

<b>PLANO DE TRABALHO</b>	
<b>1 – DADOS GERAIS DA PROPONENTE</b>	
Nome: INSTITUTO JURÍDICO PARA EFETIVAÇÃO DA CIDADANIA E SAÚDE – AVANTE SOCIAL	
CNPJ: 03.893.350/0001-12	
Endereço: Rua José Hemetério Andrade, 950, 5º e 6º Andar	
Bairro: Buritis	CEP: 30493-180
Telefones: (31) 32955655 / 99375-0130	E-MAIL da Instituição: institucional@avantesocial.org.br
Cidade: Belo Horizonte	UF: MG
<b>2 – IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL LEGAL DO PROPONENTE</b>	
Nome: Viviane Tompe Souza Mayrink	
Nº do CPF: 032.198.616-44	Nº do RG/Órgão Expedidor: M-7.246.797/SSP-MG
Cargo: Presidente	
Endereço: Rua dos Guajajaras, 1934	CEP: 30180-101
Bairro: Lourdes	
Telefones: (31) 3295-5655 / 99375-0130	E-mail: viviane.mayrink@avantesocial.org.br
Cidade em que reside: Belo Horizonte	UF: MG
<b>3 – IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL TÉCNICO PELO PROJETO</b>	
Nome: Geylton Langholz da Silva Pereira	
Área de Formação: Administração	Nº do Registro no Conselho Profissional: 01-064455/D
Endereço: Rua Joaquim Gonçalves Pimenta, 697, Apto 403	CEP: 30520-450
Bairro: Camargos	
Telefone do Técnico: (31) 98375-6537	E-mail do Técnico: geylton.pereira@avantesocial.org.br
Cidade em que reside: Belo Horizonte	UF: MG
<b>4 – OUTROS PARTICIPES</b>	
Nome:	
CGC/CPF:	
Endereço:	CEP:

## 5 – DESCRIÇÃO DA REALIDADE

Fundado em junho de 2000, o Instituto Jurídico para Efetivação da Cidadania e Saúde – Avante Social, é uma organização social sem fins lucrativos, certificada como Entidade Beneficente de Assistência Social – CEBAS, conforme portaria nº 91, de 08 de maio de 2019, do Ministério da Cidadania, cujo trabalho é disseminar a temática de direitos humanos, fomentando a criação de programas capazes de articular a promoção do homem com o desenvolvimento social, econômico e cultural da localidade onde vive buscando assegurar a plena realização do direito de desenvolvimento, engajando instituições públicas e privadas no processo participativo de formulação e de implementação de políticas públicas voltadas para a redução das desigualdades econômicas, sociais e culturais promovendo a efetividade dos direitos socioeconômicos como o trabalho, a educação e a saúde, dentre outros, como forma de garantir a aplicação dos direitos políticos e civis da pessoa humana assegurando assim a participação democrática da população no processo de promoção da efetividade dos direitos fundamentais a todo o ser humano.

O Avante Social atua de maneira incisiva na promoção da saúde de forma gratuita, desenvolvendo ações e projetos de gestão de unidades de saúde de baixa, média e alta complexidade, além dos atendimentos jurídicos e psicossociais gratuitos, que beneficiam milhares de pessoas entre crianças, jovens, adolescentes, adultos, idosos e suas famílias na execução de políticas públicas de promoção e proteção de direitos dos beneficiados pelas suas inúmeras frentes de atuação.

Desde 2000 o Avante Social se dedica em ajudar o próximo, oferecendo assessoria jurídica e psicossocial, assistência social na área da saúde e diversos outros serviços sociais. O ser humano pode, e tem a capacidade, de se reinventar e mudar sempre para melhor, e é isso que nos move. O trabalho social é a nossa força e somos gratos por perceber a mudança que podemos gerar na vida de muitas pessoas.

Atuamos em todo território nacional desenvolvendo projetos com foco na pesquisa e inovação das práticas tecnológicas para a gestão da área da saúde. Trabalhamos pela qualidade da operacionalização dos serviços de atendimento.

Com base nos princípios que norteiam nossa atuação, como promover de forma sustentável e eficiente a melhoria da qualidade de vida do cidadão no âmbito da saúde; do desenvolvimento social; da cultura; da defesa do meio ambiente; do desenvolvimento socioambiental sustentável; de defesa de direitos estabelecidos; promoção da ética; da paz; da cidadania; dos direitos humanos; da democracia; da humanização do atendimento e da ética e qualidade do serviço prestado.

Dentre as vantagens em contratar o Avante Social podemos destacar: Atendimento Humanizado (Projetos de consultoria e capacitação tecnológica de profissionais da saúde, para um atendimento próximo e satisfatório); Economia (Mínimo de custos possíveis, visando a promoção de resultados, administração correta e boa distribuição de tarefas e atividades); Eficiência (Programa de educação continuada e constante busca por melhorias, com soluções que garantem a qualidade na gestão do setor); Desburocratização (Dinamização e simplificação do funcionamento da Administração Pública); Transparência (Profissionais capacitados para o desenvolvimento da prestação de contas e análise documental e de desempenho); Qualidade (Garantia do aprimoramento das atividades e práticas na área da saúde por meio de acompanhamento de profissionais); e Gestão Compartilhada.

O Avante Social trabalha para mudar a situação da saúde pública no Brasil. Apresentamos uma evolução no gerenciamento e administração de Hospitais, Unidades de Saúde e UPA (Unidades de Pronto Atendimento), além de serviços como PSF (Programa da Saúde da Família) e SAMU (Serviços de Atendimento Móvel de Urgência). Por meio de programas de educação continuada, também realizamos consultoria e capacitação tecnológica de profissionais.

Nossas soluções permitem que os pacientes tenham uma nova experiência com o sistema de saúde pública, reconhecendo os diferenciais desde o atendimento humanizado, com um sistema atencioso e próximo, até a redução da fila de espera, com maior número de médicos, medicamentos e equipamentos tecnológicos.

O Avante Social valoriza o indivíduo, atuando com ética e responsabilidades, e buscando de forma permanente a melhoria dos processos e dos resultados e a satisfação dos seus usuários tendo como objetivos:

Atender os pacientes com dignidade respeito, de modo universal e igualitário, mantendo sempre a qualidade na prestação de serviço, cumprindo com os preceitos éticos e morais estabelecidos pelos conselhos de classe dos profissionais que atuam no objeto do presente projeto.

Reconhecer, no processo de descentralização, o fortalecimento do poder local, enquanto espaço para gerir e integrar as políticas públicas.

Apoiar o município e as comunidades com a metodologia da construção de indicadores que reflitam os diferentes paradigmas de desenvolvimento na formulação, monitoramento e avaliação.

Recolocar os valores da cidadania, concomitantemente, à construção de direitos e responsabilidades pelos diferentes fatores sociais, sejam eles governamentais ou não.

Sermos verdadeiramente comprometidos com o processo de desenvolvimento econômico e a preservação ambiental, sempre objetivando a melhoria da qualidade de vida da população.

Capacitar profissionais tendo como referência uma nova mentalidade de gestão, que seja preventiva e interativa em urgências, com intuito de incorporar e preservar saberes derivados de experiências e vivências tradicionais. Prestar um atendimento com resolutividade e responsabilidade, orientando, quando for o caso, o paciente e a família relação a outros serviços de saúde.

Zelar pela qualidade das ações e do pessoal contratado que se encontrarem-se em efetivo exercício em consonância as orientações emanadas do parceiro.

O Avante Social, possui vasta experiência de atuação na área do terceiro setor, como organização social de saúde, principalmente em função do qualificado corpo técnico que compõe a instituição, tendo se consolidado na execução dos seus projetos como um importante parceiro dos municípios onde exerceu projeto de gestão.

Uma vez que o Avante Social encontra-se devidamente qualificado, como Organização Social de Saúde, o que o habilita participar do presente processo; vem reforçar que possui a expertise técnica necessária para operacionalizar, gerenciar e executar as ações e serviços da Unidade de Pronto Atendimento UPA 24h, assegurando a assistência universal e gratuita à população referenciada.

O Avante Social possui vasta experiência em serviços de saúde, conforme descrição a seguir e atestados de capacidade técnica anexos:

- **UPA TIAGO CARDOSO – MATEUS LEME/MG:** O Avante Social atua, desde 2018, no gerenciamento, operacionalização e execução dos serviços de urgência e emergência da Unidade de Pronto Atendimento do Município de Mateus Leme/MG. A unidade conta com 02 leitos clínicos; 02 Leitos de suporte ventilatório pulmonar; 03 leitos de estabilização; 03 leitos de observação feminino; 03 leitos de observação masculino; 01 leito de observação indiferenciado; e 03 leitos de observação pediátrico.



- **HOSPITAL SÃO GABRIEL – SÃO GABRIEL DA PALHA/ES:** O Avante Social, desde 2019, atua na gestão em serviços de saúde de urgência e emergência ambulatoriais, hospitalares e cirurgias eletivas do Hospital São Gabriel, em Termo de Colaboração firmado com o município de São Gabriel da Palha/ES. A unidade conta com 04 leitos cirúrgicos; 16 leitos clínicos; e 01 leito de isolamento.



- **HOSPITAL DE CAMPANHA – MATEUS LEME/MG:** O Avante Social realiza, no ano de 2020, o gerenciamento, operacionalização e execução dos serviços de urgência e emergência do Hospital de Campanha do Município de Mateus Leme/MG. A unidade contou com 06 leitos de UTI e 10 leitos de enfermaria;



- **LEITOS DE UTI COVID:** O Avante Social, em 2020, firmou contrato com a Secretaria de Estado de Saúde Pública – SESAP, do Rio Grande do Norte, para a implantação, gestão e operacionalização de 20 leitos de UTI-COVID no Município de Natal/RN, instalados anexo ao Hospital Colônia Dr. João Machado, e 10 leitos de UTI-COVID no município de Macaíba/RN, instalados anexo ao Hospital Regional Alfredo Mesquita Filho, totalizando 30 leitos de UTI;



- **SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU 192:** Desde 2020 a Avante Social atua no gerenciamento e execução das atividades, ações e serviços na área de atendimento pré-hospitalar móvel no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 nas regiões Norte, Polinorte, Polo Sul e Noroeste do Espírito Santo, abrangendo 56 municípios, sendo estes, 04 Contratos de Gestão.



- **SERVIÇOS DE GESTÃO DE SAÚDE EM UNIDADES OU SERVIÇOS DE SAÚDE E SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS:** Desde março de 2021 a Avante Social atua na prestação de serviços de gestão de unidades e serviços de saúde e de prestação de serviços médicos especializados à Instituição de Cooperação Intermunicipal do Médio Paraopeba – ICISMEP, com gestão de 86 unidades e oferta de 30 especialidades médicas, sendo estas: Cirurgia Geral; Geriatria; Cardiologia; Anestesiologia; Mastologia; Proctologia; Angiologia; Oftalmologia; Dermatologia; Ortopedia e Traumatologia; Otorrinolaringologia; Reumatologia; Infectologia; Hematologia; Cirurgia Vascular; Clínica Médica; Endocrinologia; Ginecologia e Obstetrícia; Medicina da Família e Comunidade; Medicina de Emergência; Medicina do Trabalho; Medicina Intensiva; Neurologia; Pediatria; Pneumologia; Psiquiatria; Radiologia e Diagnóstico por Imagem; Urologia e Gastroenterologia.
- **HOSPITAL E MATERNIDADE REGIONAL DE IBIRITÉ/MG:** No período de 26 de março a 31 de outubro de 2021, o Avante Social prestou serviços à Instituição de Cooperação Intermunicipal do Médio Paraopeba – ICISMEP, por meio do gerenciamento, operacionalização e execução dos serviços e ações de saúde do Hospital e Maternidade Regional de Ibirité/MG. A unidade conta com 130 leitos, sendo 15 de suporte ventilatório pulmonar COVID-19; 20 de UTI adulto para síndrome respiratória aguda grave – SRAG – COVID-19; 02 unidades de isolamento; 10 UTI adulto tipo II; 09 de cirurgia

geral; 39 leitos clínicos; 15 leitos de obstetrícia cirúrgica; 03 leitos de obstetrícia clínica; 11 leitos pediátricos; e 06 leitos de cuidados intermediários neonatal convencional.



- **MATERNIDADE MUNICIPAL DE SALTO DE PIRAPORA/SP:** Desde janeiro de 2022 a Avante Social atua no Gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde junto à Maternidade Municipal de Salto de Pirapora/SP. A unidade conta com 01 leito ginecológico; 03 leitos obstétricos clínicos; 02 leitos obstétricos cirúrgicos; 02 leitos pediátricos; 05 leitos ambulatoriais de observação feminino; 02 leitos ambulatoriais de observação pediátrico; 02 leitos cirúrgicos hospitalar; 03 leitos de pré-parto; e 05 leitos de alojamento.



- **SERVIÇOS MÉDICOS DE ATENÇÃO BÁSICA – CISREC:** Desde fevereiro de 2022 a Avante Social atua na Operacionalização da gestão compartilhada entre o CISREC, com intermédio das Secretarias Municipais de Saúde dos Municípios Consorciados e a OS (Organização de Serviços de Saúde), visando à prestação de serviços médicos a serem prestados pela entidade nas Equipes de

Estratégia e Saúde da Família dos Municípios Consorciados sem garantia de consumo mínimo e com pagamento por produção, de acordo com a Tabela própria de Serviços Médicos.



- **PRONTO SOCORRO CENTRAL, MATERNIDADE MUNICIPAL ZORAIDE EVA DAS DORES E PRONTO SOCORRO JACIRA EM ITAPECERICA DA SERRA/SP:** Desde junho de 2022 o Avante executa a gestão de 03 unidades de saúde no município de Itapequerica da Serra/SP, sendo o Pronto Socorro Central com 35 leitos; Maternidade Municipal Zoraide Eva das Dores com 45 leitos, e o Pronto Socorro Jacira com 17 leitos.



- **SERVIÇOS MÉDICOS PLANTONISTAS – CISREC:** Desde julho de 2022 o Avante Social atua na Operacionalização da gestão compartilhada entre o CISREC, com intermédio das Secretarias Municipais de Saúde dos Municípios Consorciados e a OS (Organização de Serviços de Saúde), visando o fornecimento de serviços médicos plantonistas a serem prestados em unidades de saúde dos Municípios Consorciados sem garantia de consumo mínimo e com pagamento por produção, de acordo com a Tabela própria de Serviços Médicos.

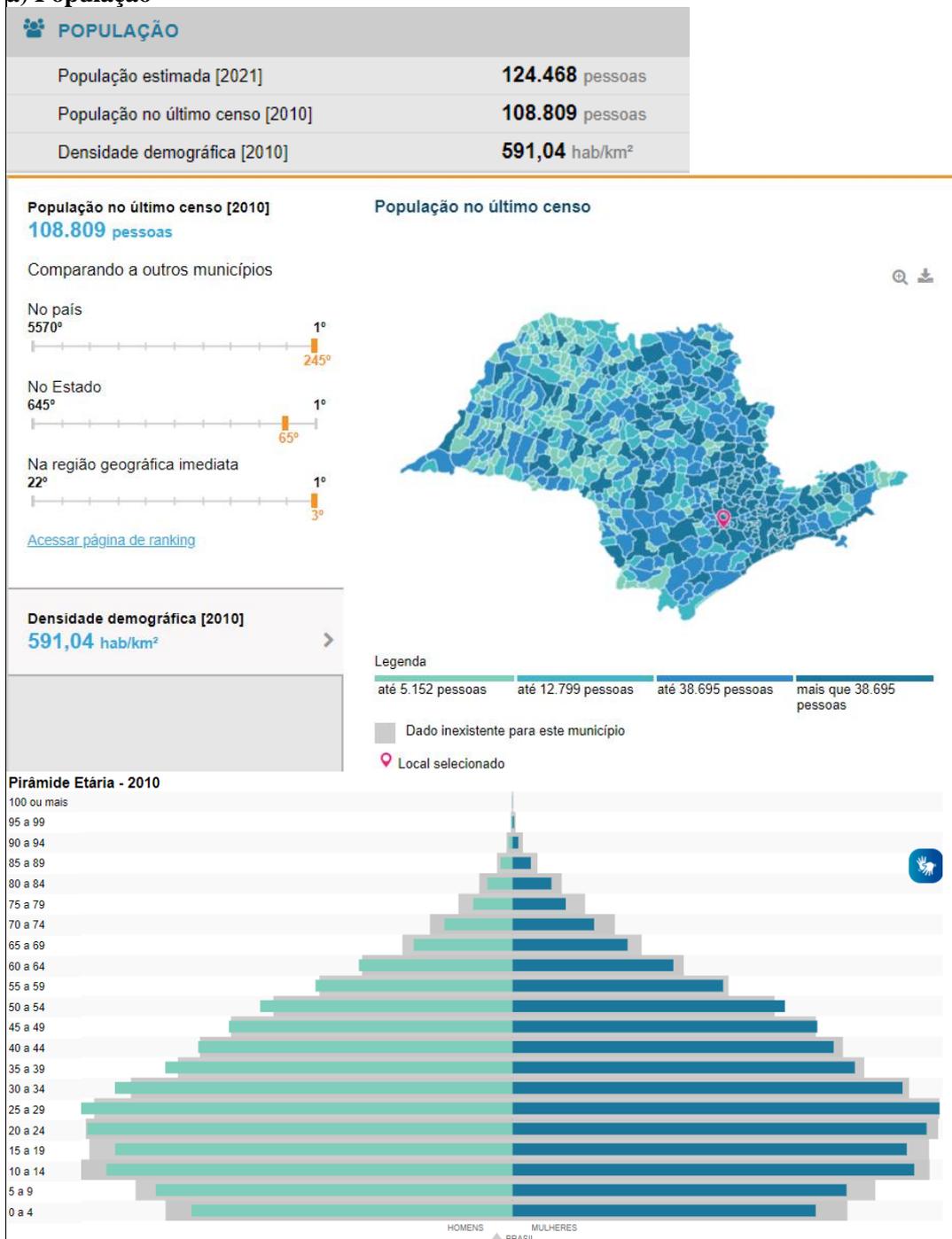
Além das unidades gerenciadas, o Avante Social dispõe de profissional médico (Responsável Técnico), e profissionais RT de enfermagem altamente qualificados e com vasta experiência na área da saúde e gestão de serviços de saúde.

O Avante Social encontra-se devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais – CRM/MG e no Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais – COREN.

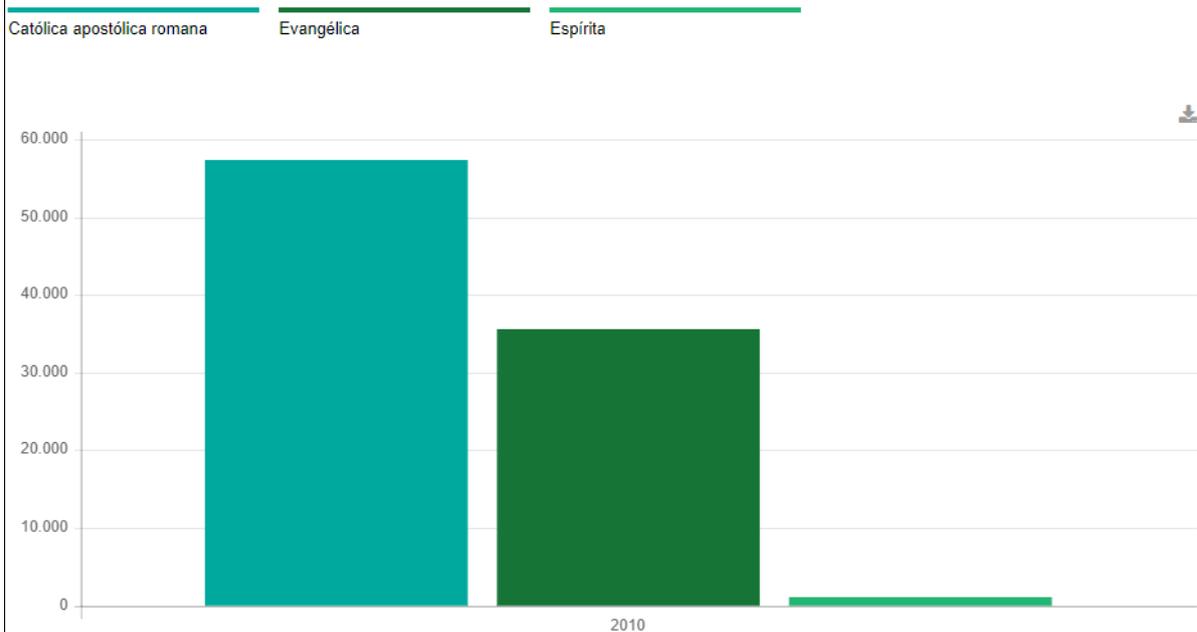
## Realidade do Município de Votorantim/SP

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, o município de Votorantim/SP apresenta as seguintes características sociodemográficas e econômicas:

### a) População



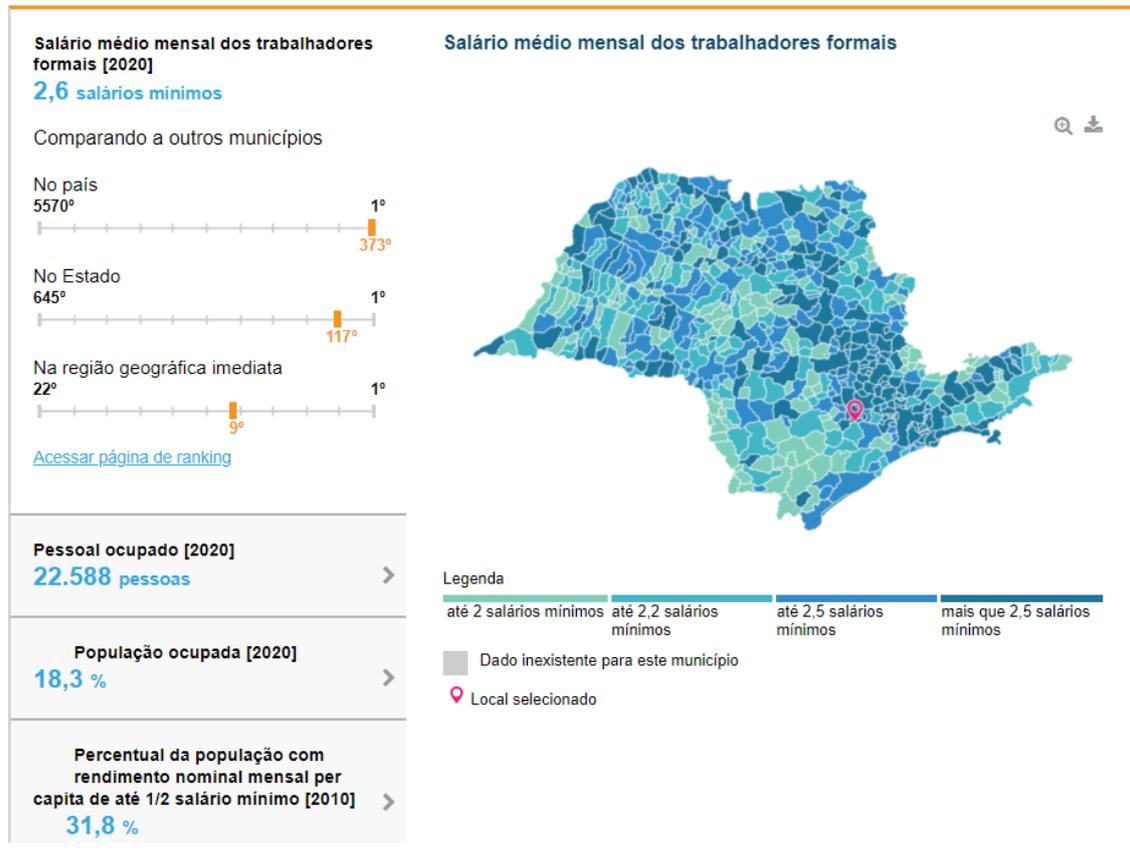
**População residente por religião** ( Unidade: pessoas )



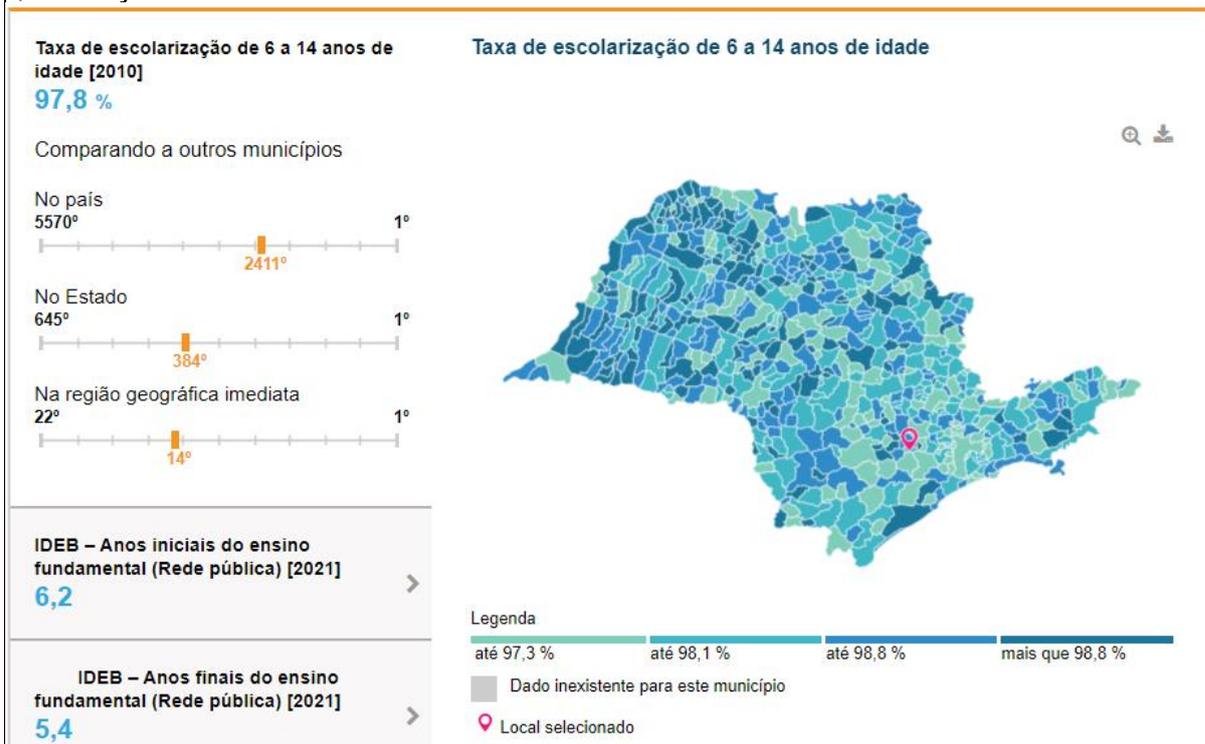
**b) Trabalho e rendimento**

**Trabalho e Rendimento**

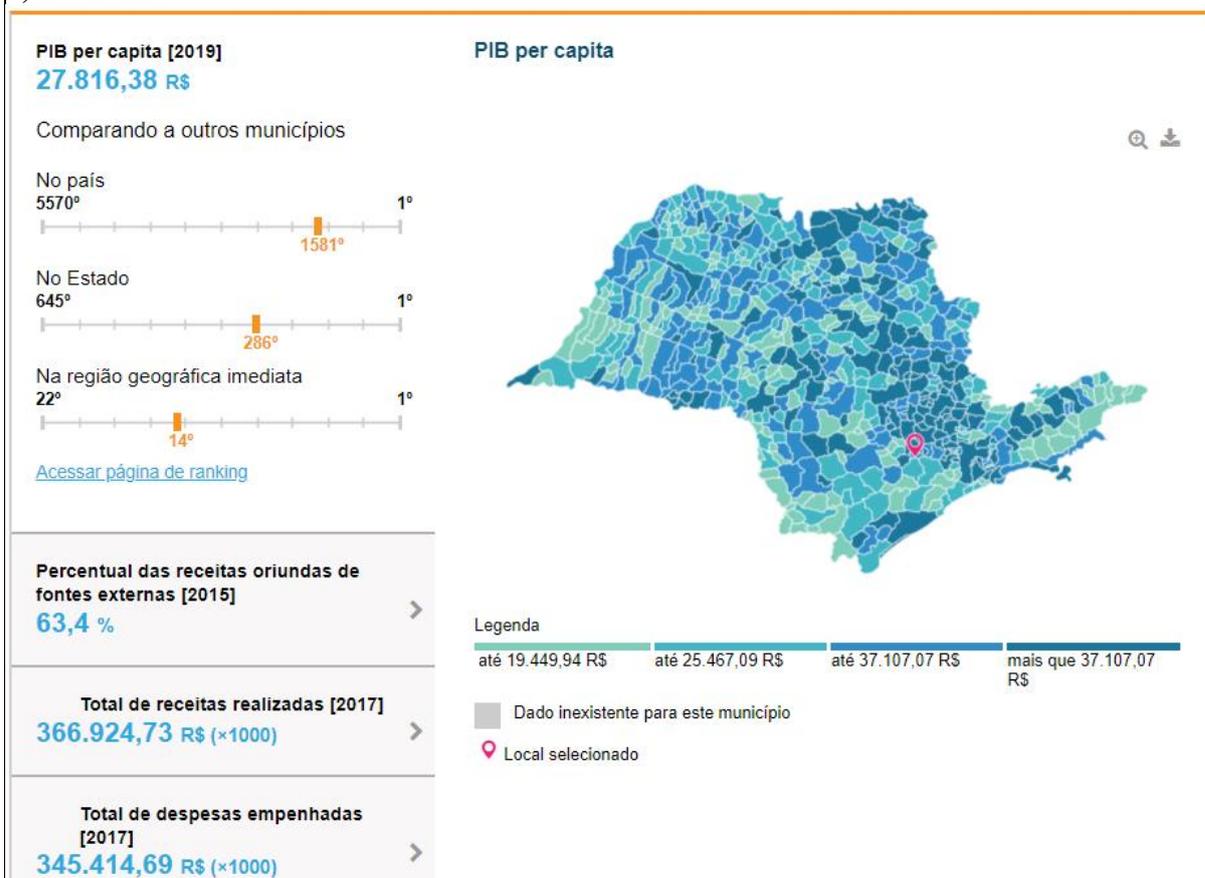
Em 2020, o salário médio mensal era de 2,6 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 18,3%. Na comparação com os outros municípios do estado, ocupava as posições 117 de 645 e 369 de 645, respectivamente. Já na comparação com cidades do país todo, ficava na posição 373 de 5570 e 1622 de 5570, respectivamente. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, tinha 31,8% da população nessas condições, o que o colocava na posição 296 de 645 dentre as cidades do estado e na posição 4330 de 5570 dentre as cidades do Brasil.



### c) Educação



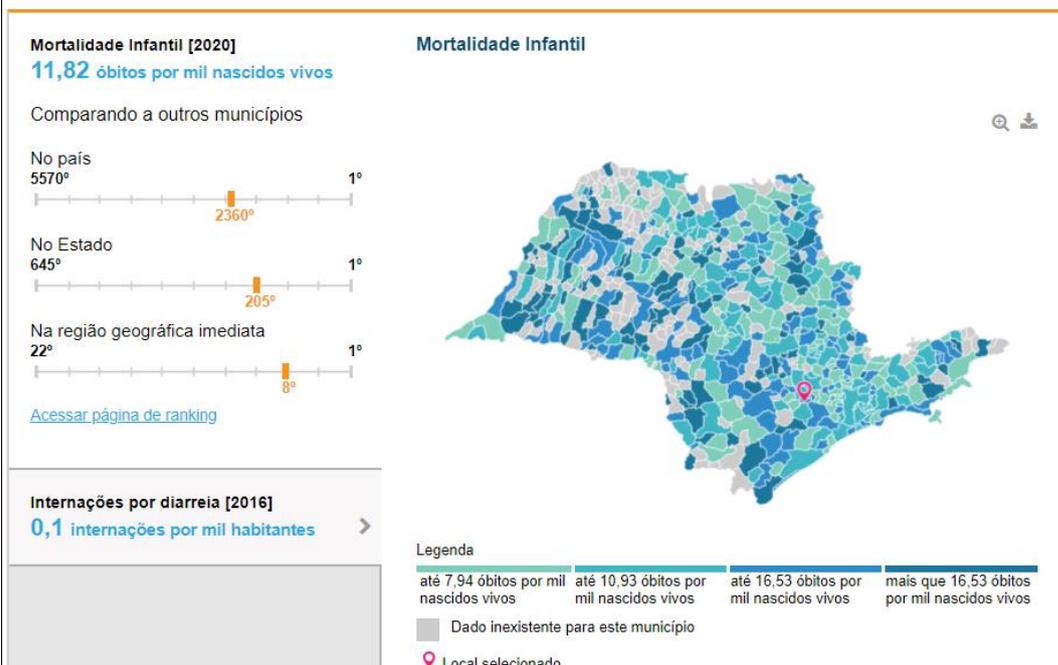
### d) Economia



### e) Saúde

## Saúde

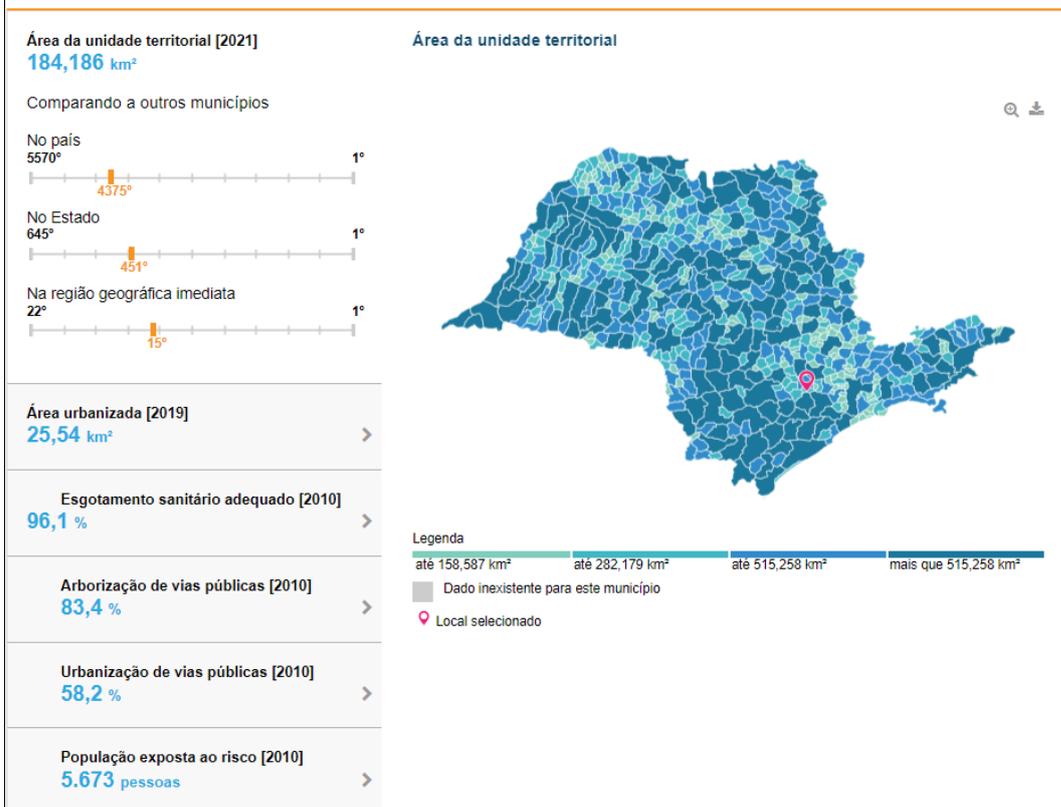
A taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 11,82 para 1.000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias são de 0,1 para cada 1.000 habitantes. Comparado com todos os municípios do estado, fica nas posições 205 de 645 e 465 de 645, respectivamente. Quando comparado a cidades do Brasil todo, essas posições são de 2360 de 5570 e 4734 de 5570, respectivamente.



## f) Território e Ambiente

### Território e Ambiente

Apresenta 96,1% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 83,4% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 58,2% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio). Quando comparado com os outros municípios do estado, fica na posição 117 de 645, 458 de 645 e 44 de 645, respectivamente. Já quando comparado a outras cidades do Brasil, sua posição é 150 de 5570, 2134 de 5570 e 245 de 5570, respectivamente.



Segundo o diagnóstico comunitário do Centro de Assistência e Desenvolvimento Integral – CADI, o município

apresenta as seguintes vulnerabilidades:

### Pobreza

Total de Pessoas	Indicador	Definição	Taxa	Quantidade de pessoas
108.809	Extremamente pobre	Proporção dos indivíduos com renda domiciliar <i>per capita</i> igual ou inferior a R\$ 70,00 mensais, em reais de agosto de 2010. O universo de indivíduos é limitado àqueles que vivem em domicílios particulares permanentes.	0,8%	870
	Pobre	Proporção dos indivíduos com renda domiciliar <i>per capita</i> igual ou inferior a R\$ 140,00 mensais, em reais de agosto de 2010. O universo de indivíduos é limitado àqueles que vivem em domicílios particulares permanentes.	3,89%	4.233
	Vulneráveis a pobreza	Proporção dos indivíduos com renda domiciliar <i>per capita</i> igual ou inferior a R\$ 255,00 mensais, em reais de agosto de 2010, equivalente a 1/2 salário mínimo nessa data. O universo de indivíduos é limitado àqueles que vivem em domicílios particulares permanentes.	15,37%	16.724
Total			20,06%	21.827

### Pobreza na infância

Total de Crianças	Indicador	Definição	Taxa	Quantidade de crianças
25.317	Extremamente pobre	Proporção dos indivíduos com até 14 anos de idade que têm renda domiciliar <i>per capita</i> igual ou inferior a R\$ 70,00 mensais, em reais de agosto de 2010.	1,49%	377
	Pobre	Proporção dos indivíduos com até 14 anos de idade que têm renda domiciliar <i>per capita</i> igual ou inferior a R\$ 140,00 mensais, em reais de agosto de 2010	7,35%	1.860
	Vulneráveis a pobreza	Proporção dos indivíduos com até 14 anos de idade que têm renda domiciliar <i>per capita</i> igual ou inferior a R\$ 255,00 mensais, em reais de agosto de 2010, equivalente a 1/2 salário mínimo nessa data.	25,37%	6.436
Total			34,21%	8.673

### Escola

### Taxa de abandono escolar precoce (%)

Município	2010
Alumínio	25,8
Piedade	44,4
Salto de Pirapora	39,1
Sorocaba	25,1
Votorantim	30,6

DEFINIÇÃO: Proporção de pessoas de 18 a 24 anos de idade que não haviam concluído o ensino médio e não estavam frequentando a escola.

## Escolaridade das Mulheres

Divisões Territoriais	Sem instrução e Ensino Fundamental incompleto	Mulheres	%
Brasil	54.466.106	27.627.957	51%
São Paulo	10.437.806	5.534.785	53%
Votorantim	26.271	14.064	54%

### Família

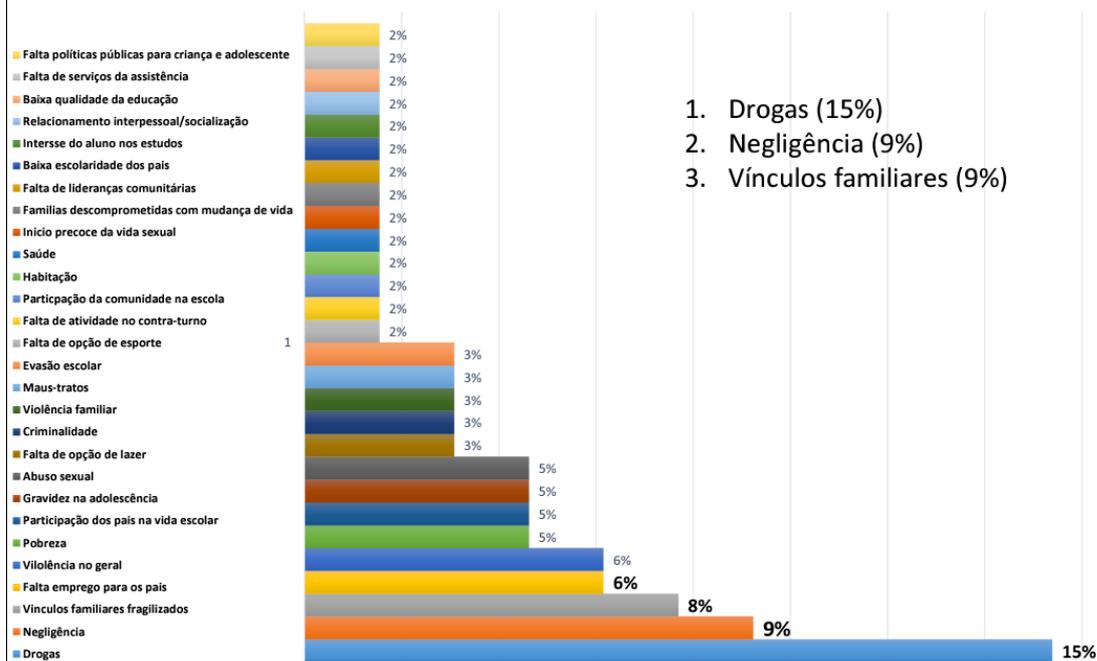
Divisões Territoriais	2010	Mulheres	%
Brasil	49.975.934	18.617.030	37,25
São Paulo	3.034.163	1.266.222	41,73
Sorocaba	158.399	55.475	35,02
Votorantim	29.007	10.000	34,47
Piedade	13.792	4.700	34,08
Salto de Pirapora	10.480	3.091	29,49
Alumínio	4.477	1.076	24,03

### Homicídios

Município	IHA/2011	População 12 a 18 anos	Numero esperado de mortes entre 12 a 18 anos - 2011	IHA/2012	População 12 a 18 anos	Número esperado de mortes entre 12 a 18 anos - 2012
São Paulo	1,03	1.369.003	1.411	1,69	1.356.852	2.297
Votorantim	0,00	10.526	0	0,79	10.136	8
Sorocaba	0,44	68.665	30	0,44	44.827	30
Curitiba	2,53	244.522	619	2,23	243.982	545

## Problemas socioeconômicos e violação de direitos

### Problemas socio-economicos e violações de direitos



1. Drogas (15%)
2. Negligência (9%)
3. Vínculos familiares (9%)

## 6 – SÍNTESE DA PROPOSTA

### 6.1 – Área a que concorre:

Área Gerenciamento, Operacionalização e execução dos serviços de saúde na Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24h.

6.2 – **Título da Proposta:** Gerenciamento, operacionalização e execução dos serviços de saúde na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO UPA 24H, Central, localizada na Rua Antônio Walter s/n, Centro – Votorantim/SP.

6.3 – **Identificação do Objeto:** Seleção de propostas para a celebração de parceria com a SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE VOTORANTIM, por meio de formalização de Termo de Colaboração, cujo objeto consiste no GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO e a EXECUÇÃO dos SERVIÇOS DE SAÚDE NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO UPA 24H, Central, localizada na Rua Antônio Walter, s/n, Centro – Votorantim/SP.

6.4 – **Objetivo Geral da Proposta:** Realizar o gerenciamento, operacionalização e execução dos serviços de saúde na Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24h.

### 6.5 – Objetivos Específicos da Proposta:

- I. Prover serviços de assistência à saúde de melhor qualidade;

- II. Assegurar a gestão da qualidade na execução dos serviços de saúde e atendimento ao usuário do SUS;
- III. Implantar um modelo de gerência dentro da concepção administrativa por objetivos, onde preponderam os resultados alcançados face às metas pactuadas;
- IV. Atender a demanda do Serviço de Urgência/Emergência – Unidade Hospitalar, e em caso de pacientes com necessidade de internação, garantir transferência para o Hospital de retaguarda, por meio de ambulância;
- V. Garantir a humanização da assistência;
- VI. Garantir o fornecimento gratuito de medicamentos aos usuários da unidade, nos limites orçamentários;
- VII. Garantir a igualdade da assistência à saúde;
- VIII. Assegurar o direito de informação sobre a saúde dos usuários;
- IX. Divulgar informações quanto ao potencial dos serviços de saúde;
- X. Salvar a universalidade de acesso aos serviços de saúde.
- XI. Implantar diretrizes de acolhimento aos pacientes e seus familiares, sempre que buscarem atendimento nas Unidades, com resolutividade e responsabilização, envolvendo escuta qualificada e o respeito às suas especificidades;
- XII. Articular, juntamente com a Atenção Básica municipal, os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e outros serviços de atenção à saúde, por meio de fluxos lógicos e efetivos de referência e contrarreferência, ordenados pelas Centrais de Regulação de Urgências e complexos reguladores instalados nas regiões de saúde;
- XIII. Atuar no cumprimento de tempos mínimos e máximos de espera para atendimento dos usuários classificados conforme as diretrizes do Protocolo de Classificação de Risco;
- XIV. Subsidiar as ações desenvolvidas por meios de relatórios gerenciais a serem apresentados à Secretaria Municipal de Saúde;
- XV. Ofertar retaguarda às Unidades Básicas de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Centro de Especialidades Clínicas e demais serviços da rede desenvolvidos pela Secretaria Municipal de Saúde;
- XVI. Prestar atendimento, resolutivo e qualificado, aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, bem como 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 encaminhamento dos pacientes que necessitem de atendimento;
- XVII. Funcionar como ponto de estabilização de pacientes que necessitem de transferência para unidades de saúde de alta complexidade, disponibilizando pessoal técnico e insumos para o suporte no acompanhamento dos pacientes;

- XVIII. Atender, sem restrições, consultas e procedimentos, médicos e de enfermagem, adequados aos casos demandados à Unidade;
- XIX. Remeter à Secretaria de Saúde informações no que diz respeito as notificações compulsórias, acidentes de trabalho e alertas epidemiológicos, preconizados pelas esferas Municipal, Estadual e Ministério da Saúde;
- XX. Garantir a adoção das normas da Política Nacional de Humanização e Política Nacional de Urgência e Emergência centradas nas diretrizes assistenciais e na qualidade do atendimento prestados aos usuários, voltadas para a atenção acolhedora, resolutiva e humana;
- XXI. Alimentar, fidedignamente, o Sistema de Informação Ambulatorial - SIA/SUS, ou qualquer outro dessa natureza, segundo os critérios da Secretaria Municipal de Saúde de Votorantim/SP e do Ministério da Saúde – MS;
- XXII. Executar serviços e as ações de saúde com qualidade, atendendo exclusivamente os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) de modo gratuito, igualitário e universal;
- XXIII. Prestar apoio diagnóstico e terapêutico com sustentabilidade operacional, zelando e garantindo a boa qualidade da prestação dos serviços conforme a sua complexidade, disponibilizando os exames de imagem e laboratoriais em tempo oportuno às necessidades de atendimento ao paciente;
- XXIV. Implantar as diretrizes de Classificação de Risco (Sistema de Triagem de Manchester ou outro que o venha a substituir no âmbito referencial) por meio de equipe capacitada, objetivando identificar a gravidade do paciente e possibilitando o atendimento rápido, em tempo oportuno e seguro de acordo com o potencial de risco e com base em evidências científicas existentes;
- XXV. Manter a execução dos serviços da Unidade compatíveis com as exigências do Ministério da Saúde, para seu perfil assistencial, propondo medidas que fomentem a otimização do uso da capacidade instalada;
- XXVI. Constituir e manter ativas e atuantes as comissões obrigatórias para o funcionamento da Unidade, e outras que se fizerem necessárias;
- XXVII. Implantar as diretrizes da Segurança do Paciente para redução do risco de danos desnecessários relacionados aos cuidados de saúde, para um mínimo aceitável;
- XXVIII. Padronizar as prescrições de medicamentos, em observância a Política Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME e Genéricos), excetuadas as situações ressalvadas em protocolos aprovados pela ANVISA, por meio de sistema informatizado da SESA Votorantim ou o que for por ela indicado;
- XXIX. Garantir insumos, apoio técnico e logístico em quantidades suficientes para o funcionamento adequado e ininterrupto da unidade de saúde, respeitando sempre os limites orçamentários;
- XXX. Implantar prontuário único do paciente com informações completas do quadro clínico, via sistema informatizado da SESA Votorantim ou o que for por ela indicado, mantendo sua atualização e arquivamento conforme determinações legais vigentes;

- XXXI. Utilizar de boas práticas par os serviços de lavanderia e rouparia, adaptados às necessidades das Unidades 24 horas;
- XXXII. Fornecer alimentação balanceada e em condições de higiene adequadas, conforme legislações vigentes, considerando às necessidades das Unidades 24 horas;
- XXXIII. Assegurar esterilização e guarda de materiais esterilizados, de acordo com a demanda da unidade, e em obediência às legislações pertinentes vigentes;
- XXXIV. Confeccionar e implantar Planos de Contingência para eventos adversos de origem externa ao estabelecimento de saúde;
- XXXV. Realizar diagnóstico situacional das principais queixas e morbidade apresentada pela população de Votorantim/SP, possibilitando a oferta de serviços condizentes com as reais necessidades da população de maneira a atender na sua integralidade as demandas municipais relacionadas a Unidade.
- XXXVI. Elaborar estudos epidemiológicos e a construção de indicadores de saúde e de serviços que contribuam com a avaliação e planejamento da atenção integral às urgências, bem como de todo o sistema de saúde;
- XXXVII. Manter, em funcionamento permanente, bem como todos os seus serviços, conforme definido no objeto desta proposta;
- XXXVIII. Assegurar a organização, administração e gerenciamento da unidade, por meio de qualificação do incremento de técnicas modernas e adequadas que permitam o desenvolvimento da estrutura funcional e a manutenção física da Unidade e de seus equipamentos, além do provimento dos insumos e medicamentos necessários à garantia do seu pleno funcionamento;
- XXXIX. Responsabilizar-se pelos serviços de segurança do patrimônio, das instalações físicas e dos recursos humanos das Unidades, pelo conjunto de mecanismos e ações para prevenir e reduzir perdas patrimoniais e promover bem-estar a seus usuários, estimulando comportamentos éticos e de convivência comunitária pacífica;
- XL. Fornecer os recursos técnicos operacionais necessários para o controle de acesso a Unidade, com uso de barreiras físicas e dispositivos de identificação e porte obrigatório para liberação do acesso;
- XLI. Manter os serviços de informática, estrutura física, rede de equipamentos necessários para utilização do sistema de gestão a ser adotado;
- XLII. Manter atualizado os dados da Unidade no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES);
- XLIII. Implantar e implementar o uso de equipamentos de proteção individual (EPI), conforme Procedimentos Operacionais Padrão (POP) de acordo com as normas da ANVISA;

- XLIV. Implantar programas de prevenção de riscos ambientais (Programa de Prevenção de Acidentes - PPA), conforme preconiza a NR 9, que compõe a Portaria nº 3.214 de 08 de junho de 1978 e suas alterações;
- XLV. Realizar o transporte de material biológico, de acordo com o que dispõe a legislação sanitária vigente, buscando a adequação ao regulamento técnico da ANVISA RDC 302/2005 e RDC 20/2014, ou outras que vierem a substituí-las;
- XLVI. Responsabilizar-se pelo gerenciamento dos resíduos de saúde, na forma da legislação e regulamentação pertinente, mediante Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS);
- XLVII. Manter fixado, em local visível aos usuários, informação sobre a gratuidade dos serviços prestados na unidade de saúde, bem como informações de contato para esclarecimentos, críticas e sugestões;
- XLVIII. Elaborar proposta de Regimento Interno;
- XLIX. Garantir a confidencialidade dos dados e informações dos pacientes;
- L. Não permitir a cobrança ao paciente ou a seu representante, por profissional empregado ou preposto, em razão de qualquer atendimento decorrente da execução do contrato;
- LI. Realizar auditorias de contas com emissão de relatório conclusivo, conforme Normas Brasileiras de Contabilidade (NBC), bem como auditoria da assistência e organização administrativa da Unidade;
- LII. Manter atualizado todas as licença e alvarás da Unidade junto a repartições pertinentes;
- LIII. Implantar plano para contratação de serviços, aquisição de materiais médico-hospitalares, medicamentos e demais materiais destinados à manutenção da unidade. No que diz respeito a cadeia de suprimentos, serão adotados procedimentos padronizados em conformidade com as normatizações e legislações vigentes utilizando especificações e pesquisa minuciosa de valores de mercado, propiciando a participação de um maior número de fornecedores, previamente qualificados, visando à efetividade nos procedimentos e economicidade. O controle de aquisição/distribuição será realizado por sistema informatizado que permitirá o gerenciamento do estoque de materiais, pelo sistema da curva ABC, garantindo o controle de saldo atual, consumo médio mensal (CMM), último custo de aquisição, custo médio, tendência de consumo, entre outros;
- LIV. Implantar centros de custos e garantir o equilíbrio financeiro econômico dos contratos firmados e regularidade de pagamentos;
- LV. Elaborar um plano de manutenção preventiva, corretiva e calibração, que contemple todos os equipamentos médico-hospitalares, contendo todas as ações corretivas, preventivas, rotinas, metodologia de aplicação de recursos, capacitação técnica, organograma contendo a estruturação da equipe, periodicidade de ações de manutenção, medição de resultados, entre outros quesitos de relevância para a prestação deste serviço;

- LVI. Inventariar todos os bens móveis e imóveis permanentes, devendo apresentar relatórios anuais com as especificações de todos os bens cujo uso lhe foi permitido, bem como daqueles adquiridos com recursos oriundos da contratação;
- LVII. Assegurar a organização, administração e gerenciamento da unidade, por meio do desenvolvimento de técnicas modernas e adequadas que permitam o desenvolvimento da estrutura funcional e a manutenção física da referida unidade e de seus equipamentos, além do provimento de insumos e medicamentos necessários à garantia do seu pleno funcionamento;
- LVIII. Manter registro atualizado de todos os atendimentos efetuados na Unidade, de forma confiável e segura, para que possa ser apresentada a Secretaria Municipal de Saúde ou outro órgão competente em tempo oportuno;
- LIX. Utilizar adequadamente os bens, móveis e imóveis, disponibilizados mediante sessão para o uso na unidade de forma a garantir que em caso de extinção, término de contrato, falência ou situações similares da contratada, o patrimônio será retomado para a Secretaria Municipal da Saúde de Votorantim/SP. Os equipamentos/mobiliários serão recebidos por meio de comissão conjunta da contratante. A contratada somente realizará a troca/substituição após os mesmos terem cumprido sua vida útil determinada pelo fabricante e deverão ser incorporadas ao patrimônio do Município. Em caso de avarias ocorridas durante a concessão dos equipamentos a responsabilidade de reposição dos mesmos fica com a contratada. As trocas/substituições efetuadas pela contratada deverão ser aprovadas pela Secretaria Municipal de Saúde, com o provisionamento dos repasses financeiros ano a ano;
- LX. Conduzir as ações para faturamento por meio de software de gestão que tenha conectividade aos sistemas do Ministério da Saúde, atribuindo agilidade e maior segurança ao processo. Para tanto, as ações serão realizadas por profissional com capacidade técnica para alimentação do Sistema de Informação Ambulatorial – SIA/SUS, seguindo os lançamentos dos procedimentos constantes na Tabela SIGTAP/SUS;
- LXI. Avaliar asceras diariamente, com atenção aos sinais de alerta para complicações no período pós-parto, tais como sangramento vaginal aumentado, febre, dor exacerbada, edema assimétrico de extremidades, sinais inflamatórios de ferida cirúrgica, sinais de sofrimento psíquico e depressão pós-parto;
- LXII. Promover e proteger o aleitamento materno sob livre demanda, apoiando a puérpera na superação de possíveis dificuldades de acordo com suas necessidades específicas e respeitando suas características individuais;
- LXIII. Garantir à mulher o direito a acompanhante, de sua livre escolha, durante toda a internação e a receber visitas diárias, inclusive de filhos menores;
- LXIV. Estimular e facilitar a presença do pai sem restrição de horário, inclusive de genitor socioafetivo;

- LXV. Oferecer à mulher orientações relativas à importância de não ofertar ao recém-nascido nenhum outro alimento ou bebida, além do leite materno, exceto em situações especiais com prescrição médica ou de nutricionista, destacando que, nesses casos, deverá ser oferecido, preferencialmente, leite humano pasteurizado de Banco de Leite Humano;
- LXVI. Oferecer à mulher orientações relativas à importância de não usar protetores de mamilo e não oferecer bicos artificiais ou chupetas ao recém-nascido;
- LXVII. Oferecer à mulher orientações sobre os riscos da amamentação cruzada amamentar outro recém-nascido que não seja o próprio filho, e da proibição desta prática no Alojamento Conjunto;
- LXVIII. Apoiar, incentivar e orientar a participação da mãe e do pai nos cuidados ao recém-nascido, bem como de outros familiares, de acordo com o desejo dos pais da criança;
- LXIX. Orientar e estimular o contato pele a pele, posição canguru, pelo tempo que a mãe e o pai considerarem oportuno e prazeroso, especialmente quando se tratar de recém-nascido com peso inferior a 2500g;
- LXX. Realizar o exame clínico do recém-nascido em seu próprio berço ou no leito materno, preferencialmente na presença da mãe e do pai;
- LXXI. Realizar o banho do recém-nascido na cuba de seu próprio berço ou banheira e assegurar a limpeza e a desinfecção entre o uso de acordo com padronização da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar das respectivas maternidades. Durante o banho, orientar os cuidados necessários para a prevenção de hipotermia, incentivando a participação materna e paterna ou de outro acompanhante;
- LXXII. Avaliar o peso do recém-nascido de acordo com necessidades individuais;
- LXXIII. Adotar técnicas não farmacológicas de prevenção/redução da dor para a coleta de sangue e outros procedimentos dolorosos. Recomenda-se a sucção ao seio materno previamente, durante a realização de procedimentos;
- LXXIV. Identificar e enfatizar os recursos disponíveis na comunidade e na rede de saúde local para atendimento continuado das mulheres e das crianças, referindo-as ou agendando-as para acompanhamento no serviço de saúde na primeira semana após o parto;
- LXXV. Realizar atividades de educação em saúde, preferencialmente em grupo, com o objetivo de:
- ampliar o autocuidado das mulheres e de cuidados com os recém-nascidos;
  - desfazer mitos relacionados à maternidade, à paternidade, ao aleitamento materno, ao puerpério, ao retorno à vida sexual, entre outros; e,
  - oferecer orientações quanto aos cuidados de saúde, nutrição, higiene, saúde sexual e reprodutiva, destacando o direito a uma vida sexual livre, prazerosa e segura e o direito à escolha sobre a reprodução se, quando e quantas vezes engravidar, com esclarecimento sobre métodos contraceptivos disponíveis e importância do uso do preservativo masculino ou feminino.

- LXXXVI. Atender e submeter-se às regras e normativas do Ministério da Saúde/SUS e Secretaria Estadual da Saúde vigentes quanto às normativas de alimentação de Sistemas de Informações, notificações, de faturamento SUS, das datas de abertura da agenda, bem como seus subsistemas de coleta e de apoio de dados, respeitando os prazos definidos e as orientações da Secretaria Municipal de Saúde, em como às que vierem a ser publicadas;
- LXXXVII. Assegurar a integridade, a conservação e manutenção dos bens de propriedade do município, mantidos sob a guarda da entidade, podendo responder por danos em relação ao extravio (e a substituição dos mesmos, sem prévia autorização) dos mesmos;
- LXXXVIII. Zelar pelo patrimônio público geral cedido pelo Município, dentro de suas condições atuais, excluída a responsabilidade da entidade em caso de força maior, bem como pelo desgaste natural decorrente do uso normal e da obsolescência, responsabilizando-se pela sua manutenção preventiva e corretiva;
- LXXXIX. Atender os usuários SUS, com dignidade e respeito, zelando pela qualidade dos serviços prestados.
- LXXX. Garantir aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS, acesso gratuito às ações e serviços de saúde contemplados pelo objeto do presente ajuste, vedada a cobrança, pela entidade de qualquer valor ao paciente, acompanhante ou responsável;
- LXXXI. Cuidar e garantir a confidencialidade de dados e informações dos usuários, salvo nos casos previstos em lei, mantendo os arquivos dos atendimentos guardados e organizados no prazo previsto na legislação vigente, e findo o ajuste entregar os mesmos, juntamente com uma cópia em mídia digital, ao Município também de forma organizada e com arquivo que permita a busca e localização do prontuário;
- LXXXII. Assegurar aos usuários o direito à assistência religiosa e espiritual por ministro de culto religioso;
- LXXXIII. Manter junto às Unidades um serviço de atendimento ao usuário/ouvidoria, devendo encaminhar ao município relatório mensal de suas atividades, inclusive com a resposta/solução dada às demandas registradas, mensalmente na prestação de contas;
- LXXXIV. Se submeter a processo de acreditação de serviço de saúde.

#### **6.6 – Justificativa da Proposta:**

A assistência aos usuários é garantida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), bem como toda a linha de cuidado, desde a atenção primária até os procedimentos mais complexos, de forma organizada e hierarquizada.

A Constituição Federal define que “a saúde é direito de todos e dever do Estado”, e a Lei Federal nº 8.080/1990, regulamentadora do Sistema Único de Saúde – SUS prevê em seu art. 7º, como princípio do sistema, dentre outros, a universalidade do acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; integralidade de assistência em todos os níveis de complexidade do sistema; (...) (BRASIL, 2007).

A atenção à saúde deve centrar as diretrizes na qualidade dos serviços prestados aos usuários, com atenção acolhedora, resolutiva e humanizada, com seus recursos humanos e técnicos e oferecendo, segundo o grau de complexidade de assistência requerida e sua capacidade operacional, os serviços de saúde adequados.

A rede de saúde, em sua forma integral, objetiva assistir à população com atendimento geral nas diversas complexidades, gerando assim, uma maior efetividade, satisfação no atendimento aos usuários, desde à atenção básica à média e alta complexidade.

Diante disso, a Avante Social propõe um modelo de gestão ligado ao fornecimento e operacionalização dos serviços médicos ofertados às Secretarias Municipais de Saúde dos Municípios consorciados ao CISREC, de forma a garantir a cobertura integral das escalas e postos, contribuindo, assim, com a maior qualidade e eficiência dos serviços de saúde na atenção primária, reduzindo filas de espera, demora de atendimento e relações insatisfatórias entre os profissionais e usuários do sistema público de saúde.

Diante da realidade apresentada, este plano de trabalho busca ofertar a esses municípios e à população, o atendimento adequado da saúde na Urgência e Emergência, com fornecimento e substituição de médicos de forma rápida e precisa, com a comprovação devida da produção e do atendimento ao usuário, bem como a avaliação destes profissionais por meio de pesquisas de satisfação do atendimento pelos usuários e pelos municípios.

A correta avaliação dos serviços prestados garantirá aos municípios consorciados o fornecimento de uma saúde pública de qualidade, eficiência, eficaz e efetiva, pois o modelo proposto de gestão de serviços obedecerá aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS, observando as políticas públicas voltadas para a regionalização da saúde, preservando-se a missão da Administração.

Neste momento, é preciso reorientar o modelo de gerenciamento dos serviços de saúde, buscando atingir novos patamares de prestação dos serviços para proporcionar otimização do uso dos recursos públicos e economia nos processos de trabalho associados à elevada satisfação do usuário.

Podem ser destacados como benefícios adicionais pertinentes a este modelo de serviço, a integralidade do funcionamento das unidades de urgência e emergência, sem interrupções motivadas por falta de equipe médica, pois a sociedade contratada ficará integralmente responsável pelas reposições. Ademais, a contratação de uma organização social sem fins lucrativos traz uma economia significativa à Administração Pública, visto que esse tipo de organização possui inúmeros benefícios fiscais e isenções de impostos, capazes de reduzir e desonerar folhas de pagamento.

**6.7 – Abrangência da proposta:** Município de Votorantim/SP

**6.8 – Público Beneficiário (Direto e Indireto):** Usuários do Sistema Único de Saúde – SUS do Município de Votorantim/SP

**6.8.1 – Perfil do Público Beneficiário Direto:** Usuários do Sistema de Saúde Pública.

**6.9 – Meta de Atendimento:** Conforme quadro de metas.

**6.10 – Período Referência para Execução do Objeto:**

Início: Junho/2023

Término:Junho/2024.

## **6.11 – Metodologia e Abordagem da Proposta:**

### **6.11.1 Da Gestão Administrativa**

O Avante Social é uma organização da sociedade civil, sem fins lucrativos, que, por sua natureza de finalidade não econômica, necessita de recursos para as operações administrativas da sede, que envolve as rotinas de gestão de cada projeto executado com entes parceiros.

É no Centro de Serviços Compartilhados – CSC que o Avante Social realiza as atividades de gestão dos projetos, com equipe de área-meio e custos de operação, abrangendo auxiliares, analistas, coordenadores e gestores de áreas técnicas que permeiam a perfeita execução do serviço, tais como:

- Gerência de Planejamento;
- Gerência Financeira;
- Gerência de Compras;
- Gerência de Desenvolvimento Humano e Organizacional;
- Gerência de Atendimento;
- Comitê Gestor Técnico em Saúde;
- Gerência de Administração de Pessoas;
- Gerência de Segurança e Saúde Ocupacional;
- Gerência de Prestação de Contas.

A cada novo projeto a ser executado pelo Avante Social, há a necessidade de prever recursos que possam ser rateados para a cobertura operacional dessas áreas, visto que um projeto não pode ser executado sem a supervisão das áreas técnicas, operacionais e de apoio que estão no CSC, sendo imprescindível a distribuição dos custos de horas despendidas de mão de obra gerencial para cada projeto.

Necessário também, que o “**Custeio de Gestão Administrativa**” tenha a previsão de valores disponíveis para as visitas e acompanhamentos *in loco*, a fim de garantir o cumprimento do objeto contratual e as premissas legais das legislações vigentes e órgãos reguladores.

### **6.11.2 Implantação de fluxos**

#### **6.11.2.1 Fluxos Operacionais compreendendo circulação em áreas restritas, externas e internas.**

Em relação aos fluxos de gestão de acesso, o Avante Social tem como proposta a Política de Acesso às Dependências da Unidade de Pronto Atendimento UPA 24h.

A circulação nas dependências da UPA será controlada pelos profissionais do Serviço de Recepção/Administrativo e Serviço de Vigilância/Segurança Patrimonial, por meio dos Controladores de Acesso.

Para acesso às áreas restritas e/ou internas, como por exemplo, enfermarias e leitos de observação, o acesso será autorizado e liberado após coleta e registro das informações pessoais do solicitante, além do

fornecimento de crachá identificador. Nesse caso, se enquadram visitantes de pacientes internados e/ou em observação, acompanhantes, fornecedores, prestadores de serviços e visitantes administrativos.

Aos profissionais que atuam nas unidades, o acesso somente será liberado mediante o porte do crachá funcional, durante o horário de trabalho e desde que o profissional esteja devidamente uniformizado.

Para os pacientes o acesso será de acordo com os fluxos de atendimento sendo supervisionado pelos profissionais do setor e controladores de acesso.

O serviço de recepção e portaria, consiste no processo de identificação, cadastramento e autorização de acesso de usuários gerais nas dependências da unidade, autorizando o acesso aos locais previamente aprovados. O Serviço de recepção solicitará aos pacientes, ou a seus representantes legais, a documentação de identificação do paciente, especificada no fluxo estabelecido pela Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo e Secretaria Municipal de Saúde de Votorantim/SP.

No caso dos atendimentos por urgência, sem que tenha ocorrido apresentação da documentação necessária, a mesma deverá ser entregue pelos familiares e/ou responsáveis pelo paciente, num prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas.

Define-se como Portaria, as vias de acesso externo às instalações da unidade de saúde, as entradas do depósito dos resíduos do serviço de saúde, de ambulâncias, entre outras.

O serviço de portaria consiste no processo de fiscalização do acesso de pessoas e veículos nas portarias da unidade de saúde, orientando os usuários sobre os procedimentos básicos a serem observados, de acordo com o Manual de Normas e Procedimentos, restringindo o trânsito em locais onde existem restrições expressas.

A execução desses serviços (recepção e portaria) pressupõe a utilização de sistemas informatizados de controle de acesso e trânsito, que restarão controlados permanentemente pela Central de segurança.

O serviço será responsável por:

- Fornecer os recursos técnicos e materiais, a cobertura de postos de trabalho que irão operar sistema de controle de acesso com uso de barreiras físicas e dispositivos de porte obrigatório para liberação de acesso, cuja especificação consta deste documento;
- Responder pelo cumprimento dos parâmetros relativos ao serviço de Recepção e Portaria, conforme Plano de Segurança;
- Definir os locais em cujo trânsito deve ser restrito e nos quais devem ser implantados posto de recepção;
- Definir quantitativa e qualitativamente os equipamentos e recursos técnicos e sua funcionalidade, bem como dos recursos humanos;
- Elaborar e divulgar o Manual de Normas e Procedimentos Operacionais, contemplando todas as ações objetivas para atender os requisitos qualitativos e quantitativos.
- Registrar e controlar diariamente as ocorrências em sistema informatizado com vistas à eliminação do uso de papel;
- Promover programa de treinamento periódico, reciclando parâmetros técnicos e comportamentais para a execução das tarefas;
- Fiscalizar e orientar o trânsito interno de empregados, visitantes ou pessoas, bem como dos estacionamentos de veículos, anotando eventuais irregularidades e comunicando a Central de Segurança;
- Registrar e controlar diariamente as ocorrências do posto em que estiver prestando seus serviços, em sistema informatizado com vistas à eliminação do uso de papel.
- Promover Programa de Orientação e Apoio aos clientes, alinhado à Política Pública de Humanização;

As atividades de portaria serão realizadas por Controladores de Acesso, em sistema de rodízio de postos de trabalho. Serão denominados como "porteiros" os responsáveis pelo controle de acesso e serão denominados como recepcionistas os responsáveis pelo cadastramento, orientação e demais atividades de recepção.

O Avante Social irá promover o pleno funcionamento e realização das principais atividades do serviço, garantindo que:

- O funcionamento dos postos de serviços ocorra durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia, de segunda-feira a domingo, com exceção de Portarias que atendem atividades administrativas, com horários de funcionamento determinados no Manual de Procedimentos Operacionais do serviço.
- Os profissionais orientem as pessoas que passam pelas portarias que se destinam aos serviços indicando o caminho aos serviços quando perguntado;
- Seja cumprida a proibição do ingresso de vendedores, ambulantes e comércio de produtos não autorizados nas instalações da unidade de saúde;
- Haja adequado registro das entradas e saídas de ambulâncias e carros fúnebres em formulário específico;
- Ocorra a comunicação, ao setor de Recepção, quanto da chegada da ambulância, informando o nome do paciente, para a devida checagem de agendamento e confirmação para admissão (internação ou realização de exames);
- Ligue nos ramais específicos ou via rádio HT com o porteiro de dentro da unidade de saúde;
- Confirme junto à recepção sobre a chegada do carro fúnebre e a liberação do óbito;
- Libere o acesso às autoridades competentes e viaturas de emergência, orientando, quando perguntado, sobre as rotas de acesso e dando o suporte solicitado por estas;

Em relação às **NORMAS DE VIAS DE ACESSO DE PESSOAS (PORTARIAS) / PERMISSÃO DE ACESSO**:

O acesso de pessoas às dependências internas da UPA, somente poderá ocorrer pelas portarias, conforme a seguir: **PORTARIAS: ENTRADA PERMITIDA** com fluxo a ser estabelecido para entrada de colaboradores administrativos, colaboradores assistenciais e de serviços de apoio, visitantes, pacientes, visitantes e/ou acompanhantes.

Em relação aos **CRITÉRIOS PARA TER ACESSO ÀS DEPENDÊNCIAS DAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE**:

- Todos os visitantes deverão passar pelas Portarias, para terem acesso ao local desejado;
- A Comunidade Interna (Funcionários e Prestadores de Serviços lotados):
  - Estar portando seu próprio crachá, o qual deverá estar posicionado no peito, em situação visível sem nada a encobri-lo, para efeito da perfeita identificação e está com vestimenta adequada ao ambiente (evitando saia curta, decote grande, roupas transparentes, bermuda, camiseta sem mangas, entre outras);
  - Estar na portaria pertinente (autorizada) à sua entrada.
- A Comunidade Externa:
  - Ser previamente identificado no Serviço de Recepção e ter recebido o crachá correspondente ao seu local da visita;
  - Estar portando no peito, em situação visível, desprovido de qualquer obstáculo que concorra para encobri-lo, parcial ou totalmente, o crachá correspondente à sua área (setor / enfermaria) de destino;
  - Estar no horário de visita ou devidamente autorizado pela chefia do setor/ enfermaria;
  - Ser comprovadamente maior de 18 (dezoito) anos, em caso de acompanhante, e maior de 14 (quatorze) anos, para visita;
  - Apresentar-se com vestimenta adequada ao ambiente (evitando saia curta, decote grande, roupas transparentes, bermuda, camiseta sem mangas, entre outras);
  - Não estar portando qualquer gênero alimentício, exceto quando aprovado formalmente pelo Serviço de Nutrição e Dietética — SND;
  - Não apresentar sintomas de embriaguez ou transparecer que tenha utilizado drogas ilícitas;

- Não estar fumando;
- Não estar abalado emocionalmente de forma a prejudicar o cliente internado a ser visitado;
- Militar policial ou membro de Poder Judiciário devem apresentar sua "carteira funcional", que comprove tal situação, e ter justificativa para entra;
- Os representantes comerciais somente poderão ter acesso às dependências dos Serviços de Saúde, quando sua presença for autorizada e responsabilizada pela chefia a ser visitada
- Considerações/Observações:
  - Os representantes comerciais não poderão circular pelas dependências da Instituição de Saúde para outros fins que não seja contato comercial com as unidades responsáveis pela Instituição;
  - Não será permitido o comércio de produtos ou serviços dentro do espaço físico da Instituição, quer seja realizado por representantes comerciais ou pelos próprios servidores da Instituição, de acordo com o inciso XVIII, Art.117, da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990.
  - Os visitantes oficiais poderão ter acesso às dependências dos Serviços de Saúde desde que estejam acompanhados de um colaborador designado pela direção geral.

Em relação ao CONTROLE DAS RECEPÇÕES / FISCALIZAÇÃO:

Quando não estiverem devidamente trancadas, as portarias do estabelecimento, não poderão ficar "descobertas" em momento algum pelos controladores de acesso. Havendo necessidade do controlador de acesso se ausentar por qualquer motivo do seu posto (mesmo que por alguns instantes), ele deverá solicitar outro servidor para substituí-lo imediatamente, mesmo que seja pela equipe de recepção ou agente de humanização escalada.

É de responsabilidade dos recepcionistas e controladores de acesso (ou vigilantes/segurança patrimonial):

- Verificar se nas dependências dos Serviços de Saúde as pessoas estão portando o crachá de forma visível. Caso não estejam, solicitar a correção e / ou apresentação;
- Controlar as entradas e saídas das portarias, não permitindo o acesso de pessoas sem identificação;
- Exigir a identificação, quando julgar necessário.

Na atividade de controle da portaria, se o servidor for ofendido, desacatado ou ocorrer outra situação que agrida sua integridade física ou moral e em casos de indisciplina no cumprimento desta Norma Procedimental, solicitar de imediato a presença de sua chefia.

Em relação ao PROCEDIMENTOS GERAIS DOS CONTROLES DE ACESSO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE:

DA RECEPÇÃO

- Receber cordialmente todas as pessoas que se dirigem ao Guichê da Recepção;
- Solicitar a espera de acordo com a identificação de chamamento;
- Direcionar ao Setor de Aguardo e/ou espera;
- Encaminhar os visitantes e/ou acompanhantes ao Agente de Humanização para o devido acolhimento e acompanhamento até o leito de observação e/ou internação no Serviço de Saúde;
- Prestar, respeitosamente, informações sobre as rotinas do Serviço de Saúde de competência, principalmente sobre a obrigatoriedade da devolução do crachá;

Os recepcionistas e vigilantes que estejam entrando em serviço (turno de trabalho) deverão ler o livro de ocorrência logo após o recebimento do serviço, fazer as anotações que se fizeram necessárias, liberando em seguida o colega que está saindo de serviço, pois, caso contrário, assumirão total responsabilidade sobre o mesmo.

DO RECEPCIONISTA E VIGILANTE

- Agir com respeito e cordialidade no trato com os colaboradores, funcionários e comunidade em geral, mantendo atitude, postura e comportamentos condizentes com o decoro da profissão;
- Somente permitir o acesso de pessoas da comunidade interna/externa, devidamente identificadas (pela recepção, quando for o caso) e portando o crachá de identificação de acordo com o local de acesso destinado a elas. Pacientes e Acompanhantes para a observação;
- Identificar TODOS os usuários para a entrada identificada;
- Verificar na listagem dos visitantes referentes ao nome do paciente em observação e/ou internação; em caso afirmativo sinalizar na lista e solicitar documento de identificação, anotando os dados e entregando o adesivo ou crachá ao paciente e a um acompanhante. Caso o nome não se encontre na listagem e não estiver de posse do cartão de marcação, ligar para a chefia do Serviço para autorizar a entrada. Na saída do solicitar a devolução dos adesivos ou crachá;
- Visita Administrativa: Telefonar para o setor informando da visita. Se a visita for para os cargos dirigentes, encaminhar o visitante para o Agente de Humanização para o encaminhamento ao local desejado;
- Se for ao prédio do Serviço, solicita ao servidor que compareça à recepção. Autorizada à visita, solicita um documento de identificação anotando os dados e entregando o crachá ou etiqueta. No término da visita solicita a devolução dos mesmos, normas da Instituição.
- Acompanhante: Solicita a autorização de acompanhamento fornecida pelo Serviço Social, devolvendo em seguida. Procura saber o nome e a enfermaria em que o paciente se encontra. Confere na relação se já existe alguém acompanhando. Caso não exista, solicita um documento de identificação, anota no mapa próprio e entrega o crachá de acompanhante. Em se tratando de troca de acompanhante, ela deverá ser realizada na Recepção da Instituição.
- Fornecer um crachá provisório ao colaborador, quando este não estiver de posse do seu, mediante o preenchimento do CAH: Colher a assinatura do colaborador no CAH; Informar a necessidade de entrega do crachá por ocasião da saída.
- Controlar a entrada de autoridades, no caso de autoridades jurídicas (Juizado de Menores, Juizado da Vara da Infância e Juventude, Conselhos Tutelares, etc.), Casas de Apoio e policiais não fardados, solicitar a apresentação de suas "identidades funcionais", verificando se eles estão em missão oficial; neste caso, solicitar a apresentação dos respectivos mandados ou documentos comprobatórios - estando a serviço de sua instituição, as autoridades terão acesso a qualquer hora, de acordo com o horário de funcionamento do setor interno (onde deseja ir), da Instituição;
- Orientar os clientes, fornecedores e visitantes, quando solicitado.
- Avisar aos visitantes que a Instituição não se responsabiliza por valores e pertences deixados na Recepção, assim como por qualquer tipo de aparelho eletroeletrônico trazido por acompanhantes ou visitantes;
- Indicar a localização de cada setor / enfermaria a ser visitado (a);
- Não permitir a entrada de equipamentos (para filmagem e fotografia), TV acima de 14 polegadas, ventiladores, salvo quando houver autorização por escrito da Diretoria Geral ou Gerências Assistenciais e/ou de Enfermagem;
- Impedir a entrada de pessoas que estejam fumando, alcoolizadas, suspeitas de estarem drogadas e com roupas inadequadas;
- Conferir permanentemente o crachá de identificação com o seu portador, para verificar se uma pessoa não está utilizando o crachá de outra;
- Impedir a saída de qualquer cliente internado, sozinho ou acompanhado, visto que o "interno" só pode sair do Serviço de Saúde acompanhado por alguém da equipe de enfermagem devidamente identificado para tal;
- Em caso de extravio do crachá do servidor, encaminhar a pessoa ao Núcleo de Gestão de Pessoas para ser destinado à confecção de um novo crachá;
- Controlar a saída dos visitantes e recolher os respectivos crachás, os quais posteriormente deverão ser entregues no Guichê de Recepção, quando for o caso.
- Fazer rondas internas e externas, exercendo a vigilância ostensiva, as quais deverão ser realizadas constantemente, com o objetivo de evitar tumultos e/ou circulação de acompanhantes em locais não

autorizados após às 21 (vinte e uma) horas, não será permitida a saída do mesmo caso não haja autorização por escrito do serviço de enfermagem para melhorar o sistema de segurança do Serviço de Saúde.

#### CONSIDERAÇÕES / OBSERVAÇÕES

- Os VIGILANTES, nas rondas irão verificar se todas as portas e janelas estão devidamente fechadas, luzes apagadas, quando for o caso, se não há violação de grades ou cerca, torneiras abertas, vazamento de água e gás, se há avarias visíveis em máquinas, equipamentos, móveis e veículos, se há pessoas estranhas no ambiente vigiado, se há suspeitos rodando o Serviço de Saúde. Qualquer anormalidade observada quando da realização da ronda, entrar em contato imediato com a sede e coordenação de vigilância ou responsável pelo posto, adotando as primeiras medidas de segurança, fazendo o devido registro no livro de ocorrência. Para melhorar o sistema de segurança da Instituição;
- Irão impedir, caso não haja autorização por escrito, a saída de aparelhos, equipamentos e outros bens patrimoniais da Instituição, mesmo que portado por servidores. Observações: - Caso não haja autorização por escrito ("Autorização para Saída de Bens Patrimoniais" — ASBP), reter o bem patrimonial e comunicar imediatamente o fato ao Setor de Infraestrutura - Logística da Instituição;
- Todo bem patrimonial da Instituição de Saúde somente poderá sair (mesmo para conserto, manutenção, descarte, substituição, etc), mediante a apresentação da ASBP, preenchido, carimbado e assinado pelo Setor de Patrimônio ou pelo responsável pela guarda do mesmo;
- Quando da retirada de um bem patrimonial, o controlador de acesso/vigilante deverá conferir o equipamento com a ASBP, verificando se os dados e o preenchimento estão de acordo;
- Reter uma cópia da ASBP, a qual deverá ser datada, assinada e encaminhada ao setor que autorizou a saída (para o devido controle).
- Impedir e/ou inibir a ação de agentes funerários, não permitindo suas presenças na área da unidade de saúde, exceto no caso de retirada de cadáveres. (Obs: Se necessário, acionar a Polícia Militar.)
- Elaborar relatório diário de ocorrências (registrado em livro próprio), caso exista qualquer irregularidade durante seu horário de trabalho, além de comunicar, imediatamente, à sua chefia imediata;
- Não fumar, quando estiver no seu posto de trabalho, principalmente se estiver atendendo ao público.
- Caso o recepcionista for agredido moralmente ou fisicamente, deverá relatar o fato no "Livro de Ocorrência da Recepção";
- Os fatos ocorridos em relação aos colaboradores / discentes deverão ser encaminhados, via CIs, para as respectivas chefias para as providências cabíveis;
- Conforme o grau da ocorrência, as chefias superiores também deverão ser chamadas, imediatamente.

#### DOS COLABORADORES E DEMAIS PESSOAS DA COMUNIDADE

- Usar o crachá de identificação no peito, em situação visível.
- Exibir ao porteiro de serviço, quando solicitado, qualquer volume que estiver portando, ao entrar ou sair da Instituição de Saúde;
- Utilizar somente as vias de acesso determinadas por essa Norma Procedimental.
- Trajar-se adequadamente no ambiente.
- Não trazer gêneros alimentícios de qualquer natureza para o interior da Instituição de Saúde;
- Seguir fielmente as normas e rotinas estabelecidas pela Instituição;
- Se eventualmente esquecer o seu crachá, apresentar algum documento que o identifique ao recepcionista, e a seguir assinar o CAH e receber o crachá provisório, o qual deverá ser devolvido na saída.
- Devolver o crachá ao recepcionista ou vigilante, quando sair das dependências da Instituição (exceto os colaboradores que não estão utilizando o crachá provisório).

### 6.11.2.2 Fluxo operacional para material médico-hospitalar e medicamentos

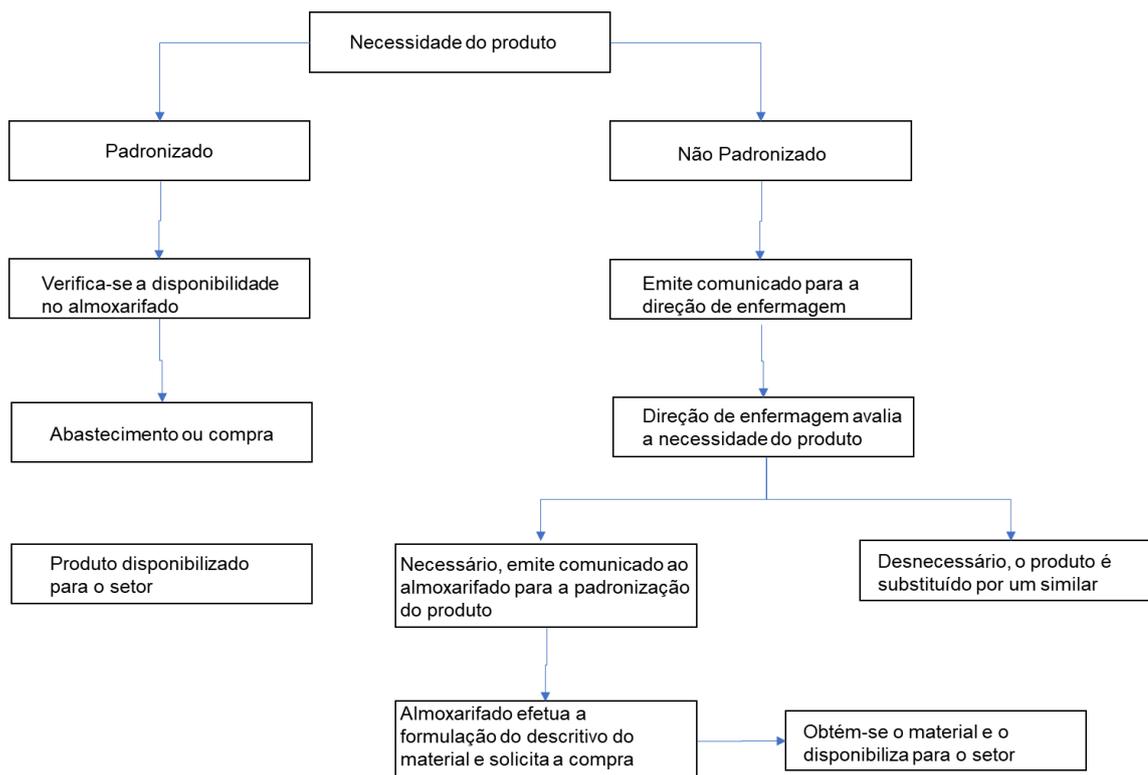
#### MATERIAL E MEDICAMENTO PADRONIZADO

- I. É verificado a disponibilidade do produto no almoxarifado;
- II. O abastecimento é realizado com periodicidade e/ou a depender da demanda;
- III. Os materiais médico-hospitalares e medicamentos serão fornecidos pelo Avante Social;
- IV. Os produtos são entregues nas unidades e armazenadas de acordo com o previsto no fluxo de armazenagem do almoxarifado;
- V. O produto, estando disponível no almoxarifado, é distribuído conforme a necessidade dos setores.

#### MATERIAL E MEDICAMENTO NÃO PADRONIZADO

- I. É emitido um comunicado para a direção de enfermagem informando a necessidade do produto;
- II. A direção classifica-o como necessário ou desnecessário (podendo ser substituído por outro similar disponível na unidade);
- III. Caso necessário, a direção de enfermagem emite comunicado ao almoxarifado para a padronização do novo material;
- IV. Aguarda a formulação do descritivo do novo material e solicita a compra do produto;
- V. Obtém-se o material e o disponibiliza para o setor.

Fluxograma operacional para materiais médico-hospitalares e medicamentos



### 6.11.2.3 Fluxo unidirecional para materiais esterilizados

Em relação ao serviço de Central de Material Esterilizado, o Avante Social tem como proposta, ser responsável, direta ou indiretamente, por todo serviço de Central de Material Esterilizado, de acordo com normativas da ANVISA, incluindo transporte, insumos, equipamentos e agentes esterilizantes, garantindo o pleno funcionamento e realização de procedimentos compatíveis com o escopo da unidade.

O Avante Social apresentará, em até 60 (sessenta dias) dias após o início das atividades assistenciais, o Plano de Trabalho e o Manual de Boas Práticas para o serviço de CME, onde serão definidos os Procedimentos Operacionais Padrão (POP), adaptados às necessidades desta unidade, para validação pela contratante e, após aprovação, este deverá ser cumprido na íntegra.

Será implementada toda a logística para operacionalização do processo de esterilização de materiais necessários para a execução dos serviços descritos neste projeto, contemplando as responsabilidades de:

- Coletar, lavar/limpar e processar os materiais;
- Assegurar estoque de materiais esterilizados de acordo com a demanda do serviço;
- Instituir rotina para manter os materiais esterilizados em estoque, dentro do prazo de validade da esterilização;
- Distribuir os materiais esterilizados para as unidades solicitantes, por Kits e/ou de acordo com análise de consumo médio, otimizando a gestão dos materiais.
- Realizar o controle de inventário dos materiais e equipamentos esterilizados.

O fluxo a ser implantado na central de material esterilizado será unidirecional e contínuo, evitando desta forma o cruzamento de artigos médico-hospitalares sujos com os limpos, contemplando todas as etapas do processo. O acesso de pessoas ficará restrito apenas aos profissionais que ali trabalhem, ou para aqueles que recebam autorização para entrar no setor.

Os profissionais que trabalham na área sujam não irão transitar pela área limpa e vice-versa.

A Comissão de Controle de Infecção, apoiará na definição e implantação dos fluxos, normas e rotinas da CME, bem como avaliações sistemáticas dos processos, assegurando a efetividade do serviço e mitigação do risco de infecção na unidade.

As rotinas e normas do Serviço de Esterilização, irão abordar, dentre outras:

- Recebimento e conferências dos materiais;
- Limpeza e desinfecção de materiais;
- Limpeza, preparo, esterilização, guarda e distribuição dos materiais;
- Monitoramento dos indicadores químicos e biológicos de cada carga após processo de esterilização;
- Conferência dos impressos de controle dos ciclos da autoclave e indicadores biológicos.

Os materiais/artigos serão classificados de acordo com o risco potencial de contaminação, dividindo-se em:

- Artigos Críticos: são aqueles que entram em contato direto com tecidos estéreis ou com o sistema vascular e que penetram em órgãos e tecidos, bem como todos aqueles que possuem alto risco de causar infecção.
- Artigos Semicríticos: são aqueles que entram em contato com mucosa e pele não íntegra dos pacientes ou com mucosas íntegras e exigem desinfecção de médio ou alto nível ou esterilização. Nesse caso, o risco potencial de transmissão de infecção é intermediário, porque as membranas apresentam resistência à entrada de esporos. Alguns deles necessitam de desinfecção de alto nível e outros de desinfecção de nível intermediário (material/artigo para assistência ventilatória, espéculo otológico, circuitos, etc.).
- Artigos não Críticos: são aqueles que entram em contato com pele íntegra e superfícies e apresentam risco de transmissão de infecção baixo. Os materiais/artigos que com presença de matéria orgânica passarão pelo processo de desinfecção de nível baixo, e os que apresentarem ausência de matéria orgânica passarão apenas pelo processo de limpeza.

As áreas da CME e respectivas atividades, estarão divididas conforme a descrição abaixo, sendo essa estrutura, responsável por assegurar o fluxo unidirecional e contínuo citado anteriormente.

- Área de lavagem e descontaminação:
  - Receber, conferir e registrar o quantitativo e tipos de materiais recebidos;

- Desinfetar e separar os materiais;
- Verificar o estado de conservação do material;
- Realizar a limpeza do material;
- Encaminhar o material para a área de preparo.
- Área de preparo de materiais:
  - Revisar e fazer a seleção dos materiais, analisando as suas condições de conservação e limpeza;
  - Preparar, empacotar e/ou acondicionar os materiais a serem esterilizados;
  - Encaminhar os materiais para a esterilização devidamente identificados.
- Área de esterilização:
  - Executar o processo de esterilização nas autoclaves, conforme instruções do fabricante e procedimentos internos;
  - Observar os cuidados com o carregamento e descarregamento das autoclaves;
  - Realizar o controle microbiológico e de validade dos produtos esterilizados;
  - Manter junto com o serviço de manutenção, os equipamentos em bom estado de conservação e uso.
- Área de armazenamento e distribuição:
  - Estocar adequadamente o material esterilizado;
  - Realizar a distribuição do material nas unidades;
  - Registrar todas as saídas de materiais.

Fluxograma unidirecional para materiais esterilizados



#### 6.11.2.4 Fluxo para processamento de roupas

Em relação ao serviço de Rouparia, o Avante Social tem como proposta:

Ser responsável pela viabilização, processamento da roupa e logística, entrega do enxoval completo em perfeitas condições de higiene e conservação, em quantidade adequada para o pleno atendimento aos pacientes e conforme cronograma da Unidade.

Assegurar local apropriado para retirada, entrega e o controle do enxoval circulante, observadas as normas vigentes da Vigilância Sanitária e demais normas e legislações em vigor, assim como o transporte, se necessário, da roupa por meio de veículos adequados atendendo às demandas programadas e às não programadas.

Assegurar que todas as peças confeccionadas sejam customizadas, nas medidas, cores e demais especificações e modelos validados pela CONTRATANTE.

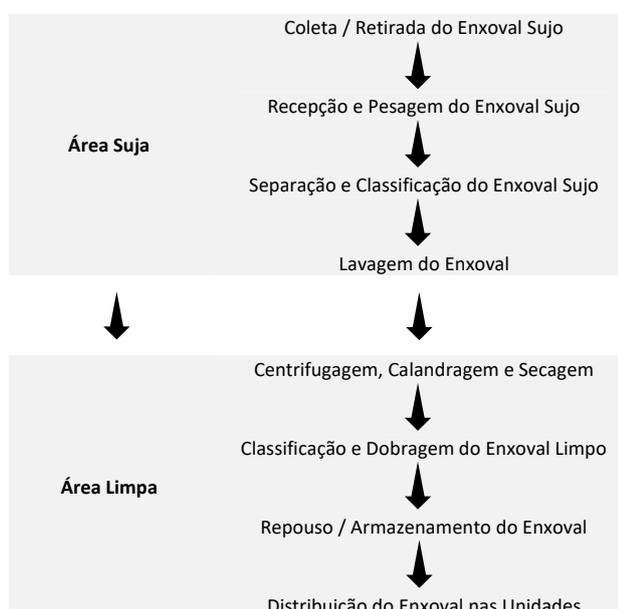
O processamento da roupa consiste em todas as tarefas relacionadas com a coleta, o transporte e a separação da roupa suja, bem como aqueles relacionados ao processo de lavagem, secagem, calandragem, armazenamento e distribuição de todo o enxoval.

O fluxo a ser implantado, será unidirecional e contínuo, evitando desta forma o cruzamento do enxoval sujo com os enxovais limpos, contemplando todas as etapas do processo.

O acesso de pessoas ficará restrito apenas aos profissionais destinados à atividade, ou para aqueles que recebam autorização para entrar no setor.

Os profissionais que manusearem enxoval sujo não irão manusear o enxoval limpo e vice-versa.

Fluxograma Unidirecional para o processamento de roupas



#### 6.11.2.5 Fluxo unidirecional para o serviço de limpeza, higienização e gerenciamento de resíduos em serviços de saúde

Em relação ao serviço de higienização e gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde, o Avante Social Saúde tem como proposta:

Ser responsável, direta ou indiretamente, por todo serviço e condições de limpeza e higiene de todas as áreas da Unidade, incluindo área externa, sendo: Remoção, redução ou destruição de microrganismos patogênicos; Controle de disseminação de contaminação biológica, química;

Fornecer os saneantes sanitários e produtos para higienização, com suas respectivas fichas técnicas, aprovados pelas referências técnicas, assim como a disponibilização dos equipamentos (carros de limpeza, container para os diversos resíduos, papeleiras, dispensadores de sabonete e álcool, dentre outros), ferramentas e utensílios necessários para a perfeita execução dos serviços de limpeza do prédio e demais atividades correlatas.

Assegurar o funcionamento durante 24 (vinte e quatro) horas, 07 (sete) dias da semana do serviço de Limpeza e Higienização da Unidade.

Assegurar que os serviços de limpeza ofertados sejam de um padrão de excelência, com a implantação do padrão de serviço que fomente a imagem positiva da Unidade;

Responsabilizar-se-á, direta ou indiretamente, pelo gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde, incluindo recolhimento, armazenamento, transporte e destinação na forma da legislação e regulamentação pertinentes de acordo com a RDC 306/ANVISA, de 07 de dezembro de 2004, que dispõe sobre o regulamento técnico de gerenciamento de resíduos dos serviços de saúde.

O Avante Social apresentará o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde das Unidades em até 60 (sessenta) dias após o início das atividades assistenciais.

Em relação à POLÍTICA DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS:

A Política para Gerenciamento de Resíduos estabelece o fluxo a ser seguido para os materiais contaminados e de resíduos sólidos corresponde ao deslocamento dos resíduos de saúde que são todos os elementos utilizados, descartados ou resultantes das atividades realizadas nas unidades funcionais da Instituição de Saúde.

As restrições de fluxo são importantes nas áreas críticas onde os compartimentos apresentam um risco aumentado de disseminação de infecções, porque são locais onde se realizam atividades de risco ou porque são locais onde se encontram pacientes imunodeprimidos.

Os resíduos de saúde são resíduos resultantes da prestação de cuidados de saúde, em atividades de prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e investigação, relacionada com seres humanos ou animais, em farmácias, em atividades médico-legais, de ensino e em quaisquer outras que envolvam atividades invasivas.

Esta definição não é suficiente na medida em que, para além dos resíduos resultantes da atividade médica, a unidade de saúde também presta outro tipo de serviços como cozinha, administração ou atividades de manutenção das instalações e equipamentos.

Deste modo também produz outros tipos de resíduos, como por exemplo, resíduos verdes, de construção e demolição, elétricos e eletrônicos, de tinteiros e toners, de embalagens, óleos usados, entre outros (UONIE/ACSS, 2011). No entanto, o Despacho n.º 242/96, de 5 de julho, dá-nos uma ideia mais clara e classifica os resíduos da unidade em quatro grupos Resíduos equiparados a urbanos:

- Não perigosos e não sujeitos a tratamentos Específicos (Grupo I);
- Resíduos hospitalares não perigosos e não sujeitos a tratamentos específicos, possíveis de serem equiparados a urbanos (Grupo II);
- Resíduos hospitalares de risco biológico, contaminados ou suspeitos de contaminação, passíveis de incineração ou de outro pré-tratamento eficaz, permitindo posterior eliminação como resíduo urbano (Grupo III);
- Resíduos hospitalares específicos e de incineração obrigatória (Grupo IV).

O mesmo Despacho caracteriza estes diferentes grupos conforme a sua natureza e proveniência.

Os resíduos equiparados a urbanos (Grupo 1) não são perigosos, pelo que não estão sujeitos a tratamentos específicos, são geralmente embalagens e invólucros comuns (de papel, cartão, e outros de idêntica natureza) e provêm de:

- Serviços gerais (gabinetes, salas de reunião, salas de convívio, instalações sanitárias, vestiários, etc.);
- Serviços de apoio (oficinas, jardins, armazéns e outros);
- Atividades de restauração e hotelaria, resultantes de confecção e restos de alimentos servidos a pacientes não infecciosos ou suspeitos de infecção.

Os resíduos de saúde não perigosos (Grupo II) são resíduos resultantes das atividades de saúde, mas, como não apresentam nenhum risco de contaminação, não estão sujeitos a tratamentos específicos, possivelmente podem ser equiparados a urbanos e são:

- Material ortopédico como talas, gessos, ligaduras gessadas, mas sem vestígios de sangue;
- Fraldas e resguardos descartáveis não contaminados e sem vestígios de sangue;
- Material de proteção individual utilizado nos serviços gerais de apoio como luvas, máscaras, aventais e outros, no entanto, o material de proteção individual utilizado na recolha dos resíduos não entra nesta categoria;
- Embalagens vazias de medicamentos ou de produtos de uso clínico ou comum, com exceção dos resíduos incluídos nos grupos III e grupo IV;
- Frascos de soros- não contaminados, com exceção dos do grupo IV.

Os resíduos de saúde de risco biológico (Grupo III) são resíduos contaminados ou suspeitos de contaminação. Estes resíduos poderão ser incinerados ou sofrerem outro pré-tratamento eficaz, para que mais tarde possam ser eliminados como resíduos urbanos. Os resíduos deste tipo são provenientes:

- Quartos ou enfermarias de pacientes infecciosos ou suspeitos de infecção;
- Blocos operatórios;
- Salas de tratamento;
- Salas de autópsia;
- Salas de anatomia patológica;
- Laboratórios de investigação com exceção dos resíduos identificados no grupo IV;
- São considerados resíduos hospitalares de risco biológico (Grupo III):
  - Peças anatómicas não identificáveis;
  - Resíduos que resultam da administração de sangue e derivados;
  - Sistemas utilizados na administração de soros e medicamentos, com exceção dos identificados no grupo IV;
  - Sacos coletores de fluidos orgânicos e respetivos sistemas;
  - Material ortopédico: talas, gessos e ligaduras gessadas contaminadas ou com vestígios de sangue;
  - Material de prótese retirado a pacientes;
  - Fraldas e resguardos descartáveis contaminados ou com vestígios de sangue;
  - Material de proteção individual utilizado em cuidados de saúde e serviços de apoio geral em que haja contato com produtos contaminados.

Os resíduos hospitalares específicos (Grupo IV) requerem incineração obrigatória e são:

- Peças anatómicas identificáveis, como fetos e placentas;
- Materiais cortantes e perfurantes (agulhas, cateteres e todo o material invasivo);
- Produtos químicos e fármacos rejeitados;
- Citostáticos e todo o material utilizado na sua manipulação e administração.

#### COLETA INTERNA I — RESÍDUO INFECTANTE E QUÍMICO PERIGOSO

Operação e transferência dos recipientes do local de geração para a sala de resíduo infectante e armazenamento temporário.

É feita 5 (cinco) vezes ao dia: 2 (duas) vezes no período da manhã, 2 (duas) vezes no período da tarde, 1 (uma) vez no período da noite. Ou efetuada de acordo com as necessidades da unidade geradora, no que se refere à frequência, horário e demais exigências do serviço.

A coleta é efetuada por carro funcional com capacidade para 100 Its. de resíduo, após ser lacrado com fecho lixto e desprezado na sala de resíduo infectante e no armazenamento temporário para o químico perigoso.

O funcionário pega os sacos de 40 Its.com 2/3 de sua capacidade, lacrado, e coloca-os dentro do carro funcional saco 100 Its., e o mesmo é lacrado e desprezado nas respectivas áreas.

- Equipamento utilizado: carro funcional;

- E.P.I. - Uniforme, luva, bota.

#### COLETA INTERNA I - RESÍDUO COMUM

Operação e transferência dos recipientes do local de geração para o carro de resíduo comum que está estacionado no Hall do elevador do expurgo.

É feita 5 (cinco) vezes ao dia: duas vezes no período da manhã, duas vezes no período da tarde, uma vez no período da noite.

A coleta é efetuada pelo funcionário que lacra o saco com fecho-lixo e encaminha e despreza no carro de resíduo comum.

#### COLETA INTERNA I - RECICLÁVEIS

Operação e transferência dos recipientes do local de geração, recipientes coloridos, para o carro no hall de elevador de serviço.

É feita cinco vezes ao dia: duas vezes no período da manhã, duas vezes no período da tarde, 1 (uma) vez no período da noite.

A coleta é efetuada pelo funcionário que lacra o saco com o lixo, encaminha e despreza no carro de resíduo comum.

#### COLETA INTERNA II - RESÍDUO INFECTANTE E QUÍMICO PERIGOSO

Operação de transferência dos recipientes da sala de resíduo infectante e da área de armazenamento temporário (Químico perigoso) para o abrigo de resíduo infectante e químico perigoso.

A coleta interna é feita 5 (cinco) vezes ao dia: duas vezes no período da manhã, duas vezes no período da tarde e uma vez no período da noite. Retira os sacos de 100 lts. lacrados com fecho-lixo da sala de resíduo infectante e da área de armazenamento temporário num carro coletor de 360 kg, em plástico resistente, com tampa, da sala do resíduo infectante e no hall do elevador do expurgo, área de armazenamento temporário.

- Equipamento utilizado: Carro container com tampa;
- E.P.I. - Uniforme, avental PVC, luva, máscara, gorro, bota PVC e óculos.

#### COLETA INTERNA II - RESÍDUO COMUM

Operação de transferência dos recipientes do carro de resíduo comum no hall do elevador do expurgo para o abrigo de resíduo comum.

A coleta interna II é feita 5 (cinco) vezes ao dia: 2 (duas) vezes no período da manhã, duas vezes no período da tarde e 1 (uma) vez no período da noite.

Retira os sacos de 100 lts., lacrados com fecho-lixo do carro de resíduo comum no hall do expurgo, transfere para o carro coletor de 360 kg, em plástico resistente, com tampa.

- Equipamento utilizado: Carro container com tampa.
- E.P.I. - Uniforme, luva, gorro.

#### COLETA INTERNA II — RECICLÁVEIS

Operação de transferência dos recipientes do carro de resíduo comum no hall do elevador do expurgo para o local de armazenagem do material reciclado.

A coleta interna II é feita 5 (cinco) vezes ao dia: 2 (duas) vezes no período da manhã, duas vezes no período da tarde e 1 (uma) vez no período da noite.

Retira os sacos de 100 lts., lacrados com fecho-lixo colorido do carro e transfere para o carro de 360 kg, em plástico resistente, com tampa, e desce no elevador do expurgo, não tendo nenhum percurso dentro do setor de internação até o local de armazenagem e estoque dos reciclados para comercialização.

Em relação PROGRAMA DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE - PGRSS

#### ETAPAS PARA A ELABORAÇÃO DO PGRSS

O passo a passo a ser seguido para a elaboração do PGRSS contempla as seguintes etapas:

##### ETAPA 01: IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA

- Definição do profissional responsável pela elaboração do PGRSS;
- Pesquisa e análise das legislações de âmbito Federal, Estadual e Municipal;
- Identificação das áreas envolvidas com os Resíduos de Serviços de Saúde;
- Definição das estratégias de trabalho; e
- Envolvimento e comprometimento da Direção.

##### ETAPA 02: DEFINIÇÃO DA EQUIPE DE TRABALHO

- Composição das equipes conforme a tipificação dos resíduos gerados; e
- Identificação das habilidades e competências.

##### ETAPA 03: MOBILIZAÇÃO E SENSIBILIZAÇÃO DAS UNIDADES

- Reunião dos setores envolvidos para apresentação e discussões acerca da proposta de trabalho;
- Planejamento das estratégias de sensibilização, através de palestras, oficinas, etc.;
- Definição e elaboração de instrumento de comunicação interna; e
- Questionário de percepção dos problemas e divulgação dos resultados

##### ETAPA 04: DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DOS RSS

- Levantamento das atividades;
- Identificação dos tipos de resíduos gerados;
- Avaliação das etapas atuais dos processos de gerenciamento de RSS;
- Análise da Geração e Segregação, através da identificação da quantidade de resíduo gerado, por setor, conforme a classificação da RDC Anvisa 306/04, por peso ou volume e Tipo de segregação em uso;
- Análise do Acondicionamento, através do Tipo de contenedores (número, características, identificação, limite de preenchimento, etc), Tipos de sacos de acondicionamento, Perfurocortantes e Químicos;
- Análise da Coleta e do Transporte Interno, através das Rotas de coleta e fluxos definidos, compatibilidade com as demais atividades das áreas, Carros de transporte compatíveis com RSS e Utilização dos EPIs;
- Análise do Armazenamento, através do local de Armazenamento interno e Armazenamento Externo (A, B, D, E), Condições de infraestrutura dos ambientes de armazenamento, bem como a limpeza e higienização dos ambientes de armazenamento e área de higienização dos contenedores;
- Análise da Coleta e do Transporte Externo, através das empresas existentes e/ou vinculadas, Frequência e modo operacional de coleta, Veículos utilizados, Licenças operacionais e EPIS;
- Análise do Tratamento, através dos sistemas existentes nas unidades, sistemas de tratamento fora da unidade, licenciamento ambiental e tipo de rede coletora de esgoto sanitário.
- Análise da Disposição Final, através dos tipos de disposição final existentes, restrições quanto aos RSS e licenciamento ambiental;
- Avaliação do Resultado, através da análise da situação atual dos estabelecimentos e identificação de cenários críticos, semicríticos e não críticos.

##### ETAPA 05: DEFINIÇÃO DAS METAS E OBJETIVOS

- Identificação dos recursos financeiros existentes;

- Definição das metas a serem atingidas;
- Práticas de minimização de geração de RSS;
- Tecnologias limpas, reduzindo riscos sanitários e ambientais;
- Avaliação de alternativas de reciclagem; e
- Investimentos necessários e cronograma de implantação.

#### ETAPA 06: ELABORAÇÃO DO PGRSS

- Dados do estabelecimento;
- Descrição das rotinas operacionais: POPs para Segregação, Acondicionamento, Transporte, Armazenamento, Coleta e destino dos Resíduos, Tratamento e/ou Disposição Final dos RSS;
- Integração das rotinas internas: alinhamento e validação dos fluxos e POPs com a CCIH,
- CIPA, SESMT e Comissão de Biossegurança;
- Estabelecimento dos treinamentos e capacitações necessárias.
- Controles de pragas e vetores;
- Planos de Contingência para situações de emergência e acidentes;

#### ETAPA 07: IMPLEMENTAÇÃO DO PGRSS

- Realização dos treinamentos e capacitações previstos;
- Identificação e execução das correções necessárias;
- Execução das adequações de infraestrutura necessárias;
- Divulgação e disponibilização do PGRSS para as áreas/equipes.

#### ETAPA 08: AVALIAÇÃO DO PGRSS

- Definição das estratégias de acompanhamento;
- Construção dos Indicadores:
  - Taxa de acidentes com perfurocortantes
  - Variação da geração de resíduos;
  - Variação da proporção de resíduos do Grupo A;
  - Variação da proporção de resíduos do Grupo B;
  - Variação da proporção de resíduos do Grupo C;
  - Variação da proporção de resíduos do Grupo D;
  - Variação da proporção de resíduos do Grupo E;
  - Variação do percentual de reciclagem.
- Avaliação Sistemática dos Resultados;
- Discussão com as equipes e acolhimento das sugestões para modificações;
- Revisão Periódica do PGRSS;
- Realização de ciclos de atualização com treinamentos e capacitações;

Divulgação e disponibilização do PGRSS atualizado nas áreas.

### 6.11.3 Implantação da gestão

#### 6.11.3.1 Proposta de educação em saúde e educação permanente

Em relação a implantação e funcionamento das atividades de educação permanente, o Avante Social considera que a Educação Permanente é uma das estratégias mais usadas para enfrentar os problemas de desenvolvimento dos serviços de saúde. A aprendizagem ocorre por meio de ações intencionais e planejadas que têm como missão fortalecer conhecimentos, habilidades, atitudes e práticas. Com base nos princípios que norteiam nossa atuação, como a humanização do atendimento e a ética e qualidade do serviço prestado, promovemos programas de Educação Continuada que realizam consultoria e capacitação tecnológica de

profissionais e por isso será implementado prática de educação continuada para todos os colaboradores, com no mínimo de 30 horas/por profissional em Educação Permanente, por semestre, visando a manutenção de estímulo, preparo e realização de trabalho com eficiência.

A Gestão do Avante Social ao longo do contrato de gestão, atuará na Unidade de Saúde em ensino nas seguintes áreas:

- Educação Permanente de Assistência Médica em Urgência e Emergência;
- Educação Permanente de Assistência de Enfermagem;
- Educação Permanente na Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas a Assistência à Saúde;
- Educação Permanente na Assistência Multidisciplinar;
- Capacitações em Urgência e Emergência;
- Boas Práticas em Humanização;
- Educação em Obstetrícia;
- Dentre outras.

#### POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

A qualificação das prestações de serviços do Avante Social utiliza como estratégia de Gestão, a Capacitação em Processos Educacionais na Saúde para a obtenção de profissionais diferenciados na capacitação em serviços e conseqüente assistência à saúde qualificada e segura.

O Avante Social investe na gestão voltada a capacitação da equipe multidisciplinar objetivando proporcionar efetiva articulação de conhecimentos, habilidades e atitudes, fortalecendo seus valores e padronizando os processos administrativos e assistenciais através de metodologias de ensino, pesquisa e capacitação.

A estratégia busca alterar os processos tradicionais na aquisição de saberes e na conquista de competências imprescindíveis ao exercício profissional, fortalecendo a imagem do Serviço de Saúde pela prestação da assistência qualificada voltada ao Ensino, Pesquisa, Inovação Tecnológica e Profissionais Multidisciplinares Qualificados, além de ter como estratégia a ampliação de parceria com centros de ensino e pesquisa.

Adotamos assim, novas formas de ensino-aprendizagem na perspectiva em integrar teoria/prática e ensino/serviço entre as diferentes profissões de área da saúde.

Para que a Gestão Diferenciada e Qualificada aconteça de forma efetiva faz-se necessário o investimento de ensino aos colaboradores/profissionais, pois são as pessoas que garantem o sucesso da gestão.

O Avante Social assim investe no ensino e aprimoramento dos profissionais independentemente do nível hierárquico, pois acredita nas pessoas para a Gestão e Assistência qualificada e conseqüente resultados esperados.

A Gestão do Avante Social ao longo do contrato de gestão, atuará na Unidade de Saúde em ensino nas seguintes áreas:

- Educação Permanente de Assistência Médica em Urgência e Emergência;
- Educação Permanente de Assistência de Enfermagem;
- Educação Permanente na Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas a Assistência à Saúde;
- Educação Permanente na Assistência Multidisciplinar;
- Capacitações em Urgência e Emergência;
- Boas Práticas em Humanização

A proposta da Gestão do Avante Social será:

- Elaborar cursos de qualificação pedagógica para os profissionais de vigilância sanitária que atuam como formadores/multiplicadores na melhoria dos processos;
- Promover parcerias com as instituições formadoras e juntas construir metodologias ativas de aprendizagem, voltadas para os indicadores das necessidades de vigilância em saúde;

- Estimular a pesquisa como fonte de conhecimento e divulgação das informações da vigilância sanitária;
- Criar indicadores que permitam a avaliação do trabalho da vigilância sanitária que possibilitem a realização de planejamento estratégico para a área;
- Ampliar o acesso dos trabalhadores de vigilância sanitária aos cursos de formação.

#### OBJETIVOS DA CAPACITAÇÃO:

- Capacitar os profissionais de saúde multidisciplinar;
- Treinar e solidificar o conhecimento técnico científico para tomada de decisões;
- Possuir os processos de trabalho padronizados, independentemente das pessoas;
- Assegurar a assistência à saúde.
- Criar ambiente educacional padrão para troca de experiências e melhoria dos processos de trabalho;
- Criar boas práticas a serem seguidas;
- Adaptar conteúdo em linguagem virtual;
- Desenvolver tecnologias educacionais para capacitação;
- Proporcionar forma de registro de avaliação de aprendizagem do conhecimento técnico científico, com vistas a monitorar progresso e garantir a qualificação do corpo de saúde;
- Favorecer padronização das condutas entre os diversos Serviços de Saúde sob Gestão do Avante Social, de forma alinhada aos valores, demandas técnicas do sistema de saúde e parâmetros locais;
- Promover espaço virtual para capacitação, avaliação e troca de informações profissionais.

#### FERRAMENTAS DE ENSINO E CAPACITAÇÃO:

O Avante Social possui como ferramenta educacional uma plataforma desenvolvida a ser alimentada de acordo com a necessidade das unidades, com:

- Conteúdos ricos em imagens e vídeos;
- Textos animados: Infográficos;
- Videoaulas;
- Estudos de casos simulados;
- Exercícios interativos para reflexão;
- Ambiente colaborativo de discussão e construção do conhecimento: Fóruns e web conferência em tempo real;
- Consultas dos Processos de Trabalho em forma de Documentos (Protocolos, Procedimentos Operacionais Padrão, Normas e Rotinas e Políticas Institucionais) a serem implantadas nos Serviços.

#### MODELO DE PLANO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

O Modelo de Plano de Educação Permanente, abaixo proposto, com foco multidisciplinar, será alinhado e validado junto aos responsáveis técnicos, no início da gestão do Avante Social, e anualmente, com o Conselho Gestor da Unidade, não excluindo a definição e desenvolvimento de outros temas no decorrer da gestão, como por exemplo, os treinamentos específicos para as áreas de apoio assistencial e operacional, direcionado aos profissionais da Unidade de Saúde.

#### TREINAMENTO / CAPACITAÇÃO

- Humanização no Atendimento: Equipe Multidisciplinar e Disseminar a Política de Humanização/Ambiência;
- Linha de Cuidado ao Trauma - Foco na atenção ao Politraumatizado: Equipe multidisciplinar e padronizar a atuação da equipe;
- Acesso à Via Aérea em emergências: Equipe multidisciplinar e padronizar a atuação;
- Urgências e Emergências Traumato ortopédicas: Equipe multidisciplinar e padronizar a atuação da equipe;
- Atuação multidisciplinar na PCR: Equipe multidisciplinar e aumentar o sucesso na reversão das PCR;

- Identificação precoce de sinais de deterioração clínica: Equipe multidisciplinar e evitar eventos de PCR;
- Emergências Pediátricas: Equipe multidisciplinar e padronizar a atuação no cuidado pediátrico;
- Urgências e Emergências cardiológicas: Equipe multidisciplinar e padronizar a atuação;
- Urgências e Emergências respiratórias: Equipe multidisciplinar e padronizar a atuação;
- Linha de Cuidado Cerebrovascular - Foco na Atenção ao Acidente Vascular Cerebral: Equipe multidisciplinar e padronizar a atuação da equipe;
- Sequência Rápida de Intubação em situações especiais (Asma, TCE): Equipe multidisciplinar e padronizar a atuação da equipe;
- Abordagem em situações especiais, como: Afogamento, Queimado, Choque: Equipe multidisciplinar e padronizar a atuação da equipe;
- Sepsis, Dengue e outras Infecções: Equipe multidisciplinar e fortalecer a identificação precoce das patologias;
- Ventilação Mecânica no paciente grave: Equipe multidisciplinar e melhorar a assistência ao paciente grave;
- Diagnóstico por Imagem no Pronto Atendimento: Equipe multidisciplinar e evitar solicitações de exames sem necessidade, bem como integrar as equipes;
- Gestão de Equipes Assistenciais: Atingir as Lideranças e Enfermeiros Plantonista e aperfeiçoar a gestão organizacional.

Cabe ressaltar que o Plano de Educação proposto não limita o planejamento e realização de outros treinamentos no decorrer do período, treinamentos estes que após definidos, devem compor o respectivo Plano de Educação Permanente / Continuada. Portanto, os treinamentos elencados acima, servem como base inicial do planejamento.

### **6.11.3.2 Proposta de regimento interno da Unidade de Pronto Atendimento UPA 24h**

Este Regimento apresenta-se na perspectiva da organização e sistematização da assistência médica e área administrativa da Unidade de Pronto Atendimento UPA 24h. De forma geral, tratam da constituição e das finalidades da organização, da competência dos órgãos, das atribuições do pessoal, do funcionamento e das disposições gerais.

O conteúdo descreve as competências e atribuições das Diretorias, Coordenações, Gerências e Equipes de Trabalho que compõem a UPA corroborando para o desenvolvimento da gestão e do gerenciamento, com base neste Regimento Interno, de forma a produzir avanços significativos em direção à qualidade, construção de conhecimento, sustentabilidade, com profissionais qualificados e tecnologia atualizada.

Salienta-se que esta é uma proposta padrão de regimento interno e que a Avante Social poderá adaptá-lo conforme as rotinas, operações e especificações de cada unidade a ser gerenciada.

## **REGIMENTO INTERNO DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO UPA 24H**

### **TÍTULO I MISSÃO, VISÃO E VALORES**

**Missão:** Proporcionar cuidado humanizado e de excelência em saúde, com foco na vida e no acolhimento com qualidade, na construção de conhecimento, na sustentabilidade, com profissionais qualificados e tecnologia atualizada.

**Visão:** Ser Unidade de Referência no Estado de São Paulo, reconhecido pela qualidade, humanização na prestação de serviços de saúde, com sustentabilidade e inserção comunitária.

**Valores:** Respeito ao ser humano, valorização do trabalhador, atendimento humanizado, excelência, competência, segurança, ética, responsabilidade social, visão integrada e realista da assistência.

## **TÍTULO II DA INSTITUIÇÃO**

Art. 1º A Unidade de Pronto Atendimento UPA 24h, com sede no Município de Votorantim/SP, é Unidade Pública Municipal de Saúde.

Art. 2º A Unidade de é regida:

- I - pela legislação federal pertinente;
- II- por resoluções dos órgãos de deliberação superiores da Secretaria Estadual de Saúde - SES;
- III - por este Regimento;
- IV - pelas resoluções de seu Conselho Diretor.

## **TÍTULO III DAS DISPOSIÇÕES INICIAIS**

Art. 3.º Este Regulamento foi elaborado como intuito de organizar, aprimorar, otimizar e padronizar as atividades e rotinas da Unidade de Pronto Atendimento UPA 24h, integrante do patrimônio e da estrutura da Secretaria Municipal de Saúde de Votorantim e Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo e por esta administração tendo como foco principal oferecer um atendimento eficaz e de qualidade aos usuários da unidade e às equipes internas. Tem por finalidades principais:

Parágrafo único - Prestar assistência humanizada e de excelência em saúde de qualidade, aplicando os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e da gestão pública.

Art. 4.º Este Regulamento facilitará a identificação, a análise e a correção dos pontos críticos e de possíveis não conformidades que vierem a ocorrer em cada etapa do processo de trabalho e ainda possibilitará aos gestores uma visão global e ao mesmo tempo detalhada da estrutura funcional e organizacional, propiciando uma base para a realização de um planejamento adequado de um programa de capacitação técnica-científica e humanitária.

## **TÍTULO IV DOS FINS**

Art. 5º A Unidade de Pronto Atendimento UPA 24h tem como objetivo desenvolver com eficácia, eficiência e de forma equilibrada e indissociável a assistência à comunidade, na área da saúde.

Parágrafo único. A Unidade insere-se no Sistema Único de Saúde-SUS.

Art. 6º A Unidade de Pronto Atendimento UPA 24h constituir-se-á como referência na área da saúde, norteando-se pelos princípios de liberdade, de solidariedade, de integração programática, de integração técnica de prestação de serviços, de integração nos serviços de saúde da comunidade, de trabalho em equipe, de representatividade da clientela e de prestação de assistência ambulatorial e de urgência.

§ 1º Por integração programática entende-se que o conjunto das atividades da UPA será planejado e conduzido de forma a compatibilizar a assistência à saúde da comunidade às políticas intersetoriais com objetivo de garantir resolutividade da atenção e continuidade do cuidado.

§ 2º Por integração técnica de prestação de serviços entende-se que o atendimento se pautará pelo conceito de saúde integral, mediante a conjugação de ações pertinentes voltadas para a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde.

§ 3º Por integração aos serviços de saúde da comunidade entende-se que a Unidade de Pronto Atendimento UPA 24h buscará articular-se com os demais serviços de saúde da RAS – Rede Assistencial de Saúde em nível local e regional.

§ 4º Por trabalho em equipe entende-se que as atividades da Unidade se desenvolverão por meio de equipes multiprofissionais capazes de promover, de forma integrada, a atenção à saúde, possibilitando a integralidade do cuidado e o pleno atendimento biopsicossocial aos seus usuários / pacientes.

§ 5º Por representatividade da população referenciada entende-se que a Unidade atenderá a clientela diversificada e representativa alusivas ao parto e nascimento.

§ 6º Por prestação de assistência em vários níveis entende-se que a Unidade se organizará de forma a responder às necessidades de saúde da população no nível secundário.

Art. 7º No interesse de seus objetivos, a Unidade manterá intercâmbio com instituições nacionais e internacionais, interagindo prioritariamente com as demais Unidades da SMS e da SES.

## **TÍTULO V DO CORPO DIRETIVO**

Art. 8º A estrutura, as competências, a integração e o funcionamento dos órgãos aqui estabelecidos obedecerão às resoluções dos órgãos de deliberação superior da SES, a este Regimento e às normas específicas.

Parágrafo único. As atividades da Unidade se integrarão administrativamente, sob direção geral única, adotando modelo colegiado de gestão, que se efetivará por meio de Unidades Gerenciais.

Art. 9º A estrutura orgânico-gerencial da Unidade é constituída por:

- I - Diretoria Geral;
- II - Diretoria Técnica (Médico);
- III - Diretoria Administrativa e Financeira;
- IV - Diretoria Operacional;
- V - Gerência Assistencial;
- VI - Gerência Operacional - Serviços de apoio e complementares;
- VII – Conselho Diretor.

Parágrafo único. O corpo Diretivo da Unidade está detalhadamente descrito no Regimento Interno da Estrutura Diretiva da Unidade.

Art. 10º O Conselho Diretor é o órgão de deliberação superior da Unidade, ao qual incumbe definir a política geral da Unidade nos planos de gestão assistencial e administrativo.

Art. 11º O Conselho Diretor, presidido pelo Diretor-Geral da Unidade, com voto comum e de qualidade, é integrado:

- I - Diretoria Geral;
- II - Diretoria Técnica (Médico);
- III - Diretoria Administrativa e Financeira;
- IV - Diretoria Operacional;
- V - Gerência Assistencial;
- VI - Gerência Operacional - Serviços de apoio e complementares;
- VII - Representante da SMS.

Art. 12º Cabe ao Conselho Diretor planejar e supervisionar as atividades assistenciais e administrativas, elaborar e aprovar normatizações que regulem o funcionamento, assistencial e administrativo da Unidade, em consonância com as normas da SES e do SUS.

Art. 13º A Diretoria Geral da Unidade, exercida pelo Diretor-Geral e pelo Vice-Diretor Geral, é responsável pela supervisão das atividades assistenciais e administrativas em coerência com as normas da SES e do SUS.

Art. 14º. Compete ao Diretor-Geral atuar como principal autoridade administrativa da Unidade, supervisionando as atividades assistenciais e dirigindo os serviços administrativos, incluindo pessoal, finanças e patrimônio.

Art. 15º. A Diretoria Geral será diretamente assessorada em suas funções:

- I - pela Diretoria Técnica;
- II - pela Diretoria Administrativa;
- IV - pela Diretoria Operacional;

V – pela Chefia de Recursos Humanos.

Art. 16º A Diretoria Técnica é o órgão responsável pela supervisão das atividades de prestação de serviços desenvolvidas na Unidade.

Art. 17º. O cargo de Diretor Técnico é exercido pelo Vice-Diretor Geral da Unidade.

Art. 18º. A Diretoria Técnica Operacional, diretamente ligada à Diretoria Técnica, é o órgão que responde pela assistência de Enfermagem prestada pela Unidade.

Art. 19º. A Diretoria Administrativa e Financeira da Unidade, órgão de administração geral, é exercida pelo Diretor Administrativo.

Art. 20º. A Chefia Recursos Humanos, subordinada à Diretoria Administrativa, é o órgão responsável pelo planejamento e implementação da política de recursos humanos na Unidade.

Parágrafo único. O Vice-Diretor de Recursos Humanos é nomeado pelo Diretor-Geral a partir de indicação da Diretoria Administrativa.

Art. 21º. As Unidades Funcionais são unidades administrativas e/ou assistenciais encarregadas de operacionalizar e integrar a assistência, a administração e a gestão na Unidade.

Art. 22º Compete às Unidades Funcionais:

- I - elaborar seu plano de ação, contendo objetivos, metas e indicadores de avaliação de desempenho, em consonância com a missão e as metas gerais da Unidade e da SES;
- II - propor à Diretoria-Geral a alocação dos recursos necessários para o desenvolvimento de seu plano de ação;
- III - articular e coordenar as atividades desenvolvidas em todos os serviços e/ou setores que compõem a Unidade Funcional;
- IV - assessorar a Diretoria-Geral em assuntos relativos à esfera de atuação da Unidade Funcional;
- V - articular-se e cooperar com as demais Unidades Funcionais, visando a qualidade de assistência à comunidade atendida na Unidade ao bom desempenho da unidade como um todo.

Art. 23º O Colegiado Gestor das Unidades Funcionais é órgão consultivo, presidido pelo Diretor-Geral, e integrado:

- I - pelo Vice-Diretor Geral;
- II - pelo Diretor Administrativo;
- IV - pelo Diretor Técnico de Enfermagem;
- V – pelo Gerente Assistencial;
- VI - pelo Gerente dos serviços de apoio e complementares.

Parágrafo único. O Colegiado Gestor das Unidades Funcionais subordina-se diretamente à Diretoria-Geral.

Art. 24º. As Coordenadorias Profissionais congregam profissionais da área de saúde, com formação de nível superior, pertencentes a uma mesma categoria.

§ 1º Cada Coordenadoria terá um Coordenador escolhido pelo Diretor-Geral dentre os profissionais da respectiva área.

§ 2º As Coordenadorias Profissionais subordinam-se à Diretoria Técnica.

## **TÍTULO VI DAS COMISSÕES**

As comissões são órgãos de assessoramento da Unidade, podendo ser de caráter permanente ou temporário, considerando o previsto nas normas, diretrizes e legislações pertinentes a unidade, à SES, aos conselhos de classe, Ministério da Saúde, Anvisa e outros com relevância.

§ 1º - As comissões permanentes terão regulamentos e normas específicas aprovados pelo Colegiado Executivo.

§ 2º - As Comissões Temporárias serão constituídas por membros escolhidos e designados pelo Diretor Geral, cabendo-lhe também a indicação do Presidente e a fixação do prazo para conclusão das tarefas que a elas forem conferidas.

**TÍTULO VII  
DAS ATIVIDADES ADMINISTRATIVAS E DE APOIO**

**CAPÍTULO I  
DA GERÊNCIA DE INTERNAÇÃO E REGULAÇÃO**

Art. 25º. A Gerência de Internação, Prontuário e Regulação é composta pelos serviços:

- I. Serviço de Regulação;
- II. Serviço de Arquivo Médico e Estatística;
- III. Serviço de Internação e Alta;
- IV. Serviço de Arquivo;
- V. Serviço de Estatística;
- VI. Serviço de Registro Geral;
- VII. Serviço de Pré auditoria e Faturamento.

Art. 26º. O Serviço de Regulação tem as seguintes atribuições:

- I. Criar o Núcleo Interno de Regulação (NIR), em conformidade com a legislação em vigor;
- II. Estabelecer de critérios de gravidade e disponibilizar o acesso ambulatorial, de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, através de critérios pré-estabelecidos em normas e protocolos;
- III. Realizar interface com as Centrais de Regulação;
- IV. Realizar interface com as unidades assistenciais Região de Saúde de referência;
- V. Delinear o perfil de complexidade da assistência na Unidade;
- VI. Realizar busca por vagas de internação e apoio diagnóstico/ terapêutico fora do próprio estabelecimento para os pacientes que requeiram serviços não disponíveis, sempre que necessário, conforme pactuação na Rede de Atenção à Saúde;
- VII. Formalizar o conhecimento da necessidade de leitos, por especialidades e patologias;
- VIII. Subsidiar discussões tanto internas, como externas (na rede de atenção à saúde), que permitam o planejamento da ampliação e/ou readequação do perfil de leitos ofertados;
- IX. Otimizar a utilização dos leitos, para aumento da Taxa de Ocupação, e redução do Tempo Médio de Permanência, nos diversos setores, além de ampliar o acesso aos leitos, quanto para outros serviços disponibilizados pela RAS;
- X. Promover o uso dinâmico dos leitos, por meio do aumento de rotatividade e monitoramento das atividades de gestão da clínica desempenhadas pelas equipes assistenciais;
- XI. Permitir e aprimorar a interface entre a gestão interna e a regulação;
- XII. Qualificar os fluxos de acesso aos serviços e as informações no ambiente;

- XIII. Otimizar os recursos existentes e aponta necessidades de incorporação de tecnologias no âmbito da unidade;
- XIV. Promover a permanente articulação do conjunto das especialidades, bem como das equipes multiprofissionais garantindo a integralidade do cuidado;
- XV. Aprimorar e apoiar o processo integral do cuidado ao usuário dos serviços visando o atendimento mais adequado às suas necessidades;
- XVI. Apoiar as equipes na definição de critérios para internação e alta;
- XVII. Fornece subsídios às Coordenações Assistenciais para que façam o gerenciamento dos leitos, sinalizando contingências locais e regionais que possam comprometer a assistência;
- XVIII. Estimular o Cuidado Horizontal dentro da instituição;
- XIX. Subsidiar a direção da Unidade para a tomada de decisão internamente;
- XX. Colaborar tecnicamente, com dados de monitoramento na proposição e atualização de protocolos de diretrizes clínicas e terapêuticas e administrativos.
- XXI. Planejar em conjunto com as lideranças do Centro Cirúrgico a programação das cirurgias;
- XXII. Planejar em conjunto com as lideranças do Programa de Consultas Externas a programação das consultas ambulatoriais e exames diagnósticos;
- XXIII. Propor a integração dos procedimentos médicos, assistenciais e administrativos no que for de sua atribuição;
- XXIV. Propor a forma de monitoramento dos prazos de agendamento e de realização das atividades assistenciais;
- XXV. Propor a utilização dos sistemas de informação em sua plenitude, permitindo o compartilhamento das informações do paciente tanto no âmbito operacional como no gerencial e científico;

Art. 27º. Ao Serviço de Arquivo Médico e Estatística compete:

- I. Planejar, supervisionar, controlar e avaliar o desenvolvimento de todas as atividades relacionadas ao Serviço de Internação e Alta, Serviço de Arquivo, Serviço de Estatística e Serviço de Registro Geral;
- II. Supervisionar o recebimento, registro e controle do movimento dos usuários e respectivos prontuários, sejam eles das Unidades de Internação ou do Serviço de Emergência, fornecendo dados médicos e administrativos;
- III. Fazer registro diário dos serviços prestados;
- IV. Estimular a prática profissional interdisciplinar na Unidade;
- V. Colaborar na humanização do atendimento na Unidade;
- VI. Manter contato com a Diretoria Técnico-Assistencial da Unidade objetivando a eficiência administrativa dos serviços;
- VII. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- VIII. Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único - As atividades do Serviço de Arquivo Médico e Estatística serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Art. 28º. O Serviço de Internação e Alta tem as seguintes atribuições:

- I. Registrar as internações cujos pedidos foram feitos pela equipe médica;
- II. Manter atualizado o painel de leitos para controle de vagas e informações sobre os usuários internados;
- III. Atender solicitações do público e fornecer informações de acordo com a orientação da Unidade;
- IV. Colaborar na humanização do atendimento na Unidade;
- V. Controlar a saída dos usuários após a comunicação da Unidade de Internação;
- VI. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- VII. Registrar as atividades para elaboração do relatório mensal, para apresentação à Supervisão do Serviço de Arquivo Médico e Estatística.

Art. 29º. Ao Serviço de Arquivo compete:

- I. Manter atualizado os prontuários médicos, catalogando-os;
- II. Receber, conferir e revisar os prontuários dos pacientes de alta e solicitar a complementação dos mesmos, se for o caso, através da Comissão Interna de Revisão de Prontuários;
- III. Controlar a movimentação dos prontuários, requisitada pelos Serviços de Internação, Ambulatório e Emergência, para fins de registro, auditoria, ensino e pesquisa;
- IV. Revisar diariamente os prontuários devolvidos pelo Ambulatório e solicitar a complementação dos mesmos, se for o caso, através da Comissão Interna de Revisão de Prontuários;
- V. Completar os prontuários e entregá-los ao Serviço de Estatística para fins de classificação dos diagnósticos;
- VI. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- VII. Registrar as atividades para elaboração do relatório mensal para apresentação à Supervisão do Serviço de Arquivo Médico e Estatística.

Art. 30º. Ao Serviço de Estatística compete:

- I. Receber dos vários serviços da Unidade, mapas semanais e relatórios de suas atividades;
- II. Receber os prontuários dos pacientes de alta e classificar os diagnósticos consignados das doenças, operações ou “causa mortis” registrando no sistema informatizado;
- III. Elaborar mensalmente os indicadores para apresentar à Supervisão de Serviço de Arquivo Médico e Estatística;
- IV. Fornecer dados para fins de pesquisa;
- V. Encaminhar à SES, todas as estatísticas, de acordo com a discriminação padronizada;
- VI. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- VII. Registrar as atividades para elaboração do relatório mensal para apresentação à Supervisão do Serviço de Arquivo Médico e Estatística.

Art. 31º. Ao Serviço de Registro Geral compete efetuar registro de internação e movimentação dos usuários na Unidade.

§ 1º - À Equipe de recepção da internação compete:

- a) registrar os pacientes novos e fornecer-lhes o cartão de matrícula;
- b) proceder à abertura de prontuários de pacientes novos;
- c) registrar o movimento de pacientes em livro próprio;
- d) manter atualizado o fichário de vagas;
- e) manter em ordem o fichário de registro de pacientes;
- f) controlar o movimento diário das matrículas na Unidade, expedindo relatório;
- g) orientar os pacientes na legalização de documentos pedidos para fim de matrícula;

- h) colaborar na humanização do atendimento;
- i) zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- j) registrar as atividades para elaboração do relatório mensal para apresentação à Supervisão de Serviço de Arquivo Médico e Estatística.

§ 2º - À Equipe de recepção do Ambulatório compete:

- a) preparar as agendas de consultas e efetuar a marcação das mesmas, de acordo com a escala de serviço a ser fornecida mensalmente pelos coordenadores e supervisores dos serviços médicos e o número de atendimentos em disponibilidade em cada serviço;
- b) encaminhar ao Serviço de Arquivo a relação dos usuários agendados para consulta;
- c) colaborar na humanização do atendimento;
- d) zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- e) registrar as atividades para elaboração do relatório mensal para apresentação à Supervisão de Serviço de Arquivo Médico e Estatística.

§ 3º - À Equipe de recepção da urgência compete:

- a) registrar a entrada do paciente em sistema informatizado, encaminhando-o para atendimento;
- b) colaborar na humanização do atendimento;
- c) elaborar estatística diária do movimento dos pacientes;
- d) zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- e) registrar as atividades para elaboração do relatório mensal para apresentação à Supervisão de Serviço de Arquivo Médico e Estatística.

Art. 32º. Ao Serviço de Prontuários e Pré Auditoria compreende os serviços de análise administrativa e auditorias no prontuário dos pacientes e possui as seguintes atribuições:

- I. Realizar análise administrativa no prontuário dos pacientes e devolução de prontuários inconformes aos setores de origem para adequação das não conformidades identificadas;
- II. Realizar auditorias de enfermagem no prontuário dos pacientes e devolução de prontuários inconformes aos setores de origem para adequação das não conformidades identificadas;
- III. Verificar a compatibilidade entre os procedimentos realizados e o registro dos itens constantes das contas;
- IV. Atuar de forma educativa nas equipes assistenciais contribuindo, com seus conhecimentos, para a obtenção de registros positivos, evitando a ocorrência de glosas, e preservando relações éticas entre o assistente e o auditor;
- V. Subsidiar ações para a melhoria contínua da documentação nos prontuários dos pacientes, diminuindo as não conformidades entre o registro da assistência prestada e os procedimentos realizados evitando o comprometimento do faturamento assistencial;
- VI. Atualizar constantemente os conhecimentos quanto às mudanças na prática assistencial, sejam elas relativas a medicamentos ou materiais, para que possa abordar os erros/falhas de registros com propriedade e, também, orientar os profissionais assistentes quanto aos problemas/deficiências encontrados, apontando alternativas corretivas e/ou preventivas.

Art. 33º. O Faturamento possui as seguintes atribuições:

- I. Confeccionar todas as contas dos pacientes que são admitidos na Unidade por meio do recebimento de documentações/informações (prontuários, fichas de atendimento, arquivos de produção) e lançar as cobranças pertinentes nos sistemas informatizados;
- II. Possibilitar à administração, conhecer qual a rentabilidade dos serviços a apoiando nas tomadas de decisões, gestão de custos, qualidade e receitas;
- III. Fornecer à administração, por meio de dados estatísticos e relatórios, subsídios para a tomada de decisões e avaliações de desempenho da instituição;
- IV. Gerenciar e representar o processo relacionado ao recebimento de glosas, identificando as causas, bem como estabelecendo estratégias para minimizá-las e preveni-las.

## **CAPÍTULO II** **DA GESTÃO DE PESSOAS**

Art. 34º. À Vice Diretoria de Gestão de Pessoas compete:

- I. Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pela Gestão de Pessoas e Unidade de Recursos Humanos;
- II. Realizar levantamento das necessidades de pessoal em cada setor da Unidade;
- III. Manter atualizado o Sistema de Gestão de Pessoas com todas as informações cadastrais e registros de ocorrências dos servidores da Unidade;
- IV. Fazer registro diário dos serviços prestados;
- V. Controlar a concessão de férias e licenças dos servidores, mediante cronogramas elaborados pelas Coordenações e Supervisões;
- VI. Controlar e apurar a frequência e o horário de trabalho, para fins de elaboração de folha de pagamento e verificação do cumprimento da jornada de trabalho;
- VII. Informar ao Coordenador ou Supervisor imediato o afastamento do servidor por gala, nojo e serviços obrigatórios por lei;
- VIII. Receber e informar, no que lhe competir, todos os requerimentos referentes ao pessoal lotado na Unidade;
- IX. Informar regularmente à Vice Diretoria de Gestão de Pessoas notificação de todas as ocorrências da vida funcional dos servidores para fins de elaboração de folha de pagamento e registro na ficha funcional;
- X. Elaborar escala de férias e licenças, mediante informações fornecidas por cada setor, e controlar sua concessão;
- XI. Colaborar na humanização do atendimento;
- XII. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado; m) estimular a prática profissional interdisciplinar na Unidade;
- XIII. Manter contato com a Coordenação Administrativa da Diretoria Administrativa e Financeira objetivando a eficiência administrativa dos serviços;
- XIV. Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.
- XV. Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pela Unidade;
- XVI. Elaborar o Plano de Capacitação de Recursos Humanos;
- XVII. Promover cursos de treinamento e reciclagem do pessoal conforme as demandas dos serviços;
- XVIII. Programar e avaliar os estágios desenvolvidos por área da Unidade;
- XIX. Desenvolver mecanismos de avaliação de desempenho do pessoal que compõe o quadro da Unidade, visando instituir o programa de educação continuada e o aprimoramento dos serviços;
- XX. Encaminhar os servidores interessados para realização de consultas e exames médicos;
- XXI. Propor e implementar políticas de benefícios sociais;
- XXII. Zelar pelo cumprimento das normas de segurança do trabalho;
- XXIII. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- XXIV. Estimular a prática profissional interdisciplinar na Unidade;

Parágrafo Único – As atividades de Recursos Humanos serão disciplinadas, de modo complementar, pelo Regimento Interno e manuais de normas e rotinas.

### **CAPÍTULO III DA GESTÃO DOS SERVIÇOS GERAIS**

Art. 35°. A Gestão de Serviços Gerais é composta pelos serviços:

- I. Serviço de Portaria e Vigilância;
- II. Serviço de Higienização e Limpeza;
- III. Coordenação de Resíduos de Serviços de Saúde;
- IV. Serviço de Internação e Alta;
- V. Serviço de Comunicação, Telefonia e Arquivo;
- VI. Serviço de Lavanderia e Rouparia;

Art. 36°. Aos Serviço Gerais compete:

- I. Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pelos Serviços de Portaria e Vigilância, Limpeza, Comunicação e Arquivo e Mecanografia;
- II. Fazer registro diário dos serviços prestados;
- III. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- IV. Estimular a prática profissional interdisciplinar na Unidade;
- V. Colaborar na humanização do atendimento;
- VI. Manter contato com a Diretoria Administrativa e Financeira objetivando a eficiência administrativa dos serviços;
- VII. Elaborar manual de procedimentos, normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades de Serviço Gerais serão disciplinadas, de modo complementar, por Regimento Interno e manuais de procedimentos, normas e rotinas.

Art. 37°. Serviço de Portaria e Vigilância compete:

- I. Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pelo Serviço;
- II. Fazer registro diário dos serviços prestados;
- III. Controlar a entrada e saída dos pacientes, acompanhantes, visitantes e o público em geral na Unidade;
- IV. Prestar informações ao público sobre a localização das unidades, seus pacientes e servidores;
- V. Controlar o movimento dos elevadores, exigindo o cumprimento da legislação que determina o seu funcionamento;
- VI. Exercer vigilância permanente das dependências de circulação do público, principalmente das entradas e saídas da Unidade;
- VII. Colaborar na humanização do atendimento;
- VIII. Realizar serviços correlatos, quando autorizados pela chefia imediata;
- IX. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

- X. Manter contato com a Gestão de Serviços Gerais objetivando a eficiência administrativa dos serviços.

Parágrafo Único – As atividades de Portaria e Vigilância serão disciplinadas, de modo complementar, por manuais de procedimentos, normas e rotinas.

Art. 38º. Serviço de Higienização e Limpeza compete:

- I. Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pelo Serviço;
- II. Fazer registro diário dos serviços prestados;
- III. Executar a limpeza, visando higiene, nas dependências da Unidade, nos móveis e equipamentos em uso;
- IV. Limpar as áreas externas e de circulação da Unidade;
- V. Promover o combate a insetos e roedores nas dependências da Unidade, bem como da adoção de medidas práticas que evitem sua presença;
- VI. Controlar o gasto de material de limpeza, mantendo registro de consumo médio para fins de apuração de custos;
- VII. Efetuar mudanças e organizações, quando solicitado;
- VIII. Realizar serviços correlatos, quando autorizados pela Supervisão;
- IX. Colaborar na humanização do atendimento;
- X. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- XI. Manter contato com a Gestão de Serviços Gerais objetivando a eficiência administrativa dos serviços.

§ 1º. As atividades de Higienização e Limpeza serão disciplinadas, de modo complementar, por manuais de procedimentos, normas e rotinas.

§ 2º. As atividades de Higienização e Limpeza, seus saneantes e seus procedimentos técnicos disciplinados pelos manuais de procedimentos, normas e rotinas, deverão ser validados e acompanhados pela equipe da CCIH.

Art. 39º. À Coordenação de Resíduos de Serviços de Saúde compete:

- I. Planejar, coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pela Coordenação de Resíduos de Serviços de Saúde;
- II. Elaborar, implantar e desenvolver o Plano de Gerenciamento dos Resíduos Sólidos de Saúde (PGRSS), estabelecendo as diretrizes de manejo dos Resíduos Sólidos de Saúde - RSS, a ser submetido à aprovação dos órgãos de meio ambiente dentro de suas respectivas esferas de competência;
- III. Gerenciar os RSS, planejando e implementando, a partir de bases científicas e técnicas, normas, com o objetivo de minimizar a produção de resíduos e proporcionar aos resíduos gerados um encaminhamento seguro e eficiente, visando a proteção dos trabalhadores, a preservação da saúde pública, dos recursos naturais e do meio ambiente;
- IV. Fazer registro diário dos serviços prestados;
- V. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- VI. Estimular a prática profissional interdisciplinar na Unidade;

- VII. Colaborar na humanização do atendimento;
- VIII. Manter contato com a Diretoria Administrativa e Financeira objetivando a eficiência administrativa dos serviços;
- IX. Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades de Gerenciamento dos Resíduos Sólidos de Saúde serão disciplinadas, de modo complementar, por Regimento Interno, manuais de procedimentos, normas e rotinas.

Art. 40º. Ao Serviço de Comunicação, Telefonia e Arquivo compete:

- I. Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pelo Serviço;
- II. Fazer registro diário dos serviços prestados;
- III. Realizar atividades concernentes à correspondência oficial da Unidade;
- IV. Informar ao público sobre o andamento dos processos;
- V. Organizar e manter em dia os fichários nominais e numéricos dos documentos protocolados;
- VI. Arquivar toda a documentação indicada para essa finalidade;
- VII. Executar trabalhos telefônicos de ligações, transferências, retiradas de aparelhos e outros devidamente autorizados pelo Gestor;
- VIII. Manter em funcionamento o Serviço de Radiocomunicações internas;
- IX. Realizar serviços correlatos, quando autorizados pelo Gestor;
- X. Colaborar na humanização do atendimento;
- XI. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- XII. Manter contato com a Supervisão de Serviços Gerais objetivando a eficiência administrativa dos serviços.

Parágrafo Único – As atividades de Comunicação, Telefonia e Arquivo serão disciplinadas, de modo complementar, por manuais de procedimentos, normas e rotinas.

Art. 41º. Ao Serviço de Mecanografia compete:

- I. Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pelo Serviço;
- II. Fazer registro diário dos serviços prestados;
- III. Reproduzir os impressos, previamente padronizados pela Comissão de Documentação Médica e Estatística e Supervisão de Almoxarifado e Patrimônio utilizados na Unidade;
- IV. Gerenciar o processo de reprodução de cópias dos documentos da Unidade;
- V. Elaborar mapa de produção de impressos e cópias realizadas diariamente;
- VI. Realizar serviços correlatos, quando autorizados pela Supervisão;
- VII. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- VIII. Realizar atividades de otimização da utilização de papéis e impressos com equipe multidisciplinar;
- IX. Manter contato com a Gestão de Serviços Gerais objetivando a eficiência administrativa dos serviços.

Parágrafo Único – As atividades de Mecanografia serão disciplinadas, de modo complementar, por manuais de procedimentos, normas e rotinas.

Art. 42º. Ao Serviço de Lavanderia e Rouparia compete:

- I. Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pelos Serviços de Lavanderia e Rouparia;
- II. Fazer registro diário dos serviços prestados;
- III. Requisitar ao Almoxarifado e receber todos produtos de lavanderia e demais materiais necessários, bem como controlar sua utilização, além de manter atualizado o sistema de gerenciamento com as informações referentes ao processamento de roupas e seus custos;
- IV. Colaborar na humanização do atendimento;
- V. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- VI. Estimular a prática profissional interdisciplinar na Unidade;
- VII. Manter contato com a Diretoria Administrativa e Financeira objetivando a eficiência administrativa dos serviços;
- VIII. Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.
- IX. Coletar nas diversas dependências da Unidade roupas para lavagem, conferindo conforme mapa de distribuição;
- X. Proceder à lavagem, secagem e passagem da roupa, encaminhando-a, devidamente embalada, ao Serviço de Rouparia;
- XI. Elaborar mapa de produção diária e encaminhá-lo à Supervisão;
- XII. A rouparia deve receber do Serviço de Lavanderia a roupa lavada e passada, devidamente embalada, registrá-la e distribuí-la às unidades requisitantes, mediante recibo, encaminhando o mapa de controle à Supervisão;
- XIII. Controlar o tempo de vida útil das roupas em uso, para reposição;
- XIV. Fiscalizar e controlar a roupa em circulação, mantendo o número suficiente de peças que assegure o repouso das mesmas;
- XV. Separar e encaminhar à costura, roupas para reparos, as roupas danificadas.

§ 1º. As atividades de Lavanderia e Rouparia serão disciplinadas, de modo complementar, por manuais de procedimentos, normas e rotinas.

§ 2º. As atividades de Lavanderia e Rouparia, seus saneantes e seus procedimentos técnicos disciplinados pelos manuais de procedimentos, normas e rotinas, deverão ser validados e acompanhados pela equipe da CCIH.

#### **CAPÍTULO IV** **DA GESTÃO DE COMPRAS, SUPRIMENTOS, LOGÍSTICA E PATRIMÔNIO**

Art. 43º. Ao Setor de Compras compete:

- I. Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pelo Setor de Compras;
- II. Planejar e programar a aquisição dos materiais e equipamentos, devidamente autorizada pela Diretoria, em articulação com a Supervisão de Almoxarifado, Coordenação de Assistência

- Farmacêutica, Engenharia e Manutenção de conformidade com a política de estoque e as necessidades da Unidade, identificando no mercado as melhores condições;
- III. Fazer registro diário dos serviços prestados;
  - IV. Buscar novas fontes de fornecimento e descobrir novos produtos, visando o aprimoramento dos procedimentos e os métodos, através de uma política de compras dinâmica e eficaz;
  - V. Administrar o relacionamento com fornecedores externos;
  - VI. Gerir contratos relativos à logística e suprimentos;
  - VII. Manter boas relações comerciais com os fornecedores, assegurando o cumprimento dos prazos de entrega, através do cumprimento dos prazos de pagamento pela Diretoria;
  - VIII. Certificar-se de que materiais adquiridos foram recebidos conforme quantidades e especificações constantes nos Pedidos de Fornecimento de Mercadorias e seus anexos, através do processo de diligenciamento;
  - IX. Manter atualizadas as informações cadastrais dos fornecedores;
  - X. Catalogar leis, decretos, portarias e instruções relativas à aquisição de material;
  - XI. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
  - XII. Estimular a prática profissional interdisciplinar na Unidade;
  - XIII. Colaborar na humanização do atendimento;
  - XIV. Manter contato com Diretoria Administrativa e Financeira objetivando a eficiência administrativa dos serviços;
  - XV. Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades de Compras serão disciplinadas, de modo complementar, por manuais de procedimentos, normas e rotinas.

Art. 44º. Ao Setor de Suprimentos, Logística e Patrimônio compete:

- I. Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pela Supervisão de Almoxarifado e Patrimônio;
- II. Receber, conferir, estocar, distribuir e controlar de forma racional o material recebido mediante pedido de fornecimento e das unidades, de acordo com as normas fixadas pela Diretoria Administrativa e Financeira;
- III. Efetuar o registro de entrada e saída de material no sistema de gerenciamento dos estoques, mantendo a Diretoria da Unidade permanentemente informada sobre os níveis de cada item existente;
- IV. Manter atualizado o sistema de gerenciamento de estoques, fornecendo informações precisas sobre o consumo de materiais por cada setor;
- V. Fazer conferência periódica dos estoques para verificação de saldos, prazos de validade, condições de armazenagem, avarias e obsolescências, efetuando os ajustes necessários e dando baixa se for o caso, conforme autorizado pela Diretoria da Unidade;
- VI. Obedecer às políticas de estoque adotadas pela Diretoria da Unidade;

- VII. Manter o estoque dos materiais padronizados na Unidade em níveis ideais, de forma que o fluxo de abastecimento não seja interrompido por falta, nem haja estoque excessivo, empatando capital desnecessariamente;
- VIII. Atender as requisições dos setores, conforme lista de materiais padronizados pela Unidade, e distribuir os materiais mediante emissão de Nota de Fornecimento de Materiais;
- IX. Providenciar o tombamento dos bens patrimoniais da Unidade, conforme orientação da Administração Central, mantendo seus registros cadastrais atualizados e efetuando levantamentos periódicos para fins de controle e prestação de contas mediante a legislação vigente;
- X. Controlar e orientar os funcionários quanto à boa utilização dos materiais e equipamentos;
- XI. Efetuar o levantamento anual dos bens patrimoniais da Unidade, e encaminhar seu relatório aos setores e/ou órgãos competentes da Administração Pública Estadual;
- XII. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- XIII. Estimular a prática profissional interdisciplinar na Unidade;
- XIV. Colaborar na humanização do atendimento;
- XV. Manter contato com a Diretoria Administrativa e Financeira objetivando a eficiência administrativa dos serviços;
- XVI. Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades de Suprimentos, Logística e Patrimônio serão disciplinadas, de modo complementar, por manuais de procedimentos, normas e rotinas.

## **CAPÍTULO V DA GESTÃO DE FINANCEIRA**

Art. 45°. À Gestão Financeira compete planejar, coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas através da Supervisão de Contabilidade, Supervisão de Tesouraria e Supervisão de Faturamento, além de executar as atividades relativas a faturamento, elaboração e execução orçamentária, registros contábeis, pagamentos e recebimentos.

Art. 46°. À Supervisão de Contabilidade compete:

- I. Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pela Supervisão de Contabilidade;
- II. Fazer registro diário dos serviços prestados;
- III. Elaborar a proposta orçamentária da Unidade;
- IV. Solicitar a SMS fixação dos repasses;
- V. Emitir notas de empenho e/ou anulação, bem como liquidação dos mesmos, de acordo com a legislação – Sistema Integrado de Contabilidade (SIC), mantendo atualizado seu controle;
- VI. Elaborar os registros contábeis;
- VII. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- VIII. Estimular a prática profissional interdisciplinar na Unidade;
- IX. Colaborar na humanização do atendimento;

- X. Manter contato com a Diretoria Administrativa e Financeira objetivando a eficiência administrativa dos serviços;
- XI. Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades de Contabilidade serão disciplinadas, de modo complementar, por manuais de procedimentos, normas e rotinas.

Art. 47º. À Tesouraria compete:

- I. Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pela Supervisão de Tesouraria;
- II. Receber, guardar, entregar, pagar e restituir, mediante comprovação, quaisquer valores da Unidade;
- III. Proceder diariamente o registro dos pagamentos e recebimentos efetuados e a verificação de saldos existentes em caixa, emitindo boletim financeiro;
- IV. Manter o controle de contas bancárias;
- V. Efetuar pagamentos dos processos de aquisição de materiais, prestação de serviços e folha de pagamento;
- VI. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- VII. Estimular a prática profissional interdisciplinar na Unidade;
- VIII. Colaborar na humanização do atendimento;
- IX. Manter contato com a Diretoria Administrativa e Financeira objetivando a eficiência administrativa dos serviços;
- X. Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades de Tesouraria serão disciplinadas, de modo complementar, por manuais de procedimentos, normas e rotinas.

Art. 48º. Ao Faturamento compete:

- I. Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pela Supervisão de Faturamento;
- II. Fazer registro diário dos serviços prestados;
- III. Classificar, conferir e apurar despesas por pacientes, de acordo com as comunicações das Unidades de Enfermagem;
- IV. Classificar as contas por médico e por especialidade médica;
- V. Calcular as despesas de internação e de atendimento de pacientes externos;
- VI. Calcular outras contas de despesas por clientela, bem como as de particulares;
- VII. Promover conferência dos cálculos de preços lançados nas contas;
- VIII. Enviar documentação de faturamento a SES;
- IX. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- X. Estimular a prática profissional interdisciplinar na Unidade;
- XI. Colaborar na humanização do atendimento;

- XII. Manter contato com a Diretoria Administrativa e Financeira objetivando a eficiência administrativa dos serviços;
- XIII. Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades de Faturamento serão disciplinadas, de modo complementar, por manuais de procedimentos, normas e rotinas.

## **CAPÍTULO VI DA ENGENHARIA E MANUTENÇÃO**

Art. 49º. O Serviço de Engenharia tem as seguintes atribuições:

- I. Planejar, coordenar as equipes e elaborar orçamento;
- II. Desenvolver atividade de programação e execução de orçamento financeiro e patrimonial;
- III. Gerenciar a execução dos serviços e obras da Unidade, correspondente ao patrimônio;
- IV. Elaborar plano de execução das ações administrativas definidas pela diretoria administrativa;
- V. Coordenar, executar e supervisionar as atividades de engenharia e de empresas contratadas;
- VI. Cumprir os prazos dos serviços contratados;
- VII. Elaborar documentação para processos de compras;
- VIII. Coordenar novos projetos e modificações de procedimentos e sistemas;
- IX. Com o objetivo de racionalização operacional e de custos;
- X. Definir indicadores e metas para os principais processos da unidade;
- XI. Promover e gerenciar estudos e análises, visando ao aprimoramento das técnicas de trabalho da Unidade e propondo alteração das rotinas, fluxos e métodos de trabalho, sempre que necessário;
- XII. Coordenar e fiscalizar as manutenções em execução, visando garantir os padrões técnicos de qualidade estabelecidos, objetivando o cumprimento dos prazos estabelecidos para execução dos mesmos e fazer cumprir padrões técnicos de segurança e qualidade, por serviços de equipe própria ou de empresa terceirizada;
- XIII. Analisar e avaliar ordens de serviço de manutenção, elaborando programação adequada para execução dos serviços solicitados;
- XIV. Acompanhar as medições das empresas contratadas para fornecimento de mão de obras e materiais;
- XV. Interagir com as áreas usuárias para programação dos serviços requisitados, bem como cumprir o cronograma físico estabelecido para realização do evento específico;
- XVI. Controlar os materiais utilizados na execução dos serviços, solicitando sua reposição, sempre que necessário e detalhando as especificações técnicas junto à área de compras e/ou almoxarifado;
- XVII. Avaliar e aprovar a compra de novos equipamentos no que se refere à infraestrutura das instalações;
- XVIII. Prever a alocação de recursos;
- XIX. Gerenciar e fiscalizar contrato de empresa terceirizada responsável pela prestação de serviços contínuos de manutenção predial e conservação de sistemas e equipamentos considerados utilidades da Unidade;
- XX. Gerenciar e fiscalizar contratos de empresas terceirizadas responsáveis pela prestação de serviços de manutenção;
- XXI. Monitorar os indicadores de processos e de resultados e realizar os ajustes necessários para que a Área atinja as metas estabelecidas pela Unidade;
- XXII. Ter visão ampla das atividades da Área de Engenharia de Manutenção, para garantir seu funcionamento;
- XXIII. Garantir a gestão e qualidade dos serviços prestados;
- XXIV. Coordenar e acompanhar o treinamento de empregados públicos, servidores e funcionários;
- XXV. Avaliar os resultados do treinamento, propondo reciclagens e aprimoramentos, visando à qualidade dos serviços prestados;

- XXVI. Atender às demandas institucionais de forma ininterrupta por meio de plantões inclusive à noite e aos finais de semana, se necessário;
- XXVII. Traçar política de Engenharia Clínica, no que se refere ao planejamento, definição, supervisão, manutenção, calibração, aquisição e movimentação de equipamentos médico, de laboratório e outros;
- XXVIII. Assegurar sob a ótica de custo x risco x qualidade, o ininterrupto funcionamento de equipamentos médico, de laboratório e outros por meio de suporte técnico para aquisição, instalação, manutenção e calibração dos mesmos;
- XXIX. Avaliar o custo-benefício da manutenção, seja ela feita pelo corpo técnico da Engenharia Clínica ou por empresas contratadas;
- XXX. Realizar o atendimento ao usuário e receber suas solicitações de suporte por meio de atendimento presencial, atendimento remoto por telefone e atendimento por meio eletrônico;
- XXXI. Fazer a triagem das solicitações, classificando o tipo de atendimento e cadastrar o atendimento em sistemas eletrônicos de controle;
- XXXII. Garantir a fidelidade e rastreabilidade das informações cadastradas;
- XXXIII. Elaborar a documentação e o conjunto de procedimentos que visam
- XXXIV. Garantir o funcionamento das soluções implantadas.

## **CAPÍTULO VII**

### **Da Tecnologia da Informação**

Art. 50°. Subordinam-se à Unidade de Tecnologia da Informação:

- I. Área de Sistemas;
- II. Área de Suporte.

Art. 51°. A Unidade de Tecnologia da Informação tem as seguintes atribuições:

- I. Traçar política de Tecnologia da Informação, no que se refere ao planejamento, definição, supervisão e manutenção de sistemas de informação de caráter geral e específico;
- II. Desenvolver e coordenar, do ponto de vista técnico, a implantação de novos projetos de automação, provendo o suporte técnico necessário e incorporando novas tecnologias, rotinas e programas;
- III. Manter controle sobre todos os sistemas computacionais institucionais existentes, no que se refere à sua adequação e operacionalização;
- IV. Realizar estudos e análises, visando ao aprimoramento das técnicas de trabalho da Unidade e propondo alteração das rotinas, fluxos e métodos de trabalho, sempre que necessário;
- V. Coordenar ações com parceiros externos na busca de melhores soluções em Tecnologia da Informação;
- VI. Coordenar novos projetos e modificações de procedimentos e sistemas com o objetivo de racionalização operacional e de custos;
- VII. Definir indicadores e metas para os principais processos da Unidade;
- VIII. Realizar avaliações periódicas dos indicadores da Unidade, que permitam eventuais correções e/ou adequações para garantir a melhoria contínua dos serviços prestados;
- IX. Promover a qualidade dos serviços prestados por meio de estratégias inovadoras do Sistema de Gestão da Qualidade;
- X. Alocar os recursos necessários para o desenvolvimento das atividades da Unidade em conformidade com os objetivos e prioridades definidos;
- XI. Analisar e atender às demandas institucionais relacionadas à Tecnologia da Informação;
- XII. Atender às demandas institucionais de forma ininterrupta e por meio de plantões à distância e/ou presenciais inclusive à noite e final de semana;
- XIII. Realizar os serviços administrativos da Unidade.

Art. 52°. A Área de Sistemas tem as seguintes atribuições:

- I. Propor novos métodos, processos e sistemas, utilizando recursos de tecnologia da informação capazes de atender às necessidades da Unidade;

- II. Desenvolver e implantar novos métodos, processos e sistemas, utilizando recursos de tecnologia da informação para apoio à assistência do paciente;
- III. Treinar os usuários em novos métodos, processos e sistemas em tecnologia da informação;
- IV. Gerenciar a execução dos projetos e atividades da Área em termos dos cronogramas físico, financeiro e indicadores;
- V. Coordenar processos de aquisição de sistemas e/ou serviços de terceiros;
- VI. Interagir com as demais unidades administrativas e assistenciais de forma a garantir o entrosamento necessário para o aprimoramento da qualidade dos serviços prestados;
- VII. Garantir que os procedimentos definidos para a Unidade de Tecnologia da Informação sejam executados;
- VIII. Zelar pela guarda, proteção e conservação dos recursos tecnológicos;
- IX. Garantir a disponibilidade, confidencialidade e o sigilo dos bancos de dados assistenciais e corporativos sob sua guarda, incluindo cópias de segurança;
- X. Realizar o treinamento dos usuários nas soluções desenvolvidas e implantadas;
- XI. Elaborar a documentação e o conjunto de procedimentos que visam garantir o funcionamento dos sistemas e soluções implantados.

Art. 53°. A Área de Suporte tem as seguintes atribuições:

- I. Propor novos métodos, processos e sistemas capazes de atender às necessidades institucionais;
- II. Coordenar as atividades de suporte técnico, operacionalização, otimização e ampliação da infraestrutura de tecnologia da informação;
- III. Garantir a segurança de dados e informações assistenciais e corporativas;
- IV. Coordenar a execução dos projetos em termos dos cronogramas físico, financeiro e indicadores;
- V. Coordenar os processos de aquisição de sistemas e/ou serviços de terceiros;
- VI. Manter o controle dos ativos em termos de software e hardware utilizados;
- VII. Interagir com as demais unidades administrativas e assistenciais de forma a garantir o entrosamento necessário para o aprimoramento da qualidade dos serviços prestados;
- VIII. Garantir que os procedimentos definidos para a unidade de tecnologia da informação sejam executados;
- IX. Zelar pela guarda, proteção e conservação dos recursos tecnológicos;
- X. Garantir a segurança, confidencialidade e o sigilo de dados assistenciais e corporativos sob sua guarda e/ou que tenha acesso;
- XI. Colaborar na formação e desenvolvimento de recursos humanos no nível de graduação e pós-graduação;
- XII. Realizar o atendimento ao usuário e receber suas solicitações de suporte em Tecnologia da Informação por meio de uma das seguintes formas: atendimento presencial, atendimento remoto por telefone e atendimento por meio eletrônico;
- XIII. Fazer a triagem das solicitações, classificando o tipo de atendimento e cadastrar o atendimento em sistemas eletrônicos de controle;
- XIV. Realizar o atendimento remoto ou presencial junto ao usuário;
- XV. Garantir a fidelidade e rastreabilidade das informações cadastradas;
- XVI. Elaborar a documentação e o conjunto de procedimentos que visam
- XVII. Garantir o funcionamento das soluções tecnológicas implantadas.

## **TÍTULO VIII DAS ATIVIDADES ASSISTENCIAIS**

### **CAPÍTULO VIII DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

Art. 54°. À Assistência Farmacêutica compete:

- I. Planejar, coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas através da Supervisão de Dispensação Médica;

- II. Coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades pertinentes à área farmacêutica, visando à melhoria de assistência ao paciente;
- III. Fazer registro diário dos serviços prestados;
- IV. Manter central de abastecimento farmacêutico e executar as atribuições e tarefas inerentes ao controle físico e contábil necessários à prestação de conta da Unidade;
- V. Elaborar pedidos de compras de medicamentos de acordo com a política administrativa da Unidade;
- VI. Receber, armazenar, distribuir e controlar medicamentos, insumos farmacêuticos e produtos de laboratório;
- VII. Controlar, de acordo com a legislação vigente, medicamentos que podem levar à dependência física e ou psíquica ou que provoquem efeitos colaterais importantes;
- VIII. Emitir pareceres técnico-científicos, quando solicitado, sobre medicamentos e outros produtos farmacêuticos;
- IX. Elaborar avaliações fármaco econômicas e gerenciar programas de farmacovigilância e centro de informação de medicamentos;
- X. Desenvolver atividades de Farmácia Clínica / Atenção Farmacêutica;
- XI. Prestar assistência clínica farmacêutica aos pacientes internados e em tratamento na instituição, considerando suas necessidades, respeitando os valores, princípios e os objetivos institucionais;
- XII. Desenvolver práticas clínico-assistenciais com o uso racional de medicamentos compreendendo a padronização, planejamento, controle de qualidade e acompanhamento da eficácia terapêutica;
- XIII. Participar da elaboração, acompanhar e avaliar a efetividade dos protocolos clínicos específicos e multiprofissionais, promovendo ações de melhoria;
- XIV. Difundir informações sobre medicamentos e educação permanente dos profissionais de saúde e dos pacientes;
- XV. Manipular e preparar soluções desinfetantes e antissépticas distribuindo-as na diluição de uso para todas as unidades;
- XVI. Controlar a qualidade da matéria-prima e do material de envase adquiridos, bem como dos produtos manipulados na Unidade;
- XVII. Manter contato com a Diretoria Administrativa e Financeira objetivando a eficiência administrativa dos serviços;
- XVIII. Ministrando cursos de pós-graduação na sua área, quando determinado ou autorizado pela Administração Central;
- XIX. Estimular a prática profissional interdisciplinar na Unidade;
- XX. Colaborar na humanização do atendimento;
- XXI. Promover pesquisa científica em seu campo de atuação;
- XXII. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- XXIII. Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado;
- XXIV. Trabalhar de acordo com o Código de Ética Profissional;

XXV. Constituir a Comissão de Farmácia e Terapêutica.

Parágrafo Único – As atividades da Assistência Farmacêutica serão disciplinadas, de modo complementar, pelo Regimento Interno da Comissão de Farmácia e Terapêutica e por protocolos, manuais técnicos e de normas e rotinas.

## **CAPÍTULO IX** **DA ASSISTÊNCIA NUTRICIONAL E DIETÉTICA**

Art. 55º. A Unidade de Nutrição e Dietética tem as seguintes atribuições:

- I. Prestar assistência nutricional especializada a pacientes baseada em protocolos preestabelecidos e em legislações pertinentes;
- II. Preparar e fornecer refeições constituídas de dietas normais e especiais para pacientes internados e pessoal autorizado, de acordo com técnicas recomendadas;
- III. Garantir o fornecimento de dietas nutricionalmente adequadas e seguras para pacientes internados e pessoal autorizado;
- IV. Promover o desenvolvimento de seus recursos humanos por meio de ações de treinamento e de educação continuada;
- V. Promover ações de educação para o público em geral, visando promoção da saúde e a prevenção das doenças relacionadas à nutrição;
- VI. Planejar e orientar programas de assistência nutricional prestada aos pacientes com base em protocolos validados e legislações pertinentes;
- VII. Gerenciar o quadro de pessoal da Unidade e promover a integração das equipes, incentivando o desenvolvimento profissional;
- VIII. Orientar e avaliar por meio de indicadores, a qualidade do atendimento prestado pela Unidade e o desempenho de seus trabalhadores, e traçar planos de ações para as melhorias contínuas junto aos líderes de áreas;
- IX. Funcionar de segunda-feira a domingo, nas 24 (vinte e quatro) horas do dia.
- X. Programar e elaborar a previsão, requisição, recebimento e armazenagem dos gêneros alimentícios e materiais necessários à Área;
- XI. Manter e controlar estoque de gêneros alimentícios e materiais;
- XII. Programar e orientar equipe na realização de inventários de insumos;
- XIII. Planejar e realizar previsão de consumo diário e requisição de gêneros alimentícios e materiais necessários para o cumprimento da programação de trabalho;
- XIV. Providenciar a previsão de gêneros alimentícios e materiais necessários à Área;
- XV. Planejar e assegurar a requisição, recebimento e armazenamento de gêneros alimentícios e materiais segundo as normas técnicas específicas da área de nutrição e legislações vigentes;
- XVI. Realizar preparo prévio e cocção dos alimentos, seguindo a programação estabelecida, os princípios de técnica dietética e de gastronomia, bem como de segurança alimentar;
- XVII. Preparar fórmulas lácteas e nutrição enteral de acordo com técnicas e legislações pertinentes;
- XVIII. Planejar e implantar inovações culinárias de acordo com novas tecnologias e perfil epidemiológico da população atendida;
- XIX. Observar o sistema de controle e higienização de materiais, equipamentos e área de trabalho;
- XX. Realizar os inventários de gêneros alimentícios e materiais da Área
- XXI. Realizar o porcionamento e montagem das bandejas das dietas normais, modificadas e especiais;
- XXII. Distribuir as bandejas com as dietas, fórmulas lácteas e nutrição enteral aos pacientes internados;
- XXIII. Garantir o armazenamento seguro das fórmulas lácteas e dietas enterais nas copas das unidades de internação;
- XXIV. Distribuir refeições a pessoal autorizado;
- XXV. Observar o sistema de controle higiênico-sanitário, conforme a orientação da Área de Segurança Alimentar;
- XXVI. Controlar por meio de registros e indicadores as atividades realizadas na Área;
- XXVII. Acompanhar por meio de indicadores definidos em conjunto com o líder da Área de Segurança Alimentar e com o supervisor da Unidade de Nutrição e Dietética, o cumprimento das metas da

	Área e traçar planos de ações para melhorias com foco em gastronomia, visando à satisfação de seus pacientes;
XXVIII.	Monitorar os indicadores de processos e de resultados e propor planos de ações para que a Área atinja as metas estabelecidas pela Unidade;
XXIX.	Definir, implantar e avaliar indicadores de qualidade de fornecedores de gêneros alimentícios, compará-los aos das demais Unidades de Nutrição e traçar, em conjunto, planos de ações para melhorias;
XXX.	Controlar os materiais utilizados na distribuição das dietas de acordo com normas preestabelecidas pela Unidade;
XXXI.	Providenciar exames bacteriológicos de amostras de alimentos e fórmulas enterais, avaliar os resultados e traçar planos de ações em conjunto com o Líder da Área de Segurança Alimentar para correções das não conformidades observadas;
XXXII.	Analisar os relatórios de consumo físico-financeiro de insumos, elaborar o custo da refeição e enviá-lo, mensalmente, ao Supervisor da Unidade;
XXXIII.	Propor a introdução de novos insumos (gêneros alimentícios, fórmulas enterais, fórmulas lácteas infantis e materiais) na lista de padronização, após estudo e discussão com os Líderes das Áreas de Nutrição Clínica e de Segurança Alimentar;
XXXIV.	Administrar quadro de pessoal, elaborar escala mensal e diária de trabalho e controlar as horas trabalhadas dos empregados públicos, servidores e funcionários da Área;
XXXV.	Solicitar e acompanhar as manutenções preventivas e corretivas dos equipamentos, bem como a reposição de utensílios e de equipamentos bem como observar e orientar medidas de segurança no trabalho;
XXXVI.	Participar dos processos seletivos para preenchimento de vagas da Unidade de Nutrição e Dietética;
XXXVII.	Avaliar o desempenho, realizar reuniões periódicas e incentivar o desenvolvimento profissional dos trabalhadores da Área;
XXXVIII.	Participar da revisão dos manuais de Organização, de Boas Práticas e de Nutrição Clínica da Unidade de Nutrição e Dietética;
XXXIX.	Aos líderes de áreas interagir com os demais líderes de áreas de unidade para o bom desenvolvimento dos trabalhos e solução de intercorrências;
XL.	Participar de comissões e grupos de trabalhos relacionados às suas áreas de atuação;
XLI.	Aos líderes de áreas, elaborar as escalas de trabalho da equipe;
XLII.	Prestar assistência clínica nutricional aos pacientes internados e em tratamento na instituição, considerando suas necessidades, respeitando os valores, princípios e os objetivos institucionais;
XLIII.	Otimizar a assistência nutricional, promovendo a sinergia e a fluidez entre os processos e ações de melhoria, sustentando a continuidade do cuidado e o resultado assistencial;
XLIV.	Atender as necessidades nutricionais específicas dos pacientes permitindo criar oferta de produtos ou programas para assegurar a promoção, prevenção e recuperação nutricional;
XLV.	Trabalhar de acordo com o Código de Ética Profissional.
Parágrafo Único – As atividades de Nutrição e Dietética serão disciplinadas, de modo complementar, por protocolos, manuais técnicos e de normas e rotinas considerando Boas Práticas e de Nutrição Clínica e da Unidade de Nutrição e Dietética.	
<b>CAPÍTULO X</b>	
<b>DA UNIDADE DE AMBULATÓRIO</b>	
Art. 56º. À Unidade de Ambulatório compete:	
I.	Cumprir e fazer cumprir o regimento da e as determinações da estrutura Diretiva da Unidade;
II.	Planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas através da Coordenação Multidisciplinar e estrutura Diretiva da Unidade;
III.	Elaborar e propor medidas que visem a melhoria técnica ou administrativa dos serviços ambulatoriais, bem como examinar solicitações e sugestões das Coordenações e Supervisões e adotar as providências que julgar necessárias;

- IV. Planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas através da Coordenação Multidisciplinar e gestão ambulatorial;
- V. Proporcionar ao SAME (serviço de arquivamento médico e estatística), através do registro das atividades, condições de coletar dados para fins de estatística, jurídicos e outros;
- VI. Desenvolver ações de saúde pública e colaborar com programas de medicina comunitária;
- VII. Colaborar na formação e aperfeiçoamento de recursos humanos na área da saúde;
- VIII. Desenvolver o espírito de crítica científica através do estímulo ao estudo e a pesquisa;
- IX. Analisar os resultados dos indicadores da Área e traçar metas e planos de ação para a melhoria contínua da segurança e qualidade da assistência ambulatorial prestada;
- X. Fazer reuniões periódicas com toda a sua equipe, registrando em livro ata as atividades técnicas e administrativas de sua área;
- XI. Estimular a prática profissional interdisciplinar na Unidade;
- XII. Integração multiprofissional da equipe do ambulatório, facilitando o atendimento rápido da demanda nas diferentes fases do processo assistencial ambulatorial: triagem, consulta, pós-consulta, orientação de exames, procedimentos e encaminhamentos correspondentes;
- XIII. Atender, conjuntamente, aos pacientes e familiares nos processos desenvolvidos para o tratamento, orientação e preparo para procedimentos clínicos e cirúrgicos, cuidados a serem observados com relação à doença, hábitos de saúde e encaminhamento a outros recursos do da RAS e/ou comunidade;
- XIV. Colaborar na humanização do atendimento ambulatorial;
- XV. Manter contato com a Direção Geral da Unidade objetivando a eficiência administrativa dos serviços ambulatoriais;
- XVI. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado.

Parágrafo Único – As atividades do Serviço Multidisciplinar ambulatorial serão disciplinadas, de modo complementar, por protocolos, manuais técnicos e de normas e rotinas.

## **CAPÍTULO XI DO SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

Art. 57º. À Unidade de Atendimento de Urgência compete:

- I. Promover assistência especializada no atendimento a paciente de urgência ou emergência, por meio da metodologia de assistência definida e consolidada, mediante a legislação vigente;
- II. Interagir com as demais áreas da Unidade, facilitando o atendimento rápido da demanda nas diferentes fases do processo assistencial de urgência ou emergência: classificação de risco, internação, alta e transferência, com orientação para os procedimentos e encaminhamentos correspondentes;
- III. Realizar a classificação de risco para a estratificação da gravidade do paciente por meio da avaliação do enfermeiro;
- IV. Promover assistência com rapidez e eficiência aos pacientes em situação de urgência e emergência;
- V. Assegurar a orientação aos pacientes e familiares quanto ao tratamento, preparo para os procedimentos clínicos e cirúrgicos de urgência e emergência;
- VI. Assegurar a assistência com qualidade, adequando recursos humanos, materiais e tecnológicos;
- VII. Desenvolver estudos de pesquisa em urgência e emergência;
- VIII. Prestar assistência de alta complexidade, direta e indiretamente, aos pacientes clínicos e cirúrgicos;
- IX. Organizar e executar o atendimento integral e individualizado do paciente e orientação à família;
- X. Estabelecer e monitorar os indicadores de processos assistenciais e de pessoal, analisando os resultados da Área e realizando medidas necessárias para atingir a meta pactuada;
- XI. Realizar o atendimento ininterrupto nas 24 (vinte e quatro) horas ao paciente que necessita de atendimento de urgência e emergência, assistindo-o integralmente dentro do perfil estabelecido, com rapidez e eficiência;
- XII. Atender, conjuntamente, aos pacientes e familiares nos processos desenvolvidos para o tratamento, orientação e preparo para procedimentos clínicos e cirúrgicos, cuidados a serem

- observados com relação à doença, hábitos de saúde e encaminhamento a outros recursos do da RAS e/ou comunidade;
- XIII. Colaborar na humanização do atendimento urgência e emergência;
  - XIV. Manter contato com a Direção Geral da Unidade objetivando a eficiência administrativa dos serviços urgência e emergência;
  - XV. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado.
- Parágrafo Único – As atividades do Serviço Multidisciplinar na urgência e emergência serão disciplinadas, de modo complementar, por protocolos, manuais técnicos e de normas e rotinas.

## **CAPÍTULO XII DO SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA**

Art. 58º. À Unidade de Diagnóstico e Terapêutica compete:

- I. Coordenar e acompanhar as atividades executadas pela equipe técnica na assistência ao paciente em atendimento nos diferentes procedimentos de diagnóstico e terapêutica;
- II. Avaliar as atividades da área e propor soluções para o atendimento rápido, contínuo e adequado aos pacientes submetidos aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica;
- III. Coordenar e participar da orientação ao paciente, familiar e cuidador ou acompanhante quanto aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica;
- IV. Liderar, participar, coordenar e registrar as atividades técnico-assistenciais, administrativas, educativas e de pesquisa para os processos de trabalho sob sua subordinação;
- V. Gerenciar as habilidades técnicas, assistenciais, administrativas e de ensino, conforme metas e planos de ação da área de diagnóstico e terapêutica;
- VI. Organizar e promover condições que garantam a continuidade da metodologia de assistência, definida e consolidada mediante a legislação vigente;
- VII. Participar do desenvolvimento dos programas assistenciais, de ensino e pesquisa, prevendo a incorporação constante das inovações tecnológicas;
- VIII. Conduzir assistência integral e humanizada ao paciente por meio de estratégias inovadoras com qualidade e segurança em todas as fases de diagnóstico e terapêutica;
- IX. Atender aos pacientes externos e internados, ou provenientes de outras instituições, com afecções cardiopulmonares e de outras especialidades, realizando procedimentos de diagnóstico e terapêutica, conforme dias e horários estabelecidos;
- X. Realizar assistência aos pacientes no pré, trans e pós procedimento de diagnóstico e terapêutica;
- XI. Realizar pré consulta aos pacientes que irão submeter-se a procedimentos de diagnóstico e terapêutica;
- XII. Orientar o paciente, familiar ou cuidador quanto aos cuidados pré e pós-exame;
- XIII. Estabelecer e monitorar os indicadores de processos assistenciais e de pessoal, analisando os resultados da Área e realizando medidas necessárias para atingir a meta pactuada;
- XIV. Colaborar na humanização do atendimento diagnóstico e terapêutica;
- XV. Manter contato com a Direção da Unidade objetivando a eficiência administrativa dos serviços diagnóstico e terapêutica;
- XVI. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado.

Parágrafo Único – As atividades do Serviço Multidisciplinar no Serviço de diagnóstico e terapêutica serão disciplinadas, de modo complementar, por protocolos, manuais técnicos e de normas e rotinas.

## **CAPÍTULO XIII DO SERVIÇO DE CIRURGIAS**

Art. 59º. À Unidade Cirúrgica compete:

- I. Promover assistência especializada no atendimento ao paciente cirúrgico, por meio da metodologia de assistência definida e consolidada, mediante a legislação vigente;
- II. Interagir com as demais áreas da Unidade, facilitando o atendimento rápido da demanda nas diferentes fases do processo assistencial de cirurgia: pré-operatório e pré-anestésico, peri

- operatório, pós-operatório e pós-anestésico internação, alta e transferência, com orientação para os procedimentos e encaminhamentos correspondentes;
- III. Promover assistência com rapidez e eficiência aos pacientes cirúrgicos;
  - IV. Assegurar a orientação aos pacientes e familiares quanto ao tratamento, preparo para os procedimentos cirúrgicos;
  - V. Prover recursos humanos, materiais e tecnológicos para o atendimento pré-operatório e pré-anestésico, perioperatório, pós-operatório e pós-anestésico de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos eletivos ou emergenciais;
  - VI. Assegurar a assistência com qualidade, adequando recursos humanos, materiais e tecnológicos;
  - VII. Desenvolver estudos de pesquisa em cirurgia;
  - VIII. Prestar assistência, direta e indiretamente, aos pacientes cirúrgicos;
  - IX. Organizar e executar o atendimento integral e individualizado do paciente e orientação à família;
  - X. Estabelecer e monitorar os indicadores de processos assistenciais e de pessoal, analisando os resultados da Área e realizando medidas necessárias para atingir a meta pactuada;
  - XI. Realizar o atendimento ininterrupto nas 24 (vinte e quatro) horas ao paciente que necessita de atendimento cirúrgico, assistindo-o integralmente dentro do perfil estabelecido, com rapidez e eficiência;
  - XII. Atender, conjuntamente, aos pacientes e familiares nos processos desenvolvidos para o tratamento, orientação e preparo para procedimentos cirúrgicos, cuidados a serem observados com relação à doença, hábitos de saúde e encaminhamento a outros recursos do da RAS e/ou comunidade;
  - XIII. Colaborar na humanização do atendimento;
  - XIV. Manter contato com a Direção da Unidade objetivando a eficiência administrativa dos serviços de cirurgia;
  - XV. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado.

Parágrafo Único – As atividades do Serviço Multidisciplinar na atenção cirúrgica serão disciplinadas, de modo complementar, por protocolos, manuais técnicos e de normas e rotinas.

#### **CAPÍTULO XIV**

#### **DO SERVIÇO DE CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO**

Art. 60º. À Unidade de Central de Material e Esterilização – CME compete:

- I. Realizar ações ininterruptas, nas 24 (vinte e quatro) horas, para manter os processos de recepção, limpeza, preparo, acondicionamento e rotulagem, esterilização por métodos de alta e baixa temperaturas e processos de desinfecção química e térmica;
- II. Disponibilizar e distribuir o material processado, garantindo o atendimento ininterrupto nas áreas de assistência ao paciente;
- III. Realizar o controle do funcionamento dos equipamentos e avaliar a necessidade de substituição ou aquisição.
- IV. Promover ações ininterruptas para o desenvolvimento dos processos de recepção, limpeza, preparo, acondicionamento e rotulagem, esterilização por métodos de alta e baixa temperaturas e processos de desinfecção química e térmica;
- V. Assegurar estoque de material processado para distribuição e atendimento ininterrupto nas áreas de assistência ao paciente;
- VI. Assegurar os registros com método de controle de esterilização, fornecendo a indicação adequada para conhecimento do usuário;
- VII. Promover o controle e a validação das autoclaves e termodesinfectoras, juntamente com as áreas específicas de Engenharia de Manutenção;
- VIII. Coordenar e controlar o material de assistência respiratória, seus equipamentos, acessórios e as condições de uso, bem como avaliar a necessidade de substituição ou aquisição de novas unidades;
- IX. Coordenar a distribuição dos equipamentos para o atendimento da assistência respiratória e orientar os profissionais quanto ao manuseio dos equipamentos;
- X. Prover as áreas de atendimento aos pacientes com equipamentos e acessórios;

- XI. Gerenciar cronogramas de manutenção preventiva e corretiva de todos os equipamentos da Área; meio de testes indicadores físicos, químicos e biológicos;
- XII. Monitorar os registros e ciclos de operação dos equipamentos da Área;
- XIII. Fornecer as condições necessárias para o atendimento assistencial ao paciente, cumprindo as normas, rotinas internas e legislações pertinentes;
- XIV. Aplicar a incorporação de tecnologia avançada aliada ao conhecimento científico de seus profissionais;
- XV. Interagir com todas unidades multidisciplinares e demais áreas de atendimento ao paciente;
- XVI. Gerenciar a coleta e registro de dados para elaboração dos indicadores estabelecidos que demonstram o desempenho da assistência prestada ao paciente na Área;
- XVII. Analisar os resultados dos indicadores da Área e traçar metas e planos de ação para a melhoria contínua da segurança e qualidade da assistência de enfermagem prestada;
- XVIII. Colaborar na humanização do atendimento;
- XIX. Manter contato com a Direção Geral da Unidade objetivando a eficiência administrativa dos serviços de cirurgia;
- XX. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado.

§ 1º. As atividades de CME serão disciplinadas, de modo complementar, por manuais de procedimentos, normas e rotinas.

§ 2º. As atividades de CME, seus saneantes e seus procedimentos técnicos disciplinados pelos manuais de procedimentos, normas e rotinas, deverão ser validados e acompanhados pela equipe da CCIH.

## **CAPÍTULO XV DAS UNIDADES DE INTERNAÇÃO**

Art. 61º. Às Unidades de Internação compete:

- I. Coordenar, acompanhar e executar as atividades assistenciais executadas pela equipe técnica;
- II. Atender pacientes nas 24 (vinte e quatro) horas, de forma ininterrupta, com assistência multiprofissional, nas diferentes especialidades, que estão distribuídos nas áreas/leitos, conforme estabelecido na Instituição, por meio de metodologia de assistência definida e consolidada mediante legislação vigente;
- III. Manter suporte assessorado por especialistas específicos para provimento e manutenção dos diversos equipamentos e insumos básicos e especiais;
- IV. Manter as atividades assistenciais e administrativas com gerenciamento que promovam o padrão de segurança e qualidade aos pacientes em cuidados na internação;
- V. Colaborar na supervisão do local destinado ao acolhimento e acomodação para os familiares dos pacientes;
- VI. Avaliar e executar as atividades da área e propor soluções para o atendimento contínuo, seguro e adequado aos pacientes e atenção aos familiares;
- VII. Interagir com as demais áreas da Unidade, facilitando o atendimento rápido e as demandas nas diferentes fases do processo assistencial;
- VIII. Buscar novos conhecimentos, visando resultado da assistência para emprego de uma prática assistencial de excelência nos tratamentos das diferentes situações clínicas;
- IX. Liderar, participar, coordenar e registrar as atividades técnico-assistenciais, administrativas, educativas e de pesquisa para os processos de trabalho sob sua subordinação;
- X. Qualificar as habilidades técnicas, assistenciais, administrativas e de ensino, conforme metas e planos de ação da área;
- XI. Organizar e promover condições que garantam a continuidade da metodologia de assistência, definida e consolidada mediante a legislação vigente;
- XII. Participar do desenvolvimento dos programas assistenciais, de ensino e pesquisa, prevendo a incorporação constante das inovações tecnológicas;
- XIII. Conduzir assistência integral e humanizada ao paciente por meio de estratégias inovadoras com qualidade e segurança em todas as fases do tratamento;

- XIV. Elaborar e gerenciar as atividades diárias da equipe multiprofissional, orientando a execução e plano de distribuição das tarefas, conforme necessidades da área e na proporcionalidade do grau de dependência do paciente;
- XV. Proceder avaliação contínua da equipe multiprofissional, nos aspectos técnicos e comportamentais;
- XVI. Prestar atendimento aos pacientes nas 24 (vinte e quatro) horas, de forma ininterrupta, com assistência de enfermagem especializada nas diferentes especialidades, por meio de metodologia de assistência definida e consolidada, mediante a legislação vigente;
- XVII. Promover a manutenção dos diversos equipamentos e insumos básicos e especiais, utilizados para o atendimento assistencial rápido e eficiente aos pacientes;
- XVIII. Realizar as atividades assistenciais e administrativas com gerenciamento que promovam o padrão de segurança e qualidade aos pacientes internados.
- XIX. Colaborar na humanização do atendimento;
- XX. Manter contato com a Direção da Unidade objetivando a eficiência administrativa dos serviços de internação;
- XXI. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material.

Parágrafo Único – As atividades do Serviço Multidisciplinar das unidades de internação serão disciplinadas, de modo complementar, por protocolos, manuais técnicos e de normas e rotinas.

## **CAPÍTULO XVI**

### **TÍTULO VIII**

### **DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**

Art. 62º. A Unidade, seguindo o normatizado em seu Regulamento, terá seu funcionamento orientado pelos Regimentos Internos das unidades que o compõem que disciplinarão, sem prejuízo de demais objetos, os seguintes aspectos:

- I. Em relação a seus fins:
  - a) a realização de desenvolvimento de acordo com as diretrizes da Unidade;
  - b) a formação de pessoal especializado;
  - c) a prestação de serviços de assistência à saúde da comunidade;
  - d) desenvolvimento, inovação e produção de novas tecnologias e insumos na área da saúde.
- II. Em relação a seus meios:
  - a) os recursos institucionais, compreendendo além das disposições deste decreto, a complementação das atribuições das unidades e as delegações de competências dos dirigentes;
  - b) os recursos humanos, financeiros, patrimoniais, materiais e imateriais;
  - c) o sistema de administração dos recursos.
- III. Em relação ao desempenho:
  - a) o controle dos planejamentos, metas e resultados;
  - b) o controle de legitimidade;
  - c) o controle de qualidade;
  - d) o controle de sustentabilidade econômica, social e ambiental;
  - e) o sistema contábil, de apuração de custos e demais controles internos.

Art. 63º. A Humanização tem como objetivo o desenvolvimento de políticas e práticas em benefício dos usuários, estudantes e servidores em conjunto com as diversas áreas da Unidade, em consonância com as políticas nacionais e estaduais sobre o tema.

Parágrafo único – As políticas e práticas de Humanização serão executadas a partir de uma comissão vinculada à Administração Superior da Unidade, cujas atribuições e competências serão disciplinadas em Regimento Interno.

Art. 64.º A Unidade conta com as Comissões de Ética previstas pelos Conselhos Regionais das profissões da área de saúde.

Art. 65.º O Regimento da Unidade deverá ser cumprido por todos os funcionários.

Art. 66.º Os serviços de Assessoria, deverão desenvolver suas próprias normativas, observadas a legislação vigente e as normas do presente Regulamento Interno.

Art. 67.º Esse Regulamento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes, por implantação ou desativação de unidades ou serviços que desenvolvam atividades de enfermagem, ou ainda, por iniciativa da Diretor Geral.

Parágrafo único. As alterações propostas deverão ser submetidas à aprovação do Conselho de Diretor da Unidade.

Art. 68.º Os casos não previstos neste Regulamento serão resolvidos pelo Diretoria Geral, em conjunto com a Conselho de Diretor da Unidade.

Art. 69.º Revogam-se as disposições em contrário.

### **6.11.3.3 Proposta de regimento do Corpo Clínico**

Este Regimento representa a estrutura do corpo de Clínico da Unidade. De forma geral, descreve as atribuições técnicas, éticas e legais dos profissionais médicos, as competências dos órgãos e dos cargos de chefia, a hierarquização funcional, as normas técnicas e administrativas de funcionamento dos serviços e os direitos e deveres da equipe de médica.

O conteúdo reflete o compromisso do corpo clínico com a prestação de assistência sempre feita com ética, responsabilidade, competência, conhecimento técnico-científico, humanização, segurança e corresponsabilidade com a Missão Institucional da Unidade. Cabendo-lhes manter o mais alto nível técnico, científico e moral para a realização de suas atividades.

Nas suas relações individuais e coletivas, os médicos do Corpo Clínico no desempenho de suas atividades, obedecerão às normas e resoluções do Código de Ética Médica do Conselho Federal de Medicina, normas e resoluções do Conselho Federal e Regional de Medicina, deste Regimento Interno e do Regulamento Interno de Funcionamento da Unidade, e desta forma norteará o Serviço Médico, pré-estabelecendo o seu posicionamento no organograma, assim como a descrição de cargos, funções, unidades de internação e finalidades do Serviço.

Salienta-se que esta é uma proposta padrão de regimento interno e que a Avante Social poderá adaptá-lo conforme as rotinas, operações e especificações de cada unidade a ser gerenciada.

## **REGIMENTO INTERNO - SERVIÇO DO CORPO CLÍNICO**

### **TÍTULO I**

#### **MISSÃO, VISÃO E VALORES**

**Missão:** Prestar assistência médica humanizada e comprometida com a excelência em saúde.

**Visão:** Tornar o Corpo Clínico referência de qualidade em assistência à saúde e integração à equipe multiprofissional.

**Valores:** Excelência, transparência, humanização, ética, trabalho em equipe, profissionalismo, competência, segurança do paciente, sustentabilidade, padronização de condutas, respeito ao próximo e aos direitos do cliente e valorização do médico.

### **TÍTULO II**

#### **DAS DISPOSIÇÕES INICIAIS**

Art. 1.º Este Regulamento foi elaborado como intuito de organizar, aprimorar, otimizar e padronizar as atividades e rotinas da Direção Clínica e do Corpo Clínico da Unidade, tendo como foco principal oferecer um atendimento eficaz e de qualidade aos usuários da Unidade e às equipes internas.

Art. 2.º O conteúdo deste Regulamento possibilitará o acesso às informações necessárias ao funcionamento da Direção Clínica e Corpo Clínico, tais como fluxos dos procedimentos e as orientações sobre as condições de trabalho a serem adotadas e compartilhadas pela equipe, além de disciplinar e normatizar as ações e relações dos médicos.

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

### **TÍTULO III DA POSIÇÃO NO ORGANOGAMA**

Art. 4.º - A Diretoria Clínica faz parte dos serviços técnicos, de atendimento direto ao paciente e é subordinado administrativamente à Diretoria Geral da Unidade, atuando junto às Diretorias Técnica de Enfermagem.

Parágrafo único - O Organograma Do Corpo Clínico segue a seguinte composição, ordenada hierarquicamente em nível crescente:

- I - Diretor (a) Técnico (a);
- II - Diretor (a) Clínico (a);
- II - Vice-Diretor(a) Clínico(a);
- III - Coordenadores Médicos;
- IV - Médicos assistenciais e de apoio propedêutico e terapêutico.

### **TÍTULO IV DA COMPOSIÇÃO**

Art. 5.º O Corpo Clínico da Unidade é composto por todos os médicos que nele trabalham e possui o dever precípua de prestar assistência ao paciente sem distinção de qualquer natureza, além de agir com o máximo de zelo e capacidade profissional.

Art. 6.º O Corpo Clínico da Unidade goza de autonomia profissional, técnica, científica e cultural, em concordância com o Código de Ética Médica, com observância ao Regimento da Instituição e do Corpo Clínico e às resoluções específicas dos Conselhos Federal (CFM) e Regional de Medicina (CRM), Ministério da Saúde, SES e Protocolos Institucionais.

Art. 7.º Os médicos do Corpo Clínico do HPRC se dividem nas seguintes categorias:

- I – membros contratados efetivos: médicos que trabalham regular e assiduamente na instituição, internando e/ou atendendo pacientes, participando das reuniões clínicas e das demais atividades inerentes às suas funções;
- II – membros temporários: médicos que exercem atividades específicas na instituição, decorrentes de contrato de prestação de serviços por tempo previamente estabelecido, com possibilidade de prorrogação. Podendo também ser médicos residentes, médicos estagiários, médicos voluntários, devidamente inscritos nesta categoria;
- III – membros consultores: médicos de notória competência profissional, convidados a prestar serviços temporários na Instituição e a colaborar com o Corpo Clínico da Unidade, nos casos que forem necessários, após aprovação da Direção Técnica, respeitando os princípios éticos e este Regulamento;

Parágrafo único. Outras modalidades poderão ser criadas, conforme a demanda da instituição, após análise das Diretorias Técnica, Clínica e Coordenações Médicas.

Art. 8.º - Compõe a Diretoria Técnica, enquanto órgão Colegiado:

- I - Diretor Técnico;

- II - Diretor Clínico;
- II - Vice-Diretor Clínico;
- IV - Coordenadores Técnicos Assistenciais;
- V - Coordenadores Técnicos dos Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapia;
- VI - Coordenadores Técnicos dos Serviços de Assessoria.

Art. 9º - A Coordenação Clínica da Unidade, constitui-se das seguintes especialidades:

- I - Clínica;
- II - Pediatria;
- III - Urgência e Emergência;
- V - Ambulatório;
- VI - Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapia;

§ 1º - Serviços de assessoria, compreendem:

- I - Comissão de Controle e Infecção;
- II - Serviço de Educação Continuada;
- III - Comissão de Ética Médica.

§ 2º - Outras modalidades poderão ser criadas, conforme a demanda da instituição, após análise da Diretoria Clínica e Coordenações Médicas.

Art. 10º - O Corpo Clínico da instituição será coordenado pelo Diretor Técnico, devidamente inscrito no CRM, em dia com as obrigações junto ao mesmo, trabalhando em parceria com o Diretor Geral e demais diretorias.

Art. 11º - Cada especialidade médica, integrante das Unidades Funcionais do Cuidado, terá um Coordenador de Clínica, escolhido pelo Diretor Clínico, aprovado pelo Diretor Geral.

§ 1º - O Coordenador da especialidade médica se reportará à Direção Clínica para assuntos assistenciais em que houver necessidade de intervenção.

§ 2º - O Coordenador por serviços assistenciais especializados deverá possuir título de especialista na especialidade oferecida, com o devido registro do título pelo CRM.

## **TÍTULO V DA COMPETÊNCIA**

Art. 12.º Compreende as competências gerais do Serviço Médico:

- I - Divulgar e zelar pelo cumprimento da Legislação do exercício da Medicina ora vigente;
- II - Ter como norma de serviço o Código de Ética Médica, Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) e Regulamento de Pessoal e Norma Disciplinar da Unidade;
- III - Promover a elevação do padrão do Corpo Clínico da Unidade, com o objetivo de oferecer oportunidades para que o pessoal possa progredir na sua profissão, dando possibilidade de frequentar cursos de especialização, reuniões e de organizações profissionais;
- IV - Promover trabalho em equipe em ambiente de harmonia;
- V - Participar das discussões sobre os problemas da Instituição, dando sua colaboração sempre que houver necessidade;
- VI - Colaborar com a equipe Diretiva e Assistencial no sentido do melhoramento, aperfeiçoamento e desenvolvimento dos trabalhos técnicos e administrativos;
- VII - Participar das reuniões institucionais;
- VIII - Fornecer listagem completa do Corpo Clínico, número de Inscrição no CRM, endereço, filiação e/ou número da Carteira de Identidade e, em relação ao horário e setor de trabalho;
- IX - Responsabilizar-se pela divulgação da escala de serviço dos profissionais médicos;
- X - Realizar avaliação periódica dos Corpo Clínico;
- XI - Havendo indícios de infração de caráter ético o fato será comunicado à Comissão de Ética Médica que, após realização de sindicância, encaminhará relatório circunstanciado ao CRM para avaliação. Em qualquer situação fica garantido ao membro do Corpo Clínico sujeito à investigação, o amplo direito de defesa e do contraditório.

XII - Conjuntamente com as coordenações médicas, planejar, coordenar, supervisionar, controlar, acompanhar, avaliar e responder pelas atividades do Corpo Clínico da Unidade, em consonância com os protocolos e normas institucionais.

Art. 13.º Conforme Resolução do CFM n.º 2147/2016, a prestação de assistência médica e a garantia das condições técnicas de atendimento são de responsabilidade do diretor técnico e do diretor clínico, os quais, no âmbito de suas respectivas atribuições, responderão perante o CRM.

Art. 14.º O Diretor Técnico, habilitado para o exercício da medicina e em dia com as obrigações junto ao CRM, será escolhido livremente pela Administração da Unidade, com todas as obrigações e prerrogativas inerentes ao cargo.

Art. 15.º O Diretor Clínico, habilitado para o exercício da medicina e em dia com as obrigações junto ao CRM, é o representante do Corpo Clínico perante o corpo diretivo, notificando ao diretor técnico, sempre que for necessário ao fiel cumprimento de suas atribuições, além de ser responsável pela assistência médica, coordenação e supervisão dos serviços médicos na Instituição.

Art. 16.º O Diretor Clínico e o Vice-Diretor Clínico serão obrigatoriamente eleitos, juntamente com a Comissão de Ética Médica, para um mandato de 30 meses, em Assembleia Geral do Corpo Clínico, convocada especificamente para este fim, cujo processo de eleição obedecerá às resoluções vigentes, editadas pelo CFM e CRM.

Parágrafo único. É possível ao médico exercer, simultaneamente, as funções de diretor técnico e diretor clínico em estabelecimentos assistenciais que tenham corpo clínico com menos de trinta médicos.

Art. 17.º É obrigatório o exercício presencial da Direção Técnica e da Direção Clínica.

Art. 18.º O Diretor Técnico é o responsável perante o CRM, autoridades sanitárias, Ministério Público, Judiciário e demais autoridades pelos aspectos formais do funcionamento do estabelecimento assistencial que represente, cabendo-lhe especialmente:

I - zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor, inclusive as determinadas pelo CFM, pelo CRM, Ministério da Saúde, Anvisa, SES por este Regulamento e outros;

II - assegurar as condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática médica, com vistas ao melhor desempenho do Corpo Clínico da instituição e dos demais profissionais de saúde, em benefício da população atendida pelos seus serviços, sendo responsável por faltas éticas decorrentes de deficiências materiais, instrumentais e técnicas da Instituição;

III - assegurar o pleno e autônomo funcionamento da Comissão de Ética Médica;

IV - assegurar o funcionamento adequado das demais comissões oficiais em atividade na instituição e garantir a constituição de outras comissões que forem necessárias;

V - certificar-se da regular habilitação dos médicos perante o CRM, bem como sua qualificação como especialista, exigindo a apresentação formal dos documentos, cujas cópias devem constar da pasta funcional do médico perante o setor responsável, aplicando-se esta mesma regra aos demais profissionais da área de saúde que atuem na Instituição;

VI - organizar a escala de plantonistas, zelando para que não haja lacunas durante as 24 horas de funcionamento da Instituição, de acordo com as regras da Resolução CFM n.º 2056/2013, e tomar providências para solucionar a ausência de plantonistas;

VII - assegurar que as condições de trabalho dos médicos sejam adequadas;

VIII - assegurar que o abastecimento de produtos e insumos de quaisquer natureza seja adequado ao suprimento do consumo da Instituição, inclusive alimentos e produtos farmacêuticos, conforme padronização da Instituição;

IX - cumprir o que determina a Resolução CFM n.º 2056/2013 no que for atinente à organização dos demais setores assistenciais, coordenando as ações e pugnando pela harmonia intra e interprofissional;

- X - providenciar a renovação do certificado de inscrição, junto ao CRM, no prazo mínimo de 30 dias antes do vencimento, comunicando as alterações na composição do Corpo Clínico quando da renovação da Certificado de Inscrição de Pessoa Jurídica;
- XI - assegurar que os médicos que prestam serviço na Instituição, independentemente de seu vínculo, obedeçam ao disposto no Regimento Interno da Instituição e do Corpo Clínico;
- XII - assegurar que as pessoas jurídicas que atuam na Instituição estejam regularmente inscritas no CRM;
- XIII - comunicar ao CRM, por escrito, ao assumir ou deixar o cargo definitivamente.

Art. 19.º Nos impedimentos do Diretor Técnico, a administração deverá designar imediatamente substituto médico, enquanto durar o impedimento.

Art. 20.º À Diretoria Clínica compete dirigir e coordenar o corpo clínico da Instituição, estimulando em cada um de seus membros o espírito de trabalho em equipe, o respeito ao paciente, os princípios que norteiam a atividade médica, mormente a moral, a ética médica e o espírito científico, cabendo-lhe especialmente:

- I – assegurar que todo paciente internado na Instituição tenha um médico assistente;
- II – exigir dos médicos assistentes ao menos uma evolução e prescrição diária de seus pacientes, assentadas no prontuário;
- III – organizar os prontuários dos pacientes, de acordo com o que determina as Resoluções do CFM n.º 1638/2002 e 2056/2013;
- IV – exigir dos médicos plantonistas, quando chamados a atender pacientes na Instituição, o assentamento no prontuário de suas intervenções médicas com as respectivas evoluções;
- V – disponibilizar meio (livro ou digital) para registro de ocorrências aos médicos plantonistas;
- VI – supervisionar a execução das atividades de assistência médica da Instituição, comunicando ao diretor técnico para que tome as providências cabíveis quanto às condições de funcionamento de aparelhagem e equipamentos, bem como o abastecimento de medicamentos e insumos necessário ao fiel cumprimento das prescrições clínicas, intervenções cirúrgicas, aplicação de técnicas de reabilitação e realização de atos periciais quando este estiver inserido em estabelecimento assistencial médico;
- VII – zelar pelo fiel cumprimento do Regulamento do Corpo Clínico;
- VIII – supervisionar a efetiva realização do ato médico, da compatibilidade dos recursos disponíveis, da garantia das prerrogativas do profissional médico e da garantia de assistência disponível ao paciente;
- IX – atestar a realização de atos médicos praticados pelo corpo clínico e pela Unidade, sempre que necessário;
- X – incentivar a criação e organização de centros de estudos, visando à melhor prática da medicina;
- XI – recepcionar e assegurar aos estagiários (acadêmicos e médicos) e residentes médicos, condições de exercer suas atividades com os melhores meios de aprendizagem, com a responsabilidade de exigir a sua supervisão;
- XII – convocar e presidir as Assembleias do Corpo Clínico;
- XIII – participar das reuniões da Alta Gestão da instituição, sempre que convocado, representando os membros do Corpo Clínico;
- XIV – estimular a participação de todos os membros do Corpo Clínico em eventos científicos organizados pela instituição, visando o aperfeiçoamento técnico de cada um;
- XV – enviar ao CRM a ata da eleição da Diretoria Clínica e da Comissão de Ética Médica;
- XVI – comunicar ao CRM, por escrito, ao assumir ou deixar o cargo definitivamente;

Art. 21.º - Compete ao Vice-Diretor Clínico:

- I - substituir o Diretor Clínico em todas as suas atribuições, quando da ausência eventual ou temporária deste;
- II - substituir o Diretor Clínico após o afastamento definitivo deste, completando o período do mandato para o qual fora eleito;
- III - assessorar o Diretor Clínico no desempenho de suas atividades, em especial quando das Assembleias Gerais do Corpo Clínico.

Art. 22.º - Compete ao coordenador de especialidades médicas:

- I - supervisionar e coordenar as atividades de sua clínica;
- II - supervisionar a execução das atividades de assistência médica de sua clínica;
- III - produzir relatórios sobre a assistência médica de sua clínica;
- IV - fazer cumprir o código de ética dos profissionais médicos;
- V - zelar pelo exercício ético dos profissionais médicos;
- VI - assessorar a gerência no cumprimento deste regimento interno e demais protocolos e normas institucionais;
- VII - assessorar a gerência no planejamento, organização, administração, monitoramento e avaliação dos serviços assistenciais da Instituição;
- VIII - participar, em articulação com as Diretorias Assistenciais, da organização e implementação das linhas de cuidado;
- IX - participar da elaboração dos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas das unidades assistenciais, setores e divisões da atenção à saúde;
- X - mediar conflitos e estimular o relacionamento harmonioso entre os médicos e demais profissionais da Unidade, bem como destes com a governança;
- XI - executar atividades profissionais da área de saúde correspondentes à sua formação;
- XII - realizar a escuta das necessidades da área de saúde correspondentes à sua clínica;
- XIII - participar do planejamento, coordenação e execução dos programas, estudos e outras atividades de saúde;
- XIV - participar do planejamento, elaboração e execução de programas de educação permanente adotados na Instituição;
- XV - identificar necessidades e propor ações de educação permanente das equipes médicas, com a finalidade de sempre manter os profissionais capacitados e aptos à prestação de assistência de qualidade ao paciente;
- XVI - participar das atividades de educação permanente desenvolvidas na Instituição e na rede de atenção à saúde;
- XVII - participar de Grupos de Trabalho, Comissões e Reuniões Administrativas determinadas pela Instituição;
- XVIII - organizar as escalas de plantão, as escalas de férias e promover as substituições em sua área de responsabilidade conjuntamente com a Vice - Diretoria de Recursos Humanos, dando ciência à Diretoria Técnica e ao Diretor Clínico;
- XIX - estabelecer as escalas de atendimento aos pacientes da instituição entre os membros de sua clínica;
- XX - coordenar a elaboração pela clínica das rotinas e dos protocolos de atendimento médico;
- XXI - promover reuniões administrativas, assistenciais e científicas de sua clínica de forma regular e periódica com o objetivo de melhor organizar os trabalhos e estimular o conhecimento científico.
- XXII - Planejar e apoiar a Chefia de Recursos Humanos na aquisição de recursos humanos de sua clínica, distribuindo-os conforme a necessidade;
- XXIII - Realizar/acompanhar orientações verbais e/ou escritas de seus liderados em pasta funcional e notificações com a Diretoria Clínica e Técnica, e Chefia de Recursos Humanos quando ocorrer descumprimento das funções, atribuições, normas, rotinas e protocolos institucionais;

§ 1º - O médico, quando investido em função de chefe coordenador ou qualquer outro cargo de chefia, deve pautar-se pelos princípios éticos de respeito, consideração e solidariedade para com os colegas, sempre buscando o interesse e bem-estar do paciente, sem, contudo, deixar de denunciar ao CRM atos que contrariem os postulados éticos.

§ 2º - O Coordenador médico tem ainda o dever de assegurar os direitos dos médicos e a demais condições adequadas para o desempenho ético-profissional da Medicina.

Art. 24.º Compete aos membros do Corpo Clínico:

- I - estar inscrito no CRMPA e cumprir com todas as obrigações legais junto ao mesmo;

II - prestar atendimento médico aos pacientes assistidos na instituição com ética, respeito e consideração, utilizando-se do melhor de seus conhecimentos, sempre pautado pelos princípios morais e da ética médica e pelos preceitos técnico-científicos em vigor;

III - elaborar adequadamente os prontuários (impresso ou eletrônico) ou fichas de atendimento de todos os pacientes sob seus cuidados, realizando as evoluções e as prescrições de forma legível, identificadas e datadas cronologicamente, assinando e identificando-se como responsável pelo atendimento, tudo isso visando à elucidação do caso, a possibilidade de acompanhamento por outro médico e o entendimento por parte dos demais profissionais de saúde da instituição quando da participação destes no atendimento ao paciente, conforme estabelecido em resolução específica do CFM;

IV - assumir a responsabilidade pelos atos praticados quando do exercício da atividade médica na instituição;

V - orientar sua atividade profissional, de acordo com o estabelecido pelo Código de Ética Médica, pelas resoluções do CFM e do CRM, por este Regimento Interno, Ministério da Saúde, Anvisa, SES, normas internas institucionais e outros;

VI - aprimorar continuamente seus conhecimentos éticos e técnico-científicos com vistas ao benefício do paciente e ao seu crescimento profissional;

VII - colaborar com os demais médicos no atendimento ao paciente, no desenvolvimento das atividades e no aprimoramento ético e técnico-científico destes;

VIII - respeitar e colaborar com os demais profissionais da instituição, visando o aperfeiçoamento do atendimento ao paciente e a melhoria das condições de trabalho;

IX - acatar as orientações da Comissão de Revisão de Prontuários, conforme resolução do CFM, bem como da Comissão de Análise de Óbitos e dos Comitês de Estudo da Mortalidade Materna e Fetal/Infantil;

X - acatar as determinações das demais comissões em funcionamento na instituição;

XI - observar os horários estabelecidos para a realização de procedimentos, conforme os regulamentos dos setores da instituição;

XII - oferecer, previamente à realização dos procedimentos médicos, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos pacientes a serem atendidos e solicitar-lhes a autorização por escrito;

XIII - transferir pacientes sob seus cuidados de forma escrita e verbal, elaborando relatório de transferência e registrando a transferência em prontuário médico;

XIV - reassumir a responsabilidade pelo paciente para o qual solicitou avaliação de outro colega;

XV - resguardar para si ou para o Diretor Clínico e/ou Diretor Técnico os comentários sobre condutas médicas dos membros do Corpo Clínico.

Art. 25.º - São deveres gerais dos membros do Corpo Clínico:

I - comparecer ao trabalho trajado adequadamente;

II - usar o crachá nas dependências do complexo da Unidade;

III - tratar a todos com urbanidade;

IV - cumprir os procedimentos seguindo normas institucionais, referentes às tarefas para as quais forem designados;

V - acatar as ordens recebidas de seus superiores hierárquicos, com zelo, presteza e pontualidade;

VI - observar rigorosamente os horários de entrada e saída e de refeições, determinados pela chefia e por lei;

VII - comunicar ao chefe imediato, com antecedência, a impossibilidade de comparecer ao serviço;

VIII - utilizar os Equipamentos de Proteção Individual (EPI), sempre que necessário, e acatar as normas de segurança da Instituição;

IX - acatar as normas institucionais, sob pena de sanções administrativas;

X - participar dos programas de capacitação para os quais for convocado;

XI - compartilhar conhecimentos obtidos em cursos ou eventos patrocinados pela Instituição;

XII - participar de reuniões periódicas para revisão de serviços, sugestões operacionais e reciclagem de conhecimentos a serem definidos pela chefia;

XIII - zelar pelo patrimônio da Instituição, prevenindo quaisquer tipos de danos materiais aos equipamentos, instalações ou qualquer outro patrimônio, e informar/registrar possíveis danos assim que identificar ou tomar conhecimento dos mesmos;

XIV - manter seus registros funcionais atualizados;

XV - guardar sigilo sobre informações de caráter restrito, de que tenha conhecimento em razão de cargo, emprego ou função;

XVI - submeter-se aos exames médicos ocupacionais (admissional, periódico, retorno ao trabalho) ou quando determinado pelo Serviço de Saúde Ocupacional do Trabalhador;

XVII - observar e cumprir o Código de Ética da profissão, conhecer o Código de Ética dos demais profissionais da área da saúde, visando um trabalho em equipe multidisciplinar, em consonância às demandas dos usuários, respeitando as especificidades de cada um e os Regulamentos inerentes aos seus vínculos na Instituição.

## **TÍTULO VI DO HORÁRIO DE TRABALHO**

Art. 26.º O Serviço de Médico manterá plantão durante as 24 (vinte e quatro) horas diárias, através de escalas de revezamento e de acordo com a legislação trabalhista vigente no país.

Parágrafo único. O horário de trabalho nas unidades administrativas, consultivas e ambulatorial poderão variar de acordo com a necessidade do serviço.

Art. 27.º A equipe assistente deverá prorrogar o seu plantão, em casos de emergência ou situações inesperadas relativas à impossibilidade de substituição.

## **TÍTULO VII DISPOSIÇÕES GERAIS**

Art. 28.º O corpo clínico não poderá receber de clientes e familiares, pagamentos referentes aos serviços prestados durante sua jornada normal de trabalho.

Art. 29.º O Regimento do Corpo Clínico deverá ser cumprido por todos os médicos.

Art. 30.º Os serviços de Assessoria, deverão desenvolver suas próprias normativas, observadas a legislação vigente e as normas do presente Regulamento Interno.

Art. 31.º Esse Regulamento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes, por implantação ou desativação de unidades ou serviços que desenvolvam atividades médicas, ou ainda, por iniciativa da Diretoria Técnica e/ou Diretoria Clínica.

Parágrafo único. As alterações propostas deverão ser submetidas à aprovação do Conselho de Diretor da Unidade.

Art. 32.º Os casos não previstos neste Regulamento serão resolvidos pela Diretoria de Técnica, em conjunto com a Diretoria Geral.

Art. 33.º O presente Regulamento Interno entrará em vigor na data de sua publicação, após ser aprovado pelo Conselho de Diretor da Unidade.

Art. 34.º Revogam-se as disposições em contrário.

#### **6.11.3.4 Proposta de regimento do serviço de enfermagem**

Este Regimento representa a estrutura do corpo de Enfermagem da Unidade de Pronto Atendimento UPA 24h. Em linhas gerais, descreve as atribuições legais dos profissionais, as competências dos órgãos e dos cargos de chefia, a hierarquização funcional, as normas técnicas e administrativas de funcionamento dos serviços e os direitos e deveres da equipe de enfermagem. O conteúdo reflete o compromisso dos profissionais de Enfermagem com a prestação de assistência sempre feita com responsabilidade, competência, conhecimento técnico-científico, humanização, segurança e corresponsabilidade com a Missão Institucional da Unidade.

O presente Regimento foi elaborado segundo Normas do Conselho Regional de Enfermagem, do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) e do Regulamento Interno de Funcionamento da Unidade, e desta forma norteará o Serviço de Enfermagem, pré-estabelecendo o seu posicionamento no organograma, assim como a descrição de cargos, funções, unidades de internação e finalidades do Serviço.

Salienta-se que esta é uma proposta padrão de regimento e que a Avante Social poderá adaptá-lo conforme as rotinas, operações e especificações de cada unidade a ser gerenciada.

### **REGIMENTO INTERNO SERVIÇO DE ENFERMAGEM**

#### **TÍTULO I**

#### **DAS DISPOSIÇÕES INICIAIS**

Art. 1.º O presente Regimento foi elaborado segundo Normas do Conselho Regional de Enfermagem, do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) e do Regulamento Interno de Funcionamento da Unidade, e desta forma norteará o Serviço de Enfermagem, pré-estabelecendo o seu posicionamento no organograma, assim como a descrição de cargos, funções, unidades de internação e finalidades do Serviço.

#### **TÍTULO II**

#### **MISSÃO, VISÃO E VALORES**

Art. 2º Missão: Prestar cuidados de enfermagem de forma integral, comprometidos com a responsabilidade, competência, conhecimento técnico-científico e a humanização na assistência aos clientes e familiares. Visão: Ser uma equipe de enfermagem, reconhecida pela qualidade da assistência prestada com satisfação e integração à equipe multiprofissional da Unidade. Valores: Cuidado integral, atendimento humanizado, capacitação contínua, compromisso, sustentabilidade, espírito de equipe, ética, padronização de condutas, respeito ao próximo e aos direitos do cliente, valorização da enfermagem.

#### **TÍTULO III**

#### **DA NATUREZA E FINALIDADES**

Art. 3.º Os Serviços de Enfermagem da Unidade tem por finalidade:

- I - assistir o cliente integralmente, visando o ser humano como um todo, a fim de reintegrá-lo à sociedade, o mais rápido possível;
- II - executar os cuidados de enfermagem com atenção voltada ao cliente, considerando as suas limitações e necessidades de estadia, locomoção, repouso e conforto;
- III - fundamentar-se em uma filosofia condizente com a missão e com os objetivos da Unidade;
- IV - garantir assistência de enfermagem aos usuários, respeitando os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) de universalidade, equidade e integralidade;
- V - estimular e promover o trabalho atendendo aos conceitos de multi, inter e transdisciplinaridade;
- VI - desenvolver programas humanizados de atendimento, tanto para o cliente quanto para o profissional de enfermagem;
- VII - prestar assistência de enfermagem necessária à promoção, proteção, recuperação e reabilitação à saúde;

VIII - desenvolver atividades de qualquer natureza, dentro dos limites da Enfermagem, conforme Lei do Exercício Profissional e do seu Decreto Regulamentador, do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, do Código de Processo Ético dos Profissionais de Enfermagem, e demais normatizações emanadas pelo Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem.

#### **TÍTULO IV DA POSIÇÃO NO ORGANOGrama**

Art. 4º - O Serviço de Enfermagem faz parte dos serviços técnicos, de atendimento direto ao paciente e é subordinado administrativamente à Diretoria Geral da Unidade, atuando junto às Diretorias Técnica e Clínica.

Parágrafo único - O Organograma de Enfermagem segue a seguinte composição, ordenada hierarquicamente em nível crescente:

- I - Diretor (a) de Enfermagem;
- II - Coordenadores de Enfermagem;
- III - Enfermeiros assistenciais;
- IV - Técnicos em enfermagem;
- V - Auxiliares de Enfermagem.

#### **TÍTULO V DA COMPOSIÇÃO**

Art. 5º - Compõe a Diretoria Operacional, enquanto órgão Colegiado:

- I - O Diretor Técnico de Enfermagem;
- II - Coordenadores Técnicos Assistenciais;
- III - Coordenadores Técnicos dos Serviços de Assessoria.

Art. 6º - A Coordenação do Serviço de Enfermagem da Unidade, constitui-se das seguintes unidades de trabalho:

§ 1º - Coordenação das Unidades de Internações, compreendendo:

- I - Bloco Cirúrgico;
- II - Pré-parto e parto;
- III - Alojamento Conjunto.

§ 2º - Coordenação das Unidade de Urgência e Ambulatório.

§ 3º - Serviços de assessoria, compreendendo:

- I - Comissão de Controle e Infecção;
- II - Serviço de Educação Continuada;
- III - Comissão de Ética de Enfermagem;

#### **TÍTULO VI DA COMPETÊNCIA**

Art. 7.º Compreende as competências gerais do Serviço de Enfermagem:

- I - Divulgar e zelar pelo cumprimento da Legislação de Enfermagem ora vigente;
- II - Ter como norma de serviço o Código de Ética Profissional de Enfermagem, Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) e Regulamento de Pessoal e Norma Disciplinar;
- III - Promover a elevação do padrão de enfermagem da Unidade com o objetivo de oferecer oportunidades para que o pessoal possa progredir na sua profissão, dando possibilidade de frequentar cursos de especialização, reuniões e de organizações profissionais;
- IV - Promover trabalho em equipe em ambiente de harmonia;
- V - Participar das discussões sobre os problemas da Instituição, dando sua colaboração sempre que houver necessidade;
- VI - Colaborar com a equipe Diretiva e Assistencial no sentido do melhoramento, aperfeiçoamento e desenvolvimento dos trabalhos técnicos e administrativos;
- VII - Participar das reuniões institucionais;

VIII - Fornecer listagem completa do Pessoal de Enfermagem por categoria, número de Inscrição no COREN, endereço, filiação e/ou número da Carteira de Identidade e, em relação ao horário e setor de trabalho;

IX - Responsabilizar-se pela divulgação da escala de serviço dos profissionais de Enfermagem;

X - Realizar avaliação periódica dos profissionais de enfermagem;

XI - Comunicar ao COREN qualquer infração ao Código de Ética, conjuntamente com a Comissão de Ética de Enfermagem;

XII – Conjuntamente com as coordenações de enfermagem, planejar, coordenar, supervisionar, controlar, acompanhar, avaliar e responder pelas atividades de enfermagem na Unidade, em consonância com os protocolos e normas institucionais.

Art. 8.º À Diretoria Operacional compete:

I - Responsabilizar-se pela direção, organização, planejamento, coordenação, execução e avaliação das atividades de enfermagem, dirigidas a clientela definida pela Unidade;

II - Cumprir e zelar pelo cumprimento das disposições legais e éticas no exercício profissional da Enfermagem;

III - Cumprir e fazer cumprir o Regulamento da Unidade;

IV - Fazer cumprir diretamente, ou de forma compartilhada com outras Diretorias, quando necessário, normas administrativas e técnicas de desempenho profissional de enfermagem nas atividades da Unidade;

V - Coordenar o processo de trabalho da Enfermagem com o objetivo de garantir indicadores básicos de qualidade;

VI - Coordenar o processo de análise qualitativa e quantitativa dos recursos humanos de Enfermagem e em outros assuntos de sua competência;

VII - Propor, desenvolver e apoiar iniciativas e projetos de interesse da Unidade;

VIII - Planejar e executar, em parceria com o Serviço de Educação de Enfermagem e a Chefia de Recursos Humanos, programas educativos para os profissionais de Enfermagem;

IX - Cooperar com as demais Diretorias da Unidade e assessorá-las nos assuntos de sua competência;

X - Avaliar o desempenho do pessoal de enfermagem, com assessoria da Chefia de Recursos Humanos;

XI - Promover a integração dos profissionais de enfermagem e com outros profissionais ligados a atenção direta ao cliente ou ao apoio administrativo, dentro do espírito de trabalho em equipe;

XII - Revisar continuamente os padrões de assistência de enfermagem da Unidade;

XIII - Elaborar conjuntamente com o Serviço de Educação de Enfermagem e as Coordenações de Enfermagem, as rotinas gerais para o exercício profissional de enfermagem na Unidade e, após conhecimento da Diretoria Geral divulgar e promover sua implantação;

XIV - Prestar serviços de consultoria e emitir parecer sobre matéria de enfermagem quando necessário;

XV - Divulgar entre o pessoal de enfermagem a finalidade, propósito e decisões da Diretoria Operacional;

XVI - Indicar as Coordenações de Enfermagem, respeitando requisitos técnicos para cada uma;

XVII - Planejar e apoiar a Chefia de Recursos Humanos na aquisição de recursos humanos de enfermagem, distribuindo-os conforme a necessidade;

XVIII - Realizar/acompanhar orientações verbais e/ou escritas de seus liderados em pasta funcional e notificações com a Coordenação de Enfermagem e Chefia de Recursos Humanos quando ocorrer descumprimento das funções, atribuições, normas, rotinas e protocolos institucionais;

XIX - Realizar ações em conjunto com coordenações de enfermagem referente a Previsão e Provisão de Materiais;

XX - Representar a equipe de enfermagem em instâncias internas e/ou externas sempre que necessário e/ou solicitado;

XXI - Manter-se atualizado no campo das mudanças legais referentes ao COREN, COFEN, Ministério da Saúde, Anvisa e outras esferas importantes para o cargo de gestão.

Art. 9.º Às Coordenações de Enfermagem compete:

- I - Cumprir e zelar pelo cumprimento das disposições legais e éticas no exercício profissional da Enfermagem;
- II - Cumprir e fazer cumprir o Regulamento da Unidade;
- III - Estabelecer as diretrizes da assistência de enfermagem em consonância com a Diretoria de Enfermagem e Diretoria Clínica;
- IV - Supervisionar, monitorar e avaliar o cuidado de enfermagem realizado no âmbito das Unidades Assistenciais, Unidades de Apoio e de Serviços de Assessoria;
- V - Identificar as necessidades e propor ações de educação permanente e continuada das equipes de enfermagem;
- VI - Supervisionar e monitorar o cumprimento das metas de produção, de qualidade assistencial e segurança do paciente;
- VII - Propor metas qualitativas e quantitativas, relativas ao cuidado desenvolvido, bem como os indicadores de monitoramento e avaliação;
- VIII - Realizar reuniões com os Enfermeiros Assistenciais para propor melhorias das ações de enfermagem;
- IX - Participar do planejamento da Diretoria de Enfermagem;
- X - Promover a implantação de normas, rotinas e protocolos assistenciais de enfermagem;
- XI - Assessorar e participar dos programas de treinamento e aprimoramento de pessoal nas ações de educação continuada;
- XII - Acompanhar o processo de avaliação das equipes de enfermagem quanto ao desempenho técnico e conduta profissional;
- XIII - Receber, analisar e auxiliar na investigação das demandas de ouvidoria referentes ao serviço de enfermagem em conjunto com a Diretoria de Enfermagem e Comissão de Ética de Enfermagem;
- XIV - Receber, analisar e deliberar as documentações encaminhadas à Diretoria de Enfermagem;
- XV - Planejar e monitorar as ações referentes as condutas administrativas de enfermagem;
- XVI - Monitorar a execução das ações referentes a educação permanente e reuniões com a equipe de enfermagem;
- XVII - Participar ativamente das comissões e reuniões da Unidade referente as questões de enfermagem;
- XVIII - Realizar ações em conjunto com a Diretoria de Enfermagem referente a Previsão e Provisão de Materiais;
- XIX - Mediar conflitos e estimular o relacionamento harmonioso entre os profissionais de Enfermagem e demais profissionais da Unidade, bem como destes com a governança;
- XX - Representar a equipe de enfermagem em instâncias internas e/ou externas sempre que necessário e/ou solicitado;
- XXI - Contribuir na organização e realização dos eventos científicos de enfermagem realizados pela Diretoria de Enfermagem ou demais diretorias da Unidade;
- XXII - Elaborar as escalas de serviço mensais dos recursos humanos de enfermagem;
- XXIII - Realizar o planejamento de férias da equipe e manter atualizado o mapa, licenças, folgas da equipe de enfermagem e procurar meios para cobertura conjuntamente com a Vice - Diretoria de Recursos Humanos;
- XXIV - Realizar/acompanhar orientações verbais e/ou escritas de seus liderados em pasta funcional e notificações com a Diretoria de Enfermagem e Chefia de Recursos Humanos quando ocorrer descumprimento das funções, atribuições, normas, rotinas e protocolos institucionais;
- XXV - Realizar a investigação de causas raiz e planejamento de melhorias em caso de ocorrência de eventos adversos na unidade;
- XXVI - Manter-se atualizado no campo das mudanças legais referentes ao COREN, COFEN, Ministério da Saúde, Anvisa e outras esferas importantes para o cargo de gestão.

Art. 10.º Ao Serviço de Educação de Enfermagem - SEE compete:

- I - Cumprir e zelar pelo cumprimento das disposições legais e éticas no exercício profissional da Enfermagem;
- II - Cumprir e fazer cumprir o Regulamento da Unidade;

III - Promover o desenvolvimento do perfil de competência do profissional de enfermagem, por meio de capacitações e estímulo à produção científica, e a elaboração de instrumentos gerenciais, para a padronização de condutas e o aprimoramento das habilidades técnicas e dos conhecimentos científicos;

IV - Desenvolver e coordenar a elaboração dos instrumentos gerenciais e assistenciais da enfermagem (rotinas e procedimentos operacionais, protocolos, planos de intervenções, regimentos e outros), sob a orientação da Diretoria e Coordenação de Enfermagem;

V - Centralizar os instrumentos gerenciais e assistenciais da enfermagem, sob a orientação da Diretoria e Coordenação de Enfermagem, neste serviço;

VI - Desenvolver programas de recepção aos novos trabalhadores da enfermagem, visando integrá-los às normatizações institucionais; a estrutura física da Unidade e apresentação do funcionamento dos diversos serviços multiprofissionais prestados no HPRC;

VII - Desenvolver critérios de avaliação de desempenho dos profissionais de enfermagem quanto ao cumprimento às padronizações institucionais;

VIII - Desenvolver critérios de avaliação de resultado das atividades educativas implementadas e aplicá-los;

IX - Realizar auditoria em tempo real das práticas assistenciais e do planejamento de rotinas de serviço realizados pela enfermagem e comunicar resultados à Diretoria de Enfermagem;

X - Colaborar nas atividades educativas de outras disciplinas (fisioterapia, psicologia, medicina, terapia ocupacional, farmácia, nutrição e outros);

XI - Participar dos processos de seleção na contratação de funcionários da enfermagem;

XII - Supervisionar o cumprimento das atividades de educação permanente realizadas pelo enfermeiro assistencial junto à sua equipe;

XIII - Participar de comissões que envolvam a qualidade, humanização e segurança na assistência de enfermagem;

XIV - Manter-se atualizado no campo das mudanças legais referentes ao COREN, COFEN, Ministério da Saúde, Anvisa e outras esferas importantes e divulgar para o corpo de enfermagem.

Art. 11.º - Ao Enfermeiro Assistencial compete:

I - Cumprir e zelar pelo cumprimento das disposições legais e éticas no exercício profissional da Enfermagem;

II - Cumprir e fazer cumprir o Regulamento da Unidade;

III - Seguir as normatizações previstas nos instrumentos gerenciais e assistenciais da Diretoria de Enfermagem;

IV - Conhecer e cumprir os protocolos assistenciais, normas, rotinas e instruções técnicas de trabalho de enfermagem;

V - Supervisionar os serviços desenvolvidos pelos profissionais de enfermagem, seguindo a filosofia e orientação da Diretoria de Enfermagem;

VI - Substituir o Coordenador de Enfermagem da unidade, quando necessário e solicitado;

VII - Colaborar com o desenvolvimento do planejamento estratégico das unidades afins;

VIII - Elaborar e atualizar em conjunto com a Coordenação de Enfermagem o diagnóstico situacional da unidade;

XI - Participar e sensibilizar a equipe para o desempenho e alcance de metas e objetivos da unidade;

X - Atender às orientações e recomendações da Coordenação de Enfermagem da unidade;

XI - Participar de reuniões de sua unidade, para o repasse das informações e orientações das reuniões da Diretoria de Enfermagem e demais chefias;

XII - Promover reuniões com a equipe de técnicos e auxiliares de enfermagem, para repassar informações, discutir e resolver problemas, alinhar condutas, sanar dúvidas e tomar providências necessárias;

XIII - Participar de reuniões quando solicitado;

XIV - Participar e incentivar a presença da equipe nas capacitações oferecidas pelo SEE e outros;

XV - Colaborar na elaboração e revisão de protocolos assistenciais, normas, rotinas e instruções técnicas de trabalho de enfermagem;

XVI - Participar como facilitador dos programas de educação em serviço quando convidado;

- XVII - Cumprir o planejamento da Diretoria de Enfermagem e SEE para recepção de Técnicos e Auxiliares de Enfermagem admitidos;
- XVIII - Realizar a capacitação prática dos profissionais recém-admitidos na unidade até sua adaptação;
- XIX - Supervisionar e orientar a realização dos procedimentos técnicos pela sua equipe;
- XX - Realizar negociação prévia, avaliação de desempenho e avaliação por competência da equipe de enfermagem sob sua supervisão;
- XXI - Definir, elaborar e participar, em conjunto com a Diretoria e Coordenação de Enfermagem e membros do SEE, de programas educacionais a serem desenvolvidos na Unidade;
- XXII - Identificar as necessidades de educação permanente da sua equipe;
- XXIII - Confeccionar a escala diária da equipe de enfermagem de forma em conformidade com a rotina específica da Diretoria de Enfermagem;
- XXIV - Solicitar ao enfermeiro de unidades afins a possibilidade de cobertura para sua unidade em caso de insuficiência no quantitativo de pessoal no início do plantão;
- XXV - Avaliar e viabilizar o remanejamento na equipe de enfermagem de acordo com as necessidades de outras unidades sem prejuízo ao atendimento local;
- XXVI - Realizar escala de remanejamento para outros setores para ser seguida quando necessário e fixar em local visível;
- XXVII - Realizar a cobertura de unidades afins, de acordo com solicitação da Coordenação e/ou Diretoria de enfermagem;
- XXVIII - Supervisionar atividades técnicas assistenciais, de desinfecção e de organização do serviço (em cada turno) realizadas pela equipe de enfermagem e segundo protocolos assistenciais, normas, rotinas e instruções técnicas de trabalho de enfermagem;
- XXIX - Conferir diariamente a funcionalidade dos equipamentos de urgência e emergência ou delegar segundo capacitação do técnico em enfermagem, realizando as trocas e reposições necessárias e registrar em impresso específico segundo protocolos assistenciais, normas, rotinas e instruções técnicas de trabalho de enfermagem;
- XXX - Viabilizar os intervalos para refeição e descanso aos profissionais de enfermagem, conforme legislação pertinente e orientação da Chefia de Recursos Humanos através de revezamento que garanta a assistência segura do cliente;
- XXXI - Acompanhar a assiduidade, a pontualidade e a disciplina de sua equipe e comunicar inconformidades à Chefia de Recursos humanos, quando necessário;
- XXXII - Realizar registro de intercorrências em caderno ou impresso administrativo específico sobre ausências, intercorrências, pendências, falta de material, problemas com equipamentos, remanejamento de pessoal e outros;
- XXXIII - Registrar em impresso específico o empréstimo de equipamentos para outras unidades;
- XXXIV - Encaminhar Comunicação Interna (CI) à Coordenação de Enfermagem relatando ausências de profissionais e adversidades de maior complexidade;
- XXXV - Realizar orientações em pasta funcional de seus liderados, conjuntamente com a Coordenação de Enfermagem, quando ocorrer descumprimento das funções, atribuições, normas, rotinas e protocolos institucionais;
- XXXVI - Participar do processo de planejamento, organização e controle de material de assistência adequado às necessidades do setor;
- XXXVII - Realizar solicitação de soluções, materiais médico-hospitalares, equipamentos e medicamentos à farmácia, central de materiais esterilizados, almoxarifado e central de equipamentos, para viabilizar a assistência ao paciente ou delegar para técnico/ auxiliar qualificado e supervisionar;
- XXXVIII - Acompanhar diariamente a disponibilidade dos insumos e gerenciar o consumo racionalizado de materiais pela equipe de enfermagem evitando o mau uso e desperdício;
- XXXIX - Sensibilizar e orientar o uso racional dos insumos;
- XL - Colaborar com a Coordenação de Enfermagem da unidade e serviço de padronização de materiais e equipamentos na elaboração do termo de referência, revisão de descritivos, testagem de amostras e pareceres técnicos sobre qualidade de materiais, bem como participar do processo de licitação, quando solicitado;

- XLI – Realizar da Prescrição do Cuidado de Enfermagem segundo SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem;
- XLII - Acompanhar/orientar os funcionários no cumprimento da Prescrição do Cuidado de Enfermagem;
- XLIII - Identificar a necessidade de treinamento para manuseio de equipamentos e fazer acompanhamento dos materiais adquiridos, e notificar qualquer irregularidade;
- XLIV - Viabilizar a participação da equipe em treinamentos em serviço;
- XLV - Preencher instrumentos para monitoramento de indicadores pactuados, diariamente;
- XLVI - Monitorar, em conjunto com a Coordenação de Enfermagem, os indicadores de qualidade em enfermagem e propor/aplicar as medidas de intervenção;
- XLVII - Realizar procedimentos de alta complexidade e privativos do enfermeiro estabelecidos em protocolos e pelo conselho de classe;
- a) cateterismo enteral e vesical;
  - b) grandes curativos de feridas abertas infectadas e queimaduras;
  - c) punção intravascular com cateteres especiais (PICC, intraóssea, umbilical, cateter totalmente implantado);
  - d) coleta de amostra de sangue arterial;
  - e) coleta de amostra de sangue por meio de cateteres centrais;
  - f) punção venosa periférica de jugular externa;
  - g) outros (específicos de unidade);
- XLVIII - Avaliar todos os pacientes da unidade, sob a sua responsabilidade;
- XLIX - Participar da “corrida” de leito juntamente com a equipe multiprofissional, com vista à integralidade do cuidado;
- L - Receber e passar o plantão na unidade para outro enfermeiro;
- LI - Participar, em conjunto com a Coordenação de Enfermagem da unidade, na elaboração de medidas de prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados aos clientes durante a assistência de Enfermagem;
- LII - Solicitar e protocolar reparos com relação às inadequações referentes à rede elétrica, hidráulica, pintura, mobiliário, equipamentos assistenciais e outros ou delegar para auxiliar administrativo e supervisionar;
- LIII - Acompanhar a fiscalização e auditorias dos órgãos competentes na unidade em conjunto com a Coordenação de Enfermagem;
- LIV - Prevenir e participar do controle sistemático de infecção;
- LV- Observar e sensibilizar a equipe de enfermagem para o uso e observância das precauções universais;
- LVI - Comunicar conjuntamente com o médico ao Núcleo de Vigilância Epidemiológica (NUVE) as suspeitas de doenças de notificação compulsória;
- LVII - Acompanhar o transporte intra-hospitalar dos pacientes de alto risco, e em casos especiais conforme protocolo institucional;
- LVIII - Autorizar a permanência de acompanhantes conforme normas procedimentais e realizar o preenchimento de impresso próprio de diária de acompanhantes;
- LIX - Participar do planejamento de alta do paciente, realizando orientações específicas e preparando-o para a continuidade dos cuidados em sua residência, quando necessário;
- LX - Comunicar à Coordenação de Enfermagem da unidade a ocorrência de evento adverso que irá atuar conjuntamente com o serviço de vigilância e núcleo de segurança do paciente;
- LXI - Realizar a investigação de causas raiz e planejamento de melhorias em caso de ocorrência de eventos adversos no setor, juntamente com a Coordenação de Enfermagem;
- LXII - Manter-se atualizado no campo das mudanças legais referentes ao COREN e COFEN, Ministério da Saúde, Anvisa e outros;
- LXIII – Observar, cumprir e fazer cumprir a NR-32, a fim de minimizar os riscos à saúde da equipe de enfermagem, e juntamente com a Coordenação de Enfermagem da unidade, atuar em casos de inconformidades;
- LXIV - Efetivar o processo de enfermagem.

Art. 12.º - O Técnico/Auxiliar de Enfermagem exerce atividade de nível médio, envolvendo execução, orientação e acompanhamento do trabalho de enfermagem em grau auxiliar, e participação no planejamento da assistência de enfermagem, cabendo-lhe especialmente:

- I - Cumprir e zelar pelo cumprimento das disposições legais e éticas no exercício profissional da Enfermagem;
- II - Cumprir e fazer cumprir o Regulamento da Unidade;
- III - Seguir as normatizações previstas nos instrumentos gerenciais e assistenciais da Diretoria de Enfermagem;
- IV - Conhecer e cumprir os protocolos assistenciais, normas, rotinas e instruções técnicas de trabalho de enfermagem;
- V - Participar e colaborar para o alcance de metas e objetivos da unidade da Unidade;
- VI - Atender às solicitações da Diretoria e Coordenação de Enfermagem e do Enfermeiro Assistencial da unidade;
- VII - Participar de reuniões da sua unidade, para o repasse das informações e orientações da Diretoria de Enfermagem e demais chefias sempre que solicitado;
- VIII - Participar das capacitações oferecidas pelo SEE e outros;
- IX - Colaborar na capacitação prática dos profissionais recém-admitidos na unidade até sua adaptação, sempre que solicitado pelo enfermeiro assistencial ou Coordenação de Enfermagem da unidade;
- X - Participar da avaliação de desempenho e avaliação por competência realizada pelo enfermeiro;
- XI - Participar das atividades de Educação permanente realizadas pelo enfermeiro assistencial;
- XII - Comunicar com antecedência ao enfermeiro assistencial e/ou Coordenação de Enfermagem as impossibilidades de comparecimento ao trabalho;
- XIII - Cumprir escala elaborada pelo enfermeiro para intervalo para refeição e descanso, através de revezamento que garanta a assistência segura do cliente;
- XIV - Realizar cobertura de unidades afins de acordo com solicitação do enfermeiro e/ou Coordenação de Enfermagem da unidade e/ou diretoria de enfermagem;
- XV - Cumprir escala de distribuição de leitos e atividades diárias da unidade elaborada pelo enfermeiro;
- XVI - Cumprir escala de serviço com relação à limpeza, organização da unidade segundo designado pelo enfermeiro;
- XVII - Realizar limpeza, conferência de validade e organização dos materiais dos armários da unidade;
- XVIII - Participar do planejamento, programação, orientação, do trabalho de enfermagem compondo a equipe;
- XIX - Participar da passagem de plantão e receber escala de trabalho;
- XX - Prestar assistência aos clientes, sob supervisão do enfermeiro;
- XXI - Observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas, ao nível de sua qualificação;
- XXII - Anotar no prontuário do cliente as atividades de enfermagem para fins da assistência, do ensino, da pesquisa e de faturamento;
- XXIII - Admitir o paciente e orientá-lo quanto às normas da unidade e da instituição;
- XXIV - Executar os cuidados de enfermagem de acordo com a prescrição do enfermeiro;
- XXV - Administrar medicação prescrita e realizar cuidados tais como: dieta, curativos, lavagens, sondagens, aspirações, nebulizações, verificação de sinais vitais e outros;
- XXVI - Auxiliar na realização de exames e procedimentos propedêuticos e/ou terapêuticos;
- XXVII - Comunicar ao enfermeiro as alterações ocorridas no estado geral do cliente;
- XXVIII - Responsabilizar e zelar pela manutenção, conservação e ordem de todos materiais utilizados na unidade;
- XXIX - Buscar o material esterilizado na CME quando necessário e acondicionar em local adequado;
- XXX - Circular salas e instrumentar cirurgia, responsabilizar-se pelo instrumental cirúrgico incluindo conferência;
- XXXI - Executar ações de prevenção e controle de doenças transmissíveis e programas de vigilância epidemiológica;
- XXXII - Cumprir e fazer cumprir as normas do Serviço de Controle de Infecção;

- XXXIII - Executar ações de prevenção e controle sistemático de efeitos adversos que possam decorrer da assistência à saúde;
- XXXIV - Fazer desinfecção de leito, quando necessário;
- XXXV - Transportar pacientes em macas ou cadeira de rodas para realização de exames, cirurgias e interconsultas, quando necessário;
- XXXVI - Transportar hemoderivados;
- XXXVII - Manter em ordem o posto de enfermagem, sala de medicação, sala de expurgo, sala de curativo, balcões, sala de exames, todas as áreas assistenciais, de apoio e postos de trabalho de enfermagem.

Art. 13.º - O Auxiliar de Enfermagem exerce atividades de nível médio, de natureza repetitiva, envolvendo serviços auxiliares de enfermagem sob supervisão, bem como a participação em nível de execução simples, em processos de tratamento, cabendo-lhe especialmente:

- I - Cumprir e zelar pelo cumprimento das disposições legais e éticas no exercício profissional da Enfermagem;
- II - Cumprir e fazer cumprir o Regulamento da Unidade;
- III - Seguir as normatizações previstas nos instrumentos gerenciais e assistenciais da Diretoria de Enfermagem;
- IV - Conhecer e cumprir os protocolos assistenciais, normas, rotinas e instruções técnicas de trabalho de enfermagem;
- V - Participar e colaborar para o alcance de metas e objetivos da Unidade;
- VI - Atender às solicitações da Diretoria e Coordenação de Enfermagem e do Enfermeiro Assistencial da unidade;
- VII - Participar de reuniões da sua unidade, para o repasse das informações e orientações da Diretoria de Enfermagem e demais chefias sempre que solicitado;
- VIII - Participar das capacitações oferecidas pelo SEE e outros;
- IX - Colaborar na capacitação prática dos profissionais recém-admitidos na unidade até sua adaptação, sempre que solicitado pelo enfermeiro assistencial ou Coordenação de Enfermagem da unidade;
- X - Participar da avaliação de desempenho e avaliação por competência realizada pelo enfermeiro;
- XI - Participar das atividades de Educação permanente realizadas pelo enfermeiro assistencial;
- XII - Comunicar com antecedência ao enfermeiro assistencial e/ou Coordenação de Enfermagem as impossibilidades de comparecimento ao trabalho;
- XIII - Cumprir escala elaborada pelo enfermeiro para intervalo para refeição e descanso, através de revezamento que garanta a assistência segura do cliente;
- XIV - Realizar cobertura de unidades afins de acordo com solicitação do enfermeiro e/ou Coordenação de Enfermagem da unidade e/ou diretoria de enfermagem;
- XV - Cumprir escala de distribuição de leitos e atividades diárias da unidade elaborada pelo enfermeiro;
- XVI - Cumprir escala de serviço com relação à limpeza, organização da unidade segundo designado pelo enfermeiro;
- XVII - Realizar limpeza, conferência de validade e organização dos materiais dos armários da unidade;
- XVIII - Participar do planejamento, programação, orientação, do trabalho de enfermagem compondo a equipe;
- XIX - Participar da passagem de plantão e receber escala de trabalho;
- XX - Prestar assistência aos clientes, sob supervisão do enfermeiro;
- XXI - Observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas, ao nível de sua qualificação;
- XXII - Anotar no prontuário do cliente as atividades de enfermagem para fins da assistência, do ensino, da pesquisa e de faturamento;
- XXIII - Admitir o paciente e orientá-lo quanto às normas da unidade e da instituição;
- XXIV - Executar os cuidados de enfermagem de acordo com a prescrição do enfermeiro;
- XXV - Administrar medicação prescrita e realizar cuidados tais como: dieta, curativos, lavagens, sondagens, aspirações, nebulizações, verificação de sinais vitais e outros;

XXVI - Auxiliar na realização de exames e procedimentos propedêuticos e/ou terapêuticos;  
XXVII - Comunicar ao enfermeiro as alterações ocorridas no estado geral do cliente;  
XXVIII - Responsabilizar e zelar pela manutenção, conservação e ordem de todos materiais utilizados na unidade;  
XXIX - Buscar o material esterilizado na CME quando necessário e acondicionar em local adequado;  
XXX - Circular salas e instrumentar cirurgia, responsabilizar-se pelo instrumental cirúrgico incluindo conferência;  
XXXI - Executar ações de prevenção e controle de doenças transmissíveis e programas de vigilância epidemiológica;  
XXXII - Cumprir e fazer cumprir as normas do Serviço de Controle de Infecção;  
XXXIII - Executar ações de prevenção e controle sistemático de efeitos adversos que possam decorrer da assistência à saúde;  
XXXIV - Fazer desinfecção de leito, quando necessário;  
XXXV - Transportar pacientes em macas ou cadeira de rodas para realização de exames, cirurgias e interconsultas, quando necessário;  
XXXVI - Transportar hemoderivados;  
XXXVII - Manter em ordem o posto de enfermagem, sala de medicação, sala de expurgo, sala de curativo, balcões, sala de exames, todas as áreas assistenciais, de apoio e postos de trabalho de enfermagem.

## **TÍTULO VII DOS DEVERES**

Art. 14.º - Dentre os deveres da equipe de enfermagem destacam-se:

- I - Exercer com zelo e dedicação as atribuições do cargo e respeitar a hierarquia;
- II - Ser leal a instituição a que serve;
- III - Respeitar e cumprir as normas legais e regulamentares da profissão, do Ministério da Saúde, da SES e da Instituição;
- IV - Zelar pelos Princípios e Diretrizes do SUS;
- V - Atender aos clientes, comunidade e ao público em geral, prestando as informações requeridas, ressalvo as de ordenamento médico e as protegidas em sigilo;
- VI - Informar a chefia imediata as irregularidades que tomar ciência em razão do cargo;
- VII - Zelar pela economia do material e pela conservação do patrimônio público;
- VIII - Guardar sigilo das informações obtidas no desenvolvimento de suas atribuições, seja referente ao cliente ou da instituição;
- IX - Manter conduta compatível com a moralidade administrativa;
- X - Ser pontual e assíduo, permanecendo no local de trabalho e cumprindo os horários pré-estabelecidos;
- XI - Tratar com urbanidade as pessoas;
- XII - Representar contra ilegalidade, omissão ou abuso de poder;
- XIII - Realizar anotação de enfermagem com clareza, objetividade e que ofereçam condições legais para avaliação da qualidade e eficiência da assistência de enfermagem, de forma a facilitar a coordenação e continuidade do trabalho de enfermagem, e que sirvam como fonte de informação para pesquisa, estatística, educação e planejamento;
- XIV - Usar como traje de trabalho padronizado, não transparentes, não apertadas, sapato fechado, cabelos presos, unhas curtas e evitar uso de adornos, obedecendo normas institucionais;
- XV - Usar o crachá.

## **TÍTULO VIII DO HORÁRIO DE TRABALHO**

Art. 15.º - O Serviço de Enfermagem manterá plantão durante as 24 (vinte e quatro) horas diárias, através de escalas de revezamento e de acordo com a legislação trabalhista vigente no país.

Parágrafo único. Os horários de trabalho nas unidades administrativas poderão variar de acordo com a necessidade do serviço.

Art. 16.º - Todo funcionário do Serviço de Enfermagem deverá se apresentar ao trabalho devidamente uniformizado e no horário determinado em escala.

Art. 17.º - Os funcionários de nível médio trabalharão de acordo com a escala elaborada mensalmente pela Coordenação de Enfermagem da Unidade, seguindo a escala diária de trabalho específico.

Art. 18.º - Todo funcionário da enfermagem deverá prorrogar o seu plantão, em casos de emergência, se for determinado pela Enfermeira da Unidade, Coordenação ou Diretoria de Enfermagem.

## **TÍTULO IX DISPOSIÇÕES FINAIS**

Art. 19.º - O pessoal de enfermagem não poderá receber de clientes e familiares, pagamentos referentes aos serviços prestados durante sua jornada normal de trabalho.

Art. 20.º - O Regimento do Serviço de Enfermagem deverá ser cumprido por todos os funcionários do Serviço de Enfermagem.

Art. 21.º - Os serviços de Assessoria, deverão desenvolver suas próprias normativas, observadas a legislação vigente e as normas do presente Regulamento Interno.

Art. 22.º - Esse Regulamento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes, por implantação ou desativação de unidades ou serviços que desenvolvam atividades de enfermagem, ou ainda, por iniciativa da Diretoria de Enfermagem.

Parágrafo único. As alterações propostas deverão ser submetidas à aprovação do Conselho de Diretor da Unidade.

Art. 23.º - Os casos não previstos neste Regulamento serão resolvidos pela Diretoria de Enfermagem, em conjunto com a Diretoria Geral.

Art. 24.º - O presente Regulamento Interno entrará em vigor na data de sua publicação, após ser aprovado pelo Conselho de Diretor da Unidade.

Art. 25.º Revogam-se as disposições em contrário.

### **6.11.4 Implantação de processos**

#### **6.11.4.1 Manual para atuação em protocolos assistenciais**

Os profissionais contratados pela Avante Social deverão seguir os protocolos de atuação dos serviços clínicos, assistenciais e obstétricos já definidos, elaborados por renomadas instituições de ensino e órgãos de saúde.

Ao longo da execução do objeto, os protocolos poderão ser atualizados em conformidade com as necessidades e novas tecnologias e processos.

O manual para construção de protocolos assistenciais em conformidade com o COREN-SP e CREMESP encontra-se anexos à esta proposta técnica, bem como os protocolos assistenciais já existentes e utilizados pelo Avante Social.

#### **6.11.4.2 Manual de rotinas administrativas para o faturamento de procedimentos**

Em relação ao Faturamento, o Serviço de Faturamento será realizado por profissional com capacidade técnica para alimentação do sistema SIA (Sistema de Informação Ambulatorial) seguindo os lançamentos dos procedimentos constantes a Tabela SIGTAP/SUS de acordo com o cronograma de envio. A fim de facilitar o processo de faturamento, o software de gestão a ser implantado, permitirá a conectividade com o do Ministério da Saúde, o que atribuirá agilidade no processo de envio de informações.

O Manual para o serviço de faturamento, terá como base a Política de Faturamento para a Unidade de Pronto Atendimento UPA 24h, bem como os POP's elencados abaixo:

- I. Faturamento de ficha de atendimento ambulatorial;
- II. Faturamento de ficha de atendimento de urgência e emergência;
- III. Envio de Dados de Faturamento Ambulatorial à Secretaria Municipal de Saúde;
- IV. Envio de Dados de Autorização de Internação Hospitalar;
- V. Faturamento de Procedimentos de Alta Complexidade;
- VI. Faturamento de Procedimentos de Média Complexidade;
- VII. Faturamento de Internação Hospitalar;
- VIII. Faturamento de Exames de Imagem;
- IX. Faturamento de Exames Laboratoriais.

O profissional responsável realizará o faturamento diários dos procedimentos por meio de sistema de informação, comunicando com a Secretaria Municipal de Saúde de Votorantim/SP e Ministério de Saúde.

#### **6.11.4.3 Manual de rotinas para a administração financeira**

O Avante Social propõe como rotinas para administração financeira:

- Definir os parâmetros e diretrizes voltadas à Gestão de Compras e Contratos, de Suprimentos e Logística, além da Gestão Contábil, Fiscal, Financeira e Orçamentária;
- Estabelecer as diretrizes, normas e procedimentos voltados para a gestão de compras e contratos;
- Elaborar e assegurar o cumprimento do Regulamento de Compras e Contratação de Serviços e Obras;
- Prover as aquisições dos insumos para as unidades gerenciadas pelo Avante Social, integrando o processo com a Coordenação de Suprimentos local;
- Controlar e acompanhar a programação financeira das unidades de saúde sob gestão;
- Elaborar e executar o planejamento orçamentário das unidades de saúde gerenciadas;
- Informar e prestar apoio técnico às unidades, órgãos, entidades e conselhos sobre os assuntos relacionados com o acompanhamento e execução orçamentária;
- Avaliar e realizar as alterações orçamentárias considerando os critérios, as diretrizes e as metas estabelecidas
- Estudar, acompanhar, controlar e programar os recursos financeiros de assistência à saúde bem como seus destinos por especificidade;
- Gerenciar os processos relacionados à contabilidade corporativa e dos projetos locais;

- Assegurar a análise de balanço, balancetes, demonstrativos contábeis e financeiros, dimensionando e apontando para oportunidades e ameaças no contexto conjuntural financeiro em relação ao contexto organizacional corporativo e local;
- Assegurar a apuração dos valores das receitas para provisão;
- Realizar e elaborar os demonstrativos contábeis: Balanço Patrimonial e Demonstração de Resultados de Exercício;
- Efetuar lançamentos e conciliações mensais das contas contábeis do Ativo, Passivo, Receitas e Despesas de acordo com as planilhas das conciliações, para posterior fechamento do Balanço Mensal;
- Monitorar e gerenciar as tarefas realizadas pela equipe contábil/tributária;
- Definir os objetivos e metas Contabilidade e Tributos;
- Assegurar o acompanhamento orçamentário;
- Garantir o planejamento tributário e contábil, bem como a Consolidação das Demonstrações Contábeis.

O serviço de administração financeira será desenvolvido pelo setor responsável instalado na sede administrativa da Avante Social.

O setor é composto por Gerente Financeiro, Gerente de Resultados, Coordenador Administrativo e financeiro, Analistas Financeiros, Analistas Contábeis, Auxiliares Administrativos, Gerente de Controladoria e Auditoria, Controllers, Analistas de Prestação de Contas e Assistentes de Prestação de Contas.

A Gerência Financeira e equipe que a compõe serão responsáveis pelos fluxos e gestão de pagamentos, gerenciamento de contas bancárias, aplicações, etc.

A Gerência de Resultados é responsável pela administração e gerenciamento do orçamento previsto e realizado, bem como elaboração de fluxos de caixa, demonstrações de resultados operacionais, etc.

A Gerência de Controladoria e Auditoria será responsável pela elaboração de prestações de contas e auditoria dos processos financeiros e contábeis.

#### **6.11.4.4 Manual de rotinas administrativas para a gerência de almoxarifado e farmácia**

O Avante Social propõe O Manual de Rotinas Administrativas para Gerência de Almoxarifado e Farmácia, o qual contemplará as principais rotinas operacionais e administrativas relacionadas, buscando a integração da logística e eficácia da cadeia de suprimentos.

##### **ROTINAS ADMINISTRATIVAS PARA ALMOXARIFADO**

As principais atribuições do Almoxarifado, são:

- Assegurar que o material esteja armazenado em local seguro e na quantidade ideal de suprimento;
- Impedir que haja divergências de inventário e perdas de qualquer natureza;
- Preservar a qualidade e as quantidades exatas;
- Possuir instalações adequadas e recursos de movimentação e distribuição suficientes a um atendimento rápido e eficiente.
- Executar o controle de estoque;
- Elaborar pedidos de compras para formação ou reposição de estoque;
- Receber, conferir e armazenar materiais de consumo;
- Distribuir, mediante requisição, materiais de consumo em estoque;
- Controlar o cumprimento, pelos fornecedores, das condições constantes nos contratos, comunicando ao diretor do departamento eventuais irregularidades cometidas;
- Manter atualizados registros de entrada e saída e de valores dos materiais em estoque;
- Realizar balancetes mensais e inventários, físicos e financeiros, dos materiais em estoque;
- Zelar pela conservação dos materiais em estoque.

- Efetuar levantamento estatístico do consumo anual, para orientar a elaboração do orçamento da Instituição de Saúde.

A organização funcional de um Almoxarifado pode ser resumida utilizando-se de suas principais atribuições, sendo:

- Receber para guarda e proteção os materiais adquiridos pela empresa;
- Entregar os materiais aos seus usuários, mediante requisições autorizadas.
- Manter atualizados os registros necessários.

O controle sobre o serviço, se baseia em três macro etapas: recebimento, armazenagem e distribuição.

#### RECEBIMENTO

O recebimento é a atividade intermediária entre as tarefas de compra e pagamento ao fornecedor, sendo de sua responsabilidade a conferência dos materiais destinados à empresa. As atribuições básicas do recebimento são:

- Coordenar e controlar as atividades de recebimento e devolução de materiais;
- Analisar a documentação recebida, verificando se a compra foi autorizada;
- Controlar os volumes declarados na Nota Fiscal e no Manifesto de Transporte com os volumes a serem efetivamente recebidos;
- Proceder a conferência visual, verificando as condições da embalagem quanto a possíveis avarias na carga transportada e, se for o caso, apontando as ressalvas nos respectivos documentos;
- Proceder a conferência quantitativa e qualitativa dos materiais recebidos;
- Decidir pela recusa, aceite ou devolução, conforme o caso, providenciar a regularização da recusa, devolução ou da liberação de pagamento ao fornecedor;
- Liberar o material desembaraçado para estoque no Almoxarifado.

As atividades de recebimento abrangem desde a recepção do material na entrega pelo fornecedor até a entrada nos estoques. A função de recebimento de materiais compõe um sistema global integrado com as áreas de contabilidade, compras e transportes e é caracterizada como uma interface entre o atendimento do pedido pelo fornecedor e os estoques físico e contábil. O recebimento compreende quatro fases:

- Entrada de materiais;
- Conferência quantitativa;
- Conferência qualitativa;
- Regularização.

#### ENTRADA DE MATERIAIS

A recepção dos veículos transportadores representa o início do processo de recebimento que tem como objetivos:

- A recepção dos veículos transportadores;
- A triagem da documentação suporte para o recebimento;
- Constatação se a compra, objeto da Nota Fiscal em análise, foi autorizada;
- Constatação se a compra autorizada está no prazo de entrega contratual;
- Constatação se o número do documento de compra consta na Nota Fiscal;
- Cadastramento no sistema das informações referentes às compras autorizadas.

As compras não autorizadas ou em desacordo com a programação de entrega devem ser recusadas, transcrevendo-se os motivos no verso da Nota Fiscal. Outro documento que serve para as operações de análise de avarias e conferência de volumes é o "Conhecimento de Transporte Rodoviário de Carga", que é emitido quando do recebimento da mercadoria a ser transportada.

As divergências e irregularidades insanáveis constatadas em relação às condições de contrato devem motivar a recusa do recebimento, anotando-se no verso da Nota Fiscal as circunstâncias que motivaram a recusa, bem como nos documentos do transportador. O exame para constatação das avarias é feito através da análise da

disposição das cargas, da observação das embalagens, quanto a evidências de quebras, umidade, dentre outros danos.

Os materiais que passaram por essa primeira etapa devem ser encaminhados ao Almoxarifado. Para efeito de descarga do material no Almoxarifado, a recepção é voltada para a conferência de volumes, confrontando-se a Nota Fiscal com os respectivos registros e controles de compra.

#### CONFERÊNCIA QUANTITATIVA

É a atividade que verifica se a quantidade declarada pelo fornecedor na Nota Fiscal corresponde efetivamente à recebida.

#### CONFERÊNCIA QUALITATIVA

Esta atividade tem por objetivo garantir a adequação do material ao fim que se destina. A análise de qualidade efetuada pela inspeção técnica visa garantir o recebimento adequado do material. São utilizados no processo de inspeção: a especificação de compra do material e alternativas aprovadas; desenhos e catálogos técnicos; dentre outros.

A depender da quantidade, a inspeção pode ser total ou por amostragem, utilizando-se de conceitos estatísticos. A análise visual tem por finalidade verificar o acabamento do material, possíveis defeitos, danos à pintura, etc. A análise dimensional tem por objetivo verificar as dimensões dos materiais, tais como largura, comprimento, altura, espessura, diâmetro. Os ensaios específicos para materiais mecânicos e elétricos comprovam a qualidade, a resistência mecânica, o balanceamento e o desempenho de materiais ou equipamentos.

#### REGULARIZAÇÃO

Caracteriza-se pelo controle do processo de recebimento, pela confirmação da conferência qualitativa e quantitativa, respectivamente, por meio do laudo de inspeção técnica e pela confrontação das quantidades conferidas e faturadas. O processo de Regularização poderá dar origem a uma das seguintes situações:

- Liberação de pagamento ao fornecedor;
- Liberação parcial de pagamento ao fornecedor;
- Devolução de material ao fornecedor;
- Reclamação de falta ao fornecedor.
- Entrada do material no estoque

Os procedimentos de regularização, visando à confrontação dos dados, objetivando recontagem e aceite ou não de quantidades remetidas em excesso pelo fornecedor, envolvem os seguintes documentos:

- Nota Fiscal;
- Conhecimento de transporte rodoviário de carga;
- Documento de contagem efetuada;
- Relatório técnico da inspeção;
- Especificação de compra.

O material em excesso ou com defeito será devolvido ao fornecedor, no momento do recebimento, acompanhado da Nota Fiscal de Devolução, emitida pela empresa compradora.

#### ARMAZENAGEM

A armazenagem dos materiais no Almoxarifado obedece a cuidados especiais, que devem ser definidos no sistema de instalação e no layout adotado, proporcionando condições físicas que preservem a qualidade dos materiais, objetivando a ocupação plena do edifício e a ordenação da arrumação. Compreende as fases da armazenagem dos materiais:

- Verificação das condições de recebimento do material;
- Identificação do material;
- Guarda na localização adotada;

- Informação da localização física de guarda;
- Verificação periódica das condições de proteção e armazenamento;
- Separação para distribuição.

Alguns cuidados devem ser tomados durante o projeto do layout de um Almojarifado, de forma que se possam obter as seguintes condições:

- Máxima utilização do espaço;
- Efetiva utilização dos recursos disponíveis (mão de obra e equipamentos);
- Pronto acesso a todos os itens;
- Máxima proteção aos itens estocados;
- Boa organização;
- Satisfação das necessidades dos clientes.

No projeto de um Almojarifado devem ser verificados os seguintes aspectos:

- Itens a serem estocados (itens de grande circulação, peso e volume);
- Corredores (facilidades de acesso);
- Portas de acesso (altura, largura);
- Prateleiras e estruturas (altura e peso);
- Piso (resistência).

Dependendo das características do material, a armazenagem pode dar-se em função de parâmetros como: fragilidade, combustão, volatilização, oxidação, explosão, intoxicação, radiação, corrosão, volume, peso, forma.

Os materiais sujeitos à armazenagem não obedecem a regras taxativas que regulem o modo como os materiais devem ser dispostos no Almojarifado. Por essa razão, devem-se analisar, em conjunto, os parâmetros citados anteriormente, para depois decidir pelo tipo de arranjo físico mais conveniente, selecionando a alternativa que melhor atenda ao fluxo de materiais.

Com relação à localização dos materiais, o objetivo é estabelecer os meios necessários à perfeita identificação da localização dos materiais. Normalmente é utilizada uma simbologia (codificação) alfanumérica que deve indicar precisamente o posicionamento de cada material estocado, facilitando as operações de movimentação e estocagem. O Auxiliar de Almojarifado ou Almojarife é o responsável por este sistema e deverá possuir um esquema do depósito com o arranjo físico dos espaços disponíveis por área de estocagem.

## DISTRIBUIÇÃO

A distribuição dos materiais estocados deve ser realizada mediante programação ou necessidade das áreas da unidade de saúde, através de requisição específica.

## GERÊNCIA FARMACÊUTICA

Em relação a Gerência Farmacêutica e Insumos, o Avante Social tem como proposta:

- Assegurar a sustentabilidade operacional plena, durante a vigência do CONTRATO DE GESTÃO;
- Disponibilizar todos os insumos (materiais de consumo) necessários ao pleno funcionamento do estabelecimento de saúde de forma ininterrupta, considerando todos os serviços prestados;
- Considerar a REMUME SUS/SES/MG, as diretrizes, portarias e protocolos da assistência farmacêutica, vigentes no município para nortear a execução das atividades de assistência farmacêutica no estabelecimento de saúde.
- Considerar a REMUME SUS/SES/MG e lista de medicamentos disponíveis no Componente Especializado da SES/MG, excetuando situações onde não existe opção terapêutica na REMUME

SUS/SES/MG para a prescrição de medicamentos para pacientes atendidos no estabelecimento de saúde;

- Assegurar a dispensação de medicamentos/insumos ao usuário atendido pelo estabelecimento de saúde, conforme normativas municipais vigentes, necessários à continuidade do tratamento iniciado nesta unidade até a possibilidade de acesso à rede de serviços ambulatoriais do SUS/SES/MG.
- Estruturar a farmácia em área de fácil acesso para dispensação de medicamentos aos usuários no período preconizado pelas normativas vigentes estabelecidas pela SES/MG.
- Assegurar a administração de medicamentos injetáveis prescritos nos serviços ambulatoriais públicos e privados conforme as normativas vigentes estabelecidas pela SES/MG.
- Garantir o fracionamento dos medicamentos e doses individualizadas e controle rigoroso das medicações de uso coletivo, conforme recomendações da ANVISA.
- Adotar a utilização de kits de insumos e medicamentos, conforme indicações e procedimentos padronizados, visando à racionalização e controle de recursos materiais.
- Garantir as boas práticas de segurança do paciente, de armazenamento e gestão da logística de medicamentos e insumos, conforme legislação vigente.

Os Serviço de Farmácia será composto por:

- Farmacêutico RT (Coordenador)
- Farmacêuticos
- Auxiliares de Farmácia
- Auxiliar administrativo

O Serviço de Farmácia, funcionará de maneira ininterrupta, sendo que aos sábados, domingos, feriados e período noturno as atividades serão desenvolvidas em regime de plantão presencial e apenas com a equipe técnica, ou seja, com a presença dos farmacêuticos; nos demais dias no período diurno a equipe administrativa e técnica estará presente no serviço.

#### ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A equipe de farmacêuticos terá como ênfase a participação da farmácia clínica em visitas multidisciplinares, para a redução de erros no uso de medicamentos, dupla checagem de medicação e controle de risco em prescrições médicas.

O envolvimento atento do farmacêutico na dispensação, bem como sua função educativa assistencial, será de grande valor uma vez que irá prover o suprimento de informações ao corpo clínico da instituição.

O farmacêutico também irá examinar as prescrições atentamente, cruzando estas informações com dados da história clínica do paciente.

Algumas das atividades dos Farmacêuticos:

- Estabelecer e conduzir uma relação de cuidado centrada no paciente;
- Participar do planejamento e da avaliação da farmacoterapia, para que o paciente utilize de forma segura os medicamentos de que necessita, nas doses, frequência, horários, vias de administração e duração adequados, contribuindo para que o mesmo tenha condições de realizar o tratamento e alcançar os objetivos terapêuticos;
- Analisar a prescrição de medicamentos quanto aos aspectos legais e técnicos;
- Realizar intervenções farmacêuticas e emitir parecer farmacêutico a outros membros da equipe de saúde, com o propósito de auxiliar na seleção, adição, substituição, ajuste ou interrupção da farmacoterapia do paciente;
- Participar e promover discussões de casos clínicos de forma integrada com os demais membros da equipe de saúde;
- Fazer a anamnese farmacêutica, bem como verificar sinais e sintomas, com o propósito de prover cuidado ao paciente;

- Avaliar resultados de exames clínico-laboratoriais do paciente, como instrumento para individualização da farmacoterapia;
- Monitorar níveis terapêuticos de medicamentos, por meio de dados de farmacocinética clínica;
- Determinar parâmetros bioquímicos e fisiológicos do paciente, para fins de acompanhamento da farmacoterapia e rastreamento em saúde;
- Identificar, avaliar e intervir nas interações medicamentosas indesejadas e clinicamente significastes;
- Elaborar o plano de cuidado farmacêutico do paciente.
- Fazer a evolução farmacêutica e registrar no prontuário do paciente.

A Assistência Farmacêutica será direcionada aos pacientes em observação na Unidade, conforme critérios técnicos que serão estabelecidos em conjunto com a equipe de enfermagem e corpo clínico da unidade.

#### LOGÍSTICA DE SUPRIMENTOS FARMACÊUTICOS

A logística é, sem dúvida, de suma importância para a sobrevivência de qualquer empresa, seja ela de qualquer segmento, porém, em nas Instituições de Saúde, torna-se mais importante do que nunca, pois está relacionada a vidas humanas. Nesse sentido, o gerenciamento logístico oportuniza o Serviço de Saúde em garantir uma vantagem competitiva, principalmente no que se refere à diferenciação da concorrência em seus processos e no fato de operar a baixo custo, maximizando os lucros.

As principais atividades logísticas compreendem: seleção e padronização, avaliação de fornecedores e compras.

Inclui ainda o fornecimento do sistema, equipamentos de automação e sua manutenção, software para gestão de estoque, adequações e melhorias na infraestrutura de armazenagem, inclusive na área física, mão de obra especializada e treinada para gestão de materiais não permanentes, incluindo material médico, material de escritório, de manutenção, de limpeza, medicamentos, consignados e afins.

A prestação dos serviços de logística de suprimentos tem por finalidade a realização dos seguintes processos físicos e respectivas informações:

- **APOIO À ÁREA DE COMPRAS:** disponibilizar software, para controle à área de compras da unidade de saúde, que possibilitará dentre outras tarefas, a geração de requisições de compras alinhadas aos estoques mínimos;
- **RECEBIMENTO E CONFERÊNCIA DE MATERIAL:** Recebimento e controle dos materiais comprados e consignados, conferindo com as Requisições de Compra emitidas e aprovadas; realização da conferência dos produtos recebidos a fim de garantir as quantidades corretas, integridade física e visual das embalagens e especificações técnicas dos produtos e validade; etiquetagem dos produtos para controle de movimentação, incluindo lote e validade, via código de barras; avaliação de fornecedores com base na capacidade de fornecer produtos de acordo com os requisitos de segurança, dentro dos prazos de entrega, com acuracidade e integridade dos produtos, por meio de relatórios ou consultas via software; fornecimento de relatórios de consumo e pesquisas com informações necessárias para o Gestor de Suprimentos com relatórios de pontos de pedido, consumo de produtos, quantidade de produtos em estoque, vencimento de produtos, balancete de produtos, pedidos e requisição de compra, notas fiscais e outros requisitados.
- **ARMAZENAGEM:** Armazenagem e controle, com uso de tecnologia homologada, segura e de ponta, e em condições de conformidade com as exigências das autoridades competentes, dos produtos adquiridos ou consignados, gerando visibilidade de todos os estoques; controle de estoque por lote e validade, com rastreabilidade para caixas, unidades, doses, drágeas, dose, líquidos, kits e outros; administração dos estoques proprietários ou consignados; manutenção dos estoques nas áreas de armazenagem, dispensação e consumo devidamente organizados e conservados; alocação de estoque dinâmica, baseada em características químicas e físicas dos produtos, para otimização das áreas físicas e atendimento das exigências dos órgãos competentes; controle de movimentação das posições de estoque através de código de barras com ponto de controle duplo.
- **SEPARAÇÃO:** Transferência automática entre as áreas de armazenagem e unitarização, baseada em ponto de ressuprimento; controle de produtos em unitarização com armazenagem parcial;

padronização e criação de catálogos de produtos por área através de informações fornecidas pelas áreas, contagens de estoque e informações do banco de dados atual registrados no software, com registros de alterações — por usuário; manutenção constante dos catálogos de produto referente a mudanças e valores de produtos; separação dos materiais, pelos sistemas de distribuição coletivos, para abastecimento das áreas, com controle de lote e validade e rastreabilidade, usando sistemas PEPS (Primeiro que entra, primeiro que sai).

- **DISTRIBUIÇÃO:** Cronograma de distribuição por área operacional, com transferência de material dentro dos dias e horários previamente acordados; controle de farmácias responsáveis para atendimento de requisições de produtos para seus respectivos locais vinculados; transferência de material em emergência para áreas em prazo acordado; recuperação do material não utilizado nas áreas, computando através de rotina do sistema, materiais de devolução que deverão retornar para o estoque; processamento de logística reversa de materiais, disponibilizando produtos para consumo imediato; relatórios assinados de recebimento dos produtos.
- **CAPTURE DE DEMANDA:** Captura da demanda dos produtos nas áreas; gerando requisições automáticas dos produtos que atingiram o estoque mínimo; legenda na requisição de produtos que sinalizem para o usuário que está fazendo a requisição se determinado produtos existe no estoque ou não; física dos itens rotativos indicados e randômicos mensalmente; requisição automática através de estoque máximo, mínimo e ponto de pedido parametrizado para as áreas.
- **GERENCIAMENTO DE ESTOQUE:** Visualização de todo o material com rastreabilidade de lote e validade através do fluxo de materiais do recebimento; manutenção dos níveis de serviço acordados e medidos nos indicadores de performance; geração de informação para Setor de Suprimentos dos itens abaixo do estoque mínimo para compra ou entrega, no caso de contrato de entrega parcelada; controle do giro de estoque; apontamentos de produtos parados no estoque durante um longo prazo; elaboração de sugestão de otimização dos estoques máximos e ideais, para cada uma das áreas; elaboração de sugestão de materiais similares, para cada uma das áreas e para estoque central; elaboração de sugestão de padronização dos materiais, para minimizar estoque e processos de compra através de software; elaboração de sugestão para o desenvolvimento de "kits" para processos médicos mais frequentes através de softwares; contagem mensal de todos os itens, por área com registros no sistema de todos os controles e divergências encontradas; elaboração de relatórios gerenciais e de custos de consumo, por área de estoque sempre que solicitados; elaboração de relatórios de valorização de estoque; auditoria dos processos; rastreabilidade no nível de usuário de qualquer inclusão, alteração ou exclusão realizada no sistema; fornecimento de relatório dos produtos a vencer; separação dos produtos vencidos e geração de informação para os departamentos.
- **PONTOS DE CONTROLE:** Manter pontos de controle múltiplos com rastreabilidade em cada uma das etapas do processo: entrada de Nota Fiscal, armazenagem do produto, movimentação do produto nos almoxarifados, validação de saída do produto, validação da entrega do produto, outros; manter registro de usuário para qualquer tipo de interação feita no sistema, incluindo usuário, local, data e hora das alterações e/ou inclusões; rastreabilidade de logística reversa por centro de custo ou Kit.

### SELEÇÃO E PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS

A seleção de medicamentos é um processo dinâmico, contínuo, multidisciplinar e participativo. Selecionar medicamentos tem como objetivo, escolher dentre todos os itens fornecidos pelo mercado, adotando critérios de eficácia, segurança, qualidade e custo, propiciando condições para o uso seguro e racional de medicamentos, àqueles que são necessários para a utilização na Instituição.

Para implementar a seleção de medicamentos faz-se necessário a instalação de uma Comissão de Farmácia e Terapêutica, equipe multidisciplinar composta por médicos, enfermeiros, farmacêuticos, administradores e demais profissionais envolvidos.

A seleção de antimicrobianos e germicidas será realizada com a participação da Comissão de Controle de Infecção Relacionada a Assistência à Saúde - CCIRAS.

A padronização facilitará os processos de aquisição, armazenamento, distribuição e gerenciamento do estoque, pois racionaliza a quantidade de itens.

As listagens de medicamentos selecionados serão constantemente reavaliadas, apontando:

- itens em desuso, que devem ser excluídos ou substituídos;
- Inclusão de itens com elevados níveis de eficácia clínica, importantes para prevenção, tratamento ou diagnóstico do paciente assistido por cada Serviço de Saúde em questão;
- Correta utilização dos itens dispostos por meio do estabelecimento de Protocolos e/ou Procedimentos Operacionais Padrão — POPs.

A especificação consiste na determinação, com exatidão, daquilo que se tem normatizado, fazendo uma descrição objetiva que deve conter detalhes que possam distinguir uma apresentação de outra.

A especificação de um medicamento incluirá:

- Dosagem, forma farmacêutica;
- Volume e/ou peso e nomenclatura do fármaco segundo a Denominação
- Comum Brasileira — DCB, cuja terminologia empregada na sua descrição deverá ser entendida por usuários e fornecedores.

#### AVALIAÇÃO DE FORNECEDORES FARMACÊUTICOS

Com a diversidade de fornecedores de medicamentos, faz-se necessária uma busca das melhores opções para o fornecimento de medicamentos que atendam os critérios de qualidade, bem como prazo de entrega satisfatório a preços acessíveis.

A Gestão levará em consideração se o fornecedor tem uma estrutura adequada para atender à solicitação, para habilidade técnica para produzir, fornece a matéria prima ou item.

Outras características são os serviços pós-venda (sistema de suporte), a localização do fornecedor que seja preferencialmente próximo do comprador, esta consideração, na medida do possível, leva a redução de tempo de entrega evitando a falta do medicamento, principalmente para aqueles itens de alto consumo e rotatividade.

Diversas ferramentas são utilizadas para efetuar a seleção de seus fornecedores, o Núcleo de Compras terá o suporte fundamental do farmacêutico, para identificar através de catálogos, revistas e sites especializados, como também obter informações junto a outros hospitais (Benchmarking) e representantes comerciais (indústria e distribuidoras de medicamento), quais são os potenciais fornecedores que atendam aos requisitos técnicos e administrativos para compra dos medicamentos.

A análise cadastral será efetivamente acompanhada pelo Conselho Executivo Nacional do Avante Social afim de selecionar os fornecedores com melhores condições para atender às necessidades quanto aos requisitos necessários para a compra. Estas informações tornam-se estratégicas e asseguram uma maior confiabilidade nas negociações, alertando inclusive quanto a possíveis impedimentos regulatórios para a compra. As informações fundamentais da empresa devem estar bem descritas, sistematizadas e acessíveis, sendo importante citarmos:

- Nome do fornecedor (jurídico e fantasia);
- Endereço completo (telefones, cidade, CEP);
- CNPJ;
- Nacionalidade da empresa;
- Instituição financeira (bancos que possuem conta);
- Endereço eletrônico (setor de compras, licitação e dos representantes);
- Lista de itens/produtos que trabalham.

A avaliação de fornecedores possibilita verificar a capacidade de um determinado fornecedor de prover insumos e serviços, dentro dos requisitos exigidos de qualidade.

O comportamento do fornecedor será avaliado, e ser acompanhado o seu desempenho durante a fase da realização da compra, do recebimento e da utilização dos medicamentos e demais produtos adquiridos.

A disponibilidade do fornecedor em resolver problemas na pós-venda, relacionados aos produtos por ele comercializados, como um sistema de notificação de farmacovigilância, relacionando queixas técnicas para resolver problemas de desvios da qualidade.

O monitoramento do progresso de qualquer gestão será baseado em instrumentos de aferição denominados indicadores, há vários atributos que podem ser considerados desejáveis e que servirão para permitir uma avaliação do seu desempenho.

Itens de verificação do ato do recebimento:

- Nota fiscal Destinatário e valores corretos;
- Quantidade de acordo com o solicitado;
- Marca/ Fabricante de acordo com o comprado;
- Especificação do produto de acordo com a padronização;
- Embalagem íntegra e identificadas;
- Rotulagem íntegra e legível;
- Prazo entrega de acordo com o cronograma disponibilizado no Plano de Trabalho;
- Validade Produto mínimo de 6 (seis) meses;
- Laudo Técnico Atestando a qualidade do produto; Horário entrega Estabelecido pelos Serviços de Saúde.

Um fornecedor poderá em um primeiro momento não atingir os requisitos para o Serviço de Saúde, mas com o feedback destas visitas o mesmo poderá readequar seus processos para atendimento do cliente e posteriormente readequar se e participar do processo de compra.

A sensibilização e a participação de todos os atores envolvidos são fundamentais para garantir a adequação e o cumprimento das Boas Práticas, desta forma deve se promover uma parceria entre os serviços e seus fornecedores.

Para isto utilizaremos de diversas estratégias como a elaboração de um Guia de Boas Práticas de Fornecedores de Medicamentos e insumos farmacêuticos:

- Forma de Cadastro de Materiais e Medicamentos;
- Processo Licitatório ou por Ordem de Compra.
- Processos relacionados ao recebimento, com aplicação de formulário contendo os itens de verificação estabelecidos pela instituição no ato do recebimento.
- Processo referente ao comunicado aos fornecedores de solicitação de entrega imediata, por meio de documento formal e da notificação de procedimento administrativo de penalização nos casos de não cumprimento dos prazos de entrega.

#### SISTEMA DE DOSE UNITÁRIA

O Sistema de Distribuição por Dose Unitária é o que mais apresenta vantagens, oferecendo melhores condições para um adequado seguimento da terapia medicamentosa do paciente.

Vários estudos demonstraram que este sistema é mais seguro para o paciente e mais econômico para a instituição. Para trabalhar com dose unitária precisamos fracionar os medicamentos que são fornecidos pela indústria em diversas apresentações, separando-os de sua embalagem original e reembalando-os individualmente, de modo que possam ser dispensados segundo a prescrição médica. Alguns itens retirados das Boas Práticas de Fabricação devem ser observados no Fracionamento:

- Funcionários treinados, usando paramentação adequada (uniformes limpos, touca, máscara, luvas);
- Instalações em área separada, com iluminação, ventilação e temperatura adequadas.

- Deve estar fora da corrente principal de atividades da farmácia para limitar o fluxo de pessoas;
- Equipamentos de tamanho adequado, localizados de forma a facilitar o procedimento e permitir a limpeza e manutenção;
- Embalagens diferenciadas para cada tipo de produto a ser reembalado, com características físicas que protejam a droga.
- Etiquetas confeccionadas em quantidade de acordo com o que se vai fracionar, desprezando-se as sobras.

Todas as etapas do fracionamento estarão descritas em rotinas escritas, atualizadas anualmente, em conformidade com a Resolução MS/ANVISA n 67/2007, ficando disponíveis para consulta dos funcionários. Todos os aspectos do fracionamento estarão detalhados e qualquer mudança no procedimento deve ser comunicada por escrito. Além disso, todas as etapas serão supervisionadas pelo Farmacêutico.

A Farmácia deve manter um Livro de Registro com todas estas informações, de maneira a identificar e rastrear cada procedimento e possibilitando retomar com o funcionário que o executou, caso haja algum dado incorreto. Este registro pode ser manual ou informatizado.

A RDC n° 67, de 8 de outubro de 2007, no seu Anexo VI, estabelece os "requisitos de Boas Práticas para Preparo de Dose Unitária e Unitarização de Dose de Medicamento, realizada exclusivamente em farmácia privativa de Unidade ou de qualquer outra equivalente de assistência médica com a finalidade de ajustar às necessidades terapêuticas do paciente e racionalizar o uso dos medicamentos." Segundo a RDC 67 o registro deve conter no mínimo as seguintes informações:

- DCB ou, na sua falta, DCI, em letras minúsculas. No caso de fitoterápicos, nomenclatura botânica (gênero e espécie);
- Data da submissão do medicamento ao preparo de doses unitárias ou a unitarização de doses (dd/mm/aaaa);
- Nome comercial do medicamento ou genérico e nome do fabricante;
- Número do lote e data de validade original (mês/ano);
- Código, número ou outra forma de identificação criada pelo serviço de saúde (número sequencial correspondente à escrituração do medicamento no Livro de Registro de Receituário) e data de validade após a submissão do medicamento ao preparo de doses unitárias ou a unitarização de doses;
- Forma farmacêutica, concentração da substância ativa por unidade posológica e quantidade de unidades, antes e após a submissão do medicamento ao preparo de doses unitárias ou a unitarização de doses;
- Identificação do profissional que efetuou a atividade de preparação de doses unitárias ou a unitarização de doses do medicamento.
- Tipo de operação realizada na preparação de doses unitárias ou a unitarização de doses (transformação/adequação, subdivisão da forma farmacêutica ou fracionamento em serviços de saúde).

Essa mesma Resolução descreve as informações mínimas necessárias que deverão constar na rotulagem para garantir a rastreabilidade do medicamento que são:

- DCB ou, na sua falta, DCI, em letras minúsculas, ou nomenclatura botânica (gênero e espécie), no caso de fitoterápicos;
- Concentração da substância ativa por unidade posológica, com exceção de medicamentos com mais de quatro fármacos;
- Data de validade após submissão do produto ao preparo de dose unitária ou a unitarização de doses (mês/ano);
- Nome do farmacêutico responsável pela atividade de preparação de dose unitária ou unitarizada ou respectivo CRF;
- Via de administração, quando restritiva;

- Número, código ou outra forma de identificação que garanta a rastreabilidade do produto submetido à preparação de dose unitária ou unitarizada e dos procedimentos realizados.
- O farmacêutico irá conferir as etapas do procedimento, antes de encaminhar os produtos fracionados para a área de dispensação de medicamentos.

#### MÉTODOS DE CONTROLE SOBRE FÁRMACOS CONTROLADOS

A armazenagem dos medicamentos sob controle especial pertencentes à Portaria SVS/MS n° 344/98 e suas atualizações devem ser em local com acesso restrito exclusivo para este fim e/ou fechado com chave ou outro dispositivo que ofereça segurança, sob a responsabilidade do farmacêutico.

Medicamentos que necessitam de refrigeração devem também permanecer em local fechado com chave.

O acesso restrito aos medicamentos deve acontecer em todos os locais os quais estes se encontrem sejam no armazenamento central, farmácias satélites ou equipamentos de dispensação automatizados.

O controle de estoque pode ser realizado por meio de sistema informatizado ou similar, de maneira que permita a consulta da quantidade de medicamentos estocados a qualquer momento, bem como a disposição de armazenamento que se consiga localizar o medicamento de maneira fácil e rápida.

O estoque deve ser monitorado por meio de inventários periódicos para garantir o acompanhamento das entradas e saídas de cada medicamento.

No ambiente, para os pacientes internados, para prescrição dos medicamentos à base de substâncias constantes das listas "A1" e "A2" (entorpecentes), "A3", "B1" e "B2" (psicotrópicas), "C2" (retinóicas para uso sistêmico) e "C3" (imunossupressoras), não é exigido a Notificação de Receita, sendo a dispensação destes medicamentos realizada perante receita ou prescrição diária de medicamento subscrita em papel privativo (prescrição médica).

Os medicamentos à base de substâncias constantes das listas "C1" (outras substâncias sujeitas a controle especial) 54 Guia de Orientação do Exercício Profissional em Farmácia e "C5" (anabolizantes) poderão ser aviados ou dispensados a pacientes internados ou em regime de semi-internato, mediante receita privativa do estabelecimento, subscrita por profissional em exercício no mesmo.

A prescrição deverá ser carimbada sinalizando a entrega do medicamento, é importante que o carimbo contenha o horário de entrega dos medicamentos para controle do serviço de enfermagem.

Para pacientes em atendimento ambulatorial a prescrição deverá acontecer em Receita de Controle

Especial em duas 2 (vias) e/ou em Receita acompanhada com a Notificação de Receita específica.

O farmacêutico deve realizar escrituração de toda a movimentação realizada com medicamentos sujeitos a controle especial constantes na Portaria SVS/MS n° 344/98.

O registro no livro obedecerá a ordem sequencial e cronológica de estoque, entradas (por aquisição ou produção), saídas (por vendas, processamento, beneficiamento, uso) e perdas.

A escrituração pode ser através de sistema informatizado. O programa deve fazer parte do sistema dotado de recursos, tais como opções de consulta, emissão de relatórios, produção de cópia de segurança e restauração de dados. Todos os dados devem estar disponíveis para consultas a qualquer momento.

Quando o farmacêutico optar pela escrituração em sistema informatizado é importante a apresentação inicial desse programa para a Vigilância Sanitária de sua região. Os Livros de Receituário deverão conter Termos de Abertura e de Encerramento, lavrados pela Autoridade Sanitária local. Cada página do Livro destina-se a escrituração de uma só substância ou medicamento, devendo ser efetuado o registro através da denominação genérica (DCB), combinado com o nome comercial.

A escrituração de todas as operações relacionadas com substâncias constantes nas listas da Portaria SVS/MS nº 344/98 e de suas atualizações, bem como os medicamentos que as contenham, será feita de modo legível e sem rasuras ou emendas, devendo ser atualizada minimamente semanalmente. Os Livros, Balanços e demais documentos comprovantes de movimentação de estoque, deverão ser arquivados no estabelecimento pelo prazo de 2 (dois) anos, findo o qual poderão ser destruídos.

#### PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRONIZADOS — POPS

Dentre os diversos POPS a serem elaborados e implantados para o serviço de farmácia, estão os elencados abaixo:

- Abastecimento da Farmácia;
- Controle de Temperatura Ambiente Farmacêutico;
- Controle de Temperatura dos Refrigeradores;
- Controle de Validade e Lote;
- Descarte de Medicamentos Vencidos;
- Dispensação Antirretrovirais;
- Dispensação de Alteplase;
- Dispensação de Curativos;
- Dispensação de Misoprostol;
- Dispensação de Oseltamivir;
- Dispensação Talidomida;
- Farmacoterapêutica;
- Higienização dos Refrigeradores;
- Higienização Interna da Farmácia;
- Orientação de Alta;
- Psicofármacos;
- Relatório de Consumo e Inventário;
- Reposição Carrinho Emergência.

#### UTILIZAÇÃO DE PRESCRIÇÃO ELETRÔNICA

Um dos mecanismos para se evitar erros de medicação é adequar os sistemas da cadeia terapêutica, de forma que possam estabelecer controle rigoroso sobre a prescrição, a aquisição e o uso de medicamentos.

Algumas das intervenções mais eficientes, baseadas em sistemas, utilizam a tecnologia da informação, que é particularmente eficaz no aprimoramento da exatidão de tarefas simples e repetitivas.

Essas intervenções incluem a prescrição médica eletrônica, utilização de códigos de barras nos medicamentos e braceletes nos pacientes. Embora todas essas estratégias tenham se mostrado eficientes na redução dos erros, a que apresenta melhores evidências até o momento é a prescrição médica eletrônica, uma intervenção, baseada em sistemas, que tem, como alvo, o estágio de prescrição das medicações.

O processo de informatização apresenta-se como a tecnologia apropriada a esse tipo de controle.

Em tal contexto, a farmácia, como parte integrante do processo, tem papel importante no diagnóstico de não conformidades e direcionamento das ações corretivas, ações que venham a proporcionar um nível adequado de segurança ao sistema, numa instituição que tem, como princípios, a credibilidade e a garantia de uma assistência correta e responsável.

Apesar do sistema computadorizado de prescrições representar um grande avanço dentro das estratégias utilizadas para minimizar erros decorrentes de prescrições mal formuladas, ele não erradica a possibilidade de ocorrência de erros de medicação, visto que outros podem surgir.

Especula-se que tais erros possam ser decorrentes de etapas do processo; assim sendo, a análise de prescrições eletrônicas, pelo farmacêutico, torna-se uma ferramenta importante no sentido de identificar e quantificar

não conformidades, visando diminuir riscos no processo, garantir a segurança do paciente e da equipe de saúde, além de preservar a instituição.

Alguns exemplos de ocorrências relativas à prescrição médica que devem ser planejadas na implantação da prescrição eletrônica a fim de serem evitadas:

- dosagem errada do medicamento em função de discordância da unidade de prescrição, configurada no sistema;
- via de administração inadequada;
- doses excessivas;
- medicamentos incompatíveis;
- infusão endovenosa em volume divergente do preconizado;
- infusão endovenosa sem complemento de posologia;
- recuperação de prescrição contendo medicamento em dose única;
- recuperação de prescrição contendo medicamentos com administração predeterminada: uma vez por semana, dias alternados, etc.;
- medicamento inadequado para a condição clínica.

O Avante Social, através da implantação do sistema informatizado para gestão e operacionalização, irá proporcionar a utilização de prescrição eletrônica em todas as etapas da assistência. Com isso, irá assegurar que o processo de prescrição e administração de medicamentos, ocorra de maneira efetiva.

#### **6.11.4.5 Manual de Normas e Rotinas Administrativas de Gestão do Patrimônio**

##### **ROTINAS ADMINISTRATIVAS PARA SERVIÇO DE PATRIMÔNIO**

Em relação ao Recurso Patrimonial, o contrato de gestão disporá sobre os Bens Móveis e Imóveis, conforme Edital, disponibilizados para a Entidade parceira mediante Termo de Permissão do Direito de Uso. Em caso de extinção, término de contrato, falência ou situações similares da contratada, o patrimônio será retomado para a Secretaria Estadual de Saúde ou passará para outra instituição qualificada na forma da Lei e autorizada a recebê-lo. Os equipamentos/mobiliários serão recebidos por meio de comissão conjunta da contratante. A contratada somente realizará a troca/substituição após os mesmos terem cumprido sua vida útil determinada pelo fabricante e deverão ser incorporadas ao patrimônio do Município. Em caso de avarias ocorridas durante a concessão dos equipamentos a responsabilidade de reposição dos mesmos fica com a contratada. As trocas/substituições efetuadas pela contratada deverão ser aprovadas pela Secretaria Estadual de Saúde, com o provisionamento dos repasses financeiros ano a ano.

As principais atribuições do Serviço de Patrimônio, são:

- organização e manutenção do cadastro de bens móveis e imóveis da unidade de saúde;
- identificação dos bens móveis, com afixação de plaquetas aos bens para fins de inventário;
- preparação de processos de alienação de bens móveis da instituição considerados em desuso ou inservíveis, na forma da Lei;
- orientação sobre a utilização dos materiais permanentes;
- fiscalização das unidades no tocante ao cumprimento das normas de conservação e segurança dos bens móveis e imóveis com periodicidade de manutenção preventiva e corretiva;
- manutenção preventiva, corretiva e emergencial dos bens móveis e imóveis da instituição;
- registro, carga, relatório e demais documentações no que se refere a bens móveis e imóveis;
- conferência da entrega de material permanente;
- confecção de balanço do estado dos bens móveis e imóveis da instituição;
- confecção de relatórios de pendências sobre troca e aquisição de bens móveis e imóveis solicitados;
- controle, fiscalização e sugestão de novas propostas no que se refere a patrimônio, cargas, transportes, distribuição e controle;

- recebimento de novas solicitações, trocas ou sugestões quanto à aquisição de materiais permanentes para composição de projeto de aquisição junto a Presidência Executiva do da instituição;
- elaboração de serviços de manutenção dos móveis e imóveis quando estes forem de pequena monta, comunicando ao setor matriz ou filial do Avante Social quando se tratar de manutenção mais complexa;
- supervisão de móveis e imóveis no que se refere a serviços de manutenção preventiva;
- desenvolver projetos específicos da Área de Patrimônio.
- propor procedimentos para administração do patrimônio do serviço de saúde;
- elaborar manuais;
- assessorar as unidades em questões da área.
- elaborar e ministrar treinamento da Área de Patrimônio mensurar e apresentar mensalmente ao Conselho Administrativo os indicadores de custos, de produtividade e qualidade dos patrimônios da instituição;
- outras atribuições inerentes à área.

#### ATIVIDADES GERAIS DO SERVIÇO DE PATRIMÔNIO

- Gestão de Bens (Gêneros Patrimoniais)
  - Móvel
  - Imóvel
  - Biblioteca
- Incorporação e/ou Registro de Bens
- Incorporar e/ou Registrar os bens em sistema específico.
- Emissão do termo de responsabilidade.
- Identificação física do bem, com a fixação de etiqueta patrimonial ou gravação, observada a padronização da etiqueta de código de barras, gerada através de sistema específico ou outra metodologia adotada.
- Tipos de Incorporação e/ou Registro de Bens;
- Por Permuta;
- Avaliações;
- Registros de Bens de Terceiros;
- Doações;
- Fabricação própria ou outros;
- Compra;
- Convênios;
- Tipos de Baixas;
- Por consumo;
- Por inservível;
- Por quebra, desgaste ou avaria;
- Por doação;
- Por duplicidade incorporação em exercícios anteriores;
- Por indevida incorporação em exercícios anteriores;
- Por extravio;
- Por sinistro;
- Por permuta;
- Por empréstimo;
- Por furto/roubo;
- Por obsolescência;
- Por descaracterização;
- Cessão de Bens de Terceiros – Convênio;
- Cessão de Bens de Terceiros – Outros;

- Término da Cessão de Uso;
- Tipos de Passagem de Bens;
- Transferência;
- Contrapartida.

#### **6.11.4.6 Manual de Normas e Rotinas administrativas para o Serviço de Logística de Suprimentos**

A Política de Gestão de Suprimentos a ser implementada pelo Avante Social, contemplará as normas para realização dos procedimentos de aquisição de materiais medicamentos, insumos em geral, contratação e compra de serviços, bem como gestão dos estoques e contratos.

##### **NORMAS DE CONTROLE DE ESTOQUE**

Para o gerenciamento de entrada e saída de produtos do estoque físico e virtual o farmacêutico junto com sua equipe realizará um inventário mensalmente, e através desse verificar a acurácia do estoque.

##### **CONTINGÊNCIA**

Quando houver necessidade de troca e/ou substituição de material, o funcionário do Almoxarifado — Suprimento e/ou Central CAM atenderá ao pedido do solicitante realizando a movimentação via sistema, de acordo com a situação:

Trocas e/ou Substituições: deverá ser reaberto a solicitação para a exclusão do item em questão e inclusão no sistema do item a ser dispensado;

Descarte do Material (insucesso no procedimento, quebra e/ou contaminação): a equipe de enfermagem deverá fazer uma nova solicitação via impresso físico ou sistema para a reposição do material e ao retirar o funcionário do CAM deverá anotar em planilha específica: o item, o atendimento do paciente e a justificativa apresentada.

O funcionário da CAM e/ou Farmácia deverão atentar ao número da prescrição, para que uma prescrição não seja utilizada novamente.

##### **INDICADORES**

- Comparativo de Prescrição de Procedimentos X Liberação de Kits;
- Comparativo de Custos do Estoque - Anterior X Posterior a Implantação;
- Comparativo de Custos e Quantidade de Material de uso do Paciente por Setor;
- Quantidade e Custo de Materiais de Uso Comum da Unidade;
- Número de reincidivas de solicitações de materiais x prescrições dos procedimentos.

##### **ROTINA PARA RECEBIMENTO DE MATERIAIS**

A empresa transportadora deverá aguardar sua vez para o atendimento do recebedor devendo este:

- Retirar a Nota de Empenho e conferir com a Nota Fiscal enviada pelo fornecedor;
- Receber o material apenas se o valor da Nota Fiscal for igual ou menor do que o valor total da Nota de Empenho;
- Atentar-se com relação ao tipo de empenho: Ordinário ou Global. Quando ordinário, a entrega é feita na sua totalidade, se global, a entrega pode ser parcial;
- O descarregamento é realizado pela transportadora, devendo o recebedor indicar o local adequado para o material;
- O recebedor deve acompanhar o descarregamento e conferir a quantidade de volumes entregues de acordo com o recibo do frete. (Como o frete não é "a pagar", não é deixada nenhuma via do recibo do frete, sendo viável anotar a transportadora que realizou o serviço);
- No ato do recebimento, se o recebedor verificar que houve danos nas embalagens, deverá escrever ou carimbar no verso do recibo do frete: Embalagem danificada sujeito à conferência pelo solicitante e possível indenização;
- Depois de acompanhado e conferido toda a entrega do material, o recebedor deve escrever ou carimbar no canhoto da Nota Fiscal: Recebido, volumes sujeitos à conferência;

- Finalizar o recebimento assinando e carimbando o canhoto da Nota Fiscal.

#### INVENTÁRIOS E TOMADA DE CONTAS DO ALMOXARIFADO

Os necessários controles dos materiais em estoque no Almojarifado serão feitos por meio de inventários que poderão ser efetuados semanalmente, mensalmente ou anualmente.

Os inventários consistem na verificação dos materiais existentes de acordo com os relatórios processados pelo sistema eletrônico do Almojarifado.

De acordo com o Artigo 88 do Decreto-Lei nº. 200 de 25/02/1967, os estoques serão obrigatoriamente contabilizados, fazendo-se a Tomada Anual das Contas dos responsáveis objetivando verificar se os procedimentos estão de acordo com as disposições legais que a regulamentam. Portanto, a Tomada de Contas do Almojarife tem por finalidade:

- Relacionar e especificar detalhadamente o material existente em estoque;
- Apurar o material em estoque para fins de transferência de responsabilidade;
- Analisar os documentos que controlam as atividades de entrada e saída dos materiais;
- Avaliar as condições de armazenamento dos materiais estocados;
- Avaliar a disposição física dos materiais a fim de verificar a praticidade na sua movimentação;
- Analisar o funcionamento sistemático do Almojarifado como um todo a fim de verificar se o seu gerenciamento está se procedendo de maneira a satisfazer as necessidades a que se destina;
- Apurar o material em estoque para fins de encerramento quando da extinção ou transferência de órgãos e entidades.
- A Tomada de Contas do Almojarifado pode ocorrer:
- No final de exercício: elaborado no mês de dezembro de cada ano;
- Na passagem de responsabilidade: quando houver mudança de responsável pelo Almojarifado;
- No encerramento: quando o órgão for extinto ou transferido.

Todos os trabalhos inerentes à Tomada de Contas serão efetuados pelo Avante Social por meio de uma Comissão específica composta de, no mínimo, 3 (três) pessoas diferentes das que trabalham no Almojarifado.

Compõe o processo de Tomada de Contas do Almojarifado:

- Portaria de nomeação da Comissão;
- Relatórios de saldos e movimentações de materiais do estoque.
- Termo de Conferência;
- Encaminhamentos

#### 6.11.5 Atividades voltadas à qualidade do serviço prestado

Apresentamos características e estratégias de implementação de ações voltadas à qualidade objetiva dos serviços:

É indiscutível a importância de qualificar os encontros terapêuticos transformando-os em relações de cuidado (entendido aqui como “atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde”). Envolve reconstruir a relação terapêutica profissional-paciente buscando o significado da própria presença de um diante do outro.

Em relação aos meios de trabalho na assistência em saúde, sugere-se que os serviços utilizem o dispositivo acolhimento. Acolher é receber bem, ouvir a demanda, buscar compreendê-la e solidarizar-se com ela. É no acolhimento que é feita a estratificação de risco do paciente e são avaliadas suas necessidades de saúde. Para realizar o acolhimento é necessária mudança na postura dos profissionais e na lógica de organização dos

serviços, que deixam de atender por ordem de chegada para atender àqueles de maior gravidade, risco ou sofrimento.

O nosso método de trabalho passa pela organização para implantação de práticas de gestão da clínica, na forma de gestão de leitos e de regulação interna, bem como de constituição de comissões.

A fase posterior a valorização do acolhimento é a utilização da gestão da clínica aqui compreendida como "a aplicação de tecnologias de micro gestão dos serviços de saúde com a finalidade de:

- Assegurar padrões clínicos;
  - Aumentar a eficiência;
  - Diminuir os riscos para os usuários e para os profissionais;
  - Prestar serviços efetivos e;
  - Melhorar a qualidade da atenção à saúde.
- I. Implementar de comissões obrigatórias pertinentes à natureza do EAS - As comissões atuam como um instrumento de gestão para oferecer serviços de qualidade aos usuários. As comissões desempenham várias funções na instituição, destacando-se a produção de indicadores relevantes para a gestão da unidade e contribuição para a eficácia das organizações em prol dos usuários. As principais comissões contribuem para melhorar a gestão por meio de atividades sistematizadas que produzem indicadores de avaliação do serviço oferecido e apresentam melhorias dos processos e serviços.
  - II. Desenvolver atividades de educação continuada, de forma permanente;
  - III. Realizar ações de educação continuada, para os profissionais que operam os equipamentos, a fim de garantir uma eficiente utilização através do correto manuseio e operação de cada um deles;
  - IV. A Educação Permanente é uma das estratégias mais usadas para enfrentar os problemas de desenvolvimento dos serviços de saúde. A aprendizagem ocorre por meio de ações intencionais e planejadas que têm como missão fortalecer conhecimentos, habilidades, atitudes e práticas. Com base nos princípios que norteiam nossa atuação, como a humanização do atendimento e a ética e qualidade do serviço prestado, promovemos programas de Educação Continuada que realizam consultoria e capacitação tecnológica de profissionais e para isso será implementado prática de educação continuada para todos os colaboradores, visando a manutenção de estímulo, preparo e realização de trabalho com eficiência.
  - V. Desenvolver ações de vigilância em saúde;
  - VI. Remeter à Secretaria de Saúde informações no que diz respeito as notificações compulsórias, acidentes de trabalho e alertas epidemiológicos, preconizados pelas esferas Municipal, Estadual e Ministério da Saúde;
  - VII. Subsidiar a elaboração de estudos epidemiológicos e a construção de indicadores de saúde e de serviços que contribuam com a avaliação e planejamento da atenção integral às urgências, bem como de todo o sistema de saúde;

Apresentamos características e estratégias de implementação de ações voltadas à mensuração da satisfação dos pacientes e acompanhantes:

- I. Pesquisar a satisfação do usuário e critérios de aplicação e avaliação, conhecendo a percepção do usuário (pacientes e familiares) em relação a sua passagem pelo EAS é altamente importante para auxiliar a gestão no que diz respeito a diversas ações da unidade de saúde, de forma sistematizada.
- II. Disponibilizar recursos humanos assegurando equipe Assistencial Multiprofissional, com quantitativo de profissionais compatível com a necessidade de atendimento com qualidade, considerando a operacionalização do serviço, o tempo resposta, a garantia do acesso ao paciente e o custo-efetividade, em conformidade com a necessidade da rede de atenção à saúde e as normativas vigentes, inclusive as resoluções dos conselhos de classe profissional;
- III. Prover mão de obra necessária para operação dos setores 24h, 7 dias por semana, dispondo de recursos humanos qualificados, com habilitação técnica e legal, no quantitativo compatível com o

- perfil de cada unidade, os serviços a serem prestados, o grau de complexidade de sua assistência e sua capacidade operacional, respeitando os parâmetros assistenciais da legislação vigente;
- IV.** Atuar, permanentemente, sobre as condições de trabalho dos servidores, além das previstas em leis, adequando e mantendo espaço para descanso das várias categorias de trabalhos lá existentes. Para tanto, será implementado Gestão de RH Mista, ou seja, funcionários públicos efetivos cedidos pelo município, e funcionários contratados diretamente pela Organização Social. Toda a sistemática de trabalho desenvolvida terá como meta assegurar a integração dos funcionários e o estímulo a boas práticas. Todos os colaboradores serão submetidos a avaliação de desempenho, visando avaliar as potencialidades de cada servidor. Será implementada prática de educação continuada para todos os servidores, visando a manutenção de estímulo, preparo e realização de trabalho com eficiência. Todos os servidores a serem contratados pela Organização Social, serão selecionados por meio de Processo Seletivo Próprio, a fim de assegurar transparência e lisura na contratação.

#### **6.11.5.1 Qualidade Objetiva**

O número de comissões a serem implementadas, conforme a natureza do EAS, terão uma Ordem de Serviço de nomeação dos membros componentes, Regimento Interno e o sistema de controle se dará a partir das atas das reuniões realizadas e da construção de indicadores de acordo com a necessidade. Assim, será garantida a implementação e o funcionamento, mínimo, das comissões:

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

###### **PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO (MEMBROS, FINALIDADE)**

A criação da Comissão de Revisão de Prontuários terá como natureza e finalidade:

- Definir e estabelecer normas para estruturar, monitorar e avaliar a qualidade e promoção de ações de melhorias dos prontuários clínicos;
- Monitorar o cumprimento do artigo número 69 previsto no código de Ética Médica acerca do dever de elaborar o prontuário para cada paciente assistido;
- Definir e estabelecer critérios para atender a Resolução CFM nº 1605/2000, que dispõe sobre o fornecimento das informações do prontuário à autoridade judiciária requisitante, bem como assegurar que estejam permanentemente disponíveis, assegurando que, quando requisitado pelo paciente ou seu representante legal, possibilitem o fornecimento de cópias autênticas e íntegras das informações a eles pertinentes.
- Atender ao disposto nas Resoluções do CFM nº 1638/2002 de 10/07/2002 - que define o prontuário médico e cria as Comissões de Revisão de Prontuários nos estabelecimentos e/ou instituições de saúde - e nº 1639/2002 que aprova as "Normas Técnicas para Uso de Sistemas Informatizados para a Guarda e Manuseio do Prontuário Médico" e dispõe sobre o tempo de guarda dos prontuários, estabelece critérios para certificação dos sistemas de informação e dá outras providências.
- Definir normas, padrões e mecanismos para avaliação da qualidade dos prontuários;
- Revisar e avaliar os prontuários, identificando as não conformidades em relação ao padrão estabelecido;
- Avaliar e emitir pareceres acerca da qualidade das descrições, anotações e demais registros feitos nos prontuários;
- Promover ações e estratégias com foco na educação e conscientização dos profissionais, quanto à clareza, legibilidade e coerências das informações registradas no prontuário;
- Emitir pareceres técnicos e relatórios quando solicitado pela Comissão de Ética Médica e demais serviços interessados;
- Propor a utilização de formulários, sistemas e forma de organização dos prontuários;
- Avaliar e monitorar os índices de morbidade e mortalidade ocorridos na Unidade;
- Avaliar a continuidade da assistência prestada, bem como transição dos cuidados;
- Assessorar a Direção Técnica e Clínica da Unidade em assuntos de sua competência;

A Comissão de Revisão de Prontuários atuará em caráter consultivo e de assessoria, vinculada à Diretoria Geral da Unidade, cujas ações estarão voltadas à qualidade das informações, análise da legibilidade, segurança e instrumento de defesa da ética profissional.

Em relação aos membros, a Comissão de Análise de Prontuários será composta por equipe multiprofissional, assegurando a participação obrigatória de no mínimo:

- profissionais médicos (mínimo de 02 profissionais);
- profissionais enfermeiros (mínimo de 03 profissionais);
- farmacêutico (mínimo de 01 profissional);
- faturista (mínimo de 01 profissional);
- administrativo vinculado ao SAME (mínimo de 01 profissional);
- membro da Estrutura de Governança da Unidade.

## **PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO**

### **TÍTULO I DA FINALIDADE**

Art. 1º. Atender a resolução CFM N°. 1.638 de 10 de julho de 2002, onde é definido prontuário médico como um documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

Art. 2º. É um órgão de assessoria vinculado à Direção Geral e Direção Técnica da instituição

### **TÍTULO II DA COMPOSIÇÃO**

Art. 3º. A composição deverá ser de:

- profissionais médicos (mínimo de 02 profissionais);
- profissionais enfermeiros (mínimo de 03 profissionais);
- farmacêutico (mínimo de 01 profissional);
- faturista (mínimo de 01 profissional);
- administrativo vinculado ao SAME (mínimo de 01 profissional);

Art. 4º. Para realização dos trabalhos da comissão os membros deverão ser disponibilizados de suas atividades por tempo a ser definido pela Diretoria Geral em comum acordo com a Diretoria Técnica.

### **TÍTULO III DO MANDATO**

Art. 5º. O mandato será de 24 (vinte e quatro) meses, podendo ser renovável conforme definição da Direção Geral em comum acordo com a Direção Técnica.

Art. 6º. A relação dos membros de cada mandato deverá ser publicada através de portaria pela Direção Geral a cada dois anos em local visível e de fácil acesso bem como a substituição de qualquer membro, a qualquer momento.

Art. 7º. O presidente da comissão, assim como todos os membros, será nomeado pela Direção Geral da instituição bem como os cargos de vice-presidente e secretário.

Art. 8º. No caso de substituição de um ou mais membros, cabe a Direção Geral em comum acordo com a Direção Técnica realizar novas nomeações através de portaria.

### **TÍTULO IV DO FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO**

Art. 9º. As reuniões acontecerão conforme a necessidade, sendo obrigatório reunião ordinária a cada dois meses.

Art. 10º. A ausência de um membro em 3 (três) reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda 6 (seis) reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 (doze) meses gera sua exclusão automática.

Art. 11º. Na ausência do presidente, o vice assume suas funções. Na ausência do vice cabe ao secretário presidir a reunião.

Art. 12º. As decisões da comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação por maioria simples dos membros presentes.

Art. 13º. Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, será designado um relator ou convidado um consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto, em prazo preestabelecido. Da mesma forma poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões, desde que autorizado em reunião prévia.

Art. 14º. As reuniões da comissão deverão ser registradas em ata e arquivada contendo: data e hora, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente, decisões tomadas.

Art. 15º. Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Art. 16º. Além das reuniões ordinárias a cada dois meses poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo Diretor Técnico, pelo Diretor Clínico, pelo Presidente ou Vice-Presidente.

## **TÍTULO V DAS ATRIBUIÇÕES**

Art. 17º. A avaliação dos itens que deverão constar obrigatoriamente:

- I. Identificação do paciente em todos os impressos, anamnese, exame físico, exames complementares, e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado e outros documentos pertinentes ao atendimento;
- II. Obrigatoriedade de letra legível do profissional que atendeu o paciente, bem como de assinatura e carimbo ou nome legível do profissional e respectiva inscrição no conselho de classe;
- III. Obrigatoriedade do registro diário da evolução clínica do paciente, bem como a prescrição médica consignando data e hora;
- IV. Normatizar o preenchimento das contra referências conforme orientação da Direção Geral e Direção Técnica;
- V. Criar e aprovar normas que regulamente o fluxo de prontuários da instituição;
- VI. Tipo de Falta;
- VII. Recomendar inclusão e exclusão de formulários, impressos e sistemas, bem como a conservação dos prontuários visando a qualidade dos mesmos;
- VIII. Assessorar a Direção Técnica ou Clínica da Instituição em assuntos de sua competência;
- IX. Manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da Unidade com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações feitas;
- X. Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente;
- X. Desenvolver atividades de caráter técnico científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição.

Art. 18º. São atribuições do Presidente da Comissão:

- 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.
  - § 2º. Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá seu vice-presidente.
  - § 3º. As atribuições do vice-presidente serão assumir as atividades do presidente na sua ausência.

Art. 19º. São atribuições e competências 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 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;
- VIII. Solicitar ao SAME (Serviço de Arquivo Médico e Estatística) todos os prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los em 24 horas após o trabalho realizado.

## TÍTULO VI DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da CRPM, em conjunto com o Diretor Técnico da instituição.

Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

### CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL

As reuniões ordinárias, serão realizadas com periodicidade mensal e de maneira extraordinária, quando houver necessidade.

O Cronograma de Atividade Anual da Comissão de Revisão de Prontuários, proposto pelo Avante Social, para o primeiro ano do Contrato de Gestão será validado na primeira reunião ordinária da referida comissão e será anexado à respectiva ata.

Descrição das Atividades	Cronograma anual											
	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês
Constituição da Comissão												
Definição da ferramenta de												

Avaliação dos prontuários													
Elaboração do Manual do Prontuário e Registro Seguro													
Avaliação de Prontuários													
Elaboração de Relatório													
Treinamentos													
Reunião Ordinária													

#### 6.11.5.1.2 Comissão de Revisão de Óbitos

##### PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO (MEMBROS, FINALIDADE)

A Comissão de Revisão de Óbitos terá como natureza, membros e finalidade:

- Fomentar a análise e investigação dos óbitos ocorridos na Unidade, através de critérios definidos previamente e levando em consideração a complexidade e especificidade do serviço, bem como avanço técnico e científico da medicina.
- Contribuir com a segurança e qualidade assistencial da Unidade, através do monitoramento da situação e distribuição dos óbitos e seus componentes e fatores de risco.
- Detectar a ocorrência de eventos adversos (acidentes ou falhas operacionais) que podem comprometer a qualidade da assistência ou influir no curso da internação, indicando necessidade de revisão do processo assistencial e a avaliação do funcionamento da própria da Unidade.
- Avaliar todos os óbitos ocorridos na Unidade emitindo parecer técnico;
- Manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da Unidade, discutindo os resultados das avaliações, quando necessário;
- Analisar e emitir pareceres sobre assuntos relativos a óbitos;
- Normatizar e fiscalizar o adequado registro e preenchimento das declarações de óbitos;
- Assessorar a Direção Técnica e Clínica da Unidade em assuntos de sua competência.

A Comissão de Verificação de Óbitos terá caráter consultivo e de assessoria, sob Gestão do Avante Social, vinculado diretamente à Diretoria Geral, Clínica e Técnica da Unidade, com ações voltadas à investigação e análise sobre as causas de óbitos bem como proposição de melhorias nos processos de trabalho.

Em relação aos membros, a Comissão de Revisão de Óbitos, terá em sua composição profissionais médicos e não médicos, designados pela Direção da Unidade, por eleição do Corpo Clínico ou por qualquer outro mecanismo que a Unidade julgar adequado e terão as funções divididas entre Presidente, Vice-Presidente, Secretário e Membros Efetivos. As áreas e serviços abaixo, deverão ter, obrigatoriamente e minimamente, ter membros na composição da comissão:

- Médico Clínico Geral;
- Médico Pediatra;
- Enfermeiro Assistencial;
- Enfermeiro Coordenador;
- Administração;
- Diretoria Técnica;
- Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente.

## PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO

### **TÍTULO I DO OBJETIVO**

Art. 1º. Avaliar a qualidade da assistência prestada na Unidade a partir da análise dos óbitos da Unidade;

Art. 2º. Detectar a ocorrência de eventos adversos (acidentes ou falhas operacionais) que podem comprometer a qualidade da assistência ou influir no curso da internação, indicando necessidade de revisão do processo assistencial e a avaliação do funcionamento da própria da Unidade;

Art. 3º. Avaliar a adequação da história clínica de admissão, da evolução, da investigação diagnóstica desencadeada pela hipótese diagnóstica inicial e da terapêutica instituída.

### **TÍTULO II. DO FUNCIONAMENTO**

Art. 4º. Reuniões com periodicidade mensal assim como envio de indicadores e informações;

Art. 5º. Ausência sem justificativa de um membro em três reuniões consecutivas ou seis reuniões não consecutivas no período de 12 (doze) meses gera sua exclusão automática.

Art. 6º. Decisões por aprovação (votação aberta) da maioria, com voto de minerva do primeiro integrante a chegar na reunião; Registro das reuniões em ata simples.

### **TÍTULO III DA METODOLOGIA**

Art. 7º. Análise dos prontuários de óbitos da Unidade pelo CRO, utilizando-se instrumento específico de coleta de dados com padronização das variáveis;

Art. 8º. Inclusão do critério ASA para estratificação de gravidade intra-hospitalar.

### **TÍTULO IV DAS FONTES DE INFORMAÇÃO**

Art. 9º. São consideradas fontes de informação:

- Ficha de Atendimento;
- Relatório de alta;
- Declaração de óbito;
- Relato cirúrgico;
- Anotações médicas;
- Anotações de enfermagem.

### **TÍTULO V DAS VARIÁVEIS ANALISADAS**

Art. 10º. São consideradas variáveis autoexplicativas:

- Idade;
- Sexo;
- Data da internação;
- Dia, data e hora do óbito;
- Diagnóstico de admissão;
- Diagnóstico final e causa morte;
- Óbito antes do início do tratamento;
- Óbito antes de 48 (quarenta e oito) horas;
- Óbito no ato cirúrgico ou anestésico;
- Óbito no pós-operatório imediato;
- Acidentes ou falhas operacionais.

Art. 11º. São consideradas variáveis categorizadas:

- Confirmação do diagnóstico: clínico (baseado na evolução clínica e resposta terapêutica), clínico laboratorial (confirmação diagnóstico baseada em resultados de exames de patologia clínica ou de imagens), cirúrgico (expresso no relatório cirúrgico) ou anatomopatológico (resultado de necropsia ou de exame anatomopatológico). Quando não há enquadramento em nenhum desses critérios é classificado como não confirmado;
- Anamnese adequada: inclui história da doença atual, história patológica pregressa, história familiar e história social colhida até 24 (vinte e quatro) horas após a admissão, com dados completos de identificação;
- Exame físico adequado: registro de avaliação de todos os segmentos e sistemas;
- Evolução adequada: evolução médica e de enfermagem diária, constando hora e data, assinada e carimbada;
- Exames complementares adequados: realização de exames compatíveis com o diagnóstico inicial ou o diagnóstico principal;
- Terapêutica adequada: compatível com o diagnóstico inicial ou o diagnóstico principal;
- Óbito desassistido: quando o óbito ocorre sem a presença de um profissional da equipe de saúde envolvida na assistência ao paciente;
- Infecção relacionada a assistência à saúde: qualquer infecção surgida após 72 (setenta e duas) horas da internação do paciente, podendo se manifestar durante a internação ou após a alta, ou surgida antes de 72 (setenta e duas horas) horas após realização de procedimento invasivo diagnóstico ou terapêutico, associável ao processo infeccioso;
- Dia mais frequente;
- Horário de predomínio.

## **TÍTULO VI DAS FALHAS OPERACIONAIS**

Art. 12º. São consideradas falhas operacionais:

- Não realização de exame solicitado;
- Não realização de procedimento solicitado;
- Falta de material médico-hospitalar;
- Falta de hemoderivados;
- Falta de medicação prescrita;
- Erro na administração de medicação prescrita;
- Falha em equipamento médico-hospitalar;
- Não conformidade no resultado de exames;
- Falta de preenchimento de impressos de rotina;
- Letra ilegível;
- Falta de assinatura e registro de conselho;
- Falta de vaga em setor crítico;
- Retorno para setor crítico;
- Queda do leito;
- Formação de úlceras por pressão;
- Perda de acesso venoso central;
- Perda de tubo orotraqueal ou traqueostomo;
- Perda de sondas (nasogástrica, nasoenteral, vesical);
- Obstrução de vias aéreas por secreção;
- Extravio de material para exames.

## **TÍTULO VII DOS DIAGNÓSTICOS**

Art. 13º. São considerados diagnósticos:

- Infarto Agudo do Miocárdio;

- Acidente Vascular Cerebral;
- Sepses;
- Óbito intra-operatório;
- Outros.

### TÍTULO VIII DA CLASSIFICAÇÃO DO ÓBITO

Art. 14º. A classificação de óbito é dividida em:

- Não Evitável: quando a patologia existente justifica a evolução fatal;
- Evitável: quando o óbito ocorrer por inadequação da terapêutica, da investigação ou das condições operacionais;
- Inconclusivo: quando não é possível o enquadramento nas categorias anteriores, devendo haver enquadramento em uma de nove justificativas definidas que caracterizam a causa da impossibilidade de o avaliador chegar a uma conclusão.

#### CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL

As reuniões ordinárias, serão realizadas com periodicidade mensal e de maneira extraordinária, quando houver necessidade.

O Cronograma de Atividade Anual da Comissão de Revisão de Óbitos, proposto pelo Avante Social, para o primeiro ano do Contrato de Gestão será validado na primeira reunião ordinária da referida comissão e será anexado à respectiva ata.

Descrição das Atividades	Cronograma anual											
	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês
Constituição da Comissão												
Definição da ferramenta de avaliação dos óbitos												
Análise / revisão dos óbitos												
Análise das taxas de mortalidade e demais indicadores e elaboração de relatórios												
Treinamentos												
Reunião Ordinária												

#### 6.11.5.1.3 Comissão de Controle e Infecção Hospitalar - CCIH

#### PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO (MEMBROS, FINALIDADE)

Com o objetivo de responsabilizar por ações assistenciais e educacionais relacionadas ao controle e à prevenção de infecções no serviço de saúde; desenvolver atividades de ensino, pesquisa e extensão; priorizar a prevenção de doenças e riscos aos indivíduos e profissionais de saúde, assegurando a qualidade da assistência prestada e reduzindo custos e, ao máximo possível, a incidência e gravidade das infecções no ambiente de saúde. Será composta por profissionais da área de saúde, de nível superior, formalmente designados e nomeados pela direção e composta, minimamente, por 01 (um) médico, 01 (um) enfermeiro, 01 (um) farmacêutico e 01 (um) administrativo) como membros consultores e 01 (um) enfermeiro como membro executor, com atuação efetiva e realização de reuniões mensais.

## **REGIMENTO INTERNO**

### **CAPÍTULO I**

#### **CATEGORIA E FINALIDADES**

Art. 1º A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), é de natureza técnico-científica permanente, nos termos da Port. nº. 2.616/MS, de 12 de maio de 1998.

Art. 2º A CCIH é um órgão de assessoria à autoridade máxima da instituição e tem por finalidade o desenvolvimento e execução do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH), realizando ações de controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS).

§ 1º Considera-se Programa de Controle Infecções Hospitalares (PCIH) o conjunto de ações desenvolvidas, deliberada e sistematicamente, com vistas à redução máxima possível de incidência e da gravidade das infecções relacionada com a assistência à saúde.

§ 2º Entende-se por infecção hospitalar, qualquer infecção adquirida após a internação de um paciente em hospital, e que se manifeste durante a internação ou mesmo após a alta, quando puder ser relacionada com a hospitalização.

### **CAPÍTULO II**

#### **ESTRUTURA, ORGANIZAÇÃO E NOMEAÇÃO**

Art. 3º A estrutura da CCIH compreende:

I – Membro consultor

II – Membro executor

§ 1º Entende-se por membro consultor o profissional com nível superior na área da saúde, participante da elaboração do PCIH e das reuniões, tendo a responsabilidade de pesquisar e contribuir com dados informativos embasados em referências conceituadas.

§ 2º Entende-se por membro executor o profissional, preferencialmente de nível superior na área da saúde, que deve realizar todas as atribuições concernentes ao consultor e colaborar efetivamente para execução de atividades relacionadas ao controle de infecção hospitalar.

Art. 4º A CCIH terá composição multidisciplinar e multiprofissional, devendo contar com, no mínimo, 05 (cinco) membros, podendo ser ampliado este número conforme a necessidade da comissão. Os membros consultores serão representantes dos seguintes serviços:

I - Serviço Médico

II - Serviço de Enfermagem

III - Serviço de Farmácia

#### IV - Administração

Art. 5º Os membros executores constituirão o Serviço de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (SCIRAS), o que outrora se denominava Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), e será composto minimamente por:

I - Médico;

II – Enfermeiro;

III – Farmacêutico;

Parágrafo único. Para o bom funcionamento da comissão é imprescindível a nomeação de um secretário com função exclusiva nesta comissão, mesmo não sendo um membro da mesma.

Art. 6º O presidente da CCIH, e o vice-presidente, serão quaisquer um dos membros da mesma.

Art. 7º Os membros executores da CCIH representarão o Serviço de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde e, portanto, serão encarregados da execução do Programa de Controle de Infecção Hospitalar.

Art. 8º A fim de assegurar o suporte técnico, científico e operacional indispensável à eficiência da CCIH, a Superintendência, através do serviço de apoio administrativo, proporcionará a infraestrutura necessária.

Art. 9º. As indicações para integrar a CCIH serão previamente discutidas pela comissão, e, havendo consenso com a Superintendência, os membros serão nomeados na forma do art. 15, inciso II, deste Regimento Interno.

Art. 10º. A nomeação dos membros da CCIH deverá ser feita pelo Diretor da Unidade.

Art. 11º. A CCIH deverá ser composta por profissionais que possuam nível superior e sejam formalmente nomeados. As indicações deverão recair sobre profissionais especializados em controle de infecção hospitalar, e sobre representantes de nível superior dos serviços, com experiências anteriores em controle de infecção hospitalar.

Art. 12º. O mandato do presidente e vice-presidente da CCIH será de, no mínimo, dois anos, podendo haver recondução ao cargo pelo mesmo período, através de indicação da comissão e nomeação pelo Diretor.

Art. 13º. Qualquer membro da comissão poderá solicitar afastamento no período de mandato, desde que comunique à Diretoria da Unidade com antecedência mínima de 30 dias.

Art. 14º. O mandato de cada um dos membros executores tem prazo indeterminado, dependendo do tempo de exercício profissional dos mesmos, uma vez que o SCIRAS é um serviço de caráter técnico-científico que se beneficia com a experiência de seus membros.

### **CAPITULO III**

#### **DAS COMPETÊNCIAS**

Art. 15º. À autoridade máxima da instituição compete:

I - Constituir formalmente a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH;

II - Nomear os componentes da CCIH por meio de ato próprio;

III - Propiciar infraestrutura necessária à correta operacionalização da CCIH;

IV - Aprovar e fazer respeitar o regimento interno da CCIH;

V - Garantir a participação do Presidente da CCIH nos órgãos colegiados deliberativos e formuladores da política da Instituição sobre o controle de infecção hospitalar, e sobre as ações de controle de infecção relacionada à assistência à saúde, bem como em conselhos técnicos;

VI - Garantir o cumprimento das recomendações formuladas pela Coordenação Municipal, Estadual/Distrital de Controle de Infecção Hospitalar;

VII - Informar o órgão oficial municipal ou estadual quanto à composição da CCIH e às alterações que venham a ocorrer;

VIII - Fomentar a educação e o treinamento de todo pessoal hospitalar em assuntos referentes à infecção hospitalar.

Art. 16º. À CCIH compete:

I - Elaborar, implantar, manter e avaliar o Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH) na Unidade;

II - Estabelecer diretrizes para desenvolvimento do Programa de Controle de Infecção Hospitalar;

III - Implantar um sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares;

IV - Adequar, programar e supervisionar as normas e rotinas técnico-operacionais, visando à prevenção e controle das infecções hospitalares;

V - Capacitar o quadro de funcionários e profissionais da instituição, no que diz respeito à prevenção e controle das infecções hospitalares;

VI - Racionalizar o uso de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares;

VII - Avaliar, periódica e sistematicamente, as informações providas pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares e aprovar as medidas de controle propostas pelos membros executores;

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

IX - Elaborar e divulgar, regularmente, relatórios, e comunicar, periodicamente, à autoridade máxima de instituição e às coordenações de todos os setores do hospital, a situação do controle das infecções hospitalares, promovendo seu amplo debate na comunidade hospitalar;

X - Elaborar, implantar 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;

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

XII - Definir, em cooperação com a Comissão de Padronização, política de utilização de antimicrobianos, germicidas e materiais médico – hospitalares;

XIII - Elaborar/Atualizar o Regimento Interno para a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;

XIV - 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 infecções hospitalares;

XV - Cooperar com a ação do órgão de gestão do SUS, bem como fornecer, prontamente, as informações epidemiológicas solicitadas pelas autoridades competentes;

XVI - Notificar, na ausência de um núcleo de epidemiologia, ao organismo de gestão do SUS, os casos diagnosticados ou suspeitos de outras doenças sob vigilância epidemiológica (notificação compulsória), atendidos em qualquer dos serviços ou unidades do hospital, e atuar cooperativamente com os serviços de saúde coletiva;

XVII - Notificar ao Serviço de Vigilância Epidemiológica e Sanitária do organismo de gestão do SUS, os casos e surtos diagnosticados ou suspeitos de infecção associadas à utilização de insumos e/ ou produtos industrializados.

XVIII - Cooperar com o Núcleo de Segurança do Paciente nas ações relacionadas à vigilância das infecções hospitalares.

#### **CAPITULO IV**

#### **DAS ATRIBUIÇÕES**

Art. 17º. Ao presidente incumbe dirigir, coordenar e supervisionar as atividades da CCIH, especificamente:

I - Instalar a comissão e presidir suas reuniões;

II - Promover a convocação formal das reuniões;

III - Representar a CCIH em suas relações internas e externas;

IV - Tomar parte nas discussões e, quando for o caso, exercer o direito de voto de desempate;

V - Indicar os membros para realização de estudos, levantamento e emissão de pareceres necessários ao cumprimento da finalidade da comissão;

VI - Elaborar grupos de deliberações da comissão e ad referendum, nos casos de manifesta urgência;

VII - Promover a interação do SCIRAS com a equipe multiprofissional da instituição.

Art. 18º. Cabe ao vice-presidente substituir o presidente em seus impedimentos.

Art. 19º. Cabe ao secretário:

I - Assistir e redigir as reuniões;

II - Redigir a convocação formal das reuniões extraordinárias, em nome do presidente;

III - Lavrar termos de abertura e encerramento dos livros de ata, de protocolo, de registro de atas e de registro de deliberações, rubricando-os e mantendo-os sob vigilância;

IV - Comunicar aos membros da CCIH a pauta das reuniões;

V - Encaminhar o expediente da CCIH;

VI - Preparar o expediente da CCIH;

VII - Manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos de que devam ser examinados nas reuniões da comissão;

VIII - Providenciar, por determinação do presidente, a convocação das sessões extraordinárias;

IX - Auxiliar na elaboração dos documentos da comissão (relatórios, ofícios, pareceres, memorandos);

X - Manter suprimento de materiais de consumo diário;

XI - Providenciar o cumprimento das diligências determinadas;

XII - Organizar dados e arquivos;

XIII - Receber e enviar correspondências;

XIV - Conferir fichas de notificação com o censo do hospital;

XV - Agendar entrevistas e cursos;

XVI - Digitar boletins e relatórios;

XVII - Realizar serviço externo quando necessário.

Art. 20º. São atribuições específicas do médico executor:

I - Executar programa de racionalização de uso de antimicrobianos, germicidas, bem como definir normas fundamentadas que justificam o uso controlado de antimicrobianos;

II - Promover medidas de contenção de surtos infecciosos que venham a ocorrer no complexo hospitalar, propondo medidas a serem executadas;

III - Promover interação com o corpo clínico, no que diz respeito ao controle de infecção hospitalar;

IV - Responder a pareceres solicitados por outros profissionais, quando estes forem solicitados;

V - Auxiliar no serviço de execução da vigilância epidemiológica das infecções hospitalares, através da realização de busca ativa dos casos;

VI - Recomendar e suspender isolamentos para pacientes na área hospitalar, de acordo com as normas de isolamento padronizadas pela CCIH;

VII - Assessorar a Diretoria Clínica sobre as questões relativas ao controle de infecções hospitalares;

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

IX - Periodicamente fazer revisão dos protocolos de Prevenção de Controle de Infecção Hospitalar;

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

XI - Cumprir e fazer cumprir as decisões da CCIH;

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

XIII - Atuar na Prevenção e Controle de Infecções Hospitalares através de reuniões, debates e educação em serviço;

XIV - Capacitar os profissionais de saúde para o controle das Infecções Hospitalares.

Art. 21º. São atribuições específicas do enfermeiro executor:

I - Realizar vigilância das infecções hospitalares através do método de busca ativa e metodologia da ANVISA nas Unidades de Terapia Intensiva Adulta e Pediátrica, Neonatologia e Infecções do sítio cirúrgico;

II - Fornecer a taxa mensal de infecção hospitalar das unidades sob vigilância, contendo as seguintes informações:

a) Taxa de pacientes com infecção hospitalar;

b) Taxa de infecção hospitalar;

- c) Taxa global de infecção hospitalar (por sítio);
- d) Taxa de infecção hospitalar por procedimento invasivo;
- e) Taxa de letalidade com infecção hospitalar;
- f) Taxa de mortalidade com infecção hospitalar

III - Auxiliar os funcionários da instituição, respondendo dúvidas e pareceres referentes a medidas de controle de infecção hospitalar;

IV - Recomendar e suspender isolamentos para pacientes na área hospitalar, de acordo com as normas de isolamento padronizadas pela CCIH;

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

VI - Coletar culturas de materiais suspeitos de contaminação para investigação;

VII - Normatizar junto com outros membros do grupo executor o uso de germicidas hospitalares;

VIII - Participar da elaboração de protocolos para prevenção e controle das infecções hospitalares;

IX - Fazer revisão dos protocolos de Prevenção de Controle de Infecção Hospitalar periodicamente;

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

XI - Participar de projetos de pesquisa em controle de infecções hospitalares;

XII - Realizar treinamentos para a equipe da área da saúde quanto à prevenção de infecção hospitalar e quanto à prevenção acidentes com material contaminado;

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

XIV - Dar parecer técnico quanto à aquisição de material e equipamento médico-hospitalar;

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

XVI - Dar parecer técnico quanto ao reprocessamento de artigo médico-hospitalar;

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

XVIII - Informar, sistematicamente, à Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar, do Ministério da Saúde, a partir da rede distrital, municipal e estadual, os indicadores de infecção hospitalar estabelecidos.

Art. 22º. São atribuições comuns ao médico e enfermeiro executores:

I - Implementar, manter e avaliar o Programa de Controle de Infecções Hospitalares, adequando características e necessidades da instituição, de acordo com diretrizes da CCIH;

II - Manter sistema de vigilância epidemiológica das infecções hospitalares através de busca ativa dos casos;

III - Realizar investigação epidemiológica de casos e surtos, sempre que indicado;

IV - Propor, elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas técnico-administrativas, visando à prevenção e ao tratamento das infecções relacionadas à assistência à saúde, de forma integrada com a equipe multiprofissional;

- V - Regulamentar medida de isolamento e supervisionar sua aplicação;
- VI - Acompanhar modificações da planta física das Unidades, verificando sua adequação em relação ao controle de infecção hospitalar;
- VII - Emitir parecer técnico sobre a aquisição de insumos, instrumentos e acessórios, cujo uso possa ser previamente esterilizado, a fim de garantir a validade da esterilização;
- VIII - Promover e colaborar e com ações de treinamento dos funcionários da instituição, promovendo medidas para o controle de infecção hospitalar;
- IX - Observar as diretrizes traçadas pela CCIH para a ação de controle de infecções hospitalares em cada setor da instituição;
- X - Articular-se com a CCIH, no sentido da utilização dos recursos técnicos, materiais e humanos, com vistas ao eficiente controle das infecções hospitalares;
- XI - Avaliar, periódica e sistematicamente, as informações providas pelo sistema de vigilância epidemiológica;
- XII - Definir, em cooperação com a CCIH e com a Comissão de padronização, as políticas de utilização de antimicrobianos e materiais médico-hospitalares para todos os setores do hospital;
- XIII - Notificar, ao órgão de gestão do SUS, os casos diagnosticados ou suspeitos de outras doenças sob vigilância epidemiológica (notificação compulsória), atendidos em qualquer dos serviços ou unidades do hospital, e atuar cooperativamente com os serviços de saúde coletiva.
- Art. 23º. São atribuições do farmacêutico:
- I - Fornecer mensalmente o levantamento de consumo, custos e frequência de uso antimicrobiano por clínica de atendimento;
- II - Participar da definição da política de utilização de medicamentos e produtos químicos, juntamente com a Comissão de Padronização;
- III - Informar o uso adequado de produtos e medicamentos que visem à garantia da qualidade da assistência prestada;
- IV - Colaborar com a avaliação microbiológica e emitir parecer técnico sobre produtos químicos e medicamentos a serem adquiridos pela instituição;
- V - Assegurar a qualidade das condições de armazenamento e prazo de validade de medicamentos e soluções germicidas;
- VI - Auxiliar à farmácia hospitalar com medidas que garantam o tratamento adequado com antimicrobiano;
- VII - Rever anualmente a padronização dos antimicrobianos do hospital, em conjunto com os demais membros;
- VIII - Participar da investigação dos casos suspeitos de contaminação por soluções parenterais e outros;
- IX - Participar da padronização e formulação das soluções germicidas, bem como do uso e controle interno da qualidade destes produtos;
- X – Elaborar, mensalmente, relatório com coeficiente de sensibilidade e resistência dos micro-organismos mais frequentemente encontrados, associados a infecções relacionadas à assistência à saúde no hospital, e aos antimicrobianos padronizados.
- XI - Participar da elaboração/revisão de protocolos para prevenção e controle das infecções hospitalares;

XII - Participar das reuniões periódicas da CCIH.

Art. 24°. São atribuições do representante da administração:

I - Apoiar as ações de controle, com vistas à prevenção e controle da infecção hospitalar;

II - Definir política de controle de qualidade (promover manutenção preventiva e periódica dos equipamentos; garantir a realização semestral da lavagem e desinfecção dos tanques da instituição);

III - Estimular a comunidade hospitalar quanto à adesão das atividades que visem à prevenção e controle das infecções hospitalares, demonstrando que são desejadas e necessárias à instituição;

IV - Participar das reuniões periódicas da CCIH.

## **CAPÍTULO V**

### **DO FUNCIONAMENTO**

Art. 25°. As reuniões ordinárias e extraordinárias da CCIH serão realizadas em local apropriado dentro da instituição, sendo comunicado à comissão no momento da convocação para a reunião.

§ 1º As reuniões ordinárias serão realizadas mensalmente, nas últimas quartas-feiras do mês, às 09:00h.

§ 2º Poderá haver reuniões extraordinárias quando convocadas pela Superintendência, pelo presidente da comissão ou quando requeridas pela maioria dos seus membros.

§ 3º As votações da CCIH serão realizadas da seguinte forma:

I - Após entrar na pauta, a matéria deverá ser obrigatoriamente votada no prazo máximo de até duas reuniões;

II - Será considerado “quórum” para votação, 50% (cinquenta por cento) mais 1 (um) dos membros da CCIH.

III - Em caso de empates nas votações, o presidente terá o direito ao voto de qualidade (voto minerva).

IV - A votação será nominal.

§ 4º Constituem normas gerais no tocante às reuniões:

I - Na ausência do presidente, o vice-presidente assumirá a pauta da reunião;

II - A verificação da existência de “quórum”;

III - A leitura, a votação e a assinatura da ata da reunião anterior;

IV - A leitura e o despacho de expediente;

V - A ordem do dia, compreendendo a leitura da pauta, a discussão e a votação dos pareceres;

VI - A organização da pauta da próxima reunião;

VII - Os informes gerais.

§ 5º Em caso de urgência ou de relevância de alguma matéria, a CCIH, por voto da maioria, poderá alterar a sequência estabelecida do parágrafo anterior.

## **CAPÍTULO VI**

### **DISPOSIÇÕES GERAIS**

Art. 26°. As deliberações tomadas “ad referendum” deverão ser encaminhadas ao plenário da CCIH para deliberação desta, na primeira sessão seguinte.

Art. 27º. As deliberações da CCIH serão consubstanciadas em atas cujas cópias serão encaminhadas à diretoria, para conhecimento.

Art. 28º. É facultado aos membros da comissão solicitar o reexame de qualquer decisão da reunião anterior, justificando possível ilegalidade, inadequação técnica ou de outra natureza.

Art. 29º. A CCIH observará a legislação vigente, e estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e a ordem dos trabalhos.

Art. 30º. Os expedientes serão registrados, classificados por ordem cronológica e distribuídos aos membros pelo secretário, por indicação do presidente da CCIH ou por membros designados.

Art. 31º. Constará na ata parecer por escrito, contendo o histórico, o resumo da matéria e as condições de ordem prática ou doutrinária que entender cabíveis a sua conclusão ou voto.

Art. 32º. Qualquer membro da CCIH poderá requerer ao presidente que solicite o encaminhamento de processos ou de consultas a outras pessoas ou instituições públicas ou privadas, nacionais ou internacionais, para estudo, pesquisa ou informações necessárias à solução dos assuntos que lhe foram distribuídos, bem como que solicite o comparecimento de qualquer pessoa às reuniões para prestar esclarecimentos.

Art. 33º. A ordem do dia será organizada com os expedientes apresentados para discussão, acompanhados dos pareceres, e dos resumos dos mesmos feitos pelos respectivos relatores, bem como daquela cuja discussão ou votação tiver sido adiada

Art. 34º. A ordem do dia será comunicada previamente a todos os membros, com antecedência mínima de uma semana para as reuniões ordinária, e de um dia para as extraordinárias.

Art. 35º. Após a leitura do parecer, o presidente ou seu vice devem submetê-lo à discussão, dando a palavra aos membros que a solicitarem.

§ 1º O membro que não julgar suficientemente esclarecido quanto à matéria em exame poderá pedir vistas do processo, propor diligência ou adiamento da discussão da votação;

§ 2º O prazo do pedido de vistas realizado em uma reunião perdurará até a realização da próxima reunião ordinária;

§ 3º - Após entrar na pauta, a matéria deverá ser obrigatoriamente votada no prazo máximo de até duas reuniões.

Art. 36º. Após o encerramento das discussões, o assunto será submetido à votação.

Art. 37º. A data de realização das reuniões será estabelecida em cronograma e sua duração será a que for julgada necessária.

Art. 38º. A cada reunião será lavrada uma ata com exposição sucinta dos trabalhos, das conclusões, das deliberações e das resoluções, a qual deverá ser assinada pelos membros presentes e pelo presidente, quando de sua aprovação.

Art. 39º. Será excluído o membro que, sem motivo justificado, deixar de comparecer a 3 (três) reuniões consecutivas ou, ainda, a 6 (seis) reuniões intercaladas, no período de 12 (doze) meses.

Art. 40º. Em havendo verbas governamentais destinadas a CCIH, estas poderão ser utilizadas para o financiamento de cursos, capacitação profissional, aquisição de periódicos, ajuda de custo para participação em eventos afins e/ou outras necessidades da comissão.

Art. 41º. A CCIH convidará pessoas ou entidades que possam colaborar com desenvolvimento dos seus trabalhos sempre que julgar necessário, sendo que o membro convidado não terá direito a voto.

Art. 42º. Os casos omissos e as dúvidas surgidas na aplicação do presente Regimento Interno serão dirimidas pelo presidente da CCIH, e, em grau de recurso, pelo Superintendente.

Art. 43º. O presente Regimento Interno poderá ser alterado mediante proposta da CCIH, por meio da maioria absoluta de seus membros, e as alterações submetidas ao Superintendente.

Descrição das Atividades	Cronograma anual											
	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês
Constituição da Comissão												
Ações educativas e preventivas para as equipes												
Reunião Ordinária												

#### 6.11.5.1.4 Comissão de Ética Médica

##### PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO (MEMBROS, FINALIDADE)

A Comissão de Ética Médica terá como natureza, membros e finalidade:

- Atender ao disposto na Resolução CFM nº 1657/2002 (Alterada pela Resolução CFM nº 1812/2007) que estabelece no Art. 1º: "Todos os estabelecimentos de assistência à saúde e outras pessoas jurídicas que se exerçam a medicina, ou sob cuja égide se exerça a medicina em todo o território nacional, devem eleger, entre os membros de seu Corpo Clínico, conforme previsto em seus Regimentos Internos, Comissões de Ética nos termos desta Resolução.
- Atuar como braço do Conselho Nacional e Regional de Medicina no local, assim agilizando as apurações das possíveis infrações éticas ocorridas no local.
- Supervisionar, orientar e fiscalizar, em sua área de atuação, o exercício da atividade médica, atentando para que as condições de trabalho do médico, bem como sua liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecido aos pacientes, respeitem os preceitos éticos e legais.
- Comunicar ao Conselho Regional de Medicina quaisquer indícios de infração à lei ou dispositivos éticos vigentes;
- Comunicar ao Conselho Regional de Medicina o exercício ilegal da profissão;
- Comunicar ao Conselho Regional de Medicina as irregularidades não corrigidas dentro dos prazos estipulados;
- Comunicar ao Conselho Regional de Medicina práticas médicas desnecessárias e atos médicos ilícitos, bem como adotar medidas para combater a má prática médica;
- Instaurar sindicância, instruí-la e formular relatório circunstanciado acerca do problema, encaminhando-o ao Conselho Regional de Medicina, sem emitir juízo;
- Verificar se a instituição onde atua está regularmente inscrita no Conselho Regional de Medicina e em dia com as suas obrigações;
- Colaborar com o Conselho Regional de Medicina na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar sobre temas relativos à Ética Médica;
- Elaborar e encaminhar ao Conselho Regional Medicina relatório sobre as atividades desenvolvidas na instituição onde atua;

- Atender as convocações do Conselho Regional de Medicina;
- Manter atualizado o cadastro dos médicos que trabalham na instituição onde atua;
- Fornecer subsídios à Direção da instituição onde funciona, visando à melhoria das condições de trabalho e da assistência médica;
- Atuar preventivamente, conscientizando o Corpo Clínico da instituição onde funciona quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético;
- Promover a divulgação eficaz e permanente das normas complementares emanadas dos órgãos e autoridades competentes;
- Encaminhar aos Conselhos fiscalizadores das outras profissões da área de saúde que atuem na instituição representações sobre indícios de infração aos seus respectivos Códigos de Ética;
- Colaborar com os órgãos públicos e outras entidades de profissionais de saúde em tarefas relacionadas com o exercício profissional;
- Orientar o público usuário da instituição de saúde onde atua sobre questões referentes à Ética Médica.

Em relação aos membros, a constituição da Comissão de Ética Médica seguirá o disposto na Resolução CFM nº 1657 de 11/12/2002 que regulamenta as Comissões de Ética Médica, sendo composta por um presidente, um secretário e demais membros efetivos e suplentes. O quantitativo de membros será definido conforme estabelece o artigo 4º desta resolução, bem como a forma de organização e estrutura.

### **PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO**

Art. 1º. A Resolução CFM nº 1657/2002 (Alterada pela Resolução CFM nº 1812/2007) estabelece no Art. 1º: "Todos os estabelecimentos de assistência à saúde e outras pessoas jurídicas que se exerçam a medicina, ou sob cuja égide se exerça a medicina em todo o território nacional, devem eleger, entre os membros de seu Corpo Clínico, conforme previsto em seus Regimentos Internos, Comissões de Ética nos termos desta Resolução. Assim, a Resolução evidencia a obrigatoriedade de os hospitais possuir a Comissão de Ética, ainda que sob a gestão de uma única entidade, como um braço do Conselho Nacional e Regional de Medicina no local, assim agilizando as apurações das possíveis infrações éticas ocorridas no local.

#### **TÍTULO I DA ATUAÇÃO**

Art. 2º. A Comissão de Ética Médica atuará junto à Estrutura de Governança na Diretoria Geral e Diretoria Técnica, de forma educativa, prevenindo as infrações éticas, e de forma fiscalizadora das condições oferecidas para o exercício profissional.

#### **TÍTULO II DA ORGANIZAÇÃO**

Art. 3º. Organizará e manterá, em todo âmbito da Unidade;

§ 1º. Os assuntos e funcionamento da CEM será coordenado pela Núcleo de Comissões, através da Coordenação da Comissões de Ética Médica.

§ 2º. A Coordenação da Comissão de Ética Médica será exercida por três conselheiros especificamente designados pela Diretoria Geral da Unidade.

§ 3º. Cabe ao Diretor Geral prover as condições necessárias ao trabalho da Comissão de Ética Médica na Unidade;

Art. 4º. A CEM será instalada nas dependências da Unidade de acordo, porém o presente documento ressalva as necessidades de acordo com o crescimento Institucional:

Art. 5º. Na instituição que possuir de 16 a 99 médicos a CEM deverá ser composta por 03 (três) membros efetivos e 03 (três) suplentes;

Art. 6º. O mandato dos membros das CEM será de 30 (trinta) meses, de forma a proporcionar eleições gerais para a Comissão de Ética, permitindo-se a reeleição.

### **TÍTULO III DA REGULAMENTAÇÃO**

Art. 7º. A Comissão de Ética Médica estará regulamentada pelas Resoluções do Conselho Federal e Regional de Medicina em âmbito Nacional.

### **TÍTULO IV DA SUBORDINAÇÃO**

Art. 8º. Estão subordinadas ao Conselho Regional de Medicina e não aos Diretores das instituições médicas.

### **TÍTULO V DAS FUNÇÕES**

Art. 9º. Ampliar e descentralizar a ação do Conselho Regional de Medicina nas funções sindicantes, educativas e fiscalizadoras do exercício profissional.

### **TÍTULO VI DA OBRIGATORIEDADE**

Art. 10º. Nos Serviços de Saúde sob gestão desta Organização Social de Saúde há obrigatoriedade onde hajam 16 (dezesesseis) ou mais médicos em atividade.

### **TÍTULO VII DA COMPOSIÇÃO**

Art. 11º. A escolha dos membros deve ser feita mediante eleição direta entre todos os médicos que compõem o corpo clínico, e que não exerçam cargos de Direção, Gerente ou Supervisor em Gestão em Saúde.

Art. 12º. Compostas de, no mínimo, três profissionais que exercerão o cargo no período de trinta meses.

### **TÍTULO VIII DAS CONDIÇÕES**

Art. 13º. Cabe ao Diretor Geral prover as condições necessárias ao trabalho efetivo da Comissão de Ética.

### **TÍTULO IX DAS COMPETÊNCIAS**

Art. 14º. Supervisionar, orientar e fiscalizar, em sua área de atuação, o exercício da atividade médica, atentando para que as condições de trabalho do médico, sua liberdade, sua iniciativa e a qualidade do atendimento oferecido aos pacientes respeitem os preceitos éticos e legais.

Art. 15º. Acompanhar e orientar, do ponto de vista ético, as pesquisas e ensaios clínicos desenvolvidos no estabelecimento.

Art. 16º. Comunicar ao Conselho Regional de Medicina eventual exercício ilegal da medicina.

Art. 17º. Apreciar, instruir ou promover sindicância para esclarecer os problemas éticos que venham a ocorrer no âmbito da instituição, e formular relatório circunstanciado acerca do problema, encaminhando-o ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 18º. Atuar junto à Diretoria Geral, Técnica e Clínica Unidade, oferecendo orientação para prevenir o cometimento de infrações éticas e fiscalizando a existência de condições e meios que permitam o perfeito desempenho técnico da medicina.

Art. 19º. Divulgar entre os médicos do corpo clínico as decisões, normas e recomendações emanadas do Conselho Regional e Federal de Medicina;

Art. 20º. Atuar junto aos médicos, outros profissionais de saúde, à população e organizações da sociedade civil, esclarecendo os deveres e direitos dos médicos.

Art. 21°. Orientar os médicos para evitar o cometimento de infração ética, quando dos movimentos reivindicatórios da categoria.

Art. 22°. Colaborar com os Órgãos Públicos e outras Entidades de Profissionais de Saúde em tarefas relacionadas com o exercício profissional.

**TÍTULO X.**  
**DAS RECOMENDAÇÕES AOS DIRETORES DE GESTÃO À SAÚDE**

Art. 23°. São recomendações aos diretores de gestão à saúde:

- Valorizar o trabalho da Comissão de Ética Médica viabilizando o seu funcionamento, provendo condições de infraestrutura física e material, bem como a compensação de horários, a critério da administração;
- Recomendações aos médicos da Unidade;
- Reconhecer os membros da Comissão para que a equipe médica e multidisciplinar solicite orientação da CEM em casos de dúvidas do exercício profissional, que envolvam condições de trabalho, como liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecido;
- Encaminhar à Comissão as denúncias que envolvam ato médico na Unidade;
- Implantar Políticas de Ética Médica bem como Normas e Rotinas internas.

**TÍTULO XI**  
**DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

Art. 25°. Este Regimento Interno poderá ser alterado de acordo com futuras Resoluções do Conselho Federal de Medicina e quando a CEM julgar necessário.

**CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL**

As reuniões ordinárias, serão realizadas com periodicidade trimestral e de maneira extraordinária, quando houver necessidade.

O Cronograma de Atividade Anual da Comissão de Ética Médica, proposto pelo Avante Social, para o primeiro ano do Contrato de Gestão será validado na primeira reunião ordinária da referida comissão e será anexado à respectiva ata.

Descrição das Atividades	Cronograma anual												
	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês	
Constituição da Comissão													
Ações educativas e preventivas para as equipes													
Reunião Ordinária													

**6.11.5.1.5 Comissão de Qualidade e Segurança no Cuidado ao Paciente**

**PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO (MEMBROS, FINALIDADE)**

A Comissão de Gerenciamento de Riscos e Núcleo de Segurança do Paciente terá a finalidade de promover ações para a gestão de risco na Unidade, definir ações e estratégias no PSP, envolvendo as áreas de maior risco; desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional; 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; elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente dentre outras finalidades conforme descrito no regimento interno.

A Comissão de Gerenciamento de Riscos e Núcleo de Segurança do Paciente será composta por equipe multidisciplinar abrangendo minimamente e obrigatoriamente, responsáveis pelos serviços de:

- Gerência Assistencial (Coordenador do NSP);
- Diretor Técnico;
- Coordenador Clínico;
- Supervisor de Farmácia;
- Enfermeiro da SCIH;
- Coordenador de Enfermagem;
- Supervisor de Atendimento;
- Supervisor de Nutrição e Dietética;
- Supervisor de Higienização e Lavanderia;
- Referência do SUS Fácil/Gestão de Ocupação;
- Representante do Serviço Social.

## **PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO**

### **TÍTULO I**

### **DAS DEFINIÇÕES**

Art.1º. Definições adotadas pela RDC nº 36/ 2013:

- Boas práticas de funcionamento do serviço de saúde: componentes da garantia da qualidade que asseguram que os serviços são ofertados com padrões de qualidade adequados;
- Cultura da segurança: conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde;
- Dano: comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico;
- Evento adverso: incidente que resulta em dano à saúde;
- Incidente: evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário à saúde;
- Núcleo de segurança do paciente (NSP): instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente;
- Plano de segurança do paciente em serviços de saúde: documento que aponta situações de risco e descreve as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a gestão de risco visando a prevenção e a mitigação dos incidentes, desde a admissão até a transferência, a alta ou o óbito do paciente no serviço de saúde;
- Segurança do paciente: redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde;
- Tecnologias em saúde: conjunto de equipamentos, medicamentos, insumos e procedimentos utilizados na atenção à saúde, bem como os processos de trabalho, a infraestrutura e a organização do serviço de saúde.
- Garantia da qualidade: totalidade das ações sistemáticas necessárias para garantir que os serviços prestados estejam dentro dos padrões de qualidade exigidos para os fins a que se propõem.

- Gestão de risco: aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional.

## **TÍTULO II DA COMPOSIÇÃO**

Art.2º. A Comissão de Gerenciamento de Riscos e Núcleo de Segurança do Paciente Núcleo de Segurança do Paciente será composto da seguinte forma:

- Gerência Assistencial (Coordenador do NSP);
- Diretor Técnico;
- Coordenador Clínico;
- Supervisor de Farmácia;
- Enfermeiro da SCIH;
- Coordenador de Enfermagem;
- Supervisor de Atendimento;
- Supervisor de Nutrição e Dietética;
- Supervisor de Higienização e Lavanderia;
- Referência do SUS Fácil/Gestão de Ocupação;
- Representante do Serviço Social;

Parágrafo Único: Para realização dos trabalhos da comissão os membros deverão ser disponibilizados de suas atividades por tempo a ser definido pela Diretoria Administrativa em comum acordo com a Diretoria Técnica, isenta de remuneração.

## **TÍTULO III DO MANDATO**

Art.3º. O mandato será de 24 meses, podendo ser renovável conforme definição da Direção Administrativa em comum acordo com a Direção Técnica.

Art.4º. A relação dos membros de cada mandato deverá ser publicada através de portaria pela Direção Administrativa, a cada dois anos, em local visível e de fácil acesso, bem como a substituição de qualquer membro, a qualquer momento.

Art.5º. O presidente da comissão, assim como todos os membros, será nomeado pela Direção Administrativa da instituição bem como os cargos de vice-presidente e secretário.

Parágrafo Único: No caso de substituição de um ou mais membros, cabe a Direção Administrativa em comum acordo com a Direção Técnica realizar novas nomeações através de portaria.

## **TÍTULO IV DO FUNCIONAMENTO E DA ORGANIZAÇÃO**

Art.6º. As reuniões serão realizadas mensalmente, em dia, local e horário pré-estabelecido, de acordo com a conveniência de seus membros.

Art.7º. As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo responsável da comissão ou a pedido de qualquer membro do NSP, de acordo com a urgência da matéria.

Art.8º. O NSP poderá incluir sempre que necessário nas reuniões, apresentação de trabalhos, discussão de processos internos ou relatos de interesse científico, podendo para isto contar com a participação de convidados de sua escolha.

Art.9º. As reuniões serão registradas em ata, incluindo assuntos discutidos, decisões tomadas, pendências e lista de presença.

Art.10º. 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.11º. Na ausência do presidente, o vice assume suas funções. Na ausência do vice cabe ao secretário presidir a reunião.

Parágrafo Único: Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

## **TÍTULO V DAS ATRIBUIÇÕES**

Art.12º. São atribuições de todos os membros do NSP:

I- Proteção à honra e à imagem dos pacientes envolvidos em incidentes em saúde;

II- Proteção à honra e à imagem dos profissionais envolvidos em incidentes em saúde;

III- Proteção à honra e à imagem dos fabricantes de produtos relacionados a queixas técnicas e incidentes em saúde;

IV- Proteção à identidade do notificador;

V- Independência e imparcialidade de seus membros na apuração dos fatos;

VI- Foco nos processos durante na apuração dos fatos e no processo decisório;

VII- Promover ações para a gestão de risco, definir ações e estratégias no PSP, envolvendo as áreas de maior risco.

- Gestão de risco será desenvolvida através da Aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional;
- Prever a mitigação de EAs, especialmente aqueles sabidamente evitáveis e os que nunca devem ocorrer.
- Fazer uso de ferramentas de gestão de risco para o processo investigatório;
- Conhecer o processo de tal forma que se antecipe aos problemas,
- Identificar os pontos críticos de controle de cada uma dessas etapas

VIII- Desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional;

- Manter o prontuário eletrônico sempre atualizado com dados claros e objetivos, sem uso de siglas ou rasuras;
- Utilizar de outras comissões e reuniões destes Comitês para divulgação e discussão dos dados referente ao Núcleo de Segurança do Paciente;
- Manter a comunicação entre os setores de forma clara e objetiva;

XI- 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;

- Manter verificação contínua dos processos internos como: validação das rotinas através do acompanhamento dos POP's e atualizações conforme legislações, checagem do uso dos equipamentos disponíveis nos setores e a validade de suas inspeções.
- Acompanhar as ações corretivas e propor ações preventivas;

X- Elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente;

- Pequenas alterações no plano devem ser sinalizadas e amplamente divulgadas;
- A atualização periódica do instrumento deve ser realizada sempre que: existir risco iminente de problemas envolvendo novas tecnologias; houver uma drástica alteração na realização de procedimentos e processos;

XI- Avaliar e monitorar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente;

- Os integrantes do NSP devem assumir uma postura proativa, identificando e procurando os vários setores dos serviços de saúde para a discussão das soluções possíveis para os problemas encontrados;

- Promover a melhoria dos processos de trabalho pelo estabelecimento de boas práticas;
  - Incorporar a participação do paciente na decisão do seu cuidado, sempre que possível.
  - Analisar através de ferramentas, como busca ativa em prontuários, auditoria da qualidade e outras.
- XII- Implantar os Protocolos de Segurança do Paciente determinados pelo Ministério da Saúde ANVISA e realizar o monitoramento dos respectivos indicadores, sendo a etapa de implantação delegável a outros setores da Unidade;
- XIII- Elaborar proposta de metas e indicadores para inserção nos processos de contratualização;
- XIV- Desenvolver, implantar, avaliar, monitorar e manter atualizado o plano de Segurança do Paciente quanto aos temas referentes à segurança do paciente, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços da Unidade;
- XV- Desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação em segurança do paciente e Qualidade na instituição;
- XVI- Analisar e avaliar os dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação da Unidade;
- XVII- Estabelecer barreiras para a prevenção de incidentes;
- XVIII- Apoiar a Sede da Diretoria no desenvolvimento de estratégias de segurança do paciente para a Instituição;
- XIX- Participar de eventos e demais ações promovidas pela Diretoria sobre segurança do paciente e qualidade;
- XX- 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 da Unidade;
- O NSP deve promover o retorno de informações à direção e aos profissionais de saúde, estimulando a continuidade da notificação;
- XXI- Notificar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação de serviços da Unidade;
- Em um local de aprendizado coletivo, os profissionais são estimulados a notificar os EAs sem ameaça e punição, criando um ambiente onde riscos, falhas e danos podem ser facilmente reportados.
  - O registro das notificações deve ser feito por meio do Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária (Notivisa) e os links para notificação estão disponibilizados no Portal da Anvisa ([www.anvisa.gov.br](http://www.anvisa.gov.br)) e Hotsite Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde (<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/index.html>).
  - Acompanhar o processo de notificação
  - Analisar e avaliar as notificações sobre e queixas técnicas selecionadas pelo Setor/Unidade de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente.
- XXII- Manter sob sua guarda e disponibilizar à autoridade sanitária, quando requisitado, as notificações de eventos adversos;
- Se o NSP não detectar nenhum EA durante o período de notificação, deverá arquivar como ocorrência relativa àquele mês a ausência de EAs, nesse caso, não há necessidade de notificação negativa ao NOTIVISA;
- XXIII- Acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias;
- XXIV- Promover e acompanhar ações de disseminação sistemática da cultura de segurança com foco no aprendizado e desenvolvimento institucional, Gestão de Riscos, aquelas relacionadas aos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde e investigação do incidente para todos os envolvidos na assistência ao paciente;
- XXV- Responsabilizar pela organização dos protocolos da seguinte forma:
- Gerência Assistencial (Coordenador do NSP) – Todos os protocolos implementados

- Diretor Técnico – Segurança dos medicamentos e infecções
- Coordenador Clínico - Segurança dos medicamentos e infecções
- Supervisor de Farmácia – Segurança dos medicamentos
- Enfermeiro da SCIH – Higienização das Mãos e infecções
- Coordenador de Enfermagem – Cirurgia Segura; Identificação do Paciente e Prevenção de quedas e lesão;
- Supervisor de Atendimento – Identificação do Paciente e Comunicação Efetiva
- Supervisor de Nutrição e Dietética – Prevenção de Lesão
- Supervisor de Higienização e Lavanderia – Higienização de Mãos
- Referência do SUS Fácil/Gestão de Ocupação – Identificação do Paciente e comunicação Efetiva
- Representante do Serviço Social – Comunicação efetiva

Art.13º. São atribuições do Presidente da Comissão:

- Convocar e presidir as reuniões.
- Indicar seu vice-presidente.
- Representar a comissão junto à Diretoria da instituição, ou indicar seu representante.
- Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão previamente aprovados pelos membros desta.
- Fazer cumprir o regimento.

Parágrafo primeiro: Nas decisões da comissão, além do seu voto, terá o voto de qualidade.

Parágrafo segundo: Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá seu vice-presidente.

Parágrafo terceiro: As atribuições do vice-presidente serão assumir as atividades do presidente na sua ausência.

Art.14º. São atribuições e competências da secretaria da Comissão:

- Organizar a ordem do dia.
- Receber e protocolar os processos e expedientes.
- Lavrar a ata das sessões/reuniões.
- Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo presidente.
- Organizar e manter o arquivo da comissão.
- Preparar a correspondência.
- Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço desta secretaria;

## TÍTULO VI DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art.15º. Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros do NSP, em conjunto com o Diretor Técnico da instituição.

Art.16º. Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

Art.17º. O Regimento entrará em vigor após aprovação da Direção Geral e publicação do mesmo nas fontes informativas da instituição.

### CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL

Descrição das Atividades	Cronograma anual												
	1º m ê s	2º m ê s	3º m ê s	4º m ê s	5º m ê s	6º m ê s	7º m ê s	8º m ê s	9º m ê s	10º m ê s	11º m ê s	12º m ê s	

Constituição da Comissão												
Desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional.												
Elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente.												
Avaliar e monitorar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente												
Treinamentos / Ações preventivas e educativas												
Reunião Ordinária												

#### PLANO PARA SEGURANÇA DO PACIENTE

O Plano de Segurança do Paciente constitui-se em documento que aponta situações de risco e descreve as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a gestão de risco visando à prevenção e a mitigação dos incidentes, desde a admissão até a transferência, a alta ou o óbito do paciente no serviço de saúde.

#### Objetivos

- Identificar, analisar ou mitigar os riscos aos pacientes, familiares e profissionais envolvidos no processo da assistência na Unidade.
- Promover e implantar a política, as ações e a cultura de segurança do paciente.
- Investigar os Eventos Adversos Moderados e Graves.
- Promover e dar suporte à educação continuada em segurança do paciente.

Meta de Segurança	Ações	Responsável
Identificação do paciente	Implantação do protocolo; Auditoria da adesão ao processo de Identificação.	Núcleo de Segurança do Paciente e colaboradores.
Comunicação efetiva entre profissionais de saúde e entre as unidades da Unidade.	Expansão do protocolo: Comunicação resultados críticos (expansão); Implantação do protocolo de transferência intra-hospitalar; Implantação do instrumento de passagem de plantão.	Núcleo de Segurança do Paciente e colaboradores.
Segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos.	Implantação do protocolo, com ações centradas em: Estimular DUPLA CHECAGEM na dispensação e antes da administração de medicamentos; Auditoria de adesão a DUPLA CHECAGEM; Divulgar o protocolo	Núcleo de Segurança do Paciente e colaboradores.

	de utilização de medicamentos potencialmente perigosos; Auditoria dos erros de prescrição; Auditoria da adesão ao Protocolo.	
Segurança cirúrgica	Expansão do protocolo, com ações centradas em: Realização de oficinas internas no Centro Cirúrgico; Auditorias de adesão; Implantar com equipe do Centro Obstétrico o Check List de Parto Seguro.	Núcleo de Segurança do Paciente e colaboradores.
Higiene das mãos	Divulgação do protocolo e suas atualizações; Realização de atividades educativas sobre higienização das mãos; Auditoria de adesão.	Núcleo de Segurança do Paciente e colaboradores.
Investigar os Eventos Adversos	Investigar os eventos adversos graves e óbitos; Estimular os setores a trabalharem os eventos para processo de melhoria	Núcleo de Segurança do Paciente e colaboradores.
Educação continuada em segurança do paciente	Sensibilização dos colaboradores; Atividades periódicas voltadas para Segurança do Paciente;	Núcleo de Segurança do Paciente e colaboradores.

#### 6.11.5.1.6 Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA

##### PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO (MEMBROS, FINALIDADE)

A CIPA terá como natureza, membros e finalidade:

- A prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador.
- Identificar os riscos do processo de trabalho, e elaborar o mapa de riscos, com a participação do maior número de trabalhadores, com assessoria do SESMT, onde houver;
- Elaborar plano de trabalho que possibilite a ação preventiva na solução de problemas de segurança e saúde no trabalho;
- Participar da implementação e do controle da qualidade das medidas de prevenção necessárias, bem como da avaliação das prioridades de ação nos locais de trabalho;
- Realizar, periodicamente, verificações nos ambientes e condições de trabalho visando a identificação de situações que venham a trazer riscos para a segurança e saúde dos trabalhadores;
- Realizar, a cada reunião, avaliação do cumprimento das metas fixadas em seu plano de trabalho e discutir as situações de risco que foram identificadas;
- Divulgar aos trabalhadores informações relativas à segurança e saúde no trabalho;
- Participar, com o SESMT, onde houver, das discussões promovidas pelo empregador, para avaliar os impactos de alterações no ambiente e processo de trabalho relacionados à segurança e saúde dos trabalhadores;
- Requerer ao SESMT, quando houver, ou ao empregador, a paralisação de máquina ou setor onde considere haver risco grave e iminente à segurança e saúde dos trabalhadores;
- Colaborar no desenvolvimento e implementação do PCMSO e PPRA e de outros programas relacionados à segurança e saúde no trabalho;
- Divulgar e promover o cumprimento das Normas Regulamentadoras, bem como cláusulas de acordos e convenções coletivas de trabalho, relativas à segurança e saúde no trabalho;
- Participar, em conjunto com o SESMT, onde houver, ou com o empregador da análise das causas das doenças e acidentes de trabalho e propor medidas de solução dos problemas identificados;

- Requisitar ao empregador e analisar as informações sobre questões que tenham interferido na segurança e saúde dos trabalhadores;
- Requisitar à empresa as cópias das CAT emitidas;
- Promover, anualmente, em conjunto com o SESMT, onde houver, a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho - SIPAT;

A CIPA será composta de representantes do empregador e dos empregados, de acordo com o dimensionamento previsto, ressalvadas as alterações disciplinadas em atos normativos para setores econômicos específicos.

Os representantes dos empregadores, titulares e suplentes serão por eles designados.

Os representantes dos empregados, titulares e suplentes, serão eleitos em escrutínio secreto, do qual participem, independentemente de filiação sindical, exclusivamente os empregados interessados.

O número de membros titulares e suplentes da CIPA, considerando a ordem decrescente de votos recebidos, observará o dimensionamento previsto na legislação, ressalvadas as alterações disciplinadas em atos normativos de setores econômicos específicos.

## **PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO**

### **TÍTULO I DEFINIÇÃO**

Art. 1º A Comissão Interna de Prevenção de Acidente - CIPA é definida como instrumento que atuará conjuntamente com os órgãos da esfera Federal, Estadual, Municipal, Autarquias, Comissões e outros dispositivos internos ou externos na promoção da melhoria das condições de saúde, qualidade de vida, humanização, trabalho e integração das políticas preventivas a serem estabelecidas e implantadas no âmbito da Secretaria Estadual de Saúde, com formação bi-partite e paritária.

### **TÍTULO II OBJETIVOS**

Art. 2º A CIPA tem como objetivos:

- Vistoriar e acompanhar as condições ambientais e do trabalho, propondo e contribuindo para a implantação de medidas de prevenção de acidentes e doenças laborais, visando a eliminação dos riscos e a promoção da saúde;
- Investigar a ocorrência de acidentes e de doenças, encaminhando o resultado das discussões ao Serviço Técnico Especializado de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT), ao representante da administração e aos trabalhadores interessados, propondo medidas que previnam casos semelhantes e orientando os demais trabalhadores quanto à sua prevenção;
- Propor e acompanhar a implantação de medidas de prevenção e de promoção de saúde, bem como divulgar e orientar os trabalhadores sobre as normas de segurança e saúde do trabalhador;
- Propor, acompanhar e realizar estudos e discussões com os trabalhadores, para conscientização sobre a melhoria das condições de trabalho e de medidas que visem a eliminação e prevenção de fatores que representem risco de acidentes, incidentes e doenças.

### **TÍTULO III ATRIBUIÇÕES**

Art. 3º Compete a CIPA:

- Elaborar Mapa de Riscos com o maior número possível de trabalhadores, com assessoria do SESMT, CCIH, ou outro órgão qualquer destinado à preservação da saúde do trabalhador e do ambiente de trabalho;
- Elaborar plano de trabalho que possibilite a ação preventiva, a promoção de saúde e segurança, elencando medidas prioritárias que serão objeto de negociação para implementação junto à Administração;
- Realizar, periodicamente, inspeções nos ambientes de trabalho, analisando as condições dos mesmos, visando a identificação de situações que trazem riscos para a segurança e a saúde do servidor, informando-os dos riscos encontrados, além de notificar o SESMT e a Administração;

- Propor, realizar e/ou auxiliar na realização de cursos, treinamentos e medidas de prevenção de acidentes e de proteção à saúde, julgadas necessárias por iniciativa própria ou por sugestões dos trabalhadores, encaminhando-os ao SESMT e aos representantes da Administração;
- Promover pelo menos mensalmente, reuniões dos membros da CIPA para avaliar e planejar o trabalho de prevenção de acidentes e doenças relacionadas com o trabalho;
- Auxiliar a Área Técnica especializada e a Administração na capacitação do conjunto dos funcionários quanto aos riscos relacionados ao trabalho;
- Por ocasião da investigação dos acidentes (inclusive os de trajeto) e doenças relacionadas com o trabalho, convocar os trabalhadores para tomada de informações, depoimentos e dados ilustrativos e/ou esclarecedores. As investigações deverão analisar as causas dos acidentes/doenças e indicar medidas corretivas e de prevenção de ocorrências;
- Participar da elaboração, tal como contribuir com o desenvolvimento e implementação do Programa de Controle de Saúde Ocupacional (PCMSO) e Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA), assim como outros programas relacionados a saúde e segurança do trabalhador;
- Contribuir com a realização de estudos epidemiológicos, no diagnóstico dos problemas de saúde e na elaboração de ações de saúde, visando a melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores;
- Acompanhar as fiscalizações realizadas nos locais de trabalho efetuado por instituições da área de saúde e segurança do trabalho, tendo acesso aos resultados ou laudos periciais;
- Fiscalizar e discutir as formas de organização do trabalho, visando garantir a saúde, a segurança dos trabalhadores e a qualidade do meio ambiente;
- Requerer ao SESMT ou diretamente à Administração o embargo ou a recusa de ambientes ou processos de trabalho e/ou equipamentos, que apresentem riscos grave e iminente a segurança e saúde dos trabalhadores, nos termos previstos pela Norma Regulamentadora n.º 5, subitem 5.16 alínea h da Portaria do Ministério do Trabalho e Emprego n.º 3.214 de 08 de junho de 1.978 e suas alterações, observando:
  - Considera-se risco grave e iminente toda condição ambiental, de trabalho que possa causar acidente ou doença ao profissional, resultando lesão a saúde ou integridade física ou psíquica do trabalhador;
  - O trabalhador na constatação de risco grave e iminente na execução de seu trabalho, deverá encaminhar denúncia por escrito, através de Requerimento Digital, E-mail, Escrito a próprio punho à CIPA, para que a mesma tome as medidas cabíveis;
- Afixar nos quadros de aviso dos órgãos municipais, as atas de reuniões da CIPA, além de todo e qualquer documento ou informações relacionadas às condições de trabalho e meio ambiente;
- Realizar anualmente a SIPAT- Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalhador na unidade de trabalho, com a participação dos membros da CIPA, observando:
  - A SIPAT, em sua programação, deverá difundir o trabalho da CIPA, desenvolvendo um conjunto de atividades de promoção da saúde do trabalhador, abordando temas e riscos, relativos a saúde, ao interesse de todos.
  - A SIPAT deverá ser realizada dentro do horário normal de expediente dos trabalhadores.
- A CIPA deverá garantir a emissão e requisitar a cópia das (CAT's) Comunicações de Acidentes de Trabalho, na eminência de ocorrência destes.
- Ainda dentro de suas atribuições, a CIPA deverá, junto a Coordenadoria Executiva de Recursos Humanos, acompanhar mensalmente o número de faltas, atestado médicos, licenças, férias, assim como investigar perante os documentos, o motivo real da abstinência no trabalho, e, criar medidas para mudar o contexto se necessárias. Será designado mensalmente um ou mais membros desta comissão para coleta de dados. a. Para a implementação dos objetivos e atribuições constantes neste Regimento Interno, a CI PA poderá contar com a assessoria do SESMT e de instituições especializadas na área de saúde do trabalhador, em comum acordo com a Administração.
- Participar da implementação e do controle da qualidade das medidas de prevenção necessárias, bem como da avaliação das prioridades de ação nos locais de trabalho.
- Realizar, a cada reunião, avaliação do cumprimento das metas fixadas em seu plano de trabalho e discutir as situações de risco que foram identificadas.

- Divulgar aos trabalhadores informações relativas à segurança e saúde no trabalho.
- Participar, juntamente com o SESMT, em qualquer local e/ou situação, das discussões promovidas pela Administração, para avaliação do impacto nas alterações do ambiente, no processo de trabalho relacionados à segurança e saúde dos trabalhadores.
- Divulgar e promover o cumprimento das Normas Regulamentadoras, bem como cláusulas de acordo e convenções coletivas de trabalho, relativas à segurança e saúde no trabalho.
- Requisitar à Administração e analisar as informações sobre questões que tenham interferido na segurança e saúde dos trabalhadores.

#### **TÍTULO IV DA COMPOSIÇÃO E ELEIÇÃO DA CIPA**

Art. 4º A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes — CIPA - será composta por representantes de representantes do empregador e dos empregados, de acordo com o dimensionamento previsto na Norma NR5.

Art. 5º Os representantes eleitos e indicados para composição da CIPA, obedecerão a proporcionalidade disposta neste Regulamento, de forma paritária e determinado pela NR5.

Art. 6º Serão compostas nos locais de trabalho, de acordo com a respectiva NR;

Art. 7º A CIPA terá a seguinte composição:

- Presidente;
- Vice-presidente;
- Secretário;
- Vice-secretário
- Membros titulares
- Suplentes.

Art. 8º Sempre que possível, a composição da CIPA deverá incorporar representantes de todos os Setores e Unidades das Secretarias, porém deve se privilegiar os órgãos municipais que oferecerem maiores riscos.

Art. 9º Os componentes da CIPA serão eleitos livremente pelos servidores que estiverem em efetivo exercício.

Art. 10º O processo eleitoral será coordenado pela CIPA e representada pela Comissão Eleitoral, com convocação e acompanhamento da Administração.

Art. 11º O mandato dos membros eleitos, titulares e suplentes da CIPA, será de 01 (um) ano a partir da posse, permitida uma reeleição.

Art. 12º A convocação da eleição será feita por edital a ser amplamente divulgado, o qual estabelecerá:

- O prazo de 15 (quinze) dias para inscrição dos candidatos, com horário integral.
- Realização da eleição no prazo mínimo de 30 (trinta) dias antes do término do mandato da CIPA, quando houver;
- Apuração dos votos imediatamente após término da votação;
- Posse, da nova comissão no término do mandato da CIPA anterior.

Art. 13º Designação da Comissão Eleitoral para proceder aos trabalhos de inscrição de candidatos, realização das eleições, apuração dos votos e elaboração dos respectivos atos.

Art. 14º Somente a Comissão Eleitoral acompanhará os processos de votação e apuração da eleição, ou outros representantes de órgãos como Sindicato de Classe e DRT. (Delegacia Regional do Trabalho). Será proibido o acesso de terceiros no processo de apuração. A cada dia do processo eleitoral, a comissão deverá elaborar ata que será assinada pelos presentes.

Art. 15º A convocação das eleições para novo mandato será realizada pela Administração, com prazo mínimo de 45 (quarenta e cinco) dias antes do término do mandato em curso.

Art. 16º Poderão concorrer às eleições os funcionários que:

- Que estiverem em efetivo exercício na atividade;

- Não estiverem em gozo de licença superior a 120 (cento e vinte) dias e/ou afastados, com ou sem vencimento.
- Não estiverem respondendo processo administrativo.

Art. 17º O Secretário deverá ser escolhido de comum acordo entre os eleitos, e se preferirem através de votação.

Art. 18º A Administração designará entre seus representantes, o Presidente da CIPA e os representantes dos empregados escolherão entre os titulares o Vice-Presidente.

Art. 19º Compete ao Presidente da CIPA:

- Convocar os membros para as reuniões da CIPA;
- Coordenar as reuniões da CIPA, encaminhando ao empregador e ao SESMT, quando houver, as decisões da comissão;
- Manter o empregador informado sobre os trabalhos da CIPA;
- Coordenar e supervisionar as atividades de secretaria;
- Delegar atribuições ao Vice-Presidente

Art. 20º Compete ao Vice-Presidente:

- Executar as atribuições que lhe foram delegadas;
- Substituir o Presidente nos impedimentos eventuais e definitivos ou nos afastamentos temporários.

Art. 21º Compete ao Presidente e ao Vice-Presidente da CIPA, em conjunto, terão as seguintes atribuições:

- Cuidar para que a CIPA disponha de condições necessárias para o desenvolvimento de seus trabalhos;
- Coordenar e supervisionar as atividades da CIPA, zelando para que os objetivos propostos sejam alcançados;
- Delegar atribuições aos membros da CIPA;
- Promover o relacionamento da CIPA com o SESMT, quando houver;
- Divulgar as decisões da CIPA a todos os trabalhadores do estabelecimento;
- Encaminhar os pedidos de reconsideração das decisões da CIPA;
- Constituir a comissão eleitoral.

Art. 22º Compete ao Secretário:

- Elaborar as atas de reuniões, registrando-as em livros próprios;
- Entregar as correspondências;
- Manter arquivo, sala, material em ordem.
- Providenciar o encaminhamento dos documentos à Delegacia Regional do Trabalho e ao Sindicato da Categoria, conforme determina a NR. 05 da Portaria do Ministério do Trabalho e Emprego nº 3.214 de 08 de junho de 1.978 e suas alterações.

Art. 23º Compete a todos os membros, titulares e suplentes, da CIPA:

- Participar do planejamento do trabalho e da organização do calendário anual das reuniões;
- Participar das reuniões da CIPA, contribuindo com a discussão dos assuntos em pauta, com a elaboração de propostas e nos encaminhamentos;
- Investigar os acidentes de trabalho e os casos de doenças profissionais, propondo medidas para correção;
- Garantir que todas as atribuições previstas neste Regimento sejam cumpridas durante a respectiva gestão.

Art. 24º Compete aos membros suplentes:

- Substituir os titulares em seus impedimentos;
- Participar de treinamentos, reuniões mensais, discussões, semana interna de prevenção de acidentes e outros encontros correlatos, quando convocados para as mesmas, sendo passíveis das mesmas sanções impostas aos titulares;
- Direito a voto, nas reuniões em que participar, salvo nos casos de desempate.

## **TÍTULO V DO FUNCIONAMENTO**

Art. 25° As atividades previstas neste regimento interno serão executadas conforme a normatização abaixo:

- 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;
- No caso de trabalhadores membros e com horário noturno, entrar em concordância com seus superiores, para que parte destas horas seja para acompanhamento dos trabalhos dessa Comissão.
- As reuniões da CIPA deverão ocorrer ordinariamente uma vez por mês, ou extraordinariamente nos casos previstos neste regimento, no horário normal de expediente, de acordo com o calendário preestabelecido.
- As reuniões da CIPA terão atas assinadas pelos presentes com encaminhamento de cópias para todos os membros. As atas ficarão no estabelecimento à disposição dos Agentes da Inspeção do Trabalho – AIT;
- Reuniões extraordinárias deverão ser realizadas quando:
- Houver denúncia de situação de risco grave e iminente que determine aplicação de medidas corretivas de emergência;
- Ocorrer acidente de trabalho grave ou fatal;
- Houver solicitação expressa de uma das representações.
- As decisões serão tomadas preferencialmente por consenso, voto, e, todas as discussões e encaminhamentos deverão ser registrados em ata, que ficará à disposição dos trabalhadores e autoridades, assim como para eventual inspeção.
- Os membros da CIPA terão livre acesso as dependências aos órgãos municipais para divulgação dos programas e trabalhos;
- O membro titular perderá o mandato, sendo substituído por suplente, quando faltar a mais de quatro reuniões ordinárias sem justificativa.

Parágrafo Único: Dada a relevância dos assuntos relativos à saúde e segurança dos trabalhadores, deverá ser garantida a realização das reuniões, sem prejuízo na remuneração dos trabalhadores.

## **TÍTULO VI DA FORMAÇÃO**

Art. 26° A empresa deverá promover treinamento para os membros da CIPA, titulares e suplentes, antes da posse. O treinamento terá carga horária de vinte horas, distribuídas em no máximo oito horas diárias e será realizado durante o expediente normal da empresa.

PARAGRÁFO UNÍCO: As atividades de formação serão estabelecidas pelo SESMT e Administração, ouvindo os Membros da CIPA e Sindicato da Categoria.

Art. 27° O treinamento para a CIPA deverá contemplar, no mínimo, os seguintes itens:

- Estudo do ambiente, das condições de trabalho, bem como dos riscos originados do processo produtivo;
- Metodologia de investigação e análise de acidentes e doenças do trabalho;
- Noções sobre acidentes e doenças do trabalho decorrentes de exposição aos riscos existentes na empresa;
- Noções sobre a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - AIDS, e medidas de prevenção;
- Noções sobre as legislações trabalhistas e previdenciárias relativas à segurança e saúde no trabalho;
- Princípios gerais de higiene do trabalho e de medidas de controle dos riscos;
- Organização da CIPA e outros assuntos necessários ao exercício das atribuições da Comissão.

## **TÍTULO VII DAS GARANTIAS**

Art. 28° Os titulares e suplentes da CIPA não poderão sofrer prejuízos funcionais, ou despedida arbitrária desde a inscrição da candidatura até 1 (um) ano após o término do mandato.

Art.29° A administração proporcionará aos membros da CIPA os meios necessários ao desempenho das atribuições, garantindo, entre outras coisas, tempo, recursos necessários e locais para reuniões para o desempenho de suas atribuições e realização das tarefas constantes no plano de trabalho.

Art. 30º Os membros da CEPA exercerão suas atribuições dentro da jornada de trabalho. Acrescentam-se ainda nos casos de reuniões extraordinárias:

- Quando houver denuncia de risco grave e iminente que determine aplicação de medidas corretivas de emergência,
- Ocorrer acidente de trabalho grave ou fatal;
- Houver solicitação expressa de uma das representações.

Art. 31º Os membros da CIPA têm livre acesso aos locais de trabalho.

Art. 32º Os membros da CIPA serão liberados mediante pedido e justificativa aceita pela Administração, para participar de outras atividades de capacitação sobre saúde e segurança no trabalho, incluindo atividades promovidas pelo Sindicato da Categoria sobre o tema.

## **TÍTULO VIII DO PROCESSO ELEITORAL**

Art. 33º A Administração convocará eleições para a escolha dos representantes dos trabalhadores para a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes, no prazo mínimo de 60 (sessenta) dias antes do término do mandato em curso.

Art. 34º A Administração estabelecerá mecanismos para comunicar o início do processo eleitoral ao Sindicato.

Art. 35º O Presidente e o Vice-Presidente da Comissão 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 responsável pela organização e acompanhamento do processo eleitoral em todos os dias da eleição e postos de votação. Esta Comissão será composta por números determinados por ela e representada por ambas às partes. Somente a Comissão é quem acompanhará os processos de votação e apuração em todos os locais e turnos de trabalho. Nos estabelecimentos onde não houver CIPA, a Comissão eleitoral será constituída pela empresa.

Art. 36º O processo eleitoral obedecerá às seguintes condições:

- Publicação e divulgação de edital em locais de fácil acesso e visualização no prazo mínimo de 45 (quarenta e cinco) dias antes do término do mandato em curso;
- Inscrição e eleição individual, sendo que o período mínimo para inscrição será de 15 (quinze) dias;
- Liberdade de inscrição para todos os trabalhadores, independente de setores, locais de trabalho ou filiação sindical, excetuando-se aqueles cujo impedimento legal seja manifestado, de acordo com o parecer exarado pelo setor competente;
- Garantia de emprego para todos os inscritos até a eleição.
- Eleição no prazo de 30 (trinta) dias antes do término do mandato da CIPA;
- Realização da eleição nos turnos de trabalho possibilitando que participe a maioria dos trabalhadores;
- Voto secreto; proibido qualquer manifestação de candidatos nos locais de eleição.
- Apuração dos votos em horário normal de trabalho, com acompanhamento dos representantes dos trabalhadores, e, da Administração Pública a ser definido pela Comissão Eleitoral.
- Guarda pela Administração Pública de todos os documentos relativos ao processo eleitoral por um período de no mínimo 05 (cinco) anos.
- Havendo a participação inferior a 50% (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.
- As denúncias sobre o processo eleitoral deverão ser protocoladas junto ao Ministério do Trabalho e Emprego, até 30 (trinta) dias após a data da posse dos membros eleitos.
- Em caso de anulação a empresa convocará nova eleição no prazo de cinco dias, a contar da data de ciência, garantidas as inscrições anteriores.
- Assumirão a condição de membros titulares e suplentes, os candidatos mais votados, e, em caso de empate, assumirá aquele que tiver maior tempo de serviço de serviço no estabelecimento.

- Os candidatos votados e não eleitos deverão ser relacionados na ata de eleição e apuração, em ordem decrescente de votos, podendo em caso de vacância assumir a vaga de suplente.

#### CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL

As reuniões ordinárias, serão realizadas com periodicidade mensal e de maneira extraordinária, quando houver necessidade.

O Cronograma de Atividade Anual da CIPA, proposto pelo Avante Social, para o primeiro ano do Contrato de Gestão será validado na primeira reunião ordinária da referida comissão e será anexado à respectiva ata.

Descrição das Atividades	Cronograma anual											
	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês
Convocação inscrições de eleição												
Constituição da Comissão Eleitoral												
Publicação e Divulgação do Edital												
Realização da eleição												
Instalação e posse da CIPA												
Reunião Ordinária												

#### 6.11.5.1.7 Comissão de Farmácia

Possui a atribuição de selecionar os medicamentos para melhor atender os pacientes da Unidade de Saúde. A Comissão de Farmácia é uma instância colegiada, de caráter consultivo e deliberativo, que tem por objetivo selecionar medicamentos a serem utilizados no sistema da saúde nos três níveis de atenção.

Além disso, a CF assessora a diretoria clínica, na formulação de diretrizes para seleção, padronização, prescrição, aquisição, distribuição e uso de medicamentos dentro das instituições da saúde. Com essa finalidade, uma CFT deve adotar critérios para seleção e padronização dos medicamentos/produtos farmacêuticos, como:

- registro no país em conformidade com a legislação sanitária;
- necessidade segundo aspectos clínicos e epidemiológicos;
- valor terapêutico comprovado, com base na melhor evidência científica em seres humanos, destacando segurança, eficácia e efetividade, com algoritmo de escolha (fluxograma) de tratamento definido;
- composição com única substância ativa, admitindo-se, apenas em casos especiais, associações em doses fixas;

e) o princípio ativo conforme Denominação Comum Brasileira (DCB) ou, na sua ausência, Denominação Comum Internacional (DCI);

Desta forma, os medicamentos serão selecionados por sua relevância em saúde pública, evidências de eficácia, segurança e custo-efetividade favorável comparativamente. As decisões para a padronização de medicamentos devem ser pautadas nos princípios da Medicina Baseada em Evidências, que utiliza as ferramentas da Epidemiologia Clínica, da Estatística, da Metodologia Científica e da Informática para trabalhar a pesquisa, o conhecimento e a atuação em saúde, com o objetivo de oferecer a melhor informação disponível para a tomada de decisão.

Ação permanente da equipe da saúde e a promoção do uso racional de medicamentos. A composição da Comissão de Farmácia possui característica multiprofissional e depende da disponibilidade dos recursos humanos existentes na instituição. Contudo, a CF pode contar com assessores “*ad hoc*”, que são profissionais pertencentes ou não à Instituição, com a finalidade de fornecer subsídios para emissão de parecer técnico e tomada de decisão.

f) informações suficientes quanto às características farmacotécnicas, farmacocinéticas e farmacodinâmicas;

g) preço de aquisição, armazenamento, distribuição e controle;

h) menor custo do tratamento/dia e custo total do tratamento, resguardando segurança, eficácia, efetividade e qualidade de vida;

i) concentração, forma farmacêutica, esquema posológico e apresentação, considerando a comodidade para a ministração aos pacientes, faixa etária, facilidade para cálculo.

A composição da comissão de farmácia se dá por, pelo menos, um profissional médico; um farmacêutico do serviço de controle e infecção; um farmacêutico da unidade de dispensação farmacêutica; um farmacêutico da unidade de abastecimento farmacêutico; um farmacêutico da unidade de farmácia clínica; um representante da divisão de enfermagem; um representante da gerência administrativa; chefes dos setores de farmácia hospitalar, unidade de dispensação farmacêutica, unidade de farmácia clínica, unidade de abastecimento farmacêutico; e membros convidados.

As reuniões deverão ter periodicidade bimestral.

## **PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO**

### **CAPÍTULO I**

#### **NATUREZA E FINALIDADE**

Art. 1.º A Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), estabelecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma das estratégias para monitorar e promover a qualidade no uso dos medicamentos, com segurança e efetividade, é instância de caráter consultivo, educativo e de assessoria, vinculada à Assistência Farmacêutica, cujas ações devem estar voltadas à promoção do uso racional e seguro de medicamentos.

Art. 2.º A CFT tem por finalidade assessorar a Assistência Farmacêutica, em conjunto com a Comissão de Padronização de Medicamentos (CPM), na consolidação das políticas e práticas de utilização de medicamentos e insumos farmacêuticos.

I - na seleção de medicamentos nos diversos níveis de complexidade da UPA;

II - no estabelecimento de critérios para o uso de medicamentos selecionados;

III - na avaliação do uso dos medicamentos selecionados.

Art. 3.º A CFT está diretamente ligada à Superintendência do HC-UFTM.

Art. 4.º Os membros da CFT serão nomeados pelo Superintendente, por meio de Portaria.

## **CAPÍTULO II**

### **OBJETIVOS**

Art. 5.º São objetivos da CFT:

- I - desenvolver políticas relacionadas ao uso de medicamentos padronizados;
- II – apoiar o processo de padronização de medicamentos (inclusão e exclusão);
- III – auxiliar na elaboração de programas de capacitação relacionados à utilização de medicamentos no âmbito institucional;
- IV – promover o uso seguro e racional de medicamentos, baseando-se em critérios preconizados pela OMS/Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)/Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

## **CAPÍTULO III**

### **COMPOSIÇÃO**

Art. 6.º A CFT será composta por representantes dos segmentos:

- I - Assistência farmacêutica;
- II - Assistência de enfermagem;
- III - Serviço de Educação em Enfermagem;
- IV - Assistência médica;
- V - Membros convidados/consultivos.

§1.º A representação dos membros de cada segmento ocorrerá através de designação em portaria pelo Superintendente.

§2.º No impedimento de qualquer dos membros, deverá ser designado um substituto que participará da reunião, com direito a voto;

§3.º Para indicação dos membros deverão ser considerados aspectos como, competência técnica, habilidades e perfil;

§4.º O mandato dos membros será de 02 anos, com direito à recondução, contados a partir da data de publicação da Portaria;

§5.º Dentre os membros efetivos serão escolhidos o coordenador, vice-coordenador e secretário, por consenso ou votação dos membros;

§6.º A finalização do mandato dos membros efetivos poderá ocorrer por interesse do membro ou da Instituição;

§7.º Todos os membros deverão assinar termo de isenção, onde afirmem ausência de conflitos de interesse, principalmente no que se refere a vínculos empregatícios ou contratuais, compromissos e obrigações com indústrias privadas, produtoras de medicamentos, que resultem em obtenção de remunerações, benefícios ou vantagens pessoais (Anexo II do apêndice “Critérios e fluxos de trabalho para inclusão e exclusão de medicamentos na padronização de medicamentos”);

§8.º Os membros da CFT não poderão receber brindes, prêmios ou outras vantagens pessoais, proporcionados pela indústria farmacêutica e/ou por distribuidoras de medicamentos;

§9.º Será dispensado, automaticamente, o membro que deixar de comparecer a três reuniões consecutivas, ou cinco reuniões alternadas (num período de seis meses), sem justificativa relevante, devendo a chefia do segmento representado, nesta circunstância, indicar novo membro em até sessenta (60) dias;

§10 A justificativa relevante de que trata o parágrafo anterior deverá ser apresentada por escrito, e-mail, chamada telefônica ou por qualquer outro meio que se faça comunicar, em até quarenta e oito horas úteis após a reunião.

#### **CAPÍTULO IV COMPETÊNCIAS**

Art. 7.º São competências da CFT:

I - Desenvolver atividades de estudo sobre medicamentos padronizados no HC-UFTM para a implantação de rotinas que assegurem o uso racional e seguro de medicamentos;

II - Avaliar e emitir parecer técnico sobre as solicitações de inclusão, exclusão ou substituição de itens da padronização de medicamentos (Anexo I do apêndice “Critérios e fluxos de trabalho para inclusão e exclusão de medicamentos na padronização de medicamentos”);

III - Desenvolver, propor estratégias e supervisionar todas as políticas e práticas de utilização de medicamentos, com intuito de assegurar resultados clínicos ótimos e um risco potencial mínimo, participando da elaboração de diretrizes clínicas e protocolos terapêuticos;

IV - Estabelecer normas e procedimentos relacionados à seleção, distribuição/dispensação, utilização e administração de medicamentos;

V - Propor ações educativas visando o uso racional e seguro de medicamentos;

VI – Elaborar, revisar e manter atualizado o Manual Farmacoterapêutico e as normas para sua aplicação;

VII – Elaborar e divulgar materiais informativos sobre o uso racional e seguro de medicamentos.

#### **CAPÍTULO V ATRIBUIÇÕES**

Art. 8.º São atribuições do coordenador:

I - Providenciar a organização da pauta das reuniões;

II - Convocar e presidir as reuniões ordinárias e extraordinárias;

III - Conduzir, coordenar e supervisionar as atividades da Comissão;

IV - Representar a CFT em suas relações internas e externas;

V - Encaminhar ao Serviço de Gestão de Qualidade e Vigilância em Saúde, relatórios das ações desenvolvidas pela CFT, quando solicitado;

VI - Emitir pronunciamento da CFT quanto às questões relativas a medicamentos;

VII - Discutir e encaminhar tarefas para os demais membros da Comissão;

VIII - Tomar parte nas discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito do voto de desempate;

IX - Cumprir e fazer cumprir as prescrições deste Regimento;

Art. 9.º São atribuições do vice-coordenador:

I - Representar e desenvolver as atividades do coordenador na ausência deste;

II - Colaborar com o coordenador no cumprimento dos objetivos e competências da CFT e no exercício de suas funções.

Art. 10. São atribuições do secretário:

I - Registrar em ata as resoluções da Comissão;

II - Manter arquivo da documentação relacionada à CFT;

III - Providenciar material bibliográfico para as reuniões;

IV - Protocolar documento em nome da Comissão;

V - Encaminhar o cronograma de reuniões aos membros da Comissão;

VI - Ler a ata da reunião anterior e submetê-la à apreciação da Comissão;

VII - Providenciar, por determinação do Coordenador, a convocação das sessões ordinárias ou extraordinárias;

VIII - Manter registro de dados (contatos) dos integrantes da CFT.

Art. 11. São atribuições dos membros e substitutos:

I - Zelar pelo pleno desenvolvimento das atribuições da CFT;

II - Cumprir as atividades que lhe forem designadas pelo coordenador, nos prazos estabelecidos;

III - Comparecer às reuniões, proferir voto ou pareceres;

IV - Apresentar proposições sobre as questões pertinentes à Comissão;

V - Requerer votação de matéria em regime de urgência;

VI - Colaborar com a CFT no exercício de suas funções.

Art. 12. São atribuições dos membros consultivos:

I – Opinar, de acordo com sua especialidade, oferecendo informações com respaldo técnico, no intuito de colaborar com os pareceres técnicos e tomadas de decisão;

II - Colaborar com a CFT no exercício de suas funções, conforme prazos pré-estabelecidos.

## **CAPÍTULO VI**

### **FUNCIONAMENTO**

Art. 13. A CFT será coordenada por um membro da Assistência Farmacêutica.

Art. 14. A CFT reunir-se-á ordinariamente 01 (uma) vez a cada dois meses (bimestral) e, extraordinariamente, quando necessário, por convocação do seu coordenador ou por requerimento da maioria dos membros.

Art. 15. As convocações das reuniões ordinárias serão enviadas pelo secretário da CFT, conforme definição de calendário previamente aprovado dentre seus membros.

Art. 16. A pauta da reunião será encaminhada com antecedência mínima de 24 (vinte e quatro) horas.

Art. 17. As reuniões extraordinárias serão convocadas com até 48 horas de antecedência, por solicitação do coordenador ou por, pelo menos, metade mais um de seus membros.

Art. 18. A agenda e material suplementar (incluindo as atas das reuniões anteriores) serão preparados pelo secretário e submetidos aos membros da Comissão em tempo hábil para avaliação destes antes de cada reunião.

Art. 19. A Comissão poderá convidar para as reuniões os profissionais que possam contribuir de forma especializada ou com seus conhecimentos, habilidades e julgamentos, nunca havendo conflito de interesses.

Art. 20. As reuniões serão iniciadas com a presença mínima de metade mais um, do total de seus membros.

Parágrafo único. Não havendo quórum, deverá ser registrada em ata a suspensão da reunião, o motivo e assinatura dos presentes e providenciada nova convocação.

Art. 21. De preferência, as questões serão decididas por consenso.

Parágrafo único. Na impossibilidade de consenso, depois de esgotada a argumentação técnica, baseada em evidências científicas, as recomendações e pareceres da CFT serão definidos pela maioria simples do total dos seus membros presentes, na ocasião das reuniões ordinárias e extraordinárias.

Art. 22. Cada membro titular terá direito a um voto, transferível a seu substituto, quando de sua ausência.

§ 1.º Quando da existência de conflitos de interesse declarados, o membro não poderá emitir parecer ou participar da votação sobre o medicamento relacionado ao conflito.

§ 2.º Em caso de empate em votação, a decisão será dada pelo voto do coordenador.

§ 3.º Os membros consultivos não integram a composição da CFT e não terão direito a voto.

Art. 23. Sempre que o assunto for de complexidade em que se faça necessário maior conhecimento técnico ou conhecimento em áreas específicas, poderá ser solicitada a colaboração de outros profissionais internos ou externos à instituição, visando a melhor consecução das atividades.

Parágrafo único. Nas situações em que os membros da CFT julgarem necessário, poderão ser consultados especialistas, inclusive de outras instituições, os quais poderão, eventualmente, participar das reuniões, com direito à voz.

Art. 24. As recomendações e pareceres da CFT a respeito das alterações na padronização de medicamentos serão submetidos à apreciação da CPM para aprovação final.

§1.º Caso as recomendações e pareceres da CFT não sejam aceitas para aprovação final, a CPM deverá apresentar justificativa, por escrito, à CFT.

§2.º Para avaliação de alteração na padronização de medicamentos e emissão de pareceres, serão definidos grupos de estudos, por consenso entre os membros.

Art. 25. As reuniões da CFT serão registradas em atas, cuja elaboração ficará a cargo do secretário da CFT, onde constem os membros presentes, os assuntos debatidos, as recomendações e os pareceres emanados.

## **CAPÍTULO VII**

### **DISPOSIÇÕES FINAIS**

Art. 26. Este Regimento poderá ser modificado por proposição da Superintendência do Avante Social ou dos membros da CFT, mediante aprovação por maioria dos votos em reunião convocada para esse fim.

Art. 27. Os casos omissos e as dúvidas surgidas na aplicação do presente regimento serão dirimidas pelo Coordenador da CFT e, em grau de recurso, pelo Superintendente.

Art. 28. O presente Regimento entra em vigor na data de sua publicação.

Descrição das Atividades	Cronograma anual											
	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês
Constituição da Comissão												
Ações educativas e preventivas para as equipes												
Reunião Ordinária												

#### 6.11.5.1.8 Comissão de Enfermagem

##### PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO (MEMBROS, FINALIDADE)

A Comissão de Ética de Enfermagem (CEEn) d Unidade é um órgão representativo do Conselho Regional de Enfermagem na instituição, educativa, consultiva, e de conciliação, orientação e vigilância ao exercício ético e disciplinar dos profissionais de enfermagem.

Tem como objetivo divulgar e zelar pelo cumprimento da Lei do Exercício Profissional e do seu Decreto Regulamentador, do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, do Código de Processo Ético dos Profissionais de Enfermagem, e demais normatizações emanadas pelo Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem.

A Comissão de Ética de Enfermagem será composta por três enfermeiros na função de Presidente, Vice-Presidente e Secretário, seus respectivos suplentes, e demais membros consultores - dois Técnicos em enfermagem e dois Auxiliares de enfermagem e respectivos suplentes. A CEEn reunir-se-á minimamente mensalmente e, extraordinariamente, sempre que necessário, por convocação do Presidente.

A Comissão de Ética de Enfermagem terá como natureza, membros e finalidade:

- Promover a divulgação das finalidades e competências da CEEn na instituição e de seus respectivos membros;
- Divulgar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e demais leis, decretos, resoluções, decisões, normas disciplinares e éticas do exercício profissional oriundas do COFEN e COREN REGIONAL.
- Promover e/ou participar de reuniões, seminários ou atividades similares, que visem discutir e interpretar o Código de Ética, para melhor compreensão de questões éticas e disciplinares, encaminhando relatório da atividade realizada ao COREN REGIONAL;
- Colaborar com o COREN REGIONAL nas atividades de divulgar, educar, discutir e orientar sobre temas relativos à ética na enfermagem;
- Fiscalizar o cumprimento do Código de Ética dos profissionais de enfermagem e das demais determinações do COFEN e COREN REGIONAL;
- Assessorar a gerência de enfermagem da instituição no que se refere às questões de ética profissional;
- Realizar orientações aos clientes, familiares e comunidade, no que se refere às questões éticas, sempre que necessário; promover orientações aos profissionais de enfermagem sobre o exercício profissional ético e as implicações advindas de atitudes contrárias ao Código de Ética;
- Apreciar e emitir parecer sobre questões éticas referentes à Enfermagem;

- Analisar e emitir parecer técnico sobre desenvolvimento de projetos de pesquisas que envolvam os profissionais de enfermagem sempre que solicitado;
- Zelar pelo exercício ético dos Profissionais de Enfermagem na Instituição, averiguando condições de trabalho e sua compatibilidade com desempenho profissional, bem como a qualidade do atendimento dispensado ao cliente e família;
- Comunicar formalmente ao COREN REGIONAL indícios de exercício ilegal da profissão, e/ou quaisquer indícios de infração da Lei do exercício profissional e de outros documentos afins;
- Comunicar formalmente ao COREN REGIONAL ausência de condições de trabalho da equipe de enfermagem que comprometam a qualidade da assistência prestada ao cliente e familiares;
- Realizar sindicâncias para averiguar questões relacionadas a comportamento e atitudes de profissionais de enfermagem contrárias ao previsto no Código de Ética de enfermagem, instruí-la e elaborar relatório final, sem emitir juízo, encaminhando-o à Gerência de Enfermagem para as providências administrativas, se houver, e ao COREN REGIONAL para providências conforme norma própria;
- Encaminhar anualmente ao COREN REGIONAL e a Gestão de Enfermagem, o relatório das atividades desenvolvidas no ano em curso.
- Solicitar assessoramento da Comissão de Ética do COREN REGIONAL quando necessário;
- Solicitar ao Presidente do COREN REGIONAL apoio técnico e da Superintendência Técnica da Instituição apoio de logística, para viabilizar o desempenho das funções da CEEN;
- Propor e participar a Gestão de Enfermagem e Educação Continuada, ações educativas sobre ética junto à equipe de enfermagem da instituição;
- Organizar e realizar pleito eleitoral para Comissão de Ética sucessora;
- Cumprir e fazer cumprir as disposições deste regimento, das normas referentes ao exercício ético-profissional, e da Decisão COREN REGIONAL nº 03 de março de 2005 e demais legislações vigentes.

Em relação aos membros, a Comissão de Ética de Enfermagem será constituída de acordo com a normatização vigente do respectivo conselho de classe, dividido em membros efetivos e seus respectivos suplentes, observando os seguintes critérios e atenderá ao critério de proporcionalidade em relação ao número de profissionais de cada categoria

## **PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO**

### **TÍTULO I**

#### **DA NATUREZA E FINALIDADES**

Art. 1º A Comissão de Ética de Enfermagem (CEEn) da Unidade é um órgão representativo do Conselho Regional de Enfermagem na instituição, com funções educativa, consultiva, e de conciliação, orientação e vigilância ao exercício ético e disciplinar dos profissionais de enfermagem segundo orienta a Resolução Cofen nº 593 de 05 de novembro de 2018.

§1º. A CEEn é diretamente subordinada à Diretoria Técnica de Enfermagem da Unidade.

§2º. A composição da CEEn se dá mediante designação da Diretoria Técnica de Enfermagem, o qual promove as indicações de Presidente e de Vice-Presidente.

Art. 2º - A atuação da CEEn limita-se ao exercício ético-legal dos profissionais de Enfermagem nas áreas de assistência, ensino, pesquisa e administração.

Parágrafo único - A CEEn agrega as seguintes finalidades: orientação, assessoramento, averiguação e emissão de pareceres de fatos relacionados ao exercício ético-profissional da categoria.

Art. 3º - A CEEn reger-se-á por este regimento e demais legislações e normatizações emanadas pelo Sistema Conselho Federal de Enfermagem /Conselhos Regionais de Enfermagem.

### **TÍTULO II**

#### **DA COMPOSIÇÃO E ORGANIZAÇÃO**

Art. 4º - A CEEEn deverá ser constituída minimamente por, três Enfermeiros, dois Técnicos em Enfermagem e dois Auxiliares de Enfermagem e seus respectivos suplentes, observando os seguintes critérios:

- I – Ter, no mínimo, 1 (um) ano de efetivo exercício profissional.
- II – Estar em pleno gozo dos direitos profissionais: situação regular junto ao Coren;
- III – Inexistir condenação em processo ético, disciplinar, civil ou penal nos últimos 5 (cinco) anos;
- IV - Não possuir anotações de penalidades junto ao seu empregador nos últimos cinco anos;
- V – Manter vínculo empregatício junto a Unidade.

Parágrafo único. O Enfermeiro RT deverá encaminhar ao Conselho Regional de Enfermagem os nomes dos profissionais designados para verificação de regularidade e havendo impedimento de profissional ele não poderá participar do pleito.

Art. 5º - A CEEEn da Unidade será composta por um Presidente, um Vice-Presidente e um Secretário, seus respectivos suplentes, e demais membros consultores, dois Técnicos em enfermagem e dois Auxiliares de enfermagem e respectivos suplentes, designados pelos componentes da profissão da referida instituição.

§1º - Os cargos das funções diretivas, Presidente, Vice-Presidente e Secretário somente poderão ser ocupado por Enfermeiro lotado na instituição.

§2º - Membros convidados pelo corpo diretivo da CEEEn podem compor reuniões.

§3º Os membros convidados, citados no §2º, comporão as reuniões, conforme deliberação da pertinência à temática a ser discutida, não sendo estes membros efetivos da CEEEn;

Art. 6º - O Enfermeiro que exerça cargo de Responsável Técnico de Enfermagem, não poderá participar da CEEEn.

Art. 7º - O tempo de mandato da CEEEn será de 03 (três) anos, sendo admitida apenas uma reindicação pela Diretoria de Enfermagem, por igual período;

Art. 8º - O afastamento dos membros integrantes da CEEEn poderá ocorrer, por término do mandato, afastamento temporário, desistência ou destituição.

Parágrafo único - Diante de qualquer forma de afastamento, o Presidente da CEEEn comunicará o fato à Comissão de Ética do Coren.

Art. 9º - É caracterizado o afastamento temporário, quando o membro integrante da Comissão afastar-se por tempo determinado, no máximo, por um período de 6 (seis) meses, ou quando estiver sendo submetido a processo ético.

Parágrafo único - A solicitação do afastamento temporário deverá ser encaminhada à Presidência da CEEEn, por escrito, com antecedência de, no mínimo, 15 (quinze) dias da data de início do afastamento.

Art. 10º - É caracterizada a desistência, quando o membro decide por vontade própria retirar-se da Comissão.

Parágrafo único - A decisão de desistência deverá ser comunicada, por escrito, ao Presidente da CEEEn, com antecedência de 30 (trinta) dias.

Art. 11º - É caracterizada a destituição, quando o afastamento definitivo do membro integrante da CEEEn, dar-se-á por decisão da Comissão, tomada em Reunião Ordinária, constando o fato em ata.

§ 1º - A destituição ocorrerá nos seguintes casos:

- I - Ausência, não justificada, em 3 (três) reuniões consecutivas;
- II - Ter sido condenado em processo ético, civil ou penal.

§ 2º Serão consideradas justificadas as ausências mediante férias, atestados e demais impedimentos previstos no Regulamento de Pessoal da Unidade;

Art. 12º - É caracterizado o término de mandato, quando o membro integrante da Comissão cumpre o período de 03 (três) anos de gestão.

Art. 13º - A substituição dos integrantes da CEEEn se processará da seguinte maneira:

- I - Na vacância por afastamento temporário, a substituição será feita pelo respectivo suplente;

- II - Será indicado um suplente em caráter temporário, se o afastamento ultrapassar a 30 (trinta) dias, por escolha dos membros da CEEEn em votação por maioria simples;
- III - Na vacância por desistência ou por destituição, a substituição será feita pelo seu respectivo suplente que passará para efetivo, e concluir o mandato do desistente ou destituído;
- IV - Será indicado um suplente em caráter definitivo, por escolha dos membros da CEEEn em votação por maioria simples;
- V - Na vacância por término de mandato o Diretor de Enfermagem poderá validar a permanência da CEEEn por mais um período de três anos ou constituir nova equipe, seguindo critérios de composição deste Regimento;

### **TÍTULO III** **DAS ATRIBUIÇÕES E COMPETÊNCIAS**

Art. 14º - Compreende as competências gerais da CEEEn:

- I – Representar o Conselho Regional de Enfermagem da o Unidade em se tratando de temas relacionados à divulgação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem;
- II – Divulgar e zelar pelo cumprimento da Legislação de Enfermagem ora vigente;
- III – Identificar as ocorrências éticas e disciplinares na Unidade;
- IV – Receber denúncia de profissionais de enfermagem, usuários, clientes e membros da comunidade relativa ao exercício profissional da enfermagem;
- V – Elaborar relatório, restrito à narrativa dos fatos que ensejaram a denúncia, anexando documentação, se houver, relativa a qualquer indício de infração ética.
- VI – Encaminhar o relatório ao Conselho Regional de Enfermagem e ao Enfermeiro Responsável Técnico (RT) da instituição, para conhecimento, nos casos em que haja indícios de infração ética ou disciplinar;
- VII – Propor e participar em conjunto com o Enfermeiro RT e Enfermeiro responsável pelo Serviço de Educação Permanente de Enfermagem, ações preventivas e educativas sobre questões éticas e disciplinares;
- VIII – Promover e participar de atividades multiprofissionais referentes à ética;
- IX – Assessorar a Diretoria de Enfermagem da Unidade, nas questões ligadas à ética profissional;
- X – Divulgar as atribuições da CEEEn.
- XI – Participar das atividades educativas do Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição e atender as solicitações de reuniões e convocações inerentes às atribuições da CEEEn, inclusive promover e participar de treinamento e capacitação.
- XII – Apresentar anualmente relatório de suas atividades ao Coren.

Art. 14º - Competências do Presidente da CEEEn.

- I - Convocar, presidir e coordenar conforme pauta elaborada pelo mesmo as reuniões da Comissão de Ética de Enfermagem;
- II - Propor atividades de planejamento semestral e redação de documentos que serão discutidos e submetidos à aprovação pela CEEEn;
- III - Averiguar as denúncias recebidas envolvendo profissionais de enfermagem e instaurar sindicâncias diante de indícios de infração ética-administrativa;
- IV - Delegar para as sindicâncias instauradas, um coordenador e equipe, estabelecendo suas respectivas funções;
- V - Encaminhar relatório final da sindicância à Diretoria de Enfermagem para conhecimento e providências administrativas, bem como enviar relatório final arrolado de documentos comprobatórios e respectivas declarações de oitivas para o Coren, para julgamento e providências cabíveis;
- VI - Representar a CEEEn na Instituição e no Coren, ou quando se fizer necessário, podendo integrar a Comissão de Ética Multiprofissional da Instituição;
- VII - Encaminhar decisões da CEEEn ao setor competente, de acordo com a situação;

VIII - Elaborar, juntamente com os demais membros da Comissão, o relatório anual, garantindo o envio de uma cópia, até o dia 15 (quinze) de janeiro cada ano, à Diretoria de Enfermagem e à Comissão de Ética do Coren;

IX - Representar o Coren em eventos, segundo solicitação do órgão.

Art. 15º São atribuições da(o) Vice-Presidente substituir o Presidente em suas ausências e impedimentos.

Art. 16º São atribuições da(o) Secretária(o):

I - Secretariar todas as reuniões da CEEEn;

II - Redigir atas em todas as reuniões, ordinárias e extraordinárias;

III - Manter arquivos de todos os documentos confidenciais em área designada pela CEEEn;

IV - Auxiliar o Presidente nas tarefas administrativas;

V - Organizar os documentos recebidos para análise e inclusão de pauta das reuniões; VI - Providenciar pareceres correspondentes e os encaminhamentos necessários;

VII - Protocolar documentos em nome da comissão;

VIII - Encaminhar o cronograma de reuniões e atas ao Diretoria de Enfermagem periodicamente.

Art. 17º - Compreende as competências dos membros titulares da CEEEn:

I - Comparecer e participar das reuniões, e quando impedido de comparecer, convocar a presença do suplente;

II - Emitir parecer sobre as questões propostas e participar, através de voto, das decisões a serem tomadas pela CEEEn;

III - Participar da elaboração e execução de atividades e relatórios anuais, bem como de programações relacionadas aos aspectos éticos, promovidos pela CEEEn ou por outras entidades;

IV - Representar a CEEEn quando solicitado pelo Presidente.

Parágrafo único: O membro delegado como Secretário deve secretariar as atividades da CEEEn, dar encaminhamento das deliberações do Presidente, registrar as reuniões em ata e providenciar a reprodução de documentos e arquivamentos. Também lhe compete representar a CEEEn nos impedimentos do Presidente e suplente respectivo.

Art. 18º - Compreende as competências dos membros suplentes da CEEEn:

I. Participar das reuniões promovidas pela CEEEn;

II. Substituir os respectivos membros titulares nos seus impedimentos, assumindo as competências do membro titular;

III. Participar da elaboração e execução das atividades promovidas pela CEEEn.

#### **TÍTULO IV**

#### **DA PERIODICIDADE, CONVOCAÇÃO, RESPONSABILIDADES E PRESENÇA NAS REUNIÕES**

Art. 19º - A CEEEn deverá reunir-se pelo menos 01 (uma) vez ao mês, sob convocação do presidente, devendo a própria comissão estabelecer um cronograma anual de reuniões ordinárias.

Parágrafo único - a comissão deverá estabelecer a necessidade de reuniões extraordinárias, cabendo ao presidente a convocação ou ocorrer por autoconvocação pela maioria dos seus integrantes, ou pelo Coren.

Art. 20º - Toda reunião deverá acontecer com quórum mínimo de 50% mais um dos membros do grupo, verificado até 15 (quinze) minutos após a hora marcada para o início das mesmas.

Parágrafo único - Na ausência de quórum a reunião deverá ser suspensa e feita nova convocação.

Art. 21º - As reuniões deverão ser presididas pelo Presidente da Comissão ou, na ausência deste, pelo Vice-Presidente.

Art. 22º - Em toda reunião será lavrada ata, pelo Secretário nomeado ou por seu respectivo suplente, constando a relação dos presentes, as justificativas dos ausentes, o registro das decisões tomadas e os encaminhamentos deliberados.

Art. 23º - Em caso de impedimento do membro titular de comparecer à reunião ordinária ou extraordinária, este deverá solicitar ao seu suplente o comparecimento.

§ 1º - os membros titulares e/ou suplentes deverão comunicar formalmente a ausência na reunião até o término desta.

§ 2º - os membros titulares e/ou suplentes deverão comunicar antecipadamente sua ausência em reuniões por ocasião de férias ou licenças, sendo substituído pelo suplente em todo o período de ausência.

§ 3º - os membros titulares e/ou suplentes poderão justificar até duas ausências consecutivas, sendo no máximo de três ao ano.

Art. 24º - Qualquer membro que deixar de comparecer a 03 (três) reuniões consecutivas, sem justificativa, será destituído da Comissão, devendo ser substituído.

Art. 25º - As decisões/deliberações da CEEEn serão tomadas por maioria simples de seus membros titulares ou de seus suplentes, quando na condição de substituto, sendo prerrogativa do Presidente o “voto Minerva” em caso de empate.

§ 1º - Os membros efetivos terão direito a voz e voto.

§ 2º - Os membros suplentes poderão participar de todas as reuniões com direito a voz e, nos casos em que estiverem substituindo um membro efetivo, terão direito a voto.

§ 3º - É indicada a participação dos membros suplentes em todas as reuniões, independentemente de estarem ou não substituindo membros efetivos.

§ 4º - Os membros convidados deverão opinar, de forma subsidiária, de acordo com sua especialidade, oferecendo informações à comissão com intuito de colaborar no processo de seleção e decisão sobre a temática definida, mas não terão direito a voto.

Art. 26º - Os atos da CEEEn relativos à sindicância ou fiscalização, deverão ser estritamente sigilosos.

Art. 27º - A sindicância deverá ser instaurada mediante:

- I - Denúncia por escrito, devidamente identificada e, se possível, fundamentada;
- II - Denúncia por escrito do Diretor de Enfermagem / Responsável Técnico de Enfermagem;
- III - Deliberação da própria CEEEn;
- IV - Determinação do Conselho Regional de Enfermagem.

Art. 28º - Para execução da sindicância o Presidente da CEEEn nomeará e convocará 03 (três) membros: 01 (um) enfermeiro que assumirá a função coordenador e equipe assessora.

Art. 29º - A comissão de sindicância constituída terá como atribuições: convocar ou convidar as pessoas envolvidas na denúncia, tomar depoimentos, analisar documentos e elaborar relatório conclusivo, considerando o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, sem emissão de juízo de valor, no prazo de 30 (trinta) dias a partir da data de abertura da sindicância, podendo ser prorrogável por mais 15 (quinze) dias sob justificativa apresentada ao Presidente da CEEEn.

Art. 30º - Aberta a sindicância para esclarecimentos a Comissão de Sindicância, deverá:

- I - Comunicar o fato aos principais envolvidos;
- II - Proceder a convocação, quando tratar-se de profissional de enfermagem, ou convite através de memorando para outras pessoas envolvidas, com antecedência de no máximo 05 (cinco) dias, para realização das oitivas, com data, horário e local determinados, devendo ser registrado em livro de protocolo da CEEEn.

§ 1º - Se o convocado não comparecer na data da sindicância, deverá apresentar justificativa por escrito à CEEEn até 48 hs (quarenta e oito horas) após a referida data.

§ 2º - Diante de justificativa do não comparecimento, deverá ser feita segunda e última convocação, com prazo máximo de 03 (dias).

§ 3º - Em caso de não comparecimento e não apresentação da justificativa, a CEEEn deverá comunicar o fato ao Coren, para análise.

Art. 31º - Todos os documentos relacionados aos fatos da denúncia deverão ser mantidos junto à sindicância, ficando sob esta comissão a responsabilidade da guarda e do sigilo.

Parágrafo único – O acesso a estes documentos e aos autos é facultado somente às partes e à CEEEn, preservando assim o sigilo.

Art. 32º - O coordenador da sindicância conduzirá a tomada de depoimentos e o secretário será responsável pelos registros, cabendo aos componentes da equipe acompanhar todo o trabalho e colaborar no que for necessário.

Art. 33º - Ao final de cada depoimento, o depoente deverá ler e se concordar com o que estiver assentado, assinar o relato; caso contrário, é permitido ao depoente fazer quaisquer alterações no texto até o momento de sua assinatura. Cada integrante da comissão de sindicância também deverá assinar.

§ 1º - Havendo mais de uma página, todas deverão ser rubricadas pelos presentes e assinadas com nome completo na última página.

§ 2º - Caso necessário, a CEEEn poderá solicitar novas diligências para melhor elucidar os fatos.

Art. 34º – Quando for evidenciada a existência de indícios de infração ética, o Presidente da CEEEn deverá encaminhar o Relatório Final com o processo devidamente instruído ao Coren, para tramitação competente.

Art. 35º – Quando o fato for de menor gravidade e que não tenha acarretado danos a terceiros, sem infringir o Código de Ética, a CEEEn poderá procurar a conciliação entre as partes envolvidas, proceder orientações e emitir Relatório Final para o Coren.

§ 1º - Ocorrendo à conciliação, a CEEEn lavrará tal fato em ata específica.

§ 2º - Não ocorrendo conciliação, a sindicância seguirá seu trâmite normal.

Art. 36º - Ocorrendo denúncia envolvendo um membro da CEEEn, o mesmo deverá ser afastado da Comissão, enquanto perdurar a sindicância.

Art. 37º - Havendo vínculo ou qualquer relação com as partes representadas, qualquer integrante da comissão poderá optar em não participar da sindicância após deliberação dos membros da comissão.

Art. 38º - Ao término da sindicância deverá ser entregue um comunicado ao denunciado informando os devidos encaminhamentos.

## **TÍTULO V DISPOSIÇÕES FINAIS**

Art. 39º - A CEEEn norteará suas atividades pelo regimento interno e pelas normas ético-legais estabelecidas pelo Cofen e Coren.

Art. 40º Este regimento poderá ser modificado por proposição da Diretoria de Enfermagem ou dos membros da CEEEn mediante deliberação em reunião convocada para este fim e à homologação da Plenária do Coren.

Art. 41º - A Diretoria de Enfermagem garantirá as condições necessárias para o desenvolvimento das atividades da CEEEn.

Art. 42º Os casos omissos serão resolvidos pela CEEEn.

Art. 43º Revogam – se as disposições em contrário.

### **CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL**

As reuniões ordinárias, serão realizadas com periodicidade bimestral e de maneira extraordinária, quando houver necessidade.

O Cronograma de Atividade Anual da Comissão de Ética de Enfermagem, proposto pelo Avante Social, para o primeiro ano do Contrato de Gestão será validado na primeira reunião ordinária da referida comissão e será anexado à respectiva ata.

Descrição das Atividades	Cronograma anual											
	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês
Constituição da Comissão												
Treinamentos / Ações de conscientização e educação												
Monitoramento das notificações												
Reunião Ordinária												

## 6.11.6 Qualidade subjetiva

### 6.11.6.1 Acolhimento

#### 6.11.6.1.1 Formas de notificação, recepção, orientação social e apoio psicossocial

A seguir se encontram enumerados os procedimentos e instruções com Indicação das formas de acolhimento na portaria, segurança, recepção, enfermagem, serviço social e apoio psicossocial aos usuários e familiares da Unidade de Pronto Atendimento UPA 24h.

O processo de Acolhimento e Classificação de Risco é uma ação de caráter interdisciplinar e envolve diferentes profissionais, com as seguintes atribuições:

- Profissionais da Portaria e Recepção:
  - Acolher na porta a todas as usuárias que procuram a recepção, orientando-as e direcionando-as para o seu atendimento;
  - Preencher corretamente e completamente a ficha de atendimento<sup>1</sup> com agilidade e clareza nos dados;
  - Registrar os atendimentos, altas e encaminhamentos realizados na unidade;
  - Organizar e arquivar, conforme rotina do serviço, a ficha de atendimento;
  - Zelar pela reposição de impressos nos diversos setores do acolhimento;
  - Realizar passagem de plantão regularmente; não é permitido abandonar o plantão sem que outro funcionário o assuma;
  - Estar integrado com a equipe multiprofissional da unidade, buscando melhor resolutividade quanto aos problemas do usuário.
- Técnico/Auxiliar de Enfermagem:
  - Acolher o paciente e acompanhante de forma cordial e responsável;
  - Acomodar e/ou posicionar o usuário adequadamente para que possa ser chamado;
  - Aferir sinais vitais do paciente;
  - Encaminhar a usuária para atendimento;
  - Encaminhar/orientar usuária quanto ao local de realização de exames;

- Estar alerta se houver algum imprevisto;
- Encaminhar usuário para Serviço Social e Psicologia quando for o caso;
- Realizar passagem de plantão regularmente, não é permitido abandonar o plantão sem que outro funcionário o assuma.
- Enfermeiro:
  - Receber as fichas de atendimento, avaliando de forma ágil e responsável;
  - Chamar o paciente pelo nome;
  - Acolher o paciente e acompanhante de forma cordial e responsável;
  - Registrar dados da classificação na ficha de atendimento;
  - Registrar classificação no mapa;
  - Orientar o paciente de forma clara quanto à sua situação e quanto ao tempo de espera do atendimento;
  - Entregar a ficha de atendimento ao técnico para que seja colocada nos consultórios;
  - Estar integrado com a equipe multiprofissional, buscando melhor resolutividade quanto aos problemas do usuário;
  - Supervisionar o trabalho do técnico/auxiliar de enfermagem e estagiário, orientando corretamente quando necessário;
  - Realizar passagem de plantão regularmente, não é permitido abandonar o plantão sem que outro funcionário o assuma;
  - Registrar em livro próprio as ocorrências do setor.
- Serviço Social:
  - Prestar apoio matricial a todos os casos solicitados pela equipe multiprofissional;
  - Atualizar informação sobre a rede SUS loco regional, bem como a rede de proteção social existente para efetivação de encaminhamentos necessários;
- Serviço de Segurança e Vigilância:
  - Zelar pela segurança dos profissionais que trabalham no acolhimento;
  - Zelar pela segurança do patrimônio;
  - Estar integrado com a equipe multiprofissional da unidade;
- Coordenação Médica e de Enfermagem:
  - Organizar os processos de trabalho de sua unidade, objetivando a integração da equipe, a atuação multiprofissional e a gestão centrada nas necessidades da paciente e família;
  - Apoiar a equipe sempre que necessário e quando for solicitado pela mesma;
  - Administrar problemas e conflitos inerentes ao cotidiano do trabalho em equipe;
  - Responsabilizar-se pelas ações de educação permanente e educação em serviço.
- Para toda a equipe:
  - Ter representantes nos colegiados das unidades e da maternidade, para as discussões dos processos de trabalho.

#### **6.11.6.1.2 Manual de acolhimento e classificação de risco**

Em relação ao processo de Acolhimento e a Implantação das políticas de humanização, a Portaria 2048 do Ministério da Saúde propõe a implantação, nas unidades de atendimento às urgências, o acolhimento e a “triagem classificatória de risco”. De acordo com esta Portaria, este processo “deve ser realizado por profissional de saúde, de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos e tem por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento” (BRASIL, 2002). Mais que uma previsão legal, a classificação de risco é entendida como uma necessidade para melhor organizar o fluxo de pacientes que procuram as portas de entrada de urgência/emergência, garantindo um atendimento resolutivo e humanizado àqueles em situações de sofrimento agudo ou crônico agudizado de qualquer natureza.

#### **OBJETIVOS:**

- Humanizar o atendimento mediante escuta qualificada do cidadão que busca os serviços de urgência/emergência;

- Classificar, mediante protocolo, as queixas dos usuários que demandam os serviços de urgência/emergência, visando identificar os que necessitam de atendimento médico mediato ou imediato;
- Utilizar o encontro com o cidadão como instrumento de educação no que tange ao atendimento de urgência/emergência;
- Construir os fluxos de atendimento na urgência/emergência considerando a rede dos serviços de prestação de assistência à saúde.

#### PÚBLICO ALVO:

Usuários que procuram as portas dos serviços de urgência/emergência e maternidade do sistema de saúde da rede SUS, no momento definido pelo mesmo como de necessidade aguda ou de urgência.

#### METODOLOGIA DE APLICAÇÃO

É um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de intervenção médica e de cuidados de enfermagem, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento. Esse processo se dá mediante escuta qualificada e tomada de decisão baseada em protocolo, aliadas à capacidade de julgamento crítico e experiência do enfermeiro. Ao chegar ao serviço de urgência demandando necessidade aguda ou de urgência, o usuário é acolhido pelos funcionários da portaria/recepção e encaminhado para confecção da ficha de atendimento. Após a sua identificação, o usuário é encaminhado ao espaço destinado à Classificação de Risco onde é acolhido pelo auxiliar de enfermagem e enfermeiro que, utilizando informações da escuta qualificada e da tomada de dados vitais, se baseia no protocolo e classifica o usuário conforme Escala de Manchester:

- VERMELHO, ou seja, emergência (será atendido imediatamente na sala de emergência);
- LARANJA, ou seja, muito urgente (será atendido quase que imediatamente)
- AMARELO, ou seja, urgência (será atendido com prioridade sobre os pacientes classificados como VERDE, no consultório ou leito da sala de observação);
- VERDE, ou seja, sem risco de morte imediato (somente será atendido após todos os pacientes classificados como VERMELHO e AMARELO); e
- AZUL, ou seja, quadro crônico sem sofrimento agudo ou caso social. Se desejar poderá ser atendido após todos os pacientes classificados como VERMELHO, AMARELO e VERDE.



**DIRECIONAMENTOS / CONDUTA A SER ADOTADA:**

- Os pacientes classificados como VERMELHO devem ser rapidamente encaminhados para a sala de emergência, onde deverão receber cuidados médicos e de enfermagem imediatos. Existe um subgrupo de pacientes classificados como VERMELHO considerados PRIORIDADE I, que toda a equipe deve estar alerta para identificá-los e encaminha-los à sala de emergência com acionamento de sinal de alerta.
- Os pacientes classificados como LARANJA devem ser atendidos de forma muito urgente, com prioridade sobre os classificados como AMARELO, AZUL e VERDE. Deverão ser atendidos no prazo máximo de 10 minutos ou imediatamente em caso de alteração do quadro clínico, durante a espera para o atendimento médico.
- Os pacientes classificados como AMARELO devem aguardar atendimento médico em sala de espera priorizada, assentados, onde deverão estar sob supervisão contínua de toda a equipe da Unidade. Deverão ser reavaliados idealmente a cada 30min ou imediatamente em caso de alteração do quadro clínico, durante a espera para o atendimento médico.
- Os pacientes classificados como VERDE também aguardam atendimento médico em sala de espera, tendo sido orientados que serão atendidos após os pacientes classificados como VERMELHO ou AMARELO. Deverão ser reavaliados em caso de alteração do quadro clínico. Pacientes classificados como VERDE podem também receber encaminhamento à unidade básica de referência pelo serviço social, via contato telefônico, com garantia de consulta médica e/ou cuidados de enfermagem, situação que deve ser pactuada previamente.
- Pacientes classificados como AZUL poderão ser encaminhados, através de documento escrito, para o acolhimento na Unidade Básica de Saúde de referência ou terão seus casos resolvidos pela Equipe de Saúde.
- Observação importante: Todos os pacientes classificados como VERDE e AZUL, se desejarem, serão atendidos pela Equipe de Saúde.



**Protocolo de Manchester:** Pulseiras coloridas sinalizam nível de gravidade de cada caso

Além disso, a orientação social e psicossocial poderá ser feita por profissionais da assistência social, prestadores de serviço e/ou contratados por CLT, a depender dos recursos financeiros disponíveis.

No desempenho de suas atividades, o Assistente Social adota os serviços e procedimentos a seguir relacionados.

#### SERVIÇOS:

- Realizar a triagem priorizando demandas sociais que impactam no tratamento e na alta dos pacientes;
- Atender pacientes, familiares e acompanhantes;
- Discutir casos com equipe multiprofissional;
- Orientar sobre os direitos sociais e de cidadania;
- Sensibilizar sobre aspectos que interferem no processo saúde/doença;
- Articular com a rede de saúde e demais serviços socioassistenciais;
- Intervir em situações de risco e vulnerabilidade social visando o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários;
- Acompanhar os casos mais graves de pacientes reincidentes;
- Registrar no prontuário do paciente as evoluções sociais;
- Participar do planejamento e elaboração de normas e rotinas da unidade;
- Apresentar estatísticas mensais dos atendimentos do Serviço Social;
- Supervisionar estágio em Serviço Social.

#### PROCEDIMENTOS:

- Mapear a rede de serviços socioassistenciais;
- Identificar vínculos familiares e rede de apoio;
- Realizar abordagem socioeducativa a pacientes e/ou familiares para adesão ao tratamento;
- Encaminhar paciente à equipe multiprofissional da Unidade;
- Verificar a rede referenciada para atendimento ao paciente;
- Realizar encaminhamentos para a rede socioassistencial (isenção para segunda via de documentos de identificação, acolhimento, benefícios sociais, tais como Auxílio Vulnerabilidade, Programa Bolsa Família, Auxílio Funeral, Benefício de Prestação Continuada, entre outros), direitos previdenciários, trabalhistas e seguros sociais (DPVAT) e a própria rede de saúde (Programa de Pesquisa, Assistência e Vigilância à Violência – PAV, Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, Atenção Básica, entre outros);
- Realizar encaminhamentos para órgãos de defesa de direitos (Conselho Tutelar, Defensoria Pública, Central Judicial do Idoso, entre outros);
- Localizar e convocar familiares, responsáveis ou rede de apoio dos pacientes (criança, adolescente, idoso, pessoa com deficiência) que chegam ou permanecem na UPA desacompanhados;
- Realizar visitas domiciliares e institucionais;
- Acionar os serviços de apoio à população em situação de rua;

- Participar junto com a equipe multiprofissional do processo de notificação de casos de suspeita ou confirmação de violência e encaminhar aos órgãos respectivos, conforme fluxo de atendimento à violência;
- Elaborar relatórios e pareceres sociais.

#### CONDUTA PREVENTIVA

As condutas preventivas possíveis de serem realizadas pelo Serviço Social são aquelas voltadas ao monitoramento dos pacientes reincidentes mais graves e/ou complexos a nível social, avaliados pela equipe multiprofissional. O objetivo é incentivar o usuário, seus familiares e a rede de apoio a se tornarem sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde.

#### MONITORIZAÇÃO

Identificar os pacientes reincidentes mais graves tanto no que diz respeito ao seu processo de saúde/doença, quanto à situação social apresentada. As demandas chegarão até o Serviço Social pela própria equipe multiprofissional, ou de acordo com a avaliação do Assistente Social que identifica o nível de vulnerabilidade e risco social, bem como os impactos diretos para o processo de recuperação da saúde.

O intuito é realizar uma intervenção conjunta com os serviços de apoio objetivando a vinculação do paciente à rede referenciada.

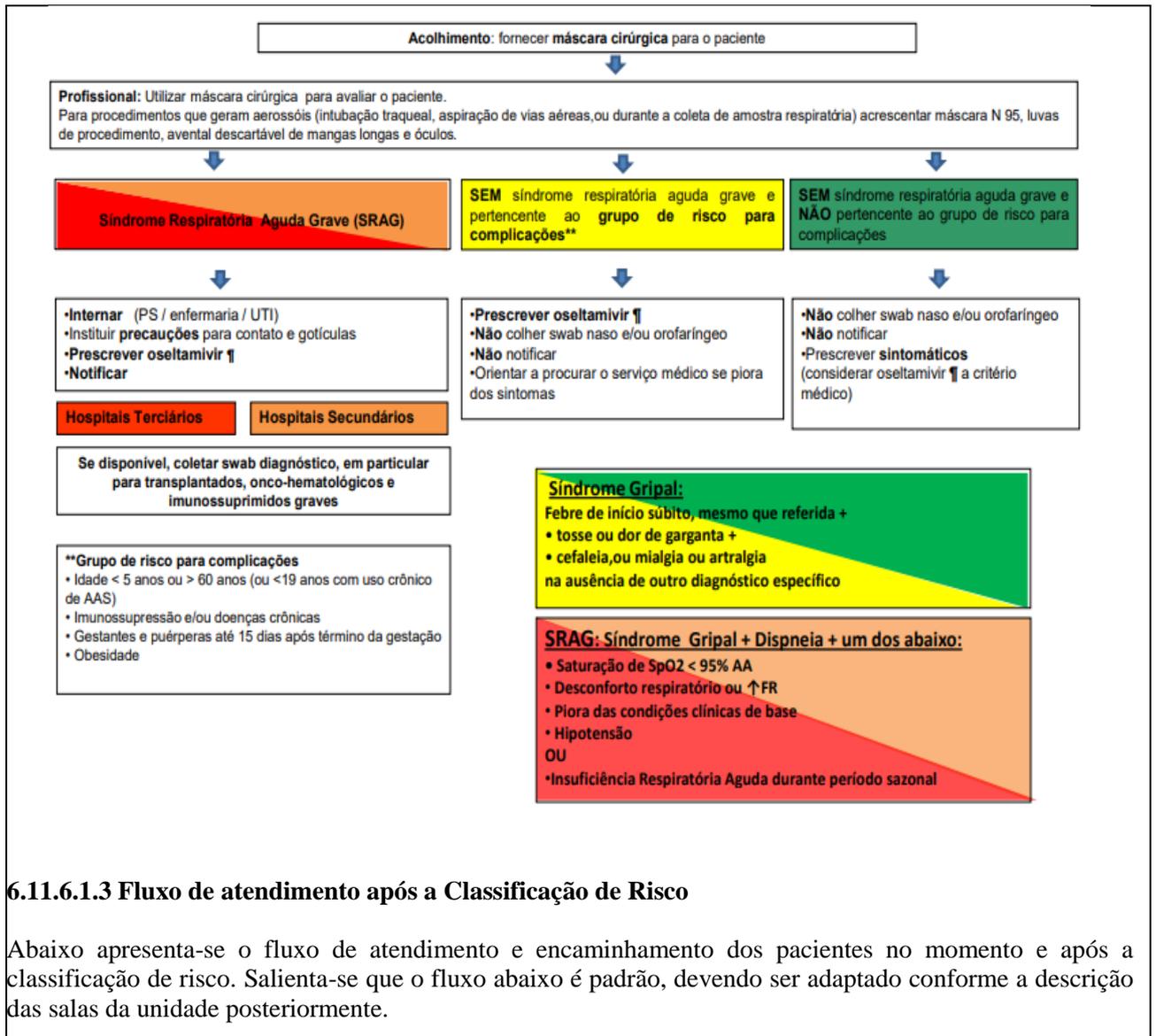
Nesse mesmo diapasão, constata-se que é de fundamental importância que a rede cumpra seu papel, absorvendo as demandas de cuidados que lhes são destinadas, a fim de que não ocorra a sobrecarga da Unidade de Urgência e Emergência 24h, comprometendo a efetividade e resolutividade na linha de cuidado.

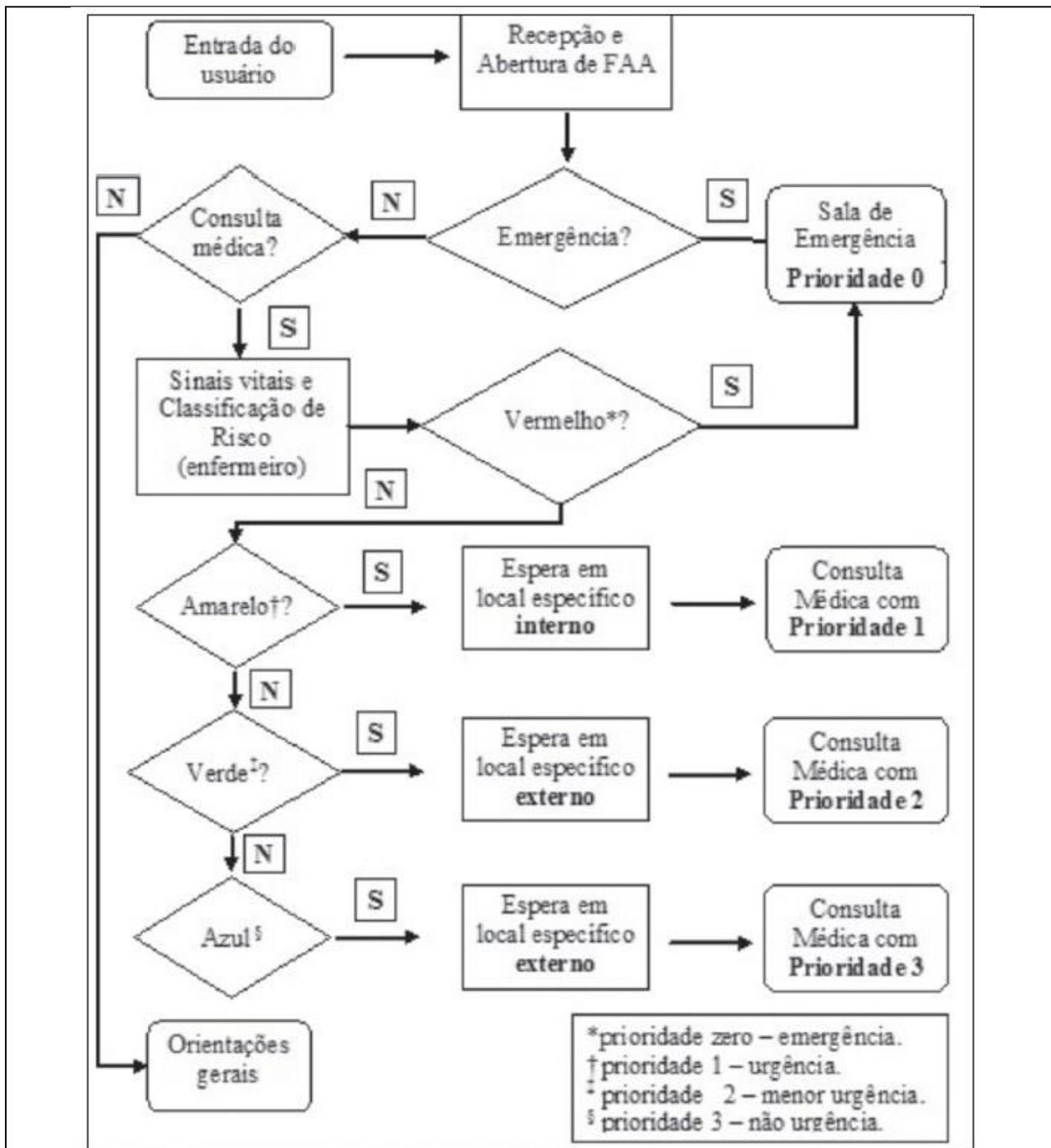
#### PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DE POLÍTICAS DE HUMANIZAÇÃO

O Avante Social utilizará da Política de Humanização como ferramenta de gestão e destacará então os princípios norteadores e propõe:

- Valorização da dimensão subjetiva, coletiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no Sistema Único de Saúde - SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às reivindicações de gênero, cor/etnia, orientação/expressão sexual e de segmentos específicos (população negra, do campo, extrativistas, povos indígenas, remanescentes de quilombos, ciganos, ribeirinhos, assentados, etc.);
- Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade;
- Apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos;
- Construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos implicados na rede do Sistema Único de Saúde - SUS;
- Corresponsabilidade desses sujeitos nos processos de gestão e atenção;
- Fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS;
- Compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos trabalhadores da saúde, estimulando processos de educação permanente;
- Valorização da ambiência, com organização de espaços saudáveis e acolhedores de trabalho.

Instrução de fluxo de atendimento para síndrome respiratória/suspeita de Covid-19





#### 6.11.6.1.4 Critérios e medidas de controle de risco para as visitas aos pacientes

O visitante e acompanhante deverão observar as seguintes orientações:

- O acompanhante e o visitante, preferencialmente, deverão ser maiores de 18 anos.
- Deverá portar o crachá (fornecido pela portaria) à altura do peito em local bem visível.
- Ao saírem da unidade, os visitantes e acompanhantes deverão deixar os crachás na recepção.
- Evitar barulho, falar em voz baixa e conservar a calma;
- Caso o paciente venha realizar algum procedimento médico, de enfermagem ou exames nos horários de visita, todos os visitantes deverão se retirar, se necessário;

- Se houver alguma intercorrência na unidade, o horário de visita poderá atrasar ou até mesmo ser cancelado;
- No caso de presidiário internado, acompanhado/escortado por policiais, fica condicionado a uma autorização judicial o paciente receber visita;

Dos horários de visita:

- As visitas aos pacientes das enfermarias, poderão ser realizadas diariamente das 15h às 16h. Será autorizada a entrada de 2 visitantes para cada paciente,
- As visitas aos pacientes na sala de emergência, poderão ser realizadas às 10h, onde será passado o boletim médico no leito para dois visitantes e às 15h será permitida a entrada de dois visitantes, um de cada vez. Não há liberação de acompanhante para este setor,
- Período diurno: os acompanhantes de pacientes internados, conforme fundamentação legal, são para menores de 18 anos, maiores de 60 anos, portadores de necessidades especiais e psiquiátricos. As trocas de acompanhantes podem ser feitas de 6:30 às 8h30 e também de 19h às 21h. A todo acompanhante será oferecida uma refeição pois são acompanhantes de paciente que tem esse direito resguardado em lei;
- Período noturno: no horário noturno será permitida a permanência de uma acompanhante de paciente que tem esse direito resguardado. Será esclarecido que a UPA não disponibiliza leito, travesseiros ou cobertores para acompanhantes, mas estes itens são liberados a trazer de casa. A UPA não se responsabiliza por esses bens, ficando estes sobre a responsabilidade de seus proprietários;
- Entrada e saída de acompanhantes: ao chegar à recepção, o recepcionista deverá solicitar e registrar o nome do acompanhante que ficará junto ao paciente;
- Acompanhantes com direito à alimentação: os acompanhantes de paciente que tem esse direito resguardado em lei (como descrito acima) receberão uma refeição de almoço por dia;
- Entrada de alimentos para acompanhantes: será permitida a entrada de alimentos para consumo próprio do acompanhante desde que em pequenas porções e nunca deverão jogar sobras de alimentos nas lixeiras dos quartos ou corredores. Restos de alimentos devem ser encaminhados à copa que o descartara no local correto;
- Entrada de alimentos para pacientes: será permitida a entrada de alimentação complementar para o paciente se necessário, em pequenas porções, visando o consumo imediato. Será de inteira responsabilidade do acompanhante solicitar autorização ao médico por escrito na prescrição médica ou em receituário. O acompanhante deverá também verificar acerca da dieta prescrita, o tipo de alimento que o paciente pode consumir.

Fica reservado à Unidade o direito à alteração no atual horário de visitas sem aviso prévio, de acordo com a necessidade do serviço.

Essas medidas são para controle organização das unidades, controle de risco para os pacientes e também para os acompanhantes.

Os horários de visitas ficarão disponíveis e visíveis na recepção da seguinte forma:

LOCAL	HORÁRIO DE VISITAS
ENFERMARIAS	15h às 16h
SALA DE EMERGÊNCIA	15h

#### **6.11.6.1.5 Funcionamento de *rounds* interdisciplinares**

O Avante Social implementará os *rounds* interdisciplinares por meio da integração e comunicação efetiva entre os profissionais da área assistencial, com o intuito de garantir o melhor atendimento ao paciente, através de um espaço de discussão de casos individualizados, tornando o atendimento seguro e qualificado.

A estruturação dos *rounds* será feita conforme a especificidade da unidade e do caso em questão.

Os *rounds* serão realizados diariamente, com a presença das equipes, envolvendo médicos, enfermeiros, técnicos, assistentes sociais e coordenação, preferencialmente no período da manhã, pós troca de plantão, onde serão discutidos os casos do dia anterior e os avanços, também, traçando diretrizes para o atendimento do dia atual.

Através dos *rounds* interdisciplinares, o atendimento será capaz de definir instruções e procedimentos terapêuticos para cada paciente, a fim de reduzir o período de internação.

#### **6.11.6.2 Atendimento**

##### **6.11.6.2.1 Formas de acomodação e conduta para os acompanhantes**

Como proposta para implantação do acolhimento, o paciente que seja criança, adolescentes, adulto, idoso, portadores de deficiência ou gestantes, assim como naqueles em que a autonomia da pessoa estiver comprometida tem direito a estar acompanhado por pessoa por ele, indicada em consultas e exames, ou procedimentos, somente pode ser restrito se for justificável, nos casos em que prejudicar claramente o paciente ou submeter a risco o acompanhante.

É recomendável que a Unidade possua uma sala de espera para pacientes e acompanhantes, que pode ou não ser compartilhada com a de outras unidades diagnósticas. Devem existir sanitários separados para homens e mulheres, que permitam acesso aos portadores de necessidades especiais e que atendam ao número esperado de pacientes e seus acompanhantes.

- Fundamento legal:
  - Artigo 2º, inciso XV, da Lei Estadual nº 10.241/99; Artigo 4º, §único, incisos V e VI da Portaria nº 1.820/2009 do Ministério da Saúde; Parecer nº 74.870/01 do CREMESP: idosos, crianças, adolescentes e pessoas com necessidades especiais têm direito amparado por lei a acompanhante, demais situações serão avaliadas pela equipe da unidade;

Quem poderá ser acompanhante?

- Pessoas que estejam em bom estado de saúde, não estejam gripadas ou com alguma outra infecção que coloque o paciente em risco (diarreia, furúnculos, feridas abertas e outras).
- Ser do mesmo sexo do paciente. Somente em situações excepcionais é que esta regra será flexibilizada;
- Deveres do acompanhante:
  - Permanecer junto à paciente, prestando o cuidado necessário;
  - Usar a roupa do acompanhante para sua identificação;
  - Preservar a higiene do Local;
  - Seguir as orientações da equipe de saúde;
  - Informar à equipe de saúde alterações importantes que ocorram com a paciente;
  - Lavar as mãos para prevenir infecção hospitalar;

- Utilizar somente as cadeiras disponíveis para os acompanhantes;
- Não trazer preocupação ao paciente;
- Evitar o uso do celular próximo ao local de Exames;
- Portar sapatos fechados.
- Não é permitido:
  - Utilizar o celular no local.
  - Fumar nas dependências da Unidade.
  - Transitar pelas dependências da unidade. Em caso de saída, não será autorizado o retorno.
  - Filmar ou fotografar, sem autorização da equipe da UPA.

#### NORMAS ESPECÍFICAS A SEREM OBSERVADAS PELOS ACOMPANHANTES:

- Se o acompanhante tiver que se ausentar, só poderá retornar nos horários de troca de acompanhante;
- A troca de acompanhante realizada fora desse horário, só será permitida com a autorização do Enfermeiro responsável.
- A troca de acompanhante será feita somente nos horários de 07h e 19h.
- O acompanhante receberá um crachá devidamente cadastrado no sistema, e deverá usá-lo para ter acesso à Unidade;
- O acompanhante poderá receber três refeições diárias, que serão servidas juntamente com as do paciente, nos seguintes horários:

REFEIÇÃO	HORÁRIO
Café da manhã	08h às 09h
Almoço	12h às 13h
Jantar	18h às 19h

- Necessidades especiais para acompanhante serão devidamente analisados pelo Enfermeiro da Unidade.
- A entrega da roupa de cama ao acompanhante (kit acompanhante) será diariamente às 22h.

#### 6.11.6.2.2 Serviço de Atenção ao Usuário - SAU

Em relação ao atendimento e a estruturação da informação aos usuários (pacientes e familiares), a OS propõe que a informação aos usuários será estruturada através do Serviço de Atenção ao Usuário – SAU que será responsável por receber, registrar e responder as solicitações de informação, elogios e reclamações, críticas e sugestões sobre os serviços prestados aos clientes internos ou externos com intuito de aprimorar ou corrigir os serviços prestados. Isso possibilita um feedback valioso para o aprimoramento do serviço da unidade gerida pela OS.

O responsável pela Ouvidoria será um Auxiliar Administrativo, que receberá os dados da plataforma do portal de saúde e as queixas diretamente do usuário nos diversos pontos de atenção. As insatisfações identificadas através de relatórios da ouvidoria serão aproveitadas positivamente pela OS e seus gestores, coordenadores e gerentes, constituindo se em poderoso instrumento para a melhoria da qualidade do serviço prestado. Das reclamações podem surgir soluções e ideias relevantes.

A OS poderá implantar, também, o Serviço de Atendimento ao Usuário por meio de plataforma de envio de mensagens (WhatsApp) ou aplicativo similar.

### 6.11.6.2.3 Proposta de pesquisa de satisfação do usuário

Na busca pela obtenção de subsídios para a melhoria dos serviços prestados e para o melhor planejamento das políticas públicas estabelecidas na unidade de atendimento, serão implementados os seguintes instrumentos avaliação da satisfação do usuário:

- I. Instrumento de avaliação da ambiência e conforto das instalações;
- II. Instrumento de avaliação do acolhimento;
- III. Instrumento de avaliação das dietas e alimentação;
- IV. Instrumento de avaliação do clima organizacional entre os trabalhadores;
- V. Instrumento de avaliação do processo de trabalho da equipe;
- VI. Instrumento de avaliação sobre a qualidade dos profissionais;
- VII. Instrumento de avaliação das informações disponíveis;
- VIII. Instrumento de avaliação geral do atendimento;
- IX. Instrumento de avaliação do tempo de espera para atendimento;

<b>Pesquisa para avaliar a Qualidade</b>										
	(		)						( )	
<b>Tem interesse de se identificar?</b>	<b>Sim</b>								<b>Não</b>	
<b>Nome:</b>										
									( )	
<b>Contato:</b>									<b>Pacient</b>	<b>Acompanhant</b>
									<b>e</b>	<b>e</b>
<b>Como você avalia o nosso trabalho:</b>										
<b>Legenda:</b>	  									
	<b>Ruim</b>						<b>Regu lar</b>		<b>Bom</b>	
<b>1. Recepção:</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
<b>Cortesia e atenção</b>										
<b>Tempo de espera</b>										
<b>Clareza de informações</b>										
<b>Qualidade do atendimento</b>										
<b>2. Equipe de Enfermagem:</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
<b>Cortesia e atenção</b>										
<b>Tempo de espera</b>										
<b>Clareza de informações</b>										
<b>Qualidade do atendimento</b>										
<b>3. Equipe Médica:</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
<b>Cortesia e atenção</b>										
<b>Tempo de espera</b>										

Clareza de informações												
Qualidade do atendimento												
<b>4. Unidade de Saúde</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>		
Higiene e Limpeza												
Conforto												
Segurança												
Você indicaria esta unidade de saúde para um amigo ou familiar?						(						(
						)						)
						Sim						Não

Formulário a título de exemplificação.

A pesquisa de satisfação do usuário será realizada diariamente pela unidade de atendimento, ficando responsável por tal atividade as equipes da recepção e assistentes sociais.

Devem ser aplicados no mínimo de 30% dos pacientes e/ou familiares dos atendimentos do dia, a fim de realizar entrevistas individuais, de forma a monitorar a satisfação dos usuários acerca da qualidade dos serviços de saúde prestado.

A coleta de informação será realizada por meio de impresso padronizado (modelo apresentado), com uma escala com as seguintes graduações:

- Ruim;
- Regular;
- Bom;

O resultando em estudo estatístico de forma cíclica e continua servirá para mensurar o grau de satisfação dos usuários e familiares, de forma contínua, durante todo o período do contrato.

As informações serão apresentadas ao município de forma trimestral, juntamente com proposta de melhorias nos pontos com menor pontuação. Desta forma poderemos unir esforços com mais assertividade a fim de alcançar os melhores níveis de resultados.

#### 6.11.6.2.4 Proposta de pesquisa de satisfação do colaborador

Os órgãos e entidades têm adotado modelos de gestão que ampliem a sua capacidade de atender, com mais eficácia e efetividade, as novas e crescentes demandas dos serviços de saúde.

Simplificar a vida do usuário e ampliar a capacidade de atendimento às demandas dos usuários e colaboradores em geral, com qualidade e eficácia, são dois desafios centrais. Para superá-los, requer-se mobilização, orientação e adequada instrumentalização de gestão para o investimento contínuo e crescente na melhoria e na inovação dos serviços oferecidos.

Com relação ao usuário e colaboradores, cabe destacar que as pesquisas podem mensurar a relevância, o impacto e/ou a qualidade dos serviços prestados ou a serem ofertados.

A Avante Social, assim como em todas as suas unidades gerenciadas, implantará o serviço de satisfação do colaborador por meio on-line, através de sistema de formulários eletrônicos.

Será afixado nas unidades, um cartaz com o link: <https://portal.pipefy.com/pesquisadesatisfacao> que direcionará automaticamente o colaborador à página da pesquisa, podendo esse realizar o preenchimento das informações.



Pesquisa | Satisfação no Trabalho

Queremos ouvir a sua voz

Satisfação no Trabalho Avante Social (S20/23)

Habitualmente o nosso trabalho, nos seus variados aspectos, produz graus diferentes de satisfação ou insatisfação.

Classifique, de acordo com a escala abaixo, o grau de satisfação e insatisfação que o seu trabalho lhe proporciona, circulando o número que corresponda a sua opinião:

| Descrição Classificação

Totalmente Insatisfeito. 0  
Parcialmente Insatisfeito. 1  
Indiferente. 2  
Parcialmente Satisfeito. 3  
Totalmente Satisfeito 4

Data

Selecione uma data

Colaborador:

 Adicionar colaborador

\*1) Você está [ ] com o trabalho enquanto fator de realização.

0  1  2  3  4

2) Você está [ ] com as oportunidades que o trabalho lhe oferece para fazer coisas nas quais se destaca.

0  1  2  3  4

\*3) Você está [ ] com as oportunidades que o trabalho lhe oferece de fazer coisas de que gosta.

0  1  2  3  4

\*4) Você está [ ] com o salário recebido.

0  1  2  3  4

O conteúdo da pesquisa versará sobre os seguintes critérios:

- I. Satisfação quanto à jornada e rotinas de trabalho;
- II. Satisfação quanto à equipe que trabalha;
- III. Satisfação quanto às atividades desempenhadas;
- IV. Satisfação quanto às capacitações;
- V. Satisfação quanto ao clima organizacional;
- VI. Satisfação quanto à estrutura da unidade.

A pesquisa será realizada semestralmente com todos os colaboradores das unidades e a Superintendência de Gente/Gerência de Desenvolvimento Humano e Organizacional será a responsável pela aplicação, análise e avaliação dos resultados obtidos.

A partir da obtenção de informações relativas à satisfação do colaborador, estas serão utilizadas a fim de aprimorar ainda mais as condições de trabalho aos colaboradores da Avante Social.

#### 6.11.6.2.5 Organização de referência e contra referência

Considerando as interfaces da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (SAMU 192, Hospitais, Unidades Básicas de Saúde e Outros), considerando a necessidade de transferência para serviços de maior complexidade em decorrência de patologias completas, ou que necessitem de avaliações especializadas, recursos diagnósticos e terapêuticos não disponíveis na unidade, garantindo ao paciente acolhimento com classificação de risco, atendimento médico com estabilização de quadro clínico.

Entende-se por referência o ato de encaminhamento de um paciente atendido em um determinado estabelecimento de saúde a outro de maior complexidade. A referência deverá sempre ser feita após a constatação de insuficiência de capacidade resolutive e segundo normas e mecanismos pré-estabelecidos.

Por contrarreferência entende-se o ato de encaminhamento de um paciente ao estabelecimento de origem (que o referiu) após resolução da causa responsável pela referência.

A UNIDADE por ser uma das referências para os serviços de saúde da rede do município irá se adequar para ser um ponto de atenção e prestar serviços para atendimento das linhas de cuidados sob as diretrizes do Ministério da Saúde, mediante pactuação dos grupos condutores, além daquelas que vierem a fazer parte da Rede Estadual, além de também servir de referência aos serviços ou municípios com os quais a SES/SP possuir pactuações.

A gestão do Avante Social irá fornecer serviços que proponham resolutividade nas demandas dos Grupos Condutores Municipais das Redes de Atenção, bem como deverá denominar um representante técnico/gestor para participar das discussões sobre as Linhas de Cuidado e planejar em conjunto com este coletivo os serviços e atendimentos necessários.

Após o primeiro atendimento, a equipe realizará orientação aos pacientes atendidos quanto ao retorno às unidades de saúde de origem ou à unidade que correspondam ao seu domicílio para continuação da assistência. Nos casos em que se verifique a necessidade de atendimento em nível de maior complexidade, irá prover a busca por internação em serviços e/ou o referenciamento até a remoção dos pacientes, garantindo condições para a realização de todas as manobras de sustentação da vida, propiciando assim a continuidade à assistência adequada em outro nível de atendimento referenciado.

#### PACIENTE DE ALTA

Nos casos de altas, o Avante Social entregará cópia do resumo de alta ao paciente ou responsável e irá encaminhá-lo à unidade de saúde da rede Estadual de saúde na qual é assistido rotineiramente

Mensalmente será apresentado indicadores necessários para demonstrar os tipos de altas para que a Gestão do Avante Social, bem como a SMS, possa acompanhar e gerenciar os resultados e metas esperadas.

O sistema de referência e contra referência assumirá o papel fundamental para que o processo de fluxo de atendimento ocorra efetivamente de acordo com a complexidade de atendimento, acompanhamento e resolução da assistência conforme pactuações e resultados esperados pela Gestão do Avante Social para com a Unidade.

#### ACOMPANHAMENTO PÓS-ALTA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Com o objetivo de garantir a continuidade do tratamento os pacientes internados na unidade só serão liberados após alta médica sendo que todos os pacientes sairão com um relatório de alta, contendo o resumo clínico, condutas adotadas, exames complementares realizados e tratamento proposto e encaminhados para o devido acompanhamento na unidade básica de saúde de sua localidade.

O Núcleo Interno de Regulação em conjunto com o Serviço Social da Unidade, definirá estratégias e mecanismos que busquem informar a rede de atenção básica quando pacientes com patologias crônicas vierem a ser atendidos na unidade, bem como o tratamento realizado e condutas aplicadas.

#### PACIENTE REGULADO PARA OUTRA UNIDADE DE SAÚDE

O Serviço Social da Unidade, encaminhará uma ficha de acompanhamento para o Serviço Social da Unidade de Referência, contendo de forma objetiva, informações sobre processo de transferência e evolução do estado clínico do paciente.

Para os atendimentos de maior complexidade deve-se respeitar os pactos firmados pela Secretaria Estadual de Saúde e realizar a solicitação de vagas através da Central de Vagas da Região de Saúde.

Também irá seguir as parcerias firmadas e/ou estabelecer com a SES/SP e garantir o correto fluxo dos usuários na rede de saúde local e regional, a partir do comando e coordenação únicos em cada nível de complexidade de atendimento pactuado, com definição clara das atribuições de cada unidade dentro do sistema de saúde, desde a rede de atenção básica ao atendimento especializado e de alta complexidade

Todo o processo de atendimento, assistência e transferência será pactuado previamente com a equipe de referência interna. Processo que será monitorado e servirá de indicador de qualidade e busca de melhoria da qualidade assistencial.

#### **PACIENTE REFERENCIADO PARA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

A Unidade, irá contar com uma equipe destinada à realização do Acolhimento com Classificação de Risco que atenderá os pacientes que buscarem atendimento na unidade de saúde por iniciativa própria (demanda espontânea) e que caso apresentem sinais e sintomas fora do perfil de urgência e emergência, serão encaminhados para a Unidade Básica de Saúde de sua referência, após o devido atendimento médico.

#### **6.11.6.2.6 Organização de serviço de apoio diagnóstico**

Todo processo de coleta, processamento de material biológico e liberação dos resultados são da responsabilidade do Avante Social e será executado por funcionários técnicos treinados e habilitados.

O Avante Social poderá contratar empresa terceirizada, especializada nos tipos de exames, e esta se obriga a disponibilizar o resultado do exame no prazo máximo de 02 (duas) horas para os exames de emergência. Este prazo se inicia no ato da entrega da amostra.

A ORGANIZAÇÃO será responsável pela realização dos serviços de forma ininterrupta. É de responsabilidade da ORGANIZAÇÃO o cumprimento da Portaria GM/MS n.º 2.472 de 31 de agosto de 2010, sobre as doenças de notificação compulsória para SVS, SESA Votorantim-SP e LACEN, ou posterior que regule o assunto, sem prejuízo ao atendimento praticado na Unidade.

Haverá fluxo estabelecido para comunicar ao médico casos de resultados que se enquadrem nos parâmetros estabelecidos como de emergência ou de gravidade.

A empresa terceirizada utilizará meio de transporte seguro, garantindo a integridade e segurança do material, devendo ser acondicionado em caixas térmicas de temperatura e embalagens ideais, devidamente identificadas, segregadas de acordo com a natureza de compatibilidade do tipo de material de acordo com o proposto na RESOLUÇÃO ANTT n.º 420 de 12 de fevereiro de 2004 e na PORTARIA n.º 472 de 09 de março de 2009 – RESOLUÇÃO GMC n.º 50/08 – transporte de substâncias infecciosas e amostras biológicas.

Para todos os exames, a empresa terceirizada deverá fornecer etiquetas de identificação de código de barra.

A empresa terceirizada deverá utilizar em todos os equipamentos os controles de qualidade interno e externo e seus registros deverão estar disponíveis aos supervisores da unidade ou pessoal autorizado pela SESA-Votorantim-SP.

A empresa terceirizada deverá realizar periodicamente a calibração de equipamentos.

Os exames laboratoriais de urgência e emergência que deverão, minimamente, ser realizados quando solicitados no consultório médico, estão listados abaixo. Outros exames necessários, incluindo culturas, podem ser solicitados aos pacientes em atendimento e observação.

#### **EXAMES COMPLEMENTARES E GRADES DEE MEDICAMENTOS**

	Descrição do Exame
CU	ÁCIDO ÚRICO
ALB	ALBUMINA SORO
AMI	AMILASE
HCGQL	BETA HCG QUALITATIVO
BIL	BILIRRUBINA TOTAL E FRAÇÕES
CAT	CALCIO SORO
CFLQ	LIQUOR – CITOLOGIA, CITOMETRIA, BIOQUIMICA, CULTURA E TSA
MB	CKMB SORO
CPLA	CONTAGEM DE PLAQUETAS
CRE	CREATININA SORO
CPK	CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)
DHL	DHL
RH	FATOR RH
GASO	GASOMETRIA ARTERIAL
GLI	GLICEMIA
ABO	GRUPO SANGUINEO
HT	HEMATOCRITO
HB	HEMOGLOBINA
HEM	HEMOGRAMA COMPLETO
VHS	HEMOSEDIMENTAÇÃO
HIVR	HIV TESTE RÁPIDO
LAC	LACTATO
LEU	LEUCOGRAMA
LIP	LIPASE
MAG	MAGNESIO
POT	POTASSIO
PCR	PROTEÍNA C REATIVA
PTF	PROTEÍNAS TOTAIS E FRAÇÕES
PLQ	PLAQUETAS
SOD	SODIO
TP	TEMPO DE PROTROMBINA – TP
TGO	TGO
TGP	TGP
TRO	TROPONINA QUANTITATIVA E QUALITATIVA
TTPA	TTPA - TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA
URE	UREIA
URI	URINA TIPO I
VDRL	VDRL

<b>MEDICAMENTOS</b>
ACEBROFILINA XAROPE 5MG/ ML 120ML PEDIÁTRICO
ACEBROFILINA XAROPE 50MG/5ML 120ML ADULTO
ACICLOVIR 50MG CREME
ACICLOVIR 200MG
ACIDO ACETILSALICÍLICO 100MG
ÁCIDO ASCÓRBICO 100MG/ML 5ML
ADENOSINA SOLUÇÃO 3MG/ML 2ML
ADRENALINA 1MG/ML 1ML
ÁGUA DESTILADA 10ML
ÁGUA DESTILADA 250ML
ALTEPLASE 50 MG/50ML - ACTILYSE
AMICACINA 500MG/2ML
AMINOFILINA 100MG
AMINOFILINA 24MG/ML 10ML
AMIODARONA CLORIDRATO 200MG
AMIODARONA CLORIDRATO 50MG/ML 3ML
AMOXICILINA TRI-HIDRATADA 500MG
AMOXICILINA 250MG/5ML 150ML
AMPICILINA SÓDICA 1000MG
ATENOLOL 50MG
ATRACÚRIO BESILATO 10MG/ML 2,5ML
ATRACÚRIO BESILATO 10MG/ML 5ML
ATROPINA SULFATO 0,50MG/ML 1ML
AZITROMICINA 600MG 15ML SUSPENSÃO ORAL
AZITROMICINA DI-HIDRATADA 500MG
BENZILPENICILINA BENZATINA 1.200.000UI
BENZILPENICILINA PROCAÍNA + POTÁSSICA 300.000 + 100.000
BETAMETASONA DIPROPIONATO + FOSFATO (5MG+2MG) 1ML
BETAMETASONA ACETATO + FOSFATO 3MG+3MG/ML
BICARBONATO DE SÓDIO 8,4% 10ML
BICARBONATO DE SÓDIO 8,4% 250ML
BIPERIDENO LACTATO 5MG/ML 1ML
BUDESONIDA SUSPENSÃO 0,25MG ML 2ML
CAPTOPRIL 25MG
CARVÃO ATIVADO POTE COM 50G MANIPULADO
CARVEDILOL 6,25MG
CEFALEXINA 500MG
CEFALEXINA 250MG/ 5ML SUSPENSÃO ORAL 60ML
CEFAZOLINA SODICA FRASCO – AMPOLA 1G
CEFEPIMA 1 G EV
CEFTRIAXONA DISSODICA 1G
CETAMINA CLORIDRATO 50MG/ML 10ML
CETOPROFENO 100MG EV
CETOPROFENO 50MG/ML -2ML IM
CIMETIDINA 200MG
CIPROFLOXACINO 2MG/ML 100ML
CLARITROMICINA 500 MG EV
CLINDAMICINA FOSFATO 150 MG/ML 4 ML
CLOPIDOGREL BISSULFATO 75 MG
CLORETO DE SÓDIO 0,9% 10ML
CLORETO DE SÓDIO 0,9% 100ML
CLORETO DE SÓDIO 0,9% 250 ML

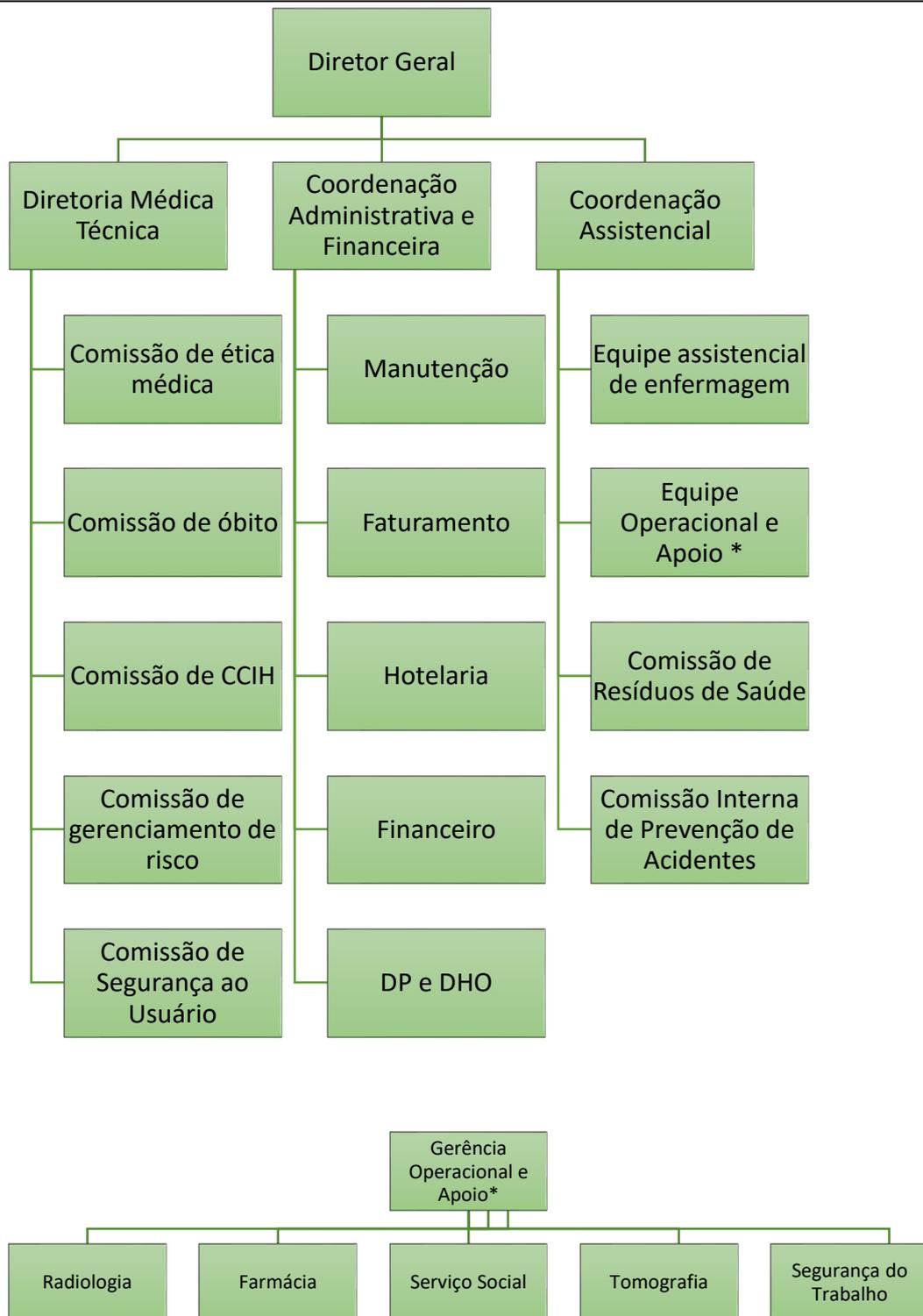
CLORETO DE SÓDIO 0,9% 500 ML
CLORETO DE SÓDIO 0,9% 1000ML
CLORETO DE SÓDIO 20% 10ML INJ
CLORPROMAZINA CLORIDRATO 5MG/ML
COLAGENASE 0,6 U/G 30G
COLAGENASE + CLORANFENICOL 0,6U/G + 0,01G/G 30G
DESLANOSÍDEO 0,2MG/ML -2ML
DEXAMETASONA 1MG/G 10G
DEXAMETASONA FOSFATO DISSODICO 4MG/ML 2,5ML
DEXCLORFENIRAMINA MALEATO 2MG
DEXCLORFENIRAMINA MALEATO 2MG/5ML 120ML
DIAZEPAM 10MG
DIAZEPAM 10MG 2ML
DICLOFENACO DE SÓDIO 50MG
DICLOFENACO SÓDICO 75MG 3ML
DIGOXINA 0,25MG
DIMENIDRINATO + PIRIDOXINA (25MG +5MG)/ML 20ML
DIMENIDRINATO VITAMINA B6 SOLUÇÃO 50MG/ML + 50MG/ML 1ML
DIMENIDRINATO + VITAMINA B6 + FRUTOSE + GLICOSE 100MG/ML
DIPIRONA SODICA 500MG/ML 2ML
DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 10ML
DIPIRONA SODICA 500MG
DOBUTAMINA CLORIDRATO 12,5MG/ML - 250MG/20ML
DOPAMINA SOLUÇÃO 50MG/10ML
ENOXAPARINA SODICA 20MG/0,2ML SER
ENOXAPARINA SODICA 40MG/0,4ML SER
ENOXAPARINA SODICA 60MG/0,6ML SER
ESCOPOLAMINA N-BUTILBROMETO 10MG/ML (20MG/2ML)
ESCOPOLAMINA N-BUTILBROMETO 10MG/ML 20ML GTS
ESCOPOLAMINA N-BUTILBROMETO 10MG
ESCOPOLAMINA N-BUTILBROMETO + DIPIRONA (4MG/ML+500MG/ML) 5ML
ESCOPOLAMINA N-BUTILBROMETO + DIPIRONA (10MG+250MG)/ML 20ML
ESPIRONOLACTONA 25MG
ETILEFRINA CLORIDRATO 10MG/ML
FENITOÍNA SODICA 50MG/ML -250MG/5ML
FENOBARBITAL SÓDICO 100MG/ML -200MG/2ML
FENOTEROL BROMIDRATO 5MG/ML 20ML
FENTANILA CITRATO 50MCG/ML 10ML
FITOMENADIONA 10MG/ML- IM- INJ
FLUMAZENIL 0,5MG/5ML INJ
FLUTICASONA PROPRIONATO 50MCG/DOSE 120 DOSES SPRAY
FLUTICASONA PROPRIONATO 250MCG/DOSE 60 DOSES-SPRAY
FOSFATO DE SÓDIO MONOBÁSICO E DIBÁSICO SOLUÇÃO 130ML
FUROSEMIDA 10MG/ML 2ML
FUROSEMIDA 40MG
GENTAMICINA 80MG/2ML, APRESENTAÇÃO INJETÁVEL
GLIBENCLAMIDA 5MG CP
GLICERINA 12% FRASCO COM 500ML
GLICONATO DE CÁLCIO 10% 10ML
GLICOSE 25% 10ML
GLICOSE 50% 10ML
GLICOSE SOLUÇÃO 5% 250ML
GLICOSE SOLUÇÃO 5% 500ML
HALOPERIDOL 5MG/ML

HALOPERIDOL DECANOATO 50 MG/1ML INJ
HALOPERIDOL SOLUÇÃO 2MG/ ML 20ML
HEPARINA SODICA 5000UI/0,25ML SC
HIDROCLOROTIAZIDA 25MG
HIDROCORTISONA SUCCIONATO SÓDICO 100MG
HIDROCORTISONA SUCCIONATO SÓDICO 500MG
HIDRÓXIDO DE ALUMÍNIO 60MG/ML 150ML
IBUPROFENO 300MG
INSULINA HUMANA NPH 100 UI/ML FRASCO 10ML
INSULINA HUMANA REGULAR 100 UI/ML FRASCO 10ML
IPRATRÓPIO BROMETO SOLUÇÃO 0,25MG/ML 20ML
IPRATRÓPIO BROMETO 20MCG FRASCO 10ML 200 DOSES INALAÇÃO BUCAL 10ML
ISOSSORBIDA DINTRATO 5MG
ISOSSORBIDA MONONITRATO 20 MG
ISOSSORBIDA MONONITRATO 10MG/ML
IVERMECTINA 6MG
LEVOFLOXACINO 5MG/ML IV BOLSA FRASCO 100ML
LEVOMEPRIMAZINA 40 MG/ML 20ML
LEVOTIROXINA SODICA 25MCG
LEVOTIROXINA SODICA 75MCG
LEVOTIROXINA SODICA 100MCG
LIDOCAÍNA CLORIDRATO 2% (20MG/ML) 20ML
LIDOCAÍNA CLORIDRATO 2% GEL
LIDOCAÍNA CLORIDRATO 2% + EPINEFRINA (20MG+0,005MG) 20ML
LIDOCAÍNA 2% (20MG/ML) 50ML SPRAY
LORATADINA 10MG
LORATADINA 1MG/ML 100ML
LOSARTANA POTÁSSICA 50MG
MAGNÉSIO SULFATO 10% 10ML
MANITOL – SOLUÇÃO 20 - 200 MG/ML
METFORMINA CLORIDRATO 850MG
METILDOPA 250MG CP REVESTIDOS
METOCLOPRAMIDA 4MG/ML 10ML
METOCLOPRAMIDA CLORIDRATO 10MG
METOCLOPRAMIDA 5MG/ML 2ML
METRONIDAZOL 250MG
MIDAZOLAM 50MG/10ML
MORFINA SULFATO 10MG/ML
NEOMICINA SULFATO+ BACITRACINA 5MG/G+250UI/G 15G
NIFEDIPINA 20MG
NISTATINA 100.000UI/4G (25.000 UI/G) INTRAVAGINAL 60G
NITROFURANTOÍNA 100MG
NITROGLICERINA 5MG/ML 50MG/10ML
NITROPRUSSIATO DE SÓDIO 50MG 25MG/ML-2ML EV
NOREPINEFRINA HEMITARTARATO 2MG/ML 4ML INJ
ÓLEO MINERAL SOLUÇÃO 100ML

OMEPRAZOL SÓDICO 40MG 10ML INJ
ONDANSETRONA CLORIDRATO 2MG/ML 8MG/4ML INJ
OSELTAMIVIR 30 MG
OSELTAMIVIR 45 MG
OSELTAMIVIR 75 MG
OXACILINA INJETÁVEL 500 MG APRESENTAÇÃO FRASCO AMPOLA
PARACETAMOL 200MG/ML 15ML
PARACETAMOL 500MG
POLIESTIRENOSSULFONATO DE CÁLCIO - ENVELOPE COM 30 GR - SORCAL
POTÁSSIO CLORETO 19,1% 10ML -INJ
PREDNISOLONA FOSFATO 3MG/ML SUSPENSÃO ORAL 120ML
PREDNISOLONA 20MG
PROMETAZINA CLORIDRATO 25MG/ML - 2ML
PROMETAZINA 25MG
PROPOFOL 10MG/ML -100ML
PROPANOLOL CLORIDRATO 40MG
PROPATILNITRATO 10MG
RIFAMICINA SODICA 10MG/ML TÓPICA SPRAY
RINGER LACTATO 500ML
SALBUTAMOL SULFATO 100MCG/DOSE SPRAY
SALBUTAMOL SULFATO 2MG/5ML XAROPE 100ML
SAIS PARA REIDRATAÇÃO ORAL 27,9G
SINVASTATINA 20MG
SULFADIAZINA DE PRATA 10MG/G CREME 30G
SULFAMETOXAZOL+TRIMETOPRIMA (200 MG+ 40MG) /5ML 100ML
SULFAMETOXAZOL+TRIMETOPRIMA (400MG+80MG)
SUXAMETÔNIO CLORETO FRASCO AMPOLA 100MG
TERBUTALINA SULFATO 0,5MG/ML
TIAMINA CLORIDRATO 300MG
TRAMADOL 100MG/2ML INJ
TRANEXÂMICO ACIDO 250MG/5ML
VANCOMICINA CLORIDRATO 500 MG
VITAMINA COMPLEXO B 2ML
VITAMINA A+D+OXIDO DE ZINCO (1000UI/G+400UI/G+100MG/G) POMADA 45G

### 6.11.7 Organograma

A equipe gerencial da Unidade de Pronto Atendimento UPA 24h será composta por Diretor Geral, Diretor Técnico Médico, Coordenação de Enfermagem (Assistencial) e Gerência Administrativa e Financeira, esta última, formada pela equipe já em execução na sede administrativa da Avante Social. Cada unidade de saúde terá uma estrutura própria, conforme organograma a seguir:



### 6.11.7.1 Definição das competências dos membros da direção

#### I. Direção Geral

✓ Cumprir e executar a política de gestão do Avante Social e da Unidade;

- ✓ Cumprir e fazer cumprir as legislações trabalhistas, normas e códigos externos e regulamentos internos, bem como seguir as instruções contidas no Código de Ética;
- ✓ Manter um rigoroso comportamento ético e zelar pela conduta ética dos profissionais em geral;
- ✓ Zelar pela conservação dos edifícios, instalações, equipamentos, móveis, máquinas, instrumentos e obter a maior adequação possível de seu uso;
- ✓ Divulgar aos colaboradores e demais profissionais o Organograma, Missão, Visão e Valores;
- ✓ Administrar a Unidade, assegurando a regularidade de seu funcionamento, mediante as responsabilidades contratuais estabelecidas e de acordo com o regulamento, regimento das unidades assistenciais, regimento das unidades administrativas, regimentos de unidades de apoio, procedimento de gestão e instruções de trabalho;
- ✓ Visualizar, planejar, organizar, comandar, orientar, delegar e controlar os setores de atuação;
- ✓ Estabelecer o processo de avaliação permanente aos setores da Unidade, propondo medidas que visem à melhoria contínua na prestação de assistência hospitalar humanizada e de qualidade ao usuário;
- ✓ Elaborar o planejamento estratégico a médio e longo prazo;
- ✓ Tomar todas as providências para que os colaboradores e profissionais trabalhem com segurança e tenham sua saúde física e psíquica constantemente preservada;
- ✓ Manter em dia os registros e alvarás dos serviços que exigirem providências;
- ✓ Manter contato constante com os responsáveis das áreas ligadas à sua diretoria e com as demais áreas e diretorias;
- ✓ Analisar os relatórios mensais, mantendo os dados gerais da Unidade atualizados para a tomada de decisões;
- ✓ Participar ou integrar de comissões que venham a ser criadas sempre que os assuntos pertinentes a administração ou a elas relacionadas;
- ✓ Participar, convocar e presidir reuniões, sempre que necessário, com seus subordinados diretos ou outros profissionais transcrevendo em ata as decisões tendo em vista a qualidade da assistência, as necessidades dos Serviços e os programas de melhoria contínua da assistência prestada;
- ✓ Participar e realizar periodicamente o processo seletivo e as avaliações, conforme necessidade e cronograma, e acompanhar o desenvolvimento dos funcionários dos setores de atuação de acordo com a Política de Gestão de Pessoas com foco na Gestão por Competências;
- ✓ Estabelecer e avaliar sistemas de controle de materiais e equipamentos e do dimensionamento de recursos humanos;
- ✓ Representar a Unidade frente os poderes governamentais, a comunidade e suas lideranças, expondo e debatendo, com elas, a assistência prestada, as necessidades sentidas, os programas em curso, as expectativas emergentes, os atos legais em vigor e a tendência do mercado;

✓ Realizar as despesas ordinárias da Unidade e obter, por escrito, a autorização do Avante Social para as extraordinárias;

✓ Preparar e fazer a prestação de contas mensal, conforme exigências contratuais e padrões estabelecidos pelo próprio Avante Social;

## **II. Direção Administrativa e Financeira**

✓ Realizar as atividades que o Diretor Geral lhe confiar;

✓ Preparar e fazer a prestação de contas mensal, conforme exigências contratuais e padrões estabelecidos pelo próprio Avante Social;

✓ Autorizar a emissão de cheques e ordens bancárias e proceder demais práticas necessárias ao controle e movimentação financeira, apondo, em todos os documentos, seu visto.

✓ Cumprir e executar a política de gestão do Avante Social e da Unidade;

✓ Cumprir e fazer cumprir as legislações trabalhistas, normas e códigos externos e regulamentos internos, bem como seguir as instruções contidas no Código de Ética;

✓ Manter um rigoroso comportamento ético e zelar pela conduta ética dos profissionais em geral;

✓ Zelar pela conservação dos edifícios, instalações, equipamentos, móveis, máquinas, instrumentos e obter a maior adequação possível de seu uso;

✓ Divulgar aos colaboradores e demais profissionais o Organograma, Missão, Visão e Valores;

✓ Visualizar, planejar, organizar, comandar, orientar, delegar e controlar os setores de atuação;

✓ Estabelecer o processo de avaliação permanente aos setores sob seu comando, propondo medidas que visem à melhoria contínua na prestação de assistência humanizada e de qualidade ao usuário;

✓ Elaborar o planejamento estratégico a médio e longo prazo;

✓ Tomar todas as providências para que os colaboradores e profissionais trabalhem com segurança e tenham sua saúde física e psíquica constantemente preservada;

✓ Manter contato constante com os responsáveis das áreas ligadas à sua diretoria e com as demais áreas e diretorias;

✓ Analisar os relatórios mensais, mantendo os dados gerais da Unidade atualizados para a tomada de decisões;

✓ Participar ou integrar de comissões que venham a ser criadas sempre que os assuntos pertinentes a administração ou a elas relacionadas;

✓ Participar, convocar e presidir reuniões, sempre que necessário, com seus subordinados diretos ou outros profissionais transcrevendo em ata as decisões tendo em vista a qualidade da assistência, as necessidades dos Serviços e os programas de melhoria continuam da assistência prestada;

✓ Participar e realizar periodicamente o processo seletivo e as avaliações, conforme necessidade e cronograma, e acompanhar o desenvolvimento dos funcionários dos setores de atuação de acordo com a Política de Gestão de Pessoas com foco na Gestão por Competências;

## **III. Coordenação Assistencial**

- ✓ Planejar, coordenar, implantar e avaliar a execução dos procedimentos de enfermagem, visando promover, preservar, recuperar e reabilitar a saúde individual ou coletiva, nas diversas unidades, isto assegurando uma assistência de Enfermagem humanizada e de qualidade;
- ✓ Planejar as atividades de Enfermagem, visando à satisfação das necessidades básicas dos usuários, identificando-as, qualificando-as e distribuindo-as conforme as equipes, turnos e horários pré-definidos pela instituição;
- ✓ Orientar no desenvolvimento de métodos de controle administrativo, técnico, operacional e ético sobre as diversas atividades de Enfermagem;
- ✓ Estabelecer sistemas de supervisão de enfermagem, associando-os aos processos de controle e educação.
- ✓ Cumprir e executar a política de gestão do Avante Social e da Unidade;
- ✓ Cumprir e fazer cumprir as legislações trabalhistas, normas e códigos externos e regulamentos internos, bem como seguir as instruções contidas no Código de Ética;
- ✓ Manter um rigoroso comportamento ético e zelar pela conduta ética dos profissionais em geral;
- ✓ Zelar pela conservação dos edifícios, instalações, equipamentos, móveis, máquinas, instrumentos e obter a maior adequação possível de seu uso;
- ✓ Divulgar aos colaboradores e demais profissionais o Organograma, Missão, Visão e Valores;
- ✓ Administrar a Unidade, assegurando a regularidade de seu funcionamento, mediante as responsabilidades contratuais estabelecidas e de acordo com o regulamento, regimento das unidades assistenciais, regimento das unidades administrativas, regimentos de unidades de apoio, procedimento de gestão e instruções de trabalho;
- ✓ Visualizar, planejar, organizar, comandar, orientar, delegar e controlar os setores de atuação;
- ✓ Estabelecer o processo de avaliação permanente aos setores sob seu comando, propondo medidas que visem à melhoria contínua na prestação de assistência humanizada e de qualidade ao usuário;
- ✓ Elaborar o planejamento estratégico a médio e longo prazo;
- ✓ Tomar todas as providências para que os colaboradores e profissionais trabalhem com segurança e tenham sua saúde física e psíquica constantemente preservada;
- ✓ Manter em dia os registros e alvarás dos serviços que exigirem providências;
- ✓ Manter contato constante com os responsáveis das áreas ligadas a sua diretoria e com as demais áreas e diretorias;
- ✓ Analisar os relatórios mensais, mantendo os dados gerais da Unidade atualizados para a tomada de decisões;
- ✓ Participar ou integrar de comissões que venham a ser criadas sempre que os assuntos pertinentes a administração ou a elas relacionadas;
- ✓ Participar, convocar e presidir reuniões, sempre que necessário, com seus subordinados diretos ou outros profissionais transcrevendo em ata as decisões tendo em vista a qualidade da assistência, as necessidades dos Serviços e os programas de melhoria contínuos da assistência prestada;
- ✓ Participar e realizar periodicamente o processo seletivo e as avaliações, conforme necessidade e cronograma, e acompanhar o desenvolvimento dos funcionários dos setores de atuação de acordo com a Política de Gestão de Pessoas com foco na Gestão por Competências;
- ✓ Estabelecer e avaliar sistemas de controle de pessoal, materiais e equipamentos;

#### **IV. Diretor Técnica - médica**

- ✓ Realizar as atividades que o Diretor Administrativo lhe confiar;
- ✓ Selecionar os prestadores de serviços médicos, definindo e provendo recursos humanos necessários ao atendimento médico nas diversas unidades de internação, ambulatório e apoio, visando cuidado integral ao usuário;
- ✓ Manter, de cada médico, prontuário completo onde conste ao menos: Credenciamento ao Corpo Clínico médico, cópia autenticada de toda a documentação constante do artigo e incisos do presente regulamento, documentos sobre possíveis ocorrências e comprovante de pagamento das anuidades ao Conselho Regional de Medicina.
- ✓ Gerenciar, elaborar e divulgar as escalas de plantão das equipes médicas, bem como fazê-las cumprir;
- ✓ Orientar no desenvolvimento de métodos de controle administrativo, técnico, operacional e ético sobre as diversas atividades do Corpo Clínico Médico;
- ✓ Estabelecer sistemas de supervisão médica, associando-os aos processos de controle e educação;
- ✓ Atender a convocação dos poderes públicos competentes, sempre que solicitado, para prestar informações.
- ✓ Cumprir e executar a política de gestão do Avante Social e da Unidade;
- ✓ Cumprir e fazer cumprir as legislações trabalhistas, normas e códigos externos e regulamentos internos, bem como seguir as instruções contidas no Código de Ética;
- ✓ Manter um rigoroso comportamento ético e zelar pela conduta ética dos profissionais em geral;
- ✓ Zelar pela conservação dos edifícios, instalações, equipamentos, móveis, máquinas, instrumentos e obter a maior adequação possível de seu uso;
- ✓ Divulgar aos colaboradores e demais profissionais o Organograma, Missão, Visão e Valores;
- ✓ Visualizar, planejar, organizar, comandar, orientar, delegar e controlar os setores de atuação;
- ✓ Estabelecer o processo de avaliação permanente aos serviços sob seu comando, propondo medidas que visem à melhoria contínua na prestação de assistência humanizada e de qualidade ao usuário;
- ✓ Elaborar o planejamento estratégico a médio e longo prazo;
- ✓ Tomar todas as providências para que os colaboradores e profissionais trabalhem com segurança e tenham sua saúde física e psíquica constantemente preservada;
- ✓ Manter contato constante com os responsáveis das áreas ligadas à sua diretoria e com as demais áreas e diretorias;
- ✓ Analisar os relatórios mensais, mantendo os dados gerais da Unidade atualizados para a tomada de decisões;
- ✓ Participar ou integrar de comissões que venham a ser criadas sempre que os assuntos pertinentes a administração ou a elas relacionadas;
- ✓ Participar, convocar e presidir reuniões, sempre que necessário, com seus subordinados diretos ou outros profissionais transcrevendo em ata as decisões tendo em vista a qualidade da assistência, as necessidades dos Serviços e os programas de melhoria contínua da assistência prestada;
- ✓ Dar pareceres e informações para expedientes e processos relativos à medicina;

#### **V. Equipe Assistencial e Operacional**

- ✓ Realizar as atividades que o Diretor Administrativo e/ou Diretor Operacional lhe confiar;
- ✓ Atender a convocação dos poderes públicos competentes, sempre que solicitado, para prestar informações.
- ✓ Cumprir e executar a política de gestão do Avante Social e da Unidade;
- ✓ Cumprir e fazer cumprir as legislações trabalhistas, normas e códigos externos e regulamentos internos, bem como seguir as instruções contidas no Código de Ética;
- ✓ Manter um rigoroso comportamento ético e zelar pela conduta ética dos profissionais em geral;
- ✓ Zelar pela conservação dos edifícios, instalações, equipamentos, móveis, máquinas, instrumentos e obter a maior adequação possível de seu uso;
- ✓ Divulgar aos colaboradores e demais profissionais o Organograma, Missão, Visão e Valores;
- ✓ Visualizar, planejar, organizar, comandar, orientar, delegar e controlar os setores de atuação;
- ✓ Estabelecer o processo de avaliação permanente aos serviços sob seu comando, propondo medidas que visem à melhoria contínua na prestação de assistência humanizada e de qualidade ao usuário;
- ✓ Elaborar o planejamento estratégico a médio e longo prazo;
- ✓ Tomar todas as providências para que os colaboradores e profissionais trabalhem com segurança e tenham sua saúde física e psíquica constantemente preservada;
- ✓ Manter contato constante com os responsáveis das áreas ligadas à sua diretoria e com as demais áreas e diretorias;
- ✓ Analisar os relatórios mensais, mantendo os dados gerais da Unidade atualizados para a tomada de decisões;
- ✓ Participar ou integrar de comissões que venham a ser criadas sempre que os assuntos pertinentes a administração ou a elas relacionadas;
- ✓ Participar, convocar e presidir reuniões, sempre que necessário, com seus subordinados diretos ou outros profissionais transcrevendo em ata as decisões tendo em vista a qualidade da assistência, as necessidades dos Serviços e os programas de melhoria contínua da assistência prestada.

#### **6.11.7.2 Titulação da diretoria**

Em relação à titulação dos membros da direção da unidade, considerando que a proponente ainda não desenvolve atividades na Unidade, no Município de Votorantim/SP, o Avante Social compromete-se a contratar para os cargos da direção, os profissionais com a seguinte titulação:

- I. **Diretor geral:** Graduação em Administração Hospitalar ou Enfermagem ou Medicina, ou Graduação em Administração com Pós-Graduação em Administração Hospitalar, e/ou especialização em Gestão em Saúde ou Saúde Coletiva, ou áreas correlatas;
- II. **Diretor Administrativo e Financeiro:** Graduação em Administração, Ciências Contábeis, Gestão Financeira, Finanças e áreas correlatas; e Pós-Graduação em Administração Hospitalar, Controladoria e Finanças e/ou áreas correlatas;
- III. **Coordenador Assistencial:** Graduação em Enfermagem, com Pós-Graduação em Gestão em Saúde; Saúde Coletiva, ou áreas correlatas;
- IV. **Diretor Médico RT:** Graduação em Medicina, com Especialização em Gestão em Saúde; Saúde Coletiva e/ou Administração Hospitalar, ou áreas correlatas.

#### **6.11.7.3 Recursos Humanos**

Para a execução do serviço, a unidade contará com os seguintes profissionais:

**a) Equipe médica**

ESPECIALIDADE	QTDE	CARGA HORÁRIA	TURNO	VALOR UNITÁRIO	TOTAL MENSAL
Clínico Geral	4	12 horas	Dia	R\$ 1.600,00	R\$ 195.200,00
Pediatra	1	12 horas	Dia	R\$ 1.600,00	R\$ 48.800,00
Clínico Geral	3	12 horas	Noite	R\$ 1.700,00	R\$ 155.550,00
Pediatra	1	12 horas	Noite	R\$ 1.700,00	R\$ 51.850,00
Pediatra (sábado, domingos e feriados)	1	7 horas	15h às 22h	R\$ 1.800,00	R\$ 17.100,00
Pediatra (segunda a sexta-feira)	1	7 horas	15h às 22h	R\$ 1.600,00	R\$ 35.200,00
Médico RT	1	20 horas	Dia	R\$ 15.000,00	R\$ 15.000,00
					<b>R\$ 518.700,00</b>

**b) Equipe técnica**

CARGO	QTDE	JORNADA	FORMAÇÃO	VÍNCULO	SALÁRIO TOTAL INICIAL
Enfermeiro	4	12X36 DIA	Ensino Superior em Enfermagem e registro no Conselho de Classe	CLT	R\$ 3.830,43
Enfermeiro	4	12X36 NOITE	Ensino Superior em Enfermagem e registro no Conselho de Classe	CLT	R\$ 4.476,28
Auxiliar de Enfermagem	16	12X36 DIA	Ensino Médio e curso de Auxiliar de Enfermagem Completo	CLT	R\$ 1.933,40
Auxiliar de Enfermagem	14	12X36 NOITE	Ensino Médio e curso de Auxiliar de Enfermagem Completo	CLT	R\$ 2.237,78
Farmacêutico	2	12X36 DIA	Ensino Superior em Farmácia e registro no Conselho de Classe	CLT	R\$ 3.567,34
Farmacêutico	2	12X36 NOITE	Ensino Superior em Farmácia e registro no Conselho de Classe	CLT	R\$ 4.165,83
Limpeza	4	12X36 DIA	Ensino Fundamental Completo	CLT	R\$ 1.926,80
Limpeza	4	12X36 NOITE	Ensino Fundamental Completo	CLT	R\$ 2.186,36
Controlador de acesso	2	12X36 DIA	Ensino Fundamental Completo	CLT	R\$ 1.684,40
Controlador de acesso	2	12X36 NOITE	Ensino Fundamental Completo	CLT	R\$ 1.943,96
Administrativo	6	12X36 DIA	Ensino Médio Completo	CLT	R\$ 2.035,84
Administrativo	4	12X36 NOITE	Ensino Médio Completo	CLT	R\$ 2.358,66
Auxiliar de recursos humanos	1	40h	Ensino Médio Completo	CLT	R\$ 1.872,80
Auxiliar de faturamento	1	40h	Ensino Médio Completo	CLT	R\$ 1.872,80
Auxiliar de financeiro	1	40h	Ensino Médio Completo	CLT	R\$ 1.872,80
Comprador	1	40h	Ensino Médio Completo	CLT	R\$ 3.142,40
Almoxarife	1	40h	Ensino Médio Completo	CLT	R\$ 1.872,80
Técnico em segurança do trabalho	1	40h	Ensino Médio-Técnico Completo	CLT	R\$ 3.142,40
Assistente Social	3	30h/dia	Ensino Superior em Serviço Social e registro no Conselho de Classe	CLT	R\$ 3.429,17
Oficial de manutenção	1	40H	Ensino Médio Completo	CLT	R\$ 2.084,80
Coordenador de Enfermagem	1	40H	Ensino Superior em Enfermagem e registro no Conselho de Classe	CLT	R\$ 5.591,96
Coordenador Administrativo	1	40H	Ensino Superior em Administração, Administração/Gestão Hospitalar ou áreas correlatas	CLT	R\$ 4.976,32
<b>TOTAL</b>	<b>76</b>				

## 7 – CAPACIDADE INSTALADA

### 7.1 – Equipe de Profissionais Permanente da OSC (Área-Meio)

Nome	Formação	Função na Entidade	Carga Horária Semanal de Trabalho
Viviane Tompe Souza Mayrink	Direito, Administração e Gestão Empresarial	Presidente	40 horas
Jorge Luiz da Cruz Junior	Administração	Diretor de Mobilização de Recursos e Novas Parcerias	40 horas
Daniel Luiz de Araújo Correa	Ciências Contábeis.	Tesoureiro	40 horas
Agda Geralda Ferreira	Gestão Financeira.	Gerente do Setor Financeiro	40 horas
Elena Geralda Moreira	Jornalismo; Relações Públicas; MBA Gestão Estratégica de RH; Especialização Gestão de Projetos.	Gerente do Departamento Humano e Organizacional - DHO	40 horas
Jorel Peterson Alves Baia	Engenharia de Segurança do Trabalho.	Gerente do Departamento de Segurança do Trabalho – SESMT.	40 horas
Geylton Langholz da Silva Pereira	Administração	Responsável Técnico em Administração	40 horas
José Orleans da Costa	Medicina	Referência Técnica em Medicina	40 horas
Lucineia Quintino	Enfermagem	Referência Técnica em Enfermagem	40 horas
Wagner Marotta	Farmácia	Referência Técnica em Farmácia	40 horas

7.2 – Estrutura Física: ( ) Própria ( ) Cedida ( ) Alugada (x) Outros ( )

### 7.3 – Instalações físicas (Sede administrativa):

4° andar	Almoxarifado
5° andar	Portaria/Jurídico/Prestação de Contas e Controladoria
6° andar	Presidência/Diretoria/Planejamento/Atendimento/Comercial/Comunicação e Marketing/Socioassistencial/Tecnologia da Informação TI. /Departamento de Humanização Organizacional – DHO /SESMT/Compras/Comunicação/MKT/Contabilidade.
8° andar	Área de Convivência/Restaurante

### Estrutura por cômodos

Cômodo	Quantidade	Tipo de Atividades Desenvolvidas no Espaço
Sala da Presidência	1	Firmar convênios e parcerias; atos necessários à consecução das finalidades da Associação/Instituto.
Sala do Diretor Financeiro	1	Controlar e avaliar os planos de captação de recursos e estrutura de capital; planejamento financeiro; gerenciamento de risco.

Sala de Reunião	4	Reunião da diretoria; setor; capacitação; parcerias; fornecedores.
Sala de Licitações	1	Análise de editais: laboração de propostas, parcerias e planos de trabalho
Sala do Financeiro	1	Administração dos recursos financeiros da empresa; gestão de patrimônio.
Salão	1	Planejamento; T.I; Atendimento/Comercial; Socioassistencial; DHO; SESMT; Compras; Comunicação/MKT
Sala do Departamento Pessoal e Contabilidade	1	Admissão; Compensação e Desligamento. Planejamento tributário; análise de desempenho; gestão de riscos: trabalhistas, tributários ou financeiros; cumprimento das leis e recolhimento devidos impostos.
Sala do Jurídico	1	Receber e atender às requisições de outros setores; gerenciar contratos, procurações; acompanhar processos judiciais e extrajudiciais; requisitar certidões, alvarás e licenças; realizar a gestão societária; proteger dados e informações
Sala Prestação de Contas e Controladoria	1	análise da saúde financeira da empresa, pois reúne dados sobre cada transação, investimento, receitas e custos.
Almoxarifado	1	Recebimento dos materiais; classificação dos materiais recebidos; armazenagem dos itens; distribuição interna de materiais; movimentação e transporte de materiais.
Banheiros	5	Cuidados de higiene pessoal.
Cozinha	1	Preparação de lanches e cafés para as reuniões; espaço para armazenamento de alimentos; refeição dos funcionários.
Recepção	1	Recepcionar membros da comunidade e visitantes procurando identificá-los averiguando suas pretensões para prestar-lhes informações e/ou encaminhá-los a pessoas ou setor procurados; atender chamadas telefônicas; anotar recados; prestar informações; correspondências.
Áreas Comuns/Restaurantes	1	Espaço de convivência e alimentação dos funcionários.

#### 7.4 – Equipamentos Disponíveis:

Na sede administrativa da entidade, são utilizados os seguintes equipamentos:

Nº	Tipo	Quantidade	Descrição uso no Serviço
01	Computadores Desk Top	150 unidades	Utilizado pela equipe da sede da Instituição, para a realização do trabalho.
02	Impressora Multifuncional	17 unidades	Utilizado pela equipe da sede da Instituição, para a realização do trabalho.
03	Teclados	200 unidades	Utilizado pela equipe da sede da Instituição, para a realização do trabalho.
04	Mouses	160 unidades	Utilizado pela equipe da sede da Instituição, para a realização do trabalho.
05	Projetores	3 unidades	Utilizado pela equipe da sede da Instituição, para a realização do trabalho.
06	Mesa de Escritório	214 unidades	Utilizado pela equipe da sede da Instituição, para a realização do trabalho.
07	Cadeiras	239 unidades	Utilizado pela equipe da sede da Instituição, para a realização do trabalho.
08	Armários	84 unidades	Utilizado pela equipe da sede da Instituição, para a realização do trabalho.
09	Geladeira	2 unidades	Utilizada na cozinha da Instituição para uso dos funcionários trabalhadores da Sede Administrativa.
10	Micro-ondas	5 unidades	Utilizada na cozinha da Instituição para uso dos funcionários trabalhadores da Sede Administrativa.
11	Lixeiras	70 unidades	Utilizado pela equipe da sede da Instituição, durante a realização do trabalho.
12	Televisão	1 unidade	Utilizado pela equipe da sede da Instituição, durante a realização do trabalho.

Salienta-se que os equipamentos disponíveis acima são de propriedade do Avante Social, não vinculados ao patrimônio da SESA Votorantim, nem incorporados ao Termo de Colaboração, sendo único e exclusivamente para uso nas rotinas administrativas e operacionais do Avante Social.

## **8 – MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO E SUSTENTABILIDADE DA PROPOSTA**

8.1 – Quais Técnicas de Monitoramento e Avaliação serão aplicadas durante a execução do objeto:

O Instituto Avante Social, atuará através de Estratégias de Monitoramento e Avaliação para contribuir com o aprimoramento do trabalho e alcance das metas estabelecidas, para tanto, disponibilizará a Assessoria de Monitoramento e a equipe de profissionais da Gerência de Planejamento da instituição, para acompanhamento das atividades, metas e avaliação conjunta dos indicadores de Resultados. Serão realizados:

- A) O preenchimento dos formulários, e planilhas e relatórios pela equipe técnica e o acompanhamento pela Referência Técnica e assessoria de monitoramento.
- B) Reuniões e visitas ao local de funcionamento do serviço.
- C) Envio de prestações de contas parciais, periodicamente.
- D) Mensalmente relatórios das atividades realizadas
- E) Apresentar prestação de contas final da utilização dos recursos financeiros.
- F) Utilização de pesquisa de satisfação com o público destinatário do serviço, funcionários e rede de proteção social municipal.

O Instituto Avante Social realiza através do setor de Planejamento e Monitoramento, a identificação e correção de falhas para a melhoria contínua da execução dos serviços através de ações corretivas e preventivas. Destacamos a seguir as ações, conforme os procedimentos da Instituição:

### **Identificação e Registro de Não Conformidades**

Qualquer pessoa da instituição pode identificar uma não conformidade como resultado de:

- Falhas na execução de atividades de rotina;
- Auditorias (internas e externas);
- Revisões gerenciais;
- Investigações de reclamações;
- Ou qualquer outra origem;

Posterior a identificação da não conformidade, esta deverá ser reportada por e-mail ao gestor da área responsável pelo processo comprometido, que deve reagir à não conformidade de forma a tomar ações de controle, mitigação e correção imediatas, e ainda, lidar com as consequências se houver.

Em seguida o gestor responsável pelo identificador da não conformidade deve abrir o registro da não conformidade no sistema para análise do gestor de qualidade que deve avaliar a necessidade de implementar ações para eliminar a (as) causa a (as) causas da não conformidade, a fim de que ela não se repita ou ocorra em outro lugar.

Nesta análise será considerado o impacto da não conformidade nos processos de trabalho, seguindo as seguintes perguntas:

- a) O evento compromete a imagem da instituição frente aos clientes, parceiros ou outras instituições legais?
- b) O evento causa algum dano passível de ações administrativas, compromete certificações ou habilitações técnicas, descredenciamento, rescisão contratual, gera despesas ou desperdícios, entre outros?
- c) O evento representa falha recorrente ou sistêmica de processo ou fluxo ou qualidade de informação?

d) O evento compromete o cumprimento de metas e entregas previstas em plano de trabalhos e propostas técnicas?

Caso a resposta para alguma das perguntas anteriores seja SIM, o evento deve ser considerado como uma não conformidade passível de implementação de ação corretiva e deve ser documentado e tratado no sistema com acompanhamentos de ações corretivas em plano de ação.

Caso a resposta para todas as perguntas seja NÃO, o evento deve ser considerado uma oportunidade de melhoria e pode ser eventualmente utilizado, se necessário como contribuição de alguma investigação futura.

Pedidos de alterações, correções ou ajustes decorrentes de revisão de análises de processos ou relatório de inspeção, ou ainda falhas pontuais nas rotinas de trabalho também não devem ser registradas como não conformidades passíveis de ações corretivas. Nas situações descritas acima, o gestor responsável pela pessoa que identificou a falha deve orientá-la sobre as medidas adotadas, não havendo necessidade de abrir uma não conformidade no sistema para acompanhamento e implementação de ações corretivas.

#### **Não conformidades provenientes de auditorias internas ou externas**

Posterior ao recebimento do relatório de auditoria interna ou externa, o gestor da área auditada, deve realizar o registro das não conformidades e seguir o acompanhamento de implementação de ações corretivas. Todas as recomendações presentes no relatório de auditoria devem ser criteriosamente endereçadas, cabendo ao gestor da área auditada correlacionar e agrupar temas semelhantes antes de realizar a consolidação das ações corretivas a serem implementadas. Caso a não conformidade identificada esteja relacionada a processo de trabalho de outra área, o responsável pela área auditada deve informar o gestor da área responsável pelo processo em questão, para que o gestor faça o registro da não conformidade no sistema e acompanhe o processo de implementação de ação corretiva. É de responsabilidade do Gestor da Qualidade abrir, controlar e monitorar as atividades dentro do plano de ação correspondente para atender as demandas registradas pela auditoria.

#### **Não conformidades provenientes de Revisões Gerenciais**

Não conformidades identificadas durante o processo de revisões gerenciais realizados pela Gestão de Qualidade, conforme procedimento específico desta atividade, devem ter a necessidade de implementação de ações corretivas determinadas na própria reunião de alinhamento com registro em Ata.

#### **Não conformidades planejadas**

Em situações que a Gestão de qualidade junto à Gestão de área identificar a necessidade de executar determinada atividade ou processo sob sua atribuição contrariando aspectos previstos em planos de trabalho e propostas técnicas ou outras situações atípicas, a área responsável deve realizar uma análise de risco identificando potenciais ameaças e estabelecendo ações de controle necessárias a mitigação dos riscos identificados. Tais situações devem ser registradas no sistema seguidas de acompanhamento de implementações de ações corretivas.

#### **Abertura ou Registro de não conformidade e acompanhamento de Ações Corretivas**

Sempre que for identificada uma não conformidade com a implementação de ações corretivas, o gestor da área responsável, ou pessoa designada, deve registrar no sistema com detalhes e objetividade a demanda. A descrição da demanda deve ser feita no campo apropriado e deve conter os fatos que justificam a abertura da ocorrência, evitando juízo de valor e contendo todos os detalhes relacionados à não conformidade identificada. Caso haja o envolvimento de outras áreas, o gestor da área ou pessoa por ele designada, deve registrar a manifestação das demais áreas e articular seu envolvimento, caso necessário, na implementação de ações corretivas.

#### **Análise de Risco e Investigação de Causa Raiz**

Durante a investigação das não conformidades, o responsável designado deve realizar uma análise de risco a fim de verificar se a não conformidade causou ou tem potencial para causar falha sistêmica no SGQ ou ainda se pode resultar em falhas nos processos de controle e monitoramento da qualidade.

Todo processo de investigação e definição de ações corretivas deve ser conduzido de maneira que as medidas adotadas sejam proporcionais ao risco atribuído à não conformidade. Para a análise de risco e investigação de causa raiz, diversas técnicas podem ser empregadas, por exemplo: Diagrama de Causa e Efeito de Espinha de Peixe/Ishikawa: Esta ferramenta recorre ao uso de diagramas que mostram as causas de um evento específico. Um investigador pode agrupar as causas em categorias principais para identificar as fontes de variação. Estas categorias podem incluir:

- 1) Pessoas,
- 2) Métodos,
- 3) Máquinas (computadores etc.),
- 4) Materiais,
- 5) Medições e
- 6) Ambiente.

A criação de um diagrama que avalia a possível contribuição de cada uma dessas categorias geralmente revela a causa da não conformidade. A análise de 5 porquês (5 Whys analysis): O objetivo desta análise é rastrear a cadeia de causalidade em incrementos diretos do efeito através de quaisquer camadas de abstração para uma causa que tem alguma conexão com o problema original.

Por exemplo, se o problema é que os inspetores estão emitindo relatórios em desacordo com os procedimentos vigentes, o Responsável pela investigação perguntaria: 1) por quê? - Um exemplo de resposta pode ser “as informações contidas no procedimento não são claras”. Então, o Responsável pela Ação Corretiva perguntaria: 2) por quê? - Um exemplo de resposta para isso é “há necessidade de repetir a mesma informação em lugares distintos, podendo gerar erro”. O Responsável pela Ação Corretiva perguntaria: 3) por quê? Isso continuaria para detalhar a principal causa do problema. Isso pode exigir mais de 5 porquês (usualmente são utilizados de 3 a 5 porquês).

As ferramentas citadas acima são apenas exemplos, seu uso não é mandatório podendo ser utilizadas quaisquer técnicas e ferramentas de qualidade que o responsável pela investigação esteja apto a usar e considerar adequadas. É possível supor que para algumas não conformidades, a causa raiz pode não ser tão bem definida como se espera. Em certos casos a falha é atribuída em circunstâncias imprevisíveis, onde a área não tem controle. Desta forma é preciso que as conclusões e as razões sempre estejam bem embasadas e documentadas. O resultado da investigação pode concluir que uma ou mais causas contribuíram pela ocorrência da não conformidade. Todas as informações referentes a análise de risco e a investigação precisam ser registradas dentro do sistema nos respectivos campos, bem como a causa atribuída a não conformidade. Como produto da investigação a causa atribuída a não conformidade.

No caso de não conformidades planejadas, não é esperado que haja análise de causa raiz. Os responsáveis devem fazer uma avaliação do contexto que levou a situação atípica e realizar uma análise de risco identificando os potenciais riscos e ameaças associadas à condição da não conformidade.

### **Proposição de Ações Corretivas e Método de Verificação de Efetividade**

O responsável designado para conduzir a investigação, após a identificação da (s) causa (s), sempre que necessário deverá apresentar ao gestor da área responsável propostas de ações corretivas. No caso de mais de uma causa, o responsável designado deve propor uma ação corretiva para cada uma das causas identificadas. Todas as ações corretivas devem ter como objetivo a resolução sistêmica das não conformidades, a fim de evitar sua recorrência.

Nesta condução é preciso assegurar que os seguintes aspectos sejam considerados: • A ação proposta elimina ou estabelece controles apropriados sobre a causa da não conformidade?

- A ação proposta contempla todos os serviços e processos afetados?
- A ação proposta afeta outros serviços ou processos?
- É possível concluir a ação em tempo hábil?
- A ação é proporcional ao risco atribuído à não conformidade?
- A ação proposta insere novos riscos ou a possibilidade de ocorrência de novas não conformidades?

Posterior a definição das ações corretivas a serem implementadas, o responsável designado deve também sugerir um método para verificação da efetividade destas ações na mitigação das causas da não conformidade. O método de verificação da efetividade não se resume a verificação de implementação da ação corretivas, mas sim demonstrar que as ações corretivas além de implementadas foram eficazes para evitar a recorrência de não conformidades similares à não conformidade que originou o registro. É importante estabelecer um período de verificação dos processos e das atividades, por um período determinado, avaliando se o problema de fato foi sanado com sucesso. Todas as ações corretivas proposta bem como o método de verificação de efetividade deve ser aprovados pelo gestor da qualidade e se necessário por instancias superiores. A avaliação da efetividade das ações corretivas deve considerar os seguintes aspectos:

- O problema foi tratado de forma precisa e de forma a evitar recorrências?
- O problema foi tratado de forma exaustiva em toda a sua extensão?
- A causa do problema foi efetivamente identificada e mitigada?
- A ação corretiva foi devidamente definida, planejada, documentada, verificada, validada e implementada conforme pretendido?

Posterior a aprovação do gestor de qualidade, o responsável designado deve registrar as ações propostas, datas previstas para implementação de cada ação e métodos de verificação de efetividade das ações dentro do sistema. No caso de não conformidade planejadas, não são propostas ações corretivas e sim ações para mitigar os riscos identificados pelo período que perdurar a não conformidade planejada. Ações de mitigação devem ser registradas nos respectivos campos dentro do sistema

#### **Implementação das ações corretivas e verificação de efetividade**

O responsável designado deve acompanhar a implementação das ações corretivas propostas, garantindo o atendimento aos prazos estipulados e registrando as evidências e datas em que as ações foram efetivamente implementadas. Todo o acompanhamento deverá ser realizado pelo sistema de registro de não conformidades. Caso haja alguma condição ou situação que impeça a implementação da ação corretiva, uma nova data será planejada, posterior a análise da justificativa de não cumprimento da data anterior que deverá ser registrada no sistema. O setor de qualidade é responsável pela verificação da implementação da ação corretiva e atualização da situação individual de cada ação corretiva. Após a implementação das ações corretivas o método estabelecido de verificação de efetividade deve ser executado. Caso a verificação da efetividade sinalize a existência de recorrência da mesma não conformidade ou ocorrência de nova não conformidade associada a original, resultando na necessidade de nova investigação e/ou implementação de ações corretivas adicionais, uma nova não conformidade deverá ser aberta no sistema de registro, fazendo referência a não conformidade anterior. Quando a avaliação de efetividade for satisfatória, a não conformidade pode ser concluída, após avaliação da efetividade pelo setor de qualidade

#### **Avaliação de efetividade da ação corretiva e Encerramento da não conformidade**

O setor de qualidade é responsável pela supervisão da implementação das ações corretivas propostas, avaliação de efetividade (após a verificação do setor responsável) e atualização da situação da não conformidade no sistema, podendo ser considerada como:

- Aberta: a áreas responsável iniciou a tratativa da não conformidade, onde as ações corretivas e de mitigação ainda não foram implementadas ou foram implementadas parcialmente;
- Aguardando verificação da efetividade: a área responsável concluiu satisfatoriamente a implementação das ações corretivas propostas, todavia, ainda não finalizou a avaliação de efetividade;
- Encerrada: ações corretivas e mitigação foram integralmente implementadas e a verificação da efetividade foi feita pela área técnica, demonstrando a efetividade das ações propostas;
- Encerrada com abertura de novo registro de não conformidade e acompanhamento de ação corretiva: a verificação da efetividade indicou a recorrência da mesma não conformidade ou ocorrência de nova não conformidade associada à original. No caso de não conformidades planejadas, esta situação deve ser assinalada quando forem identificadas intercorrências que demandem abertura de novo registro de não conformidade. Informações relacionadas a avaliação da efetividade devem ser registradas pelo setor de qualidade no campo de observações do setor de qualidade. Os registros de ações corretivas abertos em função

de recomendação de auditorias internas devem ser avaliados e ter seus status atualizados pelo auditor líder da respectiva auditoria que gerou a recomendação.

### **Prazos**

Depois de identificada e registrada a não conformidade, é recomendável o prazo de 30 dias para investigação, proposição de ações corretivas, aprovação e implantação das ações corretivas.

É possível que algumas ações corretivas mais complexas, que envolvam transformações e alterações significativas de processos de trabalho possam levar mais tempo. Neste caso, uma justificativa para a dilação do prazo proposto deve ser registrada no sistema.

### **Monitoramento dos registros de não conformidade e acompanhamento de ações corretivas**

O setor de qualidade é responsável pelo monitoramento dos registros desde a sua abertura, verificando o correto preenchimento de todos os campos previstos, até o seu encerramento. Semanalmente, o colaborador designado deve fazer um levantamento da situação de todas as não conformidade registradas junto ao acompanhamento de todas as ações corretivas para identificar a existência de novos registros de não conformidade, necessidades de correções ou ajustes de registros preenchidos ou ações que estejam próximo do vencimento ou vencidas, bem como atualizar a situação das não conformidades. Caso sejam identificadas ações (corretivas, de mitigação ou verificação de efetividade) vencidas a ou a menos de uma semana para vencimento, o colaborador designado deve encaminhar um comunicado digital ao responsável pela não conformidade para que este implemente a ação ou verificação da efetividade. O responsável deve ser orientado para que, caso não seja possível a implementação na data prevista, atualize o registro com anova data, incluído a justificativa para não atendimento à data proposta inicialmente.

### **8.2 – Sustentabilidade da Proposta:**

Por se tratar de serviço essencial, de caráter ininterrupto, o objeto desta contratação por si só garante a sustentabilidade do projeto.

A partir do repasse dos recursos necessários à execução do serviço, o município de Votorantim garantirá a plenitude do gerenciamento e operacionalização dos serviços de saúde junto à Unidade de Pronto Atendimento 24 horas – UPA Central.

## **9 – CRONOGRAMA FÍSICO DE EXECUÇÃO DO OBJETO**

### **9.1 Metas e indicadores**

<b>PLANO OPERATIVO - UPA 24H Central</b>		
<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>Nº PROCEDIMENTOS</b>	
	Mensal	Anual
Diagnóstico em Laboratório Clínico	6000	72.000
Diagnóstico por Radiologia	3000	36.000
Diagnóstico por Tomografia	200	2.400
Diagnóstico por Teste Rápido	100	1.200
Consultas / atendimentos / acompanhamentos	10.000	120.000
Pequenas Cirurgias e cirurgias de pele, tecido subcutânea e mucosa	200	2.400
<b>TOTAL</b>	<b>19.500</b>	<b>234.000</b>

A avaliação da ORGANIZAÇÃO quanto ao alcance de metas quantitativas será feita com base na Produção Mensal de Atendimentos.

No primeiro mês de atividade da Organização Social, a produção assistencial não será objeto de cobrança de meta, por ser correspondente à fase de implantação do Termo de Colaboração

## Indicadores

### Quantitativos

PROCEDIMENTO	Nº PROCEDIMENTOS	Mínimo de Procedimentos		Máximo de Procedimentos	
		(% e Absoluta)		(% e Absoluta)	
Diagnóstico em Laboratório Clínico	6000				
Diagnóstico por Radiologia	3000				
Diagnóstico por Tomografia	200				
Diagnóstico por Teste Rápido	100				
Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	10000				
Pequenas Cirurgias e cirurgias de pele, tecido subcutânea e mucosa	200				
	<b>19.500</b>	<b>85%</b>	<b>16.490</b>	<b>115%</b>	<b>22.310</b>

### Qualitativos

#### Indicadores de Desempenho da UPA 24h

##### METAS QUALITATIVAS

INDICADORES	FÓRMULA	FONTE AVALIAÇÃO	Avaliação			
			Ruim	Regular	Bom	Ótimo
Tempo médio de espera (minutos) para atendimento dos pacientes classificados vermelho	$\Sigma$ tempo de espera dos pacientes classificados "vermelhos" / n.º de pacientes classificados "vermelhos"	Boletins de atendimento	Acima de 6 min	Entre 4 e 6 min	Entre 2 e 4 min	Abaixo de 2 min
Pontuação			0	4	7	9
Tempo médio de espera (minutos) para atendimento dos pacientes classificados laranja	$\Sigma$ tempo de espera dos pacientes classificados "laranjas" / n.º de pacientes classificados "laranjas"	Boletins de atendimento	Acima de 5 min	entre 10 e 15 min	Entre 5 e 10 min	Abaixo de 5 min
Pontuação			0	4	7	9
Tempo médio de espera (minutos) para atendimento dos pacientes classificados amarelo	$\Sigma$ tempo de espera dos pacientes classificados "amarelos" / n.º de pacientes classificados "amarelos"	Boletins de atendimento	Acima de 120 min	Entre 60 e 120 min	Entre 30 e 60 min	Abaixo de 30 min
Pontuação			0	4	7	9

Tempo médio de espera (minutos) para atendimento dos pacientes classificados verdes	$\Sigma$ tempo de espera dos pacientes classificados "verdes" / n.º de pacientes classificados "verdes"	Boletins de atendimento	Acima de 360 min	Entre 240 e 360 min	Entre 120 e 240 min	Abaixo de 120 min
Pontuação			0	4	7	9
Tempo médio de espera (minutos) para atendimento dos pacientes classificados azul	$\Sigma$ tempo de espera dos pacientes classificados "azuis" / n.º de pacientes classificados "azuis"	Boletins de atendimento	Acima de 420 min	Entre 360 e 420 min	Entre 240 e 360 min	Abaixo de 240 min
Pontuação			0	4	7	9
Satisfação do Usuário (Taxa de satisfação do usuário - conceitos ótimo, muito bom e bom)	Conceitos ótimo, muito bom e bom / pacientes entrevistados	Pesquisa de Satisfação realizada pela Organização	Abaixo de 60%	Entre 60% e 75%	Entre 75% e 85%	Acima de 85%
Pontuação			0	4	7	9
Indisponibilidade de métodos e diagnósticos (laboratoriais, tomografias, radiológicos e eletrocardiograma) em dias	N.º de dias de indisponibilidade de métodos diagnósticos (laboratoriais, radiológicos e eletrocardiograma)	Organização	Acima de 2 dias	Entre 1 e 2 dias	Menos de 1 dia (horas)	0
Pontuação			0	4	7	9
Ausência no quadro de profissional por hora - Médico	N.º de horas de falta do profissional conforme escala médica	Organização (escalas e ponto biométrico)	Acima de 36 h	De 36 até 12 h	Menos de 12 h	Zero
Pontuação			0	4	7	10
Ausência no quadro de profissional por hora-Enfermagem	N.º de horas de falta do profissional conforme escala de enfermagem	Organização (escalas e ponto biométrico)	Acima de 36 h	De 36 até 12 h	Menos de 12 h	Zero
Pontuação			0	4	7	9
Ausência no quadro de profissional por hora-Administrativo	N.º de horas de falta do profissional conforme escala administrativa	Organização (escalas e ponto biométrico)	Acima de 36 h	De 36 até 12 h	Menos de 12 h	Zero
Pontuação			0	4	7	9
Ausência no quadro de profissional por hora-Higienização	N.º de horas de falta do profissional conforme escala de higienização	Organização (escalas e ponto biométrico)	Acima de 36 h	De 36 até 12 h	Menos de 12 h	Zero
Pontuação			0	4	7	9

### Cronograma de implantação

Nº	ATIVIDADES	MÊS											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Manutenção predial e adequações necessárias	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2	Estruturação de móveis e equipamentos	X	X	X									
3	Organização e implantação de documentações (formulários, atas de reuniões)		X	X	X								
4	Criação de Manual de Boas Práticas - CME		X										
5	Implantação, elaboração e padronização de formulários gráficos e não gráficos setoriais prontos e registro.	X	X	X									
6	Levantar perfil epidemiológico e necessidades da população	X	X	X									
7	Estabelecer junto com as equipes as políticas e protocolos de acordo com o perfil da unidade	X	X	X									
8	Realizar capacitação inicial das equipes	X	X	X	X								
9	Implantar protocolos de segurança do paciente		X	X									
10	Sistematizar monitoramento dos documentos implementados		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
11	Sistematizar as análises de não conformidades, ações de melhorias, envolvimento das áreas com feedbacks		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
12	Implantar e implementar o plano de contingência e gerenciamento de riscos		X										
13	Estabelecer cronograma de auditorias internas	X	X										
14	Realizar auditorias internas e ciclos de melhorias		X			X			X			X	
15	Auditoria e acompanhamento das metas		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
16	Descrição de editais e publicação, para contratação das equipes	X											
17	Contratação de fornecedores	X	X	X									
18	Diagnóstico situacional	X	X										
19	Organização de fluxos e protocolos	X	X	X	X								
20	Treinamentos e capacitações		X		X		X		X		X		X

## 10 – DETALHAMENTOS DA APLICAÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS

### NATUREZA DA DESPESA

CÓDIGO	ESPECIFICAÇÃO	TOTAL Mês 1 e 2 (R\$)	TOTAL Mês 3 a 8 (R\$)	TOTAL Mês 9 a 12 (R\$)
1	Pessoal	R\$ 323.146,19	R\$ 384.952,20	R\$ 360.279,88
2	Insumos Assistenciais	R\$ 193.000,00	R\$ 176.500,00	R\$ 171.500,00
3	Materiais/Consumos Diversos	R\$ 57.500,00	R\$ 49.500,00	R\$ 49.500,00
4	Seguros/Tributos/Despesas Bancárias	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
5	Gerais	R\$ 60.500,00	R\$ 60.500,00	R\$ 60.500,00
6	Serviços Terceirizados/Contratos de Prestação de Serviços	R\$ 925.053,81	R\$ 923.747,80	R\$ 917.420,12
7	Manutenção	R\$ 15.000,00	R\$ 14.500,00	R\$ 14.500,00
<b>TOTAL (R\$)</b>		<b>R\$ 1.573.700,00</b>	<b>R\$ 1.573.700,00</b>	<b>R\$ 1.573.700,00</b>

### 10.1 – DETALHAMENTO DAS DESPESAS

A planilha com detalhamento das despesas encontra-se anexa ao Plano de Trabalho.

### 11 – CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO (R\$)

Metas	1º MÊS	2º MÊS	3º MÊS	4º MÊS	5º MÊS	6º MÊS
Quantitativas e Qualitativas	R\$ 1.573.700,00					
Metas	7º MÊS	8º MÊS	9º MÊS	10º MÊS	11º MÊS	12º MÊS
Quantitativas e Qualitativas	R\$ 1.573.700,00					

## 12 – DECLARAÇÃO DO PROPONENTE

Na qualidade de representante legal da Entidade, declaro, para fins de comprovação junto ao Município, para os efeitos e sob as penas da lei, que inexistem qualquer débito ou situação de inadimplência com o Município de Astorga ou qualquer órgão ou entidade da Administração Pública Municipal, que impeça a transferência de recursos oriundos de dotações consignadas no orçamento do Município para aplicação na forma prevista e determinada por este Plano de Trabalho.

A Administração Pública fica autorizada a utilizar e veicular, da melhor forma que lhe convier, todas as imagens, dados e resultados aferidos no presente Plano de Trabalho. Pede deferimento.

Belo Horizonte/MG, 16 de maio de 2023.

**Viviane Tompe Souza Mayrink**  
Presidente  
Avante Social

