aplicadas sem que haja esta sucessão.

§ 2º As penas referidas no item I e II, podem ser aplicadas pelo Supervisor do PRM, pelo Coordenador geral da COREME/ Hospital, e pelo Preceptor desde que em comum acordo com o Supervisor PRM.

§ 3º As penas referidas nos itens III e IV devem ser requeridas pelo Preceptor e/ou Supervisor do PRM, e discutidas em Reunião da COREME/ Hospital. Nos casos em que julgar necessário, o caso será encaminhado à CEREM-GO e/ou CNRM.

§ 4º Será assegurado ao Médico Residente, o direito de ampla defesa e do contraditório.

§ 5º A reincidência acarreta a aplicação de penas hierarquicamente mais graves.

§ 6º Todas as penalidades aplicadas serão comunicadas à COREME/ Hospital e

registrada no histórico do Médico Residente.

§ 7º Após 3 (três) advertências consecutivas, sendo cada uma referente aos incisos I, II, e III o Residente que cometer mais uma infração independente da gravidade será automaticamente desligado do PRM.

Art. 42. Além das penas descritas no art. 41 as penas previstas na legislação geral poderão incidir sobre o infrator, de acordo com o Código Penal Brasileiro, Código Civil Brasileiro e o Código de Ética Médica e legislações vigentes, mormente as relacionadas à instituição pública e aos servidores públicos.

Art. 43. A pena de suspensão por até 30 (trinta) dias será aplicada em caso de falta grave ou reincidência. Esta penalidade será indicada pelo Supervisor do PRM e aprovada pela Coordenação da COREME/ Hospital

Parágrafo único. A pena de suspensão pode variar de 08 (oito) a 30 (trinta) dias, os quais serão acrescidos ao tempo de duração do programa, e nesta eventualidade, sem direito ao recebimento da bolsa. Não podendo o mesmo ser repostado no período de férias.

Art. 44. A pena de Desligamento será aplicada a qualquer tempo do período da Residência Médica, tendo como critérios, um ou mais dos itens abaixo relacionados:

- I. Falta de assiduidade reincidente e após suspensão;
- II. Insubordinação grave, independente de pena prévia;
- III. Ofensa física em serviço, salvo comprovadamente em legítima defesa, independente de pena prévia;
- IV. Infringir o Código de Ética Médica, independente de pena prévia, após apreciação da Comissão de Ética do Hospital;
- V. Cassação ou suspensão do registro profissional;
- VI. Quando comprovadas dificuldades insuperáveis no relacionamento com pacientes, Residentes, corpo clínico, enfermagem e/ou funcionários;
- VII. Abandono das atividades da Residência Médica, pelo período de 4 (quatro) dias, sem justificativa legalmente aceitável.

§1º A aplicação de desligamento (expulsão) é de competência da

COREME/ Hospital.

§2º A pena de desligamento (expulsão) do Programa de Residência Médica implica suspensão do recebimento da bolsa, bem como do Certificado de Conclusão de Residência Médica.

§3º Ao Médico Residente será assegurada ampla defesa, ficando impedido de receber o Certificado de conclusão da Residência Médica até decisão definitiva do procedimento disciplinar.

Art. 45. Da aplicação de pena disciplinar caberá recurso, no prazo de 10 (dez) dias a contar da data de ciência, a COREME/ Hospital, não havendo entendimento sobre a matéria caberá recurso a CEREM –GO e a CNRM.

Art. 46. Em caso de recusa pelo Médico Residente em assinar o documento formalizando a penalidade, o mesmo poderá ser assinado por duas testemunhas, e ficará caracterizada a ciência do Residente da mesma.

CAPÍTULO IV

DA AVALIAÇÃO DOS RESIDENTES

Art. 47. A frequência exigida nas atividades teóricas-práticas é de 100%, com exceção dos períodos em que foram concedidas licenças para as quais não se exige reposição.

Art. 48. No Programa deverá ser cumprido pelo Residente um total de 2880 horas por ano referentes às atividades teóricas-práticas.

§ 1º Cabe a cada Supervisor definir os critérios de avaliação de cada Médico Residente, em conformidade com as normas da COREME/ Hospital e da CNRM, contemplando avaliações teóricas, práticas e conceituais de Preceptores de cada estágio.

§ 2º O sistema de avaliação e acompanhamento dos Médicos Residentes será contínuo e somativo e constará de boletim de aproveitamento trimestral, onde serão atribuídas notas, considerando: frequência, trabalho, conhecimento (teórico-prático), relacionamento e aprendizado. E ainda de prova realizada ao

final de cada ano do PRM escolhido.

§ 3º A média final obtida pelo Médico Residente deverá ser igual ou superior a sete (07) para sua aprovação para o ano subsequente de treinamento do PRM.

CAPÍTULO V DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Art. 49. Todos os Residentes obrigatoriamente deverão elaborar Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia: Pesquisa Qualitativa, Pesquisa Quantitativa, Pesquisa Exploratória, Relato de Caso com Revisão Integrativa, Revisão Sistemática com Metanálise) de acordo com a área específica de cada PRM, ou elaboração e publicação de artigo científico em revista indexada, no mínimo B2, desde que o mesmo seja realizado no período em que o médico esteja cursando a residência médica e que o mesmo seja autor principal. Em se tratando de Relato de Caso com Revisão Integrativa, deverá haver anuência do Supervisor do PRM. Além disto, todo o Trabalho de Conclusão de Curso deverá ser redigido conforme as normas da ABNT.

§1º Fica estabelecido o prazo máximo para submissão do pré-projeto, último mês do término do primeiro ano do PRM. Nos PRM com três anos de duração, fica estabelecido o último mês no segundo ano do PRM.

§2º Fica estabelecido que as apresentações dos Trabalhos de Conclusão de Curso serão até o mês de novembro, que antecede o final do PRM. A apresentação deverá ser marcada na secretaria da COREME com 15 dias úteis de antecedência.

Art. 50. O Orientador do Trabalho de Conclusão de Curso deverá ser vinculado a instituição e ter título de Mestre ou Doutor e ser aprovado pela COREME/Hospital.

Art. 51. Serão admitidos, no máximo, 4 (quatro) alunos por professor orientador.

Art. 52. Compete ao Professor Orientador:

- I. Orientar os Residentes na organização e execução de seu plano de estudos;
- II. Orientar os processos de pesquisa dos Médicos Residentes;
- III. Dar assistência aos Médicos Residentes na elaboração e na execução de seu projeto de pesquisa e do artigo científico, respeitando os critérios estabelecidos pela COREME/ Hospital;
- IV. Cabe ao orientador e ao Médico Residente convidar os membros que comporão a banca de avaliação.

Parágrafo único. A banca será composta obrigatoriamente por três membros, sendo o orientador e dois convidados, com titulação de mestre ou doutor. Em situações especiais, um dos componentes da banca poderá ser especialista com grande experiência comprovada na área de conhecimento do Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia).

CAPÍTULO VI DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 53. Este Regimento Interno poderá ser alterado sempre que houver necessidade de adequações para aprimoramento do serviço, após aprovação da COREME/ Hospital e dos Conselhos Superiores competentes.

Art. 54. Os casos omissos serão resolvidos pela COREME/ Hospital, e em caso de necessidade serão encaminhados a CEREM-GO e CNRM.

Art. 55. O presente Regimento entrará em vigor na data da sua aprovação.

Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Comissão de Residência Médica

Item	O que deverá ser feito?	Por que será feito?	Como será feito?	Por quem será feito?	Quando será feito?
1	Criar a Comissão de Residência Médica	Por obrigatoriedade (conforme legislação) de acordo com necessidade;	Através de eleição de membros da equipe médica e multiprofissional.	Diretoria Técnica	Mês 1
2	Elaborar Regimento Interno da Comissão	Para oferecer suporte e orientação especializada aos residentes.	Será solicitado à Diretoria Técnica e representantes eleitos	A própria comissão	Mês 2
3	Reuniões ordinárias;	Alinhar as atividades em parceria com a Direção de acordo com as residências disponibilizadas e áreas assistenciais.	Divulgação e orientações aos residentes das normas do serviço de residência bem com o preceptor.	Membros da comissão	Mês 2
3	Realizar escalas de divisão dos residentes com carga horária e setores.	Para que o residente tenha uma programação de suas atividades e controle de presença.	Escalas disparadas via e-mail e disponibilizadas nos setores e a preceptores.	Membros da comissão	Mês 3
4	Reuniões ordinárias;	Alinhar as atividades em parceria com a Direção de acordo com as residências disponibilizadas e áreas assistenciais.	Divulgação e orientações aos residentes das normas do serviço de residência bem com a preceptor.	Membros da comissão	Mês 4
5	Realizar pesquisa de satisfação do residente	Avaliar os preceptores e campos de práticas com aplicação de uma entrevista semiestruturada.	Atender as expectativas do aluno e adequar o campo da prática com segurança e recursos humanos e materiais adequados.	A própria Comissão	Mês 3
6		Alinhar as atividades	Divulgação e orientações		

Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Comissão de Residência Médica


	Reuniões ordinárias;	em parceria com a Direção de acordo com as residências disponibilizadas e áreas assistenciais.	aos residentes das normas do serviço de residência bem com o preceptoria.	Membros da comissão	Mês 6
7	Promover capacitações recomendadas aos residentes por área de atuação;	Desenvolver o residente com atualização de conceitos e ou práticas baseadas em evidências nas áreas médicas.	Ofertando cursos de capacitação, lactu-sensu nas áreas de atuação bem como cursos específicos do serviço (ATLS/ACLS).	Membros da comissão	Mês 4
8	Reuniões ordinárias;	Alinhar as atividades em parceria com a Direção de acordo com as residências disponibilizadas e áreas assistenciais.	Divulgação e orientações aos residentes das normas do serviço de residência bem com a preceptoria.	Membros da comissão	Mês 8
9	Reuniões ordinárias;	Alinhar as atividades em parceria com a Direção de acordo com as residências disponibilizadas e áreas assistenciais.	Divulgação e orientações aos residentes das normas do serviço de residência bem com o preceptoria.	Membros da comissão	Mês 10
10	Reuniões ordinárias;	Apresentar relatórios das atividades desenvolvidas no ano e propostas de melhorias para futuros programas.	Divulgação de resultados e identificação de oportunidades de melhorias bem como: capacitação, cursos de pós-graduação entre outras necessidades apontadas pelos residentes.	Membros da comissão	Mês 12



10.1.2: FA. 2 – ÁREA DA QUALIDADE

**QUALIDADE OBJETIVA: AVALIA MEDIDAS DA PROPOSTA DE
TRABALHO PARA IMPLANTAÇÃO DE COMISSÕES**

**COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
(COREMU)**

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE			
REGIMENTO INTERNO - RI			
Título: Regimento Comissão de Residência Multiprofissional			
Responsável: Equipe Multidisciplinar	Código: RI COREMU 001	Revisão: 00	Data: 01/07/2023

CAPÍTULO I

DA NATUREZA E FINALIDADE

Art. 1º A COREMU do Hospital de Urgência - HUGO é responsável pela coordenação, organização, articulação, supervisão e acompanhamento dos Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde e responsável pelo acompanhamento e avaliação das atividades desenvolvidas pelos profissionais de saúde residentes em suas diversas áreas de atuação.

Art. 3º A COREMU terá seu funcionamento regulamentado por este regimento, normas internas da unidade e pelas bases legais que lhe forem aplicáveis: Lei Federal nº 11.129, de 30 de julho de 2005; Portaria Interministerial Nº 1.077, de 12 de novembro de 2009; Portaria Interministerial Nº 1.320, de 11 de novembro de 2010; Resolução nº 3, de 4 de maio de 2010; Resolução nº 2, de 27 de dezembro de 2017; Resolução Nº3, de 17 de fevereiro de 2011; Resolução Nº 2, de 13 de abril de 2012; Resolução Nº 3, de 16 de abril de 2012.


CAPÍTULO II - DA COMPOSIÇÃO

Art. 4º A COREMU é um órgão colegiado, de caráter deliberativo, ligado à Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), e, portanto, ao MEC, integrada por:

- I. Um Coordenador e um vice-coordenador;
- II. Um Representante e um suplente dos preceptores de cada área;
- III. Um representante e um suplente dos tutores;
- IV. Um representante do gestor local;
- V. Um representante e um suplente da Gerência de Ensino e pesquisa (GEP).

§1º O mandato terá duração de dois anos, com possibilidade de recondução consecutiva dos membros, garantindo-se a renovação periódica a cada ano, com a entrada de novos membros no processo.

§2º Todos os membros que compõem a COREMU terão direito a voz e voto nas discussões propostas pela comissão.


ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE			
REGIMENTO INTERNO - RI			
Título: Regimento Comissão de Residência Multiprofissional			
Responsável: Equipe Multidisciplinar	Código: RI COREMU 001	Revisão: 00	Data: 01/07/2023

Art. 5º O coordenador da COREMU terá mandato de dois anos, sendo permitida uma recondução consecutiva, e não acumulará suas funções com outras atividades administrativas da residência, exceto a função de coordenador de programa, se estritamente necessário.

CAPÍTULO III DAS COMPETÊNCIAS

Art. 6º Compete à COREMU:

- I. Coordenação, organização, articulação, supervisão, avaliação e acompanhamento de Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde do Hospital
- II. Definir diretrizes, elaborar editais e acompanhar o processo seletivo de candidatos;
- III. Acompanhamento do plano de avaliação de desempenho dos profissionais de saúde residentes;
- IV. Definição de diretrizes para os programas, elaboração de editais e condução do processo seletivo de candidatos;
- V. Definir o calendário anual de atividades dos profissionais residentes;
- VI. Estimular um processo de cogestão entre todos os atores dos programas no intuito de aprimorar o processo de formação na modalidade de residências, enquanto ferramenta de fortalecimento do SUS;
- VII. Deliberar sobre a necessidade de formação dos residentes em outros serviços com os quais venha a firmar convênio para este fim específico;
- VIII. Atender às solicitações da CNRMS, quando demandados, atentando para os prazos requeridos;
- IX. Deliberar sobre qualquer outra matéria na esfera de sua competência, ainda que não especificada neste artigo, observada a legislação pertinente;
- X. Deliberar acerca do desligamento de preceptores/as quando da solicitação dos programas;
- XI. Elaborar e revisar o regimento interno da COREMU em consonância com as normas superiores vigentes da universidade, da CNRMS e demais a cada quatro anos ou conforme necessidade identificada.

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE			
REGIMENTO INTERNO - RI			
Título: Regimento Comissão de Residência Multiprofissional			
Responsável: Equipe Multidisciplinar	Código: RI COREMU 001	Revisão: 00	Data: 01/07/2023

à CNRMS.

§ 2º A COREMU deverá funcionar de forma articulada com as instâncias de decisão formal existentes na hierarquia da instituição.


§ 3º A COREMU deverá funcionar com regimento próprio, garantidos divulgação e critérios de publicidade.

Art. 7º Ao coordenador da COREMU, compete:

- I. Coordenar as atividades da COREMU;
- II. Convocar e presidir as reuniões da comissão;
- III. Fazer cumprir o cronograma anual de reuniões ordinárias da COREMU;
- IV. Encaminhar aos integrantes da COREMU a pauta das reuniões ordinárias e extraordinárias com até 24 (vinte e quatro) horas de antecedência;
- V. Submeter ao plenário da comissão assunto específico das residências em saúde encaminhando-o para as providências cabíveis;
- VI. Participar das reuniões dos órgãos superiores, cujos assuntos sejam relacionados
- VII. Manter a comissão informada de toda a legislação da CNRMS do HUGO;
- VIII. Criar mecanismos de integração entre os programas existentes, estimulando integração com as residências médicas da instituição e outros programas formativos da instituição (graduação; pós-graduação stricto sensu);
- IX. Fazer cumprir este regimento.

Art. 8º São atribuições do vice coordenador:

- I. Substituir, automaticamente, o coordenador em suas faltas ou impedimentos;
- II. Desempenhar as funções que lhe forem delegadas pelo coordenador ou determinadas pela COREMU;
- III. O vice-coordenador será substituído, em suas faltas e impedimentos eventuais, por membro da COREMU escolhido em reunião ordinária e/ou extraordinária.

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE			
REGIMENTO INTERNO - RI			
Título: Regimento Comissão de Residência Multiprofissional			
Responsável: Equipe Multidisciplinar	Código: RI COREMU 001	Revisão: 00	Data: 01/07/2023

CAPÍTULO IV

DO FUNCIONAMENTO

Art. 9º A COREMU reunir-se-á ordinariamente a cada três meses, de acordo com o calendário aprovado na primeira reunião do ano letivo e poderá, a critério do coordenador, reunir-se extraordinariamente.

§1º Qualquer membro da COREMU poderá solicitar a realização de reunião extraordinária, mediante assinatura de 1/3 dos membros da comissão e com no mínimo 48 horas de antecedência.

§2º As decisões serão tomadas em reunião da COREMU por votação pelo sistema demaioria simples, com o quórum presente.

§3º Será redigida ata correspondente à reunião, a qual deverá ser aprovada e, posteriormente assinada no SEI.


CAPÍTULO V

DA ORGANIZAÇÃO E DINÂMICA DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E EM ÁREA PROFISSIONAL DE SAÚDE

Art. 10. O Programa da Residência Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde constitui a modalidade de ensino de Pós-graduação Lato Sensu para profissões da área da saúde, com duração de 24 meses, equivalendo a uma carga horária mínima de 5760 (cinco mil, setecentos e sessenta) horas, sendo que, 1152 (um mil cento e cinquenta e duas) horas (20%) são destinadas às atividades teórico e teórico-práticas e 4608 (quatro mil seiscentos e oito) horas (80%) às atividades práticas, distribuídas em 60 horas semanais, devendo ser cumpridas em regime de tempo integral e de dedicação exclusiva.

§ 1º Estratégias educacionais práticas são aquelas relacionadas à formação em serviço para a prática profissional, de acordo com as especificidades das áreas de concentração e das categorias profissionais da saúde, obrigatoriamente sob supervisão do corpo docente assistencial;

§ 2º Estratégias educacionais teóricas são aquelas cuja aprendizagem se desenvolve por meio de estudos individuais e em grupo, em que o Profissional da Saúde Residente conta, formalmente, com orientação do corpo docente assistencial (professores/as, tutores/as e preceptores/as e convidados/as;

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE			
REGIMENTO INTERNO - RI			
Título: Regimento Comissão de Residência Multiprofissional			
Responsável: Equipe Multidisciplinar	Código: RI COREMU 001	Revisão: 00	Data: 01/07/2023

§ 3º As estratégias educacionais teórico-práticas são aquelas que se fazem por meio de simulação em laboratórios, ações em territórios de saúde e em instâncias de controle social, em ambientes virtuais de aprendizagem, estudo de casos clínicos, construção de Projeto Terapêutico Singular e ações de saúde coletiva, entre outras, sob orientação do corpo docente assistencial.

§ 4º As estratégias educacionais teóricas, teórico-práticas e práticas dos programas devem necessariamente, além de formação específica voltada às áreas de concentração e categorias profissionais, contemplar temas relacionados à bioética, à ética profissional, à metodologia científica, à epidemiologia, à estatística, à segurança do paciente, às políticas públicas de saúde e ao SUS;


§ 5º Ao se tratar de formação em serviço, considera-se que “serviço” pode abranger todos os pontos das Rede de Atenção à Saúde (RAS) em que o trânsito de residentes se fizer necessário e pertinente;

§ 6º Está assegurada a participação em atividades de extensão, pesquisa, ensino e gestão (incluindo a Graduação) que se relacionem ao programa do/a residente e, portanto, contribuam para o aprimoramento de sua formação, desde que inseridas em seu cronograma semanal de atividades e acordadas com a coordenação, tutoria e preceptoria do programa, sendo então caracterizadas como atividades complementares.

Art. 11. O desenvolvimento do Projeto Pedagógico (PP) do programa deve ocorrer via integração ensino-serviço, desenvolvidos por intermédio de parcerias dos programas com os gestores, trabalhadores e usuários das instituições parceiras

Art. 12. O Projeto pedagógico do Programa de Residência deve prever e adotar metodologias de aprendizagem orientadas pelos dispositivos da gestão e atenção à saúde ampliada, visando qualificar profissionais com competência para atuar em diferentes níveis do Sistema Único de Saúde (SUS), de modo interdisciplinar, intersetorial e interinstitucional, considerando as prioridades da região.

Art. 13. O Projeto pedagógico do Programa de Residência deve prever e adotar metodologias de aprendizagem orientadas pelos dispositivos da gestão e atenção à saúde ampliada, visando qualificar profissionais com competência para atuar em diferentes níveis do Sistema Único de Saúde (SUS), de modo interdisciplinar, intersetorial e interinstitucional, considerando as prioridades da região.

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE			
REGIMENTO INTERNO - RI			
Título: Regimento Comissão de Residência Multiprofissional			
Responsável: Equipe Multidisciplinar	Código: RI COREMU 001	Revisão: 00	Data: 01/07/2023

Art. 14. O Programa deve adotar estratégias de ensino/formação que fomentem a articulação entre graduação e pós-graduação, entre ensino, serviço e políticas públicas de saúde, mobilizando, construindo e disponibilizando novos conhecimentos, tecnologias e informações que assegurem a construção da integralidade da atenção, desencadeando processos de mudança no modelo de prestação de serviços ao sistema público de saúde.

Art. 15. O Programa dispõe da seguinte estrutura hierárquica de gestão e de acompanhamento pedagógico:

- I. Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU/;
- II. Núcleo Docente-Assistencial Estruturante (NDAE) do Programa de Residência Multiprofissional;
- III. Coordenação de Programa;
- IV. Tutor/Docente;
- V. Preceptor;
- VI. Residentes.


Parágrafo Único: A critério do NDAE poderão ser criados ainda: comissões, comitês e conselhos, com o propósito de atender as necessidades pedagógicas e administrativas do referido Programa.

CAPÍTULO VI

DO COORDENADOR DO PROGRAMA

Art. 16. O Programa de Residência Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde terá um coordenador/a, com mandato de 2 anos, tempo igual ao ciclo de formação do programa.

Art. 17. A função da coordenação do Programa de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde deverá ser exercida por profissional com titulação mínima de mestre e com experiência profissional nas áreas de formação, atenção ou gestão da saúde da criança e do adolescente.

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE			
REGIMENTO INTERNO - RI			
Título: Regimento Comissão de Residência Multiprofissional			
Responsável: Equipe Multidisciplinar	Código: RI COREMU 001	Revisão: 00	Data: 01/07/2023

Art. 18. Ao coordenador do programa compete:

- I. Fazer cumprir as deliberações da COREMU;
- II. Garantir a implementação do programa;
- III. Coordenar o processo de autoavaliação do programa;
- IV. Coordenar o processo de análise, atualização e aprovação das alterações do projeto pedagógico junto à COREMU;
- V. Constituir o corpo de docentes, tutores e preceptores, submetendo-os à aprovação pela COREMU;
- VI. Mediar as negociações interinstitucionais para viabilização de ações conjuntas de gestão, ensino, educação, pesquisa e extensão;
- VII. Promover a articulação do programa com outros programas de residência em saúde da instituição, incluindo a médica, e com os cursos de graduação e pós-graduação;
- VIII. Fomentar a participação dos residentes, tutores e preceptores no desenvolvimento de ações e de projetos interinstitucionais em toda a extensão da rede de atenção e gestão do SUS na área de concentração do Programa.


CAPÍTULO VII

DO NÚCLEO DOCENTE-ASSISTENCIAL ESTRUTURANTE – NDAE

Art. 19. O Programa de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde terá um Núcleo Docente Assistencial Estruturante – NDAE específico para o programa. O Núcleo Docente Assistencial Estruturante – NDAE será constituído minimamente por:

- I. Coordenador (es) do programa de residência;
- II. Representante de tutores/docentes de cada área de concentração;
- III. Representante de preceptores de cada área de concentração;

Todos os representantes do NDAE serão designados por Portaria publicada em Boletim de Serviço.

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE			
REGIMENTO INTERNO - RI			
Título: Regimento Comissão de Residência Multiprofissional			
Responsável: Equipe Multidisciplinar	Código: RI COREMU 001	Revisão: 00	Data: 01/07/2023

Art. 20. Este Núcleo apresenta as seguintes responsabilidades:

- I. Acompanhar a execução do Projeto Pedagógico (PP), propondo ajustes e mudanças, quando necessários, à coordenação;
- II. Assessorar a coordenação do programa no processo de planejamento e implementação;
- III. Acompanhar e avaliar as ações teóricas, teórico práticas e práticas inerentes ao desenvolvimento do programa, propondo ajustes e mudanças quando necessários;
- IV. Promover a institucionalização de novos processos de gestão, atenção e formação em saúde, visando o fortalecimento ou construção de ações integradas nas possíveis áreas de concentração, entre equipe, entre serviços e nas redes de atenção do SUS;
- V. Estruturar e desenvolver grupos de estudo e de pesquisa, que fomentem a produção de projetos de pesquisa e projetos de intervenção voltados à produção de conhecimento e de tecnologias que integrem ensino e serviço para a qualificação do SUS;

CAPÍTULO VIII

DOS TUTORES/DOCENTES E PRECEPTORES


Art. 21. O processo de supervisão dos residentes será realizado por uma equipe composta por tutores e preceptores.

Art. 22. A escolha da equipe de tutores e preceptores supervisores será realizada através de pactuação entre a coordenação do programa e COREMU. A duração do mandato de tutor e preceptor será de dois anos. Esse prazo poderá ser renovado, de modo que tutores e preceptores poderão ser reconduzidos à função exercida pelos mesmos. O prazo de dois anos para as funções de tutor e preceptor poderá ser reduzido por descumprimento de suas obrigações ou outras situações, caso a coordenação e COREMU julguem necessário.

Seção I

Do Tutor/Docente

Art. 23. A equipe de tutores será composta por professores dos cursos de Enfermagem, Nutrição, Farmácia, Fisioterapia e Medicina e colaboradores do Hospital.

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE			
REGIMENTO INTERNO - RI			
Título: Regimento Comissão de Residência Multiprofissional			
Responsável: Equipe Multidisciplinar	Código: RI COREMU 001	Revisão: 00	Data: 01/07/2023

Art. 24. A equipe de docentes será composta por professores dos cursos de Enfermagem, Nutrição, Farmácia, Fisioterapia e Medicina, podendo ser convidados professores de outras instituições de ensino ou hospitais.

Art. 25. O tutor/docente deve ter no mínimo experiência comprovada na área acadêmica e na área profissional específica. O Tutor tem como função estabelecer, coordenar e desenvolver o conteúdo teórico e ou teórico prático que fundamenta sua profissão. Cabe a ele:

I. Implementar estratégias pedagógicas que integrem saberes e práticas, promovendo a articulação ensino-serviço, de modo a proporcionar a aquisição das competências previstas no PP do programa, realizando encontros periódicos com preceptores e residentes com frequência mínima quinzenal, contemplando todas as áreas envolvidas no programa;

II. Participar do planejamento e implementação das atividades de educação permanente em saúde para os preceptores;

III. Planejar e implementar, junto aos preceptores e residentes, ações voltadas à qualificação dos serviços;

IV. Articular a integração dos preceptores e residentes com os respectivos pares de outros programas, incluindo a residência médica, bem como com estudantes dos diferentes níveis de formação profissional na saúde;


V. Articular mecanismos de estímulo para a participação de preceptores e residentes nas atividades de pesquisa e nos projetos de intervenção;

VI. Ministrare os módulos teóricos previstos no PP do Programa junto aos residentes.

VII. Participar do processo de avaliação dos residentes;

VIII. Participar da avaliação do PP do programa, contribuindo para o seu aprimoramento;

IX. Orientar e avaliar os trabalhos de conclusão do programa de residência, conforme as regras estabelecidas neste Regimento Interno.

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE			
REGIMENTO INTERNO - RI			
Título: Regimento Comissão de Residência Multiprofissional			
Responsável: Equipe Multidisciplinar	Código: RI COREMU 001	Revisão: 00	Data: 01/07/2023


Seção II Dos Preceptores

Art. 26. Os preceptores serão profissionais experientes do HUGO e de outras unidades de saúde onde os residentes desenvolverão atividades teórico e/ou prática, que atuam no programa de Residência Multiprofissional ou em área de Saúde, exercendo a função de facilitar a inserção e a socialização do residente no ambiente de trabalho, estreitando a distância entre a teoria e prática profissional.

Art. 27. A função de preceptor caracteriza-se por supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos residentes nos serviços de saúde onde se desenvolve o programa.

Art. 28. Ao preceptor compete:

- I. Exercer a função de mediador de referência para o(s) residente(s) no desempenho das atividades práticas vivenciadas no cotidiano da atenção e gestão em saúde;
- II. Orientar e acompanhar, com suporte do(s) tutor (es) o desenvolvimento do plano de atividades teórico-práticas e práticas do residente, devendo observar as diretrizes do PP;
- III. Facilitar a integração do(s) residente(s) com a equipe de saúde, usuários, residentes de outros programas, bem como com estudantes dos diferentes níveis de formação profissional na saúde que atuam no campo de prática;
- IV. Participar, junto com o(s) residente(s) e demais profissionais envolvidos no programa, das atividades de pesquisa e dos projetos de intervenção voltados à produção de conhecimento e que integrem ensino e serviço;
- V. Identificar dificuldades e problemas de qualificação do(s) residente(s) relacionadas ao desenvolvimento de atividades práticas de modo a proporcionar a aquisição das competências previstas no PP do programa, encaminhando-as ao(s) tutor(es)/docentes e coordenação quando se fizer necessário;
- VI. Acompanhar a elaboração das atividades pedagógicas desenvolvidas pelo(s) residente(s) sob sua supervisão;

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE			
REGIMENTO INTERNO - RI			
Título: Regimento Comissão de Residência Multiprofissional			
Responsável: Equipe Multidisciplinar	Código: RI COREMU 001	Revisão: 00	Data: 01/07/2023

VII. Participar, em conjunto com tutores e coordenação, do processo avaliativo do residente e do programa, com periodicidade semestral.

Art. 29. Cada área de concentração do programa deverá contar com um preceptor supervisor, o qual deve ter no mínimo o título de especialista e experiência comprovada na área específica de atuação.

CAPÍTULO VI DOS RESIDENTES

Seção I Da seleção

Art. 30. A seleção para preenchimento das vagas do programa de residência multiprofissional e em Área Profissional da Saúde será anual e de acordo com as normas específicas estabelecidas em edital próprio, publicado na imprensa oficial, e em obediência ao prazo legal.

Art. 31. O profissional de saúde que ingressar em Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde receberá a denominação de Profissional de Saúde Residente.


Art. 32. O candidato ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde ou em Área Profissional da Saúde deverá estar inscrito no Conselho de Classe correspondente à sua área profissional e apresentar diploma profissional devidamente registrado.

Seção II

Dos direitos dos candidatos residentes

Art. 33. Ao residente serão assegurados:

I. Bolsa de estudos financiada pelo Ministério da Saúde e administradas pelo Sistema de Informações Gerenciais das Residências (SIG-RESIDÊNCIAS) desse Ministério. Este tem a finalidade de acompanhar e gerenciar todas as informações para o pagamento das bolsas, tomando como base a Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009, que instituiu, dentre outros, o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde.

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE			
REGIMENTO INTERNO - RI			
Título: Regimento Comissão de Residência Multiprofissional			
Responsável: Equipe Multidisciplinar	Código: RI COREMU 001	Revisão: 00	Data: 01/07/2023

II. Ao residente serão assegurados os seus direitos, especialmente os decorrentes do seguro de acidente do trabalho, a partir da inscrição na Previdência Social.

III. Receber o certificado de conclusão de Residência, mediante a aprovação em todos os créditos do programa, cumprimento mínimo de carga horária e aprovação do Trabalho de Conclusão da Residência (TCR), emitido pela secretaria da COREMU até 30 dias após a conclusão da residência.

IV. As condições de ensino e de realização de trabalhos práticos descritos no plano semestral ou anual de atividades do Programa;

V. Acesso aos equipamentos, serviços complementares de diagnósticos, portal de periódicos disponíveis no HUJB;

VI. Alimentação durante o horário de trabalho, caso esta seja a realidade do cenário de aprendizagem;

VII. Alojamento para repouso, no caso de plantões;

VIII. Férias e folga semanal, conforme previsto na seção 3 deste documento.

Parágrafo único: O Residente que não integralizar os créditos do Programa de Residência Multiprofissional ou em Área Profissional de Saúde não receberá o certificado, mas poderá receber, no entanto, um documento da COREMU em que conste o período em que permaneceu no Programa.


Seção III

Das Folgas Semanais e das Férias

Art. 34. O Residente terá direito a um dia de folga semanal e a 30 (trinta) dias consecutivos de descanso, a partir do primeiro ano de residência.

Parágrafo Único. Para melhor andamento das atividades da residência recomenda-se que as férias sejam fracionadas em dois períodos de 15 dias, não coincidindo com as de residente da mesma categoria profissional. As férias deverão ser acordadas com os/as coordenadores e preceptores de cada programa.

Art. 35. O repouso semanal não se inclui dentro das 60 horas semanais previstas.

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE			
REGIMENTO INTERNO - RI			
Título: Regimento Comissão de Residência Multiprofissional			
Responsável: Equipe Multidisciplinar	Código: RI COREMU 001	Revisão: 00	Data: 01/07/2023

Art.36. Nas atividades desenvolvidas na forma de plantão de 12 horas (diurno/noturno), por seu caráter ininterrupto, o/a residente tem direito a um intervalo de uma hora, que será integrada no cumprimento da carga horária (Exemplo: 7h às 19h ou 19h às 7h).

Art.37. Não se caracterizando o regime de plantão, a hora de almoço não é contabilizada (Exemplo: 7h às 13h –6h –com intervalo de 13h às 14h, retomando de 14h às 18h – 4h = 10 horas) na integralização da carga horária.

Seção IV

Da Participação em Eventos

Art. 38. O residente terá direito a afastamento para comparecer a Eventos Científicos, desde que seja acordado com preceptoria e tutoria o rearranjo de suas atividades e não cause prejuízo às suas ao programa nem ao funcionamento adequado do serviço ao qual esteja vinculado.

Parágrafo Único. A solicitação deverá ser feita, com antecedência mínima de 15(quinze) dias à coordenação do programa.

Art. 39. Fica vinculada a liberação à apresentação de trabalhos, ministração de minicursos, oficinas ou palestras.


Art. 40. Cada residente terá o direito de participar de, no máximo, 3 eventos políticos-científicos a cada ano da residência.

Art. 41. O residente deverá apresentar o comprovante de participação e relatório do evento, pois, caso contrário, poderá acarretar impedimento de futuras participações e a reposição dos dias correspondentes ao evento ao término da residência, sem remuneração.

Seção V

Das Licenças

Art. 42. Em caso de doença o residente deverá apresentar cópia do atestado médico dentro de 72 (setenta e duas) horas, ao preceptor e ao tutor da área. O atestado original deverá ser encaminhado à secretaria da COREMU para anotação em sua ficha.

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE		
REGIMENTO INTERNO - RI		
Título: Regimento Comissão de Residência Multiprofissional		
Responsável: Equipe Multidisciplinar	Código: RI COREMU 001	Revisão: 00
Data: 01/07/2023		

Art. 43. Em caso de Licença Médica, por período que ultrapasse 15 dias consecutivos, nos primeiros 15 dias o residente fará jus à bolsa paga pela instituição provedora. Ultrapassados os 15 dias consecutivos o residente deverá requerer auxílio-doença junto ao INSS.

Art. 44. Quando o afastamento exceder 30 (trinta) dias/ano (consecutivos ou somatórios) este mesmo período deverá ser repostado integralmente, ao término do programa de residência, sem remuneração.

Art. 45. Para a residente gestante ou adotante será assegurada a licença-maternidade ou licença adoção de até cento e vinte dias consecutivos. Esse período poderá ser prorrogado até sessenta dias mediante requerimento da residente, nos termos da lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008.


Art. 46. Para a residente gestante ou adotante será assegurada a continuidade da bolsa para recuperar a carga horária referente ao período de licença maternidade, para fins de cumprimento das exigências constantes da carga horária total do Programa.

Art. 47. Ao Residente será concedida licença de cinco dias consecutivos, para auxiliara mãe de seu filho recém-nascido ou adotado, mediante apresentação de certidão de nascimento ou do termo de adoção da criança.

Art. 48. Ao Residente será concedida licença de oito dias consecutivos, em caso de óbito de parentes de 1º grau, ascendentes ou descendentes.

Art. 49. Ao Residente será concedida licença de cinco dias consecutivos em razão do casamento. Este prazo inicia-se no primeiro dia subsequente ao casamento, não podendo ser adiado ou acumulado.

Art. 50. O Profissional da Saúde Residente que se afastar do programa por motivo devidamente justificado deverá completar a carga horária prevista, repondo as

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE			
REGIMENTO INTERNO - RI			
Título: Regimento Comissão de Residência Multiprofissional			
Responsável: Equipe Multidisciplinar	Código: RI COREMU 001	Revisão: 00	Data: 01/07/2023

atividades perdidas em razão do afastamento, garantindo a aquisição das competências estabelecidas no programa (Art. 6º da Resolução CNRMS nº 03 de 17 de fevereiro de 2011).

Seção VI

Do Trancamento das Matrículas

Art. 51. O trancamento de matrícula, parcial ou total, exceto para o cumprimento de obrigações militares, poderá ser concedido, excepcionalmente, mediante aprovação da COREMU e homologação pela CNRMS.

Art. 52. O(a) Residente comunicará à Coordenação do Programa a solicitação de trancamento utilizando formulário de requerimento próprio. Este será analisado no prazo de até quinze dias para ser deferido ou indeferido e oficializados com documentos pertinentes da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional e em área profissional da Saúde.

Art. 53. Até a resposta da solicitação o Residente deverá permanecer exercendo normalmente as atividades do programa até homologação do parecer final do teor da decisão, caso contrário poderá ser desligado do programa por abandono a partir do terceiro dia consecutivo de falta não justificada.


Parágrafo Único Se aceita a solicitação de trancamento durante esse período o pagamento de bolsa fica suspenso e quando retornar ao programa deverá completar a carga horária prevista, repondo as atividades perdidas em razão do trancamento, garantindo a aquisição das competências estabelecidas pelo Programa.

Seção VII

Das Atribuições

Art. 54. São atribuições a serem desempenhadas pelos Residentes:

- I. Conhecer o PP do programa no qual ingressou, atuando de acordo com as suas diretrizes orientadoras;
- II. Dedicar-se exclusivamente ao programa, cumprindo a carga horária de 60 (sessenta) horas semanais, mediante diretrizes e dinâmica do programa;
- III. Comparecer com pontualidade e assiduidade às atividades da residência;
- IV. Empenhar-se como articulador participativo na criação e implementação de alternativas estratégicas inovadoras no campo da atenção e gestão em saúde, imprescindíveis para as

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE			
REGIMENTO INTERNO - RI			
Título: Regimento Comissão de Residência Multiprofissional			
Responsável: Equipe Multidisciplinar	Código: RI COREMU 001	Revisão: 00	Data: 01/07/2023

mudanças necessárias à consolidação do SUS;

V. Ser corresponsável pelo processo de formação e integração ensino-serviço, desencadeando reconfigurações no campo, a partir de novas modalidades de relações interpessoais, organizacionais, ético-humanísticas e técnico-sócio-políticas;

VI. Articular-se com os representantes dos profissionais da saúde residentes na COREMU da instituição;

VII. Integrar-se às diversas áreas profissionais no respectivo campo, bem como com alunos do ensino da educação profissional, graduação e pós-graduação na área da saúde;

VIII. Integrar-se à equipe dos serviços de saúde e à comunidade nos cenários de prática;

IX. Buscar a articulação com outros programas de residência multiprofissional e em área profissional da saúde e também com os programas de residência médica;

X. Zelar pelo patrimônio institucional;

XI. Participar de comissões ou reuniões sempre que for solicitado;


XII. Manter-se atualizado sobre a regulamentação relacionada à residência multiprofissional e em área profissional de saúde;

XIII. Conduzir-se com comportamento ético perante a comunidade e usuários envolvidos no exercício de suas funções, bem como perante o corpo docente, corpo discente e técnico-administrativo das instituições envolvidas na operacionalização do programa.

Seção VIII Dos Deveres

Art. 55. São deveres dos residentes:

- I. Firmar Termo de Compromisso, sem o qual não poderá iniciar as atividades no programa (Assinatura do contrato);
- II. Apresentar-se na data pré-determinada em sua área ou serviço específico;
- III. Participar das atividades programadas de acordo com o rodízio de estágios, obedecendo às atribuições que lhes forem designadas pelos tutores e preceptores;
- IV. Solicitar à coordenação do programa de residência cópia do programa de atividades

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE			
REGIMENTO INTERNO - RI			
Título: Regimento Comissão de Residência Multiprofissional			
Responsável: Equipe Multidisciplinar	Código: RI COREMU 001	Revisão: 00	Data: 01/07/2023

a serem desenvolvidas;

V. Executar as funções determinadas pelos preceptores e pelos tutores do

VI. Conduzir-se com comportamento ético perante os gestores, trabalhadores da

VII. Desenvolver projetos de pesquisa durante o período do curso, quando oportuno e em diálogo com o tutor de referência;


VIII. Participar da rotina e atividades cotidianas dos serviços, registrando-as e refletindo-as utilizando-se do portfólio, que deve ser alimentado diariamente

IX. Comparecer com pontualidade e assiduidade às atividades da residência;

X. Seguir a programação estabelecida;

XI. Dedicar-se exclusivamente ao programa, cumprindo a carga horária de 60 (sessenta) horas semanais e no final do programa deverá ter cumprido a carga horária de 5760 horas.

XII. Manter-se atualizado com as principais discussões teóricas do Sistema de Saúde e de sua área específica

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE			
REGIMENTO INTERNO - RI			
Título: Regimento Comissão de Residência Multiprofissional			
Responsável: Equipe Multidisciplinar	Código: RI COREMU 001	Revisão: 00	Data: 01/07/2023

XIII. Participar de eventos científicos e proceder à divulgação nos grupos de estudo;

XIV. Atender às solicitações dos preceptores e dos tutores, frente à rotina de atividades nos diferentes setores do HUGO e das demais instituições conveniadas;

XV. Participar de reuniões de equipe tendo em vista contribuir para a construção interdisciplinar e atualização permanente de temáticas relativas à saúde coletiva;

XVI. Frequentar as atividades didático-pedagógicas correspondentes ao eixo teórico transversal, eixos teórico-prático e prático da Residência, conforme o projeto pedagógico.

XVII. Manter intercâmbio de experiências profissionais com outras instituições, tanto em relação ao ensino, quanto à prática profissional;

XVIII. Observar as normas de segurança e biossegurança estabelecidas pelas instituições onde estiverem desenvolvendo as atividades práticas;


XIX. Levar ao conhecimento dos preceptores e dos tutores do programa, a chefia do serviço ou ao coordenador geral do programa as irregularidades relacionadas aos residentes, funcionários, docentes, instalações e funcionamento das instituições conveniadas;

XX. Reportar aos preceptores eventuais dúvidas ou problemas no decorrer do programa

; XXI. Manter rigorosamente atualizados seus dados cadastrais junto a Secretaria da COREMU;

XXII. Manter o tutor e preceptor sempre informado sobre suas atividades;

XXIII. Honrar com prazos estabelecidos para entrega de trabalhos, atividades e

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE			
REGIMENTO INTERNO - RI			
Título: Regimento Comissão de Residência Multiprofissional			
Responsável: Equipe Multidisciplinar	Código: RI COREMU 001	Revisão: 00	Data: 01/07/2023

relatórios requisitados;

XXIV. Em caso de doença ou gestação, comunicar o fato imediatamente à Coordenação do Programa, apresentando atestado médico devidamente identificado e com o CID apropriado.

XXV. Ser aprovado por meio de valores ou critérios alcançados pelos resultados das avaliações realizados durante o ano, com pontuação mínima de 7,0 pontos.

Seção IX Da Frequência

Art. 56. A frequência dos residentes será controlada de acordo com as normas estabelecidas pelo programa, devendo os mesmos frequentar 100% das atividades práticas e, pelo menos, 75% das atividades teóricas, devendo haver reposição das faltas previamente programadas e autorizadas pelo preceptor responsável.

Art. 57. O acompanhamento da frequência será realizado pelo preceptor do serviço e encaminhado à coordenação do programa mensalmente.

Seção X Das Vedações

Art. 58. É vedado aos residentes:


I. Ausentar-se do local em que esteja exercendo suas atividades sem a autorização de seu preceptor;

II. Retirar sem prévia anuência da autoridade competente, qualquer objeto ou documento do serviço;

III. Tomar medidas administrativas sem autorização por escrito de seus preceptores;

IV. Conceder à pessoa estranha ao serviço o desempenho de atribuições que sejam de sua responsabilidade;

Matricular-se e frequentar outros cursos de graduação e ou pós-graduação,

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE			
REGIMENTO INTERNO - RI			
Título: Regimento Comissão de Residência Multiprofissional			
Responsável: Equipe Multidisciplinar	Código: RI COREMU 001	Revisão: 00	Data: 01/07/2023

concomitante às atividades práticas, teóricas e teórico-práticas da residência, sem a aprovação do coordenador do programa de residência e/ou da COREMU.

Seção XI

Da Metodologia de Avaliação

Art. 59. A avaliação para aprovação e reprovação dos residentes matriculados no Programa de Residência Multiprofissional deverá seguir os critérios definidos pelo PP do Programa.

Art. 60. Nos módulos teóricos a avaliação do residente ficará a critério do tutor/docente dos mesmos, que poderá utilizar um ou mais dos seguintes meios de aferição: avaliação escrita, seminários, trabalhos, projetos, participação geral nas atividades da disciplina e/ou avaliação de competências através da observação dos desempenhos em cada tarefa proposta. Em todos os módulos, as notas poderão variar de 0 (zero) a 10 (dez).


Art. 61. A pontuação de aproveitamento para aprovação nas atividades teóricas e nas práticas deve ser igual ou maior a 7,0 (sete).

Art. 62. Semestralmente, a coordenação do programa conduzirá um processo avaliativo de todo o funcionamento do programa, incluindo avaliação de desempenho da coordenação, da tutoria, da preceptoría e dos residentes.

Art. 63. A época e o período para realização das atividades práticas serão determinados pelo NDAE e encaminhados à COREMU para avaliação e aprovação.

Art. 64. O residente reprovado em um módulo teórico poderá refazê-lo no segundo ano (juntamente com a turma de R1), se não houver incompatibilidade de horário com atividades práticas e teórico-práticas, não devendo ser computadas como carga integrante das 60 horas semanais. Se houver incompatibilidade poderá refazê-la após término de todos os créditos do programa, sem bolsa, a fim de possibilitar a defesa do TCR.

Art. 65. O profissional residente será considerado aprovado quando cumprir os seguintes requisitos:

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE			
REGIMENTO INTERNO - RI			
Título: Regimento Comissão de Residência Multiprofissional			
Responsável: Equipe Multidisciplinar	Código: RI COREMU 001	Revisão: 00	Data: 01/07/2023

I. Aproveitamento para aprovação nos módulos teóricos, nas práticas e no TCR com pontuação igual ou maior a 7,0 (sete).

II. Ter no mínimo 75% de presença nos módulos teóricos.

III. Ter 100% de presença nas atividades práticas. Na ocorrência de faltas, estas serão repostas contemplando as atividades perdidas.

IV. Entrega da versão final do TCC com as correções e sugestões da banca examinadora.

§ 1º Os locais e períodos para desenvolvimento das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas serão determinados pela coordenação de cada Programa, ficando o(a) residente responsável por sua locomoção;

§ 2º A critério da coordenação dos programas, poderão ser alterados os horários e cronograma de atividades teóricas, teórico-práticas ou práticas.

§ 3º A frequência dos residentes será controlada de acordo com as normas estabelecidas pelo Programa, sendo que a ausência nas atividades implica em recuperação da respectiva carga horária, sem remuneração adicional.

Art. 66. Ao término de cada período letivo, o(a) coordenador(a) do Programa prestará informações à COREMU quanto aos resultados das avaliações, registrando os(as) residentes promovidos ao ano seguinte e os(as) concluintes.

§ 1º Ao final do Programa, o Profissional da Saúde Residente deverá apresentar e defender, individualmente, um TCR em formato de artigo científico, na modalidade de relato de experiência, com comprovação de protocolo de envio à publicação em revista indexada e entregara versão final do TCR com as correções e sugestões da banca examinadora.

§ 2º O processo de avaliação do residente nas atividades relacionadas aos cenários de prática será realizado pelos/as preceptores/as, com participação dos tutores/as e dos próprios residentes, que também deverão fazer sua autoavaliação. Para ser aprovado, o residente deverá obter a nota mínima de 70 pontos. Esta avaliação se dará com frequência mínima semestral ou ao final das atividades em cada local de prática, tendo como referência os critérios descritos abaixo:

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE			
REGIMENTO INTERNO - RI			
Título: Regimento Comissão de Residência Multiprofissional			
Responsável: Equipe Multidisciplinar	Código: RI COREMU 001	Revisão: 00	Data: 01/07/2023

1. RESPONSABILIDADE


- a) Apresentação pessoal
- b) Assiduidade
- c) Pontualidade
- d) Ética profissional
- e) Senso de responsabilidade

2. REALIZAÇÃO DE TAREFAS

- a) Habilidade na execução dos procedimentos
- b) Aplicação dos princípios científicos
- c) Organização no trabalho
- d) Iniciativa, interesse
- e) Criatividade
- f) Realização dos trabalhos solicitados

3. RELACIONAMENTO INTERPESSOAL

- a) Com o/a usuário/a
- b) Com a equipe de trabalho
- c) Com o(a) preceptor(a) d) Com os(as) colegas
- e) Com o(a) tutor(a) e docente

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE			
REGIMENTO INTERNO - RI			
Título: Regimento Comissão de Residência Multiprofissional			
Responsável: Equipe Multidisciplinar	Código: RI COREMU 001	Revisão: 00	Data: 01/07/2023

Art. 67. Os critérios e os resultados de cada avaliação serão de conhecimento do Profissional da Saúde Residente.

Art. 68. Ao término da Residência Multiprofissional em Saúde ou em Área Profissional de Saúde, a COREMU, mediante lista de aprovação do Programa, conferirá o certificado de conclusão emitido pela CNRMS.

CAPÍTULO VII

DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE RESIDÊNCIA

Seção I

Disposições Gerais

Art. 69. Para aprovação no Programa de Residência todos os residentes, obrigatoriamente, deverão elaborar um relato de experiência em formato de artigo científico, tendo como base a construção de seu portfólio individual alimentado durante todo o curso e dialogado e orientado pelo seu tutor de referência e orientador de TCR.


Art. 70. O Orientador do TCR deverá ser o docente, tutor ou preceptor do programa e deve ter, no mínimo, título de mestre.

Art. 71. Compete ao Orientador do TCR:

- I. Orientar os residentes na elaboração e execução de seu plano de estudos;
- II. Auxiliar o residente na reflexão teórica da sua prática a partir do seu Portfólio assim que se inicie a orientação;
- III. Assistir os residentes na elaboração e execução de seu TCR.

Art. 72. Quando necessário, a elaboração do TCR deverá contar com a participação de um coorientador com titulação mínima de especialista, podendo ser um preceptor do programa.

Parágrafo Único. O residente definirá o tema do TCR em conjunto com o orientador, diante do vivenciado, refletido e registrado em seu Portfólio individual.

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE			
REGIMENTO INTERNO - RI			
Título: Regimento Comissão de Residência Multiprofissional			
Responsável: Equipe Multidisciplinar	Código: RI COREMU 001	Revisão: 00	Data: 01/07/2023

Art. 73. A avaliação do TCR será realizada por uma banca examinadora, aprovada pelo NDAE do programa, constituída pelo orientador e mais 2 (dois) integrantes, todos com no mínimo título de especialista.

Art. 74. Poderão compor a banca examinadora integrantes de diferentes áreas profissionais, desde que relacionadas ao tema do TCR e quando da designação da banca examinadora. Deverá, também, ser indicado um membro suplente, encarregado de substituir qualquer dos titulares em caso de impedimento.

Seção II Da Defesa

Art. 75. Somente poderá entregar seu TCR para a defesa o residente que obtiver nota igual ou superior a 7,0(sete) nos módulos teóricos e práticos.


Art. 76. As sessões de defesa do artigo científico serão públicas, respeitada a capacidade do recinto e eventuais restrições no interesse da boa ordem dos trabalhos.

Art. 77. Cabe ao orientador a tarefa de coordenar a sessão de defesa, devendo tomar todas as medidas necessárias à ordem dos trabalhos.

Art. 78. O residente deverá entregar o artigo científico para os membros da comissão examinadora com antecedência de no mínimo quinze dias da data da defesa, no prazo limite de 30 de janeiro do ano de encerramento do programa.

Art. 79. A defesa do TCR precisa ocorrer até o dia 15 de fevereiro do ano de encerramento do programa.

Art. 80. Na defesa, o residente terá de 20 a 30 minutos para fazer sua exposição, enquanto cada componente da Comissão Examinadora terá até 15 minutos para fazer sua arguição, dispondo o residente de 10 minutos para responder a cada um dos examinadores.

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE			
REGIMENTO INTERNO - RI			
Título: Regimento Comissão de Residência Multiprofissional			
Responsável: Equipe Multidisciplinar	Código: RI COREMU 001	Revisão: 00	Data: 01/07/2023

Art. 81. O orientador, se assim entender, pode abster-se de proceder à arguição ao seu orientando, atribuindo a respectiva nota pelas respostas do acadêmico às arguições dos outros professores.

Art. 82. A atribuição das notas será realizada após o encerramento da etapa de arguição.

§1º As notas serão atribuídas individualmente, em escala de zero (0) a 10,0;

§2º A atribuição das notas será realizada em fichas, onde cada membro da comissão examinadora registrará sua nota;

§3º A nota final do residente será o resultado da média aritmética das notas atribuídas pelos membros da banca examinadora;

§4º A avaliação final, assinada pelos membros da comissão examinadora, deverá ser registrada em ata, ao final da defesa.


Art. 83. Solicitações de prorrogação de prazo para entrega do TCR deverão ser encaminhadas ao NDAE com justificativa do orientador para deliberação.

Art. 84. O residente que não entregar o TCR na data previamente agendada ou que não se apresentar para a defesa oral, será considerado em pendência e somente receberá seu Certificado de Conclusão ao cumpri-la. Se isto ocorrer sem motivo justificável, será considerado reprovado.

Art. 85. Competirá ao NDAE a análise e julgamento dos recursos referentes à avaliação final.

Art. 86. A versão final do TCR, após a inclusão das correções e sugestões da banca examinadora, deverá ser encaminhada ao Coordenador do Programa e da COREMU, em versões impressas e em pdf por meio digital (e-mail).

Art. 87. O prazo final para entrega da versão final do TCR é de até 15 dias após a defesa, sob pena de perda do direito ao certificado definitivo.

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE			
REGIMENTO INTERNO - RI			
Título: Regimento Comissão de Residência Multiprofissional			
Responsável: Equipe Multidisciplinar	Código: RI COREMU 001	Revisão: 00	Data: 01/07/2023

Art. 88. Para obtenção do certificado de conclusão da residência o residente deverá satisfazer as seguintes exigências em relação ao TCR:

- I. Obter conceito mínimo de 7,0 pontos na avaliação do TCR;
- II. Apresentar documento de submissão do artigo científico para revista indexada.
- III. Entrega da versão final do TCR após a inclusão das correções e sugestões da banca examinadora.

CAPÍTULO VIII

DAS SANÇÕES DISCIPLINARES

Art. 89. A COREMU é o órgão de deliberação máximo no julgamento e aplicação das sanções disciplinares aos residentes do programa.


Art. 90. De acordo com esse Regimento o residente está sujeito às penas de advertência, suspensão e desligamento.

Art. 91. Na aplicação dessas penas deverão ser consideradas a natureza e gravidade da infração e os antecedentes do residente. As sanções disciplinares deverão ser propostas pela coordenação do programa ao coordenador da COREMU e caberá a este levar para discussão na reunião da COREMU a proposta da sanção disciplinar.

Art. 92. A aprovação ou não é o tipo de sanção disciplinar serão decididos por maioria de votos dos membros da COREMU.

Art. 93. Sempre que houver infrações às normas desse Regimento, às normas gerais dos serviços e ao Código de Ética Profissional, os residentes estarão sujeitos às penas disciplinares de:

- I. Aplicar-se-á a penalidade de advertência por escrito ao residente que:
 - a) Faltar sem justificativa cabível nas atividades práticas;
 - b) Desrespeitar o Código de Ética Profissional;
 - c) Não cumprir tarefas designadas;

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE			
REGIMENTO INTERNO - RI			
Título: Regimento Comissão de Residência Multiprofissional			
Responsável: Equipe Multidisciplinar	Código: RI COREMU 001	Revisão: 00	Data: 01/07/2023

d) Realizar agressões verbais entre residentes ou outros;

e) Assumir atitudes e praticar atos que desconsiderem os gestores e trabalhadores da saúde, usuários e familiares ou desrespeitem preceitos de ética profissional e os regulamentos da Instituição;

Superiores f) Faltar aos princípios de cordialidade para com os funcionários, colegas ou

Instituição g) Usar de maneira inadequada instalações, materiais e outros pertences da

h) Ausentar-se das atividades sem ordem prévia dos superiores.

II. Aplicar-se-á a penalidade de suspensão ao residente por:

a) Reincidência do não cumprimento de tarefas designadas;

b) Reincidência por falta a atividades práticas sem justificativa cabível;

c) Desrespeito ao Código de Ética Profissional;

horas; d) Ausência não justificada das atividades do Programa por período superior a 24

e) Faltas frequentes que comprometam severamente o andamento do Programa de Residência ou prejudiquem o funcionamento do Serviço;

f) Agressões físicas entre residentes ou qualquer outro indivíduo.

III. Aplicar-se-á a penalidade de desligamento ao residente que:

a) Reincidir em falta com pena máxima de suspensão.

b) Não comparecer às atividades do Programa de Residência, sem justificativa, por 03 (três) dias consecutivos ou 15 (quinze) dias intercalados, no período de até seis meses.

c) Aspectos que evidenciem, após avaliação, que o residente seja incompatível com o perfil estabelecido pelo programa.

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE			 <small>ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE HOSPITAL MATERNIDADE TEREZINHA DE JESUS</small>
REGIMENTO INTERNO - RI			
Título: Regimento Comissão de Residência Multiprofissional			
Responsável: Equipe Multidisciplinar	Código: RI COREMU 001	Revisão: 00	Data: 01/07/2023

d) Fraudar ou prestar informações falsas na inscrição; neste caso, além do desligamento, o aluno sofrerá as sanções disciplinares previstas nos Códigos Cíveis e Penais brasileiros, devendo ressarcir à União os valores pagos como Bolsa.

IV. Serão consideradas condições agravantes das penalidades:

a) Reincidência;

b) Ação premeditada;

c) Alegação de desconhecimento das normas do Serviço;


d) Alegação de desconhecimento do Regimento da RMSC e da COREMU e das diretrizes e normas do Programa de RMSC, bem como do Código de Ética Profissional.

§1º Sob o disposto no Inciso II deste artigo, a suspensão será no mínimo de 3 (três) dias e no máximo de 29 (vinte e nove) dias. A suspensão implica no desconto em folha dos dias correspondentes à penalidade. Após a data do término do programa de residência o residente deverá compensar os dias de suspensão cumprindo a carga horária do referido programa sem ressarcimento na folha dos dias compensados.

§2º Sob o disposto no inciso II deste artigo, o cumprimento da suspensão terá início a partir do término do prazo para recurso ou data da ciência da decisão do mesmo, conforme o caso.

Art. 94. A pena de advertência será aplicada pelo Coordenador do Programa de Residência, devendo ser homologada pela COREMU e registrada na pasta do residente, após ciência do mesmo.

Art. 95. A pena de suspensão será decidida e aplicada pela COREMU, com a participação do Coordenador do Programa, bem como do residente envolvido, a quem é assegurado pleno direito de defesa, por escrito.

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE			
REGIMENTO INTERNO - RI			
Título: Regimento Comissão de Residência Multiprofissional			
Responsável: Equipe Multidisciplinar	Código: RI COREMU 001	Revisão: 00	Data: 01/07/2023

Art. 96. Será assegurado ao residente punido com suspensão o direito a recurso, com efeito suspensivo, ao Coordenador da COREMU, no prazo de três dias úteis, computados a partir da data em que for cientificado, devendo-se o mesmo ser julgado em até sete dias após o recebimento, impreterivelmente.

Art. 97. As transgressões disciplinares serão comunicadas à COREMU, à qual caberão as providências pertinentes.

Art. 98. Todas as ocorrências deverão ser comunicadas por escrito ao Coordenador do Programa, o qual as encaminhará à COREMU para avaliação e deliberação.

Art. 99. Nos casos de penalidade de suspensão ou desligamento caberá a análise pela subcomissão de apuração designada pela COREMU.

Art. 100. A subcomissão de apuração será composta pelo Coordenador do Programa, três Tutores e/ou Preceptores, garantindo-se dois deles externos ao Programa e o representante dos residentes (desde que não seja ele o envolvido) indicados em reunião designada para esta finalidade, assegurando ampla defesa e acompanhamento do processo pelo interessado.


Art. 101. O prazo para apuração dos fatos, sua divulgação e medidas pertinentes é de 15 (quinze) dias corridos, excepcionalmente prorrogáveis por mais 15 (quinze) dias, por decisão do Coordenador da COREMU. O residente poderá recorrer de decisão à COREMU até 5 (cinco) dias após a divulgação da mesma.

CAPÍTULO IX

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 102. Os casos omissos serão resolvidos pela NDAE em diálogo com a COREMU.

Art. 103. O presente Regimento somente poderá ser modificado mediante proposta dos membros do NDAE e aprovação da COREMU, em reunião, com número de votos igual a, pelo menos, dois terços do total de votos da Comissão.

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE			
REGIMENTO INTERNO - RI			
Título: Regimento Comissão de Residência Multiprofissional			
Responsável: Equipe Multidisciplinar	Código: RI COREMU 001	Revisão: 00	Data: 01/07/2023

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1.0		Elaboração do documento

Elaboração	Data:
Validação	Data:
Aprovação	Data:

Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Comissão de Residência Multiprofissional

Item	O que deverá ser feito?	Por que será feito?	Como será feito?	Por quem será feito?	Quando será feito?
1	Criar a Comissão de Residência Multiprofissional	Por obrigatoriedade (conforme legislação) de acordo com necessidade;	Através de eleição de membros da equipe multiprofissional.	Diretoria Técnica	Mês 1
2	Elaborar Regimento Interno da Comissão	Para oferecer suporte e orientação especializada aos residentes.	Será solicitado à Diretoria Técnica e representantes eleitos	A própria comissão	Mês 2
3	Reuniões ordinárias;	Alinhar as atividades em parceria com a Direção de acordo com as residências disponibilizadas e áreas assistenciais.	Divulgação e orientações aos residentes das normas do serviço de residência bem com a preceptoria.	Membros da comissão	Mês 3
3	Realizar escalas de divisão dos residentes com carga horária e setores.	Para que o residente tenha uma programação de suas atividades e controle de presença.	Escalas disparadas via e-mail e disponibilizadas nos setores e a preceptores.	Membros da comissão	Mês 3
4	Reuniões ordinárias;	Alinhar as atividades em parceria com a Direção de acordo com as residências disponibilizadas e áreas assistenciais.	Divulgação e orientações aos residentes das normas do serviço de residência bem com a preceptoria.	Membros da comissão	Mês 6
5	Realizar pesquisa de satisfação do residente	Avaliar os preceptores e campos de práticas	Atender as expectativas do aluno e adequar o campo da prática com segurança e recursos humanos e	A própria Comissão	Mês 4

Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Comissão de Residência Multiprofissional

		com aplicação de uma entrevista semiestruturada.	materiais adequados.		
6	Reuniões ordinárias;	Alinhar as atividades em parceria com a Direção de acordo com as residências disponibilizadas e áreas assistenciais.	Divulgação e orientações aos residentes das normas do serviço de residência bem com o preceptoria.	Membros da comissão	Mês 9
7	Promover capacitações recomendadas aos residentes por área de atuação;	Desenvolver o residente com atualização de conceitos e ou práticas baseadas em evidências nas áreas serviço social, psicologia, odontologia, enfermagem, nutrição.	Ofertando cursos de capacitação, lactu-sensu nas áreas de atuação bem como cursos específicos do serviço (Acolhimento/Gestão/UTI/Urgência e emergências, entre outros).	Membros da comissão	Mês 5
8	Reuniões ordinárias;	Apresentar relatórios das atividades desenvolvidas no ano e propostas de melhorias para futuros programas.	Divulgação de resultados e identificação de oportunidades de melhorias bem como: capacitação, cursos de pós-graduação entre outras necessidades apontadas pelos residentes.	Membros da comissão	Mês 12



10.1.2: FA. 2 – ÁREA DA QUALIDADE

**QUALIDADE OBJETIVA: AVALIA MEDIDAS DA PROPOSTA DE
TRABALHO PARA IMPLANTAÇÃO DE COMISSÕES**

COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES - CIPA

COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES - CIPA

REGIMENTO DA COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES - CIPA

DO OBJETIVO

5.1 A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA - tem como objetivo a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador.

DA CONSTITUIÇÃO

5.2 Devem constituir CIPA, por estabelecimento, e mantê-la em regular funcionamento as empresas privadas, públicas, sociedades de economia mista, órgãos da administração direta e indireta, instituições beneficentes, associações recreativas, cooperativas, bem como outras instituições que admitam trabalhadores como empregados.

5.3 As disposições contidas nesta NR aplicam-se, no que couber, aos trabalhadores avulsos e às entidades que lhes tomem serviços, observadas as disposições estabelecidas em Normas Regulamentadoras de setores econômicos específicos.

5.4 As empresas instaladas em centro comercial ou industrial estabelecerão, através de membros de CIPA ou designados, mecanismos de integração com objetivo de promover o desenvolvimento de ações de prevenção de acidentes e doenças decorrentes do ambiente e instalações de uso coletivo, podendo contar com a participação da administração do mesmo.

DA ORGANIZAÇÃO

5.6 A CIPA será composta de representantes do empregador e dos empregados, de acordo com o dimensionamento previsto no Quadro I desta NR, ressalvadas as alterações disciplinadas em atos normativos para setores econômicos específicos.

5.6.1 Os representantes dos empregadores, titulares e suplentes, serão por eles designados.

5.6.2 Os representantes dos empregados, titulares e suplentes, serão eleitos em escrutínio secreto, do qual participem, independentemente de filiação sindical, exclusivamente os empregados interessados.

5.6.3 O número de membros titulares e suplentes da CIPA, considerando a ordem decrescente de votos recebidos, observará o dimensionamento previsto no Quadro I desta NR, ressalvadas as alterações disciplinadas em atos normativos de setores econômicos específicos.

5.6.4 Quando o estabelecimento não se enquadrar no Quadro I, a empresa designará um responsável pelo cumprimento dos objetivos desta NR, podendo ser adotados mecanismos de participação dos empregados, através de negociação coletiva.

5.7 O mandato dos membros eleitos da CIPA terá a duração de um ano, permitida uma reeleição.

5.8 É vedada a dispensa arbitrária ou sem justa causa do empregado eleito para cargo de direção de Comissões Internas de Prevenção de Acidentes desde o registro de sua candidatura até um ano após o final de seu mandato.

5.9 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 artigo 469, da CLT.

5.10 O empregador deverá garantir que seus indicados tenham a representação necessária para a discussão e encaminhamento das soluções de questões de segurança e saúde no trabalho analisadas na CIPA.

5.11 O empregador designará entre seus representantes o Presidente da CIPA, e os representantes dos empregados escolherão entre os titulares o vice-presidente.

5.12 Os membros da CIPA, eleitos e designados serão, empossados no primeiro dia útil após o término do mandato anterior.

5.13 Será indicado, de comum acordo com os membros da CIPA, um secretário e seu substituto, entre os componentes ou não da comissão, sendo neste caso necessária a concordância do empregador.

5.14 A documentação referente ao processo eleitoral da CIPA, incluindo as atas de eleição e de posse e o calendário anual das reuniões ordinárias, deve ficar no estabelecimento à disposição da fiscalização do Ministério do Trabalho e Emprego. (Alterado pela Portaria SIT n.º 247, de 12 de julho de 2011)

5.14.1 A documentação indicada no item 5.14 deve ser encaminhada ao Sindicato dos Trabalhadores da categoria, quando solicitada. (Inserido pela Portaria SIT n.º 247, de 12 de julho de 2011)

5.14.2 O empregador deve fornecer cópias das atas de eleição e posse aos membros titulares e suplentes da CIPA, mediante recibo. (Inserido pela Portaria SIT n.º 247, de 12 de julho de 2011)

5.15 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. (Alterado pela Portaria SIT n.º 247, de 12 de julho de 2011)

DAS ATRIBUIÇÕES

5.16 A CIPA terá por atribuição:

- a) identificar os riscos do processo de trabalho, e elaborar o mapa de riscos, com a participação do maior número de trabalhadores, com assessoria do SESMT, onde houver;
- b) elaborar plano de trabalho que possibilite a ação preventiva na solução de problemas de segurança e saúde no trabalho;
- c) participar da implementação e do controle da qualidade das medidas de prevenção necessárias, bem como da avaliação das prioridades de ação nos locais de trabalho;
- d) realizar, periodicamente, verificações nos ambientes e condições de trabalho visando a identificação de situações que venham a trazer riscos para a segurança e saúde dos trabalhadores;
- e) realizar, a cada reunião, avaliação do cumprimento das metas fixadas em seu plano de trabalho e discutir as situações de risco que foram identificadas;
- f) divulgar aos trabalhadores informações relativas à segurança e saúde no trabalho;
- g) participar, com o SESMT, onde houver, das discussões promovidas pelo empregador, para avaliar os impactos de alterações no ambiente e processo de trabalho relacionados à segurança e saúde dos trabalhadores;
- h) requerer ao SESMT, quando houver, ou ao empregador, a paralisação de máquina ou setor onde considere haver risco grave e iminente à segurança e saúde dos trabalhadores;
- i) colaborar no desenvolvimento e implementação do PCMSO e PPRA e de outros programas relacionados à segurança e saúde no trabalho;
- j) divulgar e promover o cumprimento das Normas Regulamentadoras, bem como cláusulas de acordos e convenções coletivas de trabalho, relativas à segurança e saúde no trabalho;
- l) participar, em conjunto com o SESMT, onde houver, ou com o empregador, da análise das causas das doenças e acidentes de trabalho e propor medidas de solução dos problemas identificados;

- m) requisitar ao empregador e analisar as informações sobre questões que tenham interferido na segurança e saúde dos trabalhadores;
- n) requisitar à empresa as cópias das CAT emitidas;
- o) promover, anualmente, em conjunto com o SESMT, onde houver, a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho – SIPAT;
- p) participar, anualmente, em conjunto com a empresa, de Campanhas de Prevenção da AIDS.

5.17 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.

5.18 Cabe aos empregados:

- a) participar da eleição de seus representantes;
- b) colaborar com a gestão da CIPA;
- c) indicar à CIPA, ao SESMT e ao empregador situações de riscos e apresentar sugestões para melhoria das condições de trabalho;
- d) observar e aplicar no ambiente de trabalho as recomendações quanto à prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho.

5.19 Cabe ao Presidente da CIPA:

- a) convocar os membros para as reuniões da CIPA;
- b) coordenar as reuniões da CIPA, encaminhando ao empregador e ao SESMT, quando houver, as decisões da comissão;
- c) manter o empregador informado sobre os trabalhos da CIPA;
- d) coordenar e supervisionar as atividades de secretaria;
- e) delegar atribuições ao Vice-Presidente;

5.20 Cabe ao Vice-Presidente:

- a) executar atribuições que lhe forem delegadas;
- b) substituir o Presidente nos seus impedimentos eventuais ou nos seus afastamentos temporários;

5.21 O Presidente e o Vice-Presidente da CIPA, em conjunto, terão as seguintes atribuições:

- a) cuidar para que a CIPA disponha de condições necessárias para o desenvolvimento de seus trabalhos;
- b) coordenar e supervisionar as atividades da CIPA, zelando para que os objetivos propostos sejam alcançados;

- c) delegar atribuições aos membros da CIPA;
- d) promover o relacionamento da CIPA com o SESMT, quando houver;
- e) divulgar as decisões da CIPA a todos os trabalhadores do estabelecimento;
- f) encaminhar os pedidos de reconsideração das decisões da CIPA;
- g) constituir a comissão eleitoral.

5.22 O Secretário da CIPA terá por atribuição:

- a) acompanhar as reuniões da CIPA e redigir as atas apresentando-as para aprovação e assinatura dos membros presentes;
- b) preparar as correspondências; e
- c) outras que lhe forem conferidas.

DO FUNCIONAMENTO

5.23 A CIPA terá reuniões ordinárias mensais, de acordo com o calendário preestabelecido.

5.24 As reuniões ordinárias da CIPA serão realizadas durante o expediente normal da empresa e em local apropriado.

5.25 As reuniões da CIPA terão atas assinadas pelos presentes com encaminhamento de cópias para todos os membros.

5.26 As atas devem ficar no estabelecimento à disposição da fiscalização do Ministério do Trabalho e Emprego. (Alterado pela Portaria SIT n.º 247, de 12 de julho de 2011)

5.27 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.

5.28 As decisões da CIPA serão preferencialmente por consenso.

5.28.1 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.

5.29 Das decisões da CIPA caberá pedido de reconsideração, mediante requerimento justificado.

5.29.1 O pedido de reconsideração será apresentado à CIPA até a próxima reunião ordinária, quando será analisado, devendo o Presidente e o Vice-Presidente efetivar os encaminhamentos necessários.

5.30 O membro titular perderá o mandato, sendo substituído por suplente, quando faltar a mais de quatro reuniões ordinárias sem justificativa.

5.31 A vacância definitiva de cargo, ocorrida durante o mandato, será suprida por suplente, obedecida a ordem de colocação decrescente que consta na ata de eleição, devendo os motivos ser registrados em ata de reunião. (Alterado pela Portaria SIT n.º 247, de 12 de julho de 2011)

5.31.1 No caso de afastamento definitivo do presidente, o empregador indicará o substituto, em dois dias úteis, preferencialmente entre os membros da CIPA.

5.31.2 No caso de afastamento definitivo do vice-presidente, os membros titulares da representação dos empregados, escolherão o substituto, entre seus titulares, em dois dias úteis.

5.31.3 Caso não existam suplentes para ocupar o cargo vago, o empregador deve realizar eleição extraordinária, cumprindo todas as exigências estabelecidas para o processo eleitoral, exceto quanto aos prazos, que devem ser reduzidos pela metade. (Inserido pela Portaria SIT n.º 247, de 12 de julho de 2011)

5.31.3.1 O mandato do membro eleito em processo eleitoral extraordinário deve ser compatibilizado com o mandato dos demais membros da Comissão. (Inserido pela Portaria SIT n.º 247, de 12 de julho de 2011)

5.31.3.2 O treinamento de membro eleito em processo extraordinário deve ser realizado no prazo máximo de trinta dias, contados a partir da data da posse. (Inserido pela Portaria SIT n.º 247, de 12 de julho de 2011)

DO TREINAMENTO

5.32 A empresa deverá promover treinamento para os membros da CIPA, titulares e suplentes, antes da posse.

5.32.1 O treinamento de CIPA em primeiro mandato será realizado no prazo máximo de trinta dias, contados a partir da data da posse.

5.32.2 As empresas que não se enquadrem no Quadro I, promoverão anualmente treinamento para o designado responsável pelo cumprimento do objetivo desta NR.

5.33 O treinamento para a CIPA deverá contemplar, no mínimo, os seguintes itens:

- a) estudo do ambiente, das condições de trabalho, bem como dos riscos originados do processo produtivo;
- b) metodologia de investigação e análise de acidentes e doenças do trabalho;
- c) noções sobre acidentes e doenças do trabalho decorrentes de exposição aos riscos existentes na empresa;

- d) noções sobre a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – AIDS, e medidas de prevenção;
- e) noções sobre as legislações trabalhista e previdenciária relativas à segurança e saúde no trabalho;
- f) princípios gerais de higiene do trabalho e de medidas de controle dos riscos;
- g) organização da CIPA e outros assuntos necessários ao exercício das atribuições da Comissão.

5.34 O treinamento terá carga horária de vinte horas, distribuídas em no máximo oito horas diárias e será realizado durante o expediente normal da empresa.

5.35 O treinamento poderá ser ministrado pelo SESMT da empresa, entidade patronal, entidade de trabalhadores ou por profissional que possua conhecimentos sobre os temas ministrados.

5.36 A CIPA será ouvida sobre o treinamento a ser realizado, inclusive quanto à entidade ou profissional que o ministrará, constando sua manifestação em ata, cabendo à empresa escolher a entidade ou profissional que ministrará o treinamento.

5.37 Quando comprovada a não observância ao disposto nos itens relacionados ao treinamento, a unidade descentralizada do Ministério do Trabalho e Emprego, determinará a complementação ou a realização de outro, que será efetuado no prazo máximo de trinta dias, contados da data de ciência da empresa sobre a decisão.

DO PROCESSO ELEITORAL

5.38 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.

5.38.1 A empresa estabelecerá mecanismos para comunicar o início do processo eleitoral ao sindicato da categoria profissional.

5.39 O Presidente e o Vice Presidente da CIPA constituirão dentre seus membros, no prazo mínimo de 55 (cinquenta e cinco) dias antes do término do mandato em curso, a Comissão Eleitoral – CE, que será a responsável pela organização e acompanhamento do processo eleitoral. 5.39.1 Nos estabelecimentos onde não houver CIPA, a Comissão Eleitoral será constituída pela empresa.

5.40 O processo eleitoral observará as seguintes condições:

- a) publicação e divulgação de edital, em locais de fácil acesso e visualização, no prazo mínimo de 45 (quarenta e cinco) dias antes do término do mandato em curso;

- b) inscrição e eleição individual, sendo que o período mínimo para inscrição será de quinze dias;
- c) liberdade de inscrição para todos os empregados do estabelecimento, independentemente de setores ou locais de trabalho, com fornecimento de comprovante;
- d) garantia de emprego para todos os inscritos até a eleição;
- e) realização da eleição no prazo mínimo de 30 (trinta) dias antes do término do mandato da CIPA, quando houver;
- f) realização de eleição em dia normal de trabalho, respeitando os horários de turnos e em horário que possibilite a participação da maioria dos empregados.
- g) voto secreto;
- h) apuração dos votos, em horário normal de trabalho, com acompanhamento de representante do empregador e dos empregados, em número a ser definido pela comissão eleitoral;
- i) faculdade de eleição por meios eletrônicos;
- j) guarda, pelo empregador, de todos os documentos relativos à eleição, por um período mínimo de cinco anos.

5.41 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.

5.42 As denúncias sobre o processo eleitoral deverão ser protocolizadas na unidade descentralizada do MTE, até trinta dias após a data da posse dos novos membros da CIPA.

5.42.1 Compete a unidade descentralizada do Ministério do Trabalho e Emprego, confirmadas irregularidades no processo eleitoral, determinar a sua correção ou proceder a anulação quando for o caso.

5.42.2 Em caso de anulação a empresa convocará nova eleição no prazo de cinco dias, a contar da data de ciência, garantidas as inscrições anteriores.

5.42.3 Quando a anulação se der antes da posse dos membros da CIPA, ficará assegurada a prorrogação do mandato anterior, quando houver, até a complementação do processo eleitoral.

5.43 Assumirão a condição de membros titulares e suplentes, os candidatos mais votados.

5.44 Em caso de empate, assumirá aquele que tiver maior tempo de serviço no estabelecimento.

5.45 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.

DAS CONTRATANTES E CONTRATADAS

5.46 Quando se tratar de empreiteiras ou empresas prestadoras de serviços, considera-se estabelecimento, para fins de aplicação desta NR, o local em que seus empregados estiverem exercendo suas atividades.

5.47 Sempre que duas ou mais empresas atuarem em um mesmo estabelecimento, a CIPA ou designado da empresa contratante deverá, em conjunto com as das contratadas ou com os designados, definir mecanismos de integração e de participação de todos os trabalhadores em relação às decisões das CIPA existentes no estabelecimento.

5.48 A contratante e as contratadas, que atuem num mesmo estabelecimento, deverão implementar, de forma integrada, medidas de prevenção de acidentes e doenças do trabalho, decorrentes da presente NR, de forma a garantir o mesmo nível de proteção em matéria de segurança e saúde a todos os trabalhadores do estabelecimento

5.49 A empresa contratante adotará medidas necessárias para que as empresas contratadas, suas CIPA, os designados e os demais trabalhadores lotados naquele estabelecimento recebam as informações sobre os riscos presentes nos ambientes de trabalho, bem como sobre as medidas de proteção adequadas.

5.50 A empresa contratante adotará as providências necessárias para acompanhar o cumprimento pelas empresas contratadas que atuam no seu estabelecimento, das medidas de segurança e saúde no trabalho.

DISPOSIÇÕES FINAIS

QUADRO I

Dimensionamento de CIPA

*GRUPOS	Nº de Empregados no Estabelecimento Nº de Membros da CIPA	0 a 19	20 a 29	30 a 50	51 a 80	81 a 100	101 a 120	121 a 140	141 a 300	301 a 500	501 a 1000	1001 a 2500	2501 a 5000	5001 a 10.000	Acima de 10.000 para cada grupo de 2.500 acrescentar
C-1	Efetivos		1	1	3	3	4	4	4	4	6	9	12	15	2
	Suplentes		1	1	3	3	3	3	3	3	4	7	9	12	2
C-1a	Efetivos		1	1	3	3	4	4	4	4	6	9	12	15	2
	Suplentes		1	1	3	3	3	3	3	4	5	8	9	12	2
C-2	Efetivos		1	1	2	2	3	4	4	5	6	7	10	11	2
	Suplentes		1	1	2	2	3	3	4	4	5	6	7	9	1
C-3	Efetivos		1	1	2	2	3	3	4	5	6	7	10	10	2
	Suplentes		1	1	2	2	3	3	4	4	5	6	8	8	2
C-3a	Efetivos				1	1	2	2	2	3	3	4	5	6	1
	Suplentes				1	1	2	2	2	3	3	3	4	5	1
C-4	Efetivos			1	1	1	1	1	2	2	2	3	5	6	1
	Suplentes			1	1	1	1	1	2	2	2	3	4	4	1
C-5	Efetivos		1	1	2	3	3	4	4	4	6	9	9	11	2
	Suplentes		1	1	2	3	3	3	4	4	5	7	7	9	2
C-5a	Efetivos				1	1	2	2	2	3	3	4	6	7	1
	Suplentes				1	1	2	2	2	3	3	3	4	5	1
C-6	Efetivos		1	1	2	3	3	4	5	5	6	8	10	12	2
	Suplentes		1	1	2	3	3	3	4	4	4	6	8	10	2
*GRUPOS	Nº de Empregados no Estabelecimento Nº de Membros da CIPA	0 a 19	20 a 29	30 a 50	51 a 80	81 a 100	101 a 120	121 a 140	141 a 300	301 a 500	501 a 1000	1001 a 2500	2501 a 5000	5001 a 10.000	Acima de 10.000 para cada grupo de 2.500 acrescentar
C-7	Efetivos				1	1	2	2	2	2	3	4	5	6	1
	Suplentes				1	1	2	2	2	2	3	3	4	4	1
C-7a	Efetivos		1	1	2	2	3	3	4	5	6	8	9	10	2
	Suplentes		1	1	2	2	3	3	3	4	5	7	8	8	2
C-8	Efetivos		1	1	2	2	3	3	4	5	6	7	8	10	1
	Suplentes		1	1	2	2	3	3	3	4	4	5	6	8	1
C-9	Efetivos				1	1	1	2	2	2	3	5	6	7	1
	Suplentes				1	1	1	2	2	2	3	4	4	5	1
C-10	Efetivos		1	1	2	2	3	3	4	4	5	8	9	10	2
	Suplentes		1	1	2	2	3	3	3	4	4	6	7	8	2
C-11	Efetivos		1	1	2	3	3	4	4	5	6	9	10	12	2
	Suplentes		1	1	2	3	3	3	3	4	4	7	8	10	2
C-12	Efetivos		1	1	2	3	3	4	4	5	7	8	9	10	2
	Suplentes		1	1	2	3	3	3	3	4	6	6	7	8	2
C-13	Efetivos		1	1	3	3	3	3	4	5	6	9	11	13	2
	Suplentes		1	1	3	3	3	3	3	4	5	7	8	10	2
C-14	Efetivos		1	1	2	2	3	4	4	5	6	9	11	11	2
	Suplentes		1	1	2	2	3	3	4	4	5	7	9	9	2
C-14a	Efetivos				1	1	2	2	2	3	3	4	5	6	1
	Suplentes				1	1	2	2	2	3	3	3	4	4	1
C-15	Efetivos		1	1	3	3	4	4	4	5	6	8	10	12	2
	Suplentes		1	1	3	3	3	3	3	4	4	6	8	10	2
C-16	Efetivos		1	1	2	3	3	3	4	5	6	8	10	12	2
	Suplentes		1	1	2	3	3	3	3	4	4	6	7	9	2
C-17	Efetivos		1	1	2	2	4	4	4	4	6	8	10	12	2
	Suplentes		1	1	2	2	3	3	3	4	5	7	8	10	2
C-18	Efetivos				2	2	4	4	4	4	6	8	10	12	2

Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes

Item	O que deverá ser feito?	Por que será feito?	Como será feito?	Por quem será feito?	Quando será feito?
1	Criar a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes	Por obrigatoriedade (conforme legislação) de acordo com necessidade;	Através de eleição de membros atuantes no serviço.	SESMT	Mês 1
2	Reuniões ordinárias;	Apresentar os casos de acidentes ocorridos, análises de casos, e propostas de melhorias.	Divulgação o perfil de acidentes ocorridos e mapear possibilidade de melhorias no serviço com padronização de materiais e revisão de processos.	Membros da comissão	Mês 1
3	Elaborar Regimento Interno da Comissão	Para oferecer suporte e orientação das atividades.	Será solicitado ao SESMT e representantes eleitos.	A própria comissão	Mês 2
4	Reuniões ordinárias;	Apresentar os casos de acidentes ocorridos, análises de casos, e propostas de melhorias.	Divulgação o perfil de acidentes ocorridos e mapear possibilidade de melhorias no serviço com padronização de materiais e revisão de processos.	Membros da comissão	Mês 2
5	Visitas nos setores;	Acompanhar as práticas in locu com foco na segurança do colaborador e alinhar as boas práticas de segurança para evitar acidentes.	Monitorando a prática e orientações aos profissionais das normas do serviço frente as ações de prevenção de acidentes.	Membros da comissão	Mês 3
6	Reuniões ordinárias;	Apresentar os casos de acidentes ocorridos, análises de casos, e	Divulgação o perfil de acidentes ocorridos e mapear possibilidade de melhorias no serviço com padronização de materiais e	Membros da comissão	Mês 3

Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes


		propostas de melhorias.	revisão de processos.		
7	Disponibilização de EPIs	Para que os profissionais tenham equipamentos de proteção individual e executar a assistência com segurança.	Controlar a dispensação de EPIs em planilhas próprias e acompanhar vencimentos.	Membros da comissão	Mês 4
8	Reuniões ordinárias;	Apresentar os casos de acidentes ocorridos, análises de casos, e propostas de melhorias.	Divulgação o perfil de acidentes ocorridos e mapear possibilidade de melhorias no serviço com padronização de materiais e revisão de processos.	Membros da comissão	Mês 4
9	Reuniões ordinárias;	Apresentar os casos de acidentes ocorridos, análises de casos, e propostas de melhorias.	Divulgação o perfil de acidentes ocorridos e mapear possibilidade de melhorias no serviço com padronização de materiais e revisão de processos.	Membros da comissão	Mês 5 Mês 6 Mês 7 Mês 8 Mês 9 Mês 10 Mês 11
10	Reuniões ordinárias;	Apresentar relatórios das atividades desenvolvidas no ano e propostas de melhorias próximo ciclo.	Divulgação de resultados e identificação de oportunidades de melhorias bem como: capacitação, padronização de insumos e mudanças de fluxos e processos vivenciados com a prática do Serviço	Membros da comissão	Mês 12



10.1.2: FA. 2 – ÁREA DA QUALIDADE

QUALIDADE OBJETIVA: AVALIA MEDIDAS DA PROPOSTA DE TRABALHO PARA IMPLANTAÇÃO DE COMISSÕES

**Serviço Especializado em Engenharia e Segurança em Medicina do trabalho
(SESMT)**

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE			 HMTJ <small>ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS</small>
REGIMENTO INTERNO - RI			
Título: Regimento Interno do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho - SESMT			
Responsável: Equipe Multidisciplinar	Código: RI SESMT 001	Revisão: 00	Data: 13/07/2023

Introdução

Este Regimento Interno (RI) foi elaborado em conformidade com a norma regulamentadora 04 (NR 04) portaria de número 3214, de 8 de junho de 1978, que regulamentou a Lei N 6514 de dezembro de 1977, políticas institucionais e procedimentos realizados por todos os membros que compõem o Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho - SESMT

OBJETIVOS

O regulamento do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do trabalho tem como objetivo promover a saúde e proteger a integridade do trabalhador no local de trabalho para que isto seja possível é desenvolvido documentos e atividades descritas no documento abaixo:


A norma regulamentadora 04 (NR 04) da portaria de nº 3214, de 8 de junho de 1978, que regulamentou a Lei nº 6514 de dezembro de 1977 , instituiu o SESMT - Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho. O SESMT, agindo de forma preventiva, educativa e por vezes atuando na melhoria dos processos, o que proporciona aos trabalhadores um ambiente de trabalho mais seguro e saudável.

Aplicação

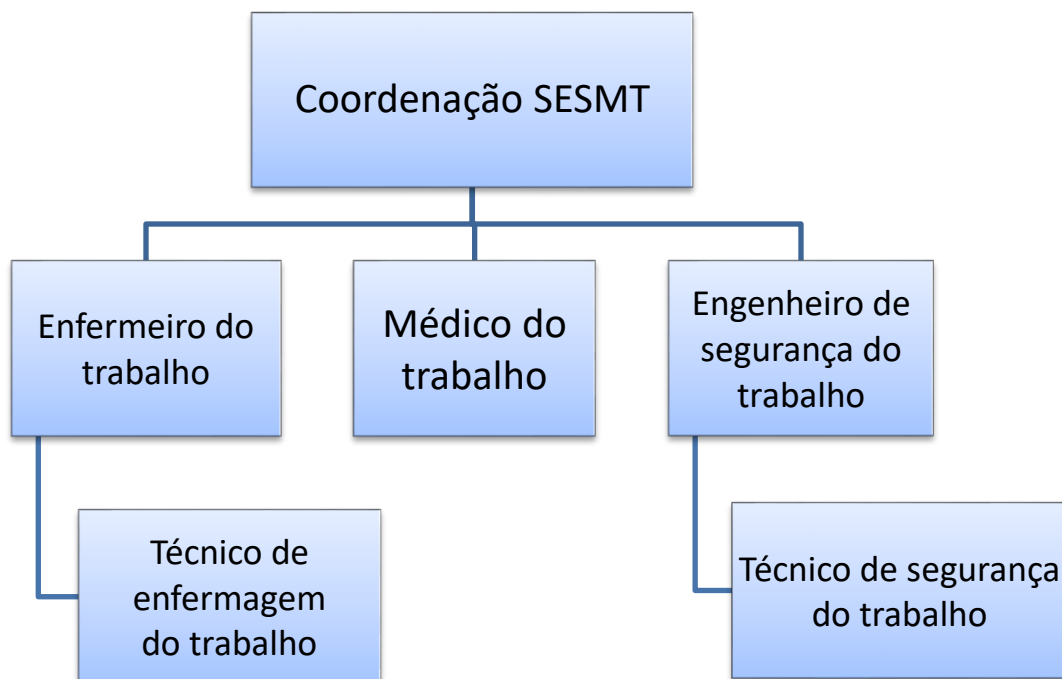
Enfermeiro do trabalho, Engenheiro de segurança do trabalho, Médico do trabalho, Técnico de enfermagem do trabalho e Técnico de segurança do trabalho.

Responsabilidades

É de responsabilidade dos profissionais que compõem o Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho, do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus, observar o conteúdo deste regulamento interno.


ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE			
REGIMENTO INTERNO - RI			
Título: Regimento Interno do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho - SESMT			
Responsável: Equipe Multidisciplinar	Código: RI SESMT 001	Revisão: 00	Data: 13/07/2023

Estrutura Organizacional



Formação especializada dos profissionais do SESMT:


- 1) Enfermeiro do trabalho - enfermeiro portador de certificado de conclusão de curso de especialização em Enfermagem do Trabalho, em nível de pós-graduação, ministrado por universidade ou faculdade que mantenha curso de graduação em enfermagem;
- 2) Engenheiro de segurança do trabalho - engenheiro ou arquiteto portador de certificado de conclusão de curso de especialização em Engenharia de Segurança do Trabalho, em nível de pósgraduação;
- 3) médico do trabalho - médico portador de certificado de conclusão de curso de especialização em Medicina do Trabalho, em nível de pós-graduação, ou portador de certificado de residência médica em área de concentração em saúde do trabalhador ou denominação equivalente, reconhecida pela Comissão Nacional de Residência Médica, do Ministério da Educação, ambos ministrados por universidade ou faculdade que mantenha curso de graduação em Medicina;

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE			 HMTJ <small>ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE HOSPITAL MATERNIDADE TEREZINHA DE JESUS</small>
REGIMENTO INTERNO - RI			
Título: Regimento Interno do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho - SESMT			
Responsável: Equipe Multidisciplinar	Código: RI SESMT 001	Revisão: 00	Data: 13/07/2023

- 4) Técnico de enfermagem - portador de certificado de conclusão de curso de qualificação de técnico de enfermagem do trabalho, ministrado por instituição especializada reconhecida e autorizada pelo Ministério da Educação;
- 5) Técnico de segurança do trabalho - técnico portador de comprovação de registro profissional expedido pelo Ministério do Trabalho.

• **Competências dos profissionais especializados do SESMT, conforme NR 04**

- 1) elaborar ou participar da elaboração do inventário de riscos do Programa de Gerenciamento de Riscos - PGR;
- 2) acompanhar a implementação do plano de ação do Programa de Gerenciamento de Riscos - PGR;
- 3) implementar medidas de prevenção de acordo com a classificação de risco do PGR e na ordem de prioridade estabelecida na Norma Regulamentadora nº 01 (NR-01) - Disposições Gerais e Gerenciamento de Riscos Ocupacionais;
- 4) elaborar plano de trabalho e monitorar metas, indicadores e resultados de segurança e saúde no trabalho;
- 5) responsabilizar-se tecnicamente pela orientação quanto ao cumprimento do disposto nas NR aplicáveis às atividades executadas pela organização;
- 6) manter permanente interação com a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA;
- 7) promover a realização de atividades de orientação, informação e conscientização dos trabalhadores para a prevenção de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho;
- 8) propor, imediatamente, a interrupção das atividades e a adoção de medidas corretivas e/ou de controle quando constatar condições ou situações de trabalho que estejam associadas a grave e iminente risco para a segurança ou a saúde dos trabalhadores;
- 9) conduzir ou acompanhar as investigações dos acidentes e das doenças relacionadas ao trabalho, em conformidade com o previsto no PGR;
- 10) acompanhar e participar nas ações do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional - PCMSO, nos termos da Norma Regulamentadora nº 07 (NR-07).

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE			 HMTJ <small>ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE HOSPITAL MATERNIDADE TEREZINHA DE JESUS</small>
REGIMENTO INTERNO - RI			
Título: Regimento Interno do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho - SESMT			
Responsável: Equipe Multidisciplinar	Código: RI SESMT 001	Revisão: 00	Data: 13/07/2023

• **Atribuições Profissionais:**

Enfermeiro do trabalho:


- 1) Desenvolver projetos e estratégias para prevenção de doenças relacionadas ao trabalho, sejam elas em decorrência da atividade realizada (doença ocupacional) ou das condições/ ambiente em que trabalham (doença do trabalho);
- 2) Conduzir pesquisas, fazer análises para prevenir doenças do trabalho, aplicar estratégias de controle e sugerir mudanças associadas a possíveis riscos ocupacionais;
- 3) Prestar atendimento de urgência no ambiente de trabalho em caso de acidentes ou mal súbito dos funcionários;
- 4) Zelar pelo programa de vacinação da instituição
- 5) Conduzir testes, como o de acuidade visual e auditiva, geralmente acompanhando o médico especialista;
- 6) Detectar e monitorar situações de perigo ao trabalhador;
- 7) Padronizar normas e procedimentos de enfermagem, além de elaborar relatórios técnicos pertinentes a sua especialidade;
- 8) Instruir os funcionários sobre os riscos relacionados às suas atividades, bem como a utilização de equipamentos de proteção individual e coletiva (EPIs e EPCs);
- 9) Colaborar com o planejamento e execução de projetos investigativos sobre a saúde dos funcionários;
- 10) Desenvolver palestras e materiais educativos relacionados a saúde do trabalhador
- 11) Desenvolver campanhas de prevenção de doenças e campanhas para qualidade de vida no trabalho

Engenheiro de Segurança do Trabalho:

- 1) Orientar tecnicamente os serviços de Engenharia de Segurança do Trabalho;
- 2) Estudar as condições de segurança dos locais de trabalho e das instalações e equipamentos, com vistas especialmente aos problemas de controle de risco, controle de poluição, higiene do trabalho, ergonomia e proteção contra incêndio.
- 3) Planejar e desenvolver a implantação de técnicas relativas a gerenciamento e controle de riscos;

Título: Regimento Interno do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho - SESMT**Responsável:** Equipe Multidisciplinar**Código:** RI SESMT 001**Revisão:** 00**Data:** 13/07/2023


- 4) Vistoriar, avaliar, realizar perícias, arbitrar, emitir parecer, laudos técnicos e indicar medidas de controle sobre grau de exposição a agentes agressivos de riscos físicos, químicos e biológicos, tais como poluentes atmosféricos, ruídos, calor, radiação em geral e pressões anormais, caracterizando as atividades, operações e locais insalubres e perigosos;
- 5) Analisar riscos, acidentes e falhas, investigando causas, propondo medidas preventivas e corretivas e orientando trabalhos estatísticos, inclusive com respeito a custo;
- 6) Propor políticas, programas, normas e regulamentos de Segurança do Trabalho, zelando pela sua observância;
- 7) Elaborar projetos de sistemas de segurança e assessorar a elaboração de projetos de obras, instalação e equipamentos, opinando do ponto de vista da Engenharia de Segurança;
- 8) Estudar instalações, máquinas e equipamentos, identificando seus pontos de risco e projetando dispositivos de segurança;
- 9) Projetar sistemas de proteção contra incêndios, coordenar atividades de combate a incêndio e de salvamento e elaborar planos para emergência e catástrofes;
- 10) Inspeccionar locais de trabalho no que se relaciona com a segurança do Trabalho, delimitando áreas de periculosidade;
- 11) Especificar, controlar e fiscalizar sistemas de proteção coletiva e equipamentos de segurança, inclusive os de proteção individual e os de proteção contra incêndio, assegurando-se de sua qualidade e eficiência;
- 12) Opinar e participar da especificação para aquisição de substâncias e equipamentos cuja manipulação, armazenamento, transporte ou funcionamento possam apresentar riscos, acompanhando o controle do recebimento e da expedição;

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE			 HMTJ <small>ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE HOSPITAL MATERNIDADE TEREZINHA DE JESUS</small>
REGIMENTO INTERNO - RI			
Título: Regimento Interno do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho - SESMT			
Responsável: Equipe Multidisciplinar	Código: RI SESMT 001	Revisão: 00	Data: 13/07/2023

- 13) Elaborar planos destinados a criar e desenvolver a prevenção de acidentes, promovendo a instalação de comissões e assessorando-lhes o funcionamento;
- 14) Orientar o treinamento específico de Segurança do Trabalho e assessorar a elaboração de programas de treinamento geral, no que diz respeito à Segurança do Trabalho;
- 15) Acompanhar a execução de obras e serviços decorrentes da adoção de medidas de segurança, quando a complexidade dos trabalhos a executar assim o exigir;
- 16) Colaborar na fixação de requisitos de aptidão para o exercício de funções, apontando os riscos decorrentes desses exercícios;
- 17) Propor medidas preventivas no campo da Segurança do Trabalho, em face do conhecimento da natureza e gravidade das lesões provenientes do acidente de trabalho, incluídas as doenças do trabalho;
- 18) Informar aos trabalhadores e à comunidade, diretamente ou por meio de seus representantes, as condições que possam trazer danos a sua integridade e as medidas que eliminam ou atenuam estes riscos e que deverão ser tomadas.

Médico do trabalho:

- 1) Estabelecer a orientação doutrinária e a modalidade de gestão das atividades médicas na empresa;
- 2) Supervisionar a administração e a execução das atividades de medicina do trabalho;
- 3) Elaborar normas e critérios para prestação de assistência médica.
- 4) Estabelecer critérios sobre a prestação de serviços técnico-científicos ou especializados, por pessoas físicas ou jurídicas.
- 5) Propor novas modalidades de trabalho e ações técnicas, decorrentes de atualização das determinações legais ou de avanços científicos.
- 6) Desenvolver e divulgar programas de educação para a saúde.
- 7) Mostrar à administração da empresa a necessidade dos órgãos médicos disporem de condições técnicas e materiais, para seu funcionamento.
- 8) Exercer outras atividades similares com o mesmo grau de complexidade.
- 9) (É médico do trabalho e pode concomitantemente exercer a atividade de supervisor médico):
- 10) Implantar ações médico-clínicas, preventivas, técnicas e de caráter administrativo na empresa.

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE			 HMTJ <small>ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE HOSPITAL MATERNIDADE TEREZINHA DE JESUS</small>
REGIMENTO INTERNO - RI			
Título: Regimento Interno do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho - SESMT			
Responsável: Equipe Multidisciplinar	Código: RI SESMT 001	Revisão: 00	Data: 13/07/2023


- 11) Implantar e supervisionar as atividades de medicina do trabalho estabelecidas na legislação e na programação da empresa.
- 12) Fazer cumprir a Lei e o Código de Ética.

Técnico de enfermagem do trabalho:

- 1) Efetuar procedimentos de admissão:
- 2) Apresentar-se situando paciente no ambiente; arrolar pertences de paciente; controlar sinais vitais; mensurar paciente (peso, altura); higienizar paciente; fornecer roupa; conter paciente no leito; monitorar evolução de paciente.
- 3) Prestar assistência ao paciente:
- 4) Puncionar acesso venoso; trocar curativos; mudar decúbito no leito; aplicar bolsa de gelo e calor úmido e seco; estimular paciente (movimentos ativos e passivos); proceder à inaloterapia; oferecer comadre e papagaio; introduzir cateter naso-gástrico e vesical; remover o paciente.
- 5) Administrar medicação prescrita:
- 6) Verificar medicamentos recebidos; identificar medicação a ser administrada (leito, nome e registro do paciente); preparar medicação prescrita; verificar via de administração; preparar paciente para medicação (jejum, desjejum); executar anti-sepsia; acompanhar paciente na in-gestão de medicamento; acompanhar tempo de administração de soro e medicação; administrar em separado medicamentos incompatíveis.
- 7) Auxiliar em reanimação de paciente; efetuar tricotomia; coletar material para exames; efetuar testes e exames (cutâneo, ergométrico, eletrocardiograma); controlar administração de vacinas.
- 8) Organizar ambiente de trabalho:
- 9) Providenciar material de consumo; inspecionar carrinho de parada cárdio-respiratória (PCR); organizar medicamentos e materiais de uso de paciente e de posto de enfermagem; fiscalizar validade de materiais e medicamentos; encaminhar material para exames; arrumar camas; arrumar rouparia.
- 10) Trabalhar com biossegurança e segurança:
- 11) Utilizar recursos de informática.
- 12) Participar em campanhas de saúde pública.
- 13) Executar outras tarefas de mesma natureza e nível de complexidade associadas ao ambiente organizacional.

Título: Regimento Interno do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho - SESMT**Responsável:** Equipe Multidisciplinar**Código:** RI SESMT 001**Revisão:** 00**Data:** 13/07/2023**Técnico de segurança do trabalho:**

- 1) Informar os trabalhadores sobre os riscos da sua atividade, bem como as medidas de eliminação e neutralização;
- 2) Analisar os métodos e os processos de trabalho e identificar os fatores de risco de acidentes do trabalho, doenças profissionais e do trabalho e a presença de agentes ambientais agressivos ao trabalhador, propondo sua eliminação ou seu controle;
- 3) Executar os procedimentos de segurança e higiene do trabalho e avaliar os resultados alcançados, adequando-os estratégias utilizadas de maneira a integrar o processo Preventivista em uma planificação, beneficiando o trabalhador;
- 4) Executar programas de prevenção de acidentes do trabalho, doenças profissionais e do trabalho nos ambientes de trabalho, com a participação dos trabalhadores, acompanhando e avaliando seus resultados, bem como sugerindo constante atualização dos mesmos estabelecendo procedimentos a serem seguidos;
- 5) Promover debates, encontros, campanhas, seminários, palestras, reuniões, treinamentos e utilizar outros recursos de ordem didática e pedagógica com o objetivo de divulgar as normas de segurança e higiene do trabalho, assuntos técnicos, visando evitar acidentes do trabalho, doenças profissionais e do trabalho;
- 6) Executar as normas de segurança referentes a projetos de construção, aplicação, reforma, arranjos físicos e de fluxos, com vistas à observância das medidas de segurança e higiene do trabalho, inclusive por terceiros;
- 7) Encaminhar aos setores e áreas competentes normas, regulamentos, documentação, dados estatísticos, resultados de análises e avaliações, materiais de apoio técnico, educacional e outros de divulgação para conhecimento e auto-desenvolvimento do trabalhador;
- 8) Indicar, solicitar e inspecionar equipamentos de proteção contra incêndio, recursos audiovisuais e didáticos e outros materiais considerados indispensáveis, de acordo com a legislação vigente, dentro das qualidades e especificações técnicas recomendadas, avaliando seu desempenho;
- 9) Cooperar com as atividades do meio ambiente, orientando quanto ao tratamento e destinação dos resíduos industriais, incentivando e conscientizando o trabalhador da sua importância para a vida;

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE			 HMTJ <small>ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE HOSPITAL MATERNIDADE TEREZINHA DE JESUS</small>
REGIMENTO INTERNO - RI			
Título: Regimento Interno do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho - SESMT			
Responsável: Equipe Multidisciplinar	Código: RI SESMT 001	Revisão: 00	Data: 13/07/2023

- 10) Executar as atividades ligadas à segurança e higiene do trabalho utilizando métodos e técnicas científicas, observando dispositivos legais e institucionais que objetivem a eliminação, controle ou redução permanente dos riscos de acidentes do trabalho e a melhoria das condições do ambiente, para preservar a integridade física e mental dos trabalhadores;
- 11) Levantar e estudar os dados estatísticos de acidentes do trabalho, doenças profissionais e do trabalho, calcular a frequência e a gravidade destes para ajustes das ações preventivas, normas regulamentos e outros dispositivos de ordem técnica, que permitam a proteção coletiva e individual;
- 12) Articular-se e colaborar com os setores responsáveis pelos recursos humanos, fornecendo-lhes resultados de levantamento técnico de riscos das áreas e atividades para subsidiar a adoção de medidas de prevenção a nível de pessoal;
- 13) Informar os trabalhadores e o empregador sobre as atividades insalubre, perigosas e penosas existentes na empresa, seus riscos específicos, bem como as medidas e alternativas de eliminação ou neutralização dos mesmos;
- 14) Avaliar as condições ambientais de trabalho e emitir parecer técnico que subsidie o planejamento e a organização do trabalho de forma segura para o trabalhador;

DIMENSIONAMENTO SESMT

Este deverá seguir o anexo II da Norma Regulamentadora 4, que leva em consideração o grau de risco da instituição e o número de colaboradores.

*Norma em anexo

DISPOSIÇÕES FINAIS

Os indicadores referentes à atuação do serviço ficam dispostos através do SIGQUALI, em referência a ação e Diretriz Estratégica Institucional. Através no Procedimento Operacional Padrão (POP) e Procedimento Sistêmico de cada setor (PRS) bem como fluxogramas dos serviços ficam à disposição de todos os colaboradores por meio do sistema SIGQUALI.

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE			
REGIMENTO INTERNO - RI			
Título: Regimento Interno do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho - SESMT			
Responsável: Equipe Multidisciplinar	Código: RI SESMT 001	Revisão: 00	Data: 13/07/2023

Este regulamento deverá ser respeitada em todas as circunstâncias, levando-se em consideração as leis do mercado local, o contexto específico, ético e o bom senso. Qualquer exceção deverá ser encaminhada ao Recursos Humanos (RH) para análise e aprovação junto a Diretoria Administrativa da Entidade.

SIGLAS

SUS - Sistema Único de Saúde

HMTJ - Hospital Maternidade Therezinha de Jesus

CME - Centro de Material Esterilizado

RI - Regimento Interno

COREN - Conselho Regional de Enfermagem

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem

PEC - Perfil Estruturado por

Competências

GCPEC - Sistema de Gestão por Competências

SIGQUALI - Sistema Gestão

Qualidade

SAMU - Serviço Atendimento Móvel de Urgência

CROSS - Central de Regulação de Ofertas e Serviços de Saúde


AIH - Autorização Internação Hospitalar

POP - Procedimento Operacional Padrão

PRS - Procedimento Sistêmico

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

RH - Recursos Humanos

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE			 HMTJ <small>ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE HOSPITAL MATERNIDADE TEREZINHA DE JESUS</small>
REGIMENTO INTERNO - RI			
Título: Regimento Interno do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho - SESMT			
Responsável: Equipe Multidisciplinar	Código: RI SESMT 001	Revisão: 00	Data: 13/07/2023

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº2, de 27 de setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde.2017. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017>>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência.** Manual de implantação e implementação: núcleo interno de regulação para Hospitais Gerais e Especializados/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- As Normas Regulamentadoras entraram em vigor logo após a publicação da portaria de número 3214, de 8 de junho de 1978, que regulamentou a Lei N 6514 de dezembro de 1977, referente a Consolidação das Leis Trabalhistas, relativo a Segurança e Medicina do Trabalho, ou seja, as Normas Regulamentadora tem base legal na Le

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS		
POLÍTICA INSTITUCIONAL		
Título: Política do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho		
Código: PLT HMTJ 001	Revisão: 00	Data: 06/12/2022

I. Objetivos

A Política do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do trabalho é o conjunto de normas, objetivos e padrões que as empresas precisam adotar para garantir a integridade física de seus trabalhadores. O principal objetivo do SESMT é promover a saúde e proteger a integridade do trabalhador no local de trabalho para que isto seja possível é desenvolvido documentos e atividades descritas no documento abaixo:

II. Abrangência

A todos os colaboradores sob o regime CLT ou que estejam em unidades sob gestão da entidade, sejam elas UBS, UPA, hospitais ou outras unidades de saúde, extensível aos parceiros prestadores de serviços setoriais da instituição.

III. Diretrizes

Esta Política deverá ser respeitada em todas as circunstâncias, levando-se em consideração as normas regulamentadoras vigentes e CLT e seguirá as diretrizes sinalizadas abaixo:

- Proporcionar ao trabalhador um ambiente de trabalho seguro e saudável;
- Determinar que nenhum trabalho pode ser executado sem a devida avaliação dos aspectos relativos à Segurança e Saúde do trabalhador, por qualquer razão, seja por urgência, importância ou por qualquer outra forma de trabalho que pode ser alegada para justificar o não cumprimento dos requisitos de Segurança e Saúde Ocupacional;
- Determinar a Segurança e Saúde Ocupacional como parte integrante da Gestão Estratégica de Pessoas, em todas as fases de um projeto, comprometendo os gestores, inclusive pelo seu exemplo, e demais profissionais como fator de sucesso;
- Assegurar que as metas e os indicadores proativos em Segurança e Saúde Ocupacional estejam vinculados à estratégia empresarial;
- Promover a educação em Segurança e Saúde Ocupacional como parte do desenvolvimento profissional dos trabalhadores da entidade;
- Promover continuamente a informação e o treinamento como ferramentas fundamentais para a conscientização e capacitação dos profissionais da entidade e demais partes interessadas de Segurança e Saúde Ocupacional;
- Determinar o cumprimento da legislação, regulamentos e outros requisitos sobre

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS		
POLÍTICA INSTITUCIONAL		
Título: Política do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho		
Código: PLT HMTJ 001	Revisão: 00	Data: 06/12/2022

Segurança e Saúde Ocupacional vigentes;

- Identificar, avaliar, controlar e mitigar os fatores de riscos à segurança e saúde das pessoas envolvidas com a entidade, inclusive os que possam atingir a população, de forma a prevenir acidentes em todas as atividades dos processos produtivos;
- Disponibilizar aos Órgãos fiscalizados de Segurança do Trabalho e Saúde Ocupacional, os meios necessários e recursos necessários para o exercício de suas atividades;
- Atuar permanentemente na pesquisa de novas tecnologias de Segurança e Saúde Ocupacional;
- Garantir que a saúde e segurança estejam integradas a todos os processos.
- Planejar, coordenar e orientar a execução dos programas e campanhas preventivas de acidentes do trabalho e promoção da saúde ocupacional.
- Buscar a melhoria continua dos processos referentes à segurança do trabalho e saúde ocupacional livres de acidentes de modo a manter e fortalecer a imagem da empresa.
- Promover a integração da segurança do trabalho em todas as fases da execução de um procedimento, escrito ou não e seu envolvimento em um estilo de vida saudável estimulando a conduta preventiva.


Dimensionamento do SESMT: Tem como objetivo atender a NR04, esta Norma estabelece os parâmetros e os requisitos para constituição e manutenção dos Serviços Especializados em Segurança e Medicina do Trabalho - SESMT, com a finalidade de promover a saúde e proteger a integridade do trabalhador.

Aplicação:

Nesta norma podemos identificar a responsabilidade de cada membro do SESMT e o número de profissionais que irão compor o quadro de cada unidade, este número é calculado com base no quadro II da NR04 que leva em consideração o total de empregados e natureza do risco relacionado a atividade desempenhada.

No caso da área da saúde o grau de risco é o III.

Programa de Gerenciamento de Riscos: Este documento tem como objetivo cumprir com a norma legislativa 01, seu foco está na identificação até a possível eliminação dos riscos, uma vez que controlar a exposição aos riscos é a estratégia mais eficaz para a proteção dos trabalhadores.

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS		
POLÍTICA INSTITUCIONAL		
Título: Política do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho		
Código: PLT HMTJ 001	Revisão: 00	Data: 06/12/2022

Aplicação:

A elaboração do PGR pode ser realizada por um trabalhador indicado pelo gestor da entidade, preferencialmente um membro do SESMT. Este programa visa à preservação da saúde e da integridade dos colaboradores, através da antecipação, reconhecimento, avaliação e consequente controle da ocorrência de riscos ocupacionais existentes no ambiente de trabalho, os agentes físicos, químicos, ergonômicos, de acidente e biológicos. O PGR é um programa obrigatório para todas as empresas. O documento deverá ser alterado sempre que for feita alteração no ambiente de trabalho ou na atividade desempenhada que indique nova avaliação para ajustes e estabelecimento de novas metas e prioridade. Este documento quando realizado pelo técnico de segurança do trabalho terá validação da coordenação do setor. Ele não é apenas um documento que deve estar à disposição da fiscalização, mas sim, um plano das iniciativas para reduzir a exposição dos trabalhadores aos riscos levantados.

Referência: POP SESMT 022 - Elaboração e implantação do PGR e NR01.

Laudo Técnico de Condições Ambientais (LTCAT): Este documento tem como objetivo comprovar o exercício do trabalho em condições insalubres ou perigosas para fins de aposentadoria especial.

Aplicação:

A elaboração do LTCAT deve ser feita pelo engenheiro do trabalho ou pelo médico do trabalho da empresa ou mesmo que venha prestar serviço à organização na área de saúde ocupacional. Apenas estes profissionais estão qualificados perante a Legislação Trabalhista e Previdenciária a emitir tal laudo. Este documento deverá permanecer disponível na empresa e ficar à disposição da Previdência Social. Inclusive, é bom lembrar que o LTCAT servirá de base para o preenchimento do PPP, uma vez que fornece informações referentes às condições ambientais da organização.

Referência: Instrução 128 INSS.

Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO): Este documento tem como objetivo prevenir, detectar precocemente, monitorar e controlar possíveis danos à saúde do trabalhador evitando gastos excessivos para a empresa com ações judiciais, multas do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) dentre outras.

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS		
POLÍTICA INSTITUCIONAL		
Título: Política do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho		
Código: PLT HMTJ 001	Revisão: 00	Data: 06/12/2022

Aplicação:

O PCMSO é executado pelo médico do trabalho, que será o coordenador responsável por este documento. Nas unidades que possuem um número de colaboradores menor do que 500, este serviço é terceirizado.

O PCMSO visa realizar uma minuciosa e individual avaliação médica ocupacional dos trabalhadores diretamente relacionada às suas condições de trabalho. Neste documento está registrado os riscos, periodicidade dos exames ocupacionais.


Exames Ocupacionais: Tem como objetivo a redução do absenteísmo motivado por doenças, redução de acidentes potencialmente graves, a garantia de colaboradores mais adequados à função com melhor desempenho, além de evitar as implicações legais pela falta de atendimento à sua obrigatoriedade de acordo com a NR07.

Aplicação:

Dentro de nossas Unidades são realizados cinco tipos de exames ocupacionais: admissional, retorno ao trabalho, periódico, mudança de função e demissional, estes exames são realizados pelo médico do trabalho nos casos onde a unidade possui mais de 500 trabalhadores, nas unidades em que o número de trabalhadores é menor este serviço é terceirizado e um médico indicado pelo coordenador do PCMSO realiza os exames ocupacionais.

- **Exame Admissional:** É realizado quando um colaborador é selecionado para ser admitido em nossas unidades pelo RH e encaminhado para o SESMT. O SESMT recebe este colaborador, encaminha para o exame complementar se necessário e agenda avaliação clínica com o médico do trabalho. Após a avaliação médica o colaborador recebe o ASO (Atestado de Saúde Ocupacional), neste documento o colaborador pode ser considerado apto ou não para desenvolver a atividade proposta.

- **Exame Retorno ao Trabalho:** Ocorre quando um colaborador precisou estar ausente por período igual ou superior a 30 (trinta) dias por motivo de doença ou acidente, de natureza ocupacional ou não, ou parto. O SESMT agenda o exame de retorno para este trabalhador através de telegrama enviado 72 horas antes do término do afastamento comunicando o local, horário e data do exame que será no primeiro dia após o término do benefício, é

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS		
POLÍTICA INSTITUCIONAL		
Título: Política do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho		
Código: PLT HMTJ 001	Revisão: 00	Data: 06/12/2022

necessário que o mesmo esteja com a cópia comunicado de decisão de afastamento do INSS, exceto no caso de licença maternidade.

- **Exame Periódico:** Ocorre quando o trabalhador completa 1(um) ano de prestação de serviço de acordo com a definição do PCMSO (Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional). É realizado uma convocação por email e pessoalmente para as coordenações da unidade, e é disponibilizado em mural nos setores a listagem de trabalhadores que estão com exames pendentes e os que tem vencimento próximo. O colaborador vai até o SESMT, é encaminhado para o exame complementar quando necessário e agendado para avaliação clínica com o médico do trabalho. Após a avaliação médica o colaborador recebe o ASO (Atestado de Saúde Ocupacional) que informa se o colaborador está apto ou não para desenvolver a atividade proposta.


- **Exame Mudança de Função:** Ocorre quando é realizado qualquer alteração de atividade, posto de trabalho ou de setor que implique a exposição do trabalhador a risco diferente daquele a que estava exposto antes da mudança. O trabalhador é encaminhado para o SESMT pelo RH através de uma guia que sinaliza a troca de função. O trabalhador vai até o SESMT, é agendado avaliação clínica com o médico do trabalho. Após a avaliação médica o colaborador recebe o ASO (Atestado de Saúde Ocupacional) que informa se o colaborador está apto ou não para desenvolver a atividade proposta.

- **Exame Demissional:** Ocorre quando o Trabalhador é desligado da empresa, será obrigatoriamente realizado até a data da homologação, desde que o último exame médico ocupacional tenha sido realizado há mais de 90 (noventa) dias segundo o Quadro I da NR 4. No momento em que o colaborador é desligado da empresa por iniciativa própria ou da empresa o departamento pessoal agenda com o SESMT o exame demissional e o trabalhador vai até o SESMT/ Clínica Terceirizada para a avaliação clínica com o médico do trabalho. Após a avaliação médica o colaborador recebe o ASO (Atestado de Saúde Ocupacional) que informa se o colaborador está apto ou não para desenvolver a atividade proposta.

Todos exames ocupacionais deverão ser cadastrados e monitorados através do TOTVS.

Referência: POP SESMT 009 – Exames Ocupacionais.

Proibido Reproduzir	Página 5 de 07
---------------------	----------------

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS		
POLÍTICA INSTITUCIONAL		
Título: Política do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho		
Código: PLT HMTJ 001	Revisão: 00	Data: 06/12/2022

Controle de Vacinas: Tem como objetivo cumprir com a exigência da NR32 e do PCMSO um controle de vacinação dos colaboradores que é uma das principais aliadas do serviço de saúde ocupacional de uma empresa, permitindo assim a partir de ações simples e de baixo custo, garantir a manutenção da saúde dos colaboradores.

Aplicação:

Nas unidades geridas pela OSS HMTJ é solicitado ao colaborador cópia do cartão contendo as vacinas dupla adulto (difteria e tétano), Hepatite B, Tríplice Viral (sarampo, caxumba e rubéola) e vacina para COVID-19, estas vacinas são solicitadas no momento da admissão do colaborador. Caso o colaborador se recuse a tomar as vacinas ele assina um termo de responsabilidade de recusa a vacinação que será anexado a ficha clínica de medicina do trabalho (exceção).

Caso na admissão o colaborador só apresente a primeira dose, ele deve ser convocado de acordo com o esquema de vacinas pelo SESMT, para que complete o ciclo da vacina.

Todas vacinas deverão ser cadastradas e monitoradas através do TOTVS


Referência: POP SESMT 010 – Imunização Ocupacional

Fornecimento e Controle de EPI: Tem como objetivo cumprir com a NR 06, que diz no item: 6.3- A empresa é obrigada a fornecer aos empregados, gratuitamente, EPI adequado ao risco, em perfeito estado de conservação e funcionamento, nas seguintes circunstâncias. Tornando assim o ambiente de trabalho mais seguro e saudável, evitando assim consequências maléficas aos colaboradores. Pois o EPI tem como objetivo proteger o colaborador dos possíveis riscos que ameaçam a sua segurança e a sua saúde no trabalho, evitando ou atenuando a gravidade das possíveis lesões durante o trabalho.

Aplicação:

Sempre que for admitido um novo colaborador, este será encaminhado à segurança do trabalho para receber o treinamento de capacitação inicial de segurança, onde serão passados dentre outros, informações sobre uso e conservação de EPI's, e será assinado o termo de responsabilidade para utilização de Equipamentos de Proteção Individual.

Após o treinamento de capacitação inicial, será entregue ao colaborador recém admitido todos os EPI's pertinentes aos riscos de sua atividade, conforme descrito no Programa de

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS		
POLÍTICA INSTITUCIONAL		
Título: Política do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho		
Código: PLT HMTJ 001	Revisão: 00	Data: 06/12/2022

Gerenciamento de Riscos (PGR) e será registrada a entrega em ficha própria, conforme Norma Regulamentadora 06. Também serão informadas as medidas de conservação bem com periodicidade de troca dos EPI's fornecidos.

O colaborador será responsável pela guarda e conservação dos EPI's a ele fornecidos, bem como por comunicar a segurança do trabalho a necessidade de substituição dos EPI's danificados ou extraviados.

A segurança do trabalho manterá na Ficha individual de distribuição de EPI's, o registro de todas as aquisições e substituições de EPI's durante a vida laboral do colaborador, com exceção dos EPI's descartáveis, que serão disponibilizados diretamente nos setores, em atendimento a NR 32.

O SESMT e/ou a CIPA, realizará inspeções preventivas de segurança nos setores, para verificar se os EPI's estão sendo utilizados de forma correta, nas atividades onde são obrigatórios. Todos EPI's deverão ser cadastrados e monitorados através do TOTVS.

Referência: POP SESMT 004 – Controle de entrada e saída de Equipamento de Proteção Individual (EPI)

Perfil Profissiográfico Previdenciário (PPP): Tem como objetivo cumprir com a instrução técnica 128/2022 (INSS) que estabelece que "a empresa deverá elaborar e manter atualizado perfil profissiográfico abrangendo as atividades desenvolvidas pelo trabalhador e fornecer a este, quando da rescisão do contrato de trabalho, cópia autêntica desse documento"

Aplicação:

O Perfil Profissiográfico Previdenciário é feito em um formulário entregue sempre que algum colaborador é demitido ou quando é solicitado por algum colaborador este documento é dividido em três seções a primeira é preenchida pelo departamento pessoal, que encaminha o documento para o SESMT para que seja feito o preenchimento da segunda e terceira seção pelo técnico de segurança do trabalho com as informações relativas ao colaborador, como por exemplo, a riscos da atividade que exerce o colaborador (agentes nocivos químicos, físicos, biológicos ou associação de agentes prejudiciais à saúde ou à integridade física) ao qual está exposta, a intensidade e a concentração do agente, exames médicos clínicos, além de dados referentes à empresa.

Após o preenchimento completo do PPP, ele é enviado por email para o DP para que seja entregue ao colaborador.

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS		
POLÍTICA INSTITUCIONAL		
Título: Política do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho		
Código: PLT HMTJ 001	Revisão: 00	Data: 06/12/2022

Referência: POP SESMT 006 – PPP

Fluxos Acidente Trabalho e Abertura de CAT: Tem como objetivo estabelecer critérios para procedimentos a serem adotados quando da ocorrência de acidentes do trabalho com colaboradores da instituição.

Aplicação:

Aplica-se dentro de nossas unidades a todos os colaboradores que sofreram acidente de trabalho.

No caso de acidente de trabalho típico o colaborador acidentado, comunica sua liderança que o acompanha até a emergência para que seja feito o primeiro atendimento. O médico da emergência caracteriza o acidente em comum ou envolvendo material biológico e realiza o atendimento conforme o fluxo disponibilizado no setor.

Após o atendimento médico este colaborador é encaminhado para o SESMT, para que seja realizado a investigação do acidente e posteriormente abertura da CAT.

No caso de acidente de trajeto o colaborador comunica o acidente para sua liderança, e apresenta ao SESMT o BO e o BAM para que seja realizado a investigação e posteriormente a abertura da CAT.

Em todos os casos citados acima deve ser preenchido a ficha de investigação do acidente, abertura da CAT online e cadastro no TOTVS.

Referência: POP SESMT 0002- CAT e POP 013 - INVESTIGAÇÃO DE ACIDENTES DE TRABALHO

Inspeção de Segurança: Tem como objetivo realizar um procedimento avaliativo e investigativo sobre determinados serviços, ambientes e/ou produtos, visando a detecção de possíveis riscos que possam ocasionar acidentes de trabalho, doenças ocupacionais e conseqüentemente, determinar as medidas preventivas e corretivas cabíveis a serem tomadas.

Aplicação:

Nas unidades geridas pela OSS HMTJ é realizado a inspeção de rotina ou inspeção diária que deve estar obrigatoriamente vinculada ao dia-a-dia de todos os profissionais da área de segurança e saúde do trabalhador. Os técnicos de segurança realizam inspeção diária in loco,

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS		
POLÍTICA INSTITUCIONAL		
Título: Política do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho		
Código: PLT HMTJ 001	Revisão: 00	Data: 06/12/2022

observando a rotina de trabalho dos colaboradores e o ambiente de trabalho. Detectando precocemente possíveis riscos, e emitindo relatórios para que medidas preventivas ou corretivas sejam tomadas. A comunicação com o responsável por aquele processo ou ambiente é realizada através de email ou pessoalmente de acordo com a urgência e/ou gravidade do caso.

Referência: PRS SESMT 0068 – INSPEÇÃO IN LOCO

Inspeção de Extintores: Objetivo cumprir com a NR23 e demais instruções técnicas do corpo de bombeiros estadual que diz sobre medidas de proteção contra incêndios, visando a prevenção da saúde e da integridade física dos colaboradores em nossas unidades.

Aplicação:

É realizado em nossas unidades a inspeção de extintores semanalmente, onde é verificado os seguintes fatores Rompimento de Lacre, manômetro, sinalização, pintura, bico ou difusor, anel de Identificação, selo do inmetro, pino de segurança, alça do extintor, mangote, gatilho do extintor, desobstrução, carga/recarga, adequado a classe do fogo e fixação ao suporte. Após a vistoria o TST deverá assinar o cartão de vistoria de cada extintor e preencher o check list que é arquivado no SESMT, quando existe alguma alteração no extintor o coordenador administrativo da unidade é informado por email para que seja feita a substituição.

Treinamentos: Tem como objetivo cumprir com a NR32 que no item 32.2.4.9, diz que o empregador deve assegurar capacitação aos colaboradores, antes do início de suas atividades e de forma continuada sobre dados disponíveis sobre riscos potenciais a saúde, medidas de controle que minimizem a exposição aos agentes, normas e procedimentos de higiene, utilização de EPI e vestimentas de trabalho, medidas preventivas de acidentes e incidentes e sobre medidas a serem adotadas pelos trabalhadores no caso da ocorrência de incidentes e acidentes.

Aplicação:

Em nossas unidades são realizados treinamentos com os colaboradores de acordo com o planejamento anual, que engloba os assuntos citados acima de forma individual.

Quando o colaborador é admitido é realizado o treinamento de integração que é realizado por um equipe que envolve os setores RH, DP, SCIH, qualidade e SESMT. Neste treinamento é

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS		
POLÍTICA INSTITUCIONAL		
Título: Política do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho		
Código: PLT HMTJ 001	Revisão: 00	Data: 06/12/2022

feito orientações a respeito da NR32.

Após este treinamento inicial o colaborador receberá os demais treinamentos ao longo do ano, todos registrados com lista de presença que contém data e tempo de duração de em média 30 minutos conforme relatado no PCMSO da unidade.

Também é realizado a capacitação para Brigadistas na admissão dos colaboradores e sempre que preciso renovação.

Referência: POP SESMT 001 – Acompanhamento e Treinamento Brigada de Incêndio e POP SESMT 016- Treinamento NR32

Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA): Tem como objetivo cumprir com a NR5 que dispõe sobre a obrigatoriedade da implantação da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA e estabelece como as empresas devem organizar e manter, conforme a classificação nacional de atividade econômica, esta comissão interna.

Aplicação:

O SESMT realiza a implantação e treinamento para cipeiros que ocorre em até 30 dias após a nomeação dos membros.

Participa e fiscaliza de forma ativa todos os processos da CIPA dentro de nossas unidades, dando apoio e suporte sempre que necessário.

Referência: POP SESMT 003 – CIPA

Controle de Atestados e Afastamentos: Tem como objetivo gerenciar, controlar atestados e afastamentos dentro da unidade. Podendo assim criar estratégias com a finalidade de acompanhar a saúde do colaborador, reduzindo assim o índice de afastamentos do trabalho.

Aplicação:

O SESMT monitora e controla os atestados apresentados pelos colaboradores da unidade através do cadastro no TOTVS. O colaborador possui o prazo de 48 horas úteis à partir da data do atestado para realizar a entrega do mesmo, podendo este ser entregue por um representante. O atestado só poderá ser aceito se for o original ou cópia autenticada, preenchido com nome do colaborador, dias de afastamento, data, CRM e nome do médico de forma legível. Após o recebimento o atestado deverá ser cadastrado no TOTVS, caso o

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS		
POLÍTICA INSTITUCIONAL		
Título: Política do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho		
Código: PLT HMTJ 001	Revisão: 00	Data: 06/12/2022

colaborador tenha apresentado no prazo de sessenta dias um número de atestados superior à 15 dias com motivos relacionados este deverá ser encaminhado ao INSS.

Neste caso é feito um requerimento ao INSS com agendamento da perícia médica e é aguardado o resultado desta avaliação. Sendo esta deferida nós monitoramos o período de afastamento, caso seja indeferido é agendado o exame de retorno ao trabalho.

Ao receber o comunicado de decisão do INSS, observamos a espécie do afastamento nos casos classificados como espécie 31 o afastamento não tem relação com o trabalho e nos casos que possuem a classificação como 91 é indicativo de doença ocupacional ou afastamento por acidente de trabalho.

Os casos classificados como espécie 91, possuem estabilidade de 1 ano a contar da data do exame de retorno ao trabalho.


Referência: POP SESMT 018 - RECEBIMENTO, VALIDAÇÃO, CADASTRO E CONTROLE DE ATESTADO.

Programa de Qualidade de Vida: O objetivo desse programa será implementar estratégias institucionais para humanizar o ambiente de trabalho, entendendo que a humanização desse ambiente terá como consequência maior eficiência, produtividade e principalmente bem estar para todos, diminuir o índice absenteísmo, melhorar a qualidade de vida, aumento de produtividade e engajamento nas áreas, redução de doenças ou diminuir riscos ocupacionais nas atividade de trabalho .

Aplicação:

O programa de qualidade de vida no trabalho visa realizar a promoção à saúde e bem estar dos profissionais da instituição, baseado no estudo do perfil epidemiológico alinhado as necessidades pessoais e profissionais de nossos colaboradores promovendo desta forma o fomento a satisfação por meio de ações e projetos que valorizem a cultura e o clima organizacional, infraestrutura ambiental, maquinários e equipamentos, política voltadas a gestão de pessoas, culminando no cuidado da saúde no ambiente laboral.

Referência: Programa de Qualidade de vida e bem estar.

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS		
POLÍTICA INSTITUCIONAL		
Título: Política do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho		
Código: PLT HMTJ 001	Revisão: 00	Data: 06/12/2022

IV. Siglas e Definições

- **PRS:** Procedimento Sistêmico
- **POP:** Procedimento Operacional Padrão
- **RH:** Recursos Humanos
- **SESMT:** Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho

V. Documentos de Referência ao Atendimento às Diretrizes

POP SESMT 001 - Acompanhamento e Treinamento Brigada de Incêndio.
POP SESMT 003 - CIPA.
POP SESMT 002- CAT
POP SESMT 006 - PPP.
POP SESMT 009 - Exames Ocupacionais.
POP SESMT 010 - Imunização Ocupacional.
POP 013 - Investigação de Acidente de Trabalho
POP SESMT 016 - Treinamento NR32.
POP SESMT 018 - Receimento, validação, cadastro e controle de atestados.
POP SESMT 022 - Elaboração e implantação do PGR.
Programa de Qualidade de vida e bem estar.
Instrução Técnica 128/2022 - INSS
Portaria 3214 / 1978 – Normas regulamentadoras

Título: Planilha para Cronograma de Implantação Serviço Especializado Em Engenharia De Segurança Em Medicina Do Trabalho-Sesmt

Item	O que deverá ser feito?	Por que será feito?	Como será feito?	Por quem será feito?	Quando será feito?
1	Criar SESMT	Por obrigatoriedade (conforme legislação) de acordo com necessidade;	Através solicitação da Diretoria Clínica de acordo com os requisitos preestabelecidos.	Enfermeiro do Trabalho e Engenheiro do Trabalho	Mês 1 Mês 2
2	Identificação de riscos	Realizar o inventário de riscos do Programa de Gerenciamento de Riscos - PGR.	Implementar medidas de prevenção de acordo com a classificação de risco do PGR e na ordem de prioridade estabelecida na Norma Regulamentadora nº 01 (NR-01) - Disposições Gerais e Gerenciamento de Riscos Ocupacionais	SESMT	Mês 2
3	Reuniões ordinárias;	Promover a realização de atividades de orientação, informação e conscientização dos trabalhadores para a prevenção de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho; propor, imediatamente, a interrupção das atividades e a adoção de medidas corretivas e/ou de controle quando constatar	Emitir relatórios de acompanhamentos de visitação nos setores .	SESMT	Mês 2

Título: Planilha para Cronograma de Implantação Serviço Especializado Em Engenharia De Segurança Em Medicina Do Trabalho-Sesmt

		condições ou situações de trabalho que estejam associadas a grave e iminente risco para a segurança ou a saúde dos trabalhadores; conduzir ou acompanhar as investigações dos acidentes e das doenças relacionadas ao trabalho, em conformidade com o previsto no PGR			
4	Elaboração do regimento interno	Definir o regimento pautado na missão e os objetivos da instituição seguindo legislação vigente.	O regimento será realizado em conformidade com as regulamentações e diretrizes aplicáveis.	SESMT	Mês 3
5	Reuniões ordinárias;	Promover a realização de atividades de orientação, informação e conscientização dos trabalhadores para a prevenção de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho; propor, imediatamente, a interrupção das	Emitir relatórios de acompanhamentos de visitação nos setores .	SESMT	Mês 4 Mês 5 Mês 6 Mês 7 Mês 8 Mês 9 Mês 10 Mês 11

		atividades e a adoção de medidas corretivas e/ou de controle quando constatar condições ou situações de trabalho que estejam associadas a grave e iminente risco para a segurança ou a saúde dos trabalhadores; conduzir ou acompanhar as investigações dos acidentes e das doenças relacionadas ao trabalho, em conformidade com o previsto no PGR			
6	Reuniões ordinárias;	Levantamento de acidentes de trabalho global, bem como os afastamentos no período geral e por motivo. Bem como a metodologia de monitoramento e medidas de prevenção e planejamento para melhorias futuras.	Divulgação dos resultados em apresentação para o comitê e Direção.	SESMT	Mês 12



10.1.2: FA. 2 – ÁREA DA QUALIDADE

**QUALIDADE OBJETIVA: AVALIA MEDIDAS DA PROPOSTA DE
TRABALHO PARA IMPLANTAÇÃO DE COMISSÕES**

COMISSÃO DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA E ESTÁSTICA

REGIMENTO INTERNO

**COMISSÃO DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA E ESTATÍSTICA
(CDME)**

REGIMENTO DA COMISSÃO DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA E ESTATÍSTICA - CDME

CAPÍTULO I

DA NATUREZA E FINALIDADE

Art. 1º A Comissão de Documentação Médica e Estatística (CDME) do Hospital é um órgão técnico criado para atender a Resolução CONARQ nº 22, de 30 de junho de 2005 e ao Decreto Nº 10.148, de 2 de dezembro de 2019, que dispõem sobre as diretrizes para a avaliação de documentos em instituições de saúde.

Art. 2º A Comissão de Documentação Médica e Estatística (CDME) é vinculada à Diretoria da Unidade, instituída a partir de portaria emitida pela mesma.

Art. 3º A Comissão de Documentação Médica e Estatística (CDME) do Hospital tem por finalidade dispor de um conjunto de ações e procedimentos referente à avaliação documental nas unidades do Hospital.

Art. 4º A Comissão de Documentação Médica e Estatística (CDME) reger-se-á por este regimento, devidamente aprovado pelos membros que a compõem.

CAPÍTULO II DOS OBJETIVOS

Art. 5º A Comissão de Documentação Médica e Estatística (CDME) tem os seguintes objetivos:

I. Orientar e realizar a análise, avaliação e seleção de documentos produzidos e acumulados nas unidades do Hospital mediante:

- a. Conhecimento da estrutura e o funcionamento da instituição detentora dos documentos;
- b. Conhecimento da organização dos conjuntos documentais a serem avaliados, incluídos os métodos de classificação adotados, bem como sua importância para fins de prova, de informação, e de estudos e pesquisas nas áreas das ciências da saúde, humanas e sociais;
- c. Conhecimento da terminologia e os procedimentos da área médica, bem como de suas especialidades;
- d. Conhecimento da legislação pertinente à concessão de direitos relativos aos indivíduos portadores de necessidades especiais e de doenças graves e terminais.

II. Garantir a destinação final dos documentos nos termos da legislação vigente.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO E ORGANIZAÇÃO

Art. 5º A Comissão de Documentação Médica e Estatística (CDME) será composta pelos seguintes Profissionais:

I. Colaborador arquivista ou colaborador responsável pelos serviços arquivísticos, que a presidirá; e

II - Colaboradores multiprofissionais das unidades organizacionais às quais se referem os conjuntos de documentos a serem avaliados e destinados para guarda permanente ou eliminação.

§ 1º Os membros da CDME serão designados pela Direção do órgão ou da entidade dentre os seus servidores.

§ 2º O secretário da CDME será escolhido entre os Membros da Comissão.

§ 3º O Presidente da Comissão de Documentação Médica e Estatística poderá convidar representantes de outros órgãos e entidades públicos ou privados e especialistas na matéria em discussão para participar das reuniões, sem direito a voto.

Art. 6º O mandato será por período indeterminado podendo ser alterada a qualquer momento em que houver alteração na sua composição.

Art. 7º A relação dos membros de cada mandato deverá ser publicada através de portaria expedida pela Direção da Unidade, em Boletim de Serviço, bem como a substituição de qualquer membro, a qualquer momento.

CAPÍTULO IV DAS OMPETÊNCIAS

Art. 8º À Comissão de Documentação Médica e Estatística (CDME) compete:

I. Adequar os códigos de classificação de documentos e as tabelas de temporalidade e destinação de documentos à legislação;

II. Aplicar e orientar a aplicação do código de classificação de documentos e a tabela de temporalidade e destinação de documentos das atividades-meio;

III. Orientar as unidades geradoras de documentos, analisar, avaliar e selecionar o conjunto de documentos produzidos e acumulados pela instituição, tendo em vista a identificação dos documentos para guarda permanente e a eliminação dos documentos destituídos de valor;

IV. Analisar os conjuntos de documentos para a definição de sua destinação final, após a desclassificação quanto ao grau de sigilo;

V. No que se refere ao estabelecimento de temporalidade e destinação final dos prontuários de pacientes, independente da forma ou do suporte, compete à Comissão de Documentação Médica e Estatística:

a) analisar os conjuntos documentais, determinando os respectivos prazos de guarda e destinação;

b) identificar os valores primário e secundário, segundo o seu potencial de uso; considerando por valor primário o uso administrativo para a instituição, razão primeira da criação do documento, e valor secundário o uso para outros fins que não aqueles para os quais os documentos foram criados, podendo ser probatório e informativo;

c) estabelecer critérios para análise e avaliação dos documentos e sua destinação final;

d) elaborar Listagem de Eliminação de Documentos, Edital de Ciência de Eliminação e Termo de Eliminação de Documentos, quando for o caso, e relatório final da

Comissão;

e) revisar, periodicamente, a Tabela de Temporalidade e Destinação de Documentos, em função da produção ou supressão de novos documentos, e da evolução da legislação e dos procedimentos médicos.

Art. 9º São atribuições do Presidente da Comissão:

- a. Convocar e presidir as reuniões.
- b. Representar a comissão junto à Diretoria da instituição, ou indicar seu representante.
- c. Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão previamente aprovados pelos membros desta.
- d. Fazer cumprir o regimento.
- e. Nas decisões da comissão, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva).
- f. Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá seu vice-presidente.
- g. As atribuições do vice-presidente serão assumir as atividades do presidente na sua ausência.

Art. 10 São atribuições e competências da secretaria da Comissão:

- a. Organizar a ordem do dia.
- b. Receber e protocolar os processos e expedientes.
- c. Lavrar a ata das sessões/reuniões.
- d. Organizar e manter o arquivo da comissão.
- e. Preparar a correspondência.
- f. Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço desta secretaria.

CAPÍTULO V DO FUNCIONAMENTO

Art. 11 As Reuniões da Comissão de Documentação Médica e Estatística (CDME) acontecerão de forma ordinária mensalmente, na segunda quarta-feira do mês e, extraordinariamente, sempre que necessário, por convocação de seu Presidente ou por solicitação de um terço dos membros, sob as seguintes condições:

- I. As decisões serão aprovadas pela maioria simples dos presentes, por meio de votação aberta;
- II. O Presidente terá direito ao voto de qualidade em decisões;
- III. Todos os assuntos discutidos serão registrados em Ata, contendo: data e hora, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente, decisões tomadas a ser colocado no SEI, posteriormente;
- IV. Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, o Presidente da CDME poderá convidar representantes de outros órgãos e entidades públicos ou

privados e especialistas na matéria em discussão para participar das reuniões, sem direito a voto.

V. Na ausência do presidente, o vice assume suas funções na reunião. Na ausência do vice cabe ao secretário presidir a reunião.

Art. 12 A ausência de um membro em 3 reuniões consecutivas sem justificativa ou, ainda, 6 reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses, gera sua exclusão automática.

Art. 13 Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Art. 14 A participação na Comissão de Documentação Médica e Estatística será considerada prestação de serviço público relevante, não remunerada.

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 15 Os casos omissos, não previstos neste regimento serão resolvidos pelos membros da CDME.

Art. 16 O presente regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

Art. 17 O presente regimento entrará em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Comissão de Documentação Médica e Estatística

Item	O que deverá ser feito?	Por que será feito?	Como será feito?	Por quem será feito?	Quando será feito?
1	Criar comissão	Por obrigatoriedade (conforme portaria) de acordo com necessidade;	Através de eleição de membros da equipe multiprofissional	Gerencia geral	Mês 1
2	Reuniões ordinárias;	Apresentar a produção médica por especialidade e as taxas de ocupação e permanência de pacientes internados por especialidade, análises de casos, e propostas de melhorias.	Relatórios de pacientes internados por setor/profissional/especialidade.	Membros da comissão	Mês 2
3	Elaborar Regimento Interno da Comissão	Para oferecer suporte e orientação das atividades e bases de dados de acordo com perfil epidemiológico de atendimento.	Relatório via sistema do número de pacientes atendidos por profissional/especialidade.	A própria comissão	Mês 3
4	Reuniões ordinárias;	Apresentar a produção médica por especialidade e as taxas de ocupação e permanência de pacientes internados por especialidade, análises de casos, e	Relatórios de pacientes internados por setor/profissional/especialidade.	Membros da comissão	Mês 3

Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Comissão de Documentação Médica e Estatística

		propostas de melhorias.			
5	Elaborar painel de bordo	Facilitar o acompanhamento dos dados de produção da equipe médica.	Elaborando junto ao CSTI painel de bordo com dados de produção médica.	Membros da comissão	Mês 4
6	Reuniões ordinárias;	Apresentar a produção médica por especialidade e as taxas de ocupação e permanência de pacientes internados por especialidade, análises de casos, e propostas de melhorias.	Relatórios de pacientes internados por setor/profissional/especialidade.	Membros da comissão	Mês 4 Mês 5 Mês 6 Mês 7 Mês 8 Mês 9 Mês 10 Mês 11
7	Reuniões ordinárias;	Apresentar Compilado de produção das equipes médicas, com média de pacientes atendidos, ocupação/complicações/reinternações/eventos ocorridos no ano e propostas de melhorias próximo ciclo.	Divulgação de resultados e identificação de oportunidades de melhorias bem como o não atingimento de metas contratuais.	Membros da comissão	Mês 12



10.1.2: FA. 2 – ÁREA DA QUALIDADE

**QUALIDADE OBJETIVA: AVALIA MEDIDAS DA PROPOSTA DE
TRABALHO PARA IMPLANTAÇÃO DE COMISSÕES**

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)

Regimento Interno – Comitê de Ética em Pesquisa

REGIMENTO INTERNO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL

Capítulo I

Da Posição

Artigo 1º – O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital é um órgão permanente vinculado à Unidade. Seus membros tem total independência de ação no exercício de suas funções no Comitê mantendo sob caráter confidencial as informações recebidas.

Capítulo II

Do Objeto

Artigo 2º – O CEP-Hospital é um Comitê com os seguintes objetivos:

I – orientar as pesquisas que se realizarão na Unidade, quanto às normas e quanto aos princípios éticos exigidos pelo Ministério de Saúde;

II – observar o cumprimento dos princípios éticos no que se refere à técnica do uso de seres humanos;

III – organizar sistema de avaliação e acompanhamento das atividades do CEP da Unidade.

IV – prestar as informações aos órgãos do Ministério de Saúde no que se refere ao andamento dos trabalhos analisados;

V – normatizar seus procedimentos operacionais internos, visando ao efetivo controle sanitário dos produtos objeto de pesquisa clínica;

VI – controlar o bom andamento das pesquisas e sua atualização continuamente;

VII – orientar e fazer cumprir as responsabilidades do pesquisador, segundo as Normas vigentes nas Regulamentações da Secretaria de Saúde.

Capítulo III

Das Finalidades

Artigo 3º – O CEP tem por finalidade orientar, conduzir, avaliar, estimular e facilitar a realização de projetos de pesquisa em seres humanos na Unidade, dentro das Normas dos Regulamentos emitidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP-GO).

Capítulo IV

Da Composição

Artigo 4º – O CEP do Hospital é composto por um colegiado com número superior a sete membros, tendo como representantes profissionais das áreas: Medicina, Enfermagem, Odontologia, Farmácia; Biologia, Ciências Biomédicas e um Representante dos Usuários.

I – os componentes serão referendados pelo Direção do Hospital, a partir de indicação realizada pelos Membros que compõem o CEP, podendo haver também indicação pelos Setores e outras coordenações do Hospital. A indicação de qualquer membro novo deverá ser submetida à aprovação em plenária, caso seja nomeado novo representante de usuário e/ou membro o CEP solicitará as devidas alterações dos dados via formulário específico encaminhado à CONEP;

II – os Membros não possuem Suplentes;

III – os Coordenadores (1º e 2º Coordenador) serão eleitos pelos Membros nomeados;

Parágrafo Único – O 1º Coordenador será substituído nos casos de impedimento ou vacância pelo 2º Coordenador;

IV- Nos casos de impedimento ou vacância dos Coordenadores exercerá a coordenação do Comitê o membro lotado na Unidade disponível;

V – o mandato será de 3 (três) anos, com direito de recondução conforme previsto na Resolução CNS nº 370/2007;

VI – A renovação da composição do CEP se dará a cada 3 (três) anos de acordo com a vigência do registro do CEP, junto à CONEP, mantendo-se pelo menos um terço de seus membros;

VII – o número mínimo para constituir o colegiado será de 7 (sete) membros;

VIII – o CEP será multidisciplinar e transdisciplinar, e não poderá haver mais que metade de seus membros pertencentes à mesma categoria profissional, participando pessoas dos dois sexos;

IX – os membros do CEP não serão remunerados pelo desempenho de suas tarefas, podendo receber ressarcimento de despesas efetuadas com transporte, hospedagem e alimentação, também serão dispensados, nos horários de seu trabalho no Comitê, de suas obrigações em suas instituições, dado o caráter de relevância pública da função;

X – o CEP poderá contar com consultores “ad hoc”, pessoas pertencentes ou não à Instituição, com a finalidade de fornecer subsídios técnicos;

XI – Na impossibilidade do membro concluir o mandato, a solicitação de desligamento do Comitê deverá ser feita por escrito e o CEP deverá indicar outra pessoa para a complementação do mandato.

CAPITULO V

Da capacitação dos membros e comunidade acadêmica

Artigo 5º – Na indicação de novo membro haverá uma apresentação do mesmo em reunião do Comitê, sendo orientado sobre a documentação e normas do Sistema CEP/CONEP e este Regulamento; haverá anualmente um plano de capacitação dos membros do CEP, envolvendo a comunidade acadêmica e científica da Instituição a fim de promover a educação em ética em pesquisa envolvendo seres humanos, em cumprimento a Norma Operacional nº 001/13.

CAPITULO VI

Do apoio administrativo

Artigo 6º – O CEP contará com um funcionário administrativo para a função de Secretário do Comitê, designado e exclusivo especificamente para as atividades do Comitê.

Capítulo VII

Da Competência

Artigo 7º – Ao CEP compete:

I – orientar os pesquisadores quanto às Normas exigidas pelas Resoluções do Conselho Nacional de Saúde, na realização de seus projetos e na sua condução;

II – observar se os princípios éticos na realização de pesquisas em seres humanos estão sendo cumpridos;

III – organizar um sistema de avaliação e acompanhamento destes projetos;

IV – exigir por parte do pesquisador a elaboração de relatórios semestrais a respeito do andamento de seus projetos;

Parágrafo Único – Caso o pesquisador não cumpra com sua obrigação de enviar os relatórios nos prazos estabelecidos, o CEP solicitará oficialmente que o faça, e caso ainda assim não seja atendido, o CEP comunicará a Instituição da inadimplência do pesquisador, para que providências administrativas sejam tomadas. Ainda neste caso, o CEP suspenderá novas análises de outros projetos de pesquisa do mesmo pesquisador, e inspecionará o referido estudo ao qual o pesquisador não enviou relatórios, podendo inclusive solicitar interrupção do mesmo, mediante qualquer risco aos participantes da pesquisa;

V – comunicar as instâncias competentes os casos de infrações éticas ou denúncias, sobretudo as que impliquem em riscos aos participantes de pesquisa, para averiguação e, quando couber, ao Ministério Público;

VI – informar os pesquisadores sobre as regras exigidas, criando um dispositivo capaz de facilitar esta realização;

VII – orientar e fazer cumprir as responsabilidades do pesquisador segundo as regras exaradas nas resoluções do Conselho Nacional de Saúde pertencente ao Ministério da Saúde, interessando à CONEP/GO.

VIII – fazer respeitar sempre os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, bem como, os hábitos e costumes quando as pesquisas de seres humanos envolverem comunidades;

IX – envolver a comunidade científica na importância de atender a todas as exigências dos princípios em Ética de Pesquisa em Seres Humanos;

X – assegurar a inexistência de conflito de interesses entre o pesquisador e, os participantes da pesquisa e os membros do CEP;

XI – observar o cumprimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) do participante da pesquisa envolvido e/ou seu responsável legal, e se estão devidamente cientes, em explicações sob linguagem clara e acessível, sendo no TCLE:

explicitados os possíveis desconfortos e risco decorrentes da participação na pesquisa; esclarecidas as providências a serem empregadas no caso de condições adversas que possam causar dano ao participante da pesquisa, os benefícios esperados dessa participação e o esclarecimento sobre a forma de acompanhamento e assistência a que terão direito, inclusive considerando os benefícios e acompanhamento posterior ao encerramento e/ou interrupção da pesquisa; a garantia de liberdade ao participante de recusar-se a participar e retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa sem penalizações;

XII – avaliar se os relatórios estão satisfazendo aos princípios e diretrizes éticos, legais e administrativos;

XIII – sugerir a Direção da Unidade, as medidas administrativas cabíveis quando houver desrespeito às Normas Éticas de Pesquisas envolvendo seres humanos;

XIV – comprovar nas pesquisas do exterior ou com participação estrangeira, os compromissos e as vantagens para os participantes das pesquisas e para o Brasil;

XV – esclarecer aos pesquisadores que descontinuar os projetos aprovados sem justificativa aceita pelo CEP, que os aprovou, é um procedimento antiético;

XVI – assegurar que o resultado da pesquisa poderá se tornar público, independente do interesse do patrocinador e/ou pesquisador;

XVII – assegurar ao participante da pesquisa completo sigilo sobre a pesquisa;

XVIII – emitir parecer consubstanciado por escrito, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, identificando com clareza o ensaio, documentos estudados e data de revisão;

XIX – propor a substituição do pesquisador em casos de cometimento de infração profissional no decorrer da pesquisa;

XX – informar as áreas competentes, para as providências cabíveis, sobre as infrações cometidas pelo pesquisador;

XXI – propor plano anual de capacitação de seus membros.

Artigo 8º – Ao Pesquisador responsável compete:

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 dentro da legislação;

III – desenvolver o projeto conforme delineado;

IV – elaborar e apresentar os relatórios parciais e final. Ao final da pesquisa, conforme descrito em seu cronograma, não sendo apresentado o relatório final, o projeto de pesquisa será considerado encerrado e após 5(cinco) anos, a guarda do protocolo de pesquisa e os relatórios correspondentes ficarão sob responsabilidade do Pesquisador;

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(cinco) anos após o término da pesquisa;

VII – encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto;

VIII – justificar fundamentalmente, perante o CEP a interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados;

IX – garantir o tratamento, o reembolso e as informações previstas no projeto, aos participantes da pesquisa.

Capítulo VIII

Das Atribuições

Artigo 9º – São atribuições do CEP:

I- avaliar protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos emitindo parecer devidamente justificado, orientado pelos princípios da impessoalidade, transparência, razoabilidade, proporcionalidade e eficiência, entre outros, dentro dos prazos estabelecidos de acordo com o contido na Resolução CNS nº 466/12 complementada pela Norma Operacional 001/2013, sendo: 10 (dez) dias para checagem documental e 30 (trinta) dias para liberar o parecer, evitando morosidade na análise;

II – desempenhar papel consultivo e educativo em questões éticas;

III – elaborar o Regimento Interno;

IV – comunicar as situações de vacância ou afastamento de membros e encaminhar à CONEP as substituições efetivadas justificando-as; sendo nomeado novo representante de usuário e/ou membro, será solicitada a alteração dos dados via formulário específico encaminhado à CONEP.

Artigo 10 – São atribuições do COORDENADOR do CEP:

I – propor o calendário e convocar as reuniões do CEP:

II – programar e dirigir os trabalhos do CEP:

III – confirmar a indicação feita, a algum membro do CEP, para a função de relator, que avaliará se aquele trabalho segue todas as normas exigidas pelas resoluções;

IV – solicitar a participação de algum elemento de fora do CEP que poderá ajudar nesta avaliação;

V – executar as deliberações do CEP;

VI – controlar a frequência dos membros que, sem justificativa, se ausentarem por reuniões consecutivas;

VII – criar e organizar sistema que permita a guarda e arquivo de documentos;

VIII – exercer o direito de voto de qualidade;

IX – responder administrativamente pelo CEP e representá-lo perante a Direção do Hospital e ao Ministério da Saúde;

X – cumprir e fazer cumprir as Normas e Regulamentos do Hospital e das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde, quanto aos trabalhos avaliados.

Artigo 11 – São atribuições dos MEMBROS do CEP:

I – atender às convocações para as reuniões do Comitê;

II – analisar de forma detalhada se os projetos estão de acordo com as normas exigidas pelo Conselho Nacional de Saúde, na forma de relator, conforme determinado pelo Coordenador;

III – analisar de forma contínua o andamento dos trabalhos avaliados;

IV – as análises dos projetos deverão ser feitas no menor tempo possível, não excedendo a 10 (dez) dias úteis;

V – participar da discussão e elaboração dos relatórios periódicos de atualização a respeito do andamento dos trabalhos avaliados;

VI – participar da votação a respeito da análise dos trabalhos, desde que solicitado em reunião;

VII – os membros do CEP deverão isentar-se da análise e discussão do caso, assim como a tomada de decisão, quando houver conflito de interesses.

Artigo 12 – São atribuições do SECRETÁRIO do CEP:

I – providenciar a análise documental dos projetos cadastrados na Plataforma Brasil antes do aceite destes para relatoria;

II – indicar relatoria para os projetos de pesquisa cadastrados na Plataforma Brasil;

III – providenciar, por determinação do Coordenador, a convocação das sessões ordinárias e extraordinárias;

IV – encaminhar aos membros do CEP a pauta das reuniões;

V – assistir às reuniões;

VI – preparar, assinar, distribuir aos membros e manter em arquivo as atas das reuniões do CEP;

VII – providenciar o cumprimento das diligências determinadas;

VIII – Não receber projetos que não estejam completos de acordo com este regulamento e com a legislação pertinente.

Capítulo IX

Do Funcionamento

Artigo 13 – A Secretaria para atendimento ao público em geral e pesquisadores localiza dentro do prédio da Unidade, com funcionamento de segunda à sexta-feira, das 8 às 12 horas.

Artigo 14 – As reuniões do CEP, ordinárias e extraordinárias, serão realizadas nas dependências da Unidade, em local previamente determinado.

Artigo 15 – As reuniões serão sempre fechadas ao público para que se mantenha o sigilo exigido, preservando a confidencialidade das discussões entre os membros e dos projetos analisados, os membros do CEP e todos os funcionários que têm acesso aos documentos, inclusive virtuais, e reuniões, deverão manter sigilo comprometendo-se, por declaração escrita, sob pena de responsabilidade, em cumprimento a Resolução CNS nº 466/12:

I – o CEP reunir-se-á ordinariamente às terças sextas-feiras do mês, ou por convocação do Coordenador, em dia e hora previamente estabelecidos e com antecedência mínima de 24 horas;

II – sempre que houver assuntos urgentes e de interesse do CEP, o Coordenador poderá convocar extraordinariamente seus membros;

III – as reuniões cujas resoluções impliquem nas decisões do CEP deverão contar com mais de 50% dos membros, conforme Resolução CNS nº 370/07;

IV – ordinariamente e extraordinariamente as deliberações serão por maioria absoluta dos presentes na reunião, a presença dos membros será controlada através de assinatura em lista;

V – as ausências justificadas dos membros do CEP não poderá exceder o número de 3 (três) no ano, as faltas do representante de usuário serão informadas à instituição que o indicou e, se for o caso, será comunicado o desligamento e solicitada nova indicação de representante;

VI – as reuniões extraordinárias somente serão feitas para assuntos específicos, previamente determinados.

Artigo 16 – As reuniões compõem-se de três partes: Expediente, Ordem do Dia e Assuntos Gerais:

I – o Expediente – destina-se à aprovação da ata da reunião anterior, comunicação do Coordenador e proposições de seus membros;

Parágrafo Único – 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. Após votação e aprovação da ata, a mesma será assinada pelos membros do CEP;

II – a Ordem do Dia – serão apreciados os trabalhos predeterminados no ato da convocação, sendo ouvidos os relatores em suas avaliações segundo as normas exigidas;

III – os Assuntos Gerais – serão tratados outros temas de importância, sugeridos pelo Coordenador ou por algum dos membros presentes.

Artigo 17 – As deliberações ordinárias ou extraordinárias serão por consenso, na impossibilidade do mesmo, serão por maioria absoluta de votos;

Parágrafo Único – Havendo empate na votação, esta será decidida pelo voto do Coordenador.

Capítulo X

Do Protocolo de Pesquisa

Artigo 18 – O protocolo a ser submetido à revisão ética somente será apreciado se for apresentada toda documentação solicitada pelo CEP, 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. Não serão aceitos para apreciação projetos fora deste Sistema.

Artigo 19 – o conteúdo tratado durante todo o procedimento de análise dos protocolos tramitados no Sistema CEP/CONEP é de ordem estritamente sigilosa. Os membros, representantes de usuários e funcionários administrativos do Comitê que tem acesso aos documentos, inclusive virtuais deverão manter sigilo sob pena de responsabilidade.

Artigo 20 – a pesquisa deverá estar acompanhada do respectivo protocolo para ser analisada.

Artigo 21 – O CEP manterá em arquivo o protocolo de pesquisa e os relatórios correspondentes, por 5(cinco) anos, contados a partir do término do estudo, podendo este arquivamento processar-se em meio digital. Após esse prazo, a guarda do protocolo de pesquisa e os relatórios correspondentes ficará somente sob responsabilidade do Pesquisador, bem como os protocolos de pesquisa e os relatórios correspondentes encerrados, anteriores a Plataforma Brasil.

Artigo 22 – Aprovado o Protocolo de Pesquisa, o CEP passa a ser corresponsável por garantir a proteção dos participantes de pesquisa.

Artigo 23 – A análise do protocolo de pesquisa culminará com sua classificação como uma das seguintes categorias especificadas pela Norma Operacional CNS nº 001/13, a saber:

I – Aprovado: quando o protocolo se encontra totalmente adequado para execução;

II – Com pendência: quando a decisão é pela necessidade de correção, hipótese em que serão solicitadas alterações ou complementações do protocolo de pesquisa. Por mais simples que seja a exigência feita, o protocolo continua em “pendência”, enquanto esta não estiver completamente atendida. Se o parecer for de pendência, o pesquisador terá o prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir de sua emissão na Plataforma Brasil, para atendê-la. Decorrido este prazo, o CEP terá 30 (trinta) dias para emitir o parecer final, aprovando ou reprovando o protocolo;

III – Não aprovado: quando a decisão considera que os óbices éticos do protocolo são de tal gravidade que não podem ser superados pela tramitação em “pendência”. Nas decisões de não aprovação caberá recurso ao próprio CEP ou à CONEP, no prazo de 30 (trinta) dias, sempre que algum fato novo for apresentado para fundamentar a necessidade de uma reanálise;

IV – Arquivado: quando o pesquisador descumprir o prazo para enviar as respostas às pendências apontadas ou para recorrer;

V – Suspenso: quando a pesquisa aprovada, já em andamento, deve ser interrompida por motivo de segurança, especialmente referente ao participante da pesquisa;

VI – Retirado: quando o Sistema CEP/CONEP acatar a solicitação do pesquisador responsável mediante justificativa para a retirada do protocolo, antes de sua avaliação ética. Neste caso, o protocolo é considerado encerrado.

Artigo 24 – o CEP durante a revisão ética, caso entenda como oportuno e conveniente, poderá solicitar informações, documentos e outros, para o esclarecimento de questões, ficando suspenso o processo até a vinda dos elementos solicitados.

Artigo 25 – as pendências meramente documentais serão previamente apreciadas pelo funcionário administrativo e/ou pelos coordenadores do CEP e comunicadas diretamente ao pesquisador, por escrito.

Artigo 26 – consideram-se autorizados para a execução os Protocolos de Pesquisa aprovados pelo CEP.

Capítulo XI

Da Penalidade

Artigo 27 – São causas de cancelamento temporário ou definitivo da pesquisa, além das previstas pelas normas do Conselho Nacional de Saúde em vigor:

I – transgredir o código de ética das classes profissionais ou os de ética em Pesquisa, segundo as normas presentes nas resoluções do Conselho Nacional de Saúde e Vigilância Sanitária;

II – desrespeitar o Regulamento do Hospital, o Regimento Interno do CEP, as Ordens de Serviço, Instruções e Rotinas emitidas pela Administração da Unidade;

III – comprometer a reputação do Corpo Clínico ou do próprio Hospital tanto nas relações internas quanto externas.

Artigo 28 – A apreciação e aplicação de penalidade serão de competência da CONEP/GO, quando a infração se referir à transgressão das normas que administram o Código de Ética de Pesquisa em Seres Humanos e de outras instâncias quando pertinente.

Capítulo XII

Das Disposições Gerais

Artigo 29 – Nenhuma pesquisa em seres humanos poderá ser realizada no Hospital sem uma aprovação do CEP, mesmo que este projeto já tenha sido avaliado por outro comitê de ética de outro hospital;

Parágrafo Único – O CEP não poderá analisar pesquisas com uso de animais sendo, portanto, vedadas quaisquer ações neste sentido.

Artigo 30 – Todos os protocolos de pesquisa a serem analisados pelo CEP deverão ser submetidos através do Sistema Plataforma Brasil, respeitando a normas exigidas pelo Comitê.

Artigo 31– Todas as determinações devem ser atendidas pelos pesquisadores e/ou patrocinadores, o mais breve possível, podendo ser bloqueados os trabalhos até que isto se resolva e seja aprovado em uma reunião ordinária do CEP.

Artigo 32 – É vedado a qualquer membro do CEP a revelação de quem seja o relator do projeto em análise, para se evitar uma eventual pressão tendenciosa nesta avaliação ou criar um caráter pessoal.

Artigo 33 – A avaliação dos relatores será colocada em votação na reunião, e a palavra final será do Colegiado e não individual, mesmo que a decisão seja contrária ao expositor.

Artigo 34 – A análise dos projetos será feita pelos relatores, devendo ser elaborada de forma clara, objetiva e detalhada, fornecendo subsídios para a decisão do colegiado.

Artigo 35 – A decisão das avaliações será por maioria absoluta de votos dos membros presentes naquela reunião.

Artigo 36 – O CEP possui a obrigação de comunicar qualquer efeito adverso, não esperado e não previsto no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O CEP deverá receber denúncias de abusos ou notificações sobre atos adversos que possam alterar o curso normal do estudo, decidindo pela continuidade, modificação ou suspensão da pesquisa, devendo, se necessário, solicitar a adequação do TCLE.

Artigo 37 – O CEP manterá registro atualizado das atividades de modo a possibilitar o pronto encaminhamento de informações aos órgãos públicos e competentes, desde que sejam solicitados.

Artigo 38 – O CEP caso tenha suas atividades suspensas temporariamente, por ocorrência de greve ou recesso institucional, de acordo com a Carta Circular nº 244/16 da CONEP deverá adotar as seguintes medidas:

I – Greve Institucional: o CEP comunicará à comunidade de pesquisadores e às instâncias institucionais correlatas (por exemplo: comissões de pós-graduação, centro de pesquisa clínica, outros) quanto à situação, informando que haverá interrupção temporária da tramitação dos protocolos, e que a tramitação permanecerá paralisada (parcial ou totalmente) pelo tempo que perdurar a greve; aos participantes de pesquisa e seus representantes o tempo de duração estimado da greve e as formas de contato com a CONEP, de modo que permaneçam assistidos em casos de dúvidas sobre a eticidade e apresentação de denúncia durante todo o período da greve; e em relação aos projetos de caráter acadêmico, como TCC, mestrado e doutorado, a instituição deverá adequar devidamente os prazos dos alunos, de acordo com a situação de cada um, caso haja atraso na avaliação ética pelo CEP institucional; e informar à CONEP quais as providências que serão adotadas para regularizar a sua atuação quanto à tramitação de protocolos para apreciação ética, após o período de paralisação;

II – Recesso Institucional: o CEP informará, com a devida antecedência e por meio de ampla divulgação por via eletrônica, à comunidade de pesquisadores o período exato de duração do recesso; e aos participantes de pesquisa e seus representantes o período exato de duração do recesso e as formas de contato com o CEP e a CONEP, de modo que permaneçam assistidos em casos de dúvidas sobre a eticidade e apresentação de denúncia durante todo o período do recesso.

Artigo 39 – Quando houver a colocação de verbas por parte de patrocinadores, para realização da pesquisa, esta deverá ser bem esclarecida através de documento, por escrito, para que não se confunda como uma forma de pagamento aos pesquisadores.

Artigo 40 – No caso de projetos de interesse dos patrocinadores, estes deverão ser informados de sua responsabilidade sobre todos os custos que envolvem a pesquisa.

Artigo 41– O prontuário médico do pesquisado/paciente, bem como todos os dados colhidos e consignados, somente poderão ser acessados com autorização do CEP.

Artigo 42 – Os casos omissos serão resolvidos, no que couber, pelo CEP.

Artigo 43 – O presente Regimento entra em vigor nesta data da sua publicação, revogando qualquer disposição anterior.

Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Comitê De Ética Em Pesquisa

Item	O que deverá ser feito?	Por que será feito?	Como será feito?	Por quem será feito?	Quando será feito?
1	Criar O Comitê de Ética	Por obrigatoriedade (conforme legislação) de acordo com necessidade;	Através solicitação MEC de acordo com os requisitos preestabelecidos.	Diretoria Técnica e membro do COREME	Mês 1 Mês 2
2	Definição da estrutura e composição do CEP	Para direcionar as linhas de pesquisa em saúde.	Alinhar com Preceptores e parcerias com Escola de Ensino Superior para elaboração de projetos de pesquisa envolvendo humanos.	O CEP	Mês 2
3	Reuniões ordinárias;	Alinhar as atividades em parceria com os orientadores, monitorando das submissões de artigos, bem com a documentação adequada e divulgação das etapas. Elaboração de relatórios e planejamento de atividades futuras.	Divulgação e orientações aos residentes das normas do comitê e prazos definidos.	O CEP	Mês 2
4	Elaboração do regimento interno	Definir o regimento pautado na missão e os objetivos do comitê, os procedimentos de avaliação ética dos	O regimento será realizado em conformidade com as regulamentações e diretrizes aplicáveis.	O CEP	Mês 3

Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Comitê De Ética Em Pesquisa

		projetos de pesquisa, a periodicidade das reuniões, as responsabilidades dos membros, os processos de tomada de decisão, entre outros aspectos relevantes.			
5	Reuniões ordinárias;	Alinhar as atividades em parceria com os orientadores, monitorando das submissões de artigos, bem com a documentação adequada e divulgação das etapas. Elaboração de relatórios e planejamento de atividades futuras.	Divulgação e orientações aos residentes das normas do comitê e prazos definidos.	O CEP	Mês 3
6	Definição dos fluxos de trabalho e processos de avaliação ética.	Estabelecer prazos para submissão de projetos, os critérios de análise ética, a documentação necessária para a avaliação, os procedimentos de revisão pelos membros do CEP, entre outros aspectos operacionais.	Apoiando-se as diretrizes e boas práticas estabelecidas pelas regulamentações.	O CEP	Mês 4
7		Alinhar as atividades	Divulgação e orientações		

Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Comitê De Ética Em Pesquisa

	Reuniões ordinárias;	em parceria com os orientadores, monitorando das submissões de artigos, bem com a documentação adequada e divulgação das etapas. Elaboração de relatórios e planejamento de atividades futuras.	aos residentes das normas do comitê e prazos definidos.	O CEP	Mês 4
8	Recrutamento e capacitação de membros	Realizar processos de seleção adequados, considerando as competências necessárias para o desempenho das funções.	Oferecer capacitação contínua aos membros do CEP, garantindo que estejam atualizados em relação às regulamentações e às questões éticas pertinentes.	O CEP	Mês 5
9	Reuniões ordinárias;	Alinhar as atividades em parceria com os orientadores, monitorando das submissões de artigos, bem com a documentação adequada e divulgação das etapas. Elaboração de relatórios e planejamento de atividades futuras.	Divulgação e orientações aos residentes das normas do comitê e prazos definidos.	O CEP	Mês 5 Mês 6 Mês 7 Mês 8 Mês 9 Mês 10 Mês 11
10	Reuniões ordinárias;	Apresentar relatórios produção científica e separados por pesquisas	Divulgação dos resultados em apresentação para o comitê e Direção.	O CEP	Mês 12

Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Comitê De Ética Em Pesquisa

		publicadas e submetidas e propostas de melhorias para futuros programas.			
--	--	--	--	--	--



10.1.2: FA. 2 – ÁREA DA QUALIDADE

**QUALIDADE OBJETIVA: AVALIA MEDIDAS DA PROPOSTA
DE TRABALHO PARA IMPLANTAÇÃO DE COMISSÕES**

**EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE TERAPIA
NUTRICIONAL (EMTN)**

EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE TERAPIA NUTRICIONAL (EMTN)

REGIMENTO INTERNO

CAPITULO I

DA NATUREZA E FINALIDADE

Art. 1º O Regimento Interno da Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN) é um instrumento normativo que orienta o funcionamento da mesma e estabelece diretrizes para a sistematização da Terapia Nutricional Enteral no Hospital.

Art. 2º A Equipe Multiprofissional de Terapia e Nutricional do Hospital é uma equipe multidisciplinar que tem por finalidade a execução, supervisão e avaliação permanente de todas as etapas da terapia nutricional.

Art. 3º O Objetivo da EMTN é garantir assistência nutricional efetiva, de forma a prevenir e tratar a desnutrição intra-hospitalar, buscando promover o cuidado integral, seguro e efetivo para o paciente, além da eficiência na gestão e contribuir para a formação de excelência dos discentes

Art. 4º o EMTN tem como finalidade, a realização de procedimentos terapêuticos para manutenção ou recuperação do estado nutricional do paciente por meio da Nutrição Parenteral ou Enteral.

Art. 5º O EMTN deverá analisar e exigir as empresas Prestadoras de serviço – EPBS, o cumprimento legal em termos de recursos humanos, infra-estrutura física, equipamentos e procedimentos operacionais conforme recomendações das BPPNE e BPANE.

CAPITULO II

DAS DEFINIÇÕES

Art. 6º Para esse regimento, considera-se:

I – Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional: grupo formal brigatoriamente constituído de pelo menos um profissional de cada categoria, a saber: médico, nutricionista, enfermeiro e farmacêutico, podendo ainda incluir profissionais de outras categorias, a critério do hospital, conforme prevê a Resolução – RDC nº 63 de 6 de julho de 2000.

II - Nutrição Parenteral(NPT) : Solução ou emulsão, composta basicamente de carboidratos , aminoácidos, lipídios, vitaminas e minerais, estéril e apirogênica, adicionada em recipiente de vidro ou plástico, destinada à administração intravenosa em pacientes desnutridos ou não, em regime hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, visando a síntese ou manutenção dos tecidos, órgãos ou sistema. Para a terapia Nutricional Parenteral, são utilizadas fórmulas recebidas prontas pra uso, que são preparadas em câmara de fluxo laminar e transportadas de acordo com as normas e técnicas da Vigilância Sanitária. Atualmente, a Nutrição Parenteral é fornecida pela Bonafe e Carvalho Ltda. - FAMAP Serviços.

III - Terapia de Nutrição Enteral (TNE): conjunto de procedimentos terapêuticos para manutenção ou recuperação do estado nutricional do paciente por meio de NE. As dietas para Nutrição enteral são utilizadas fórmulas recebidas prontas pra uso, que são preparadas em câmara de fluxo laminar e transportadas de acordo com as normas e técnicas da Vigilância Sanitária. Atualmente, a Nutrição Enteral é fornecida pelo Laboratório Nutricional Farma.

CAPITULO III

DA COMPOSIÇÃO

Os membros que compõe a Equipe de Suporte Nutricional do Hospital serão formados por:

1. Médico Coordenador Técnico Administrativo;
2. Médico Coordenador Clínico;
3. Nutricionista;
4. Enfermeira (o);
5. Farmacêutico;
6. Psicóloga.

CAPITULO IV

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 7º Atribuições gerais da EMTN

- I. Estabelecer as diretrizes técnicas- administrativas que devem nortear as atividades da equipe e suas relações com a instituição:
- II. Criar mecanismos para o desenvolvimento das etapas de triagem e vigilância nutricional em regime hospitalar, sistematizando uma metodologia capaz de identificar pacientes que necessitam de TN, a serem encaminhados aos cuidados da EMTN.
- III. Atender às solicitações de avaliação do estado nutricional do paciente, indicando, acompanhando e modificando a TN, quando necessário, em comum acordo com o médico responsável pelo paciente, até que seja atingido os critérios de reabilitação nutricional pré- estabelecidos.
- IV. Assegurar condições adequadas de indicação, prescrição, preparação, conservação, transporte e administração, controle clínico e laboratorial e avaliação final da TNE, visando obter os benefícios máximos do procedimento e evitar riscos.
- V. Capacitar os profissionais envolvidos, direta ou indiretamente, com a aplicação do procedimento, por meio de programas de educação continuada, devidamente registrados.
- VI. Estabelecer protocolos de avaliação nutricional, indicação, prescrição e acompanhamento da TNE.
- VII. Documentar todos os resultados do controle e da avaliação da TNE visando a garantia de sua qualidade.
- VIII. Estabelecer auditorias periódicas a serem realizadas por um dos membros da EMTN, para verificar o cumprimento e o registro dos controles e avaliação da TNE.
- IX. Analisar o custo e o benefício no processo de decisão que envolve a indicação, a manutenção ou a suspensão da TNE.

Art. 8 ATRIBUIÇÕES DO COORDENADOR TÉCNICO-ADMINISTRATIVO

- I. Assegurar condições para o cumprimento das atribuições gerais da equipe e dos profissionais da mesma, visando prioritariamente a qualidade e eficácia da TNE.

- II. Representar a equipe em assuntos relacionados com as atividades da Comissão.
- III. Promover e incentivar programas de educação continuada, para os profissionais envolvidos na TNE, devidamente registrados.
- IV. Padronizar indicadores da qualidade para TNE para aplicação pela Comissão.
- V. Gerenciar os aspectos técnicos e administrativos das atividades de TNE.
- VI. Analisar o custo e o benefício da TNE no âmbito hospitalar, ambulatorial e domiciliar.

Art. 9º ATRIBUIÇÕES DO COORDENADOR CLÍNICO

- I. Coordenar os protocolos de avaliação nutricional, indicação, prescrição e acompanhamento da TNE.
- II. Zelar pelo cumprimento das diretrizes de qualidade estabelecidas nas BPPNE e BPANE.
- III. Assegurar a atualização dos conhecimentos técnicos e científicos relacionados com a TNE e a sua aplicação.
- IV. Garantir que a qualidade dos procedimentos de TNE prevaleçam sobre quaisquer outros aspectos.

Art. 10º ATRIBUIÇÕES DO MÉDICO

- I. Indicar e prescrever a TNE.
- II. Assegurar o acesso ao trato gastrointestinal para a TNE e estabelecer a melhor via, incluindo ostomias de nutrição por via cirúrgica, laparoscópica e endoscópica.
- III. Orientar os pacientes e os familiares ou o responsável legal, quanto aos riscos e benefícios do procedimento.
- IV. Participar do desenvolvimento técnico e científico relacionado ao procedimento
- V. Garantir os registros da evolução e dos procedimentos médicos

Art. 11º ATRIBUIÇÕES DO NUTRICIONISTA

- I. Realizar a avaliação do estado nutricional do paciente, utilizando indicadores nutricionais subjetivos e objetivos, com base em protocolo pré-estabelecido, de forma a identificar o risco ou a deficiência nutricional .

- II. Elaborar a prescrição dietética com base nas diretrizes estabelecidas na prescrição médica.
- III. Formular a NE estabelecendo a sua composição qualitativa e quantitativa, seu fracionamento segundo horários e formas de apresentação.
- IV. Acompanhar a evolução nutricional do paciente em TNE, independente da via de administração, até alta nutricional estabelecida pela EMTN.
- V. Adequar a prescrição dietética, em consenso com o médico, com base na evolução nutricional e tolerância digestiva apresentadas pelo paciente.
- VI. Garantir o registro claro e preciso de todas as informações relacionadas à evolução nutricional do paciente.
- VII. Orientar o paciente, a família ou o responsável legal, quanto à preparação e à utilização da NE prescrita para o período após a alta hospitalar.
- VIII. Utilizar técnicas pré-estabelecidas de preparação da NE que assegurem a manutenção das características organolépticas e a garantia microbiológica e bromatológica dentro de padrões recomendados na BPPNE
- IX. Participar, promover e registrar as atividades de treinamento operacional e de educação continuada, garantindo a atualização de seus colaboradores, bem como para todos os profissionais envolvidos na preparação da NE.

Art. 12º ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO

- I. Orientar o paciente, a família ou o responsável legal quanto à utilização e controle da TNE.
- II. Preparar o paciente, o material e o local para o acesso enteral.
- III. Prescrever os cuidados de enfermagem na TNE, em nível hospitalar, ambulatorial e domiciliar.
- IV. Proceder ou assegurar a colocação da sonda oro/nasogástrica ou transpilórica.
- V. Assegurar a manutenção da via de administração.
- VI. Receber a NE e assegurar a sua conservação até a completa administração.
- VII. Proceder à inspeção visual da NE antes de sua administração.
- VIII. Avaliar e assegurar a administração da NE observando as informações contidas no rótulo, confrontando-as com a prescrição médica.
- IX. Avaliar e assegurar a administração da NE, observando os princípios de assepsia, de acordo com as BPANE.

- X. Detectar, registrar e comunicar à EMTN e ou o médico responsável pelo paciente, as ocorrências de qualquer ordem técnica e ou administrativa.
- XI. Garantir o registro claro e preciso de informações relacionadas à administração e à evolução do paciente quanto ao: peso, sinais vitais, tolerância digestiva e outros que se fizerem necessários.
- XII. Garantir a troca do curativo e ou fixação da sonda enteral, com base em procedimentos pré-estabelecidos.
- XIII. Participar e promover atividades de treinamento operacional e de educação continuada, garantindo a atualização de seus colaboradores.
- XIV. Elaborar e padronizar os procedimentos de enfermagem relacionadas à TNE.
- XV. Acompanhar a evolução nutricional do paciente em TNE , independente da via de administração, até a alta Nutricional estabelecida pela NUTRIR.
- XVI. Assegurar as recomendações quando a conservação.
- XVII. Assegurar que qualquer outra droga e ou nutriente prescritos, sejam administrados na mesma via de administração da NE, conforme procedimentos pré-estabelecidos.

Art. 13º ATRIBUIÇÕES DO FARMACÊUTICO

- I. De acordo com os critérios estabelecidos pela EMTN, adquirir, armazenar e distribuir, criteriosamente, a NE industrializada, quando estas atribuições, por razões técnicas e ou operacionais, não forem da responsabilidade do nutricionista.
- II. Participar da qualificação de fornecedores e assegurar que a entrega da NE industrializada seja acompanhada de certificado de análise emitido pelo fabricante.
- III. Participar das atividades do sistema de garantia da qualidade respeitadas suas atribuições profissionais legais.
- IV. Avaliar a formulação das prescrições médicas e dietéticas quanto à compatibilidade físico-química droga-nutriente e nutriente-nutriente.
- V. Participar de estudos de farmacovigilância com base em análise de reações adversas e interações droga-nutriente e nutriente-nutriente, a partir do perfil farmacoterapêutico registrado.
- VI. Organizar e operacionalizar as áreas e atividades da farmácia.
- VII. Participar, promover e registrar as atividades de treinamento operacional e de educação continuada, garantindo a atualização dos seus colaboradores.

VIII. A Nutrir se reunirá ordinariamente, trimestralmente e extraordinariamente, quando for necessário, em dia, local e hora previamente estabelecidos, pela convocação, com no mínimo 24 (vinte e quatro) horas de antecedência, devendo ser lavrada em livro próprio.

CAPITULO V

DO FUNCIONAMENTO E DA ORGANIZAÇÃO

Art. 14. A atuação dos membros da EMTN se restringe ao âmbito interno de sua instituição hospitalar, devendo todo o processo ser conduzido com observância ao descrito neste regimento, ao regimento interno do Hospital.

Art. 15. As reuniões ordinárias ocorrerão mensalmente em local previamente agendado ou por videoconferência, conforme acordado previamente com seus membros.

§1º Os dias, horários e lugares das reuniões ordinárias serão divulgados pelo coordenador técnico-administrativo com antecedência mínima de 48 horas, sendo obrigatória, pelo menos, a presença do coordenador técnico ou do coordenador clínico da EMTN.

§2º A Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional deliberará com a presença da maioria simples.

§3º As reuniões deverão ser registradas em ata de reunião via processo SEI.

§4º O membro que faltar duas reuniões consecutivas ou três alternadas, sem justificativa formalizada, será desligado da EMTN.

Art. 16. Poderão ser solicitadas reuniões extraordinárias a qualquer momento pelo Coordenador clínico ou técnico-administrativo da EMTN com antecedência mínima de 24 horas.

Art. 17. As deliberações da EMTN deverão ser encaminhadas à Direção e, Gerências ou Setores para um parecer final e demais providências, quando aplicável.

Art. 18. A participação na EMTN não implicará em qualquer vantagem econômica para seus membros.

Parágrafo único. Os participantes da EMTN deverão ser liberados das atividades de seu setor nos dias e horários programados para participação das atividades da Comissão.

Art. 19. A EMTN é a responsável pelas capacitações dos profissionais envolvidos, direta ou indiretamente, com a Terapia Nutricional Enteral, por meio de programas de educação continuada, devidamente registrados.

Art. 20. A solicitação de avaliação do paciente pela EMTN deverá ocorrer por intermédio da equipe assistencial, através do Hospital.

Art. 21. A EMTN deverá atender às solicitações de avaliação do estado nutricional do paciente, indicando, acompanhando e modificando a TN, quando necessário, em comum acordo com o médico responsável pelo paciente, até que sejam atingidos os critérios de reabilitação nutricional pré-estabelecidos.

Art.22. As condutas da EMTN devem estar alinhadas com os profissionais que prestam assistência ao paciente;

Art. 23. As condutas clínicas referentes à TNE deverão ser tomadas conforme padronizado nos elaborados pela EMTN;

Art. 24. A EMTN acompanhará periodicamente os Indicadores de Qualidade em Terapia Nutricional Enteral (IQTN), de forma a monitorar a eficácia da terapia nutricional, bem como garantir a excelência do suporte nutricional prestado aos pacientes.

CAPITULO VI

DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 25. Nenhum membro da EMTN, à exceção de seus Coordenadores, poderá falar em nome da Equipe, sem que esteja autorizado pela Direção do Hospital.

Art. 26. Os casos omissos neste Regimento Interno serão discutidos e resolvidos em reunião da EMTN e submetidos à apreciação final da Direção.

Art. 27. A responsabilidade da direção hospitalar é garantir a infraestrutura necessária para o funcionamento da comissão.

Art. 28. Os casos omissos deste regimento serão discutidos e resolvidos pela comissão.

Art. 29. Este Regimento Interno entrará em vigor a partir desta data podendo ser alterado a qualquer tempo.

Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Equipe Multiprofissional De Terapia Nutricional

Item	O que deverá ser feito?	Por que será feito?	Como será feito?	Por quem será feito?	Quando será feito?
1	Criar Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional	Por obrigatoriedade (conforme legislação) de acordo com necessidade;	Através solicitação do Serviço de Nutrição Médica de acordo com os requisitos preestabelecidos.	Diretoria Técnica e Nutricionista Clínico	Mês 1 Mês 2
2	Identificação das necessidades	Identificar as áreas de atuação que devem ser abrangidas pela equipe, levando em consideração as especialidades envolvidas, como nutrição clínica, dietética, enfermagem, farmácia, medicina, entre outras.	Alinhar com equipe multiprofissional as padronizações de fórmulas e fluxos de dispensação e acompanhamento da equipe.	A Equipe EMTN	Mês 2
3	Reuniões ordinárias;	Acompanhar e avaliar o suporte nutricional de pacientes internados diariamente, bem como as necessidades de via de administração de dieta, juntamente com equipe multiprofissional.	Emitir relatórios semanais de pacientes em suplementação nutricional no sistema e a avaliar custos.	A Equipe EMTN	Mês 2
4	Elaboração do regimento	Definir o regimento	O regimento será realizado em	A Equipe EMTN	Mês 3

Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Equipe Multiprofissional De Terapia Nutricional

	interno	pautado na missão e os objetivos da instituição , os procedimentos de avaliação dos pacientes de acordo com VET calórico diário e patologias de base.	conformidade com as regulamentações e diretrizes aplicáveis.		
5	Reuniões ordinárias;	Acompanhar e avaliar o suporte nutricional de pacientes internados diariamente, bem como as necessidades de via de administração de dieta, juntamente com equipe multiprofissional.	Emitir relatórios semanais de pacientes em suplementação nutricional no sistema e a avaliar custos.	A Equipe EMTN	Mês 3
6	Definição dos fluxos de dispensação de dietas e suplementação.	Estabelecer processos de acompanhamento dos pacientes junto a equipe multiprofissional.	Apoiando-se as diretrizes e boas práticas estabelecidas pelas regulamentações vigentes.	A Equipe EMTN	Mês 4
7	Reuniões ordinárias;	Acompanhar e avaliar o suporte nutricional de pacientes internados diariamente, bem como as necessidades de via de administração de dieta, juntamente com equipe multiprofissional.	Emitir relatórios semanais de pacientes em suplementação nutricional no sistema e a avaliar custos.	A Equipe EMTN	Mês 4

Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Equipe Multiprofissional De Terapia Nutricional

7	Reuniões ordinárias;	Acompanhar e avaliar o suporte nutricional de pacientes internados diariamente, bem como as necessidades de via de administração de dieta, juntamente com equipe multiprofissional.	Emitir relatórios semanais de pacientes em suplementação nutricional no sistema e a avaliar custos.	A Equipe EMTN	Mês 4
9	Reuniões ordinárias;	Alinhar as atividades em parceria com os orientadores, monitorando das submissões de artigos, bem com a documentação adequada e divulgação das etapas. Elaboração de relatórios e planejamento de atividades futuras.	Divulgação e orientações aos residentes das normas do comitê e prazos definidos.	A Equipe EMTN	Mês 5 Mês 6 Mês 7 Mês 8 Mês 9 Mês 10 Mês 11
10	Reuniões ordinárias;	Acompanhar e avaliar o suporte nutricional de pacientes internados diariamente, bem como as necessidades de via de administração de dieta, juntamente com equipe multiprofissional. Planilhar o perfil de pacientes em	Divulgação dos resultados em apresentação para o comitê e Direção.	A Equipe EMTN	Mês 12

Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Equipe Multiprofissional De Terapia Nutricional

		suplementação e realizar relatório administrativo. Elaboração de relatórios e planejamento de atividades futuras.			
--	--	---	--	--	--



10.1.2: FA. 2 – ÁREA DA QUALIDADE

**QUALIDADE OBJETIVA: AVALIA MEDIDAS DA PROPOSTA DE
TRABALHO PARA IMPLANTAÇÃO DE COMISSÕES**

COMISSÃO DE PROTEÇÃO RADIOLOGICA

COMISSÃO DE RADIOPROTEÇÃO

REGIMENTO INTERNO

CAPITULO I

DA MISSÃO

Art 1º - A Comissão de Radioproteção tem como objetivo propor e aplicar critérios de radioproteção para os funcionários que trabalham com radiação ionizante, à população usuária dos serviços que a utilizam e também a segurança e integridade das instalações.

CAPITULO II

DAS FINALIDADES

Art 2º - A Comissão de Radioproteção será constituída por um grupo multifuncional (profissionais de nível superior e técnico), tendo por finalidade:

- A) Revisar sistematicamente o programa de proteção radiológica para garantir que os equipamentos sejam utilizados e os procedimentos executados observando-se os regulamentos vigentes de proteção radiológica;
- B) Recomendar as medidas cabíveis para garantir o uso seguro dos equipamentos emissores de radiação ionizante existentes na instituição

CAPITULO III

DAS COMPETÊNCIAS

Art 3º - À Comissão de Radioproteção compete.

- a) Avaliar os registros de dosimetrias individuais e ambientais,
- b) Implementar cronograma de manutenções preventivas e preditivas.
- c) Acompanhar o gerenciamento da monitoração individual das pessoas ocupacionalmente expostas às radiações ionizantes;

- d) Discutir problemas diversos referente ao uso das radiações ionizantes e à radioproteção
- e) Verificar o padrão de atendimento prestado.
- f) Promover cursos e palestras de conscientização e capacitação para colaboradores da instituição não envolvidos diretamente com o uso de radiação ionizante;
- g) Definir programas de treinamento periódicos em proteção radiológica para colaboradores da instituição envolvidos diretamente com o uso de radiação ionizante.

CAPITULO IV

DA ORGANIZAÇÃO

Art 4º - A Comissão de Radioproteção, por ser um órgão de assessoria, não terá estrutura funcional, contando em seu núcleo básico com um Presidente, um Vice-Presidente, um Secretário e um membro do SESMT da Instituição:

Art 5º - A participação da Comissão de Radioproteção não implicará em qualquer vantagem económica para seus membros, bem como em redução das tarefas normais e rotineiras dos participantes.

Art 6º - A permanência dos membros nesta Comissão é de dois anos, podendo ser renovado "ad infinitum", exceto no que tange ao Art 15 deste Regimento e as decisões da Comissão, bem como de decisões pessoais dos membros.

Art. 7º - Os membros exercerão seus mandatos por dois anos, sem receberem qualquer tipo de remuneração adicional, considerando-se o relevante interesse público pertinente às atribuições exercidas pelos mesmos.

§ 1º - A substituição de membros dar-se-á por portaria do superintendente para o tempo que restar do mandato.

§ 2.º A ausência de um membro da comissão a duas reuniões consecutivas ou a três alternadas, ao longo de um mesmo ano, sem justificativa, implicará perda do mandato.

CAPITULO V

DOS MEMBROS

Art 7º - Esta comissão é multidisciplinar e multiprofissional.

Art 8º - Os membros da Comissão de Radioproteção distribuem-se na seguinte representação.

- a) Técnico em Segurança do Trabalho;
- b) Coordenação de Enfermagem;
- c) Apoio Administrativo;
- d) Representante da TCR Imagiologia Ltda;
- e) Representante técnico em Radiologia;
- f) Membro do SESMT.

Sua representatividade deverá ser:

- a) Presidente;
- b) Vice-Presidente;
- c) Secretário (a);
- d) Membros Efetivos.

CAPÍTULO VI

DAS FUNÇÕES

Art 8º - Ao Presidente compete:

- a) Presidir e coordenar as atividades da Comissão;
- b) Determinar datas, horários e locais, bem como coordenar as reuniões ordinárias da Comissão,
- c) Convocar reuniões extraordinárias quando necessário;

- d) Cumprir e fazer cumprir o presente Regimento Interno;
- e) Indicar entre os membros da Comissão um substituto para representá-lo nas eventualidades,
- f) Nomear ou exonerar os membros da Comissão, através de resoluções,
- g) Revogar e anular resoluções.

Art 9º - Ao Vice-Presidente compete

- a) Substituir o Presidente em seus impedimentos eventuais;
- b) Comparecer às reuniões quando convocado ou em seu impedimento, encaminhar um substituto previamente homologado pela Comissão para tal fim,
- c) Verificar a qualidade dos registros e anotações, bem como a organização geral das radioproteções-
- d) Sugerir medidas para a melhoria dos registros e anotações, inclusive de aspectos de guarda e arquivo;
- e) Normatizar e orientar a atuação dos profissionais envolvidos na elaboração das radioproteções,
- f) Analisar os processos e propor modificações quando necessário.

Art 10º - Ao Secretário compete

- a) Encaminhar convocação de reunião aos membros da comissão;
- b) Redigir a ata de reunião de forma clara,
- c) Manter os arquivos que se fizerem necessários em ordem

Art 11º - Ao membro do SESMT compete.

- a) Participar das reuniões nos dias e horários programados,
- b) Elucidar dúvidas junto á Comissão referente a assuntos de Radioproteção;
- c) Ajudar a orientar os demais funcionários da Instituição em assuntos de Radioproteção

**CAPITULO VII
DO FUNCIONAMENTO**

Art 12º - A Comissão de Radioproteção se reunirá ordinariamente, quadrimestralmente (e extraordinariamente, quando necessário) em dia, local e horário previamente estabelecidos, por convocação com no mínimo 24 (vinte quatro) horas de antecedência. A ata da assembleia deverá ser lavrada em livro próprio

Art. 13º - As reuniões da Comissão somente serão efetivadas se houver a presença de pelo menos 02 (dois) membros Caso haja somente 01 (um) membro, a reunião será adiada para uma nova data e o motivo de seu adiamento deverá constar na ata.

Art. 14º - Para aprovação das deliberações da Comissão de Radioproteção, exigir-se-á a presença dos membros, prevalecendo a vontade da maioria. Caso haja apenas dois membros, a reunião será realizada, contudo, não serão tomadas decisões.

Art 15º - Poderão participar das reuniões os demais funcionários, como convidados, quando as suas presenças forem necessárias para a elucidação de dúvidas e subsidiar a deliberação da Comissão, sem direito a voto.

Art 16º - A presença às reuniões da Comissão de Radioproteção é obrigatória a todos os membros, sendo automaticamente substituído o membro que atingir 03 (três) faltas sem justificativa, consecutivas ou não.

Art. 17º - O membro que não puder comparecer à reunião deverá avisar com antecedência e justificar por escrito o seu não comparecimento.

Art 18º - O membro que, por algum motivo, venha pleitear seu desligamento deverá fazê-lo por escrito justificando a sua decisão.

Art 19º - E dever de todo membro da Comissão divulgar os conhecimentos e esclarecer dúvidas entre seus pares, quando solicitado.

Art 20º - A Comissão de Radioproteção pautará sua atuação na legislação nuclear e sanitária vigentes.

CAPITULO VIII

DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 21 - A responsabilidade da direção hospitalar é garantir a infra-estrutura necessária para o funcionamento da comissão.

Art. 22 - Os casos omissos deste regimento serão discutidos e resolvidos pela comissão.

Art. 21º - Este Regimento Interno entrará em vigor a partir desta data podendo ser alterado a qualquer tempo.

Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Comissão De Proteção Radiológica

Item	O que deverá ser feito?	Por que será feito?	Como será feito?	Por quem será feito?	Quando será feito?
1	Criar Comissão	Por obrigatoriedade (conforme portaria) de acordo com necessidade;	Através de convite a membros da equipe multiprofissional	Diretoria Técnica	Mês 1
2	Reuniões ordinárias;	Apresentar perfil de exames realizados. Atualização de técnicas utilizadas, Atendimento humanizado durante a realização de exames. Produção mensal e planejamento das ações no serviço de imagem.	Apresentar ao serviço a quantidade de pacientes que o serviço em relatório sistematizado.	Membros da comissão	Mês 2
3	Elaborar Regimento Interno da Comissão	Para oferecer suporte e orientação de segurança durante a realização de exames baseados em cuidados na exposição radiológica.	A partir de recomendação do Conselho de radiologia e boas práticas.	Membros da comissão	Mês 3
4	Reuniões ordinárias;	Apresentar perfil de exames realizados. Atualização de técnicas utilizadas, Atendimento humanizado durante a realização de exames. Produção	Apresentar ao serviço a quantidade de pacientes que o serviço em relatório sistematizado.	Membros da comissão	Mês 6

Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Comissão De Proteção Radiológica

		mensal e planejamento das ações no serviço de imagem.			
5	Levantamento radiométrico de exposição de colaboradores	Realização periódica de testes de controle dos dosímetros individuais dos colaboradores.	Análise dos laudos dos dosímetros dos colaboradores por terceiro.	Membros da comissão	Mês 4
6	Reuniões ordinárias;	Apresentar perfil de exames realizados. Atualização de técnicas utilizadas, Atendimento humanizado durante a realização de exames. Produção mensal e planejamento das ações no serviço de imagem.	Apresentar ao serviço a quantidade de pacientes que o serviço em relatório sistematizado.	Membros da comissão	Mês 10
7	Elaborar e alimentar indicadores de monitoramento da eficácia do serviço	Facilitar o acompanhamento do serviço, bem como apontamento de necessidade de melhorias.	Elaborando junto ao SGQ os indicadores estratégicos para monitoramento do serviço e planejamento de ações mediante resultados obtidos e metas não alcançadas.	Membros da comissão	Mês 5
8	Treinamento e capacitação de riscos de exposição radiológica	Capacitar toda equipe quanto aos cuidados de exposição radiológicas e uso de EPCs adequados.	Aplicação de treinamentos específicos à prática de acordo com Plano de Proteção Radiológica.	Coordenador da comissão	Mês 6
9	Reuniões ordinárias;	Apresentar perfil de atendimento pelo	Apresentar para Direção a partir	Membros da	Mês 12

Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Comissão De Proteção Radiológica

		serviço. Número de exames geral e número de exames suspensos.	de relatório estruturado.	comissão	
--	--	---	---------------------------	----------	--



10.1.2: FA. 2 – ÁREA DA QUALIDADE

**QUALIDADE OBJETIVA: AVALIA MEDIDAS DA PROPOSTA DE
TRABALHO PARA IMPLANTAÇÃO DE COMISSÕES**

COMISSÃO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

**REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DO PLANO DE
GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇO DE SAÚDE**

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DO PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇO DE SAÚDE

CAPÍTULO I JUSTIFICATIVAS LEGAIS

Artigo 1º – A comissão foi criada em atendimento a Resolução CONAMA nº 358/2005 e RDC nº 222/2018, que determina normas de gerenciamento dos resíduos em estabelecimentos de assistência à saúde.

CAPÍTULO II DAS FINALIDADES

Artigo 2º – Estabelecer e discutir diretrizes de funcionamento e de planejamento junto aos membros da comissão para com a entidade. Com finalidades em minimizar a geração de resíduos na fonte, reduzir o volume e toxicidade na geração dos resíduos no meio – ambiente, adequar a segregação na origem, contribuir para o controle dos riscos de acidentes de trabalho, controlar e reduzir riscos ao meio ambiente, controlar e reduzir riscos para a saúde pública, contribuir para a qualidade da higiene em unidades de saúde, com enfoque no controle de infecção hospitalar, assegurar a manutenção e a operação dos resíduos, buscando a melhoria contínua do PGRSS e promover a educação ambiental.

CAPÍTULO III DA COMPOSIÇÃO

Artigo 3º – A comissão será gerenciada por um presidente e um secretário, indicados pela entidade e ou pelos componentes da comissão. Todos os componentes da gestão em vigor poderão continuar nas próximas gestões, caso demonstre qualificações e comprometimento, além de ser vontade própria do membro.

- I. Presidente;
- II. Secretário;
- III. Membros:
 - 01 Representante da administração;
 - 01 Representante do Setor de Higiene e Limpeza;

- 01 Representante da Farmácia;
- 01 Representante da CIPA;
- 01 Representante do Setor de Assistência social;
- 01 Representante do Setor de Enfermagem;
- 01 Representante do Setor de Manutenção;
- 01 Representante do Setor de Segurança do Trabalho;
- 01 Representante do Setor da Recepção;
- 01 Representante do Setor de Controle de Infecção Hospitalar;
- 01 Representante dos médicos; e
- 01 Responsável Técnico (RT) pela elaboração e manutenção do PGRSS.

Parágrafo único: A comissão poderá convidar outros profissionais para participar de suas reuniões, quando julgar necessário.

CAPÍTULO IV DO MANDATO

Artigo 4º – A duração do mandato da Comissão será de no máximo 2 anos, ou por tempo indeterminado, podendo ser substituídos a qualquer tempo, sendo registrado em ata e atualizado o ato de nomeação.

CAPÍTULO V DO FUNCIONAMENTO

Artigo 5º – Todos os componentes da comissão irá se reunir sistematicamente de forma trimestral, de acordo com data, hora e local pré - estabelecido no calendário anual de reuniões do PGRSS;

Artigo 6º – Todos os componentes são diretamente responsáveis pela implantação, adaptação e aplicação do PGRSS;

Artigo 7º – Todos os componentes serão treinados sobre quaisquer disposições do PGRSS.

Artigo 8º – As reuniões serão registradas em ata, que deverão ser encaminhadas ao Setor de Qualidade, para arquivamento e acompanhamento das ações. A ata deverá conter: local, data, hora, tipo de reunião, relação dos participantes, pauta, situação das ações anteriores, relato da reunião, plano de ação ou ação pontual, assinatura do secretário e assinatura dos participantes.

CAPÍTULO VI DA COMPETÊNCIA

Artigo 9º – Compete ao presidente da comissão:

- I. Presidir as reuniões ordinárias;
- II. Convocar reuniões extraordinárias sempre que necessário;
- III. Representar oficialmente a comissão;
- IV. Prestar contas de atividades realizadas e ou pendentes.

Artigo 10º – Compete ao secretário da comissão:

- I. Organizar atas e listas diversas;
- II. Responsabilizar-se pela guarda de livro, pastas e etc;
- III. Comunicar reuniões;
- IV. Organizar apoio logístico;
- V. Realizar anotações diversas das reuniões;
- VI. Anotar queixas ou reclamações;

Artigo 11º – Compete aos membros da comissão:

I. Visar uma correta gestão dos resíduos na instituição, proporcionar a saúde pública e ao meio ambiente e principalmente à unidade geradora, na medida que há redução dos riscos de acidente do trabalho, poluição, contaminação, além da contribuição para a saúde ocupacional dos colaboradores é um instrumento de gestão essencial para quem busca qualquer certificação.

CAPÍTULO VII DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 12º – É obrigação dos membros respeitarem a data e hora das reuniões, que se reunirá trimestralmente, conforme calendário pré - estabelecido pela comissão;

Artigo 13º – É obrigação dos membros justificarem sua ausência com antecedência;

Artigo 14º – Após duas ausências consecutivas sem justificativa, tal membro estará automaticamente excluído da comissão.

Artigo 15º – Este regimento entra em vigor na data de sua publicação.

Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Comissão De Resíduos De Serviços De Saúde

Item	O que deverá ser feito?	Por que será feito?	Como será feito?	Por quem será feito?	Quando será feito?
1	Criar a Comissão Resíduos de Serviços de Saúde	Por obrigatoriedade (conforme legislação) de acordo com necessidade;	Nomeação de membros Comissão Resíduos de Serviços de Saúde	Diretoria Técnica	Mês 1
2	Elaborar Regimento Interno da Comissão	Elaboração de políticas e procedimentos para a segregação, acondicionamento, transporte, tratamento e disposição final dos resíduos.	Será solicitado à comissão e representantes eleitos	A própria comissão	Mês 2
3	Reuniões ordinárias;	Alinhar as atividades em parceria com a PGRSS de acordo com os perfis de classificação de resíduo de saúde por setor. Levantamento de quantidade de resíduo gerado por setor e global. Suporte aos setores quanto ao descarte adequado.	Divulgação e orientações aos setores quanto ao descarte adequado e consciente.	Membros da comissão	Mês 3
3	Realizar classificação de resíduos por áreas fornecedoras.	Para os setores tenham conhecimento e	Disponibilização de lixeiras d por setor de acordo com classificação de resíduos.	Membros da comissão	Mês 3

Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Comissão De Resíduos De Serviços De Saúde

		cuidados com o descarte adequado de resíduos e padronização de sacos de lixo e lixeiras.			
4	Reuniões ordinárias;	Alinhar as atividades em parceria com a PGRSS de acordo com os perfis de classificação de resíduo de saúde por setor. Levantamento de quantidade de resíduo gerado por setor e global. Suporte aos setores quanto ao descarte adequado.	Divulgação e orientações aos setores quanto ao descarte adequado e consciente.	Membros da comissão	Mês 6
5	Realizar capacitação das áreas	Capacitar equipes quanto as classificações de resíduos em saúde e cuidados adequados para evitar exposição.	Atender as recomendações de descarte seguro de resíduos. Avaliando o acondicionamento adequado nos momentos de coleta pelo SHL.	A própria Comissão	Mês 4
6	Reuniões ordinárias;	Alinhar as atividades em parceria com a PGRSS de acordo com os perfis de classificação de resíduo de saúde por setor. Levantamento de quantidade de	Divulgação e orientações aos setores quanto ao descarte adequado e consciente.	Membros da comissão	Mês 9

Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Comissão De Resíduos De Serviços De Saúde

		resíduo gerado por setor e global. Suporte aos setores quanto ao descarte adequado.			
7	Realizar em conjunto com SHL (serviço de higiene e limpeza) rotas de coleta de lixo hospitalar nos setores	Evitar cruzamento com rotas de alimentação dos pacientes, evitando contaminação do ambiente hospitalar e reduzindo risco de infecção.	Monitorar rotas do serviço.	Membros da comissão	Mês 5
8	Reuniões ordinárias;	Apresentar relatórios das atividades desenvolvidas no ano e propostas de melhorias para futuros programas.	Divulgação de resultados e identificação de oportunidades de melhorias bem como: capacitação, cursos ,entre outras necessidades apontadas.	Membros da comissão	Mês 12



10.1.2: FA. 2 – ÁREA DA QUALIDADE

QUALIDADE OBJETIVA: AVALIA MEDIDAS DA PROPOSTA DE TRABALHO PARA IMPLANTAÇÃO DE COMISSÕES

COMITÊ TRANSFUSIONAL

COMITÊ TRANSFUSIONAL

REGIMENTO INTERNO

I - Princípios e Diretrizes:

O Comitê Transfusional é constituído por uma equipe multidisciplinar tendo como objetivo monitorar a prática transfusional no Hospital, de modo a fornecer a cada paciente procedimentos diagnósticos e terapêuticos, assegurando o melhor resultado para a sua saúde, com o menor custo e com o menor risco iatrogênico.

II – OBJETIVOS:

- Melhorar as práticas hemoterápicas da instituição;
- Aumentar a segurança transfusional;
- Otimizar o uso do hemocomponentes;
- Reduzir os erros transfusionais;
- Estreitar a relação com os diversos serviços do hospital;
- Criar programa efetivo de revisão da utilização do sangue;
- Promover atualização em hemoterapia;
- Atender exigências legais

III – COMPETÊNCIAS:

- É COMPETÊNCIA do Comitê Transfusional o monitoramento da prática hemoterápica na instituição de assistência à saúde visando o uso racional do sangue, atividade educacional continuada em hemoterapia, a hemovigilância e a elaboração de protocolos institucional no atendimento a rotina hemoterápica.
- A constituição do Comitê Transfusional será compatível e adequar-se-á às necessidades e complexidades de cada serviço de hemoterapia.
- Zelar pelo cumprimento das normas regionais, nacionais internacionais e institucionais relativos aos assuntos de sua competência.
- Revisar periodicamente a legislação relacionada à política transfusional e sua aplicação na legislação.
- Monitorar os eventos adversos a transfusão de sangue e hemocomponentes , juntamente com a comissão de hemovigilância.
- Elaborar normas, analisar e emitir pareceres, realizar avaliações e auditorias, promover ações educativas e de divulgação sobre questões relativas ao processo de hemotransfusão;

- Elaborar planos de ação e estabelecer estratégias de atuação para aumentar a segurança transfusional, dentro da área de abrangência estabelecida na instituição.
- Promover educação continuada na área transfusional para profissionais de saúde integrantes da equipe assistencial.
- Estabelecer critérios transfusionais em conhecimento científico adequado ao atendimento dos pacientes na instituição.
- Desenvolver mecanismos para avaliações das requisições transfusionais antes de sua liberação para uso.

IV - Constituição do Comitê Transfusional:

- A) O Comitê Transfusional do Hospital está constituído por 04 médicos, 01 enfermeiro, 01 técnico de patologia e 01 assistente administrativo.
- B) O Coordenador do comitê foi indicado pela direção clínica entre os membros do comitê.
- C) O mandato do comitê será de 02 anos podendo ser renovado pelo mesmo período.
- D) Os membros do Comitê deverão ser representantes das seguintes áreas assistenciais e administrativas da instituição:

V – Funcionamento:

- A) As reuniões ordinárias são realizadas mensais, já estabelecida em cronograma data, hora e duração.
- B) Coordenador do CT tem atribuição de convocar as reuniões
- C) As faltas deverão ser justificadas.
- D) Outros profissionais poderão participar das reuniões para sugestões e queixas, mas não participarão das tomadas de decisão.
- E) O Coordenador poderá convocar reuniões extraordinárias para discussão de casos graves ou outros assuntos afins.
- F) A técnica de Patologia será a referência para o recebimento dos resumos hemoterápicos e FITs.
- G) Deve ser realizada ata de cada reunião, onde os membros consignarão sua presença, ficando ajustado as pendências, conclusões, deliberações e resoluções. A ata deverá ser assinada.
- H) Uma cópia da ata deve ser encaminhada a Direção Técnica/Médica da instituição ao qual faz parte.

- I) O Comitê Transfusional deverá fazer avaliação das transfusões realizadas e dos eventos;
- J) O serviço de hemoterapia colaborará com as atividades do Comitê Transfusional das instituições de assistência à saúde para as quais forneça componente sanguíneo para atividade transfusional, de elaboração e implementação de protocolos para controlar as indicações, o uso e o descarte dos hemocomponentes sanguíneos, quando solicitado.

VI - Atribuições:

Do Comitê Transfusional:

- A) Avaliar as transfusões de sangue realizadas na Instituição;
- B) Estabelecer normas para auxiliar a qualidade e segurança do ato transfusional.
- C) Enviar o resumo hemoterápicos para o Hemocentro de Regional de Goiás;
- D) Emitir boletim estatístico periódico a cada 06 meses, sobre a prática transfusional e reações adversas;
- E) Divulgar as funções do Comitê Transfusional no Hospital;

Dos membros do Comitê Transfusional:

- F) Dos médicos: Elaboração de campanhas, divulgação do Comitê Transfusional, avaliação das solicitações de transfusão, orientação aos demais médicos, avaliação e conclusão das FITs, participar de treinamentos e reuniões.
- G) Do enfermeiro: Efetuar treinamento e capacitação para os enfermeiros do Hospital, supervisionar e orientar as transfusões e notificação de reações transfusionais e participar de treinamentos no HRGO;
- H) Do técnico e responsável pela agência transfusional: Orientar sobre as rotinas para realização dos testes pré e pós transfusional e o correto preenchimento da FIT, divulgar o Comitê Transfusional, participar de reuniões e treinamentos.
- I) Do assistente administrativo: Fazer as atas das reuniões do Comitê Transfusional, divulgar o Comitê Transfusional e participar de reuniões e treinamentos.
- J) Do Coordenador do Comitê Transfusional: Fazer convocação de reuniões ordinárias e extraordinárias, orientações, divulgação do comitê, organização de treinamentos, palestras e outros.

VII — Responsabilidades:

Da Diretoria da Instituição:

- A) Nomear os membros do Comitê Transfusional.
- B) Homologar as ações do Comitê Transfusional.
- C) Acompanhar o desenvolvimento e as atividades do Comitê Transfusional.
- D) Divulgar a importância do Comitê Transfusional no Hospital.

Do Comitê Transfusional:

- E) Avaliar, elaborar, executar ações para a qualidade e segurança do ato transfusional no Hospital.
- F) Divulgar as ações do Comitê Transfusional internamente — Hospital.
- G) Elaborar campanhas educativas.
- H) Da Equipe Médica:
 - I) Preencher adequadamente as solicitações de transfusão
 - J) Participar dos treinamentos do Comitê Transfusional.
 - K) Avaliar e atender as possíveis reações transfusionais.
 - L) Possuir manual de condutas para a prescrição, administração da transfusão, monitorização e assistência às reações adversas da transfusão.
 - M) Preencher adequadamente a Ficha de Incidente Transfusional (FIT).

Da Equipe de Enfermagem:

- N) Avaliar as solicitações de transfusão.
- O) Fazer a identificação segura e correta da amostra e do paciente.
- P) Participar dos treinamentos do Comitê Transfusional.
- Q) Realizar o atendimento seguro às reações adversas.
- R) Fazer o preenchimento adequado da FIT.
- S) Promover a educação permanente dos técnicos de enfermagem sobre a prática transfusional segura.

VI — Disposição Geral

- A) Este Regimento deverá ser aprovado pela Direção do Hospital antes de entrar em vigor.

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE- HMTJ**GERÊNCIA GERAL / DIRETORIA TÉCNICA / DIRETORIA CLÍNICA**

Título: Planilha para Cronograma de Implantação do Comitê Transfusional

Item	O que deverá ser feito?	Por que será feito?	Como será feito?	Por quem será feito?	Quando será feito?
1	Criar comissão	Por obrigatoriedade (conforme portaria) de acordo com necessidade;	Nomeação de membros do Comitê Transfusional	Diretoria Clínica	Mês 1
2	Reuniões ordinárias;	Acompanhar o perfil de pacientes atendidos, compilar o número de transfusões realizadas separando por tipos de hemocomponentes. Planilha de descartes hemocomponentes. Relatórios de doadores	Relatórios com a direção sobre o andamento da comissão e resultados alcançados.	Membros do Comitê.	Mês 2
3	Elaborar Regimento Interno da Comissão	Para oferecer suporte e orientação das atividades e bases de dados de acordo com perfil epidemiológico de atendimento.	Relatório via sistema do número de pacientes atendidos por profissional/especialidade.	Membros do Comitê.	Mês 3
4	Reuniões ordinárias;	Acompanhar o perfil de pacientes atendidos, compilar o número de transfusões realizadas separando por tipos de hemocomponentes. Planilha de descartes hemocomponentes. Relatórios de doadores	Relatórios com a direção sobre o andamento da comissão e resultados alcançados.	Membros do Comitê.	Mês 3
5	Desenvolvimento de diretrizes e protocolos;	Atualizar as diretrizes e fluxos de abordagem do possível doador de sangue e acompanhamento de notificações de reações	Revisão da literatura e manual do Hemocentro em conjunto com NSP da instituição.	Membros do Comitê e NSP.	Mês 4

Título: Planilha para Cronograma de Implantação do Comitê Transfusional

		transfusionalis junto ao NSP. .			
5	Reuniões ordinárias;	Acompanhar o perfil de pacientes atendidos, compilar o número de transfusões realizadas separando por tipos de hemocomponentes. Planilha de descartes hemocomponentes. Relatórios de doadores	Relatórios com a direção sobre o andamento da comissão e resultados alcançados.	Membros do Comitê.	Mês 4
6	Promover e organizar campanha interna de doação de sangue	Preparar a equipe que realizará a abordagem do colaborador junto nas campanhas de doação de a sangue. E Sensibilização das equipes.	Realizar divulgação das campanhas internas junto ao setor de Comunicação.	Membros do Comitê.	Mês 5
9	Reuniões ordinárias;	Acompanhar o perfil de pacientes atendidos, compilar o número de entrevistas realizadas e número de sucessos de captação de órgão, articuladas com a central de transplantes.	Relatórios com a direção sobre o andamento da comissão e resultados alcançados.	Membros do Comitê.	Mês 6 Mês 7 Mês 8 Mês 9 Mês 10 Mês 11
10	Reuniões ordinárias;	Apresentar Compilado anual de transfusões realizadas, número de bolsas perdidas, número de reações notificadas, bem como aspectos negativos/dificultadores de adesão ao processo de doação. Levantamento de propostas de melhorias	Divulgação de resultados e identificação de oportunidades de melhorias bem como os motivos que impactaram em não adesão ao processo de boas práticas na realização de hemotransfusão e segurança do paciente..	Membros do Comitê.	Mês 12

Título: Planilha para Cronograma de Implantação do Comitê Transfusional

		próximo ciclo.			
--	--	----------------	--	--	--



10.1.2: FA. 2 – ÁREA DA QUALIDADE

**QUALIDADE OBJETIVA: AVALIA MEDIDAS DA PROPOSTA DE
TRABALHO PARA IMPLANTACÃO DE COMISSÕES**

NÚCELO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE (NOSP)

**Regimento Interno – NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO
PACIENTE (NQSP)**

REGIMENTO INTERNO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL

ABRANGENCIA

Este se aplica a todos os setores do Hospital, que direta ou indiretamente possam estar envolvidos com a Segurança do Paciente.

CAPÍTULO I - DO OBJETIVO

Artigo 1º - A criação do Núcleo de Segurança do Paciente de acordo com a RDC nº. 36/2013, tem como objetivo promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco.

CAPÍTULO III – DIRETRIZES

- A melhoria contínua nos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;
- A disseminação sistemática da cultura de segurança;
- A articulação e a integração dos processos de gestão de risco;
- A garantia de boas práticas de funcionamento do serviço de saúde.

CAPITULO IV- DA ORGANIZAÇÃO DO NUCLEO

Artigo 2º - Os membros do núcleo deverão ser nomeados pela diretoria clínica.

Artigo 3º- Os membros do núcleo terão mandato de 02 (dois) anos, prorrogáveis por igual período. Caso necessário saída de algum membro, o mesmo deverá ser substituído por outro membro indicado pela direção clínica.

CAPITULO V- DA SUBORDINAÇÃO

Artigo 4º - Toda a equipe da NSP do Hospital estará subordinada à diretoria clínica.

CAPITULO VI- DAS ATRIBUIÇÕES GERAIS

Ao Núcleo de Segurança do Paciente é incumbido:

- I - promover ações para a gestão de risco no serviço de saúde;
- II - desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no serviço de saúde;
- III - promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corretivas;
- IV - elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;
- V - acompanhar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;
- VI - implantar os Protocolos de Segurança do Paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores;
- VII - estabelecer barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde;

VIII - desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde;

IX - analisar e avaliar os dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;

X - compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;

XI - notificar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;

XII- manter sob sua guarda e disponibilizar à autoridade sanitária, quando requisitado, as notificações de eventos adversos;

XIII - acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias.

CAPÍTULO VII - DA COMPOSIÇÃO

Artigo 5º - A composição do Núcleo de Segurança do Paciente será a seguinte:

- a) 01 representante da Farmácia Hospitalar;
- b) 01 representante do Corpo Clínico;
- c) 01 representante do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar;
- d) 01 representante da Enfermagem;
- e) 01 representante da Engenharia Clínica;
- f) 01 representante da Agência Transfusional;
- g) 01 representante da Gestão de Qualidade;
- h) 01 secretário Administrativo

Artigo 6º - Novos integrantes da comissão só serão nomeados em Ata de Nomeação após três reuniões consecutivas, ou em casos excepcionais será nomeado de imediato com aprovação de todos os membros integrantes da comissão, sendo registrado em ata.

Artigo 7º - Cada membro deverá seguir suas atribuições de acordo com as descrições feitas e discutir os casos em equipe para tomada de decisões.

CAPÍTULO VIII - DO FUNCIONAMENTO

Artigo 8º O NSP realizará reuniões quinzenais, podendo ser convocada extraordinariamente quando necessário. Artigo 9º As reuniões, bem como seus conteúdos serão registradas em ata constando o nome dos membros participantes, além de assinatura de lista de presença.

Artigo 10º Todas as ausências e modificações do cronograma devem ser justificada na Ata de reunião.

Artigo 11º As atividades hospitalares, também serão registradas em ata.

CAPÍTULO IX – DO PLANEJAMENTO

Artigo 12º O NSP deverá apresentar no mês de dezembro o planejamento de suas atividades para o ano do seguinte, a ser avaliado e aprovado pela diretoria clínica do hospital.

CAPÍTULO X - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E FINAIS

Artigo 13º É de responsabilidade do NSP, atender as recomendações do plano nacional de segurança do paciente.

Artigo 14º O monitoramento dos incidentes e eventos adversos será realizado pelo NSP.

Artigo 15º A notificação dos eventos adversos, deverá 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 da data do ocorrido.

Artigo 16º Este regimento poderá ser modificado de acordo com as necessidades para melhor funcionamento da NSP.

Artigo 16º Para registro das reuniões, deverá ser elaborada, Ata de reunião Cronograma Lista de presença, Planilha de controle de eventos adversos Notificação interna de eventos adversos e Notificação de eventos adversos pela Anvisa.

Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Núcleo De Qualidade E Segurança Do Paciente - NQSP

Item	O que deverá ser feito?	Por que será feito?	Como será feito?	Por quem será feito?	Quando será feito?
1	Criar NQSP	Por obrigatoriedade (conforme portaria) de acordo com necessidade;	Através de convite a membros do Serviço de Gestão da Qualidade	Gerencia de enfermagem/Qualidade	Mês 1
2	Elaboração do regimento interno do NSP;	Políticas de segurança e regimento do serviço, método de notificação de incidentes, matriz de riscos	Acompanhar implementação	Membros do NSP.	1º e 2ºquinzena (Mês 1,2,3,4)
3	Protocolos de segurança do paciente	Definição e condutas padronizadas de acordo com protocolos clínicos	Acompanhar implementação	Membros do NSP.	3º e 4ºquinzena (Mês 1,2,3,4)
4	Meta 1: Identificação Correta do Paciente.	Definição e condutas padronizadas de identificação do paciente.	Acompanhar implementação	Membros do NSP.	1º e 2ºquinzena (Mês 1,2,3,4)
5	Meta 2: Comunicação Efetiva.	Padronizar comunicação efetiva durante na assistência gerada aos pacientes internados.	Acompanhar implementação	Membros do NSP.	3º e 4ºquinzena (Mês 1,2,3,4)
6	Meta 3: Melhorar a Segurança dos Medicamentos.	Seguir os protocolos de boas práticas na cadeia medicamentosa.	Acompanhar implementação	Membros do NSP.	1º e 2ºquinzena Mês (5,6,7,8)
6	Meta 4: Cirurgia Segura.	Aplicação do Check list de Cirurgia	Acompanhar implementação	Membros do NSP.	3º e 4ºquinzena Mês (5,6,7,8)

Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Núcleo De Qualidade E Segurança Do Paciente - NQSP

		segura em sua completitude de pacientes operatórios.			
6	Meta 5: Reduzir o Risco de Infecções Associadas aos Cuidados.	Desenvolver e aderir ações de prevenção de infecção relacionadas a saúde.	Acompanhar implementação	Membros do NSP.	1º e 2ºquinzena Mês (9,10,11,12)
7	Meta 6: Reduzir o Risco de Danos aos Pacientes Resultantes de Lesões por Pressão e Quedas.	Aplicação de protocolos de avaliação do risco e prevenção de quedas e lesão por pressão.	Acompanhar implementação	Membros do NSP.	3º e 4ºquinzena Mês (9,10,11,12)
8	Elaborar relatórios de ações da comissão e planejamento de ações futuras.	Subsidiar melhorias de processos e análises de dados.	Análise global das ações empreendidas durante o ano e propostas de melhorias baseadas nas experiências vivenciadas e perfil de notificação de eventos adversos.	Membros da comissão e Direção Clínica.	Mês 12



10.1.2: FA. 2 – AREA DA QUALIDADE

**QUALIDADE OBJETIVA: AVALIA MEDIDAS DA PROPOSTA DE TRABALHO PARA
IMPLANTAÇÃO DAS COMISSÕES**

NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR

PROPOSTA REGIMENTO INTERNO - NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR DO

CAPÍTULO I

DA NATUREZA E FINALIDADE

Art. 1º O Núcleo de Vigilância Epidemiológica do Hospital é responsável pelo planejamento e execução das ações de epidemiologia hospitalar, incluindo a vigilância epidemiológica das doenças de notificação compulsória (DNC) ou outros agravos de interesse para a saúde pública.

Art. 2º O Núcleo de Vigilância Epidemiológica do Hospital, de natureza consultiva e deliberativa, de caráter permanente, terá seu funcionamento regulamentado por este regimento, normas internas do Hospital e pelas bases legais que lhe forem aplicáveis: Lei Nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, regulamentada pelo Decreto nº 78.231, de 12 de agosto de 1976, Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 e na Portaria Nº. 2.254, de 5 de agosto de 2010.

CAPÍTULO II DAS COMPETÊNCIAS

Art. 3º Compete ao Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar do Hospital:

- I. Estudar e propor aos empregados do Hospital medidas para prevenção e controle das doenças de notificação compulsória e seus agravos;
- II. Assegurar a implantação e manutenção dos processos e fluxos organizacionais estabelecidos e aprovados, inclusive através da viabilização, junto à administração;
- III. Incentivar estudos e debates com as lideranças, visando o aperfeiçoamento permanente da estrutura e dos processos e fluxos organizacionais, definidos para estes serviços;
- IV. Assegurar a implantação das medidas aprovadas;
- V. Orientar os processos de trabalho através da coleta de dados (agravos e doenças) através da busca ativa e passiva nas unidades de internação, pronto-atendimento, ambulatório, laboratório, e outras unidades de interesse nos hospitais;

VI. Notificar e investigar as Doenças de Notificação Compulsória (DNC) no âmbito hospitalar, utilizando as fichas de notificação e investigação padronizadas pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN);

VII. Analisar e interpretar os dados, monitorando e divulgando o perfil de morbimortalidade hospitalar;

VIII. Participar de treinamento continuado para os profissionais dos serviços, estimulando a notificação das doenças no ambiente hospitalar.

CAPÍTULO III DA COMPOSIÇÃO

Art. 4º O Núcleo de Vigilância Epidemiológica do Hospital será composto pelos membros abaixo elencados:

I. Coordenador (a) do Núcleo;

II. Enfermeiro (a);

III. Médico (a);

IV. Assistente administrativo.

§ 1º Os representantes indicados serão nomeados pela Superintendência.

§ 2º A equipe deve ser multidisciplinar, dimensionada e estruturada conforme as necessidades da instituição, sendo os técnicos com formação superior ou média, com conhecimento em vigilância epidemiológica.

§ 3º A equipe técnico-administrativa deve ser formalmente designada pela Superintendência do hospital, cujo quantitativo e qualificação deverão estar de acordo com as atribuições do Núcleo.

CAPÍTULO IV DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 5º Compete a todos os membros do Núcleo:

I. Elaborar e manter em operação um sistema de busca ativa para os pacientes internados e atendidos em pronto-socorro e ambulatório da unidade hospitalar, para a detecção das doenças e agravos constantes nas Portarias nacionais, estaduais e municipais vigentes;

II. Elaborar e manter em operação sistema de busca ativa para detecção e notificação dos óbitos ocorridos no ambiente hospitalar;

III. Notificar ao primeiro nível hierárquico superior da vigilância epidemiológica as doenças e agravos de notificação compulsória detectados no âmbito hospitalar, de acordo com os instrumentos e fluxos de notificações definidos pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS);

IV. Realizar a investigação epidemiológica das doenças, eventos e agravos constantes na Portaria vigente, detectados no ambiente hospitalar, em articulação com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e com a Secretaria Estadual de Saúde (SES), incluindo as atividades de interrupção da cadeia de transmissão de casos e surtos, quando pertinentes, segundo as normas e procedimentos estabelecidos pela SVS/MS;

V. Elaborar e divulgar Informes/Notas Técnicas de acordo com as orientações do Ministério da Saúde, Secretaria de Estado de Saúde, Secretaria Municipal de Saúde e da Insituição;

VI. Participar da investigação dos óbitos infantis ocorridos no ambiente hospitalar, em conjunto com a comissão de análise de óbitos e em articulação com a SMS e com a SES, nos termos definidos na Portaria nº 72/GM/MS, de 2010;

VII. Incentivar a realização de necropsias ou a coleta de material e fragmentos de órgãos para exames microbiológicos e anatomopatológicos, em caso de óbitos por causa mal definida ocorridos no ambiente hospitalar;

VIII. Desenvolver processo de trabalho integrado aos setores estratégicos da unidade hospitalar, para fins de implementação das atividades de vigilância epidemiológica para acesso às informações necessárias à detecção, monitoramento e encerramento de casos ou surtos sob investigação;

IX. Validar as Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) cujo código da Classificação Internacional de Doenças (CID) indique tratar-se de internação por doença de notificação compulsória, nos termos definidos na Portaria Conjunta nº 20/SAS/SVS/MS, de 25 de maio 2005;

X. Promover treinamento continuado para os profissionais dos serviços, estimulando a notificação das doenças no ambiente hospitalar;

XI. Monitorar e avaliar o preenchimento das declarações de óbitos;

XII. Monitorar, avaliar e divulgar o perfil de morbimortalidade hospitalar, incluindo as DNC detectadas nesse ambiente, subsidiando o processo de planejamento e a tomada de decisão dos gestores do hospital, dos gestores estaduais e dos municipais dos sistemas de vigilância e de atenção à saúde;

XIII. Realizar o monitoramento de casos hospitalizados por doenças e agravos prioritários para o SNVS, de acordo com as prioridades definidas pela SVS/MS, com base na situação epidemiológica e na viabilidade operacional;

XIV. Apoiar ou desenvolver estudos epidemiológicos ou operacionais complementares de DNC no ambiente hospitalar, incluindo a avaliação de protocolos

clínicos das DNC, em consonância com as prioridades definidas pelos gestores do SNVS;

XV. Alimentar periodicamente os sistemas oficiais de notificação, como o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM);

XVI. Monitorar os resultados dos exames dos pacientes com suspeita/diagnóstico de doença e agravo de notificação compulsória encaminhados aos laboratórios do Hospital e conveniados e comunicar a equipe de saúde assistente do paciente e o resultado de exames, recomendando as medidas de precaução necessárias, conforme indicação.

Art. 6º Compete ao Coordenador do Núcleo:

I. Planejar, organizar e gerenciar o cuidado realizado no âmbito do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar;

II. Coordenar as atividades da equipe multiprofissional de saúde vinculada;

III. Implantar e avaliar, com a participação da equipe multiprofissional, os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas relacionados aos cuidados desenvolvidos pelo Núcleo;

IV. Identificar necessidades e propor ações de educação permanente das equipes multiprofissionais;

V. Definir processo de trabalho junto à sua equipe;

VI. Participar de Grupos de Trabalho, Comissões e Reuniões Administrativas determinadas pela Instituição;

VII. Manter a equipe ciente das exigências institucionais, por meio de reuniões ou informativos;

VIII. Apresentar habilidades em liderança, trabalho em equipe, mediação de conflitos, processos de comunicação, decisão, negociação e mudanças;

IX. Convocar e coordenar as reuniões ordinárias e extraordinárias do Núcleo;

X. Representar o Núcleo junto à Gestão Superior e entidades da sociedade;

XI. Delegar atribuições aos demais membros do Núcleo;

XII. Fazer cumprir este Regimento.

Art. 7º Compete ao (a) Enfermeiro (a) do Núcleo:

- I. Realizar busca ativa para os pacientes internados ou atendidos em pronto- atendimento e ambulatório para a detecção de DNC;
- II. Notificar e investigar, no âmbito hospitalar, as DNC, utilizando as fichas de notificação e investigação padronizadas pelo SINAN;
- III. Realizar a notificação imediata para as doenças que necessitam de ação de controle e investigação segundo normas e procedimentos estabelecidos pela SMS;
- IV. Supervisionar os dados das fichas de Investigação Epidemiológica, fichas de notificação manualmente e encaminhar para o SMS semanalmente;
- V. Consolidar, analisar e divulgar as informações referentes às DNC no ambiente hospitalar, subsidiando o planejamento e a avaliação das ações para os gestores do hospital;
- VI. Participar das atividades de investigação de surtos e de interrupção da cadeia de transmissão das DNC detectadas no âmbito hospitalar, elaborando relatórios com medidas a serem adotadas para sua contenção;
- VII. Promover um trabalho integrado com o laboratório do hospital e com outros laboratórios de referência, estabelecendo fluxo de envio de amostras e de recebimento de resultados de exames referentes às DNC;
- VIII. Auxiliar nas orientações e monitoramento das “Medidas de Prevenção e Isolamentos” em casos de notificação compulsória;
- IX. Desenvolver ações integradas com a CCIH, Divisão de Enfermagem, Divisão Médica, Gerência de Atenção à Saúde (GAS), Gerência Administrativa (GA), Farmácia e Laboratório.

Art. 8º Compete ao (a) Médico (a) do Núcleo:

- I. Participar das atividades de investigação de surtos e de interrupção da cadeia de transmissão das DNC detectadas no âmbito hospitalar;
- II. Promover um trabalho integrado com o laboratório do hospital e com outros laboratórios de referência, estabelecendo fluxo de envio de amostras e de recebimento de resultados de exames referentes às DNC;
- III. Auxiliar nas orientações e monitoramento das “Medidas de Prevenção e Isolamentos”;
- IV. Participar de reuniões com a alta gestão e corpo clínico do hospital;
- V. Desenvolver ações integradas com a CCIH, Divisão de Enfermagem, Divisão Médica, GAS, GA, Farmácia e Laboratório;

VI. Realizar a notificação imediata aos médicos assistenciais para as doenças que necessitam de ação de controle e investigação imediata, e definir isolamento e profilaxia;

VII. Participar das atividades de investigação de surtos e de interrupção da cadeia de transmissão de DNC detectados no âmbito hospitalar;

VIII. Incentivar a realização de necropsias ou a coleta de material e fragmentos de órgãos para exames microbiológico e anatomopatológico, em caso de óbito por causa mal definida;

IX. Promover a integração com SAME do hospital, para o acesso às informações necessárias à vigilância epidemiológica contidas nos prontuários e em outros registros de atendimento;

X. Participar de treinamento continuado para os profissionais dos serviços, estimulando a notificação das doenças no ambiente hospitalar.

Art. 9º Compete ao Assistente administrativo do Núcleo:

- I. Agendar reuniões e expedir convocações/convites para as reuniões extraordinárias;
- II. Digitar memorandos, ofícios e demais documentos;
- III. Receber, encaminhar e arquivar processos, bem como, todas as atualizações pertinentes ao Núcleo;
- IV. Executar os serviços de digitação do Núcleo;
- V. Participar da organização de eventos;
- VI. Digitar os relatórios elaborados pelo grupo técnico;
- VII. Participar de reuniões e elaborar as atas do Núcleo;
- VIII. Participar de Grupos de Trabalho, Comissões e Reuniões Administrativas relacionadas a sua função, determinadas pela Instituição;
- IX. Conferir os e-mails da caixa de entrada do Núcleo;
- X. Alimentar diariamente o sistema para notificações de DNC (planilha Excel), o Sinan e gerar a estatística.

CAPÍTULO V

DO FUNCIONAMENTO

Art. 10 O Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar funciona de segunda a sexta-feira das 7h às 17h e nos finais de semana e feriados por plantão à distância.

Art. 11 As reuniões do Núcleo serão realizadas com os membros nomeados, em caráter ordinário mensalmente e em caráter extraordinário em dia, local e horário pré- estabelecido, de acordo com a necessidade de definição de ações relacionadas ao serviço.

Parágrafo único. Em caso de impossibilidade de participação da reunião agendada, o membro deverá justificar no mesmo processo da convocação até o início da reunião.

Art. 12 As reuniões poderão ser convocadas pelo Coordenador ou a pedido de qualquer membro do Núcleo.

Art. 13 De cada reunião será lavrada ata, incluindo assuntos discutidos, decisões tomadas e lista de presença.

Art. 14 As deliberações do Núcleo serão preferencialmente estabelecidas por consenso entre os seus membros.

Art. 15 O funcionamento do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar, além dos critérios, regras e recomendações contidas neste Regimento, deve observar a legislação brasileira pertinente, o Estatuto e o Regimento Interno do Hospital, e as regras estabelecidas internamente pela Instituição.

Parágrafo único. Assuntos referentes a normas e rotinas do Núcleo devem ser tratados em documento próprio (manual de normas e rotinas e/ou POPs).

Art. 16 Este Regimento poderá ser modificado no todo ou em parte, por proposta dos membros do núcleo, mediante aprovação em reunião convocada para esta finalidade.

Art. 17 O presente Regimento entra em vigor na data de sua publicação.

Título: Planilha para Cronograma de Implantação do Núcleo De Vigilância Epidemiológica Hospitalar

Item	O que deverá ser feito?	Por que será feito?	Como será feito?	Por quem será feito?	Quando será feito?
1	Criar comissão	Por obrigatoriedade (conforme portaria) de acordo com necessidade;	Através de eleição de membros da equipe multiprofissional	Gerencia geral	Mês 1
2	Reuniões ordinárias;	Apresentar o perfil de notificações compulsórias e surtos no período, análises de casos, e propostas de melhorias.	Relatórios de pacientes atendidos, e planilhas de acompanhamento de casos de notificação compulsória.	Membros da comissão	Mês 2
3	Elaborar Regimento Interno da Comissão	Para oferecer suporte e orientação das atividades e bases de dados de acordo com perfil epidemiológico de atendimento.	Relatório via sistema do número de pacientes atendidos por profissional/especialidade e tipo de notificação.	A própria comissão	Mês 3
4	Reuniões ordinárias;	Apresentar o perfil de notificações compulsórias e surtos no período, análises de casos, e propostas de melhorias.	Relatórios de pacientes atendidos, e planilhas de acompanhamento de casos de notificação compulsória.	Membros da comissão	Mês 3
5	Elaborar painel de bordo	Facilitar o acompanhamento do perfil e tomada de decisão.	Elaborando junto ao CSTI painel de bordo com dados de produção médica.	Membros da comissão	Mês 4
6	Reuniões ordinárias;	Apresentar o perfil de notificações compulsórias e surtos no período,	Relatórios de pacientes atendidos, e planilhas de acompanhamento de casos de notificação compulsória.	Membros da comissão	Mês 4 Mês 5 Mês 6

Título: Planilha para Cronograma de Implantação do Núcleo De Vigilância Epidemiológica Hospitalar

		análises de casos, e propostas de melhorias.			Mês 7 Mês 8 Mês 9 Mês 10 Mês 11
7	Reuniões ordinárias;	Apresentar Compilado anual de Perfil de notificação Compulsória e surtos na instituição ,eventos ocorridos no ano e propostas de melhorias próximo ciclo.	Divulgação de resultados e identificação de oportunidades de melhorias bem como a relação com Órgãos de contra referencias de casos vivenciados .	Membros da comissão	Mês 12



10.1.2: FA. 2 – ÁREA DA QUALIDADE

**QUALIDADE OBJETIVA: AVALIA MEDIDAS DA PROPOSTA DE
TRABALHO PARA IMPLANTAÇÃO DE COMISSÕES**

COMISSÃO INTERNA DE QUALIDADE

COMISSÃO INTERNA DE QUALIDADE REGIMENTO INTERNO

ABRANGÊNCIA

Este se aplica a todos os setores do Hospital que direta ou indiretamente possam estar envolvidos nos processos da Qualidade.

CAPÍTULO I - DO OBJETIVO

Artigo 1º - A Comissão Interna da Qualidade, tem como objetivo o compromisso de introduzir a Gestão da Qualidade como uma ferramenta permanente de aprimoramento institucional, reorganizando suas práticas e diminuindo riscos para pacientes/clientes, profissionais e colaboradores, monitorando periodicamente os indicadores para subsidiar os responsáveis do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus nas tomadas de decisão a fim de consolidar os processos.

CAPÍTULO III – DIRETRIZES

- Promover a cultura de melhoria contínua dos processos e resultados;
- Promover a implementação da gestão por processos;
- Liderar processos de gestão de mudanças;
- Coordenar a gestão de documentos;

CAPÍTULO IV- DA ORGANIZAÇÃO

Artigo 2º - Os membros da Comissão Interna da Qualidade deverão ser nomeados pelo Diretor Presidente.

Artigo 3º- Os membros da Comissão Interna da Qualiade terão mandato de 02 (dois) anos, prorrogáveis por igual período. Caso necessário saída de algum membro, o mesmo deverá ser substituído por outro membro indicado pela direção clínica.

CAPÍTULO V- DA SUBORDINAÇÃO

Artigo 4º - Toda a equipe da Comissão Interna da Qualidade do Hospital estará subordinada ao Diretor Presidente.

CAPÍTULO VI- DAS ATRIBUIÇÕES GERAIS

- Estabelecer mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos pactuados em contratos internos de gestão, coordenando a definição e implementação de ações preventivas e corretivas;
- Coordenar ações para a integração e a articulação multiprofissional no âmbito da instituição;
- Executar, monitorar e avaliar ações de melhoria de qualidade alinhadas com a segurança do paciente, especialmente aquelas relacionadas aos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;
- Monitorar e avaliar proposta de metas e indicadores para inserção nos processos.
- Assessorar as ações institucionais de melhoria contínua, elevando o padrão dos serviços prestados por meio de indicadores da qualidade, avaliação da satisfação dos usuários, definição de metodologias e ferramentas da qualidade e controle dos instrumentos administrativos que compõem a estrutura organizacional;
- Estabelecer medidas para tratamento e prevenção de falhas, com aplicação de ferramentas para gerenciamento de riscos associados aos cuidados prestados;
- Assegurar que a Gestão da Qualidade do Hospital implantado e mantido, de acordo com requisitos da qualidade estabelecidos no processo de Acreditação da ONA (Organização Nacional da Acreditação);
- Foco no cliente e no trabalho em equipe permeando toda a organização, decisões baseadas em fatos e dados e a busca constante da solução de problemas e da diminuição de erros;

CAPÍTULO VII - DA COMPOSIÇÃO

Artigo 5º - A composição da Comissão Interna da Qualidade será a seguinte:

- a) Gerente da Qualidade;
- b) Coordenador da Qualidade;
- c) Assistente da Qualidade;
- d) Diretor Presidente;
- e) Diretor Clínico;
- f) Diretor Técnico;

CAPÍTULO VIII - DO FUNCIONAMENTO

Artigo 8º A Comissão Interna da Qualidade realizará reuniões semestrais, podendo ser convocada extraordinariamente quando necessário.

Artigo 9º As reuniões, bem como seus conteúdos serão registradas em ata constando o nome dos membros participantes, além de assinatura de lista de presença.

Artigo 10º Todas as ausências e modificações do cronograma devem ser justificada na Ata de reunião.

CAPÍTULO IX – DO PLANEJAMENTO

Artigo 12º A Comissão Interna da Qualidade deverá apresentar no mês de dezembro o planejamento de suas atividades para o ano do seguinte, a ser avaliado e aprovado pelo Diretor Presidente.

CAPÍTULO X - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E FINAIS

Art 13. Atribuições Dos s Membros do Escritório Da Qualidade

- Garantir que o monitoramento e a intervenção em todos dos processos estabelecidos, sejam realizados pelas lideranças, buscando as melhorias exigidas.
- Apoio aos setores quanto à elaboração e atualização de manuais da qualidade de procedimento e indicadores dos processos existentes na instituição.
- Participar de reuniões mensais ou extraordinárias.
- Participar de treinamentos sobre qualidade hospitalar.
- Estabelecer a cultura da elaboração documental e sua aplicação.
- Manter programas para o gerenciamento de riscos.
- Capacitar os profissionais para a prática com qualidade.
- Viabilizar e tornar disponível a disseminação do programa de qualidade.
- Desenvolver o mapeamento dos processos essenciais.
- Obter efetividade nas ações, para a melhoria da qualidade.
- Acompanhar os indicadores de qualidade, observando seus resultados.
- Prestar serviço de consultoria interna
- Programar e executar o treinamento de todos os funcionários nas atividades relacionadas à qualidade hospitalar, visando a multiplicação dos conhecimentos e facilitar a implementação dos programas.
- Organizar eventos internos e externos relativos ao Sistema de Gestão da Qualidade, para elaboração dos fluxogramas e de documentação da qualidade.
- Articular internamente ferramentas que viabilizem a construção de processos de trabalho que resultem em ações de qualidade. Desenvolver material de apoio, tais como apostilas, cartilhas, cartazes, visando aperfeiçoar os treinamentos e a divulgação do programa.
- Fazer cumprir este Regimento.

Art. 27. Este regulamento poderá ser modificado no todo ou em parte, por proposta dos membros da Comissão, mediante aprovação em reunião convocada para esta finalidade.

Art. 28. O presente Regulamento entra em vigor na data de sua aprovação e publicação.

Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Comissão Interna Da Qualidade

Item	O que deverá ser feito?	Por que será feito?	Como será feito?	Por quem será feito?	Quando será feito?
1	Criar Comissão	Por obrigatoriedade (conforme portaria) de acordo com necessidade;	Através de convite a membros da equipe do Serviço de Qualidade	Diretoria Técnica	Mês 1
2	Reuniões ordinárias;	Realizar levantamento de adesão dos setores na utilização das ferramentas de padronização pelo Serviço de Gestão da Qualidade.	Enviar compilado de adesão aos setores das ferramentas da qualidade através de e-mail, solicitando adequação.	Membros da comissão.	Mês 2
3	Elaborar Regimento Interno da Comissão	Elaborar Regimento do serviço que contemple as políticas da Qualidade a padronização das ferramentas da Qualidade e hierarquias de processos.	A partir de padronização de ferramentas e aquisição de software de gestão da qualidade.	Membros da comissão	Mês 3
4	Elaboração de indicadores de desempenho para todos os setores	Elencar junto aos setores indicadores estratégicos bem como, periodicidade de lançamentos, metas e prazos definidos.	Acompanhar lançamentos e análises de indicadores no sistema de gestão da qualidade.	Membros da comissão	Mês 4
5	Padronizar formulários e realizar mapa de processos das áreas da instituição.	Facilitar o acompanhamento do serviço, bem como apontamento	Auditar internamente os setores e verificar aplicabilidade das ações propostas pelo serviço.	Membros da comissão	Mês 5

Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Comissão Interna Da Qualidade

		de necessidade de melhorias.			
6	Reuniões ordinárias;	Realizar levantamento de adesão dos setores na utilização das ferramentas de padronização pelo Serviço de Gestão da Qualidade.	Enviar compilado de adesão aos setores das ferramentas da qualidade através de e-mail, solicitando adequação.	Membros da comissão.	Mês 8
7	Reuniões ordinárias;	Realizar revisão de documentos publicados. Adesão das atividades propostas pela qualidade pelos setores assistências e administrativos de processos por painel de bordo setorial.	Apresentar à direção a adesão das propostas da qualidade dos setores com objetivo de propor melhorias e monitorar a qualidade do serviço prestado, adesão aos protocolos de segurança, em busca de um alinhamento de processos para pleitear uma certificação do Hospital por órgão de auditoria externa(ONA).	Membros da comissão	Mês 12



10.1.2: FA. 2 – ÁREA DA QUALIDADE

**QUALIDADE OBJETIVA: AVALIA MEDIDAS DA PROPOSTA
DE TRABALHO PARA IMPLANTAÇÃO DE COMISSÕES**

**COMISSÃO DE PREVENÇÃO E CUIDADOS COM
INTEGRIDADE DA PELE.**

COMISSÃO DE PREVENÇÃO E CUIDADOS COM A INTEGRIDADE DA PELE
REGIMENTO INTERNO

CAPÍTULO I
DA FINALIDADE

Art. 1º A Comissão de Prevenção e Cuidados com a Integridade da Pele-CPCIP, tem como objetivo avaliar os riscos, prevenir e tratar as lesões proporcionando uma assistência segura e humanizado aos pacientes.

CAPÍTULO II
DA COMPOSIÇÃO

Art. 2º A CPCIP possui composição multiprofissional, sendo constituída minimamente por: um enfermeiro especialista em Estomaterapia, um enfermeiro especialista em Neonatologia, um enfermeiro da UTI adulto, um representante da UTI Neonatal e um representante do Setor de Gestão da Qualidade.

Art. 3º A CPCIP contará com um presidente e um secretário, os quais serão responsáveis, dentre outras atribuições, pelo funcionamento regular da Comissão.

CAPÍTULO III
DO MANDATO

Art. 4º O mandato deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável conforme necessidade da instituição, sendo devidamente atualizada, em qualquer tempo, em caso de substituição de membro.

Art. 5º O presidente da comissão e os membros, serão designados pela Direção do Hospital. A função de secretário será definida pela CPCIP.

CAPÍTULO IV
DA ESTRUTURA

Art. 6º A CPCIP funcionará em sala no Hospital, contando com a infraestrutura básica necessária para seu funcionamento.

CAPÍTULO V DO FUNCIONAMENTO E EXECUÇÃO

Art. 7º A CPCIP se reunirá ordinariamente, regularmente, minimamente uma vez por mês, e extraordinariamente, todas as vezes que se fizer necessário, mediante convocação, encaminhada por e-mail, com no mínimo 72h para as reuniões ordinárias e 24h para as extraordinárias.

Art. 8º As reuniões da comissão deverão ser registradas em ata padronizada, contendo: pauta, decisões tomadas e encaminhamentos, devendo a mesma ser assinada por todos os membros presentes.

Parágrafo único: As atas das reuniões deverão ser encaminhadas, digitalizadas, para a Gerência de Atenção à Saúde, até o 1º dia útil após a realização da reunião.

Art. 9º A ausência de um membro em 3 reuniões consecutivas, sem justificativa, ou em 6 reuniões, não consecutivas, sem justificativa, durante 12 meses gera sua substituição automática.

§. 1º Na ausência do Presidente, o secretário conduzirá a reunião.

Art. 10. As decisões da comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos votos dos membros presentes.

Art. 11. Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, será designado um relator ou convidado um consultor (interno ou externo), o qual apresentará parecer sobre o assunto, em prazo preestabelecido. Da mesma forma, poderão ser convidados outros profissionais para participar das reuniões.

Art. 12. Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

CAPÍTULO VI DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 13. São atribuições da Comissão de Prevenção e Cuidados com a Integridade da Pele – CPCIP.

Criar mecanismos para que se desenvolvam a prevenção e o cuidados com a integridade da pele dos pacientes do Hospital.

II - Definir condições adequadas de avaliação de risco para lesões de pele nos pacientes assistidos do Hospital;

III - Garantir a avaliação das lesões de pele;

IV - Desenvolver, rever e atualizar normas, protocolos institucionais, fluxogramas e procedimentos abordando a prevenção e cuidados com a integridade da pele;

V- Implantar e difundir ações que promovam a segurança do paciente na prevenção de lesões de pele nos pacientes assistidos;

VI - Manter estreita relação com as Unidades e com comissões com as quais deverão ser discutidos aspectos relacionados a prevenção e cuidados com a integridade da pele;

VII - Planejar as ações de educação permanente da CPCIP, em consonância com as diretrizes de Segurança do Paciente e demais normas institucionais, desenvolvendo de forma permanente, atividades de caráter técnico-científico em prol do cumprimento das metas propostas;

VIII - Padronizar e avaliar os indicadores de estrutura, processo e resultado, relacionados à prevenção e tratamento de lesões de pele dos pacientes do Hospital, apontando necessidade de melhoria, mediante preparação de plano de ação e acompanhamento do cumprimento do mesmo.

IX - Informar à Direção do Hospital sobre situações que promovam aumento do risco aos pacientes;

X- Notificar à Vigilância em até 48h, todos os casos de incidentes e riscos potenciais, dos quais tomar conhecimento;

XI - Contribuir com o Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente realizando a investigação de incidentes envolvendo lesões de pele.

Art. 14. O Presidente da Comissão de Prevenção e Cuidados com a Integridade da Pele – CPCIP será o responsável pela coordenação técnica – administrativa da comissão.

Art. 15. São requisitos para o profissional ser o coordenador técnico-administrativo:

I - Diploma de nível superior (enfermeiro);

II - Possuir inscrição no conselho profissional específico;

III - Possuir habilidade de liderança, controle emocional, facilidade de relacionamento e de trabalho em equipe;

IV - Possuir habilidades gerenciais: planejar, organizar, integrar, monitorar e avaliar indicadores de atividades.

Art. 16. São atribuições do Presidente da Comissão:

I - Assegurar condições para o cumprimento das atribuições gerais da comissão, visando prioritariamente a qualidade e efetividade da prevenção e cuidados com a integridade da pele;

II - Representar a equipe em assuntos relacionados com a prevenção e os cuidados com a integridade da pele dos pacientes;

III - Acompanhar o programa de educação permanente sobre a prevenção e o tratamento de lesões de pele para todos os profissionais envolvidos no cuidado com o paciente na instituição;

IV - Convocar e presidir todas as reuniões da CPCIP;

V- Acompanhar, avaliar e apresentar regularmente os indicadores institucionais referentes à lesões de pele nos pacientes.

VI - Fazer cumprir o regimento;

VII - Emitir, nas decisões da comissão, além do seu voto, o voto de qualidade (voto de Minerva), quando necessário.

Art. 17. A secretaria poderá ser ocupada por qualquer membro, sendo escolhido pelos membros da CPCIP e aprovada pelo Presidente.

Art. 14. O Presidente da Comissão de Prevenção e Cuidados com a Integridade da Pele – CPCIP será o responsável pela coordenação técnica – administrativa da comissão.

Art. 15. São requisitos para o profissional ser o coordenador técnico-administrativo:

I - Diploma de nível superior (enfermeiro);

II - Possuir inscrição no conselho profissional específico;

III - Possuir habilidade de liderança, controle emocional, facilidade de relacionamento e de trabalho em equipe;

IV - Possuir habilidades gerenciais: planejar, organizar, integrar, monitorar e avaliar indicadores de atividades.

Art. 16. São atribuições do Presidente da Comissão:

I - Assegurar condições para o cumprimento das atribuições gerais da comissão, visando prioritariamente a qualidade e efetividade da prevenção e cuidados com a integridade da pele;

II - Representar a equipe em assuntos relacionados com a prevenção e os cuidados com a integridade da pele dos pacientes;

III - Acompanhar o programa de educação permanente sobre a prevenção e o tratamento de lesões de pele para todos os profissionais envolvidos no cuidado com o paciente na instituição;

IV - Convocar e presidir todas as reuniões da CPCIP;

V- Acompanhar, avaliar e apresentar regularmente os indicadores institucionais referentes à lesões de pele nos pacientes.

VI - Fazer cumprir o regimento;

VII - Emitir, nas decisões da comissão, além do seu voto, o voto de qualidade (voto de Minerva), quando necessário.

Art. 17. A secretaria poderá ser ocupada por qualquer membro, sendo escolhido pelos membros da CPCIP e aprovação pelo presidente.

Art. 18. São atribuições e competências do secretário da CPCIP:

I - Organizar a pauta da reunião;

II - Receber e protocolar os processos e expedientes;

III - Lavrar a ata das sessões/reuniões;

IV - Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo Presidente;

V - Organizar e manter o arquivo da comissão;

VI - Enviar cópia da ata da última reunião para a Secretaria da Gerência de Atenção à Saúde, até o 1º dia útil após a reunião.

VII - Substituir o Presidente em suas ausências e impedimentos.

VIII - Realizar outras funções determinadas pelo Presidente relacionadas à CPCIP;

Art. 19. Para realização dos trabalhos da comissão os membros deverão ser disponibilizados de suas atividades assistenciais por tempo necessário à participação das reuniões e execução das atividades definidas.

Art. 20. São atribuições dos membros da CPCIP:

I - Participar regularmente das reuniões da CPCIP;

II - Deliberar sobre temas discutidos em reunião;

III - Apresentar sistematicamente a CPCIP, artigos de atualização na área de prevenção e tratamento de lesões de pele;

IV - Indicar pautas para as reuniões.

CAPÍTULO VII
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 21. Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da CPCIP, em conjunto com a Direção desta Entidade.

Art. 22. Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto ou qualquer necessidade identificada pela CPCIP ou Direção do Hospital.

Art. 23. O regimento entrará em vigor após ser aprovado pela CPCIP e pela Direção do Hospital.

Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Comissão De Prevenção E Cuidados Com Integridade Da Pele

Item	O que deverá ser feito?	Por que será feito?	Como será feito?	Por quem será feito?	Quando será feito?
1	Criar Comissão	Por obrigatoriedade (conforme portaria) de acordo com necessidade;	Através de convite a membros da equipe multiprofissional	Gerencia de enfermagem	Mês 1
2	Reuniões ordinárias;	Apresentar perfil de pacientes internados e classificação das lesões de pele, bem como coberturas utilizadas. Quantidade de respostas a pareceres, bem como acompanhamento de melhora/piora da lesão.	Apresentar ao serviço a quantidade de pacientes que está sendo acompanhado pela comissão e orientações descritas em prontuário eletrônico de condutas de prevenção e tratamento de lesão.	Membros da comissão	Mês 2
3	Elaborar Regimento Interno da Comissão	Para oferecer suporte e orientação das atividades e bases de dados de acordo com perfil de pacientes e Fluxos de respostas a pareceres.	Relatório via sistema do número de pacientes atendidos por classificação quanto ao risco de desenvolver lesão(Braden) .	Membros da comissão	Mês 3
4	Reuniões ordinárias;	Apresentar perfil de pacientes internados e classificação das lesões de pele, bem como coberturas utilizadas.	Apresentar ao serviço a quantidade de pacientes que está sendo acompanhado pela comissão e orientações descritas em prontuário eletrônico de condutas de prevenção e	Membros da comissão	Mês 3

Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Comissão De Prevenção E Cuidados Com Integridade Da Pele

		Quantidade de respostas a pareceres, bem como acompanhamento de melhora/piora da lesão.	tratamento de lesão.		
5	Padronização de coberturas	Padronização junto à farmácia e setor de compras de coberturas que atendem a cada fase das lesões por pressão.	Reunião com o comitê de padronização e elencar a necessidade de coberturas de acordo com fase de evolução da lesão.	Membros da comissão/ Farmácia/ Compras	Mês 4
6	Reuniões ordinárias;	Apresentar perfil de pacientes internados e classificação das lesões de pele, bem como coberturas utilizadas. Quantidade de respostas a pareceres, bem como acompanhamento de melhora/piora da lesão.	Apresentar ao serviço a quantidade de pacientes que está sendo acompanhado pela comissão e orientações descritas em prontuário eletrônico de condutas de prevenção e tratamento de lesão.	Membros da comissão	Mês 4
6	Elaborar e alimentar indicadores de monitoramento da eficácia do serviço	Facilitar o acompanhamento do serviço, bem como apontamento de necessidade de melhorias.	Elaborando junto ao SGQ os indicadores estratégicos para monitoramento do serviço e planejamento de ações mediante resultados obtidos e metas não alcançadas.	Membros da comissão	Mês 5
6	Reuniões ordinárias;	Apresentar perfil de pacientes internados e	Apresentar ao serviço a quantidade de pacientes que está	Membros da comissão	Mês 5 Mês 6

Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Comissão De Prevenção E Cuidados Com Integridade Da Pele


		classificação das lesões de pele, bem como coberturas utilizadas. Quantidade de respostas a pareceres, bem como acompanhamento de melhora/piora da lesão.	sendo acompanhado pela comissão e orientações descritas em prontuário eletrônico de condutas de prevenção e tratamento de lesão.		Mês 7 Mês 8 Mês 9 Mês 10 Mês 11
7	Reuniões ordinárias;	Apresentar perfil de pacientes atendidos e acompanhados pelo serviço. Padronizações e ou mudanças de condutas. Cases de sucesso bem como apontamentos de oportunidade de melhoria.	Apresentar ao serviço a quantidade de pacientes que está sendo acompanhado pela comissão e orientações descritas em prontuário eletrônico de condutas de prevenção e tratamento de lesão.	Membros da comissão	Mês 12



10.1.2: FA. 2 – ÁREA DA QUALIDADE

**QUALIDADE OBJETIVA: AVALIA MEDIDAS DA PROPOSTA DE
TRABALHO PARA IMPLANTAÇÃO DE COMISSÕES**

**COMITÊ DE GERENCIAMENTO DOS PACIENTES COM RISCO PARA LONGA
PERMANÊNCIA HOSPITALAR**

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE			 HMTJ <small>ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE HOSPITAL MATERNIDADE TEREZINHA DE JESUS</small>
REGIMENTO INTERNO - RI			
Título: Regimento Comissão de longa permanência			
Responsável: Equipe Multidisciplinar	Código: RI LP 001	Revisão: 00	Data: 01/07/2023

Capítulo I

Disposições preliminares, objetivos e características

Art. 1º Este regimento dispõe sobre o funcionamento do Comitê de Longa Permanência (CLP) do

Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO), gerido pelo HMTJ.

Art. 2º O CLP do HUGO é uma instância de assessoramento à gestão hospitalar, como uma das ações referentes à desospitalização e alta responsável no âmbito da Unidade de Clínica Médica (UCM) na instituição, atuando de acordo com as normas da Administração Pública, com os princípios constitucionais da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência, além dos princípios da legitimidade, economicidade, transparência e supremacia do interesse público.

Art. 3º O monitoramento prestado pelo CLP tem como objetivos:

I - manter os padrões de excelência, eficácia e eficiência nas atividades envolvidas pelo serviço, como uma das ações referentes à desospitalização e alta responsável no âmbito da UCM da instituição.

II - otimizar processos de trabalho, protocolos e rotinas, priorizando a ética e o bem-estar de seus pacientes e colaboradores.

Capítulo II Competências

Art. 4º O CLP possui as seguintes competências:


I - dar suporte à missão, à continuidade e à sustentabilidade institucional, pela garantia razoável de atingimento dos objetivos estratégicos do hospital;

II - implementar ferramentas de gestão da qualidade hospitalar (*Projeto Lean, Kanban, entre outros*);

III - identificar oportunidades de melhoria dos processos de trabalho no serviço da UCM;

IV - propor, monitorar e revisar metas e indicadores de gestão da qualidade hospitalar, priorizando sempre a melhoria dos resultados;

V - monitorar a efetividade das ferramentas de gestão da qualidade hospitalar

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE			
REGIMENTO INTERNO - RI			
Título: Regimento Comissão de longa permanência			
Responsável: Equipe Multidisciplinar	Código: RI LP 001	Revisão: 00	Data: 01/07/2023

implementadas;VI – atualizar e executar mudanças oriundas de novos protocolos de saúde da UCM;

VII - propor capacitações e atualização do conhecimento para os colaboradores envolvidos nos processos de trabalho da UCM, sempre que necessário;

VIII – apresentar relatórios e resultados à governança HUGO, sempre que solicitado;

IX- colaborar com a adoção de práticas que institucionalizem a austeridade e gestão responsável dos recursos financeiros e/ou materiais do HUGO.

Capítulo III

Composição e mandato

Art. 5º Os membros do CLP serão designados por portaria da direção do HUGO, dentro do quadro efetivo de empregados/servidores, sem alterações de suas atribuições ou cargos durante sua participação no Comitê, o qual será composto por 1 (um) representante de cada área a seguir:

I – chefe da UCM, coordenador;

II – responsável técnico (RT) de enfermagem da UCM, vice-coordenador;

III – um enfermeiro;

IV – um farmacêutico;

V – um assistente social;VI – um psicólogo;

VII – um fisioterapeuta;

VIII – um nutricionista;


IX – quatro médicos:

a) três médicos da UCM;

b) um médico do Núcleo Interno de Regulação (NIR);

X – um assistente administrativo;

XI- um fonoterapeuta.

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE			 HMTJ <small>ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE HOSPITAL MATERNIDADE THERESINHA DE JESUS</small>
REGIMENTO INTERNO - RI			
Título: Regimento Comissão de longa permanência			
Responsável: Equipe Multidisciplinar	Código: RI LP 001	Revisão: 00	Data: 01/07/2023

§ 1º Poderão participar do Comitê residentes médicos e multiprofissionais, e estagiários autorizados em esquema de rodízio.

§ 2º Nos afastamentos e/ou impedimentos legais do coordenador, caberá ao vice-coordenador a gestão das ações do Comitê, com as competências e atribuições que lhe são inerentes.

§ 3º A função de membro do Comitê é indelegável, consistindo em encargo de trabalho, sem acréscimo de carga horária e/ou vencimentos e vantagens.

Capítulo IV

Atribuições dos membros

Art. 6º São atribuições do coordenador do Comitê (e do vice, na ausência do coordenador): I - coordenar e supervisionar as atividades do Comitê;

II - representar o Comitê em suas relações internas e externas; III - instalar o Comitê e presidir suas reuniões;

IV - promover a convocação das reuniões;


V - tomar parte das discussões e votações e, quando for o caso, exercer o voto de qualidade;

VI - indicar membros para realização de estudos, levantamentos e emissão de pareceres necessários à consecução da finalidade do Comitê;

VII - atualizar os membros do Comitê, junto à Superintendência, a cada alteração na equipe, para emissão de nova portaria;

VIII - manter sigilo sobre fato ou informação de qualquer natureza de que tenha conhecimento por força de sua participação no Comitê, a qualquer tempo, mesmo estando desligado do Comitê ou da instituição, salvo em decorrência de decisão do próprio Comitê, relatada em ata, ou outra decisão competente na esfera legal ou judicial, bem como de autoridade superior;

IX - participar pontual e assiduamente das reuniões ordinárias do Comitê, justificando as ausências e afastamentos legais;


ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE			
REGIMENTO INTERNO - RI			
Título: Regimento Comissão de longa permanência			
Responsável: Equipe Multidisciplinar	Código: RI LP 001	Revisão: 00	Data: 01/07/2023

Art. 7º São atribuições dos demais membros do Comitê:

- I - aplicar e relatar, nos prazos estabelecidos, os checklists que lhes forem atribuídos pelo coordenador;
- II - comparecer às reuniões, proferir votos ou pareceres;
- III - requerer votação de matéria, em regime de urgência;
- IV - desempenhar outras atribuições que lhes forem estipuladas pelo coordenador;
- V - apresentar proposições sobre as questões atinentes ao Comitê;
- VI - manter sigilo sobre fato ou informação de qualquer natureza de que tenha conhecimento por força de sua participação no Comitê, a qualquer tempo, mesmo estando desligado do Comitê ou da instituição, salvo em decorrência de decisão do próprio Comitê, relatada em ata, ou outra decisão competente na esfera legal ou judicial, bem como de autoridade superior;
- VII - participar pontual e assiduamente das reuniões ordinárias do Comitê, justificando as ausências e afastamentos legais.

Art. 8º O CLP contará com um assistente administrativo que terá as seguintes atribuições:

- I - participar pontual e assiduamente das reuniões ordinárias do Comitê, justificando as ausências e impedimentos legais;
- II - preparar e encaminhar o expediente;
- III - manter o controle dos prazos legais e regimentais, referentes aos processos que devam ser examinados nas reuniões do Comitê;
- IV - providenciar o cumprimento das diligências determinadas;
- V - lavrar termos de abertura e encerramento de atas, de protocolo e de registro de deliberações, rubricando-os e mantendo-os sob controle;
- VI - providenciar, sob determinação do coordenador, a convocação das sessões extraordinárias;
- VII - encaminhar aos integrantes do Comitê a pauta das reuniões;
- VIII - lavrar as atas das reuniões, para posterior aprovação do Comitê;
- IX - providenciar arquivo de documentos pertinentes;

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE			 HMTJ <small>ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE HOSPITAL MATERNIDADE TEREZINHA DE JESUS</small>
REGIMENTO INTERNO - RI			
Título: Regimento Comissão de longa permanência			
Responsável: Equipe Multidisciplinar	Código: RI LP 001	Revisão: 00	Data: 01/07/2023

X- manter sigilo sobre fato ou informação de qualquer natureza de que tenha conhecimento por força de sua participação no Comitê, a qualquer tempo, mesmo estando desligado do Comitê ou da instituição, salvo em decorrência de decisão do próprio Comitê, relatada em ata, ou outra decisão competente na esfera legal ou judicial, bem como de autoridade superior;

XI - manter, em meio eletrônico, os processos, as correspondências e demais documentos do Comitê.

Art. 9º A todos os membros do CLP é obrigatório o cumprimento do que determina o Regimento das Comissões, Comitês, Núcleos e Grupos de Trabalho do HUGO.

Capítulo V Reuniões/Funcionamento

Art. 10. O Comitê se reunirá para discussão dos casos uma vez por semana, por uma hora, visando à otimização do cuidado.

§ 1º As reuniões terão início no horário marcado, com quórum mínimo de 3 (três) membros e serão realizadas nas dependências do HUGO.


§ 2º Todos os presentes deverão assinar a lista de presença.

§ 3º Todas as matérias colocadas em pauta devem ser discutidas pelos membros do Comitê, sendo dados todos os encaminhamentos.

§ 4º A cada reunião será providenciada a elaboração de ata com registro dos trabalhos, encaminhamentos, conclusões e deliberações, sendo assinada por todos os membros.

Art. 11. Será dispensado o membro que, sem motivo justificado, consignado em ata da reunião seguinte, deixar de participar de 3 (três) reuniões consecutivas ou de 6 (seis) não consecutivas no período de 1 (um) ano, sendo substituído por indicação da coordenação do CLP à direção do HUGO.

Parágrafo único. A indicação do substituto para a Superintendência deverá ser efetivada no prazo máximo de 15 (quinze) dias.

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE			
REGIMENTO INTERNO - RI			
Título: Regimento Comissão de longa permanência			
Responsável: Equipe Multidisciplinar	Código: RI LP 001	Revisão: 00	Data: 01/07/2023

Capítulo VI Disposições finais

Art. 12. Quando o Comitê tiver conhecimento de situações que contenham evidências de fraude ou danos ao erário, deve comunicar formal e imediatamente à direção do HUGO.

Art. 13. Os casos omissos serão discutidos em reunião e encaminhados para conhecimento da GAS do Hospital.

Art. 14. Este regimento poderá ser revisto sempre que a maioria dos membros do Comitê julgar necessário, ou mediante publicação de portarias, instruções normativas, leis ou outros atos normativos inovadores.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.863, de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências. Diário Oficial da União, 2003.
3. Lei nº 13.303/2016.
4. Política Nacional de Humanização do SUS. Monitoramento e avaliação na política nacional de humanização na Rede de Atenção e gestão do SUS: manual com eixos avaliativos e indicadores de referência. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009

HISTÓRICO DE ELABORAÇÃO/REVISÃO

VER SÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA AÇÃO/ALTERAÇÃO
1		Elaboração de Regimento (REG)

--	--

Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Comissão De Gerenciamento Dos Pacientes Com Risco Para Longa Permanência Hospitalar

Item	O que deverá ser feito?	Por que será feito?	Como será feito?	Por quem será feito?	Quando será feito?
1	Criar Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar	Por obrigatoriedade (conforme portaria) de acordo com necessidade;	Através de convite a membros NIR	Gerencia de enfermagem/Qualidade/NIR	Mês 1
2	Elaboração do regimento interno do Comitê	Padronizar o acompanhamento e determinação de períodos de longa permanência por tipo de CID/ clínica dos pacientes internados	Acompanhar implementação	Membros do Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar	Mês 2
3	Treinamento e capacitação da equipe	Capacitar equipe quanto a identificação dos pacientes com avaliação diária de longa permanência.	Aplicação de escalas	Membros do Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar	Mês 3
4	Registros de mudanças de procedimentos de pacientes internados	Atualização de cadastros de novas AIHs	Acompanhar registros	Membros do Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar	Mês 4
5	Monitoramento de taxas de permanências por clínicas	Avaliar casos de frequentes.	Acompanhar implementação	Membros do Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar	Mês 5
6	Monitorar permanências de pacientes	Acompanhamento semanal de tempos	Favorecer o giro de leito e propiciar aumento de		Semanalmente todos os meses

Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Comissão De Gerenciamento Dos Pacientes Com Risco Para Longa Permanência Hospitalar

		de permanências por setores e especialidades junto ao NIR.	internações e cumprimento de metas contratuais.		do ano
7	Elaborar relatórios de ações da comissão e planejamento de ações futuras.	Subsidiar melhorias de processos e análises de dados.	Análise global das ações empreendidas durante o ano e propostas de melhorias baseadas nas experiências vivenciadas e perfil de pacientes de longa permanência.	Membros do Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar e Direção Clínica.	Mês 12



10.1.2: FA. 2 – ÁREA DA QUALIDADE

**QUALIDADE OBJETIVA: AVALIA MEDIDAS DA PROPOSTA DE
TRABALHO PARA IMPLANTAÇÃO DE COMISSÕES**

NÚCLEO INTERNO DE REGULACÃO (NIR)

Regimento Interno do Núcleo Interno de Regulação

O presente documento tem a missão de padronizar, organizar, orientar e documentar os meios de registros e gerenciamento do Serviço do Núcleo Interno de Regulação englobando seu desenvolvimento alinhado às Diretrizes Organizacionais.

Para a realização adequada da gestão de leitos é necessário a padronização da regulação, que consiste em atividades que articulem o NIR e os pontos de atenção da RAS, de modo a definir, estruturar e acompanhar o fluxo dos usuários e o acesso às ações e aos serviços de saúde. É imprescindível o estabelecimento de uma rede de comunicação entre o NIR e as Centrais de Regulação (Ambulatorial, Hospitalar e de Urgência/Emergência) para efetivar o acesso do usuário em tempo oportuno e coerente ao recurso necessário

A Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) instituída por meio da Portaria de Consolidação nº2, de 28 de setembro de 2017, em seu art. 6º, inciso IV, define e recomenda a criação do Núcleo Interno de Regulação (NIR) nos hospitais, que deverá realizar a interface com as Centrais de Regulação; delinear o perfil de complexidade da assistência no âmbito do SUS e disponibilizar consultas ambulatoriais, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, além dos leitos de internação, seguindo critérios preestabelecidos e protocolos que deverão ser instituídos pelo NIR. Além disso, deve buscar vagas de internação e apoio diagnóstico e terapêutico fora do hospital para pacientes internados, quando necessário, conforme pactuação com a Rede de Atenção à Saúde (RAS).

O Núcleo Interno de Regulação é uma Unidade Técnico-Administrativa que possibilita monitoramento do paciente desde a sua chegada a instituição, durante o processo de internação e sua movimentação interna e externa, até a alta hospitalar. É um órgão colegiado ligado hierarquicamente a Direção-Geral do Hospital e deve ser legitimado, com um papel definido e disseminado dentro da instituição, buscando a utilização dos leitos disponíveis em sua capacidade máxima dentro dos critérios técnicos definidos pela instituição, visando a diminuição da espera para internação, transferências externas e satisfação dos nossos clientes internos e externos

A estrutura organizacional do NIR é constituída por um enfermeiro rotina, médico plantonista e auxiliares administrativos que deverão atuar em conjunto com a Diretoria Técnica. É de responsabilidade do 1 enfermeiro rotina, equipe médica (plantonista da emergência) e 4 auxiliares administrativos manterem o NIR atuante dentro da Instituição, sete dias na semana.

Desta forma, as principais atribuições do NIR são:

Atribuições Gerais:

- Permitir o conhecimento da necessidade de leitos, por especialidades e patologias;
- Regular e gerenciar as diferentes ofertas de assistências existentes no território de abrangência;
- Subsidiar discussões tanto internas, como externas (na Rede de Atenção à Saúde – RAS), que permitam o planejamento da ampliação e/ou readequação do perfil de leitos hospitalares ofertados. Estabelecer e/ou monitorar o painel de indicadores da capacidade instalada hospitalar.
- Fomentar a implantação dos mecanismos de gestão da Unidade de pronto atendimento tais como Kamban, Projeto Terapêutico Singular, rounds diários da equipe multidisciplinar;
- Promover o uso dinâmico dos leitos de Observação, por meio do aumento de rotatividade e monitoramento das atividades de Gestão da UPA desempenhadas pelas equipes assistências.
- Permitir e aprimorar a interface entre a gestão interna da unidade e a regulação de acesso hospitalar por utilização da plataforma do SUSfácil.
- Qualificar os fluxos de acesso aos serviços e às informações no ambiente da Unidade de Pronto Atendimento;
- Aperfeiçoar os recursos existentes e apontar necessidades de incorporação de tecnologias no âmbito da assistência de Urgências e Emergências de acordo com a proposta de atendimento às necessidades de resolutividade do usuário;
- Promover a permanente articulação do conjunto das especialidades clínicas e cirúrgicas, bem como das equipes multiprofissionais garantindo a integralidade do cuidado, no âmbito da territorialidade.

- Aprimorar e apoiar o processo integral do cuidado ao usuário dos serviços médicos e assistenciais visando ao atendimento mais adequado às suas necessidades.
- Apoiar as equipes na definição de critérios para internação e instituição de alta hospitalar responsável;
- Fornecer subsídios às Coordenações Assistenciais para que façam o gerenciamento dos leitos, sinalizando contingências locais que possam comprometer a assistência;
- Estimular o Cuidado Horizontal dentro da Unidade, subsidiando a direção para a padronização de utilização de ofertas para tomada de decisão estratégica internamente;
- Colaborar tecnicamente, com dados de monitoramento na proposição e atualização de protocolos/diretrizes clínicas e procedimentos administrativos.

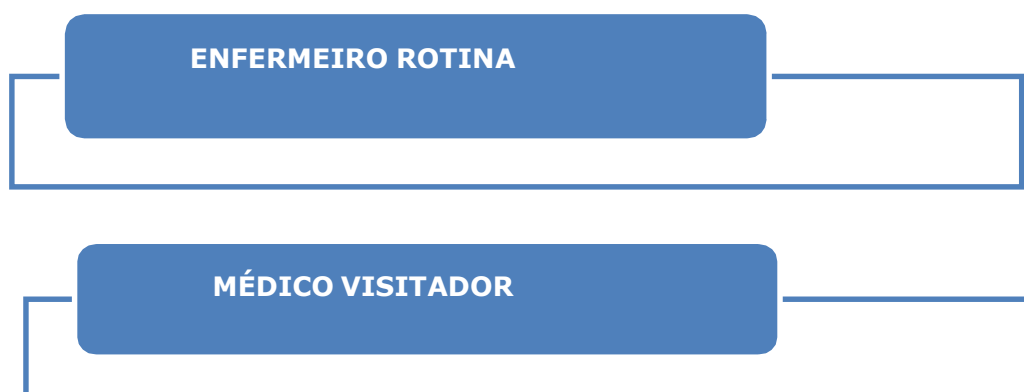
Aplicação

Enfermeiros, médicos e auxiliares administrativo.

Responsabilidades

É de responsabilidade do enfermeiro rotina, equipe médica e auxiliares administrativos manter atuante o NIR dentro da Instituição do Hospital.

Estrutura Organizacional



AUXILIAR ADMINISTRATIVO

ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE NIR

Compete ao regulador do NIR

- Acompanhar a demanda de solicitações de internação nos leitos de observação;
- Em caso de solicitação de 2 ou mais internações no mesmo momento, a priorização de internação acontece de acordo com a indicação do médico que será repassada pela enfermagem ao regulador;
- Solicitar, acompanhar e informar a disponibilidade de leitos e hospital de destino.
- Avaliar a clínica solicitada (enfermaria, uti, isolamento) e registrada na AIH.
- Acompanhar o fluxo de internação.
- Cadastrar as internações realizadas no programa SUSfácil, por meio do documento de AIH, este documento é de preenchimento obrigatório pelo profissional médico e deverá conter identificação do paciente, principais sinais e sintomas clínicos, condições que justifiquem a internação, principais resultados de exames laboratoriais, diagnóstico clínico, CID principal, CID secundário e CID de causas associadas, procedimento solicitado, clínica e caráter da internação, nome e carimbo do profissional
- Atualizar os laudos no sistema a cada 24 horas ou sempre que solicitado via regulação, descrevendo a última evolução médica realizada no sistema.
- Compete ao médico
- Cabe ao profissional médico determinar quando o paciente apresenta disfunções clínicas que demandem cuidados que necessitem internação hospitalar, exames ou tratamentos complementares aos não oferecidos na unidade sendo essas demandas solicitadas por meio de cadastro via SUSfácil.

- Critério para internação: afecções clínicas ou cirúrgicas que necessitem de avaliação especializada e ou tempo maior de tratamento superior a 24 horas.
- As AIH's devem ser direcionadas ao regulador no NIR, a fim de reunir os documentos necessários para internação do paciente e posterior transferência
- Após definição da necessidade de internação, o médico plantonista definirá uma clínica e tipo de transporte necessário.
- Caso haja alteração da AIH, o médico responsável deverá solicitar cancelamento da que foi emitida anteriormente e realizar relatório médico;
- O paciente será submetido a avaliação médica a cada 24 horas, ou conforme necessidade do mesmo ou de atualização do laudo do mesmo no sistema via SUSfácil.
- Os pacientes graves atendidos na sala vermelha, são avaliados a cada plantão de 12 horas e atualizado o laudo via SUSfácil.
- Paciente que demandem avaliação ou acompanhamento de especialistas via ambulatorial, como cardiologia, urologia, angiologia/vascular, oftalmologia, endocrinologia e afins, deverão seguir o fluxo estabelecido pelo município, devendo ser emitido encaminhamento pelo médico plantonista, onde o usuário ou familiar deve procurar a unidade básica de saúde mais próxima de sua residência, onde a mesma se encarregará de realizar o agendamento da consulta para o paciente via fluxo da unidade.
- Em caso de atendimento a gestantes, as mesmas serão triadas e atendidas pelo médico e quando apresentarem queixas que demandem avaliação obstétrica, pelo unidade de referência, sem necessidade de internação por via SUSfácil, visto que o mesmo é porta aberta a demanda das gestantes.
- Os pacientes que demandem avaliação cirúrgica ou ortopédica de média complexidade (fraturas com desvio, fraturas cirúrgicas, luxações ou entorses que demandem avaliação em ambiente hospitalar), deverão ser cadastradas no SUSfácil para solicitação desde procedimento.
- Em casos de gravidade, onde se enquadrem na regulação segundo nosologias do SAMU 192 , deverá ser contatado o 192 para a solicitação de vaga.
- Casos oftalmológicos graves, serão regulados no SUSfácil e os casos não graves, serão encaminhados para as UBS para tratamento via TFD.
- Os pacientes que apresentem quadro de Dor torácica de início em até 3 horas, que apresentem ECG com supra de ST, devem ser regulados via SAMU 192.
- Os pacientes que apresentem sinais e sintomas clínicos de AVC de início súbito, conforme nosologia descrita no Anexo, também devem ser direcionados via SAMU 192.

- Em caso de pacientes de distúrbio psiquiátrico que necessitem de contrarreferência ao serviço de psicologia, saúde mental ou CAPS, o médico deverá solicitar avaliação através de relatório e encaminhar ao serviço social, se durante seu expediente que realizara as condutas necessárias para continuidade da assistência do paciente.
- Pacientes internados devido com quadro de surto psicótico que necessite de internação e tratamento hospitalar, deverão ser cadastrados via SUSfácil por meio de AIH e solicitado transferência para hospital via regulação.
- Em caso de pacientes que necessitem de demandas sociais, será solicitado como contrarreferências ao serviço de assistência social, CRAS, solicitar avaliação e intervenção do serviço social, que realizara as condutas necessárias para continuidade da assistência do paciente ou alta e acompanhamento pelo serviço social do município.
- Casos de paciente de tentativa de autoextermínio que necessitem de contrarreferência ao serviço de psicologia e saúde mental, CAPS, solicitar avaliação e intervenção do serviço social, que realizara as condutas necessárias para continuidade da assistência do paciente, conforme Central de regulação.
- As internações de média complexidade serão solicitadas preferencialmente para unidade hospitalar de referência. Em caso de indisponibilidade de leito ou tratamento no hospital, será solicitado via SUSfácil. redirecionamento do laudo a hospitais da região circunvizinhas ou até mesmo hospitais pertencentes a macrorregiões, cabendo ao médico regulador do sistema direcionar o laudo ao hospital adequado para atendimento da demanda.

Atribuições da Equipe Médica:

- Acompanhar e avaliar os pacientes internados nos leitos de Urgência da UPA bem como os leitos de observação da UPA identificando aqueles que têm potencial para transferências a outros setores e/ou outras instituições a depender de sua complexidade;
- Identificar as pendências (avaliações e exames) e providenciar junto à equipe a sua resolução;
- Identificar pacientes com critérios de alta e acionar serviço social para auxílio com a logística de referências às unidades básicas e unidades de apoio para continuidade da assistência a esses pacientes e redução de reinternação na unidade;
- Avaliar e responder as solicitações de vagas externas de acordo com a disponibilidade de leitos ocupados diariamente;

- Em casos de transferências para outras instituições providenciar o relatório de transferência e realizar contato prévio com equipe médica de destino para que o caso seja aceito e assim formalizado o pedido de transferência utilizando a plataforma do SUSfácil e via telefone quando julgar necessário.

Atribuições do Enfermeiro:

- No início do plantão o enfermeiro do NIR deverá apoiar a equipe assistencial dos diversos setores na avaliação dos pacientes nas observações, facilitando e viabilizando o seu desfecho, seja ele alta ou internação;
- Interagir com a equipe multidisciplinar assistencial, para viabilizar os casos de transferência e aceitação de pacientes externos regulados pelo Samu;
- Realizar a interface entre a Regulação e a equipe da emergência e após a avaliação médica, determinar conjuntamente os usuários elegíveis para ocupação de leitos de Observação de acordo com a classificação de risco, bem como à deterioração clínica após primeiro atendimento;
- Auxiliar a equipe do NIR na definição, avaliação e padronização dos pacientes na ocupação dos leitos disponíveis nos leitos de urgência e observação conforme contato com a regulação, e nos casos que não houver regulação com a unidade que possua leitos disponíveis;
- Realizar busca ativa de leitos disponíveis no SUSfácil ou em visitas aos setores vermelhos e amarelo da UPA;
- Adequar os leitos disponíveis por especialidade e gênero (feminino e masculino);
- Monitorar os leitos atentando para o tempo de permanência;
- Identificar e notificar mediante relatório mensal os obstáculos pertinentes ao processo de transferências e atuação do NIR;
- Alimentar a planilha dos indicadores a afim de proporcionar dados para tomada de decisão da Alta Liderança;
- Participar de todas as reuniões que envolvam a equipe do NIR.

Atribuições dos Auxiliares Administrativo:

- Verificar o quantitativo de vagas nos setores de internação da UPA : leitos de urgência e leitos de observação que estão disponíveis para o dia repassando

essa informação para equipe médica, bem como alimentar o sistema de informação;

- Realizar o censo diário dentro do período proposto: 06, 12 e 19 horas, e disponibilizar a equipe multidisciplinar;
- Alimentar a planilha de dados no computador dos pacientes transferidos (saídas da ambulância: Nome do paciente, data, tipo de ambulância, motivo da saída, destino se foi ida/volta), pacientes internados durante o plantão noturno e bem como a atualização dos internados e altas, conforme o perfil clínico, nos leitos de Urgência e Observação;
- Esses dados incluem: Nome do paciente, Data de nascimento, Número do Prontuário, Número da FA, Data de internação, Se realizou Raios-X, Se realizou exame externo, Mês de internação, Alta, Óbito, Transferência e Data do desfecho.
- Receber os prontuários dos pacientes internados, mantendo em sua pasta com número do leito de destino;
- Separar documentação e prontuário dos pacientes que irão ser transferidos no dia, contendo: Cópia do relatório de Transferência com o aceite do hospital de destino, cópia da FAA, cópias dos exames laboratoriais do dia, Laudos dos exames de imagem mais recentes, Cópia da prescrição do dia, Cópia da evolução de enfermagem e ficha de transferência segura;
- Agendar exames externos, sinalizando a equipe sobre a data agendada e fixando no prontuário do paciente o check list do exame especificado;
- Em casos de transferências e avaliações, deve ser atualizado a guia do SUSfácil;
- Agendar com equipe de transporte as saídas da ambulância, tanto para transferências quanto para avaliações/realizações de exames;
- Encaminhar a APAC de exames e/ou procedimentos devidamente agendados para autorização da direção-Clínica bem como da Rede de Atenção (DRC);
- Manter o quadro de pacientes atualizado.

Internações nos leitos de Observação e ou leitos de Urgência.

A unidade de pronto atendimento possui leitos de urgência (Observação vermelha), com equipe de enfermagem e médica disponível nas 24hs por dia. As internações nos leitos de urgência iniciam-se pela classificação de risco de pacientes com critérios de gravidade e risco elevados aplicados na classificação

pelo enfermeiro, bem como as regulações diretas via SAMU e central de regulação.

Os pacientes são acomodados nos leitos e são monitorizados e ofertados suporte intensivo de cuidados até sua estabilização e posterior transferência para outra unidade hospitalar de referência na oportunidade de uma vaga.

As internações na unidade se darão após os pacientes serem atendidos ou reavaliados pelo médico. O paciente é encaminhado ao setor de observação, onde médico preenche e imprime a AIH (Autorização de Internação Hospitalar), prescrição e evolução e entrega a enfermagem. Após isso a enfermagem recebe o paciente, admite e o acomoda no leito até a liberação do leito disponível. Após a emissão da AIH o paciente tem que ser admitido no setor de urgência de acordo com a classificação de risco e linhas de cuidados nos protocolos clínicos institucionais bem como direcionados para os leitos de Observação, com a devida validação da passagem de plantão para o enfermeiro receptor. Enfermeiro solicita o leito no setor NIR e sinaliza na AIH e entrega ao Apoio Assistencial para realizar a internação via sistema e abrir o prontuário do paciente que deve conter: Pasta com identificação do paciente na capa e AIH anexada na frente, cópia do RG e etiquetas e 1 pulseira de identificação. Apoio Assistencial entrega o prontuário à enfermagem, que coloca a identificação beira leito contendo as informações do paciente e gerenciamento de risco levantados e confere a pulseira de identificação no antebraço do paciente.

OBS: A enfermagem encaminha o paciente até o leito de observação e ou de urgência com auxílio de cadeira de rodas ou maca (Conforme Protocolo de Segurança do Paciente) passa o plantão para o técnico responsável pelo paciente e o acomoda no leito.

Transporte seguro do Paciente:

Pensando na garantia de um transporte seguro, onde os danos ao paciente devem ser minimizados, o NIR regulamenta as responsabilidades e as formas de transporte dos clientes no âmbito interno e extra-hospitalar visando garantir a segurança e evitar/reduzir a ocorrência de eventos adversos.

As transferências são de responsabilidades das equipes contemplando médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem. Dentre os tipos de transferências podemos elencar as transferências interna: que é a transferência temporária

ou definitiva de pacientes por profissionais de saúde dentro da UPA denominadas como Transferências Inter Setorial, onde o tipo de transporte escolhido pode ser por cama, cadeira de rodas, berço, maca, onde a avaliação para escolha do transporte deverá ser utilizado o instrumento de avaliação institucional preconizado pela Unidade de Pronto Atendimento, nas ocasiões de transferência interna entre os leitos de observação para os leitos de urgências estabelecidas após avaliação diária da clínica do paciente por monitoramento da escala de NEWS (Deterioração clínica) e ou a transferência interna do setor de Urgência para os leitos de observação os casos de pacientes que obtiveram melhora clínica significativa e ainda não foram contemplados com vagas nas redes de apoio terciária. Um outro momento utiliza este formulário de movimentação segura compreenda no encaminhamento para realização de exames internamente e ou em prestadores de serviços terceiros.

As transferências Inter-hospitalar que é a transferência de pacientes entre unidades não hospitalares onde o tipo de transporte se dá por meio de ambulância simples, ambulância com suporte avançado (UTI) e a escolha do transporte para esse tipo de transferência se dará por meio do instrumento de avaliação preconizado pela Rede de Transferência de Urgência do Estado.

o NIR solicita a ambulância após avaliação do paciente realizada pelo Médico e Enfermeiro, onde a escolha do tipo de transporte é feita por meio do preenchimento da Ficha de Transferência da Rede de Urgência paciente, optando por ambulância SIMPLES ou UTI.

Antes de sair da unidade para transferência Inter-hospitalar, é de responsabilidade da equipe do transporte testar o funcionamento dos equipamentos; monitorizar o cliente; manter drogas vasoativas e NPP sob infusão em BIC; fechar cateteres e desprezar efluentes; verificar integridades/fixação de curativos. Ainda cabe ao condutor da ambulância verificar os equipamentos necessários durante o transporte que são: monitorização cardíaca; Ventilador de transporte ou cilindro de O²; Bomba de Infusão Contínua, Desfibrilador e materiais de reanimação e medicamentos.

Após a realização do transporte é necessária avaliação e relato de possíveis complicações/eventos adversos, avaliar presença de erros preveníveis, assegurar assistência segura, qualificada e eficiente e o registros com data,

horário, local de destino, cuidados realizados, descrição dos profissionais, intercorrências e medidas tomadas e horário de retorno.

FLUXO PARA ACEITE DE TRANSFERÊNCIAS DAS UPA'S

- As vagas das unidades pertencentes à RAS do município são monitoradas pelo NIR através da utilização da plataforma intranet SUSfácil e quando ocorre o aceite pela instituição de referência o NIR comunica a equipe médica responsável pela unidade seja os leitos de observação e ou os leitos de urgência da UPA, sendo portanto organizado o prontuário e documentações necessárias para transferência bem como a comunicação com o familiar.

CRITÉRIOS DE TRANSFERÊNCIAS:

- Todo paciente internado com necessidade de tratamento em ambiente hospitalar ou necessidade de avaliação especializada a partir de vaga autorizada via SUSfácil.
- Em caso de 2 ou mais transferências permitidas simultaneamente via SUSfácil, serão avaliados critérios de gravidade para priorizar a transferência. Pacientes com quadro de doença infecto-contagiosa sob precaução/isolamento deverá ser feito a desinfecção terminal da ambulância, conforme o protocolo do SCIH.

Compete ao regulador do NIR

- Orientar a enfermagem quanto aos documentos necessários para transferência.
- Informar a negativa para a instituição de saúde solicitante, caso o usuário não seja elegível para transferência.
- Os laudos serão acompanhados pelo regulador do NIR, 24 horas, sendo de responsabilidade do mesmo informar os aceites e negativas dos pacientes a equipe de enfermagem para providência da transferência, atentando para os cuidados referente ao transporte.

ALTA

Compete a enfermagem

- Preparar o paciente para transferência no momento de liberação da vaga, atentando para os cuidados referente ao transporte como também o preenchimento do relatório.
- Comunicar ao acompanhante e/ou familiar sobre a transferência. Quando o paciente estiver sem acompanhante realizar contato via telefone.

- Comunicar ao NIR, a movimentação interna (transferência entre setores), para que seja realizado a atualização no sistema, atentando para o preenchimento do relatório de transferência/movimentação do paciente.
- Verificar com o NIR a pendência para transferência e solicitar resolução junto ao plantonista.
- Critério de alta: Os pacientes que evoluíram com melhora do quadro clínico, não necessitando mais de avaliação do especialista, transferência ou intervenção cirúrgica.

Compete ao médico

- Justificar a alta do paciente, emitindo sumário de alta e comunicar a equipe de enfermagem. Compete ao NIR.
- Dar baixa no laudo existente no SUSfácil, comunicando o motivo de alta e solicitando dispensa da transferência do paciente.
- Organizar os papéis do prontuário e encaminhar para o faturamento junto com o prontuário da assistência.
- Realizar as devidas baixas no sistema Salus e nas planilhas de internação, assim também como comunicar a equipe a alta do paciente.
- Compete ao regulador, após uma alta, transferência ou óbito, imprimir e anexar ao prontuário do paciente o laudo do SUSfácil com suas evoluções e ocorrências geradas durante sua permanência na unidade.
- Imprimir as negativas geradas enquanto paciente estiver aguardando leito, e ao fim desse processo de permanência na UPA (transferência, alta ou óbito) anexar ao prontuário do paciente todas as negativas.

Compete a enfermagem

- Informar o NIR que o paciente recebeu alta.
- Assim como posteriormente todos os setores envolvidos em sua assistência (farmácia, serviço de nutrição e limpeza), devendo a farmácia e enfermagem emitir as orientações pertinentes de cuidados domiciliares.
- Em caso de pacientes acamados poderá ser solicitado transporte do município para conduzir o mesmo ao domicílio.

Fluxo para solicitação de exames externo da UPA

- O médico rotina avalia o paciente, identificando a necessidade da realização de um exame o mesmo preenche o formulário do pedido (SADT, APAC), após o preenchimento o formulário é entregue a assistente administrativo do NIR, que reúne toda a documentação necessária (FAA, CADSUS, EVOLUÇÃO MÉDICA), feito isso encaminhamos o pedido para a unidade de referência em casos de USG e TC que realiza o agendamento e encaminha o protocolo com orientações. Essas orientações pertinentes para a realização do exame são protocoladas aos enfermeiros dos setores de leitos de urgência e leitos de Observação no qual o paciente se encontra e ainda sinalizamos no quadro de Gestão a Vista o dia da realização do exame.
- Fluxo para controle de saídas da ambulância
- Sempre que houver necessidade, o setor sinaliza ao NIR que haverá uma saída, o médico através do SBAR sinaliza ao NIR se será transporte básico ou avançado, e após essas informações solicitamos o transporte.
- O transporte de Ambulância é destinado a transferências, realizações de exames e avaliações em outras instituições. O transporte para alta hospitalar não é permitido, salvo os casos em que os pacientes apresentarem déficit motor e não apresentar condições de manter-se sentado, nessas situações o Enfermeiro da unidade avalia a necessidade e comunica o NIR.
- Fluxos de atendimento de acordo com as nosologias do SAMU
- Conforme Portaria 10/2017 no que tange as atividades das UPAS 24hs mesma se compromete a prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, e prestar o primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica e de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, de modo a definir a conduta necessária para cada caso, bem como garantir o referenciamento dos pacientes que necessitarem de atendimento conforme quadro abaixo.
- Mediante este princípio o Núcleo Interno de Regulação (NIR) segue recomendações de referências e contrarreferências pautados nas nosologias da rede do SAMU da microrregião com objetivo de acolher o paciente e direcioná-lo para RAS de acordo com sua complexidade de atendimento. Segue abaixo os fluxos e referencias que serão adotados pela UPA.

Fluxo para controle de saídas da ambulância

- Sempre que houver necessidade, o setor sinaliza ao NIR que haverá uma saída, o médico através do SBAR sinaliza ao NIR se será transporte básico ou avançado, e após essas informações solicitamos o transporte.
- O transporte de Ambulância é destinado a transferências, realizações de exames e avaliações em outras instituições. O transporte para alta hospitalar não é permitido, salvo os casos em que os pacientes apresentarem déficit motor e não apresentar condições de manter-se sentado, nessas situações o Enfermeiro da unidade avalia a necessidade e comunica o NIR.

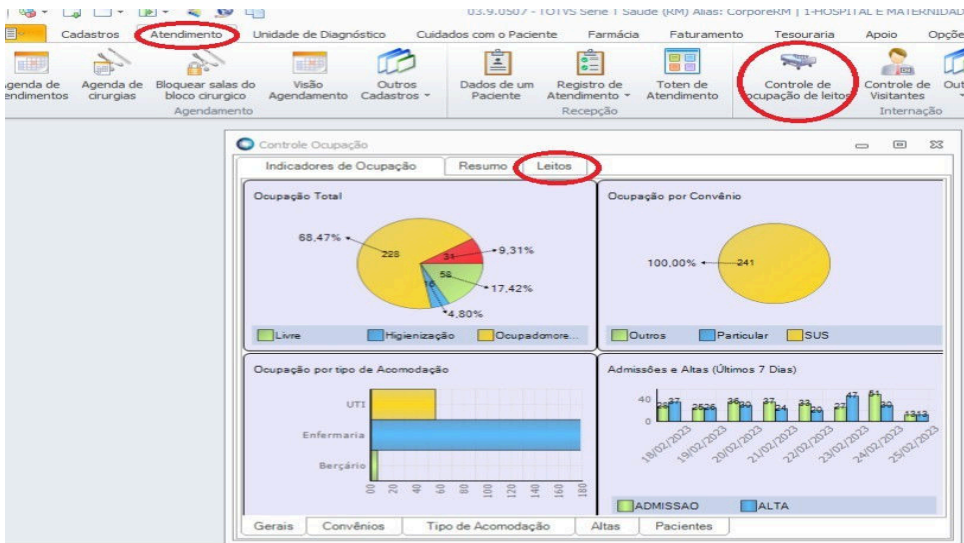
Fluxos de atendimento de acordo com as nosologias do SAMU

- Conforme Portaria 10/2017 no que tange as atividades das UPAS 24hs mesma se compromete a prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, e prestar o primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica e de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, de modo a definir a conduta necessária para cada caso, bem como garantir o referenciamento dos pacientes que necessitarem de atendimento conforme quadro abaixo.
- Mediante este princípio o Núcleo Interno de Regulação (NIR) segue recomendações de referências e contrarreferências pautados nas nosologias da rede do SAMU da microrregião com objetivo de acolher o paciente e direcioná-lo para RAS de acordo com sua complexidade de atendimento. Segue abaixo os fluxos e referencias que serão adotados pela UPA.

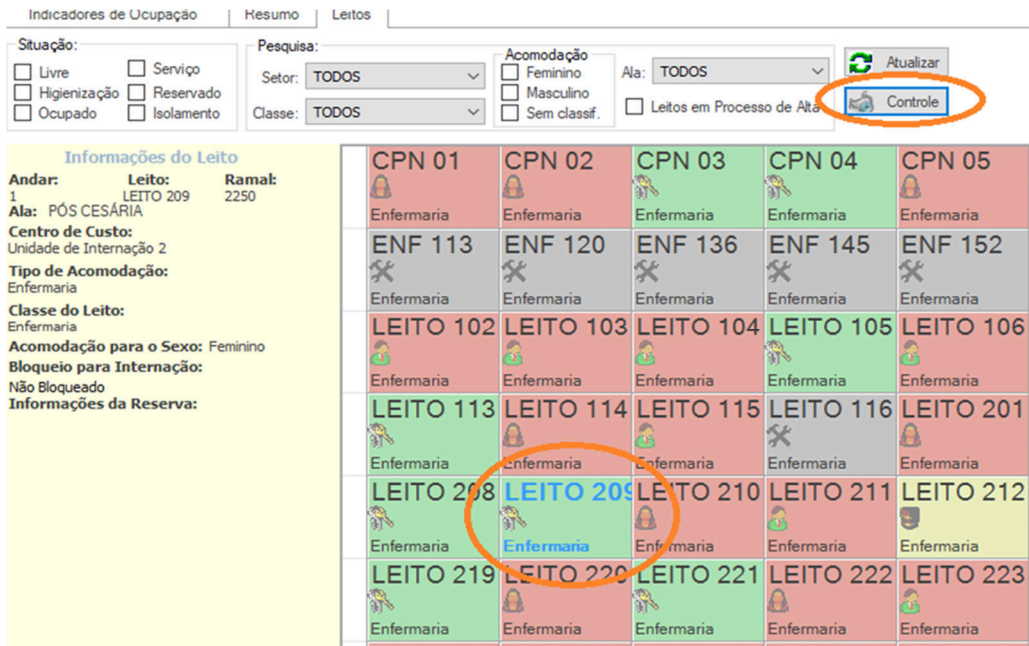
Anexos – Gerenciamento de Leitos:

Reserva de leito:

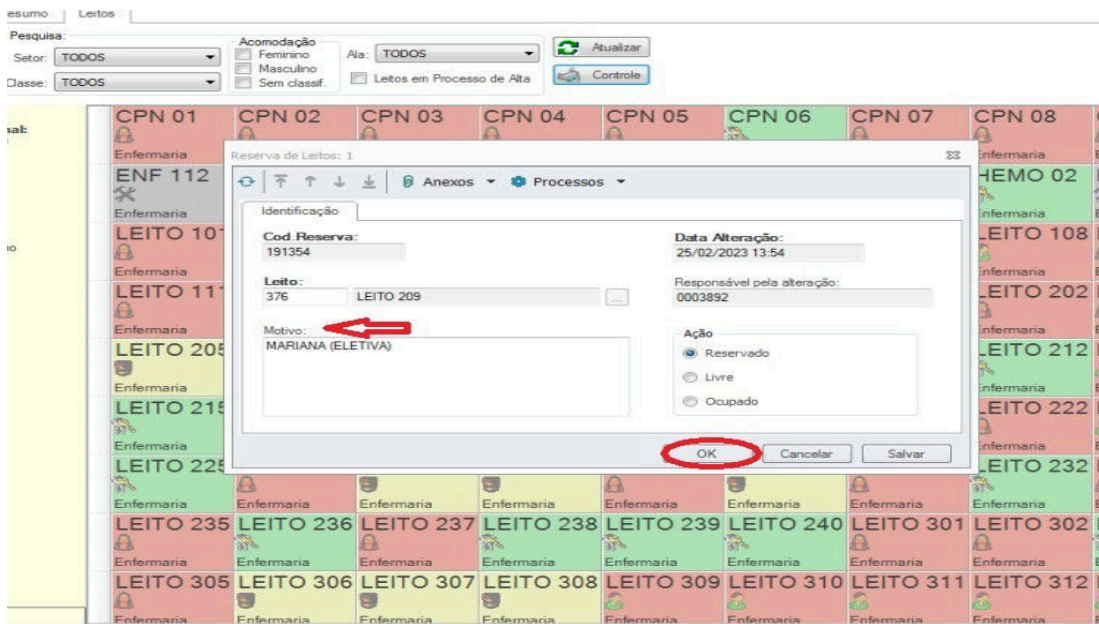
1- Clique em Atendimento - Controle de Ocupação de Leitos - leitos.



1- Clique em Leitos. Clique sobre o leito que queira reservar (verde) e em seguida clique em Controle → Reservar Leito.

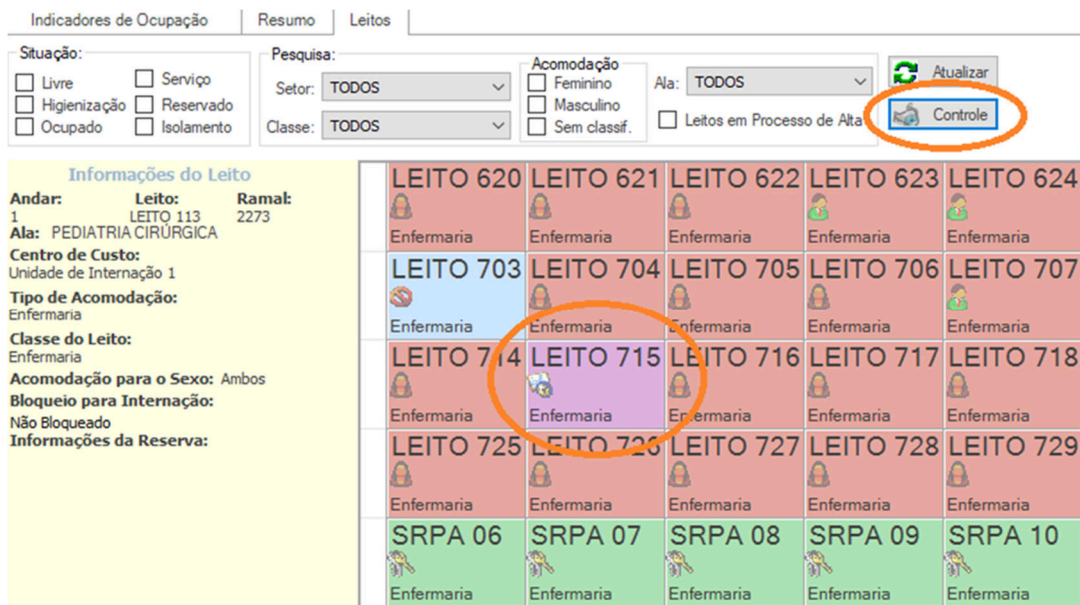


3- Preencher o campo 'Motivo' com nome do paciente e o setor de origem, em seguida, clique em Ok.

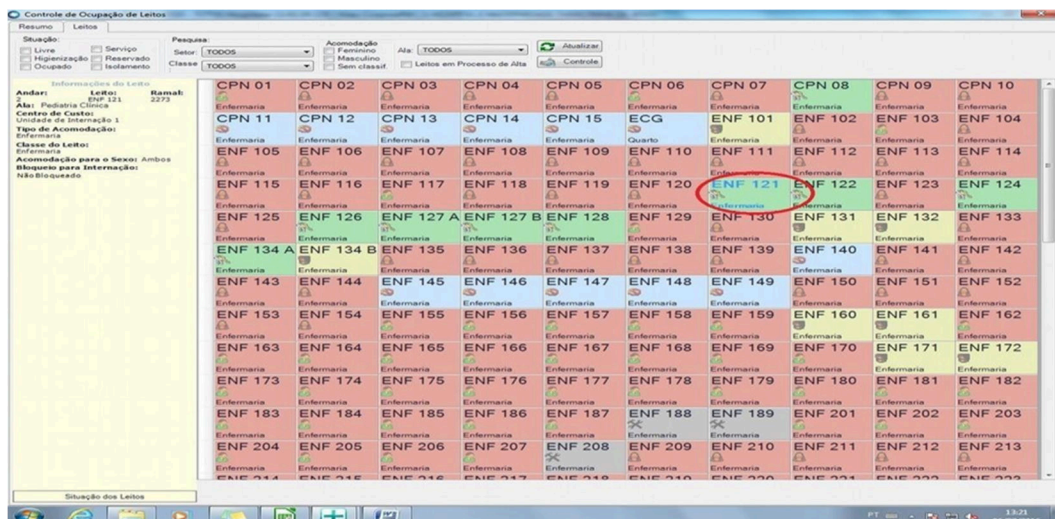


Cancelar reserva:

- 4- Clique em Controle de Ocupação de Leitos → Leitos. Clicar sobre o leito que queira cancelar reserva (roxo). Em seguida, clique em Controle → Cancelar Reserva.



- 5- O leito selecionado ficará livre(verde).



Leito em Higienização (Amarelo):

Se houver solicitação de leito e no momento esteja ocupado, aguardar alta e assim que liberar, reservar.

Para que o leito saia do processo de Higienização e retorne como Livre no sistema, basta clicar sobre o leito (em amarelo) e posteriormente clicar em Controle → Liberar (Higienização - Livre). O Leito voltará a ficar Livre (na cor verde) novamente.

DISPOSIÇÕES FINAIS

Os indicadores referentes à atuação do serviço ficam dispostos através do SIGQUALI, em referência a ação Diretriz Estratégica Institucional. A descrição padronizada de cada atividade fica estabelecida no Procedimento Operacional Padrão (POP) e Procedimento Sistêmico de cada setor (PRS) bem como fluxogramas dos serviços ficam à disposição de todos os colaboradores por meio do sistema SIGQUALI.

Esta política deverá ser respeitada em todas as circunstâncias, levando-se em consideração as leis do mercado local, o contexto específico, ético e o bom senso. Qualquer exceção deverá ser encaminhada ao Recursos Humanos (RH) para análise e aprovação junto a Diretoria Administrativa da Entidade.

Título: Planilha para Cronograma de Implantação do Núcleo Interno De Regulação

Item	O que deverá ser feito?	Por que será feito?	Como será feito?	Por quem será feito?	Quando será feito?
1	Criar NIR	Por obrigatoriedade (conforme portaria) de acordo com necessidade;	Através de eleição de membros da equipe multiprofissional	Gerencia geral	Mês 1
2	Reuniões ordinárias;	Apresentar as taxas de ocupação e permanência de pacientes internados por especialidade, número de admissões no período, número de transferências, AIHs aceitas/canceladas análises de casos, e propostas de melhorias.	Relatórios de emitido via sistema e acompanhamento da unidade com relação a disponibilidade de leitos.	Membros NIR	Mês 2
3	Elaborar Regimento Interno da Comissão	Para oferecer suporte e orientação das atividades e bases de dados de acordo com perfil epidemiológico de atendimento e divisão de leitos por especialidade complexidade.	Relatório via sistema do número de pacientes atendidos por profissional/especialidade/setores.	Membros NIR	Mês 3
4	Reuniões ordinárias;	Apresentar as taxas de ocupação e permanência de pacientes internados por	Relatórios de emitido via sistema e acompanhamento da unidade com relação a disponibilidade de leitos.	Membros NIR	Mês 3

Título: Planilha para Cronograma de Implantação do Núcleo Interno De Regulação

		especialidade, número de admissões no período, número de transferências, AIHs aceitas/canceladas análises de casos, e propostas de melhorias.			
5	Elaborar e alimentar indicadores de monitoramento da eficácia do serviço	Facilitar o acompanhamento do serviço, bem como apontamento de necessidade de melhorias.	Elaborando junto ao SGQ os indicadores estratégicos para monitoramento do serviço e planejamento de ações mediante resultados obtidos e metas não alcançadas.	Membros NIR	Mês 4
6	Reuniões ordinárias;	Apresentar as taxas de ocupação e permanência de pacientes internados por especialidade, número de admissões no período, número de transferências, AIHs aceitas/canceladas análises de casos, e propostas de melhorias.	Relatórios de emitido via sistema e acompanhamento da unidade com relação a disponibilidade de leitos.	Membros NIR	Mês 4 Mês 5 Mês 6 Mês 7 Mês 8 Mês 9 Mês 10 Mês 11
7	Reuniões ordinárias;	Apresentar Compilado de taxas de ocupação e permanência de pacientes internados por especialidade, número de	Divulgação de resultados e identificação de oportunidades de melhorias bem como o não atingimento de metas contratuais.	Membros NIR	Mês 12

Título: Planilha para Cronograma de Implantação do Núcleo Interno De Regulação

		admissões no período, número de transferências, AIHs aceitas/canceladas análises de casos, e propostas de melhorias.			
--	--	--	--	--	--



10.1.2: FA. 2 – ÁREA DA QUALIDADE

**QUALIDADE OBJETIVA: AVALIA MEDIDAS DA PROPOSTA DE
TRABALHO PARA IMPLANTACÃO DE COMISSÕES**

COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA

COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA
REGIMENTO INTERNO

CAPÍTULO I

DA DEFINIÇÃO

Da Natureza e do Objeto da Comissão:

Art. 1 - A Comissão de Farmácia e Terapêutica é um órgão de caráter consultiva, deliberativa e educativa, cujas ações estão voltadas para a assistência farmacêutica, sendo responsável pelo processo de seleção, utilização, acompanhamento e avaliação do uso racional dos medicamentos e produtos para saúde e pelo desenvolvimento de ações para garantir o seu uso seguro e racional.

Art. 2 - A Comissão tem por finalidade assessorar a coordenadoria de assistência farmacêutica:

- a) Na padronização de medicamentos para uso dos pacientes internados nesta instituição;
- b) Na definição de critérios para aquisição, armazenamento, na prescrição e na dispensação de medicamentos padronizados ou não;
- c) No estabelecimento de critérios e métodos de avaliação do uso de medicamentos disponíveis para dispensação (farmacovigilância).

CAPÍTULO II

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 3- São atribuições da Comissão de Farmácia e terapêutica;

- a) Assessorar a coordenadoria de Assistência Farmacêutica nos assuntos referentes aos medicamentos padronizados ou não;

- b) Revisar sistematicamente a relação de padronização atualizando-a de acordo com as necessidades expressas por suas prescrições,
- c) Avaliar e emitir pareceres sobre as solicitações de inclusão, exclusão e avaliação dos medicamentos padronizados;
- d) Propor e elaborar projetos de educação permanente na área de abrangência da assistência farmacêutica.
- e) Organizar e manter atualizada a listagem padrão de fármacos e congêneres a serem utilizados pelo Hospital, tendo em vista a eficiência terapêutica;
- f) Adotar medidas visando evitar a desnecessária duplicação de substâncias básicas ou associações similares com nomes comerciais diferentes;
- g) acompanhar estudos e pesquisas de fármacos, medicamentos ou congêneres, sob o ponto de vista clínico, químico, farmacocinético e farmacodinâmico sobre sua eficiência terapêutica, para embasar critério fundamental de escolha;
- h) manter, através de sistema informatizado, com controle de acesso lógico, registros atualizados sobre fármacos, medicamentos, drogas, insumos farmacêuticos e correlatos, com programação especial, contendo:
 - I. listagem-padrão;
 - II. dados farmacológicos e clínicos;
 - III. reações adversas;
 - IV. ocorrências na ministração.
- i) desempenhar papel consultivo e educativo divulgando, no âmbito da Instituição, esclarecimentos sobre fármacos e congêneres e utilização de substâncias potencialmente tóxicas;
- j) Colaborar nas atividades de ensino e pesquisa;
- k) implementar ações referentes ao sistema de inspeção da qualidade dos fármacos e congêneres

CAPITULO III

DA COMPOSIÇÃO:

Art. 4 - A Comissão de Farmácia e Terapêutica do Hospital será composta de acordo com a decisão contida em ata de sua primeira reunião de implantação

por membros indicados pelo Conselho Diretor deste hospital e terá com componentes:

- a) Diretor Clínico,
- b) Diretor Administrativo.
- c) Médico Coordenador da UTI Adulto,
- d) Médico Coordenador da UTI Neo
- e) Farmacêutico RT
- f) Enfermeiro Coordenador de Setor.

Art. 5 - Fica estabelecido que a substituição de nomes desta comissão se dará em reunião imediatamente após o afastamento do mesmo.

Art. 6 - Será automaticamente substituído o membro desta comissão que faltar a 03 (três) reuniões sucessivas sem justificativa relevante, neste caso o setor representado deverá indicar novo membro.

CAPÍTULO IV

DO FUNCIONAMENTO:

Art. 7 - A CFT, observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e a ordem dos trabalhos.

Art. 8 - A Comissão de Farmácia e Terapêutica do Hospital terá como secretário executivo o farmacêutico RT que terá como responsabilidade a organização de pauta de reuniões elaboração da ata, devendo tornar público as decisões por elas tomadas.

Art. 9 - Os membros da Comissão de Farmácia e Terapêutica terão também um mandato de 2 (dois) anos, podendo ser reconduzidos. Entretanto perderá o mandato o membro de, sem motivo justificado, deixar de comparecer a três reuniões consecutivas ou a seis intercaladas no período de um ano.

Art. 10 - Os representantes das áreas/unidades de que tratam do artigo 4º, serão indicados pelo Superintendente do Hospital, após ouvir os diretores daquelas áreas/unidades.

Parágrafo único - Deixará de fazer parte da Comissão o membro que, sem motivo justificado, deixar de comparecer a três reuniões consecutivas ou a seis intercaladas no período de um ano

Art. 11 - A Comissão de Farmácia e Terapêutica se reuniria anualmente ou em regime extraordinário por convocação de 2/3 de seus membros.

Art. 12 - A ata da reunião da Comissão de Farmácia e Terapêutica deverá conter o nome dos membros presentes, os assuntos debatidos, as recomendações e pareceres definidos.

Art. 13 - Os integrantes da CFT deverão ter total independência no exercício das suas funções e na tomada das decisões mantendo, sob caráter confidencial, as informações recebidas e não deverão ficar sujeitos a qualquer tipo de pressão, seja por parte de superiores hierárquicos ou por interessados no parecer.

Art. 14 - Os componentes da CFT deverão abster-se de tomada de decisão, quando estiverem diretamente envolvidos com o objeto da avaliação.

Art. 15 A aquisição de medicamentos não padronizados deverá ter prévia análise da direção administrativa e sua compra não significa a sua padronização, devendo o prescrito preencher o formulário próprio à disposição nos setores.

Art. 16 - A aquisição e dispensação de antimicrobianos estará condicionada às regras definidas pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

CAPITULO VIII

DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 21 - A responsabilidade da direção hospitalar é garantir a infra-estrutura necessária para o funcionamento da comissão.

Art. 22 - Os casos omissos deste regimento serão discutidos e resolvidos pela comissão.

Art. 21º - Este Regimento Interno entrará em vigor a partir desta data podendo ser alterado a qualquer tempo.

Título: Planilha para Cronograma de Implantação do Comissão De Farmácia E Terapêutica

Item	O que deverá ser feito?	Por que será feito?	Como será feito?	Por quem será feito?	Quando será feito?
1	Criar Comissão	Por obrigatoriedade (conforme portaria) de acordo com necessidade;	Através de convite a membros da equipe farmacêutico	Diretoria Técnica	Mês 1
2	Reuniões ordinárias;	Realizar levantamento de consumo médio e medicamentos, revisando estoque mínimo, buscando melhor planejamento de reposição e armazenamento obedecendo princípios de boas práticas da cadeia medicamentosa.	Apresentar à direção o consumo diário e mensal dos insumos a fim de fortalecer o processo de compras e ou padronização de medicamentos de acordo com histórico de dispensação e perfil de pacientes. Através de relatório sistematizado.	Membros da comissão	Mês 2
3	Elaborar Regimento Interno da Comissão	Elabore protocolos e diretrizes terapêuticas baseados em evidências científicas, regulamentações e orientações nacionais e internacionais. Esses documentos devem abordar aspectos como a indicação, a posologia, as	A partir de padronização de medicamentos baseados em legislação vigentes e aprovados pelo órgão de fiscalização nacional (ANVISA).	Membros da comissão	Mês 3

Título: Planilha para Cronograma de Implantação do Comissão De Farmácia E Terapêutica

		contraindicações, as interações medicamentosas, a monitorização e a duração do tratamento para diferentes condições clínicas.			
4	Avaliação contínua dos pacientes por auxílio da farmácia clínica	Realizar o acompanhamento das terapias e dos medicamentos utilizados na instituição, investigando suas indicações bem como posologias, tempo de uso e o respeito a cadeia medicamentosa.	Relatórios estruturados de uso de medicação por paciente, com tempo de utilização, posologia, confrontando com dados do paciente: tempo de permanência, diagnóstico inicial/definitivo/ sexo, idade entre outros dados para melhor interpretação e intervenção farmacêutica.	Membros da comissão	Mês 4
5	Elaborar e alimentar indicadores de monitoramento da eficácia do serviço	Facilitar o acompanhamento do serviço, bem como apontamento de necessidade de melhorias.	Elaborando junto ao SGQ os indicadores estratégicos para monitoramento do serviço e planejamento de ações mediante resultados obtidos e metas não alcançadas.	Membros da comissão	Mês 5
6	Reuniões ordinárias;	Realizar levantamento de consumo médio e medicamentos, revisando estoque mínimo, buscando melhor planejamento de reposição e armazenamento obedecendo	Apresentar à direção o consumo diário e mensal dos insumos a fim de fortalecer o processo de compras e ou padronização de medicamentos de acordo com histórico de dispensação e perfil de pacientes. Através de relatório sistematizado.	Membros da comissão	Mês 8

Título: Planilha para Cronograma de Implantação do Comissão De Farmácia E Terapêutica

		princípios de boas práticas da cadeia medicamentosa.			
7	Reuniões ordinárias;	Realizar inventário anual de estoque de medicamentos bem como relatório final de consumo médio e medicamentos por setores baseados em perfil assistencial e por sensibilidade de uso de antimicrobianos Planejamento de ações de melhoria de processos para próximo fluxo.	Apresentar à direção o consumo diário e mensal dos insumos a fim de fortalecer o processo de compras e ou padronização de medicamentos de acordo com histórico de dispensação e perfil de pacientes. Através de relatório sistematizado.	Membros da comissão	Mês 12



10.1.2: FA. 2 – ÁREA DA QUALIDADE

**QUALIDADE OBJETIVA: AVALIA MEDIDAS DA PROPOSTA DE TRABALHO PARA
IMPLANTACÃO DE COMISSÕES**

COMISSÃO DE ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO (CAMB)

COMISSÃO DE ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO (CAMB)

REGIMENTO INTERNO

CAPÍTULO I

DA FINALIDADE

Art. 1º O presente Regimento Interno tem por objetivo reger a composição, as atribuições, a estrutura, as competências e o funcionamento da Comissão de Biossegurança em Saúde;

Art. 2º A Comissão de Biossegurança em Saúde será composta pelo número de representantes definido pelo Hospital.

§ 1º Cada representante titular terá um suplente.

§ 2º Os membros titulares e suplentes da Comissão de Biossegurança em Saúde serão indicados pelos dirigentes de seus respectivos órgãos e entidades à Coordenação da Comissão de Biossegurança em Saúde e designados pelo Ministro da Saúde.

Capítulo II - Da área de atuação e da estrutura

Art. 3º Caberá à Comissão:

I - participar, nos âmbitos nacional e internacional, da elaboração e reformulação de normas no âmbito da biossegurança;

II - proceder ao levantamento e à análise das questões referentes à biossegurança, visando identificar seus impactos e suas correlações com a saúde humana;

III - propor estudos para subsidiar o posicionamento da Instituição na tomada de decisões sobre temas relativos à biossegurança;

IV - propiciar debates públicos sobre biossegurança, por intermédio de reuniões e eventos abertos à comunidade; e

V- estimular a integração de ações dos diversos órgãos do Sistema Único de Saúde - SUS, nas questões de Biossegurança em Saúde.

Art. 4º Para cumprimento de suas finalidades, definidas neste Regimento Interno, a Comissão de Biossegurança em Saúde terá a seguinte estrutura:

I - Coordenação;

III - Apoio Administrativo;

IV - Grupos de Trabalho.

Seção I - Da Coordenação

Art. 5º O primeiro representante indicado pela Instituição, exercerá a Coordenação da Comissão de Biossegurança em Saúde.

Subseção I - Do Apoio Administrativo

Art. 7º O Apoio Administrativo será prestado por servidores da Hospital à qual estiver vinculada a Coordenação da Comissão de Biossegurança em Saúde e proverá o suporte necessário ao desenvolvimento de suas atividades.

Subseção II - Dos Grupos de Trabalho

Art. 9º Quando houver necessidade, serão constituídos, no âmbito da Comissão, Grupos de Trabalho com a atribuição de discutir e analisar questões referentes à biossegurança em saúde, além de elaborar documentos técnicos para subsidiar os membros da Comissão de Biossegurança em Saúde.

Art. 10. Os Grupos de Trabalho serão compostos por representantes dos setores, e das entidades integrantes da Comissão de Biossegurança em Saúde.

§ 1º A Coordenação da Comissão de Biossegurança em Saúde proverá o apoio administrativo necessário ao desenvolvimento das atividades dos Grupos de Trabalho e atenderá às solicitações de suas Coordenações.

§ 2º A participação dos integrantes dos Grupos de Trabalho, inclusive de suas Coordenações, fica vinculada à conclusão das metas definidas quando de sua criação e ao seu mandato na Comissão de Biossegurança em Saúde.

§ 3º Os Consultores de que trata o artigo seguinte poderão ser convidados a assessorar os Grupos de Trabalho.

Capítulo IIII - Das competências e das atribuições

Art. 12. Compete à Coordenação:

I - convocar as reuniões da Comissão de Biossegurança em Saúde;

II - dirigir as sessões da Comissão de Biossegurança em Saúde;

III - submeter à Comissão de Biossegurança em Saúde todos os assuntos constantes da pauta de reunião;

IV - assinar os atos destinados a formalizar e documentar as decisões da Comissão de Biossegurança em Saúde;

V- convidar a participar das reuniões, após consulta e aprovação da Comissão de Biossegurança em Saúde, consultores para auxiliar na discussão de casos específicos;

VI - convocar reuniões extraordinárias;

VII - distribuir aos membros da Comissão de Biossegurança em Saúde matérias para seu exame e parecer;

VIII - zelar pelo cumprimento das normas deste Regimento e resolver as questões de ordem; e

IX - representar ou indicar representante da Comissão de Biossegurança em Saúde nos atos que se fizerem necessários, respeitada a natureza de suas atribuições.

Art. 13. Compete ao Apoio Administrativo:

I - apoiar administrativamente a Comissão de Biossegurança em Saúde;

II - manter arquivos e registros de documentos e atividades relacionadas à Comissão de Biossegurança em Saúde;

III - elaborar atas e memórias das reuniões;

IV - manter grupo eletrônico de discussão no âmbito da Comissão de Biossegurança em Saúde;

V- divulgar, em âmbito nacional, as atividades da Comissão de Biossegurança em Saúde, por sua determinação;

VI - encaminhar documentos produzidos ou solicitados pelos membros; e

VII - exercer outras funções administrativas, a critério da Coordenação, necessárias ao bom desempenho das atividades da Comissão de Biossegurança em Saúde.

Art. 14. São atribuições dos membros:

I - comparecer, participar e votar nas reuniões da Comissão de Biossegurança em Saúde;

II - aprovar as pautas e memórias de reunião, elaboradas pela Coordenação;

III - propor a convocação de reuniões extraordinárias da Comissão de Biossegurança em Saúde;

IV - examinar e relatar expedientes que lhes forem distribuídos pela Coordenação, dentro dos prazos estabelecidos;

V- propor atividades de interesse para a Comissão de Biossegurança em Saúde;

VI - aprovar, em reunião plenária, os Grupos de Trabalho, seu âmbito, duração e escopo de trabalho; e

VII - indicar, dentre eles, os dirigentes da primeira reunião dos Grupos de Trabalho, em que se escolherá sua Coordenação.

Parágrafo único. Os membros titulares, em suas faltas, serão substituídos pelos respectivos suplentes nas reuniões da Comissão de Biossegurança em Saúde, com iguais atribuições.

Art. 15. Compete aos Grupos de Trabalho:

I - indicar a Coordenação do Grupo de Trabalho, em sua primeira reunião, a qual irá conduzir e coordenar as reuniões técnicas relacionadas à matéria sob seu exame;

II - propor a alteração de sua composição à Coordenação; e

III - apresentar relatórios das atividades desenvolvidas pelo seu Grupo de Trabalho, nas reuniões plenárias da Comissão de Biossegurança em Saúde, podendo indicar relator para fazê-lo.

Art. 16. Aos Consultores cabe subsidiar a Comissão de Biossegurança em Saúde e Grupos de Trabalho, em assuntos específicos.

Seção II - Das Reuniões

Art. 18. A Comissão de Biossegurança em Saúde reunir-se-á, ordinariamente, conforme calendário definido pelo Plenário, quando da primeira reunião anual e, extraordinariamente, por convocação da Coordenação ou a requerimento da maioria simples de seus membros.

§ 1º A Coordenação da Comissão de Biossegurança em Saúde dirigirá as reuniões ordinárias e extraordinárias, com direito a voto simples.

§ 2º Na impossibilidade de comparecimento da Coordenação dirigirá os trabalhos um membro escolhido entre os demais presentes à reunião.

§ 3º Tanto os membros titulares quanto os suplentes, serão sempre convocados para participar das reuniões, com 7 (sete) e 5 (cinco) dias de antecipação, respectivamente para as ordinárias e para as extraordinárias.

§ 4º Nos casos em que o titular e seu suplente estiver impossibilitado de comparecer à reunião, deverá comunicar seu não comparecimento com antecedência mínima de 24 (vinte e quatro horas) e apresentar justificativa formal a Coordenação da Comissão.

§ 5º As reuniões obedecerão à pauta formulada pela Coordenação, aprovada pela Direção da Unidade..

§ 6º O pedido de inclusão de assuntos para discussão poderá ser dirigido à Coordenação, por qualquer membro, com antecedência mínima de 10 (dez) dias da data de realização da reunião, ou apresentado durante a aprovação de sua pauta pelo Plenário.

§ 7º As reuniões serão instaladas com a presença mínima de maioria simples dos membros presentes, inclusive os suplentes dos titulares que não tiverem comparecido.

§ 8º A Coordenação ou quem estiver dirigindo a reunião poderá suspendê-la por tempo determinado, quando julgar necessário.

§ 9º O membro presente à reunião poderá solicitar, em qualquer fase dos trabalhos, salvo se já anunciada a decisão, a retirada de matéria de sua autoria ou pedir vista da que estiver em discussão, que será apreciada na próxima reunião ordinária ou extraordinária, sempre respeitando prazo não inferior a 30 (trinta) dias.

§ 10. Anunciado pela Coordenação o encerramento da discussão, a matéria será submetida a aprovação.

§ 11. A aprovação das matérias ocorrerá prioritariamente por consenso ou, se não for alcançado, por maioria simples do Plenário.

§ 12. Os trabalhos de cada reunião, em especial as deliberações, serão registrados em memória, que, aprovada pelo Plenário, será divulgada para todos os membros, titulares e suplentes, e arquivada na Coordenação.

Capítulo IV - Disposições Gerais

Art. 19. Os casos omissos ou as dúvidas de interpretação deste Regimento serão resolvidos ou referendados pelo Plenário.

Parágrafo único. Em casos excepcionais, a Direção em conjunto com a Coordenação tratará os casos omissos ou as dúvidas de interpretação do Regimento, e suas decisões deverão ser referendadas em Plenário.

Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Comissão De Acidentes Com Material Biológico

Item	O que deverá ser feito?	Por que será feito?	Como será feito?	Por quem será feito?	Quando será feito?
1	Criar a Comissão de Acidentes com material biológico.	Por obrigatoriedade (conforme legislação) de acordo com necessidade;	Através de eleição de membros atuantes no serviço.	SESMT	Mês 1
2	Reuniões ordinárias;	Acompanhar o perfil de acidentes biológicos e ou com perfurocortantes e analisar os casos junto ao SESMT, e propostas de melhorias.	Acompanhar padronização de materiais e equipamentos utilizados para saúde junto à comissão de biossegurança e o perfil de acidentes ocorridos e mapear possibilidade de melhorias no serviço.	Membros da comissão	Mês 1
3	Elaborar Regimento Interno da Comissão	Para oferecer suporte e orientação das atividades.	Será solicitado ao SESMT e representantes eleitos.	A própria comissão	Mês 2
4	Reuniões ordinárias;	Acompanhar o perfil de acidentes biológicos e ou com perfurocortantes e analisar os casos junto ao SESMT, e propostas de melhorias.	Acompanhar padronização de materiais e equipamentos utilizados para saúde junto à comissão de biossegurança e o perfil de acidentes ocorridos e mapear possibilidade de melhorias no serviço.	Membros da comissão	Mês 2
6	Reuniões ordinárias;	Acompanhar o perfil de acidentes biológicos e ou com perfurocortantes e	Acompanhar padronização de materiais e equipamentos utilizados para saúde junto à comissão de biossegurança	Membros da comissão	Mês 3

Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Comissão De Acidentes Com Material Biológico

		analisar os casos junto ao SESMT, e propostas de melhorias.	e o perfil de acidentes ocorridos e mapear possibilidade de melhorias no serviço.		
7	Padronização de insumos para saúdes;	Propor reuniões frequentes de padronização junto aos serviços assistenciais	Acompanhar padronização de materiais e equipamentos utilizados para saúde e o perfil de acidentes ocorridos e mapear possibilidade de melhorias no serviço.	Membros da comissão/Representantes de Compras/Farmácias/Enfermagem	Mês 3
8	Reuniões ordinárias;	Apresentar os casos de acidentes ocorridos, análises de casos, e propostas de melhorias.	Acompanhar padronização de materiais e equipamentos utilizados para saúde junto à comissão de biossegurança e o perfil de acidentes ocorridos e mapear possibilidade de melhorias no serviço.	Membros da comissão	Mês 4 Mês 5 Mês 6 Mês 7 Mês 8 Mês 9 Mês 10 Mês 11
9	Reuniões ordinárias;	Apresentar relatórios dos tipos de acidentes biológicos ocorridos no ano, número de afastamentos de colaborador bem como medidas tomadas para mitigar os riscos.	Divulgação de resultados e identificação de oportunidades de melhorias com as áreas assistências, diretoria e prestadores de serviço.	Membros da comissão	Mês 12



10.1.2: FA. 2 – ÁREA DA QUALIDADE

**QUALIDADE OBJETIVA: AVALIA MEDIDAS DA PROPOSTA DE TRABALHO PARA
IMPLANTACÃO DE COMISSÕES**

COMITÊ DE COMPLIANCE

REGIMENTO INTERNO – COMITÊ COMPLIANCE

I. Objetivos

Programas de Compliance têm por finalidade disseminar diretrizes voltadas para o atingimento do estado de conformidade e sustentabilidade dos negócios, possibilitando o aumento da prevenção de atos ilícitos, redução de perdas financeiras e de danos à reputação da instituição. É estar em conformidade com leis e regulamentos.

II. Abrangência

Todos os setores

II. Diretrizes

1) Compliance

Um programa de compliance determina uma variedade de regras e procedimentos necessários para as práticas realizadas em uma instituição. Posturas de ética, transparência e qualidade na gestão pautam as principais exigências estabelecidas.

Na busca pela melhor relação com pacientes, colaboradores e fornecedores trazem maior confiança aos processos, seja por meio do atendimento, de medicamentos aplicados ou de materiais adquiridos, por exemplo. Dessa forma, condutas inapropriadas e atuações que fogem dos valores da instituição são combatidas.

A Organização Social de Saúde Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus está altamente empenhado em atingir o nível de excelência em Compliance. Por isso desenvolveu um Programa de Compliance fundamentado em três pilares: prevenir, detectar e responder, cujo foco principal, obviamente, está na prevenção, com ações fortes em comunicação, treinamento e definição de políticas, entre outras. Seja somente um conjunto de regras, mas sim a questão de atitude e, como parte do programa, um dos mais importantes é o princípio anticorrupção em todas as áreas de atuação da instituição.

2) Aplicação de Compliance

O Programa é voltado a todos os colaboradores e aos terceiros que prestam serviços de natureza permanente, temporária, excepcional ou eventual ao Hospital, e a todas às unidades geridas pela OSS HMTJ.

Está alinhado à Estratégia Corporativa, refletindo a Missão, Visão e Valores compartilhados entre as pessoas que fazem o Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus.

2.1) Composição

O Comitê será formado por, no mínimo, 3 (três) e, no máximo, 5 (cinco) membros efetivos, eleitos em Ato de Nomeação pelo Diretor Presidente, sendo obrigatória a participação e de 1 (um) dos Diretores da Instituição.

O Comitê de Compliance é composto dos seguintes membros:

- Diretor Financeiro;
- Gerente de Controladoria;
- Representante dos Colaboradores;
- Representante Jurídico.

2.1.1) . Os membros do Comitê elegerão 1 (um) Presidente pela maioria absoluta de votos, na primeira reunião que ocorrer após a posse de tais membros, ou sempre que ocorrer vacância naquele cargo ("Presidente").

2.2) Conheça bem a sua organização

Conhecer, monitorar e estudar o cotidiano da organização é a maneira mais eficiente de identificar setores que precisam de aprimoramento e intervenção de um líder, de modo a se adequarem às normas e procedimentos preestabelecidos

2.3) Envolve todos os seus colaboradores e parceiros

É necessário fomentar o respeito às regras em nossos colaboradores. Para isso, é fundamental envolver a todos no processo. As pessoas são o maior bem de uma instituição, mas uma equipe desmotivada e mal gerenciada pode ser um risco à imagem da organização. Quando a gestão de pessoas não é realizada adequadamente, isso abre espaço para o desenvolvimento de condutas que não contribuem para o crescimento e podem afetar a reputação do negócio. Por isso, é essencial envolver seus colaboradores em seu projeto de compliance.

Porém, para conquistar a compreensão e o apoio da equipe, é necessário investir em transparência e clareza quanto aos objetivos do procedimento e as vantagens que isso vai trazer à instituição e a todos que nela trabalham.

2.4) Estimule uma cultura organizacional ética

A cultura organizacional pode ser definida pelos padrões de comportamento dentro do Hospital. Dessa maneira, estimular nossos colaboradores a adotarem uma cultura organizacional ética e de respeito às leis, fica muito mais fácil prevenir

problemas de desvio de caráter e de comportamento.

A proposta é para incorporar o compliance em seu dia a dia para que isso passe a ser algo natural e não uma imposição dos gestores e da Direção. Ressalta-se que uma cultura organizacional positiva e pautada na ética reflete no aumento da motivação, produtividade e segurança do trabalho executado. Os reflexos vão muito além do ambiente hospitalar, reverberando positivamente sua imagem em toda a sociedade.

2.5) Cuide para que as relações internas sejam justas

É extremamente importante saber premiar os colaboradores de maneira justa e de acordo com o bom trabalho desempenhado.

2.6) Monitore os processos

Primordial acompanhar de perto as tarefas e transações realizadas pela equipe visando avaliar os comportamentos de toda a equipe e detectar condutas inadequadas e em desconformidade com as regras. Com isso garantimos que a instituição tenha uma atuação sempre correta e pautada em processos éticos e legais.

3) Estratégia Corporativa

O Planejamento Estratégico é um processo sistemático por meio do qual são estabelecidos os objetivos estratégicos, indicadores e planos de ação, buscando o melhor direcionamento dos esforços e alocação dos recursos organizacionais.

No Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus, o Planejamento Estratégico é revisado anualmente com o intuito de definir os Objetivos Estratégicos a serem perseguidos pela instituição no ano.

Missão:

Promover e prestar assistência à saúde, com excelência, contemplando programas de ensino e pesquisa.

Visão

2028: Ser referência Nacional para o Sistema Único de Saúde, pela Qualidade assistencial, gestão, ensino e pesquisa.

Valores:

- **ÉTICA:** Agir com integridade, honestidade moral intelectual e com respeito à legislação vigente sob todos os aspectos
- **QUALIDADE E SEGURANÇA:** Alcançar resultados consistentes gerando valor para as partes interessadas. Cuidado centrado paciente
- **HUMANIZAÇÃO:** Trabalhar com respeito, equidade, integralidade, dignidade, de forma universal.
- **INOVAÇÃO:** Buscar continuamente tecnologias e métodos de trabalho inovadores.
- **SUSTENTABILIDADE:** Agir de maneira ambientalmente correta, socialmente justa, economicamente viável, culturalmente aceita, e alinhando as ações com os objetivos de desenvolvimento da Instituição.

4) Programa de Compliance



4.2) Avaliação de Riscos

Risco é a possibilidade de que o resultado realizado de um determinado evento seja diferente do resultado esperado, impactando negativamente a condição da organização de atingir objetivos previamente estabelecidos.

Conhecer as vulnerabilidades, os riscos e os objetivos do hospital são fundamentais para se estruturar uma avaliação assertiva, conjugando a probabilidade de ocorrência e os impactos que tais eventos teriam caso viessem a ser observados. O Hospital atuará com uma estrutura de gerenciamento de riscos que tem a finalidade de identificar, avaliar e mensurar, controlar, mitigar, monitorar e reportar os riscos, contribuindo para a manutenção da solidez da organização.

4.3) Manual de Normas, Condutas e Ética do Colaborador

O Manual de Normas, Condutas e Ética do Colaborador devem ser sempre respeitados em suas ações e decisões do dia a dia, e também devem servir de referência para os nossos colaboradores, prestadores de serviço e fornecedores.

Estabelecem os valores e determinam o padrão de comportamento que se espera do seu corpo funcional. Apresentam os compromissos e as diretrizes em relação ao seu público de relacionamento, deveres e comportamentos esperados no ambiente de trabalho.

4.4) Treinamento e Comunicação

Programas de treinamento e ações de comunicação são fundamentais para promover a cultura de Compliance. A definição de estratégia para elaboração de plano de treinamento e comunicação permite o encadeamento e multiplicação do conhecimento.

Será realizado ações de treinamento voltadas à promoção da capacitação, atualização e especialização dos seus colaboradores, em temas relacionados a controles internos, gestão de riscos, segurança. As ações de comunicação visam reforçar os temas abordados, divulgando a todos os colaboradores aspectos relativos a normas e procedimentos, políticas gerais e específicas, utilizando todos os canais disponíveis.

4.5) Controles Internos

São processos e práticas pelas quais a organização procura assegurar que todas as ações planejadas e aprovadas sejam executadas adequadamente, visando a salvaguarda dos ativos, a exatidão e confiabilidade das informações gerenciais e dos registros financeiros, a promoção da eficiência operacional e a aderência às políticas da organização. Tem por finalidade contribuir para a realização dos objetivos estratégicos e a perenidade da organização.

4.6) Canais de Denúncia

Permitem aos colaboradores, estagiários, aprendizes, trabalhadores de empresas contratada e parceiros comerciais, uma forma de alertar a organização, inclusive de maneira anônima, para potenciais violações ao Código de Ética e Normas de Conduta e outras políticas.

O canal de denúncia da OSS HMTJ está localizado no site, conforme a Foto 01, tendo facilidade de acesso, prontidão e capacidade de captar e analisar as informações recebidas.

Para acesso, entrar no site <https://hmtj.org.br/>, clicar em contato, na sequência em ouvidoria e escolher o setor que será notificado.



Foto 01: Canal de denúncia HMTJ

Logo depois vai aparecer o formulário como mostra a Foto 02, que deve ser preenchido com as informações pertinentes e ao final clicar em enviar.

HOSPITAL E MATERNIDADE TEREZINHA DE JESUS		HMTJ HOSPITAL E MATERNIDADE TEREZINHA DE JESUS
PESQUISA DE OPINIÃO INTERNAÇÕES		
<p>Você é?</p> <input type="text" value="Informe quem você é?"/>		
Dados Pessoais		
Sua identificação é opcional, mas será através dela que poderemos lhe dar retorno sobre nossas ações.		
Nome	Telefone	Email
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nome do Médico	Leito	Especialidade
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="Alergia"/>
Pesquisa sobre Recepção		

Foto 02: Formulário

São reconhecidos pela credibilidade e pelo compromisso de sigilo da fonte e confidencialidade das informações. As denúncias sobre desvios comportamentais, descumprimento de normas internas e eventual suspeita de ato lesivo qualificável como corrupção devem ser encaminhadas à Ouvidoria Interna.

4.7) Investigações Internas e Gestão das Consequências

O hospital dispõe de normativos, procedimentos específicos e fluxos definidos para o processo de investigação e apuração de responsabilidade e controle disciplinar, de forma segregada, autônoma e imparcial.

O descumprimento das diretrizes do Código de Ética e das Normas de Conduta pode resultar em sanções, de acordo com a gravidade da ocorrência, suas circunstâncias e o nível de participação de cada envolvido.

A condução deve ocorrer de forma independente e sigilosa, e a apuração deve ser realizada de forma profissional e isenta, utilizando mecanismos de investigação adequados.

A gestão de consequências exige metodologia e inteligência, com um processo impessoal e foco na apuração da verdade.

5) Monitoramento do Programa de Compliance

O Programa de Compliance é acompanhado periodicamente pela Direção com o propósito de avaliar o estado de conformidade do conjunto de orientadores.

Todo o monitoramento do programa é feito através dos setores da controladoria: auditoria interna, custos e contabilidade; Com base no nosso Manual de Normas, Condutas e Ética do Colaborador; Pelas políticas institucionais; E pelo setor de ouvidoria.

5.1) Manual de Normas, Condutas e Ética do Colaborador

O Manual de Normas, Condutas e Ética do Colaborador é a expressão dos princípios éticos e valores da instituição, o qual orienta e norteia a atuação de todos os nossos administradores, colaboradores, representantes e terceiros, sem exceção. Seu conteúdo deve ser claro, não permitindo outras interpretações e deve ser seguido por todos, bem como estar amplamente acessível ao público externo.

Nele, estão contidas as expectativas a respeito do comportamento e da conduta dos administradores, colaboradores, representantes, terceiros e demais partes interessadas, durante suas atividades.

No Código de Ética e Conduta, são abordados de forma geral:

- Os princípios e diretrizes relacionados às questões de ética e conduta.
- Previsão de aplicação de Ações Disciplinares para desvios ao Código de Ética e Conduta.
- Existência do Canal de Denúncias e orientações sobre quando utilizar, bem como a garantia de anonimato e não retaliação ao denunciante.

O manual está disponível no software da qualidade e deverá ser atualizado, minimamente, a cada 02 (dois) anos, de acordo com novas necessidades da empresa, em decorrência de mudanças legais ou regulatórias ou institucionais.

5.2) Políticas Institucionais

A Instituição dispõe de um conjunto de políticas fundamentais que refletem nossos princípios e diretrizes para a condução dos negócios e suportam o Programa de Compliance, as quais devem ser conhecidas e aplicadas por todos. As políticas devem ser amplamente divulgadas e está disponível para consulta no software da qualidade.

Políticas	Objetivos
POLÍTICA DE PRIVACIDADE E PROTEÇÃO DE DADOS	Esta política define como os dados pessoais são protegidos pela Instituição nos processos de coleta, registro, armazenamento, uso, compartilhamento, enriquecimento e eliminação, em cumprimento aos preceitos da Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados).
POLÍTICA DE GESTÃO DA QUALIDADE	Assegurar que o SGQ esteja estabelecido, implementado e mantido conforme a norma ONA; Acompanhar o desempenho do SGQ; Assegurar o alcance/ acompanhamento dos requisitos das partes interessadas em toda organização; Garantir a implementação e o acompanhamento dos objetivos estratégicos; Acompanhamento da satisfação do cliente; Garantir a qualidade e a segurança do cuidado e dos serviços prestados.

<p>POLÍTICA PARA EXECUÇÃO DE PAGAMENTOS E PRIORIDADE DE PAGAMENTOS EM CASO DE INADIMPLÊNCIA</p>	<p>Seguir as regras e dos padrões operacionais definidos para a execução dos pagamentos por parte da OSS HMTJ; Estabelecer os pontos de controle em relação aos pagamentos realizados e a realizar, por meio do Fluxo de Caixa; Assegurar a liquidação das obrigações financeiras da OSS HMTJ dentro dos prazos e condições estabelecidos com os fornecedores e em conformidade com esta política; Classificar a prioridade de Despesas para pagamento, seguindo as Diretrizes, tendo em vista possíveis inadimplências.</p>
<p>POLÍTICA DOS DIREITOS E DEVERES DO PACIENTE</p>	<p>Garantir o direito do usuário para promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação da saúde, cabendo a ele prestar informações apropriadas nos atendimentos, nas consultas e nas internações.</p>
<p>POLÍTICA DE QUALIFICAÇÃO DE FORNECEDORES - SERVIÇOS</p>	<p>Padronizar o processo de Gestão de Contratos, qualificação e avaliação, melhorar o desempenho dos processos de aquisição e desenvolver estratégias para alinhar os fornecedores de serviço aos objetivos da organização.</p>
<p>POLÍTICA DE QUALIFICAÇÃO DE FORNECEDORES E GESTÃO DE SUPRIMENTOS</p>	<p>Padronizar o processo de gestão de suprimentos, melhorar o desempenho dos processos de aquisição de insumos, além de desenvolver estratégias para alinhar os fornecedores aos objetivos da organização.</p>
<p>POLÍTICA INSTITUCIONAL: DESENVOLVIMENTO DE PESSOAS</p>	<p>A Política de Recursos Humanos é um conjunto de orientações, baseadas em crenças e valores, que devem nortear as relações de trabalho, dando sustentação às estratégias institucionais, de forma dinâmica e duradoura, objetivando assegurar a disponibilidade de pessoas qualificadas, saudáveis, seguras, motivadas e satisfeitas, que agreguem valor para os negócios da Entidade. A política de Recursos Humanos tem como objetivos principais identificar talentos, integrar, capacitar, desenvolver e valorizar os funcionários, a fim de qualificar os serviços prestados pelo hospital.</p>

<p style="text-align: center;">POLÍTICA DE GESTÃO DE CUSTOS</p>	<p style="text-align: center;">Estabelecer uma gestão financeira adequada, através de estudos e análises voltadas para a mudança de processos; Garantir a eficiência máxima do sistema de gestão de custos avaliando seus impactos na eficácia e assegurando dessa maneira a efetividade; Fornecer, a todos os setores da instituição, informações referentes aos seus recursos, independente da natureza produtiva, despertando assim a corresponsabilidade, para que todos exerçam uma efetiva gestão dos custos; Oferecer para a diretoria as informações necessárias para a tomada de decisões ou soluções de problemas;</p>
<p style="text-align: center;">POLÍTICA DE SEGURANÇA, CONSISTÊNCIA E RASTREABILIDADE DA INFORMAÇÃO</p>	<p style="text-align: center;">O Hospital Maternidade Therezinha de Jesus, está comprometida com a proteção de dados e informações pessoais que são compartilhados pelos usuários. Essa política tem como objetivo garantir a segurança dos dados e informações em meios físicos e digitais do paciente/cliente, levando em conta a coleta, a integração, a organização, o controle, a disposição a movimentação, o recebimento, o armazenamento, a conservação e o descarte das informações, tendo como base a Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados).</p>

5.3) Fluxo de Solicitações

O conjunto de controles de gestão que visa dar confiança e transparência nas informações da unidade, é tomada como base nas solicitações feita via sistema Fluig, enviado pela unidade solicitante sempre com base no Regulamento de Contratações de serviços, produtos e pessoas, e prestação de conta da OSS HMTJ.

A interação dos processos via Sistema Fluig segue um direcionamento de solicitação e aprovação de acordo com a atividade fim descrita nos procedimentos das áreas.

5.3.1) Contratos

O setor de contratos analisa as cotações recebidas do mercado, verificando se a proposta atende à necessidade da instituição para o motivo em que está sendo feita e se condiz em valores com os menores preços praticados. Os passos para a aprovação seguem o fluxo abaixo:

- 1) Solicitante: O usuário solicita a contratação de determinado serviço, informando todo o escopo de atividades e as necessidades demandadas.
- 2) Coord. Administrativa: Aprovar a necessidade da contratação com foco na real necessidade.
- 3) Direção unidade: Ter ciência e validar a prática da atividade fim.
- 4) Contratos: Fazer uma busca ativa no mercado e cotar com empresas proponentes a contratação do serviço demandado respeitando o Regulamento de Contratações de obras, serviços e compras da OSS HMTJ.
- 5) Responsável Técnico: Validar tecnicamente os orçamentos obtidos, aprovando a operacionalização da melhor proposta, com visita técnica caso o fornecedor seja considerado crítico.
- 6) Controladoria: Verificar se a proposta de melhor valor está em conformidade com o orçamento Base-zero da unidade.
- 7) Direção OSS HMTJ: Ter ciência e validar a prática da atividade fim na unidade conforme as premissas do Conselho Deliberativo da OSS HMTJ.
- 8) Contratos: Elaborar a Minuta para formalização do Contrato entre as partes.
- 9) Jurídico: Validar o Contrato proposto e liberar o mesmo para assinatura das partes.

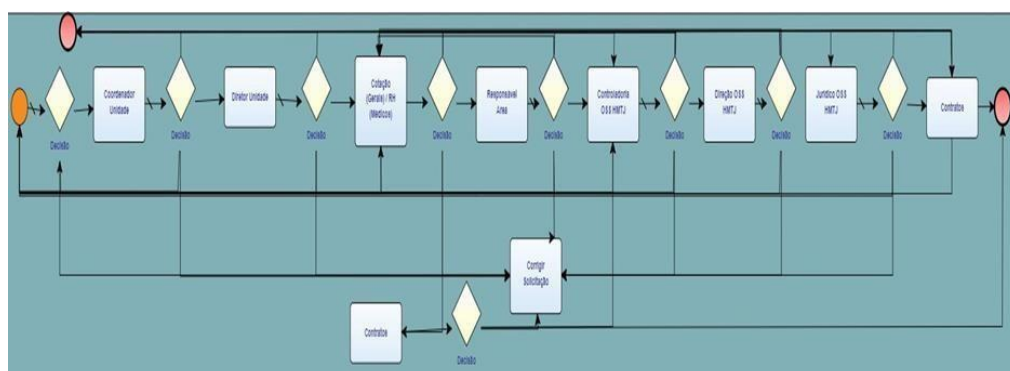


Figura 01: Fluxo de Aprovação setor de Contratos

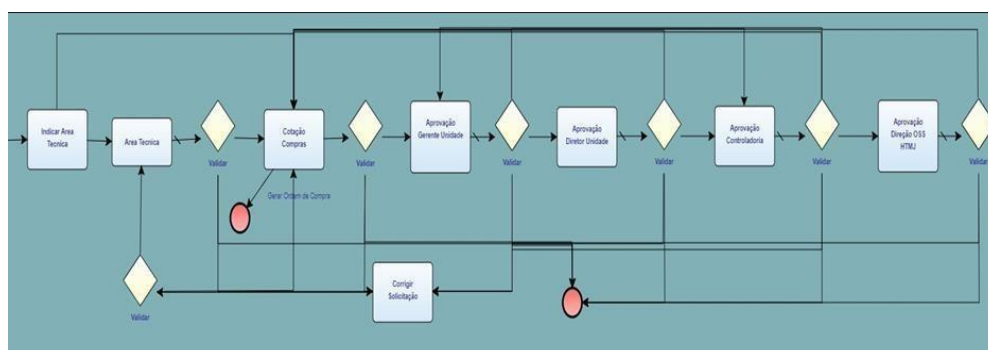
5.3.2) Compras

O setor de compras da organização seleciona fornecedores para produtos e serviços com base na capacidade destes em atender os requisitos estabelecidos

conforme especificação das normas de Qualidade da Organização Nacional de Acreditação (ONA) e atendimentos às especificações legais considerando ainda as diretrizes da Política de Qualificação de Fornecedores e Gestão de Suprimentos. Os passos para a aprovação estão descritos abaixo e mostrado na Figura 01.

- 1) Solicitante: O usuário abre a solicitação de compra, informando as necessidades e demandadas.
- 2) Area técnica: Validar tecnicamente a necessidade da compra.
- 3) Compras: Fazer a cotação com os fornecedores, respeitando o Regulamento de Contratações de obras, serviços e compras da OSS HMTJ.
- 4) Gerente da unidade: Ter ciência e validar a prática da atividade fim.
- 5) Direção da unidade: Ter ciência e validar a prática da atividade fim.
- 6) Controladoria: Verificar se a proposta de melhor valor está em conformidade com o orçamento Base-zero da unidade.
- 7) Direção OSS HMTJ: Ter ciência e validar a prática da atividade fim na unidade conforme as premissas do Conselho Deliberativo da OSS HMTJ.

Figura 02: Fluxo de Aprovação setor de Compras



5.3.3) Alçada

Em caso de necessidade, o coordenador administrativo da unidade tem autonomia para realizar compras de insumos com valor até R\$ 1.500,00, utilizando para tal o “caixa interno” disponibilizado mensalmente. Acima deste valor será necessário autorização assinada pela Direção Administrativa da OSS HMTJ.

5.3.1) Recursos Humanos

O setor de recursos Humanos é responsável por apoiar e dar suporte aos processos de captação e seleção de pessoas, utilizando como base informações definidas em nosso PEC, visando identificar o candidato ideal para uma vaga, percebendo se os valores deste colaborador estão compatíveis com os valores e cultura do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus, por meio da definição de etapas e recursos técnicos a serem utilizados no processo de Recrutamento e Seleção com base na aplicabilidade da Política de Gestão de Pessoas, tem por alicerce, princípios constitucionais de legalidade, impessoalidade, moralidade e publicidade, portanto aplicada a todos os colaboradores da instituição. Em suma, implantar Política de Gestão de Pessoas, atendendo a legislação vigente e responsabilizando-se pela contratação de recursos humanos qualificados, com habilitação técnica e legal, com quantitativo compatível para o perfil da unidade e os serviços a serem prestados.

Na OSS HMTJ onde todos os recursos financeiros têm que ser geridos com o rigor, o planejamento de Recursos Humanos é imprescindível, como vista a fazer coincidir o número certo de trabalhadores, detentores das competências adequadas de acordo com o C.H.A. (Competências, Habilidades e Atitudes) definidos para cada cargo, com os objetivos, estratégias e valores definidos pela Entidade.

Os passos para a aprovação estão descritos abaixo e mostrado na Figura 03.

1) Solicitante: Abertura da vaga preenchendo todas as informações solicitadas

2) Priorização de vaga: As vagas serão trabalhadas por ordem de chegada do fluig, havendo necessidade de priorização, o responsável pela vaga destacará e justificará a maior necessidade de sua área.

2) Atração/ Recrutamento: A partir do recebimento do Formulário via FLUIG, o RH verifica perfil da vaga de acordo com o PEC e os melhores canais de divulgação desta vaga para recrutamento, priorizando quando possível, seleções internas, no intuito de retenção de talentos na Entidade. Logo em seguida o RH da unidade verificará necessidades para seguimento das etapas do processo (aplicação prova de conhecimentos específicos, avaliação de perfil comportamental, redação e dinâmicas, quando aplicável.

3) Recrutamento Interno: Processo de aproveitamento do capital humano interno, sendo sua política, a de sempre priorizar a seleção dentre os seus colaboradores. O recrutamento interno, visando valorizar os talentos de nossa organização e ocorre quando, havendo determinada vaga, a entidade procura preenchê-la por meio de processos seletivos e remanejamento de seus empregados

4) **Recrutamento Externo:** O RH providenciará a divulgação da vaga evidenciando os sites específicos de Oportunidades de Emprego, como: LinkedIn, JF Empregos; mídias sociais, jornais internos e externos, parceiros (cursos técnicos e faculdades), para captação dos candidatos e simultaneamente fará uma busca no Sistema TOTVS Gestão de Pessoas, onde ficam armazenados os currículos que foram cadastrados para a vaga ou em nosso Site do HMTJ, no campo Trabalhe Conosco.

5) **Seleção:** Após a triagem dos currículos dentre os vários candidatos recrutados, cabe ao RH,

selecionar aqueles que são mais adequados aos cargos. Definir locais, datas e horários para as entrevistas antes mesmo de dar início ao processo seletivo. Entrar em contato com os candidatos através de e-mail, mensagens no WhatsApp ou contato por telefone. Receber os candidatos, apresentando aos mesmos a entidade, salário, benefícios, atividades a serem desenvolvidas no cargo anunciado e prazo para feedback do processo. Esclarecer dúvidas do candidato, caso ocorra e em seguida explicar as etapas do processo de seleção.

6) **Finalização do Processo:** A coordenação registrará no parecer final da entrevista por competência, a escolha e aprovação do candidato e suas justificativas para o RH. Diante dessa definição será acordada a data prevista para o início das atividades.

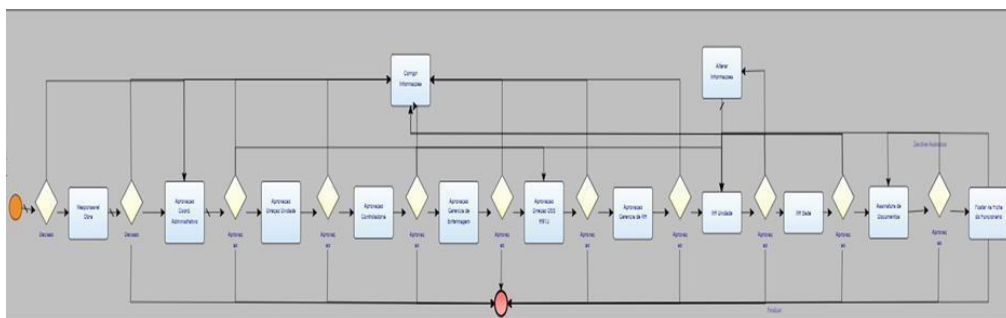


Figura 03: Fluxo de Aprovação setor de Recursos Humanos

5.4) Controladoria

A controladoria é responsável por facilitar o acesso de dados financeiros e contábeis da organização. Esses dados dão suporte para os gestores em reuniões e momentos importantes nas decisões que visem mudanças e crescimento. Dessa

forma, a preocupação da organização existe para garantir o cumprimento de processos e entregas de qualidade para seus clientes. Além disso, prevê a manutenção de sua marca no mercado. Se não atuar em conformidade, o risco de sanções legais e financeiras passa a ser alto e a reputação da empresa entra em jogo. Na busca por transparência e desejo por ampliação em atuação no país, é importante investir em um ambiente positivo, onde as regras são devidamente cumpridas.

Um dos meios de controle utilizado pelo HMTJ é o sistema Fluig, que centraliza e registra dados da organização em um único local, por meio de uma comunicação colaborativa. Nesse sistema é realizado todas as prestações de contas, que são enviados ao setor da auditoria interna para que seja feita a conferência dessas contas. As prestações de custos são realizadas quadrimestralmente e realizamos também os lançamentos no portal transferência mensalmente em cumprimento à normativa legal.

No HMTJ a controladoria possui 3 subsetores de apoio listados abaixo:

5.4.1) Auditoria Interna

A auditoria interna é o setor cuja atividade se destina a observar, analisar, investigar, questionar e propor. Trata-se de um controle administrativo, cuja função é avaliar a eficiência e eficácia dos outros controles, desempenhando um papel de grande relevância, ajudando a eliminar desperdícios, evitar fraudes, otimizar e simplificar tarefas, servir de ferramenta de apoio à gestão e transmitir informações aos administradores sobre o desenvolvimento das atividades executadas.

Esta área atua como setor isento e independente aos processos de execução operacional, se reportando à Controladoria e Direção, e possui como principal objetivo garantir a transparência institucional por meio da correta execução dos processos operacionais, contábeis e financeiros, além de atuar como ferramenta para proposição de melhorias contínuas aos processos, beneficiando a instituição em liderança, transparência e eficácia na criação, manutenção e aprimoramento de controles internos.

O intuito é beneficiar a instituição com um melhor controle de seu patrimônio, procurando reduzir a ineficiência, negligência e incapacidade. Com essa ferramenta de controle administrativo a empresa se beneficiará dos diagnósticos, quanto à obediência às normas e procedimentos internos, possíveis áreas de risco, possibilitando a administração tomar as decisões necessárias.

O setor de Auditoria Interna recebe para análise toda documentação comprobatória relativa aos pagamentos provenientes das atividades executoras que geram despesas para a instituição, a saber: prestação de serviços, execução de compras, contratação de recursos humanos e remuneração de pessoal, despesas operacionais de fundo fixo de caixa interno e despesas de viagem. Cada tipo de despesa possui sua especificidade documental necessária para a comprovação e validação das despesas para pagamento.

Todas as despesas provenientes da prestação de serviços, execução de compras e pessoal passam por trâmite de aprovação das áreas competentes antes da sua execução, garantindo o cumprimento das políticas institucionais, legislação vigente e demais exigências necessárias. Já as despesas operacionais de fundo fixo de caixa rotativo e despesas de viagem são analisadas mediante prestação de contas dos valores gastos, onde os responsáveis recebem os valores gastos após as devidas comprovações, justificativas e autorização de todas as áreas competentes.

Após execução das despesas, os setores Administrativo, Almoxarifado e Departamento Pessoal efetuam os lançamentos financeiros em sistema informatizado para pagamento juntamente com toda documentação comprobatória, validada e autorizada para comprovação e justificativa da execução das despesas, mediante validação da gestão administrativa local e demais áreas envolvidas em cada processo, que são responsáveis pela fiscalização da execução de cada processo que gere despesas para pagamento.

Em seguida, toda documentação disponibilizada por meio de sistema informatizado é enviada via malote para conferência e validação da Auditoria Interna. Os documentos somente são liberados para pagamento após validação documental, confrontada com as diretrizes de cada processo (ex: contratos, cotações, manuais de reembolso de viagem e fundo fixo de caixa, etc.), garantindo a transparência e correta execução dos processos.

5.4.2) Custos

Custos compõe todos os gastos e investimentos necessários para que a organização realize suas atividades e produza. Em especial, a gestão de custos

serve para direcionar o planejamento estratégico de um negócio. Feita de maneira eficiente contribui para a saúde financeira da empresa.

No HMTJ o setor é responsável por elaboração de orçamento, fazer levantamentos quantitativos, contabilidade de custos, relatórios gerenciais e com a gestão de pessoas, elaborar pré- orçamentos para análise de viabilidade, atendendo às especificações de cada projeto. Sinalizar inconsistências e pontos de alerta nos projetos em questão, contribuir com a otimização de ferramentas internas, buscando precisão e agilidade nos trabalhos apresentados. Elaborar orçamentos base, atendendo às especificações dos projetos, acompanhar e assegurar o cumprimento de prazo no envio de relatório de atividade e prestação de contas, elaborar e acompanhar a elaboração de orçamento, relatório de atividade e prestação de conta. Realizar análise do gasto do projeto, elaborar e acompanhar a elaboração do orçamento, do relatório de atividade e da prestação de contas, documentar e sistematizar o resultado da atividade e preparar o relatório periódico de acompanhamento interno.

Além de todo preparo e entrega do relatório da Prestação de Contas, buscando a preservação da transparência nas gestões operacionalizadas por esta Instituição, por meio de um mecanismo de Software toda a relação de documentação que compõem a prestação de contas é disponibilizada em um Portal da Transparência da Entidade de amplo acesso a qualquer indivíduo, fornecendo informações mensais, trimestrais e anuais, financeiras, contábeis e de pessoal. Além disso, a disponibilização de informações assistenciais, como escalas e coberturas de atendimento.

5.4.3) Contabilidade

O setor realiza um conjunto de práticas para garantir o cumprimento correto e coerente de todas as exigências da legislação em relação à contabilidade empresarial. Ele atua por meio de três vias.

A primeira frente de atuação é a gestão de riscos, que busca localizar as falhas e solucionar. A proposta é gerenciar essas questões, para evitar que elas se concretizem em um problema, ou seja, você encontra os pontos falhos para fortalecer esses itens.

Outra via de ação é a governança corporativa, que trabalha para que a gestão corporativa seja ética e transparente, levando em consideração os objetivos estratégicos da organização. A proposta é alinhar metas a uma gestão correta e respeitosa com as normativas. Busca, assim, criar meios de execução eficientes, funcionais e que evitem falhas.

Há também a via da gestão de processos, buscando estabelecer rotinas e procedimentos para a eficiência, qualidade e conformidade com as normativas.

O objetivo é promover a inspeção constante das práticas contábeis, mapear as atividades associadas à contabilidade, avaliar os objetivos do negócio, mensurar riscos e promover a adequação às leis. Reduzindo assim a incidência de fraudes, desvio de recursos, melhoria na tomada de decisão e positivar a imagem da instituição.

Título: Planilha para Cronograma de Implantação do Comitê De Compliance

Item	O que deverá ser feito?	Por que será feito?	Como será feito?	Por quem será feito?	Quando será feito?
1	Criar Comitê	Por obrigatoriedade (conforme portaria) de acordo com necessidade;	Através de convite a membros da equipe multiprofissional	Diretoria Clínica	Mês 1
2	Reuniões ordinárias;	Realizar monitoramento e auditoria para avaliar o cumprimento das políticas e procedimentos de conformidade.	Apresentar ao serviço a quantidade de inconformidades encontradas e ou denúncias junto aos conselhos que o serviço em relatório sistematizado.	Membros do comitê	Mês 2
3	Elaborar Regimento Interno da Comissão	Para oferecer suporte e orientação de das políticas e procedimentos de conformidade durante todo processo assistencial e documentação gerada.	A partir de recomendação dos Conselhos e baseadas em Direitos e deveres dos pacientes e leis da LGPD.	Membros do comitê	Mês 3
4	Reuniões ordinárias;	Realizar monitoramento e auditoria para avaliar o cumprimento das políticas e procedimentos de conformidade.	Apresentar ao serviço a quantidade de inconformidades encontradas e ou denúncias junto aos conselhos que o serviço em relatório sistematizado.	Membros do comitê	Mês 6
5	Definição das responsabilidades	Realizar a revisão e aprovação de políticas e	Análise da a implementação de treinamentos de conformidade e a elaboração de relatórios regulares	Membros do comitê.	Mês 4

Título: Planilha para Cronograma de Implantação do Comitê De Compliance

		procedimentos de conformidade, o monitoramento do cumprimento das leis e regulamentos aplicáveis, a identificação e mitigação de riscos de não conformidade, a investigação de denúncias de irregularidades.	para a alta administração.		
6	Reuniões ordinárias;	Realizar monitoramento e auditoria para avaliar o cumprimento das políticas e procedimentos de conformidade.	Apresentar ao serviço a quantidade de inconformidades encontradas e ou denúncias junto aos conselhos que o serviço em relatório sistematizado.	Membros do comitê	Mês 10
7	Elaborar e alimentar indicadores de monitoramento da eficácia do serviço	Facilitar o acompanhamento do serviço, bem como apontamento de necessidade de melhorias.	Elaborando junto ao SGQ os indicadores estratégicos para monitoramento do serviço e planejamento de ações mediante resultados obtidos e metas não alcançadas.	Membros do comitê	Mês 5
8	Treinamento sobre diretrizes e as expectativas da empresa em relação à conformidade legal e ética.	Treinamentos devem abordar áreas como anticorrupção, lavagem de dinheiro, proteção de dados, concorrência justa, conflito de interesses e	Aplicação de treinamentos específicos à prática de acordo com perfil de ocorrências instituição.	Coordenador do Comitê	Mês 6

Título: Planilha para Cronograma de Implantação do Comitê De Compliance

		qualquer outra legislação ou regulamento relevante para a organização.			
9	Reuniões ordinárias;	Apresentar Número de ocorrências durante o ano e planejamento de ações futuras de melhorias do processo e serviço.	Apresentar para Direção a partir de relatório estruturado.	Coordenador do Comitê	Mês 12



10.1.2: FA. 2 – ÁREA DA QUALIDADE

**QUALIDADE OBJETIVA: AVALIA MEDIDAS DA PROPOSTA DE TRABALHO PARA
IMPLANTAÇÃO DE COMISSÕES**

OUTRAS COMISSÕES

A OSSHMTJ interesse em criação da **Comissão de Humanização em Saúde**, que tem como objetivo propor e desenvolver metas que humanizem o atendimento aos pacientes da instituição em conjunto com o serviço de Recursos Humanos.

A Comissão de Humanização em Saúde será um grupo sistematizado, participativo e deliberativo, que de forma organizada e democrática se destina a implementar uma política Institucional de sensibilização, implementação e implantação da Humanização na assistência plena à saúde.

A Comissão fara O objetivo do grupo é otimizar a qualidade da assistência prestada ao usuário, bem como melhoria da qualidade de trabalho aos profissionais de saúde, compreendendo que a Humanização aglomera os diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção da saúde.

Todos os membros do setor possuem atividades que são de sua responsabilidade, conforme abaixo:

Atividades dos Coordenadores:

- Convocar as reuniões da Comissão;
- Representar a Comissão de Humanização de forma oficial internamente e externamente quando se fizer necessário;
- Executar e prestar contas das atividades da Comissão de Humanização para a Administração da Instituição quando solicitado;
- Homologar e encaminhar as decisões e deliberações da comissão às instâncias competentes;
- Ter sob sua responsabilidade e guarda os relatórios, atas e documentos da comissão.

Atividades dos membros da Comissão de Humanização:

- Estabelecer estratégias e mecanismos envolvendo e integrando os diferentes setores hospitalares para que tornem os serviços prestados mais humanizados;
- Definir metas para humanizar o processo de atenção à saúde;
- Promover estratégias de comunicação, envolvimento e integração entre os diferentes setores, bem como entre profissionais e usuários do serviço;
- Programar e realizar treinamentos sobre o tema humanização;
- Planejar, organizar e coordenar eventos e atividades voltadas à humanização no âmbito hospitalar;

- Buscar a participação de entidades da sociedade civil e da comunidade nas ações de humanização dos serviços;
- Fomentar a participação da Instituição na rede nacional de Humanização;
- Avaliar os projetos a serem implantados, de acordo com os parâmetros de humanização propostos.

O texto apresenta a Comissão de Humanização do Hospital que é um grupo composto por representantes dos diversos setores do hospital e tem como objetivo implementar uma política institucional de sensibilização, implementação e implantação da humanização na assistência à saúde.

A humanização se refere a um conjunto de ações que visam melhorar a qualidade do atendimento aos pacientes, tornando-o mais acolhedor, respeitoso e humanizado. Isso envolve desde a forma como os profissionais de saúde se relacionam com os pacientes até a estrutura física do ambiente hospitalar.

Os membros da Comissão de Humanização possuem atividades específicas, como convocar reuniões, estabelecer estratégias para integrar os diferentes setores hospitalares, definir metas para humanizar o processo de atenção à saúde, promover treinamentos sobre o tema, planejar eventos e atividades voltadas à humanização, avaliar projetos a serem implantados, entre outras sendo contemplados no regimento interno abaixo.

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DAS ATIVIDADES ANUAIS

REGIMENTO INTERNO DO GTH – GRUPO DE TRABALHO DE HUMANIZAÇÃO DO HOSPITAL

Da Definição

O grupo de trabalho de humanização (GTH) é um espaço coletivo organizado, participativo e democrático, que se destina a empreender ações pautadas nas diretrizes e dispositivos da Política Nacional de Humanização (PNH) e resgate da humanização na assistência à saúde intra-hospitalar, visando tornar o ambiente hospitalar mais acolhedor, humanizado e respeitoso para pacientes, acompanhantes e profissionais de saúde.

Dos Objetivos

- Difundir a cultura de humanização em saúde;
- Melhorar a qualidade e a eficácia da atenção dispensada aos usuários do hospital de forma acolhedora e inclusiva;
- Conceber e implantar novas iniciativas de humanização que venham a beneficiar os usuários e os profissionais de saúde promovendo ambiente saudável;
- Fortalecer e articular todas as iniciativas de humanização já existentes no Hospital;
- Estimular a realização de parcerias e intercâmbio de conhecimentos e experiências nessa área e áreas de artes para facilitar o processo de acolhimento e sensibilização;

Da Constituição

- O Grupo de Trabalho de Humanização do Hospital, deverá ser constituído de maneira voluntária;
- O Grupo de Trabalho de Humanização do Hospital será um instrumento deliberativo constituído por uma equipe multidisciplinar, com gestão participativa, tendo como competência:
 - apresentar, difundir, divulgar, publicar, informar e promover a Política Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar com valores e princípios humanitários que favoreçam a vida e a dignidade do ser humano nas dimensões do usuário interno e externo;

Das Competências

O GTH terá as seguintes competências:

- a) estabelecer estratégias e mecanismos que tornem os serviços mais humanizados;
- b) traçar diretrizes de elaboração e aprovar o plano operativo para humanização;
- c) examinar propostas sobre assuntos pertinentes às relações interpessoais na instituição;
- d) liderar o processo de humanização;
- e) buscar estratégias de comunicação e integração entre os diferentes setores;
- f) promover o fluxo de propostas e deliberações das atividades de Humanização a serem desenvolvidas;
- g) apoiar e divulgar as iniciativas de humanização em desenvolvimento;
- h) avaliar os projetos que já estão em desenvolvimento e os que ainda vão ser desenvolvidos, de acordo com os parâmetros de humanização propostos;
- i) estimular a participação da comunidade acadêmica e de entidades da sociedade civil e
- j) usuários nas ações de humanização dos serviços;
- k) As deliberações serão tomadas por maioria de votos dos membros presentes.

Da Estrutura Organizacional

O GTH será constituído por:

1. Coordenação geral
2. Vice-coordenação
3. Secretaria
4. Comissões

Ficando a critério do GTH a formação de comissões quando se fizerem necessárias entre os participantes;

Da Organização

O GTH será gerenciado por um coordenador (a) e um vice-coordenador (a).

Do Coordenador (a)

CABERÁ AO COORDENADOR (A)

- A. coordenar as atividades de promoção de humanização;
- B. convocar as reuniões do GTH dando execução às respectivas deliberações;
- C. representar oficialmente o GTH;
- D. Prestar contas das atividades do GTH a Gerencia Técnica Assistencial e Administrativa.

Do Vice – Coordenador (a)

COMPETE AO VICE – COORDENADOR (A):

- A. Assessorar ao Coordenador Geral;
- B. Assumir as funções do Coordenador Geral na sua ausência, por impedimento e ou afastamento temporário;
- C. Comparecer as reuniões do GTH.

Do Secretário (a)

COMPETE AO SECRETARIO (A):

- A. Secretariar e elaborar as atas das reuniões;
- B. Realizar a leitura das atas nas reuniões;

Das Comissões

COMPETEM AS COMISSÕES:

- A. As Comissões são instrumentos operacionais integrados e interdependentes para a realização de ações humanizadas, no âmbito de sua especificidade: projetos, parcerias, levantamento de pontos críticos, planejamento.
- B. Cada comissão será coordenada por um membro do grupo, que buscare outros voluntários segundo as suas necessidades;
- C. Apresentar os resultados das ações propostas;
- D. Divulgar o processo de humanização no hospital;
- E. Realizar atividades educativas aos usuários;
- F. Desenvolver e implantar sistema de informações aos usuários;
- G. Exercer outras atividades inerentes a cada comissão.

Da Composição

O GTH terá as seguintes composições:

O GTH do (a) Hospital, terá a seguinte composição:

1. representante(s) do Serviço Social;
2. representante(s) da Coordenação de Enfermagem;
3. representante(s) da Coordenação de Recepção;

4. representante(s) da Diretoria Clínica – Gestor Médico;
5. representante(s) da Engenharia de Manutenção Predial;
6. representante(s) do Serviço de SCIH ;
7. representante(s) da Hotelaria e Serviços Gerais;
8. representante(s) dos Supervisão dos Serviços Terceirizados;
9. representante(s) da Segurança do Trabalho.

Das reuniões

As reuniões do GTH serão realizadas mensalmente.

Caso necessário o coordenador poderá convocar reuniões extraordinárias.

Os participantes do Grupo de Trabalho de Humanização:

- a) deverão manter presença e participação efetiva nas reuniões periódicas e nas demais atividades desenvolvidas;
- b) qualquer ausência deverá ser justificada antecipadamente junto à secretaria administrativa do Grupo de Trabalho de Humanização, devendo ser a mesma registrada no relatório;
- c) ausências não justificadas serão comunicadas à instituição de origem do participante, bem como casos de ausências frequentes, mesmo que justificadas.

Das disposições finais

Este regimento poderá ser mudado por seus membros conforme deliberação do grupo.

Este regimento entrará em vigor na data de sua publicação.

PROPOSTA DE REGIMENTO ATIVIDADE ANUAL

A humanização hospitalar é um princípio fundamental na prestação de serviços de saúde, pois visa garantir o acolhimento, respeito, dignidade e bem-estar dos pacientes, familiares e profissionais de saúde. Com o objetivo de promover a humanização em nosso hospital, apresentamos uma proposta de regimento de atividades anual de humanização hospitalar. Esse regimento servirá como um guia para as ações e práticas que serão implementadas ao longo do ano, com o intuito de proporcionar um ambiente mais acolhedor e empático.

1. Comitê de Humanização:

1.1. Criação de um comitê de humanização hospitalar, composto por profissionais de saúde, administradores e representantes dos pacientes e familiares.

1.2. O comitê será responsável por coordenar, planejar e avaliar as atividades de humanização hospitalar.

2. Capacitação dos Profissionais:

2.1. Realização de treinamentos e capacitações periódicas para os profissionais de saúde, abordando temas como comunicação empática, ética no cuidado, atendimento humanizado e manejo do estresse.

2.2. Incentivo à participação dos profissionais em cursos, workshops e eventos relacionados à humanização hospitalar.

3. Acolhimento e Informação aos Pacientes e Familiares:

3.1. Desenvolvimento de um programa de acolhimento aos pacientes e familiares, que inclua a entrega de informações claras e acessíveis sobre o funcionamento do hospital, direitos e deveres dos pacientes, e orientações sobre o tratamento.

3.2. Disponibilização de canais de comunicação (como ouvidorias e sac) para que os pacientes e familiares possam expressar suas dúvidas, sugestões, elogios ou reclamações.

4. Ambiente Físico e Comunicação Visual:

4.1. Criação de espaços de convivência e lazer para pacientes e familiares, como salas de espera mais confortáveis, áreas de recreação e jardins terapêuticos.

4.2. Utilização de uma comunicação visual acolhedora e informativa nos ambientes do hospital, com cartazes, murais e sinalizações claras.

5. Promoção de Atividades Culturais e Recreativas:

5.1. Realização de atividades culturais e recreativas no hospital, como apresentações musicais, exposições de arte, sessões de cinema, palestras e oficinas.

5.2. Parcerias com instituições e voluntários para viabilizar essas atividades.

6. Cuidado Integral ao Paciente:

6.1. Estímulo à prática de cuidados integrativos, como a medicina complementar e terapias holísticas, de acordo com a escolha do paciente.

6.2. Implementação de ações voltadas para o alívio da dor, conforto e bem-estar do paciente, como musicoterapia, aromaterapia, massagem e relaxamento.

7. Continuidade do Cuidado Pós-Alta:

7.1. Desenvolvimento de um programa de acompanhamento e suporte aos pacientes após a alta hospitalar, com orientações sobre cuidados em casa, agendamento de consultas e acompanhamento de tratamentos.

8. Avaliação e Monitoramento:

8.1. Realização periódica de pesquisas de satisfação com pacientes e familiares para avaliar a efetividade das ações de humanização e identificar oportunidades de melhoria.

8.2. Análise e monitoramento dos indicadores relacionados à humanização hospitalar, como tempo de espera, taxa de readmissão e incidência de eventos adversos.

Conclusão:

A implementação de um regimento de atividades anual de humanização hospitalar contribuirá para a melhoria da qualidade do atendimento e a promoção de um ambiente mais acolhedor e empático. Ao colocarmos em prática essas ações, estaremos fortalecendo a relação de confiança entre profissionais de saúde, pacientes e familiares, proporcionando uma experiência positiva durante o período de hospitalização. A humanização é um processo contínuo e envolve o engajamento de todos os colaboradores, visando sempre o cuidado integral e a promoção da saúde.

**PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DAS ATIVIDADES ANUAIS
REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE
ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTES(CIHDOTT)**

Para realizar a proposta de criação da comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplantes. A OSSHMTJ entende que esta é uma comissão de suma importância, pois corresponde a uma iniciativa que tem como objetivo promover e facilitar a doação de órgãos e tecidos dentro do Hospital e subsidiar ofertas de capacitação de órgãos para a rede nacional de transplantes de órgãos, garantindo que mais vidas possam ser salvas por meio de transplantes.

A comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplantes é um órgão responsável por coordenar e promover a doação de órgãos e tecidos dentro do Hospital. Sua finalidade principal é garantir que o processo de doação de órgãos e tecidos seja realizado de forma ética, eficiente e segura, de acordo com as diretrizes e regulamentações estabelecidas pelas autoridades de saúde competentes

Justificativa:

A doação de órgãos e tecidos é um ato nobre que pode fazer a diferença entre a vida e a morte para muitas pessoas. Infelizmente, muitos pacientes que necessitam de um transplante não conseguem encontrar um doador compatível a tempo. A criação de uma comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos visa aumentar a conscientização sobre a importância da doação e facilitar o processo para que mais transplantes possam ser realizados.

Objetivos:

- Promover a conscientização sobre a doação de órgãos e tecidos entre os profissionais de saúde, pacientes e suas famílias.
- Identificar e registrar potenciais doadores dentro do hospital.
- Coordenar a comunicação entre a equipe médica, a família do paciente e as organizações responsáveis pelo processo de transplante.
- Assegurar que todos os protocolos legais e éticos sejam seguidos durante o processo de doação e transplante.
- Fornecer suporte emocional e informacional às famílias dos doadores e receptores durante todo o processo.

Atividades propostas:

- Realizar treinamentos regulares para os profissionais de saúde sobre o processo de doação de órgãos e tecidos, incluindo aspectos legais, éticos e clínicos.
- Desenvolver materiais educativos para os pacientes e suas famílias, com informações claras e precisas sobre a doação de órgãos e tecidos.
- Identificar potenciais doadores dentro do hospital por meio de triagem sistemática de pacientes em situação crítica ou terminal.
- Estabelecer uma linha direta de comunicação com as organizações responsáveis pelos transplantes, a fim de agilizar o processo de compatibilidade e viabilizar os transplantes de forma mais eficiente.
- Organizar campanhas regulares de conscientização sobre a doação de órgãos e tecidos, tanto internamente quanto externamente, para incentivar a participação da comunidade.

Composição da comissão (Membros):

A comissão será composta por profissionais de diferentes áreas, incluindo:

- Médicos;
- enfermeiros,
- assistentes sociais,
- psicólogos e
- representantes das equipes jurídica e administrativa do hospital.

Cada membro desempenhará um papel específico de acordo com suas habilidades e expertise.

A comissão intra-hospitalar desempenha várias funções importantes, incluindo:

1. **Sensibilização e educação:** A comissão é responsável por sensibilizar os profissionais de saúde, pacientes e suas famílias sobre a importância da doação de órgãos e tecidos para transplantes. Isso pode envolver a realização de campanhas de conscientização, programas de educação e treinamento para a equipe médica.

2. **Identificação de potenciais doadores:** A comissão trabalha em estreita colaboração com as equipes médicas para identificar pacientes em potencial que possam ser doadores de órgãos e tecidos. Isso pode ocorrer em situações de morte encefálica ou em casos de doação em vida, quando permitido.

3. Avaliação e triagem: A comissão avalia cuidadosamente os critérios de elegibilidade e realiza a triagem dos potenciais doadores para garantir que eles atendam aos requisitos estabelecidos para a doação de órgãos e tecidos. Isso inclui avaliar a compatibilidade entre doador e receptor.

4. Consentimento informado: A comissão garante que todo o processo de consentimento informado seja seguido, esclarecendo as opções de doação para os familiares do potencial doador e respeitando suas decisões, sendo um momento delicado e importante acolhimento e abordagem por profissional capacitado.

5. Coordenação de equipes médicas: A comissão trabalha em conjunto com as equipes médicas envolvidas no processo de doação e transplante, coordenando as etapas necessárias, como a retirada de órgãos, transporte e transplante propriamente dito. Isso requer uma comunicação eficiente e coordenação entre as equipes.

6. Registro e documentação: A comissão mantém registros precisos de todas as etapas do processo de doação, incluindo informações sobre os doadores, receptores e transplantes realizados. Esses registros são importantes para garantir a rastreabilidade e a conformidade com as regulamentações.

A finalidade geral da comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplantes é facilitar o processo de doação, maximizar o número de doações efetivas e assegurar a distribuição justa e equitativa dos órgãos e tecidos disponíveis, visando salvar vidas e melhorar a qualidade de vida dos pacientes que aguardam um transplante.

Regimento Interno da Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes

Capítulo I: Disposições Gerais

Artigo 1º: A Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT) é uma instância responsável por coordenar e promover ações relacionadas à doação de órgãos e tecidos para transplantes dentro do âmbito do hospital.

Artigo 2º: A CIHDOTT tem como objetivo principal garantir a efetividade, segurança e qualidade dos processos de doação de órgãos e tecidos, buscando aumentar o número de doações e transplantes realizados no hospital.

Capítulo II: Composição e Atribuições

Artigo 3º: A CIHDOTT será composta por no mínimo 03 (três) membros integrantes do corpo de profissionais de saúde da instituição, de nível superior, dentre os quais, um será designado como Coordenador Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes, cuja formação profissional seja de médico (a) ou enfermeiro (a) com experiência e/ou formação em transplantes, sendo designados por portaria da Superintendência:

§ 1.º O Coordenador da CIHDOTT deverá possuir carga horária mínima de vinte horas semanais dedicadas exclusivamente à referida Comissão, uma vez que a CIHDOTT/HUGO está classificado como CIHDOTT tipo II.

§ 2.º A composição da CIHDOTT deve ser multiprofissional, obrigatoriamente devendo ser composta no mínimo: médico, enfermeiro, assistente social e psicólogo.

Artigo 4º: São atribuições da CIHDOTT:

I. Organizar, no âmbito do estabelecimento de saúde, o protocolo assistencial de doação de órgãos;

II. Criar rotinas para oferecer aos familiares de pacientes falecidos no estabelecimento de saúde, e que não sejam potenciais doadores de órgãos, a possibilidade da doação de córneas e outros tecidos;

III. Articular-se com as equipes médicas do estabelecimento de saúde, especialmente as das Unidades de Tratamento Intensivo (UTI), no sentido de identificar os potenciais doadores e estimular seu adequado suporte para fins de doação;

IV. Articular-se com as equipes encarregadas da verificação de morte encefálica (ME), visando assegurar que o processo seja ágil e eficiente, dentro de estritos parâmetros éticos;

V. Viabilizar a realização do diagnóstico de morte encefálica, conforme Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) sobre o tema;

VI. Notificar e promover o registro de todos os casos com diagnóstico estabelecido de morte encefálica, mesmo daqueles que não se tratem de possíveis doadores de órgãos e tecidos, ou em que a doação não seja efetivada, com registro dos motivos da não doação;

VII. Manter o registro do número de óbitos ocorridos na instituição;

VIII. Promover e organizar o acolhimento às famílias doadoras antes, durante e depois de todo o processo de doação no âmbito da instituição;

IX. Articular-se com os respectivos Instituto Médico Legal (IML) e Serviço de Verificação de Óbitos (SVO) para, nos casos em que se aplique, agilizar o processo de necropsia dos doadores, facilitando, sempre que possível, a realização do procedimento no próprio estabelecimento de saúde, tão logo seja procedida à retirada dos órgãos;

X. Articular-se com Central Estadual de Transplantes (CET), Organização de Procura de Óbitos (OPO) e/ou bancos de tecidos, para organizar o processo de doação e captação de órgãos e tecidos;

XI. Arquivar, guardar adequadamente e enviar à CET cópias dos documentos relativos ao doador, como identificação, protocolo de diagnóstico de morte encefálica, termo de consentimento familiar livre e esclarecido, exames laboratoriais e outros eventualmente necessários à validação do doador, de acordo com a Lei Nº 9.434, de 1997;

XII. Orientar e capacitar o setor responsável, no estabelecimento de saúde, pelo prontuário legal do doador quanto ao arquivamento dos documentos originais relativos à doação, como identificação, protocolo de verificação de morte encefálica, termo de consentimento familiar livre e esclarecido, exames

laboratoriais e outros eventualmente necessários à validação do doador, de acordo com a Lei Nº 9.434, de 1997;

XIII. Responsabilizar-se pela educação permanente dos funcionários da instituição sobre acolhimento familiar e demais aspectos do processo de doação e transplantes de órgãos, tecidos, células ou partes do corpo;

XIV. Manter os registros de suas intervenções e atividades diárias atualizadas;

XV. Apresentar mensalmente os relatórios à Central Estadual de Transplantes (CET);

XVI. Articular-se com as demais instâncias intra e interinstitucionais no sentido de garantir aos candidatos a receptores de órgãos, tecidos, células ou partes do corpo o acesso às equipes especializadas de transplante, bem como auditar internamente a atualização junto à CET das informações pertinentes a sua situação clínica e aos demais critérios necessários à seleção para alocação dos enxertos;

XVII. Acompanhar a produção e os resultados dos programas de transplantes de sua instituição, inclusive, os registros de seguimento de doadores vivos;

XVIII. Implementar programas de qualidade e boas práticas relativas a todas as atividades que envolvam doação e transplantes de órgãos, tecidos, células ou partes do corpo;

XIX. Registrar, para cada processo de doação, informações constantes na Ata do Processo Doação/Transplante.

Art. 5º Das atribuições do Coordenador da CIHDOTT

Ao Coordenador incumbe atuar como membro, dirigir, coordenar e supervisionar as atividades da CIHDOTT e, especificamente:

- I. Representar a CIHDOTT em suas relações internas e externas;
- II. Instalar a CIHDOTT e presidir suas reuniões;
- III. Promover a convocação das reuniões;
- IV. Tomar parte das discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito do voto de qualidade;

- V. Designar dentre os membros da CIHDOTT, os relatores dos expedientes;
- VI. Designar profissionais para realização de estudos, levantamentos e emissão de pareceres necessários à consecução das finalidades da Comissão;
- VII. Articular-se com a Central Estadual de Transplantes;
- VIII. Promover a interação da OPO com a CIHDOTT;
- IX. Cumprir e fazer cumprir este Regimento Interno.

Art. 6.º Aos membros da CIHDOTT incumbe:

- I. Realizar busca ativa de potenciais doadores de órgãos e tecidos;
- II. Acompanhar a realização do Protocolo de Morte Encefálica (PME), garantido o cumprimento da legislação vigente;
- III. Realizar o acolhimento dos familiares antes, durante e após a conclusão do Protocolo de Morte Encefálica;
- IV. Preencher o Alerta Doador nas situações de suspeita de morte encefálica e óbito coração parado;
- V. Realizar a entrevista para doação de órgãos e tecidos para transplantes, nos pacientes elegíveis para doação;
- VI. Preencher e aplicar o Termo para Remoção de Órgãos e Tecidos para Transplantes, coletando a assinatura dos familiares e realizando a cópia dos documentos de identificação dos autorizadores e do doador;
- VII. Acionar a Central Estadual de Transplantes nas situações de suspeitas de Morte Encefálica e na doação de córneas;
- VIII. Registrar em prontuário as atividades desenvolvidas no processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes;
- IX. Preencher a Autorização de Internação Hospitalar nas doações de órgãos e tecidos;
- X. Participar das reuniões ordinárias e extraordinárias da CIHDOTT;
- XI. Participar das atividades de educação permanente desenvolvidas pelas CIHDOTT;
- XII. Cumprir e fazer cumprir este Regimento Interno.

Art. 7º Da rotina administrativa da Comissão

A CIHDOTT deverá enviar à CET os documentos referentes ao paciente com morte encefálica, independentemente de serem doadores, em até 48 horas após o óbito;

A CIHDOTT deverá confeccionar e manter fielmente atualizadas, planilhas de Notificação de Morte Encefálica, onde devem constar dados como data da constatação, nome do paciente, número de prontuário, idade, procedência (nome do hospital), diagnóstico; se houve confirmação da ME, se houve entrevista familiar, órgãos retirados, motivos da não doação, local da necropsia, coordenador da sala cirúrgica e nº da Autorização de Internação Hospitalar.

A CIHDOTT deverá arquivar no prontuário do paciente o protocolo de morte encefálica original e manter cópia nos arquivos da CIHDOTT para fins de pesquisa e auditoria.

No caso de doações efetivadas devem ficar arquivados os seguintes documentos:

- I. Termo de Declaração de Morte Encefálica;
- II. Termo de Autorização para Doação de Órgãos e Tecidos;
- III. Cópia de documento de identificação do doador e dos autorizadores;
- IV. Exames e provas sorológicas;
- V. Laudo e foto do exame complementar;
- VI. Laudo de AIH;
- VII. Evolução do membro da CIHDOTT.

No caso de constatação de ME apenas, arquivar no mínimo os seguintes documentos:

- I. Termo de Declaração de Morte Encefálica;
- II. Exames e provas sorológicas;
- III. Laudo e foto do exame complementar;
- IV. Evolução da CIHDOTT com motivo da não retirada.

Art. 08. A CIHDOTT deverá organizar arquivos de:

- I. Atas e Regime Interno;
- II. Correspondências recebidas e emitidas;
- III. Estatística atualizada com planilhas contendo notificação/remoção com dados dos pacientes, cirurgião de retirada de órgãos, coordenador de sala, etc;
- IV. Controle e estatística do programa de captação de córneas;
- V. Relatório Mensal de Óbitos do Hospital;
- VI. Material didático sobre doação de órgãos;
- VII. Campanhas e eventos;
- VIII. Leis e portarias;
- IX. Revistas assuntos pertinentes e artigos científicos sobre o assunto;
- X. Folhetos com material de divulgação/esclarecimento sobre doação de órgãos de diversas instituições (pelo menos um modelo de cada);
- XI. Certificados de participação em cursos, seminários, palestras, etc. dos componentes da CIHDOTT;

Das Disposições Gerais

A Superintendência poderá a qualquer tempo e por motivo justificado, promover a substituição dos componentes da CIHDOTT bem como do Coordenador.

A CIHDOTT se reunirá de forma ordinária, mensalmente em dia, local e horário pré-estabelecidos, de acordo com a conveniência de seus membros. Em cada reunião deverá ser redigida ata com a devida assinatura dos participantes, que será arquivada em local apropriado.

A reunião da CIHDOTT instalar-se-á e deliberará com a presença de no mínimo 50% mais um dos seus membros.

§ 2.º No caso do "quórum" ser insuficiente, a reunião será suspensa após quinze minutos do horário programado para início.

§ 3.º As decisões da CIHDOTT serão tomadas por maioria simples dos presentes.

§ 4.º Cada membro terá direito a um voto.

§ 5.º O Coordenador da CIHDOTT terá o voto de qualidade.

§ 6.º A votação será nominal e aberta.

§ 7.º As deliberações tomadas pelo Coordenador "ad referendum" deverão ser encaminhadas a CIHDOTT para deliberação desta, na primeira reunião seguinte.

§ 8º É facultado ao Coordenador e aos membros da CIHDOTT solicitar o reexame de qualquer resolução exarada em reuniões anteriores, justificando possível ilegalidade, incorreção, inadequação técnica ou de outra natureza.

§ 9.º As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo Coordenador ou a pedido de qualquer um de seus membros.

Art. 09. O integrante da CIHDOTT que, sem motivo justificado, por escrito, deixar de comparecer a duas reuniões consecutivas ou a três intercaladas no ano civil, será desligado da comissão:

Parágrafo único: Cabe ao Coordenador da CIHDOTT enviar ofício à Superintendência informando a necessidade de substituição do profissional e indicação de novo membro para nomeação.

Art. 10. A CIHDOTT poderá a qualquer tempo e por motivo justificado propor à Superintendência, a substituição do Coordenador, por maioria absoluta dos membros.

Art. 11. O presente Regimento Interno poderá ser alterado, mediante proposta da CIHDOTT, através da maioria absoluta de seus membros, submetida à Superintendência.

Art. 12. Os casos omissos e as dúvidas surgidas na aplicação do presente Regimento Interno serão dirimidas pelo Coordenador da CIHDOTT, e em grau de recurso pela Divisão Médica.

Entre outras atribuições:

a) Promover campanhas de conscientização sobre a importância da doação de órgãos e tecidos para transplantes, tanto entre os profissionais de saúde quanto na comunidade em geral;

b) Realizar treinamentos e capacitações periódicas para os profissionais de saúde envolvidos no processo de doação e transplante;

c) Elaborar e revisar protocolos e diretrizes relacionados à identificação, notificação, manutenção e destinação de potenciais doadores;

d) Coordenar ações para otimizar a detecção e a avaliação de potenciais doadores de órgãos e tecidos, em conformidade com a legislação vigente;

e) Estabelecer parcerias com organizações externas, como a Central de Transplantes, para agilizar os processos de captação e distribuição de órgãos e tecidos;

f) Manter registros atualizados de todas as etapas do processo de doação e transplante, garantindo a confidencialidade e segurança das informações;

g) Realizar reuniões periódicas para avaliar os resultados e discutir estratégias de aprimoramento do trabalho da comissão.

Art. 13. O presente Regimento Interno entrará em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Comissão De Humanização Em Saúde

Item	O que deverá ser feito?	Por que será feito?	Como será feito?	Por quem será feito?	Quando será feito?
1	Criar comissão de Humanização em saúde	Por obrigatoriedade (conforme portaria) de acordo com necessidade;	Nomeação de membros da equipe multiprofissional	Gerente Geral	Mês 1
2	Reuniões ordinárias;	Discutir as estratégias que serão adotadas de acordo com as visitas nas áreas com levantamento de oportunidades de ações de humanização. Reunir com grupos e aplicar as ações propostas de acordo com o planejamento do GTH.	Ações de sensibilização com equipes, campanhas beira leito de humanização como cantatas, dia feliz na alta, entre outras ações planejadas.	Membros do Grupo.	Mês 2
3	Elaborar Regimento Interno da Comissão	Para direcionar as ações de grupo, parcerias e recursos para a realização de ações de humanização a pacientes internados e acompanhantes.	Documento de planejamento das ações anual e ações pontuais de acordo com a demanda.	Membros do Grupo.	Mês 3
4	Reuniões ordinárias;	Discutir as estratégias que serão adotadas de acordo com as visitas nas áreas com levantamento de oportunidades de ações de humanização. Reunir com grupos e aplicar as ações propostas de acordo com o planejamento do GTH.	Ações de sensibilização com equipes, campanhas beira leito de humanização como cantatas, dia feliz na alta, entre outras ações planejadas.	Membros do Grupo.	Mês 3
5		Realizar a sensibilização	Elaborar estratégias de		

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE- HMTJ

GERÊNCIA GERAL / DIRETORIA TÉCNICA / DIRETORIA CLÍNICA



Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Comissão De Humanização Em Saúde

	Estabelecer estratégias e mecanismos envolvendo e integrando os diferentes setores	das equipes para participação de campanhas de humanização de pacientes/humanização.	humanização com visitas programadas nos setores.	Membros do Grupo.	Mês 4
5	Reuniões ordinárias;	Discutir as estratégias que serão adotadas de acordo com as visitas nas áreas com levantamento de oportunidades de ações de humanização. Reunir com grupos e aplicar as ações propostas de acordo com o planejamento do GTH.	Ações de sensibilização com equipes, campanhas beira leito de humanização como cantatas, dia feliz na alta, entre outras ações planejadas.	Membros do Grupo.	Mês 4
6	Programar e realizar treinamentos sobre o tema humanização	Preparar a equipe para os momentos das campanhas de Humanização. E Sensibilização das dos profissionais envolvidos	Realizar divulgação das campanhas internas junto ao setor de Comunicação.	Membros do Grupo	Mês 5
9	Reuniões ordinárias;	Discutir as estratégias que serão adotadas de acordo com as visitas nas áreas com levantamento de oportunidades de ações de humanização. Reunir com grupos e aplicar as ações propostas de acordo com o planejamento do GTH.	Ações de sensibilização com equipes, campanhas beira leito de humanização como cantatas, dia feliz na alta, entre outras ações planejadas.	Membros do Grupo.	Mês 6 Mês 7 Mês 8 Mês 9 Mês 10 Mês 11
10	Reuniões ordinárias;	Apresentar o compilado de ações implementadas durante o ano e planejamento demais ações e	Divulgação das ações no site da instituição e em plano de trabalho do serviço. Levantar oportunidades de melhorias bem para próximo ano.	Membros do Grupo.	Mês 12

Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Comissão De Humanização Em Saúde

		ampliação do público para novo ciclo.			
--	--	--	--	--	--

Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Comissão Intra-Hospitalar de Doação de órgãos e Tecidos

Item	O que deverá ser feito?	Por que será feito?	Como será feito?	Por quem será feito?	Quando será feito?
1	Criar comissão	Por obrigatoriedade (conforme portaria) de acordo com necessidade;	Através de eleição de membros da equipe multiprofissional	Diretoria Clínica	Mês 1
2	Reuniões ordinárias;	Acompanhar o perfil de pacientes atendidos, compilar o número de entrevistas realizadas e número de sucessos de captação de órgão, articuladas com a central de transplantes.	Relatórios com a direção sobre o andamento da comissão e resultados alcançados.	Membros da comissão	Mês 2
3	Elaborar Regimento Interno da Comissão	Para oferecer suporte e orientação das atividades e bases de dados de acordo com perfil epidemiológico de atendimento.	Relatório via sistema do número de pacientes atendidos por profissional/especialidade.	A própria comissão	Mês 3
4	Reuniões ordinárias;	Acompanhar o perfil de pacientes atendidos, compilar o número de entrevistas realizadas e número de sucessos de captação de órgão, articuladas com a central de transplantes.	Relatórios com a direção sobre o andamento da comissão e resultados alcançados.	Membros da comissão	Mês 3
5	Organizar o protocolo assistencial de doação de órgãos;	Atualizar as diretrizes e fluxos de abordagem do possível doador de órgãos.	Revisão da literatura e manual da CIHDOTT.	Membros da comissão	Mês 4
6	Reuniões ordinárias;	Acompanhar o perfil de pacientes atendidos, compilar o número de entrevistas realizadas e	Relatórios com a direção sobre o andamento da comissão e resultados alcançados.	Membros da comissão	Mês 4

Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Comissão Intra-Hospitalar de Doação de órgãos e Tecidos

		número de sucessos de captação de órgão, articuladas com a central de transplantes.			
7	Promover e organizar o acolhimento às famílias doadoras antes, durante e depois de todo o processo de doação no âmbito da instituição	Preparar a equipe que realizará a abordagem da família nos casos de possibilidade de doação de órgãos.	Realizar abordagem em local tranquilo e apresentar os termos de consentimento e documentações adequadas.	Membros da comissão	Mês 5
8	Reuniões ordinárias;	Acompanhar o perfil de pacientes atendidos, compilar o número de entrevistas realizadas e número de sucessos de captação de órgão, articuladas com a central de transplantes.	Relatórios com a direção sobre o andamento da comissão e resultados alcançados.	Membros da comissão	Mês 5
9	Reuniões ordinárias;	Acompanhar o perfil de pacientes atendidos, compilar o número de entrevistas realizadas e número de sucessos de captação de órgão, articuladas com a central de transplantes.	Relatórios com a direção sobre o andamento da comissão e resultados alcançados.	Membros da comissão	Mês 6 Mês 7 Mês 8 Mês 9 Mês 10 Mês 11
10	Reuniões ordinárias;	Apresentar Compilado anual de doações de órgãos, número de doações realizadas com sucesso, bem como aspectos negativos/dificultadores de adesão ao processo de doação. Levantamento de	Divulgação de resultados e identificação de oportunidades de melhorias bem como os motivos que impactaram em não adesão ao processo de doação de órgãos.	Membros da comissão	Mês 12

Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Comissão Intra-Hospitalar de Doação de órgãos e Tecidos

		propostas de melhorias próximo ciclo.			
--	--	---------------------------------------	--	--	--



10.2.2: ÁREA DA QUALIDADE

QUALIDADE SUBJETIVA: AVALIA MEDIDAS DE PROMOÇÃO DA RELAÇÃO HUMANA E APOIO SOCIAL NA COMUNIDADE INTERNA E EXTERNA DO HOSPITAL: ACOLHIMENTO E ATENDIMENTO

Desenvolvimento da unidade



10.2.2: ÁREA DA QUALIDADE

QUALIDADE SUBJETIVA: AVALIAÇÃO DE MEDIDAS DE PROMOÇÃO DA RELAÇÃO HUMANA E APOIO SOCIAL NA COMUNIDADE INTERNA E EXTERNA DO HOSPITAL: ACOLHIMENTO E ATENDIMENTO

Desenvolvimento da unidade

Projeto de Educação Permanente individualizada para o estabelecimento de saúde

PROPOSTA PARA EDUCAÇÃO PERMANENTE

A Educação permanente em saúde (EPS) é o processo de aprendizagem no trabalho, no qual o aprender e o ensinar estão associados ao cotidiano desse cenário.

A EPS baseia-se em uma prática significativa às necessidades do serviço e na possibilidade de transformar a atuação dos trabalhadores da saúde. Ademais, é um processo que considera os saberes prévios dos profissionais da saúde, articulados aos problemas vivenciados no dia a dia, para a construção de conhecimentos (Brasil, 2014).

A partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) ficou evidente a necessidade de mudança na formação dos profissionais de saúde. No Brasil esses profissionais são formados com grande domínio de técnicas, porém diversas vezes são incapazes de compreender a subjetividade e a diversidade da cultura das pessoas. Não são preparados para o trabalho de forma multi e inter- disciplinar e apresentam dificuldades de implementar os princípios do SUS no seu serviço diário.

Os processos de qualificação dos trabalhadores de saúde devem ter como referência as necessidades da população, da gestão e do controle social. É importante que tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho sendo estruturados a partir da problematização do processo de trabalho.

Esta Educação Permanente em Saúde destaca-se pela valorização do trabalho como fonte do conhecimento, vinculação do cotidiano e do processo de aprendizagem, orientação das ações educativas para a integração do trabalho de maneira inter e multiprofissional. Com isso, a educação será trabalhada de maneira permanente e dinâmica, buscando construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação, pondo o cotidiano do trabalho em análise.

No HMTJ, a qualificação profissional é oferecida pela através do serviço de Educação Permanente, será norteadada pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), instituída por meio da Portaria GM/ MS nº 198/2004; que teve suas diretrizes de implementação publicadas na Portaria GM/MS nº 1.996/2007. Apresenta duas modalidades: a Educação Continuada e a Educação Permanente em Saúde.

A Educação Continuada enfatiza a atualização e o aperfeiçoamento técnico para a área de atuação, contempla atividades com período definido para execução e utiliza, em sua maior parte, atividades educacionais e estratégias de ensino tradicional, formal, visa promover a aquisição sequencial e acumulativa de informações técnico-científicas pelo trabalhador. É realizada por meio de cursos, palestras, aulas, treinamentos.

A Educação Permanente em Saúde (EPS) se configura como aprendizagem no trabalho, neste contexto o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano. Há problematização da realidade, ou seja, identificação dos problemas do trabalho pelos profissionais e os usuários e a busca por informações e soluções, com o intuito de Qualificar o atendimento prestado, transformar as práticas profissionais e a organização do trabalho e aumentar a resolubilidade a eficiência do sistema de saúde. Utiliza diferentes estratégias de aprendizagem como oficinas em grupo, rodas de conversa, capacitações, jogos, dramatizações, vídeos, simulações, experimentos, ilustrações.

Na Política do HMTJ de Educação Permanente em Saúde devem ser observadas três questões principais associadas à capacitação e à educação permanente do pessoal de saúde:

- ✚ Nem toda ação leva a um processo de educação permanente;
- ✚ A educação permanente, como estratégia sistemática e global, pode abranger diversas ações específicas de capacitação e não o inverso;
- ✚ Todo processo de educação permanente requer elaboração, desenho e execução a partir de uma análise estratégica e da cultura institucional dos serviços de saúde

O setor de educação permanente do HMTJ é formado por profissionais de nível superior e estes são responsáveis pela organização, planejamento, execução dos eventos promovidos pelo setor e seguindo o plano de gestão de qualidade a realização de avaliação, revisão dos protocolos operacionais padrão (POP), além de dar suporte às atividades do setor. A educação permanente não é vista igualmente por todos os profissionais como uma estratégia potente para a transformação das práticas de saúde. Atingir e identificar essas necessidades torna-se mister para uma boa atuação e prática dos profissionais das unidades básicas em estudo

Espera-se que a formação dos novos profissionais de saúde seja voltada à realidade da população, respeitando suas necessidades com um modelo de assistência de excelência^{2,3}. Ressalta-se que a reorientação da formação profissional em saúde deve ser um movimento de fortalecimento do SUS, portanto, a formação em serviço passa a ter papel fundamental na metodologia pedagógica.

POLÍTICA INSTITUCIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE E CONTINUADA

CAPITULO 1 - DAS DEFINIÇÕES

A busca por qualidade na atenção à saúde dos usuários, exige dos profissionais envolvidos competências técnicas em suas atuações. Isso significa que uma qualificação adequada e em seguida a busca por capacitações torna o profissional da saúde apto para atuar em todos os níveis de atenção.

A discussão sobre qualificação dos profissionais passa a ser fundamental e estratégica para o Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus. Desta forma, a política de recursos humanos preconiza a educação permanente no trabalho, o desenvolvimento de lideranças, visando alcançar perfis profissionais orientados pelas necessidades da população, em cada realidade e em cada nível de complexidade.

Nesse contexto, a educação dentro das instituições de saúde, em todos os níveis de atenção, é considerada um esforço educativo e universal dos profissionais que se baseiam na dinamicidade e na integralidade de cada região.

Atrelado a esse fator, esse processo permite o conhecimento das necessidades dos grupos sociais, ordenando um ensinamento lógico e contínuo em todas as redes de serviços de saúde para tentar minimizar os problemas encontrados.

Partindo desse paradigma, muitos debates vêm sendo criados nos sistemas de saúde, acerca do desenvolvimento de recursos humanos educativos dentro desses ambientes. Nessas vertentes educativas dois modelos têm se sobressaído como método de obtenção para melhores resultados durante a intervenção dos profissionais desse setor que é a "Educação Permanente" e "Educação Continuada".

Ela leva em consideração os problemas enfrentados na realidade daquele espaço de trabalho, bem como as experiências que as pessoas possuem e que adquiriram ao longo do tempo. Já a educação continuada, é entendida como toda ação desenvolvida após a graduação, com propósito de atualização de conhecimentos e aquisição de novas informações e atividades de duração definida por meio de metodologias formais. É o conjunto de experiências que vem em seguida a formação primária, permitindo ao trabalhador aprimorar e/ou aumentar sua capacidade, igualando sua competência com o grau de necessidade de cada região.

Desta forma, enquanto a educação continuada envolve as atividades de ensino após a graduação (atualização), possui duração definida e utiliza metodologia tradicional, a Educação Permanente estrutura-se a partir de dois elementos: as necessidades do processo de trabalho e o processo crítico como inclusivo ao trabalho.

Os profissionais da área da saúde como um todo são responsáveis por esse processo, tanto no que tange a educação permanente que é fixa e responsável pelo desenvolvimento do indivíduo, quanto a educação continuada que sempre sofre modificações de acordo com as mudanças de cada esfera inserida, com o propósito de

alcançar os objetivos dos sistemas, buscando atrelar teoria e prática e obter um diálogo contínuo com os usuários.

A Educação Permanente e Continuada em Saúde refere-se à prática social fundamentada na concepção de educação como espaço de problematização, reflexão e diálogo.

Nessa concepção, o elaborou a Política Institucional de Educação Permanente e Continuada em Saúde, com definição clara das suas diretrizes, princípios e objetivos.

APRESENTAÇÃO

A Política Institucional do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus para de Educação Permanente e Continuada em Saúde opera de forma articulada e integrada aos órgãos públicos, instituições privadas, educativas e sociedade civil organizada, em sinergia com outras políticas educacionais e contribuindo para o fortalecimento da gestão da saúde e do SUS.

A Política Institucional de Educação Permanente e Continuada em Saúde adotará o referencial do quadrilátero de formação para a área da saúde (ensino, gestão, atenção e controle social) a fim de construir e organizar uma educação responsável por processos interativos e de ação na realidade, para operar mudanças, mobilizar caminhos, convocar protagonismos e detectar a paisagem interativa e móvel de indivíduos, coletivos e instituições, como cenário de conhecimentos e invenções.

PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS

- I Valorizar o conhecimento como instrumento de qualificação da gestão, da assistência e da vigilância em saúde;
- II Enfoque humanista, democrático, participativo, crítico e inserido na realidade sanitária e dos serviços de saúde.

CAPÍTULO II - DOS OBJETIVOS

- I Promover a integração de saberes, intra e interinstitucionalmente, e a detecção de necessidades em Educação Permanente e Continuada em Saúde;
- II Apoiar a formação, atualização, qualificação, participação, informação e intercâmbio de saberes dos profissionais que atuam no Sistema Único de Saúde (SUS);
- III Melhorar o desempenho do pessoal em todos os níveis de atenção e funções do respectivo processo de produção;
- IV Contribuir para o desenvolvimento de novas competências, como a liderança, a gerência descentralizada, a autogestão, a gestão de qualidade;

V Servir de substrato para transformações culturais de acordo com as novas tendências, como a geração de práticas desejáveis de gestão, a atenção e as relações com a população.

VI Desenvolver a Educação Permanente e Continuada em Saúde na perspectiva de compreensão do conceito ampliado do processo saúde/doença, em consonância com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS);

VII- Fomentar a assistência, pesquisa e ensino em saúde e sua divulgação

CAPÍTULO III - DAS DIRETRIZES

I Reconhecimento das especificidades locais para a elaboração e desenvolvimento da Educação Popular em Saúde;

II Fortalecimento das redes de atenção à saúde integradas;

III Adoção de estratégias inovadoras para a realização das ações de Educação Permanente e Continuada em Saúde;

IV Desenvolvimento de estudos e pesquisas que favoreçam o aprimoramento e a qualificação das práticas em saúde;

V Desenvolvimento de parcerias que propiciem ações em Educação Permanente e Continuada em Saúde de forma abrangente;

VI Qualificação dos colaboradores da instituição, ampliando o conhecimentos e aumentando a eficácia dos serviços de saúde em benefício da população;

VII Desenvolvimento de indicadores que possibilitem o monitoramento e avaliação das ações promovidas

CAPÍTULO IV - DOS ESPAÇOS

A organização das atividades de Educação Permanente e Continuada em Saúde será realizada considerando a necessidade de cada projeto e coordenada pelo Núcleo de Educação Permanente em Saúde local (NEPS) e pactuado entre as diversas instâncias envolvidas.

São espaços definidos para Educação Permanente e Continuada em Saúde:

1. BASES – espaços que ocorrem nos serviços de saúde;
2. NÚCLEOS – reuniões por categoria profissional, referente às especificidades das áreas profissionais;

3. CAMPOS – espaços específicos de qualificação;
4. INTERSECÇÃO – espaços de intercâmbio de ações e práticas de conhecimento entre as unidades de saúde.

CAPÍTULO V – DA GESTÃO

A Política Institucional de Educação Permanente e Continuada em Saúde permeará todos os âmbitos, norteadas por um Plano de Ação Institucional de Educação Permanente e Continuada em Saúde e coordenada pelo **Núcleo de Educação em Serviço (NES)**. O Plano de Ação Institucional de Educação Permanente e Continuada em Saúde deverá ser elaborado interinstitucionalmente e pactuado entre as diversas esferas envolvidas, baseado no diagnóstico situacional das necessidades e resultando em um cronograma de ações integradas.

São atribuições do NES:

1. – Planejar, coordenar e monitorar a execução do Plano de Ação Institucional de Educação Permanente e Continuada em Saúde;
2. – Assessorar os gestores na discussão sobre Educação Permanente e Continuada em Saúde;
3. – Estimular e apoiar a formação continuada e permanente dos trabalhadores de saúde;
4. – Promover a integração dos diferentes segmentos sociais por meio de projetos e pesquisas em Educação Permanente e Continuada em Saúde;
5. – Elaborar e apoiar o desenvolvimento de projetos através de planejamento participativo;
6. – Monitorar e avaliar as ações e estratégias de Educação Permanente e Continuada em Saúde implantadas no referido serviço/projeto;

CAPÍTULO VI – DOS EIXOS

As estratégias de ação da Educação Permanente e Continuada em Saúde, integrando ensino, gestão, atenção e controle social, ocorrerão principalmente nos seguintes eixos:

I – DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL

Desenvolvimento Profissional é o eixo responsável por organizar, divulgar e monitorar o calendário anual de qualificação e formação profissional, criando e mantendo um banco de dados dos profissionais capacitados, ordenando a participação em eventos e formulando propostas e estratégias pedagógicas, conforme o Plano de Ação Institucional de Educação Permanente e Continuada em Saúde.

II – OBSERVATÓRIO EM SAÚDE

Observatório em Saúde é o eixo responsável pela transparência e acesso às informações sobre Educação Permanente e Continuada em Saúde em desenvolvimento nos serviços próprios e gerenciados, possibilitando o monitoramento e avaliação. Agrega informações estratégicas, como projetos, pesquisas, estudos e ações, disponibilizando dados a toda sociedade civil.

CAPÍTULO VII - DA ALOCAÇÃO DE RECURSOS

1. O HMTJ, deverá prever e prover recursos para a execução da Política Institucional de Educação Permanente e Continuada em Saúde;
2. Para a implementação da Política Institucional de Educação Permanente e Continuada em Saúde, o HMTJ poderá firmar contratos, convênios e parcerias.

CAPÍTULO VIII - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Caberá ao Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus:

1. Destinar os recursos humanos, financeiros e tecnológicos necessários para o funcionamento e consolidação de NES, incluindo a comunicação permanente entre os seus componentes, através de encontros presenciais e/ou meio eletrônico, e desenvolvimento do Observatório em Saúde.
2. Destinar estrutura física adequada para o trabalho do NES, podendo ser em espaço próprio, cedido ou compartilhado com outras instituições parceiras.

Apresentada nossa Política Institucional de Educação Permanente e Continuada em Saúde, abordaremos a seguir algumas especificidades do projeto em consonância com a nossa Política.

Como apresentado anteriormente, as ações de Educação Permanente e Continuada em Saúde são desenvolvidas em três eixos prioritários que integram ensino, gestão, atenção e controle social, a saber:

- ✓ **Formação no SUS e para o SUS;**
- ✓ **Desenvolvimento Profissional**
- ✓ **Observatório em Saúde**

Detalharemos a seguir nossa proposta de Educação Permanente e Continuada em Saúde para as unidades objetos deste edital.

CRONOGRAMA DE IMPLANTACÃO

Organização

Objetivo é Estruturar Programa para desenvolver as competências, com base no diagnóstico situacional, em conjunto com os profissionais.

Nessa etapa a ação realizada será de utilizar estratégias de ensino reflexivas e participativas voltadas à problematização e reflexão sobre a real necessidade. A duração desse processo é de 30 dias.

Implementação

Nessa etapa o objetivo é implementar o Programa de Educação Permanente e Continuada em Saúde.

A elaboração do Plano propriamente dito acontece nesse momento. Através de um instrumento previamente elaborado, construímos um programa permanente por módulos (temas) considerando os itens: objetivo, público-alvo, conteúdo, metodologia de ensino, estratégias de adesão e divulgação, recursos necessários, metodologia de avaliação de resultados e custos. Esse processo tem duração de 30 dias.

Método de identificação de necessidade de treinamento

O objetivo é identificar as necessidades de treinamento, devendo estar em acordo com as lacunas de competências, individuais e grupais, para atingir os objetivos da unidade, ou seja, devem estar alinhadas ao desenvolvimento de competências (habilidades, conhecimentos e atitudes) esperados pela organização.

Desta forma, a necessidade de treinamento será verificada mediante ata de reunião, avaliação de desempenho, demanda legal, notificações de não conformidades (RNC), resultado apresentado pelos indicadores, interações com a equipe, relatório de custos e relatório de visita técnica, análise das notificações de Near Miss e de eventos adversos.

Método de aplicação dos treinamentos

O objetivo é capacitar toda a equipe multiprofissional a fim de aprimorar as habilidades técnicas e científicas, bem como atualizar os colaboradores.

Existem diversas formas de treinar as equipes, dentre elas estão o treinamento presencial teórico/prático utilizando metodologias ativas que desenvolvam a participação e compreensão de cada participante, bem como estabelecer um ambiente lúdico, porém focado no ensino/aprendizagem.

Outras ferramentas que podem ser utilizadas é a plataforma online de treinamento, sendo de forma otimizada e de acesso prático, além de proporcionar a liberdade ao colaborador dentro do processo de trabalho, o acesso da plataforma para a execução das atividades conforme orientação a qualquer momento e em qualquer equipamento que disponibilize internet. Dentro da perspectiva do uso da tecnologia para o aprimoramento profissional, pode-se utilizar dentro da plataforma videoconferências com os tutores/alunos, considerada uma aula dinâmica e diferenciada, tendo como benefício a interação entre os alunos e professores.

Avaliação

Nessa etapa o objetivo é realizar o monitoramento das etapas do programa e a avaliação dos resultados. A principal ação é utilizar ferramentas como: Avaliação de reação; Análise crítica; Avaliação de Eficácia e Indicadores Institucionais.

Avaliação acontece durante todo o período de vigência do Plano de Ação da Educação Permanente e Continuada em Saúde, até mesmo, durante a elaboração do Plano para o ano seguinte. Essas atividades podem ser aplicadas presencialmente, seguindo os documentos padronizados pelo Recursos Humanos ou até mesmo aplicado via plataforma online, onde cada colaborador terá acesso aos questionários avaliativos de acordo com cada capacitação.

Relatório

O objetivo é proporcionar as informações necessárias para a tomada de decisão e divulgar as atividades realizadas. Nessa etapa final estruturamos um relatório analítico para **646**

mensurar o alcance dos objetivos estruturados, com a finalidade de buscar aperfeiçoamento e melhoria de ações. Além de identificar por meio da médias de notas e/ou percentual de participação dos treinamentos os possíveis gap's, nas quais precisam do aprimoramento no decorrer do planejamentos das capacitações.

A entrega de cada relatório ao Recursos Humanos acontece durante o mês subsequente ao termino do Plano de Ação da Educação Permanente e Continuada em Saúde.

Apresentamos a seguir o cronograma (programação) das capacitações para os dois primeiros anos de Gestão, elaborado a partir das necessidades identificadas pelo HMTJ, abordando as diversas categorias profissionais presentes.

Quadro 1: Cronograma de Treinamentos para equipe multiprofissional.

MÊS	TEMA	OBJETIVO
1° mês	Integração	Qualificar os a equipe multiprofissional com relação a missão, visão, valo e políticas de qualidade, bem como a apresentação de todos os serviços da unidade.
2° mês	Atendimento de Enfermagem em Parada Cardiorrespiratória (PCR)	Atualizar a equipe multiprofissional para o atendimento organizado, priorizando pela assistência segura e dequalidade aos clientes em PCR.
3° mês	Impacto da Higiene das Mãos no Controle de Infecção	Orientar as equipes sobre a prevenção e medidas para controlar a infecção hospitalar e padronizar a técnica de higienização das mãos.
4° mês	Cadeia de Valor	Trabalhar os conceitos que envolvem a cadeia de valor com foco em desenvolver a liderança para o trabalho de excelência e melhoria contínua.
5° mês	Atuação dos Líderes no Controle e Prevenção de IRAS	Capacitar os profissionais para realização de ações de prevenção e controle da infecção hospitalar durante o processo assistencial.
6° mês	Sepse	Capacitar os colaboradores para identificação prévia dos sinais e sintomas de sepsis a fim de implementar as condutas assistenciais dentro da hora ouro.
7° mês	Atendimento qualificado e seguro: "você seria seu próprio Cliente"	Levar os profissionais a um autorreflexão sobre a forma de atendimento, resgatando valores e princípios éticos da profissão.
8° mês	Processos de Qualidade	Contribuir para desenvolvimento, implementação e monitoramento dos diversos processos de melhoria contínua das práticas assistenciais e administrativas.
9° mês	Humanização em Saúde	Trabalhar com os colaboradores no que diz respeito a humanização em saúde frente a prestação da assistência do cliente desde sua admissão até a alta.
10° mês	LGPD	Orientar aos colaboradores quanto a lei geral de proteção de dados, uma vez que a unidade movimenta dados sigilosos pessoais.

11° mês	Uso adequado de EPI's	Verificar a retenção do conhecimento através da simulação realística dos principais temas trabalhados durante ano
12° mês	Comunicação Efetiva	Capacitar os colaboradores quanto comunicação clara e efetiva, a fim de minimizar falhas dos processos assistenciais.
13° mês	Notificação de Incidentes	Qualificar a equipe multiprofissional com relação a importancia da notificação dos incidentes (Near Miss, Incidento com dano, Evento adverso) frente a prestação dos cuidados. A fim de aprimorar o processo de trabalho e assegurar assistencia de qualidade ao cliente.
14° mês	Acidente Vascular Cerebral	Atualizar os colaboradores com relação a identificação do cliente com AVC seguindo o protocolo do encaminhamento par a unidade de referencia dentro do tempo preconizado.
15° mês	Prevenção de Quedas	Capacitar as equipes nas medidas que previnem queda ao cliente conforme o protoco.
16° mês	Cuidados Paliativos	Orientar a equipe multiprofissional quanto ao protocolo de cuidados paliativos e o processo de finitude.
17° mês	Evolução (registro) em prontuário eletrônico	Treinar as equipes frente ao registro em prontuário eletrônico de forma adequada e corente com o processo de atendimento e avaliação de cada cliente.
18° mês	Contenção Mecânica	Capacitar as equipes para o cumprimento adequado do protocolo de contenção mecânica.
19° mês	Identificação do Paciente	Capacitar as equipes sobre a importância da identificação correta dos pacientes.
20° mês	Ética Profissional	Capacitar os colaboradores com relação aos preceitos éticos e legais durante o processo de trabalho.

21° mês	Prevenção de Broncoaspiração	Capacitar a equipe multiprofissional, na atuação preventiva e corretiva nos momentos de intercorrências, relacionadas a broncoaspiração.
22° mês	Administração de medicamentos	Capacitar as equipes sobre a importância de seguir os 13 certos para a administrar uma medicação de forma segura, envolvendo os processos desde a prescrição a administração.
23° mês	Alívio de Engasgo	Orientar aos colaboradores com relação ao manejo da vítima engasgada.
24° mês	Aspiração de Vias Aéreas Superior e Inferior	Orientar os colaboradores sobre o processo de aspiração em sistema fechado e em sistema aberto.

--	--



10.2.2: ÁREA DA QUALIDADE

**QUALIDADE SUBJETIVA: AVALIA MEDIDAS DE PROMOÇÃO DA
RELAÇÃO HUMANA E APOIO SOCIAL NA COMUNIDADE INTERNA E
EXTERNA DO HOSPITAL: ACOLHIMENTO E ATENDIMENTO**

Desenvolvimento da unidade

**Fluxo de Manutenção Preventiva e corretiva de equipamentos para a unidade de
saúde**

Fluxo de Manutenção Preventiva e corretiva de equipamentos para a unidade de saúde

No dicionário, a palavra manutenção é definida como: "medidas necessárias para a conservação ou a permanência de alguma coisa ou de uma situação; os cuidados técnicos indispensáveis ao funcionamento regular e permanente de motores e máquinas".

A Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), define a manutenção pela norma NBR 5462-1994: "como a combinação de todas as ações técnicas e administrativas, incluindo as de supervisão, destinadas a manter ou recolocar um item em um estado no qual possa desempenhar uma função requerida".

A manutenção consiste nas atividades que visam obter disponibilidade e confiabilidade do sistema e de seus componentes a um certo nível de qualidade. Inclui as atividades relacionadas ao controle das peças de reposição, recursos humanos e gestão de riscos em todas as decisões e em todos os níveis da organização. Incluindo atividades relacionadas com as falhas, como a prevenção, detecção, reparo, investigação de suas causas e estabelecimento de contramedidas para sua reincidência.

Segundo a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), o defeito, a falha e a pane podem ser definidos pela norma NBR 5462-1994 como:

- "Defeito: Qualquer desvio de uma característica de um item em relação aos seus requisitos", e "esse defeito pode, ou não, afetar a capacidade de um item em desempenhar uma função requerida".
- Falha: "Término da capacidade de um item desempenhar a função requerida".
- Pane: "Estado de um item caracterizado pela incapacidade de desempenhar uma função requerida. Uma pane é geralmente o resultado de uma falha de um item, mas pode existir sem uma falha anterior".

Na Figura 2 mostra-se um esquema explicando os tipos de manutenção:

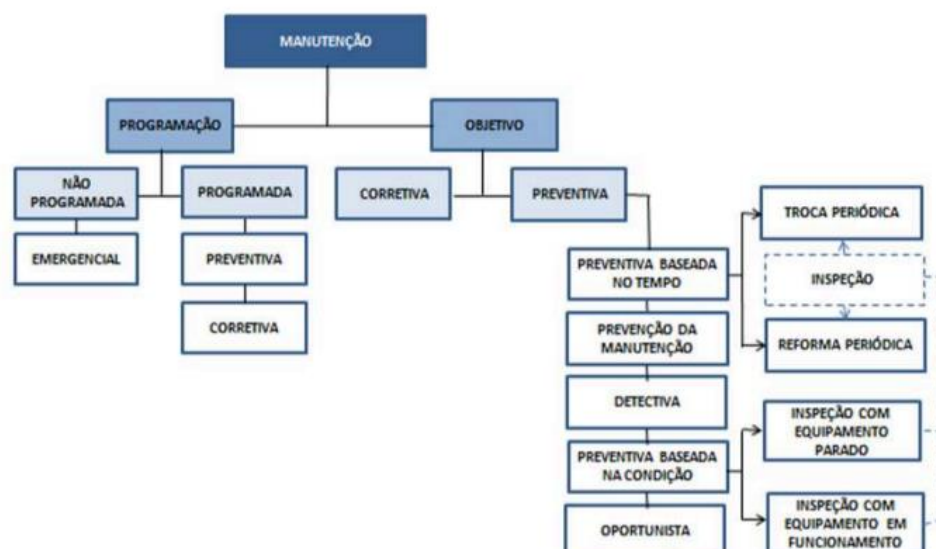


Figura 2 – Tipos de Manutenção. Fonte: Adaptado de Xenos (2004); Siqueira (2005)

A partir destas atividades de manutenção é possível garantir o bom funcionamento dos equipamentos, otimizando sua operação e garantindo a qualidade do serviço prestado.

A engenharia Clínica traz grandes contribuições para as unidades de saúde na gestão das Manutenções dos equipamentos médico-hospitalares preservando e aumentando a vida útil dos mesmos, de forma que os equipamentos possam entregar aos pacientes segurança e qualidade assistencial. Tal serviço será terceirizado através de empresa especializada.

A empresa contratada de Engenharia Clínica deverá apresentar a seguinte documentação para participação do processo:

- Técnicos com registros no CREA atuantes no contrato;
- Engenheiro clínico como gestor do contrato;
- Empresa com registro no CREA;
- Fornecimento de relatório de gestão de Engenharia Clínica, com acompanhamento mensal que contemplem Indicadores de Desempenho como: custo de reparo, custo de contrato de manutenção, resolutividade total das OSS abertas no período, entre outros;
- Elaboração e acompanhamento pelo Engenheiro Clínico da estratégia de manutenção preventiva do parque tecnológico;
- Disponibilizar profissionais treinados e capacitados que deverão ser capazes de auxiliar e atender principalmente os processos assistenciais nas soluções para os problemas técnicos em equipamentos médico-hospitalares.
- Definição das necessidades, periodicidades e tolerâncias aplicáveis de calibração;
- Declaração expressa de que a empresa dispõe de equipamentos aptos para aferição, calibração e controle de qualidade, para os seguintes equipamentos médico-hospitalares: Cardioversores e Desfibriladores; Monitores Multiparamétricos; Respiradores; Tensiômetros e aspiradores cirúrgicos; Centrífugas; Esfigmomanômetros; Aspiradores Cirúrgicos; Bisturis; Oxímetros de Pulso; Segurança Elétrica; dentre outros que se fizerem necessário;
- Disponibilizar a autorização emitida pelo INMETRO, em nome da empresa, para fins de conserto e manutenção em esfigmomanômetro e balanças.
- Realizar inventário dos equipamentos contendo informações como: número de série, marca, modelo, patrimônio, registro na ANVISA, condição (próprio, com contrato, em garantia, comodato etc.) setor, criticidade e quantidade;

- Elaboração de cronograma com a definição dos planos de manutenção preventiva e calibração de todos os equipamentos;
- Execução das manutenções preventivas com base em checklists técnico adequado às características dos equipamentos e atendendo recomendações técnicas de manuais especializados;
- Execução de Calibração com emissão de certificado;
- Os serviços técnicos programados de calibração, que por sua natureza técnica acarretarem a paralisação dos equipamentos, deverão ser executados em dias e horários não coincidentes com o expediente dos setores, acordados pelos responsáveis da área;
- Execução de testes de segurança elétrica;
- Gerenciamento e análise de contratos de manutenção vigentes, a fim de avaliar sua viabilidade financeira, utilizando indicadores de desempenho e benchmarking de valores de mercado;
- Atuar sobre todos os equipamentos médico-hospitalares inoperantes, exceto nos que detêm manutenção exclusiva por rede autorizada, de modo a resolver os problemas de baixa e média complexidade, sem o fornecimento de peça e preferencialmente dentro da própria instituição, visando uma redução direta no custo das manutenções e, principalmente, agilidade no retorno do equipamento ao setor de origem;
- Acompanhar e coordenar as ações para solução dos problemas de alta complexidade em equipamentos, quando não possíveis de reparo pela CONTRATADA; bem como, também, atuar da mesma forma quando os equipamentos tiverem manutenção exclusiva por rede autorizada, identificando, nesses casos, os procedimentos para uma solução ágil e econômica;
- Avaliar a consistência técnica e os custos das propostas oferecidas pelos prestadores de serviço para reparo dos equipamentos médicos, apresentando, pelo menos, três orçamentos, para aprovação da contratante;
- Realizar o gerenciamento dos custos com as manutenções principalmente as corretivas;
- Gestão de estoque de materiais e peças de reposição dos equipamentos médico hospitalares;
- Realização de inspeções periódicas nos equipamentos e/ou setores críticos das instituições, cumprindo a legislação vigente e registrando no sistema de gestão;
- Acompanhamento de serviços realizados por terceiros;
- Recebimento e acompanhamento de instalação de novos equipamentos;

- Desenvolvimento de programa de educação continuada para operação e segurança dos equipamentos junto a equipe assistencial (corpo clínico, enfermagem, fisioterapeutas, entre outros profissionais) e da própria Engenharia;
- Avaliação tecnológica e apresentação de novas tecnologias;
- Assessoria na avaliação da obsolescência dos equipamentos médico-hospitalares, emitindo parecer técnico baseado em inspeção técnico-operacional, histórico de falhas etc.
- Apoio na criação de plano de investimento e aperfeiçoamento de equipamentos
- Realizar atendimento dos chamados para corretivas da unidade em até 24hs, com devolutiva do prazo para reparo em até 48hs.

Deverá a empresa contratada oferecer os seguintes serviços junto às unidades objeto deste Edital, através de pessoal devidamente qualificado a execução das manutenções nos equipamentos médicos hospitalares e gerenciamento informatizado:

- **Manutenção preventiva:** Elaboração de cronograma de manutenção; Execução das manutenções, Inventário de equipamento; Acompanhamento contrato de terceiros.

- **Manutenção corretiva:** Elaboração de uma rotina de manutenção corretiva; Controle de entrada de solicitação de serviço; Execução das manutenções; Acompanhamento contrato de terceiros;

- **Análises de Segurança Elétrica:** Execução da análise de segurança nos equipamentos médico-hospitalares; Evidência da Análise;

- **Calibração:** Execução da calibração nos equipamentos médico-hospitalares; Emissão de certificado;

- **Consultoria e assessoria para incorporação tecnológica da unidade:** Participar efetivamente do processo de aquisição de equipamentos a ser adquirido, custos futuros com manutenção, peças de reposição, acessórios e insumos, objetivo o melhor custo-benefício à instituição; Emitir parecer técnico quanto às propostas em processo de licitação; Especificação técnica;

- **Consultoria e assessoria para aquisição de peças de reposição:**

Participar da especificação técnica do material a ser adquirido, levando em consideração melhor custo-benefício;

- **Gerenciar o recebimento e instalação de equipamentos:**

- ❖ Acompanhar a abertura da embalagem que deve ser realizado pela entidade ganhadora do processo, salvo em casos autorizados por escrito pela entidade;
- ❖ Observar se o equipamento entregue condiz com o equipamento apresentado na proposta;
- ❖ Observar se todos os manuais exigidos pelo edital acompanham o equipamento;
- ❖ Observar possíveis danos causados ao equipamento durante o seu transporte;
- ❖ Acompanhar pessoalmente todo o processo de instalação executado pelo fornecedor;
- ❖ Avaliar/ aceitar o equipamento e registrar parecer;

A empresa a ser contratada deverá:

- ❖ Oferecer consultoria para processos de qualidade com foco em certificação e acreditação previstas no Edital.
- ❖ Disponibilizar uma equipe fixa de técnicos em eletrônica. O serviço contará também com uma equipe de apoio para atendimento às demandas de 01 Engenheiro Clínico e Biomédico; 01 Engenheiro em eletrônica; 01 supervisor técnico; 01 analista administrativo e 01 analista de Qualidade.
- ❖ Atender a plantão 24 (vinte e quatro) horas (inclusive finais de semana e feriados) para atendimento de emergência;
- ❖ Disponibilizar Recursos Técnicos de Analisadores/Simuladores e demais que sejam necessários ao desenvolvimento de suas atividades;
- ❖ Atender a todos os processos do setor de Qualidade, se comprometendo a

atingir as metas propostas pela empresa.

- ❖ Disponibilizar um software de abertura e controle das ordens de serviço, para mapeamento da demanda e medição de eficácia dos serviços prestados.

Planejamento da Atividade	1º MÊS		2º MÊS		3º MÊS	
	1ªQ	2Q	1Q	2Q	1Q	2Q
Estruturação da equipe de Engenharia Clínica						
Validação dos Procedimentos adotados pela empresa terceira						
Capacitação da equipe para novos processos que forem necessários						
Implantação de novas rotinas de Engenharia clínica						
Revisão dos indicadores de monitoramento						
Monitoramento dos indicadores						

POP ENG CL 001 - ADMISSÃO DO PARQUE TECNOLÓGICO DO CLIENTE

1. OBJETIVO

Assegurar que todos os equipamentos médico-hospitalares estejam seguros para uso.

2. ABRANGÊNCIA

Este procedimento é aplicável a todos os equipamentos médico-hospitalares que integram o parque tecnológico do cliente.

3. CONCEITOS E SIGLAS

SIG: Sistema Informatizado de Gestão

OS: Ordem de Serviço

EC: Engenharia Clínica

4. MATERIAIS

SIG

Formulários de cada processo

Equipamentos de teste (Multímetro e osciloscópio)

Analizador/ simulador padrão específico para cada equipamento Termo-Higrômetro

Software Certificados

5. RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO E GERENCIAMENTO

CARGOS ENVOLVIDOS	SETOR ENVOLVIDO
Diretor	Direção
Gerência	Todos os setores
Supervisão	Operação
Técnico	Operação
Auxiliar Técnico	Operação

Estagiário Técnico	Operação
Auxiliar Administrativo	Operação
Estagiário Administrativo	Operação
Clientes externos	Todos os setores

6. DESCRIÇÃO DOS PASSOS DA ATIVIDADE

No início de um novo contrato, a empresa realiza uma verificação em todos os equipamentos com o objetivo de garantir que os equipamentos estão seguros para uso. Quando o equipamento é reprovado na verificação funcional ele é encaminhado para manutenção corretiva (se houver possibilidade de conserto), após conserto deve realizar uma nova verificação funcional, caso não haja conserto, informar ao responsável da unidade que o equipamento está impossibilitado para uso e conserto, neste caso, o equipamento não entrará na gestão do parque tecnológico.

Obs: 1) Em caso de reprovado, o mesmo não deve ser colocado em uso até estar em pleno funcionamento.

2) A verificação funcional é realizada APENAS no início de um contrato novo de Engenharia Clínica e deve ser realizada até 4º mês após o início das atividades.

No processo de admissão do parque tecnológico deve-se seguir o Anexo 02 - check-list de Admissão do parque tecnológico do cliente.

CABE À DIREÇÃO/ GERÊNCIA / SUPERVISÃO DA FISIO-TEC:

- Disponibilizar os pontos de calibração para execução da verificação funcional.

CABE AO AUXILIAR ADMINISTRATIVO DA FISIO-TEC

- Organizar o espaço, separar as peças e equipamentos.

- Identificar com etiqueta padrão os equipamentos parados.

- Cadastrar equipamentos no SIG conforme POP FST OPE 002 - Levantamento patrimonial.

- Abrir uma ordem de serviço de verificação funcional para cada equipamento no SIG.

- Imprimir o formulário Anexo 01 - Formulário de verificação funcional.

- Imprimir formulário de Análise Segurança elétrica conforme POP FST OPE 006 - Análise de segurança elétrica.

- Imprimir o formulário de Calibração conforme POP FST OPE 005 - Calibração de

equipamentos médicohospitalares.

- Gerar o certificado de calibração conforme POP FST OPE 018 – Emissão de Certificado de Calibração.
- Juntar todos os formulários (verificação funcional e segurança elétrica) e certificado de calibração no mesmo grampo e arquivar em meio físico e no SIG todas as “Verificações Funcionais”.
- Criar plano de manutenção preventiva conforme POP FST OPE 004 – Manutenção Preventiva.
- Lançar no relatório de medição (quando aplicável) horas gastas nas verificações funcionais.

Obs: Para checagem da infraestrutura do cliente, utilizar anexo 05 do PRS FST INF 001 – Infraestrutura para checagem dos itens acordados em contrato.

CABE AO TÉCNICO/ AUXILIAR TÉCNICO DA FISIO-TEC

- Organizar o espaço, separar as peças e equipamentos parados.
- Identificar com etiqueta padrão os equipamentos parados.
- Montar computador e impressora.
- Acessar rede internet unidade.
- Realizar inventário conforme POP FST OPE 002 – Levantamento Patrimonial.
- Identificar e etiquetar os equipamentos com a etiqueta (TAG) fornecida pela Fisio-tec, considerando modalidade contrato.
- Realizar verificação funcional conforme o Anexo 01 - Formulário de verificação funcional.
- Realizar Análise Segurança Elétrica, conforme POP FST OPE 006 – Análise de segurança elétrica.
- Realizar calibração conforme POP FST OPE 005 – Calibração de equipamentos médico hospitalares; OBS: Solicitar os pontos para à Direção/ Gerência / supervisão da Fisio-tec.
- Concluir sobre o aceite ou não do equipamento considerando as seguintes possibilidades:

Aprovado (Passou em todos os testes e está apto para uso)

Aprovado com restrição (Passou por todos os testes, porém algum acessório está com problemas). O equipamento aprovado com restrição só pode ser liberado se o problema apresentado não impactar o paciente/ usuário.

Reprovado (Não está apto para uso e não deve ser liberado)

- Caso o equipamento seja aprovado, o mesmo deve ser disponibilizado para o setor no prazo máximo de dois dias após ser recolhido para verificação funcional, considerando que a verificação não foi feita no próprio setor de origem.
- Caso o equipamento seja reprovado (não admitido no rol de MNT), proceder com abertura de uma ordem de serviço para manutenção corretiva, informar ao responsável da unidade que o equipamento está impossibilitado para uso, se o equipamento não tiver conserto, o mesmo não entrará na gestão do parque tecnológico, caso o tenha conserto, após correção deverá ser realizado uma nova verificação funcional (abrir uma nova ordem de serviço) e anexar documentação correspondente.
- Caso o equipamento seja aprovado com restrição (exemplos: equipamentos com bateria ruim funcionando apenas na rede elétrica; monitor sem todos os acessórios/sensores, camas com apenas um rodízio ruim), disponibilizar a informação no SIG na ordem de serviço de verificação funcional e no formulário de verificação funcional, no campo observação descrever a restrição, abrir uma Ordem de Serviço (filha) para manutenção de corretiva conforme POP FST OPE 007 – Manutenção Corretiva.
- Juntar todos os formulários (verificação funcional e segurança elétrica) e certificado de calibração no mesmo grampo.
- Encaminhar as evidências para auxiliar administrativo.
- Devolver equipamento ao setor no prazo máximo dois (02) dias corridos, considerando que a verificação não foi feita no próprio setor de origem.

Obs: 1) Para checagem da infraestrutura do cliente, utilizar anexo 05 do PRS FST INF 001 – Infraestrutura para checagem dos itens acordados em contrato.

2) Checar junto a Direção/ gerencia/ Auxiliar Administrativo o resumo do contrato conforme anexo 03 – Resumodo contrato.

CABE AO GERENTE DE ENFERMAGEM/ RESPONSÁVEL PELO CONTRATO/ DIREÇÃO DO CLIENTE/ RESPONSÁVEL PELO SETOR OU DESIGNADO:

- Validar o formulário de verificação funcional e suas respectivas evidências.
- Testar o equipamento na entrega do mesmo pela Fisio-Tec.

7. PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

- Não realização da aceitação / verificação funcional de equipamento;
- Erro no registro da aceitação / verificação funcional de equipamento.

8. NORMAS E REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CALIL, S. J. & TEIXEIRA, M. S., Saúde & Cidadania: Gerenciamento de Manutenção em Equipamentos Hospitalares – São Paulo: AGWM Artes Gráficas, 1998. 127p.

Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 15943: Diretrizes para um programa de gerenciamento de equipamentos de infraestrutura de serviços de saúde e de equipamentos para saúde. ABNT, 2011.

9. ANEXOS

Anexo 01 – Verificação funcional

Anexo 02 - Check-list de Admissão do parque tecnológico do cliente. Anexo 03 – Resumo do contrato

10. REGISTROS

Nome do registro	Local de arquivamento	Responsável pelo arquivamento	Tempo de retenção	Descarte
Verificação funcional	SIG e pasta localizada no armário do setor	Auxiliar Administrativo e/ou Técnico	02 anos físico	Picote
Check-list de Admissão do parque tecnológico do cliente.	Pasta localizada no armário do setor	Auxiliar Administrativo e/ou Técnico e/ou supervisor e/ou engenharia	02 anos físico	Picote

11. HISTÓRICO DAS ALTERAÇÕES

REVISÃO	Nº ITEM	NATUREZA DAS ALTERAÇÕES
00	Todos	Criação do Documento
01	05, 06 e 09	Troca de função, Melhoria de processo e Inclusão de formulário
02	06	Melhoria de processo

NOTAS

Este procedimento é dinâmico e está sujeito a alterações. Para seu aprimoramento, comentários e sugestões, as críticas devem ser encaminhadas para o SGQ.

As cópias deste documento são controladas pelo SGQ e cabe ao mesmo atualizar e emitir novas versões, sempre que houver uma atualização.

POP ENG CL 002 - LEVANTAMENTO PATRIMONIAL

01. OBJETIVO

Conferir os equipamentos existentes na unidade para a execução/gestão das manutenções.

2. ABRANGÊNCIA

Este procedimento é aplicável a todos os equipamentos médico-hospitalares que integram o parque tecnológico da instituição.

3. CONCEITOS E SIGLAS

SIG: Sistema Informatizado de Gestão

OS: Ordem de Serviço

EC: Engenharia Clínica

4. MATERIAIS

SIG; Formulários do processo

5. RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO E GERENCIAMENTO

CARGOS ENVOLVIDOS	SETOR ENVOLVIDO
Diretor	Direção
Gerência	Todos os setores
Supervisão	Operação
Técnico	Operação
Auxiliar Técnico	Operação
Estagiário Técnico	Operação
Auxiliar Administrativo	Operação
Estagiário Administrativo	Operação
Clientes externos	Todos os setores

6. DESCRIÇÃO DOS PASSOS DA ATIVIDADE

- Realizar o levantamento patrimonial a cada 12 meses e conferir no SIG, após arquivar levantamento. Caso tenha alguma incoerência, verificar no controle de movimentação a localização dos equipamentos com cadastro incoerente.
- O inventário ajuda na busca do equipamento para preventiva/ calibração/ segurança elétrica. Se o mesmo estiver com alguma incoerência ou não foi localizado no setor e nem possui movimentação, a Fisio-Tec deverá enviar um comunicado por email para o **responsável pelo contrato/ responsável setorial/ gerente de enfermagem/ direção/ responsável designado** relatando o ocorrido e solicitando um posicionamento, caso a incoerência ou falta de localização não seja solucionada, deve-se enviar uma RNC para o setor responsável pelo equipamento.

CABE À DIREÇÃO/ GERÊNCIA / SUPERVISÃO DA FISIO-TEC:

- Analisar as respostas das RNC's e comunicados gerados.
- Validar o Anexo 02 – Análise de inventário em até 30 dias após a compilação dos dados pelo auxiliar administrativo.
- Apresentar a análise de inventario validada ao gerente de enfermagem/ responsável pelo contrato/ direção do cliente/ responsável designado.
- Orientar a equipe as ações a serem realizadas conforme apresentação da análise para unidade

CABE AUXILIAR ADMINISTRATIVO DA FISIOTEC

- Filtrar do SIG todos os equipamentos ativos na unidade, exportar para o Excel e manter apenas as colunas: item, Tag, tipo de tecnologia, marca, modelo, nº série, nº patrimônio, nº registro da anvisa, localização, encontrado (sim ou não) e observação. Deve-se fazer setor por setor, para facilitar a busca. Após esse processo, colocar as informações mantidas no formulário padrão Anexo 01 - Levantamento Patrimonial
- Imprimir o formulário completo setor por setor para o levantamento patrimonial e entregar para o técnico auxiliartécnico que irá realizar o levantamento patrimonial.
- Receber o levantamento atualizado pelos técnicos/ auxiliar técnico e conferir no SIG se os mesmos estão com informações coerentes. Caso no levantamento atualizado esteja faltando algum equipamento quando comparado com o levantamento anterior ou com alguma incoerência, entrar em contato imediatamente com o setor (por e-mail ou comunicação interna) solicitando a disponibilização do equipamento (no prazo de até 07

dias), que não foi citado no novo levantamento, para checagem dos dados. Se o responsável do setor não souber o paradeiro do equipamento, enviar um comunicado por e-mail para o **responsável pelo contrato/ responsável setorial/ gerente de enfermagem/ direção/ responsável designado** relatando o ocorrido e solicitando um posicionamento, caso a incoerência ou falta de localização não seja solucionada, deve-se enviar uma RNC para o setor responsável pelo equipamento.

- Compilar os dados encontrados e colocar no formulário Anexo 02 – Análise de inventário no prazo de 30 dias após o a finalização do levantamento patrimonial.

Obs: Pontuar os equipamentos não encontrados, os movimentados e o custo de um equipamento similar dos não encontrados.

- Encaminhar para direção/ gerencia/ supervisão (após prazo de 07 dias de RNC) lista com equipamentos não encontrados e movimentados.

- Atualizar o SIG com o novo levantamento patrimonial (após orientação da direção/ gerencia/ supervisão da FST.

- Escanear e arquivar o "Levantamento Patrimonial" no one-drive.

- Arquivar em meio físico o "Levantamento Patrimonial";

- Tomar ações conforme orientação da gerência/ direção da FST.

Obs: Só receber o levantamento patrimonial da equipe se o mesmo estiver validado pelo setor responsável e pelo técnico da Fisio-Tec (responsável pelo levantamento patrimonial.

COMPETE AO AUXILIAR TÉCNICO/TÉCNICO DA FISIO-TEC

- Receber do auxiliar administrativo da Fisio-Tec o formulário Anexo 01 - Levantamento Patrimonial com as informações atualizadas do SIG.

- Conferir todos os itens da lista, considerando as informações, como: item, Tag, tipo de tecnologia, marca, modelo, nº série, nº patrimônio, nº registro da anvisa, localização, encontrado (sim ou não) e observação

- Caso não seja encontrados equipamentos que não estejam na lista, deve ser verificado a procedência do equipamento quanto a movimentação e aceitação.

- Fazer levantamento de todos os equipamentos do parque tecnológico;

- Registrar todos os dados no Anexo 01 - Levantamento Patrimonial e atentar-se para todos os itens descritos;

- Verificar junto aos enfermeiros/ chefes/ Coordenadores/ responsáveis designados a localização de todos os equipamentos pertinentes ao setor. Caso falte algum equipamento já levantado anteriormente, solicitar ao auxiliar administrativo que envie um comunicado por e-mail para o **responsável pelo contrato/ responsável setorial/ gerente de**

enfermagem/ direção/ responsável designado relatando o ocorrido e solicitando um posicionamento, caso a incoerência ou falta de localização não seja solucionada, deve-se enviar uma RNC para o setor responsável pelo equipamento.

- Assinar o formulário no local indicado após finalização do levantamento patrimonial;

- Validar as informações contidas no formulário junto ao responsável pelo setor. É importante mostrar ao responsável a observação contida no final do formulário:

AO REALIZAR A VALIDAÇÃO DO DOCUMENTO O RESPONSÁVEL DA ÁREA TOMA CIÊNCIA QUE SERÁ NOTIFICADO (EMAIL E RNC) PELOS EQUIPAMENTOS NÃO ENCONTRADOS E/ OU INCOERENCIAS NO INVENTÁRIO. CASO O DESAPARECIMENTO DO EQUIPAMENTO PERSISTA, O MESMO CONSTARÁ NO RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DE INVENTÁRIO QUE SERÁ ENVIADO PARA A DIREÇÃO DA UNIDADE.

Obs: 1) Equipamentos parados em manutenção (preventiva/ corretiva/ calibração/ segurança elétrica), também precisam ser conferidos no inventário.

2) Antes de ir ao setor na busca do equipamento, verificar se o equipamento está em manutenção interna ou externa.

COMPETE GERÊNCIA/ SUPERVISÃO/ ANALISTA DE QUALIDADE DA FISIO-TEC

- Fazer auditoria interna (PRQ FST SGQ 001) em cima do levantamento patrimonial ou in loco no setor assistencial.

CABE AO GERENTE DE ENFERMAGEM/ RESPONSÁVEL PELO CONTRATO/ DIREÇÃO DO CLIENTE/ RESPONSÁVEL DESIGNADO:

- Acompanhar o técnico da Fisio-tec no levantamento do parque tecnológico.

- Verificar se as informações contidas no inventário condiz com os equipamentos pertencentes ao setor.

- Informar se o equipamento foi movimentado para outro setor.

- Validar o levantamento patrimonial.

- Analisar e traçar ações baseadas no Anexo 01 - Análise de inventário

Atenção: **AO REALIZAR A VALIDAÇÃO DO DOCUMENTO O RESPONSÁVEL DA ÁREA TOMA CIÊNCIA QUE SERÁ NOTIFICADO (EMAIL E RNC) PELOS EQUIPAMENTOS NÃO ENCONTRADOS E/ OU INCOERENCIAS NO INVENTÁRIO. CASO O DESAPARECIMENTO DO EQUIPAMENTO PERSISTA, O MESMO CONSTARÁ NO RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DE INVENTÁRIO QUE SERÁ ENVIADO PARA A DIREÇÃO DA UNIDADE.**

7. PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

- Não realização de levantamento patrimonial conforme planejado;
- Não inclusão de equipamento no inventário da unidade;
- Falha na identificação do equipamento (TAG);
- Não localização do equipamento.

8. NORMAS E REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CALIL, S. J. & TEIXEIRA, M. S., Saúde & Cidadania: Gerenciamento de Manutenção em Equipamentos Hospitalares – São Paulo: AGWM Artes Gráficas, 1998. 127p.

Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 15943: Diretrizes para um programa de gerenciamento de equipamentos de infraestrutura de serviços de saúde e de equipamentos para saúde. ABNT, 2011.

9. ANEXOS

Anexo 01 – Formulário de Levantamento patrimonial Anexo 02 – Análise de inventário.

10. REGISTROS

Nome do registro	Local de arquivamento	Responsável pelo arquivamento	Tempo de retenção	Descarte
Levantamento patrimonial	Pasta localizada no armário do setor	Assistente Administrativo, Auxiliar Administrativo e/ ou Técnico	02 anos físico	Picote
Análise de levantamento patrimonial	Pasta localizada no armário do setor	Assistente Administrativo, Auxiliar Administrativo e/ ou Técnico	02 anos físico	Picote

11. HISTÓRICO DAS ALTERAÇÕES

REVISÃO	Nº ITEM	NATUREZA DAS ALTERAÇÕES
00	Todos	Criação do Documento
01	05, 06, 09	Troca de função, Melhoria de processo e Melhoria formulário
02	06	Melhoria de processo (Inclusão dos prazos de entrega da análise do levantamento)
03	06	Melhoria de processo nas atividades de gerência/ administrativo e auxiliar administrativo.

NOTAS

Este procedimento é dinâmico e está sujeito a alterações. Para seu aprimoramento, comentários e sugestões, as críticas devem ser encaminhadas para o SGQ.

As cópias deste documento são controladas pelo SGQ e cabe ao mesmo atualizar e emitir novas versões, sempre que houver uma atualização.

POP ENG CL 003 - IDENTIFICAÇÃO E RASTREABILIDADE

1. OBJETIVO

Estabelecer procedimentos e mecanismos para identificação e rastreabilidade dos equipamentos assistidos pela Fisio-tec e os instrumentos utilizados para esta finalidade, permitindo o controle sobre os serviços realizados de MNT (Preventiva - Corretiva), análise segurança elétrica e calibração.

2. ABRANGÊNCIA

Todos os equipamentos devem ser identificados pelo nº de série.

Todos os equipamentos e instrumentos utilizados pela FST para atender aos requisitos dos clientes referentes (Preventiva - Corretiva), análise de segurança elétrica e calibração devem possuir placa de identificação (TAG).

3. CONCEITOS E SIGLAS

SIG: Sistema Informatizado de Gestão

OS: Ordem de

Serviço **SS:**

Solicitação de

serviço **EC:**

Engenharia

Clínica

Equipamentos padrões: Analisadores/ simuladores

4. MATERIAIS

Etiquetas autocolantes, software específico de gestão, software de elaboração de laudos, Papel A4 (quando for o caso).

5. RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO E GERENCIAMENTO

CARGOS ENVOLVIDOS	SETOR ENVOLVIDO
Diretor	Direção
Gerência	Todos os setores
Supervisão	Operação
Técnico	Operação
Auxiliar Técnico	Operação
Estagiário Técnico	Operação
Auxiliar Administrativo	Operação
Estagiário Administrativo	Operação
Clientes	Todos os clientes

6. DESCRIÇÃO DOS PASSOS DA ATIVIDADE

6.1 EQUIPAMENTOS DOS CLIENTES

- São todos os equipamentos existentes no parque tecnológico do Cliente ou adquiridos pelo Cliente, estes devem ser conferidos no momento do recebimento (início de contrato ou em aquisições futuras), os mesmos devem ser conferidos e posteriormente cadastrados no software de gestão, considerando as seguintes informações:

- Tipo de Tecnologia
- Categoria
- Solicitante
- Localização
- Marca do equipamento
- Modelo
- No de série: Localizado no equipamento
- Patrimônio (Cliente),
- TAG
- Nº Registro na Anvisa
- Todos os equipamentos sob a gestão da Fisio-tec recebem uma etiqueta com as iniciais do hospital (máximo 04 dígitos) e números sequenciais (máximo 04 casas). Caso não seja autorizado o uso da TAG da FST pelo cliente, utilizar número de série para rastreabilidade ou etiqueta de número de patrimônio do cliente.

6.1.1 VALIDADE DA CALIBRAÇÃO DOS EQUIPAMENTOS CLIENTES

- A validade é determinada conforme cada contrato e sugestão plano assinado junto ao cliente.

Obs: Não deve ultrapassar o prazo de 365 dias, salvos em casos específicos conforme recomendação do fabricante.

6.2 ANALISADORES E SIMULADORES

- São todos os equipamentos e dispositivos de medição e monitoramento adquiridos pela FST, estes são utilizados durante a prestação dos serviços realizados pela FST.

- Todos os equipamentos, inclusive os padrões devem possuir identificação, nesta identificação deve constar a marca "FISIO-TEC" e o número sequencial para diferenciar os equipamentos.

- Utilizar etiqueta para patrimoniar conforme modelo padrão apresentado abaixo:

6.2.1 VALIDADE DA CALIBRAÇÃO DOS ANALISADORES

- A validade é determinada no formulário de sugestão de plano conforme cada tipo de equipamento, após a calibração do padrão o certificado é validado e nele determina a validade da calibração.

- O Controle do vencimento das calibrações está disponível no software de gestão dentro de cada equipamentos.

6.3 RASTREABILIDADE

- A rastreabilidade consiste na possibilidade de identificar os equipamentos, bem como os serviços realizados sobre os mesmos com a finalidade de garantir a busca de dados e informações sobre os serviços realizados e a eficácia dos equipamentos.

6.3.1 RASTREABILIDADE SOBRE EQUIPAMENTO DE CLIENTE

- Os serviços realizados pela FST de MNT (preventiva e corretiva), análise segurança elétrica e calibração são identificados através de:

- Evidência da realização de manutenção preventiva e corretiva, calibração e análise de segurança elétrica permanecem no SIG. A partir da abertura da "ss" de manutenção preventiva a mesma é contemplada de um check-list do serviço realizado e junto a ss é anexado o certificado de calibração, bem como a análise de segurança elétrica. Ambos ficam disponíveis apenas em meio digital (dentro da SS de cada equipamento).

Para clientes que não possuem acesso ao software de gestão, o mesmo é enviado via e-mail e também permanecem impressos dentro das pastas com respectivas assinaturas dos clientes.

- Inserção de etiqueta autocolante, conforme modelo apresentado abaixo:

- Colocar etiqueta apenas se for solicitado/autorizado pelo cliente, conforme anexo 01 – Autorização de uso de etiqueta.

Obs: O Uso da etiqueta colada nos equipamentos não isenta a existência dos laudos.

- Colar a Etiqueta na lateral direita no meio do equipamento, desde que não atrapalhe as informações do equipamento.

6.3.1 RASTREABILIDADE SOBRE EQUIPAMENTO PADRÕES

- Os equipamentos da FST são cadastrados no software de geração de certificados e SIG.

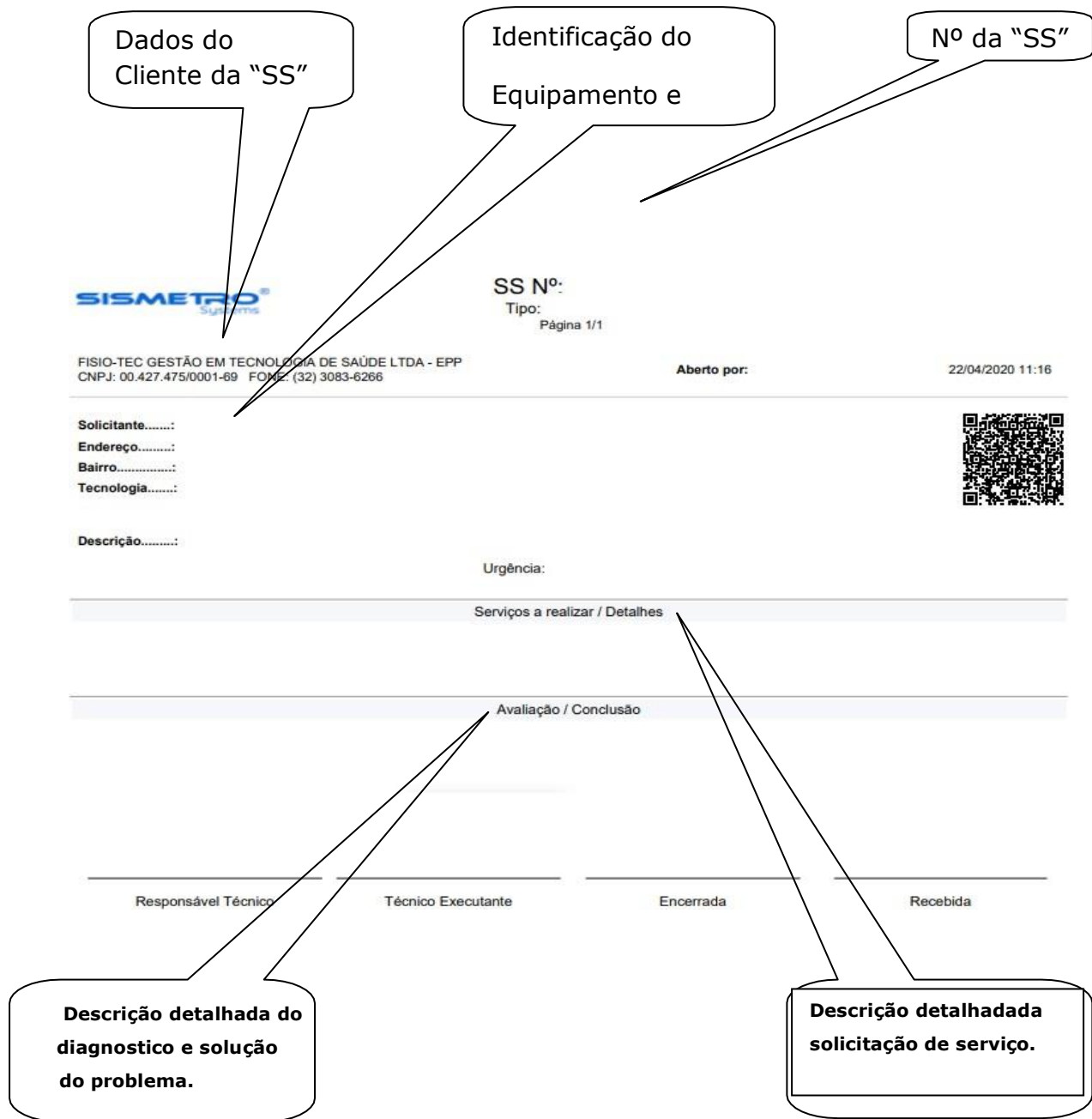
- OS certificados ficam disponíveis no one drive junto com suas respectivas rastreabilidades, também estão disponíveis no SIG.

6.4 LAUDOS

- O conjunto denominado de laudo é composto pelos documentos citados abaixo, os quais devem possuir os seguintes marcadores:

6.4.1 "SS" - SOLICITAÇÃO DE SERVIÇO:

- Identificada por um número sequencial ordinário crescente, sendo quem nesta deve constar também o setor do Centro de Custo e os dados dos equipamentos, conforme mostra abaixo:



- A "SS" também contempla os dados e informações apresentados abaixo com a finalidade de permitir o monitoramento sobre as ações operacionais de MNT:
- Número da SS
- Aberto por quem
- Data e hora da solicitação

- Solicitante,
- Tipo de MNT,
- Tecnologia
- Serviço a realizar/ Detalhes
- Avaliação / Conclusão – Aqui o técnico descreve o diagnostico e a ação tomada para solucionar o problema do equipamento.
- Responsável técnico
- Técnico executante

6.4.2 **ANÁLISE SEGURANÇA ELÉTRICA**

- É Realizada com a utilização do formulário para registros de análise de segurança elétrica conforme Anexo 01 do POP FST TEC 006 - Segurança elétrica, que tem como objetivo registrar os parâmetros referentes aos testes realizados, bem como os status obtidos.
- Neste formulário deve conter também os dados de identificação do padrão utilizado, conforme figura abaixo:

Campo destinado à inserção de dados referentes ao padrão utilizado para realização da calibração.

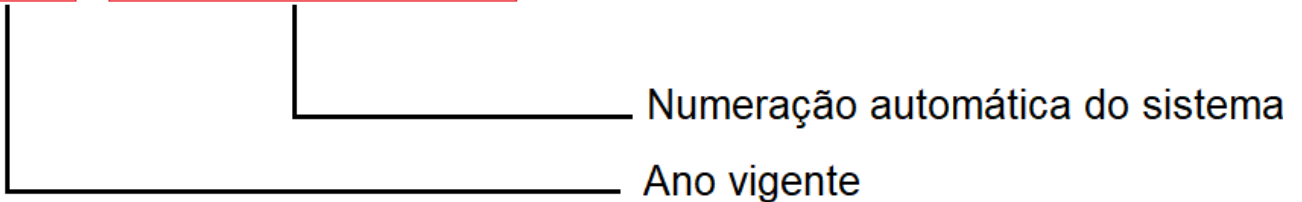
Padrão utilizado na calibração	
Marca:	Modelo:
Nº Série:	Vencimento:
TÉCNICO EXECUTANTE	
Nome:	Assinatura e carimbo técnico

- Cabe ressaltar que todos os certificados originais de calibração referentes aos padrões utilizados estão sob a guarda da Gerência na Matriz da FST em Juiz de Fora - MG.
- A gerência mantém atualizado todos os certificados e durante os ciclos de auditorias nos clientes estes são disponibilizados para as unidades que estão em processo de auditorias em meio físico. Também ficam disponíveis em meio digital no SIG e one drive.

6.4.3 CERTIFICADO DE CALIBRAÇÃO

- O Certificado é produzido mediante a inserção de dados no SI - Sistema Informatizado denominado "Arkmeds", estes são identificados utilizando uma sequência numérica como mostra abaixo:

XXXX . YYYYYYYYYYYYYYYYYY



Obs: Todas as unidades estão providas com o sistema "Arkmeds", que permite a emissão dos certificados de forma direta para o Cliente.

Faz parte dos certificados de calibração os itens:

- Dados do Contratante,
- Instrumento/Equipamento calibrado,
- Condições Ambientais - (Temperatura Umidade),
- Padrões utilizados no processo de calibração:
- São simuladores de aplicação específica, os quais são identificados pelo nº de série e modelo, além de possuir:
 - Nº do certificado,
 - Validade,
 - Órgão calibrador.
- Procedimento de calibração,
- Informações complementares,
- Resultados.
- Campo definindo o status (Aprovado e Não aprovado).

Obs: Para clientes avulsos a validade não é informada, apenas se solicitado.

6.5 PRESERVAÇÃO DOS DADOS E INFORMAÇÕES

- Todos os dados do SIG e SI ficam armazenados em um servidor contrato pela fornecedores do software.

6.6 CUIDADOS COM O PARQUE TECNOLÓGICO DO CLIENTE

- Retirar os equipamentos dos locais designados apenas para execução da manutenção preventiva, manutenção corretiva, calibração e segurança elétrica.
- Utilizar rodízios e alças disponíveis no equipamento para deslocamento;
- Retirar após desinfecção dos equipamentos conforme NR32;
- Disponibilizar os critérios de uso seguro para o cliente e utilizá-los sempre que for manusear;
- Utilizar elevadores sempre que possível;
- Devolver contendo os acessórios conforme disponibilizado;
- Disponibilizar equipamentos apenas em pleno funcionamento;
- Entregar equipamento limpo;
- Colocar na ordem de serviço quando enviado para manutenção externa;
- Fazer aceitação conforme PRS FST OPE 009 – Aceitação equipamento, no retorno da manutenção externa;

6.7 COLOCAÇÃO ETIQUETA (MANUTENÇÃO PREVENTIVA E CALIBRAÇÃO)

A etiqueta de manutenção preventiva e calibração só devem ser colocados conforme acordado com a unidade, conforme anexo 01- Autorização utilização etiqueta de manutenção.

- Preencher a etiqueta com as iniciais do técnico responsável, a data da realização e a data com a próxima Preventiva (considerar o último dia do mês).
- Fixar etiqueta na lateral direita centralizada ou na frente do equipamento, não colocar atrás pois dificulta a visualização dos usuários ou colocar conforme a política de cada Instituição.

7. PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

- Não realização do cadastro e informações necessária para rastreabilidade

8. NORMAS E REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR ISO 10012: Sistemas de gestão de medição - Requisitos para os processos de medição e equipamentos de medição. ABNT, 2004.

Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR ISO/IEC 17025: Requisitos gerais para a competência de laboratórios de ensaio e calibração. ABNT, 2005.

Vocabulário Internacional de Metrologia: Conceitos fundamentais e gerais e termos associados (VIM 2012). Duque de Caxias, RJ: INMETRO, 2012.

Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR IEC 60601-1-1: Esta Norma se aplica a segurança de sistemas eletromédicos. Descreve as prescrições de segurança relativas aos sistemas eletromédicos no intuito de possibilitar a proteção do paciente, do operador e do ambiente. ABNT, 2004.

9. ANEXOS

Anexo 01 - Autorização etiqueta de manutenção.

10. REGISTROS

Nome do registro	Local de arquivamento	Responsável pelo arquivamento	Tempo de retenção	Descrição
Formulário Autorização de uso de etiqueta de manutenção	Pasta localizada no armário do setor da Engenharia Clínica	Assistente e Auxiliar Administrativo e/ou Auxiliar Técnico	02 anos físico	Picote

11. HISTÓRICO DAS ALTERAÇÕES

REVISÃO	Nº ITEM	NATUREZA DAS ALTERAÇÕES
00	Todos	Criação do Documento
01	05, 06 e 09	Troca de função, Melhoria de processo e Inclusão de formulário
02	06	Melhoria de processo

NOTAS
Este procedimento é dinâmico e está sujeito a alterações. Para seu aprimoramento, comentários e sugestões, as críticas devem ser encaminhadas para o SGQ.
As cópias deste documento são controladas pelo SGQ e cabe ao mesmo atualizar e emitir novas versões, sempre que houver uma atualização.

POP ENG 004 - MANUTENÇÃO PREVENTIVA

1. OBJETIVO

Apresentar o processo de manutenção preventiva, que é a manutenção efetuada em intervalos pré- determinados, ou de acordo com critérios prescritos, destinada a reduzir a probabilidade de falha ou a degradação do funcionamento de um equipamento, mantendo o uso seguro do mesmo no paciente e usuário, conforme padrão do fabricante.

São executadas e gerenciadas manutenções preventivas de:

PARQUE TECNOLÓGICO	TERCEIROS	PARCEIROS	MÉDICOS
Equipamentos da unidade - Bens Patrimoniais (Próprio e/u Doado)	Comodatos	São empresas que trabalham dentro da unidade e possuem equipamento médico assistencial	São equipamentos médico assistencial de médicos prestadores de serviço nas unidades
	Locados		
	estação de Serviço Avulso		
	restação de Serviço Contrato		
	Emprestado		
Gerencia por: Software de Gestão Integrado	Gerencia por: Software de Gestão Integrado	Gerenciado por: Planilha no One Drive	Gerencia por: Software de Gestão Integrado

2. ABRANGÊNCIA

Este procedimento deverá ser aplicado em todos os clientes da Fisio-tec conforme descrição contratual.

3. CONCEITOS E SIGLAS

SIG:Sistema Informatizado de Gestão

OS:Ordem de Serviço

SS: Solicitação de Serviço

EC: Engenharia Clínica

In loco: No próprio local

One Drive: serviço de armazenamento em nuvem da Microsoft utilizado pela Fisio-Tec

4. MATERIAIS

Equipamentos de teste (Ex: multímetro, osciloscópio, entre outros);

Ferramentas diversas (Ex: chave *phillips*, chave fendas, chave *allen* , alicates, entre outros); Limpa contato;

Desengripante Álcool;

SIG;

Sabão neutro;

Pano de compressa.

5. RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO E GERENCIAMENTO

CARGOS ENVOLVIDOS	SETOR ENVOLVIDO
Diretor	Direção
Gerência	Todos os setores
Supervisão	Operação
Técnico	Operação
Auxiliar Técnico	Operação
Estagiário Técnico	Operação
Auxiliar Administrativo	Operação
Estagiário Administrativo	Operação
Clientes	Todos os clientes

6. DESCRIÇÃO DOS PASSOS DA ATIVIDADE

As preventivas são geradas pelo SIG sendo disponibilizadas para todos os envolvidos, sejam

eles colaboradores da Fisio-tec e/ou clientes.

Em caso onde o equipamento está em processo de manutenção corretiva, a manutenção preventiva deverá ser realizada imediatamente após o término do reparo.

O equipamento conectado em paciente com alta complexidade onde há riscos na substituição só deverá ser disponibilizado na troca de paciente.

O plano de manutenção preventiva possui as seguintes tolerâncias:

- >31 dias = 30 dias de tolerância
- < 31 dias = 5 dias de tolerância

Obs: As ordens de serviços de manutenção preventiva são geradas até o 2º dia útil do mês.

O período para realização das preventivas podem ter tolerância superior a 30 dias desde que alinhado com o cliente.

- O Cronograma de Manutenção Preventiva encontra-se disponível no SIG, para acesso de todos os usuários. Exemplo:

2019 TODAS AS CATEGORIAS TIPO DE PATRIMÔNIO LOCALIZAÇÃO

CRONOGRAMA DE PLANOS 2019
"Previsão futura" para planos!
 Total de itens: 798
 Impresso: 24/09/2019 09:47

■ Próxima execução ■ Previsão futura

PATRIMÔNIO	TAG	Nº Série	Nº Patrimônio	Dias	JAN 2019	FEV 2019	MAR 2019	ABR 2019	MAI 2019	JUN 2019	JUL 2019	AGO 2019	SET 2019	OUT 2019	NOV 2019	DEZ 2019	JAN 2020	FEV 2020	MAR 2020	ABR 2020	M 20
ANALISADOR AUTOMÁTICO DE BIOQUÍMICA LABMAX 240 PREMIUM <small>1ª MANUTENÇÃO PREVENTIVA ANALISADOR DE BIOQUÍMICA - SEMESTRAL Executado: 28/08/2019</small>		2606200911		183												1ª 07/12					
ANALISADOR AUTOMÁTICO DE BIOQUÍMICA ROCHE COBAS MIRA PLUS <small>1ª MANUTENÇÃO PREVENTIVA ANALISADOR DE BIOQUÍMICA - BIMESTRAL Executado: 20/08/2019</small>	01-11-059	348454		62										1ª 21/10		1ª 22/12		1ª 22/02		1ª 24/04	
ANALISADOR DE ELETROLITOS AVL 9180 <small>1ª MANUTENÇÃO PREVENTIVA ANALISADOR DE ELETROLITOS - BIMESTRAL Executado: 30/08/2019</small>	01-11-061	U184145		62										1ª 13/10		1ª 14/12		1ª 14/02		1ª 16/04	
ANGIOGRAFO GE GE INNOVA 3100 <small>1ª MANUTENÇÃO PREVENTIVA ANGIOGRAFIA - SEMESTRAL Executado: 30/04/2019</small>	01-10-021	ID:2703876		183										1ª 02/10							1ª 02/04
APARELHO DE LASER ALCON LENS X <small>1ª MANUTENÇÃO PREVENTIVA LASER - ANUAL Executado: 26/02/2019</small>	01-04-036	0414-A728		365												1ª 01/11					
ASPIRADOR CIRURGICO SD STANDARD <small>1ª MANUTENÇÃO PREVENTIVA ASPIRADOR CIRURGICO - ANUAL</small>	01-27-008	46403		365												1ª 01/12					

6.1 EQUIPAMENTOS DA UNIDADE

CABE À DIREÇÃO/ GERÊNCIA / SUPERVISÃO DA FISIO-TEC:

- Criar Anexo 01 - Sugestão de Plano de Manutenção Preventiva, levando em consideração a família de tecnologias, a logística da estrutura necessária para a realização do serviço, a proporcionalidade de equipamentos e a periodicidade recomendada pelo fabricante/ legislação.
- Validar O Anexo 01 - Sugestão de Plano de Manutenção Preventiva junto ao Gerente de Enfermagem e/ou responsável pelo contrato e/ou demais responsáveis.
- Tomar ação caso seja identificado que os prazos/ tolerâncias não estão cumpridos.

CABE AO AUXILIAR ADMINISTRATIVO e/ou SUPERVISOR TÉCNICO DA FISIO-TEC:

- Avaliar a existência de um cronograma de manutenções preventivas na unidade, caso não possua ou possua com deficiência, solicitar a direção/ coordenação/ gerência Anexo 01 - Sugestão de Plano de Manutenção Preventiva validada pelo (a) Gerente de Enfermagem e/ou responsável pelo contrato.
- Lançar no SIG em cada equipamento o cronograma de manutenção preventiva conforme Anexo 01- Sugestão de Plano de Manutenção Preventiva aprovado.

Obs.: Uma vez implantado, não será permitida alteração sem autorização da direção/ gerência.

- Caso o cronograma de manutenção preventiva esteja de acordo, acompanhar e conferir as evidências de realização da manutenção diariamente no SIG.
- Alertar aos técnicos / terceiros/ parceiros/ Médicos sobre as datas e prazos de tolerâncias. Caso seja identificado que os prazos não estão sendo cumpridos, comunicar formalmente com antecedência a direção/ engenharia.
- No 2º dia útil de cada mês, verificar as ordens de serviços geradas pelo SIG junto aos técnicos da Físio-tec.
- Checar quem irá realizar cada manutenção preventiva e solicitar evidências no decorrer do mês para os responsáveis, que são: técnicos da Físio-tec, terceiros, parceiros ou Médicos.
- Em caso de clientes da Físio-tec que não possuem equipe alocada na unidade, formalizar contato via e-mail informando a data prevista da visita na unidade e aguardar liberação do cliente.
- Gerar não conformidade/ notificação nos seguintes casos: se a unidade (cliente) não disponibilizar o equipamento sem uma justificativa plausível; se houver resistência para disponibilizar do equipamento; se a unidade (cliente) não souber onde está o equipamento (equipamento não encontrado).

- Após não conformidade/ notificação do equipamento não encontrado, se ainda continuar desaparecido, comunicar formalmente a situação ao Gerente de Enfermagem/ Responsável pelo contrato/ Direção da unidade para que seja tomada uma ação efetiva.
- Se o equipamento estiver conectado em paciente grave, comunicar formalmente ao Responsável pelo setor/ Gerente de Enfermagem/ Responsável pelo contrato que o mesmo precisa de manutenção urgente, pois pode oferecer risco ao paciente pelo fato de estar com a manutenção pra vencer.
- Realizar compra do material necessário para execução da manutenção preventiva de forma antecipada e registrar na planilha controle de compras da unidade (cliente) conforme POP FST OPE 014 – Aquisição ou conforme acordo com

CABE AO TÉCNICO/ AUXILIAR TÉCNICO DA FISIO-TEC:

- No 2º dia útil de cada mês, verificar junto ao auxiliar administrativo e/ou supervisor técnico da Fisio-tec quais serão os responsáveis pela execução das manutenções preventivas planejadas, podendo ser de responsabilidade dos próprios técnicos da Fisio-tec, terceiros, parceiros ou Médicos.
- Realizar a busca ativa dos equipamentos na unidade (cliente) e priorizar a execução da manutenção nos equipamentos de menor tolerância. Em caso de clientes que não possuem equipe alocada na unidade, alinhar junto ao auxiliar administrativo e/ou supervisor técnico a confirmação da data de visita para execução das manutenções preventivas.
- Realizar a movimentação interna do equipamento para o setor de EC tomando os devidos cuidados conforme POP FST OPE 003 – Identificação e Rastreabilidade. **RECOLHER SOMENTE SE O EQUIPAMENTO ESTIVER PASSADO PELO PROCESSO DE DESINFECÇÃO E/OU DESCONECTADO DO PACIENTE, CASO CONTRÁRIO, INFORMAR AO COORDENADOR/ RESPONSÁVEL DO SETOR QUE O MESMO SÓ SERÁ RETIRADO PARA MANUTENÇÃO APÓS PROCESSO DE DESINFECÇÃO, DESCRIVER NA SS:**

“Em virtude do item não estar descontaminado e/ou desconectado do paciente, o mesmo não sofrerá intervenção. O setor de Engenharia Clínica irá aguardar a execução das atividades citadas para retornar ao setor. Responsável do setor comunicado”.

- Se o equipamento estiver conectado em paciente grave, comunicar formalmente ao Gerente de Enfermagem/ Responsável pelo setor que o mesmo precisa de manutenção urgente, pois pode oferecer risco ao paciente pelo fato de estar com a manutenção pra vencer.

- Em posse do equipamento, separar as ferramentas necessárias para a realização da manutenção preventiva.
- Realizar a manutenção preventiva de acordo com o Checklist disponível na ordem de serviço do SIG.

Obs: Verificar se no plano de preventiva contempla a análise segurança elétrica e calibração, e realizar conforme POP FST OPE 006 – Análise de Segurança Elétrica e POP FST OPE 005 – Calibração de equipamentos médico-hospitalares.

ATENÇÃO: Se um dos itens do check'lists da manutenção preventiva não for atendido, deverá ser reprovado e o sistema abrirá automaticamente uma SS inconformidade do Check-List, então se o item não trazer nenhum impacto para o funcionamento com segurança, a SS de Manutenção Preventiva será concluída. Porém, se este item do check-List reprovado impactar na funcionalidade e segurança do equipamento, então a SS de Manutenção Preventiva deverá ficar aberta até a finalização da manutenção corretiva (item do checklist reprovado) (e). Após finalização da corretiva, a preventiva deverá ser realizada/finalizada e o equipamento será liberado para uso.

Exemplos de itens que permitem a liberação do equipamento: Acessórios, rodízio travado, lâmpada queimada em foco que possui mais de uma cúpula.

Exemplos de itens que NÃO permitem a liberação do equipamento: Falha/Erro na Análise de Segurança Elétrica, Falha/Erro na Calibração ou Falha/Erro em itens que possam impactar a segurança do paciente.

- Fechar a OS no SIG, logo após execução da manutenção.
- Devolver o equipamento ao setor de destino.
- Caso seja solicitado/ autorizado pela instituição, preencher e anexar etiqueta conforme Anexo 02 – Etiqueta de Preventiva / Calibração, com as iniciais do técnico responsável, a data da realização e a data com a próxima Preventiva (considerar o último dia do mês). Fixar etiqueta de Manutenção na lateral direita centralizada conforme PRS FST OPE 003 – Identificação e Rastreabilidade (**OU** de acordo com a política de cada Instituição).

OBS.: Em unidade (clientes) que possuem ordem de serviço própria ou que exige ordem de serviço física, preencher a ordem de serviço, coletar assinatura do setor (para comprovação da execução), escanear e anexar na ordem de serviço do SIG.

CABE AO RESPONSÁVEL PELO SETOR/ CLIENTE:

- Acompanhar diariamente o cronograma de manutenção preventiva / calibração via SIG.
- Disponibilizar os equipamentos para manutenção preventiva / calibração conforme cronograma ou de forma antecipada quando acordado com o setor de Engenharia Clínica; Disponibilizar o equipamento apenas se o mesmo estiver passado pelo processo de desinfecção conforme NR 32 e desconectado do paciente.
- Testar o equipamento na devolução (após manutenção).
- Validar/ Aceitar a manutenção através da ordem de serviço no SIG. (Apenas em clientes que possuem acesso)
- Verificar se os equipamentos possuem etiqueta de manutenção preventiva/ calibração caso seja exigência da unidade. Se estiver sem etiqueta, acionar a Engenharia Clínica para que verifique a última manutenção realizada (se acordado).
- Autorizar a data da visita (clientes que não possuem equipe locada na unidade).

CABE AO GERENTE DE ENFERMAGEM/ RESPONSÁVEL PELO CONTRATO/ DIREÇÃO DO CLIENTE:

- Validar Anexo 01 - Sugestão de Plano de Manutenção Preventiva junto a direção/ coordenação/ engenharia da Fisio-Tec
- Tomar ação junto a Fisio-Tec caso o equipamento não seja encontrado.
- Orientar aos responsáveis setoriais quanto a importância da manutenção preventiva.

6.2 EQUIPAMENTOS TERCEIROS

CABE AO AUXILIAR ADMINISTRATIVO E/OU SUPERVISOR TÉCNICO DA FISIO-TEC:

- Realizar cadastro do equipamento no SIG assim que o equipamento chegar na unidade e abrir ordem de serviço para aceitação do equipamento conforme POP FST OPE 009 – Aceitação de equipamentos, após anexar documentação na SS de Aceitação e criar o cronograma de manutenção preventiva.
- Solicitar junto ao terceiro as documentações mais recentes do equipamento (Evidência da última preventiva, certificados de Calibração, Segurança Elétrica, etc.)
- Cadastrar cronograma de manutenção preventiva levando em consideração as últimas evidências, se possível inserir dentro da família conforme Anexo 01 - Sugestão de Plano de Manutenção Preventiva.
- Agendar com o terceiro e com o responsável do setor o dia da visita para realização da manutenção preventiva.
- Acompanhar se o técnico anexou as evidências enviadas pelo terceiro na ordem de serviço gerada pela SIG. Checar se foi validado pela Fisio-Tec e cliente, caso não tenha

sido solicitar a coordenação/ gerência da Fisio- Tec para que exclua as evidências. Solicitar ao técnico para que seja inserido apenas as evidências validadas.

CABE AO TÉCNICO DA FISIO-TEC:

- Realizar aceitação do equipamento conforme POP FST OPE 009 – Aceitação de equipamentos para que o auxiliar administrativo cadastre o plano de manutenção preventiva.

- Acompanhar o terceiro para realização da manutenção preventiva in-loco, caso seja necessário realizar a movimentação interna do equipamento para o setor de EC tomando os devidos cuidados conforme POP FST OPE 003 – Identificação e Rastreabilidade, **RECOLHER SOMENTE SE O EQUIPAMENTO ESTIVER PASSADO PELO PROCESSO DE DESINFECÇÃO E/OU DESCONECTADO DO PACIENTE, CASO CONTRÁRIO, INFORMAR AO COORDENADOR/ RESPONSÁVEL DO SETOR QUE O MESMO APÓS PROCESSO DE DESINFECÇÃO, DESCREVER NA SS:**

“Em virtude de o item não estar descontaminado e/ou desconectado do paciente, o mesmo não sofrerá intervenção. O setor de Engenharia Clínica irá aguardar a execução das atividades citadas para retornar ao setor. Chefia do setor comunicado”.

- Se o equipamento estiver conectado em paciente grave, comunicar formalmente ao Gerente de Enfermagem/ Responsável pelo contrato que o mesmo precisa de manutenção urgente, pois pode oferecer risco ao paciente pelo fato de estar com a manutenção vencendo.

- Testar se o equipamento está em perfeita condição e uso.

- Fechar a OS no SIG, logo após execução da manutenção.

- Validar e arquivar no SIGa evidência da manutenção preventiva do equipamento executada pelo terceiro.

- Devolver o equipamento ao setor de destino.

- Caso seja solicitado/ autorizado pela instituição, preencher e anexar etiqueta conforme Anexo 02 – Etiqueta de Preventiva / Calibração, com as iniciais do técnico responsável, a data da realização e a data com a próxima Preventiva (considerar o último dia do mês). Fixar etiqueta de Manutenção na lateral direita centralizada conforme POP FST OPE 003 – Identificação e Rastreabilidade (**OU** de acordo com a política de cada Instituição).

OBS.: Em unidade (clientes) que possuem ordem de serviço própria ou que exige ordem de serviço física, anexar a ordem de serviço do terceiro, preencher a ordem de serviço da unidade (cliente), coletar assinatura do setor (para comprovação da execução), escanear e anexar na ordem de serviço do SIG.

CABE AO RESPONSÁVEL PELO SETOR/ CLIENTE:

- Acompanhar diariamente o cronograma de manutenção preventiva / calibração via SIG.
- Alinhar junto ao auxiliar administrativo da Fisio-Tec a melhor data para visita do terceiro.
- Disponibilizar os equipamentos para manutenção preventiva / calibração conforme cronograma ou de forma antecipada quando acordado com o setor de Engenharia Clínica; Disponibilizar o equipamento apenas se o mesmo estiver passado pelo processo de desinfecção conforme NR32 e desconectado do paciente.
- Testar o equipamento na devolução (após manutenção).
- Validar/ Aceitar a manutenção através da ordem de serviço no SIG. (Apenas em clientes que possuem acesso)
- Verificar se os equipamentos possuem etiqueta de manutenção preventiva/ calibração caso seja exigência da unidade. Se estiver sem etiqueta, acionar a Engenharia Clínica para que verifique a última manutenção realizada.
- Realizar aceitação do serviço via SIG.

6.3 EQUIPAMENTOS DE PARCEIROS E MÉDICOS

CABE AO AUXILIAR ADMINISTRATIVO e/ou SUPERVISOR TÉCNICO DA FISIO-TEC:

- Solicitar (anualmente ou assim que entrarem na unidade) aos parceiros presentes dentro da unidade (cliente) o cronograma de manutenção preventiva/ calibração/ segurança elétrica todos os equipamentos fixos e rotativos disponíveis na unidade.
- Lançar o cronograma no Anexo 03 - Controle Equipamentos de Médicos e Parceiros disponível no ONE DRIVE.
- Recolher mensalmente as evidências das manutenções preventivas / calibrações / segurança elétrica dos parceiros dentro da unidade de saúde conforme cronograma de manutenção preventiva/ calibração disponibilizado pelo mesmo. Caso haja recusa na disponibilização das evidências, aplicar não conformidade/ Notificação e se ainda persistir, comunicar formalmente a situação ao Gerente de Enfermagem/ Responsável pelo contrato/ Direção da unidade para que seja tomada uma ação efetiva.
- Arquivar a SS dos parceiros e médicos no OneDrive e/ou em pasta física identificada e

realizar controle através da planilha disponível no OneDrive.

CABE AO TÉCNICO/ GERENCIA/ SUPERVISOR DA ENGENHARIA DA FISIO-TEC:

- Analisar se a ordem de serviço/ laudo de calibração/ laudo segurança elétrica se possui todas as informações necessárias que garantem a preventiva do equipamento. Exemplo: checklist do que foi realizado, data, hora, dados dos equipamentos, padrão utilizado, pontos calibrados e validação dos parâmetros.

6.4 EQUIPAMENTOS PASSIVEIS DE MANUTENÇÃO PREVENTIVA EXTERNA

CABE AO AUXILIAR ADMINISTRATIVO/ SUPERVISOR DA FISIO-TEC:

- Solicitar o orçamento e apresentar para direção/ responsável pelo contrato e seguir processo de compras da unidade (cliente). Em contratos que a Fisio-tec é a responsável financeira por estes custos, seguir o POP FST OPE 014 – Aquisição.
- Fazer contato com o fornecedor e informar se o equipamento será enviado ou se optou pela visita. Caso seja autorizado o envio para o fornecedor, solicitar junto ao setor fiscal/ contábil da unidade (cliente) a emissão da Nota fiscal para o transporte. Caso seja visita, agendar junto ao setor de destino do equipamento uma melhor data.
- Checar com a direção/ responsável pelo contrato qual vai ser o meio de transporte para envio do equipamento (transportadora / correio). Em contratos que a Fisio-tec é a responsável financeira por esses custos, checar com a direção da Fisio-tec.
- Entrar em contato com a transportadora e agendar a coleta. Caso seja pelo correio, verificar o meio de transporte até ao correio.
- Acompanhar se o técnico anexou as evidências enviadas pelo fornecedor na ordem de serviço gerada pela SIG. Checar se foi validada pela Fisio-Tec e cliente, caso não tenha sido solicitar a coordenação/ engenharia da Fisio-Tec para que exclua as evidências. Solicitar ao técnico para que seja inserido apenas as evidências validadas.
- No retorno do equipamento, proceder conforme POP FST OPE 008 – Movimentação de Equipamentos e POPFST OPE 009 – Aceitação de Equipamentos.
- Caso seja autorizado a visita do fabricante/assistente, agendar junto ao setor de destino do equipamento uma melhor data.
- Arquivar a SS de terceiros através de uma ordem de serviço do SIG. Todas as informações deverão estar no SIG.

CABE AO TÉCNICO/ AUXILIAR TÉCNICO DA FISIO-TEC:

- Embalar o equipamento para que seja transportado em segurança. (caso seja enviado para fornecedor/assistente técnico)
- Registrar o motivo do envio para manutenção externa na SS ou visita do fornecedor.
- Acompanhar junto ao auxiliar administrativo o processo para execução do serviço.
- Acompanhar o fornecedor na visita realizada e solicitar SS do que foi realizado.
- Testar se o equipamento está em perfeita condição e uso.
- Fechar a OS no SIG, logo após execução da manutenção.
- Validar e arquivar no SIG a evidência da manutenção preventiva do equipamento executada pelo terceiro.

OBS: Colocar todas as informações na SS do SIG.

7. PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

- Não realização de manutenção preventiva após finalização de manutenção corretiva;
- Falta de material para execução da manutenção preventiva por falha na aquisição prévia de material;
- Não realização da manutenção preventiva do equipamento;
- Não acompanhar o plano de manutenção preventiva dos parceiros do cliente;
- Não notificar os parceiros do cliente quando houver não conformidades quanto ao envio do plano de manutenção preventiva e/ou evidências do serviço.

8. NORMAS E REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

NR32 - Segurança e Saúde no Trabalho em
Serviço de Saúde Manual de Tecnovigilância

ABNT NBR 15943 - Diretrizes para um programa de gerenciamento de equipamentos de infraestrutura de serviços de saúde e de equipamentos para a saúde.

ABNT NBR ISO/ IEC 60601:2012 - Requisitos gerais para equipamentos eletromédicos.

RESOLUÇÃO Nº 2:2010 - Dispõe sobre o gerenciamento de tecnologias em saúde em estabelecimento de saúde.

Boas práticas para aquisição de equipamentos Médicos- hospitalares - ANVISA

Equipamentos médico-hospitalares e o gerenciamento da manutenção - Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2002. Guia para elaboração do Plano de Gestão de equipamentos -

Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2012.

Manual para Regularização de Equipamentos Médicos na ANVISA, 2017

9. ANEXOS

Anexo 01 - Sugestão de Plano de Manutenção Preventiva
Anexo 02 - Etiqueta de Preventiva / Calibração

Anexo 03 - Controle Equipamentos de Médicos e Parceiros disponível no ONE DRIVE.

10. REGISTROS

Nome do registro	Local de arquivamento	Responsável pelo arquivamento	Tempo de retenção	Descarte
Sugestão de Plano de Manutenção Preventiva	Pasta localizada no armário do setor Engenharia Clínica e na pasta da respectiva Unidade (OneDrive)	Assistente e Auxiliar Administrativo e/ou Auxiliar Técnico	02 anos físico	Picote
Etiqueta de Preventiva / Calibração	Pasta localizada no armário do setor Engenharia Clínica e na pasta da respectiva Unidade (OneDrive)	Assistente e Auxiliar Administrativo e/ou Auxiliar Técnico	02 anos físico	Picote
Controle Equipamentos de Médicos e Parceiros	One drive	Assistente e Auxiliar Administrativo	Indeterminado	

11. HISTÓRICO DAS ALTERAÇÕES

REVISÃO	Nº ITEM	NATUREZA DAS ALTERAÇÕES
00	Todos	Criação do Documento
01	05	Troca de função
01	06	Melhoria de processo

NOTAS

Este procedimento é dinâmico e está sujeito a alterações. Para seu aprimoramento, comentários e sugestões, as críticas devem ser encaminhadas para o SGQ.

As cópias deste documento são controladas pelo SGQ e cabe ao mesmo atualizar e emitir novas versões, sempre que houver uma atualização.

POP ENG CL 005 - CALIBRAÇÃO DE EQUIPAMENTO MÉDICO-HOSPITALAR

1. OBJETIVO

Estabelecer sob condições especificadas a relação entre valores indicados por um instrumento de medição e os valores correspondentes aos padrões utilizados (rastreadáveis).

2. ABRANGÊNCIA

Este procedimento deverá ser aplicado em todos os clientes da Físio-tec conforme descrição contratual.

3. CONCEITOS E SIGLAS

SIG: Sistema Informatizado de Gestão

OS: Ordem de

Serviço **SS:**

Solicitação de

Serviço **EC:**

Engenharia

Clínica

In loco: No próprio local

One Drive: serviço de armazenamento em nuvem da Microsoft utilizado pela Físio-Tec

4. MATERIAIS

Padrão específico para calibração conforme cada equipamento; SIG;

Software

Certificados;

Formulário do processo.

5. RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO E GERENCIAMENTO

CARGOS ENVOLVIDOS	SETOR ENVOLVIDO
Diretor	Direção
Gerência	Todos os setores
Supervisão	Operação
Técnico	Operação
Auxiliar Técnico	Operação
Estagiário Técnico	Operação
Auxiliar Administrativo	Operação
Estagiário Administrativo	Operação
Clientes	Todos os clientes

6. DESCRIÇÃO DOS PASSOS DA ATIVIDADE

A calibração é um serviço realizado no equipamento conforme parâmetro utilizado. Pode ser executada junto com a manutenção preventiva, aceitação, verificação funcional ou apenas calibração.

A calibração é um item do check list da manutenção preventiva, onde deve ser realizada conforme cronogramada manutenção preventiva POP FST OPE 004.

6.1 EQUIPAMENTOS DA UNIDADE

JUNTO COM A MANUTENÇÃO PREVENTIVA

Quando a calibração é executada junto com a manutenção preventiva, ela passa a ser um item do check list da manutenção preventiva.

Recolher o equipamento para realização da calibração conforme cronograma de manutenção preventiva disponível do SIG (ou antecipadamente).

OBS.: Recolher somente se o equipamento estiver passado pelo processo de desinfecção (caso contrário, informar superior imediato do setor);

CABE À DIREÇÃO/ GERÊNCIA/ ENGENHARIA / SUPERVISÃO DA FISIO-TEC:

- Orientar a equipe conforme Sugestão de plano de Manutenção Preventiva validada junto a unidade, PRS FSTOPE 004.

CABE AO AUXILIAR ADMINISTRATIVO

- Fornecer formulário de calibração para os técnicos (quando aplicável) - Anexo 01 - Formulário de Calibração;
- Receber do técnico formulário devidamente preenchido (Receber apenas se estiver completamente preenchido pelo técnico);
- Gerar certificado de calibração conforme POP FST OPE 018 – Emissão de Certificado de Calibração;
- Disponibilizar o certificado no SIG dentro da ordem de serviço de manutenção preventiva na aba documentos.
- Conferir na virada do mês se a ordem de serviço que contém o certificado foi aprovada/validada pelo responsável da unidade / setor / gerente de enfermagem, caso não tenha sido, enviar e-mail/comunicado informando as SS's que deverão ser aprovadas/validadas.

Obs: Em caso de clientes da Fisio-tec que não possuem equipe alocada na unidade, formalizar contato via e- mail informando a data prevista da visita na unidade e aguardar liberação do cliente.

- Gerar não conformidade/ notificação nos seguintes casos: se a unidade (cliente) não disponibilizar o equipamento sem uma justificativa plausível; se houver resistência para disponibilizar do equipamento; se a unidade (cliente) não souber onde está o equipamento (equipamento não encontrado).

Após não conformidade/ notificação do equipamento não encontrado, se ainda continua desaparecido, comunicar formalmente a situação ao Gerente de Enfermagem/ Responsável pelo contrato/ Direção da unidade para que seja tomada uma ação efetiva.

- Se o equipamento estiver conectado em paciente grave, comunicar formalmente ao Responsável pelo setor/ Gerente de Enfermagem/ Responsável pelo contrato que o mesmo precisa de manutenção urgente, pois pode oferecer risco ao paciente pelo fato de estar com a manutenção vencendo. Registrar na ordem de serviço o nome da

peessoa que foi comunicada.

- Após 10 dias do comunicado gerar RNC para unidade/setor que não aprovou/validou ordem de serviço de manutenção preventiva que contém o certificado;
- No caso de clientes que não possuem acesso ao sistema de gestão, imprimir e/ou enviar por email o certificado.
- Clientes avulsos, imprimir e entregar o certificado para o cliente. A validação fica a critério do cliente.
- Acompanhar cronograma dos analisadores/simuladores (padrões) da Fisio-tec disponível conforme cronograma..

ATENÇÃO: O PROCESSO DE VALIDAÇÃO DE EQUIPAMENTOS FAZ PARTE DO PLANO DE CALIBRAÇÃO. EX: CAPELA FLUXO LAMINAR, AUTOCLAVES ETC.

CABE AO TÉCNICO/ AUXILIAR TÉCNICO DA FISIO-TEC:

- Antes de iniciar o processo de calibração o técnico deverá testar o analisador/ simulador e analisar se os valores estão dentro das faixas pré-determinadas na Tabela de adequação de uso seguro, caso haja alguma inconformidade, o técnico imediatamente deverá testar o Padrão (instrumento utilizado) em outro equipamento do mesmo tipo, para certificar-se se a alteração está no Padrão ou no equipamento a ser analisado. Caso seja apontado que o Padrão necessite de ajuste, imediatamente o mesmo deve ser retirado de uso e enviado para laboratório certificado na grandeza (certificados rastreáveis à Rede Brasileira de Calibração) conforme autorização da direção da Fisio-Tec, para ajuste e calibração. Após substituição do Padrão, repetir o procedimento de calibração; caso seja apontado que o equipamento a ser analisado apresente alteração, o mesmo é encaminhado imediatamente para manutenção corretiva (no caso em que o equipamento esteja em garantia, acionar a assistência técnica do fabricante), após correção, repetir o procedimento de calibração, um novo registro no formulário deverá ser realizado.
- Verificar se as condições atmosféricas estão dentro das faixas recomendadas para realizar a calibração dos equipamentos, caso não estejam, encaminhar o equipamento para um local apropriado para execução da calibração.

Considerar os padrões:

Instrumentos da Área de Eletricidade, Temperatura e Umidade:

a) Temperatura

Recomenda-se que a temperatura ambiente não exceda os limites entre 18°C e 28°C (limites estabelecidos de acordo com a ISO 554-1976). Em qualquer situação, a temperatura ambiente não deve exceder os limites especificados pelos fabricantes dos instrumentos de medição.

b) Umidade relativa

Recomenda-se que a umidade do laboratório permaneça entre os limites 45 %ur e 70 %ur (limites estabelecidos de acordo com a ISO 554-1976). Em qualquer situação, a umidade relativa não deve exceder os limites especificados pelos fabricantes dos instrumentos de medição.

c) Alimentação elétrica

O suprimento elétrico deve atender às especificações dos instrumentos de medição. Recomenda-se que o laboratório/ local da calibração possua malha de aterramento para os equipamentos.

Instrumentos da Área de Pressão e Massa

1) Calibração nas instalações permanentes

Convém que as mesmas sejam realizadas a uma temperatura de (20 ± 2) °C e umidade relativa do ar de (50 ± 20) % e "isentas" de vibrações. Recomenda-se ao laboratório que, em função de serviço específico, necessitar de uma variação menor que 2°C.

2) Calibração nas instalações do cliente.

No caso de calibração em campo, a variação da temperatura ambiente entre o início e o término da calibração, convém não exceder 4°C.

- Realizar a busca ativa dos equipamentos na unidade (cliente) e priorizar a execução da manutenção nos equipamentos de menor tolerância (tempo). Em caso de clientes que não possuem equipe alocada na unidade, alinhar junto ao auxiliar administrativo e/ou supervisor técnico a confirmação da data de visita para execução das manutenções preventivas.

- Realizar a movimentação interna do equipamento para o setor de EC tomando os devidos cuidados conforme POP FST OPE 003 – Identificação e rastreabilidade. **RECOLHER SOMENTE SE O EQUIPAMENTO ESTIVER PASSADO PELO PROCESSO DE DESINFECÇÃO E/OU DESCONECTADO DO PACIENTE, CASO CONTRÁRIO, INFORMAR AO COORDENADOR/ RESPONSÁVEL DO SETOR QUE O MESMO APÓS PROCESSO DE DESINFECÇÃO, DESCREVER NA SS:**

“Em virtude de o item não estar descontaminado e/ou desconectado do paciente, o mesmo não sofrerá intervenção. O setor de Engenharia Clínica irá aguardar a execução das atividades citadas para retornar ao setor. Chefia do setor comunicado”.

- Se o equipamento estiver conectado em paciente grave, comunicar formalmente ao Gerente de Enfermagem/ Responsável pelo contrato que o mesmo precisa de manutenção urgente, pois pode oferecer risco ao paciente pelo fato de estar com a manutenção vencendo.
- Em posse do equipamento, separar os analisadores/ simuladores necessários para a realização da calibração.
- Ligar o analisador/ simulador na rede elétrica (conforme voltagem descrita nos mesmos).
- Conectar o analisador/ simulador ao equipamento.
- Realizar as verificações em 3 pontos (para cada ponto realizar três medidas ou mais se necessário)
- Anotar no formulário de calibração os resultados encontrados. Caso haja erro na escrita o mesmo deve ser riscado e descrito corretamente e assinado ao lado, mas atenção, nunca apagado ou rasurado;
- Realizar a calibração de todos os parâmetros e pontos conforme “Tabela de Adequação de uso seguro” de cada cliente, nos clientes que não possuem tabela, solicitar que ele defina os 03 pontos;
- Preencher todos os campos do formulário de calibração, inclusive com os dados do analisador que está sendo utilizado.
- Entregar para o ADM gerar o certificado das calibrações.
- Analisar se o certificado emitido está dentro dos critérios de tolerância conforme “Tabela de Adequação para uso seguro”, caso não esteja, encaminhar o equipamento para manutenção corretiva conforme POP FST OPE 007 – Manutenção Corretiva, caso esteja dentro da tolerância definida, anexar o certificado na SS no SIG.
- Devolver o equipamento ao setor de destino.
- Fechar a SS no SIG, logo após execução da calibração.
- Caso seja solicitado/ autorizado pela instituição, preencher e anexar etiqueta conforme Anexo 02 – Etiqueta de Preventiva / Calibração, com as iniciais do técnico responsável, a data da realização e a data com a próxima Preventiva (considerar o último dia do mês). Fixar etiqueta de Manutenção na lateral direita centralizada conforme POP FST OPE 003 – Identificação e Rastreabilidade (**OU** de acordo com a política de cada Instituição).

CABE AO RESPONSÁVEL PELO SETOR/ CLIENTE:

- Acompanhar diariamente o cronograma de manutenção preventiva / calibração via SIG.
- Disponibilizar os equipamentos para manutenção preventiva / calibração conforme cronograma ou de forma antecipada quando acordado com o setor de Engenharia Clínica; Disponibilizar o equipamento apenas se o mesmo estiver passado pelo processo de desinfecção conforme NR32 e desconectado do paciente.
- Testar o equipamento na devolução (após manutenção).
- Validar/ Aceitar a manutenção através da ordem de serviço no SIG. (Apenas em clientes que possuem acesso)
- Verificar se os equipamentos possuem etiqueta de manutenção preventiva/ calibração caso seja exigência da unidade. Se estiver sem etiqueta, acionar a Engenharia Clínica para que verifique a última manutenção realizada.
- Autorizar a data da visita (clientes que não possuem equipe locada na unidade)

JUNTO COM A VERIFICAÇÃO FUNCIONAL (ADMISSÃO DE NOVO PARQUE TECNOLÓGICO)

- Recolher o equipamento conforme levantamento patrimonial POP FST OPE 002 – Levantamento Patrimonial, para realização da calibração.

OBS.: Recolher somente se o equipamento estiver passado pelo processo de desinfecção (caso contrário, informar superior imediato do setor);

CABE AO AUXILIAR ADMINISTRATIVO DA FISIOTEC

- Fornecer formulário de calibração para os técnicos (quando aplicável) - **Anexo 01 - Formulário de Calibração;**
- Receber do técnico formulário devidamente preenchido (Receber apenas se estiver completamente preenchido pelo técnico);
- Gerar certificado de calibração conforme POP FST OPE 018, no prazo máximo de até três dias após execução;
- Disponibilizar o certificado no SIG dentro da ordem de serviço de verificação funcional na aba documentos.
- Acompanhar cronograma dos analisadores/simuladores (padrões) da Fisio-tec disponível no one drive.

CABE AO TÉCNICO DA FISIOTEC

- Antes de iniciar o processo de calibração o técnico deverá testar o analisador/ simulador e analisar se os valores estão dentro das faixas pré-determinadas na Tabela de adequação

de uso seguro, caso haja alguma inconformidade, o técnico imediatamente deverá testar o Padrão (instrumento utilizado) em outro equipamento do mesmo tipo, para certificar-se se à alteração está no Padrão ou no equipamento à ser analisado. Caso seja apontado que o Padrão necessite de ajuste, imediatamente o mesmo deve ser retirado de uso e enviado para laboratório certificado na grandeza (certificados rastreáveis à Rede Brasileira de Calibração) conforme autorização da direção da Fisio-Tec, para ajuste e calibração. Após substituição do Padrão, repetir o procedimento de calibração; caso seja apontado que o equipamento à ser analisado apresente alteração, o mesmo é encaminhado imediatamente para manutenção corretiva (em caso de equipamento estar em garantia acionar a assistência técnica do fabricante), após correção repetir o procedimento de calibração e um novo registro no formulário deverá ser realizado.

- Verificar se as condições atmosféricas estão dentro das faixas recomendadas para realizar a calibração dos equipamentos, caso não estejam, encaminhar o equipamento para um local apropriado para execução da calibração.

Considerar os padrões:

Instrumentos da Área de Eletricidade, Temperatura e Umidade:

a) Temperatura

Recomenda-se que a temperatura ambiente não exceda os limites entre 18°C e 28°C (limites estabelecidos de acordo com a ISO 554-1976). Em qualquer situação, a temperatura ambiente não deve exceder os limites especificados pelos fabricantes dos instrumentos de medição.

b) Umidade relativa

Recomenda-se que a umidade do laboratório permaneça entre os limites 45 %ur e 70 %ur (limites estabelecidos de acordo com a ISO 554-1976). Em qualquer situação, a umidade relativa não deve exceder os limites especificados pelos fabricantes dos instrumentos de medição.

c) Alimentação elétrica

O suprimento elétrico deve atender às especificações dos instrumentos de medição. Recomenda-se que o laboratório/ local da calibração possua malha de aterramento para os equipamentos.

Instrumentos da Área de Pressão e Massa

1) Calibração nas instalações permanentes

Convém que as mesmas sejam realizadas a uma temperatura de $(20 \pm 2) ^\circ\text{C}$ e umidade relativa do ar de $(50 \pm$

20) % e "isentas" de vibrações. Recomenda-se ao laboratório que, em função de serviço específico, necessitar de uma variação menor que 2°C.

2) Calibração nas instalações do cliente.

No caso de calibração em campo, a variação da temperatura ambiente entre o início e o término da calibração, convém não exceder 4°C.

- Realizar movimentação interna do equipamento para o laboratório quando possível/necessário para realização da calibração conforme inventário levantado.
- Em posse do equipamento, separar os analisadores/ simuladores necessários para a realização da calibração.
- Ligar o analisador/ simulador na rede elétrica (conforme voltagem descrita nos mesmos).
- Conectar o analisador/ simulador ao equipamento.
- Realizar as verificações em 3 pontos (para cada ponto realizar três medidas ou mais se necessário)
- Anotar no formulário de calibração os resultados encontrados. Caso haja erro na escrita o mesmo deve ser riscado e descrito corretamente e assinado ao lado, mas atenção, nunca apagado ou rasurado;
- Realizar a calibração de todos os parâmetros e pontos conforme "Tabela de Adequação de uso seguro" de cada cliente, nos clientes que não possuem tabela, solicitar que ele defina os 03 pontos;
- Preencher todos os campos do formulário de calibração, inclusive com os dados do analisador que está sendo utilizado.
- Entregar para o Auxiliar ADM gerar o certificado das calibrações.
- Devolver o equipamento ao setor de destino.
- Lançar na SS verificação funcional o que foi realizado.

CABE AO RESPONSÁVEL PELO SETOR/ CLIENTE:

- Disponibilizar os equipamentos para verificação funcional;
- Disponibilizar o equipamento apenas se o mesmo estiver passado pelo processo de desinfecção conforme NR32 e desconectado do paciente.
- Testar o equipamento na devolução (após verificação funcional).
- Validar/ Aceitar a manutenção através do formulário e da ordem de serviço no SIG. (Apenas em clientes que possuem acesso)
- Autorizar a retirada do equipamento para execução da verificação funcional.

JUNTO COM A ACEITAÇÃO (ENTRADA DE UM EQUIPAMENTO NA UNIDADE)

- Receber o equipamento conforme POP FST OPE 009 – Aceitação de Equipamentos, para realização da calibração.

OBS.: Recolher somente se o equipamento estiver passado pelo processo de desinfecção (caso contrário, informar superior imediato do setor);

CABE AO AUXILIAR ADMINISTRATIVO DA FISIOTEC

- Fornecer formulário de calibração para os técnicos (quando aplicável) - Anexo 01 - Formulário de Calibração;
- Receber do técnico formulário devidamente preenchido (Receber apenas se estiver completamente preenchido pelo técnico);
- Gerar certificado de calibração conforme POP FST OPE 018, no prazo máximo de até três dias após execução;
- Disponibilizar o certificado no SIG dentro da ordem de serviço de verificação funcional na aba documentos.
- Acompanhar cronograma dos analisadores/simuladores (padrões) da Fisio-tec disponível no one drive.

CABE AO TÉCNICO/ AUXILIAR TECNICO DA FISIOTEC

- Antes de iniciar o processo de calibração o técnico deverá testar o analisador/ simulador e analisar se os valores estão dentro das faixas pré-determinadas na Tabela de adequação de uso seguro, caso haja alguma inconformidade, o técnico imediatamente deverá testar o Padrão (instrumento utilizado) em outro equipamento do mesmo tipo, para certificar-se se a alteração está no Padrão ou no equipamento a ser analisado. Caso seja apontado que o Padrão necessite de ajuste, imediatamente o mesmo deve ser retirado de uso e enviado para laboratório certificado na grandeza (certificados rastreáveis à Rede Brasileira de Calibração) conforme autorização da direção da Fisio-Tec, para ajuste e calibração. Após substituição do Padrão, repetir o procedimento de calibração; caso seja apontado que o equipamento a ser analisado apresente alteração, o mesmo é encaminhado imediatamente para manutenção corretiva (em caso de equipamento estar em garantia acionar a assistência técnica do fabricante), após correção repetir o procedimento de calibração e um novo registro no formulário deverá ser realizado.
- Verificar se as condições atmosféricas estão dentro das faixas recomendadas para realizar a calibração dos equipamentos, caso não estejam, encaminhar o equipamento para um local apropriado para execução da calibração.

Considerar os padrões:

Instrumentos da Área de Eletricidade, Temperatura e Umidade:

a) Temperatura

Recomenda-se que a temperatura ambiente não exceda os limites entre 18°C e 28°C (limites estabelecidos de acordo com a ISO 554-1976). Em qualquer situação, a temperatura ambiente não deve exceder os limites especificados pelos fabricantes dos instrumentos de medição.

b) Umidade relativa

Recomenda-se que a umidade do laboratório permaneça entre os limites 45 %ur e 70 %ur (limites estabelecidos de acordo com a ISO 554-1976). Em qualquer situação, a umidade relativa não deve exceder os limites especificados pelos fabricantes dos instrumentos de medição.

c) Alimentação elétrica

O suprimento elétrico deve atender às especificações dos instrumentos de medição. Recomenda-se que o laboratório/ local da calibração possua malha de aterramento para os equipamentos.

Instrumentos da Área de Pressão e Massa

1) Calibração nas instalações permanentes

Convém que as mesmas sejam realizadas a uma temperatura de (20 ± 2) °C e umidade relativa do ar de (50 ± 20) % e "isentas" de vibrações. Recomenda-se ao laboratório que, em função de serviço específico, necessitarde uma variação menor que 2°C.

2) Calibração nas instalações do cliente.

No caso de calibração em campo, a variação da temperatura ambiente entre o início e o término da calibração, convém não exceder 4°C.

- Realizar movimentação interna do equipamento para o laboratório ou local adequado realização da calibração conforme nota fiscal.
- Em posse do equipamento, separar os analisadores/ simuladores necessários para a realização da calibração.
- Ligar o analisador/ simulador na rede elétrica (conforme voltagem descrita nos mesmos).
- Conectar o analisador/ simulador ao equipamento.
- Realizar as verificações em 3 pontos (para cada ponto realizar três medidas ou mais se necessário)

- Anotar no formulário de calibração os resultados encontrados. Caso haja erro na escrita o mesmo deve ser riscado e descrito corretamente e assinado ao lado, mas atenção, nunca apagado ou rasurado;
- Realizar a calibração de todos os parâmetros e pontos conforme "Tabela de Adequação de uso seguro" de cada cliente, nos clientes que não possuem tabela, solicitar que ele defina os 03 pontos;
- Preencher todos os campos do formulário de calibração, inclusive com os dados do analisador que está sendo utilizado.
- Entregar para o Auxiliar ADM gerar o certificado das calibrações.
- Comunicar ao setor de patrimônio que o equipamento está disponível para ser enviado ao setor e colagem da etiqueta.
- Lançar na SS de aceitação o que foi realizado.

CABE AO RESPONSÁVEL PELO SETOR/ CLIENTE:

- Testar o equipamento na devolução (após aceitação).
- Validar/ Aceitar a manutenção através do formulário de aceitação e da ordem de serviço no SIG. (Apenas em clientes que possuem acesso).
- Autorizar a data da instalação.

6.2 EQUIPAMENTOS TERCEIROS

CABE AO AUXILIAR ADMINISTRATIVO E/OU SUPERVISOR TÉCNICO DA FISIO-TEC:

- Realizar cadastro do equipamento no SIG assim que o equipamento chegar na unidade e abrir ordem de serviço para aceitação do equipamento conforme POP FST OPE 009 – Aceitação de equipamentos, após anexar documentação na OS de Aceitação e criar o cronograma de manutenção preventiva.
- Solicitar junto ao terceiro as documentações mais recentes do equipamento (Evidência da última preventiva, certificados de Calibração, Segurança Elétrica, etc.)
- Cadastrar cronograma de manutenção preventiva/ calibração levando em consideração as últimas evidências, se possível inserir dentro da família conforme Anexo 01 - Sugestão de Plano de Manutenção Preventiva do POP FST OPE 004 – Manutenção preventiva.
- Agendar com o terceiro e com o responsável do setor o dia da visita para realização da manutenção calibração.

- Acompanhar se o técnico anexou as evidências enviadas pelo terceiro na ordem de serviço gerada pela SIG. Checar se foi validada pela Físio-Tec e cliente, caso não tenha sido solicitar a coordenação/ engenharia da Físio- Tec para que exclua as evidências. Solicitar ao técnico para que seja inserido apenas as evidências validadas.

CABE AO TÉCNICO DA FÍSIO-TEC:

- Realizar aceitação do equipamento conforme POP FST OPE 009 – Aceitação de equipamentos para que o auxiliar administrativo cadastre o plano de manutenção preventiva. (Se estiver entrando com o equipamento)
- Acompanhar o terceiro para realização da calibração in-loco, caso seja necessário realizar a movimentação interna do equipamento para o setor de EC tomando os devidos cuidados conforme PRS FST OPE 003 – Identificação e Rastreabilidade.

RECOLHER SOMENTE SE O EQUIPAMENTO ESTIVER PASSADO PELO PROCESSO DE DESINFECÇÃO E/OU DESCONECTADO DO PACIENTE, CASO CONTRÁRIO, INFORMAR AO COORDENADOR/ RESPONSÁVEL DO SETOR QUE O MESMO APÓS PROCESSO DE DESINFECÇÃO, DESCREVER NA SS:

“Em virtude de o item não estar descontaminado e/ou desconectado do paciente, o mesmo não sofrerá intervenção. O setor de Engenharia Clínica irá aguardar a execução das atividades citadas para retornar ao setor. Chefia do setor comunicado”.

- Se o equipamento estiver conectado em paciente grave, comunicar formalmente ao Gerente de Enfermagem/ Responsável pelo contrato que o mesmo precisa de manutenção urgente, pois pode oferecer risco ao paciente pelo fato de estar com a manutenção vencendo.
- Testar se o equipamento está em perfeita condição e uso.
- Fechar a OS no SIG, logo após execução da manutenção (calibração).
- Validar e arquivar no SIG a evidência da calibração executada pelo terceiro.
- Devolver o equipamento ao setor de destino.
- Caso seja solicitado/ autorizado pela instituição, preencher e anexar etiqueta conforme Anexo 02 – Etiqueta de Preventiva / Calibração, com as iniciais do técnico responsável, a data da realização e a data com a próxima Preventiva (considerar o último dia do mês). Fixar etiqueta de Manutenção na lateral direita centralizada conforme POP FST OPE 003 – Identificação e Rastreabilidade (**OU** de acordo com a política de cada Instituição).

OBS.: Em unidade (clientes) que possuem ordem de serviço própria ou que exige ordem de serviço física, anexar a ordem de serviço do terceiro, preencher a ordem de serviço da unidade (cliente), coletar assinatura do setor (para comprovação da execução), escanear e anexar na ordem de serviço do SIG.

CABE AO RESPONSÁVEL PELO SETOR/ CLIENTE:

- Acompanhar diariamente o cronograma de manutenção preventiva / calibração via SIG.
- Alinhar junto ao auxiliar administrativo da Fisio-Tec a melhor data para visita do terceiro.
- Disponibilizar os equipamentos para manutenção preventiva / calibração conforme cronograma ou de forma antecipada quando acordado com o setor de Engenharia Clínica; Disponibilizar o equipamento apenas se o mesmo estiver passado pelo processo de desinfecção conforme NR32 e desconectado do paciente.
- Testar o equipamento na devolução (após calibração).
- Validar/ Aceitar a manutenção através da ordem de serviço no SIG. (Apenas em clientes que possuem acesso)
- Verificar se os equipamentos possuem etiqueta de manutenção preventiva/ calibração caso seja exigência da unidade. Se estiver sem etiqueta, acionar a Engenharia Clínica para que verifique a última manutenção realizada.

6.2 EQUIPAMENTOS DE PARCEIROS E MÉDICOS CABE AO AUXILIAR ADMINISTRATIVO DA FISIO-TEC

Cronograma de Manutenção Preventiva/ Calibração/ Segurança Elétrica

- Solicitar no mês de dezembro aos parceiros presentes dentro da unidade de saúde o cronograma de manutenção preventiva/ calibração/ segurança elétrica de todos os equipamentos fixos e rotativos disponíveis na unidade.

Evidências das Manutenções Preventivas/ Calibrações/ Segurança Elétrica Realizadas pelos parceiros conforme cronograma

- Recolher mensalmente evidência das manutenções preventiva/ calibração/ segurança elétrica dos parceiros dentro da unidade de saúde conforme cronograma de manutenção preventiva/ calibração disponibilizado pelo mesmo. Caso haja recusa na disponibilização das evidências, aplicar RNC conforme cadeia cliente fornecedor.

Análise das ordens de serviços/ laudo de calibração/ laudo segurança elétrica dos parceiros

- Analisar se a ordem de serviço/ laudo de calibração/ laudo segurança elétrica possui todas as informações necessárias que garantem a preventiva do equipamento. Exemplo: check list do que foi realizado, data, hora, dados dos equipamentos, padrão utilizado, pontos calibrados e validação dos parâmetros.

- Arquivar a SS dos parceiros e médicos no One drive e/ou em pasta física identificada e realizar controle através da planilha disponível no One Drive.

6.3 EQUIPAMENTOS QUE VÃO PARA CALIBRAÇÃO

EXTERNACABE AO AUXILIAR ADMINISTRATIVO DA
FISIO-TEC

- Solicitar o orçamento e apresentar para direção/ responsável pelo contrato e seguir processo de compras da

unidade (cliente). Em contratos que a Fisio-tec é a responsável financeira por estes custos, seguir o POP FST SUP 001 – Compras.

- Fazer contato com o fornecedor e informar se o equipamento será enviado ou se optou pela visita. Caso seja autorizado o envio para o fornecedor, solicitar junto ao setor fiscal da unidade (cliente) a emissão da Nota fiscal para o transporte. Caso seja visita, agendar junto ao setor de destino do equipamento uma melhor data.

- Checar com a direção/ responsável pelo contrato qual vai ser o meio de transporte para envio do equipamento (transportadora / correio). Em contratos que a Fisio-tec é a responsável financeira por esses custos, checar com a direção da Fisio-tec.

- Entrar em contato com a transportadora e agendar a coleta. Caso seja pelo correio, verificar o meio de transporte até ao correio.

- Acompanhar se o técnico anexou as evidências enviadas pelo fornecedor na ordem de serviço gerada pela SIG. Checar se foi validada pela Fisio-Tec e cliente, caso não tenha sido solicitar a coordenação/ engenharia da Fisio-Tec para que exclua as evidências. Solicitar ao técnico para que seja inserido apenas as evidências validadas.

- No retorno do equipamento, proceder conforme POP FST OPE 008 – Movimentação de Equipamentos e POPFST OPE 009 – Aceitação de Equipamentos.

- Caso seja autorizado a visita do fabricante/assistente, agendar junto ao setor de destino do equipamento uma melhor data.

- Arquivar a SS de terceiros através de uma ordem de serviço do SIG. Todas as informações deverão estar no SIG.

CABE AO TÉCNICO DA FISIOTECA

- Embalar o equipamento para que seja transportado em segurança. (caso seja enviado para fornecedor/assistente técnico)
 - Registrar o motivo do envio para manutenção externa na SS ou visita do fornecedor.
 - Acompanhar junto ao auxiliar administrativo o processo para execução do serviço.
 - Acompanhar o fornecedor na visita realizada e solicitar SS do que foi realizado.
 - Testar se o equipamento está em perfeita condição e uso.
 - Fechar a OS no SIG, logo após execução da manutenção.
 - Validar e arquivar no SIG a evidência da manutenção preventiva do equipamento executada pelo terceiro.

OBS: Colocar todas as informações na SS do SIG.

7. PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

- Não realização de calibração após finalização de manutenção corretiva;
- Não realização da calibração do equipamento;
- Realização de calibração fora dos parâmetros determinados;
- Não acompanhar o plano de calibração dos parceiros do cliente;
- Não notificar os parceiros do cliente quando houver não conformidades quanto ao envio do plano de calibração e/ou evidências do serviço.

8. NORMAS E REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Norma Portuguesa. NPEN ISO 9001:2008. Sistemas de Gestão da Qualidade – Requisitos (ISO 9001:2008).

Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR ISO 10012: Sistemas de gestão de medição - Requisitos para os processos de medição e equipamentos de medição. ABNT, 2004.

Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR ISO/IEC 17025: Requisitos gerais para a competência de laboratórios de ensaio e calibração. ABNT, 2017.

Manual da ONA - Gestão de Equipamentos e Tecnologia Médico-hospitalar.

Vocabulário Internacional de Metrologia: Conceitos fundamentais e gerais e termos associados (VIM 2012). Duque de Caxias, RJ: INMETRO, 2012.

Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR IEC 60601-1-1: Esta Norma se aplica a segurança de sistemas eletromédicos. Descreve as prescrições de segurança relativas aos sistemas eletromédicos no intuito de possibilitar a proteção do paciente, do operador e do ambiente. ABNT, 2004.

9. ANEXOS

Anexo 01 - Formulário de Calibração

Anexo 02 - Etiqueta de Preventiva/ Calibração

10. REGISTROS

Nome do registro	Local de arquivamento	Responsável pelo arquivamento	Tempo de retenção	Descarte
Formulário de Calibração	Pasta localizada no armário do setor da Engenharia Clínica	Assistente e Auxiliar Administrativo e/ou Auxiliar Técnico	02 anos físico	Picote
Etiqueta de Preventiva/ Calibração	Pasta localizada no armário do setor da Engenharia Clínica	Assistente e Auxiliar Administrativo e/ou Auxiliar Técnico	02 anos físico	Picote

11. HISTÓRICO DAS ALTERAÇÕES

REVISÃO	Nº ITEM	NATUREZA DAS ALTERAÇÕES
00	Todos	Criação do Documento
01	05	Mudança de função
01	06	Melhoria de processos
01	09	Melhoria formulário

NOTAS

Este procedimento é dinâmico e está sujeito a alterações. Para seu aprimoramento, comentários e sugestões, as críticas devem ser encaminhadas para o SGQ.

As cópias deste documento são controladas pelo SGQ e cabe ao mesmo atualizar e emitir novas versões, sempre que houver uma atualização.

POP ENG CL 006 - ANÁLISE DE SEGURANÇA ELÉTRICA

1. OBJETIVO

Este procedimento estabelece diretrizes que visam definir uma metodologia sistemática no tocante à orientação técnica quanto à análise de segurança elétrica, garantindo assim o uso seguro do equipamento médico assistencial no paciente e usuário em relação ao risco de descargas elétricas não intencionais. A realização dos testes no equipamento médico hospitalar visa verificar o isolamento elétrico e fugas de correntes elétricas para os pacientes e usuários.

2. ABRANGÊNCIA

Este procedimento é aplicável a todos os equipamentos médico-hospitalares que integram o parque tecnológico da instituição, desde que ligado à rede elétrica e possuir aterramento.

3. CONCEITOS E SIGLAS

SIG: Sistema Informatizado de Gestão

OS: Ordem de

Serviço **SS:**

Solicitação de

serviço **EC:**

Engenharia

Clínica

4. MATERIAIS

Analizador de

Segurança Elétrica

Termo-higrômetro

SIG

Formulário de registro padrão do processo.

5. RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO E GERENCIAMENTO

CARGOS ENVOLVIDOS	SETOR ENVOLVIDO
Diretor	Direção
Gerência	Todos os setores
Supervisão	Operação
Técnico	Operação
Auxiliar Técnico	Operação
Estagiário Técnico	Operação
Auxiliar Administrativo	Operação
Estagiário Administrativo	Operação
Clientes	Todos os clientes

6. DESCRIÇÃO DOS PASSOS DA ATIVIDADE

A análise de segurança elétrica deve ser realizada na entrada de um novo equipamento, no retorno da manutenção externa conforme POP FST OPE009 - Aceitação Equipamentos, na verificação funcional conforme POP FST OPE001 - Admissão do Parque Tecnológico, na realização da manutenção preventiva POP FST OPE004 - Manutenção preventiva e/ou junto a calibração POP FST OPE 005 - Calibração.

6.1 EQUIPAMENTOS DA

UNIDADE CABE AO

AUXILIAR

ADMINISTRATIVO

- Fornecer formulário Anexo 01 - Análise de Segurança Elétrica (quando aplicável);
- Receber do técnico o formulário devidamente preenchido (caso não seja acordado como atividade do técnico);
- Escanear e anexar na ordem de serviço do SIG sejam ela de aceitação, verificação funcional, manutenção

preventiva e /ou calibração (caso não seja acordado como atividade do técnico);

- Arquivar o formulário de segurança elétrica físico em pasta destinada na unidade. Caso seja aceitação, anexar junto ao formulário de aceitação POP FST TEC 009– Aceitação de equipamento, se for verificação funcional POP FST OPE 001 – Admissão do Parque tecnológico anexar junto ao formulário de verificação (caso não seja acordado como atividade do técnico);
- Manter o arquivo organizado por tipo de equipamento/ data.

CABE AO TÉCNICO DA FISIO-TEC

Manutenção Preventiva/ Calibração

- *Recolher o equipamento para realização da segurança elétrica conforme cronograma de manutenção preventiva/ calibração disponível do SIG.

Verificação funcional

- *Recolher o equipamento conforme levantamento patrimonial POP FST OPE 001 – Admissão de Parque tecnológico para realização da segurança elétrica.

***OBS.:RECOLHER SOMENTE SE O EQUIPAMENTO ESTIVER PASSADO PELO PROCESSO DE DESINFECÇÃO E/OU DESCONNECTADO DO PACIENTE, CASO CONTRÁRIO, INFORMAR AO COORDENADOR/ RESPONSÁVEL DO SETOR QUE O MESMO APÓS PROCESSO DE DESINFECÇÃO, DESCREVER NA SS:**

“Em virtude do item não estar descontaminado e/ou desconectado do paciente, o mesmo não sofrerá intervenção. O setor de Engenharia Clínica irá aguardar a execução das atividades citadas para retornar ao setor. Chefia do setor comunicado”.

Aceitação

- Receber o equipamento (novo ou retorno da manutenção) para realização da segurança elétrica conforme POP FST OPE 009 – Aceitação de Equipamentos após disponibilizar para uso (se aprovado no teste);
- **Antes de iniciar o processo de segurança elétrica o técnico deverá testar o analisador e analisar se os valores estão dentro das faixas pré-determinadas no formulário anexo 01- Análise de Segurança Elétrica, caso haja alguma**

inconformidade, o técnico imediatamente deverá testar o Padrão (instrumento utilizado) em outro equipamento do mesmo tipo, para certificar-se se à alteração está no Padrão ou no equipamento a ser analisado. Quando o analisador de segurança elétrica possuir o teste integrado na própria carcaça, é necessário testar o padrão antes de iniciar o processo de segurança elétrica no equipamento.

Caso seja apontado que o Padrão necessite de ajuste, imediatamente o mesmo deve ser retirado de uso e enviado para laboratório certificado na grandeza (certificados rastreáveis à Rede Brasileira de Calibração) conforme autorização da direção da Fisio-Tec, para ajuste e calibração. Após substituição do Padrão, repetir o procedimento de segurança elétrica, caso seja apontado que o equipamento a ser analisado apresente alteração, o mesmo deve ser devolvido ao fornecedor.

- Verificar se as condições atmosféricas estão dentro das faixas recomendadas para realizar a calibração dos equipamentos, caso não estejam, encaminhar o equipamento para um local apropriado para execução da segurança elétrica.

Considerar os padrões:

Instrumentos da Área de Eletricidade, Temperatura e Umidade:

a) Temperatura

Recomenda-se que a temperatura ambiente não exceda os limites entre 18°C e 28°C (limites estabelecidos de acordo com a ISO 554-1976). Em qualquer situação, a temperatura ambiente não deve exceder os limites especificados pelos fabricantes dos instrumentos de medição.

b) Umidade relativa

Recomenda-se que a umidade do laboratório permaneça entre os limites 45 %ur e 70 %ur (limites estabelecidos de acordo com a ISO 554-1976). Em qualquer situação, a umidade relativa não deve exceder os limites especificados pelos fabricantes dos instrumentos de medição.

c) Alimentação elétrica

O suprimento elétrico deve atender às especificações dos instrumentos de medição. Recomenda-se que o laboratório/ local da utilização possua malha de aterramento para os equipamentos.

- Em posse do equipamento, separar o analisador e os acessórios necessários para a realização da segurança elétrica.
- Ligar o analisador na rede elétrica com aterramento (conforme voltagem descrita nos mesmos).
- Conectar o analisador no equipamento;
- Realizar todos os testes descritos no formulário de análise de segurança elétrica conforme Anexo 01 - Análise de Segurança Elétrica.
- Preencher todos os campos do formulário de segurança elétrica, inclusive com os dados do analisador que está sendo utilizado (Padrão).
- Analisar se o equipamento passou na análise de segurança elétrica, caso não tenha passado encaminhar o equipamento para manutenção corretiva conforme POP FST OPE007 – Manutenção Corretiva. Caso tenha passado no teste, anexar o formulário de análise de segurança elétrica na SS no SIG e/ou formulário de aceitação de equipamentos, formulário de verificação funcional.

OBS: A análise de Segurança Elétrica deverá ser realizada apenas em equipamentos passíveis deste tipo de análise. Exemplo: não usar em equipamentos com consumo de corrente acima do limite do analisador (Ex: motores elétricos).

- Escanear e anexar na ordem de serviço do SIG, seja ela de aceitação, verificação funcional, manutenção preventiva e /ou calibração (caso seja acordado como atividade do técnico);
- Arquivar o formulário de segurança elétrica físico em pasta destinada na unidade conforme matriz de registro. Caso seja aceitação anexar junto ao formulário de aceitação POP FST OPE 009 - Aceitação, se for verificação funcional POP FST OPE 001 – Admissão de Parque tecnológico anexar junto ao formulário de verificação (caso seja acordado como atividade do técnico);

CABE AO RESPONSÁVEL PELO SETOR (UNIDADE/ CLIENTE):

- Verificar se os equipamentos estão funcionando perfeitamente;
- Realizar a aceitação/ validação do serviço no SIG através da SS ou assinar a Ordem de Serviço validando a realização da análise.
- Acompanhar diariamente o cronograma de manutenção preventiva / calibração via SIG

(a segurança elétrica faz parte do item de check-list da preventiva/ calibração).

- Disponibilizar os equipamentos para manutenção preventiva / calibração conforme cronograma ou de forma antecipada quando acordado com o setor de Engenharia Clínica;
- Disponibilizar o equipamento apenas se o mesmo estiver passado pelo processo de desinfecção conforme NR32 e desconectado do paciente.
- Testar o equipamento na devolução (após manutenção/ aceitação/ verificação funcional).
- Validar/ Aceitar a manutenção preventiva/ calibração (segurança elétrica) através da ordem de serviço no SIG. (Apenas em clientes que possuem acesso)
- Autorizar a data da visita (clientes que não possuem equipe locada na unidade)

6.2 EQUIPAMENTOS PARCEIROS E MÉDICOS

CABE AO AUXILIAR ADMINISTRATIVO e/ou SUPERVISOR TÉCNICO DA FISIO-TEC:

- Solicitar (anualmente ou assim que entrarem na unidade) aos parceiros presentes dentro da unidade (cliente) o cronograma de manutenção preventiva/ calibração/ segurança elétrica todos os equipamentos fixos e rotativos disponíveis na unidade.
- Lançar o cronograma no Controle Equipamentos de Médicos e Parceiros disponível no ONE DRIVE.
- Recolher mensalmente as evidências das manutenções preventivas / calibrações / segurança elétrica dos parceiros dentro da unidade de saúde conforme cronograma de manutenção preventiva/ calibração disponibilizado por ele. Caso haja recusa na disponibilização das evidências, aplicar não conformidade/ Notificação e se ainda persistir, comunicar formalmente a situação ao Gerente de Enfermagem/ Responsável pelo contrato/ Direção da unidade para que seja tomada uma ação efetiva.
- Arquivar a SS dos parceiros e médicos no OneDrive e/ou em pasta física identificada e realizar controle através da planilha disponível no OneDrive.

CABE AO TÉCNICO/ SUPERVISOR/ COORDENADOR/ ENGENHARIA DA FISIO-TEC:

- Analisar se o laudo de segurança elétrica possui todas as informações necessárias que garantem a segurança elétrica do equipamento. Exemplo: checklist do que foi realizado, data, hora, dados dos equipamentos, padrão utilizado, pontos calibrados e validação dos parâmetros.
- Arquivar a SS dos parceiros e médicos no OneDrive e/ou em pasta física identificada e realizar controle através da planilha disponível no OneDrive.

7. PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

- Não realização de segurança elétrica após finalização de manutenção corretiva;
- Não realização da segurança elétrica do equipamento;
- Realização de segurança elétrica fora dos parâmetros corretos;
- Não acompanhar o plano de segurança elétrica dos parceiros do cliente;
- Não notificar os parceiros do cliente quando houver não conformidades quanto ao envio do plano de segurança elétrica e/ou evidências do serviço.

8. NORMAS E REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR ISSO 10012: Sistemas de gestão de medição – Requisitos para os processos de medição e equipamentos de medição. ABNT, 2004.

Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR ISSO/IEC 17025: Requisitos gerais para a competência de laboratórios de ensaio e calibração. ABNT, 2005.

Vocabulário Internacional de Metrologia: Conceitos fundamentais e gerais e termos associados (VIM 2012). Duque de Caxias, RJ: INMETRO, 2012.

Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR IEC 60601-1-1: Esta Norma se aplica a segurança de sistemas eletromédicos. Descreve as prescrições de segurança relativas aos sistemas eletromédicos no intuito de possibilitar a proteção do paciente, do operador e do ambiente. ABNT, 2004.

Segurança em instalações e serviços em eletricidade. NR10. Estabelece os requisitos e condições mínimas para garantir a segurança e a saúde dos trabalhadores que interagem em instalações elétricas.

9. ANEXOS

Anexo 01 – Análise de Segurança Elétrica

10. REGISTROS

Nome do registro	Local de arquivamento	Responsável pelo arquivamento	Tempo de retenção	Descarte
Análise de Segurança Elétrica	SIG e pasta localizada no armário do setor da Engenharia Clínica	Assistente e Auxiliar Administrativo e/ou Auxiliar Técnico	02 anos físico	Picote

11. HISTÓRICO DAS ALTERAÇÕES

REVISÃO	Nº ITEM	NATUREZA DAS ALTERAÇÕES
00	Todos	Criação do Documento
01	05	Mudança de função
01	09	Melhoria no formulário

NOTAS
Este procedimento é dinâmico e está sujeito a alterações. Para seu aprimoramento, comentários e sugestões, as críticas devem ser encaminhadas para o SGQ.
As cópias deste documento são controladas pelo SGQ e cabe ao mesmo atualizar e emitir novas versões, sempre que houver uma atualização.

1. OBJETIVO

Tem como objetivo informar sobre o processo de manutenção corretiva que ocorre nos equipamentos médico-hospitalares quando apresentam falhas de funcionamento, podendo ser uma falha permanente ou intermitente.

2. ABRANGÊNCIA

Este procedimento é aplicável a todos os equipamentos médico-hospitalares que integram o parque tecnológico da instituição.

3. CONCEITOS E SIGLAS

SIG: Sistema Informatizado de Gestão

OS: Ordem de Serviço

SS: Solicitação de Serviço

EC: Engenharia Clínica

4. MATERIAIS

Manual de serviço Mala de ferramentas Luvas

SIG

5. RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO E GERENCIAMENTO

CARGOS ENVOLVIDOS	SETOR ENVOLVIDO
Diretor	Direção
Gerencia	Todos os setores
Supervisão	Operação
Técnico	Operação
Auxiliar Técnico	Operação
Estagiário Técnico	Operação
Auxiliar Administrativo	Operação

Estagiário Administrativo	Operação
Clientes	Todos os clientes

6. DESCRIÇÃO DOS PASSOS DA ATIVIDADE

A atividade de manutenção corretiva é realizada mediante chamado via SIG.

6.1. ATENDIMENTO SOLICITAÇÃO DE MANUTENÇÃO COMPETE AO CLIENTE E AO RESPONSÁVEL PELO SETOR:

- Definir a gravidade de cada equipamentos para elaboração do GUT, conforme anexo 06- Formulário de GUT x SLA. Obs: Para elaboração da GUTxSLA deve ser levado em consideração o que predomina a RDC 185, RDC 07/2010, Resolução CFM 2.174/ 2017, Resolução Nº 36/2008, Plano de contingência da unidade, quantidade de equipamentos disponíveis, relatório MC x MP, tipo de serviço (especialidade), boas práticas e outros.
- Abrir chamado para manutenção corretiva via SIG detalhando o ocorrido no campo "Serviços a realizar / Detalhar Problema"
- Acompanhar situação equipamentos via SIG;
- Testar equipamento após devolução do técnico;
- Realizar a aceitação/ validação do serviço no SIG através da SS (Menu SS encerradas).
- Realizar compra material (acessórios). (Se aplicável)

Obs: No caso de processo licitatório, seguir GUT e SLA conforme edital.

COMPETE AO AUXILIAR ADMINISTRATIVO DA FISIOTEC:

- Acompanhar o SIG diariamente, durante os períodos da manhã e tarde, quanto às solicitações dos clientes e os atendimentos dos técnicos.
- Informar ao técnico para que seja classificado a tendência que faz parte da matriz GUT (Gravidade x Urgência x Tendência)
- Realizar solicitação de orçamentos de materiais e acompanhar processo de compras realizando as alterações necessárias no campo "Evolução" da SS do SIG conforme. Utilizar

- Anexo 01 - Tabela I – Descrição de Evoluções

- Entrar em contato com o fabricante/ assistência técnica quando solicitado pelo técnico;
- Arquivar treinamentos e as orientações de uso em casos de "falha operacional" na pasta

de treinamentos e naSS do SIG;

- Compilar informações para cadastro de ocorrência e análises críticas de indicadores de resultado
- Atender o processo de contingência descrito abaixo, quando necessário.
- Lançar ordem de serviço da contingência (se existir).

COMPETE AO TÉCNICO/ AUXILIAR TÉCNICO DA FISIOTEC:

ATENDIMENTO INICIAL

- Acompanhar o SIG diariamente, durante os períodos da manhã e tarde, e realizar atendimento conforme a GUT. (Priorização de atendimento de acordo com a criticidade)
- Avaliar o tipo de chamado de acordo com o Anexo 02 - Tabela II – Tipos de Chamado e proceder conforme referenciado na tabela. Obs.: Chamados abertos pelo solicitante, deveram ser apenas dos tipos “Corretivo” ou “Evento Adverso”.
- Alterar a tendência no sistema (obrigatório) que faz parte da matriz GUT (Gravidade x Urgência x Tendência).
- Dirigir-se até a unidade/setor do chamado munido de ferramentas e realizar a avaliação técnica inicial do chamado.

Obs¹.: Caso o técnico identifique que o tipo de chamado foi classificado erroneamente pelo usuário, o mesmo deverá ser alterado para o tipo de chamado correto e justificado no campo “Avaliação/Conclusão”.

Obs².: Caso, o chamado tenha sido para outro equipamento diferente do descrito na SS, o técnico não poderá atender e deverá proceder com o encerramento da SS informando que o equipamento do chamado se encontra em perfeito funcionamento. Orientar o solicitante para que seja aberto um novo chamado corretamente para o equipamento que necessita intervenção técnica.

- Procurar responsável do setor e/ou solicitante do chamado para apresentar-se e obter maiores informações sobre a falha/defeito. Para continuidade do atendimento é obrigatório que:

- O item a sofrer intervenção (equipamento, acessório, etc.) deverá estar desconectado do paciente e fora de uso;
- O item deverá ter sido submetido a prévia descontaminação;

Caso algum dos itens acima não tenha estejam de acordo, o técnico deverá registrar no campo “Avaliação/Conclusão” o seguinte texto:

“Em virtude do item não estar descontaminado e/ou desconectado do paciente, o mesmo não sofrerá intervenção. O setor de Engenharia Clínica vai aguardar a execução das atividades citadas para retornar ao setor. Chefia do setor

comunicado”.

- O atendimento só terá continuidade após as atividades acima citadas terem sido realizadas. Disponibilizar o equipamento apenas se o mesmo estiver passado pelo processo de desinfecção conforme NR32 e desconectado do paciente.

IDENTIFICAÇÃO DE FALHA

- Antes do início de qualquer intervenção, o técnico designado deverá verificar a qual tipo de falha a solicitação de manutenção corretiva deverá ser enquadrada conforme **Anexo 03 - Tabela III – Tipos de Falhas** e proceder conforme orientação das ações a serem tomadas. **ATENÇÃO:** Falha Operacional - Mau uso ou problemas de conexão (Evitar a abertura de um equipamento cuja falha pode ser simplesmente devido a erro de operação, queima de fusível ou qualquer outra causa de fácil solução);

EVOLUÇÃO DO ATENDIMENTO – SEM NECESSIDADE DE MATERIAL OU MANUTENÇÃO EXTERNA

- Após validação do tipo de chamado, análise do equipamento e classificação da falha, o técnico deverá então realizar os devidos reparos caso não sejam necessários materiais ou envio para manutenção externa.

Uma vez realizado o reparo do equipamento, o técnico deverá preencher o campo de evolução da ordem de SS no SIG.

- No campo “Avaliação/Conclusão” o técnico deverá informar minuciosamente os problemas identificados e os serviços executados no equipamento. **Exemplo:**

Avaliação: Foi diagnosticado que o equipamento não estava ligado na tomada, por isso não estava funcionando; **Conclusão:** O equipamento foi ligado corretamente (tomada 110V) e funcionou. Classificar como falha operacional.

Neste caso, será necessária uma orientação, pois o equipamento não possuía nenhuma falha. Abrir uma SS (pode ser SS filha) para registrar a orientação realizada “quanto ao uso correto para ligar o equipamento” (neste exemplo). Colher a assinatura de quem recebeu a orientação, registrar via SS (impressa) ou no registro de treinamento. Não esqueça de colher assinatura dos orientados.

- Após preencher os campos de: evolução, avaliação/conclusão, tipo de falha, técnico designado e inserção de horas trabalhada, a SS deverá ser encerrada.

Obs.: Se o técnico não conseguir identificar ou reparar a falha/defeito em 48h,

então deverá comunicar o problema para a Supervisão/Gerencia/Diretoria. Caso a dificuldade continue a ocorrer, ou o item seja de alta complexidade tecnológica, será necessário entrar em contato com o fabricante e/ou a assistência técnica autorizada. Registrando o ocorrido no campo "Avaliação/Conclusão" na SS.

EVOLUÇÃO DO ATENDIMENTO – C/ NECESSIDADE DE ENVIO PARA MANUTENÇÃO EXTERNA / ATENDIMENTO EXTERNO

- Após validação do tipo de chamado, análise do equipamento e classificação da falha, o técnico deverá então realizar os devidos reparos. Caso não seja possível realizar o reparo e seja avaliada a necessidade de manutenção externa, o equipamento deve ser enviado para manutenção ao fabricante e/ou assistente técnico ou o técnico destes locais devem comparecer até a unidade.

- Na saída do equipamento, realizar a evolução no sistema conforme **Anexo 01 - Tabela I – Descrição de Evoluções** e proceder conforme POP FST OPE 008 – Movimentação de Equipamentos.

- No retorno do equipamento, realizar a evolução no sistema conforme **Anexo 01 - Tabela I – Descrição de Evoluções** e proceder conforme POP FST OPE 008 – Movimentação de Equipamentos.

- No retorno do equipamento, o mesmo deve passar pelo processo de aceitação POP FST 009 – Aceitação de Equipamentos, após este processo, liberar equipamento para setor. O técnico deve anexar a SS do fabricante e/ou assistente técnico na SS da unidade no SIG e registrar todo ocorrido no campo ""**Avaliação/Conclusão**".

Obs.: Se o fabricante e/ou assistente técnico comparecerem na unidade para avaliação/reparo do equipamento, o técnico deverá acompanhar todo o trabalho realizado e anexar a SS do fabricante e/ou assistente técnico na SS da unidade e registrar todo o corrido e horas gastas.

EVOLUÇÃO DO ATENDIMENTO – C/ NECESSIDADE DE AQUISIÇÃO DE MATERIAIS

- Após validação do tipo de chamado, análise do equipamento e classificação da falha, o técnico deverá então realizar os devidos reparos. Caso não seja possível realizar o reparo e seja avaliada a necessidade de aquisição de peças, acessórios ou componentes registrar os materiais necessários para compra no campo "Avaliação/Conclusão" e mudar o campo "Evolução" conforme **Anexo 01 - Tabela I – Descrição de Evoluções**.

- Acompanhar o Auxiliar Administrativo e responsáveis da unidade na compra desses materiais e após a chegada do material, realizar os devidos reparos registrando no campo "Avaliação/Conclusão". **Exemplo:**

Avaliação: Foi identificado que o sensor usado no monitor multiparâmetro era incompatível com a marca. **Conclusão:** Foi orientado ao setor a realização de compra do acessório compatível com o monitor para que então o reparo pudesse ser realizado. (Consultar na unidade quem é o responsável pela solicitação de acessórios).

Obs¹.: Caso já tenha o material na unidade, registrar a utilização do mesmo na SS no campo "Produtos". Se o mesmo não tiver cadastro para lançamento, solicitar ao Auxiliar Administrativo para que disponibilize o item no SIG.

Obs².: Se o equipamento ficar aguardando peça ou parado por qualquer outro motivo na Engenharia Clínica, utilizar a Etiqueta de identificação conforme Anexo 04 - Etiqueta de identificação.

6.2. CONTINGÊNCIA (FALHA DO SIG):

- Na ausência do SIG, o setor solicitante deverá abrir o chamado via telefone/ email, e a equipe do setor de Engenharia Clínica utilizará o formulário de **Ordem de serviço em branco** conforme Anexo 05 - Ordem de Serviço (Contingência), para preenchimento da solicitação e execução do serviço pelo técnico.

Obs: Após solucionar problema no SIG, o Auxilia ADM da Engenharia Clínica deverá lançar OS (Contingência) no SIG.

6.3. PRIORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO DE ACORDO COM A CRITICIDADE

- Os técnicos devem atender aos chamados seguindo a prioridade imposta pela criticidade do equipamento (GUT), onde no cadastro do equipamento será informada a gravidade de cada equipamento (a gravidade é fornecida pelo cliente).

- Na abertura do chamado o setor informará sua urgência de atendimento e o técnico da engenharia clínica avaliará sua tendência.

A partir desta análise os atendimentos serão realizados dentro do critério da maior para a menor GUT, dentro dos prazos descritos abaixo e conforme o Anexo 06 – Formulário de GUT x SLA:

Obs: Para elaboração da GUTxSLA deve ser levado em consideração o que predomina a RDC 185, RDC 07/2010, Resolução CFM 2.174/ 2017, Resolução Nº 36/2008, Plano de contingência da unidade, quantidade de equipamentos disponíveis, tipo de serviço (especialidade) e boas práticas.

CRITÉRIOS PARA PRIORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO		
GUT Mínima	GUT Máxima	Tempo máximo para o atendimento (Horas Úteis)
100	125	Acordado com cada unidade
80	99	Acordado com cada unidade
40	79	Acordado com cada unidade
0	39	Acordado com cada unidade

6.4. PRESTADORES DE SERVIÇOS

- Quando houver necessidade de contratação de prestadores de serviços externos, para manutenção e/ou serviços relacionados à Engenharia Clínica, a qualificação deverá ser realizada conforme Gestão de Fornecedores estabelecida pela instituição, exceto em casos que a Fisio-Tec é a responsável financeira pela aquisição de peças/serviços. No caso da avaliação, a mesma deve ser realizada apenas para prestadores de serviços esporádicos.

6.5. ATENDIMENTO DE EMERGENCIA COMPETE A GERÊNCIA

- Disponibilizar mensalmente na intranet nos últimos dias do mês a escala de sobreaviso do mês seguinte. A escala deve contemplar nome do técnico de plantão, horário de atendimento sobreaviso e telefones de contato.

COMPETE AO AUXILIAR ADMINISTRATIVO:

- Enviar nos últimos dias do mês a escala de sobreaviso do mês seguinte para os clientes/setores. A escala deve contemplar nome do técnico de plantão, horário de atendimento sobreaviso e telefones de contato.

7. PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

- Não atendimento aos prazos estipulados em GUT;
- Não atendimento aos prazos estipulados em SLA;

- Não realização de abertura de chamado via Sistema Integrado de Gestão – SIG;
- Não validação da execução de manutenções corretivas pelos responsáveis das áreas.

8. NORMAS E REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 5462: Confiabilidade e manutenibilidade. Rio de Janeiro: ABNT, 1994.

Resolução da Diretoria Colegiada RDC Nº 185, 22 de outubro de 2001. Registro, alteração, revalidação e cancelamento de registro de produtos médicos na ANVISA.

Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 15943: Diretrizes para um programa de gerenciamento de equipamentos de infraestrutura de serviços de saúde e de equipamentos para a saúde. Rio de Janeiro: ABNT, 2011.

BRASIL. ANVISA. Manual de Tecnovigilância: abordagens de vigilância sanitária de produtos para a saúde comercializados no Brasil. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Equipamentos Médico-hospitalares e o Gerenciamento da Manutenção, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Equipamentos para estabelecimentos assistenciais de saúde; planejamento e dimensionamento. Brasília, 1994. 239p.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. NR 32 - Segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde. Portaria GM n. 1.748, de 30 de agosto de 2011. Diário Oficial da União, 31/08/2011.

BRONZINO, J.D. Management of medical technology: a primer for clinical engineers. Stoneham: Butterworth-Heinemann, 1992. 452p.

CALIL, S. J. & TEIXEIRA, M. S., Saúde & Cidadania: Gerenciamento de Manutenção em Equipamentos Hospitalares – São Paulo: AGWM Artes Gráficas, 1998. 127p.

FENNIGKOH, L. & SMITH, B. Clinical Equipment Management. JCAHO Plant Safety Technology and Safety Management Standard Series, n.2, 1989. 1:5-14.

MOUSSAVI, S. & WHITMORE, K. *Review of Scheduled Performance Assurance Inspections. Journal of Clinical Engineering* - v.18 mar/abr, 1993. p. 159-164.

Manual da ONA - Gestão de Equipamentos e Tecnologia Médico-hospitalar. Souza et al. *Gestão da Manutenção em Serviços de Saúde.*, ed. Blucher, 2010.

9. ANEXOS

- Anexo 01** - Tabela I - Descrição de Evoluções
- Anexo 02** - Tabela II - Tipos de Chamado
- Anexo 03** - Tabela III - Tipos de Falhas
- Anexo 04** - Etiqueta de identificação
- Anexo 05** - Ordem de Serviço (Contingência)
- Anexo 06** - Formulário de GUT x SLA

10. REGISTROS

Nome do registro	Local de arquivamen	Responsável pelo	Tempo de	Descarte
------------------	---------------------	------------------	----------	----------

	to	arquivamento	retenção	
Etiqueta de identificação	Pasta localizada no armário (FIS-058) do setor e na pasta da respectiva Unidade (OneDrive) e SIG	Assistente Administrativo	02 anos físico	Picote
Ordem de Serviço (Contingência)	Pasta localizada no armário (FIS-058) do setor e na pasta da respectiva Unidade (OneDrive) e SIG	Assistente Administrativo	02 anos físico	Picote
Formulário de GUT x SLA	Pasta localizadano armário (FIS-058) do setor e na pasta da respectiva Unidade (OneDrive)	Assistente Administrativo	02 anos físico	Picote

11. HISTÓRICO DAS ALTERAÇÕES

REVISÃO	Nº ITEM	NATUREZA DAS ALTERAÇÕES
00	Todos	Criação do Documento
01	05	Mudança de função
01	06	Melhoria do processo
01	09	Melhoria no formulário

NOTAS
Este procedimento é dinâmico e está sujeito a alterações. Para seu aprimoramento, comentários e sugestões, as críticas devem ser encaminhadas para o SGQ.
As cópias deste documento são controladas pelo SGQ e cabe ao mesmo atualizar e emitir novas versões, sempre que houver uma atualização.

1. OBJETIVO

Manter o controle sobre a movimentação dos equipamentos (chegada e saída do serviço de saúde) minimizando riscos de extravios e garantindo o retorno deles.

2. ABRANGÊNCIA

Todos os equipamentos e acessórios do parque tecnológico do serviço de saúde. Qualquer entrada de equipamento na instituição deverá passar pelos procedimentos abaixo, seja por aquisição, locação, empréstimo, demonstração, retorno de manutenção e contrato de comodato.

3. CONCEITOS E SIGLAS

SIG: Sistema Informatizado de Gestão

OS: Ordem de

Serviço **SS:**

Solicitação de

Serviço **NF:**

Nota Fiscal

EC: Engenharia Clínica

4. MATERIAIS

Formulário do processo

5. RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO E GERENCIAMENTO

CARGOS ENVOLVIDOS	SETOR ENVOLVIDO
Diretor	Direção
Gerente	Todos os setores
Supervisão	Operação
Técnico	Operação
Auxiliar Técnico	Operação
Estagiário Técnico	Operação
Auxiliar Administrativo	Operação
Estagiário Administrativo	Operação
Clientes	Todos os clientes

6. DESCRIÇÃO DOS PASSOS DA ATIVIDADE

6.1 ENTRADA DE EQUIPAMENTO (MOVIMENTAÇÃO)

6.1.1 MOVIMENTAÇÃO EQUIPAMENTOS NOVOS

CABE A UNIDADE/ CLIENTE (SETOR DO ALMOXARIFADO/ SUPRIMENTOS/ PORTARIA DA INSTITUIÇÃO/ PATRIMÔNIO):

- Informar à Engenharia Clínica que o equipamento está disponível para entrada/ retirada;
- Disponibilizar cópia de NF à Engenharia Clínica;
- Patrimoniar o equipamento (aplicável somente para equipamento novo e após aceitação Engenharia Clínica);
- Encaminhar para setor de destino após aceitação da Engenharia Clínica (Se esse processo não estiver amarrado a EC).

CABE À DIREÇÃO/ GERÊNCIA/ SUPERVISÃO DA FISIO-TEC:

- Alinhar com o responsável pelo contrato/ direção do cliente o processo de movimentação da Fisio-Tec com o já existente na unidade.

CABE AO AUXILIAR ADMINISTRATIVO DA FISIO-TEC:

- Receber o comunicado do cliente (Almoxarifado/ Suprimentos/ Portaria/ Patrimônio) (via telefone), que o equipamento chegou na instituição e está disponível para Fisio-Tec;

- Solicitar ao técnico/ Auxiliar Técnico da Físio-Tec que retire o equipamento do Almoxarifado / - Suprimentos/ Portaria/ Patrimônio junto com a NF correspondente ao equipamento;
- Preencher todos os campos do Anexo 01 - Movimentação de Equipamento. Registrar também os respectivos acessórios;
- Coletar assinatura do responsável pela entrega na unidade (se possível) e do setor de entrega (Almoxarifado/ Suprimentos/ Portaria/ Patrimônio) no formulário;
- Realizar cadastro do equipamento no SIG assim que o equipamento chegar na unidade e abrir ordem de serviço para aceitação do equipamento conforme POP FST OPE 009 – Aceitação de equipamentos, após anexar documentação na OS de Aceitação e criar o cronograma de manutenção preventiva.

OBS.: Conforme descrito nas atividades administrativas, criar uma pasta em arquivo físico, dentro da pasta criar outra pasta com entradas pendentes, saídas pendentes e concluídos, ou seja, tudo que é da unidade e saiu tem quem voltar e tudo que entrou e não é da unidade um dia irá sair, desta forma fechamos o processo e deixamos arquivado em concluídos. Para equipamentos novos, riscar o campo saída e encerrar o processo.

CABE AO TÉCNICO DA ENGENHARIA CLÍNICA:

- Conferir o equipamento com a NF na presença do (a) responsável da unidade (Almoxarifado/ Suprimentos/ Portaria/ Patrimônio), para checar que o equipamento e acessórios estão conforme NF. Caso esteja faltando algum item, o equipamento não deverá ser retirado e nem encaminhado para o processo de aceitação. Caso esteja de acordo, encaminhar o equipamento para o processo de aceitação POP FST OPE 009 – Aceitação de equipamentos.

6.1.2 MOVIMENTAÇÃO EQUIPAMENTOS EXISTENTES NA UNIDADE

CABE AO SETOR DO ALMOXARIFADO/ SUPRIMENTOS/ PORTARIA DA INSTITUIÇÃO/ PATRIMÔNIO:

- Informar à Engenharia Clínica que o equipamento está disponível para entrada/ retirada;
- Disponibilizar cópia de NF à Engenharia Clínica;
- Encaminhar para setor de destino após aceitação da Engenharia Clínica (Se esse processo não estiver amarrado a EC).

CABE AO AUXILIAR ADMINISTRATIVO DA FISIO-TEC:

- Receber o comunicado do cliente (Almoxarifado/ Suprimentos/ Portaria/ Patrimônio) (via telefone), que o equipamento chegou na instituição e está disponível para Fisio-Tec;
 - Solicitar ao técnico da Fisio-Tec que retire o equipamento do Almoxarifado / - Suprimentos/ Portaria/ Patrimônio junto com a NF correspondente ao equipamento;
 - Preencher todos os campos do Anexo 01 - Movimentação de Equipamento. Registrar também os respectivos acessórios, usar o mesmo formulário o qual foi registrado a saída. Após a saída e entrada estarem preenchidas, colocar na pasta de concluídos.
 - Coletar assinatura do responsável pela entrega na unidade (se possível) e do setor de entrega (Almoxarifado/ Suprimentos/ Portaria/ Patrimônio) no formulário;
 - Abrir ordem de serviço para aceitação do equipamento conforme POP FST OPE 009 – Aceitação de equipamentos, após anexar documentação na OS de Aceitação.
- Realizar a movimentação no SIG.

OBS.: Conforme descrito POP FST OPE 019 de atividades administrativas, criar uma pasta em arquivo físico, dentro da pasta criar outra pasta com entradas pendentes, saídas pendentes e concluídos, ou seja, tudo que é da unidade e saiu tem quem voltar e tudo que entrou e não é da unidade um dia irá sair, desta forma fechamos o processo e deixamos arquivado em concluídos. Para equipamentos novos, riscar o campo saída e encerrar o processo.

CABE AO TÉCNICO DA FISIO-TEC:

- Conferir o equipamento com a NF na presença do (a) responsável da unidade (Almoxarifado/ Suprimentos/ Portaria/ Patrimônio), para checar que o equipamento e acessórios estão conforme NF e controle de saída. Caso esteja faltando algum item, o equipamento não deverá ser retirado e nem encaminhado para o processo de aceitação. Caso esteja de acordo, encaminhar o equipamento para o processo de aceitação POP FST OPE 009
- Aceitação de equipamentos.

6.2 SAÍDA DE EQUIPAMENTO (MOVIMENTAÇÃO)**CABE AO AUXILIAR ADMINISTRATIVO DA FISIO-TEC:**

- Solicitar ao Técnico que disponibilize o equipamento em embalagem adequada para transporte;
- Preencher todos os campos do formulário de movimentação e coletar assinaturas mencionadas. (Principalmente a da unidade/ cliente);

- Descrever no campo observação do formulário de movimentação todos os acessórios que estão saindo junto com o equipamento;
- Realizar a movimentação no SIG.
- No caso de baixa/ desativação do equipamento passar para a supervisão/ coordenação/ gerência da Fisio-tec para que seja realizado procedimento de acordo com o POP FST OPE 015 – Obsolescência e Baixa de equipamento.
- Solicitar NF de transporte ao setor fiscal da unidade (cliente).
- Chamar transportadora / correio ou transporte definido pela unidade.
- Disponibilizar o equipamento para envio já embalado e seguro para transporte.

CABE AO TÉCNICO ENGENHARIA DA FISIO-TEC:

- Recolher o equipamento no setor (cliente);
- Embalar de forma segura para transporte.
- Anotar todos os acessórios que estão saindo junto com o equipamento;
- Disponibilizar em local de fácil acesso para retirada para transporte.

7. PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

- Não realização da movimentação dos equipamentos

8. NORMAS E REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Manual de Tecnovigilância

ABNT NBR 15943 - Diretrizes para um programa de gerenciamento de equipamentos de infraestrutura deserviços de saúde e de equipamentos para a saúde.

RESOLUÇÃO Nº 2:2010 – Dispõe sobre o gerenciamento de tecnologias em saúde em estabelecimento de saúde.

Boas práticas para aquisição de equipamentos Médicos- hospitalares – ANVISA

Equipamentos médico-hospitalares e o gerenciamento da manutenção – Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2002. Guia para elaboração do Plano de Gestão de equipamentos – Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2012.

Manual para Regularização de Equipamentos Médicos na ANVISA, 2017

9. ANEXOS

Anexo 01 - Movimentação de Equipamento

10. REGISTROS

Nome do registro	Local de arquivamento	Responsável pelo arquivamento	Tempo de retenção	Descarte
Movimentação de Equipamento	Pasta localizada no armário do setor da Engenharia Clínica	Assistente e Auxiliar Administrativo e/ou Auxiliar Técnico	02 anos físico	Picote

11. HISTÓRICO DAS ALTERAÇÕES

REVISÃO	Nº ITEM	NATUREZA DAS ALTERAÇÕES
00	Todos	Criação do Documento
01	05	Mudança de função
01	06	Melhoria do processo

NOTAS

Este procedimento é dinâmico e está sujeito a alterações. Para seu aprimoramento, comentários e sugestões, as críticas devem ser encaminhadas para o SGQ.

As cópias deste documento são controladas pelo SGQ e cabe ao mesmo atualizar e emitir novas versões, sempre que houver uma atualização.

POP ENG CL 009 - ACEITAÇÃO DE EQUIPAMENTO

1. OBJETIVO

Garantir o uso seguro dos equipamentos nos pacientes através da aceitação (verificação), na entrada na unidade, através de testes de funcionalidade, análise de segurança elétrica e calibração.

2. ABRANGÊNCIA

Todos os equipamentos médico-hospitalares do parque tecnológico do serviço de saúde. Qualquer entrada de equipamento na instituição deverá passar pelos procedimentos abaixo, seja por aquisição, locação, empréstimo, demonstração, retorno de manutenção e contrato de comodato.

3. CONCEITOS E SIGLAS

SIG: Sistema Informatizado de Gestão

OS: Ordem de Serviço

SS: Solicitação de Serviço

NF: Nota Fiscal

EC: Engenharia Clínica

4. MATERIAIS

Formulários de registro do processo;

Analisador de Segurança Elétrica devidamente calibrado com rastreabilidade RBC;

Padrão específico para cada equipamento devidamente calibrado com rastreabilidade RBC; Software Certificados;

SIG.

5. RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO E GERENCIAMENTO

CARGOS ENVOLVIDOS	SETOR ENVOLVIDO
Diretor	Direção

Gerencia	Todos os setores
Supervisão	Operação
Técnico	Operação
Auxiliar Técnico	Operação
Estagiário Técnico	Operação
Auxiliar Administrativo	Operação
Estagiário Administrativo	Operação
Clientes	Todos os clientes

6. DESCRIÇÃO DOS PASSOS DA ATIVIDADE

Após processo de movimentação POP FST OPE 008 – MOVIMENTAÇÃO DE EQUIPAMENTOS, todo equipamento deve passar por uma Aceitação que é composto de: teste de funcionalidade, Análise Segurança Elétrica e Calibração.

Nota¹: O processo de aceitação deverá ser realizado no prazo máximo de 10 dias após movimentação ou conforme programação de entrega informada pelo setor de compras.

COMPETE A DIREÇÃO/ GERENCIA/ SUPERVISÃO DA FISIO-TEC:

- Orientar quanto à adequação do plano de manutenção preventiva e calibração do equipamento conforme orientação do fabricante e/ou legislação (periodicidade, *Checklist*) e/ou necessidades do setor;

Obs: Como é um equipamento novo, consultar o prazo de garantia para adequação do cronograma de manutenção.

COMPETE AO AUXILIAR ADMINISTRATIVO DA FISIO-TEC:

- Disponibilizar formulário conforme Anexo 01 - Aceitação do Equipamento, formulário de Análise Segurança Elétrica conforme POP FST OPE 006 - Análise Segurança elétrica e formulário de Calibração conforme POP FST OPE 005 - Calibração ao Técnico;

- Conferir se cópia da NF está junto ao formulário de Aceitação de Equipamentos (equipamentos novos e retorne de manutenção externa);

- Identificar no formulário o tipo de entrada (Aquisição – substituição parque tecnológico, Aquisição – aumento parque tecnológico, retorno manutenção, comodato, demonstração, empréstimo, devolução, locação ou doação);

- Cadastrar o equipamento no SIG (equipamento novos).
- Solicitar ao fornecedor o manual em meio digital e anexar na biblioteca do sismetro.
- Criar plano de Manutenção Preventiva e Calibração após aceitação do técnico. Colocar a periodicidade que deve ser de acordo com a orientação da Supervisão/ Coordenação/ Engenharia ou manual do fabricante;
- Verificar junto ao setor de compras se o treinamento foi lançado na compra do equipamento;
- Abrir SS de aceitação para registro de horas dos técnicos, logo após o cadastro.
- Agendar treinamento com o fornecedor caso seja notificado no formulário de aceitação pelos setores (clientes) e comunicar a todos os interessados;

OBS.: Entrar em contato com o fornecedor e pedir autorização formal (e-mail) para abrir a caixa e instalar equipamento médico-hospitalar. Caso não seja autorizado, aguardar visita do mesmo. No ato da visita seguir os procedimentos descritos acima.

OBS: Para os auxiliares Administrativos locais, executar todas as atividades acima, para os auxiliares administrativos de suporte (sede) as atividades de cadastramento e registro no sistema ficam por conta do técnico executante. O Auxiliar administrativo sede fica como apoio e poderá ajudar o técnico nessas atividades.

COMPETE AO TÉCNICO/ AUXILIAR TÉCNICO DA FISIO-TEC:

- Fazer os testes de funcionamento.
- Fazer Análise de Segurança Elétrica quando aplicável, conforme POP FST OPE 006 - Análise Segurança elétrica;
- Fazer calibração quando aplicável, conforme POP FST OPE 005 - Calibração;
- Preencher o formulário de aceitação conforme Anexo 01 - Aceitação do Equipamento.
- Verificar junto ao enfermeiro responsável pelo setor a necessidade de treinamento;
- Solicitar o aceite da área assistencial no formulário Anexo 01 - Aceitação do Equipamento;
- Solicitar ao auxiliar administrativo que gere o certificado e colocar junto aos demais documentos na SS.
- Cadastrar o equipamento no SIG (equipamento novos).
- Solicitar ao fornecedor o manual em meio digital e anexar na biblioteca do sismetro.
- Criar plano de Manutenção Preventiva e Calibração após aceitação do técnico. Colocar a periodicidade que deve ser de acordo com a orientação da Supervisão/ Coordenação/ Engenharia ou manual do fabricante;
- Verificar junto ao setor de compras se o treinamento foi lançado na compra do equipamento;

- Abrir SS de aceitação para registro de horas dos técnicos, logo após o cadastro.
 - Agendar treinamento com o fornecedor caso seja notificado no formulário de aceitação pelos setores (clientes) e comunicar a todos os interessados;
- OBS.:** Entrar em contato com o fornecedor e pedir autorização formal (e-mail) para abrir a caixa e instalar equipamento médico-hospitalar. Caso não seja autorizado, aguardar visita do mesmo. No ato da visita seguir os procedimentos descritos acima.
- Fechar a SS informado o que foi realizado.
 - Entregar para o auxiliar administrativo a aceitação, nf, análise segurança elétrica e calibração, para arquivamento em meio físico;

COMPETE AO RESPONSÁVEL DA UNIDADE:

Receber o equipamento; Testar o equipamento;
Pontuar a necessidade de treinamento; Assinar formulário de aceitação.

7. PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

- Não realização da aceitação / verificação funcional de equipamento;
- Erro no registro da aceitação / verificação funcional de equipamento.

8. NORMAS E REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

NR32 - Segurança e Saúde no Trabalho em
Serviço de Saúde Manual de Tecnovigilância

ABNT NBR 15943 - Diretrizes para um programa de gerenciamento de equipamentos de infraestrutura de serviços de saúde e de equipamentos para a saúde.

ABNT NBR ISSO/ IEC 60601:2012 – Requisitos gerais para equipamentos eletromédicos.

RESOLUÇÃO Nº 2:2010 – Dispõe sobre o gerenciamento de tecnologias em saúde em estabelecimento de saúde.

Boas práticas para aquisição de equipamentos Médicos- hospitalares – ANVISA

Equipamentos médico-hospitalares e o gerenciamento da manutenção – Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2002. Guia para elaboração do Plano de Gestão de equipamentos – Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2012.

9. ANEXOS

Anexo 01 – Aceitação de Equipamento

10. REGISTROS

Nome do registro	Local de arquivamento	Responsável pelo arquivamento	Tempo de retenção	Descarte
Aceitação de Equipamento	SIG e pasta localizada no armário do setor da Engenharia Clínica	Assistente e Auxiliar Administrativo e/ou Auxiliar Técnico	02 anos físico	Picote

11. HISTÓRICO DAS ALTERAÇÕES

REVISÃO	Nº ITEM	NATUREZA DAS ALTERAÇÕES
00	Todos	Criação do Documento
01	05	Mudança de função
01	09	Melhoria no formulário

NOTAS

Este procedimento é dinâmico e está sujeito a alterações. Para seu aprimoramento, comentários e sugestões, as críticas devem ser encaminhadas para o SGQ.

As cópias deste documento são controladas pelo SGQ e cabe ao mesmo atualizar e emitir novas versões, sempre que houver uma atualização.

POP ENG CL 010 - VALIDAÇÃO DE CERTIFICADOS

1. OBJETIVO

Garantir a validação dos certificados comprobatórios da realização dos serviços de

calibração sobre os equipamentos da contratante, verificando se o valor medido está dentro da tolerância determinada.

2. ABRANGÊNCIA

Este procedimento é aplicável a todos os setores que possuem equipamentos médico-hospitalares que passam pelo processo de calibração POP FST OPE 005 – Calibração de Equipamentos.

3. CONCEITOS E SIGLAS

SIG: Sistema Informatizado de Gestão

OS: Ordem de Serviço

EC: Engenharia Clínica

4. MATERIAIS

SIG;

Laudo de Calibração

5. RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO E GERENCIAMENTO

CARGOS ENVOLVIDOS	SETOR ENVOLVIDO
Diretor	Direção
Gerência	Todos os setores
Supervisão	Operação
Técnico	Operação
Auxiliar Técnico	Operação
Estagiário Técnico	Operação
Auxiliar Administrativo	Operação
Estagiário Administrativo	Operação
Clientes	Todos os clientes

6. DESCRIÇÃO DOS PASSOS DA ATIVIDADE

A Validação consiste em somar a "Incerteza" com "tendência" e comparar com a faixa de tolerância definida no anexo 01 - Tabela de Adequação ao Uso dos Equipamentos Sujeitos a Controle Metrológico.

Todas as avaliações devem possuir amostragens de ensaio superior ou igual a 03 (três) (salvo algumas exceções) e para aprovação (validação) todas as amostragens devem apresentar resultados dentro dos parâmetros de tolerância, basta uma amostragem fora da faixa de tolerância para reprovar o equipamento.

O conceito acima também se aplica para os equipamentos com mais de um parâmetro. Ex.: Incubadora: Foram feitos 03 ensaios dos seguintes parâmetros:

Temperatura e Umidade.

"Os parâmetros devem apresentar resultados dentro da faixa de tolerância".

- Para analisar os certificados de calibração deve-se usar uma tabela onde define a tolerância de cada padrão.

6.1 VALIDAÇÃO DE CERTIFICADO

CABE AO TÉCNICO, AUXILIAR TÉCNICO/ ADMINISTRATIVO, SUPERVISOR, GERENTE, DIRETOR DAFISIO-TEC

Realizar a validação dos certificados de terceiros conforme anexo 01 - Tabela de Adequação ao Uso dos Equipamentos Sujeitos a Controle Metrológico, utilizar carimbo aprovado ou reprovado.

No processo de validação somar a "Incerteza" com "tendência" e comparar com a faixa de tolerância definida no Anexo 01 - Tabela de Adequação ao Uso dos Equipamentos Sujeitos a Controle Metrológico, caso esteja dentro do valor colocar como **aprovado**, data da validade (considerar o último dia do mês) do certificado e responsável pela aprovação (nome legível), caso esteja com algum valor fora da faixa de tolerância colocar como **reprovado** e encaminhar o equipamento para a manutenção corretiva. Após reparo, repetir o procedimento de Calibração conforme POP FST OPE 005 - Calibração de Equipamento Médico Hospitalar.

Obs: Este procedimento só deve ser realizado em certificados de terceiros e nos certificados emitidos pela Fisio- tec que não tiverem os critérios de tolerância lançados na emissão dos certificados.

CABE AO AUXILIAR ADMINISTRATIVO DA FISIO-TEC:

- Emitir certificado com os parâmetros de tolerância definidos pela instituição através do anexo 01 - Tabela de Adequação ao Uso dos Equipamentos Sujeitos a Controle Metrológico.
- Lançar na SS do SIG os certificados (laudos) assim que forem confeccionados. No caso de certificados externos, anexar após validação. Obs: Anexar os certificados reprovados também.

CABE AO RESPONSÁVEL PELO CONTRATO/ RESPONSÁVEL SETORIAL/ GERENTE DE ENFERMAGEM OU DEFINIÇÃO DA DIREÇÃO

- Selecionar OS encerradas à receber
- Acessar o menu documentos dentro da OS
- Conferir os certificados de Calibração e checar se o erro (tendência + incerteza) está dentro da tolerância definida no anexo 01 - Tabela de Adequação ao Uso dos Equipamentos Sujeitos a Controle Metrológico. Caso esteja de acordo, aceitar a OS.

No processo de validação somar a "Incerteza" com "tendência" e comparar com a faixa de tolerância definida no Anexo 01 - Tabela de Adequação ao Uso dos Equipamentos Sujeitos a Controle Metrológico, caso esteja dentro do valor colocar como **aprovado**, data da validade (considerar o último dia do mês) do certificado e responsável pela aprovação (nome legível), caso esteja com algum valor fora da faixa de tolerância colocar como **reprovado** e encaminhar o equipamento para a manutenção corretiva. Após reparo, repetir o procedimento de Calibração conforme POP FST OPE 005 – Calibração de Equipamento Médico Hospitalar.

Obs: A validação de certificados de calibração pode ser realizada por qualquer pessoa que tenha sido treinada/ qualificada na tabela de limites de tolerância conforme anexo 01 - Tabela de Adequação ao Uso dos Equipamentos Sujeitos a Controle Metrológico.

6.2 IDENTIFICAÇÃO DOS PARÂMETROS

Para cada parâmetro usar unidade de medida, segue abaixo:

PARÂMETRO	UNIDADE DE MEDIDA
Frequência Cardíaca	Bpm
SPO2 (Saturação)	%O2
PNI Hipotensão (pressão não invasiva)	mmHg
PNI Normal (pressão não invasiva)	mmHg
PNI Hipertensão (pressão não invasiva)	mmHg
Pressão Invasiva (PAM)	mmHg
Volume	ml
FIO2	%O2
Pressão Inspiratória(arterial)	cmH2O
Energia	Joule
Peso	Kg (quilograma)
Fluxo	l/min
Temperatura	°C (Graus Celsius)
Umidade	% (H2O)
Sevoflurane	Vol%
Isoflurane	Vol%
Nível Sonoro	<i>dB</i>
Potência	W (watts)
Frequência	Rpm ou Hz (hertz)

7. PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

- Não realização da avaliação da validação.

8. NORMAS E REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR ISO 10012: Sistemas de gestão de medição - Requisitos para os processos de medição e equipamentos de medição. ABNT, 2004.

Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR ISO/IEC 17025: Requisitos gerais para a competência de laboratórios de ensaio e calibração. ABNT, 2005.

Vocabulário Internacional de Metrologia: Conceitos fundamentais e gerais e termos associados (VIM 2012). Duque de Caxias, RJ: INMETRO, 2012.

Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR IEC 60601-1-1: Esta Norma se aplica a segurança de sistemas eletromédicos. Descreve as prescrições de segurança relativas aos sistemas eletromédicos no intuito de possibilitar a proteção do paciente, do operador e do ambiente. ABNT, 2004.

9. ANEXOS

Anexo 01 – Tabela de Adequação ao Uso dos Equipamentos

10. REGISTROS

Nome do registro	Local de arquivamento	Responsável pelo arquivamento	Tempo de retenção	Descarte
Tabela de Adequação ao Uso dos Equipamentos	Pasta localizada no armário do setor da Engenharia Clínica	Assistente e Auxiliar Administrativo e/ou Auxiliar Técnico	02 anos físico	Picote

11. HISTÓRICO DAS ALTERAÇÕES

REVISÃO	Nº ITEM	NATUREZA DAS ALTERAÇÕES
00	Todos	Criação do Documento
01	05	Mudança de função
01	06	Mudança de função
01	09	Melhoria no formulário

NOTAS
Este procedimento é dinâmico e está sujeito a alterações. Para seu aprimoramento, comentários e sugestões, as críticas devem ser encaminhadas para o SGQ.
As cópias deste documento são controladas pelo SGQ e cabe ao mesmo atualizar e emitir novas versões, sempre que houver uma atualização.