

**PROGRAMA DE TRABALHO – PROPOSTAS TÉCNICA PARA GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO PARTICIPATIVA DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO PRONTO SOCORRO CENTRAL E MATERNIDADE, PRONTO SOCORRO DO JACIRA.**

**ITAPECERICA DA SERRA– SP**

**22 de maio de 2019**

Sumário

1. HISTÓRICO DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL.....	21
2. MISSÃO .....	21
3. VISÃO .....	21
4. VALORES .....	21
5. EXPERIÊNCIA PRÓPRIA OU EQUIPE/CORPO TÉCNICO .....	21
6. ADEQUAÇÃO DA PROPOSTA DE ATIVIDADE ASSISTENCIAL À CAPACIDADE OPERACIONAL.....	22
6.1. PROPOSTA DE ORGANIZAÇÃO GERENCIAL .....	22
6.1.1. CARACTERIZAÇÃO DO MODELO GERENCIAL A SER ADOTADO PELA ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO PARA A GESTÃO DA MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA .....	24
6.1.2. ESTRATÉGIAS PARA O ALCANCE DO MODELO GERENCIAL.....	24
6.1.2.1. NO EIXO DA ASSISTÊNCIA.....	25
6.1.2.2. NO EIXO DE GESTÃO.....	28
6.1.2.3. NO EIXO DE AVALIAÇÃO .....	29
6.1.2.4. MODELO DE GESTÃO SEGUIDO PELA ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO 29	
6.1.2.5. MODELO GERENCIAL: ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE .....	32

6.1.2.6.	MODELO GERENCIAL - ESTRUTURA ORGANIZACIONAL .....	34
6.1.2.7.	FLUXO DO MODELO GERENCIAL .....	35
6.1.2.8.	MODELO GERENCIAL: TOMADA DE DECISÕES.....	36
6.1.3.	SISTEMA DE LIDERANÇA INSTITUCIONAL .....	36
6.1.3.1.	MACROGESTÃO .....	36
6.1.3.2.	MESOGESTÃO .....	37
6.1.3.3.	MICROGESTÃO.....	38
6.1.4.	DESCRIÇÃO DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL – ORGANOGRAMA.....	39
6.1.4.1.	DESCRIÇÃO DAS ROTINAS GERENCIAIS DA EQUIPE GESTORA.....	39
6.1.4.2.	DESCRIÇÃO DE CARGOS E ATRIBUIÇÕES .....	39
6.1.5.	DESCRIÇÃO DO PROCESSO DE GESTÃO DE MATERIAIS E EQUIPAMENTOS 43	
6.1.5.1.	GESTÃO DE EQUIPAMENTOS.....	43
6.1.5.2.	CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE ENGENHARIA CLÍNICA 51	
6.1.6.	GESTÃO DE MATERIAIS .....	52
6.1.6.1.	ALMOXARIFADO GERAL.....	52
6.1.6.2.	IMPLANTAÇÃO DE LOGÍSTICA DE SUPRIMENTOS.....	52
6.1.6.3.	NORMAS DE CONTROLE DE ESTOQUE .....	52
6.1.6.4.	ROTINA PARA RECEBIMENTO DE MATERIAIS.....	54

6.1.6.5.	INVENTÁRIOS E TOMADA DE CONTAS DO ALMOXARIFADO .....	55
6.1.6.6.	MANUAL DE ROTINAS ADMINISTRATIVAS PARA GERÊNCIA DE ALMOXARIFADO E PATRIMÔNIO .....	57
6.1.6.6.1.	ROTINAS ADMINISTRATIVAS PARA ALMOXARIFADO.....	57
6.1.7.	DESCRIÇÃO DAS FERRAMENTAS DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO A SEREM UTILIZADAS NO RELACIONAMENTO COM A AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE - I.S DE ITAPECERICA DA SERRA.....	64
6.1.7.1.	MODELO DE TRANSPARÊNCIA DAS INFORMAÇÕES.....	64
7.	PROPOSTA DE ORGANIZAÇÃO ASSISTENCIAL .....	66
7.1.	PROTOCOLOS DE MATERNO-INFANTIL.....	73
7.2.	MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA FAMILIARES, ACOMPANHANTES E VISITANTES.....	74
7.2.1.	ORIENTAÇÃO PARA FAMILIARES, ACOMPANHANTES E VISITANTES .....	74
7.3.	DESCRIÇÃO DO PROCESSO DE ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE FARMÁCIA HOSPITALAR .....	82
7.3.1.	ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE FARMÁCIA .....	82
7.3.2.	MEMBROS DA EQUIPE.....	82
7.3.3.	ORGANIZAÇÃO HORÁRIA.....	83
7.3.4.	ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA	

7.3.4.1.	LOGÍSTICA DE SUPRIMENTOS HOSPITALAR FARMACÊUTICO .....	85
7.3.5.	SELEÇÃO E PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS.....	89
7.3.5.1.	AVALIAÇÃO DE FORNECEDORES FARMACÊUTICOS .....	91
7.3.6.	SISTEMA DE DOSE UNITÁRIA .....	94
7.3.6.1.	CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA DE DOSE UNITÁRIA.....	97
7.3.7.	MÉTODOS DE CONTROLE SOBRE FÁRMACOS CONTROLADOS .....	98
7.3.7.1.	MÉTODOS DE CONTROLE DE FÁRMACOS DE ALTO CUSTO.....	100
7.3.8.	UTILIZAÇÃO DE PRESCRIÇÃO ELETRÔNICA .....	102
7.3.8.1.	CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE FARMÁCIA.....	104
7.3.9.	DESCRIÇÃO DO PROCESSO DE INTEGRAÇÃO DO SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA.....	104
7.3.9.1.	ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE NUTRIÇÃO .....	104
7.4.	PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO – POPS .....	109
7.4.1.	MANUAL DE PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS.....	110
7.4.1.1.	PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO – PROTOCOLO DE MANCHESTER .....	111
7.4.1.2.	PROTOCOLO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO – OBSTÉTRICO.....	127
7.4.1.3.	CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO DOS PROTOCOLOS CLÍNICOS NA MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA.....	136

7.5. PROTOCOLO AVC.....	137
7.5.1. PROTOCOLO SEPSE.....	143
7.5.2. PROTOCOLO DE DOR TORÁCICA .....	151
7.6. ROTINAS DE BIOSSEGURANÇA.....	174
8. AVALIAÇÃO ECONÔMICA.....	182
8.1. PROPOSTA DE PREÇO .....	182
9. CONHECIMENTO DO OBJETO .....	182
9.1. PERFIL DE LOCALIZAÇÃO DA UNIDADE .....	182
9.1.2. ESTRUTURA E PERFIL DA ASSISTÊNCIA .....	183
9.2.1.1. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA .....	183
9.2.2. MATERNIDADE.....	184
9.2.3. SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO .....	185
9.2.4. OUTROS SERVIÇOS.....	186
9.2.5. CAPACIDADE OPERACIONAL INSTALADA.....	186
9.2.5.1. CAPACIDADE LEITOS .....	186
9.2.5.2. ESTRUTURA E VOLUME DAS ATIVIDADES CONTRATADAS .....	186
10. ADEQUAÇÃO DAS ATIVIDADES PROPOSTAS REFERENTES À QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRESTADA NA MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA E MATERNIDADE SOB GERENCIAMENTO DA ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO.....	191

10.1.	COMISSÕES TÉCNICAS.....	191
10.1.2.	COMISSÃO DE ÉTICA EM ENFERMAGEM.....	192
10.1.2.1.	PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO (MEMBROS, FINALIDADE) .....	192
10.1.2.2.	PERFIL DOS MEMBROS DA COMISSÃO .....	194
10.1.2.3.	FREQUÊNCIA DAS REUNIÕES / CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL 194	
10.1.2.4.	PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO.....	195
10.1.3.	COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA.....	213
10.1.3.1.	PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO (MEMBROS, FINALIDADE) .....	213
10.1.4.	COMISSÃO DE FARMACOTERAPÊUTICA .....	215
10.1.4.1.	PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO (MEMBROS, FINALIDADE) .....	215
10.1.5.	FARMACOVIGILÂNCIA E TECNOVIGILÂNCIA .....	218
10.1.5.1.	PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO.....	219
10.1.5.2.	CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL .....	225
10.1.6.	COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS.....	226
10.1.6.1.	PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO (MEMBROS, FINALIDADE) .....	226
10.1.6.2.	PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO.....	227
10.1.6.3.	CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL .....	234
10.1.7.	COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS .....	235

10.1.7.1.	PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO (MEMBROS, FINALIDADE) .....	235
10.1.7.2.	PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO.....	237
10.1.7.3.	CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL .....	242
10.1.8.	COMISSÃO DE CONTROLE E INFECÇÃO HOSPITALAR.....	243
10.1.8.1.	PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO (MEMBROS, FINALIDADE) .....	243
10.1.8.2.	PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO.....	245
10.1.8.3.	CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL .....	263
10.1.9.	COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES – CIPA .....	264
10.1.9.1.	PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO (MEMBROS, FINALIDADE) .....	264
10.1.9.2.	PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO.....	266
10.1.9.3.	CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL .....	281
10.1.9.4.	COMISSÃO PADRONIZAÇÃO DE MATERIAIS MÉDICO HOSPITALARES 282	
10.1.9.4.1.	CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DA COMISSÃO PADRONIZAÇÃO DE MATERIAIS MÉDICO HOSPITALARES .....	283
10.1.10.	COMISSÃO DE MORTALIDADE MATERNA.....	284
10.1.11.	COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS SÓLIDOS DE SAÚDE .288	
10.1.11.1.	PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO (MEMBROS, FINALIDADE) .....	288
10.1.11.2.	PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO.....	289
10.1.11.3.	CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL .....	296



10.1.11.14.	GRUPO DE TRABALHO DE HUMANIZAÇÃO .....	296
10.2.	SEGURANÇA DO PACIENTE.....	305
10.2.1.	AÇÕES PREVISTAS PELA PORTARIA 529/GM/MS - PROGRAMA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE .....	305
10.2.2.	PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE E GESTÃO DE RISCO .....	305
10.2.2.1.	GESTÃO VOLTADA A SEGURANÇA DO PACIENTE .....	306
10.2.2.2.	PROCESSO DE SEGURANÇA DO PACIENTE .....	307
10.2.2.3.	PROTOCOLOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE .....	307
10.3.	REGIMENTO INTERNO DA ÁREA CLÍNICO ASSISTENCIAL .....	308
10.4.	REGIMENTO INTERNO DO CORPO CLÍNICO .....	308
10.5.	REGIMENTO INTERNO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM.....	316
10.6.	PROPOSTA DE MANUAL DE GESTÃO DOS SETORES DE ENFERMAGEM DA MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA.....	322
10.6.1.	MODELO DE GESTÃO E PLANEJAMENTO DA ENFERMAGEM .....	323
10.6.2.	DIRETRIZES PARA A POLÍTICA DE GESTÃO DA ENFERMAGEM .....	324
10.6.3.	POLÍTICA DE QUALIDADE NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM .....	325
10.6.4.	POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA .....	327
10.6.5.	POLÍTICA DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM...	328
10.6.6.	POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM ENFERMAGEM .....	329

10.6.7.	POLÍTICA DE RECURSOS MATERIAIS.....	331
10.6.8.	ESTRUTURA ORGANIZACIONAL.....	333
10.6.9.	COMPOSIÇÃO E FUNÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM .....	333
10.6.10.	PERFIL E RESPONSABILIDADE DOS PROFISSIONAIS POR CARGO .....	333
10.6.11.	ENFERMEIRO RESPONSÁVEL TÉCNICO POR ÁREA ESPECIALIZADA ...	334
10.6.12.	REPRESENTANTE EM COMISSÕES DA ENFERMAGEM E NA MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA.....	337
10.6.13.	ENFERMEIRO ASSISTENCIAL .....	342
10.6.14.	TÉCNICO DE ENFERMAGEM ASSISTENCIAL .....	352
10.6.15.	ESCALA MENSAL DE TRABALHO .....	368
10.6.16.	ESCALA DE ATIVIDADES .....	368
10.6.17.	REUNIÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.....	369
10.6.18.	PARTICIPAÇÃO EM COMISSÕES E REPRESENTAÇÕES .....	370
10.6.19.	ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO MÉDICO AMBULATORIAL.....	370
10.7.	LINHA DE CUIDADO AMBULATORIAL .....	370
10.8.	INSTRUÇÕES DE TRABALHO .....	371
10.9.	QUALIDADE, EFICÁCIA, EFICIÊNCIA, EFETIVIDADE E ECONOMICIDADE ..	372
10.9.1.	PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DE PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA 372	

10.10.	PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO .....	383
10.10.1.	POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO .....	383
10.10.2.	RESULTADOS COM A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO – PNH.....	384
10.10.3.	AÇÕES DE HUMANIZAÇÃO .....	385
10.10.3.1.	ESTRATÉGIAS APLICADAS PARA ASSISTÊNCIA HUMANIZADA .....	386
10.10.3.2.	PARÂMETROS MÍNIMOS PARA A OBTENÇÃO DA ASSISTÊNCIA HUMANIZADA .....	388
10.10.3.3.	ASSISTÊNCIA VOLTADA A HUMANIZAÇÃO NAS RELAÇÕES ENTRE EQUIPE PROFISSIONAL, USUÁRIOS E COMUNIDADE .....	390
10.10.3.4.	SAÚDE PÚBLICA HUMANIZADA .....	390
10.10.3.5.	PROPOSTA DE SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO E PESQUISA DE SATISFAÇÃO .....	397
10.10.4.	AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DO USUÁRIO .....	397
10.10.4.1.	INSTRUMENTO DE PESQUISA DE SATISFAÇÃO .....	398
10.10.4.2.	NÍVEL DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO E FREQUÊNCIA.....	400
10.10.4.3.	BUSCA ATIVA - PESQUISA DE SATISFAÇÃO .....	401
10.10.4.4.	PESQUISA DE PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS .....	402
10.10.4.5.	SISTEMÁTICA DE USO DAS INFORMAÇÕES E AÇÕES CORRETIVAS (OPINIÃO OU NÍVEL DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO).....	405

10.10.4.6. IMPLANTAÇÃO DE SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO – NÚCLEO DE OUVIDORIA.....	405
10.10.5. LEITOS DE INTERNAÇÃO – ADULTO E PEDIÁTRICO.....	406
10.10.5.1. PROGRAMA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO PARA GESTÃO DE LEITOS 406	
10.10.5.2. OBJETIVOS DO GERENCIAMENTO DE LEITOS .....	408
10.10.5.3. CRITÉRIOS DO GERENCIAMENTO DE LEITOS .....	409
10.10.5.4. ALTA HOSPITALAR SEGUNDO RECOMENDAÇÃO DA PNHOSP .....	409
10.10.5.5. FLUXO PARA REGULAÇÃO INTERNA E GESTÃO DE LEITOS .....	411
10.10.5.6. FLUXO PARA REALIZAÇÃO DE INTERCONSULTAS E PROCEDIMENTOS DE OUTRAS ESPECIALIDADES .....	412
10.10.5.7. IMPLANTAÇÃO DO NIR – NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO.....	412
10.10.5.8. PILARES DO NIR .....	415
10.10.5.9. PRÁTICAS DE REGULAÇÃO.....	416
10.10.5.10. PASSO A PASSO PARA IMPLANTAÇÃO E ARTICULAÇÃO DA EQUIPE 417	
10.10.5.11. PERFIL DE GRAVIDADE DOS PACIENTES .....	417
10.10.5.12. PADRONIZAÇÃO DAS TRANSIÇÕES DE CUIDADO ENTRE UNIDADES COM FERRAMENTAS DE GESTÃO DA CLÍNICA .....	418
10.10.5.13. PROPOSTA DE FLUXO DE INTERNAÇÃO DE PACIENTES .....	419

10.10.5.14.	MODELO DE REGISTRO INICIAL DOS PACIENTES A PARTIR DA EMERGÊNCIA.....	421
10.10.5.15.	MODELO DE ROUND DISCIPLINAR .....	422
10.10.5.16.	RELACIONAMENTO INTERNO E EXTERNO (ARTICULAÇÃO COM A RAS) 423	
10.10.5.17.	MONITORAMENTO.....	424
10.10.5.18.	CENTRAIS DE REGULAÇÃO .....	428
10.10.5.19.	OUTRAS INSTITUIÇÕES.....	429
10.10.5.20.	ROTINAS DO NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO .....	429
10.10.5.21.	ETAPAS PARA IMPLANTAÇÃO DO NIR.....	431
10.10.5.22.	ATRIBUIÇÕES DOS MEMBROS DO NIR.....	433
10.10.5.23.	REFERÊNCIAS E BIBLIOGRAFIA .....	440
10.10.6.	INTERFACE ENTRE OS PONTOS DE ATENÇÃO.....	441
10.11.	PROPOSTA VOLTADA A QUALIDADE ASSISTENCIAL .....	445
10.12.	COMISSÃO DE QUALIDADE E NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	445
10.12.1.	NÚCLEO INTERNO DE SEGURANÇA.....	445
10.12.1.2.	PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO (MEMBROS, FINALIDADE) .....	445
10.12.1.3.	PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO.....	449
10.12.1.4.	CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL .....	456

10.12.2. PLANO DE ORGANIZAÇÃO DE IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO DE QUALIDADE .....	456
10.12.3. ESCOPO DA IMPLANTAÇÃO DA QUALIDADE .....	457
10.13. IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO DE RISCOS E OCORRÊNCIAS .....	460
10.13.1. PLANEJAMENTO DA GESTÃO DE RISCOS .....	461
10.13.2. IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS .....	461
10.13.3. ANÁLISE QUALITATIVA DOS RISCOS.....	462
10.13.4. ANÁLISE QUANTITATIVA DOS RISCOS.....	462
10.13.5. PLANEJAMENTO DAS RESPOSTAS DOS RISCOS.....	463
10.13.6. GERENCIAMENTO E CONTROLE DOS RISCOS .....	463
10.13.7. ATRIBUIÇÕES NA GESTÃO DE RISCOS.....	464
10.13.8. IMPLANTAÇÃO DO NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE.....	464
10.13.9. COMITÊ DE QUALIDADE .....	466
10.13.9.1. GESTÃO VOLTADA A CERTIFICAÇÃO E ACREDITAÇÃO EM QUALIDADE 470	
10.13.9.2. MODELOS E CERTIFICAÇÕES DE QUALIDADE .....	470
10.13.10. COMISSÃO DE SEGURANÇA DO PACIENTE .....	472
10.13.10.1. CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DA COMISSÃO DE SEGURANÇA DO PACIENTE.....	472

10.13.10.2.	CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO DOS PROCESSOS DE GESTÃO DA QUALIDADE E ACREDITAÇÃO .....	473
10.13.10.3.	SISTEMÁTICAS DE APLICAÇÃO DE GESTÃO DE RISCOS, AÇÕES PREVENTIVAS E AÇÕES CORRETIVAS A PARTIR DO MONITORAMENTO.....	474
10.13.10.4.	PLANO DE CONTINGÊNCIA PARA A UNIDADE HOSPITALAR E DEMAIS SERVIÇOS, COM BASE NA ANÁLISE PROSPECTIVA DE EVENTOS ADVERSOS ....	475
10.14.	PROGRAMA DE AÇÕES DE ACOMPANHAMENTO E REDUÇÃO DOS CUSTOS HOSPITALARES .....	478
10.15.	REGULAMENTO E MANUAL DE NORMAS E ROTINAS FINANCEIRAS E ADMINISTRATIVAS .....	478
10.15.1.	MANUAL DE ROTINAS ADMINISTRATIVAS PARA FATURAMENTO E PROCEDIMENTOS .....	478
10.16.	PROGRAMA INSTITUCIONAL PARA O MONITORAMENTO DO CONTRATO	488
10.17.	SISTEMA DE MONITORAMENTO DE INDICADORES .....	489
10.17.1.	INDICADORES QUALITATIVOS PARA AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS .....	490
10.17.2.	SISTEMÁTICA DE APLICAÇÃO DE AÇÕES CORRETIVAS .....	492
10.18.	ORGANIZAÇÃO DAS PROPOSTAS EDUCACIONAIS .....	492
10.18.1.	PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE AOS COLABORADORES ....	492
10.18.2.	ATIVIDADE DE EDUCAÇÃO PERMANENTE .....	493
10.18.2.1.	PROJETO EM EDUCAÇÃO CONTINUADA / CAPACITAÇÃO DA EQUIPE INTERDISCIPLINAR.....	493

10.18.3. ENSINO.....	494
10.18.3.1. PROCESSO EDUCACIONAL.....	495
10.18.3.2. OBJETIVOS DA CAPACITAÇÃO .....	495
10.18.3.3. FERRAMENTAS DE ENSINO E CAPACITAÇÃO .....	496
10.18.3.4. CAPACITAÇÃO DOS PROCESSOS DE SAÚDE MULTIMÍDIA .....	497
10.18.3.5. PROPOSTA DE PLANO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA ÁREA MÉDICA, ENFERMAGEM, PROFISSIONAIS DE NÍVEL TÉCNICO, MÉDIO E DEMAIS PROFISSIONAIS COM ENSINO SUPERIOR. ....	497
10.18.3.6. NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE .....	499
10.18.3.7. PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO (MEMBROS E FINALIDADE) .....	500
10.18.3.8. CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL .....	501
10.19. ATIVIDADES DE APOIO.....	501
10.19.1. EXPURGOS E CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO.....	501
10.19.2. FLUXO PARA MATERIAIS .....	504
10.19.3. SERVIÇO SOCIAL.....	505
10.19.3.1. ESTRUTURA DO SERVIÇO.....	505
10.19.3.2. NORMAS E ROTINAS .....	506
10.19.3.3. ÁREA DE ABRANGÊNCIA .....	507
10.19.3.4. EQUIPE MÍNIMA E HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO .....	508
10.19.4. SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO .....	509



10.19.5. SERVIÇO DE HOTELARIA E ROUPARIA .....	510
10.19.5.1. FLUXO PARA ROUPAS/ENXOVAL .....	510
10.19.6. MANUTENÇÃO PREDIAL PREVENTIVA E CORRETIVA.....	512
10.19.7. TELEFONIA, LÓGICA E ELÉTRICA .....	517
10.20. UNIDADES ADMINISTRATIVAS: RECURSOS HUMANOS, ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAL/GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS, INFORMÁTICA, COMPRAS E SUPRIMENTOS .....	518
10.20.1. RECURSOS HUMANOS.....	518
10.20.2. DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL .....	518
10.20.3. POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS.....	518
10.20.3.1. MODELO DE PESQUISA DE CLIMA ORGANIZACIONAL.....	522
10.20.3.2. SISTEMÁTICA DE USO DAS INFORMAÇÕES E AÇÕES CORRETIVAS..	529
10.20.3.3. NORMAS PARA SELEÇÃO DE PESSOAL, CONTRATO DE TRABALHO E AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO .....	530
10.20.3.4. GESTAO PESSOAS VERSUS GESTÃO DE DESEMPENHO .....	530
10.20.3.5.1. GESTÃO DE PESSOAS – GESTÃO DE DESEMPENHO FLUXO.....	532
10.20.3.6. FERRAMENTA DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO .....	532
10.20.3.6.1. MAPEAMENTO DAS COMPETÊNCIAS .....	533
10.20.3.7. CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO .....	536

10.20.3.8.	CONDUTAS PARA COMBATER O ABSENTEÍSMO E ESTIMULAR A PRODUÇÃO .....	539
10.20.3.9.	ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAL/GESTÃO DE RECURSOS.....	542
10.20.3.9.1.	REGISTRO E CONTROLE DE PESSOAL E MODELO PARA ESCALAS DE TRABALHO	542
10.20.3.10.	PROCEDIMENTOS DOS FUNCIONÁRIOS/COLABORADORES.....	545
10.20.3.11.	PROCEDIMENTOS DA GESTÃO DE PESSOAS .....	546
10.20.3.12.	MODELO PARA ESCALA DE TRABALHO .....	547
10.21.	INFORMÁTICA.....	549
10.21.1.	IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO.....	553
10.21.1.2.	CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO .....	560
10.22.	COMPRAS E SUPRIMENTOS.....	561
10.22.1.	REGULAMENTO E COMPRAS E BENS E SERVIÇOS E CONTRATAÇÕES DE SERVIÇOS E OBRAS .....	561
10.22.2.	GESTÃO DE COMPRAS E CONTRATAÇÕES .....	569
10.22.3.	PROCESSO DE COMPRAS .....	570
10.22.4.	SELEÇÃO E PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS .....	577
10.23.	PORTARIA/CONTROLADOR DE ACESSO .....	579
10.23.1.	NORMATIZAÇÃO DO SERVIÇO DE VIGILÂNCIA .....	582

10.23.2.	MONITORAMENTO POR CÂMERAS DE SEGURANÇA EM TODAS AS ENTRADAS DE ACESSO AO HOSPITAL.....	583
10.24.	SERVIÇO DE LIMPEZA E HIGIENIZAÇÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE .....	583
10.24.1.	COLETA INTERNA I – RESÍDUO INFECTANTE E QUÍMICO PERIGOSO....	587
10.24.2.	COLETA INTERNA I – RESÍDUO COMUM .....	587
10.24.3.	COLETA INTERNA I – RECICLÁVEIS.....	588
10.24.4.	COLETA INTERNA II – RESÍDUO INFECTANTE E QUÍMICO PERIGOSO...	588
10.24.5.	COLETA INTERNA II – RESÍDUO COMUM .....	589
10.24.6.	COLETA INTERNA II – RECICLÁVEIS.....	589
10.24.7.	FLUXO DE RESÍDUOS HOSPITALARES .....	590
10.24.8.	ETAPAS PARA ELABORAÇÃO DO PGRSS .....	590
10.24.9.	PROPOSTA DE PGRSS PARA A MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA 595	
10.24.10.	SEGREGAÇÃO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE - RSS.....	603
10.24.11.	ACONDICIONAMENTO DE RESÍDUOS DO GRUPO A.....	604
10.24.12.	ACONDICIONAMENTO DE RESÍDUOS DO GRUPO B.....	605
10.24.13.	ACONDICIONAMENTO DE RESÍDUOS DO GRUPO C .....	607
10.24.14.	ACONDICIONAMENTO DE RESÍDUOS DO GRUPO D .....	608
10.24.14.1.	ACONDICIONAMENTO DE RESÍDUOS DO GRUPO E .....	608

10.24.15.	COLETA E TRANSPORTE INTERNO DOS RESÍDUOS.....	609
10.24.16.	ARMAZENAMENTO EXTERNO .....	612
10.24.17.	COLETA E TRANSPORTE EXTERNO DE RESÍDUOS .....	613
10.24.18.	TRATAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE .....	614
10.24.19.	RECURSOS HUMANOS ENVOLVIDOS E CAPACITAÇÃO DAS EQUIPES 617	
10.25.	DEDETIZAÇÃO, DESRATIZAÇÃO, DESINSETIZAÇÃO, LIMPEZA DE CAIXA D'AGUA E CAIXA DE GORDURA, EM CONFORMIDADE COM A LEGISLAÇÃO SANITÁRIA.....	618
10.25.1.	MEDIDAS PARA CONTROLE DE PRAGAS E VETORES .....	618
10.26.	SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS .....	620
10.26.1.	RECEPÇÃO .....	620

## **1. HISTÓRICO DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL**

A AMG desde 2004 é uma Organização Social especializada em gestão em saúde, atuando através de parcerias com Poder Público e Instituições Privadas.

Formada por uma equipe médica, administrativa e operacional, a AMG trabalha a Política Nacional de Humanização, Qualidade e Gestão por Resultados em todos os níveis de complexidade, desde Atenção Básica e Estratégia Saúde da Família, Unidades Especializadas e Hospitais.

Atuamos com modelo assistencial centrado no paciente baseado no trabalho multidisciplinar, acolhimento e empatia, segurança e ambiência, sempre através de gestão compartilhada em todos os níveis de governabilidade da assistência.

Em parceria formal com o Poder Público e Privado, colaboramos de forma complementar, para a consolidação do Sistema Único de Saúde - SUS, que desde então, tem se tornado verdadeiros cases de sucesso, nas melhoras dos índices de atendimento, qualidade e economicidade dos recursos públicos.

## **2. MISSÃO**

Buscar soluções e atuar com excelência na área da saúde atendendo as necessidades dos parceiros com agilidade, atendimento humanizado e valores éticos.

## **3. VISÃO**

Trabalhar em equipe, com planejamento, agilidade, perseverança e espírito inovador, garantindo bem estar e o mais alto nível de excelência no atendimento em saúde pública.

## **4. VALORES**

Ética, eficiência, confiabilidade, transparência, humanização, respeito e dignidade.

## **5. EXPERIÊNCIA PRÓPRIA OU EQUIPE/CORPO TÉCNICO**

A comprovação da Experiência Profissional e Qualificação Técnica estão apresentadas ao final do Presente Projeto Técnico, na seção anexos.

## **6. ADEQUAÇÃO DA PROPOSTA DE ATIVIDADE ASSISTENCIAL À CAPACIDADE OPERACIONAL**

A ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO realizará o gerenciamento, operacionalização e execução dos serviços de saúde da MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS, garantindo funcionamento dos mesmos, durante 24 (vinte e quatro) horas ininterruptamente, conforme escopo de atuação definido no Contrato de Gestão.

### **6.1. PROPOSTA DE ORGANIZAÇÃO GERENCIAL**

No desenvolvimento do conteúdo para caracterizar o modelo de gestão que será adotado pela ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO para gerenciar a MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA a presente proposta trará minimamente:

A caracterização do modelo gerencial que será implantado;

- I. As estratégias que serão adotadas para o sucesso da implantação do modelo, considerando o impacto da mudança de paradigma do modelo existente, a mudança de clima e cultura organizacional, a gestão de pessoal, a melhoria na eficiência, eficácia e efetividade;
- II. Os modelos e certificações de qualidade que serão implantados;
- III. Os indicadores de impacto propostos pela instituição;
- IV. A descrição sumária das ferramentas e instrumentos de modernização gerencial adotados pela instituição;

- V. Os instrumentos de comunicação e informação que serão adotados para se relacionar com a Secretaria de Saúde;
- VI. Os limites de responsabilidades, considerando o objeto de negócio, que a instituição proponente demonstra estar disposta a assumir no processo de publicização;
- VII. O modelo de relacionamento que será implantado entre a instituição e o gestor municipal de saúde;
- VIII. Descrição do funcionamento do modelo de regulação assistencial;
- IX. Descrição de como A ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO irá estabelecer a contra referência com a atenção primária e com outros pontos de atenção da rede assistencial;
- X. Descrição de como será gerenciado o transporte inter-hospitalar dos pacientes da unidade;
- XI. Cronograma com prazos propostos para implantação e/ou implementação de cada serviço;
- XII. Descrição do modelo de gestão da informação, descrevendo as tecnologias que serão alocadas na unidade;
- XIII. Descrição de modelo de gerenciamento eletrônico de prontuários e sua relação com os sistemas de informação do SUS, em especial, o Sistema de Informação Hospitalar – SIH e o Sistema de Informação Ambulatorial – SIA;
- XIV. Descrição da organização de serviços assistenciais, atividades de urgência / emergência obstétrica, ambulatório, Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT , centro cirúrgico, unidade de internação;
- XV. Recursos humanos estimados, apontando, por categoria, a quantidade de profissionais e a carga horária de trabalho;
- XVI. Descrição do sistema de qualificação profissional em cada área de atuação: treinamento, capacitação, educação em saúde;

XVII. Descrição dos critérios de remuneração direta e indireta, identificação pessoal e uniformização dos recursos humanos;

XVIII. Descrição sumária do campo de atuação da instituição no setor saúde, com ênfase na atenção hospitalar pública, destacando sua inteligência de negócio.

### **6.1.1. CARACTERIZAÇÃO DO MODELO GERENCIAL A SER ADOTADO PELA ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO PARA A GESTÃO DA MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA**

Para a prestação de serviço voltado a necessidade do município pela ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO, faz-se necessário o reconhecimento da estrutura do sistema de saúde como um todo, para a prestação de serviços projetada ao matriciamento e gestão horizontalizada, com olhar de gestão voltada a qualidade, através da absorção da gestão e execução das atividades solicitadas, com o propósito de obter economicidade, a vantajosidade e efetividade, promovendo a prestação de serviços qualificados para a Organização, Gerenciamento Institucional e Prestação de Serviços às MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA.

O modelo assistencial proposto dispõe sobre os pressupostos de modelo e organização assistencial a saúde e a consonância com as diretrizes da RENASES, voltado aos indicativos da implantação do Núcleo de Regulação Interno e Núcleo de Qualidade que será implantado na Estrutura Organizacional da MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA.

### **6.1.2. ESTRATÉGIAS PARA O ALCANCE DO MODELO GERENCIAL**

A estratégia a ser adotada aos serviços assistenciais descritos estará em conformidade com a realidade da MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO



CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA atenderá aos objetivos do município.

A ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO prestará o gerenciamento, a operacionalização e a execução das ações assistenciais e não assistenciais de saúde na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA, desta característica derivando as seguintes obrigações contratuais cumpridas e, seguindo sempre 3 (três) eixos de gestão.

#### **6.1.2.1. NO EIXO DA ASSISTÊNCIA**

- I. Cumprir os compromissos contratualizados, incluindo todas as metas e condições especificadas no Contrato de Gestão – Indicadores de Desempenho e Qualidade, parte integrante do Contrato de Gestão;
- II. Utilizar diretrizes terapêuticas e protocolos validados pelo gestor;
- III. Realizar a gestão dos leitos hospitalares com vistas à otimização da sua utilização;
- IV. Assegurar a alta hospitalar responsável, conforme estabelecido na PNHOSP;
- V. Implantar e/ou implementar as ações previstas na Portaria nº 529/GM/MS, de 1º de abril de 2013, que estabelece o Programa Nacional de Segurança do Paciente, contemplando, principalmente, as seguintes ações:
  - VI. Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente;
  - VII. Elaboração de planos para Segurança do Paciente;
  - VIII. Implantação dos Protocolos de Segurança do Paciente;
  - IX. Implantar o Atendimento Humanizado, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Humanização - PNH;
  - X. Garantir assistência igualitária sem discriminação de qualquer natureza;

- XI. Garantir que todo o corpo clínico, de enfermagem e demais profissionais realizem a prestação de ações e serviços nas respectivas especialidades, sempre que estas estejam previstas no Contrato de Gestão - Indicadores de Desempenho e Qualidade;
- XII. Promover a visita ampliada para os usuários internados;
- XIII. Garantir a presença de acompanhante para crianças, adolescentes, gestantes, idosos e indígenas, de acordo com as legislações específicas;
- XIV. Disponibilizar informações sobre as intervenções, solicitando ao usuário consentimento livre e esclarecido para a realização de procedimentos terapêuticos e diagnósticos, de acordo com legislações específicas;
- XV. Notificar suspeitas de violência e negligência, de acordo com a legislação específica;
- XVI. Disponibilizar o acesso dos prontuários à autoridade sanitária, bem como aos usuários e pais ou responsáveis de menores, de acordo com o Código de Ética Médica;
- XVII. Garantia dos medicamentos necessários durante o período de observação e internação, incluindo medicamentos de alto custo;
- XVIII. Garantia da dieta prescrita, por meio do Serviço de Nutrição e Dietética;
- XIX. Garantir a oferta de equipamentos de proteção individual e coletivo aos trabalhadores;
- XX. Garantir os materiais e insumos em todas as áreas e setores na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA;
- XXI. Ofertar bolsas de sangue e hemoderivados quando necessário;
- XXII. Garantir a oferta de exames e laudos técnicos de imagens próprio ou terceirizado;

- XXIII. Assegurar e intermediar as transferências de usuários para unidades hospitalares especializadas ou ambulatoriais, disponibilizando equipe de profissionais assistentes para o transporte, quando necessário, conforme os critérios da política de regulação do acesso;
- XXIV. Garantir o fornecimento de roupas a todos os setores da MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA;
- XXV. Garantir o fornecimento de materiais esterilizados reutilizáveis e descartáveis;
- XXVI. Garantir a manutenção da estrutura física, Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, disponibilizando equipamentos prioritários a manutenção da vida e demais equipamentos, conforme a especificidade do setor e serviço;
- XXVII. Prestar assistência, conforme as Redes Assistenciais pactuada;
- XXVIII. Ofertar consultas especializadas por profissionais de saúde, integrantes do Corpo Clínico hospitalar;
- XXIX. Referenciar o usuário, conforme o fluxograma da rede de assistência municipal local ou regional a nível Estadual;
- XXX. Garantir o pleno funcionamento das Comissões Hospitalares instituídas por legislações específicas;
- XXXI. A ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO se responsabiliza pela continuidade dos processos de cadastramento, credenciamento e habilitações de serviços, bem como os projetos de reforma e ampliação estrutural, conforme pactuação com o município.

### 6.1.2.2. NO EIXO DE GESTÃO

- I. Prestar as ações e serviços de saúde contratualizados, colocando à disposição do gestor público de saúde a totalidade da capacidade instalada contratualizada;
- II. Informar aos trabalhadores os compromissos e metas da contratualização, implementando dispositivos para o seu fiel cumprimento;
- III. Disponibilizar a totalidade das ações e serviços de saúde contratualizados para a regulação do gestor;
- IV. Dispor de recursos humanos adequados e suficientes para a execução dos serviços contratualizados, de acordo com os parâmetros estabelecidos na legislação vigente;
- V. Dispor de parque tecnológico e de estrutura física adequados ao perfil assistencial, com ambiência humanizada e segura para os usuários, acompanhantes e trabalhadores, respeitada a legislação vigente;
- VI. Garantir a gratuidade das ações e serviços de saúde contratualizados aos usuários;
- VII. Dispor de ouvidoria e/ou serviço de atendimento ao usuário;
- VIII. Divulgar a composição das equipes assistenciais e equipe dirigente na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA aos usuários em local visível e de fácil acesso;
- IX. Assegurar o desenvolvimento de educação permanente para seus trabalhadores;
- X. Alimentar os sistemas de notificações compulsórias conforme legislação vigente, incluindo a notificação de eventos adversos relacionados à assistência em saúde;
- XI. Registrar e apresentar de forma regular e sistemática a produção das ações e serviços de saúde contratualizados, de acordo com as normas estabelecidas pelo gestor;

- XII. Disponibilizar aos gestores contratantes os dados necessários para a alimentação dos sistemas de informações de saúde;
- XIII. Participar e fornecer à Comissão Técnica de Avaliação todos os documentos e informações necessárias ao cumprimento de suas finalidades;
- XIV. Facilitar o acompanhamento e a fiscalização permanente dos serviços e prestar todos os esclarecimentos que lhe forem solicitados pelos servidores da Contratante, designados para tal fim;

#### **6.1.2.3. NO EIXO DE AVALIAÇÃO**

- I. Acompanhar os resultados internos, visando à segurança, efetividade e eficiência na qualidade dos serviços;
- II. Avaliar o cumprimento das metas e a resolutividade das ações e serviços por meio de indicadores quali-quantitativos estabelecidos e os pactuados nas redes de atenção;
- III. Avaliar a satisfação dos usuários e dos acompanhantes;
- IV. Participar dos processos de avaliação estabelecidos pelos gestores do contrato;
- V. Realizar auditoria clínica para monitoramento da qualidade da assistência e do controle de riscos; e
- VI. Monitorar a execução orçamentária e zelar pela adequada utilização dos recursos financeiros previstos na dotação orçamentária.

#### **6.1.2.4. MODELO DE GESTÃO SEGUIDO PELA ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO**

Faz-se necessário para a clareza do seguimento da Gestão de Qualidade a ser implantado na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO

CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA, os seguintes princípios s serem seguidos:

- VII. **Eficácia:** é a habilidade da ciência médica em oferecer melhorias na saúde e no bem-estar dos indivíduos.
- VIII. **Efetividade:** é a relação entre o benefício real oferecido pela assistência e o resultado potencial, representado por estudos epidemiológicos e clínicos.
- IX. **Eficiência:** é a relação entre o benefício oferecido pela assistência médica e seu custo econômico
- X. **Otimização:** é o estabelecimento do ponto de equilíbrio relativo, em que o benefício é elevado ao máximo em relação ao seu custo econômico. É a tentativa de evitar benefícios marginais a custos inaceitáveis.
- XI. **Aceitabilidade:** é a adaptação dos cuidados médicos e da assistência à saúde às expectativas, desejos e valores dos pacientes e suas famílias. Este atributo é composto por 5 conceitos: acessibilidade, relação médico-paciente, amenidades, preferências do paciente quanto aos efeitos da assistência e preferências do paciente quanto aos custos da assistência.
- XII. **Legitimidade:** é a possibilidade de adaptar satisfatoriamente um serviço à comunidade ou à sociedade como um todo. Implica conformidade individual, satisfação e bem-estar da coletividade.
- XIII. **Equidade:** é a determinação da adequada e justa distribuição dos serviços e benefícios para todos os membros da comunidade, população ou sociedade.

A ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO em sua gestão tem como premissa imperativa a atribuição de valor exponencial ao trabalho desenvolvido, através da qualificação dos serviços prestados e o reconhecimento adquirido. Para tal objetivo a metodologia de acreditação caracteriza-se como uma ferramenta eficaz e geradora de

ótimos resultados para a instituição, para o público e também para a comunidade como um todo, sendo exemplo de boas práticas e disseminação de cuidados diferenciados.

A Acreditação, portanto, é um instrumento de aferição da gestão da qualidade, de caráter externo (por terceira parte), o qual confere ao comprador de serviços (planos de saúde) e aos clientes/pacientes a confiança de estabelecer negócio com uma instituição de saúde, que apresenta concordância com padrões determinados de segurança e qualidade no atendimento ao paciente.

A ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO, considerando todas as atribuições deste chamamento e as características na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA, opta no momento inicial em consolidar a Gestão da Qualidade através da metodologia da Organização Nacional de Acreditação – ONA.

A metodologia da ONA tem como referência os Padrões do Manual Brasileiro de Acreditação - ONA. A adesão à metodologia é sempre voluntária, e abrange diversos serviços de saúde. E também há padrões para qualificação de serviços específicos, destinado aos serviços de lavanderia, esterilização, farmácia de manipulação.

Avaliação é uma metodologia científica, procura compreender o negócio, os seus fatores críticos, numa perspectiva de contribuir para a melhoria da eficiência e eficácia da organização, promovendo a reflexão, com abertura, flexibilidade, independência e rigor.

O avaliador se assume como um instrumento de gestão a serviço do seu cliente, o qual é o ator principal, compreendendo as suas necessidades e expectativas.

O processo acreditação é pautado por 3 (três) princípios fundamentais:

- I. é voluntário, feito por escolha da ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO;
- II. é periódico, com avaliação da ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO para certificação e durante o período de validade do certificado;
- III. é reservado, ou seja, as informações coletadas na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA, durante o processo de avaliação não são divulgadas, exceto à Contratante.

#### **6.1.2.5. MODELO GERENCIAL: ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE**

A ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO acredita que as organizações dos Serviços de Saúde são redes de grupos de interesses existentes por 3 (três) grupos críticos na organização a ser constantemente gerenciados:

- I. Os grupos de trabalho: constituídos pela divisão do trabalho ou com a hierarquia organizacional;
- II. Os grupos de interesses: formado pela consciência da coincidência de objetivos e destinos da organização;
- III. As coalizões: grupos de interesses voltados para um objetivo comum.

Esses grupos estarão permanentemente preocupados em influenciar as decisões que interferem na sua posição na organização, por isso a necessidade da Gestão da Qualidade atuar direcionando as padronizações dos Processos Gerenciais através de ferramentas como planejamento, implantação, mensuração e análise dos resultados até a obtenção de Modelo Gerencial de Qualidade Esperada e Reconhecida.



As coalizões são formadas por atores organizacionais que podem estabelecer relações de troca e que detenham algum poder, estas coalizões, não são grupos criados automática e naturalmente pela estrutura da organização, tais como os grupos de trabalho. Elas resultam destes grupos de trabalho e dos grupos de interesses, são social e intencionalmente constituídas. Não são partes da estrutura formal da organização, mas sim produtos emergentes do processo informal de influência que modificam permanentemente as manifestações da estrutura formal da organização.

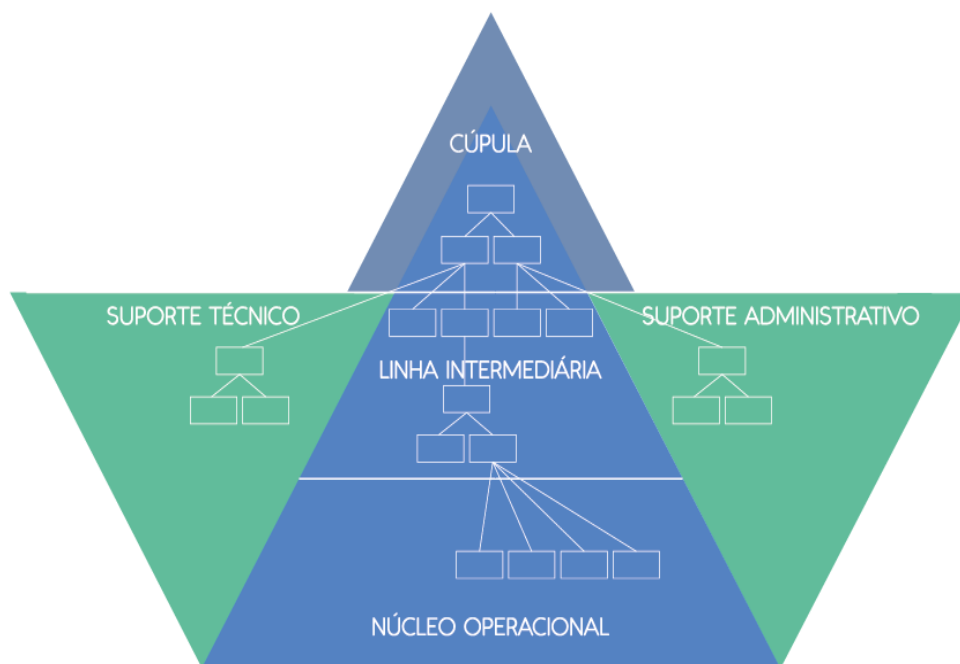
A Gestão Plena da ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO gerencia e coloca que todas as atividades organizadas se alinhem para originar as duas exigências fundamentais e oposta: a divisão do trabalho em várias tarefas a serem executadas e a coordenação dessas tarefas para obter resultados pela união dos interesses para o objetivo único de Excelência de Gestão.

O Modelo Gerencial de estrutura organizacional a ser implantado na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA possuirá cinco partes:

- I. Cúpula Estratégica: que é encarregada de assegurar que a organização cumpra sua missão de maneira mais eficaz, e também de satisfazer as exigências daqueles que controlam ou de outra forma exercem poder sobre a organização;
- II. Linha Intermediária: que é a ligação da cúpula estratégica ao núcleo operacional, formada pela cadeia de gerentes com autoridade formal;
- III. Suporte Técnico: que são analistas incumbidos de padronizar a organização, prestando serviços à organização atuando sobre as tarefas dos outros, ficando fora do fluxo de trabalho operacional;
- IV. Suporte administrativo: que são os hospitais especializadas, que foram criadas com o fim de dar apoio fora de seu fluxo de trabalho operacional.

- V. Núcleo Operacional: que engloba aqueles participantes que perfazem o trabalho básico relacionado diretamente com a produção de bens ou prestações de serviços, sendo a maioria dos colaboradores, devendo ser a estrutura mais trabalhada para que os resultados quantitativos e qualitativos de gerência aconteçam e se consolidem até o momento em que os processos de trabalho planejados e implantados não dependam das pessoas.

#### 6.1.2.6. MODELO GERENCIAL - ESTRUTURA ORGANIZACIONAL



A perspectiva é de superação da fragmentação da atenção e da gestão de saúde, na direção de um modelo integral, que tem como base a constituição de redes de saúde.

A estrutura organizacional segue a necessidade de fortalecimento do núcleo operacional, que corresponde a ponta do processo que executará e trará resultados de qualidade por processos padronizados planejados.

Os núcleos operacionais estão situados na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA, através de órgãos que facilitam a coordenação das atividades finalísticas com consequente prestação de serviços assistenciais de média e alta complexidade, que permeiam o perfil e projeção do objeto.

#### **6.1.2.7. FLUXO DO MODELO GERENCIAL**

Conjunto institucionalizado de relacionamentos que organizam o trabalho entre membros de uma organização.



Para que a estrutura cumpra a sua função de realizar a estratégia, é necessário que seja otimizada e alinhada.



Alinhar significa conceber um desenho com graus de flexibilidade e de autonomia condizentes com a natureza da estratégia.



Otimizar significa organizar o trabalho em torno de competências essenciais, eliminar redundâncias, paralelismos, sobreposições e excessos.

#### **6.1.2.8. MODELO GERENCIAL: TOMADA DE DECISÕES**

A Estrutura de Governança será estruturada e terá como atribuições a deliberação e validação das tomadas de decisões em conjunto além da formalização dos processos de trabalhos, análise dos resultados e planejamento contínuo das ações e implementações de melhorias.

A ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO utilizará para o HOSPITAL E MATERNIDADE MUNICIPAL, como um dos modelos gerenciais a tomada de decisão compartilhada com a estrutura de Governança da ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO junto com a Contratante e Conselho Gestor Interno a ser implantado.

#### **6.1.3. SISTEMA DE LIDERANÇA INSTITUCIONAL**

A liderança é imprescindível para o alcance do sucesso das organizações, e para atingir tal sucesso, é preciso que haja entusiasmo, formação de ideias entre a equipe, estímulo para comunicação. Enfim, o líder carece de ter influência e um conjunto de características para conduzir a equipe.

Para que a implantação do novo modelo se efetue e concretize A ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO utiliza e segue como sistema de Liderança e Gestão as recomendações da Organização Nacional de Acreditação - ONA, investindo na formação de líderes através de capacitação gerencial e assistencial e gestão de processo decisório descentralizado através de estruturas que favorecem a liderança, a gestão horizontalizada com conseqüente obtenção de qualidade reconhecida e certificada.

Utilizaremos na estrutura Organizacional para a formação da Gestão e Liderança estruturas de Gestão Gerencial conforme apresentado a seguir.

##### **6.1.3.1. MACROGESTÃO**

##### **CONSELHO GESTOR INTERNO**

Rua Coronel Manoel Roberto Barbosa, 923 – Centro – Presidente Bernardes – São Paulo – SP  
CEP: 19300-000

Conselho formado pela Governança do Conselho Executivo da ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO, Governança da MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA representantes da AMS-IS, o qual se reunirá mensalmente com o objetivo de estabelecer função deliberativa e fiscalizadora superior, em nível estratégico de coordenação, controle e avaliação globais e também de fixação das diretrizes fundamentais para o funcionamento da unidade e obtenção de resultados, bem como, negociação e articulação entre a ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO e a Autarquia Municipal de Saúde - I.S, no sentido de utilizar os recursos existentes e alcançar crescentes melhorias na qualidade dos serviços prestados, procedendo ao acompanhamento e a avaliação das metas e do desempenho científico e tecnológico da unidade.

Estabelece, ainda, em conjunto, a direcionalidade (missão, princípios, perfil assistencial), responsabilidade (objetivos estratégicos, metas e carteira de serviços por exercício) e governabilidade (mecanismos de macro, meso e microgestão, quadro de pessoal, estrutura física e funcionamento) institucionais da MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA, com os objetivos de:

- I. Estabelecer conhecimento e responsabilidade sobre os processos de trabalho;
- II. Proceder a integração das dimensões ou perspectivas médico-assistenciais e administrativo-financeiras;
- III. Contribuir para efetivar um sistema de padronização dos problemas de saúde dos pacientes, associando-se os recursos que devem ser usados nesta atenção.

### **6.1.3.2. MESOGESTÃO**

#### **NÚCLEO DE QUALIDADE**

- I. Estabelecer a descentralização da gestão, acompanhamento dos indicadores, de resultados e dos projetos em Conjunto com a Comissão de Qualidade, Comissão de Riscos, Comissão de Infecção Relacionada a Assistência à Saúde - CCIRAS e Comissão de Segurança do Paciente;
- II. Estabelecer e direcionando ações de melhorias contínuas até a obtenção de resultados qualitativos da assistência e gestão.

### **6.1.3.3. MICROGESTÃO**

#### **COLEGIADO DE GESTÃO (POR SERVIÇOS)**

Incipiente na operacionalização apresenta dificuldades para a constituição de efetivos colegiados nos diversos serviços através das demais Comissões Técnicas a serem constituídas.

O escopo desses profissionais serão atuar na gestão de sistema e serviços de saúde, de maneira inovadora, humanista e eticamente comprometida com as necessidades de saúde da população, por meio de ferramentas para identificar, diagnosticar e propor soluções criativas em áreas críticas, ampliando a capacidade de resposta dos serviços de saúde.

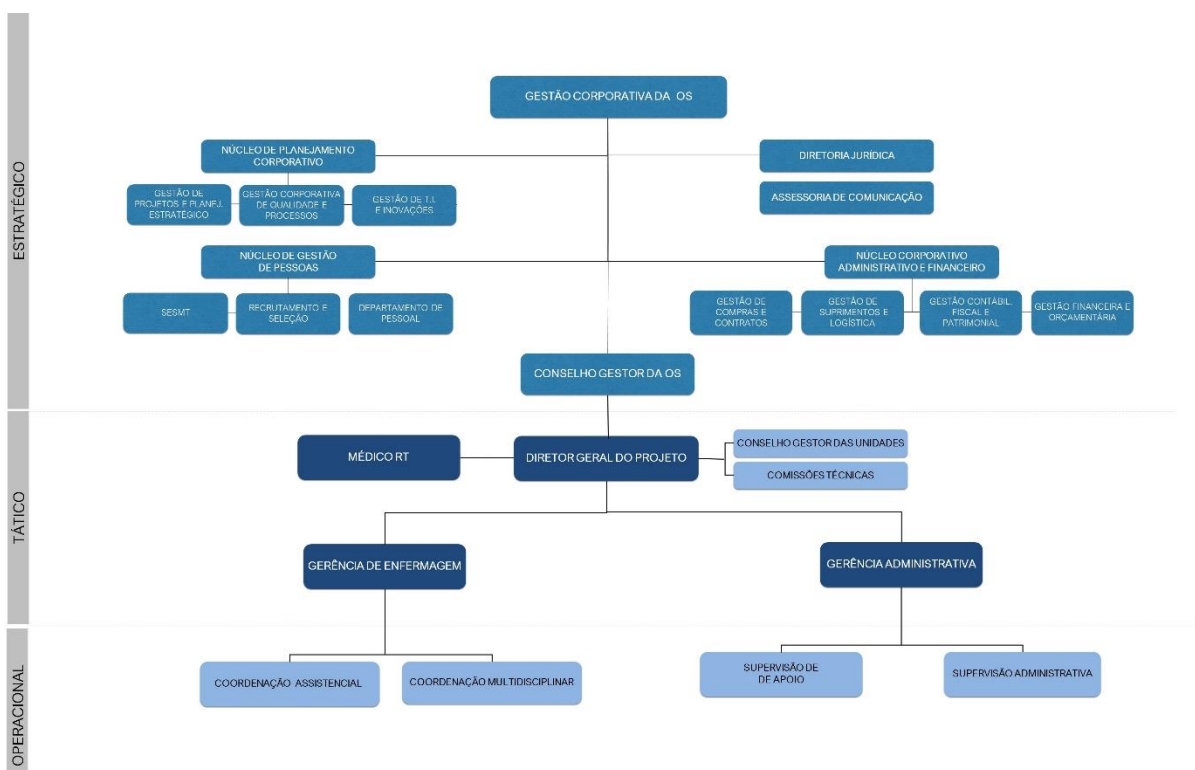
Esses profissionais atuarão em todos os níveis de complexidade da MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA atuará na interdisciplinaridade por meio do diálogo constante entre as diversas áreas, a fim de possibilitar a compreensão da complexidade das sendo capaz de propor ações de intervenção nesta realidade, conforme preconizado na presente proposta.

Para tanto, uma liderança eficiente poderá contribuir para a reorientação da atenção e do trabalho em saúde, proporcionando atendimento resolutivo ao usuário e em prol da motivação do

trabalhador. Sendo assim, organizar os processos de trabalho, assumindo o papel do líder nos serviços de saúde são os desafios da gerência em saúde.

#### 6.1.4. DESCRIÇÃO DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL – ORGANOGRAMA

O organograma proposto pela ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO, compreende as funções de gestão até o 2.º nível e passível de ajustes ao decorrer do processo de gestão.



##### 6.1.4.1. DESCRIÇÃO DAS ROTINAS GERENCIAIS DA EQUIPE GESTORA

##### 6.1.4.2. DESCRIÇÃO DE CARGOS E ATRIBUIÇÕES

O organograma apresentado, demonstra como a ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO promoverá a organização da gestão e principalmente, como estas estruturas gerenciais se integrarão e irão se correlacionar convergindo para o alcance dos objetivos.

Nesse sentido é possível obter melhora na qualidade assistencial, pois as linhas de cuidado estarão fortalecidas e integradas, bem como ganhos importantes na produtividade e economicidade das unidades, motivos pelos quais levou ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO a propositura destes modelos.

A estrutura hierárquica que será implantada, conforme demonstrado nos tópicos abaixo, estará dividida em 2 âmbitos:

**Corporativo:** que são áreas e funções que compõe a sede da ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO, e que, portanto, são compartilhadas com os demais projetos gerenciados pela ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO, tendo seus custos rateados por metodologia de esforço de trabalho, trazendo ganhos de produtividade, efetividade e economicidade, uma vez que são estruturas estratégicas de custo elevado e que por estarem localizadas na Sede Administrativa, atuando direta e indiretamente nos projetos gerenciados, reduz o custo operacional das unidades.

**Local:** que são áreas e funções comuns e exclusiva para as unidades, que receberão as normas, diretrizes e estratégias a serem seguidas, das áreas corporativas, trazendo maior efetividade para a gestão e economicidade.

<b>ÂMBITO LOCAL</b>	
<b>Diretoria Geral Hospitalar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Planeja estratégias para implementar as ações estabelecidas e demandadas pela Gestão Corporativa da ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO e Superintendência Geral do Projeto;</li> <li>✓ Estabelece ações e mecanismos para desdobrar e implementar as políticas corporativas e locais;</li> <li>✓ Assegura a implementação do Modelo Gerencial, Assistencial e Técnico Assistencial estabelecido pela Gestão Corporativa da ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO;</li> <li>✓ Assegura a execução dos planos de ação e cumprimento dos prazos estabelecidos, reportando os resultados para a Superintendência Geral do Projeto, e quando for o caso, para a Gestão Corporativa da ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO;</li> <li>✓ Garante o cumprimento das metas pactuadas;</li> <li>✓ Assegura a implantação dos fluxos e processos sistêmicos da MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO</li> </ul>



	<p>JARDIM JACIRA , estabelecidos pela gestão corporativa e plano de trabalho;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Coordena a atuação da diretoria técnica e diretoria administrativa hospitalar, bem como gerência de enfermagem e demais áreas na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA;</li> <li>✓ Acompanha e monitora os indicadores sistêmicos de resultado e desempenho da unidade, bem como valida as respectivas análises críticas e planos de ação;</li> <li>✓ Assegura a implantação das comissões técnicas obrigatórias;</li> <li>✓ Remete para apreciação da Gestão Corporativa da ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO, eventuais oportunidades para desenvolvimento de novos projetos/ações locais que beneficiem a comunidade e/ou unidades gerenciadas.</li> </ul>
<b>Diretoria Técnica Hospitalar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Planeja estratégias para implementar as ações estabelecidas e demandadas pela Gestão Corporativa da ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO e Superintendência Geral do Projeto;</li> <li>✓ Estabelece ações e mecanismos para desdobrar e implementar as políticas corporativas e locais;</li> <li>✓ Assegura a implementação do Modelo Assistencial e Técnico Assistencial estabelecido pela Gestão Corporativa da ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO;</li> <li>✓ Assegura a execução dos planos de ação e cumprimento dos prazos estabelecidos;</li> <li>✓ Estabelece mecanismos técnico-assistenciais para assegurar o cumprimento das metas pactuadas;</li> <li>✓ Coordena a implantação dos fluxos e processos assistenciais, estabelecidos pela gestão corporativa;</li> <li>✓ Coordena a atuação do corpo clínico das unidades e gerente de enfermagem;</li> <li>✓ Acompanha e monitora os indicadores assistenciais de resultado e desempenho das áreas assistenciais, bem como valida as respectivas análises críticas e planos de ação;</li> <li>✓ Aprova as diretrizes clínicas e protocolos assistenciais;</li> <li>✓ Coordena a implantação das comissões técnicas obrigatórias, assegurando o seu pleno funcionamento;</li> <li>✓ Garante o cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor;</li> <li>✓ Assegura a plena execução das atividades de assistência médica da MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA.</li> </ul>
<b>Núcleos de Apoio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Assessoram tecnicamente o corpo diretivo nas questões relacionados a assuntos sistêmicos;</li> <li>✓ Apoiam o desdobramento das ações e estratégias definidas pelas Comissões Técnicas;</li> <li>✓ Promovem a integração de áreas na resolução de problemas;</li> <li>✓ Estabelecem processos e fluxos específicos;</li> <li>✓ Analisam e correlacionam os resultados de sua atuação.</li> </ul>
<b>Comissões Técnicas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Assessoram tecnicamente o corpo diretivo nas questões relacionadas a assuntos técnicos;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Estabelecem normas, diretrizes e fluxos;</li> <li>✓ Analisam e correlacionam os resultados assistenciais, técnicos, administrativos e sociais;</li> <li>✓ Promovem a interdisciplinaridade nos processos;</li> <li>✓ Promovem e fomentam a capacitam as equipes nas questões relacionadas.</li> </ul>
<b>Gerência Administrativa Hospitalar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Planeja estratégias para implementar as ações estabelecidas e demandadas pela Gestão Corporativa da ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO e Superintendência Geral do Projeto;</li> <li>✓ Estabelece ações e mecanismos para desdobrar e implementar as políticas corporativas e locais;</li> <li>✓ Assegura a implementação do Modelo Gerencial estabelecido pela Gestão Corporativa da ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO;</li> <li>✓ Monitora a execução dos planos de ação e cumprimento dos prazos estabelecidos;</li> <li>✓ Estabelece mecanismos administrativos e operacionais para assegurar o cumprimento das metas pactuadas;</li> <li>✓ Conduz o gerente administrativo e de apoio operacional, bem como conduz os processos das áreas relacionadas</li> <li>✓ Estabelece mecanismos para operacionalizar as ações táticas no âmbito assistencial;</li> <li>✓ Monitora a qualidade e o atendimento a padrões e procedimentos;</li> <li>✓ Coordena as equipes com foco na convergência dos objetivos;</li> <li>✓ Assegura o cumprimento dos orçamentos das áreas;</li> <li>✓ Desdobra as políticas, normas, diretrizes, protocolos e fluxos estabelecidos pela Gestão Corporativa da ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO.</li> </ul>
<b>Gerência de Enfermagem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Gerencia as coordenações de enfermagem e respectivas áreas de atuação;</li> <li>✓ Executa o planejamento e implementação das ações táticas no âmbito assistencial da enfermagem;</li> <li>✓ Avalia prioridades e estimula o desenvolvimento contínuo de pessoas;</li> <li>✓ Assegura qualidade e o atendimento a padrões e procedimentos;</li> <li>✓ Apoia a elaboração e aprova os Procedimentos Operacionais Padrão do Serviço de Enfermagem;</li> <li>✓ Integra as equipes de enfermagem com os demais processos assistenciais e de apoio assistencial com as equipes e processos técnico-administrativos-operacionais;</li> <li>✓ Promove a educação permanente das equipes;</li> <li>✓ Gerencia o cumprimento dos Planos de Ação;</li> <li>✓ Implanta e garante o cumprimento das equipes quanto às políticas, normas, diretrizes, protocolos e fluxos estabelecidos;</li> <li>✓ Implementa o Modelo Assistencial e Técnico Assistencial estabelecido pela Gestão Corporativa da ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO.</li> </ul>

## 6.1.5. DESCRIÇÃO DO PROCESSO DE GESTÃO DE MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

### 6.1.5.1. GESTÃO DE EQUIPAMENTOS

É compreendido como serviço de engenharia clínica, todas as atividades cujo resultado visem manter o adequado funcionamento de todos os equipamentos médicos na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA, atendendo aos índices de disponibilidade para uso, previsto no Plano de Equipamentos, sem exposição ao paciente e/ou seu acompanhante a riscos gerados pelo equipamento e seu mecanismo de funcionamento.

Suas atividades principais são: gerenciamento dos equipamentos e mobiliários assistenciais, manutenção, conservação e/ou recuperação dos equipamentos mobiliários, visando a segurança dos pacientes.

A manutenção pode ser definida, basicamente, como:

- I. Manutenção Preventiva: ocorre com planejamento, com objetivo claro e específico de manter o equipamento em bom estado de funcionamento e calibração, evitando falhas e danos;
- II. Manutenção Preditiva: consiste em prevenir falhas nos equipamentos através da checagem de diversos parâmetros, visando à operação do equipamento sistema pelo maior tempo possível ininterruptamente;
- III. Manutenção Corretiva: ocorre sem planejamento e exige ação imediata com intervenção da equipe para que o equipamento retome imediatamente sua operação ou para a substituição do mesmo quando demandar defeito com longo tempo para conserto;
- IV. Calibração: conjunto de operações sob condições específicas comparando a relação entre valores indicados por instrumentos previamente calibrados garantindo a veracidade dos parâmetros através de rastreabilidade.

O setor de engenharia clínica, irá contar com uma rígida rotina de verificação de todos os equipamentos, planejamento das manutenções para garantia da disponibilidade dos ativos, além de uma equipe treinada para realizar rapidamente o suporte operacional requisitado pela equipe assistencial.

São atribuições da empresa contratada para o serviço de Engenharia Clínica:

- I. Fornecer toda a mão de obra necessária para operação do setor, bem como todos os materiais e equipamentos (inclusos Equipamentos de Proteção Individuais e Coletivos) que contemplem a prestação de serviços de engenharia clínica;
- II. Assegurar a contratação de profissionais devidamente capacitados para desempenho das devidas funções;
- III. Garantir treinamento periódico para toda a equipe de engenharia clínica, para garantir a adequação da equipe às novas tecnologias presentes no mercado, novos instrumentos e novos procedimentos de manutenção;
- IV. Elaborar um Plano de Manutenção Preventiva, Corretiva e Calibração 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;
- V. Responsabilizar-se tecnicamente pela gestão de manutenção dos equipamentos do parque tecnológico compreendido pelo hospital;
- VI. Disponibilizar sistema informatizado de gerenciamento de manutenção com módulo de abertura de ordens de serviço pelo usuário e geração de histórico de manutenção de equipamentos;
- VII. Em caso de retirada de equipamento ou manutenção programada, deve-se avisar com antecedência o setor de agendamento para que

todos os exames e/ou procedimentos porventura agendados para aqueles equipamentos sejam remanejados e reagendados com antecedência;

- VIII. Fornecer equipamentos em número adequado para uso coletivo e individual, assim como equipamentos de proteção coletiva e individual e demais materiais que sejam necessários para a perfeita realização dos serviços e manter todo o parque destes equipamentos e materiais em perfeita condição de uso e operação;
- IX. Fornecer equipamentos de teste e calibração de equipamentos eletromédicos para auxiliar nas manutenções realizadas pelo setor de engenharia clínica bem como realizar calibrações conforme o plano de manutenção compreendido na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA;
- X. Elaborar Plano de Educação Continuada para operadores a fim de garantir uma eficiente utilização dos equipamentos, através de orientação dos funcionários na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA, o correto manuseio e operação de cada um dos equipamentos na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA;
- XI. Elaborar e atualizar anualmente Plano Diretor de Investimentos e Atualização Tecnológica a fim de garantir as práticas de depreciação, reinvestimento e upgrade de equipamentos;
- XII. Elaborar relatório periódico de avaliação do parque tecnológico constando de informações sobre manutenção e custos;
- XIII. Desenvolver indicadores de desempenho dos equipamentos e de qualidade dos serviços prestados;

- XIV. Registrar por escrito todos os materiais e equipamentos fornecidos aos funcionários;
- XV. Cumprir todos os postulados legais cabíveis a este serviço, tanto em âmbito federal, estadual, municipal e todas as normas da AMS-IS;
- XVI. Controlar a assiduidade de seus funcionários, assim como o atendimento ao regime de horas estipulado para cada um através de escala de trabalho a ser desenvolvida;
- XVII. Apresentar, quando solicitado, o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional – PCMSO – e de Prevenção de Riscos Ambientais – PPRA, contendo, no mínimo, os itens constantes das normas regulamentadoras nº 7 e 9, respectivamente, da Portaria nº3.214, de oito de junho de 1978, do Ministério do Trabalho e Previdência Social;

A ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO irá manter disponibilizado em meios físicos e digitais, todos os manuais técnicos e do usuário dos equipamentos na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA, assim como o registro atualizado do equipamento na Agência de Vigilância Sanitária – ANVISA, planos, descritivos, plantas, instalações e todos os documentos referentes aos equipamentos nos quais realizará manutenção.

Todos os equipamentos hospitalares e mobiliários assistenciais serão submetidos à equipe de engenharia clínica, entretanto, todo e qualquer ativo existente no estabelecimento deverá ser inventariado com TAG identificador que permita sua fácil localização/identificação.

Além do seu código representativo, o inventário deverá contemplar todas as informações possíveis do produto, possibilitando o preenchimento de uma ficha técnica do equipamento, que posteriormente proporcionará a existência do histórico de falhas, consertos, trocas de peças, meia vida, e outros dados de relevância para caracterização

do parque tecnológico na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA.

Ainda para cada equipamento individualizado ou grupo de equipamentos (quando aplicável) deverão ser identificados e facilmente localizados os seguintes dados de cada ativo:

- I. Plano de manutenção preventiva;
- II. Plano de manutenção preditiva;
- III. Plano de calibração, indicando a periodicidade e os parâmetros de calibração segundo a indicação do fabricante;
- IV. Plano de garantia do equipamento contendo claramente tudo o que pode ou não ser incluso nos serviços do fornecedor;
- V. Plano de distribuição do equipamento na unidade de saúde com registro dos usuários (enfermeira, médico, auxiliar, entre outros);

Descritivo técnico de cada equipamento, contendo suas características e configurações;

- I. Custo de aquisição do equipamento com a data base da compra;
- II. Estimativa de diminuição da meia vida;
- III. Previsão de substituição do equipamento;
- IV. Histórico de manutenção do equipamento, possibilitando comparação da depreciação normal versus a depreciação projetada para o equipamento.

A partir do armazenamento adequado de todos estes dados, serão elaborados os planos de manutenção dos equipamentos. Cada equipamento irá possuir o seu plano de manutenção individual, de acordo com a tecnologia nele existente, a frequência de uso, as características construtivas, a operação, a sensibilidade dos seus componentes, o

número de blocos funcionais, o número de usuários diferentes, a utilização de insumos, entre outros fatores que podem intervir no funcionamento do aparelho.

O Plano de Manutenção Preventiva será executado conforme protocolo estabelecido nos prazos predeterminados, obedecendo rigorosamente a todos os procedimentos descritos, assim como a todas as premissas definidas anteriormente à prestação do serviço, visando otimizar o uso dos equipamentos no aspecto funcional e atribuindo segurança a todos os procedimentos realizados na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA, reduzindo parada de equipamentos, perda de exames e, conseqüentemente, proporcionando aumento da meia vida de cada equipamento, gerando menores gastos financeiros com reparação de equipamentos e equipamentos parados. Dentro desta argumentação, o Plano de Manutenção Preventiva deverá conter minimamente:

- I. Plano das atividades de verificação, medição e checagem, presentes na rotina de avaliação dos equipamentos;
- II. Relatório contendo o resultado de todas as verificações e base padrão de todos os parâmetros dos equipamentos para adequação do mesmo à normalidade;
- III. Instruções de segurança para o técnico de manutenção, contemplando, inclusive a relação de EPI que deve ser utilizada para cada procedimento;
- IV. Plano de substituição de peças, contendo todos os parâmetros básicos para substituição de peças que apresentem desgaste por uso;
- V. Paramétrica modelo para diagnóstico breve do estado do equipamento;
- VI. Frequência da atividade de manutenção preventiva, contemplando o período fixo e/ou variável de tempo necessário para a próxima manutenção preventiva;
- VII. Identificação do profissional submetido à realização daquela tarefa;



Em caso de equipamento em mal estado de uso, o mesmo será retirado a fim de realizar manutenções corretivas no mesmo sob autorização do líder do setor e com aviso prévio ao setor de agendamento para remarcação de procedimentos realizados pelo equipamento e notificação do tempo médio de parada do mesmo.

O Plano de Calibração será executado conforme protocolo estabelecido, obedecendo rigorosamente a todos os procedimentos descritos, assim como a todas as premissas definidas anteriormente à prestação do serviço, visando otimizar o uso dos equipamentos no aspecto funcional e atribuindo segurança a todos os procedimentos realizados na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA, reduzindo parada de equipamentos, perda de exames e, conseqüentemente, proporcionando aumento da meia vida de cada equipamento, gerando menores gastos financeiros com reparação de equipamentos e equipamentos parados. Dentro desta argumentação, o Plano de Manutenção Preventiva elaborado irá conter minimamente:

- I. Plano das atividades de calibração por equipamento, constando de avaliação e comparação de parâmetros físicos;
- II. Relatório contendo o resultado de todas as comparações e análises dos respectivos desvios padrões para cada parâmetro;

Em caso de equipamento reprovado na calibração, retirar o equipamento a fim de realizar manutenções corretivas no mesmo sob autorização do líder do setor e com aviso prévio ao setor de agendamento para remarcação de procedimentos realizados pelo equipamento e notificação do tempo médio de parada do mesmo.

O Plano de Manutenção Preditiva deverá ser executado de forma a proporcionar ao estabelecimento seguintes benefícios:

- I. Redução dos custos de manutenção;

- II. Redução de estoque de sobressalentes;
- III. Redução de horas extras para manutenção;
- IV. Redução do tempo de para dos equipamentos;
- V. Redução de despesas extras geradas por quebra de equipamentos;
- VI. Aumento da meia vida dos equipamentos;
- VII. Aumento da produtividade de exames e procedimentos, por intermédio do desempenho das máquinas.

A manutenção corretiva ocorrerá de forma rápida e, em casos de equipamentos com alto impacto ao paciente e equipamentos de alto índice de uso o atendimento deverá ser emergencial, justificando a necessidade da prontidão dos funcionários do setor.

Para qualquer contratado para manutenção destes equipamentos serão checadas as devidas certificações para realização do serviço e o fornecimento de um plano de manutenção contendo todas as intervenções programadas durante a validade do contrato, bem como seguir a Política de Compras e Contratação de Serviços e Obras da ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO, demonstrada anteriormente.

A empresa contratada irá elaborar os Procedimentos Operacionais Padrão – POP para cada tipo de equipamentos médico-hospitalares existentes na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA. Este POP será estruturado de forma a atender cada tipo dos diferentes equipamentos existentes na estrutura hospitalar, contendo informações particulares características a cada modelo e/ou série dos equipamentos.

Todas as atividades e intervenções realizadas pela Engenharia Clínica serão registradas em sistema informatizado, constando todos os dados relativos ao atendimento dos chamados ou aos procedimentos padrão diários de manutenção. Deve permitir o acompanhamento remoto das ordens de serviço bem como a conclusão da mesma, com aprovação do solicitante.

O setor irá realizar suas atividades de segunda-feira à sábado, das 7h às 19h. Todos os técnicos e tecnólogos do setor de engenharia clínica deverão estar disponíveis aos finais de semana em regime de cobertura à distância, e em período noturno para eventuais atendimentos emergenciais.

### 6.1.5.2. CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE ENGENHARIA CLÍNICA

ATIVIDADE	CRONOGRAMA ANUAL											
	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	12º
Mapeamento dos equipamentos médico hospitalares	■	■										
Elaboração e validação do Plano de Manutenção Preventiva Institucional			■	■								
Elaboração do Plano de Calibração Institucional			■	■								
Definição de Planos de Contingência para indisponibilidade de Equipamentos					■	■						
Capacitação e Treinamento das Equipes quanto ao uso e conservação dos equipamentos			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Elaboração de Plano de Atualização do Parque Tecnológico											■	■
Mensuração e Análise de Indicadores de desempenho do processo		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

## **6.1.6. GESTÃO DE MATERIAIS**

### **6.1.6.1. ALMOXARIFADO GERAL**

### **6.1.6.2. IMPLANTAÇÃO DE LOGÍSTICA DE SUPRIMENTOS**

As atividades relacionadas a implantação da logística de suprimentos, serão estabelecidas com base nas diretrizes corporativas da ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO, abrangendo as etapas referentes à gestão de compras, contratação, fornecedores e de estoques, visando com isso assegurar o abastecimento dos suprimentos necessários as atividades assistenciais e operacionais da MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA .

Apesar da Autarquia Municipal de Saúde – I.S fornecer os materiais e medicamentos necessários ao atendimento dos usuários, conforme descrito no Edital de Chamamento Público, a ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO, irá realizar a gestão destes insumos, seguindo as premissas determinadas em fórum corporativo, de acordo com as melhores práticas de gestão.

### **6.1.6.3. 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.

## **I. CONTINGÊNCIA**

Quando houver necessidade de troca e/ou substituição de material, exemplo: fio nº 3 por fio nº 4, o funcionário do Almojarifado – 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.

## II. 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.

### MATERIAIS SEGUIDOS DAS PADRONIZAÇÕES DE MATERIAIS

PROCEDIMENTOS GERAIS A SEREM REVISTOS DE ACORDO COM A PECULIARIDADE DO SERVIÇO	
Contenção Física	Coleta de Sangue – Venoso
CPAP	Coleta de Sangue – Arterial

Drenagem de Abscesso	Enteroclistma / Fleet Enema
Drenagem de Tórax	Irrigação Vesical
Intubação Traqueal	Lavagem Gástrica
Flebotomia	Oxigenioterapia (cateter/ máscara, etc.)
Imobilizações em Geral	Punção de Acesso Venoso
Infiltração Medicamentosa	Traqueostomia
Intracath	Toracentese
Marcapasso	Acesso Salinizado
Paracentese	Sondagem Enteral
Procedimentos Específicos Ortopedia Ex: Punção Articular / Músculos / Outros	Sondagem Gástrica
HGT	Sondagem Vesical de Alívio
Punção Líquor	Sondagem Vesical de Demora
Remoção de Corpo Estranho	Tricotomia
Retirada de Parasitas	Uropen
Retirar Pontos	Suturas em Geral
Sonda Blackmore	Tamponamento Nasal

#### 6.1.6.4. ROTINA PARA RECEBIMENTO DE MATERIAIS

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

- I. Retirar a Nota de Empenho e conferir com a Nota Fiscal enviada pelo fornecedor;
- II. Receber o material apenas se o valor da Nota Fiscal for igual ou menor do que o valor total da Nota de Empenho;
- III. 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;

- IV. O descarregamento é realizado pela transportadora, devendo o recebedor indicar o local adequado para o material;
- V. 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);
- VI. 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;
- VII. 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;
- VIII. Finalizar o recebimento assinando e carimbando o canhoto da Nota Fiscal.

#### **6.1.6.5. 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:

- I. Relacionar e especificar detalhadamente o material existente em estoque;
- II. Apurar o material em estoque para fins de transferência de responsabilidade;
- III. Analisar os documentos que controlam as atividades de entrada e saída dos materiais;
- IV. Avaliar as condições de armazenamento dos materiais estocados;
- V. Avaliar a disposição física dos materiais a fim de verificar a praticidade na sua movimentação;
- VI. Analisar o funcionamento sistemático do Almoxarifado como um todo a fim de verificar se o seu gerenciamento está se procedendo de maneira a satisfazer as necessidades a que se destina;
- VII. Apurar o material em estoque para fins de encerramento quando da extinção ou transferência de órgãos e entidades.

A Tomada de Contas do Almoxarifado pode ocorrer:

- I. No final de exercício: elaborado no mês de dezembro de cada ano;
- II. Na passagem de responsabilidade: quando houver mudança de responsável pelo Almoxarifado;
- III. No encerramento: quando o órgão for extinto ou transferido.

Todos os trabalhos inerentes à Tomada de Contas serão efetuados pela ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO por meio de uma Comissão específica composta de, no mínimo, 3 (três) pessoas diferentes das que trabalham no Almoxarifado.

Compõe o processo de Tomada de Contas do Almoxarifado:

- I. Portaria de nomeação da Comissão;
- II. Relatórios de saldos e movimentações de materiais do estoque;



- III. Termo de Conferência;
- IV. Encaminhamentos.

#### **6.1.6.6. MANUAL DE ROTINAS ADMINISTRATIVAS PARA GERÊNCIA DE ALMOXARIFADO E PATRIMÔNIO**

O Manual de Rotinas Administrativas para Gerência de Almojarifado e Patrimônio, contemplará as principais rotinas operacionais e administrativas relacionadas, buscando a integração da logística e eficácia da cadeia de suprimentos.

##### **6.1.6.6.1. ROTINAS ADMINISTRATIVAS PARA ALMOXARIFADO**

As principais atribuições do Almojarifado, são:

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

- XI. Realizar balancetes mensais e inventários, físicos e financeiros, dos materiais em estoque;
- XII. Zelar pela conservação dos materiais em estoque;
- XIII. Efetuar levantamento estatístico do consumo anual, para orientar a elaboração do orçamento da Instituição de Saúde

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

- I. Receber para guarda e proteção os materiais adquiridos pela empresa;
- II. Entregar os materiais aos seus usuários, mediante requisições autorizadas.
- III. 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:

- I. Coordenar e controlar as atividades de recebimento e devolução de materiais;
- II. Analisar a documentação recebida, verificando se a compra foi autorizada;
- III. Controlar os volumes declarados na Nota Fiscal e no Manifesto de Transporte com os volumes a serem efetivamente recebidos;

- IV. 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;
- V. Proceder a conferência quantitativa e qualitativa dos materiais recebidos;
- VI. Decidir pela recusa, aceite ou devolução, conforme o caso;
- VII. Providenciar a regularização da recusa, devolução ou da liberação de pagamento ao fornecedor;
- VIII. Liberar o material desembaraçado para estoque no Almojarifado.

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:

- I. Entrada de materiais;
- II. Conferência quantitativa;
- III. Conferência qualitativa;
- IV. Regularização.

## **ENTRADA DE MATERIAIS**

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

- I. A recepção dos veículos transportadores;
- II. A triagem da documentação suporte para o recebimento;
- III. Constatação se a compra, objeto da Nota Fiscal em análise, foi autorizada;

- IV. Constatação se a compra autorizada está no prazo de entrega contratual;
- V. Constatação se o número do documento de compra consta na Nota Fiscal;
- VI. 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:

- I. Liberação de pagamento ao fornecedor;
- II. Liberação parcial de pagamento ao fornecedor;
- III. Devolução de material ao fornecedor;
- IV. Reclamação de falta ao fornecedor;
- V. 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:

- I. Nota Fiscal;
- II. Conhecimento de transporte rodoviário de carga;
- III. Documento de contagem efetuada;
- IV. Relatório técnico da inspeção;
- V. 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 Almojarifado 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:

- I. Verificação das condições de recebimento do material;
- II. Identificação do material;
- III. Guarda na localização adotada;
- IV. Informação da localização física de guarda;
- V. Verificação periódica das condições de proteção e armazenamento;
- VI. 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:

- I. Máxima utilização do espaço;
- II. Efetiva utilização dos recursos disponíveis (mão de obra e equipamentos);

- III. Pronto acesso a todos os itens;
- IV. Máxima proteção aos itens estocados;
- V. Boa organização;
- VI. Satisfação das necessidades dos clientes.

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

- I. Itens a serem estocados (itens de grande circulação, peso e volume);
- II. Corredores (facilidades de acesso);
- III. Portas de acesso (altura, largura);
- IV. Prateleiras e estruturas (altura e peso);
- V. 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 na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA, através de requisição específica.

### **6.1.7. DESCRIÇÃO DAS FERRAMENTAS DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO A SEREM UTILIZADAS NO RELACIONAMENTO COM A AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE - I.S DE ITAPECERICA DA SERRA**

#### **6.1.7.1. MODELO DE TRANSPARÊNCIA DAS INFORMAÇÕES**

A ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO preza pelo princípio da Gestão focada na qualidade, segurança e transparência em todas as etapas de prestação de serviço.

A implantação de um modelo transparente de gestão e responsabilidades, para o desenvolvimento administrativo, assistencial e tecnológico da organização é imprescindível a utilização de metodologias de gestão seguras e transparentes. Assim, nossa gestão utiliza ferramentas como a Joint Comissão, Gestão Canadense e pela Organização Nacional de Acreditação – ONA. Para alcançar a Acreditação nível 3 da ONA (nível considerado máximo em excelência em gestão qualificada, segura e transparente), a ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO incorpora requisitos e interage entre as partes envolvidas na administração da instituição de saúde.

A transparência da gestão engloba, além da publicidade das ações, outras medidas que vão além da simples divulgação dos serviços realizados ou prestados à sociedade.

Transparência não é apenas disponibilizar dados, mas fazê-lo em linguagem clara e acessível a toda a sociedade interessada.



Dessa forma, ser e fazer gestão com transparência é chamar os stakeholders para participar dos rumos da gestão feita pela ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO, é motivar a decisão tomada e também divulgar todos os atos e condutas.

Outro aspecto que merece atenção diz respeito à certeza quanto aos dados a serem divulgados. Isso impõe ao administrador um exercício ainda pouco usual, o de trabalhar concretamente com as informações, de modo a gerenciá-las e extrair consequências práticas quanto à gestão.

Eis a razão pela qual não se pode admitir, nos dias de hoje, administrações amadoras, experimentais, baseadas na vivência pessoal do gestor.

O manuseio de dados, planilhas e estatísticas é impositivo à satisfação do princípio da eficiência da administração.

Para uma eficiente gestão, os dados não podem ser tomados como elementos aleatórios, colhidos por precipitados levantamentos. Devem ser concretos, reais e fidedignos.

Extraídos das políticas efetivamente implementadas em conformidade com a peça orçamentária e, sempre que possível, de um planejamento estratégico da gestão.

A ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO utilizando as metodologias de qualidade poderá proporcionar a Autarquia Municipal de Saúde - I.S a apresentação não só dos resultados e atingimentos das metas almejadas pelo contratante, mas o acompanhamento mensal das ações planejadas pela Gestão da ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO de acordo com as análises e tomadas de decisão em conjunto (Gestão da ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO e Gestão Municipal).

## 7. PROPOSTA DE ORGANIZAÇÃO ASSISTENCIAL

A ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO, irá implementar o Manual de Procedimentos, que é um documento que apresenta as rotinas de enfermagem necessárias ao desenvolvimento das ações de enfermagem, abordando de forma prática os objetivos, a competência, os materiais utilizados e a sequência lógica de cada rotina implantada na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA, além de fornecer subsídios suficientes para que a equipe siga condutas uniformes na assistência de enfermagem.

Cabe destacar que os modelos apresentados, servirão como base para que a equipe técnica e responsáveis técnicos pelas unidades, elaborem os referidos documentos alinhados a realidade dos serviços, de acordo com o perfil epidemiológico na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA.

Dentre os procedimentos a serem implementados, constantes no Manual de Procedimentos e além dele, estão:

- I. Administração de Hemocomponentes;
- II. Administração de Insulina;
- III. Administração de Medicação Via Intravenosa;
- IV. Administração de Medicação Via Ocular;
- V. Administração de Medicação Via Oral;
- VI. Administração de Medicação Via Retal;
- VII. Administração de Medicação Via Subcutânea;
- VIII. Administração de Nutrição Enteral – NE;

- IX. Administração de Nutrição Parenteral Total – NPT;
- X. Admissão do Paciente;
- XI. Admissão Fármaco Sublingual;
- XII. Alta do Paciente;
- XIII. Anotações de Enfermagem;
- XIV. Aspiração das Vias Aéreas Superiores;
- XV. Aspiração Traqueal de Pacientes Intubados e Traqueostomizados com Sistema Aberto;
- XVI. Avaliação Pupilar;
- XVII. Banho no Leito;
- XVIII. Cateterismo Vesical de Alívio;
- XIX. Cateterismo Vesical de Demora (Feminino);
- XX. Cateterismo Vesical de Demora (Masculino);
- XXI. Colocação de Dispositivo Urinário;
- XXII. Curativo após Retirada de Cateter Venoso Central – CVC;
- XXIII. Curativo após Retirada de Cateter Venoso Central - CVC Infectado;
- XXIV. Curativo de Cateter Venoso Central – CVC;
- XXV. Curativo de Ferida Aberta;

- XXVI. Curativo de Ferida Cirúrgica Limpa;
- XXVII. Eletrocardiograma;
- XXVIII. Encaminhamento de Paciente para o Centro Cirúrgico – CC;
- XXIX. Glicemia Capilar Periférica;
- XXX. Higiene Oral;
- XXXI. Lavagem Intestinal;
- XXXII. Monitorização Cardíaca;
- XXXIII. Monitorização de Saturação de Oxigênio;
- XXXIV. Mudança de Decúbito;
- XXXV. Oxigênio terapia;
- XXXVI. Preparo de Material para Cateter Venoso Central – CVC;
- XXXVII. Preparo do Corpo após Morte;
- XXXVIII. Preparo do Leito em Unidade de Internação;
- XXXIX. Preparo do Paciente para Cateterismo Cardíaco;
- XL. Preparo do Paciente para Cintilografia Miocárdica;
- XLI. Preparo do Paciente para Realizar Exame de Angiografia;
- XLII. Preparo Medicação EV ampolas;

- XLIII. Preparo Medicação EV em pó;
- XLIV. Pressão Venosa Central;
- XLV. Punção Acesso Venoso Periférico;
- XLVI. Realização de Eletrocardiograma – ECG;
- XLVII. Sonda Gástrica;
- XLVIII. Sondagem Enteral – Naso ou Oroenteral;
- XLIX. Sondagem Nasogástrica;
- L. Soroterapia;
- LI. Transferência de Pacientes Intra Hospitalar;
- LII. Verificação de Medidas Antropométricas;
- LIII. Verificação de Sinais Vitais – SSVV.
- LIV. Abertura de Medicamentos;
- LV. Colocação e Retirada de Luvas Estéreis;
- LVI. Cultura de Vigilância para VRE;
- LVII. Desinfecção de Esfigmo e Estetoscópio;
- LVIII. Dispositivo de Sistema Fechado;
- LIX. Dispositivo de Sistema Fechado Neonatal;

- LX. Higiene das Mãos Água e Sabão;
- LXI. Higiene Mãos Álcool Gel;
- LXII. Higiene Oral Clorexedina;
- LXIII. Limpeza de Armários;
- LXIV. Limpeza de Fraldários;
- LXV. Limpeza e Desinfecção de balanças;
- LXVI. Limpeza e Desinfecção de Carrinho de Banho;
- LXVII. Limpeza e Desinfecção de Carrinho de Curativo;
- LXVIII. Precaução Aerossóis;
- LXIX. Precaução de Contato;
- LXX. Precaução Padrão;
- LXXI. Precaução por Contato;
- LXXII. Precaução por Gotículas;
- LXXIII. Preparo Pré-Operatório;
- LXXIV. Reação de Mantoux ou Prova Tuberculina ou PPD;
- LXXV. Swab oral;
- LXXVI. Transporte de Pacientes com Precaução de Contato;

- LXXVII. Tricotomia Facial;
- LXXVIII. Uso de Travesseiros Revestidos;
- LXXIX. Utilização de EPIs
- LXXX. Controle da data limite de uso dos materiais esterilizados;
- LXXXI. Desinfecção química de artigos com ácido peracético;
- LXXXII. Limpeza e desinfecção de comadre, papagaio e frasco de aspiração;
- LXXXIII. Diluição e teste da concentração do ácido peracético;
- LXXXIV. Leitura do teste biológico;
- LXXXV. Limpeza de motores, serras e aparelhos elétricos, pneumáticos e com bateria;
- LXXXVI. Processamento de produtos de assistência respiratória e tubulares;
- LXXXVII. Limpeza e Desinfecção de cabos e lâminas de laringoscópio;
- LXXXVIII. Montagem de cargas em autoclaves a vapor;
- LXXXIX. Preparo e empacotamento de produtos para esterilização;
- XC. Processamento de esponjas e escovas da CME.
- XCI. Admissão e Assistência de Enfermagem no SRPA;
- XCII. Assistência de Enfermagem na Hipotermia na SRPA;
- XCIII. Assistência de Enfermagem nas Complicações Cardíacas na SRPA;

- XCIV. Assistência de Enfermagem nas Complicações Respiratórias na SRPA;
- XCV. Assistência de Enfermagem no Choque Hipovolêmico na SRPA;
- XCVI. Circulação da Sala de Operação;
- XCVII. Desmontagem da Sala de Operação;
- XCVIII. Limpeza Concorrente do Centro Cirúrgico;
- XCIX. Limpeza Semanal do Centro Cirúrgico;
- C. Limpeza Terminal do Centro Cirúrgico;
- CI. Marcação de Cirurgias;
- CII. Montagem da Sala de Operação;
- CIII. Organização dos Instrumentos, Roupas Sujas e Resíduos Infectantes Sólidos;
- CIV. Prevenção de Transmissão de Doenças em Centro Cirúrgico;
- CV. Recepção de Pacientes;
- CVI. Recepção de Pacientes no Centro Cirúrgico;
- CVII. Rol de Atribuições dos Circulares;
- CVIII. Solicitação de Material a Central de Material e Esterilização - CME;
- CIX. Transferência do Paciente para a Sala de Recuperação Anestésica - SRPA;
- CX. Utilizado de Bisturi Elétrico.



- CXI. Identificação de Pacientes;
  - CXII. Comunicação e Orientação ao Paciente;
  - CXIII. Transferência Interna e Externa do Paciente;
  - CXIV. Atendimento de Emergência do Paciente;
  - CXV. Higienização das Mãos;
  - CXVI. Preparo da Sala de Atendimento;
  - CXVII. Curativos e Retirada de Pontos;
  - CXVIII. Coleta e Transporte de Amostras Biológicas;
  - CXIX. Armazenamento e Transporte de Material Contaminado;
  - CXX. Conferência de Temperatura de Geladeira;
  - CXXI. Solicitação de Material e Medicamentos;
- Registros e Controles em Ficha, Prontuário e Prescrição do Paciente.

## **7.1. PROTOCOLOS DE MATERNO-INFANTIL**

- I. Abortamento;
- II. Hipertensão na Gestação;
- III. Infecção Urinária na Gestação;
- IV. Identificação do Recém-Nascido;
- V. Assistência no Berçário;
- VI. Classificação de Risco Obstétrico.

## **7.2. MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA FAMILIARES, ACOMPANHANTES E VISITANTES**

### **7.2.1. ORIENTAÇÃO PARA FAMILIARES, ACOMPANHANTES E VISITANTES**

A ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO utilizará ferramentas de comunicação através de vídeos institucionais, panfletos, manuais de orientações aos usuários os quais deverão contemplar:

#### **I. APRESENTAÇÃO DA INSTITUIÇÃO**

Breve histórico de cada Instituição de Saúde a ser implantada.

#### **II. PROCEDIMENTOS PARA INTERNAÇÃO**

O paciente ou seu responsável legal deverá fornecer todos os dados de identificação solicitados e exibir o documento de identidade e o CPF.

Todo paciente deverá ter, no ato da internação, um responsável para assinar os termos de responsabilidades e consentimentos.

Em caso de convênio, o associado ou seu responsável deverá apresentar documentos comprobatórios.

Em caso de procedimentos, exames, próteses e itens não cobertos pelo convênio, o paciente ou seu responsável deverá assinar um termo de ciência no ato da internação ou durante sua permanência na Instituição de Saúde.

Na diária estão inclusos a acomodação, refeição do paciente, roupas de cama e os serviços hospitalares básicos.

### III. EQUIPE ASSISTENCIAL

Em cada unidade de internação existe um Posto de Enfermagem cujas atividades da equipe são coordenadas por um enfermeiro responsável, ele deve ser a sua referência e de sua família. Os serviços das equipes de enfermagem estão subordinados estritamente a orientação e indicação formal das equipes médicas, não sendo permitida nenhuma alteração em seu tratamento sem a devida recomendação médica. As Equipes Multidisciplinares são formadas por profissionais da saúde como: nutricionistas, farmacêuticos, fisioterapeutas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, assistentes sociais, dentre outros. Tais profissionais poderão auxiliar e acompanhar o seu tratamento conforme cada caso específico e atuarão mediante solicitação médica.

### IV. HORÁRIOS E VISITAS

A ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO acredita que a visita de familiares e amigos contribui para a recuperação do paciente.

Todo paciente deve ter um “familiar referência” eleito por sua família, que deverá cadastrar-se na Recepção, a fim de receber todo e qualquer tipo de informação, seja médica ou administrativa, e repassá-la aos demais familiares. Não são fornecidas informações por telefone.

- I. HORÁRIOS:

- a. Apartamento: Das XXh às XX (máximo de visitantes: quatro pessoas);

- b. Enfermaria: Das XXh às XXh e das XXh às XXh (máximo de visitantes: duas pessoas);

c. Unidade de Terapia Intensiva - UTIs: das Xh às XXh.

- VISITAS:

É permitida a visita de uma pessoa por vez, com possibilidade de rodízio. A entrada de criança com idade inferior a 12 (doze) anos não é recomendada. Em casos excepcionais, procurar o Enfermeiro responsável da unidade.

a. Todos os visitantes devem lavar as mãos antes de entrar na UTI. Este pequeno gesto reduz o risco de infecção por germes trazidos do ambiente externo e que acometem com mais facilidade os pacientes internados;

b. Não é permitido o uso de aparelhos celulares dentro da UTI;

c. Sacolas ou bolsas com grande volume, alimentos, bebidas, flores, vaso decorativo ou ventilador, assim como a circulação pelas dependências da UTI ou nos leitos dos demais pacientes durante a visita não são permitidos;

d. Os equipamentos e materiais utilizados pelo paciente devem ser manipulados somente pela equipe de Enfermagem. Não se sente na cama do paciente. Faça visitas breves e objetivas e evite-as caso não esteja plenamente saudável;

e. Tire suas dúvidas com os profissionais responsáveis e saiba que todos os cuidados prestados são realizados em benefício do paciente.

## V. REFEIÇÕES

A dieta será prescrita pelo médico e a Nutricionista avaliará e indicará a alimentação que mais lhe atende nutricionalmente, atuando diariamente em consonância com as equipes médicas.

Estão incluídas na diária cinco refeições para o paciente:

Desjejum.....das xx h;

Almoço.....das xx h;

Lanche da tarde.....das xxh;

Jantar.....das xx h;

Lanche da noite.....das xx h.

Os alimentos oferecidos pela copeira são para consumo exclusivo do paciente e somente podem ser oferecidos pelo familiar ao paciente mediante autorização do Enfermeiro responsável.

Os pacientes devem consumir apenas alimentos e refeições fornecidos pela Instituição de Saúde.

Não é permitida a entrada de alimentos externos, mesmo com conhecimento da equipe médica. Esta prática tem o objetivo de garantir a segurança e eficácia do tratamento do paciente, bem como a equivalência e o controle de toda alimentação fornecida na Instituição de Saúde. Em caso de dúvidas, as nutricionistas podem ser acionadas pelos ramais xxxx.

## VI. ALTAS E TRANSFERÊNCIAS

Após a alta médica, o paciente e seus acompanhantes têm o prazo de, aproximadamente, uma hora para deixar o quarto.

Após este prazo, todas as despesas hospitalares correrão por conta do cliente.

Em caso de transferência para a UTI ou outro setor na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA, o acompanhante deve liberar o leito, levando consigo todos os pertences e evitando a cobrança de diárias.

## VII. DIREITOS E DEVERES DO PACIENTE

O paciente tem o direito de receber um atendimento digno, atencioso e respeitoso, sem preconceito de etnia, credo, idade, sexo, diagnóstico ou qualquer outra forma de preconceito.

### •DIREITOS DOS PACIENTES:

- a. Ser identificado pelo nome completo e data de nascimento.
- b. Identificar os profissionais da instituição por meio do crachá visível, com nome e função;
- c. Acessar o seu prontuário, de acordo com as leis vigentes e as normas da Instituição;

- d. Receber informações claras, simples e compreensíveis (adaptadas à sua condição cultural) sobre o diagnóstico, exames solicitados, ações terapêuticas, riscos e benefícios do tratamento proposto;
- e. Ter resguardado o segredo sobre seus dados pessoais, por meio da manutenção do sigilo profissional, desde que não acarrete riscos à terceiros ou à saúde pública;
- f. Consentir ou recusar, de forma livre, voluntária e esclarecida, com adequada informação para o exercício de sua autonomia, procedimentos diagnósticos e terapêuticos a serem nele realizados, observadas as normas legais em vigor e especialmente o contido no Código de Ética Médica;
- g. Recusar assistência moral, psicológica, social ou religiosa.
- h. Verificada a sua incapacidade no entendimento e na manifestação da vontade, ser representado junto a Instituição de Saúde por responsável legal devidamente habilitado, observado as normas legais em vigor;
- i. O paciente idoso tem o direito de manter um(a) acompanhante durante sua hospitalização, segundo o critério médico;
- j. O paciente adolescente tem direito de manter um(a) acompanhante durante a hospitalização.
- k. O paciente tem o direito de consultar uma segunda opinião médica, quando desejar, sem sofrer constrangimento pela decisão manifestada. Nessa situação, o médico responsável deve ser comunicado e os honorários da segunda opinião serão de responsabilidade do paciente. Todo médico deve ser obrigatoriamente cadastrado na

instituição, garantindo assim a excelência e segurança preconizadas pela Instituição de Saúde;

l. Acesso às contas hospitalares referentes às despesas particulares do seu tratamento e estadia, de acordo com as rotinas institucionais, bem como de indicar um responsável financeiro, comunicando à Instituição de Saúde sobre qualquer alteração nessas indicações;

m. Ser prévia e expressamente informado quando o tratamento proposto for experimental ou fizer parte de pesquisa;

n. Conhecer as normas e os regulamentos do funcionamento da Instituição de Saúde;

o. Conhecer os seus direitos.

- DEVERES DO PACIENTE

a. Fornecer informações completas e precisas sobre o seu histórico de saúde;

b. Informar mudanças inesperadas em seu estado de saúde para os profissionais responsáveis pelo seu tratamento.;

c. Respeitar os direitos de outros pacientes, acompanhantes e profissionais da Instituição;

d. Preservar os recursos da Instituição de Saúde, colocados à sua disposição;



- e. Respeitar a lei antifumo, que dispõe sobre a obrigatoriedade de não consumir cigarros, cigarrilhas, charutos ou qualquer outro produto fumígeno em ambientes coletivos, públicos ou privados e nas dependências da Instituição de Saúde;
- f. Arcar com as despesas hospitalares decorrentes de sua internação como particular ou aquelas não cobertas pelo seu plano de saúde e/ou fonte pagadora.

#### VIII. RECLAMAÇÕES, QUEIXAS, SUGESTÕES, ELOGIOS E SOLICITAÇÕES

Sala da Ouvidoria: Atendimento no xxxx, das xh às xxh. Pela Internet: [www.xxxxxxxxxxxxxx](http://www.xxxxxxxxxxxxxx)

Pelo Telefone: xxxxxxxxxxxxxx Por e-mail: xxxxx@xxx

Obs.: Os pacientes internados podem solicitar, através da equipe de enfermagem, a presença do ouvidor na enfermaria.

A Instituição quer melhorar cada vez mais os serviços prestados aos pacientes e acompanhantes, por isso, precisa muito saber a sua opinião.

Participe da nossa Pesquisa de Satisfação! É importante preencher o formulário e devolver no momento da alta a equipe de enfermagem.

### **7.3. DESCRIÇÃO DO PROCESSO DE ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE FARMÁCIA HOSPITALAR**

#### **7.3.1. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE FARMÁCIA**

Os fluxos estabelecidos para o serviço de farmácia, contemplarão:

- I. Coordenar e monitorar a execução das atividades de aquisição de medicamentos e dos outros insumos relacionados;
- II. Acompanhar o Serviço de Compras, até a sua conclusão, todos os processos de compras de medicamentos e dos demais insumos relacionados;
- III. Acompanhar e avaliar os programas e projetos relacionados ao planejamento, aquisição e distribuição de medicamentos, bem como das respectivas ações de assistência farmacêutica, em articulação com os gestores;
- IV. Estabelecer normas, critérios, parâmetros e métodos para a garantia da qualidade e avaliação dos produtos e serviços inerentes à assistência farmacêutica;
- V. Efetuar e acompanhar o cumprimento das determinações de ordem judicial de medicamentos e insumos;
- VI. Representar a Diretoria Geral da MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA , em congressos, reuniões e outras atividades que fizer necessário no que se refere a assuntos farmacêuticos.

#### **7.3.2. MEMBROS DA EQUIPE**

Os membros que irão compor a equipe do Serviço de Farmácia serão:

- I. Farmacêutico Coordenador
- II. Farmacêutico Clínico
- III. Auxiliar/Técnico de Farmácia
- IV. Auxiliar administrativo
- V. Assistente administrativo

### **7.3.3. ORGANIZAÇÃO HORÁRIA**

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

### **7.3.4. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA**

Ênfase deve ser dada na 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, é de valia no suprimento de informações ao médico assistente ou ao corpo clínico da instituição. Não deveria ser incomum que o prescritor, quando sem acesso a informações completas e atualizadas acerca de fármacos, recorresse ao farmacêutico, que, por sua vez, pudesse solicitar também informações e esclarecimentos do médico em sua área de competência.

Afirmam, ainda, que as responsabilidades do farmacêutico frente às prescrições médicas têm merecido reflexões. Ele representa uma das últimas oportunidades de, ainda dentro

do sistema de saúde, identificar, corrigir ou reduzir possíveis riscos associados à terapêutica.

O farmacêutico pode examinar as prescrições atentamente, cruzando estas informações com dados da história clínica do paciente. E para que isso seja possível, é imprescindível o total entendimento das informações contidas na prescrição.

Algumas das atividades do Farmacêutico Clínico:

- I. Estabelecer e conduzir uma relação de cuidado centrada no paciente;
- II. 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;
- III. Analisar a prescrição de medicamentos quanto aos aspectos legais e técnicos;
- IV. 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;
- V. Participar e promover discussões de casos clínicos de forma integrada com os demais membros da equipe de saúde;
- VI. Prover a consulta farmacêutica em consultório farmacêutico ou em outro ambiente adequado, que garanta a privacidade do atendimento;
- VII. Fazer a anamnese farmacêutica, bem como verificar sinais e sintomas, com o propósito de prover cuidado ao paciente;
- VIII. Solicitar exames laboratoriais, no âmbito de sua competência profissional, com a finalidade de monitorar os resultados da farmacoterapia;

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

Sendo assim, faz-se necessário à participação do farmacêutico clínico nas unidades como um elemento-chave dentro da equipe de saúde para realizar o seguimento da farmacoterapia e contribuir para o uso racional de medicamentos.

A Assistência Farmacêutica será direcionada aos pacientes internados e em observação na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA, conforme critérios técnicos que serão estabelecidos em conjunto com a equipe de enfermagem e corpo clínico da unidade.

#### **7.3.4.1. LOGÍSTICA DE SUPRIMENTOS HOSPITALAR FARMACÊUTICO**

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 a economia.

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 hospitalar, material de escritório, de manutenção, de limpeza, medicamentos, consignados e afins.

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

- I. APOIO À ÁREA DE COMPRAS: disponibilizar software, para controle à área de compras na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA, que possibilitará dentre outras tarefas, a geração de requisições de compras alinhadas aos estoques mínimos;
- II. 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.

- III. **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.
- IV. **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).
- V. **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.

VI. CAPTURA 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.

VII. 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.

VIII. 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.

### **7.3.5. 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:

- I. Itens em desuso, que devem ser excluídos ou substituídos;
- II. 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;
- III. 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:

- I. Dosagem, forma farmacêutica;
- II. 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.

Todas as características que definem o produto a ser adquirido devem ser descritas de forma explícita. Segue abaixo um exemplo de descritivo para aquisição de solução fisiológica em sistema fechado:

- **EXEMPLO:**

“Solução fisiológica a 0,9%, 500 ml, estéril, atóxica e apirogênica, acondicionada em recipiente de material maleável (bolsa ou frasco plástico), transparente e atóxico.

O volume total da solução deve escoar sem necessidade de entrada de ar, sem utilização de respiro e com gotejamento constante para garantir o sistema fechado em qualquer condição.

A escala de graduação deve ser no recipiente, por processo de moldagem ou impressão.

O recipiente deve possuir sítio de adição de medicamentos com elastômero que garanta a estanqueidade (auto vendável), e via para conexão de equipo dotada de diafragma ou mecanismo similar. O produto deve ser identificado adequadamente, ostentando em seu rótulo a seguinte frase: “sistema fechado”.

O recipiente plástico cheio com solução parenteral pode se necessário, conservar se também dentro de uma embalagem protetora externa, hermeticamente fechada, e não deve perder mais de 2,5% da massa ao ano a 28° c e a 65% de umidade relativa.”

#### **7.3.5.1. 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 da ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO, a fim 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:

- I. Nome do fornecedor (jurídico e fantasia);
- II. Endereço completo (telefones, cidade, CEP);
- III. CNPJ;
- IV. Nacionalidade da empresa;
- V. Instituição financeira (bancos que possuem conta);
- VI. Endereço eletrônico (setor de compras, licitação e dos representantes);
- VII. 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:

- I. Nota fiscal Destinatário e valores corretos;
- II. Quantidade de acordo com o solicitado;
- III. Marca/ Fabricante de acordo com o comprado;
- IV. Especificação do produto de acordo com a padronização;
- V. Embalagem íntegra e identificadas;
- VI. Rotulagem íntegra e legível;
- VII. Prazo entrega de acordo com o cronograma disponibilizado no Plano de Trabalho;
- VIII. Validade Produto mínimo de 6 (seis) meses;
- IX. Laudo Técnico Atestando a qualidade do produto;
- X. 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.

Os roteiros de Inspeção de Distribuidoras, Indústria e Transportadora estarão em forma de anexo.

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 no qual conterà:

- I. Forma de Cadastro de Materiais e Medicamentos;
- II. 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.

Para divulgação do guia recorreremos à estratégia de Encontro de Fornecedores, que trata da interação entre o fornecedor e a instituição com o objetivo de estreitar a comunicação; como vantagens esta aproximação fortalece o comprometimento e confiança no processo de compra. Nestes encontros os fornecedores poderão esclarecer eventuais dúvidas, sugerir melhorias, conhecer os Serviços de Saúde, entender seus processos e todos os setores envolvidos nesta gestão, como também ocorre a oportunidade de captar e desenvolver novos fornecedores.

### **7.3.6. 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 devem estar descritas em rotinas escritas, o atualizadas anualmente, em conformidade com a Resolução MS/ANVISA n 67/2007, ficando disponíveis para consulta dos funcionários. Todos os aspectos do fracionamento devem estar detalhados e qualquer mudança no procedimento deve ser comunicada por escrito.

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 nº 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:

- I. DCB ou, na sua falta, DCI, em letras minúsculas. No caso de fitoterápicos, nomenclatura botânica (gênero e espécie);
- II. Data da submissão do medicamento ao preparo de doses unitárias ou a unitarização de doses (dd/mm/aaaa);
- III. Nome comercial do medicamento ou genérico e nome do fabricante;
- IV. Número do lote e data de validade original (mês/ano);
- V. 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;
- VI. 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;
- VII. Identificação do profissional que efetuou a atividade de preparação de doses unitárias ou a unitarização de doses do medicamento;



VIII. 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:

- I. DCB ou, na sua falta, DCI, em letras minúsculas, ou nomenclatura botânica (gênero e espécie), no caso de fitoterápicos;
- II. Concentração da substância ativa por unidade posológica, com exceção de medicamentos com mais de quatro fármacos;
- III. Data de validade após submissão do produto ao preparo de dose unitária ou a unitarização de doses (mês/ano);
- IV. Nome do farmacêutico responsável pela atividade de preparação de dose unitária ou unitarizada ou respectivo CRF;
- V. Via de administração, quando restritiva;
- VI. 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 deve conferir as etapas do procedimento, antes de encaminhar os produtos fracionados para a área de dispensação de medicamentos.

Todos os cuidados tomados no setor de fracionamento da Farmácia Hospitalar se refletem na qualidade do serviço prestado.

#### 7.3.6.1. CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA DE DOSE UNITÁRIA

Meses	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Definição de rotinas												

Reunião com equipes assistenciais												
Definição de fluxos e critérios												
Treinamento da equipe												
Implantação e gerenciamento diário												
Gerenciamento da rotina												

### 7.3.7. MÉTODOS DE CONTROLE SOBRE FÁRMACOS CONTROLADOS

A armazenagem dos medicamentos sob controle especial pertencentes à Portaria SVS/MS nº 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 hospitalar, 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 Hospitalar 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 nº 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.

#### **7.3.7.1. MÉTODOS DE CONTROLE DE FÁRMACOS DE ALTO CUSTO**

Visando prover uma atenção adequada a estas patologias raras e o acesso à terapia de alto custo, deve-se ter bem claro que as informações devem ser disponibilizadas para todos os cidadãos e atores do processo.

É fundamental que seja criado um canal único sobre medicamentos de alto custo, com regras claras e bem definidas para que o paciente, os profissionais e os gestores públicos e de saúde complementar possam informar-se das seguintes informações, de acordo com as estratégias multifacetadas propostas, apresentadas a seguir:

Quais as doenças cobertas: Classificação (frequência e gravidade) e criação de lista de doenças raras a serem atendidas.

Crítérios de aceitação de pacientes: Dados clínicos e laboratoriais centralizados em um banco de dados. Gerar critérios de contraindicação, ex.: indicação de droga de alto custo, mas contraindicada em pacientes com insuficiência cardíaca grave.

Listagem centralizada dos medicamentos: A publicação de manuais de diretrizes terapêuticas conforme critérios baseados em evidências científicas com lista única.

Análise dos resultados obtidos: A análise dos resultados obtidos com o tratamento de cada paciente em uso de medicamentos de alto custo, pois desse modo poderia ser avaliada uma conduta terapêutica consolidando os resultados ou até mesmo sugerir uma reavaliação apropriada.

A liberação de medicamentos de alto custo deverá ser em fluxo contínuo, sem a interrupção no tratamento dos pacientes crônicos, porém, em casos não tão graves como doenças crônicas (como a diabetes ou a artrite reumatoide), a liberação poderá ser trimestral, salvo se o paciente não tivesse condições de armazenamento da medicação, que nesse caso poderia ser feita na unidade de saúde mais próxima de sua residência, mediante cadastro centralizado.

Em casos de medicamentos para doenças raras, esses critérios poderiam incluir a prevalência/incidência na população, fatores hereditários, gravidade da doença, a disponibilidade de alternativa terapêutica (nível de necessidade médica não atendida), o nível de impacto sobre as condições das novas ofertas de tratamento, se o produto pode ser utilizado em uma ou mais indicações, o nível da pesquisa realizada pelo fabricante, juntamente com outros fatores, tais como a fabricação e acompanhamento exigido pelas autoridades reguladoras ou outras. Isso permitiria que o governo atribuísse um valor a um

medicamento órfão, que cumpriu todos os critérios de forma muito diferente de outro que cumpre um ou alguns deles.

### **7.3.8. 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 hospitalar, 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 hospitalar 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:

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

A ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO, através da implantação do sistema informatizado para gestão e operacionalização na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA, 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, seguindo o explicitado acima.

### 7.3.8.1. CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE FARMÁCIA

Meses	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Definição de rotinas, métodos de controle e fluxos de atividade	■	■	■									
Capacitação da Equipe da Farmácia	■	■	■			■			■			■
Implantação do Sistema de Dose Unitária					■	■	■	■				
Implantação da Assistência Farmacêutica				■	■	■						
Gerenciamento da rotina	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

### 7.3.9. DESCRIÇÃO DO PROCESSO DE INTEGRAÇÃO DO SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA

#### 7.3.9.1. ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE NUTRIÇÃO

A Autarquia Municipal de Saúde – I.S será responsável pela prestação de serviços de nutrição e alimentação hospitalar, dietas enterais e fórmulas lácteas destinadas à pacientes (adultos e infantis), acompanhantes legalmente instituídos (Lei Federal nº 8.069 de 13/07/90 e Lei Federal nº10741 de 01/10/03); residentes, voluntários, acadêmicos, funcionários, e visitas autorizadas pela administração na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA, na Maternidade e Pronto Socorro, assegurando uma alimentação balanceada e em condições higiênico-sanitárias adequadas, conforme legislações vigentes, englobando



a operacionalização e desenvolvimento de todas as atividades de produção, distribuição e administrativas.

A ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO, fornecerá alimentação para funcionários, pacientes e acompanhantes do Pronto Socorro Jacira. Ainda, para garantir o bom funcionamento do serviço de nutrição e dietética, a Organização Social poderá apoiar a Autarquia Municipal de Saúde – I.S, na construção das rotinas e fluxos do serviço, conforme a descrição abaixo.

A execução dos serviços irá abranger a recepção dos gêneros e materiais, preparo, porcionamento, envase, armazenamento, distribuição, recolhimento, higienização, esterilização e controle de qualidade e contará com equipe de nutricionistas, cozinheiros, auxiliares de cozinha e copeiros devidamente capacitados frente as boas práticas no manuseio, preparação e distribuição de alimentos.

O serviço incluirá o fornecimento de gêneros e produtos alimentícios, materiais de consumo em geral (utensílios, louças, descartáveis, materiais de higiene e limpeza, entre outros), mão-de- obra especializada, operacional e administrativa, em quantidades suficientes para desenvolver as atividades previstas, observadas as normas vigentes da Vigilância Sanitária e demais legislações em vigor, bem como a disponibilização e a manutenção dos equipamentos e utensílios, e as adaptações prediais que se fizerem necessárias nas dependências e instalações do Serviço de Nutrição e Dietética.

As dietas se destinarão a pacientes adultos e pediátricos, respeitando-se as especificidades e visando atender as necessidades nutricionais de cada indivíduo. As dietas englobam:

- I. Desjejum, almoço, lanche da tarde, jantar e ceia para pacientes internados, mediante prescrição;
- II. Almoço e Lanche da tarde para voluntários;

- III. Desjejum, almoço e jantar para acompanhantes de pacientes nas enfermarias (Lei Federal nº 8.069 de 13/07/90 e Lei Federal nº 10.741, de 01/10/03);
- IV. Desjejum, almoço, Lanche da Tarde e jantar para as mães que estiverem acompanhando pacientes internados nas unidades pediátricas na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA;
- V. Lanche para os pacientes que realizaram exames em jejum pré-requisitado nas Unidades de Diagnóstico por Imagem e Laboratório
- VI. Refeição para os colaboradores de acordo com a jornada diária de trabalho:
- VII. 04 e 06 horas diárias – desjejum
- VIII. 08 e 12 horas diárias – 1 refeição (almoço ou jantar) + desjejum ou ceia

Horário da degustação e distribuição de refeições:

REFEIÇÃO	HORÁRIO DE DISTRIBUIÇÃO
Desjejum	07h30 – 09h00
Almoço	11h30 – 13h30
Lanche da Tarde	15h00 – 16h30
Jantar	18h00 – 19h30
Ceia	22h30 – 23h30

O fornecimento inclui as seguintes definições:

**Dietas:** geral, branda, pastosa, pastosa liquidificada, leve, líquida, hipossódica, para diabéticos, hipercalórica, hiperproteica, hipogordurosa, rica em fibras, hídrica e outras. As demais dietas de rotina ou terapêuticas e as necessidades especiais e clínicas de cada

paciente (intolerância, alergia a determinado gênero alimentício, crenças religiosas e outras) deverão ser atendidas mediante solicitações seguindo as orientações definidas pela Unidade Hospitalar, segundo os padrões estabelecidos do Manual de Dietas na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA.

**Fórmulas lácteas:** fórmulas de termo específicas para 1º e 2º trimestre, fórmula láctea pré-termo, fórmula infantil especial (manipulada para melhor adaptação à fisiologia do lactente e suas necessidades específicas), fórmula elementar, fórmula semi-elementar, suco de frutas, papa de frutas, papa principal e outros. O processo de preparação deverá seguir as normas e diretrizes estabelecidas no Manual de Boas Práticas do Lactário, baseado na legislação sanitária vigente; CVS 5/2013, RDC 63/00, com as ações corretivas imediatas, necessárias para corrigir os pontos críticos, controlar os perigos e os pontos de controle.

**Nutrição enteral:** padrão, especial, suplemento nutricional, módulos (espessante, fibras, glutamina, carboidrato, simbiótico, lactobacilos, proteínas e TCM). Para a operacionalização das atividades A ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO irá observar todos os critérios técnicos para Terapia de Nutrição Enteral (TNE) definidos na RDC nº 63, de 06 de julho de 2000 - Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária ou legislação vigente.

**Cardápios:** Os cardápios elaborados irão apresentar preparações variadas, equilibradas e de boa aparência, proporcionando um aporte calórico necessário e uma boa aceitação por parte dos pacientes, acompanhantes, residentes e funcionários.

Os cardápios terão planejamento diferenciado, com preparações típicas e decorações correspondentes, para pacientes, acompanhantes, residentes e funcionários em datas especiais (como por exemplo: Páscoa, Natal, Ano Novo, Dia das Crianças, Dia dos Pais,

Dia das Mães, Festas Juninas, Aniversário da Unidade Hospitalar, etc.) respeitando as características específicas de cada dieta, conforme padrão determinado.

Serão atendidas as solicitações de cardápios diferenciados aos pacientes cujos padrões alimentares tenham influências de preceitos religiosos, tabus, hábitos alimentares e sócios culturais, em consonância com estado clínico e nutricional do mesmo.

As dietas especiais para funcionários e residentes serão atendidas quando prescritas por médico e/ou nutricionista da Unidade Hospitalar em questão e o profissional deve fazer constar na prescrição o tempo de duração da dieta.

**Qualidade dos produtos:** Todos os gêneros alimentícios e produtos empregados na elaboração das refeições serão de primeira qualidade e estarão em perfeitas condições de conservação, higiene e apresentação, com certificação do fornecedor e rastreabilidade.

**Distribuição:** O sistema de distribuição é centralizado, ou seja, as refeições serão montadas na cozinha, armazenadas e distribuídas em carros térmicos com monitoramento das temperaturas, a fim de garantir a temperatura das preparações em todas as unidades de distribuição.

As refeições para funcionários da unidade hospitalar, terceirizados, acompanhantes legalmente constituídos, residentes, internos, voluntários e demais usuários devidamente autorizados, deverá seguir método diferenciado dos pacientes.

As refeições deverão ser identificadas com etiquetas adesivas, contendo nome do paciente, quarto, leito, o tipo de dieta e a validade para o consumo.

Todas as embalagens e utensílios descartáveis utilizados na distribuição de refeições aos comensais serão Certificados - Norma ABNT (Associação Brasileira de Normas Técnicas).

O serviço estará disponível durante 24 (vinte e quatro) horas por dia, de segunda-feira a domingo.

#### **7.4. PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO – POPS**

- I. Administração de Nutrição Parenteral;
- II. Interpretação das Aferições Antropométricas de Crianças;
- III. Cálculo das Necessidades de Calorias e Proteínas de Crianças;
- IV. Acompanhamento da Evolução Ponderal em Crianças;
- V. Prescrição de Dieta Enteral para Crianças;
- VI. Monitoração de Dieta Enteral para Crianças;
- VII. Prescrição da Alimentação Complementar para Crianças Acima de 4 Meses de Idade;
- VIII. Triagem Nutricional de Crianças;
- IX. Avaliação Nutricional de Pacientes Adultos Hospitalizados – Investigação Dietética;
- X. Antropométrica;
- XI. Exame Físico;
- XII. Investigação Bioquímica;
- XIII. Necessidades Nutricionais;
- XIV. Prescrição Dietética;
- XV. Normas Gerais de Trabalho no Lactário;
- XVI. Métodos de Higienização das Mãos;
- XVII. Métodos de Higienização Pessoal dos Funcionários do Lactário;
- XVIII. Controle de Saúde dos Manipuladores do Lactário;

XIX. Higienização de Instalações, Equipamentos, Móveis e Utensílios do Lactário.

#### **7.4.1. MANUAL DE PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS**

A ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO irá implementar um rol de protocolos e fluxogramas assistenciais, voltados aos principais programas estabelecidos na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA.

Os protocolos assistenciais serão desenvolvidos com base em evidências científicas da literatura e na experiência do corpo clínico e adaptados aos recursos locais disponíveis. Estas recomendações buscam fornecer um fluxo padronizado para o manejo do paciente com determinada condição clínica e são elaborados por equipes multidisciplinares. Ao final do projeto, nos anexos, constam alguns modelos de protocolos assistenciais que serão utilizados como base para a implementação na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA. Cabe ressaltar, que os modelos apresentados, servirão de base para o início das discussões a serem realizadas pela equipe técnica das unidades, adequando-os à eventuais novas legislações e literaturas, bem como recursos humanos e de infraestrutura das unidades e fluxos já estabelecidos pela AMS-IS de ITAPECERICA DA SERRA.

#### **OBJETIVOS**

- I. Estabelecer um padrão assistencial baseado nas melhores práticas clínicas.
- II. Otimizar os recursos assistenciais disponíveis.
- III. Circunscrever a variabilidade das práticas clínicas.
- IV. Mensurar os resultados obtidos junto aos pacientes a partir das condutas assistenciais.

- V. Utilizar os protocolos assistenciais como ferramenta de melhoria da qualidade assistencial

Dentre os diversos protocolos que irão compor o referido manual, destacam-se:

- VI. Abortamento;
- VII. Hipertensão na Gestação;
- VIII. Infecção Urinária na Gestação;
- IX. Identificação do Recém-Nascido;
- X. Assistência no Berçário;
- XI. Classificação de Risco Obstétrico.

#### **7.4.1.1. PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO – PROTOCOLO DE MANCHESTER**

##### **I. INTRODUÇÃO**

##### **ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

Humaniza SUS é a proposta para enfrentar o desafio de tomar os princípios do SUS no que eles impõem mudanças dos modelos de atenção e de gestão das práticas de saúde. O Ministério da Saúde - MS decidiu priorizar o atendimento com qualidade e a participação integrada dos gestores, trabalhadores e usuários na consolidação do SUS.

Por humanização entendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Os valores que norteiam esta política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a participação coletiva no processo de gestão e a indissociabilidade entre atenção e gestão.

O acolhimento é uma ação assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde.

Nesse funcionamento o acolhimento deixa de ser uma ação pontual e isolada dos processos de produção de saúde e se multiplica em inúmeras outras ações que, partindo do complexo encontro do sujeito profissional de saúde e sujeito demandante, possibilitam analisar:

- I. Adequação da área física;
- II. As formas de organização dos serviços de saúde;
- III. A governabilidade das equipes locais;
- IV. A humanização das relações em serviço de saúde;
- V. Os modelos de gestão vigentes nos Prontos Socorros;
- VI. O ato de escuta e a produção de vínculo;
- VII. O compartilhamento do conhecimento;
- VIII. O uso ou não dos saberes para a melhoria da qualidade das ações de saúde e o quanto esses saberes estão a favor da vida.

A Classificação de Risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento.

## **PROTOCOLO DE MANCHESTER**

Protocolo de Manchester é um sistema de triagem implementada para assegurar que os doentes sejam observados por ordem de necessidade clínica e não por ordem de chegada.



Amplamente difundido pelos países do Reino Unido (Escócia, Irlanda do Norte, Inglaterra e País de Gales), o Sistema de Triagem de Manchester foi e ainda é disseminado pelo resto do mundo. Diversos países como Holanda, Irlanda, Portugal, Espanha e Suécia, entre outros, adotaram ou estão adotando esse modelo de triagem.

No Brasil, a primeira tentativa de implantação de uma classificação de risco foi em Minas Gerais, em 2005. Com o apoio do Ministério da Saúde, o sistema foi implementado pioneiramente na busca por reorganizar e reestruturar a Unidade de Urgência e Emergência.

Na Portaria nº 2048 de 2002, o Ministério da Saúde recomenda que os hospitais utilizem alguma classificação de risco em prontos-socorros. “Esta realidade assistencial é agravada por problemas organizacionais destes serviços como, por exemplo, a falta de triagem de risco, o que determina o atendimento por ordem de chegada sem qualquer avaliação prévia do caso, acarretando, muitas vezes, graves prejuízos aos pacientes”, redigiu o Ministério.

De acordo com a Portaria, o paciente que chegar a Unidade de Urgência e Emergência deve ser submetido à triagem classificatória de risco. Tal procedimento deve ser realizado por profissional de saúde de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos com o objetivo de avaliar as queixas e, assim, priorizar atendimento.

O Sistema de Triagem de Manchester foi difundido pelos hospitais brasileiros de diferentes modos. Seja pela estrutura, pela capacidade, pelo incentivo, cada Instituição adapta o sistema à sua realidade.

## **II. OBJETIVO**

### **OBJETIVO GERAL:**

Compreender e aplicar o Acolhimento com Classificação de Risco e Protocolo de Manchester nas Unidades de Saúde.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

IX. Objetivos da Classificação de Risco:

- X. Avaliar o paciente logo na sua chegada ao serviço de saúde humanizando o atendimento;
- XI. Descongestionar o serviço de saúde;
- XII. Reduzir o tempo para o atendimento médico, fazendo com que o paciente seja visto, precocemente de acordo com a sua gravidade;
- XIII. Determinar a área de atendimento primário, devendo o paciente ser encaminhado diretamente às especialidades conforme protocolo.
- XIV. Informar os tempos de espera.

Objetivos do Protocolo de Manchester:

- I. Desenvolvimento de uma nomenclatura comum;
- II. Desenvolvimento de definições comuns;
- III. Desenvolvimento de uma sólida metodologia de triagem;
- IV. Desenvolvimento de um programa de formação;
- V. Desenvolvimento de um guia de auditoria para triagem.

### **III. MATERIAL E DOCUMENTOS NECESSÁRIOS:**

- Protocolo validado pela gestão competente do serviço de saúde;
- Protocolo inserido no sistema informatizado;
- Equipe médica e enfermeiros capacitados;

- Impresso Padronizado de Contra-Referência;
- Indicadores a serem mensurados constantemente (mensalmente e diariamente).

#### **IV. PROCEDIMENTO**

##### **CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: AVALIAÇÃO PACIENTE**

- VI. Queixa;
- VII. Início - evolução - duração do agravo;
- VIII. Aparência física;
- IX. Escala de dor e Escala de Glasgow;
- X. Classificação de gravidade;
- XI. Resposta emocional;
- XII. Medicação atual, alergias;
- XIII. Dados vitais.

##### **PROTOCOLO DE MANCHESTER:**

- a. Identificação do problema;
- b. Colheita e análise das informações relacionadas com a solução;
- c. Avaliação de todas as alternativas e seleção de uma delas para implementação;
- d. Implementação da alternativa selecionada;
- e. Monitorização da implementação e avaliação dos resultados.

## **ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - PROTOCOLO DE MANCHESTER:**

Prioridade A - Emergência: será identificada pela cor **Vermelha** - Tempo alvo: 0;

Prioridade B - Muito Urgente: será identificada pela cor **Laranja** - Tempo alvo: < 10min;

Prioridade C - Urgente: será identificada pela cor **Amarela** - Tempo alvo: < 60min;

Prioridade D - Pouco urgente: será identificada pela cor **Verde** - Tempo alvo: < 120min;

Prioridade E- Não urgente: será identificada pela cor **Azul** - Tempo alvo :< 240 min.

## **DOCUMENTAÇÃO: FERRAMENTA NO SISTEMA INFORMATIZADO:**

- a. Nome do paciente;
- b. Idade;
- c. Data – horário;
- d. Situação – queixa;
- e. Alergias;
- f. Breve história;
- g. Observação objetiva;

- h. Medicações;
- i. Medidas iniciais;
- j. Reavaliações;
- k. Nome do Médico e/ou Enfermeiro;
- i. Assinatura Eletrônica ou Registro do Profissional no Sistema;
- m. Dados vitais;
- n. Prioridade de atendimento – Cor.

PROTOCOLO DE MANCHESTER – DISCRIMINADORES GERAIS:

- a. Risco de Vida;
- b. Dor;
- c. Hemorragia;
- d. Grau de estado de consciência;
- e. Temperatura;
- f. Agravamento.

**PROTOCOLO DE MANCHESTER – FLUXO:**

**VERMELHO**

Não será submetido à classificação de risco;

Casos de emergências secundárias provenientes dos Serviços de Resgate (Corpo de Bombeiros e SERVIÇO DE AMBULÂNCIAS);

Casos de ressuscitação serão levados para a Sala de Emergência após acionamento do sinal sonoro;

Demais emergências, provenientes de demanda espontânea, também considerados casos “vermelhos” de atenção secundária, irão para Sala de Emergências sem sinal sonoro;

Situações / queixas imediatamente identificadas como classificação VERMELHA;

Alguns exemplos:

- XIV. Politraumatizado grave (seguir o mecanismo do trauma);
- XV. Trauma Crânio Encefálico Grave;
- XVI. Coma;
- XVII. Comprometimento da coluna cervical;
- XVIII. Parada cardiorrespiratória;
- XIX. Desconforto respiratório grave;
- XX. Dor no peito e falta de ar;
- XXI. Ferimentos perfurantes (armas de fogo);
- XXII. Grandes queimaduras.

## LARANJA

Paciente classificado como “laranja” receberá atendimento médico em até 10 minutos, em local determinado;

Situações/queixa, referidas ou observadas imediatamente identificadas como Classificação, alguns exemplos:

- I. Vômitos com dor severa;
- II. Lesão toráco-abdominal com história significativa de incidente Gravidez com convulsão.

## AMARELO

Paciente classificado como “amarelo” aguardará atendimento médico em cadeira, em local pré-determinado;

Situações /queixa, referidas ou observadas, imediatamente identificadas como Classificação, alguns exemplos:

- I. Cefaleia intensa, dor torácica intensa, dor abdominal aguda qualquer dor intensa;
- II. Diminuição no nível de consciência;
- III. Desmaio ou síncope;
- IV. Hemorragias (ferimentos, epistaxe);
- V. Crise de asma;
- VI. Febre alta.

## **VERDE**

Paciente classificado como “verde” também aguardará atendimento médico em cadeira, na Sala de Espera, mas será informado que o tempo para atendimento será maior e que pacientes mais graves serão atendidos antes;

Em caso de superlotação, esse paciente poderá, eventualmente, ser encaminhado para as Unidades de Saúde de sua referência, após contato telefônico prévio ou por documento escrito, com garantia de atendimento.

## **AZUL**

Pacientes classificados como “azuis” serão orientados a procurar o Centro de Saúde de sua referência com encaminhamento por escrito ou contato telefônico prévio, com garantia de atendimento ou serão atendidos por ordem de chegada.

### **QUADRO I**

#### **DISCRIMINADORES GERAIS DO PROTOCOLO DE MANCHESTER**





## QUADRO II

### DISCRIMINADORES GERAIS DO PROTOCOLO DE MANCHESTER

DETERMINANTES GERAIS	
Obstrução de vias aéreas	VERMELHO
Respiração inadequada	
Hemorragia exangüinante	
Choque	
Convulsionando	
Criança irresponsiva	
Dor intensa	LARANJA
Hemorragia maior incontrolável	
Alteração da consciência	
Criança febril	
Hipotermia	
Dor moderada	
Hemorragia menor incontrolável	AMARELO
História de inconsciência	
Adulto febril	
Dor leve recente	VERDE
Febre baixa	
Evento recente	
	AZUL

## I. ABRANGÊNCIA

### POPULAÇÃO-ALVO E GRUPO DE RISCO:

Cidadãos que se encontram em agravos de urgência ou emergência e procuram as Unidades de Saúde.

### POTENCIAIS UTILIZADORES:

- I. Enfermeiros e equipe de enfermagem;
- II. Médicos;
- III. Corpo de Bombeiros (COBOM);
- IV. SERVIÇO DE AMBULÂNCIAS (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência);
- V. Unidades Básicas de Saúde;

- VI. Segurança;
- VII. Funcionários;
- VIII. Assistentes Sociais;
- IX. Comunidade;
- X. Ministério Público;
- XI. Conselhos Municipais de Saúde;
- XII. Polícia Civil – Militar.

## **II. CONTRA-REFERÊNCIAS**

O sistema de referência e contra referência assume o papel fundamental para que o processo de fluxo de atendimento ocorra efetivamente. Referenciar um paciente implica em transferi-lo a um estabelecimento especializado de acordo com a necessidade de atendimento por complexidade. A comunicação deverá ser efetiva e pactuada, no sentido oposto, ou seja, através da contra referência dos casos solicitados ou encaminhados erroneamente as Unidades de Saúde.

As contra referências deverão ser realizadas no momento do acolhimento, utilizando o impresso padronizado e, o médico e/ou enfermeiro deverão encaminhar imediatamente o paciente ao Serviço Social para a devida assistência se necessário.

### **CASOS DE REDE BÁSICA DE SAÚDE A SEREM REORIENTADOS AO FLUXO**

Os casos abaixo serão contra referenciados ao seguimento para o fluxo da Rede Básica, pelo enfermeiro desde que não apresente sinais clínicos e, deverão ser encaminhados para a Unidade Básica de origem:

- a. Sondagens vesicais de demora;
- b. Sondagens nasogástricas;

- c. Sondagens nasoenterias (apenas para a solicitação de Raio X e retorno a rede básica para a avaliação e liberação);
- d. Curativos;
- e. Exames laboratoriais de rotina;
- f. Exames diagnósticos.

### **CASOS QUE NECESSITEM DE ESPECIALIDADE MÉDICA**

Exceto situações de urgência e emergência, deverão ser encaminhados para o Atendimento de Urgência e Emergência Referenciado –com encaminhamento padronizado.

### **III. OBSERVAÇÕES:**

As contra referências aqui colocadas serão cumpridas, de acordo com os achados da Classificação e Protocolo aqui instituído e validado.

### **IV. INDICADORES DE RESULTADOS:**

#### **TEMPO DE PERMANÊNCIA DO PACIENTE NA SALA DE EMERGÊNCIA**

- a. Tempo de atendimento médico ao paciente de acordo com gravidade e seguimento do Protocolo Classificação de Risco:
- b. Tempo de espera da emissão da senha ao chamado na Classificação de Risco;
- c. Tempo de espera da Classificação de Risco a abertura de ficha de atendimento;

- d. Tempo de espera da abertura de ficha de atendimento ao chamado médico;
- e. Tempo de espera do atendimento médico a alta;
- f. Tempo de espera do atendimento médico ao procedimento prescrito;
- g. Tempo de espera da solicitação do exame a emissão do laudo.

PERCENTAGEM DE PACIENTES OBSERVADOS DENTRO E FORA DO TEMPO DEFINIDO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO – MANCHESTER POR PRIORIDADE DE ATENDIMENTO.

- a. Número de atendimentos de Demanda Espontânea versus Número de Contra-referências.
- b. Número de atendimentos por Cidades;
- c. Número de contra referências por UBSs;
- d. Diagnósticos de maior prevalência dos casos atendidos;

**V. ANEXOS:**

- a. ANEXO I: ESCALA DE COMA DE GLASGOW
- b. ANEXO II: CARTA DE CONTRA- REFERÊNCIA

**ANEXO I**

**ESCALA DE COMA DE GLASGOW**

VARIÁVEIS		ESCORE
ABERTURA OCULAR	ESPONTÂNEA	4
	À VOZ	3
	À DOR	2
	NENHUMA	1
RESPOSTA VERBAL	ORIENTADA	5
	CONFUSA	4
	PALAVRAS INAPROPRIADAS	3
	PALAVRAS INCOMPREENSIVAS	2
	NENHUMA	1
RESPOSTA MOTORA	OBEDECE COMANDOS	6
	LOCALIZA DOR	5
	MOVIMENTO DE RETIRADA	4
	FLEXÃO ANORMAL	3
	EXTENSÃO ANORMAL	2
	NENHUMA	1

TOTAL MÁXIMO	TOTAL MÍNIMO	INTUBAÇÃO
15	3	8

## ANEXO II

### CARTA DE CONTRA REFERÊNCIA

CONTRA-REFERÊNCIA	
NOME DA UNIDADE	
<b>INFORMAÇÕES GERAIS DO PACIENTE</b>	
NOME:	IDADE:
PRONTUÁRIO:	PROCEDÊNCIA:
Nº DE ATENDIMENTO:	DATA:
<p>O paciente acima foi : ( ) atendido no:            ( ) acolhido no:</p> <p>( ) Unidade: _____</p> <p>E deverá:</p> <p>( ) Agendar Consulta em Unidade Básica de Saúde (UBS) de seu Município;</p> <p>( ) Agendar consulta na Triagem de _____ (especialidade) no            AGENDAMENTO do serviço de saúde, com Anexo 1, via UBS;</p> <p>( ) Procurar outro Serviço de Saúde: _____ (especificar).</p>	
<p>_____</p> <p>Médico e/ou Enfermeiro Responsável            (Assinatura e Carimbo)</p>	

#### 7.4.1.2. PROTOCOLO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO – OBSTÉTRICO

##### I. DEFINIÇÃO:

Acolhimento do usuário, desde a sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações. Prestar um atendimento com resolutividade e corresponsabilização.

##### II. FINALIDADE

Permitir que o atendimento à gestante seja rápido, seguro de acordo com o potencial de risco da paciente, evitar desfechos desfavoráveis devido à demora no atendimento, melhorar a resolutividade de cada caso, identificar critérios de gravidade dos clientes, previamente estabelecidos pelo corpo clínico, indicar a prioridade clínica com que o

cliente deve ser atendido e o respectivo tempo alvo recomendado até o atendimento médico, bem como, disponibilizar ferramentas de trabalho para uso diário dos profissionais .

### III. INDICAÇÃO E CONTRA INDICAÇÃO

- INDICAÇÃO:

Todo paciente que dá entrada nos serviços.

- CONTRA INDICAÇÃO

Não se aplica.

### IV. MATERIAIS E EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

Manual de classificação de risco;

Termômetro (timpânico ou digital infravermelho);

Glicosímetro;

Monitor (saturímetro e FC);

Relógio;

Esfigmomanômetro e estetoscópio;

Material para identificação da prioridade clínica do usuário (ex: pulseiras, adesivos, etc.);

Ficha de registro da classificação de risco;



## V. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

O processo de Acolhimento e Classificação de Risco é uma ação de caráter interdisciplinar e envolve diferentes profissionais, com as seguintes atribuições:

- **PROFISSIONAIS DA 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 com agilidade e clareza nos dados;

Registrar os atendimentos, altas e encaminhamentos realizados na emergência do centro obstétrico/maternidade, para fins estatísticos;

Encaminhar a paciente para a Classificação de Risco;

Dar baixa nas fichas das pacientes que não foram internadas;

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 do centro obstétrico/maternidade, buscando melhor resolutividade quanto aos problemas da usuária.

- **TÉCNICO/AUXILIAR DE ENFERMAGEM DO A&CR:**

- a. Acolher a mulher e acompanhante de forma cordial e responsável;
  - b. Escutar a queixa, os medos e expectativas da mulher;
  - c. Acomodar e/ou posicionar a usuária adequadamente para que possa ser avaliada na classificação de risco;
  - d. Aferir sinais vitais da mulher;
  - e. Encaminhar a usuária para atendimento após classificação de risco;
  - f. Encaminhar/orientar usuária quanto ao local de realização de exames e de medicação, quando for o caso;
  - g. Estar alerta para as necessidades de reclassificação da mulher enquanto aguardam atendimento;
  - h. Encaminhar usuária para Serviço Social e Psicologia quando for o caso;
  - i. Realizar passagem de plantão regularmente, não é permitido abandonar o plantão sem que outro funcionário o assuma.
- ENFERMEIRO DO A&CR:
    - a. Receber as fichas de atendimento, avaliando de forma ágil e responsável a prioridade da mulher, de acordo com a queixa apresentada;
    - b. Chamar a mulher pelo nome, solicitando também a presença de um acompanhante;
    - c. Acolher a mulher e acompanhante de forma cordial e responsável;

- d. Classificar o risco com rapidez e eficiência, seguindo o protocolo adotado;
  - e. Anexar a ficha de “notificação de violência”, quando houver suspeita ou confirmação de caso;
  - f. Registrar dados da classificação na ficha de atendimento, sinalizando através de cores a classificação da mulher;
  - g. Registrar classificação no mapa do A&CR;
  - h. Orientar a mulher de forma clara quanto à sua situação e quanto ao tempo de espera do atendimento;
  - i. Entregar a ficha de atendimento ao técnico para que seja colocada nos consultórios;
  - j. Reclassificar as usuárias quando necessário;
  - k. Estar integrado com a equipe multiprofissional do centro obstétrico/maternidade, buscando melhor resolutividade quanto aos problemas da usuária;
  - l. Supervisionar o trabalho do técnico/auxiliar de enfermagem e estagiário, orientando corretamente quando necessário;
  - m. Realizar passagem de plantão regularmente, não é permitido abandonar o plantão sem que outro funcionário o assuma;
  - n. Registrar em livro próprio as ocorrências do setor.
- ENFERMEIROS OBSTETRAS:

- a. Atender as mulheres que a eles competem, de forma acolhedora, de acordo com protocolo institucional e com o acesso imediato ao obstetra, quando necessário;
- b. Comunicar a equipe de enfermagem sobre a conduta adotada: admissão, observação, reavaliação ou alta da mulher;
- c. Estar integrado com a equipe multiprofissional do centro obstétrico/maternidade, buscando melhor resolutividade quanto aos problemas da mulher;
- d. Realizar passagem de plantão regularmente, não podendo deixá-lo sem que outro funcionário o assuma.

- MÉDICOS OBSTETRAS:

- a. Atender as usuárias que a eles competem de forma acolhedora;
- b. Comunicar a equipe de enfermagem sobre a conduta adotada: admissão, observação, reavaliação ou alta da paciente; preencher as fichas das mulheres vítimas de violência e proceder ao tratamento segundo protocolo específico;
- c. Estar integrado com a equipe multiprofissional do centro obstétrico/maternidade, buscando melhor resolutividade quanto aos problemas da usuária;
- d. Realizar passagem de plantão regularmente, não podendo abandonar o plantão sem que outro funcionário o assuma.

- SERVIÇO SOCIAL E PSICOLOGIA:

- a. Prestar apoio matricial a todos os casos solicitados pela equipe multiprofissional;

- b. Atualizar informação sobre a rede SUS loco regional, bem como a rede de proteção social existente para efetivação de encaminhamentos necessários;
  - c. Realizar atendimento às vítimas de violência física e sexual conforme protocolo existente.
- SERVIÇO DE VIGILÂNCIA:
    - a. Zelar pela segurança dos profissionais que trabalham no acolhimento;
    - b. Zelar pela segurança do patrimônio;
    - c. Estar integrado com a equipe multiprofissional do centro obstétrico e da maternidade.
  - SERVIÇO DE TRANSPORTE (QUANDO HOVER):
    - a. Ajudar na recepção de mulheres impossibilitadas de deambular;
    - b. Transportar a paciente de forma segura e cordial;
    - c. Garantir a privacidade e respeitar o pudor da mulher;
    - d. Estar integrado com a equipe multiprofissional do centro obstétrico e da maternidade;
    - e. Atender às solicitações de prioridade no setor de emergência obstétrica.
  - COORDENAÇÃO MÉDICA E DE ENFERMAGEM DA OBSTETRÍCIA:

- a. 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;
- b. Apoiar a equipe do A&CR sempre que necessário e quando for solicitado pela mesma;
- c. Administrar problemas e conflitos inerentes ao cotidiano do trabalho em equipe;
- d. Responsabilizar-se pelas ações de educação permanente e educação em serviço.

**VI. PARÂMETROS DE AVALIAÇÃO DOS SINAIS VITAIS EM GESTANTES E PUÉRPERAS:**





<b>Pressão Arterial Diastólica</b>	<b>Pressão Arterial Diastólica</b>	<b>Frequência Cardíaca</b>
<b>Inaudível ou abaixo de 80</b>	<b>*****</b>	<b>&gt; 140 ou &lt;59 bpm Em paciente sintomática</b>
<b>≥ 160 mmHg</b>	<b>&gt;110 mmHg</b>	<b>&gt; 140 ou &lt;50 Em paciente assintomática</b>
<b>≥140 mmHg a 159 mmHg com sintomas</b>	<b>≥ 90 mmHg a 109 mmHg com sintomas</b>	<b>91 a 139 bpm</b>
<b>Abaixo de 139 mmHg</b>	<b>Abaixo de 89 mmHg</b>	<b>60 a 90 bpm</b>

**VII. PARÂMETROS DE AVALIAÇÃO DA GLICEMIA**

<b>Glicemia</b>	<b>Valores</b>
-----------------	----------------

<p>Hiperglicemia Hiperglicemia com cetose Hipoglicemia</p>	<p>Glicemia &gt; 300mg/dl Glicemia &gt; 200mg/dl com cetona urinária ou sinais de acidose (respiração profunda) Glicemia &lt; 50mg/dl</p>
--	---

**A ESCALA VISUAL ANALÓGICA – EVA – CONSISTE NUM INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO SUBJETIVA DA INTENSIDADE DA DOR DA MULHER.**

	<b>Azul</b>		<b>Verde</b>		<b>Amarelo</b>		<b>Laranja</b>			
<b>0</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>Sem Dor</b>	<b>Dor Leve</b>			<b>Dor Moderada</b>			<b>Dor Intensa</b>			

A EVA pode ser utilizada durante todo o atendimento, registrando o resultado sempre na evolução. Para utilizar a EVA o enfermeiro deve questionar o paciente quanto ao seu grau de dor sendo que 0 significa ausência total de dor e 10 o nível de dor máxima suportável pela mulher (ou 10 o nível máximo de dor imaginado pela paciente).

**VIII. CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: PASSOS**

- I. Avaliar nível de consciência / estado mental
- II. Verificar ventilação e circulação / dados vitais
- III. Avaliar a dor
- IV. Avaliar sinais e sintomas
- V. Considere os fatores de risco

**7.4.1.3. CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO DOS PROTOCOLOS CLÍNICOS NA MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA**

HOSPITAL E MATERNIDADE		CRONOGRAMA											
Nº	Descrição	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	12º
01	Protocolo de Parto Humanizado												
02	Protocolo de Icterícia Neonatal												
03	Protocolo de Abortamento												
04	Protocolo de Hipoglicemia Neonatal												
05	Protocolo de Hipertensão Gestacional												
06	Protocolo de Oxigenoterapia em Recém-Nascido												
07	Protocolo de ITU Gestacional												
08	Protocolo de Inibição do Trabalho de Parto Prematuro												
09	Protocolo de Rotura Prematura de Membranas												
10	Protocolo de Gravidez Ectópica												
11	Protocolo de Parto/Cirurgia Segura												



12	Protocolo de Segurança do Paciente												
----	------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## 7.5. PROTOCOLO AVC

O acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma das principais causas de morte no mundo, sendo a principal no Brasil. A implementação de diretrizes clínicas é uma importante ferramenta de melhoria da qualidade do cuidado ao acidente vascular cerebral isquêmico. Atualmente, entre os possíveis tratamentos no cuidado do AVC com elevado nível de evidência científica (CLASSE IA) , estão o uso de trombolítico e a internação em unidades de AVC. Com o objetivo de atender o paciente com quadro de acidente vascular cerebral, A ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO irá implantar o protocolo assistencial multidisciplinar envolvendo os diversos serviços presentes na linha de atendimento este paciente durante todo o período de internação hospitalar. O paciente que chegar ao serviço de Emergência, será avaliado quanto à instalação de sintomas neurológicos para elegibilidade de tratamento trombolítico.

### PROTOCOLO DE AVC

#### Caso Suspeito

Todo paciente com déficit neurológico transitório ou permanente, focal ou não, geralmente de início súbito, deve ser considerado suspeito de AVC/AIT. Deve ser encaminhado a Sala de Emergência. Sinais e sintomas:

#### Sinais de alerta:

- Perda de força súbita de um braço e/ou perna e/ou face especialmente em um hemi- corpo;

- Parestesias súbitas em um braço e/ou perna e/ou face especialmente em um hemi-corpo;
- Dificuldade de falar e/ou de entender a fala;
- Confusão mental ou diminuição do nível da consciência de início súbito e sem sinais de infecção;
- Perda súbita da coordenação de um membro ou hemicorpo;
- Perda súbita do Equilíbrio;
- Alterações visuais súbitas como perda da visão uni ou bilateral, comprometimento de campo visual ou diplopia.

### **Cuidados no Pronto Socorro:**

#### 1. Medidas Suporte a Vida:

- I. Manter vias aéreas livres, oxigenação adequada e intubação orotraqueal em caso de Glasgow menor que 9;
- II. Glicemia entre 70 e 150mg/dl;
- III. Manter SatO<sub>2</sub> > 95%;
- IV. Manter Tax.<37,5Co;
- V. Monitorização eletrocardiográfica;
- VI. Monitorização pressórica;
- VII. Acesso venoso periférico.

#### 2. Suporte hemodinâmico:

- I. Evitar hipotensão. A hipotensão deve ser tratada com a finalidade de evitar danos secundário.
- II. Evitar hipertensão. A hipertensão deve ser tratada com a finalidade de evitar transformação hemorrágica.
- III. Hidratar o paciente se necessário e evitar soluções hipotônicas.

3. Tomografia computadorizada do crânio:

- I. Exame de escolha para o diagnóstico de evento neurológico agudo. Descarta eventos hemorrágicos e lesões expansivas cerebrais. Deve ser realizado entre 20 e 30 minutos após a admissão do paciente na Sala de Emergência.

4. Trombólise:

- I. Dose de r-TPA venoso: 0,9mg/Kg (máximo de 90mg).
- II. Administrar 10% em “bolus” (1 minuto) e o restante em 60 minutos;
- III. Na janela terapêutica entre 3 e 4,5h, observar os seguintes critérios de EXCLUSÃO:
- IV. Idade superior a 80 anos;
- V. NIHSS>25;
- VI. Uso de anticoagulantes orais;
- VII. DM;
- VIII. AVCi prévio.
- IX. Em casos de AVCi com oclusão de grandes vasos (A. Basilar, Carótida Interna e Cerebral Média) o trombolítico poderá ser realizado intra-arterial até 6h associado ou não a trombectomia mecânica.
- X. Pacientes que não responderam adequadamente a trombólise venosa poderão ser submetidos a trombólise combinada e/ou trombectomia mecânica.

XI. Pacientes sem histórico de distúrbio de coagulação e uso de anticoagulante, podem trombólise antes do resultado de exames laboratoriais considerando relação risco/benefício terapêutico.

XII. Tempo porta-trombolítico estimado em 60min

<p><b>Critérios de Inclusão</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Idade &gt; 18 anos;</li> <li>• Sinais e sintomas com menos de 4,5 horas para o início do tratamento - considere o tempo decorrido em relação a última vez em que o paciente foi visto sem comprometimento neurológico.</li> </ul>
<p><b>Critérios de Exclusão</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alterações no exame de imagem (lesão hemorrágica, sinais indiretos de lesão isquêmica extensa na &gt; de 1/3 do território da Artéria cerebral média);</li> <li>• Impossibilidade de determinar o intervalo de tempo do início do íctus;</li> <li>• Sintomas neurológicos melhorando rapidamente;</li> <li>• AVC isquêmico nos últimos 3 meses;</li> <li>• Passado de hemorragia intracraniana;</li> <li>• História de neoplasia intracraniana ou malformação vascular;</li> <li>• Traumatismo craniano grave há menos de 3 meses;</li> <li>• Cirurgia de grande porte há menos de 14 dias;</li> <li>• Hemorragia digestiva, respiratória ou trato urinário há menos de 21 dias.</li> <li>• Discrasia sanguínea, uso de anticoagulante, uso de heparina nas últimas 48 horas, TP &gt; 15" ou RNI &gt; 1,7 e TPP elevado, plaquetas menor que 100.000/mm<sup>3</sup></li> <li>• Pressão sistólica &gt; 185mmHg e diastólica &gt; 110mmHg, não controlável;</li> <li>• Glicemia sérica &lt;50mg/dl ou &gt; 400mg/dl;</li> <li>• Déficit neurológico leve (NIHSS&lt;4), exceto por afasia isolada;</li> <li>• IAM a menos de 3 meses (controverso).</li> </ul>

5. Cuidados Intensivos:

- I. Manter PAS <180mmHg e PAD<105mmHg;
- II. Não administrar antiagregantes plaquetários ou heparina nas primeiras 24 horas pós trombólise;

- III. Não realizar punção venosa central ou arterial, nem passar SNE nas primeiras 24 horas pós trombólise. Não passar sonda vesical até pelo menos 30 minutos após o término do rtPA;
- IV. Em caso de piora neurológica o tratamento deverá ser interrompido e nova TC realizada. Deve ser colhido hemograma, coagulograma e fibrinogênio. Se confirmado hemorragia no SNC, solicitar avaliação neurocirúrgica;
- V. Paciente deve receber todos os cuidados intensivos e permanecer no CTI, com monitorização dos dados vitais e acompanhamento evolutivo freqüente do quadro neurológico, por pelo menos 48 horas.

6. Tratamento das Complicações Hemorrágicas:

- I. Crioprecipitado 6 a 8 UI EV (manter fibrinogênio sérico >100mg%)
- II. Plasma fresco congelado: 2 a 6 U;
- III. Se houver plaquetopenia ou uso de antiagregante plaquetário, administrar 6 a 8 UI de plaquetas;
- IV. Manter Hb >10mg%;
- V. Craniectomia Descompressiva:
- VI. **INCLUSÃO:** Pacientes com alterações isquêmicas maiores ou iguais a 2/3 do território da Artéria Cerebral Média, NIHSS maior ou igual a 16 (Hemisfério não dominante) ou 21 (Hemisfério dominante), Escala de Coma de Glasgow menor ou igual a 13 (Hemisfério não dominante) ou menor ou igual a 9 (Hemisfério dominante) são candidatos à cirurgia descompressiva.
- VII. **EXCLUSÃO:** Pupilas médias ou dilatadas fixas, comorbidades graves associadas, AVC prévio com Escala de Rankin Modificada maior ou igual a 2, índice de Barthel inferior a 95 são critérios de exclusão para a craniectomia descompressiva.

- VIII. Deve-se levar em conta idade, comorbidades, presença de AVC prévio com incapacidade funcional.
- IX. Considerar cirurgia descompressiva em infartos cerebelares extensos.
- X. Não há estudos que comprovem benefício em pacientes acima de 60 anos.
- XI. Deverá ser realizada, preferencialmente, nas primeiras 48 horas.

7. Reabilitação:

- I. Nutrição – cautela quanto a liberação da alimentação via oral, avaliar risco de aspiração. Manter SNG aberta em caso de rebaixamento da consciência e presença de náuseas e vômitos
- II. Avaliação fisioterápica nas primeiras 12 horas.
- III. Avaliação fonoaudiológica nas primeiras 24 horas

8. Prevenção Secundária:

- I. Aspirina 50 a 325 mg/dia OU;
- II. Ticlopidina 250 mg BID OU;
- III. Clopidogrel 75 mg/dia OU;
- IV. Dipyridamol e Aspirina 25/200mg BID.
- V. Em pacientes com AVC isquêmico de pequenas dimensões (NIHSS) < 4 ou AIT, a associação de AAS e clopidogrel se mostrou eficaz nos primeiros 3 meses. A dose de ataque de clopidogrel deverá ser de 300mg, via oral.
- VI. Considerar anticoagulação para comorbidades pró-trombóticas e embólicas.
- VII. Estatinas.
- VIII. Estenose de Carótida:

- IX. Estenose Sintomática de > 50% recomenda-se endarterectomia ou angioplastia.
- X. Controle dos fatores de risco – HAS, Diabetes Mellitus, dislipidemia, obesidade, tabagismo, sedentarismo, consumo abusivo de bebidas alcoólicas, doença cardiovascular,
- XI. uso de contraceptivos orais, hiper-homocisteinemia, vasculites e trombofilias

9. Cuidados na Alta Hospitalar:

Orientação para o controle dos fatores de risco, tempo de uso da medicação prescrição, acompanhamento fisioterápico, fonoaudiológico e terapia ocupacional, preparo do domicílio e cuidados gerais sempre que necessário.

10. Indicadores Assistenciais:

- I. Tempo porta-TC até 30min
- II. Tempo Porta-Trombolítico até 60min

### 7.5.1. PROTOCOLO SEPSE

Antigamente chamada de septicemia ou infecção no sangue, a sepse hoje é mais conhecida como infecção generalizada. É uma doença de alta incidência e mortalidade na população, sendo uma das principais causas de internação nas unidades de terapia intensiva.

A resposta do corpo ao agente infeccioso leva a uma inflamação generalizada do organismo que pode vir a comprometer o funcionamento de vários dos órgãos e sistemas. Esse quadro é conhecido como disfunção ou falência de múltiplos órgãos. É uma doença

que se não diagnosticada adequadamente e tratada precocemente apresenta uma alta mortalidade. Dados do Instituto Latino Americano da Sepse mostram que a mortalidade no Brasil, nos casos mais graves da doença, é de 46%.

O diagnóstico da Sepse é realizado pelo exame clínico, exames laboratoriais e de imagem. Os principais sintomas na vigência de um quadro infeccioso são: febre ou hipotermia, confusão mental ou alteração do nível de consciência, diminuição do volume urinário, falta de ar, hipotensão, taquicardia, entre outros.

A avaliação médica é necessária para caracterizar a gravidade do caso e o diagnóstico, inclusive avaliando a necessidade de internação na unidade de terapia intensiva. As primeiras horas do tratamento são as mais importantes nos casos mais graves. O rápido tratamento com antibióticos, utilização de hidratação venosa, monitorização contínua e avaliação de exames laboratoriais são fundamentais para a boa evolução da doença.

## **PROTOCOLO DE SEPSE**

Definições:

Na sepse, semelhante a outras situações clínicas como a parada cardiorrespiratória, o trauma e o AVC, a eficácia do tratamento depende da agilidade e da adequação da abordagem terapêutica. A partir da suspeição clínica, devem ser instituídas medidas iniciais sequenciadas, baseada em prioridades tempo-dependentes e guiadas por metas.

**Infecção** pressupõe história sugestiva de exacerbação de quadro prévio ou acometimento agudo, com sinais/sintomas gerais e específicos relativos a quaisquer sistemas e aparelhos. Pode estar associada ou não a sinais e sintomas da síndrome de resposta inflamatória sistêmica (SIRS) – hipotermia, hipertermia, calafrios com tremores, taquicardia, taquipneia e hipotensão.



Sepse é definida como a presença confirmada ou suspeita de infecção, associada a pelo menos duas variáveis clínico-laboratoriais chamadas genéricas e inflamatórias:

### **Variáveis genéricas**

- I. Temperatura corporal  $>38.3^{\circ}\text{C}$  ou hipotermia (temperatura corporal  $<36^{\circ}\text{C}$ );
- II. Frequência cardíaca  $>90\text{ bpm/min}$ ;
- III. Taquipneia  $> 20\text{ irpm}$ ;
- IV. Alterações do estado mental;
- V. Edema importante ou balanço hídrico  $>20\text{ ml/kg}$  em 24 horas;
- VI. Hiperglicemia  $>140\text{ mg/dl}$  na ausência de diabetes.

### **Variáveis genéricas inflamatórias**

- I. Leucocitose  $>12.000/\text{mm}^3$  ou leucopenia  $<4.000/\text{mm}^3$  ou  $>10\%$  formas jovens;
- II. Proteína C reativa  $>2$  vezes o limite superior da normalidade;
- III.  $\text{SvO}_2 >70\%$  (Saturação venosa mista so no CTI com Swan-Ganz).

**Sepse grave** ocorre quando há disfunção orgânica, hipoperfusão ou hipotensão.

### **Variáveis de disfunção orgânica:**

- I. Hipoxemia arterial ( $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 <300$ );
- II. Oligúria aguda (débito urinário  $<0,5\text{ml/Kg/h}$  por pelo menos 2 horas, apesar de ressuscitação volêmica adequada);
- III. Aumento da creatinina  $> 0,5\text{mg/dL}$ ;
- IV. Alterações da coagulação ( $\text{RNI} >1,5$  ou  $\text{PTT}_a >60\text{s}$ ) e plaquetopenia ( $<100.000/\text{mm}^3$ );

- V. Hiperbilirrubinemia (BT > 4 mg/dL);
- VI. Íleo adinâmico (ausência de sons intestinais).

### **Variáveis hemodinâmicas**

- I. Hipotensão arterial (PAS <90mmHg, PAM <70mmHg ou queda na PAS >40mmHg).

### **Variáveis de perfusão tecidual**

- I. Hiperlactatemia (> 2 mmol/L);
- II. Diminuição do enchimento capilar ou mosqueamento.

**Choque séptico** é definido como a falência circulatória aguda, sem outra causa provável que não a infecção. Isto é, hipotensão arterial persistente e/ou hipercalemia, apesar de expansão volêmica adequada.

PAS ≤90 mmHg ou PAM ≤70 mmHg ou queda da PAS >40 mmHg ou lactato arterial ≥4,0 mmol/l.

### **ROTEIRO PARA DIAGNÓSTICO CLÍNICO:**

**QUESTÃO I** - A história é sugestiva de uma infecção aguda?

**QUESTÃO II** - Além de SIM na questão I, a infecção suspeitada ou confirmada está associada a pelo menos duas das variáveis genéricas e variáveis inflamatórias abaixo?

- Variáveis genéricas:
- Febre (temperatura corporal >38.3° C) ou hipotermia (temperatura corporal <36° C);

- Frequência cardíaca >90 bpm/min;
- Taquipnéia > 20 irpm;
- Alterações do estado mental;
- Edema importante ou balanço hídrico >20 ml/kg em 24 horas;
- Hiperglicemia >140 mg/dl na ausência de diabetes;

#### **Variáveis genéricas inflamatórias**

- Leucocitose >12.000/mm<sup>3</sup> ou leucopenia <4.000/mm<sup>3</sup> ou >10% formas jovens;
- Proteína C reativa >2 vezes o limite superior da normalidade;
- SvO<sub>2</sub> >70% (Saturação venosa mista so no CTI com Swan-Ganz).

Se, SIM para a questão I e a questão II, define-se a SEPSE.

**QUESTÃO III** - A sepse está associada às variáveis de disfunção orgânica, variáveis hemo- dinâmicas ou variáveis de perfusão teciduais, não relacionadas ao sítio inicial da infecção, como se segue?

#### **Variáveis de disfunção orgânica**

- Hipoxemia arterial (PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> <300);

- Oligúria aguda (débito urinário  $<0,5\text{ml/Kg/h}$  por pelo menos 2 horas, apesar de ressuscitação volêmica adequada);
- Aumento da creatinina  $> 0,5\text{mg/dL}$ ;
- Alterações da coagulação (RNI  $>1,5$  ou PTTa  $>60\text{s}$ ) e plaquetopenia ( $<100.000/\text{mm}^3$ );
- Hiperbilirrubinemia (BT  $> 4 \text{ mg/dL}$ );
- Íleo adinâmico (ausência de sons intestinais).

#### **Variáveis hemodinâmicas**

- Hipotensão arterial (PAS  $<90 \text{ mmHg}$ , PAM  $<70 \text{ mmHg}$  ou queda na PAS  $>40 \text{ mmHg}$ ).

#### **Variáveis de perfusão tecidual**

- Hiperlactatemia ( $> 2 \text{ mmol/L}$ );
- Diminuição do enchimento capilar ou mosqueamento.

Se, SIM para às questões I ou II e para a questão III, defini-se a SEPSE GRAVE.

**QUESTÃO IV** - Havendo reposição volêmica adequada (pacote de 3 horas), identificam-se sinais de refratariedade diagnosticados pelos parâmetros que se seguem?

- PAS  $\leq 90 \text{ mmHg}$  ou PAM  $\leq 70 \text{ mmHg}$  ou queda da PAS  $>40 \text{ mmHg}$  ou lactato arterial  $\geq 4,0 \text{ mmol/l}$ .

Se, SIM para as questões I ou II e para a questão IV, defini-se o CHOQUE SÉPTICO

### **ABORDAGEM PARA SEPSE GRAVE E CHOQUE SÉPTICO:**

**PACOTE DE 3 HORAS** : deve ser iniciado o mais rápido possível e finalizado nas PRIMEIRAS 3 HORAS.

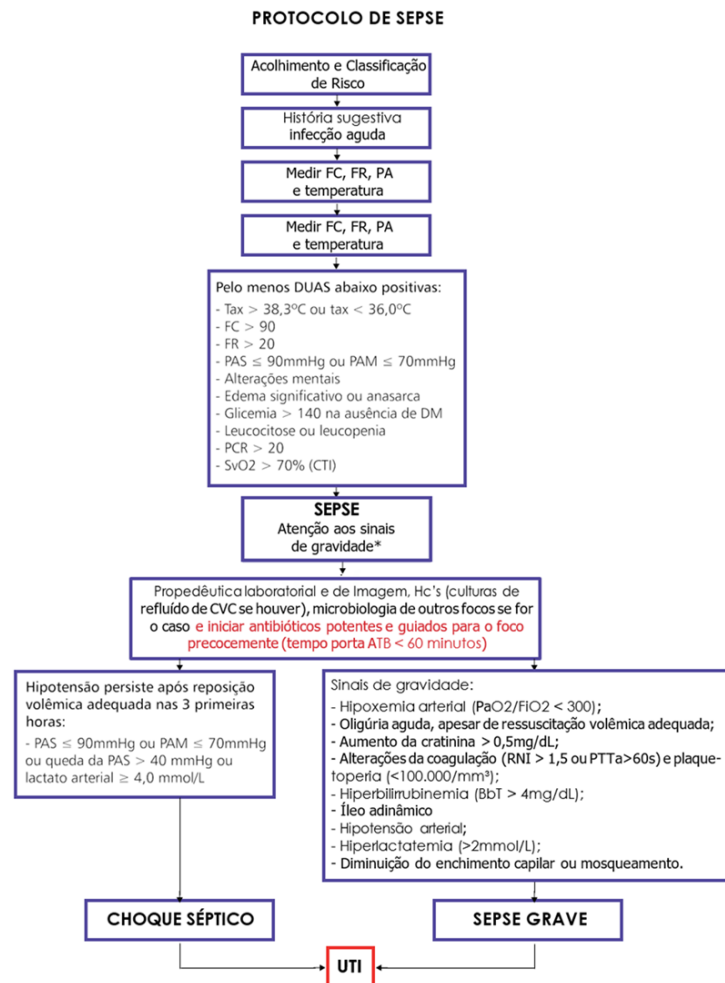
- Solicitar lactato sérico
- Solicitar hemoculturas (pelo menos 2 amostras de sangue periférico ou 1 de sangue periférico e 1 de cada dispositivo vascular) antes da administração de antibióticos, desde que a coleta não atrase o início dos antimicrobianos (até 45 minutos).
- Se o dispositivo vascular tiver sido inserido há < 48h, não é necessário coleta de sangue de suas vias para cultura.
- Culturas de sítios específicos: urina, aspirado traqueal, líquido, abscessos ou coleções devem ser solicitadas desde que não atrasem o início da antibioticoterapia.
- Iniciar antibióticos potentes e guiados para o foco presumido em até 1 hora do diagnóstico.
- Se hipotensão ou lactato >4 mmol/l, iniciar infusão de líquidos com bolus de 30 ml/Kg de cristalóides, se necessárias re-infusões de líquidos elas serão de 500-1000 ml, a cada 30-60 minutos.

### **PACOTE DE 6 HORAS**

- Administrar drogas vasoativas (noradrenalina) para os pacientes que persistem com hipotensão apesar da infusão volêmica (ou iniciar sua infusão durante a reposição volêmica, a critério clínico). O objetivo é manter uma PAM  $\geq$  65mmHg. A administração associada de dobutamina será considerada na suspeita de comprometimento cardíaco importante.
- O acesso venoso central e o intra-arterial são necessários quando o paciente persiste com hipotensão após as infusões iniciais de volume e quando há necessidade de uso de drogas vasoativas.
- Manter ScvO<sub>2</sub> >70% ou SvO<sub>2</sub> >65% (se paciente no CTI). Este parâmetro é alcançado com infusões volêmicas repetidas, uso de aminas vasoativas. A hemoglobina deve ser mantida acima de 7 mg/dl.
- Dar prosseguimento ao tratamento do paciente em leito de UTI.

**Indicadores Assistenciais:**

- Tempo porta-antibiótico na sepse alvo 60min



### 7.5.2. PROTOCOLO DE DOR TORÁCICA

Existe uma variedade de condições clínicas que se manifestam por dor torácica sendo primordial a identificação de situações que ofereçam risco eminente de morte. Como a síndrome coronariana aguda (SCA) representa 1/5 das causas de dor torácica e possui significativa morbimortalidade, a abordagem inicial é baseada no princípio de identificar ou afastar este diagnóstico, definir necessidade ou não de internação ou transferência para unidade de tratamento intensivo e subsequentemente o início de tratamento farmacológico e não farmacológico.

Trata-se de um protocolo gerenciado para o atendimento a pacientes com queixas de dor torácica aguda, ou seja, sintomas compatíveis com a possibilidade de serem decorrentes de uma SCA ou de outras doenças cardiovasculares graves. A avaliação desse protocolo tem fundamental importância, principalmente quando nem o quadro clínico inicial e nem o eletrocardiograma (ECG) de admissão são suficientes para definir o diagnóstico e o risco de eventos cardiovasculares desfavoráveis no curto e nos médios prazos.

Os objetivos deste protocolo são: estabelecer ferramenta essencial de suporte à tomada de decisão das SCA, priorizar o emprego das melhores evidências da literatura atual, visando segurança, do paciente e efetividade do processo e estabelecer orientações durante a internação e na alta hospitalar que visem ajudar nas decisões clínicas.

Como modelo dos protocolos a serem implementados na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA, está abaixo o Protocolo para Infarto com Supradesnivelamento do ST. Destaca-se mais uma vez, que todos os protocolos em exemplo neste projeto, serão analisados e adequados à realidade das unidades, bem como validados pela equipe técnica.

## **INFARTO COM SUPRADESNIVELAMENTO DO ST**

### **A) RECONHECIMENTO DO IAM COM SUPRADESNIVELAMENTO DO SEGMENTO ST/BRE NOVO (IAMSST):**

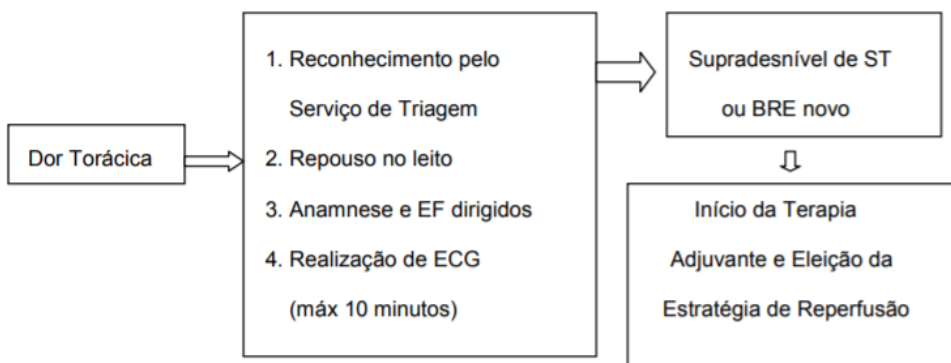
O início da estratégia de abordagem dos pacientes admitidos com IAMSST constitui no adequado reconhecimento e triagem dos casos de dor torácica com rápida admissão à sala de Emergência, repouso ao leito e realização de ECG de 12 derivações num prazo não superior a 10 minutos. Nesse período, a realização de uma anamnese e exame físico dirigidos para a queixa referida devem ser realizados pelo Médico Emergencista. O diagnóstico eletrocardiográfico consiste na presença de supradesnivelamento  $\geq 1$  mm do segmento ST em pelo menos 2 derivações contíguas (supra de ST  $\geq 2$ mm de V1 a V3) ou



reconhecimento de Bloqueio de Ramo Esquerdo novo. Em caso de indisponibilidade de ECG prévio do paciente e na vigência de quadro clínico compatível, os critérios eletrocardiográficos definidos por Sgarbossa podem ser empregados para auxílio diagnóstico:

- III. Supradesnivelamento de segmento ST  $\geq$  a 1 mm em concordância com o QRS
- IV. Infradesnivelamento de segmento ST  $\geq$  a 1 mm em V1, V2 e V3
- V. Supradesnivelamento de segmento ST  $\geq$  a 5 mm em discordância com o QRS

Abaixo segue um organograma das ações preconizadas no atendimento de paciente com IAMSST.



## MEDIDAS GERAIS, SUBSEQUENTES E TERAPIA ADJUVANTE

Após o diagnóstico clínico e eletrocardiográfico recomenda-se:

Repouso: por até 24hs nos pacientes estáveis hemodinamicamente e sem precordialgia.

Jejum: no mínimo de 4hs em presença de dor para a realização de exames, para reduzir o risco de aspiração pelos vômitos. Após este prazo prescrever dieta líquida e no dia seguinte dieta laxativa.

Oxigenoterapia: Deve ser realizada através da administração de cateter nasal com fluxo de 3 L/min nas primeiras 3-6 horas e depois caso saturação < 90% ou durante episódio de dor. A administração de oxigênio é baseada em estudos experimentais que sugerem redução de infarto com essa terapia. Entretanto, não existem evidências definitivas de benefício na redução da morbimortalidade, a menos que haja hipoxemia.

Terapia antiagregante: administrar o ácido acetil-salicílico (AAS) na dose de 200 mg por via oral, previamente macerados ou mastigados, exceto em casos de reconhecida anafilaxia aos salicilatos ou na presença de sangramentos ativos quando da admissão hospitalar. Deve ser utilizado antes mesmo da realização do eletrocardiograma quando da suspeita de coronariopatia aguda. O uso precoce do AAS reduz o risco de morte em 23% (quando utilizado de forma isolada) e em 42% (quando associada ao fibrinolítico). O derivado tienopiridínico clopidogrel- deve ser utilizado de rotina, precocemente, na dose de 75mg/d, precedida de dose de ataque de 300mg, sempre por via oral. Pacientes com idade superior a 75 anos não devem utilizar dose de ataque.

1. **Monitorização cardíaca contínua:** à beira de leito, para detecção e terapia precoces de arritmias primárias; monitorização eletrocardiográfica contínua (na derivação com maior supradesnivelamento do segmento ST). A frequência do controle de pressão arterial depende da gravidade da doença. Controle a cada hora até obter estabilidade, a partir daí a cada 4hs.

**Obtenção de acesso venoso periférico,** para coleta de exames laboratoriais e administração medicamentosa. Deve-se dar preferência ao membro superior esquerdo.

**Analgesia e sedação:** diminui a intensidade da dor (que gera ansiedade e amplifica a resposta autonômica), reduzindo o limiar para desencadeamento de taquiarritmias ventriculares e o consumo miocárdico de oxigênio. Recomenda-se sulfato de morfina, na dose de 1 a 3 mg cada 5 minutos por via intravenosa até o alívio da dor (dose máxima de 25 a 30 mg) ou evidência de toxicidade (hipotensão, depressão respiratória ou vômitos frequentes). Raramente doses altas são necessárias. Hipotensão pode ocorrer em pacientes hipovolêmicos. Pode ser útil também na redução dos sinais e sintomas de hipertensão venocapilar pulmonar em pacientes com disfunção ventricular esquerda. Caso ocorra bradicardia associada, recomenda-se administrar Atropina 0,5-1,0mg. Na ocorrência de depressão respiratória utilizar Naloxona 0,1-0,2mg. O uso rotineiro de ansiolíticos não é recomendado. Quando necessário utilizar Diazepam na dose de 5-10mg 8/8hs por 24-48hs.

**Nitratos** - São medicamentos que promovem vasodilatação arterial e principalmente venosa. Diminuem a pré e pós-carga ventricular, trabalho cardíaco e o consumo de oxigênio. Não devem ser utilizados de rotina visto que não diminuem mortalidade e sim morbidade. São utilizados para alívio de dor isquêmica, congestão pulmonar e diminuição pressórica. Logo após o primeiro ECG, nos casos em que houver dor torácica isquêmica, deve ser administrado nitrato SL (dinitrato de isossorbida 5mg ou mononitrato de isossorbida 5mg), desde que não haja contraindicações ( infarto de ventrículo direito, uso de sildenafil ou derivados nas últimas 24h, hipotensão arterial).Após 5/10 min do uso do nitrato, deve ser realizado novo ECG para avaliar resolução ou manutenção do supradesnível do ST (afastar espasmo).

## **B) ESTRATÉGIA DE REPERFUSÃO E CRITÉRIOS PARA INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO DE FIBRINOLÍTICOS**

Uma vez feito o diagnóstico de IAMST é de suma importância a eleição de adequada estratégia de reperfusão visando a obtenção de fluxo efetivo no território da artéria acometida. A escolha da terapia de reperfusão depende da disponibilidade e experiência

de cada centro com a estratégia a ser desempenhada. É recomendada a realização de Angioplastia Primária como primeira abordagem, esta decisão deva ser realizada nas Unidades de Saúde, objetivando a diminuição do tempo de isquemia. Como justificativas para a adoção desta estratégia salientamos que a Angioplastia Primária:

- 1) Implica maior índice de patência e fluxo da artéria relacionada ao infarto (>90% em 90 min frente 70% da média da terapia fibrinolítica) acarretando menor comprometimento da função miocárdica;
- 2) Redução de mortalidade em condições específicas como no choque cardiogênico;
- 3) Menor índice de complicações imediatas relacionadas à técnica de reperfusão (menor taxa de AVC hemorrágico particularmente em pacientes com mais que 65 anos de idade);
- 4) Menor taxa de complicações tardias (reinfarto, reoclusão, ruptura ventricular, internações decorrentes de disfunção ventricular);
- 5) Definição precoce da anatomia coronária;
- 6) Menor período de permanência hospitalar com redução do custo global do tratamento

Cabe salientar também que a Angioplastia Primária constituirá a única terapia de reperfusão possível nos casos onde houver contraindicação à administração de fibrinolíticos. Abaixo seguem as condições que constituem contraindicações absolutas e relativas (Tabela 1 e 2) à adoção de terapia fibrinolítica.

Serão elegíveis para reperfusão imediata todos os pacientes que se apresentarem às Unidades de Emergências e Urgências com dor torácica ou sintomas equivalentes de

isquemia miocárdica (dispneia, síncope) e supradesnivelamento do segmento ST ou BRE novo com intervalo do início do evento de  $\leq$  de 12 horas.

Em determinadas situações a indicação de terapia de reperfusão pode ultrapassar esse limite temporal às custas de potencial benefício. Tais situações compreendem:

- I. A presença de isquemia miocárdica recorrente;
- I. Apresentação em Choque Cardiogênico (particularmente em pacientes com histórico de infarto do miocárdio prévio e idade inferior a 75 anos).

Para a indicação de Angioplastia Primária deve ser observado os tempos de Porta-Sala de Hemodinâmica < 60 minutos e Porta-Balão < 90 minutos e para a indicação de Fibrinolítico Porta-Agulha < 30 minutos.

#### **Tabela 1. Contraindicações Absolutas ao Uso de Fibrinolíticos**

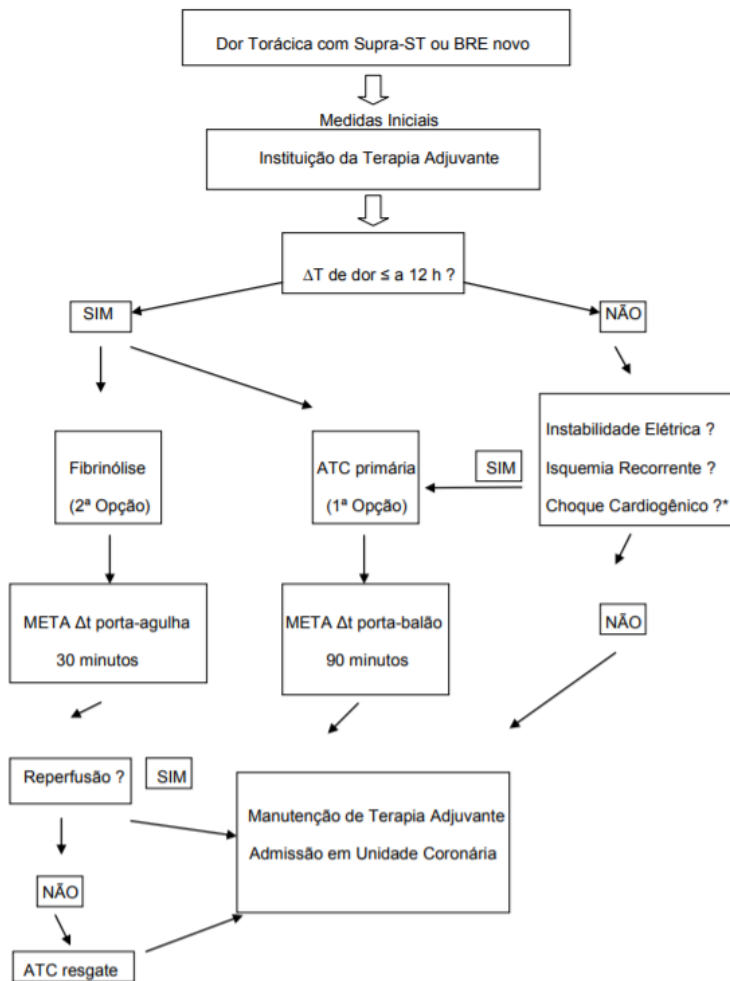
Episódio pregresso de hemorragia intracraniana (em qualquer época da vida). AVC isquêmico < 3 meses (exceto os casos com menos de 3 horas)

- I. Neoplasia Intracraniana conhecida;
- II. Suspeita diagnóstica de Dissecção Aguda de Aorta;
- III. Sangramento interno ativo (exceto menstruação).
- IV. Redução da expectativa de vida (coma, sepse, neoplasia)

#### **Tabela 2. Contraindicações Relativas ao uso de fibrinolíticos**

- I. Hipertensão acentuada à apresentação (PA>180x110 mmHg) e não controlada;
- II. Histórico de HAS acentuada;

- III. Patologias de SNC não descritas nas contraindicações absolutas, assim como outros antecedentes cerebrovasculares;
- IV. Uso corrente de terapia anticoagulante (INR maior ou igual a 2-3) ou conhecida diátese hemorrágica;
- V. Trauma recente, incluindo trauma cranioencefálico (em 2 a 4 semanas) ou procedimentos de RCP prolongados (>10 min);
- VI. Procedimentos cirúrgicos de grande porte dentro das 3 últimas semanas;
- VII. Punções de vasos sanguíneos não passíveis de compressão;
- VIII. Sangramentos internos dentro das últimas 2 a 4 semanas;
- IX. Gestação;
- X. Úlcera péptica ativa;
- XI. Em caso de uso de estreptoquinase: prévia exposição (em período compreendido após os primeiros 5 dias até 2 anos) ou manifestação alérgica ao fibrinolítico em uso anterior. Dessa forma, sintetizamos no fluxograma abaixo o conjunto de estratégias envolvidas na abordagem do paciente com IAM e supradesnível de segmento ST / BRE novo.



## C) TIPOS DE FIBRINOLÍTICOS E MODOS DE UTILIZAÇÃO

### 1. Alteplase:

Deverá ser administrada EV na forma “acelerada”:

- I. 15 mg EV em bolus
- II. 0,75mg/kg - máximo de 50 mg ± em 30 minutos
- III. 0,50 mg/kg ± máximo de 35 mg ± em 60 minutos
- IV. Todo paciente deverá ter sido medicado com AAS 200mg

Deverá ocorrer infusão concomitante de Heparina não-fracionada endovenosa na seguinte dosagem: 60 U/kg em bolus  $\pm$  máximo de 4000 UI, seguida por infusão contínua e endovenosa de 12U/kg/hora, máximo de 1000 U/hora, por 24horas. O objetivo é manter o tempo de tromboplastina parcial ativada entre 50-70 segundos (1,5 a 2,0 x o valor de referência)

Poderá ser usado, novamente, em caso de recorrência do supradesnivelamento do segmento ST.

## 2. Tenecteplase:

Poderá ter seu uso sugerido ao médico do paciente, em situações de IAM com supradesnivelamento do segmento ST, em ambiente extra-hospitalar, onde o socorro está sendo prestado por médico plantonista.

Administração em bolus endovenoso único, em 5 a 10 segundos, com dose ajustada pelo peso do paciente:

- V. < 60 kg: 30 mg
- VI. 60 – 69 kg: 35mg
- VII. 70 – 79 kg: 40 mg
- VIII. 80 – 89 kg: 45 mg
- IX.  $\geq$  90 kg: 50 mg
- X. Todo paciente deverá ter sido medicado com AAS 200mg.

Deverá ocorrer infusão concomitante de Enoxaparina na dose de 30mg em bolus endovenoso, seguido pela administração de 1mg/kg subcutânea a cada 12 horas, por 24-48h. Para indivíduos com idade superior a 75 anos deve-se administrar heparina não fracionada IV, devido a chance aumentada de sangramento no SNC.



### 3. Estreptoquinase

Dose total de infusão de 1.500.000 UI IV, diluída em 100 ml de solução fisiológica 0,9%, sendo 200.000 UI (14 ml) em bolus e o restante 1.300.000 UI (86 ml) em 30 a 60 minutos. Caso ocorram efeitos colaterais diminuir o gotejamento ou suspender a infusão temporariamente. O seu uso está restrito aos pacientes com idade superior a 75 anos. Contraindicação ao uso de estreptoquinase ocorre em pacientes com reação alérgica em uso anterior. Deve ser respeitado um intervalo superior a 2 anos após o uso de estreptoquinase.

Os fibrinolíticos não-específicos, como a estreptoquinase, têm ação anticoagulante por mais de 24h, tornando desnecessário o uso de heparina, a não ser que o risco de embolia sistêmica seja elevado. Por outro lado, a estreptoquinase pode exercer um efeito paradoxal pró coagulante, levando alguns a defender o uso rotineiro da heparina nesta situação.

#### 4- Principais efeitos indesejáveis dos fibrinolíticos

- XI. os fibrinolíticos estão associados com um pequeno, mas significativo excesso de 4 casos de AVC (principalmente hemorrágico) a cada mil pacientes tratados no primeiro dia de evolução;
- XII. pode ocorrer hipotensão arterial com estreptoquinase, devido ao seu efeito vasodilatador;
- XIII. as complicações hemorrágicas em outros sítios que não o cerebral é relativamente comum, embora na maioria dos casos seja de pequena monta;
- XIV. mesmo com a estreptoquinase, a incidência e reações alérgicas é rara.

#### **D) ANGIOPLASTIA PRIMÁRIA E DE RESGATE**

1. Intervenção coronária percutânea como alternativa à trombólise (Angioplastia Primária):

a) IAMSST ou BCRE novo com <12 horas do início dos sintomas de isquemia ou > 12 horas se estes ainda persistirem.

b) Pacientes que desenvolvem Choque Cardiogênico, dentro das 36 horas do IAM e que podem ser abordados de preferência em até 18 horas do início do choque. (pacientes preferentemente < 75 anos)

c) Pacientes com contraindicação ao uso de fibrinolíticos. OBS: É indicado o uso de inibidores da GPIIb/IIIa pré ou durante a angioplastia primária, devendo ter seu início de infusão na sala de hemodinâmica.

2. Intervenção coronária percutânea pós-trombólise sem critérios de sucesso

a) Pacientes com objetiva recorrência de infarto ou isquemia (Angioplastia de resgate ou salvamento).

b) Choque cardiogênico ou instabilidade hemodinâmica.

c) Angina recorrente sem sinais objetivos de isquemia ou infarto.

d) Angioplastia da “artéria culpada” em horas a dias (48hs) pós trombólise com sucesso, em pacientes assintomáticos sem evidência clínica ou indutível de isquemia.

Exames: Colher em até 24 hs da internação: colesterol total e frações, triglicérides e ácido úrico.

## E) TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

### 1. AAS e outros antiplaquetários orais

#### 1.1 AAS

A aspirina inibe a agregação plaquetária através do bloqueio da formação do tromboxane A<sub>2</sub>. Esta inibição enzimática persiste por aproximadamente 7 dias pois as plaquetas não são capazes de regenerar a ciclo-oxigenase. As células endoteliais, porém, produzem esta enzima reduzindo a duração do efeito da aspirina sobre as plaquetas.

Os efeitos colaterais mais frequentes estão relacionados ao trato gastrointestinal, os quais podem ser reduzidos através do uso de protetores gástricos, aspirinas tamponadas ou de ação entérica.

Deve-se administrar aspirina a todos os pacientes, o mais precocemente possível, na chegada ao hospital. Manter o seu uso contínua e indefinidamente.

- I. Dose inicial: 200 mg macerados por via oral
- II. Dose de manutenção: 75 a 162 mg/dia por via oral em dose única após almoço ± a dose mais utilizada é de 100mg/d

Contraindicações absolutas:

- Pacientes com hipersensibilidade à salicilatos
- Hemorragia digestiva ativa

Contraindicações relativas:

- Pacientes com gastrite ou úlcera gastroduodenal prévia, devendo seu uso ser cauteloso e associado a inibidor de bomba protônica.

- Uso cauteloso em pacientes com discrasias sanguíneas ou com insuficiência hepática

## 1.2 Clopidogrel

É um anti-agregante plaquetário que atua como antagonista do receptor da adenosina. Possui ação semelhante a ticlopidina, mas apresenta menor incidência de efeitos colaterais (neutropenia reversível e púrpura trombocitopênica trombótica) e maior rapidez no início de sua atividade antiplaquetária, quando utilizado em dose de ataque.

Deve ser utilizado como substituto à aspirina nos casos de reação de hipersensibilidade e nos pacientes submetidos à Angioplastia Primária com colocação de stent, associado ao uso de aspirina.

- I. **Dose de ataque:** 300 mg por via oral em dose única.
- II. **Dose de manutenção:** 75 mg/dia por via oral por 1 a 9 meses.

OBS: Nos pacientes com indicação de tratamento cirúrgico o uso de aspirina e clopidogrel eleva o risco de sangramento pós-operatório. Nestes pacientes orientamos a suspensão destas medicações por 5 a 7 dias previamente a data da cirurgia.

## 1.3 Ticlopidina

É um antagonista do receptor da adenosina, cujo efeito inibitório sobre a agregação plaquetária ocorre 24 a 48 horas após a sua administração, não sendo adequado o seu uso na fase aguda do infarto do miocárdio.

## 2. Heparina

### 2.1 Heparina Não Fracionada

Utilizar em todos os pacientes submetidos a angioplastia primária, por via endovenosa, visando como meta terapêutica um TCa de 300 segundos. No caso de trombólise com t-PA, utilizar o seguinte esquema:

- I. **Bolus inicial:** 60 U/kg (máximo 4000 U) por via endovenosa;
- II. **Dose manutenção:** inicial  $\pm$  12 U/kg/h (máximo 1000 U/h) por via endovenosa;
- III. **Meta terapêutica:** TTPa de 50 a 70 segundos - 1,5 a 2,0 vezes o controle laboratorial

Outras indicações incluem pacientes com alto risco de ocorrência de embolia sistêmica, como por exemplo: infarto agudo do miocárdio com grandes áreas discinéticas, fibrilação atrial, embolia prévia, trombo no ventrículo esquerdo. A heparina não fracionada pode também ser utilizada nos pacientes não submetidos a trombólise, e não tratados inicialmente com heparina, como terapêutica preventiva de trombose venosa profunda.

- I. **Dose**  $\pm$  7500 U por via subcutânea a cada 12 horas.
- II. **Controle Laboratorial:** o ajuste do nível terapêutico deve se basear no controle de TTPa a cada 6 horas. Quando dois valores consecutivos de TTPa estiverem em níveis terapêuticos, o novo controle pode ser feito após 24 horas.

Várzea Paulista do número de plaquetas, determinação da hemoglobina e hematócrito devem ser realizados diariamente durante a terapia com heparina não fracionada.

No caso de ocorrência de sangramento importante a protamina pode ser utilizada na dose de 1 mg para cada 100 U de heparina, para reversão do efeito anticoagulante.

## 2.2 Heparina de Baixo Peso Molecular

Apresenta perfil farmacológico mais estável, meia-vida mais longa e dispensa controle de TTPA por causa de sua ação preferencial sobre o fator Xa, tendo efeito mais previsível e sustentado. As evidências científicas para que a HPBM pudesse ser utilizada no IAM com supradesnível derivam do EXTRACT-TIMI 25 que comparou os dois tipos de heparina em mais de 20.000 pacientes.

Dose: - a enoxaparina deve ser utilizada na dose 1mg/kg SC a cada 12/12h, precedida de 30 mg EV em bolus.

- Nos pacientes com mais de 75 anos não se deve realizar dose de ataque; a dose de manutenção será de 0,75mg/Kg 12/12h. - Em pacientes com clearance menor que 30, não se faz a dose de ataque e a manutenção será de 1mg/kg 1x/d.

## 3. Inibidores da glicoproteína IIb/IIIa

Os inibidores da glicoproteína IIb/IIIa atuam inibindo a agregação plaquetária através do bloqueio dos receptores da glicoproteína IIb/IIIa presentes na superfície das plaquetas e que se encontram ativados com maior afinidade pelo fibrinogênio e por outras proteínas de ligação no momento do infarto agudo do miocárdio.

A terapia combinada de fibrinolítico em dose reduzida com inibidor da glicoproteína IIb/IIIa, em pequenos estudos iniciais, aparentemente seria útil no sentido de aumentar a patência da artéria relacionada ao IAM. Entretanto, estes compostos foram testados em dois grandes estudos, o GUSTO V e o ASSENT-3, que tiveram como meta principal

desfechos clínicos, inclusive óbito, e não demonstraram nenhum benefício. Assim, não existe indicação para a utilização de inibidor IIb/IIIa como adjuvante a tratamento fibrinolítico. Por outro lado, publicações recentes sugerem que o inibidor IIb/IIIa é útil como medicação adjuvante em pacientes com IAM submetidos a ICP primária.

Os inibidores da glicoproteína IIb/IIIa estão indicados no IAMSST como adjuvantes na angioplastia primária, estando sua indicação a critério do médico assistente e do hemodinamicista. No Brasil existem dois inibidores disponíveis, o Abciximab e o Tirofiban. Recomenda-se o uso nas seguintes doses:

- I. Abciximab (Reopro)
- II. **Dose de Ataque:** 0,25 mg/kg em bolus por via endovenosa
- III. **Manutenção:** 0,125 µg/kg durante 12 horas por via endovenosa
- IV. Tirofiban
- V. **Dose de Ataque:** 10 µg/kg em 30 minutos por via endovenosa
- VI. **Manutenção:** 0,15 µg/kg/min por 24 horas

#### 4. NITRATOS

Recomenda-se o uso nas primeiras 24/48 hs de evolução do IAMSST, na presença de isquemia recorrente, ICC ou hipertensão. A dose inicial é de 5-10 µg/min devendo-se aumentar progressivamente até a obtenção dos resultados, aparecimento de efeitos colaterais, objetivando-se redução de 10% PAS em normotensos ou 30% em hipertensos. Na fase aguda de IAMSST como coadjuvante a trombólise ou angioplastia quando não há evidência de reperfusão com o objetivo de redução da área de infarto e melhora funcional de área lesada.

#### CONTRA INDICAÇÕES

- I. uso de sildenafil ou análogos nas ultimas 24 hs
- II. suspeita de infarto de VD

### III. estenose aórtica grave

## BETABLOQUEADORES

O uso de bloqueadores é baseado em evidências de redução de mortalidade de 10 a 15%, na era pré-trombolítica, posteriormente confirmados na era pós trombolítica com redução de mortalidade em até 40%.

Está indicado a sua introdução precocemente após IAM independente de trombólise ou angioplastia concomitante. Principalmente quando há isquemia recorrente, ocorrência de taquiarritmias (FA alta resposta ventricular), disfunção moderada de VE (sinais de congestão e sem evidências de baixo débito).

## CONTRA INDICAÇÃO

- I. FC < 60 bpm
- II. PAS < 100 mmHg
- III. Disfunção grave de VE
- IV. Hipoperfusão periférica
- V. Intervalo PR > 0,24 seg
- VI. BAV 2º ou 3º grau
- VII. DPOC grave
- VIII. História de asma
- IX. Doença Vascular periférica grave → Conta indicação relativa
- X. Diabetes Mellitus → Conta indicação relativa

## POSOLOGIA E FORMAS DE ADMINISTRAÇÃO

O betabloqueador oral deve ser iniciado de forma rotineira em pacientes sem contraindicações e mantido indefinidamente, iniciando-se o tratamento com o paciente



estável, em doses pequenas que devem ser aumentadas de maneira gradual. Em pacientes com disfunção ventricular esquerda, iniciar após 48h de evolução. Naqueles sem disfunção, iniciar imediatamente. O betabloqueador IV deve ser feito de acordo com cada caso. Essa formulação deve ser restrita a pacientes estáveis, sem evidência de disfunção ventricular esquerda, com dor isquêmica persistente e/ou taquicardia não compensatória. Seu uso foi testado no estudo COMMIT/CCS2, que demonstrou definitivamente que essa droga deve ser realizada somente pacientes KILLIP I.

O objetivo do tratamento é atingir uma frequência cardíaca de 55-60

- I. Atenolol 5-10 mg EV seguido por 50-100 mg VO/dia
- II. Metoprolol 15 mg EV (3 doses 5 mg a cada 2 min de intervalo) seguido por 50 mg VO 2x dia até 100 mg VO 2x dia
- III. Esmolol 1 mg/kg em bolus s/n seguido de 50-200 cg/kg quando houver dúvida quanto à possibilidade de uso de Beta Bloqueador devido a meia vida curta (8 a 10 min).

## **BLOQUEADORES DE ENZIMA DE CONVERSÃO**

Os benefícios dos inibidores da ECA foram demonstrados em uma série de estudos clínicos randomizados que analisaram em conjunto mais de 100.000 pacientes. A maioria iniciou o tratamento entre 3 e 6 dias do IAM e mantiveram por 2 a 4 anos. O número de vidas salvas para cada 1000 pacientes tratados variou de 40 a 76. Devem ser utilizados nas primeiras 24 hs do IAMSST na ausência de hipotensão (PAS < 100 mmHg) ou outra contraindicação a uso de IECA. As indicações incluem:

- I. FE < 40% ou ICC clínica pós IAM.
- II. Pacientes pós IAM com função VE nl ou disfunção leve.

## **CONTRA INDICAÇÃO**

- I. Hipotensão (PAS < 90 mmHg)
- II. Estenose renal bilateral
- III. Alergia prévia
- IV. Insuficiência renal não dialítica (contra-indicação relativa)

## **POSOLOGIA E FORMA DE ADMINISTRAÇÃO**

As doses devem ser crescentes a cada administração até atingir dose máxima ou PAS < 100 mmHg, sendo a via oral preferencial. Deve-se dar prioridade ao uso de IECA em relação aos nitratos na ausência de isquemia persistente:

- I. Captopril 6,25 mg (dose inicial) → 25 a 50 mg VO 8/8 hs
- II. Enalapril 2,5 mg (dose inicial) → 10 a 20 mg VO 12/12 hs
- III. Lisinopril 2,5 mg (dose inicial) → 5 a 10 mg VO /dia

## **HIPOLIPEMIANTES**

Não existem critérios estabelecidos até o momento para uso em fase aguda de IAM. Porém, seu uso deve ser iniciado o mais precocemente possível, com meta a longo prazo de se alcançar 70 mg/dl de colesterol LDL. Devido à redução de eventos coronarianos em prevenção primária em pacientes com ICO crônica, redução dos níveis de lipoproteínas aterogênicas, atenuação do processo inflamatório coronariano, modulação da trombogênese e trombólise, melhora da disfunção endotelial e diminuição das lesões de isquemia/reperfusão, recomenda-se o uso em pacientes com LDL >130.

## **POSOLOGIA E FORMA DE ADMINISTRAÇÃO**

- I. Atorvastatina: 10-80 mg
- II. Pravastatina: 10-40 mg
- III. Sinvastatina: 10-80 mg

## **F) EXAMES**

### **1. ELETROCARDIOGRAMA**

O primeiro ECG deve ser feito no PA imediatamente após a chegada (no máximo 10 minutos) com suspeita de IAM (supra de ST  $\geq$  1 mm em 2 ou mais derivações correlacionadas). O segundo ECG deve ser feito após administração de nitratos e após terapia de reperfusão (trombólise ou angioplastia primária). A partir de então deve ser realizado um ECG diário até a alta para o quarto. Salientamos que um novo ECG deve ser realizado quando houver suspeita de recorrência de isquemia ou instabilidade clínica e/ou hemodinâmica.

### **2. ECODOPPLERCARDIOGRAMA**

Recomenda-se a realização de ecodopplercardiograma no primeiro dia de internação e no dia da alta para o quarto (à critério médico). Repetir o ECO a qualquer momento na suspeita de complicação mecânica ou instabilidade clínica e/ou hemodinâmica.

### **3. MARCADORES BIOQUIMICOS**

Colher CK-MB massa na chegada ao hospital e a cada 8 horas nas primeiras 24hs. A partir daí diariamente até normalização. Colher Troponina na chegada.

### **4. OUTROS EXAMES LABORATORIAIS**

Colher na chegada ao hospital hemograma, coagulograma, NA/K, U/C, glicemia e Radiografia do Tórax. Colher com 12 horas de jejum colesterol total e frações, triglicérides e ácido úrico

## G) ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO

### 1. ALTO RISCO

- I. Choque Cardiogênico
- II. Insuficiência Cardíaca
- III. Arritmia Grave Persistente
- I. IAM Anterior Extenso
- II. IAM Ífero-Latero-Dorsal + VD
- III. Aparecimento ou Agravamento de Sopro

## REFERÊNCIAS

Lown, B., Fakhro, A.M., Hood, W.B. and Thorn, G.W. JAMA 1967,199:188-98.

Sgarbossa, E.B., et al. J Am Coll Cardiol 1998,31:105.

DANAMI-2 Investigators. NEJM 2003,349:733-42.

Weaver, W.D., et al. 1997 JAMA 1997,27:2093-8.

Hochman, J.S., et al. SHOCK registry investigators. Circulation 1995,91:873-81.

Hochman, J.S., et al. N Eng J Med 1999,341:625-34

Manual de Cardiologia da SOCESP

Editora Atheneu 2000

ACC/AHA Guidelines for Coronary Angiography

JACC 1999,33:1756-817.

Tratamento Atual das Síndromes Coronarianas Agudas

Revista da SOCESP Julho/Agosto de 2001(11) No. 4

II Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre tratamento do infarto agudo do miocárdio.

Arq Bras Cardiol 2000,74 suplemento.

Ryan TJ, Anderson JL, Russel RO et al ± ACC/AHA Guidelines for the management of patients with acute myocardial infarction.

JACC 1999,34:890-911.

Acute Coronary Syndromes (Acute myocardial Infarction). Guidelines 2000 for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care.

Circulation 2000.102(Suppl I): I-172-I-203.

III Diretrizes Brasileira sobre Dislipidemias e Diretriz de Prevenção da Aterosclerose do Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia.

Arq. Bras. de Cardiol 2001,77(Supl III):

ACC/AHA 2008 Statement on Performance Measurement and Reperfusion Therapy. A Report of the ACC/AHA Task Force on Performance Measures (Work Group to Address the Challenges of Performance Measurement and Reperfusion Therapy)

Antman EM, Morrow DA, McCabe CH, et al, for the ExTRACT-TIMI 25 Investigators. Enoxaparin versus unfractionated heparin with fibrinolysis for ST-elevation myocardial infarction. N Engl J Med. 2006; 354:1477-1488.

COMMIT/CCS-2: Clopidogrel and Metoprolol in Myocardial Infarction Trial/Second Chinese Cardiac Study

Sabatine MS, Cannon CP, Gibson CM, et al, for the CLARITY-TIMI 28 investigators. Addition of clopidogrel to aspirin and fibrinolytic therapy for myocardial infarction with ST-segment elevation. N Engl J Med. 2005; 352:1179-1189

Dentre os diversos protocolos assistenciais de atenção médica e rotinas operacionais, que serão implantados na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA , estão os descritos abaixo, bem como alguns modelos anexo ao final do projeto

## **7.6. ROTINAS DE BIOSSEGURANÇA**

As situações de emergência e acidentes que venham a indicar risco significativo, mesmo com a adoção de medidas preventivas, exigem a aplicação de ações que envolvem metodologia a ser desenvolvida nas reuniões de planejamento, devendo constar: o fluxograma de procedimentos de atendimento a emergência, os responsáveis pela ação, os recursos e uma relação de documentos necessários para a devida resolução e documentação da ocorrência.

Todos os colaboradores que desempenham atividades em áreas consideradas de risco irão receber treinamento específico quanto aos riscos e ações de controle imediato em caso de emergências.

O sistema de manuseio de resíduos deve incluir um plano de contingência para enfrentar situações de emergência. Tal plano deve conter as medidas necessárias a serem tomadas durante eventualidades e que devem ser efetivas e de fácil e rápida execução deve especificar medidas alternativas para o controle e minimização de danos causados ao meio ambiente e ao patrimônio quando da ocorrência de situações anormais envolvendo quaisquer das etapas do gerenciamento do resíduo.

No plano de contingência deverão constar: a forma de acionamento (telefone, e-mail, etc.), os recursos humanos e materiais envolvidos para o controle dos riscos, bem como a definição das competências, responsabilidades e obrigações das equipes de trabalho, e as providências a serem adotadas em caso de acidente ou emergência.

O plano deve incluir, mas não se limitar a:

- Procedimentos de limpeza e antissepsia, proteção do pessoal, reembalagem no caso de ruptura dos sacos de armazenamento de resíduos.
- Alternativas para o armazenamento e o tratamento dos dejetos em casos de acidentes
- Isolamento da área em emergência e notificação ao setor responsável.
- Elaboração de relatório detalhado dos fatos e procedimentos adotados.
- Identificação do produto ou resíduo perigoso.

Para evitar que as ações emergenciais ocorram são necessários certos procedimentos no manuseio dos resíduos.

Alguns dos principais cuidados que o gerador do resíduo e o profissional do serviço de limpeza devem ter para evitar acidentes no manuseio são:

- Nunca reencapar, entortar ou desconectar as agulhas usadas do corpo da seringa;
- Nunca exceder o limite de enchimento do recipiente que acondiciona o resíduo;
- Utilizar os EPI indicados para a execução do trabalho;
- Lavar sempre as mãos antes de calçar, retirar e ter retirado as luvas;
- Higienizar diariamente e guardar os EPI não descartáveis em local apropriado;
- Certificar-se de que objetos perfurocortantes não estão na roupa que será encaminhada para a lavanderia.

**Recomendações Técnicas Para A Abordagem dos Acidentes Com Material Biológico E/Ou Perfuro - Cortantes:**

Após exposição a material biológico: Lavagem imediata e exaustiva com água ou solução fisiológica em caso de exposição de mucosas e água e sabão em área percutânea. (Solução antisséptica degermante (PVP-I ou CLOREXIDINA) podem ser utilizadas na percutânea.

**Recomendações para Quimioprofilaxia após Exposição ao Risco de Contágio com o Vírus da Aids (HIV):**

<b>Tipo de exposição</b>	<b>Material</b>	<b>Profilaxia</b>	<b>Esquema anti – viral</b>
Percutânea com sangue	Mais Alto Risco (Grande exposição + muitos vírus)	Recomendada	ZDV + 3TC + IDV
Percutânea com sangue	Risco Aumentado (Grande exposição ou muitos vírus)	Recomendada	ZDV + 3TC + IDV
Percutânea com sangue	Risco não Aumentado (Pequena exposição e poucos vírus)	Oferecer	ZDV + 3TC



Percutânea	Líquidos ou tecidos potencialmente infecciosos (1)	Oferecer	ZDV + 3TC
Percutânea	Outros (3)	Não Oferecer	-
Mucosas	Sangue	Oferecer	ZDV + 3TC + IDV
Mucosas	Líquidos e tecidos Potencialmente infecciosos (1)	Oferecer	ZDV + 3TC
Mucosas	Outros (ex. urina)	Não oferecer	---
<u>Pele com risco aumentado</u> (2)	Sangue	Oferecer	ZDV + 3TC + IDV
<u>Pele com risco aumentado</u>	Líquidos ou tecidos potencialmente infecciosos (1)	Oferecer	ZDV + 3TC
<u>Pele com risco aumentado</u>	Outros (ex. urina)	Não oferecer	---

(1) Líquidos ou tecidos contendo sangue visível, e incluem sêmen, secreção vaginal, liquor, líquidos pleural, peritoneal, pericárdico, amniótico, sinovial, secreção brônquica.

(2) Risco aumentado em contaminação de pele significa exposição envolvendo um alto título de HIV, contato prolongado, área extensa envolvida, ou áreas de pele com abrasão ou integridade visivelmente comprometida. Para exposições em pele sem risco aumentado o risco de toxicidade das drogas é maior que o possível benefício.

(3) Saliva, suor, lágrima, fezes, urina, vômitos sem sangue.

#### Esquema Antiviral:

- I. ZDV (Zidovudine): 200 mg. 3 vezes ao dia
- II. 3TC (Lamivudine): 150 mg. 2 vezes ao dia
- III. IDV (Indinavir) : 800mg 3 vezes ao dia
- IV. Saquinavir - 600mg, 3 vezes ao dia , ou
- V. Ritonavir - 600 mg, 2 vezes ao dia pode ser utilizado se não houver disponibilidade de Indinavir).

A quimioprofilaxia para HIV deverá iniciar-se PREFERENCIALMENTE ATÉ 1 ou 2 HORAS após ocorrer o acidente com material biológico ou perfurocortante.

Após 36 horas da exposição parece não mais ser efetivo, mas não está estabelecido no ser humano o limite de tempo máximo. Alguns estudos demonstram benefício mesmo quando a profilaxia é iniciada 24 a 48 horas após o acidente. Mesmo até duas semanas após o acidente pode-se recomendar a profilaxia.

Chefe de equipe e/ou plantonista internista deverá fazer a primeira prescrição com receita em 02 vias para 01 (um) dia, baseando no quadro acima. O mesmo encaminhará o acidentado para o SESMT a fim de receber a adequada orientação para prosseguir o acompanhamento necessário.

A duração é de quatro semanas, com acompanhamento médico para possíveis reajustes de esquemas e acompanhamento de eventos adversos. Para tal, o médico que for acompanhar o acidentado, deverá solicitar ao médico assistente do paciente-fonte a sua situação sorológica, caso não seja conhecida. Isso porque quando a sorologia do paciente-fonte for negativa, o esquema poderá ser revisto.

Deve-se solicitar a sorologia para HIV (ELISA anti-HIV) e hepatites (Anti HVC, HBsAg, anti HbsAg, anti HBc) imediatamente após o acidente (SMU/IPSEMG). Encaminhar para acompanhamento específico (DAST ou sua representação).

Deve ser preenchido o Comunicado de Acidente do Trabalho (CAT) em 03 vias e demais documentações pertinentes a serem orientadas pelo SESMT.

### **Recomendações Para Profilaxia Após Exposição Ocupacional Ao Risco de Hepatite:**

#### **HEPATITE B**

Uma das principais medidas de prevenção é a vacinação contra a hepatite B, devendo ser indicada para todos os profissionais da área de saúde. É uma vacina extremamente eficaz (90 a 95 % de resposta vacinal em adultos imunocompetentes) e que apresenta baixa toxicidade. Os efeitos colaterais são raros e usualmente pouco importantes como dor discreta no local da aplicação, febre e raramente fenômeno alérgico.

A duração da eficácia da vacina é persistente por longos períodos, podendo ultrapassar 10 anos. Doses de reforço não são recomendadas a intervalos regulares, devendo ser realizada somente em alguns casos pós-exposição (conforme descrito abaixo) e em profissionais de saúde que fazem diálise. Neste último caso, há indicação de repetição anual do antiHBs e indicação de uma dose de reforço nos profissionais que apresentem sorologia não-reativa. A gravidez e a lactação não são contraindicações para a utilização da vacina.

Para profissionais de saúde com esquema vacinal incompleto, está recomendada a realização de teste sorológico após a vacinação (1 a 6 meses após última dose) para avaliação de soro conversão. Profissionais que tenham interrompido o esquema vacinal após a 1ª dose, deverão realizar a 2ª dose logo que possível e a 3ª dose deverá ser indicada com um intervalo de pelo menos 2 meses da dose anterior. Profissionais de saúde que tenham interrompido o esquema vacinal após a 2ª dose deverão realizar a 3ª dose da vacina tão logo seja possível. A gamaglobulina hiperimune deve também ser aplicada por via intramuscular. A dose recomendada é de 0,06 mL/Kg de peso corporal.

Maior eficácia na profilaxia é obtida com uso precoce da Imunoglobulina da Hepatite B (HBIG) dentro de 24 a 48 horas após o acidente. Não há benefício comprovado na utilização da HBIG após 1 semana do acidente.

Recomendações para profilaxia de hepatite B após exposição ocupacional a material biológico\* (Recomendações do PNHV. Estas recomendações ampliam as recomendações definidas previamente pelo PNI, pois inclui a necessidade de testagem para conhecimento

do status sorológico dos profissionais que já foram vacinados, uma vez que até 10% dos vacinados podem não soroconverter para anti-HBs positivo após o esquema vacinal completo).

<b>PACIENTE FONTE</b>			
<b>SITUAÇÕES VACINAL E SOROLÓGICA DO PROFISSIONAL DE SAÚDE EXPOSTO:</b>	<b>HBsAg positivo</b>	<b>HBsAg negativo</b>	<b>HBsAg desconhecido ou não testado</b>
Não Vacinado	IGHAHB + iniciar vacinação	Iniciar vacinação	Iniciar vacinação <sup>1</sup>
Com vacinação incompleta	IGHAHB + completar vacinação	Completar vacinação	Completar vacinação <sub>1</sub>
Previamente vacinado			
Com resposta vacinal conhecida e adequada ( $\geq 10\text{mUI/ml}$ )	Nenhuma medida específica	Nenhuma medida específica	Nenhuma medida específica
Sem resposta vacinal após a 1ª série (3 doses)	IGHAHB + 1 dose da vacina contra hepatite B ou IGHAB (2x) <sup>2</sup>	Iniciar nova série de vacina (3 doses)	Iniciar nova série de vacina (3 doses) <sup>2</sup>
Sem resposta vacinal após 2ª série (6 doses)	IGHAHB (2x) <sup>2</sup>	Nenhuma medida específica	IGHAHB (2x) <sup>2</sup>
Resposta vacinal desconhecida	Testar o profissional de saúde:  Se resposta vacinal adequada: nenhuma medida específica  Se resposta vacinal inadequada:	Testar o Profissional de saúde:  Se resposta vacinal adequada: nenhuma medida específica  Se resposta vacinal inadequada: fazer nova série de	Testar o profissional de saúde:  Se resposta vacinal adequada: nenhuma medida específica  Se resposta vacinal inadequada: fazer nova série de

	IGHAHB + 1 dose da vacina contra hepatite	vacinação	vacinação
--	---	-----------	-----------

(\*) Profissionais que já tiveram hepatite B estão imunes à reinfecção e não necessitam de profilaxia pós-exposição. Tanto a vacina quanto a imunoglobulina devem ser aplicadas dentro do período de 7 dias após o acidente, mas, idealmente, nas primeiras 24 horas após o acidente. Recentemente, dados provenientes de estudos de transmissão mãe-filho mostram que a vacinação contra hepatite B nas primeiras 12 horas após o nascimento confere proteção equivalente à obtida com a aplicação conjunta de vacina e imunoglobulina humana contra hepatite B.

1- Uso associado de imunoglobulina hiperimune está indicado se o paciente-fonte tiver alto risco para infecção pelo HBV como: usuários de drogas injetáveis, pacientes em programas de diálise, contactantes domiciliares e sexuais de portadores de HBsAg positivo, homens que fazem sexo com homens, heterossexuais com vários parceiros e relações sexuais desprotegidas, história prévia de doenças sexualmente transmissíveis, pacientes provenientes de áreas geográficas de alta endemicidade para hepatite B, pacientes provenientes de prisões e de instituições de atendimento a pacientes com deficiência mental.

2- IGHAB (2x) = 2 doses de imunoglobulina hiperimune para hepatite B com intervalo de 1 mês entre as doses. Esta opção deve ser indicada para aqueles que já fizeram 2 séries de 3 doses da vacina, mas não apresentaram resposta vacina ou apresentem alergia grave à vacina.

## HEPATITE C

Não existe nenhuma medida específica eficaz para a redução do risco de transmissão após exposição ocupacional ao vírus da hepatite C. No entanto, é importante que sempre sejam realizadas a investigação do paciente-fonte e o acompanhamento sorológico do

profissional de saúde. Desta forma, será possível a caracterização de uma doença ocupacional.

O risco de transmissão do vírus da hepatite C está associado à exposição percutânea ou mucosa a sangue ou outro material biológico contaminado por sangue.

Caso a investigação sorológica do paciente-fonte evidencie infecção pelo vírus da hepatite C, está recomendado o acompanhamento do profissional de saúde com realização de sorologia (anti HCV) no momento e 6 meses após o acidente. Além disso a dosagem de transaminase glatâmico-pirúvica (TGP) também deverá ser realizada inicialmente e repetida após 6 meses do acidente na tentativa de auxiliar o diagnóstico de soroconversão visto que o exame sorológico (anti HCV) pode apresentar níveis flutuantes causando em alguns períodos resultados falso-negativos. Os profissionais de saúde que apresentarem exame sorológico positivo deverão ser encaminhados para serviços especializados para realização de testes confirmatórios e acompanhamento clínico.

## **8. AVALIAÇÃO ECONÔMICA**

### **8.1. PROPOSTA DE PREÇO**

A proposta de preço será apresentada anexa à presente Proposta Técnica, na seção anexos.

## **9. CONHECIMENTO DO OBJETO**

### **9.1. PERFIL DE LOCALIZAÇÃO DA UNIDADE**

As MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA, objeto do Chamamento Público são localizadas no município de Itapeverica da Serra, conforme descrição abaixo:

- Pronto Socorro Central (PSC)– CNES 7228163, Avenida XV de Novembro, 570 - Centro Itapeverica da Serra/SP, CEP: 06850-500;
- Maternidade Zoraide Eva das Dores (MAT)– CNES 2086271, Avenida XV de Novembro, 570 - Centro Itapeverica da Serra/SP, CEP: 06850-500;
- Pronto Socorro do Jardim Jacira (PSJJ) – CNES 5435072, Rua Santos Dumond, 810 - Parque São Lourenço - Itapeverica da Serra/SP, CEP: 06864-340.

As MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA fazem parte da Rede de Urgência e Emergência, contemplando atendimentos de média e baixa complexidade, de acordo com o perfil epidemiológico dos pacientes referenciados da região, que atualmente compreende 173 mil habitantes.

### **9.1.2. ESTRUTURA E PERFIL DA ASSISTÊNCIA**

#### **9.2.1.1. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

A Unidade de Pronto Atendimento constitui um estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde/Estratégia de Saúde da Família e a Rede Hospitalar, devendo com esta compor uma rede organizada de atenção às urgências através da oferta de atendimento ininterrupto com qualidade, dedicação e competência. Provido de equipe assistencial qualificada aos pacientes com risco de morte ou cujo estado de saúde necessite de atendimento imediato.

Esta unidade funcionará 24 (vinte e quatro) horas por dia e disponibilizará atendimentos de urgência e emergência às pessoas que procurem tal atendimento, seja de forma espontânea ou encaminhada de forma referenciada. Nesta, os pacientes receberão o primeiro atendimento e a realização de exames disponíveis necessários para seu

diagnóstico e seu tratamento, podendo permanecer em observação (leito de observação) da equipe multidisciplinar por um período máximo de 24 (vinte e quatro) horas. Passado este período, de acordo com a avaliação da coordenação médica, será providenciada a remoção para internação na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA de referência.

As Unidades de Emergência e Urgência que fazem parte da Proposta de Trabalho apresentada pela ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO são:

- Pronto Socorro Central e Maternidade;
- Pronto Socorro do Jacira.

### **9.2.2. MATERNIDADE**

A Maternidade “Zoraide Eva das Dores”, faz parte da rede de saúde do Município de Itapeverica da Serra e atualmente conta com gestão compartilhada entre a Autarquia Municipal de Saúde – AMS e a Organização Social ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO. Atualmente conta com 19 leitos, sendo:

- 02 Ginecologia;
- 16 Obstetrícia Clínica;
- 01 Obstetrícia Cirúrgica.

Fonte: [http://cnes2.datasus.gov.br/Mod\\_Hospitalar.asp?VCo\\_Unidade=3522202086271](http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Hospitalar.asp?VCo_Unidade=3522202086271).



A Unidade de Saúde oferta serviços de saúde 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 dias por semana e conta com estrutura adequada para realização de partos normais, cesárias e cesárias com laqueadura. Na equipe técnica conta com:

Médicos Ginecologistas e Obstetras;

Neonatologista;

Anestesista e;

Enfermeira Obstetra.

### **9.2.3. SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO**

Os serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico serão providos pela Autarquia Municipal de Saúde – AMS. Durante a gestão da ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO, a Autarquia Municipal de Saúde – AMS poderá transmitir, mediante aditivo contratual e em comum acordo com a Organização Social, a gestão destes serviços.

Os serviços disponibilizados são:

- Radiologia;
- Laboratório Clínico e;
- Eletrocardiograma.

Mesmo que os Serviços de Apoio Diagnósticos estejam sob a gestão da Autarquia Municipal de Saúde – AMS, a ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO se coloca

à disposição para apoiar na construção dos processos, formalização de processos e capacitação das equipes técnicas, com o objetivo que prestar um cuidado ainda mais seguro aos usuários atendidos.

#### **9.2.4. OUTROS SERVIÇOS**

Os demais serviços disponíveis na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA, bem como os processos necessários ao atingimento do objeto, estarão disponíveis ao longo da presente Proposta Técnica desenvolvida pela ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO, de acordo com os requisitos contidos no Edital de Chamamento Público e Termo de Referência.

#### **9.2.5. CAPACIDADE OPERACIONAL INSTALADA**

##### **9.2.5.1. CAPACIDADE LEITOS**

Os leitos disponibilizados nas unidades são:

<b>TIPO</b>	<b>PSC</b>	<b>MAT</b>	<b>PSJJ</b>
OBSERVAÇÃO	14	24	12
EMERGÊNCIA	03	-	03

##### **9.2.5.2. ESTRUTURA E VOLUME DAS ATIVIDADES CONTRATADAS**

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA:

Para o ano de 2019, estima-se 310.000 atendimentos médicos de Urgência e Emergência.

PRONTO SOCORRO CENTRAL E MATERNIDADE

ÁREAS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	N.º DE ATENDIMENTOS DIA
CLÍNICA MÉDICA	MÉDIA DE 435

PRONTO SOCORRO DO JACIRA

ÁREAS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	N.º DE ATENDIMENTOS DIA
CLÍNICA MÉDICA	MÉDIA DE 430

PRONTO SOCORRO CENTRAL E MATERNIDADE

ATENDIMENTO NÃO MÉDICO	375.270
PROCEDIMENTOS TERAPÊUTICOS	-
SERVIÇO DE APOIO A DIAGNÓSTICO	108.324
REMOÇÕES	1.604

PRONTO SOCORRO DO JACIRA

ATENDIMENTO NÃO MÉDICO	323.401
------------------------	---------

PROCEDIMENTOS TERAPÊUTICOS	-
SERVIÇO DE APOIO A DIAGNÓSTICO	82.286
REMOÇÕES	1.153

Consultas médicas de Urgência/Emergência e Pronto Atendimento realizado em 2018 (base Jan/Nov).

#### PRONTO SOCORRO CENTRAL E MATERNIDADE

MÊS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AG O	SET	OUT	NOV
Maternida de	33	802	24	26	31	21	616	677	547	601	609
P.S Central	9.85 3	8.70 1	10.67 9	10.55 2	10.39 3	9.84 5	8.57 2	8.74 1	8.89 4	9.19 5	9.10 0

#### PRONTO SOCORRO DO JACIRA

MÊS	JA	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV
-----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

	N										
P.S	36	9.90	11.51	12.06	12.14	11.34	10.08	10.16	10.81	10.81	10.35
JACIR	7	3	4	0	1	5	5	9	4	4	7
A											

Internações realizadas em 2018 (base Jan/Nov)

#### PRONTO SOCORRO CENTRAL

MÊS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV
CLÍNICO	31	22	44	27	45	32	58	43	41	47	35
PEDIÁTRICO	-	-	02	02	06	-	02	-	02	-	02

#### MATERNIDADE

MÊS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV
LAQUEADURA	28	30	30	32	27	30	33	30	31	28	31
PARTO NORMAL	71	82	107	100	87	98	85	98	73	86	76
CESARIANA	34	21	38	32	38	34	27	25	32	21	24

CESARIANA C/ LAQUEADURA	-	01	01	02	01	01	01	02	04	01	01
-------------------------------	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

Exames complementares de diagnóstico realizado em 2018 (base Jan/Nov).

#### PRONTO SOCORRO CENTRAL E MATERNIDADE

MÊS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV
ELETROCARDIOGRAMA	365	450	777	514	574	458	534	429	400	484	355

#### PRONTO SOCORRO JACIRA

MÊS	JA N	FE V	MA R	AB R	MA I	JU N	JU L	AG O	SE T	OU T	NO V
ELETROCARDIOGRA MA	140	175	178	143	14 8	149	14 8	131	122	125	149

## **10. ADEQUAÇÃO DAS ATIVIDADES PROPOSTAS REFERENTES À QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRESTADA NA MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA E MATERNIDADE SOB GERENCIAMENTO DA ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO**

### **10.1. COMISSÕES TÉCNICAS**

As Comissões serão criadas com o objetivo de melhorar as atividades de assistência aos pacientes e os processos de trabalho interno dos serviços de saúde da MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA.

Servirão como instrumento de gestão oferecendo subsídios a Gestão, Qualidade e Segurança da Instituição de Saúde.

As comissões serão compostas por profissionais com a responsabilidade de analisar e produzir dados e protocolos dentro de suas especificidades tendo suas atribuições definidas e validadas em forma de Regimentos Internos, para assim gerenciar e garantir o funcionamento das Comissões Hospitalares obrigatórias em conformidade com as resoluções do CREMESP, CFM, ANVISA, Ministério da Saúde e Normativas e Portarias vigentes de acordo com o perfil assistencial do estabelecimento.

A ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO tendo como diferencial a gestão qualificada, implantará no Regimento Interno proposto a Unidade, como Estrutura de Governança e de Apoio à Gestão, o Núcleo de Comissões.

Portanto, as atividades e ações das Comissões serão pautadas na busca pela melhoria e aprimoramento dos processos de trabalho, garantindo uma assistência segura, com qualidade e alinhada às boas práticas de gestão.

Segue a relação de Comissões que serão minimamente implementadas na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA e respectivas propostas de composição, regimentos internos e cronogramas de atividades a serem seguidos e validados posteriormente.

## **10.1.2. COMISSÃO DE ÉTICA EM ENFERMAGEM**

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

A Comissão de Ética em Enfermagem terá como natureza e finalidade:

- I. Promover a divulgação das finalidades e competências da CEEEn na instituição e de seus respectivos membros;
- II. 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;
- III. 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;
- IV. Colaborar com o COREN REGIONAL nas atividades de divulgar, educar, discutir e orientar sobre temas relativos à ética na enfermagem;
- V. Fiscalizar o cumprimento do Código de Ética dos profissionais de enfermagem e das demais determinações do COFEN e COREN REGIONAL;
- VI. Assessorar a gerência de enfermagem da instituição no que se refere às questões de ética profissional;
- VII. 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;

- VIII. Appreciar e emitir parecer sobre questões éticas referentes à Enfermagem;
- IX. Analisar e emitir parecer técnico sobre desenvolvimento de projetos de pesquisas que envolvam os profissionais de enfermagem sempre que solicitado;
- X. 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;
- XI. 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;
- XII. 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;
- XIII. 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 providencias conforme norma própria;
- XIV. Encaminhar anualmente ao COREN REGIONAL e a Gestão de Enfermagem, o relatório das atividades desenvolvidas no ano em curso;
- XV. Solicitar assessoramento da Comissão de Ética do COREN REGIONAL quando necessário;

- XVI. 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;
- XVII. Propor e participar a Gestão de Enfermagem e Educação Continuada, ações educativas sobre ética junto à equipe de enfermagem da instituição;
- XVIII. Organizar e realizar pleito eleitoral para Comissão de Ética sucessora;
- XIX. 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.

#### **10.1.2.2. PERFIL DOS MEMBROS DA COMISSÃO**

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.

#### **10.1.2.3. FREQUÊNCIA DAS REUNIÕES / 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 de Enfermagem, proposto pela ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO, para o primeiro ano do Contrato de Gestão será validado na primeira reunião ordinária da referida comissão e será anexado à respectiva ata.

ATIVIDADE	CRONOGRAMA ANUAL											
	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	12º
Constituição da Comissão	■	■	■									
Ações de conscientização e de educação				■		■		■		■		■
Monitoramento das notificações			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Reunião Ordinária			■			■			■			■

#### 10.1.2.4. PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO

##### CAPÍTULO I.

##### DA NATUREZA E FINALIDADES

Art. 1º. A Comissão de Ética de Enfermagem - CEEEn do Serviço de Saúde será composta atendendo a determinação da Decisão COREN REGIONAL que normatiza a criação da Comissão de Ética de Enfermagem nas instituições de saúde, sendo então aprovada e homologada pelo órgão máximo da Instituição.

Art. 2º. A CEEEn é um órgão representativo do COREN REGIONAL no que se refere às questões éticas envolvendo profissionais de Enfermagem.

Art. 3º. A atuação da CEEEn limita-se ao exercício ético-legal dos profissionais de Enfermagem nas áreas de assistência, ensino, pesquisa e administração.

Parágrafo único - A CEEEn agrega as seguintes finalidades: orientação, assessoramento, averiguação e emissão de pareceres de fatos relacionados ao exercício ético-profissional da categoria.

Art. 4º. A CEEEn reger-se-á por este regimento, devidamente aprovado pelos membros que compõem esta comissão.

## CAPÍTULO II.

### DA COMPOSIÇÃO E ORGANIZAÇÃO

Art. 5º. A CEEEn deverá ser constituída por no mínimo, 1 (um) Enfermeiro e 1 (um) Técnico em Enfermagem efetivos 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;
- III. Inexistir condenação em processo ético, disciplinar, civil ou penal nos últimos 5 (cinco) anos;
- IV. Atender ao critério de proporcionalidade em relação ao número de profissionais de cada categoria.

Art. 6º. A CEEEn será composta de 1 (um) Presidente, 1 (um) Secretário, seus respectivos suplentes, e demais membros efetivos - 2 (dois) técnicos em enfermagem e respectivos suplentes, eleitos pelos componentes da profissão da referida instituição.

Parágrafo único - O cargo de Presidente somente poderá ser ocupado por Enfermeiro lotado na instituição.

Art. 7º. O Enfermeiro que exerça cargo de Responsável Técnico de Enfermagem, não poderá participar da CEEEn da respectiva instituição.

Art. 8º. O tempo de mandato da CEEEn será de 2 (dois) anos, sendo admitida apenas uma reeleição pelos componentes de Enfermagem, por igual período.

Art. 9º. O afastamento dos membros integrantes da CEEEn poderá ocorrer por término de mandato, afastamento temporário, desistência ou destituição.

Parágrafo único - Diante de qualquer forma de afastamento, o Presidente da CEEEn comunicará o fato à Comissão de Ética do COREN REGIONAL.

Art. 10º. É caracterizado o término de mandato, quando o membro integrante da Comissão cumpre o período de 02 (dois) anos de gestão.

Art. 11º. É caracterizado o afastamento temporário, quando o membro integrante da Comissão se afastar por tempo determinado, no máximo, por um período de 6 (seis) meses, ou quando estiver sendo submetido a processo ético.

Parágrafo único - A solicitação do afastamento temporário deverá ser encaminhada à Presidência da CEEEn, por escrito, com antecedência de, no mínimo, 15 (quinze) dias da data de início do afastamento.

Art. 12º. É caracterizada a desistência, quando o membro decide por vontade própria retirar-se da Comissão.

Parágrafo único - A decisão de desistência deverá ser comunicada, por escrito, ao Presidente da CEEEn, com antecedência de 30 (trinta) dias.

Art. 13º. É caracterizada a destituição, quando o afastamento definitivo do membro integrante da CEEEn, dar-se-á por decisão da Comissão, tomada em Reunião Ordinária, constando o fato em ata.

§ 1º. A destituição ocorrerá nos seguintes casos:

- I. Ausência, não justificada, em 3 (três) reuniões consecutivas;
- II. Ter sido condenado em processo ético, civil ou penal.

§ 2º. A destituição implica na perda do direito a nova candidatura para integrar a CEEEn.

Art. 14º. A substituição dos integrantes da CEEEn se processará da seguinte maneira:

- I. A vacância por término de mandato atenderá os critérios estabelecidos no Art. 5º deste regimento;
- II. Na vacância por afastamento temporário, a substituição será feita pelo respectivo suplente, sendo indicado um suplente em caráter temporário, se o afastamento ultrapassar a 30 (trinta) dias.

Parágrafo único - A vaga de suplente em caráter temporário será preenchida:

- a) Por escolha dos membros da CEEEn;
  - b) Ou indicado pelo Gestor de Enfermagem, Coordenador de Unidade, cabendo a CEEEn avaliação acerca do perfil e interesse do candidato para atividades inerentes ao cargo.
- 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.

### CAPÍTULO III.

### DAS COMPETÊNCIAS

Art. 15º. Compreende as competências gerais da CEEEn:

- I. Promover a divulgação das finalidades e competências da CEEEn na instituição e de seus respectivos membros;
- II. 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;
- III. 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;
- IV. Colaborar com o COREN REGIONAL nas atividades de divulgar, educar, discutir e orientar sobre temas relativos à ética na enfermagem;
- V. Fiscalizar o cumprimento do Código de Ética dos profissionais de enfermagem e das demais determinações do COFEN e COREN REGIONAL;
- VI. Assessorar a gerência de enfermagem da instituição no que se refere às questões de ética profissional;
- VII. 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;
- VIII. Apreciar e emitir parecer sobre questões éticas referentes à Enfermagem;

- IX. Analisar e emitir parecer técnico sobre desenvolvimento de projetos de pesquisas que envolvam os profissionais de enfermagem sempre que solicitado;
- X. 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;
- XI. 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;
- XII. 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;
- XIII. 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 providencias conforme norma própria;
- XIV. Encaminhar anualmente ao COREN REGIONAL e a Gestão de Enfermagem, o relatório das atividades desenvolvidas no ano em curso;
- XV. Solicitar assessoramento da Comissão de Ética do COREN REGIONAL quando necessário;
- XVI. Solicitar ao Presidente do COREN REGIONAL apoio técnico e da Superintendência Técnica da Instituição apoio de logística, para viabilizar o desempenho das funções da CEEEn;



XVII. Propor e participar a Gestão de Enfermagem e Educação Continuada, ações educativas sobre ética junto à equipe de enfermagem da instituição;

XVIII. Organizar e realizar pleito eleitoral para Comissão de Ética sucessora;

XIX. t) cumprir e fazer cumprir as disposições deste regimento, das normas referentes ao exercício ético-profissional, e da Decisão COREN REGIONAL nº 03 de março de 2005.

Art. 16º. Competências privativas ao Presidente da CEEEn.

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 presidente, secretário e vogal, estabelecendo suas respectivas funções;

V. Encaminhar relatório final da sindicância a Gestão de Enfermagem para conhecimento e providências administrativas, bem como enviar relatório final arrolado de documentos comprobatórios e respectivas declarações de oitivas para o COREN REGIONAL, para julgamento e providências cabíveis;

VI. Representar a CEEEn na Instituição e no COREN REGIONAL, ou quando se fizer necessário, podendo integrar a Comissão de Ética Interprofissional 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 Gerência de Enfermagem e à Comissão de Ética do COREN REGIONAL;

IX. Representar o COREN REGIONAL em eventos, segundo solicitação do órgão.

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, inclusive o suplente de Presidente, assumindo as competências do membro titular;

III. Participar da elaboração e execução das atividades promovidas pela CEEEn.

#### CAPÍTULO IV.

#### DO FUNCIONAMENTO

Art. 19º. A CEEEn deverá reunir-se pelo menos a cada 30 (trinta) dias, sob convocação do Presidente, devendo a própria Comissão estabelecer um cronograma semestral de reuniões ordinárias.

Parágrafo único - a Comissão deverá estabelecer a necessidade de reuniões extraordinárias, cabendo ao Presidente à convocação ou ocorrer por autoconvocação pela maioria dos seus integrantes, ou pelo COREN REGIONAL.

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, por seu Suplente.

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 3 (três) reuniões consecutivas, sem justificativa, será destituído da Comissão, devendo ser substituído conforme determina o Art. 14º.

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 de desempate e necessário.

§ 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.

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 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 3 (três) membros: 1 (um) enfermeiro que assumirá a função de Presidente, 1 (um) enfermeiro, técnico em enfermagem para função de Secretário e 1 (um) enfermeiro, técnico em enfermagem para função de Vogal.

Art. 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:

- a) Comunicar o fato aos principais envolvidos;
- b) Proceder a convocação, quando tratar-se de profissional de enfermagem, ou convite através de memorando para outras pessoas envolvidas, com antecedência de no máximo 5 (cinco) dias, para realização das oitivas (depoimentos), com data, horário e local determinados, devendo ser registrado em livro de protocolo da CEEEn.

§ 1º. Se o convocado não comparecer na data da sindicância, deverá apresentar justificativa por escrito à CEEEn até 48 (quarenta e oito) horas após a referida data.

§ 2º. Diante de justificativa do não comparecimento, deverá ser feita segunda e última convocação, com prazo máximo de 3 (três) dias.

§ 3º. Em caso de não comparecimento e não apresentação da justificativa, a CEEEn deverá comunicar o fato ao COREN REGIONAL, 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 presidente da sindicância conduzirá a tomada de depoimentos e o secretário será responsável pelos registros, cabendo ao vogal acompanhar todo o trabalho e colaborar no que for necessário.

Art. 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, a Presidente da CEEEn deverá encaminhar o Relatório Final com o processo devidamente instruído ao COREN REGIONAL, 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 REGIONAL.

§ 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.

## CAPÍTULO V.

### DO PROCESSO ELEITORAL

Art. 39º. O escrutínio para eleição de membros da CEEEn será realizado, preferencialmente, através de voto facultativo, secreto e direto, sendo os candidatos eleitos pelos seus pares.

Art. 40º. A CEEEn vigente fará a escolha e divulgação de uma Comissão Eleitoral, que será responsável pela condução e organização de todo o processo eleitoral, incluindo elaboração do edital, apuração e divulgação dos resultados do pleito.

Art. 41º. A Comissão Eleitoral deverá ser composta por três membros da CEEEn, elegendo entre seus componentes um Presidente e um Secretário.

Parágrafo único - É incompatível a condição de membro da Comissão Eleitoral com a de candidato para compor a comissão seguinte.

Art. 42º. Os materiais necessários para o desenvolvimento de todo o processo eleitoral serão de responsabilidade da Gerência de Enfermagem da respectiva instituição, devendo ser solicitado pela Comissão Eleitoral.

Art. 43º. O edital para a eleição de novos membros para CEEEn, com a convocação de candidatos para o pleito, deverá ser divulgado, após autorização do COREN REGIONAL e do Responsável Técnico da instituição, com no mínimo 45 (quarenta e cinco) dias de antecedência da data estabelecida para o pleito eleitoral.

Parágrafo único - O Presidente da CEEEn deverá encaminhar cópia do edital de convocação da eleição, ao COREN REGIONAL, no mesmo dia em que for publicado na instituição.

Art. 44º. Os profissionais de Enfermagem deverão constituir Chapas, e apresentá-las à Comissão Eleitoral, considerando o período de no mínimo 15 (quinze) dias antes da eleição.

§ 1º. Os candidatos ao pleito deverão possuir no mínimo 1 (um) ano de inscrição definitiva, estando em dia com as suas obrigações junto ao COREN REGIONAL, não



estando envolvido em processo ético no COREN REGIONAL, e não respondendo a nenhum processo administrativo na instituição.

§ 2º. Compete à Comissão Eleitoral solicitar aos candidatos Certidão Negativa expedida pelo COREN REGIONAL.

§ 3º. As Chapas deverão ser constituídas obrigatoriamente por dois grupos:

- I. Grupo I – correspondente ao Quadro I da categoria de Enfermeiros;
- II. Grupo II – correspondente aos Quadros II e III, respectivamente da categoria Técnicos de Enfermagem.

§ 4º. Cada Chapa poderá indicar, no ato da inscrição, até dois fiscais, entre os profissionais de Enfermagem da instituição, para o acompanhamento do processo eleitoral e fiscalização da apuração.

§ 5º. A Comissão Eleitoral deverá enviar ao COREN REGIONAL a relação das Chapas inscritas, com identificação de seus candidatos e seus respectivos fiscais, para averiguação das condições de elegibilidade, e em seguida realizar o processo de divulgação da eleição.

Art. 45º. Após a formação das chapas, a Comissão Eleitoral poderá confeccionar cartazes com a composição da chapa, informando data, local e horário das eleições.

Art. 46º. Somente poderão votar os profissionais inscritos no COREN REGIONAL, que não estejam em débito com este órgão, que não estejam envolvidos em processo ético no COREN REGIONAL, e nem respondendo a nenhum processo administrativo na instituição.

Parágrafo único - O COREN REGIONAL fornecerá à Comissão Eleitoral a relação dos profissionais de Enfermagem da entidade que estiverem devidamente inscritos e em condições de votar e serem votados.

Art. 47º. O local para a realização do pleito será definido pela Comissão Eleitoral juntamente com a gerência de Enfermagem da Instituição.

Art. 48º. A eleição deverá ser realizada durante o horário de trabalho, respeitando todos os turnos.

Art. 49º. A eleição só terá legitimidade se o número de votantes for no mínimo a metade mais um, por categoria profissional e com vínculo empregatício com a instituição.

Parágrafo único - Quando o número de votantes for inferior ou igual ao número de não votantes, deverá ocorrer uma nova eleição.

Art. 50º. A apuração dos votos será realizada pela Comissão Eleitoral, na presença dos fiscais, se houverem, ou de outros interessados, imediatamente após o encerramento do pleito.

Art. 51º. Somente as cédulas sem rasuras e os votos que não apresentarem dúvidas ou interpretação dúbia serão considerados válidos.

Art. 52º. Será considerada eleita a Chapa que obtiver maior número de votos válidos.

Art. 53º. Em caso de empate será vencedora a Chapa que tiver maior número de profissionais de enfermagem com maior tempo de inscrição no COREN REGIONAL, e se ainda assim, mantiver o empate, será adotado o critério de maior número de profissionais de enfermagem com maior tempo de atuação na instituição.

Art. 54º. As Chapas que receberam votos, mas não tenham sido eleitas deverão também ser relacionadas na ata da eleição e constar na lista dos resultados das eleições, a ser encaminhada ao COREN REGIONAL.

Art. 55º. Todas as ocorrências referentes ao processo eleitoral serão registradas em ata, assinada pelo presidente, secretário e demais membros da Comissão Eleitoral e enviadas para o COREN REGIONAL.

Parágrafo único: O presidente da Comissão Eleitoral encaminhará ao Presidente da CEEEn vigente e ao Gerente de Enfermagem da instituição, o resultado da eleição imediatamente após o término do pleito.

Art. 56º. A Comissão Eleitoral proclamará os resultados da eleição através de edital interno, imediatamente após o recebimento de uma cópia da ata da eleição.

§ 1º. A Comissão Eleitoral divulgará a lista nominal de todos os votados na Instituição.

§ 2º. A lista deverá informar sobre:

I. O nome dos membros efetivos, sua categoria profissional e seu número de inscrição junto ao COREN REGIONAL.

II. O nome dos membros suplentes, sua categoria profissional, e seu número de inscrição junto ao COREN REGIONAL.

III. O nome dos profissionais que compunham outras chapas e que receberam votos, sua categoria profissional, e o seu número junto ao COREN REGIONAL.

Art. 57º. A CEEEn enviará ao COREN REGIONAL, o resultado do pleito no prazo de 5 (cinco) dias.

Art. 58º. Os protestos e recursos contra qualquer fato relativo ao processo eleitoral, deverão ser formalizados por escrito, em duas vias, à Comissão Eleitoral em um período inferior a 48 (quarenta e oito) horas, após a data da publicação dos resultados, em segunda instância à CCEn e, por último, à instância superior – o COREN REGIONAL.

Art. 59º. Os membros integrantes da Chapa eleita assumirão o mandato após homologação da eleição pelo COREN REGIONAL.

Parágrafo único - Somente após a homologação pelo Plenário do COREN REGIONAL, e a nomeação por Portaria emitida pelo seu Presidente, a nova CCEn estará oficialmente autorizada para iniciar suas atividades definidas neste regimento.

Art. 60º. Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão Eleitoral, podendo esta formular consultas ao COREN REGIONAL.

## CAPÍTULO VI.

### DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 61º. A CCEn norteará suas atividades pelo regimento interno e pelas normas ético-legais estabelecidas pelo COFEN e COREN REGIONAL.

Art. 62º. Este regimento poderá ser alterado por proposta da CCEn, do Gerente de Enfermagem da instituição ou da Comissão de Ética do COREN REGIONAL.

Parágrafo único - A alteração será submetida à aprovação em reunião ordinária e/ou extraordinária da CCEn da instituição e à homologação da Plenária do COREN REGIONAL.

Art. 63º. O Órgão de Enfermagem da Instituição garantirá as condições necessárias para o desenvolvimento das atividades da CCEn

### **10.1.3. COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA**

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

A Comissão de Ética Médica terá como natureza e finalidade:

- I. 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.
- II. Atuar como braço do Conselho Nacional e Regional de Medicina no local, assim agilizando as apurações das possíveis infrações éticas ocorridas no local.
- III. 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;
- IV. Comunicar ao Conselho Regional de Medicina quaisquer indícios de infração à lei ou dispositivos éticos vigentes;
- V. Comunicar ao Conselho Regional de Medicina o exercício ilegal da profissão;
- VI. Comunicar ao Conselho Regional de Medicina as irregularidades não corrigidas dentro dos prazos estipulados;
- VII. Comunicar ao Conselho Regional de Medicina práticas médicas desnecessárias e atos médicos ilícitos, bem como adotar medidas para combater a má prática médica;

- VIII. Instaurar sindicância, instruí-la e formular relatório circunstanciado acerca do problema, encaminhando-o ao Conselho Regional de Medicina, sem emitir juízo;
- IX. Verificar se a instituição onde atua está regularmente inscrita no Conselho Regional de Medicina e em dia com as suas obrigações;
- X. Colaborar com o Conselho Regional de Medicina na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar sobre temas relativos à Ética Médica;
- XI. Elaborar e encaminhar ao Conselho Regional Medicina relatório sobre as atividades desenvolvidas na instituição onde atua;
- XII. Atender as convocações do Conselho Regional de Medicina;
- XIII. Manter atualizado o cadastro dos médicos que trabalham na instituição onde atua;
- XIV. Fornecer subsídios à Direção da instituição onde funciona, visando à melhoria das condições de trabalho e da assistência médica;
- XV. Atuar preventivamente, conscientizando o Corpo Clínico da instituição onde funciona quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético;
- XVI. Promover a divulgação eficaz e permanente das normas complementares emanadas dos órgãos e autoridades competentes;
- XVII. 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;
- XVIII. Colaborar com os órgãos públicos e outras entidades de profissionais de saúde em tarefas relacionadas com o exercício profissional;
- XIX. 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.

#### **10.1.4. COMISSÃO DE FARMACOTERAPÊUTICA**

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

A Comissão de Farmacoterapêutica terá como natureza e finalidade:

- I. Elaborar a padronização de medicamentos da unidade, seguindo o RENAME e REMUME, Federal e Municipal, respectivamente, conforme determinado pelo SUS – Sistema Único de Saúde;
- II. Estabelecer critérios de inclusão e exclusão para a padronização de medicamentos;
- III. Aprovar a inclusão ou exclusão de medicamentos padronizados por iniciativa própria ou por propostas encaminhadas pelo responsável do corpo clínico da unidade, promovendo a atualização da padronização de medicamentos;
- IV. Avaliar os medicamentos sob o ponto de vista dinâmico, biofarmacocinético e químico, emitindo parecer técnico sobre sua eficácia, eficiência e efetividade, terapêutica, como critério fundamental de escolha, assim como avaliar sua farmacoeconomia como mais um critério para a sua padronização;
- V. Evitar várias apresentações do mesmo princípio ativo e formulações com associação de medicamentos;
- VI. Fixar critérios para a aquisição de medicamentos não padronizados e gerenciar as medicações de alto custo;
- VII. Incentivar o uso dos nomes dos medicamentos pela Denominação Comum Brasileira;
- VIII. Revisar periodicamente as normas de prescrição e unitarização;

- IX. Validar protocolos de tratamento elaborados pelos diferentes serviços;
- X. Organizar a comunicação interna de divulgações da ANVISA, exclusão de alguns itens, boletins, dentre outros;
- XI. Promover ações que estimulem o uso racional de medicamentos, atividades de farmacovigilância;
- XII. Garantir o cumprimento de suas resoluções mantendo estreita relação com o corpo clínico;
- XIII. Assessorar a Direção Geral em assuntos de sua competência;
- XIV. Elaborar um guia farmacêutico a ser divulgado em todas a unidade com atualizações periódicas (anuais ou sempre que necessário), contendo minimamente os medicamentos padronizados e seus devidos grupos farmacológicos;
- XV. Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Continuada e Permanente;
- XVI. Desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes;
- XVII. Orientar e promover o controle de medicamentos de uso restrito.
- XVIII. A Comissão de Farmácia e Terapêutica atuará em caráter consultivo, deliberativo e de assessoria, vinculada à Diretoria Geral da Unidade, cujas ações estarão voltadas à formulação de diretrizes para seleção, padronização, prescrição, aquisição, distribuição e uso de medicamentos. A Comissão de Farmácia e Terapêutica terá como natureza e finalidade:
- XIX. Elaborar a padronização de medicamentos da unidade, seguindo o RENAME e REMUME, Federal e Municipal, respectivamente, conforme determinado pelo SUS – Sistema Único de Saúde;
- XX. Estabelecer critérios de inclusão e exclusão para a padronização de medicamentos;



- XXI. Aprovar a inclusão ou exclusão de medicamentos padronizados por iniciativa própria ou por propostas encaminhadas pelo responsável do corpo clínico da unidade, promovendo a atualização da padronização de medicamentos;
- XXII. Avaliar os medicamentos sob o ponto de vista dinâmico, biofarmacocinético e químico, emitindo parecer técnico sobre sua eficácia, eficiência e efetividade, terapêutica, como critério fundamental de escolha, assim como avaliar sua farmacoeconomia como mais um critério para a sua padronização;
- XXIII. Evitar várias apresentações do mesmo princípio ativo e formulações com associação de medicamentos;
- XXIV. Fixar critérios para a aquisição de medicamentos não padronizados e gerenciar as medicações de alto custo;
- XXV. Incentivar o uso dos nomes dos medicamentos pela Denominação Comum Brasileira;
- XXVI. Revisar periodicamente as normas de prescrição e unitarização;
- XXVII. Validar protocolos de tratamento elaborados pelos diferentes serviços;
- XXVIII. Organizar a comunicação interna de divulgações da ANVISA, exclusão de alguns itens, boletins, dentre outros;
- XXIX. Promover ações que estimulem o uso racional de medicamentos, atividades de farmacovigilância;
- XXX. Garantir o cumprimento de suas resoluções mantendo estreita relação com o corpo clínico;
- XXXI. Assessorar a Direção Geral em assuntos de sua competência;
- XXXII. Elaborar um guia farmacêutico a ser divulgado em todas a unidade com atualizações periódicas (anuais ou sempre que necessário), contendo minimamente os medicamentos padronizados e seus devidos grupos farmacológicos;

- XXXIII. Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Continuada e Permanente;
- XXXIV. Desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes;
- XXXV. Orientar e promover o controle de medicamentos de uso restrito.
- XXXVI. A Comissão de Farmácia e Terapêutica atuará em caráter consultivo, deliberativo e de assessoria, vinculada à Diretoria Geral da Unidade, cujas ações estarão voltadas à formulação de diretrizes para seleção, padronização, prescrição, aquisição, distribuição e uso de medicamentos.

Em relação aos membros, a Comissão de Farmácia e Terapêutica será composta por equipe multiprofissional, assegurando a participação obrigatória de no mínimo profissional médico, farmacêutico enfermeiro e um membro da Estrutura de Governança da Unidade, que terão as funções divididas entre Presidente, Vice-Presidente, Secretário e Membros Efetivos.

#### **10.1.5. FARMACOVIGILÂNCIA E TECNOVIGILÂNCIA**

As ações de farmacovigilância, tecnovigilância, serão realizadas dentro da Comissão de Farmacoterapêutica.

A farmacovigilância é voltada para as atividades relativas à identificação, avaliação, compreensão e prevenção de efeitos adversos ou quaisquer problemas relacionados ao uso de medicamentos”. Cabe à farmacovigilância identificar, avaliar e monitorar a ocorrência dos eventos adversos relacionados ao uso dos medicamentos comercializados no mercado brasileiro, com o objetivo de garantir que os benefícios relacionados ao uso desses produtos sejam maiores que os riscos por eles causados.

Além das reações adversas a medicamentos, são questões relevantes para a farmacovigilância: eventos adversos causados por desvios da qualidade de medicamentos, inefetividade terapêutica, erros de medicação, uso de medicamentos para indicações não aprovadas no registro, uso abusivo, intoxicações e interações medicamentosas

A tecnovigilância é o sistema de vigilância de eventos adversos e queixas técnicas de produtos para a saúde na fase de pós-comercialização, com vistas a recomendar a adoção de medidas que garantam a proteção e a promoção da saúde da população. A Tecnovigilância visa à segurança sanitária de produtos para saúde pós-comercialização (Equipamentos, Materiais, Artigos Médico-Hospitalares, Implantes e Produtos para Diagnóstico de Uso "in-vitro").

#### **10.1.5.1. PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO**

##### **CAPÍTULO I.**

###### **DA FINALIDADE**

Art. 1º. Servir como órgão consultivo e deliberativo sobre medicamentos além de promoção do uso adequado dos mesmos.

##### **CAPÍTULO II.**

###### **DA COMPOSIÇÃO**

Art. 2º. A Comissão de Farmacoterapêutica é composta pelos seguintes membros:

- I. Representantes da Administração;
- II. Representantes da Farmácia;

- III. Representantes da CCIRAS;
- IV. Representante da área de Enfermagem;
- V. Representante da área de Urgência e Emergência.

### CAPÍTULO III.

#### DO MANDATO

Art. 3º. O mandato deverá ser de 24 (vinte e quatro) meses, podendo ser renovável conforme definição da Diretoria Geral.

Art. 4º. A relação dos membros deverá ser publicada em Diário Oficial do Estado cada dois anos, bem como a substituição de qualquer membro, a qualquer momento.

Art. 5º. O presidente da comissão, assim como todos os membros, será designado pela Diretoria Geral.

Art. 6º. Os cargos de vice-presidente e secretário poderão ser definidos pela comissão.

Art. 7º. No caso de substituição de um ou mais membros, bem como no início de cada mandato, os nomes dos integrantes deverão ser encaminhados aos órgãos competentes.

### CAPÍTULO IV.

#### DO FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Art. 8º. Deverão ocorrer reuniões periódicas, conforme necessidade da Unidade, com data, local e horário, previamente definidos e informados, sendo no mínimo realizadas reuniões mensais.

Art. 9º. A ausência de um membro em três reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda seis reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 (doze) meses gera sua exclusão automática.

Art. 10º. Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da comissão, a seus critérios, poderão realizar a reunião.

Art. 11º. As decisões da comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Art. 12º. Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, será designado um relator ou convidado um consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto, em prazo pré-estabelecido. Da mesma forma poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia.

Art. 13º. As reuniões da comissão deverão ser registradas em ata resumida e arquivada uma cópia contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente, decisões tomadas. Deverá ser encaminhada cópia da ata para a Diretoria Clínica.

Art. 14º. Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Art. 15º. Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo Diretor Técnico, pelo Presidente ou Vice-Presidente.

Art. 16º. O envio de informações e indicadores operacionais deverá ser mensal.

## CAPÍTULO V.

### DAS TRIBUIÇÕES

Art. 17º. São atribuições da Comissão de Farmácia e Terapêutica:

- I. Elaborar a padronização de medicamentos;
- II. Estabelecer critérios de inclusão e exclusão para a padronização de medicamentos;
- III. Aprovar a inclusão ou exclusão de medicamentos padronizados por iniciativa própria ou por propostas encaminhadas pelos chefes dos Serviços Médicos, promovendo a atualização da padronização de medicamentos;
- IV. Avaliar os medicamentos sob o ponto de vista dinâmico, biofarmacocinético e químico, emitindo parecer técnico sobre sua eficácia, eficiência e efetividade terapêutica, como critério fundamental de escolha, assim como avaliar sua farmacoeconomia como mais um critério para a sua padronização;
- V. Evitar várias apresentações do mesmo princípio ativo e formulações com associação de medicamentos;
- VI. Fixar critérios para a aquisição de medicamentos não padronizados e gerenciar as medicações de alto custo;
- VII. Incentivar o uso dos nomes dos medicamentos pela Denominação Comum Brasileira;

- VIII. Revisar periodicamente as normas de prescrição e unitarização;
- IX. Validar protocolos de tratamento elaborados pelos diferentes serviços;
- X. Organizar a comunicação interna de divulgações da ANVISA, exclusão de alguns itens, boletins, dentre outros;
- XI. Promover ações que estimulem o uso racional de medicamentos, atividades de farmacovigilância;
- XII. Garantir o cumprimento de suas resoluções mantendo estreita relação com o corpo clínico;
- XIII. Assessorar a Direção Geral em assuntos de sua competência;
- XIV. Elaborar um guia farmacêutico a ser divulgado em todas as clínicas da Instituição, com atualizações periódicas (anuais ou sempre que necessário), contendo minimamente os medicamentos padronizados e seus devidos grupos farmacológicos;
- XV. Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Continuada e Permanente;
- XVI. Desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes ao Hospital;
- XVII. Orientar e promover o controle de medicamentos de uso restrito.

Art. 18º. São atribuições do Presidente da Comissão, além de outras instituídas neste regimento ou que decorram de suas funções ou prerrogativas:

- I. Convocar e presidir as reuniões;

- II. Representar a comissão junto à Diretoria Geral, ou indicar seu representante;
- III. Subscriver todos os documentos e resoluções da comissão previamente aprovados pelos membros desta;
- IV. Fazer cumprir o regimento:
  - a) Nas decisões da comissão o presidente possui voto de qualidade;
  - b) Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá seu vice-presidente.

Art. 19º. São atribuições do vice-presidente: assumir as atividades do presidente na sua ausência.

Art. 20º. 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.



### 10.1.5.2. 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 Farmácia e Terapêutica, proposto pela ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO, para o primeiro ano do Contrato de Gestão será validado na primeira reunião ordinária da referida comissão e será anexado à respectiva ata.

ATIVIDADE	CRONOGRAMA ANUAL											
	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	12º
Constituição da Comissão	■	■	■									
Elaboração / Revisão da relação de medicamentos padronizados da unidade			■	■								
Estabelecimento de normas e diretrizes para o uso racional e seguro de medicamentos, bem como prescrição e dispensação			■	■	■							
Elaboração / Revisão do Guia Farmacêutico				■	■	■						
Ações educativas e preventivas para as equipes						■						■
Reunião Ordinária			■		■		■		■		■	

## **10.1.6. COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS**

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

A Comissão de Revisão de Óbitos terá como natureza e finalidade:

- I. 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.
- II. 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.
- III. 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.
- IV. Avaliar todos os óbitos ocorridos na Unidade emitindo parecer técnico;
- V. Manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da Unidade, discutindo os resultados das avaliações, quando necessário;
- VI. Analisar e emitir pareceres sobre assuntos relativos a óbitos;
- VII. Normatizar e fiscalizar o adequado registro e preenchimento das declarações de óbitos;
- VIII. Assessorar a Direção Técnica e Clínica da Unidade em assuntos de sua competência.

A Comissão de Revisão de Óbitos terá caráter consultivo e de assessoria para a MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA, sob Gestão da ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO, 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.

- I. Unidade de Emergência;
- II. Unidade de Terapia Intensiva Adulto;
- III. Unidade de Terapia Intensiva Neonatal;
- IV. Unidade de Clínica Médica;
- V. Unidade de Clínica Cirúrgica;
- VI. Unidade de Clínica Obstétrica;
- VII. Serviço de Enfermagem;
- VIII. Serviço de Controle de Infecção Hospitalar;
- IX. Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente.

#### **10.1.6.2. PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO**

##### **CAPÍTULO I.**

##### **DO OBJETIVO**

Art. 1º. Avaliar a qualidade da assistência prestada na Unidade a partir da análise dos óbitos hospitalares;

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.

## CAPÍTULO II.

### DO FUNCIONAMENTO

Art. 4º. Reuniões com periodicidade mensal no consultório anexo da psiquiatria, 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.

## CAPÍTULO 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.

## CAPÍTULO IV.

### DAS FONTES DE INFORMAÇÃO

Art. 9º. São consideradas fontes de informação:

- I. AIH;
- II. Relatório de alta;
- III. Declaração de óbito;
- IV. Relato cirúrgico;
- V. Anotações médicas;
- VI. Anotações de enfermagem.

## CAPÍTULO V.

### DAS VARIÁVEIS ANALISADAS

Art. 10º. São consideradas variáveis autoexplicativas:

- I. Idade;
- II. Sexo;
- III. Data da internação;
- IV. Dia, data e hora do óbito;

- V. Diagnóstico de admissão;
- VI. Diagnóstico final e causa morte;
- VII. Óbito antes do início do tratamento;
- VIII. Óbito antes de 48 (quarenta e oito) horas;
- IX. Óbito no ato cirúrgico ou anestésico;
- X. Óbito no pós-operatório imediato;
- XI. Acidentes ou falhas operacionais.

Art. 11º. São consideradas variáveis categorizadas:

- I. Confirmação do diagnóstico: clínico (baseado na evolução clínica e resposta terapêutica), clínico laboratorial (confirmação diagnóstica baseada em resultados de exames de patologia clínica ou de imagens), cirúrgico (expresso no relatório cirúrgico) ou anatomopatológico (resultado de necropsia ou de exame anatomopatológico). Quando não há enquadramento em nenhum desses critérios é classificado como não confirmado;
- II. 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;
- III. Exame físico adequado: registro de avaliação de todos os segmentos e sistemas;
- IV. Evolução adequada: evolução médica e de enfermagem diária, constando hora e data, assinada e carimbada;

- V. Exames complementares adequados: realização de exames compatíveis com o diagnóstico inicial ou o diagnóstico principal;
- VI. Terapêutica adequada: compatível com o diagnóstico inicial ou o diagnóstico principal;
- VII. Óbito desassistido: quando o óbito ocorre sem a presença de um profissional da equipe de saúde envolvida na assistência ao paciente;
- VIII. 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 após realização de procedimento invasivo diagnóstico ou terapêutico, associável ao processo infeccioso;
- IX. Dia mais frequente;
- X. Horário de predomínio.

## CAPÍTULO VI.

### DAS FALHAS OPERACIONAIS

Art. 12º. São consideradas falhas operacionais:

- I. Não realização de exame solicitado;
- II. Não realização de procedimento solicitado;
- III. Falta de material médico-hospitalar;

- IV. Falta da hemoderivados;
- V. Falta de medicação prescrita;
- VI. Erro na administração de medicação prescrita;
- VII. Falha em equipamento médico-hospitalar;
- VIII. Não conformidade no resultado de exames;
- IX. Falta de preenchimento de impressos de rotina;
- X. Letra ilegível;
- XI. Falta de assinatura e registro de conselho;
- XII. Falta de vaga em setor crítico;
- XIII. Retorno para setor crítico;
- XIV. Queda do leito;
- XV. Formação de escaras;
- XVI. Perda de acesso venoso central;
- XVII. Perda de tubo orotraqueal ou traqueostomo;
- XVIII. Perda de sondas (nasogástrica, nasoenteral, vesical);
- XIX. Obstrução de vias aéreas por secreção;



XX. Extravio de material para exames.

## CAPÍTULO VII.

### DOS DIAGNOSTICOS

Art. 13º. São considerados diagnósticos:

- I. Infarto Agudo do Miocárdio;
- II. Acidente Vascular Cerebral;
- III. Sepses;
- IV. Óbito intra-operatório;
- V. Outros.

## CAPÍTULO VIII.

### DA CLASSIFICACAO DO ÓBITO

Art. 14º. A classificação de óbito é dividida em:

- I. Não Evitável: quando a patologia existente justifica a evolução fatal;
- II. Evitável: quando o óbito ocorrer por inadequação da terapêutica, da investigação ou das condições operacionais;

III. 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.

### 10.1.6.3. 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 pela ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO, para o primeiro ano do Contrato de Gestão será validado na primeira reunião ordinária da referida comissão e será anexado à respectiva ata.

ATIVIDADE	CRONOGRAMA ANUAL											
	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	12º
Constituição da Comissão	■	■										
Definição da Ferramenta de Avaliação dos Prontuários		■										
Análise / Revisão dos Óbitos		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Análise das Taxas de Mortalidade e elaboração de relatórios		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Ações preventivas e educativas para as equipes				■			■			■		
Reunião Ordinária		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

## **10.1.7. COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS**

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

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

- I. Definir e estabelecer normas para estruturar, monitorar e avaliar a qualidade e promoção de ações de melhorias dos prontuários clínicos;
- II. Monitorar o cumprimento do artigo número 69 previsto no código de Ética Médica acerca do dever de elaborar o prontuário para cada paciente assistido;
- III. 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;
- IV. 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.

Terão ainda como finalidade:

- I. Definir normas, padrões e mecanismos para avaliação da qualidade dos prontuários;
- II. Revisar e avaliar os prontuários, identificando as não conformidades em relação ao padrão estabelecido;
- III. Avaliar e emitir pareceres acerca da qualidade das descrições, anotações e demais registros feitos nos prontuários;
- IV. Promover ações e estratégias com foco na educação e conscientização dos profissionais, quanto à clareza, legibilidade e coerências das informações registradas no prontuário;
- V. Emitir pareceres técnicos e relatórios quando solicitado pela Comissão de Ética Médica e demais serviços interessados;
- VI. Propor a utilização de formulários, sistemas e forma de organização dos prontuários;
- VII. Avaliar e monitorar os índices de morbidade e mortalidade ocorridos na Unidade;
- VIII. Avaliar a continuidade da assistência prestada, bem como transição dos cuidados; e
- IX. 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:

- I. Profissionais médicos (mínimo de 04 profissionais);
- II. Profissionais enfermeiros (mínimo de 04 profissionais);

- III. Farmacêutico (mínimo de 01 profissional);
- IV. Nutricionista (mínimo de 01 profissional);
- V. Faturista (mínimo de 01 profissional);
- VI. Administrativo vinculado ao SAME (mínimo de 01 profissional);
- VII. Fisioterapeuta (mínimo de 01 profissional); e
- VIII. Membro da Estrutura de Governança da Unidade.

### **10.1.7.2. PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO**

#### **CAPÍTULO 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.

#### **CAPÍTULO II.**

##### **DA COMPOSIÇÃO**

Art. 3º. A composição deverá ser de dois membros médicos, dois membros da Estrutura de Governança da Instituição, um membro do Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME e um enfermeiro.

Art. 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.

### CAPÍTULO 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.

### CAPÍTULO 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.

## CAPÍTULO 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;



XI. 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;

Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão previamente aprovados pelos membros desta;

IV. 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.

## CAPÍTULO 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.

#### **10.1.7.3. 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 Análise de Prontuários, proposto pela ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO, para o primeiro ano do Contrato de

Gestão será validado na primeira reunião ordinária da referida comissão e será anexado à respectiva ata.

ATIVIDADE	CRONOGRAMA ANUAL											
	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	12º
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/Conscientização				■				■				■
Reunião Ordinária		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

### 10.1.8. COMISSÃO DE CONTROLE E INFECÇÃO HOSPITALAR

#### 10.1.8.1. PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO (MEMBROS, FINALIDADE)

A Comissão de Controle e Infecção Hospitalar terá como natureza e finalidade:

- I. Desenvolver um conjunto de ações deliberadas e sistemáticas, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das Infecções Relacionadas à Assistência - IRAS, e assim, melhorar a qualidade da assistência prestada;
- II. Atender e nortear suas atividades pelos princípios da Portaria nº 2616 de 12/05/98, do Ministério da Saúde;
- III. Desempenhar papel de extrema relevância junto ao processo assistencial da Unidade, tendo em vista que as infecções hospitalares constituem risco importante à saúde dos pacientes e

- sua prevenção e controle envolvem medidas de qualificação da assistência hospitalar, de vigilância sanitária entre outras;
- IV. Elaborar, implementar, monitorar, avaliar e revisar o PCIH – Programa de Controle de Infecção Hospitalar, adequado às particularidades e necessidades da Unidade;
  - V. Implantar o Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares;
  - VI. Promover a capacitação das equipes quanto à prevenção e controle das infecções hospitalares;
  - VII. Estabelecimento e/ou adequação de normas e rotinas técnico-operacionais, com foco na prevenção das infecções hospitalares;
  - VIII. Assegurar o uso racional de antimicrobianos, através da integração com o Serviço de Farmácia, a Política de Utilização de Antimicrobianos;
  - IX. Realizar a investigação epidemiológica de casos de surtos e consequente estabelecimento de medidas de controle;
  - X. Manter cooperação com o órgão de gestão do Sistema Único de Saúde, bem como Serviço de Vigilância Epidemiológica e Sanitária Municipal, fornecendo e integrando informações.

Atualmente o termo infecção hospitalar - IH tem sido substituído por Infecção Relacionada a Assistência à Saúde – IRAS.

Esta mudança abrange não só a infecção adquirida na Instituição de Saúde, mas também aquela relacionada a procedimentos realizados em ambulatório, durante cuidados domiciliares e a infecção ocupacional adquirida por profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, entre outros).

Portanto, a Comissão de Infecção Relacionada a Assistência à Saúde – CCIRAS, terá ações de cunho preventivista, investigatório, assessor, consultivo e executor.

Em relação aos membros, a Comissão de Infecção Relacionado a Assistência à Saúde – CCIRAS, terá composição multidisciplinar e multiprofissional e seus membros serão de dois tipos: Consultores e Executores. A composição deve contar com profissionais da saúde, de nível superior, formalmente designados, representantes, minimamente, dos seguintes serviços:

- I. Serviço Médico – no mínimo 2 profissionais;
- II. Serviço de Enfermagem – no mínimo 3 profissionais;
- III. Serviço de Farmácia – no mínimo 1 profissional;
- IV. Serviço de Laboratório – no mínimo 1 profissional;
- V. Serviço de Nutrição e Dietética – no mínimo 1 profissional;
- VI. Serviço de – no mínimo 1 profissional;
- VII. Serviço de Controle de Infecção – no mínimo 2 profissionais;
- VIII. Serviço de Lavanderia – no mínimo 1 profissional;
- IX. Serviço de Higienização e Limpeza – no mínimo 1 profissional;
- X. Serviço de Administração – no mínimo 1 profissional.

As atribuições de cada membro da Comissão estão definidas no Regimento Interno, que consta anexo à proposta.

#### **10.1.8.2. PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO**

##### **DAS CATEGORIAS E FINALIDADES**

O Programa de Controle de Infecção Hospitalar será constituído por uma Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Saúde - CCIRAS, órgão de assessoria à Estrutura de Governança. A CCIRAS da Instituição de Saúde sob gestão da ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO, é de natureza técnico- científica permanente, de acordo a Lei nº 9.431, de 06 de janeiro de 1997 e com a Portaria 2616 de 12 de maio de 1998.

A CCIRAS tem por finalidade desenvolver um conjunto de ações deliberadas e sistemáticas, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das Infecções Relacionadas à Assistência - IRAS, e assim, melhorar a qualidade da assistência prestada.

Parágrafo Único: Endente-se por infecção hospitalar, também denominada institucional ou nosocomial, qualquer infecção adquirida após a internação de um paciente em Instituição de Saúde e que se manifesta durante a internação ou mesmo após a alta, quando puder ser relacionada com a hospitalização.

## DA ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO

### SEÇÃO I.

#### DA ESTRUTURA

A estrutura da CCIRAS compreende o Grupo de Controle de Infecção Relacionada a Assistência à Saúde.

A fim de assegurar o suporte técnico, científico e operacional indispensável à eficiência da CCIRAS, a Estrutura de Governança da Instituição de Saúde proporcionará a infraestrutura necessária para a atuação em âmbito hospitalar.

### SEÇÃO II.

#### DA COMPOSIÇÃO

A CCIRAS terá composição multidisciplinar e multiprofissional e seus membros serão de dois tipos: Consultores e Executores. Os membros Consultores devem contar com profissionais da saúde, de nível superior, formalmente designados, representantes dos seguintes serviços:

- I. Serviço Médico;
- II. Serviço de Enfermagem;
- III. Serviço de Farmácia;
- IV. Laboratório;
- V. Nutrição e Dietética;
- VI. Controle de Infecção;
- VII. Lavanderia;
- VIII. Higienização;
- IX. Administração.

Parágrafo Único. As indicações deverão recair sobre profissionais com conhecimento em infecção hospitalar e/ou que sejam tomadores de decisão bem como possuam características de multiplicadores.

Caberá ao Diretor Geral a designação dos integrantes da CCIRAS, através de Ata de Nomeação.

§ 1º. O núcleo básico citado anteriormente, poderá ser acrescido de representantes de outros serviços de áreas afins;

§ 2º. O Presidente da CCIRAS será um dos membros da mesma, designado pelo Diretor Geral da Instituição;

§ 3º. Os membros executores da CCIRAS representam o serviço de controle de IRAS e, portanto, são os executores das ações programadas de controle de infecções em âmbito hospitalar.

### SEÇÃO III.

#### DOS MEMBROS

A CCIRAS será constituída por, no mínimo, os seguintes componentes:

- I. Dois profissionais Médicos;
- II. Três profissionais Enfermeiros;
- III. Um profissional Farmacêutico;
- IV. Um profissional Nutricionista;
- V. Um representante do Laboratório;
- VI. Dois representantes do SCIH;
- VII. Um representante da Lavanderia
- VIII. Um representante da Higienização e Limpeza;
- IX. Um representante da administração.

Os membros serão divididos entre membros executores e consultores, além da definição do secretário.

Parágrafo Único. Um dos membros executores deve ser, preferencialmente, enfermeiro.

#### SEÇÃO IV.

#### DO FUNCIONAMENTO

A CCIRAS será instalada em sala das dependências da Unidade, designada para esse fim.

As reuniões ordinárias da CCIRAS ocorrerão uma vez por mês, em sala de reuniões que devem ser proporcionadas pela unidade e, extraordinariamente, quando se fizer necessário.

A sequência das reuniões da CCIRAS serão as seguintes:



- I. Verificação da presença do Presidente;
- II. Verificação de presença e existência de “quórum”;
- III. Leitura e aprovação da ata anterior;
- IV. Informes;
- V. Leitura e discussão da ordem do dia;
- VI. Ocorrência na Instituição de Saúde para discussão e planejamento em conjunto de melhores práticas a serem implantadas.

A cada reunião os membros consignarão sua presença em folha própria e a secretária lavrará uma ata com exposição sucinta dos trabalhos, conclusões, deliberações e resoluções;

A ata deverá ser assinada pelo presidente e demais membros, quando se sua aprovação.

## DAS COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES

A Diretoria Geral:

- I. Constituir formalmente a CCIRAS;
- II. Designar os componentes da CCIRAS, por ato próprio;
- III. Propiciar a infraestrutura necessária à correta operacionalização da CCIRAS;
- IV. Aprovar e fazer respeitar o Regimento Interno da CCIRAS;
- V. Garantir a participação do Presidente da CCIRAS nos órgãos colegiados deliberativos e formuladores de política da instituição como, por exemplo, os conselhos deliberativos e conselhos técnicos, independente da natureza da entidade mantenedora da Instituição de Saúde;

- VI. Garantir o cumprimento das recomendações formuladas pela Coordenação Estadual/Distrital de Controle de Infecções Relacionadas a Assistência à Saúde;
- VII. Informar o órgão oficial municipal ou estadual quanto à composição da CCIRAS, e às alterações que venham a ocorrer.

À CCIRAS compete:

- I. Elaborar, implantar, manter e avaliar um Programa de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde adequado às características e necessidades da Instituição;
- II. Implantar e manter sistema de vigilância epidemiológica das IRAS;
- III. Realizar investigação epidemiológica de casos e surtos, sempre que indicado, e implantar medidas imediatas de controle;
- IV. Propor e cooperar na elaboração, implementação e supervisão da aplicação de normas e rotinas técnico- administrativas visando à prevenção e controle das infecções hospitalares;
- V. Propor, elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico administrativas, visando limitar a disseminação de agentes nas infecções em curso na Instituição de Saúde, através de medidas de isolamento e precauções;
- VI. Orientar e supervisionar a aplicação das técnicas de esterilização, desinfecção, limpeza e antissepsia;
- VII. Notificar e acompanhar os casos de acidente com material biológico;
- VIII. Cooperar com o núcleo de educação permanente e demais setores da unidade para a capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais no que diz respeito ao controle de IRAS e prevenção de acidentes;

- IX. Elaborar e divulgar, regularmente, relatórios;
- X. Definir, em cooperação com a Comissão de Farmácia e Terapêutica, política de utilização de antimicrobianos, germicidas e materiais médico hospitalares;
- XI. Elaborar o Regimento Interno da CCIRAS;
- XII. Cooperar com a ação de fiscalização do Serviço de Vigilância Sanitária do órgão estadual ou municipal de gestão, bem como fornece prontamente as informações epidemiológicas solicitadas pelas autoridades sanitárias competentes;
- XIII. Notificar, na ausência do núcleo de epidemiologia, ao organismo de gestão Municipal ou Municipal Sistema Único de Saúde - SUS e/ou seguimento informativo e pactuado dos regimes hospitalares os casos diagnosticados ou suspeitos de doenças sob vigilância epidemiológica, atendidos em qualquer dos serviços da Instituição de Saúde, e atuar cooperativamente com os serviços de saúde coletiva;
- XIV. Notificar ao Serviço de Vigilância Sanitária do organismo de gestão Estadual ou Municipal do SUS, os casos e surtos diagnosticados ou suspeitos de infecções associadas à utilização de insumos e produtos industrializados;
- XV. Realizar reuniões periódicas;
- XVI. Monitorar o controle de qualidade da água utilizada na instituição;
- XVII. Alimentar os sistemas de informação da Instituição de Saúde com os dados pertinentes à CCIRAS.

Ao Presidente ou Coordenador da CCIRAS:

- I. Cumprir e fazer cumprir as determinações da CCIRAS aprovadas pela Diretoria Geral na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS

DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA;

- II. Representar a CCIRAS nos órgãos colegiados, deliberativo e formador de política da instituição, como por exemplo, os conselhos técnicos, independentemente da natureza da entidade mantenedora da instituição de saúde;
- III. Convocar periodicamente as lideranças da instituição para tomadas de decisões de situações identificadas pela CCIRAS;
- IV. Promover a convocação e coordenar as reuniões, com os membros executores;
- V. Assegurar atualização técnica e científica dos membros da CCIRAS;
- VI. Elaborar documentos, pareceres e relatórios pertinentes ao Controle das IRAS;
- VII. Indicar membros para a realização de estudos, levantamentos e emissões de pareceres necessários à consecução da finalidade da Comissão.

Ao representante do Serviço Médico:

- I. Apoiar a implementação de ações de Controle de Infecção nas áreas específicas de sua responsabilidade;
- II. Supervisionar a indicação e realização de procedimentos com risco em desenvolver IRAS;
- III. Promover e participar de atividades de ensino e atualização baseado no plano de ação de controle de IRAS;
- IV. Colaborar com a Elaboração do Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos;
- V. Prestar assessoria técnica em relação ao uso de antimicrobianos;

- VI. Participar das reuniões periódicas da CCIRAS;
- VII. Participar de eventos científicos referentes à área;
- VIII. Participar da elaboração de relatórios da CCIRAS;
- IX. Participar do parecer técnico para aquisição de produtos médico-hospitalares.

Aos representantes do Serviço de Enfermagem:

- I. Colaborar para que haja adesão máxima do Serviço de Enfermagem a política de Controle de Infecções adotadas pela Instituição;
- II. Participar da vigilância epidemiológica das IRAS;
- III. Promover e participar de atividades técnico-científicas e atualização referente ao plano de ação de controle de IRAS, visando à melhoria da qualidade da assistência no serviço de enfermagem;
- IV. Supervisionar a indicação e realização de procedimentos com risco em desenvolver IRAS;
- V. Emitir parecer técnico sobre produtos e equipamentos a serem adquiridos pela instituição;
- VI. Colaborar com a Elaboração do Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos;
- VII. Manter-se alerta quanto à saúde dos funcionários, realizando acompanhamento quando necessário;
- VIII. Participar das reuniões periódicas da CCIRAS;
- IX. Participar da elaboração de relatórios da CCIRAS;
- X. Prestar assessoria técnica aos profissionais.

Ao representante da Farmácia:

- I. Fornecer mensalmente o levantamento de consumo de antimicrobiano por clínica, especialidade e paciente;
- II. Participar da definição e padronização da utilização de medicamentos e produtos químicos, juntamente com a Comissão de Farmácia e Terapêutica;
- III. Informar o uso adequado de produtos e medicamentos que visem a 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. Cuidar para que não interrompa o tratamento com antimicrobiano;
- VII. Participar das reuniões periódicas da CCIRAS.

Ao representante do Laboratório:

- I. Orientar a equipe de saúde quanto à coleta de amostras para exames microbiológicos e interpretação de resultados;
- II. Manter arquivos dos dados microbiológicos, permitido estudos e levantamentos;
- III. Realizar levantamento periódico da frequência de microrganismos isolados nas IRAS e da prevalência das cepas resistentes aos antimicrobianos;
- IV. Participar das reuniões periódicas da CCIRAS.

Ao representante da Estrutura de Governança:

- I. Apoiar as ações de controle com vista à prevenção e controle de IRAS;
- II. Estimular a comunidade hospitalar, quanto à adesão das atividades que visem à prevenção e controle das IRAS, demonstrando, que são desejadas e necessárias à instituição;
- III. 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);
- IV. Participar das reuniões periódicas da CCIRAS.

Ao representante da Higienização:

- I. Apoiar as ações de controle com vista à prevenção e controle de IRAS;
- II. Orientar e supervisionar a aplicação das técnicas desinfecção, limpeza e antisepsia da unidade hospitalar e equipamentos;
- III. Participar da definição da Política de utilização de produtos químicos, juntamente com a Comissão de Farmácia e Terapêutica;
- IV. Participar das reuniões periódicas da CCIRAS;
- V. Colaborar com a Elaboração do Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos;
- VI. Manter-se alerta quanto à saúde dos funcionários, realizando acompanhamento quando necessário.

À Secretária:

- I. Assistir as reuniões;
- II. Lavrar termos de abertura e encerramento do livro de Ata e Protocolo;

- III. Auxiliar na elaboração dos documentos da comissão (relatórios, ofícios, pareceres);
- IV. Manter suprimento de materiais de consumo diário;
- V. Providenciar o cumprimento das diligências determinadas.

Aos representantes dos demais serviços:

- I. Apoiar as ações de controle com vista à prevenção e controle de IRAS;
- II. Contribuir na disseminação dos conceitos e políticas de prevenção de infecções;
- III. Colaborar nas análises, programas, projetos e ações realizadas e definidas pela Comissão, contribuindo com a expertise da respectiva área de atuação.

A comunicação escrita utilizada interna e externamente pode ocorrer através dos seguintes instrumentos:

- I. Agenda de reunião: Instrumento de comunicação interna/externa da CCIRAS, utilizado para disciplinar as reuniões, que deverá ser distribuída aos participantes, 24 (vinte e quatro) horas antes da reunião, tendo como responsável, o coordenador da mesma em alinhamento com os demais;
- II. Livro de ata: Instrumento em que será registrada a exposição sucinta dos trabalhos, conclusões, deliberações e resoluções das reuniões. A ata deverá ser assinada pelo presidente e demais membros, quando se sua aprovação;
- III. Súmula: Instrumento em que são registradas e descritas, de forma sucinta, as decisões, conclusões e orientações das reuniões. Deverá ser distribuída aos participantes até 48



- (quarenta e oito) horas após a realização da reunião. É elaborada por quem coordena a reunião ou alguém por delegação deste;
- IV. Programa de ação anual: Disparador do processo de planejamento da CCIRAS. “É um conjunto hierarquizado de prioridades da instituição de saúde. Apresenta em linhas gerais estratégias adotadas a médio e longo prazo, dando subsídios para o planejamento e transformações de metas em resultados;
  - V. Relatórios: Interpretação e análise de indicadores técnicos, administrativos ou financeiros que podem subsidiar tomadas de decisões e facilitar o processo de acompanhamento dos resultados;
  - VI. Comunicação Interna: Correspondência interna destinada a tratar de assuntos de interesse da CCIRAS (técnicos, administrativos ou financeiros), podendo ser utilizada entre as áreas ou serviços da instituição;
  - VII. Comunicado: Instrumento que contém avisos e/ou determinações da CCIRAS destinado a toda Instituição de Saúde ou algumas áreas ou serviço.

A comunicação oral utilizada interna e externamente pode ocorrer através dos seguintes instrumentos:

- I. Reuniões de Alinhamento Gerencial: Compõem o processo de alinhamento entre os membros da CCIRAS. Têm por objetivo discutir as ações a serem desenvolvidas pelas diversas áreas em curto período, tomadas de decisões administrativas e repasse de informações/orientações gerais, segundo cronograma anual;
- II. Reuniões de Alinhamento Técnico: Compõem o processo de alinhamento entre a CCIRAS e as demais áreas ou serviço. Com

o objetivo de discutir as ações técnicas a serem desenvolvidas pelas diversas áreas em curto período, os pontos críticos e tomadas de decisões relativas à qualidade, segundo às necessidades das áreas ou serviços;

- III. Reuniões de acompanhamento, avaliação e julgamento: São reuniões mensais estabelecidas oficialmente em cronograma divulgado anualmente e compõem o processo de acompanhamento, avaliação e julgamento da CCIRAS, áreas ou serviço. Têm por objetivo formalizar e disciplinar o processo de planejamento e de acompanhamento, avaliação e julgamento. São responsáveis, ainda, por promover a integração das equipes e das ações desenvolvidas;
- IV. Reuniões extraordinárias: São as reuniões que ocorrem extra aos Processos de Planejamento. Podem ser convocadas sempre que necessário para busca de apoios na identificação de soluções e oportunidades de servir. Têm por objetivo refletir o modelo participativo de gestão, em que todo profissional ou parceiro da Instituição de Saúde pode promover o diálogo nos diversos níveis hierárquicos.

## DO SISTEMA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Vigilância Epidemiológica das infecções hospitalares é a observação ativa, sistemática e contínua de sua ocorrência e de sua distribuição entre pacientes, hospitalizados ou não, e dos eventos e condições que afetam o risco de sua ocorrência, com vistas à execução oportuna das ações de prevenção e controle.

O método de Vigilância Epidemiológica deve atender às características da Instituição de Saúde, à estrutura do pessoal e a natureza do risco da assistência, com base em critérios de magnitude, gravidade, redutibilidade das taxas ou custo.

Serão utilizados os métodos prospectivos, retrospectivos e transversais, visando determinar taxas de incidência ou prevalência.

Serão realizados métodos de busca ativa de coleta de dados para Vigilância Epidemiológica das IRAS.

Todas as alterações de comportamento epidemiológico deverão ser objeto de investigação epidemiológica específica.

Os indicadores mais importantes a serem obtidos e analisados periodicamente na Instituição de Saúde são:

- I. Taxas de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde, calculada tomando como numerador o número de episódios de IRAS no período considerado, e como denominador o total de saídas (altas, óbitos e transferências) ou entradas no mesmo período;
- II. Taxa de Pacientes com IRAS, calculada tomando como numerador o número de doentes que apresentaram infecção relacionada a assistência à saúde no período considerado, e como denominador o total de saídas (altas, óbitos e transferências) ou entradas no período;
- III. Distribuição Percentual das IRAS por Clínica/Unidade de Internação, calculada tendo como numerador o número de episódios de infecção hospitalar em cada clínica/ unidade de internação, no período considerado e como denominador o número total de episódios de IRAS ocorridos no período;
- IV. Taxa de IRAS por Procedimentos, calculada tendo como numerador o número de pacientes submetidos a um procedimento de risco que desenvolveram IRAS e como

- denominador o total de pacientes submetidos a este tipo de procedimento;
- V. Outros procedimentos de risco poderão ser avaliados, sempre que a ocorrência respectiva o indicar, da mesma forma que é de utilidade o levantamento das taxas de infecção do sítio cirúrgico, por tipo de cirurgia, cirurgião e por especialidade;
  - VI. Frequência das IRAS por Microrganismos ou por Etiologias, calculada tendo como numerador o número de episódios de IRAS por microrganismo e como denominador o número de episódios de IRAS que ocorreram no período considerado;
  - VII. Coeficiente de Sensibilidade aos Antimicrobianos, calculado tendo como numerador o número de cepas bacterianas de um determinado microrganismo sensível e determinado antimicrobiano e como denominador o número total de cepas testadas do mesmo agente com antibiograma realizado a partir dos espécimes encontrados;
  - VIII. Indicadores de uso de antimicrobianos;
  - IX. Percentual de pacientes que usaram antimicrobianos (uso profilático ou terapêutico) no período considerado. Pode ser especificado por clínica de internação ou por tipo de antimicrobiano. É calculado tendo como numerador o total de pacientes em uso de antimicrobiano e como denominador o total de tratamento com antimicrobiano, iniciados no mesmo período;
  - X. Frequência com que cada antimicrobiano é empregado em relação aos demais, é calculada tendo como numerador o total de tratamentos iniciados com determinado antimicrobiano o período, e como denominador o total de tratamentos com antimicrobianos iniciados no mesmo período;
  - XI. Taxa de Letalidade associada a IRAS, é calculada tendo como numerador o número de óbitos ocorridos de pacientes com

- infecção hospitalar no período considerado, e como denominador o número de pacientes que desenvolveram IRAS no período;
- XII. Consideram-se obrigatórias as, informações relativas aos indicadores epidemiológicos dos incisos I, II, III e XI.

#### Relatórios e Notificações:

- I. A CCIRAS deverá elaborar periodicamente um relatório com os indicadores epidemiológicos interpretados e analisados. Esse relatório deverá ser divulgado a todos os serviços e à direção, promovendo-se seu debate na comunidade hospitalar;
- II. O relatório deverá conter informações sobre o nível endêmico das IRAS sob vigilância e as alterações de comportamento epidemiológico detectadas, bem como as medidas de controle adotadas e os resultados obtidos;
- III. É desejável que cada cirurgião receba, anualmente, relatório com as taxas de infecção em cirurgias limpas referentes às suas atividades, e a taxa média de infecção de cirurgias limpas entre pacientes de outras cirurgias de mesma especialidade ou equivalente;
- IV. O relatório da vigilância epidemiológica e os relatórios de investigações epidemiológicas deverão ser enviados às Coordenações Estaduais/ Distritais e à Coordenação de Controle de IRAS do Ministério da Saúde, conforme as normas específicas das referidas Coordenações.

#### DO PROCESSO DE EDUCAÇÃO

A CCIRAS deve participar do processo educativo dos clientes internos e externos com vistas à prevenção e controle das IRAS, envolvendo atividades de educação permanente,

reciclagem e treinamento técnico, com aulas teórica e prática, principalmente as relacionadas ao controle de IRAS.

Parágrafo único. O projeto de educação deverá ser elaborado através do levantamento das necessidades do cliente e do serviço, realizando o diagnóstico, determinando coberturas e metas e identificando facilitadores.

## DO SISTEMA DE ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO, JULGAMENTO E RESULTADOS

O sistema de acompanhamento do P.C.I.H. da instituição será operacionalizado através dos seguintes instrumentos: Vigilância em Serviço dos Setores; Vigilância Epidemiológica das IRAS, Análise dos Indicadores mencionados na legislação vigente, preferencialmente por unidade de produção, Controle de Qualidade da Água, Controle de Qualidade da Validação da Esterilização;

A avaliação e julgamento dos resultados das ações do P.C.I.H. acontecerão através dos seguintes instrumentos: Análise do plano de ação para o cumprimento das metas e prazos.

## DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

A CCIRAS convidará pessoas ou entidades que possam colaborar com o desenvolvimento de seus trabalhos, sempre que julgar necessário;

A Superintendência e/ou Diretoria Geral da instituição poderá, a qualquer tempo e por motivo justificável, promover a substituição dos membros da CCIRAS;

Os casos omissos e as dúvidas surgidas na aplicação do presente Regimento Interno serão dirimidas pelo Presidente da CCIRAS e em grau de recurso pelo Superintendente ou Diretor Geral da instituição;

O presente regimento poderá ser alterado, mediante proposta da CCIRAS, através da maioria absoluta dos seus membros, submetida ao Diretor Geral;

Este regimento entrará em vigor após aprovação pela Superintendente ou Diretor Geral, revogadas as disposições em contrário.

### 10.1.8.3. CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL

O Cronograma de Atividade Anual da Comissão de Infecção Hospitalar, proposto pela ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO, para o primeiro ano do Contrato de Gestão será validado na primeira reunião ordinária da referida comissão e será anexado à respectiva ata.

ATIVIDADE	CRONOGRAMA ANUAL											
	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	12º
Constituição da Comissão	■	■										
Elaboração do PCIH	■	■										
Implantação e Monitoramento do PCIH			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Definição de Ferramentas de Controle, Monitoramento, Notificação e Avaliação	■	■										
Visitas Técnicas		■		■		■		■		■		■
Busca ativa – coleta de dados para Vigilância Epidemiológica e Controle de Infecções		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Análise das Taxas de Infecção e elaboração de relatórios		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Campanha Higiene das Mãos					■					■		
Capacitações/Conscientização			■		■		■		■		■	

Reunião Ordinária																				
-------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### **10.1.9. COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES – CIPA**

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

A ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO independente do cálculo de colaboradores acredita da necessidade da atuação da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho – CIPA, garantindo assim como diferencial o comprometimento da segurança dos colaboradores da Instituição em questão independente do porte do serviço.

A CIPA terá como finalidade:

- I. 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;
- II. 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;
- III. Elaborar plano de trabalho que possibilite a ação preventiva na solução de problemas de segurança e saúde no trabalho;
- IV. 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;
- V. 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;



- VI. Realizar, a cada reunião, avaliação do cumprimento das metas fixadas em seu plano de trabalho e discutir as situações de risco que foram identificadas;
- VII. Divulgar aos trabalhadores informações relativas à segurança e saúde no trabalho;
- VIII. 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;
- IX. 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;
- X. Colaborar no desenvolvimento e implementação do PCMSO e PPRA e de outros programas relacionados à segurança e saúde no trabalho;
- XI. 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;
- XII. 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;
- XIII. Requisitar ao empregador e analisar as informações sobre questões que tenham interferido na segurança e saúde dos trabalhadores;
- XIV. Requisitar à empresa as cópias das CAT emitidas;
- XV. Promover, anualmente, em conjunto com o SESMT, onde houver, a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho – SIPAT;

- XVI. Participar, anualmente, em conjunto com a empresa, de Campanhas de Prevenção da AIDS;

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.

#### **10.1.9.2. PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO**

##### **CAPÍTULO 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 prevencionistas a serem estabelecidas e implantadas no âmbito da Secretaria Municipal da Saúde, com formação bi-partite e paritária.

##### **CAPÍTULO II.**

## OBJETIVOS

Art. 2º A CIPA tem como objetivos:

- I. 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;
- II. 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;
- III. 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;
- IV. 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.

## CAPÍTULO III.

### ATRIBUIÇÕES

Art. 3º Compete a CIPA:

- I. Elaborar Mapa de Riscos com o maior número possível de trabalhadores, com a 2 assessoria do SESMT, CCIH, ou outro órgão qualquer destinado à preservação da saúde do trabalhador e do ambiente de trabalho;
- II. 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;
- III. 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;
- IV. 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;
- V. 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;
- VI. Auxiliar a Área Técnica especializada e a Administração na capacitação do conjunto dos funcionários quanto aos riscos relacionados ao trabalho;
- VII. 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;

VIII. 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;

IX. 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;

X. 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;

XI. Fiscalizar e discutir as formas de organização do trabalho, visando garantir a saúde, a segurança dos trabalhadores e a qualidade do meio ambiente;

XII. 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 nº. 5, subitem 5.8.16 alínea h da Portaria do Ministério do Trabalho e Emprego nº 3.214 de 08 de junho de 1.978 e suas alterações, observando: a. Considera-se risco grave e iminente toda condição ambiental, de trabalho 3 que possa causar acidente ou doença ao profissional, resultando lesão a saúde ou integridade física ou psíquica do trabalhador, b. 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;

XIII. 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;

XIV. Realizar anualmente a SIPAT- SEMANA INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES DO TRABALHADOR na unidade de trabalho, com a participação OBRIGATORIA dos membros da CIPA, observando: a. 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. b. A SIPAT deverá ser realizada dentro do horário normal de expediente dos trabalhadores.

XV. A CIPA deverá garantir a emissão e requisitar a cópia das (CAT's) Comunicações de Acidentes de Trabalho, na eminência de ocorrência destes.

XVI. 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 médicos, 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 CIPA poderá contar com a assessoria do SESMT e de instituições especializadas na área de saúde do trabalhador, em comum acordo com a Administração.

XVII. 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.

XVIII. Realizar, a cada reunião, avaliação do cumprimento das metas fixadas em seu plano de trabalho e discutir as situações de risco que foram identificadas.

- XIX. Divulgar aos trabalhadores informações relativas à segurança e saúde no trabalho.
- XX. 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 a segurança e saúde dos trabalhadores.
- XXI. Divulgar e promover o cumprimento das Normas Regulamentadoras, bem 4 como cláusulas de acordo e convenções coletivas de trabalho, relativas à segurança e saúde no trabalho.
- XXII. Requisitar à Administração e analisar as informações sobre questões que tenham interferido na segurança e saúde dos trabalhadores.
- XXIII. Participar, anualmente, em conjunto com a Administração, das campanhas sobre DST (Doenças Sexualmente Transmissíveis), em especial a prevenção de AIDS.

#### CAPÍTULO IV.

#### DA COMPOSIÇÃO E ELEIÇÃO DA CIPA

Art. 4º A COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES – CIPA - será composta por representantes da Administração Pública, membros indicados ou em escrutínio secreto, membros eleitos, do qual participam independentes de filiação sindical os empregados públicos interessados.

Art. 5º Os representantes eleitos e indicados para composição da CIPA, obedecerão a proporcionalidade disposta no Quadro I deste 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: I. Presidente; II. Vice-presidente; III. Secretário; IV. Vice-secretário V. Membros titulares; VI. 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 municipais 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 01 (uma) recondução.

Art. 12º A convocação da eleição será feita por edital a ser amplamente divulgado, o qual estabelecerá:

- a. O prazo de 15 (quinze) dias para inscrição dos candidatos, com horário integral;
- b. Fixação da data das eleições nos 15 (quinze) dias subsequentes e;
- c. Apuração dos votos imediatamente após término da votação;
- d. 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 60 (sessenta) dias antes do término do mandato em curso.

Art. 16º Poderão concorrer às eleições os servidores e funcionários que:

- a. Estiverem em efetivo exercício na Administração Pública Municipal.
- b. Não estiverem em gozo de licença superior a 120 (cento e vinte) dias e/ou afastados, com ou sem vencimento.
- c. Não estiverem respondendo processo administrativo na repartição pública.
- d. Possuírem cargo efetivo na repartição pública.

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:

- a. Convocar os membros para reunião da CIPA;

- b. Presidir as reuniões, encaminhando a Administração e ao SESMT as decisões aprovadas e acompanhar sua execução;
- c. Designar membros da CIPA ou grupo de estudos para investigar os acidentes 6 de trabalho e os casos de doenças profissionais ou acompanhar a investigação feita pelo SESMT;
- d. Coordenar as atividades da CIPA, garantindo a integração entre seus membros e a construção coletiva do trabalho;
- e. Manter e promover o relacionamento da CIPA com os representantes da Administração e com o SESMT;
- f. Manter a Administração informada sobre os trabalhos da CIPA.
- g. Coordenar e supervisionar as atividades da Secretaria.
- h. . Delegar atribuições ao Vice-Presidente.

Art. 20º Compete ao Vice-Presidente:

- a. Executar as atribuições que lhe foram delegadas;
- b. Substituir o Presidente nos impedimentos eventuais e definitivos ou nos afastamentos temporários;

Art. 21º Compete ao Secretário:

- a. Elaborar as atas de reuniões, registrando-as em livros próprios;
- b. Entregar as correspondências;

- c. Manter arquivo, sala, material em ordem;
- d. 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. 22º Compete a todos os membros, titulares e suplentes, da CIPA:

- a. Participar do planejamento do trabalho e da organização do calendário anual das reuniões;
- b. Participar das reuniões da CIPA, contribuindo com a discussão dos assuntos em pauta, com a elaboração de propostas e nos encaminhamentos;
- c. Investigar os acidentes de trabalho e os casos de doenças profissionais, propondo medidas para correção;
- d. Garantir que todas as atribuições previstas neste Regimento sejam cumpridas durante a respectiva gestão.

Art. 23º Compete aos membros suplentes:

- a. Substituir os titulares em seus impedimentos;
- b. Participar de treinamentos, reuniões mensais, discussões, semana interna de 7 prevenção de acidentes e outros encontros correlatos, quando convocados para as mesmas, sendo passíveis das mesmas sanções impostas aos titulares;
- c. Direito a voto, nas reuniões em que participar, salvo nos casos de desempate.

## CAPÍTULO V.

## DO FUNCIONAMENTO

Art. 24º As atividades previstas neste regimento interno serão executadas conforme a normatização abaixo:

a. Será previsto um período mensal de pelo menos 20 (vinte) horas dentro da jornada normal de trabalho para que os membros da CIPA percorram os locais de trabalho para levantamento de riscos e condições nocivas a saúde.

b. 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.

c. As reuniões da CIPA deverão ocorrer ordinariamente uma vez por mês, ou extraordinariamente nos casos previstos neste regimento, no horário normal de expediente, com quórum mínimo de 50% (cinquenta por cento) mais um dos membros em primeira convocação. Haverá uma segunda convocação, 30 (trinta) minutos, sem necessidade de quórum mínimo.

d. As reuniões da CIPA terão atas assinadas pelos presentes com encaminhamento de cópias para o Senhor Prefeito, Secretário de Administração, SESMT, demais Secretarias e Membros da Comissão, assim como fixadas em quadro de avisos para conhecimento dos trabalhadores. As atas deverão ser assinadas por todos os servidores presentes em reunião.

e. Reuniões extraordinárias deverão ser realizadas quando:

Houver denúncia de situação de risco grave e iminente que determine aplicação de medidas corretivas de emergência;

i. Ocorrer acidente de trabalho grave ou fatal;

Houver solicitação expressa de uma das representações.

- ii. 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.
  
- g. Os membros da CIPA terão livre acesso as dependências aos órgãos municipais para divulgação dos programas e trabalhos;
  
- h. O membro titular perderá o mandato, sendo substituído por suplente, quando faltar a mais de quatro reuniões ordinárias sem justificativa.
  
- i. Estarão excluídos membros que sem justificativa plausível, não comparecerem em pelo menos 50 (CINQUENTA) por cento das palestras previstas no artigo 3º, inciso XIV

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. Nestes casos, se estudará a possibilidade de horário alternativo à realização das reuniões.

## CAPÍTULO VI.

### A FORMAÇÃO

Art. 25º A Administração deverá promover Curso de Capacitação aos membros titulares e suplentes da CIPA, devendo o mesmo ser finalizado até 30 (trinta) dias após a posse.

PARAGRÁFO UNÍCO: As atividades de formação serão estabelecidas pelo SESMT e Administração, ouvindo os Membros da CIPA e Sindicato da Categoria.

Art. 26º O Curso de capacitação da CIPA deverá ter no mínimo 20 (vinte) horas e deverão contemplar obrigatoriamente pelo menos os seguintes conteúdos:

- a. Características do ambiente, das condições e processos de trabalho e seus impactos na saúde física e psíquica dos trabalhadores;
- b. Metodologia de investigação e análise de acidentes e doenças do trabalho;
- c. Noções sobre as legislações trabalhistas e previdenciárias relativas à saúde e segurança no trabalho;
- d. Organização e funcionamento da CIPA e outros assuntos necessários ao exercício das atribuições da Comissão.
- e. AIDS e outras DST (Doenças Sexualmente Transmissíveis) – orientações.
- f. Outros temas a critério dos profissionais.

## CAPÍTULO VII.

### DAS GARANTIAS

Art. 27º 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. 28º 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. 29º Os membros da CIPA exercerão suas atribuições dentro da jornada de trabalho. Acrescentam-se ainda nos casos de reuniões extraordinárias:

- a. Quando houver denuncia de risco grave e iminente que determine aplicação de medidas corretivas de emergência,
- b. Ocorrer acidente de trabalho grave ou fatal;
- c. Houver solicitação expressa de uma das representações;

Art. 30º Os membros da CIPA têm livre acesso aos locais de trabalho.

Art. 31º 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.

## CAPÍTULO VIII.

### DO PROCESSO ELEITORAL

Art. 32º A Administração Pública 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. 33º A Administração Pública estabelecerá mecanismos para comunicar o início do processo eleitoral ao Sindicato.

Art. 34º O Presidente e o Vice-Presidente da Comissão constituirão dentre seus membros, no prazo mínimo de 50 (cinquenta) dias antes do término de seus mandatos a Comissão Eleitoral 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.

Art. 35º O processo eleitoral obedecerá às seguintes condições:

- a. Publicação e divulgação de edital em locais de fácil acesso e visualização no prazo mínimo de 45 (quarenta e cinco) dias antes do término do mandato em curso;
- b. Inscrição e eleição individual, sendo que o período mínimo para inscrição será de 15 (quinze) dias;
- c. Liberdade de inscrição para todos os trabalhadores da Prefeitura Municipal, 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;
- d. A Secretaria de Administração, através da Coordenadoria Executiva de Recursos Humanos deverá atestar o vínculo do trabalhador com o Poder Executivo, notificando o participante dos motivos legais do seu impedimento quando ocorrer, dando parecer pela legitimidade ou não da pretensão, de acordo com edital pré-definido e pela legislação vigente, que impeça o postulante da candidatura a se inscrever;
- e. Garantia de emprego para todos os inscritos até a eleição;
- f. Eleição no prazo de 30 (trinta) dias antes do término do mandato da CIPA;
- g. Realização da eleição nos turnos de trabalho possibilitando que participe a maioria dos trabalhadores; 10 VIII. Voto secreto; proibido qualquer manifestação de candidatos nos locais de eleição.



- h. Apuração dos votos em horário normal de trabalho, com acompanhamento dos representantes dos trabalhadores, e, da Administração Pública a ser definido pela Comissão Eleitoral.
- i. Guarda pela Administração Pública de todos os documentos relativos ao processo eleitoral por um período de no mínimo 05 (cinco) anos.
- j. Havendo a participação inferior a 50% (cinquenta por cento) dos trabalhadores, nova eleição deverá ser marcada e ocorrerá no prazo máximo de 10 (dez) dias. Não é permitida a busca de faltosos para atingir votos necessários.
- k. 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.
- l. Nova eleição poderá ser convocada no prazo máximo de 05 (cinco) dias, de acordo com parecer do Ministério do Trabalho e Emprego e prorrogar-se-á o mandato dos membros até a nova posse.
- m. 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 na municipalidade.
- n. 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.

### **10.1.9.3. 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 pela ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO, para o primeiro ano do Contrato de Gestão será validado na primeira reunião ordinária da referida comissão e será anexado à respectiva ata.

ATIVIDADE	CRONOGRAMA ANUAL											
	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	12º
Reunião Ordinária												
Convocação inscrições de Eleição												
Constituição da Comissão Eleitoral												
Publicação e Divulgação de Edital												
Realização da eleição												
Instalação e Posse da CIPA												

#### 10.1.9.4. COMISSÃO PADRONIZAÇÃO DE MATERIAIS MÉDICO HOSPITALARES

A Comissão de Padronização de Materiais Médico Hospitalares terá a função de padronizar os materiais médico-hospitalares na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA, seguindo as peculiaridades e complexidades de atendimento, pautada em evidência científica, promovendo assim o uso adequado destes materiais. Além disso, avaliará juntamente com o Núcleo de Qualidade os riscos além de coordenar a pré-qualificação dos fornecedores para que os mesmos possam participar do processo de compra e

alinhamento com as padronizações dos processos de trabalho assistenciais multiprofissional como Protocolos e Procedimentos Operacionais Padrão – POPs.

Será também responsável pelas ações voltadas à Tecnovigilância que é o sistema de vigilância de eventos adversos e queixas técnicas de produtos para a saúde na fase de pós-comercialização, com vistas a recomendar a adoção de medidas que garantam a proteção e a promoção da saúde da população. A Tecnovigilância visa à segurança sanitária de produtos para saúde pós-comercialização (Equipamentos, Materiais, Artigos Médico-Hospitalares, Implantes e Produtos para Diagnóstico de Uso "in-vitro").

#### 10.1.9.4.1. CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DA COMISSÃO PADRONIZAÇÃO DE MATERIAIS MÉDICO HOSPITALARES

O Cronograma de Atividade Anual da Comissão de Padronização de Materiais Médico Hospitalares, proposto pela ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO, para o primeiro ano do Contrato de Gestão será validado na primeira reunião ordinária da referida comissão e será anexado à respectiva ata.

DESCRIÇÃO	MÊS												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Constituição da Comissão													
Elaborar / Revisar a padronização de materiais médico hospitalares													
Estabelecimento de normas e diretrizes para o uso racional e seguro dos materiais, bem como sua solicitação e dispensação													

Ações educativas e preventivas para as equipes											
Reuniões Ordinárias											

## 10.1.10. COMISSÃO DE MORTALIDADE MATERNA

### CAPÍTULO I.

#### DAS DISPOSIÇÕES

Art. 1º. A Comissão de Mortalidade Materna é um organismo de natureza multidisciplinar que visa identificar todos os óbitos maternos ocorridos no Serviço de Saúde entre as mulheres em idade fértil, de 10 a 49 anos.

Parágrafo único: A atuação da Comissão é técnico-científica, sigilosa, não coercitiva ou punitiva, com função eminentemente educativa.

Art. 2º. É considerado óbito materno aquele ocorrido durante a gestação, ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, causado por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela.

Parágrafo único: É considerado óbito materno tardio aquele que ocorre em um período superior a 42 (quarenta e dois) dias, após o término da gestação, e inferior a um ano, após o fim da gestação.

Art. 3º. O instrumento para notificação compulsória e também para embasamento das investigações é a Declaração de Óbito (DO), que deve ser preenchida conforme a Portaria n.º 474, de 31 de agosto de 2000, da Fundação Nacional de Saúde, que regulamenta o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

Art. 4º. As decisões emanadas da Comissão de Estudo da Mortalidade Materna serão encaminhadas a Gestão Geral da Instituição para as providências subsequentes.

Parágrafo único: As diretrizes para as ações investigatórias e educativas, visando à redução da mortalidade materna, serão definidas nas reuniões da Comissão e desencadeadas pelo membro designado presidente.

## **CAPÍTULO II.**

### **DAS FINALIDADES**

Art. 5º. São finalidades da Comissão:

- I. Divulgar a necessidade de funcionamento da Comissão;
- II. Reunir dados levantados em nível institucional, promovendo avaliações contínuas das mudanças nos índices de mortalidade materna e dos fatores que as provocam;
- III. Elaborar relatório analítico anualmente;
- IV. Estimular as autoridades competentes a atuar sobre o problema, tomando as devidas medidas.

## **CAPÍTULO III.**

### **DA COMPOSIÇÃO E MANDATO**

Art. 6º. A Comissão, multidisciplinar e multiprofissional, será composto por membros do quadro funcional da Instituição podendo ser alterado de acordo com as peculiaridades e complexidade institucional e será nomeado em portaria pela gestão geral:

- I. O diretor Clínico/Chefe Médico, como presidente;
- II. O responsável pelo Serviço de Medicina Fetal e Gestação de Alto Risco como investigador e presidente substituto;
- III. Médico do Serviço de Obstetrícia como investigador substituto;
- IV. Um responsável pelo Serviço de Admissão e Alta;
- V. Um Enfermeiro Responsável pelo Serviço de Enfermagem da Ginecologia e Obstetrícia;
- VI. Um representante do Setor de Vigilância em Saúde;
- VII. Um representante do Núcleo de Vigilância Epidemiológica;

Art. 7º. Os membros exercerão seus mandatos num período de 2 (dois) anos, sem receber qualquer tipo de remuneração adicional, considerando-se o relevante interesse público pertinente às atribuições exercidas pelos mesmos.

§ 1º. A substituição de membros dar-se-á por portaria da Gestão Geral para o tempo que restar do mandato.

§ 2º. A ausência de um membro da Comissão a 3 (três) reuniões consecutivas, ao longo de um mesmo ano, sem justificativa, implicará perda do mandato.

#### **CAPÍTULO IV.**

##### **DAS COMPETÊNCIAS**

Art. 8º. Compete a Comissão:

- I. Investigar e diagnosticar a mortalidade de mulher em idade fértil na Instituição;
- II. Enviar os documentos da investigação e os seus resultados a Secretária Municipal de Saúde;
- III. Criar medidas para evitar a mortalidade de mulheres em idade fértil na Instituição;
- IV. Disponibilizar os resultados obtidos dos trabalhos desenvolvidos para todas as instituições e órgãos competentes, que possam intervir na redução de morte materna;
- V. Verificar e zelar pelo correto preenchimento dos prontuários e documento de óbito no estabelecimento;
- VI. Atender às solicitações de esclarecimento das Secretarias Municipal e Estadual de saúde, quando necessário.

#### **CAPÍTULO V.**

##### **DAS REUNIÕES/FUNCIONAMENTO**

Art. 9º. As reuniões serão realizadas em caráter ordinário mensalmente, em dia, local e horário pré-estabelecidos, de acordo com a conveniência de seus membros.

Art. 10º. As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo Presidente ou a pedido de qualquer membro da Comissão.

Art. 11º. As reuniões serão realizadas com a presença da metade mais um dos membros da Comissão.

Art. 12º. De cada reunião será lavrada ata, incluindo assuntos discutidos, decisões tomadas e lista de presença.

Art. 13º. As deliberações da Comissão serão consubstanciadas em relatórios endereçados a Gestão Geral da Instituição.

#### **CAPÍTULO VI.**

## **DAS ATRIBUIÇÕES**

Art. 14º. São atribuições do presidente da Comissão ou que decorram de suas funções ou prerrogativas:

- I. Instalar a Comissão e presidir suas reuniões;
- II. Indicar seu vice-presidente e o secretário;
- III. Representar a Comissão em suas relações internas e externas;
- IV. Participar nas discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito do voto de desempate;
- V. Indicar membros pertencentes ou não a Comissão para realização de estudos, levantamentos e emissão de pareceres necessários à consecução da finalidade da Comissão.

Art. 15º. São atribuições dos demais membros da Comissão:

- I. Estudar e relatar, nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes forem atribuídas pelo Presidente;
- II. Comparecer às reuniões, proferir voto ou pareceres;
- III. Requerer votação de matéria em regime de urgência;
- IV. Executar tarefas que lhes forem atribuídas pelo Presidente;
- V. Apresentar proposições sobre as questões atinentes a Comissão.

Art. 16º. Caberá ao secretário da Comissão:

- I. Organizar a ordem do dia;
- II. Receber e protocolar os processos e expedientes;
- III. Manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser reexaminados nas reuniões da Comissão;
- IV. Providenciar o cumprimento das diligências determinadas;
- V. 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;
- VI. Lavrar e assinar as atas de reuniões da Comissão;
- VII. Elaborar relatório mensal das atividades da Comissão;
- VIII. Providenciar, por determinação do Presidente, a convocação das sessões ordinárias e extraordinárias, que deverá conter a pauta das reuniões;

- IX. Providenciar o cálculo da taxa de mortalidade materna mensalmente e encaminhar ao Setor de Qualidade e Gestão Geral da Instituição;
- X. Realizar outras funções determinadas pelo presidente, relacionadas ao serviço.

## **CAPÍTULO VII.**

### **DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

- Art. 17º. A responsabilidade da Gestão Geral é garantir a infra-estrutura necessária para o funcionamento da Comissão.
- Art. 18º. A Comissão deverá estar vinculada às Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde de forma a obter o apoio técnico-administrativo essencial ao exercício de suas funções.
- Art. 19º. Os casos omissos deste Regimento serão discutidos e resolvidos pela Comissão.

### **10.1.11. COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS SÓLIDOS DE SAÚDE**

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

A Comissão de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Saúde terá a finalidade de organizar as regras de manipulação, gerenciamento, orientação, armazenamento, recolhimento, bem como de transporte dos resíduos gerados na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA.

A referida comissão também será responsável pela elaboração, cumprimento e atualização, bem como a respectiva implementação, do PGRSS – Plano de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde.



A Comissão de Gerenciamento de Resíduos, será composta por equipe multidisciplinar abrangendo minimamente e obrigatoriamente, responsáveis pelos serviços de:

- I. Higiene e Limpeza;
- II. Farmácia;
- III. Manutenção;
- IV. Administração;
- V. Enfermagem;
- VI. Laboratório;
- VII. Imagem;
- VIII. Nutrição e Dietética.

#### **10.1.11.2. PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO**

##### **CAPÍTULO I.**

##### **DA COMPOSIÇÃO E COMPETÊNCIA**

Art. 1º. A Comissão de Resíduos na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA é um órgão colegiado de caráter deliberativo, instituído com a finalidade de organizar as regras de manipulação, gerenciamento, orientação, armazenamento, recolhimento, bem como de transporte dos resíduos gerados na Unidade.

Art. 2º. A Comissão será composta por membros nomeados pela Diretoria Geral.

Art. 3º. Competências:

- I. Normatizar as rotinas de armazenamento e descarte de todos os tipos de resíduos gerados na Instituição;
- II. Coordenar a elaboração do plano de gerenciamento de resíduos da instituição adequando-o às formas da lei específica;
- III. Coordenar a elaboração e implantação das normas de segurança para manipulação e transporte dos resíduos, supervisionando o cumprimento destas;
- IV. Orientar a comunidade da unidade no que tange a manipulação de resíduos;
- V. Em caso de acidente envolvendo resíduos, tomar decisões visando minimizar os impactos e avaliar se a causa foi desinformação ou negligência;
- VI. Divulgar à comunidade a política de gerenciamento de resíduos e manter uma rotina de educação e orientação quanto ao gerenciamento dos resíduos gerados na instituição por meio de cursos, manuais, palestras, vídeos, cartazes, etc.;
- VII. Representar a instituição junto a institutos, órgãos de controle sanitário e limpeza pública e outros ligados ao gerenciamento de resíduos;
- VIII. Estabelecer um programa de atividades e metas para o gerenciamento dos resíduos definindo prazos a serem cumpridos;
- IX. Estabelecer critérios de fiscalização do cumprimento das atividades descritas no Plano de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços e Saúde – PGRSS;
- X. Instituir Grupos de Trabalho;

XI. Avaliar e deliberar acerca das recomendações expedidas pelos Grupos de Trabalho.

Art. 4º. Ao Presidente da Comissão de Resíduos, indicado pelo Diretor, compete:

- I. Presidir as reuniões, coordenar os debates, tomar votos e votar;
- II. Emitir votos de qualidade, nos casos de empate;
- III. Convocar as reuniões ordinárias e extraordinárias;
- IV. Cumprir e fazer cumprir o regimento.

Parágrafo único – O Presidente da Comissão poderá ser substituído, por ato de ofício do Reitor, ou mediante solicitação encaminhada pelos membros da Comissão contendo indicação do substituto.

Art. 5º. Compete aos membros da Comissão:

- I. Participar das reuniões, debatendo e votando as matérias em exame;
- II. Encaminhar quaisquer matérias que tenham interesse de submeter à Comissão devendo estas serem entregues à secretaria da Comissão com antecedência mínima de 72 (setenta e duas) horas da reunião;
- III. Requisitar à Secretaria da Comissão de Resíduos e aos demais membros informações que julgarem relevantes para o desempenho de suas atribuições.

Art. 6º. Compete à Secretaria Comissão:

- I. Preparar as pautas, secretariar e agendar as reuniões da Comissão;
- II. Preparar as atas das reuniões, submetendo-as à aprovação dos demais membros;
- III. Expedir ato de convocação;
- IV. Executar outras atividades que lhe sejam atribuídas pela Comissão;
- V. Cumprir e fazer cumprir este Regimento.

## CAPÍTULO II.

### DAS REUNIÕES E DELIBERAÇÕES

Art. 7º. As reuniões ordinárias da Comissão de Resíduos serão realizadas na última sexta-feira útil de cada mês, em dia, hora e local designados com antecedência mínima de 4 (quatro) dias úteis.

§ 1º. Cada membro da Comissão deverá ser convocado, sendo que a pauta deverá ser divulgada aos mesmos, com antecedência mínima de 4 (quatro) dias úteis.

§ 2º. Caso a reunião ordinária não seja convocada pelo Presidente da Comissão, qualquer membro poderá fazê-lo, desde que transcorridos 7 (sete) dias do prazo previsto neste artigo.

§ 3º. A ata será divulgada aos membros até 7 (sete) dias úteis após a data da reunião.

Art. 8º. As reuniões ordinárias poderão ser complementadas com reuniões extraordinárias, podendo estas ocorrerem a qualquer tempo, por convocação do Presidente da Comissão ou de 1/3 (um terço) de seus membros.

§ 1º. Para a convocação de que trata este artigo, é imprescindível a apresentação de comunicado à Secretaria-Executiva da Comissão, acompanhado de justificativa.

§ 2º. Caberá à Secretária-Executiva a adoção das providências necessárias à convocação da reunião extraordinária, que se realizará no prazo máximo de 7 (sete) dias úteis a partir do ato de convocação.

Art. 9º. As deliberações da Comissão deverão ser tomadas com “quórum” mínimo de maioria simples dos presentes, cabendo ao Presidente o voto de qualidade, para pautas previamente especificadas.

§ 1º. Para a deliberação de pautas previamente especificadas, não estando presentes o “quórum” mínimo, a votação iniciará 15 minutos após o horário designado para a reunião.

§ 2º. Para assuntos gerais, a reunião será instalada com qualquer “quórum”.

§ 3º. As decisões normativas terão a forma de resolução numeradas de forma sequencial e divulgadas em veículo interno de grande circulação.

§ 4º. É obrigatória a confecção de atas das reuniões, devendo as mesmas serem arquivadas na Secretaria para efeito de consulta.

### CAPÍTULO III.

#### DOS GRUPOS DE TRABALHO

Art. 10º. Dadas as especificidades e urgências dos assuntos em pauta, poderão ser criados Grupos de Trabalhos específicos, visando ao aprofundamento e encaminhamento de propostas à Comissão.

Art. 11º. Os Grupos de Trabalho terão agenda própria, preservadas as datas das reuniões regulares da comissão.

Art. 12º. Os Grupos de Trabalho deverão eleger, entre seus membros, um Coordenador.

Art. 13º. Os Grupos de Trabalho deverão apresentar, semestralmente, um relatório de suas atividades, para que a Comissão avalie o andamento dos trabalhos.

Art. 14º. As decisões dos grupos não poderão ser aplicadas sem homologação da maioria dos membros da Comissão em reunião ordinária.

Art. 15º. Os grupos poderão, a seu critério, convidar pessoas que possam colaborar para otimizar os trabalhos internos.

Parágrafo Único - Será permitida a participação dos colaboradores, a título de convidados, com direito a voz, e sem direito a voto.

Art. 16º. Os grupos de trabalho poderão ter no máximo 04 (quatro) membros da comissão, sendo que estes deverão solicitar sua inclusão em um dos grupos.

Art. 17º. Os trabalhos dos grupos terão sua duração fixada pela Comissão, a qual poderá, ainda, determinar a alteração da composição dos mesmos, conforme sua conveniência.

Art. 18º. Os membros que faltarem a três reuniões ordinárias consecutivas ou 05 (cinco) intercaladas, sem justificativa, serão automaticamente excluídos da Comissão.

## CAPÍTULO IV.

### DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 19º. Considerando a urgente necessidade da Administração, ficam desde já instituídos os seguintes Grupos de Trabalho:

- I. GT - Infectantes;
- II. GT - Químicos;
- III. GT - Radioativo;
- IV. GT - Comuns;
- V. Recicláveis.

Art. 20º. Os casos omissos e as dúvidas suscitadas quando à aplicação deste Regimento Interno serão dirimidas pela Comissão de Resíduos reunidos com a maioria simples de seus membros.

Art. 21º. A presente resolução em vigor na data de sua aprovação em reunião da Comissão de Resíduos.

### 10.1.11.3. 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 Gerenciamento de Resíduos, proposto pela ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO, para o primeiro ano do Contrato de Gestão será validado na primeira reunião ordinária da referida comissão e será anexado à respectiva ata.

ATIVIDADE	CRONOGRAMA ANUAL											
	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	12º
Reunião da Comissão		■		■		■		■		■		■
Constituição da Comissão	■	■										
Elaboração e Descrição do programa de atividades e metas para o gerenciamento dos resíduos, bem como PGRSS da Unidade		■	■	■								
Implementação do PGRSS				■	■	■						
Gerenciamento do cumprimento do PGRSS				■	■	■	■	■	■	■	■	■
Ações preventivas e educativas para a equipe			■		■		■		■		■	

### 10.1.11.14. GRUPO DE TRABALHO DE HUMANIZAÇÃO

Os Grupos de Trabalho de Humanização – GTH serão implantados pela ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES,

Rua Coronel Manoel Roberto Barbosa, 923 – Centro – Presidente Bernardes – São Paulo – SP  
CEP: 19300-000



PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA. Serão espaços coletivos organizados, participativos e democráticos, que se destinam a instaurar uma política institucional de resgate da humanização na assistência à saúde, em benefício dos usuários e dos profissionais de saúde.

## I. COMPOSIÇÃO DOS GTHS

Os Grupos de Trabalho de Humanização Hospitalar possuirão participação eqüitativa de representantes das diferentes categorias profissionais, campos disciplinares e graus hierárquicos da instituição: representantes da direção/gestão, da chefia dos setores e serviços, dos médicos, técnicos (assistentes sociais, psicólogos, agentes da enfermagem, encarregados técnico-administrativos) e pessoal de apoio (segurança, limpeza, cozinha etc).

## II. ATRIBUIÇÕES DOS GTHS

- Liderar o processo de humanização;
- Traçar estratégias de comunicação/integração entre setores;
- Avaliação de projetos em desenvolvimento ou a serem desenvolvidos de acordo com os parâmetros de humanização propostos;
- Promover fluxo de propostas e deliberações;
- Apoiar e divulgar as iniciativas de humanização em desenvolvimento;
- Estimular a participação da comunidade e de entidades da sociedade civil nas ações de humanização das Instituições de Saúde;

- Promover a interação com o gestor municipal (agenda de ações);
- Estabelecer os padrões de atendimento ao usuário;
- Coordenar voluntariado;
- Participar dos encontros de humanização.

### III. ENCONTROS DA PHAS

Encontros habituais entre as instituições para troca de experiências, bem como promover a discussão e reflexão frente às facilidades e dificuldades na construção do processo de humanização em busca de soluções para os conflitos.

### IV. IMPLANTAÇÃO

Será implantado 5 (cinco) passos para o desenvolvimento de um processo de humanização dos serviços de saúde.

#### • 1º - SENSIBILIZAR A GESTÃO

##### a. Objetivos:

- Sensibilizar a direção da instituição para a importância e os benefícios da humanização dos serviços de saúde.
- Obter apoio da direção para a implantação e a sustentação permanente das ações de humanização.

- Metodologia sugerida:
  
- Estimular a reflexão conjunta sobre a questão da humanização e a realidade institucional em termos da humanização dos serviços de saúde.
  
- Estratégias sugeridas:
  
- Discutir o manual da PHAS;
  
- Discutir o conceito de humanização da PHAS.
  
- Apresentar a Proposta da PHAS
  
- Descentralizar as ações da PHAS
  
- 2º - CONSTITUIR GRUPOS DE TRABALHO DE HUMANIZAÇÃO (GTH)
  
- a. Objetivo:
  - Constituir um GTH composto por profissionais de diferentes categorias e graus hierárquicos (direção, área clínica, área operacional etc.), comprometidos com a ideia de humanização.
  
  - Metodologia sugerida:
  
  - Identificar e convidar as lideranças de cada setor para participar da criação do GTH.

- Definir os integrantes do GTH.
- Elaborar o regulamento interno de formação, coordenação e funcionamento do GTH.
- Escolher um coordenador para o GTH.
- Estratégias sugeridas:
  - Promover discussão em grupos.
  - Realizar oficinas.
  - Realizar reuniões por setores e serviços.
  - Organizar assembleias.
- 3º - REALIZAR DIAGNÓSTICO SITUACIONAL QUANTO AOS SERVIÇOS HUMANIZADOS
  - a. Objetivo:
    - Criar uma cultura de humanização e uma filosofia organizacional humanizada.
    - Reconhecer as potencialidades e as deficiências da instituição em termos da humanização dos serviços e de outras questões correlatas (ver parâmetros de humanização).

- Metodologia sugerida:
  
- Analisar a configuração organizacional.
  
- Levantar as iniciativas de cunho humanizador desenvolvidas.
  
- Utilizar os parâmetros de humanização propostos pela Phas para avaliar as relações interpessoais profissional- usuário e as ações de humanização.
  
- Delinear um diagnóstico preliminar da humanização, através do levantamento das potencialidades e deficiências relativas à humanização do atendimento e das relações de trabalho.
  
- Mapear os desafios a serem enfrentados.
  
- Estratégias sugeridas:
  
- Levantar informações sobre a história do local prestador de serviços, assim como dos problemas de seu desenvolvimento e de seu estado atual.
  
- Traçar as características, como frequência de atendimentos e de operações médicas e cirúrgicas, número de leitos, número e qualificação dos funcionários, qualidade das instalações e equipamentos, serviços oferecidos, programas específicos em andamento, plano de cargos e salários, epidemiologia etc.
  
- Visitar os diversos setores e serviços.
  
- Dar atenção especial à porta de entrada e avaliar os problemas ali encontrados.

- Aplicar pesquisa sobre satisfação dos usuários e dos profissionais de saúde.
- Levantar as carências e potencialidades por setores e serviços.
- Mapear as iniciativas de humanização em vigência.
- 4º - ELABORAR E IMPLANTAR PLANO OPERACIONAL DE AÇÃO DE HUMANIZAÇÃO
  - a. Objetivos:
    - Elaborar um plano de ação de humanização de curto, médio e longo prazo, levando em consideração as prioridades e as necessidades específicas, bem como as ações de humanização já existentes.
    - Implantar o plano de ação de humanização.
    - Metodologia sugerida:
      - Usar uma metodologia participativa, em duas direções correlacionadas: a humanização do atendimento ao usuário e a humanização do trabalho do profissional de saúde.
      - Articular o plano de humanização proposto com as iniciativas já existentes.
      - Estratégias sugeridas:

- Promover reuniões do GTH para estabelecimento de prioridades, metas e ações, segundo os parâmetros de humanização propostos pelo PHAS.
- Ampliar e institucionalizar as iniciativas já existentes.
- Apresentar formalmente o plano de humanização às chefias constituídas e ao coletivo de profissionais.
- Discutir a implantação do plano operacional de humanização por setores e serviços, de forma a obter o compromisso e a participação ativa do maior número de pessoas.
- Desenvolver um processo de comunicação e reflexão sobre a dinâmica institucional e a dinâmica das relações de trabalho.
- Construir redes internas de comunicação (ouvidoria, banco de ideias etc).
- Divulgar, para todos, as iniciativas de humanização existentes e a serem desenvolvidas.
- Preparar material e espaços de divulgação (boletins, cartazes, bottons, faixas, murais, eventos, jornadas).
- Estimular a participação da comunidade em eventos, ações e campanhas de humanização.
- Desenvolver parcerias com instituições públicas e privadas e com movimentos comunitários.

- Construir com todos os setores os Padrões de atendimento da instituição
  
- 5º - AVALIAÇÃO DE RESULTADOS DA IMPLANTAÇÃO DO PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO
  - a. Objetivos:
    - Avaliar permanentemente as ações de humanização em desenvolvimento e as novas propostas de humanização dos serviços.
  
    - Redirecionar as ações de humanização, a partir dos resultados alcançados e do grau de envolvimento dos vários setores e serviços.
  
    - Avaliar o desempenho do GTH em termos de seus objetivos e funções.
  
    - Avaliar a participação no Prêmio Humaniza saúde”.
  
    - Metodologia sugerida:
      - Analisar as dificuldades e erros.
  
      - Identificar oportunidades de melhoria.
  
      - Realizar pesquisa de satisfação entre profissionais e usuários.
  
      - Estratégias sugeridas:
        - Avaliar as ações a partir dos parâmetros de humanização da PHAS.



## **10.2. SEGURANÇA DO PACIENTE**

### **10.2.1. AÇÕES PREVISTAS PELA PORTARIA 529/GM/MS - PROGRAMA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE**

As ações previstas para implantação e implementação estabelecerá o Programa Nacional de Segurança do Paciente implementada pela ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA e seguirá como premissas prioritárias para o desenvolvimento das ações a instituição de:

- I. Núcleo de Segurança do Paciente.
- II. Instituição dos Protocolos prioritários para Segurança do Paciente, seguindo as 6 (seis) Metas Internacionais de Segurança do Paciente.

### **10.2.2. PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE E GESTÃO DE RISCO**

Inicialmente, para entender a relação entre o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde e a Gestão de Riscos será essencial apresentar os conceitos de qualidade e a segurança do paciente que nortearão a nossa discussão. Nesse sentido, pode-se dizer que a qualidade fará parte da gestão de macroprocessos institucionais, aquela que definirá a conduta organizacional, da qual serão originados o planejamento estratégico e seus objetivos. Já a segurança do paciente, uma das dimensões da qualidade, é parte integrante do planejamento estratégico institucional uma vez que deve ser um dos objetivos estratégicos da instituição, sendo também um elemento de gestão da organização, da cultura organizacional.

A gestão de riscos não pode ser confundida com uma vigilância sanitária de fiscalização de processos. Também não é simplesmente um setor que trata da segurança do paciente.

Trata-se de uma ferramenta de gestão pertinente a vários tipos de serviços que busca reduzir a chance de algum resultado não esperado e negativo acontecer ou, se esse acontecer, que seu impacto seja o menor possível e que não cause danos.

A gestão de riscos, por sua vez, é um método de gestão que deverá ser utilizado em diferentes setores da Unidade para que seja obtida a excelência, resultado esperado quando se trabalha com qualidade nos processos, sejam eles administrativos, financeiros, jurídicos ou assistenciais.

Assim, a gestão de riscos é necessária para a ação, ou seja, é elemento para a ação estratégica que auxiliará a organização em seu planejamento. Na assistência, seu emprego auxiliará sobremaneira a obtenção da segurança do paciente, evitando danos desnecessários e maximizando a obtenção de resultados esperados.

A ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO em sua gestão atuará em ações voltadas a assistência com prevenções de risco ao paciente. Para isso, a gestão irá monitorar todos os indicadores de risco como queda do paciente, erros de medicação, flebites entre outros recomendados pelo Ministério da Saúde para implantações de boas práticas e melhorias contínuas e segurança do paciente.

#### **10.2.2.1. GESTÃO VOLTADA A SEGURANÇA DO PACIENTE**

Para que os planos e ações de segurança das pacientes aconteçam com eficiência A ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO implantará junto ao Núcleo de Qualidade e Capacitação para a implantação da Comissão de Segurança do Paciente e consequente Protocolo de Segurança de Pacientes, objetivando a gestão de risco.

As informações sobre incidentes e queixas técnicas serão encaminhadas pelos diferentes notificadores para o Núcleo de Qualidade e Capacitação, para análise, avaliação, tratamento, comunicação, monitorização e avaliação dos riscos, conforme fluxo de trabalho.

#### **10.2.2.2. PROCESSO DE SEGURANÇA DO PACIENTE**

Para promover a transversalidade que o assunto requer, a gestão da ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO criará uma Comissão de Segurança do Paciente, com estrutura multidisciplinar para elaboração de estratégias para a implantação, implementação e divulgação das ações para melhoria contínua dos processos assistenciais com foco na segurança do paciente.

A Comissão de Segurança do Paciente será um ambiente de discussão das diferentes realidades apresentadas pelas filiais, que será presidido pelo Núcleo de Qualidade e Capacitação.

#### **10.2.2.3. PROTOCOLOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE**

O Núcleo de Segurança do Paciente da MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA, em conformidade com a Portaria 529/2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente, e a RDC 36/2013, que institui as Ações para Segurança do Paciente, adotará como escopo de atuação para os eventos associados à assistência à saúde, as Seis Metas da Organização Mundial da Saúde. são:

1. Identificação do Paciente;
2. Comunicação Efetiva;
3. Segurança na Prescrição e Uso dos Medicamentos de Alta Vigilância;
4. Cirurgia Segura;
5. Higiene das Mãos;

## 6. Prevenção de Quedas.

### 10.3. REGIMENTO INTERNO DA ÁREA CLÍNICO ASSISTENCIAL

### 10.4. REGIMENTO INTERNO DO CORPO CLÍNICO

#### **INTRODUÇÃO:**

Corpo Clínico é o conjunto de médicos que se propõe a assumir solidariamente a responsabilidade de prestar atendimento aos usuários que procuram o estabelecimento de saúde, respeitadas as normas administrativas específicas estabelecidas pela Diretoria Técnica da Instituição de Saúde.

Desta maneira é de fundamental importância o cumprimento deste regimento interno para nortear as ações e tomadas de decisão nas relações internas e também com os pacientes e seus acompanhantes.

#### **OBJETIVO:**

Este Regimento tem por finalidade disciplinar as ações e os serviços de saúde executados, isolada ou conjuntamente, pelos componentes do Corpo Clínico do (incluir nome da Instituição de Saúde) estabelecendo linhas de relacionamento ético e funcional com base nas determinações da Resolução do CFM nº 1481/97 e em consonância com o Regulamento da instituição aprovado em \_\_/\_\_/\_\_ .

#### **METODOLOGIA:**

As rotinas do corpo clínico serão padronizadas a partir de critérios clínico-assistenciais. Tais normas devem ser seguidas usualmente e ser ponto de referência no trabalho de todo o corpo clínico que o compõe.

## **ATRIBUIÇÕES:**

São objetivos do Corpo Clínico:

- I. A realização integrada de ações assistenciais e de atividades preventivas, para a promoção, proteção e recuperação da saúde;
- II. O desenvolvimento de atividades de ensino, treinamento e aprimoramento, para médicos e componentes da equipe multiprofissional de saúde;
- III. A implementação de ações para o controle de qualidade ético-profissional dos serviços prestados.

São objetivos da Diretoria Clínica:

## **DIRETORIA CLÍNICA**

- I. A Diretoria Clínica é o órgão de administração do Corpo Clínico. Integram a Diretoria Clínica: Diretor Clínico, Assistentes Clínicos, Comissão de Ética Médica, Comissões Técnico-Científica, Dirigente de Enfermagem;
- II. O Diretor Clínico, eleito por seus pares, componentes do Corpo Clínico, tem assegurada total autonomia no desempenho de suas atribuições;
- III. O Diretor Técnico tem o direito de interpelar o Corpo Clínico, por meio de seu Diretor Clínico, a fim de sanar questões administrativas;
- IV. O Diretor Clínico será escolhido pelo Diretor Técnico após votação secreta entre os membros efetivos do Corpo Clínico através de lista tríplice;
- V. O mandato do Diretor Clínico terá duração de 4 (quatro) anos, podendo ser reeleito para igual período.

São atribuições do Diretor Clínico:

- I. A formulação, o incremento, o controle e a avaliação das ações e serviços de saúde observando as diretrizes para a Saúde previstas na Constituição Federal;
- II. A responsabilidade ética profissional, perante os Conselhos Regional e Federal de Medicina, Sistema Único de Saúde - SUS, Serviço de Vigilância Sanitária no que se refere às ações e serviços de saúde realizados o âmbito da MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA;
- III. A coordenação da execução das ações de apoio diagnóstico de assistência terapêutica integral, incluindo recuperação e reabilitação, de vigilância sanitária e de vigilância epidemiológica;
- IV. A normatização e a regulamentação ética, disciplinar e funcional do Corpo Clínico.
- V. O estabelecimento de critérios, parâmetros e métodos para a realização de controle e avaliação de qualidade das ações e serviços de saúde desenvolvidos na Instituição de Saúde:
- VI. Encaminhar ao Diretor Técnico solicitações do Corpo Clínico necessárias para o cumprimento de suas competências e fundamentadas nas regulamentações deste regimento e nas normas de fiscalização;
- VII. Convocar e presidir as sessões ordinárias e extraordinárias previstas neste regimento;
- VIII. Representar o Corpo Clínico nas relações com a comunidade e autoridades;
- IX. Credenciar o médico com cadastro apreciado e aprovado, para uma das categorias de médico efetivo do Corpo Clínico, pelo Departamento ao qual se relaciona pela especialidade que exerce.
- X. Orientar as atividades de ensino, treinamento e aperfeiçoamento profissional, técnico e ético dos integrantes do Corpo Clínico;

- XI. Constituir as Comissões Técnico-Científicas;
- XII. Designar os representantes de clínica, dentre os membros efetivos.

Os Assistentes Clínicos terão as seguintes atribuições:

- I. Assistir o Diretor Clínico no desempenho de suas funções;
- II. Prestar assistência aos pacientes utilizando os recursos técnicos disponíveis e servindo-se das diretrizes elaboradas pelos serviços para orientação dos procedimentos médicos;
- III. Cumprir e fazer cumprir o regulamento da instituição e o presente regimento;
- IV. Elaborar planos e programas que visem o desenvolvimento dos trabalhos da Diretoria Clínica;
- V. Elaborar normas técnicas para o estabelecimento de parâmetros e critérios para o controle dos serviços prestados;
- VI. Manter os serviços necessários ao preenchimento das finalidades e possibilidades da Instituição de Saúde;
- VII. Organizar as atividades relativas a atuação médico-assistencial com base em relatórios e recomendações das Divisões e Serviços de Saúde, das Comissões Técnico-Científicas, dos membros da comunidade hospitalar e dos clientes;
- VIII. Elaborar relatórios semestrais sumários de suas atividades.

As Comissões Técnico-Científicas, com exceção da Comissão de Ética Médica, serão constituídas pelo Diretor Clínico da Instituição de Saúde.

As Comissões Técnico-Científicas têm sua composição, organização e funcionamento disciplinados nos respectivos Regimentos Internos.

As Comissões Técnico-Científicas têm por finalidade proporcionar subsídios ao Diretor Clínico no que se refere a:

- I. Protocolos de conduta médica;
- II. Controle de infecção hospitalar;
- III. Normas e procedimentos operacional;
- IV. Registros médicos;
- V. Avaliação de desempenho;
- VI. Farmácia e terapia;
- VII. Qualidade de assistência médica;
- VIII. Credenciamento;
- IX. Procedimentos complexos;
- X. Análise de óbitos.
- XI. As comissões devem ter o caráter multidisciplinar.

Os membros do Corpo Clínico respondem civil, penal e eticamente por seus atos profissionais.

Os médicos que se encontram em pleno direito de exercer a profissão e com habilitações clínicas definidas para atuarem na Instituição de Saúde são distribuídos nas seguintes categorias:

- I. Efetivos;
- II. Temporários;
- III. Consultores;
- IV. Estagiários;
- V. Autônomos.

São membros efetivos os médicos que tenham integrado o grupo de membros temporários pelo período mínimo de 6 (seis) meses e após aprovação do cadastro se



declararem em concordância com todas as exigências inerentes às suas atividades como participante do Corpo Clínico nesta categoria.

São membros temporários os médicos aprovados pelo Diretor Clínico para internar seus pacientes no (incluir nome da Instituição de Saúde), podendo voluntariamente seguir os protocolos de conduta estabelecidos pelo Corpo Clínico para as áreas de sua habilitação.

O período para solicitação de cadastramento como membro efetivo do Corpo Clínico não poderá exceder à 12 (doze) meses.

São membros consultores os médicos de reconhecida capacidade técnica, que aceitam colaborar com o Corpo Clínico quando solicitado pelo Diretor Clínico, na forma deste Regimento.

São membros estagiários (residentes, estrangeiros etc.) os médicos devidamente inscritos no Conselho, vinculados à uma programação de ensino e treinamento, sob supervisão de membro efetivo do Corpo Clínico, com ou sem ônus para a Instituição.

Os programas de ensino e treinamento médico devem ser homologados pelo Diretor Clínico.

São membros autônomos os médicos autorizados pelo Diretor Clínico a atuarem atendendo, dentro do estabelecimento, clientela privada ou de convênios próprios, recebendo seus honorários desvinculados da instituição.

Por autorização do Diretor Clínico, médico não integrante do Corpo Clínico poderá prestar atendimento a pacientes internados em caráter eventual ou especial. Nessa situação, deverá respeitar as normas administrativas da instituição, sendo assessorado no atendimento por médico efetivo.

Todas as solicitações para credenciamento serão feitas por escrito e enviadas para apreciação em formulário próprio.

São pré-requisitos para credenciamento:

- I. Atuação como membro temporário do Corpo Clínico há pelo menos 6 (seis) meses;
- II. Competência, experiência e atualização comprovadamente relevantes;
- III. Estado de saúde assegurando que o candidato seja capaz de desempenhar as habilitações clínicas requeridas;
- IV. Cabe a Diretoria a exigência da documentação necessária para instruir o processo de ingresso no Corpo Clínico.

Aos membros efetivos do Corpo Clínico compete privativamente:

- I. Votar e ser votado;
- II. Integrar e presidir comissões;
- III. Representar clínicas e/ou serviços.

As atividades dos médicos do Corpo Clínico serão organizadas em serviços com regimentos próprios.

Cada serviço terá um médico efetivo como representante e responsável pelo planejamento, organização, supervisão técnica e controle das atividades assistenciais previstas no Regimento.

Ao representante do serviço compete:

- I. Supervisionar e organizar tecnicamente o serviço garantindo assistência de qualidade aos pacientes;

- II. Promover a elaboração de diretrizes de orientação dos procedimentos médicos para as situações mais frequentes no serviço;
- III. Identificar, analisar e propor solução para as situações de não conformidade verificadas, registrando sua ocorrência e comunicando ao Diretor Clínico.

As transgressões a este Regimento e ao Regulamento da instituição, cometidas por membros do Corpo Clínico, sujeitam os infratores as seguintes penas disciplinares:

- I. Advertência escrita reservada.
- II. Suspensão temporária do credenciamento.
- III. Descredenciamento.

A competência para aplicação das penalidades é dos Diretores Técnico e Clínico, ouvido o Corpo Clínico.

No caso de indício de infração ética, será notificada a Comissão de Ética para as providências cabíveis.

A aplicação da penalidade de descredenciamento será precedida de sindicância ou processo administrativo disciplinar.

As reuniões serão convocadas por escrito com antecedência mínima de 10 (dez) dias úteis e acompanhadas da respectiva pauta.

As reuniões ordinárias serão realizadas pelo menos uma vez a cada 30 (trinta) dias, sob a presidência do Diretor Clínico.

As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo Diretor Clínico, pelo Diretor Técnico ou por convocação de 50% dos membros efetivos do Corpo Clínico.

As reuniões serão lavradas em livro de atas autenticado para tal fim.

Será vedado o voto por procuração.

As questões de ordem e os casos omissos serão resolvidos pelo Diretor Clínico.

## **10.5. REGIMENTO INTERNO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM**

### **INTRODUÇÃO:**

O serviço de enfermagem tem seu foco voltado aos princípios de integralidade, priorizando as ações preventivas, multidisciplinar e humanizada na área de saúde, para o atendimento às necessidades da comunidade na promoção da qualidade de vida.

Desta maneira é de fundamental importância o cumprimento deste regimento interno para nortear as ações e tomadas de decisão nas relações internas e também com os pacientes e seus acompanhantes.

### **OBJETIVO:**

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

### **METODOLOGIA:**

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

## **ATRIBUIÇÕES:**

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

### **ENFERMEIRO GESTOR**

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

- XI. Garantir que a estrutura física do setor esteja dentro dos padrões estabelecidos pela Vigilância Sanitária e reportar as não conformidades que tenham impacto na segurança clínica e ocupacional;
- XII. Acompanhar o descarte de resíduos praticado pela equipe de enfermagem e estabelecer ações de melhoria, sempre que necessário;
- XIII. Definir estoque máximo, mínimo de materiais e medicamento, assim como periodicidade de abastecimento;
- XIV. Acompanhar a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos do setor;
- XV. Gerenciar o preenchimento dos documentos e registros assistenciais da Instituição, tais como prescrição, receitas, prontuários, termos de consentimento, entre outros, garantindo assim a segurança clínica no atendimento.
- XVI. Planejar a escala de enfermagem e garantir uma equipe dimensionada e capacitada para atender a demanda;
- XVII. Gerenciar a necessidade de treinamento da equipe de enfermagem e atuar em parceria com o Núcleo de Capacitação.

## **ENFERMEIRO**

- I. Cumprir horário de trabalho definido em escala;
- II. Utilizar o uniforme definido pela Instituição;
- III. Cumprir as tarefas descritas no manual de POPs e Protocolos do setor;
- IV. Ter conhecimento dos planos de contingência e fluxos de emergência do setor;
- V. Cumprir as normas de controle de infecção da Comissão de Controle de Infecção Relacionada a Assistência à Saúde - CCIRAS;
- VI. Cumprir as normas do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho - SESMT;
- VII. Garantir o cumprimento da agenda de atendimento dos pacientes.
- VIII. Atender os pacientes sempre de maneira humanizada;

- IX. Gerenciar a identificação do paciente durante toda a prestação de serviço;
- X. Efetuar registro completo e legível nos documentos assistenciais do setor e da Instituição;
- XI. Acompanhar a assiduidade dos profissionais médicos e reportar alguma não conformidade que tenha impacto na rotina do setor;
- XII. Gerenciar quantidade e validade dos estoques de material e medicamento;
- XIII. Gerenciar os medicamentos psicotrópicos seguindo o Procedimento Operacional padrão - POP específico;
- XIV. Acompanhar diariamente o funcionamento dos equipamentos do setor;
- XV. Coletar os dados pertinentes ao painel de Indicadores definido para o setor;
- XVI. Gerenciar a execução das tarefas dos técnicos de enfermagem através dos critérios descritos no manual de Procedimentos Operacionais Padrão - POPs.

#### **TÉCNICO DE ENFERMAGEM**

- I. Cumprir horário de trabalho definido em escala;
- II. Utilizar o uniforme definido pela Instituição;
- III. Cumprir as normas de controle de infecção da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde - CCIRAS;
- IV. Cumprir as normas do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho - SESMT;
- V. Cumprir as tarefas descritas no manual de Procedimentos Operacionais Padrão - POPs e Protocolos do setor;
- VI. Ter conhecimento dos fluxos de emergência do setor;
- VII. Atender os pacientes sempre de maneira humanizada;

- VIII. Prestar orientação ao paciente e seus acompanhantes em todas as etapas de prestação de serviço assistencial;
- IX. Efetuar registro completo e legível nos documentos assistenciais do setor e da Instituição;
- X. Administrar os medicamentos conforme Manual de Farmacoterapia padronizado pelo serviço de Farmácia Hospitalar;
- XI. Evitar o cruzamento do “fluxo limpo e sujo” com atenção aos materiais, roupa, materiais estéreis, medicamentos, pacientes e acompanhantes.

A padronização dos processos de trabalhos será elaborada seguindo a política de Gestão de Documentos do Núcleo de Qualidade.

O Manual de padronização do Serviço de Enfermagem deverá conter os seguintes POPs:

- a) Identificação de Pacientes;
- b) Comunicação e Orientação ao Paciente;
- c) Transferência Interna e Externa do Paciente;
- d) Atendimento de Emergência do Paciente;
- e) Higienização das Mãos;
- f) Preparo da Sala de Atendimento;
- g) Curativos e Retirada de Pontos;
- h) Coleta e Transporte de Amostras Biológicas;



- i) Armazenamento e Transporte de Material Contaminado;
- j) Conferência de Temperatura de Geladeira;
- k) Solicitação de Material e Medicamentos;
- l) Registros e Controles em Ficha, Prontuário e Prescrição do Paciente.

Além do Manual de POPs, deverão ser disponibilizados para consulta os seguintes documentos:

- a) Manual de Farmacoterapia;
- b) Manual da CCIRAS;
- c) Manual de Prevenção de Riscos Assistenciais.

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

Qualquer colaborador será considerado infrator e sujeito a penalidades quando:

- XII. Desrespeitar o Código de Ética Profissional;
- XIII. Desrespeitar o Regimento Interno;
- XIV. Agir de forma desrespeitosa com outros profissionais do setor;
- XV. Colaborar com situações de exposição do paciente ao Risco Clínico.

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

Conforme definido pela Política da Qualidade os eventos ocorridos com o paciente durante a prestação de assistência deverão ser analisados individualmente seguindo a metodologia de análise, registro e acompanhamento, assim como:

- I. Queda;
- II. Erro de Medicação;
- III. Quase Falha Relacionada ao Processo de Administração de Medicação.

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

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

#### **10.6. PROPOSTA DE MANUAL DE GESTÃO DOS SETORES DE ENFERMAGEM DA MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA**

A ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO propõe a estrutura de Manual de Gestão dos Setores de Enfermagem da MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA, conforme determina o Edital de Chamamento. As áreas sob gestão da ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO que devem seguir as premissas contidas neste manual são: Urgência e Emergência, Internação, SADT e Maternidade.

Cada coordenador de área será responsável em conjunto com sua equipe, a desenvolver de maneira personalizada cada premissa contida no modelo, respeitando sempre as leis e regulamentos próprios ao exercício da profissão.

### 10.6.1. MODELO DE GESTÃO E PLANEJAMENTO DA ENFERMAGEM

Seguindo a lógica do modelo de gestão proposto a MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA, a perspectiva de modelo múltiplo de gestão, proposto à enfermagem tem os seguintes eixos centrais:

- ✓ **Resolutividade** das ações com qualidade através de capacitação da equipe de enfermagem e investimentos em negociações com as demais equipes da MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA;
- ✓ **Humanização** nas relações pessoais, nas condições de trabalho, no exercício da prática profissional e no gerenciamento dos serviços da enfermagem e na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA como um todo;
- ✓ **Gestão compartilhada** voltada para o envolvimento das pessoas, visando a co-responsabilização pelo processo.

Baseado nestes três eixos, a equipe de enfermagem deve discutir as estratégias assistenciais em fóruns constituídos em diversos níveis, para que as melhorias sejam discutidas amplamente.

Criar estes espaços tem como finalidade construir a rede de relações na equipe de enfermagem e demais equipes de apoio e na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA, de forma a romper com a linearidade, torná-la aberta, descentralizada, dinâmica e horizontal e que seja capaz de auto-regular-se.

Além dos espaços, a forma de condução também foi pensada, e o uso das ferramentas da qualidade tais como o Diagrama de Ishikawa (ou espinha de peixe ou de causa e efeito), o 5W e 2H (o que, por quê, como, onde, quando, quem, quanto custa) e a formação de GT (Grupo Trabalho) com função específica que requer estudo e elaboração de propostas e/ou construção de projetos para resolver alguma questão relevante.

### 10.6.2. DIRETRIZES PARA A POLÍTICA DE GESTÃO DA ENFERMAGEM

Política representa um sistema de regras, conjunto de objetivos e de ações destinados a influenciar nas decisões e execuções de um programa. Neste sentido, a equipe de enfermagem deve adotar um conjunto de regras com o objetivo de direcionar as ações do grupo de trabalho assistencial e administrativo para o processo de liderança e gestão nas unidades de atendimento hospitalar. Reforçar os princípios preconizados na missão, visão e valores na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA e da enfermagem constituem elementos essenciais para nortear a equipe na reflexão cotidiana sobre o seu trabalho bem como contribuir para o alcance da qualidade da assistência.

<p>MISSÃO NA MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA</p>	<p><b>MISSÃO DA ENFERMAGEM</b></p>
<p>VISÃO NA MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM</p>	<p><b>VISÃO DA ENFERMAGEM</b></p>

JACIRA	
<p>VALORES NA MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA</p>	<p><b>VALORES DA ENFERMAGEM</b></p>
<p>NEGÓCIO NA MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA</p>	<p><b>NEGÓCIO DA ENFERMAGEM</b></p>

### 10.6.3. POLÍTICA DE QUALIDADE NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

A política de qualidade visa explicar os princípios e as práticas adotadas pela equipe de enfermagem, visando assegurar a qualidade da assistência prestada ao cliente e família.

**Objetivo:** manter alto padrão de qualidade na assistência prestada ao cliente e seus familiares.

Princípios que orientam as ações da equipe de enfermagem para atingir esse objetivo:

- Cliente e sua família constituem o foco principal da equipe de enfermagem em suas ações.

- Promoção da saúde é trabalhada tanto quanto a recuperação, manutenção e reabilitação da saúde do cliente/família durante sua internação.
- Cuidado com qualidade, seguro e livre de riscos para o cliente e sua família.
- Educação em saúde são fundamentais para o cuidado ao cliente e sua família.

Ações propostas para alcançar a qualidade:

- Desenvolver o trabalho assistencial articulado, pensado e planejado com as demais áreas de apoio da enfermagem e na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA como um todo.
- Padronizar normas, rotinas e procedimentos de enfermagem, de modo a assegurar a qualidade na prestação da assistência em todos os horários.
- Desenvolver a assistência de forma humanizada, sistemática, fundamentada em base teórica e organizada em métodos e técnicas padronizadas ao cliente e família.
- Realizar e avaliar sistematicamente os registros da assistência prestada ao cliente e sua família.
- Aplicar métodos para avaliação da qualidade da assistência de enfermagem do ponto de vista do cliente e família.

#### 10.6.4. POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

A política de humanização especifica ações globais a serem realizadas pela equipe de enfermagem para promover a humanização do processo assistencial ao cliente e sua família durante a permanência nas unidades assistenciais.

**Objetivos** da política de humanização:

- Tornar o ambiente hospitalar mais agradável e acolhedor para o cliente e família;
- Adotar tecnologias que promovam a realização de procedimentos de forma segura e de qualidade.

Princípios para humanização

- O cliente e família são focos principais no planejamento da assistência.
- O respeito e a ética nas relações interpessoais são fundamentais na conduta da equipe.
- A estrutura física e de equipamentos devem atender as necessidades da clientela e dos trabalhadores de saúde de forma a promover a segurança e a qualidade do cuidado.
- Toda as ações de enfermagem devem ser sustentadas em bases técnica e científica.
- O direito à informação deve ser assegurado ao cliente e família.
- A gestão dos serviços deve favorecer à participação da equipe, estimulando a co-responsabilização pelo processo.

Ações propostas para alcançar a humanização são:

- Divulgar e tornar acessível o código de ética profissional e dos direitos do paciente
- Estimular e participar de iniciativas de humanização do processo assistencial desencadeados ou coordenados pelo Grupo de Trabalho de Humanização na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA.
- Preparar e orientar o cliente e família antes da realização de procedimentos. Usar linguagem adequada e simples.
- Oferecer oportunidade ao cliente e família para expressar suas dúvidas e opiniões minimizando a ansiedade e os medos.

#### 10.6.5. POLÍTICA DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

A política da sistematização da assistência de enfermagem explica os princípios e as práticas adotadas pela equipe para o desenvolvimento do cuidado ao cliente e família em todas as unidades assistenciais na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA. Ela serve para direcionar o grupo na definição das bases teórico-conceitual; na divisão do trabalho; na padronização de métodos e instrumentos de registros; no estabelecimento de regras e normas para a sistematização da assistência de enfermagem.

**Objetivo:** organizar e direcionar os trabalhos da equipe de enfermagem para o desenvolvimento do cuidado terapêutico com qualidade ao cliente e família.

Princípios que orientam as ações da equipe na assistência:



- A sistematização faz parte do processo de enfermagem pois ela serve para determinar a forma como as ações devem acontecer para a realização do cuidado ao cliente e família.
- Todo modelo de sistematização da assistência é construído com base em princípios teórico-conceitual que serve para explicar e direcionar as ações do grupo no desenvolvimento do cuidado.
- O cliente e seu familiar constituem o foco principal das ações assistenciais da equipe de enfermagem na unidade de internação, no ambulatório e nos espaços destinados a realização de exames e procedimentos clínicos e cirúrgicos.

Ações propostas para efetivar o modelo de sistematização da assistência:

- Definir os recursos humanos e materiais; as bases conceituais; os métodos e os instrumentos; as normas e rotinas para organização do trabalho.
- Preparar a equipe para desenvolver a sistematização com competência e qualidade
- Aplicar e avaliar, sistematicamente os resultados da assistência prestada, por meio de auditoria.

#### **10.6.6. POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM ENFERMAGEM**

A política de educação permanente em enfermagem na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA apoia-se na proposta de Educação Permanente em Saúde do Ministério da Saúde. Ela visa capacitar os trabalhadores de enfermagem para alcançar melhor desempenho e qualidade na assistência de enfermagem.

Objetivos da política de educação permanente em enfermagem:

- Estimular a equipe a pensar sua prática, oferecendo meios para estudo e reflexão, visando transformá-la.
- Instrumentalizar os profissionais de enfermagem para atuar em conformidade aos princípios (universalidade, integralidade, equidade) e diretrizes (descentralização e municipalização) do Sistema único de Saúde.
- Compartilhar práticas e saberes de modo a permitir, a equipe, o embasamento, autonomia e a segurança no desempenho de seu trabalho
- Promover a integração de programas, ações, condutas e protocolos a serem desenvolvidos pelos trabalhadores de enfermagem na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA com a rede de atendimento á saúde;
- Favorecer a integração ensino e serviço;
- Melhorar a qualidade do cuidado prestado ao cliente e família.

Princípio básico que orienta a política de educação permanente em enfermagem:

- O desenvolvimento de pessoas deve considerar o seu potencial e a sua capacitação para atuar como sujeitos multiplicadores de ações impactantes nos contextos da assistência de enfermagem, induzindo os trabalhadores de enfermagem a recriarem e reorganizarem os processos de trabalho para a institucionalização de novas práticas de cuidado.
- Ações propostas para efetivar a política de educação permanente em enfermagem:

- Identificar necessidades de capacitação da equipe de enfermagem;
- Criar mecanismos para o desenvolvimento de ações educativas por meio de práticas pedagógicas que possibilitem ao trabalhador recriar e reorganizar o trabalho de forma efetiva.

### **10.6.7. POLÍTICA DE RECURSOS MATERIAIS**

A política de Recursos Materiais da Gerência de Enfermagem tem como finalidade garantir quali e quantitativamente os materiais necessários para o desenvolvimento do processo de trabalho em enfermagem, na perspectiva de uma assistência científica, participativa e humanizada, buscando integrar as potencialidades individuais e coletivas daquele que presta o cuidado como daquele que o recebe.

**Objetivos** da política de recursos materiais:

Garantir quali e quantitativamente os materiais necessários para o desenvolvimento do processo de enfermagem, na perspectiva de uma assistência científica, participativa e humanizada

**Princípios que orientam** a política de recursos de materiais:

A qualidade e a quantidade dos materiais para o desenvolvimento do trabalho de enfermagem deve ser refletir-se na segurança e na qualidade do cuidado.

**As ações propostas** para a política de recursos materiais:

- Reorganizar e melhorar os processos de gestão de materiais e equipamentos;
- Reorganizar a distribuição da Central de Kits;

- Criar a central de equipamentos;
- Definir normas e rotinas relacionadas a gestão de materiais.;
- Instituir reuniões periódicas;
- Organizar o sistema de cotas de material para cada unidade;
- Realizar treinamento para manuseio de equipamentos e fazer acompanhamento dos materiais adquiridos;
- Solicitar a Diretoria Administrativa, quando necessário, para que busque novos fornecedores;
- Revisar as especificações a cada licitação conforme necessidade em função das mudanças de oferta no mercado;
- Participar da comissão junto com a Diretoria Administrativa visando solucionar problemas com referência a compras;
- Receber material permanente e/ou de consumo, quando necessário, junto com a área técnica envolvida para verificar a qualidade e o atendimento às especificações;
- Encaminhar a Diretoria administrativa documento relatando problemas com o produto e/ou necessidade de treinamento para que seja mantido o contato com os fornecedores.

### **10.6.8. ESTRUTURA ORGANIZACIONAL**

A estrutura organizacional dos serviços assistenciais, deve seguir as funções previstas no organograma proposto a MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA, conforme apresentado no item correspondente no presente plano de trabalho.

### **10.6.9. COMPOSIÇÃO E FUNÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM**

A composição da equipe de enfermagem será apresentada no dimensionamento de pessoal, entretanto cabe a cada gestor de área identificar minimamente em seu manual de gestão, os itens abaixo:

<b>O CARGO</b>	<b>QUEM PODE OCUPAR</b>	<b>FUNÇÃO PRINCIPAL</b>

### **10.6.10. PERFIL E RESPONSABILIDADE DOS PROFISSIONAIS POR CARGO**

Considerando os princípios do modelo de gestão da enfermagem, resolutividade, humanização, participação coletiva e compartilhada, respeito à autonomia de seus integrantes - é importante uma definição clara dos papéis de cada um dos profissionais, bem como das normas e acordos para que o trabalho se desenvolva com qualidade.

Assim, deve ser apresentada a descrição de cada um dos cargos que compõem a equipe de trabalho da área de enfermagem da MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA, incluindo

tanto os relacionados às atividades-meio (administrativas) como os relacionados às atividades-fim (assistenciais).

#### **10.6.11. ENFERMEIRO RESPONSÁVEL TÉCNICO POR ÁREA ESPECIALIZADA**

Descrição do cargo: o enfermeiro RT de área específica é aquele que responde pelo setor ao qual está lotado. O Gerente de Enfermagem é o responsável técnico pela Enfermagem na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA como um todo, sendo que a ele compete designar enfermeiros para assumir a responsabilidade técnica em áreas especializadas para atender exigências do Ministério da Saúde.

Quem pode desempenhar o cargo:

Ser enfermeiro especialista

Ser registrado no Conselho Regional de Enfermagem e em situação regular e estar atuando como enfermeiro na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA.

Horários:

das XX as XX e das XX as XX horas.

Locais de atuação:

- Serviço de Diagnóstico por Imagem.

Perfil desejado para ocupar o cargo

- Capacidade para gestão e liderança;

- Habilidade para escuta e negociação;
- Experiência mínima de doze meses na área especializada;
- Título de especialista na área em questão;
- Conhecimentos básicos sobre gestão no SUS;
- Conhecimento básico de uma língua estrangeira;
- Conhecimento básico de informática e Internet;
- Conhecimento em pesquisa e em consulta a bases de dados científicos;
- Competências e habilidades para produção de conhecimentos através método científico;
- Flexibilidade e capacidade de adaptar-se às situações;
- Capacidade de organização.

Atribuições Gerais do responsável técnico por área especializada:

- Propor e conduzir o “Plano de Gestão” para a área de especialidade, com o estabelecimento de objetivos, metas, ações estratégicas e avaliação dos resultados;
- Coordenar a assistência de enfermagem na área especializada juntamente com os enfermeiros da equipe;
- Acompanhar e avaliar os dados indicadores de estrutura, processo e resultados;

- Manter-se atualizado no campo administrativo e da sua especialidade;
- Manter-se atualizado no campo das mudanças legais referentes ao COFEN-COREN, Ministério da Saúde, Anvisa e outras esferas importantes para a condução da gestão;
- Cumprir e fazer cumprir o Regimento e normas da instituição e as específicas da enfermagem;
- Cumprir e fazer cumprir o Código de Ética em enfermagem e a Lei do Exercício Profissional.
- Responsabilidades do cargo:
  - Responder, tecnicamente, pela assistência de enfermagem na área de especialidade;
  - Por patrimônio;
  - Por equipamentos e instrumentos;
  - Por dados confidenciais;
  - Por eventos de erros;
  - Pelo desenvolvimento de ações que efetivem na prática missão, visão e valores da enfermagem, as políticas e o marco conceitual do modelo de processo de enfermagem.

Subordinação hierárquica:



O responsável técnico por área especializada está subordinado à Gerência de Enfermagem.

Plano de progressão e perspectiva profissional:

Na escala horizontal, pode participar como membro de grupos de trabalho, grupo de pesquisa, comissões internas na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA, assessoria à Gerência de Enfermagem, na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA ou comissões externas à instituição.

#### **10.6.12. REPRESENTANTE EM COMISSÕES DA ENFERMAGEM E NA MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA**

Descrição do cargo: é o profissional enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem que representa a enfermagem nas diversas comissões da enfermagem e na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA.

Quem pode desempenhar o cargo:

- Enfermeiro;
- Professor da Faculdade de Enfermagem;
- Técnico de Enfermagem;
- Auxiliar de Enfermagem;

- Ser registrado no Conselho Regional de Enfermagem e em situação regular.

Horários:

Mínimo de 04h e máxima de 12h semanais.

Locais de atuação:

- Comissões específicas da enfermagem
- Comissões na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA
- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Comissão de Revisão de Prontuário, Comissão de Farmácia Terapêutica e demais comissões técnicas exigidas.

Perfil desejado para ocupar o cargo:

- Habilidade para escuta e negociação Experiência mínima na área a representar
- Conhecimentos básicos sobre gestão no SUS Conhecimento básico de informática e Internet Flexibilidade e capacidade de adaptar-se às situações
- Capacidade de organização

Atribuições gerais do representante:

Cada comissão é composta por uma Portaria ou Decisão que especifica seus objetivos, atribuições e tempo de duração, portanto, o representante deverá seguir o que é preconizado em cada uma delas.

Fazer relatório periódico e apresentar ao Comitê Executivo da Enfermagem

Na Comissão de Padronização de Materiais na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA cabe ao enfermeiro:

- Participar do processo de planejamento, organização e controle de material de assistência adequado às necessidades dos serviços.
- Levantar as necessidades das unidades relacionadas a material e equipamentos
- Pesquisar e avaliar a qualidade dos materiais e equipamentos disponíveis no mercado
- Auxiliar a Gerência de Materiais na previsão de material a ser adquiridos
- Fazer a interface com a Gerência de Risco na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA, SCIH e CCIH.
- Fazer relatório das atividades
- Realizar alterações de cotas, verificando junto ao serviço solicitante se a situação é permanente ou temporária, visando os ajustes necessários.
- Receber material permanente e/ou de consumo, quando necessário, junto com a área técnica envolvida para verificar a qualidade e o atendimento às especificações.

- Programar treinamento para manuseio de equipamentos e fazer acompanhamento dos materiais adquiridos.
- Manter-se atualizado no campo da especialidade.
- Manter-se atualizado no campo das mudanças legais referentes ao COFEN-COREN, Ministério da Saúde, Anvisa e outras esferas importantes para a condução da gestão.
- Cumprir e fazer cumprir o Regimento e normas da instituição e as específicas do setor.
- Cumprir e fazer cumprir o Código de Ética em enfermagem e a Lei do Exercício Profissional

Na Comissão de Controle de Infecção Hospitalar cabe ao enfermeiro:

Participar do processo de planejamento, organização e controle das ações da enfermagem para o controle de infecção hospitalar

Levantar e avaliar as necessidade referentes a efetivação das condutas para o controle de infecção hospitalar na enfermagem:

- Revisão e atualização das técnicas assépticas junto a equipe de enfermagem assistencial
- Avaliação dos métodos e técnicas utilizados para o processamento de artigos na CME, junto com o enfermeiro do setor.

- Elaborar, junto com o grupo assistencial e o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, protocolos necessários para a efetivação do **Programa de Controle de Infecção Hospitalar**.
- Fazer e atualizar o Manual de Procedimentos de Enfermagem, junto com os grupos assistencial e administrativo.
- Propor e auxiliar o Serviço de Educação Permanente da Enfermagem na condução de cursos e treinamentos para equipe e alunos de enfermagem
- Participar do processo de padronização de artigos e soluções junto ao enfermeiro representante da Comissão de Padronização de Materiais na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA, Gerencia de Risco Sanitário do Projeto Hospital Sentinela e do SCIH.
- Fazer relatório periódico das ações desenvolvidas e apresentar ao Comitê Executivo da Enfermagem.

No Comitê de Ética em Enfermagem compete a equipe de enfermagem:

- Participar do processo de elaboração, implantação e avaliação do Comitê de Ética em Enfermagem.
- Analisar e propor uma conduta para os processos encaminhados pela Gerência de Enfermagem, relacionado a questões éticas.
- Propor e auxiliar o Serviço de Educação Permanente da Enfermagem, cursos e treinamentos à equipe de enfermagem para a promoção e efetivação da ética e exercício profissional.

- Fazer relatório periódico e encaminhar ao Comitê Executivo de Enfermagem

Responsabilidades do cargo:

- Responsável pela condução das ações específicas da representação;
- Por patrimônio;
- Por equipamentos e instrumentos;
- Por dados confidenciais;
- Por eventos de erros;
- Pelo desenvolvimento de ações que efetivem, na prática, a missão, visão, valores da enfermagem, as políticas e o marco conceitual do modelo de processo de enfermagem;

Subordinação hierárquica:

À Gerência de Enfermagem.

### **10.6.13. ENFERMEIRO ASSISTENCIAL**

Definição do cargo: o enfermeiro assistencial é aquele responsável pelo desenvolvimento da assistência direta aos clientes e seus familiares

Quem pode desempenhar o cargo:

Ser enfermeiro, registrado no Conselho Regional de Enfermagem e em situação regular.

Enfermeiro oficialmente cadastrado no setor de Recursos Humanos da MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA

Enfermeiro oficialmente cadastrado no setor de Recursos Humanos.

Horários:

- Internação: XXX as XXX horas;
- Ambulatório: XXX as XXX horas;

Locais de Atuação:

- Unidade de internação: Médica, Cirúrgica, Pediátrica, Gineco-Obstétrica;
- Ambulatórios;
- Serviços de exames e procedimentos cirúrgicos ambulatorial;
- Centro Cirúrgico;
- Centro Obstétrico;

Perfil desejado para ocupar o cargo:

- Capacidade para cuidar e liderar;
- Habilidade para escuta e negociação;

- Competências e habilidades para realizar procedimentos de enfermagem;
- Competência em assistência de enfermagem na área onde atua;
- Conhecimentos básicos sobre gestão no SUS – sistema de referência e contra-referência;
- Conhecimento básico de uma língua estrangeira;
- Conhecimento básico de informática e Internet;
- Conhecimento básico em pesquisa e em consulta a bases de dados científicos;
- Competências e habilidades para produção de conhecimentos através método científico;
- Flexibilidade e capacidade de adaptar-se às situações;
- Capacidade de organização;

Atribuições Gerais do enfermeiro assistencial:

- Planejar e coordenar a assistência de enfermagem juntamente com a equipe sob sua responsabilidade.
- Planejar e desenvolver as ações preconizadas no manual de processo de enfermagem;
- Fazer o “Histórico de Enfermagem com o exame físico”;



- Fazer a análise dos dados e identificar os diagnósticos. Registra no “*Mapa dos problemas de enfermagem*”;
- Levantar dados do acompanhante/família, analisar, identificar os diagnósticos de enfermagem e incluir as intervenções relacionadas no plano de cuidados;
- Elaborar o “*Plano de Cuidados de Enfermagem*” (prescrição de enfermagem);
- Fazer a “*Evolução*” diária dos clientes sob sua responsabilidade;
- Fechar e avaliar o “*Balanço Hídrico*” no seu turno;
- Acompanhar as anotações de “*Cuidados de Enfermagem*” realizada pelos técnicos e auxiliares de enfermagem;
- Supervisionar a admissão realizada pela sua equipe;
- Receber e passar plantão junto com a equipe e horário estabelecido, devidamente uniformizado, com a presença do enfermeiro do período anterior;
- Seguir os critérios estabelecidos no Manual do Processo de Enfermagem referentes às normas para a finalização do plantão;
- Propor e coordenar ações de educação em saúde para o cliente e família;
- Propor e fazer estudos de caso envolvendo a equipe de enfermagem;
- Dividir entre os enfermeiros as demandas de trabalho para fazer o histórico de enfermagem, plano de cuidados e evolução. Cada unidade deverá estabelecer uma proporção a ser realizada entre os horários (manhã, tarde e noite);

- Avaliar as prescrições de medicamentos e fazer os cálculos de diluições juntamente com a equipe, incluindo no plano de cuidados;
- Realizar, junto com a equipe de técnicos e auxiliares, os cuidados de enfermagem aos clientes graves;
- Executar cuidados de enfermagem de maior complexidade e procedimentos de competência exclusiva de enfermeiro (aspiração T.O.T., cateterismo vesical, sondagem nasoenteral e gástrica, outros);
- Acompanhar auxiliares e técnicos de enfermagem na execução de procedimentos (banho de leito, curativos, mudança de decúbito, etc);
- Cooperar com a equipe de enfermagem em relação ao desenvolvimento das prescrições médicas e de enfermagem;
- Identificar necessidades de educação permanente da sua equipe e encaminhar à Chefia de Serviço;
- Prever e prover os materiais para atendimento de uma parada cardíaco-respiratória e manter o carrinho de emergência organizado;
- Participar e colaborar com atividades de integração ensino-serviço;
- Distribuir os componentes da equipe de enfermagem nas atividades previstas na escala de tarefas da unidade;
- Participar da avaliação das atividades de treinamento e aprimoramento de pessoal de enfermagem;

- Participar na prevenção e controle das doenças notificadas na vigilância epidemiológica;
- Avaliar e participar do controle de infecção hospitalar junto ao SCIH;
- Supervisionar e orientar o agente de higienização da unidade;
- Comunicar Chefia do Serviço de Enfermagem possíveis efeitos adversos dos medicamentos, colaborando para a notificação à Gerência de Risco Sanitário e Farmacovigilância;
- Fazer o relatório do turno anotando: intercorrências, presença da equipe sob sua responsabilidade, conferindo com a escala de serviço e registrando as trocas ou faltas que por ventura existam;
- Providenciar a cobertura das necessidades da unidade quando houver ocorrência de faltas ou licenças médicas não notificadas à Chefia do Serviço em tempo hábil para a cobertura necessária;
- Responsabilizar-se pela distribuição dos horários de descanso junto à equipe de acordo com as necessidades da unidade e em conformidade com as normatizações existentes, zelando para que este não interfira na segurança e qualidade da assistência;
- Enviar a segunda via de toda e qualquer alteração de horário que seja necessário à Chefia de Serviço para conhecimento e controle;
- Em plantões noturnos, de final de semana ou feriado, solicitar o plantonista administrativo para providências administrativas relacionadas ao cuidado do cliente/família;

- Participar de reuniões do grupo assistencial convocadas pelo serviço;
- Manter-se atualizado dentro de sua área de atuação;
- Participar de cursos e treinamentos agendados para o setor;
- Cumprir e fazer cumprir o Regimento e normas da instituição e as específicas do setor;
- Cumprir e fazer cumprir o Código de Ética em enfermagem e a Lei do Exercício Profissional;

No ambulatório:

- Planejar e desenvolver as ações preconizadas no manual de processo de enfermagem;
- Fazer a “consulta de enfermagem”;
- Registrar a consulta de enfermagem no prontuário do cliente;
- Preencher e assinar a FAA de todos os clientes após atendimento;
- Solicitar exames;
- Fazer encaminhamentos;
- Fazer educação em saúde;
- Fazer a análise dos dados e identificar os diagnósticos;

- Levantar dados do acompanhante/família, analisar, identificar os diagnósticos de enfermagem e incluir as intervenções relacionadas no plano de cuidados;
- Elaborar o “*Plano de Cuidados de Enfermagem*” (ou prescrição de enfermagem);
- Propor e coordenar ações de educação em saúde para o cliente e família (individual ou em grupo);
- Coordenar e acompanhar a equipe de enfermagem na administração de medicamentos e cuidados de enfermagem;
- Identificar necessidades de educação permanente da sua equipe;
- Realizar visitas domiciliares;
- Estimular a participação dos técnicos ou auxiliares de enfermagem do ambulatório nas atividades de educação em saúde;
- Realizar procedimentos de enfermagem necessários;
- Participar ou colaborar com atividades de ensino, pesquisa ou extensão;
- Prever e prover os materiais para atendimento de uma parada cardíaco-respiratória;

#### No CC, CO e SE

- Planejar e desenvolver as ações preconizadas no manual de processo de enfermagem;
- Fazer a “Visita pré e pós-operatória de enfermagem”;

- Acompanhar a admissão do cliente na sala externa (endoscopia e cirurgias ambulatoriais) e sala operatória ou de parto;
- Coordenar a assistência junto aos circulantes de sala e instrumentadores cirúrgicos;
- Instrumentar cirurgia se necessários;
- Passar sonda vesical quando necessário;
- Admitir e avaliar o cliente na recuperação anestésica;
- Fazer a análise dos dados e identificar os diagnósticos;
- Elaborar o “*Plano de Cuidados de Enfermagem*” (prescrição de enfermagem) para o período de recuperação anestésica;
- Coordenar e acompanhar a equipe de enfermagem na administração de medicamentos e cuidados de enfermagem;
- Orientar a parturiente e familiar sobre os limites e as possibilidades de atendimento ao parto humanizado no Centro Obstétrico conforme preconizado pelo Ministério da Saúde;
- Acompanhar a evolução do parto junto à parturiente e familiar (um acompanhante);
- Assistir o RN e auxiliar o pediatra nos cuidados de maior complexidade;
- Identificar necessidades de educação permanente da sua equipe;

- Participar ou colaborar com atividades de ensino, pesquisa ou extensão;
- Prever e prover os materiais para atendimento de uma parada cardíaco-respiratória e manter carrinho de emergência organizado;

#### Responsabilidades do cargo:

- Responsável pela condução do grupo de trabalho da unidade;
- Por patrimônio;
- Por equipamentos e instrumentos;
- Por dados confidenciais;
- Pelo desenvolvimento de ações que efetivem, na prática, a missão, visão, valores da enfermagem, as políticas e o marco conceitual do modelo de processo de enfermagem.

#### Subordinação Hierárquica:

O enfermeiro assistencial está subordinado diretamente à Chefia do Serviço e este à Gerência de Enfermagem.

#### Plano de Progressão e perspectiva profissional:

- Na escala vertical, o enfermeiro assistencial pode progredir para Chefe de Serviço.
- Na escala horizontal, o enfermeiro pode participar como membro de grupos de trabalho, grupo de pesquisa, comissões internas na MATERNIDADE ZORAIDE

EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA, assessoria à Gerência de Enfermagem, na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA ou comissões externas à instituição.

#### **10.6.14. TÉCNICO DE ENFERMAGEM ASSISTENCIAL**

Definição do cargo: o profissional que exerce atividades auxiliares de nível técnico médio atribuídas à equipe de enfermagem.

Quem pode desempenhar o cargo:

- Técnico de enfermagem oficialmente registrado no COREN e em situação regular;
- Técnico de enfermagem oficialmente cadastrado no setor de RH.

Horários:

- Internação: XXX as XXX horas;
- Ambulatório: XXX as XXX horas;

Locais de Atuação:

- Todas as unidades de internação (Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Clínica Pediátrica, Clínica Gineco-Obstétrica);
- Ambulatórios;
- Centro Cirúrgico;



- Centro Obstétrico;
- Central de Material Esterilizado.

Perfil desejado para desempenhar a função:

- Capacidade para cuidar;
- Habilidade para escuta e negociação;
- Competências e habilidades para realizar procedimentos de enfermagem;
- Competência em assistência de enfermagem na área onde atua;
- Conhecimentos básicos sobre o Sistema Único de Saúde;
- Conhecimento básico de informática e Internet;
- Flexibilidade e capacidade de adaptar-se às situações;
- Capacidade de organização;

Atribuições do técnico de enfermagem assistencial:

- Participar do planejamento da assistência de enfermagem para os pacientes sob sua responsabilidade;
- Colaborar com o enfermeiro da unidade no processo de orientação e supervisão do trabalho de enfermagem em grau auxiliar;

- Preparar diariamente o material necessário à execução das atividades de enfermagem;
- Planejar e desenvolver as ações preconizadas no manual de processo de enfermagem;
- Fazer a “Admissão do paciente”;
- Executar as prescrições médicas e o “*Plano de Cuidados de Enfermagem*” (prescrição de enfermagem) relativos ao seu cargo;
- Checar as prescrições médicas e o plano de cuidados de enfermagem conforme normatizado no Manual do Processo de Enfermagem;
- Realizar anotações de cuidados e anotações de enfermagem relativas ao cliente/família;
- Observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas, no nível de sua qualificação;
- Preencher o “*Balanço Hídrico*” no seu turno;
- Receber e passar plantão junto com a equipe e horário estabelecido, devidamente uniformizado, conforme definido pela unidade;
- Seguir os critérios estabelecidos no Manual do Processo de Enfermagem referentes às normas para a finalização do plantão;
- Propor ações de educação em saúde para o cliente e família;
- Participar de estudos de caso;

- Fazer cálculos de diluições;
- Realizar os cuidados de enfermagem aos clientes/família, exceto as privativas do enfermeiro, segundo normas estabelecidas no Manual de Procedimentos e Protocolos;
- Realizar junto com a enfermeira assistencial os cuidados de enfermagem aos clientes graves;
- Prestar cuidados de higiene e conforto do cliente e zelar por sua segurança;
- Instituir acesso venoso periférico;
- Ministrando medicamentos, quimioterápicos e hemoderivados;
- Fazer curativos;
- Controlar e anotar a temperatura da geladeira de armazenamento de medicamentos da unidade;
- Aplicar oxigenioterapia, nebulização, enterocisma, enema, compressas frias e quentes (bolsa de gelo, calor úmido ou seco);
- Realizar exames de sensibilidade e proceder à leitura (glicemia capilar, glicosúria);
- Verificar peso, estatura, perímetro cefálico, perímetro torácico e sinais vitais (FC, FR, T, PA, dor);
- Supervisionar e/ou auxiliar na alimentação do cliente;

- Prestar cuidados de enfermagem no pré e pós-operatório;
- Aspirar cânula oro-traqueal e de traqueostomia;
- Instalar catéter de O<sub>2</sub>;
- Desenvolver cuidados para prevenção de úlceras de decúbito (aplicar massagem de conforto, mudar decúbito no leito, proteger proeminências ósseas e outros prescritos pela enfermeira);
- Oferecer comadre e papagaio e higienizar o material antes de colocar no expurgo;
- Auxiliar equipe técnica em procedimentos específicos;
- Auxiliar em procedimentos de reanimação cardio-respiratória;
- Preparar cliente para exames

Outros:

- Zelar pela limpeza e colaborar para a organização da unidade, posto de enfermagem, enfermarias e demais locais de trabalho;
- Organizar medicamentos e materiais de uso de cliente e do posto de enfermagem;
- Contribuir com o secretário da unidade para providenciar materiais médico-hospitalares de consumo, medicamentos e materiais esterilizados e verificar recebimento;
- Fiscalizar validade de materiais e medicamentos;

- Conferir quantidade de psicotrópicos;
- Providenciar limpeza concorrente e terminal;
- Colaborar para manter a rouparia organizada;
- Realizar limpeza concorrente de equipamentos de uso do cliente;
- Participar na prevenção e controle das doenças notificadas pela vigilância epidemiológica;
- Participar do controle de infecção hospitalar conforme recomendações do SCIH;
- Trabalhar com biossegurança conforme normas estabelecidas pelo SCIH e no Manual de Procedimentos e Protocolos;
- Comunicar à enfermeira possíveis efeitos adversos dos medicamentos, colaborando para a notificação à Gerência de Risco Sanitário e Farmacovigilância;
- Prever e prover os materiais para atendimento de uma parada cardíaco-respiratória e manter o carrinho de emergência organizado;
- Participar e colaborar com atividades de integração ensino-serviço;
- Participar da divisão e distribuição dos componentes da equipe de enfermagem nas atividades previstas na escala de tarefas da unidade;
- Co-responsabilizar-se pela distribuição dos horários de descanso junto à equipe de acordo com as necessidades da unidade e em conformidade com as

normatizações existentes, zelando para que não este interfira na segurança e qualidade da assistência;

- Responsabilizar-se por comunicar com antecedência à Chefia de Serviço as necessidades de não cumprimento da escala de trabalho, conforme normatizações do serviço;
- Participar de reuniões do grupo assistencial convocadas pelo serviço;
- Manter-se atualizado dentro de sua área de atuação;
- Participar de cursos e treinamentos agendados para o setor;
- Cumprir e fazer cumprir o Regimento e normas da instituição e as específicas do setor;
- Cumprir e fazer cumprir o Código de Ética em enfermagem e a Lei do Exercício Profissional;

Nos ambulatórios:

- Além das ações comuns mencionadas:
- Planejar e desenvolver as ações preconizadas no Manual de Processo de Enfermagem;
- Acolher o cliente e acompanhantes orientando-os sobre a consulta;
- Verificar sinais vitais, medir e pesar o cliente, anotando nos prontuários;

- Executar cuidados e procedimentos de enfermagem;
- Orientar cliente e acompanhante sobre os procedimentos de pós-consulta tais como exames, encaminhamentos, etc;
- Administrar medicamentos prescritos;
- Realizar visitas domiciliares;
- Organizar o local de trabalho, provendo de materiais necessários (lençóis e impressos);
- Receber prontuários e organizá-los em ordem de chegada;
- Encaminhar os prontuários para os profissionais que atenderão o cliente;
- Identificar necessidades do cliente e proceder a encaminhamentos pertinentes;
- Participar de atividades de educação em saúde em sala de espera;
- Atender às solicitações dos profissionais em atendimento;
- Informar a enfermeira do ambulatório as intercorrências do período;
- Prever e prover os materiais para atendimento de uma parada cárdio-respiratória.

No CC, CO e SE

Além das ações comuns mencionadas:

- Planejar e desenvolver as ações preconizadas no manual de processo de enfermagem;
- Fazer a admissão do cliente na sala externa, sala operatória ou de parto;
- Circular sala cirúrgica;
- Instrumentar cirurgia;
- Comunicar anestesista ou enfermeira sobre intercorrências referentes aos pacientes em RPA;
- Executar o “*Plano de Cuidados de Enfermagem*” (prescrição de enfermagem) para o período de recuperação anestésica;
- Administrar medicamentos e cuidados de enfermagem;
- Orientar a parturiente e familiar sobre as limitações e possibilidades de atendimento ao parto humanizado no Centro Obstétrico conforme preconizado pelo Ministério da Saúde;
- Acompanhar a evolução do parto junto à parturiente e familiar (um acompanhante);
- Assistir o RN e auxiliar o pediatra nos cuidados de maior complexidade;
- Colaborar com o planejamento do setor;
- Prever e prover os materiais para atendimento de uma parada cardíaco-respiratória e manter carrinho de emergência organizado;



- Auxiliar na previsão e provisão de material para as salas operatórias;
- Conferir com o secretário a reposição do estoque mínimo dos materiais de consumo necessários;
- Auxiliar na elaboração do mapa de cirurgia;
- Colaborar com a previsão e manutenção de material de anestesia;
- Montar Kits de materiais para o ato anestésico contendo: cânula de Guedel, endotraqueal, pinça de Maguil, fio de guia, cabo e lâmina de laringoscópio e pilhas, conforme o tipo de cirurgia e idade do cliente;
- Fazer o processo de limpeza e desinfecção dos materiais de anestesia utilizado na cirurgia;
- Conferir a validade e trocar, se necessário a Cal Sodada do Carrinho de anestesia;
- Fazer o processo de limpeza e desinfecção das traquéias e máscaras do respirador do carrinho toda vez que ocorrer uma anestesia geral com intubação endotraqueal.

Em relação à circulação da sala operatória:

- Conferir os equipamentos da sala (mesa operatória, mesa instrumental, estetoscópio, esfigmomanômetro, foco central e auxiliar, etc) quanto a limpeza, integridade e funcionalidade.
- Abastecer a sala com materiais de consumo: sondas, soros, medicações, agulhas descartáveis, seringas descartáveis, equipo, etc.

- Montar o carrinho “monta carga” conforme a rotina estipulada para o tipo de cirurgia registrada no pedido.
- Recepcionar o cliente conferindo prontuário e checando o preparo pré-operatório (retirada de adornos, prótese dentária, roupas íntimas, etc).
- Fazer o rol dos pertences retirado do cliente. Colocar num saquinho e identificar. No final da cirurgia, prender o saquinho na perna ou no braço antes de ser transportada para o RPA e registrar no prontuário.
- Conferir se o lavabo tem material para lavagem das mãos.
- Conferir o preparo pré-operatório.
- Fazer tricotomia se necessário.
- Instalar monitorização no cliente.
- Auxiliar o anestesista nos procedimentos de punção venosa e no ato anestésico
- Auxiliar o instrumentador cirúrgico na montagem da mesa instrumental, conferindo os materiais quanto ao tipo e quantidade antes de iniciar o ato cirúrgico.
- Auxiliar a equipe de cirurgiões e auxiliar de cirurgia na colocação do cliente na mesa operatória e na paramentação cirúrgica.
- Pegar com o anestesista o pedido de psicotrópicos e medicações utilizadas no ato anestésico para a reposição junto a farmácia.

- Contar as compressas utilizadas no ato operatório antes do início do fechamento da incisão cirúrgica e checar com o instrumentador a soma total.
- Fazer os registros dos cuidados de enfermagem no impresso de trans-operatório.
- Fazer os registros dos gastos dos materiais no impresso de Débito Cirúrgico.
- Fazer o registro da cirurgia no livro de controle para a elaboração da estatística mensal do setor;
- Auxiliar o cirurgião na fixação do curativo cirúrgico;
- Auxiliar o instrumentador na desmontagem da mesa de instrumental, conferindo os materiais em relação ao tipo e quantidade.
- Quando tiver peças anatômicas, fazer o encaminhamento da mesma com o pedido para o exame anátomo- patológico. Cobrar do cirurgião e elaboração do pedido;
- Limpar o cliente antes de ser removido para a maca;
- Transportar o cliente para o RPA com todos os impressos no prontuário e passar as informações mínimas necessárias para o funcionário do local (tipo de cirurgia, de anestesia, ocorrência e cuidados especiais).
- Fazer a limpeza da sala operatória (mobiliários e equipamentos)
- Fazer a limpeza e desinfecção das traqueias, máscaras, cânulas, laringoscópios utilizados na anestesia.
- Comunicar a funcionária da limpeza para fazer a limpeza do chão e cestos de lixo.

- Remontar a sala com os materiais de consumo utilizados, saco de hamper, lençol para a mesa operatória.
- Montar a sala operatória para o próximo ato conforme o pedido de cirurgia.

Em relação à assistência no RPA:

- Fazer a avaliação das condições do cliente na admissão no RPA;
- Verificar sinais vitais;
- Instalar monitores;
- Administrar medicamentos e soros conforme prescrição médica;
- Avaliar drenagem e esvaziar a bolsa coletora da sonda vesical;
- Avaliar drenagens de outros drenos: penrose, Keer, torácico, vácuo, etc;
- Registrar os cuidados de enfermagem no impresso de RPA;
- Comunicar a enfermeira e o anestesista as intercorrências;
- Convocar o condutor na ocasião da alta do cliente no RPA;
- Fazer os registros de enfermagem em relação as condições do cliente na alta;
- Enviar o cliente para a clínica com prontuário;

- Fazer a limpeza e desinfecção das camas, macas, monitores, e outros materiais utilizados na assistência;
- Abastecer a unidade de recuperação com materiais para o cuidado: cobertores, saco para hamper, lençol, compressas, cuba rim, impressos, medicações, soluções;

Em relação à instrumentação cirúrgica:

- Confere o pedido e cirurgia e separar os materiais que serão utilizados para a instrumentação;
- Realiza a técnica de escovação cirúrgica das mãos e paramentação cirúrgica;
- Monta a mesa de instrumental e confere, juntamente com o circulante da sala operatória todos os materiais colocados sob a mesa em relação ao tipo e quantidade;
- Realiza a instrumentação com atenção rigoroso dos materiais usados e retornados à mesa;
- Auxilia a equipe cirúrgica na paramentação cirúrgica;
- Desmonta a mesa instrumental conforme técnica;
- Encaminha o material para o expurgo de centro cirúrgico;

Em relação a assistência no centro obstétrico:

- Fazer admissão do cliente na sala de pré-parto e preencher os impressos próprios da assistência de enfermagem;
- Administrar medicamentos conforme prescrição médica;
- Executar a prescrição de enfermagem em relação aos cuidados;
- Montar a sala de parto e a do Recém nascido conforme rotina estabelecida;
- Circular a sala de parto, da cesariana;
- Pesar as placentas e colher o sangue do cordão conforme rotina;
- Solicitar o pedido de exames;
- Fazer a limpeza e desinfecção da sala de pré-parto, parto e cesariana entre um procedimento e outro;
- Circular sala de curetagem uterina;
- Fazer a limpeza dos materiais utilizados na curetagem por “AMIU” (Aspiração Manual Intra uterina) antes de encaminhar para a Central de Material;

Em relação à assistência na sala externa:

- Recepcionar os cliente e confere preparo pré-operatório e dos exames endoscópicos;
- Fazer registros no livro próprio;

- Preparar e administração de medicamentos;
- Circular a sala de cirurgia ambulatorial;
- Realizar a limpeza e desinfecção de alto nível dos materiais endoscópicos;
- Preencher os débitos cirúrgicos;
- Fazer agendamento dos exames;
- Realizar a orientação para o preparo dos exames e cirurgias;
- Responsabilidades e competências pessoais:
- Responsável pelos cuidados de enfermagem prestados junto à equipe
- Por patrimônio
- Por equipamentos e instrumentos
- Por dados confidenciais
- Por eventos de erros
- Pelo desenvolvimento de ações que efetivem, na prática, a missão, visão, valores da enfermagem, as políticas e o marco conceitual do modelo de processo de enfermagem.
- Subordinação Hierárquica:

- A chefia de serviços Serviço ao qual pertence.

Plano de Progressão e perspectiva profissional:

Na escala horizontal, o técnico de enfermagem pode participar como membro de grupos de estudo, comissões da Gerência de Enfermagem, na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA ou externas à instituição.

#### **10.6.15. ESCALA MENSAL DE TRABALHO**

A elaboração da escala mensal deverá ser elaborada tendo como referência os documentos estabelecidos pela direção na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA.

#### **10.6.16. ESCALA DE ATIVIDADES**

Cada uma das unidades assistenciais deve estabelecer uma escala de atividades a serem executadas pelos membros da equipe.

Nas unidades de internação, sugere-se que as atividades sejam estabelecidas de modo a contemplar, minimamente, as seguintes tarefas:

- Controle do carrinho de emergência;
- Controle e organização dos equipamentos de urgência e emergência (aspiradores e oxigênio montados em cada enfermaria; respirador montado em unidade de cliente grave, oxímetro ou multiparâmetro, etc);
- Organização e assepsia do posto de enfermagem e sala de preparo de medicamentos;



- Organização da sala de procedimentos;
- Divisão dos cliente a serem cuidados;
- Preparo de medicações.

<b>MATERNIDADE MUNICIPAL ZORAIDE EVA DAS DORES</b>					
ATIVIDADES	MANHÃ	TARDE	NOITE 1	NOITE 2	NOITE 3
Carrinho de emergência					
Sala de Procedimentos					
Controle de psicotrópicos					
<b>DIVISÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM AOS CLIENTES E FAMILIA</b>					
Xxx					
Xxx					
<hr style="width: 30%; margin: 0 auto;"/> Chefia do Serviço ITAPECERICA DA SERRA / /					

### **10.6.17. REUNIÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM**

As reuniões são instrumentos importantes para o compartilhamento de informações e para o desenvolvimento de uma gestão participativa. Criar estes espaços tem como finalidade construir a rede de relações na equipe de enfermagem e demais equipes de apoio e na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA, de forma a romper com a

linearidade, torná-la aberta, descentralizada, dinâmica e horizontal e que seja capaz de auto-regular-se.

#### **10.6.18. PARTICIPAÇÃO EM COMISSÕES E REPRESENTAÇÕES**

A participação em comissões e representações dar-se-á por meio de designação da Gerência de Enfermagem ou Diretoria. O representante vinculado à Gerência de Enfermagem deverá prestar contas dos trabalhos periodicamente. A Gerência e os Serviços de Enfermagem deverão prever carga horária específica para o desenvolvimento destas atividades.

#### **10.6.19. ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO MÉDICO AMBULATORIAL**

O serviço médico ambulatorial será organizado para oferecer assistência às gestantes que necessitem de cuidados ambulatoriais pós alta, e contará com equipe médica adequada à demanda na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA, formada por Ginecologistas e Obstetras, com disponibilidade de Segunda à Sexta Feira, de acordo com o volume de consultas agendadas.

### **10.7. LINHA DE CUIDADO AMBULATORIAL**

A linha de Cuidado ambulatorial oferecerá assistência especializada, por ações diagnósticas e terapêuticas, de acordo com parâmetro estabelecido da rede básica de saúde do Município de Itapequerica da Serra, baseado na série histórica de atendimentos e produção.

A qualificação dos atendimentos ambulatoriais ocorrerá de forma contínua através da produção realizada de acordo com a demanda dos serviços e através da avaliação de indicadores ambulatoriais pré-definidos para os atendimentos na MATERNIDADE

ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA.

### **10.8. INSTRUÇÕES DE TRABALHO**

Para direcionar e qualificar a assistência à gestante e ao recém-nascido, a ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO após amplo treinamento da equipe multidisciplinar, disponibilizará minimamente às seguintes instruções de Trabalho:

- Alimentação Enteral no RN e Gavagem;
- Recepção do RN à Termo e Pré-termo na Sala de Parto;
- Admissão do Usuário no Centro Cirúrgico e Obstétrico;
- Descarte de Amputação e Produtos de Aborto;
- Banho do recém Nascido;
- Admissão do Usuário – Pediatria;
- Admissão de Usuário - Clínica Obstétrica;
- Higiene íntima feminina;
- Limpeza e Desinfecção de incubadora;
- Amamentação;
- Coto Umbilical – Cuidados;

- Recém Nascido - Cuidados nas Primeiras Horas de Vida;
- Declaração de Nascido Vivo;
- Atendimento Psicológico nas UTIs Adulto e Pediátrica;
- Atendimento Psicológico em UTI Neonatal;
- Registro de Nascimento.

As instruções de trabalho, estão disponíveis na íntegra, anexas ao presente Plano de Trabalho.

## **10.9. QUALIDADE, EFICÁCIA, EFICIÊNCIA, EFETIVIDADE E ECONOMICIDADE**

### **10.9.1. PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DE PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA**

#### **I. INTRODUÇÃO**

A ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO em consonância com a Aliança Mundial para Segurança do Paciente. A ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO implantará seguindo a Organização Mundial de Saúde – OMS e Ministério da Saúde - MS a atenção a Problemática da segurança do paciente. Despertando a consciência e o comprometimento em melhorar a segurança na assistência

Citaremos abaixo alguns desafios globais aos quais nos comprometemos a desenvolver e acompanhar resultados no Serviço de Saúde.

O primeiro Desafio teve como foco as infecções relacionadas à assistência à saúde.

A cirurgia segura foi escolhida como o tópico para o segundo Desafio Global para Segurança do Paciente.

Aproximadamente 234 milhões de cirurgias são feitas anualmente no mundo. Cerca de sete milhões de pacientes apresentam complicações sérias e um milhão morrem durante ou logo após a cirurgia. O aumento no número de cirurgias foi possível por meio do extraordinário avanço tecnológico, que trouxe benefícios consideráveis para os pacientes. Os resultados melhoraram de forma significativa e procedimentos cirúrgicos altamente complexos se tornaram rotineiros.

O ambiente cirúrgico é considerado altamente inseguro, com uma taxa de eventos adversos estimada em um para cada 10.000 cirurgias.

No trauma ortopédico, tal taxa sobe para uma complicação para cada 100. A taxa de mortalidade cirúrgica, se comparada à da aviação civil.

A ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO nas atribuições de sua gestão prioriza a segurança do paciente através de uma equipe especializada em capacitar, supervisionar e analisar resultados referentes à segurança do paciente.

A ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO preconiza a gestão de riscos levando em consideração que o maior indicador de ambiente inseguro para o paciente esteja relacionado em grande parte com atos de negligência clínica que vem de especialidades cirúrgicas. Mesmo os procedimentos mais simples envolvem dezenas de etapas críticas, com inúmeras oportunidades para falhas e enorme potencial de erros que resultam em injúrias aos pacientes. O obstáculo mais crítico para o bom desempenho de uma equipe cirúrgica é a própria equipe: os cirurgiões, os anestesiológicos, os enfermeiros e outros membros devem ter um bom relacionamento e uma comunicação efetiva. Uma equipe que trabalhe unida para usar seus conhecimentos e suas habilidades em benefício do

paciente pode prevenir uma proporção considerável das complicações que ameaçam a vida. Para tanto, é necessário combinar a precisão técnica com a segurança do paciente.

Nesse contexto, o uso correto de ferramentas como o Protocolo de Cirurgia Segura da OMS pode ajudar a atingir essa meta cujo principal objetivo é a adoção, pelos hospitais, de uma lista de verificação padronizada, preparada por especialistas, para ajudar as equipes cirúrgicas na redução de erros e danos ao paciente.

O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) foi instituído pela Portaria Ministerial (MS) nº 529 de 01/04/13 e tem como um dos seus objetivos específicos “produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente”. O Ministério da Saúde visando o alcance desse objetivo publicou por intermédio da Portaria Ministerial nº 1.377, de 9 de julho de 2013, os três primeiros protocolos que tratam das temáticas:

“Cirurgia Segura”;

“Prática de Higiene das mãos”;

“Úlcera por pressão”. Os documentos, construídos a partir de consenso técnico-científico e considerando as sugestões recebidas por meio de consulta pública, visam contribuir para o desenvolvimento da gestão de riscos voltada para a qualidade e segurança do paciente nos serviços de saúde, e estão publicados e acessíveis.

O presente protocolo abrange os tópicos principais e documentos que norteiam as condutas relacionadas às ações de segurança do paciente cirúrgico no Serviço de Saúde.

Lista de Verificação;

Avaliação Pré-anestésica - APA;

Termo de Consentimento Esclarecido - TCE;

Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória SAEP;

Demarcação da Lateralidade de Sítio Cirúrgico;

Protocolo de Profilaxia Antimicrobiana.

## II. OBJETIVOS

Determinar e instituir medidas preventivas de ocorrência de incidentes, eventos adversos e mortalidade cirúrgica, visando à segurança na realização dos procedimentos cirúrgicos no Serviço de Saúde.

## III. MEDIDAS QUE INTEGRAM O PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

- CHECK LIST CIRÚRGICO

O check list cirúrgico deverá ser feita de acordo com o Protocolo, em todas as cirurgias e possui quatro etapas: foi incluída uma etapa na lista, devido à característica do Serviço de Saúde.

Primeira Etapa: imediatamente antes de encaminhar o paciente ao centro cirúrgico, devendo-se verificar:

Confirmar a vaga de UTI;

Reserva de sangue;

Equipamentos específicos, órteses e próteses;

Segunda Etapa: ocorre antes da indução anestésica, para a verificação de:

Identidade do paciente;

Marcação do sítio cirúrgico;

Assinatura do termo de consentimento;

Conformidade dos materiais solicitados;

Também são antecipadas as dificuldades de intubação;

Risco de hemorragias.

Terceira etapa: ocorre antes da incisão na pele, deve-se fazer uma breve pausa de menos de um minuto antes da incisão, todos os membros da equipe cirúrgica – cirurgiões, anesthesiologistas, enfermeiros e quaisquer outras pessoas envolvidas – se apresentam, antecipam as possíveis complicações da cirurgia.

Confirmam verbalmente a identificação do paciente,

Sítio cirúrgico;

Procedimento a ser feito;

Posição do paciente;

Aplicação de antimicrobianos e tromboembólicos profiláticos.



Conformidade dos exames de imagem, e o funcionamento e a correta esterilização dos materiais. Essa etapa é um meio de assegurar a comunicação entre os membros da equipe e evitar erros como “paciente errado” ou “local errado”.

A última etapa e que ocorre antes da saída do paciente da sala cirúrgica, o procedimento é novamente checado, materiais usados são conferidos e contados, as amostras, encaminhadas e os planos pós-operatórios, discutidos.

Em cada uma das etapas o coordenador da lista de verificação deve confirmar se a equipe cirúrgica completou todas as tarefas para aquela etapa, antes de prosseguir para a nova fase.

#### IV. AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA - APA

É uma avaliação realizada pelo médico anesthesiologista previamente ao ato anestésico. Essa avaliação consiste de entrevista contendo interrogatório sobre diversos aparelhos, antecedentes pessoais, anestésicos, cirúrgicos, hábitos, alergias, uso de medicações entre outras informações relevantes sobre suas condições físicas e psicológicas. Além da história, deve-se fazer o exame físico e se necessário exames complementares.

É durante a avaliação e/ou consulta pré-anestésica que o anesthesiologista informa o paciente sobre os cuidados antes, durante e depois da realização do procedimento. Essas informações são basicamente sobre o:

Período de jejum pré-operatório,

Rotinas da anestesia

Informações gerais sobre a técnica anestésica que será empregada para a realização da cirurgia.

Este é o momento ideal para esclarecer dúvidas do paciente, aliviar preocupações, ansiedade, medo, além de permitir a identificação de características individuais que podem aumentar o risco anestésico. Essa consulta visa estabelecer medidas apropriadas para diminuir o risco anestésico, planejar a técnica anestésica, a assistência pós-operatória e obter o consentimento pós-informado.

Para a avaliação do estado físico do paciente é utilizada, além de outros escores, uma Classificação da Sociedade Americana de Anestesiologia (ASA) que se baseia na condição do paciente, independente do procedimento cirúrgico que será realizado.

#### V. TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO - TCE

A ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO implantará o impresso Termo de Consentimento Esclarecido – TCE, com o objetivo de informar ao paciente e/ou seu responsável sobre o procedimento cirúrgico ao qual o paciente será submetido, seus riscos e benefícios. Esclarecer dúvidas. Colher assinatura do paciente ou responsável no Termo de Consentimento Esclarecido:

Todo procedimento cirúrgico deve ser explicado antecipadamente ao paciente, ou ao seu representante quando tratar-se de incapaz (menores de idade, senilidade, estados confusionais, etc), pelo médico executor, ou ao que participará do procedimento, salvo em risco iminente de morte;

Em Conformidade ao artigo 22 do capítulo IV do Código de Ética Médica do Conselho Federal de Medicina, resolução nº 1.931/2009, em vigor 13/abril/2010. Artigo 39 do Código de Defesa do Consumidor (Lei nº8.0780/90);

A realização do procedimento estará sujeita ao aceite do paciente ou responsável, e ao preenchimento do Termo de Consentimento Esclarecido completo;

O paciente não deverá ser encaminhado para o Centro Cirúrgico ou à Sala de Operação sem o Termo de Consentimento Esclarecido devidamente preenchido e assinado pelo médico e paciente ou responsável;

Nas amputações e transplante de órgãos é necessário também um termo específico, e deve constar a assinatura de testemunhas.

## VI. SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA - SAEP

A SAEP consiste na realização da prática de enfermagem de modo sistemático (organizado e planejado) e tem como objetivo subsidiar meios para uma assistência de enfermagem global atendendo as necessidades do paciente cirúrgico.

Lembrar sempre que o foco principal é o paciente;

Respeitar o paciente como indivíduo, protegendo seus direitos e dignidade;

Reduzir a ansiedade do paciente e de sua família;

Oferecer assistência individualizada (cada pessoa é diferente e tem suas necessidades);

Satisfação do paciente, familiares e equipe.

As etapas da SAEP vão desde a admissão do paciente com coleta de dados e avaliação do paciente, identificação dos diagnósticos de enfermagem, prescrição das intervenções de enfermagem e registro de sua evolução durante toda a internação com reavaliação diária e em cada situação, assim como as anotações de todas as ocorrências com o paciente durante esse período, utilizando os impressos apropriados e seguindo os protocolos de Documentação em Enfermagem.

- COLETA DE DADOS (SAE)

É realizada pelo enfermeiro do setor de admissão da Instituição de Saúde. Além desse instrumento, no momento em que o paciente é encaminhado ao Centro Cirúrgico, é preenchido um formulário de confirmação de execução do preparo pré-operatório, que pode ser feito por todos os profissionais de enfermagem (enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem).

Desde a admissão ao Centro Cirúrgico - CC, até o retorno à unidade de destino (Unidade de internação ou UTI), os profissionais de enfermagem do CC preenchem o instrumento da SAEP.

Alguns tópicos importantes registrados no SAEP são de fundamental importância para garantir a segurança no procedimento cirúrgico, sendo eles a recepção, posicionamento do paciente.

## VII. LATERALIDADE

A demarcação de lateralidade de sítio cirúrgico tem como objetivo demarcar o membro, região, lado ou nível de localização onde será realizada a cirurgia ou o procedimento terapêutico invasivo.

Observações sobre a demarcação:

Todo procedimento cirúrgico ou terapêutico invasivo, possível de ter mais do que uma localização deverá ser demarcada antes do paciente ser encaminhado para o local de realização do procedimento;

A marcação será realizada pelo cirurgião responsável, ou médico executor do procedimento, desde que esteja presente durante o procedimento;

Sempre que possível a demarcação deve ser realizada com a participação ativa do paciente e/ou responsável;

A marca padronizada (um alvo) será feita próxima ao local, de forma a não deixar dúvidas, e suficientemente permanente para continuar visível após preparação da pele. Marcadores adesivos não são permitidos;

Em procedimentos que serão realizados em regiões bilaterais, a demarcação deve ser feita em ambos os lados.

A demarcação do sítio cirúrgico é obrigatória na maioria dos procedimentos cirúrgicos, exceto:

Cirurgia em órgão único;

Casos de intervenção nos quais o local de inserção do cateter/instrumento não é predeterminado. Exemplo: cateterização cardíaca, laparotomia exploradora.

Cirurgias em dentes: face e mucosas: escrever nome e local no Termo de consentimento informado (não usar abreviaturas);

Crianças prematuras: pelo risco de tatuagem definitiva, indicar órgão e lateralidade no consentimento informado;

Recusa do paciente: escrever no prontuário a recusa, com data e assinatura do paciente ou responsável;

Cirurgias de emergência: o médico responsável deverá confirmar o local de intervenção em prontuário e a checagem ocorrerá antes da incisão.

O paciente não será encaminhado à sala de operação sem a marcação (exceto nos casos já descritos).

## VIII. PROFILAXIA ANTIMICROBIANA

O objetivo da profilaxia antimicrobiana em cirurgia é prevenir a infecção de sítio cirúrgico, atingindo níveis do antibiótico no sangue e nos tecidos que excedam, em toda a duração do procedimento, as concentrações inibitórias mínimas dos microrganismos mais frequentemente encontrados naquele sítio.

Os aspectos críticos da antibiótico-profilaxia cirúrgica são a escolha do antimicrobiano adequado, o uso de dose adequada para o peso do paciente (atenção aos obesos) e a manutenção de níveis séricos e tissulares terapêuticos durante a cirurgia, o que pode requerer a repetição de doses em cirurgias mais prolongadas.

Cada procedimento cirúrgico necessita de análise criterioso para a execução de boas práticas em profilaxia antimicrobiana em cirurgia: ex: administrar a primeira dose do antibiótico em até 1 (uma) hora antes de iniciar a incisão, preferencialmente na indução anestésica; quando uso de vancomicina, administrar a 1ª dose dentro de 2(duas) horas antes da incisão; prescrever o antibiótico e dose adequada de acordo com o procedimento; repetir a dose no intra-operatório se indicado; suspender os antibióticos em 24 (vinte e quatro) até 48 (quarenta e oito) horas; no caso de cirurgias eletivas, avaliar focos de infecção prévios e tratá-los antes do procedimento.

Essas recomendações serão revisadas periodicamente e discutidas com a Comissão de Infecção Relacionada a Assistência à Saúde – CCIRAS, para posterior implantação.

## IX. NOTIFICAÇÕES

Em caso de ocorrência de não conformidades ou quase erros de acordo com a lista de verificação das etapas da cirurgia, as mesmas devem ser notificadas à coordenação do centro cirúrgico e encaminhadas conforme a origem (diretoria clínica, diretoria de enfermagem, diretoria administrativa, engenharia, anestesiologia, farmácia, etc).

Caso ocorram eventos adversos e/ou eventos sentinela (ex: cirurgia em parte errada do corpo ou cirurgia em paciente errado), o evento deve ser relatado em impresso de Notificação e encaminhado à Diretoria Responsável.

## **10.10. PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO**

### **10.10.1. POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO**

A ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO utilizará como ferramenta de gestão e destacará então os princípios norteadores da Política de Humanização:

- I. 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.);
- II. Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade;
- III. Apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos;
- IV. Construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos implicados na rede do Sistema único de Saúde - SUS;

- V. Corresponsabilidade desses sujeitos nos processos de gestão e atenção;
- VI. Fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS;
- VII. Compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos trabalhadores da saúde, estimulando processos de educação permanente;
- VIII. Valorização da ambiência, com organização de espaços saudáveis e acolhedores de trabalho.

#### **10.10.2. RESULTADOS COM A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO – PNH**

Com a implementação da Política Nacional de Humanização - PNH pela Gestão da ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO para a MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA para alcançar resultados englobará as seguintes direções:

- I. Garantir assistência igualitária sem discriminação de qualquer natureza;
- II. Prestação de ações e serviços para o SUS nas respectivas especialidades, sempre que estas estejam previstas no Programa de Trabalho apresentado pela ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO;
- III. Visita ampliada (multiprofissional) para os pacientes em observação de forma acolhedora, humanizada e individual, obrigatória e como rotina diária;
- IV. Garantir a presença de acompanhante para crianças, adolescentes, gestantes, idosos e indígenas, de acordo com as legislações específicas;



- V. Possuir ferramentas que garantam informações sobre as intervenções, solicitando ao usuário consentimento livre e esclarecido para a realização procedimentos terapêuticos e diagnósticos, de acordo com legislações específicas;
- VI. Serão reduzidas as filas e o tempo de espera, com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo baseados em critérios de risco;
- VII. Todo usuário do SUS saberá quem são os profissionais que cuidam de sua saúde e a rede de serviços se responsabilizará por sua referência territorial e atenção integral;
- VIII. Será garantido os direitos dos usuários, orientando-se pelas conquistas já asseguradas em lei e ampliando os mecanismos de sua participação ativa, e de sua rede sócio familiar, nas propostas de intervenção, acompanhamento e cuidados em geral;
- IX. Será garantido a gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários, com investimento na educação permanente dos trabalhadores, na adequação de ambiência e espaços saudáveis e acolhedores de trabalho, propiciando maior integração de trabalhadores e usuários em diferentes momentos (diferentes rodas e encontros);
- X. Serão implementadas atividades de valorização e cuidado aos trabalhadores da saúde.

### **10.10.3. AÇÕES DE HUMANIZAÇÃO**

Para a viabilização dos princípios e resultados esperados, A ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO seguirá os princípios e recomendações do Humaniza SUS e PNH, operando com os seguintes dispositivos, aqui entendidos como “tecnologias” ou “modos de fazer” que serão implantados na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA:

- I. Acolhimento com classificação de risco versus Manchester versus Gestão de Risco;
- II. Equipes de Referência e de Apoio Matricial;
- III. Projetos de Construção Coletiva da Ambiência;
- IV. Sistemas de Escuta qualificada para os usuários e trabalhadores da saúde através de Serviço Especializado e com foco no Acolhimento dos Usuários e Acompanhantes, possuindo nas Recepções um profissional denominado Agente de Humanização, profissional podendo ser considerado como um “Posso Ajudar”, além do atendimento da ouvidoria, grupos focais para o esclarecimento de dúvidas e solicitações dos familiares e/ou acompanhantes dos pacientes, além da aplicação de pesquisas de satisfação como ferramenta de gestão para análise e implantações de melhorias contínuas a serem implantadas na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA;
- V. Projeto “Acolhendo os familiares/rede social participante”: Visita Aberta, Direito de Acompanhante;
- VI. Programas de Qualidade de Vida e Saúde para os Trabalhadores da Saúde;
- VII. Grupo de Trabalho de Humanização.

#### **10.10.3.1. ESTRATÉGIAS APLICADAS PARA ASSISTÊNCIA HUMANIZADA**

A implementação da assistência humanizada na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA pressupõe vários eixos de ação que objetivam institucionalização, difusão da estratégia e, principalmente, o acompanhamento dos resultados voltados a humanização no que se refere:

- I. No eixo assistencial na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA, a Gestão da ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO pretende utilizar o PNH como estratégia de gestão compartilhada junto a Secretaria de Saúde do Município para Projetos e Planos Nacional, Planos Estaduais e Municipais para a implantação de melhorias de atendimento;
- II. No eixo da gestão do trabalho, A ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO irá promover ações que assegurem a participação dos trabalhadores nos processos de discussão e decisão, fortalecendo e valorizando os trabalhadores, sua motivação, o autodesenvolvimento e o crescimento profissional;
- III. No eixo da atenção, a proposta será a implantação de uma política incentivadora de ações integrais, promocionais e intersetoriais de saúde, inovando nos processos de trabalho que busquem o compartilhamento dos cuidados, resultando em aumento da autonomia e protagonismo dos sujeitos envolvidos;
- IV. No eixo da educação permanente, a Gestão da ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO na unidade seguirá as recomendações do PNH compondo o conteúdo profissionalizante na extensão em saúde, de acordo com o interesse do Município em proporcionar espaços para estágios aos cursos profissionalizantes em saúde, vinculando-se aos processos de Educação Permanente;
- V. No eixo da gestão do PNH, propõem-se práticas de planejamento, monitoramento e avaliação baseados em seus princípios, diretrizes e metas, dimensionando seus resultados e gerando conhecimento específico na perspectiva da Humanização do SUS.

### **10.10.3.2. PARÂMETROS MÍNIMOS PARA A OBTENÇÃO DA ASSISTÊNCIA HUMANIZADA**

- I. Ampliar o diálogo entre os trabalhadores, entre trabalhadores e população, entre trabalhadores, governança da unidade e Autarquia Municipal de Saúde - I.S, promovendo a gestão participativa, colegiada, e a gestão compartilhada dos cuidados/atenção;
- II. Implantar, estimular e fortalecer Grupos de Trabalho de Humanização com plano de trabalho definido;
- III. Estimular práticas de atenção compartilhadas e resolutivas, racionalizar e adequar o uso dos recursos e insumos, em especial o uso de medicamentos, eliminando ações intervencionistas desnecessárias;
- IV. Reforçar o conceito de clínica ampliada: compromisso com o sujeito e seu coletivo, estímulo a diferentes práticas terapêuticas e corresponsabilidade de gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde;
- V. Sensibilizar as equipes de saúde para o problema da violência em todos os seus âmbitos de manifestação, especialmente no meio intrafamiliar (criança, mulher e idoso) e para a questão dos preconceitos (racial, religioso, sexual, de origem e outros) na hora da recepção/acolhida e encaminhamentos;
- VI. Adequar os serviços ao ambiente e à cultura dos usuários, respeitando a privacidade e promovendo a ambiência acolhedora e confortável;
- VII. Viabilizar a participação ativa dos trabalhadores na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA, através de colegiados gestores e processos interativos de planejamento e tomadas de decisão;
- VIII. Implementar sistemas e mecanismos de comunicação e informação que promovam o desenvolvimento, autonomia e protagonismo das equipes e população, ampliando o compromisso social e

corresponsabilização de todos os envolvidos no processo de produção da saúde;

- IX. Promover ações de incentivo e valorização da jornada integral ao SUS, do trabalho em equipe e da participação em processos de educação permanente que qualifiquem sua ação e sua inserção na rede SUS;
- X. Promover atividades de valorização e de cuidados aos trabalhadores da saúde, contemplando ações voltadas para a promoção da saúde e qualidade de vida no trabalho;
- XI. Promover a conscientização dos tipos de atendimentos por complexidade de assistência pactuada pelo Município, com Acolhimento Humanizado, através de um profissional na sala de espera da recepção na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA, denominado agente de humanização, profissional que será capacitado para orientar os fluxos por complexidade assistencial pactuada pelo Município e, acolher os usuários de forma humanizada para os que de fato necessitem ser atendidos e assistidos pela unidade;
- XII. Implantar de protocolos clínicos, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e respeitando a individualidade do paciente e/ou cliente;
- XIII. Garantir a participação dos trabalhadores em atividades de capacitação e educação permanente;
- XIV. Promover atividades de valorização e de cuidados aos trabalhadores na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA, contemplando ações voltadas para a promoção da saúde e qualidade de vida no trabalho;
- XV. Notificar suspeitas de violência e negligência, de acordo com a legislação específica;

XVI. Garantir acesso dos prontuários à autoridade sanitária, bem como aos usuários e pais ou responsáveis de menores, de acordo com o Código de Ética Médica.

### **10.10.3.3. ASSISTÊNCIA VOLTADA A HUMANIZAÇÃO NAS RELAÇÕES ENTRE EQUIPE PROFISSIONAL, USUÁRIOS E COMUNIDADE**

A ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO implantará o Manual de Humanização, elaborado com base no Programa Nacional de Humanização da assistência Hospitalar – PNHAH, o qual apresenta informações importantes para a implantação de um processo de humanização dos serviços de saúde.

Este Manual será dirigido por Grupos de trabalho de humanização para amparar suas orientações em experiências produzidas pelo Programa Nacional de Humanização - PNH.

O objetivo da ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO em instituir o Manual é estimular a cooperação entre as mesmas pela troca de experiências produzidas, que visam a qualificação do serviço público de saúde.

A Política de Humanização da Assistência à Saúde oferecerá uma Diretriz que contempla os projetos de caráter humanizador desenvolvidos nas diferentes Instituições de Saúde do Município, estimulando a criação e sustentação permanente de espaços de comunicação e divulgação, que facilitem e estimulem a livre expressão, o diálogo, o respeito e a solidariedade.

### **10.10.3.4. SAÚDE PÚBLICA HUMANIZADA**

#### **CONTEXTUALIZANDO O SUS**

Sabe-se que os municípios brasileiros possuem condições de desenvolvimento e de assistência à saúde completamente diferentes, por isso mesmo, o SUS definiu várias

formas de habilitação que indicam o grau de responsabilidade e autonomia da gestão municipal da saúde.

A regionalização da saúde assegura referência ao atendimento de média e alta complexidade. Os municípios brasileiros foram agrupados em módulos de saúde, cada um deles com um município-sede, responsável pelo nível 1 de referência em média complexidade. Um ou mais destes módulos são agrupados pela Secretaria Estadual de Saúde em microrregiões, designando serviços de nível 2 de referência em média complexidade. Estas microrregiões, por sua vez, são agrupadas em macrorregiões, com serviços de nível 3 de referência em alta complexidade. A Secretaria Estadual da Saúde designa, também, os serviços de nível 4 de referência em alta complexidade.

A operacionalização do SUS exige planejamento e articulação dos gestores municipais e estaduais. A articulação política entre as Secretarias Estaduais de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde de cada microrregião é fundamental para que o cidadão brasileiro tenha condições de acesso à saúde básica em seu município, ocorrendo referência para serviços de média e alta complexidade apenas quando necessário. Quanto mais o planejamento desse sistema estiver articulado, mais garantia teremos de que os serviços de saúde não vão estar sobrecarregados com uma demanda excessiva e não pertinente ao seu objetivo institucional.

A participação comunitária, através dos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, tem um papel importante: conferir maior visibilidade às decisões dos gestores. A criação de conselhos gestores em todos os serviços de saúde integrantes do SUS amplia o controle e a participação social.

A humanização da saúde pública é preconizada no plano de ações coordenado e descentralizado pelo SUS. Para que ela aconteça, na prática, a principal estratégia é a articulação entre os gestores municipais, os gestores estaduais e as instâncias colegiadas de participação social, as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde. É imperioso

implantar o SUS onde ele não existe. E é imperioso aperfeiçoar o SUS, permanentemente, onde ele já está implantado.

## DILEMAS E DESAFIOS ATUAIS

É inegável que, depois de tantos anos de luta, o SUS conseguiu uma ampliação significativa em termos de cobertura e acesso. Gestores, profissionais e usuários dos serviços de saúde sabem que o maior desafio do SUS é melhorar a qualidade dos serviços que presta à população em termos de eficácia e produção de saúde. Não basta centrar esforços na busca de eficiência e produtividade, essenciais para que os recursos públicos sejam investidos de forma responsável.

A baixa qualidade dos serviços acaba sobrecarregando o sistema, isso porque se o profissional tem dificuldades na realização de seu trabalho, o usuário fica insatisfeito com o atendimento e o gestor não consegue ter uma boa comunicação e interação com outras instâncias, os encaminhamentos são desorganizados e geram um número considerável de consultas, exames complementares e internações adicionais. Boa parte das demandas dos pacientes poderia ser resolvida em um primeiro atendimento, se houvesse um bom sistema de comunicação e um bom relacionamento profissional - usuário.

Quanto menor a integração, a comunicação, o vínculo e o reconhecimento mútuo entre profissionais e usuários, entre equipes de profissionais e gestores das diversas instâncias do sistema de saúde, menor será a possibilidade de eficácia no atendimento da população.

Para resolver esses desafios e melhorar a eficácia no atendimento à saúde, não basta investir na eficiência técnico-científica e na racionalidade administrativa. Qualquer atendimento à saúde, assim como qualquer relação entre gestores e equipes profissionais, é caracterizado pelas relações humanas. É preciso, portanto, estar atento a princípios e valores como a solidariedade e a ética na relação entre gestores,



profissionais e usuários. Uma ética que acolha o desconhecido e o imprevisível, que aceite os limites de cada situação e que seja pautada pela abertura e pelo respeito ao outro como um ser singular e digno.

A proposta de humanização dos serviços públicos de saúde é, portanto, valor básico para conquistar uma melhor qualidade no atendimento à saúde dos usuários e nas condições de trabalho dos profissionais de todo o sistema de saúde. Não se trata de adotar medidas para “maquiar” as instituições, nem tampouco de uma proposta “ortopédica”. A humanização tem como meta uma nova cultura institucional, que possa instaurar padrões de relacionamento ético entre gestores, técnicos e usuários.

O processo de humanização dos serviços de saúde nos coloca frente a uma dupla tarefa: refletir sobre a realidade do sistema de saúde e a particularidade de cada instituição/situação, e criar soluções para enfrentar os desafios e otimizar as oportunidades.

Não se trata de mais uma sobrecarga em um trabalho que já demanda muito investimento. Gestores e equipes de profissionais deparam-se, dia a dia, com uma enormidade de tarefas, responsabilidades e compromissos. Mais do que isso, têm de atender às necessidades de pessoas que se encontram em situações de fragilidade, dependência, dor e sofrimento, muitas vezes em situações difíceis de trabalho. É justamente a realização dessas duas tarefas – a construção de um espaço coletivo para reflexão sobre a realidade institucional e profissional e a busca de saídas criativas para os desafios encontrados – que poderá facilitar o trabalho dos profissionais de saúde e melhorar a qualidade do atendimento aos usuários.

O primeiro passo é a sensibilização dos gestores do SUS para a questão da humanização e para o desenvolvimento de um modelo de gestão voltado para a construção de uma nova cultura organizacional. Cultura essa que deve ser pautada pelo respeito, pela

solidariedade e pelo desenvolvimento da solidariedade e da cidadania dos agentes envolvidos e dos usuários.

Esse novo modelo de gestão precisa se amparar no fortalecimento da vontade política dos dirigentes de participar de ações efetivas e permanentes que transformem a realidade institucional das organizações de saúde. Precisa se amparar, ainda, no reconhecimento do caráter processual dessas transformações, na necessidade de comunicação e divulgação de resultados dos projetos e na criação de condições para a sustentação dos mesmos.

Outro aspecto de fundamental importância nessa proposta de gestão é a criação e sustentação permanentes de espaços de comunicação que facilitem e estimulem a livre expressão, a dinâmica do diálogo, o respeito à diversidade de opiniões e a tomada de decisões coletivas.

Desencadeado esse processo, as instituições de saúde, através da voz de usuários, profissionais e gestores, assumem a direção da construção de sua identidade e do seu projeto. Tal tarefa exige autonomia, liberdade e responsabilidade. Em contrapartida, oferece a possibilidade de reconstrução, perante a comunidade, da tão desgastada imagem do serviço público de saúde.

## A PARTICIPAÇÃO DO USUÁRIO

A Constituição de 1988 é bem clara: todos os cidadãos têm direitos civis, tais como liberdade pessoal de expressão, religião e movimentação; direitos políticos, como os eleitorais e de associação; e direitos sociais, referentes às condições de saúde, educação, trabalho, condições de vida e de assistência em situações de risco social.

Na prática, nem sempre é fácil respeitar esses direitos. Especialmente os direitos sociais. Para que isso aconteça, têm sido indispensáveis A ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE

GESTÃO e a participação ativa do cidadão. No SUS os direitos dos usuários vêm sendo garantidos através do controle social. Aliás, é a mesma Constituição, de 1988, que estabelece como princípio estruturador do SUS a participação da comunidade no planejamento e na avaliação continuada.

Em 1990, a Lei 8.080, que regulamentou o SUS, determinou a criação de comissões intersetoriais subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde. No mesmo ano, a Lei 8.142 definiu duas instâncias colegiadas: as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde. Os Conselhos de Saúde – constituídos em 50% por representantes dos usuários e em 50% por representantes do governo, prestadores de serviços e profissionais de saúde – são órgãos deliberativos encarregados de normatizar, recomendar, promover diligências, formular estratégias e controlar a execução da política de saúde. As decisões devem ser referendadas pelos níveis estadual e municipal de saúde e as suas principais estratégias de ação são a negociação política, a ação judicial e o acionamento do Ministério Público quando as resoluções não são cumpridas.

A participação cidadã tem sido estimulada por recursos como ouvidoria, trabalhos de sala de espera, preparação das altas, alojamento conjunto e ampliação do horário de visitas. Estes mesmos recursos são usados para ampliar os direitos dos usuários e legitimar o prestígio das instituições hospitalares.

Muitas das restrições impostas por modernos hospitais a seus usuários e familiares em termos de regras e horários, por exemplo, não obedecem a razões técnicas. Elas são, na verdade, parte de uma longa herança institucional, de cunho autoritário. É importante questionar e reavaliar as regras que restringem o acesso e a participação de famílias e usuários, propiciando formas mais abertas e livres de interação com o hospital. Quanto maior esta interação, maior é a força criativa e a aliança que se estabelece entre a instituição e seus usuários. Todos ganham: os pacientes e suas famílias conquistam mais espaço, liberdade e confiança no atendimento; funcionários e profissionais passam a contar com uma maior rede de ajuda para o desenvolvimento de suas tarefas.

## O VOLUNTARIADO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A população e as instituições não-governamentais têm demonstrado uma disposição crescente para se engajar em ações filantrópicas, caritativas, formas de solidariedade e participação social. Com isso, o trabalho voluntário tem conquistado cada vez mais visibilidade e respeito.

Convém lembrar, no entanto, que o voluntariado nasce de um impulso pessoal, solidário e de forte caráter emocional. Seria um engano negar essa origem ou desconsiderar essa enorme força motivacional. Mas é necessário ir além desse impulso e fortalecer uma sociedade civil mais autônoma e instituições mais democráticas.

É necessário, ainda, derrubar preconceitos quanto à natureza e significado do voluntariado. Isto só será possível com a ampla divulgação de experiências bem-sucedidas, um esforço sistemático de orientação e integração dos voluntários e o preparo das instituições para gerenciar adequadamente o potencial do trabalho voluntário. Mas, para a consolidação de uma nova cultura de voluntariado, a comunidade mais ampla precisa ser envolvida.

A Política de Humanização da assistência à saúde implica uma série de dimensões organizacionais, institucionais, profissionais e pessoais. Uma delas é a incorporação consistente do trabalho voluntário. Como expressão de solidariedade e participação cidadã, o voluntariado é uma das formas mais efetivas de aliança da instituição com uma comunidade que incorpora e assume sua parcela de responsabilidade pela mudança na cultura de atendimento à saúde. Não pode, portanto, reduzir-se a impulsos de generosidade desorganizada ou substituir vínculos formais de trabalho em quadros sociais de desemprego.

Quando é desenvolvido de forma organizada, com critérios e objetivos bem claros, o trabalho voluntário é uma fonte significativa de recursos e competências qualificadas.

Afinal, ele conta com a participação direta da comunidade e pode responder com mais visibilidade e credibilidade às necessidades e expectativas dos usuários. Integrada em um processo de humanização, a ação voluntária implica uma tomada de consciência de si mesmo e uma transformação pessoal inseparáveis de uma mudança na compreensão do mundo e de uma transformação mais ampla da sociedade.

### **10.10.3.5. PROPOSTA DE SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO E PESQUISA DE SATISFAÇÃO**

#### **10.10.4. AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DO USUÁRIO**

A avaliação da satisfação do usuário, será realizada pelo Serviço de Atendimento ao Usuário que terá como foco conhecer a satisfação dos usuários e problemas dos serviços oferecidos. Também irá executar as seguintes funções: apresentar as informações necessárias aos usuários sobre o funcionamento da Unidade e Serviços; atender e facilitar efetivamente as sugestões e reclamações dos usuários; dar resposta às reclamações/sugestões realizadas pelos usuários; receber e registrar as manifestações, encaminhá-las para análise e soluções e acompanhar junto às áreas competentes; elaborar relatórios e/ou boletins referentes ao processo de trabalho, realizar pesquisa de satisfação de usuários.

Entendendo o usuário como razão das suas atividades da Instituição de Saúde, A ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO irá dispor de um serviço específico para atendimento ao usuário. O Serviço de Atendimento ao Usuário - SAU, como é conhecido, será o canal de comunicação entre os usuários e a Instituição de Saúde. O serviço será preparado para colher sugestões e reclamações, fornecer informações e esclarecer dúvidas. Mais do que isto, será através do SAU e da participação do usuário da MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA adaptará e aprimorará os serviços ofertados, sempre com a ampla participação da Autarquia Municipal de Saúde – I.S.

O atendimento no SAU será feito por um grupo de assistentes sociais, agente de humanização e ouvidores que utilizarão de instrumentos de contatos para a ideal atuação:

- I. Termo de Ouvidoria: impresso próprio para manifestação de elogio, crítica e/ou sugestão, preenchido pelo usuário no próprio SAU;
- II. Pesquisa de Satisfação: totens colocados em locais estratégicos, com questões de escolha em que o cliente pontua o atendimento sob diversos aspectos;
- III. Questionário de Avaliação do Paciente: pesquisa aplicada pelo SAU a pacientes ambulatoriais e internados, avaliando o atendimento e os serviços prestados, integralmente, e abrindo oportunidade para contato pessoal.

O Serviço de Atendimento ao Usuário, irá abranger todas as áreas assistenciais da MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA.

#### **10.10.4.1. INSTRUMENTO DE PESQUISA DE SATISFAÇÃO**

A principal expectativa nesta proposta é avaliar se a estratégia e processos de trabalho implantados estão sendo satisfatórios não só em resultados de gestão como na percepção dos usuários.

A ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO deseja e tem como compromisso na gestão que os pacientes estejam satisfeitos quanto ao serviço e a assistência prestada, portanto, irá avaliar a satisfação de seus serviços continuamente sem prazo de término.

É muito relevante estabelecer qual é o processo que na visão do assistido é insatisfatória para que a análise aconteça e as melhorias sejam implantadas de forma permanente.

O objetivo será incentivar a utilização da análise de resultados de pesquisa de satisfação dos usuários, em forma de pesquisa de satisfação, o qual será aplicada pelo Agente de Humanização ou Posso Ajudar como conhecido. Pessoa uniformizada, bem apresentável, com conhecimento do fluxo de atendimento da unidade e principalmente com perfil de acolhimento, para atender e direcionar os usuário da Instituição de Saúde.

O agente de humanização possuirá seu posto nas áreas de espera na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA e acolherá o usuário para encaminhamento que serão:

- I. Aquisição da senha para atendimento;
- II. Encaminhamento do usuário para a Ouvidoria;
- III. Entrará em contato com o enfermeiro da Unidade;
- IV. Atentará a situações de mal-estar na sala de espera acionando a equipe de saúde para o atendimento específico;
- V. Reorientará o fluxo de atendimento para os usuários para rede básica encaminhando os usuários a assistência social para o contato com a Unidade Básica de Saúde de origem e transporte do mesmo;
- VI. Aplicará a Pesquisa de Satisfação.

O questionário da pesquisa de satisfação dará ao entrevistado a oportunidade de avaliar o serviço prestado pela unidade e fornecerá dados para análise dos resultados junto ao Núcleo de Qualidade e Conselho Gestor Interno, para reavaliação dos processos de trabalho e implantações de melhorias contínuas.

O modelo de pesquisa de satisfação será discutido e validado junto à AMS-IS/ITAPECERICA DA SERRA, e na ocasião de um modelo previamente definido A ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO irá aderir ao proposto após o alinhamento quanto a ferramenta e mensuração do resultado.

Abaixo está o modelo de instrumento utilizado pela ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO para a mensuração da satisfação dos usuários das unidades sob sua gestão que, será validade junto à AMS-I.S / ITAPECERICA DA SERRA.

Como você classifica o atendimento?  
Avalie nosso serviço quanto à competência, agilidade, cordialidade e apresentação.  
Assinale com o nível de satisfação que mais se identifica

2. PORTARIA

6. SERVIÇO SOCIAL

9 – ATENDIMENTO NO RAIO X

1. RECEPÇÃO

7. ASSISTÊNCIA MÉDIA

4. ESTRUTURA PREDIAL

2. ACOLHIMENTO E HUMANIZAÇÃO

7. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

5. LIMPEZA

#### 10.10.4.2. NÍVEL DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO E FREQUÊNCIA

A Pesquisa de satisfação dos clientes é uma ferramenta de gestão importantíssima para análise e acompanhamento do serviço e da assistência, que continuamente capta a voz do cliente, através da avaliação da performance da Instituição de Saúde a partir do ponto de vista do cliente. Assim, a aplicação de pesquisas de satisfação consegue mensurar a performance da Gestão, indicando caminhos para as decisões futuras de transformações e melhorias.

A principal expectativa nesta proposta é avaliar se a estratégia e processos de trabalho implantados estão sendo satisfatórios para os usuários, principais ferramentas que



demonstrarão resultados externos para que a Gestão da ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO utilize como ferramenta para que as melhorias sejam contínuas até a obtenção da excelência.

A ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO tem como responsabilidade social a assistência e acolhimento humanizado.

Portanto, A ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO irá aplicar as pesquisas de satisfação em todos os usuários do serviço de saúde em questão, em todos os períodos e setores de atendimento na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA, tendo como foco, preferencialmente, os pacientes em atendimento e internados.

Os colaboradores da unidade, também poderão expressar o nível de satisfação em relação aos serviços através do mesmo modelo de pesquisa ou por acesso ao site da ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO, através do endereço eletrônico da Organização Social.

#### **10.10.4.3. BUSCA ATIVA - PESQUISA DE SATISFAÇÃO**

Um dos requisitos para o sucesso de uma ouvidoria deve-se a promoção da gestão participativa nos processos produtivos e administrativos, fazendo investimento em pesquisa e tecnologia.

Contendo mecanismos de pesquisa e tecnologia, tem-se a necessidade da procura da satisfação do cidadão que utiliza os serviços públicos, através do método de busca ativa.

A gestão da ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO entende que as pesquisas de satisfação surgem como importante instrumento de avaliação das políticas públicas de saúde, a partir do olhar dos cidadãos.

Dessa forma, A ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO será capaz de promover estratégias eficazes para escuta do cidadão, não apenas recebendo as manifestações por meio dos canais de acesso, mas também buscando informações para subsidiar a gestão e o controle social, e em transformar os resultados das pesquisas em melhorias para a saúde da população.

A pesquisa é uma forma efetiva de promover a participação da população na formulação, na execução e na avaliação das políticas públicas, condição fundamental para o exercício pleno do direito à saúde.

A busca ativa deve ser aplicada em uma amostragem de pacientes após os mesmos já terem utilizado os serviços da Instituição de Saúde, isto é, após terem deixado a Unidade de Saúde.

Como se trata de pesquisa qualitativa, o foco maior é a qualidade da amostra e não a quantidade de elementos que a compõe.

Para compor essa amostragem os diversos atendimentos prestados pela Unidade de Saúde, como por exemplo, internação ou exame de diagnóstico deverão ser avaliados.

#### **10.10.4.4. PESQUISA DE PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS**

Pesquisa de Opinião é a coleta de dados que objetiva medir atitudes e captar a opinião das pessoas sobre temas políticos e sociais diversos.

Quando a contextualização é política, ela se denomina Pesquisa política ou eleitoral.

Conhecer a percepção dos clientes internos (funcionários) e externos (usuários), a respeito da qualidade do serviço público, pode ser um primeiro passo para o desenvolvimento de ações que levarão a melhorias, tanto por parte do gestor do sistema, que precisa conhecer o entendimento de ambos os clientes para poder melhor direcionar

suas estratégias e ações, como por parte dos próprios profissionais que, entendendo a percepção da qualidade sob a perspectiva de seus clientes, estarão mais preparados para atender suas expectativas.

O conhecimento dessa percepção possibilita a elaboração de uma caracterização do serviço prestado, objetivando, por exemplo, subsidiar a construção dos instrumentos de avaliação para que seja possível correlacionar a qualidade percebida e a qualidade avaliada do serviço prestado.

A avaliação permite que as organizações conheçam detalhadamente o seu desempenho, considerando os critérios de excelência. Não se trata apenas de organizar os serviços para a demanda, mas de ordená-los para as necessidades dos clientes.

Ambas metodologias poderão ser utilizadas: qualitativa e quantitativa.

Na pesquisa qualitativa há uma busca de informações mais profundas, mais ricas.

Método utilizado quando você deseja entender detalhadamente porque um indivíduo ou grupo faz ou pensa sobre determinada coisa.

Esse tipo de pesquisa fornece um processo a partir do qual questões-chave são identificadas e perguntas são formuladas, descobrindo o que importa para o pesquisador e o pesquisado.

A Pesquisa de Satisfação é especialmente útil em situações que envolvem o desenvolvimento e aperfeiçoamento de novas ideias.

Seu objetivo é alcançar uma compreensão qualitativa das razões e motivações subjacentes. Permite uma melhor visão do problema.

As características principais para esse tipo de pesquisa são:

- I. Revelar valores, crenças, sensações e atitudes;
- II. Não utilizar critério de representatividade amostral;
- III. Trabalhar com segmentos homogêneos de públicos busca informações mais profundas e ricas;
- IV. Buscar tendências e manifestações consensuais;
- V. Os dados são analisados e interpretados sem representação numérica ou percentual.

Seu uso é propício quando se deseja entender o porquê de determinada questão ou quando as pessoas não querem responder a certas perguntas ou mesmo sejam incapazes devido a questões como privacidade e desconforto sobre o assunto.

Podemos usar também quando os valores e sensações que se situam no nível subconsciente são disfarçados do mundo exterior pela racionalização e outros mecanismos.

Na pesquisa quantitativa são reunidos, registrados e analisados todos os dados numéricos que se referem às atitudes e aos comportamentos do público-alvo. Ela é utilizada quando se quer medir opiniões, reações, sensações, hábitos e atitudes de um universo (público-alvo), através de amostra que o represente de forma estatisticamente comprovada.

Algumas características deste tipo de pesquisa:

- I. Utiliza critérios estatísticos de representatividade amostral;
- II. Trabalha com qualquer tipo de universo;
- III. Busca identificar e quantificar as diferenças que existem num mesmo segmento;
- IV. Os dados são analisados numericamente e percentualmente;

- V. Utiliza de questionários com questões estruturados para a coleta das informações;
- VI. Precisa de pesquisadores habilitados, bem treinados e éticos;
- VII. Deve estabelecer critério de verificação (20% da amostra);
- VIII. Seu resultado permite uma conclusão e compreensão geral, projetando para a totalidade.

#### **10.10.4.5.SISTEMÁTICA DE USO DAS INFORMAÇÕES E AÇÕES CORRETIVAS (OPINIÃO OU NÍVEL DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO)**

Os dados coletados pelas pesquisas de satisfação serão transformados em indicadores e relatórios possibilitando a discussão dos resultados e implantação de melhorias contínuas nos processos de trabalho.

Incentiva-se a análise dessas informações através das ferramentas da qualidade próprias para busca da causa raiz, tais como brainstorming, 5 porquês e Ishikawa.

A ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO irá participar ativamente da análise dos resultados das pesquisas de satisfação, em conjunto com os gestores da Unidade, principalmente quando se tratar de questões estratégicas para a Instituição.

#### **10.10.4.6.IMPLANTAÇÃO DE SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO – NÚCLEO DE OUVIDORIA**

O Serviço de Atendimento ao Usuário, irá compor o Núcleo de Ouvidoria, sendo que a escolha do Ouvidor será realizada pelo Conselho Gestor da Unidade com consonância com o Conselho Executivo da ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO e da Autarquia Municipal de Saúde - I.S.

As principais competências do Núcleo de Ouvidoria, serão:

- I. Receber e encaminhar, quando devidamente apresentadas, as reclamações, sugestões, elogios, solicitações e denúncias que lhe forem dirigidas pelos interessados;
- II. Compilar as informações através de indicadores e relatórios;
- III. Acompanhar as providências adotadas pelos setores competentes, mantendo o interessado informado desse procedimento;
- IV. Propor à Gestão medidas de aperfeiçoamento da organização e do funcionamento dos serviços, assim como a edição, alteração e/ou revogação de atos normativos internos, com vistas à simplificação e ao aperfeiçoamento administrativo;
- V. Encaminhar relatório mensal das atividades à Diretoria Geral da Unidade, para a devida análise e divulgação.

#### **10.10.5. LEITOS DE INTERNAÇÃO – ADULTO E PEDIÁTRICO**

##### **10.10.5.1. PROGRAMA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO PARA GESTÃO DE LEITOS**

Atualmente, um dos processos de maior criticidade no âmbito hospitalar é a gestão dos leitos hospitalares. Isso se deve ao fato de que a organização hospitalar apresenta uma alta complexidade em virtude dos diversos processos assistenciais e administrativos que ocorrem simultaneamente.

Com isso, a realidade do cenário da saúde é a falta de leitos, que impactam negativamente na qualidade e segurança da assistência, insatisfação dos usuários do sistema de saúde e aumento dos custos operacionais.

A implementação de um setor ou área destinada ao gerenciamento de leitos, proporciona o alcance de melhorias significativas na gestão do serviço de saúde, como o aumento da taxa de ocupação, utilização plena da capacidade instalada, satisfação dos pacientes/usuários e da equipe assistencial.

Neste processo se faz de grande importância a identificação dos processos que impactam positiva ou negativamente na ocupação dos leitos, definindo metas claras de acompanhamento dos resultados e consequentes proposição de melhorias.

A ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO, nos três primeiros meses do Contrato de Gestão, irá desenvolver e apresentar plano de ação e projeto para incorporação das atividades abaixo:

**Incorporação de rounds multidisciplinares diário.** Onde serão discutidos o quadro clínico dos pacientes e planejamento da alta já na admissão da internação. Nestes rounds a equipe multidisciplinar estabelecerá o Plano Terapêutico do paciente e encaminhará ao Núcleo Internos de Regulação contemplando o planejamento de alta,

**Definição de sistemática para implantação da Gestão de Leitos.** Consiste em criar critérios para liberação dos leitos das internações eletivas e não programadas (solicitadas pela Unidade de Pronto Atendimento - UPA, transferências de outras instituições), definição das prioridades, definir a equipe que será responsável pelo processo e quantidade de

**Interfaces e Integração com as áreas.** Estabelecimento de área destinada ao gerenciamento de leitos para ser a referência e estabelecer as diretrizes aos outros setores que possuam interface direta com o processo de gestão de leitos. As áreas de enfermagem, manutenção, higienização, rouparia e corpo clínico deverão atuar frente à integração garantindo o sucesso da implantação da gestão de leitos.

**Gerenciar os tempos.** Antes de definir tempos para meta, serão mensurados os tempos atuais: – Tempo médio de internação, tempo de alta, tempo de liberação do leito para higienização, tempo médio higienização e composição do leito. Baseado nestes dados o gestor do processo terá mapeado o foco de atuação.

**Sistema/Software.** Ter um sistema para auxiliar a gestão de leitos tem como objetivos a redução do tempo de espera para internação, a eliminação de ocorrências de cancelamento de cirurgias por falta de leitos, possibilita a programação de manutenções preventivas e corretivas em enfermarias e a melhoria da qualidade de atendimento. Um sistema de gerenciamento de leitos possibilita a integração das equipes de Hotelaria, Enfermagem, Nutrição e Manutenção refletindo diretamente na qualidade do atendimento aos pacientes.

**Indicadores.** Definição de indicadores para acompanhamento das rotinas e processos a fim de tomada de decisão. Alguns exemplos de indicadores a serem utilizados: Tempo médio de higienização; Tempo médio para internação; Tempo médio de alta até a liberação do leito; Taxa de altas prescritas até 10 horas; Tempo médio de solução de solicitação de apartamentos. Indicadores devem ser mensurados para checar os resultados e avaliar futuras ações.

Estes são alguns exemplos de como A ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO atuará na gestão de leitos na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA, aprimorando o gerenciamento de leitos e revertendo em benefícios para a unidade de saúde, usuários e município.

#### **10.10.5.2.OBJETIVOS DO GERENCIAMENTO DE LEITOS**

- I. Utilizar os leitos operacionais em sua capacidade máxima dentro dos critérios definidos pela Instituição, visando a diminuição da espera pela internação, transferências internas e externas e satisfação dos usuários e profissionais prestadores de serviço;
- II. Preservar a habilidade de atendimento aos pacientes oriundos das Unidades de Urgência e Emergência – UE, primando pelo tempo adequado de espera para



internação, pela otimização do período de ocupação e pela agilidade no processo de alta hospitalar.

#### **10.10.5.3.CRITÉRIOS DO GERENCIAMENTO DE LEITOS**

A distribuição dos leitos diante da demanda de Urgência e Emergência irão seguir alguns preceitos básicos que visam atingir os objetivos propostos:

- I. Sempre que possível, o paciente será acomodado na Enfermaria da própria especialidade para proporcionar à qualidade de assistência prestada tanto pela equipe médica quanto pela equipe de enfermagem treinada para as demandas das especialidades em questão, pois permite o máximo aproveitamento da relação tempo de assistência versus tempo de internação (valores inversamente proporcionais);
- II. Sempre que possível, as enfermarias de alta rotatividade e baixa demanda de urgência, quando utilizadas para especialidades diversas, deverão ser ocupadas por pacientes com período de internação presumivelmente curto.
- III. Desenvolver outras atividades inerentes à área de competência.

#### **10.10.5.4.ALTA HOSPITALAR SEGUNDO RECOMENDAÇÃO DA PNHOSP**

A ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO possui em seus valores definidos a assistência humanizada, preocupação com o bem-estar dos pacientes e acolhimento diferenciado nos atendimentos multidisciplinar.

A Humanização é vista como política que atravessa as diferentes ações e instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde - SUS, implicando em:

- I. Traduzir os princípios do SUS em modos de operar dos diferentes equipamentos e sujeitos da rede de saúde;
- II. Construir trocas solidárias e comprometidas com a dupla tarefa de produção de saúde e produção de sujeitos;
- III. Oferecer um eixo articulador das práticas em saúde, destacando o aspecto subjetivo nelas presente;
- IV. Contagiar por atitudes e ações humanizadoras a rede do SUS, incluindo gestores, trabalhadores da saúde e usuários.

Assim, entendemos Humanização como:

- I. Valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores;
- II. Fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos;
- III. Aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos;
- IV. Estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão;
- V. Identificação das dimensões de necessidades sociais, coletivas e subjetivas de saúde;
- VI. Mudança nos modelos de atenção e gestão, tendo como foco as necessidades dos cidadãos, a produção de saúde e o próprio processo de trabalho em saúde, valorizando os trabalhadores e as relações sociais no trabalho;
- VII. Compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento.

Para isso, A ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO atuará na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA, seguindo a Humanização do SUS operacionalizando-se com:

- I. A construção de diferentes espaços de encontros entre sujeitos;
- II. A troca e a construção de saberes;
- III. O trabalho em rede com equipes multiprofissionais, com atuação transdisciplinar;
- IV. A identificação das necessidades, desejos e interesses dos diferentes sujeitos do campo da saúde;
- V. O pacto entre os diferentes níveis de gestão do SUS (Federal, Estadual e Municipal), entre as diferentes instâncias de efetivação das Políticas Públicas de Saúde (instâncias da gestão e da atenção), assim como entre gestores, trabalhadores e usuários desta rede;
- VI. O resgate dos fundamentos básicos que norteiam as práticas de saúde no SUS, reconhecendo os gestores, trabalhadores e usuários como sujeitos ativos e protagonistas das ações de saúde;
- VII. A construção de redes solidárias e interativas, participativas e protagonistas do SUS

#### **10.10.5.5.FLUXO PARA REGULAÇÃO INTERNA E GESTÃO DE LEITOS**

A ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO irá implementar fluxos voltados à regulação interna e gerenciamento dos leitos de observação da Unidade de Pronto Atendimento, os quais serão responsabilidade do NIR – Núcleo Interno de Regulação.

Com o estabelecimento dos referidos fluxos será possível, além de otimizar a utilização dos leitos, assegurar uma efetiva assistência pré-hospitalar aos usuários na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA e município.

#### **10.10.5.6.FLUXO PARA REALIZAÇÃO DE INTERCONSULTAS E PROCEDIMENTOS DE OUTRAS ESPECIALIDADES**

O fluxo para realização de interconsultas e procedimentos de outras especialidades, será gerenciado pelo NIR – Núcleo Interno de Regulação, que irá articular a busca dos profissionais especialistas na rede de saúde e gerenciar a realização desta etapa do processo assistencial.

Com a proposta da criação de um Núcleo Interno de Regulação na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA, A ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO estabelecerá a incorporação de rounds multidisciplinares diários para discussão do quadro clínico dos pacientes e planejamento da alta já na internação. Nestes rounds a equipe multidisciplinar estabelecerá o plano terapêutico do paciente e encaminhará ao Núcleo Interno de Regulação o planejamento da alta hospitalar dos pacientes.

#### **10.10.5.7.IMPLANTAÇÃO DO NIR – NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO**

A Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) instituída por meio da Portaria de Consolidação n.º 2, de 28 de setembro de 2017, em seu art. 6º, inciso IV, define e recomenda a criação do Núcleo Interno de Regulação (NIR) nos hospitais, que deverá realizar a interface com as Centrais de Regulação; delinear o perfil de complexidade da assistência no âmbito do SUS e disponibilizar consultas ambulatoriais, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, além dos leitos de internação, segundo critérios preestabelecidos e protocolos que deverão ser instituídos pelo NIR. Além disso, deve buscar vagas de internação e apoio diagnóstico e terapêutico fora na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA para os pacientes internados, quando necessário, conforme pactuação com a Rede de Atenção à Saúde (RAS).

O Núcleo Interno de Regulação é uma Unidade Técnico-Administrativa que possibilita monitoramento do paciente desde a sua chegada à instituição, durante o processo de internação e sua movimentação interna e externa, até a alta hospitalar. É um órgão colegiado ligado hierarquicamente à Direção Geral na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA e deve ser legitimado, com um papel definido e disseminado dentro da instituição.

### **PRINCIPAIS ATRIBUIÇÕES**

A ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO irá atuar fortemente para que a implementação do NIR seja entendida como projeto importante e permanente dentro do planejamento estratégico. Os hospitais são instituições complexas, com rotinas e culturas organizacionais muito enraizadas. O NIR certamente precisará confrontar muitas dessas concepções e, invariavelmente, resistências às mudanças devem ser esperadas.

Para obtermos sucesso na implantação do NIR é necessário que haja um sinergismo entre o que a instituição dispõe de melhor com o que é preconizado pelo NIR, sempre com o apoio irrestrito da alta liderança, gerentes, coordenadores etc. Desta forma, iremos minimizar as eventuais resistências e introduzir gradativamente a cultura da eficiência no âmbito hospitalar. Sendo assim, constituem como principais atribuições do NIR:

- I. Permitir o conhecimento da necessidade de leitos, por especialidades e patologias.
- II. Regular e gerenciar as diferentes ofertas hospitalares existentes, a saber: Ambulatório, Internação, Urgência e Emergência, Agenda Cirúrgica.
- III. Subsidiar discussões tanto internas, como externas (na Rede de Atenção à Saúde–RAS), que permitam o planejamento da ampliação e/ou readequação do perfil de leitos hospitalares ofertados.

- IV. Otimizar a utilização dos leitos hospitalares, mantendo a Taxa de Ocupação em limites adequados (evitando tanto ociosidade como superlotação) e controlando o Tempo Médio de Permanência nos diversos setores na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA, além de ampliar o acesso aos leitos e a outros serviços disponibilizados pela RAS.
- V. Otimizar a ocupação das Salas Cirúrgicas.
- VI. Monitorar com finalidade de reduzir ao máximo o número de procedimentos eletivos cancelados/suspensos.
- VII. Estabelecer mecanismos de apoio na perspectiva da redução do tempo de espera entre a indicação de terapia cirúrgica e a realização do procedimento.
- VIII. Auxiliar a gestão quanto ao controle e o uso racional de Órteses, Próteses e Materiais Especiais.
- IX. Estabelecer e/ou monitorar o painel de indicadores da capacidade instalada hospitalar.
- X. Induzir a implantação dos mecanismos de gestão da clínica tais como Kanban, Projeto Terapêutico Singular, Gestão da Fila.
- XI. Promover o uso dinâmico dos leitos hospitalares, por meio do aumento de rotatividade e monitoramento das atividades de Gestão da Clínica desempenhadas pelas equipes assistenciais.
- XII. Permitir e aprimorar a interface entre a gestão interna hospitalar e a regulação de acesso hospitalar.
- XIII. Qualificar os fluxos de acesso aos serviços e às informações no ambiente hospitalar.
- XIV. Otimizar os recursos existentes e apontar necessidades de incorporação de tecnologias no âmbito hospitalar.

- XV. Promover a permanente articulação do conjunto das especialidades clínicas e cirúrgicas, bem como das equipes multiprofissionais garantindo a integralidade do cuidado, no âmbito intra-hospitalar.
- XVI. Aprimorar e apoiar o processo integral do cuidado ao usuário dos serviços hospitalares visando ao atendimento mais adequado às suas necessidades.
- XVII. Apoiar as equipes na definição de critérios para internação e instituição de alta hospitalar responsável.
- XVIII. Fornecer subsídios às Lideranças Assistenciais para que façam o gerenciamento dos leitos, sinalizando contingências locais que possam comprometer a assistência.
- XIX. Estimular o Cuidado Horizontal dentro da instituição.
- XX. Colaborar tecnicamente, com dados de monitoramento, na proposição e atualização de protocolos/diretrizes clínicas e terapêuticas e protocolos administrativos

#### **10.10.5.8. PILARES DO NIR**

Existem três grupos de atividades que serão fundamentais para otimizar o uso da capacidade instalada na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA:

**Práticas de Regulação:** São atividades transversais de regulação do acesso realizadas pelo NIR, de forma articulada com os pontos de atenção e as Centrais de Regulação com o intuito de otimizar os recursos assistenciais disponíveis na unidade hospitalar.

**Articulação com a RAS:** Interface com as Centrais de Regulação Hospitalar e com outras instituições da rede (Unidades Básicas de Saúde - UBS, Unidades de Unidade de Pronto Atendimento - UPA - UPA, hospitais etc.).

**Monitoramento:** Avaliação de indicadores, do fluxo do paciente e de casos de permanência prolongada.

#### **10.10.5.9.PRÁTICAS DE REGULAÇÃO**

As práticas de regulação consistem em atividades que articulem o NIR e os pontos de atenção da RAS, de modo a definir, organizar e acompanhar o fluxo dos usuários e o acesso às ações e aos serviços de saúde. É extremamente importante o estabelecimento de uma rede de comunicação entre o NIR e as Centrais de Regulação (Ambulatorial, Hospitalar e de Urgência) para efetivar o acesso do usuário em tempo oportuno e adequado ao recurso necessário.

Neste sentido, A ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO irá promover que a capacidade instalada na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA seja utilizada de forma racional e adequada, beneficiando o maior número de pacientes em um determinado período. Quando falamos em regulação do acesso, estamos dizendo que é importante selecionar e alocar corretamente o paciente no recurso hospitalar que contemple as suas necessidades. Isso vale para a estrutura de internação hospitalar e para a estrutura ambulatorial de especialidades médicas, bem como a complexidade tecnológica a elas associada.

O desperdício de capacidade instalada pode resultar de simples ociosidade ou por encaminhamento inadequado (alocar o paciente para recurso que não contempla a sua necessidade). Essa última situação é, frequentemente, uma das causas de ineficiência do uso da capacidade instalada e de risco a segurança dos pacientes. Um paciente grave que necessite de recursos de terapia intensiva terá seu tratamento adiado se for alocado em um leito de enfermagem clínica e, até que o erro seja corrigido, correrá risco adicional pela insuficiência de recursos na estrutura em que foi alocado. De forma semelhante, um paciente que necessite de procedimento vascular de urgência, devido a uma trombose



arterial aguda, pode acabar tendo o membro amputado se for internado em um hospital sem equipe de cirurgia vascular. Nessas situações, acabamos consumindo o recurso sem resolver o problema de saúde do usuário, muitas vezes ainda agravando sua situação.

#### **10.10.5.10. PASSO A PASSO PARA IMPLANTAÇÃO E ARTICULAÇÃO DA EQUIPE**

A ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO antes da implantação do NIR irá organizar os processos internos de trabalho e o acesso à capacidade instalada hospitalar. Para isso serão realizadas as seguintes ações:

Definir claramente a estrutura de assistência da instituição e suas limitações – capacidade instalada.

Avaliar o nível de gravidade e a intensidade de cuidado necessário para cada paciente internado na instituição – Projeto Terapêutico Singular.

Padronizar os processos de trabalho desde a admissão dos pacientes, cuidados e as transições de cuidados entre os setores da unidade hospitalar.

Centralizar no NIR a gestão do acesso à estrutura hospitalar e dos processos relacionados, bem como a interface com a Regulação, quando necessário.

#### **10.10.5.11. PERFIL DE GRAVIDADE DOS PACIENTES**

Outra etapa necessária é a definição da complexidade de atendimento que podemos oferecer aos pacientes, onde precisamos definir como serão alocados os pacientes graves nos locais mais adequados na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA. Entenda-se por paciente grave o paciente instável, com risco potencial de deterioração clínica e que demanda cuidados frequentes e/ou intensivos.

Existem diversos escores de alerta precoce e de avaliação objetiva da gravidade do paciente, a exemplo do escore Modified Early Warning Score (MEWS). Esses escores podem ser consultados como base para a definição de critérios objetivos de estabilidade clínica. Em geral, esses critérios contemplam valores de sinais vitais, medidas de glicemia capilar e de saturação periférica de oxigênio, sinais de esforço ventilatório, avaliação do nível de consciência, uso de oxigênio suplementar, entre outros.

#### **10.10.5.12. PADRONIZAÇÃO DAS TRANSIÇÕES DE CUIDADO ENTRE UNIDADES COM FERRAMENTAS DE GESTÃO DA CLÍNICA**

É importante esclarecermos o conceito de gestão da clínica, aqui colocado como ferramenta de gestão na perspectiva de melhoria de qualidade e do controle dos seus determinantes, com foco na eficiência e na efetividade.

Tendo em vista que a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece a necessidade de criarmos mecanismos de eficiência no setor Saúde, que possam controlar o avanço dos gastos devido ao aumento crescente de demanda e de consumo de tecnologias, de forma a considerar a eficiência e a eficácia dos serviços prestados e com base em modelos internacionais que têm como premissa a universalidade do direito e do acesso, os quais propõem a integralidade do cuidado, na busca do gerenciamento clínico como caminho para se obter melhor performance dos serviços de saúde.

Após definirmos objetivamente os critérios de internação, conforme a complexidade, bem como os critérios de gravidade, será realizada a institucionalização de protocolos, a fim de padronizar e homogeneizar a transição de cuidados entre as unidades na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA.

Serão desenvolvidos protocolos de internação que contemplam a transição de cuidados do setor da Emergência para as demais unidades, bem como transição da UTI para

Enfermaria Clínica e vice-versa; Sala de Recuperação Cirúrgica para Enfermaria Cirúrgica etc.

Os protocolos irão possuir critérios objetivos que permitam classificar e alocar corretamente os pacientes para os locais com recursos adequados para as necessidades da sua patologia e da sua gravidade clínica. Dessa forma, evita-se desperdício de uso da capacidade instalada e promovemos um tratamento mais seguro, eficaz e resolutivo.

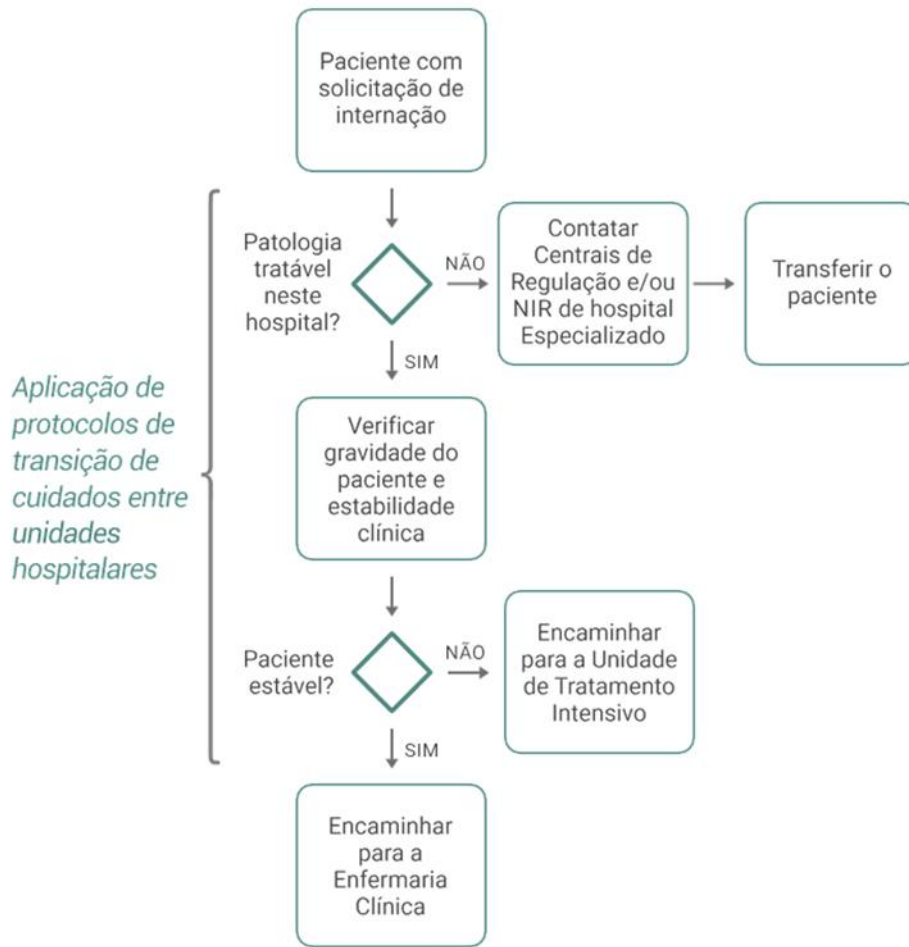
Para que funcionem na prática, esses processos precisam ser compreendidos por todos os colaboradores, por isso sugerimos que sejam elaborados e discutidos em conjunto com os profissionais que o utilizarão, para o empoderamento e maior adesão.

Ressalta-se a importância do alinhamento entre os coordenadores dos setores envolvidos com o cuidado, de forma a propiciar o trabalho integrado e assim A ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO irá fomentar a padronização da assistência por meio de protocolos médico-assistenciais e administrativos, bem como da prescrição e evolução médica, emissão de Autorização para Internação Hospitalar (AIH) e outros documentos pertinentes.

Devem contribuir para o Controle de Infecção Hospitalar (CIH) e Segurança do Paciente por meio da inclusão de protocolos de prevenção de eventos adversos, precauções de contato e isolamento para situações específicas, além das seis metas internacionais recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

#### **10.10.5.13. PROPOSTA DE FLUXO DE INTERNAÇÃO DE PACIENTES**

Está demonstrada na figura abaixo um modelo de processo de internação de pacientes a partir do setor da Emergência e de um protocolo de transição de cuidados entre unidades:



### 10.10.5.14. MODELO DE REGISTRO INICIAL DOS PACIENTES A PARTIR DA EMERGÊNCIA

	<b>Núcleo Interno de Regulação (NIR)</b>  <b>PROTOCOLO DE SINAIS VITAIS</b> <small>TRANSFERÊNCIA DE PACIENTES ENTRE UNIDADES DO HRES  RECEPÇÃO DE PACIENTES EXTERNOS TRANSFERIDOS</small>
--	--

A ser preenchida pelo Enfermeiro da Emergência **antes** da transferência do paciente para a Unidade de Internação (UI) ou pelo Enfermeiro na admissão de pacientes externos:

**NOME DO PACIENTE:** \_\_\_\_\_

1 - **Sexo:**  Masculino  Feminino

2 - **Impressão diagnóstica:** \_\_\_\_\_

3 - **Horário dos últimos sinais vitais:** \_\_\_\_\_  
HGT: \_\_\_\_\_ (60 a 400md/dL) PAS: \_\_\_\_\_ (90 a 180mmHg) Tax: \_\_\_\_\_ (34 a 41)  
PAD: \_\_\_\_\_ (60 a 120mmHg) FC: \_\_\_\_\_ (50 a 120bpm) FR: \_\_\_\_\_ (até 28irpm)  
SaO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ (> 94% se hipoxemia aguda ou > 90% se hipoxemia crônica)

4 - **Uso de O<sub>2</sub>:**  Não  Sim → qual suporte?:  Óculos Nasal  Venturi  Hudson

5 - **Esforço respiratório:**  Não  Sim

6 - **Sensório agudamente alterado, irresponsividade a estímulos ou Glasgow inferior a 8?**  
 Não  Sim

7 - **O paciente:**

1. Permaneceu mais de 24h em UPA/Emergência  
 Não  Sim
2. Realizou procedimento invasivo (SVD, CVC, cateterismo) em outra instituição  
 Não  Sim
3. Permaneceu internado por mais de 24h no último mês em outra instituição  
 Não  Sim
4. É institucionalizado (lar geriátrico, clínica)  
 Não  Sim
5. Tem história de germe resistente (mesmo não comprovado)  
 Não  Sim
6. Necessita isolamento respiratório (TB, Herpes Zoster)  
 Não  Sim

Havendo **sim** para um desses itens, instalar precaução de contato/aerossol em quarto privativo ou coorte e coletar swab de vigilância conforme protocolo específico.



#### **10.10.5.16. RELACIONAMENTO INTERNO E EXTERNO (ARTICULAÇÃO COM A RAS)**

Após ter organizado o acesso a sua capacidade instalada e padronizado os fluxos de pacientes dentro da instituição, o NIR está apto a exercer o papel de interlocutor entre o hospital e as Centrais de Regulação e demais instituições de saúde da Rede. Não podemos esquecer de que o objetivo final de todo o trabalho é beneficiar o maior número possível de pacientes, aumentando a oferta não só pela qualificação do acesso, mas também das indicações de transferências entre instituições.

É importante destacar que a Política Nacional de Atenção Hospitalar traz o conceito de alta responsável como um mecanismo de transferência de cuidados realizado por meio da orientação dos pacientes e familiares quanto à continuidade do tratamento, reforçando a autonomia do sujeito, proporcionando o autocuidado; articulação da continuidade do cuidado com os demais pontos de atenção da RAS, em particular a Atenção Básica e implantação de mecanismos de desospitalização, visando alternativas às práticas hospitalares, como as de cuidados domiciliares pactuados na Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Desta forma, é de fundamental importância o apoio do NIR para discussão e implementação da proposta da Alta responsável, como dispositivo para articulação dos processos de trabalho das equipes, gestores e Redes de Atenção à Saúde, visando à integralidade e continuidade do cuidado em saúde dos usuários nos territórios.

Cabe ainda citar que o NIR deve participar dos Núcleos de Acesso e Qualidade Hospitalar (NAQH), descritos também na portaria da Política Nacional de Atenção Hospitalar. Esse outro núcleo é composto por profissionais das diversas áreas do hospital e de representantes da gestão, com a finalidade de garantir a qualidade da gestão do serviço de urgência e emergência e dos leitos de retaguarda às urgências e à interlocução com a RAS.

### **10.10.5.17. MONITORAMENTO**

O NIR irá mensurar o resultado de suas ações (efetividade e eficiência) por meio do monitoramento de indicadores que saberemos o desempenho real do NIR e poderemos identificar áreas com oportunidade de melhoria.

Um indicador deve gerar uma informação relevante para o processo de gestão e planejamento, precisa ser claro, objetivo e derivado de dados confiáveis.

Podemos dividir os indicadores relevantes para o NIR em dois grupos principais: os de processo e os de resultado.

#### **INDICADORES DE PROCESSOS**

Após padronizar o fluxo de pacientes na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA, é importante saber se, de fato, esses processos estão ocorrendo de forma eficiente e correta. A maior parte dos indicadores de processos vão mensurar tempos do fluxo do paciente pela estrutura e unidades na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA, desde a sua admissão até a alta hospitalar. Podemos aqui, também, observar se os protocolos em si estão sendo aplicados e mensurar a adesão dos colaboradores.

Importante salientar que, antes de mensurar esses indicadores, é importante ter o processo mapeado, com as equipes capacitadas na sua execução. Como exemplo, podemos citar:

#### **Tempo para efetivação de internação**

Avalia o tempo decorrido desde a solicitação de internação na Emergência até a chegada do paciente na Unidade de Internação. Processos de admissão homogêneos deverão apresentar tempos adequados dentro de uma estimativa real de sua duração. A



transferência do paciente da Emergência para a Enfermaria Clínica revela-se um processo complexo, no qual diversas etapas acontecem com a interação de vários colaboradores na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA, desde o médico até administrativos. A redução nesse tempo pode sensivelmente reduzir a superlotação na Emergência.

### **Tempo para efetivação de alta hospitalar**

Mensura o tempo decorrido da definição médica de alta do paciente até a desocupação do leito. A redução nesse indicador gera aumento virtual da capacidade instalada, ao aumentar o giro de leitos e sua oferta para novas admissões. Alguns hospitais ainda mensuram o horário da alta hospitalar; estimula-se as equipes a promoverem a alta no turno da manhã, permitindo que à tarde um novo paciente já ocupe o mesmo leito. Cabe o cuidado de mensurar e avaliar com cautela essa questão, uma vez que o fato do paciente receber a alta não implica na imediata desocupação do leito, e outros fatores costumam estar presentes nesta etapa. Novamente, um mapeamento preciso do processo poderá auxiliar no uso da informação gerada a partir dos dados do indicador.

### **Tempo para higienização do leito**

Compreende o tempo decorrido desde a saída física do paciente até o momento de liberação do leito já higienizado. A exemplo do indicador anterior, a redução da duração dessa etapa também aumenta a oferta real de leitos para novas admissões.

### **Tempo de intervalo entre cirurgias**

A redução nos tempos de transferência do paciente para a Sala de Recuperação e higienização da Sala Cirúrgica aumenta a disponibilidade dela para novos procedimentos, expandindo o número de cirurgias possíveis para um determinado período.

## INDICADORES DE RESULTADO

Esses são os indicadores que mostram o efeito real das ações que serão desencadeadas pelo NIR, e muitos refletem o funcionamento global na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA. Enquanto os indicadores de processo mensuram a eficiência das atividades desenvolvidas, os indicadores de resultado apontarão se essas atividades são de fato eficazes no cumprimento dos seus objetivos.

Quando falamos em resultado, podemos ainda subdividir esses indicadores em produção e desempenho.

Produção diz respeito ao uso da capacidade instalada e ao número de atendimentos. Indicadores de produção básicos incluem:

- I. Pacientes-dia no período.
- II. Taxa de ocupação dos leitos.
- III. Número de internações.
- IV. Número de consultas.
- V. Número de cirurgias.
- VI. Taxa de ocupação de Salas Cirúrgicas.
- VII. Taxa de consultas realizadas.

Os indicadores de produção mostram-nos, em última análise, se a capacidade instalada está sendo adequadamente utilizada, indicando desperdício por ociosidade da estrutura quando estiverem abaixo da sua meta. Ainda, indicadores muito elevados podem indicar um excesso de demanda para a oferta, principalmente se os indicadores de desempenho (descritos a seguir) estiverem adequados.

Os indicadores de desempenho, portanto, mostram se a capacidade instalada está sendo utilizada de forma eficiente. Como exemplo, podemos citar:

- I. Tempo médio de permanência em leito de internação.
- II. Taxa de pacientes residentes na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA (permanência superior a 90 dias).
- III. Índice de renovação (giro de leitos).
- IV. Índice de intervalo de substituição (intervalo de substituição de leitos).
- V. Giro de Salas Cirúrgicas (cirurgias no período/número total de salas).

Melhorar o desempenho do fluxo do paciente na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA, levando em consideração a aplicação de melhores práticas médico-assistenciais bem como promovendo processos administrativos organizados e eficientes, será fundamental para reduzir a superlotação no setor da Emergência.

Precisamos destacar que o NIR, sozinho, não poderá intervir em cada ponto dessa cadeia complexa de serviços de assistência em saúde; não obstante, deve organizar a análise e compartilhar as conclusões com a direção técnica e administrativa. Essas informações serão indispensáveis na concepção e controle dos planos de ação que precisarão ser implantados para otimizarmos o uso da capacidade instalada.

Os exemplos de indicadores aqui citados incluem os que usualmente são utilizados para o processo de gestão. Contudo, nada impede que outros indicadores sejam criados, conforme as particularidades de cada instituição e do contexto em que estão inseridas. Basta lembrar, sempre, que o indicador precisa ser de fácil obtenção, acurado e relevante para a avaliação do processo.

Abordar em detalhes a gestão de processos que está além do escopo deste Manual, mas sugerimos o uso de ferramentas gerenciais específicas, como os ciclos de PDCA (Plan, Do, Check and Act) para implantação das mudanças. Como os processos costumam depender de diversos colaboradores e são geralmente complexos, recomenda-se também não implementar muitas mudanças simultaneamente, pois o resultado de uma intervenção modifica toda a cadeia de processos. Nesses casos, múltiplas alterações concomitantes podem anular as melhorias esperadas, pois elas foram elaboradas considerando apenas a formatação original do processo em questão

#### **10.10.5.18. CENTRAIS DE REGULAÇÃO**

O NIR deverá desenvolver uma relação direta, frequente e esclarecedora com as Centrais de Regulação Hospitalar. Um dos desafios enfrentados por essas Centrais, municipais e estaduais, é o de obter informações claras e apuradas sobre os pacientes que precisam ser transferidos entre as instituições da rede. Muitas vezes, nem mesmo um censo de leitos da região regulada consegue ser apurado com exatidão e em tempo hábil.

O NIR deve filtrar (esclarecendo com o médico-assistente em situações de dúvida quanto a determinados encaminhamentos, repassando uma informação clara para a Central de Regulação), bem como monitorar as solicitações de transferência externa, utilizando seu relacionamento mais próximo à Central de Regulação para sinalizar casos que precisam de resolução com brevidade e devem ser priorizados.

Por fim, o NIR deve ainda informar o censo de leitos local periodicamente, disponibilizando leitos de internação, sempre que possível, para pacientes de outras instituições da Rede. Precisa, ainda, delinear claramente os critérios de elegibilidade para essas admissões, conforme o perfil assistencial na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA.

#### **10.10.5.19. OUTRAS INSTITUIÇÕES**

O relacionamento direto com o NIR de outros hospitais é uma atividade importante que precisa ser desenvolvida para a troca de experiências, bem como a criação e alinhamento de fluxos específicos.

Mais do que isso, dessas relações podem surgir parcerias para compartilhamento de recursos diagnósticos e terapêuticos. Como exemplo, vamos considerar dois hospitais gerais com limitações de recursos para exames diagnósticos. O hospital A possui tomógrafo, mas carece de ecocardiografia; enquanto o hospital B possui ecocardiografia, mas não dispõe de um aparelho de tomografia computadorizada. O NIR de ambos hospitais pode encontrar aqui a solução para esperas prolongadas de transferência, bastando alinhar um fluxo específico de pacientes entre as instituições para realização desses exames.

#### **10.10.5.20. ROTINAS DO NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO**

A rotina básica esperada do NIR é descrita a seguir. Rotinas mais específicas precisam ser desenvolvidas conforme as características de cada hospital. Não abordaremos rotinas relacionadas à gestão de agendas de bloco cirúrgico e ambulatoriais, pois essas atividades são difíceis de serem contempladas por um NIR composto apenas pela estrutura básica. De qualquer forma, a rotina básica é válida para todos os leitos, clínicos ou cirúrgicos

É esperado que o NIR passe a ter controle total sobre os leitos na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA. Esse controle é necessário, pois haverá necessidade de centralizar a forma de atender à demanda de novas admissões e de transferências internas entre as unidades. Aqui, destacamos o papel do enfermeiro operacional: sua função primordial é a gestão em tempo real dos leitos livres. Ele deve autorizar as novas admissões das reservas solicitadas, as trocas e os bloqueios necessários conforme a demanda e

disponibilidades; deve acompanhar diariamente o censo hospitalar e ajustar a disposição dos pacientes na grade de leitos, de forma a promover um uso mais eficiente dos leitos disponíveis.

O conhecimento em tempo real do censo hospitalar permite, também, oferecer com maior frequência os leitos de internação para as centrais de regulação municipais e/ou regionais. Esse censo precisa ser informado diariamente para o ente regulador. O médico ligado ao NIR deve ser a referência para a discussão e aceite dos casos externos; na sua ausência, um médico assistente das equipes especializadas deve ser indicado para exercer essa função.

Além de atualizar o censo e ajustar a disposição das novas admissões ou transferências entre as unidades, precisamos monitorar os casos que demandam transferência para fora na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA ou recursos diagnósticos/terapêuticos não disponíveis na instituição. Também é função do NIR monitorar e facilitar a resolução de internações prolongadas, acionando as equipes multidisciplinares e outras estruturas de apoio necessárias.

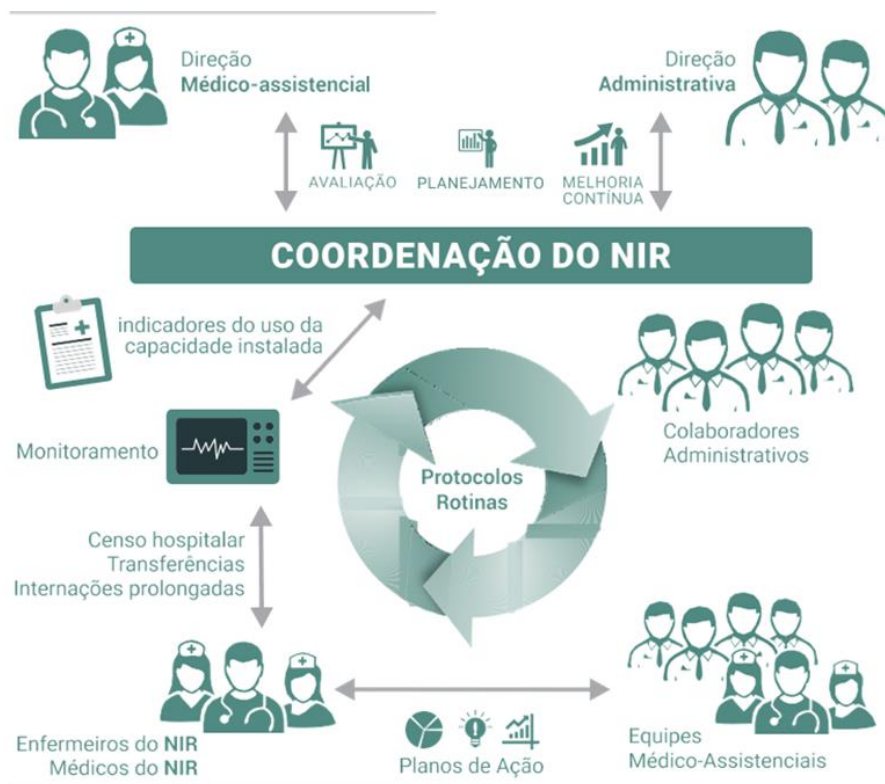
O NIR terá o seu round diário, no qual o enfermeiro operacional discutirá com o médico coordenador e/ou médicos reguladores os casos de transferência externa e internações prolongadas, definindo planos de ação para esses pacientes. A realização de round multidisciplinar é importante para alinhar toda a equipe acerca das situações e ações necessárias, definindo tarefas específicas que deverão ser executadas até o dia seguinte.

#### **PRINCIPAIS ATIVIDADES DO NIR:**

- I. Coordenar o trabalho de regulação intra-hospitalar.
- II. Controlar diariamente a disponibilidade de leitos.

- III. Monitorar o tempo médio de permanência de cada paciente.
- IV. Constituir a interface entre hospital e Central de Regulação.
- V. Monitorar o fluxo de informações entre a Central de Regulação e o hospital.
- VI. Organizar e acompanhar indicadores.
- VII. Elaborar relatórios mensais para discussão em colegiado/comissões

### VISÃO GERAL DO FUNCIONAMENTO DO NIR



#### 10.10.5.21. ETAPAS PARA IMPLANTAÇÃO DO NIR

##### 1º Passo: Definição dos Objetivos do NIR:

- I. Defina a importância de uma política interna de regulação para o hospital.
- II. Quais as articulações necessárias para essa política?

III. Quais são as atribuições de um grupo/equipe para Gestão Interna de Leitos?

IV. Por que é necessário fazer Gestão de Leitos na Instituição?

## **2º Passo: Definição das Atribuições do NIR:**

A partir da produção anterior o responsável pela condução da Oficina propõe que cada grupo trabalhe agora na definição das atribuições do NIR, para regulação interna e externa.

Solicitar que cada grupo elenque ao menos cinco atribuições, ou seja, funções/tarefas (uma em cada tarjeta) que podem ser atribuídas ao Núcleo Interno de Regulação.

Após isso as tarjetas deverão ser agrupadas por núcleo de sentido, sendo que cada núcleo de sentido deverá ser identificado ao final como uma atribuição-chave para o NIR.

## **3º Passo: Planejando as ações para alcançar os Objetivos e Atribuições propostos para o NIR:**

A partir das atribuições-chaves elencadas anteriormente, deverá ser trabalhado nos grupos o questionamento do que fazer e que ações de melhoria deverão ser implantadas, para que se alcance os objetivos e cada uma das atribuições propostas.

Para isso poderá ser utilizada uma matriz para Elaboração do Plano de Ação, sugestão de utilização do modelo 5W2H, conforme Anexo D, podendo distribuir as atribuições-chaves de forma que cada grupo trabalhe uma ou duas atribuições.

Nessa etapa é muito importante que seja definido prazo, responsáveis por cada ação e indicadores para acompanhamento dos processos de melhoria. Para o sucesso na implantação das Ações do Plano e a adesão de todos os setores envolvidos é de suma



importância que a alta liderança da instituição valide as decisões definidas e que acompanhe de perto essa implantação.

#### **4º Passo: Validação:**

Ao final a produção de cada grupo deverá ser discutida a validação de todo conteúdo do Plano de Ação, além de definir prazos para a sua reavaliação e monitoramento que deverá ser constante e periódico.

É importante frisar que o Plano de Ação deverá adotar a metodologia de ciclo de melhoria constante.

#### **O NIR estará instituído quando houver:**

- I. Equipe de referência multiprofissional nomeada institucionalmente.
- II. Plano de Ação elaborado e em execução.
- III. Definição de indicadores prioritários para monitorar os processos do Plano de Ação e os Resultados (Ex.: Taxa de Ocupação para monitoramento da superlotação; tempo médio de permanência; giro de leito/rotatividade dos pacientes).
- IV. Quando houver consonância entre o eixo da regulação interna e da regulação externa.

#### **10.10.5.22. ATRIBUIÇÕES DOS MEMBROS DO NIR**

##### **MÉDICO**

A partir do início do plantão, todos os dias da semana, deverá acompanhar a avaliação dos pacientes e identificar com as equipes assistenciais aqueles, que tem potencial para a transferência a outros setores da unidade hospitalar e/ou leitos de Retaguarda

pactuados na RAS, por meio da avaliação dos dados do Kanban e/ou outro instrumento utilizado para gerenciamento dos casos, nas unidades que possuem porta aberta às urgências deverá iniciar esse monitoramento por esse setor, para avaliar a demanda e a partir dessa demanda averiguar as possibilidades.

Identificar as pendências (avaliações médicas, exames, marcação de cirurgias) e providenciar junto à equipe assistencial a sua resolução.

Identificar pacientes com critérios de Alta Hospitalar e discutir o caso com a equipe assistente.

Paciente da Área Vermelha e Amarela que continua com quadro de gravidade e/ou de Instabilidade Hemodinâmica deve ser mantido nesses setores ou encaminhado para a UTI, conforme protocolo preestabelecido.

Pacientes estáveis e dentro dos critérios de transferência devem ser selecionados e encaminhados para os leitos do próprio hospital, hospital de retaguarda pactuado, mediante instrumentos regulatórios, ou para a Alta Hospitalar.

Deverá intermediar a equipe assistencial na busca e disponibilização de leitos de internação para os pacientes que se encontram de alta da UTI.

Selecionar pacientes candidatos à transferência para o Hospital pactuado para Retaguarda.

Regular os leitos disponíveis no próprio hospital de acordo com as especialidades.

Apoiar a reavaliação dos casos de reinternação dos pacientes que retornaram na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA de Retaguarda ou da Internação Domiciliar identificando os motivos que levaram a re-hospitalização dos usuários, a fim de

retroalimentar as equipes em relação ao seguimento ou mesmo para a revisão dos protocolos.

Realizar a interface entre as especialidades médicas e os setores da unidade hospitalar, a fim de promover as Inter consultas de modo mais eficiente e ágil.

Ampliar espaços de atuação do médico em projetos de pesquisa e extensão, objetivando a produção acadêmica e qualificação profissional.

Contribuir com o desenvolvimento do NIR.

Participar de todas as reuniões que envolvam a equipe do NIR.

## **ENFERMEIRO**

No início do plantão o enfermeiro do NIR deverá apoiar a equipe assistencial dos diversos setores na avaliação dos pacientes nas observações, a qual deverá ocorrer diariamente e verificar os dados do monitoramento do Kanban, para verificar a viabilidade de serem transferidos para enfermarias, leitos de retaguarda, UTI e/ou mesmo de alta para casa ou Serviço de Atenção Domiciliar.

Interagir com a equipe multidisciplinar assistencial, para aperfeiçoar o processo de transferência.

Realizar interface entre a Regulação e a equipe da emergência e após a avaliação médica, determinar conjuntamente os usuários elegíveis para ocupação de leitos internos e externos.

Auxiliar a equipe do NIR na definição, avaliação e priorização dos pacientes na ocupação dos leitos disponíveis internamente e externamente, conforme contato com a

regulação, e nos casos que não houver regulação com a unidade que possua leitos disponíveis.

Realizar busca ativa de leitos disponíveis no sistema informatizado ou em visita aos setores da unidade hospitalar.

Adequar os leitos disponíveis por especialidade e gênero (feminino/masculino).

Monitorar os leitos atentando para o Tempo Médio de Permanência.

Identificar e notificar mediante relatório mensal os entraves pertinentes ao processo de transferência e atuação do NIR.

Alimentar a planilha dos indicadores, conforme levantamento realizado pelo Kanban, a fim de proporcionar dados para a tomada de decisão da Alta Liderança.

Atuar diretamente no monitoramento do Kanban apoiando a equipe assistencial na avaliação dos dados e no apoio à busca de soluções para a oferta dos serviços necessários aos usuários.

Ampliar espaços de atuação do enfermeiro em projetos de pesquisa e extensão, objetivando a produção acadêmica e qualificação profissional.

Contribuir com o desenvolvimento do NIR.

Participar de todas as reuniões que envolvam a equipe do NIR.

## **ASSISTENTE SOCIAL**

Abordar e orientar usuários e familiares para as transferências internas e externas.

Orientar, informar e sensibilizar os pacientes com indicação clínica para os leitos de retaguarda, buscando assinatura do paciente ou seu responsável no Termo de Consentimento para posterior transferência.

Apoiar e esclarecer toda e qualquer dúvida do usuário e/ou familiar com relação à transferência para os Hospitais de Retaguarda, explicando sobre o funcionamento e normas na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA de Retaguarda.

Realizar investigação social do paciente, nos casos pertinentes.

Orientar o paciente que ele é responsável pelos seus objetos e documentos pessoais.

Apoiar no aprimoramento dos canais de comunicação internos e com a Central de Regulação (comunicação externa), por meio de melhor divulgação de atividades do NIR (murais, ofícios, jornais internos, site etc.).

Explicar as particularidades da questão social e construir propostas de trabalho capazes de preservar e efetivar direitos dos usuários, conforme legislação específica.

Participar no cuidado da saúde do indivíduo em sua totalidade.

Potencializar a orientação social com vistas à ampliação do acesso aos direitos sociais.

Apoiar junto à equipe de atenção psicológica na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA questões referentes à necessidade de terapia familiar e individual.

Ampliar espaços de atuação do Serviço Social em projetos de pesquisa e extensão, objetivando a produção acadêmica e qualificação profissional.

Contribuir com o desenvolvimento do NIR.

Participar de todas as reuniões que envolvam a equipe do NIR.

### **ASSISTENTE ADMINISTRATIVO**

No início do plantão deve confirmar o quantitativo de vagas nos hospitais de Retaguarda, bem como nos setores do próprio hospital que estão disponíveis para o dia repassando essa informação para o médico regulador do NIR, bem como alimentar o sistema de informações sobre tais dados, conforme o caso.

Entregar para os médicos reguladores/auditores, conforme o caso cópia do Relatório dos Pacientes internados.

Enviar os prontuários dos pacientes ao Same transferidos para o hospital de Retaguarda do dia anterior devidamente protocolado, envelopado e etiquetado. No envelope os papéis deverão estar organizados na seguinte ordem: da primeira folha a última: ficha de atendimento PAAR/PSFE, AIH, Relatório Médico, Cópia do Termo de Consentimento de Transferência para os Hospitais Retaguarda, evolução de enfermagem, evolução dos demais profissionais separados por categoria, resultados de exames laboratoriais, resultados de exames de imagem, pareceres e por último os anexos que vier a existir do paciente e por último os filmes de exame de imagem.

Alimentar a planilha de dados no computador dos pacientes transferidos para o Hospital de Retaguarda do dia anterior com as seguintes informações: Nome do paciente, Data de nascimento, Nome da mãe do paciente, Número do prontuário, Especialidade médica, Nome do médico assistencial, Total de pacientes que foram transferidos diariamente,

Total de pacientes que voltaram para o Hospital de origem diariamente especificando o motivo do retorno.

Checar no mapa cirúrgico se tem algum dos usuários em monitoramento, para procedimentos cirúrgicos, no dia seguinte.

Separar a documentação e o prontuário do paciente que irá ser transferidos no dia. A documentação que deve ser enviada para o Hospital Retaguarda com o paciente, que deverá conter: Relatório Médico com o Termo de Consentimento, Cópia dos exames laboratoriais do dia, Cópia dos laudos dos exames de imagem e filmes dos exames de imagem mais recentes, Cópia da prescrição do dia, Cópia da evolução de enfermagem.

Encaminhar a Apac de exames e/ou procedimento cirúrgico devidamente agendado (data, hora e local) na própria Apac e/ou no papel informativo.

Agendar os exames e/ou procedimento cirúrgico, que estejam pendentes aos usuários que devem ser transferidos para os leitos de Retaguarda.

Informar a enfermeira na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA de Retaguarda e/ou leitos de internação, o quantitativo e o sexo dos pacientes que serão transferidos para a Retaguarda.

Contatar o serviço de transporte com agendamento do horário em que o paciente será transferido.

Certificar que o paciente será acompanhado, durante o traslado, por um técnico de Enfermagem, considerando que o paciente foi avaliado pelo médico regulador que constatou quadro estável do paciente.

Manter no quadro de aviso as pendências e os recados para os demais membros da equipe. Se for urgente, comunicar por telefone.

Organizar o setor para o dia seguinte, manter tudo no seu devido lugar.

Contribuir com o desenvolvimento do NIR.

Participar de todas as reuniões que envolvam a equipe do NIR.

#### **10.10.5.23. REFERÊNCIAS E BIBLIOGRAFIA**

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2, de 27 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. 2017. Disponível em: <[http://bvAMS-IS.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002\\_03\\_10\\_2017.html](http://bvAMS-IS.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html)>. Acesso em: 30 nov. 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. Manual de implantação e implementação: núcleo interno de regulação para Hospitais Gerais e Especializados [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde. 3. ed. Brasília, 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização: Humaniza SUS. Brasília, 2004.



\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.395, de 11 de outubro de 2011. Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <[http://bvAMS-IS.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2395\\_11\\_10\\_2011.html](http://bvAMS-IS.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2395_11_10_2011.html)>. Acesso em: 28 nov. 2017

#### **10.10.6. INTERFACE ENTRE OS PONTOS DE ATENÇÃO**

Tendo em vista que a interface é o modo como ocorre a comunicação e interação entre duas partes distintas e que o objetivo é promover a integração e articulação entre os diferentes serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas e consequente garantia da integralidade do cuidado. Nesse sentido, considera-se competência intransferível de qualquer ponto de atenção do município de ITAPECERICA DA SERRA a capacidade de estabelecer interfaces e de trabalho integrado com os demais pontos de Atenção da Rede Municipal, independentemente do nível de atenção.

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 resolutiva e segundo normas e mecanismos pré-estabelecidos.

Por contra referência entende-se o ato de encaminhamento de um paciente ao estabelecimento de origem (que o referiu) após resolução da causa responsável pela referência.

A gestão da ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO 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 sob gestão da ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO realizará orientação aos pacientes atendidos quanto ao retorno às MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA 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, A ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO irá prover o encaminhamento 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.

Toda a comunicação e integração com os demais pontos de atenção da rede, se dará através do Núcleo Interno de Regulação, conforme detalhamento acima.

#### **PACIENTE DE ALTA**

Nos casos de altas da internação, A ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO entregará cópia do resumo de alta ao paciente ou responsável e irá encaminhá-lo à unidade de saúde da rede municipal de saúde na qual é assistido rotineiramente. A cópia será encaminhada para Atenção primária à Saúde e Vigilância em Saúde, quando couber.

Mensalmente será apresentado indicadores necessários para demonstrar os tipos de altas para que a Gestão da ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO bem como a AMS-IS/ITAPECERICA DA SERRA, possuam acompanhamento e gerenciamento dos 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 da ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO

para com a MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA.

### **ACOMPANHAMENTO PÓS-ALTA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

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 MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA, definirá estratégias e mecanismos que busquem informar a rede de saúde quando pacientes com patologias crônicas e/ou acompanhados por alguma linha de cuidado vierem a ser atendidos na unidade, bem como o tratamento realizado e condutas aplicadas, informando à Atenção primária à Saúde, Atenção Especializada e Vigilância em Saúde.

### **PACIENTE REGULADO PARA OUTRA UNIDADE DE SAÚDE**

O Serviço Social da MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA, 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 Autarquia Municipal de Saúde - I.S 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 AMS-IS/ITAPECERICA DA SERRA 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 MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA , irão contar com uma equipe destinada à realização do Acolhimento com Classificação de Risco que atenderá os pacientes que buscarem atendimento na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA e unidades de Unidade de Pronto Atendimento - UPA 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. Para aqueles que se enquadrarem no perfil de urgência e emergência serão direcionados para atendimento no Unidade de Pronto Atendimento - UPA / Emergência do próprio hospital.

Os pacientes provenientes da Rede de Atenção Psicossocial serão acolhidos e receberão o primeiro atendimento dentro de protocolos clínicos assistenciais específicos e linhas de cuidado. Haverá disponível profissional médico especialista em Psiquiatria e equipe multidisciplinar específica, garantindo o suporte hospitalar para situações de urgência/emergência decorrentes do consumo ou abstinência de álcool, crack e outras drogas, bem como de comorbidades psiquiátricas e/ou clínicas advindas da Rede de Atenção às Urgências, da Rede de Atenção Psicossocial e da Atenção Básicas, conforme

as demandas e fluxos assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial, de acordo com o estabelecido na Portaria GM/MS Portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012 e suas atualizações.

Serão estabelecidos indicadores específicos que serão monitorados pelo NIR, reportando os resultados à AMS-IS com análise e propositura de ações de melhoria.

### **10.11. PROPOSTA VOLTADA A QUALIDADE ASSISTENCIAL**

### **10.12. COMISSÃO DE QUALIDADE E NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE**

#### **10.12.1. NÚCLEO INTERNO DE SEGURANÇA**

A segurança do paciente é tema de responsabilidade da Diretoria Geral e Técnica, porém é sabido que a segurança do paciente é transversal e todo o trabalho será intra-hospitalar. Para promover a transversalidade que o assunto requer, A ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO implantará o Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente – NQSP, composto por equipe multidisciplinar para elaboração de estratégias para a implantação, implementação e divulgação das ações para melhoria contínua dos processos assistenciais com foco na qualidade e segurança do paciente.

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

É objetivo do NQSP a promoção de uma cultura hospitalar voltada para a segurança dos pacientes, através de planejamento, desenvolvimento, controle e avaliação de processos assistenciais, a fim de garantir a qualidade dos mesmos em todos os serviços na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA. Além disso, irá avaliar o grau de adesão da instituição de saúde para as práticas e recomendações emitidas por ele ou pelos órgãos, como Anvisa e Ministério da Saúde.

Terá como finalidade e objetivos:

- I. Promover ações para a gestão de riscos no âmbito da instituição;
- II. Analisar e avaliar as notificações sobre incidentes e queixas técnicas selecionadas pelo Setor/Unidade de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;
- III. Desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no âmbito da instituição;
- IV. 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;
- V. Promover e acompanhar ações de melhoria de qualidade alinhadas com a segurança do paciente, especialmente aquelas relacionadas aos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;
- VI. Estabelecer, avaliar e monitorar barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde;
- VII. Elaborar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde, divulgação delegáveis a outros serviços do objeto;
- VIII. Avaliar e monitorar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;
- IX. Priorizar a implantação dos Protocolos de Segurança do Paciente determinados pelo Ministério da Saúde e ANVISA em realizar o monitoramento dos respectivos indicadores, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA
- X. Compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre

- incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- XI. Acompanhar o processo de notificação ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
  - XII. Acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias;
  - XIII. Desenvolver, implantar, avaliar, monitorar e manter atualizado o plano de capacitação em segurança do paciente, sendo a etapa de implantação delegável a todos os serviços inclusos neste edital;
  - XIV. Desenvolver, implantar, avaliar, monitorar e manter atualizado o plano de comunicação social em saúde quanto aos temas referentes à segurança do paciente, sendo a etapa de implantação delegável a todos os serviços inclusos neste edital;
  - XV. Promover e acompanhar ações de disseminação sistemática da cultura de segurança com foco no aprendizado e desenvolvimento institucional;
  - XVI. Elaborar proposta de metas e indicadores para inserção nos processos de contratualização;
  - XVII. Elaborar plano de pesquisa sobre segurança do paciente para desenvolvimento em parceria com a Gerência de Ensino e Pesquisa ou equivalente;
  - XVIII. Discutir e elaborar propostas de trabalhos relacionados à estruturação e execução do programa de qualidade;
  - XIX. Viabilizar e tornar disponíveis meios de absorção, desenvolvimento e disseminação do programa de qualidade; assegurar a uniformidade de conceitos e métodos, coerentes com a filosofia da qualidade;
  - XX. Assessorar e acompanhar o desenvolvimento de projetos com aplicação da metodologia da qualidade; promover sinergia dos

- níveis e/ou instâncias de atuação da coordenação da qualidade na gestão e consequente assistência prestada aos pacientes;
- XXI. Desenvolver e aplicar capacitações voltadas a necessidade na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA;
  - XXII. Gerenciar Documentos de acordo com a Política de Sistema Documental;
  - XXIII. Gerenciar Projetos;
  - XXIV. Gerenciar Riscos e Ocorrências;
  - XXV. Gerenciar os Indicadores Chave de Performance – KPI;
  - XXVI. Implantar Balanced Scored Care – BSC.

Em relação à sua composição a Direção Geral irá definir os membros, obedecendo aos critérios abaixo, sendo conferido a estes membros autoridade e responsabilidade para desenvolver ações relacionadas à segurança do paciente, que deverão ser acompanhadas pelo Gestor de Qualidade, devendo ser composto, minimamente, por:

- I. Representantes da Direção;
- II. Representantes do Corpo Clínico;
- III. Coordenação/Supervisão de Enfermagem;
- IV. Enfermeiros Assistenciais;
- V. Nutricionista;
- VI. Farmacêutico;
- VII. Assistente Social;
- VIII. Representante do Laboratório;
- IX. Representante do Diagnóstico por Imagem;
- X. Representantes das equipes operacionais.



### **10.12.1.3. PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO**

#### **I - DAS CATEGORIAS E FINALIDADES**

Art. 1º. A constituição da Comissão será nomeada pela Diretoria Geral baseada na resolução de Diretoria Colegiada da Anvisa (RDC) nº 36/2013. A referida RDC conceitua a Comissão como sendo “instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente”. A constituição de um fórum de discussão multidisciplinar que articule e coordene programas e atividades de gestão de riscos para prevenção de incidentes é muito importante para que seja obtido êxito no programa de segurança do paciente.

Art. 2º - É objetivo do NQSP: é a promoção de uma cultura hospitalar voltada para a segurança dos pacientes, através de planejamento, desenvolvimento, controle e avaliação de processos assistenciais, a fim de garantir a qualidade dos mesmos. Além disso, irá avaliar o grau de adesão da instituição de saúde para as práticas e recomendações emitidas por ele ou pelos órgãos, como Anvisa e Ministério da Saúde.

#### **II - DA ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO**

##### **SECÇÃO I - ESTRUTURA**

Art. 3º - Ao nomear a sua composição, a Direção Geral confere aos membros da Comissão autoridade e responsabilidade para desenvolver ações relacionadas à segurança do paciente, que deverão ser acompanhadas pelo Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente, devendo ser composto, minimamente, por:

- I. Representantes da Direção;
- II. Representantes do Corpo Clínico;
- III. Coordenação/Supervisão de Enfermagem;
- IV. Enfermeiros Assistenciais;
- V. Nutricionista;

- VI. Farmacêutico;
- VII. Assistente Social;
- VIII. Representante do Laboratório;
- IX. Representante do Diagnóstico por Imagem;
- X. Representantes das equipes operacionais.

## **SEÇÃO II ORGANIZAÇÃO**

Art. 4º As reuniões serão realizadas com periodicidade mensal e sempre que necessário, de maneira extraordinária, com registro em ata.

Art. 5º O Núcleo será organizado com as funções de Presidente, Vice-Presidente, Secretário e membros efetivos, que serão responsáveis pelas atribuições da comissão.

Art. 6º Na ocorrência de ausência de mais de 50% dos membros presentes na data marcada para a reunião, a mesma deverá ser reagendada e realizada dentro do mesmo mês.

## **SEÇÃO III DAS COMPETÊNCIAS**

Art. 7º – Ao NQSP compete:

- I. Promover ações para a gestão de riscos no âmbito da instituição;
- II. Analisar e avaliar as notificações sobre incidentes e queixas técnicas selecionadas pelo Setor/Unidade de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;
- III. Desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no âmbito da instituição;
- IV. 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;
- V. Promover e acompanhar ações de melhoria de qualidade alinhadas com a segurança do paciente, especialmente aquelas relacionadas aos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;
  - VI. Estabelecer, avaliar e monitorar barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde;
  - VII. Elaborar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde, divulgação delegáveis a outros serviços do objeto;
  - VIII. Avaliar e monitorar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;
  - IX. Priorizar a implantação dos Protocolos de Segurança do Paciente determinados pelo Ministério da Saúde e ANVISA em realizar o monitoramento dos respectivos indicadores, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA;
  - X. Compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
  - XI. Acompanhar o processo de notificação ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
  - XII. Acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias;

- XIII. Desenvolver, implantar, avaliar, monitorar e manter atualizado o plano de capacitação em segurança do paciente, sendo a etapa de implantação delegável a todos os serviços inclusos neste edital;
- XIV. Desenvolver, implantar, avaliar, monitorar e manter atualizado o plano de comunicação social em saúde quanto aos temas referentes à segurança do paciente, sendo a etapa de implantação delegável a todos os serviços inclusos neste edital;
- XV. Promover e acompanhar ações de disseminação sistemática da cultura de segurança com foco no aprendizado e desenvolvimento institucional;
- XVI. Elaborar proposta de metas e indicadores para inserção nos processos de contratualização;
- XVII. Elaborar plano de pesquisa sobre segurança do paciente para desenvolvimento na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA.

### **SEÇÃO III DAS METAS INTERNACIONAIS DE SEGURANÇA AO PACIENTE A SEREM ATINGIDAS**

Art. 8º Atender a Meta 1 - Identificar os pacientes corretamente:

- I. Elaborar e implementar Políticas e Procedimentos para a identificação segura do paciente;
- II. Monitorar o uso das pulseiras nos locais onde já existem;
- III. Treinamento para os profissionais relativo a identificação antes da administração de tratamentos e realização de procedimentos.

Art. 9º Atender a Meta 2 - Melhorar a comunicação efetiva:

Elaborar e implantar política para orientar o processo de verificação da precisão verbal e telefônica.

- I. Elaborar ferramentas de comunicação para os pacientes e seus familiares e/ou acompanhantes como Informativos de Funcionamento, Pesquisas de Satisfação e Boletins Informativos;
- II. Fortalecer o registro seguro das informações do paciente no prontuário, que é um documento legal e contém todas as informações do processo assistencial, desde a admissão até a alta;
- III. Assegurar o envolvimento do paciente no processo de cuidado, esclarecendo todas as suas dúvidas.

Art. 10º Atender a Meta 3 - Melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos:

- I. Elaborar e disseminar a lista de medicamentos de alta vigilância;
- II. Elaborar e implantar políticas e procedimentos para orientar a identificação, rotulagem, armazenamento e segregação destes medicamentos;
- III. Implantar a prescrição eletrônica;
- IV. Implementar rotina de dupla checagem no preparo e administração de medicamentos de alto risco;

Art. 11º Atender Meta 4 - Assegurar Cirurgias com Local de Intervenção correto, Procedimento Correto e Paciente Correto.

- I. Elaborar e implantar políticas e procedimentos definindo os processos relativos à Meta 4 (cirurgia segura);
- II. Implementar a prática da demarcação do local da intervenção (lateralidade);
- III. Implantar protocolo de antibiótico profilaxia;
- IV. Lista de verificação e time-out antes de cirurgia e procedimentos invasivos.

Art. 12º Atender Meta 5 – Reduzir o risco de Infecções associadas aos cuidados de saúde.

- I. Rever os procedimentos estabelecidos e as estratégias de adesão para assegurar a adequada lavagem de mãos;
- II. Desenvolver política e/ou procedimentos de suporte na redução de infecções associadas aos cuidados de saúde.

Art. 13º Atender a Meta 6 – Reduzir o risco de lesões ao paciente decorrentes de quedas.

- I. Elaborar políticas e/ou procedimentos para avaliação do risco de queda e de desenvolvimento de lesões por pressão;
- II. Incluir no procedimento forma de identificar o paciente em risco de queda e de desenvolvimento de lesão por pressão;
- III. Sensibilizar e capacitar a equipe multiprofissional.

#### SEÇÃO IV RECOMENDAÇÕES PRIORITÁRIAS CIRURGIA SEGURA

- I. Desenvolver e implantar políticas e procedimentos para orientar os serviços de anestesia e cirurgia;
- II. Implementar a avaliação pré-anestésica e pré-indução para todos os pacientes.

## SEÇÃO V GERENCIAMENTO DE USO DE MEDICAMENTOS

- I. Elaborar, desenvolver e implantar política para orientar o gerenciamento e uso de medicamentos em toda a instituição;
- II. Definir processos para identificar, desprezar e monitorar medicamentos com prazo de validade vencido;
- III. Instituir processos para garantir a segurança e monitoramento do armazenamento de medicamentos controlados na farmácia e nas áreas de cuidado.

## SEÇÃO VI RECOMENDAÇÕES PRIORITÁRIAS

- I. Elaborar e implantar Políticas e procedimentos para definir o processo de avaliação e reavaliações do paciente em toda a instituição;
- II. Definir o conteúdo das avaliações médicas iniciais e da equipe multidisciplinar;
- III. Implantar processos para avaliação dos pacientes com dor que seja adequada à idade do paciente com registro em prontuário;
- IV. Elaborar e implantar as políticas e procedimentos referentes ao cuidado dos pacientes de alto risco;
- V. Implantar processo para que os resultados de todas as discussões e conclusões da equipe de cuidado multidisciplinar sejam anotados no prontuário clínico.

Art. 14º Este regimento entrará em vigor após aprovação pela Superintendência ou Diretoria Geral na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA, revogadas as disposições em contrário.

#### 10.12.1.4. CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL

As reuniões ordinárias, serão realizadas com periodicidade mensal e de maneira extraordinária, quando houver necessidade.

As Reuniões terão um cronograma pré-estipulado e acompanhado continuamente pela sua gestão para que possa ter seu grau de efetividade e melhor desempenho alcançados.

ATIVIDADE	CRONOGRAMA ANUAL											
	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	12º
Constituição da Comissão	■	■										
Reunião Ordinária			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Elaborar / Revisar / Definir os riscos a serem monitorados por complexidade setorial			■	■	■							
Implantar o Gerenciamento e Monitoramento de risco e avaliação da causa raiz				■	■	■	■	■	■	■	■	■
Realizar ações preventivas e educativas para a equipe				■		■		■		■		■

#### 10.12.2. PLANO DE ORGANIZAÇÃO DE IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO DE QUALIDADE

Para a efetiva implantação da Gestão de Qualidade, iniciaremos com a implantação o Núcleo de Qualidade, já no início da atuação da ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO na Gestão da MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA, nos comprometendo logo no início a implantar, propomos logo na primeira etapa ser a implantação refere-se a necessidade de desenhar o mapa estratégico, definir os objetivos e traçar os indicadores, apoiar na escolha das intervenções e projetos estratégicos e,



direcionar os desdobramento dos planos de ação, para estabelecer orientações estratégicas a fim de viabilizar a política da qualidade e da segurança do paciente.

### **10.12.3. ESCOPO DA IMPLANTAÇÃO DA QUALIDADE**

A Gestão da ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO terá como meta o atendimento das necessidades e expectativas de seus usuários e expectativa do Município de ITAPECERICA DA SERRA na contratação da ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO. Para tanto, será de extrema importância que as atividades desenvolvidas estejam fundamentadas em sólidos pressupostos filosóficos, metodológicos, socioeconômicos e epidemiológicos para que sejamos capazes de garantir um elevado padrão de qualidade assistencial com garantia da segurança e atendimento humanizado aos pacientes além do foco de garantia dos resultados esperados e a implantação do Núcleo de Qualidade na estrutura organizacional dos Serviços.

As definições acerca do conceito de qualidade são muitas, entretanto, no setor saúde, diz a respeito à consolidação de um elevado padrão de assistência.

Cabe ressaltar que a qualidade da assistência se apoia concretamente na avaliação de 3 (três) dimensões: estrutura, processo e resultado.

A qualidade é o fator com o qual todos os envolvidos estarão focados aos aperfeiçoamentos constantes das práticas, cujo horizonte é a satisfação daqueles que dependem desses serviços, além dos benefícios alcançados frente à diminuição dos riscos, tendo como referencial o usuário.

A missão essencial da ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO é a prestação de serviços e assistência aos seus usuários de forma qualificada e segura, assim buscamos a constante integração harmônica das áreas assistenciais e de gestão para a obtenção de resultados esperados e assistência diferenciada.

Faz-se necessário para a clareza do seguimento da Qualidade da Gestão da ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO as seguintes definições:

- I. Eficácia: é a habilidade da ciência médica em oferecer melhorias na saúde e no bem-estar dos indivíduos;
- II. Efetividade: é a relação entre o benefício real oferecido pela assistência e o resultado potencial, representado por estudos epidemiológicos e clínicos;
- III. Eficiência: é a relação entre o benefício oferecido pela assistência médica e seu custo econômico;
- IV. Otimização: é o estabelecimento do ponto de equilíbrio relativo, em que o benefício é elevado ao máximo em relação ao seu custo econômico. É a tentativa de evitar benefícios marginais a custos inaceitáveis;
- V. Aceitabilidade: é a adaptação dos cuidados médicos e da assistência à saúde às expectativas, desejos e valores dos pacientes e suas famílias. Este atributo é composto por 5 (cinco) conceitos: acessibilidade, relação médico-paciente, amenidades, preferências do paciente quanto aos efeitos da assistência e preferências do paciente quanto aos custos da assistência;
- VI. Legitimidade: é a possibilidade de adaptar satisfatoriamente um serviço à comunidade ou à sociedade como um todo. Implica conformidade individual, satisfação e bem-estar da coletividade.
- VII. Equidade: é a determinação da adequada e justa distribuição dos serviços e benefícios para todos os membros da comunidade, população ou sociedade.

É dos seguimentos de Princípios, Diretrizes e Recursos do Sistema Único de Saúde – SUS que A ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO se norteia para a assistência qualificada:

- I. Universalidade: é a garantia de atenção à saúde a todo e qualquer cidadão pelo Sistema Único de Saúde - SUS;
- II. Integralidade: é o reconhecimento de que cada pessoa é um todo indivisível, integrante de uma comunidade; as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde não podem ser compartimentalizadas; as MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA, com seus diversos graus de complexidade configuram um sistema capaz de prestar atenção integral;
- III. Equidade: é o princípio de que o acesso aos serviços em seus variados níveis de complexidade seja adequado à necessidade específica de cada cidadão, sem barreiras e sem privilégios;
- IV. Descentralização: é a redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde nos vários níveis de governo, federal, estadual e municipal, tornando a gestão mais próxima do cidadão usuário;
- V. Municipalização: é um passo importante de descentralização, em que a gestão se desloca do nível federal e estadual para o nível municipal, levando à maior responsabilização na promoção das ações diretamente voltadas para seus cidadãos;
- VI. Distritalização: é um processo de responsabilização crescente da descentralização, em que cada Distrito de Saúde passa a exercer papel de gestão do Sistema no seu território;
- VII. Regionalização: Definição de espaço territorial e população a ser atendida. Como essa população tem direito a ter acesso a todo tipo de recursos assistenciais, o conceito envolve também a articulação intermunicipal de recursos à saúde que garantam esse direito;
- VIII. Hierarquização: é a organização do acesso ao sistema a partir das ações de atenção primária, realizadas pelo Centro de Saúde, que deve estar estruturado para poder resolver 80% dos problemas de saúde da

população e pelas ações de atenção secundária e terciária, com complexidade tecnológica crescente, que são realizadas nos serviços de retaguarda de especialidades e centros de referência;

- IX. Responsabilização: é a capacidade do Sistema de Saúde ativamente em assumir responsabilidade pelos problemas de saúde de uma população ou indivíduo. Isso implica em que cada equipe de saúde e cada profissional devem se responsabilizar pelas ações e encaminhamentos necessários para cada usuário, visando à atenção integral à saúde. Isto inclui os problemas de saúde coletiva;
- X. Vínculo: é a ligação que se estabelece entre o usuário/o sistema de saúde/a equipe local/o profissional de saúde. Quando o vínculo é personalizado, ou seja, a equipe conhece os usuários, seus familiares, sua inserção na comunidade e seu ambiente, os resultados das ações de saúde podem ser favorecidos. O mesmo se dá quando o usuário/população se vincula a uma equipe ou profissional de saúde;
- XI. Recursos financeiros: são vitais para a operacionalização do SUS. Originam-se do Governo Federal, Estadual e recursos do próprio Município. Sua utilização é acompanhada pelo Fundo Municipal de Saúde, onde estão disponibilizadas as prestações de contas da saúde;
- XII. Recursos humanos: são os profissionais de saúde e suas relações de trabalho.

### **10.13. IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO DE RISCOS E OCORRÊNCIAS**

A necessidade de gerenciar riscos decorre, principalmente, da consciência de existência de fatores, internos ou externos dos projetos, cujo desencadeamento, ao longo do seu ciclo de vida, poderá fazer alterar o objetivo do mesmo.

A identificação desses fatores e/ou das suas causas constitui uma das etapas fundamentais, de qualquer metodologia de gestão dos riscos.

O tipo de risco, a sua probabilidade de ocorrência, ou o seu impacto sobre o projeto, variam ao longo do ciclo de vida do mesmo, sendo por isso necessário proceder-se à identificação dos riscos, em todas as suas fases.

### **10.13.1. PLANEJAMENTO DA GESTÃO DE RISCOS**

Terá por objetivo decidir como abordar, planejar e executar as atividades de gerenciamento de riscos de um projeto originando:

- I. Metodologia;
- II. Funções e responsabilidades;
- III. Orçamentação;
- IV. Tempos;
- V. Categorias de risco;
- VI. Definições de probabilidade e impactos de riscos;
- VII. Matriz de probabilidade e impacto;
- VIII. Revisão das tolerâncias das partes interessadas;
- IX. Formatos de relatório;
- X. Acompanhamento.

### **10.13.2. IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS**

Determinará os riscos que podem afetar o projeto e documentação de suas características.

Serão utilizados como métodos revisões da documentação, técnicas de coleta de informações e “Brainstorming”, técnicas de coleta de informação, análise da lista de verificação, análise das premissas e técnicas com diagramas:

- I. Lista de riscos identificados;
- II. Lista de respostas possíveis (Hipóteses);
- III. Causa-raiz do risco;
- IV. Categorias de risco atualizadas.

### **10.13.3. ANÁLISE QUALITATIVA DOS RISCOS**

Priorizará dos riscos para análise ou ação adicional subsequente através de avaliação e combinação de sua probabilidade de ocorrência e impacto.

A análise qualitativa de riscos avalia a prioridade dos riscos identificados usando a probabilidade de que eles ocorram, o impacto correspondente nos objetivos do projeto se os riscos realmente ocorrerem, além de outros fatores, como prazo e tolerância a risco das restrições de custo, cronograma, escopo e qualidade do plano de ação de melhoria:

- I. Classificação relativa ou a lista de prioridades dos riscos do projeto;
- II. Riscos agrupados por categoria;
- III. Lista de riscos que exigem resposta em curto prazo;
- IV. Lista de riscos para análise e respostas adicionais;
- V. Lista de observação de risco de baixa prioridade;
- VI. Tendências dos resultados da análise qualitativa de riscos

### **10.13.4. ANÁLISE QUANTITATIVA DOS RISCOS**

A Gestão da ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO analisará numericamente os efeitos dos riscos identificados nos objetivos gerais do projeto.

A análise quantitativa de riscos será realizada nos riscos que forem priorizados pelo processo, análise qualitativa de riscos por afetarem potencial e significativamente as demandas conflitantes do projeto. Analisará o efeito desses eventos de risco e atribuirá a uma classificação numérica a esses riscos também apresentará uma abordagem quantitativa para a tomada de decisões na presença da incerteza:

- I. Análise probabilística do projeto;
- II. Probabilidade de realização dos objetivos de custo e tempo;
- III. Lista priorizada de riscos quantificados;
- IV. Tendências dos resultados da análise quantitativa de riscos.

#### **10.13.5. PLANEJAMENTO DAS RESPOSTAS DOS RISCOS**

O Núcleo de Qualidade desenvolverá junto aos gestores do processo e com o auxílio da ferramenta Informatizada, opções e ações para aumentar as oportunidades e reduzir as vulnerabilidades encontradas no projeto.

- I. Registro de riscos (atualizações);
- II. Plano de ações;
- III. Acordos contratuais relacionados a riscos.

#### **10.13.6. GERENCIAMENTO E CONTROLE DOS RISCOS**

O gestor do Núcleo de Qualidade acompanhará os riscos identificados, monitoramento dos riscos residuais, identificação dos novos riscos, execução de planos de respostas a riscos e avaliação da sua eficácia durante todo o ciclo de vida do projeto.

### **10.13.7. ATRIBUIÇÕES NA GESTÃO DE RISCOS**

Serão atribuições também do Gestor do Núcleo de Qualidade no que se refere a Gestão de Risco:

- I. Estimular as notificações de eventos adversos na Unidade;
- II. Avaliar as notificações de eventos adversos;
- III. Notificar o Conselho Executivo da ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO e consequente notificação a ANVISA todos os efeitos adversos ou quaisquer problemas relacionados a medicamentos e outros produtos para saúde identificados;
- IV. Divulgar informações e alertas internos para evitar que novos efeitos adversos ou problemas relacionados a medicamentos e outros produtos para saúde aconteçam;
- V. Traçar medidas preventivas e corretivas, como educação continuada, publicação de alertas, informes e boletins, interdição de lotes, reprovação e suspensão de marcas de medicamentos e outros produtos para saúde, além de acompanhar o processo após a intervenção;
- VI. Realizar palestras, oficinas de trabalho e treinamentos para o público interno para disseminar informações sobre as ações corretivas, preventivas adotadas pelo Gerenciamento de Risco, além da importância das notificações;
- VII. Estabelecer indicadores de desempenho do serviço e da qualidade dos produtos utilizados no Serviço de Saúde.

### **10.13.8. IMPLANTAÇÃO DO NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE**

A ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO implantará conforme já proposto, em sua estrutura organizacional o Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente em cada um dos Serviços de Saúde do referente objeto, tendo como Núcleo Matriz a instalação na



MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA, setor esse que terá como responsabilidade a padronização dos processos de trabalho.

O Núcleo de Qualidade iniciará suas ações na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA partindo da:

- I. Formulação da missão e de objetivos
- II. Identificação das metas estratégicas atuais;
- III. Análise ambiental e de recursos;
- IV. Identificação de oportunidades e ameaças;
- V. Determinação do grau de mudança das decisões estratégicas;
- VI. Tomadas de decisões estratégicas;
- VII. Implementação e controle de resultados e Indicadores;

O Núcleo da Qualidade será o setor que garante a Gestão Hospitalar Plena em Qualidade com o objetivo de planejamento, implantação e avaliação dos processos de trabalho administrativos, assistenciais e serviços de suporte à assistência com eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade, com prestação de resultados a Superintendência e propostas de planejamento para o fortalecimento dos pontos fortes e foco a melhoria dos pontos fracos dos Serviços de Saúde, com o compromisso de certificações pela Organização Nacional de Acreditação – ONA.

### 10.13.9. COMITÊ DE QUALIDADE

#### I. OBJETIVOS

O principal objetivo do Comitê de Qualidade a ser implantado é garantir que a metodologia da Qualidade definida pela alta direção seja garantida na prática e proporcione resultados esperados.

#### II. CONSTITUIÇÃO

Os membros atuantes do Comitê serão gestores de processos administrativos, gestores assistenciais e servidores multidisciplinares com perfil, atuantes na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA , convidados pelo Núcleo de Qualidade, autorizados e validados pelo Conselho Executivo da ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO e da Autarquia Municipal de Saúde - I.S - AMS-IS.

O membro eleito e nomeado deverá apresentar o seguinte perfil:

- Interesse em gestão da qualidade;
- Interesse em aprender e multiplicar conhecimento;
- Boa comunicação e relacionamento interpessoal;
- Paciência e otimismo;
- Organização e liderança;
- Possuir disponibilidade.

### III. FORMAÇÃO DE GRUPOS

A disseminação da Qualidade será desenvolvida por Grupos, e cada grupo será focado em um dos assuntos a seguir:

#### GRUPO 1 – INDICADORES

- Desenvolvimento e atualização do Painel de Indicadores;
- Acompanhamento da coleta de dados;
- Discussão e elaboração de análise crítica em workshops e reuniões;
- Formalização e implantação das ações de melhoria.

#### GRUPO 2 – PADRONIZAÇÕES DOS PROCESSOS POR GESTÃO DOCUMENTAL

- Desenvolvimento junto ao gestor do processo as padronizações implantadas em forma de documentação institucional: Políticas, Protocolos, Procedimentos Operacionais Padrão – POPs, com validações de acordo com a importância e seguimento de Política de Sistema Documental a ser implantada.

#### GRUPO 3 – CAPACITAÇÃO

- Identificação das necessidades de capacitação na metodologia da qualidade, relatório ONA, diretrizes Institucionais e protocolos;
- Organização e logística dos cursos;
- Capacitação dos colaboradores;

- Acompanhamento da eficácia da capacitação.

#### GRUPO 4 - PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO

- Processos;
- Relações internas e externas;
- Gestão da Informação;
- Gestão de Pessoas;
- Gestão do Risco;
- Gestão Institucional.

#### GRUPO 5 - PROTOCOLOS MULTIPROFISSIONAIS

- Construção dos Protocolos Clínicos e Cirúrgicos Multidisciplinares de acordo com a incidência e gravidade pelo perfil dos Serviços de Saúde (grupos para o desenvolvimento prioritário em Protocolos Clínicos de: Insuficiência Cardíaca Congestiva, Infecção Pulmonar, Infecção de Trato Urinário, Infarto Agudo do Miocárdio/Síndrome Coronariana, Trombose Venosa Periférica, Acidente Vascular Cerebral, entre outros);
- Recomenda-se que cada grupo possua um líder que uniformize a metodologia utilizada pelos demais membros executores;
- Cada líder de grupo deve planejar internamente como será a dinâmica das atividades.

- Os grupos devem se reunir periodicamente com o coordenador da qualidade e diretoria para alinhamento dos prazos e estratégias;
- A principal função desses multiplicadores será estimular o desenvolvimento profissional das pessoas, do processo de gestão da qualidade e o aperfeiçoamento contínuo do seu modelo de gerenciamento em direção a excelência.

#### IV. ACOMPANHAMENTO

- O acompanhamento do Comitê será realizado pela Gerencia de Qualidade, conforme grupos de trabalho específicos.
- As reuniões do Comitê devem ter periodicidade mínima mensal.

#### V. PRINCIPIOS

Para garantir a implantação deste Comitê alguns princípios devem ser respeitados:

- Ética e profissionalismo;
- Sigilo e discrição referente às informações fornecidas;
- Cordialidade e respeito ao colega.

#### VI. METODOLOGIA

O Comitê da Qualidade deve se orientar pelas ferramentas da qualidade já definidas pelo Escritório da Qualidade, garantindo assim o sucesso do projeto.

As metodologias ainda não definidas devem ser elaboradas em consenso entre os membros do Comitê, seguindo os critérios de legislação, boas práticas e Organização Nacional de Acreditação – ONA.

#### **10.13.9.1. GESTÃO VOLTADA A CERTIFICAÇÃO E ACREDITAÇÃO EM QUALIDADE**

A Gestão da ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO a ser implantada na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA terá como meta o atendimento das necessidades e expectativas de seus usuários e expectativa do Município de ITAPECERICA DA SERRA.

A Acreditação, é um instrumento de aferição da gestão da qualidade, de caráter externo (por terceira parte), o qual confere ao comprador de serviços (planos de saúde) e aos clientes/pacientes a confiança de estabelecer negócio com uma instituição de saúde, que apresenta concordância com padrões determinados de segurança e qualidade no atendimento ao paciente.

A ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO, considerando todas as atribuições deste chamamento e as características da Instituição aqui referida, optará no momento inicial em consolidar a Gestão da Qualidade através da metodologia de acreditação nacional – ONA que tem como referência os Padrões do Manual Brasileiro de Acreditação – ONA e propõe desde que interesse e pactuação com a Autarquia Municipal de Saúde - I.S de ITAPECERICA DA SERRA a certificar os Serviços de Saúde.

#### **10.13.9.2. MODELOS E CERTIFICAÇÕES DE QUALIDADE**

A Acreditação, portanto, é um instrumento de aferição da gestão da qualidade, de caráter externo (por terceira parte), o qual confere ao comprador de serviços (planos de saúde) e aos clientes/pacientes a confiança de estabelecer negócio com uma instituição de saúde,

que apresenta concordância com padrões determinados de segurança e qualidade no atendimento ao paciente.

A ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO, considerando todas as atribuições deste chamamento e as características das Instituições aqui referidas, opta no momento inicial em consolidar a Gestão da Qualidade através da metodologia de acreditação nacional – ONA.

A metodologia da ONA tem como referência os Padrões do Manual Brasileiro de Acreditação - ONA. A adesão à metodologia é sempre voluntária, e abrange diversos serviços de saúde. E também há padrões para qualificação de serviços específicos, destinado aos serviços de lavanderia, esterilização, farmácia de manipulação.

Avaliação é uma metodologia científica, procura compreender o negócio, os seus fatores críticos, numa perspectiva de contribuir para a melhoria da eficiência e eficácia da organização, promovendo a reflexão, com abertura, flexibilidade, independência e rigor.

O avaliador se assume como um instrumento de gestão a serviço do seu cliente, o qual é o ator principal, compreendendo as suas necessidades e expectativas.

O processo acreditação é pautado por três princípios fundamentais:

- I. é voluntário, feito por escolha da organização de saúde;
- II. é periódico, com avaliação das organizações de saúde para certificação e durante o período de validade do certificado;
- III. é reservado, ou seja, as informações coletadas em cada organização de saúde no processo de avaliação não são divulgadas.

### **10.13.10. COMISSÃO DE SEGURANÇA DO PACIENTE**

A Comissão de Segurança do Paciente terá a finalidade na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA de identificar, monitorar, analisar e prevenir os riscos potenciais que os pacientes estão sujeitos ao longo do processo assistência.

Para que os planos e ações de segurança dos pacientes aconteçam com eficiência a Comissão atuará em conjunto com o Núcleo de Qualidade e Capacitação para a implantação de Protocolo de Segurança de Pacientes, Gestão de Riscos, de BSC e de Resultados.

A coordenação do Comissão terá a função de transformar as ações estratégicas definidas em atividades a serem executadas do dia-a-dia. Da mesma forma fará a devida seleção de assuntos prioritários a serem tratados nas reuniões, a partir das notificações encaminhadas ao Setor/Unidade. Essa coordenação é estratégica para o sucesso das atividades, uma vez que o Setor ou Unidade coordenará as demais atividades de vigilância em saúde facilitando, assim, a integração da Unidade com as demais Comissões que estarão relacionadas ao Setor, como a de Controle de Infecção Relacionada a Assistência à Saúde – CCIRAS.

As informações sobre incidentes e queixas técnicas deverão ser encaminhadas pelos diferentes notificadores para este Setor/Unidade, por meio eletrônico ou físico, a ser implementado na unidade.

#### **10.13.10.1. CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DA COMISSÃO DE SEGURANÇA DO PACIENTE**

O Cronograma de Atividade Anual da Comissão Interna de Segurança do Paciente, proposto pela ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO, para o primeiro ano do



Contrato de Gestão será validado na primeira reunião ordinária da referida comissão e será anexado à respectiva ata.

DESCRIÇÃO	MÊS											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Constituição da Comissão	■	■										
Elaborar / Revisar / Definir os riscos a serem monitorados por complexidade setorial		■	■	■								
Implantar o Gerenciamento e Monitoramento de risco e avaliação das causas raiz			■	■	■							
Implantar os Protocolos de Segurança do Paciente		■	■	■	■							
Desenvolver ações preventivas e educativas para as equipes				■		■		■		■		■
Reuniões Ordinárias			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

#### 10.13.10.2. CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO DOS PROCESSOS DE GESTÃO DA QUALIDADE E ACREDITAÇÃO

Os processos de gestão da qualidade estarão concluídos até o quinto mês e desenvolvidos a partir daí, bem como o início do processo de acreditação que se iniciará formalmente com a realização da Visita de Diagnóstico pela IAC a ser selecionada posteriormente.

DESCRIÇÃO	MÊS											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Constituição do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente	■	■										
Constituição da Comissão de Segurança do Paciente	■	■										
Elaboração do Plano de Segurança do Paciente		■	■									
Sensibilização e Conscientização das equipes			■	■								
Implantação dos Protocolos de Segurança do Paciente		■	■	■	■							
Implantação da Gestão de Processos	■	■	■									
Implantação da Gestão de Riscos e Ocorrências			■	■	■							
Implantação do Painel de Indicadores		■	■	■								
Realização de Auditoria Interna de Processos e Riscos					■					■		
Realização da Visita de Diagnóstico												■

Para o monitoramento e gestão dos processos de qualidade e acreditação será implementado sistema gerencial específico que permitirá, dentre outros, dos planos de ação, indicadores, notificação de não conformidades e incidentes de segurança do paciente, documentação e fluxos.

### **10.13.10.3. SISTEMÁTICAS DE APLICAÇÃO DE GESTÃO DE RISCOS, AÇÕES PREVENTIVAS E AÇÕES CORRETIVAS A PARTIR DO MONITORAMENTO**

A gestão de riscos será implementada na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA, através do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente, conforme detalhado anteriormente,

incorporando atividades voltadas a mitigação dos riscos, com a incorporação de medidas de controle específicas com foco na atuação multidisciplinar.

Serão trabalhadas, as etapas/atividades:

#### **10.13.10.4. PLANO DE CONTINGÊNCIA PARA A UNIDADE HOSPITALAR E DEMAIS SERVIÇOS, COM BASE NA ANÁLISE PROSPECTIVA DE EVENTOS ADVERSOS**

A ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO irá realizar estruturação para definição dos planos de contingência baseado em análise prospectiva com a equipe diretiva e de lideranças

##### **ANÁLISE PROSPECTIVA**

É a busca da identificação de diversos futuros possíveis, os Cenários Prospectivos, dentro de um horizonte temporal específico, com o propósito de definir estratégias capazes de:

Alterar, em favor da organização, as probabilidades de ocorrência dos acontecimentos abrangidos por sua esfera de competência; e/ou

Prepará-la para o enfrentamento, ou aproveitamento, dos acontecimentos fora de sua área de competência.

##### **Cenários Prospectivos**

São descrições, de forma coerente, da evolução dos acontecimentos de uma situação atual para outra futura. A análise e interpretação de cada um dos cenários selecionados permitirão a identificação de medidas que devam ser executadas no presente, para que se possam aumentar as probabilidades de ocorrência de cenários que sejam favoráveis à instituição, e, também, permitam que ela esteja preparada para enfrentar situações adversas futuras.

## Eventos

São fenômenos que podem ocorrer ou não no futuro, fruto de um ou mais Fatos Portadores de Futuro, que sejam importantes para nossa organização. Os Eventos também são chamados de Questões Estratégicas. Normalmente dizem respeito ao Ambiente, e tendem a exercer um impacto significativo sobre a capacidade da organização em atingir seus objetivos.

Por exemplo: se existem 2 Eventos (A e B) teremos 4 Cenários diferentes, como mostrado na tabela abaixo:

N.º do Cenário	Evento A	Evento B
1	Ocorre	Ocorre
2	Ocorre	Não Ocorre
3	Não Ocorre	Ocorre
4	Não Ocorre	Não Ocorre

Pelos princípios da Análise Combinatória, para  $n$  Eventos, teremos sempre 2 Cenários diferentes. O Método Grumbach recomenda sintetizar os Eventos em 10 (dez), gerando-se, assim, 1024 (mil e vinte e quatro) Cenários possíveis. Um número maior do que esse dificultaria muito a análise.

## Acontecimentos

São as Ocorrências ou Não-ocorrências de cada um dos Eventos componentes de um determinado Cenário. Em outras palavras, cada Acontecimento constitui a “polarização” de um Evento, especificamente dentro de um Cenário, isto é, ele pode “ocorrer” ou “não ocorrer”.

Os Acontecimentos podem ser Favoráveis ou Desfavoráveis à instituição, e podem estar Dentro ou Fora de sua esfera de competência.

## **Consequências**

Fenômenos ou circunstâncias possíveis de ocorrer e decorrentes de um Acontecimento, que de alguma forma afetam a instituição. Será necessário propor Medidas para fazer face a cada uma das consequências relacionadas a um determinado Acontecimento.

## **Medidas**

Ações propostas para enfrentar as Consequências identificadas a partir dos Acontecimentos (ocorrências e/ou não-ocorrências de Eventos). Poderão ser adotadas ou não pela alta gerência. Devem merecer uma Avaliação específica, para que se constate se promovem ou não alterações nos Dados Fundamentais do Sistema (Negócio, Missão, Visão, entre outros) e se originam ou não novas Estratégias e Metas.

## **Benefícios**

- desenvolvimento do pensamento estratégico;
- definição de estratégias em ambientes de grande incerteza;
- unificação da linguagem da organização;
- auxílio no desenvolvimento de criatividade;
- estímulo à criação de redes troca de informações na organização;
- promoção do aprendizado organizacional;
- identificação de novas oportunidades de negócio; e
- melhor entendimento do ambiente em que a organização se encontra inserida.

#### **10.14. PROGRAMA DE AÇÕES DE ACOMPANHAMENTO E REDUÇÃO DOS CUSTOS HOSPITALARES**

As ações de acompanhamento e redução de custos estabelecidas pela ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO, são parte fundamental de sua Política de Gestão Financeira. Será sua responsabilidade aplicar mecanismos que sejam capazes de trazer a máxima eficiência operacional e financeira ao contrato de gestão. Assim, a composição do Programa para redução de custos e maximização da eficiência operacional, podem ser verificadas, conforme descrito abaixo.

#### **10.15. REGULAMENTO E MANUAL DE NORMAS E ROTINAS FINANCEIRAS E ADMINISTRATIVAS**

##### **10.15.1. MANUAL DE ROTINAS ADMINISTRATIVAS PARA FATURAMENTO E PROCEDIMENTOS**

O Manual para o serviço de faturamento, terá como base a Política de Faturamento para a MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA , bem como os POPs 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 da 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.

#### **POLÍTICA DE FATURAMENTO**

## CAPÍTULO VI.

### DA APRESENTAÇÃO

A fim de conceituarmos o termo faturamento hospitalar, dentro de uma organização complexa com seus departamentos integrados e harmônicos, sendo este o principal e fundamental fator para se alcançar a modernidade e coletividade da organização de saúde. Portanto a principal ideia e meta de um setor que venha faturar um prontuário ou serviço prestado deverá ser integrado ao conjunto, pois será uma atividade de fim, tornando de grande valia o processo de elaboração do mesmo.

## CAPÍTULO VII.

### DA IMPORTÂNCIA

Dentre as várias unidades e departamentos que compõem o Hospital, o setor de faturamento é uma atividade de grande importância, pois após todo um processo de elaboração de um determinado paciente dentro do nosocômio intitulado, será então fruto deste, sua conseqüente fatura, a qual será processada pelo setor, resultando em divisas monetárias para a organização.

## CAPÍTULO VIII.

### DAS FINALIDADES

A finalidade do setor de faturamento, será de apuração dos gastos provenientes de determinados pacientes. Tendo assim sua principal função será a organização e execução destas faturas para posterior recebimento das mesmas, de forma a:

Integrar-se com os demais setores correspondentes e responsáveis pelo caminho percorrido pelo paciente, ou seja, desde o momento de sua chegada ou recepção até sua alta ou saída.

Planejar e executar as faturas sejam elas internas ou externas de todo e qualquer convênio inclusive o SUS.

Manter atualizada toda e qualquer tabela utilizada com preços e demais itens utilizados para confecção das faturas.

Ter sempre atualizado o banco de dados, referente aos convênios e profissionais que atuam na instituição.

Manter acompanhamento constante dos pacientes durante seu período de internação e conseqüentemente seus gastos.

## CAPÍTULO IX.

### DA ORGANIZAÇÃO

O setor de faturamento faz parte do serviço administrativo e está diretamente subordinado ao Núcleo Administrativo e Financeiro e será supervisionado por um chefe imediato de setor.

## CAPÍTULO X.

### DO PESSOAL E SEUS REQUISITOS

O pessoal do setor de faturamento é classificado em:

Coordenador de Faturamento.



Faturista.

Auxiliar Administrativo / Escriturários.

Os requisitos exigidos, a cada uma das categorias, são:

Chefe de Faturamento

Formação ao nível de 3º Grau;

Conhecimento sobre Administração;

Experiência e conhecimento na área hospitalar;

Qualidade de liderança;

Conhecimento de informática;

Conhecimento de procedimentos médicos;

Conhecimento de medicamentos;

Espírito de colaboração;

Ética profissional;

Saúde física e mental.

Faturista

Formação ao nível de 2º Grau ou cursando 3º Grau;

Conhecimentos de Informática;

Conhecimento sobre de procedimentos médicos;

Conhecimento em faturamento hospitalar

Algum conhecimento básico de medicação;

Espírito de colaboração;

Boas relações humanas;

Aceitação da autoridade, supervisão e disciplina;

Ética profissional;

Saúde física e mental.

Escriturários

Nível de 2º Grau ou estar cursando;

Boa formação Moral;

Espírito de disciplina e colaboração;

Aceitação de autoridade supervisão e disciplina;

Ética profissional;

Saúde física e mental.

## CAPÍTULO XI.

### DAS COMPETÊNCIAS

A chefia imediata do setor de faturamento compete:

- Dirigir o setor de faturamento hospitalar;
- Acompanhar a execução das tarefas dos seus subordinados;
- Elaborar Plano de Trabalho;
- Supervisionar, orientar e promover educação em serviço;
- Promover rodízio de funções e administrar as rotinas internas;
- Manter sempre atualizadas todas as tabelas utilizadas pelo setor;
- Manter inter-relacionamento com os demais setores e profissionais da equipe de saúde;
- Controlar a assiduidade, pontualidade e disciplina de seus funcionários;
- Elaborar a confecção da escala de férias;
- Promover reuniões periódicas com os funcionários;
- Orientar e colaborar para confecção de relatórios mensais à direção administrativa;
- Supervisionar o controle de material, equipamento e sua manutenção;

- Fazer registro das atividades executadas;
- Controlar o recebimento e possíveis glosas dos convênios faturados, através de livro caixa.

Ao auxiliar de faturamento compete:

- Receber, e organizar todo e qualquer prontuário entreguem ao setor;
- Executar apuração dos gastos efetuados por paciente conforme seus convênios;
- Realizar a digitação dos mesmos e emitir fatura para cobrança;
- Manter sempre a ética profissional pelo fato de ser informações confidenciais;
- Colaborar para manutenção das tabelas utilizadas sempre atualizadas;
- Colaborar na confecção dos relatórios mensais que serão enviados a direção administrativa;
- Preencher guias específicas dos convênios para efetuar as faturas;
- Zelar pela manutenção, organização e limpeza das dependências do setor;
- Desenvolver o espírito de coletividade com os demais integrantes do setor;
- Desempenhar tarefas afins;

Ao escriturário de faturamento compete:

- Executar todos os encaminhamentos burocráticos da unidade onde estiver alocado;
- Atender aos telefonemas do setor;
- Encaminhar solicitações de exames e tratamentos;
- Manter, mediante requisição, o estoque de impressos, medicamentos e materiais da unidade;
- Receber, conferir e guardar o material, medicamentos e impressos requisitados;
- Providenciar as notas de débito dos pacientes internos externos;
- Colaborar com a enfermagem, no sentido, de prestigiar dados para fins estatísticos;
- Colaborar no que for de sua competência com os demais profissionais de saúde em suas atividades;
- Comunicar à enfermeira qualquer intercorrência;
- Manter sempre a ética profissional;
- Desempenhar tarefas afins.

## CAPÍTULO XII.

### DOS SISTEMAS DE INFORMÁTICA UTILIZADOS

Este capítulo irá tratar sobre os softwares utilizados pelo setor para elaboração das faturas a serem cobradas dos convênios.

Cabe a instituição propiciar a aquisição e otimizar os recursos para utilização de um sistema informatizado e integrado com os demais setores que em conjunto com o faturamento, irão confeccionar a fatura, sejam eles.

Recepção: Tem como atribuição receber e realizar a internação clínica através do sistema, gerando assim o princípio da fatura e originando ou dando sequência o prontuário do paciente.

Farmácia ou Estoque: Setor importante para confecção da fatura, pois nele será incorporado o gasto efetuado pelo paciente para posterior cobrança.

Serviços auxiliares de diagnóstico: Quando se utilizar todo e qualquer exame complementar para o diagnóstico, os mesmos deverão ser anexados a fatura para cobrança final.

## CAPÍTULO XIII.

### DAS DEMAIS ATRIBUIÇÕES DO SETOR DE FATURAMENTO

O setor de faturamento terá como atribuição o faturamento final de cada prontuário após sua alta ou durante o período de internação para fins de orçamento, quando solicitado.

Também cabe ao setor a solicitação de senhas e prorrogações quando for necessário junto ao convênio.

Também cabe ao setor de faturamento a elaboração das tabelas para cobrança de internações particulares e até pacotes cirúrgicos ou clínicos quando existir.

Após tudo tem por dever a elaboração de todos os relatórios para repasses de honorários e valores ao setor de contabilidade.

## CAPÍTULO XIV.

### DO QUADRO DE PESSOAL E HORÁRIO

Este capítulo trata da carga horária praticada pela instituição, sendo um setor integrado aos demais será executada uma carga horária de 44 horas semanais de Segunda a Sexta com horário compensado.

## CAPITULO I

### DAS NORMAS

Estas normas deverão ser adaptadas conforme cada instituição

#### NORMAS:

O uso de uniforme e crachá é obrigatório;

Desenvolver o trabalho seguindo as orientações da chefia imediata e orientações já definidas;

Manter o setor em ordem e preservar a limpeza;

Não é permitida a permanência de pessoas estranhas no setor de faturamento;

O escriturário terá como obrigação a entrega do prontuário completo ao setor de faturamento;

O quadro funcional do setor terá como obrigação à execução da fatura para cobrança do paciente junto aos convênios ou quando se tratar de particular.

## CAPITULO II

### DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

No setor de faturamento haverá um constante rodízio de atividades, afim de todos os funcionários estarem aptos às rotinas e o fato de estimular o espírito de coletividade entre todos.

Os casos omissos no presente regimento serão resolvidos de comum acordo entre a chefia do setor e a direção administrativa.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente regimento serve como instrumento de definição de atividades e instalação de autoridade, devendo ser aplicado a todos.

#### **10.16. PROGRAMA INSTITUCIONAL PARA O MONITORAMENTO DO CONTRATO**

O Programa Institucional para monitoramento do contrato, se dará através de interface com os sistemas informatizados na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA, que terão o objetivo de organizar todas as informações clínicas e não clínicas, para que os gestores possam avaliar proativamente o desempenho da Unidade de Saúde.

Os dados mais importantes dos departamentos, serão divulgados através do quadro de Gestão à Vista, onde todos os colaboradores poderão acompanhar e propor melhorias nos processos assistências.



Para a Autarquia Municipal de Saúde - I.S, deve ser desenvolvido um B.I (Business Intelligence), para que o gestor municipal e fiscal do contrato tenha acesso em tempo real à produção da unidade.

#### **10.17. SISTEMA DE MONITORAMENTO DE INDICADORES**

A ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO irá implementar mecanismos informatizados para realização do monitoramento e análise dos indicadores de desempenho assistencial de qualidade e de produtividade da MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA. Os referidos indicadores serão analisados criticamente, mensalmente, pelas lideranças e diretoria, gerando plano de ação para eventuais desvios.

O monitoramento de indicadores de desempenho assistência de qualidade e de produtividade serão realizados através dos indicadores estabelecidos pelo Termo de Referência do Edital em questão, onde a análise dos indicadores quantitativos relacionados na prestação dos serviços permitirá calcular o valor da transferência de recurso mensal, considerando as metas quantitativas totais contratadas, conforme quadro abaixo.

#### **INDICADORES E METAS**

A ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO está ciente que na hipótese de impossibilidade de cumprimento das metas estipuladas, tendo como única e exclusiva justificativa a inexistência de demanda para atingir as metas contratualmente fixadas, não haverá descontos nos pagamentos devidos.

O primeiro semestre de funcionamento da unidade será monitorado e avaliado, porém os resultados alcançados não serão objeto de penalização financeira por ser este período necessário à implantação do serviço.

### 10.17.1. INDICADORES QUALITATIVOS PARA AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS

Toda a atividade será informada a Autarquia Municipal de Saúde - I.S em tempo hábil para o efetivo faturamento através dos Sistemas SAI/S11-1 ou quaisquer outros que vierem a substituí-los.

A avaliação qualitativa corresponderá a 40% (quarenta por cento) do orçamento, conforme tabela abaixo.

INDICADORES	MÉTODO DE CÁLCULO		METAS
Percentual de notificação de doenças de notificação compulsória	-	Total de casos de doenças de notificação compulsória	100%
Taxa de Mortalidade Institucional	-	Número de óbitos até 12 horas de internação x 100	4%
		Total de Saídas	
Nº total de funcionários (Todos os Vínculos)	-	Número previsto em contrato	100%
Nº de Médicos Clínicos Plantonistas de Urgência e Emergência	-	Número previsto em contrato/nº existente	100%
Nº de Enfermeiros	-	Número previsto em contrato/nº existente	100%
Nº Controladores de acesso	-	Número previsto em contrato/nº existente	100%
Taxa de rotatividade de RH	Número de admissões + desligamentos/2 x 100		2%
	Número de funcionários ativos no cadastro do serviço		
Apresentação de Altas de pacientes após 12 horas de observação	-	-	100% das saídas
Comissão de Prontuários	Nº de Prontuários Revisados	Total prontuários mês/nº prontuários revisados	maior que 60%
	Nº de Relatórios de altas completos	Total de relatórios mês/nº relatórios revisados	maior que 60%
Comissão de óbitos	Nº de óbitos institucionais analisados	Nº óbitos mês/ nº óbitos analisados	100%
Relatório de Infarto Agudo do Miocárdio	Nº altas por IAM por motivo	-	100%

	Taxa de mortalidade por IAM	Número de óbitos por IAM x100	4%
	-	-	Número de casos de IAM
Relatório de Acidente Vascular Cerebral	Nº altas por AVC por motivo	Número de óbitos por AVC x100	4%
	Taxa de Mortalidade por AVC	Número de casos de AVC	
Pesquisa de Satisfação do Cliente	Taxa de satisfação dos pacientes internados	Total das Avaliações Preenchidas com ótimo e bom x 100	80%
		Total de Avaliações preenchidas	
Implantação dos Protocolos clínicos para IAM, AVC, Politrauma, Septicemias e Pneumonias	-	N.º de Protocolos Implantados	100%
Relatórios de Partos	Taxa de Cesárias	Número de Partos Cesáreas/Total de Partos x100	25%
	Taxa de Partos Normais	Número de Partos Normais/Total de Partos x100	75%
Taxa de Mortalidade Materno Infantil	Nascidos Vivos	Número de Nascidos Vivos	100%
	Mortalidade Materna	Número de Óbitos Maternos	0%

Esses critérios, de forma genérica, serão utilizados para avaliar a atenção ao usuário:

- Grau de informação do usuário sobre o conteúdo, organização e funcionamento dos serviços de saúde contratados;
- Boa comunicação entre os profissionais de saúde e outros e os usuários;
- Tratamento individualizado e personalizado;
- Percepção do usuário em relação ao funcionamento dos serviços de saúde, através de pesquisas de satisfação.

## **10.17.2. SISTEMÁTICA DE APLICAÇÃO DE AÇÕES CORRETIVAS**

A ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO promoverá mensalmente a análise crítica de todos os indicadores, a ser realizada pela equipe diretiva na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA. A reunião de análise crítica se dará mediante apresentação dos dados coletados e compilados e levantamento das causas que levaram ao resultado apresentado, seja ele favorável ou desfavorável.

Na ocasião serão estabelecidos, planos de ação, conforme modelo apresentado na presente proposta técnica para cada desvio identificado, ou oportunidade de melhoria.

Após a reunião de análise crítica e elaboração do respectivo plano de ação, será lavrada uma ata, onde constarão os principais tópicos discutidos e assinatura dos presentes.

Posteriormente, as respectivas lideranças irão se reunir com suas equipes, para transmitir as ações estabelecidas diante dos resultados obtidos, garantindo assim o envolvimento de todo o quadro de profissionais e possibilitando que a equipe operacional possa contribuir com ideias, fortalecendo o engajamento em busca da melhoria dos processos.

## **10.18. ORGANIZAÇÃO DAS PROPOSTAS EDUCACIONAIS**

### **10.18.1. PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE AOS COLABORADORES**

O Plano de Educação Permanente da ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO frente à gestão da MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA, será estabelecido mediante análise e discussões entre as lideranças das unidades, visando aprimorar as principais competências técnicas e comportamentais das equipes de saúde.

O plano será estabelecido, anualmente, mediante levantamento que será realizado com base em indicadores de desempenho das unidades, fragilidades identificadas pelas lideranças e/ou necessidade de aperfeiçoamento de técnicas conforme o perfil e sazonalidade dos atendimentos.

O Plano de Educação Permanente será estruturado, garantindo que todos os profissionais consigam registrar participação, não sendo restrito a categorias profissionais específicas, ou seja, profissionais de todas as categorias profissionais, serão submetidos e incorporados no respectivo plano de educação permanente.

Cabe destacar que, com o intuito de disseminar a informação e boas práticas assistenciais, A ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO irá estender a participação nos treinamentos às equipes da Atenção Básica do município, proporcionando a integração das equipes e disseminação da informação.

## **10.18.2. ATIVIDADE DE EDUCAÇÃO PERMANENTE**

### **10.18.2.1. PROJETO EM EDUCAÇÃO CONTINUADA / CAPACITAÇÃO DA EQUIPE INTERDISCIPLINAR**

A qualificação das prestações de serviços da ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO utiliza como estratégia de Gestão, a Capacitação em Processos Educacionais na Saúde para a obtenção de profissionais diferenciados na capacitação em serviços e consequente assistência à saúde qualificada e segura.

A ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO investe na Gestão voltada a ao investimento de 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 da área da saúde.

### **10.18.3. ENSINO**

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.

A ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO 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 da ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO ao longo do contrato de gestão, em ensino nas seguintes áreas:

- I. Educação Permanente de Assistência Médica em Urgência e Emergência;
- II. Educação Permanente de Assistência de Enfermagem;
- III. Educação Permanente na Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas a Assistência à Saúde - CCIRAS;
- IV. Educação Permanente na Assistência Multidisciplinar;
- V. Capacitações em Urgência e Emergência;

## VI. Boas Práticas em Humanização

### **10.18.3.1.PROCESSO EDUCACIONAL**

A proposta da Gestão da ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO será:

- I. Elaborar cursos de qualificação pedagógica para os profissionais de vigilância sanitária que atuam como formadores/multiplicadores na melhoria dos processos;
- II. Promover parcerias com as instituições formadoras e juntas construir metodologias ativas de aprendizagem, voltadas para os indicadores das necessidades de vigilância em saúde;
- III. Estimular a pesquisa como fonte de conhecimento e divulgação das informações da vigilância sanitária;
- IV. Criar indicadores que permitam a avaliação do trabalho da vigilância sanitária que possibilitem a realização de planejamento estratégico para a área;
- V. Ampliar o acesso dos trabalhadores de vigilância sanitária aos cursos de formação.

### **10.18.3.2.OBJETIVOS DA CAPACITAÇÃO**

#### OBJETIVOS GERAIS

- I. Capacitar os profissionais de saúde multidisciplinar;
- II. Treinar e solidificar o conhecimento técnico científico para tomada de decisões;
- III. Possuir os processos de trabalho padronizados, independentemente das pessoas;
- IV. Assegurar a assistência à saúde.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- I. Criar ambiente educacional padrão para troca de experiências e melhoria dos processos de trabalho;
- II. Criar boas práticas a serem seguidas;
- III. Adaptar conteúdo em linguagem virtual;
- IV. Desenvolver tecnologias educacionais para capacitação;
- V. 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;
- VI. Favorecer padronização das condutas entre os diversos Serviços de Saúde sob Gestão da ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO, de forma alinhada aos valores, demandas técnicas do sistema de saúde e parâmetros locais;
- VII. Promover espaço virtual para capacitação, avaliação e troca de informações profissionais.

### **10.18.3.3.FERRAMENTAS DE ENSINO E CAPACITAÇÃO**

A ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO possui como ferramenta educacional uma plataforma desenvolvida a ser alimentada de acordo com a necessidade das unidades, com:

- I. Conteúdos ricos em imagens e vídeos;
- II. Textos animados: Infográficos;
- III. Videoaulas;
- IV. Estudos de casos simulados;
- V. Exercícios interativos para reflexão;
- VI. Ambiente colaborativo de discussão e construção do conhecimento: Fóruns e web conferência em tempo real;



- VII. Consultas dos Processos de Trabalho em forma de Documentos (Protocolos, Procedimentos Operacionais Padrão, Normas e Rotinas e Políticas Institucionais) a serem implantadas nos Serviços.

#### **10.18.3.4.CAPACITAÇÃO DOS PROCESSOS DE SAÚDE MULTIMÍDIA**

O uso e o desenvolvimento dos recursos através de Tecnologias Educacionais irão auxiliar os profissionais de saúde na capacitação do dia a dia, oferecendo ambientes diferenciados e com tecnologia de ponta para o direcionamento das melhores práticas padronizadas, recomendadas e seguidas através de Bundles, Guidelines, recomendações e seguimento de normativas vigentes.

Por meio do uso e manuseio inteligente da informação organizacional, tais recursos irão aproximar os profissionais de saúde das boas práticas recomendadas, conseqüente exercício de raciocínio para o ponto de partida das atividades de reflexão

Para tanto, tais recursos serão aplicados e desenvolvidos para as Instituições de Saúde estarão acordo com a real necessidade, com conseqüentes e necessárias capacitações em massa, das padronizações recomendadas, seja por melhoria dos processos de trabalho assistencial, seja pelas implantações de estudos, com flexibilidade e avaliação constante dos resultados para a melhoria contínua da assistência e transformação de referência em Ensino e Pesquisa.

#### **10.18.3.5.PROPOSTA DE PLANO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA ÁREA MÉDICA, ENFERMAGEM, PROFISSIONAIS DE NÍVEL TÉCNICO, MÉDIO E DEMAIS PROFISSIONAIS COM ENSINO SUPERIOR.**

O Modelo de Plano de Educação Permanente, abaixo proposto, com foco multidisciplinar, será alinhado e validado junto aos responsáveis técnicos, no início da gestão da

ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO, e anualmente, com o Conselho de Administração, 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 das unidades. Destaca-se que a proposta abaixo, representa apenas um modelo de plano, e que o alinhamento deste plano à realidade organizacional será realizado assim que a ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO assumir a gestão dos serviços.

### FORMAÇÃO EM SERVIÇOS

	CURSOS	PUBLICO ALVO	CURSO	QUANT. CURSOS	N. PARTICIPANTES
FORMAÇÃO EM SERVIÇOS	Formação em serviços área MÉDICA;	Médicos Prestadores de Serviço	RESIDENCIA MÉDICA/	01	20
	Formação em serviços área ENFERMAGEM;	Funcionários	PÓS GRADUAÇÃO	01	20
			CURSO TECNICO	01	20
	Formação em serviços área TECNICA	Funcionários	CURSOS TECNICOS	01	40
Formação em serviços MULTIPROFISSIONAL	Funcionários	CURSOS TECNICOS	01	40	
PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE	Programa de educação permanente p/ área MEDICA	Médicos Prestadores de Serviço	CURSOS DE CURTA DURAÇÃO	01	40
	Programa de educação permanente p/ área ENFERMAGEM	Funcionários	CURSOS DE CURTA DURAÇÃO	01	80
	Programa de educação permanente para equipe multidisciplinar	Funcionários	CURSOS DE CURTA DURAÇÃO	01	80

Programa de educação permanente p/ profissionais ÁREA TÉCNICA	Funcionários	CURSOS DE CURTA DURAÇÃO	01	60
Curso de Atualização em Infecção Relacionada a Assistência à Saúde	Funcionários	CURSOS DE CURTA DURAÇÃO	02	40
Curso de Aprimoramento a Segurança do Paciente	Funcionários	CURSOS DE CURTA DURAÇÃO	02	40
Curso de Inserção a Gestão de Qualidade	Funcionários	CURSOS DE CURTA DURAÇÃO	03	40

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.

#### 10.18.3.6. NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

Com a finalidade de coordenar as atividades relacionadas ao Programa de Educação Permanente/Continuada, será criado o NEP – Núcleo de Educação Permanente.

O Núcleo de Educação Permanente terá como atribuição:

- I. Aplicar aprimoramento na busca da qualidade total resultante da globalização, impactante na assistência de enfermagem, investimento na formação e capacitação de recursos humanos. Em todos os setores de uma Instituição que desempenha serviços de saúde, que necessitam de habilidades e conhecimento técnico ao longo da carreira profissional.

### **10.18.3.7. PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO (MEMBROS E FINALIDADE)**

O Núcleo de Educação Continuada é uma comissão permanente que será implantada na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA .

Será composta por será composta por, no mínimo, 5 (cinco) membros, da equipe multidisciplinar, que serão indicados pela administração da instituição de forma que no mínimo 1 (um) seja renovado a cada ano.

Terá como principais atribuições:

- I. Assessorar as Diretorias em todos os assuntos referentes à Educação Continuada da equipe multiprofissional;
- II. Receber, estudar e opinar sobre todas as questões pertinentes à Educação Continuada que lhes forem encaminhadas.
- III. Organizar, planejar e fazer publicar o cronograma contendo data, horário, local e orientador do treinamento;
- IV. Assessorar na organização e elaboração do programa de treinamentos;
- V. Estimular e assessorar os serviços anexo (apoio) de continuidade na prevenção e habilitação de futuros agravos;
- VI. Colaborar com incentivo psicológico e gratificação pela participação de no mínimo 75% dos cursos ofertados pela Instituição;
- VII. Coordenar publicações como monografias, livros e outros meios de divulgação, visando a atualização de condutas e informações da equipe multiprofissional.

### 10.18.3.8. CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL

O Cronograma de Atividade Anual do Núcleo de Educação Permanente, proposto pela ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO, para o primeiro ano do Contrato de Gestão será validado na primeira reunião ordinária da referida comissão e será anexado à respectiva ata.

ATIVIDADE	CRONOGRAMA ANUAL											
	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	12º
Constituição da Comissão	■	■										
Mapeamento das necessidades de treinamento institucional, setorial e por categoria profissional		■	■									
Elaboração do Plano Anual de Treinamentos e Capacitações		■	■									
Execução do Plano de Treinamentos			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Reunião Ordinária		■		■		■		■		■		■

### 10.19. ATIVIDADES DE APOIO

#### 10.19.1. EXPURGOS E CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO

A ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO implementará toda a logística para operacionalização do processo de esterilização de materiais necessários para a execução dos serviços descritos neste projeto, contemplando as responsabilidades de:

- I. Coletar, lavar/limpar e processar os materiais;
- II. Assegurar estoque de materiais esterilizados de acordo com a demanda do serviço;

- III. Instituir rotina para manter os materiais esterilizados em estoque, dentro do prazo de validade da esterilização;
- IV. Distribuir os materiais esterilizados para as unidades solicitantes, por Kits e/ou de acordo com análise de consumo médio, otimizando a gestão dos materiais.
- V. 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 suja não irão transitar pela área limpa e vice-versa.



O Serviço de Controle de Infecção Hospitalar – SCIH, 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 hospitalar.

As rotinas e normas do Serviço de Esterilização, que constam em anexo ao projeto, abordam, dentre outras:

- I. Recebimento e conferências dos materiais;
- II. Limpeza e desinfecção de materiais;

- III. Limpeza, preparo, esterilização, guarda e distribuição dos materiais;
- IV. Monitoramento dos indicadores químicos e biológicos de cada carga após processo de esterilização;
- V. 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.

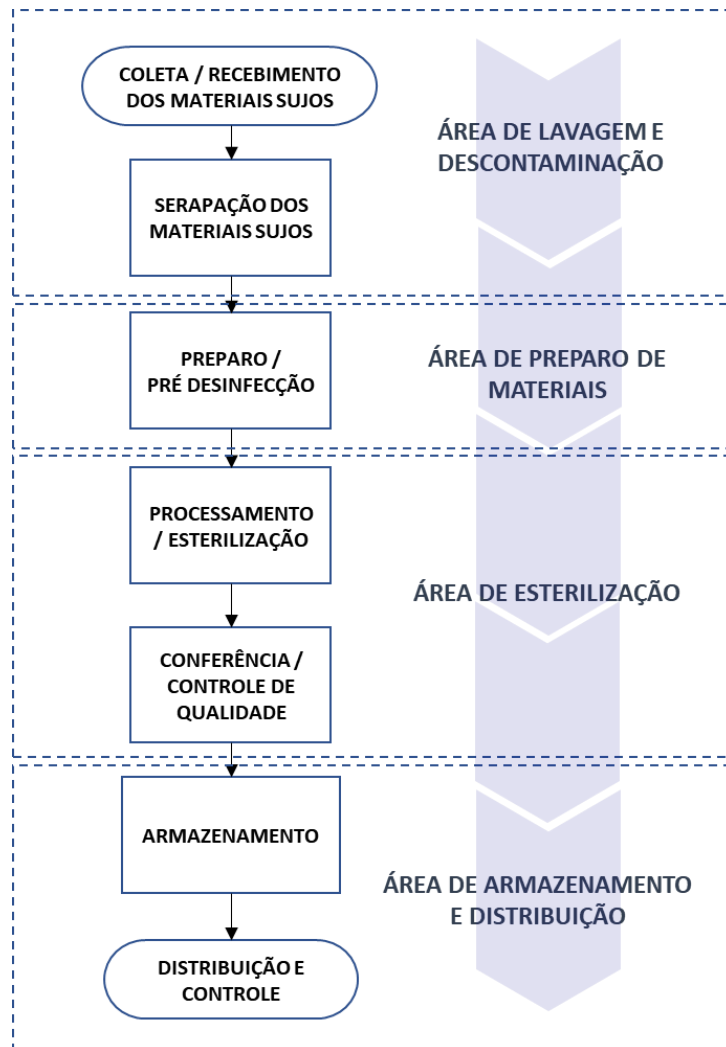
As áreas da CME e respectivas atividades, estarão divididas conforme a tabela abaixo, sendo essa estrutura, responsável por assegurar o fluxo unidirecional e contínuo citado anteriormente.

<p>ÁREA DE LAVAGEM E DESCONTAMINAÇÃO</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Receber, conferir e registrar o quantitativo e tipos de materiais recebidos;</li> <li>2. Desinfetar e separar os materiais</li> <li>3. Verificar o estado de conservação do material</li> <li>4. Realizar a limpeza do material</li> <li>5. Encaminhar o material para a área de preparo</li> </ol>
<p>ÁREA DE PREPARO DE MATERIAIS</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Revisar e fazer a seleção dos materiais, analisando as suas condições de conservação e limpeza;</li> <li>2. Preparar, empacotar e/ou acondicionar os materiais a serem esterilizados;</li> <li>3. Encaminhar os materiais para o processo de esterilização devidamente identificados</li> </ol>
<p>ÁREA DE ESTERILIZAÇÃO</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Executar o processo de esterilização nas autoclaves, conforme instruções do fabricante e procedimentos internos;</li> <li>2. Observar os cuidados necessários com o carregamento e descarregamento das autoclaves;</li> <li>3. Realizar o controle microbiológico e de validade dos produtos esterilizados;</li> <li>4. Manter junto com o serviço de manutenção, os equipamentos em bom estado de conservação e uso.</li> </ol>
<p>ÁREA DE ARMAZENAMENTO E DISTRIBUIÇÃO</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Estocar adequadamente o material esterilizado;</li> <li>2. Realizar a distribuição do material nas unidades;</li> <li>3. Registrar todas as saídas de materiais.</li> </ol>

### 10.19.2. FLUXO PARA MATERIAIS

O fluxo básico do serviço está representado na figura abaixo:





### 10.19.3. SERVIÇO SOCIAL

#### 10.19.3.1. ESTRUTURA DO SERVIÇO

O Serviço Social da MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA, terá como principais atribuições atender, fazer a intermediação e orientar os pacientes e familiares nas problemáticas sociais apresentadas e/ou identificadas. O serviço social também tem como finalidade facilitar aos pacientes seu acesso aos recursos disponíveis da sociedade e necessários para o cuidado e a recuperação de sua saúde.

Além disso, os profissionais da área intermedeiam conflitos familiares, propondo soluções que alcancem as expectativas dos usuários, alinhadas às diretrizes jurídicas e legais.

O serviço será estruturado de modo a garantir a execução das suas atribuições e seguimento das normas e rotinas estabelecidas para o serviço.

### **10.19.3.2.NORMAS E ROTINAS**

A atuação do profissional Assistente Social se dará através de quatro etapas:

- I. Acolhimento
- II. Organização do plano individual de cuidados
- III. Acompanhamento psicossocial
- IV. Preparação da continuidade dos cuidados

O Serviço Social no âmbito hospitalar, atuará como uma estrutura de suporte à prestação de cuidados de saúde, onde os assistentes sociais irão intervir transversalmente em todas as áreas de prestação de cuidados de saúde:

- I. Internação;
- II. Ambulatório;
- III. Urgência;

As áreas de intervenção são:

- I. Apoio Psicossocial com o objetivo de desenvolver uma relação de empatia e de apoio de âmbito psicossocial.
- II. Gestão da doença onde serão criadas estratégias para minimizar as incapacidades derivadas da patologia.
- III. Orientação, informando aos pacientes e seus familiares das respostas e cuidados que devem prestar em relação às situações e problemas conflitantes.
- IV. Planejamento da alta social onde será avaliado com a restante equipa de tratamento as necessidades do paciente, promovendo a continuidade dos cuidados.
- V. Advocacia Social, apoiando na defesa dos direitos e promoção do conhecimento.

#### **10.19.3.3.ÁREA DE ABRANGÊNCIA**

O Serviço Social da MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA, terá abrangência institucional, nas diversas áreas, como:

**Ambulatório:** No ambulatório serão realizadas as consultas agendadas com os pacientes em acompanhamento social, grupos de usuários e /ou familiares, bem como orientação nas áreas de espera.

Em algumas áreas o Serviço Social irá disponibilizar ambulatórios integrados onde após a consulta o usuário é encaminhado para uma avaliação social e/ou para a participação de grupos.

**Enfermarias:** Nas enfermarias os Assistentes Sociais atenderão aos usuários e/ou familiares que necessitarem de acompanhamento social.

Os Assistentes Sociais voltados para atuação nas enfermarias participarão de rounds, discussões de casos, grupos e do planejamento de novas ações; possibilitando a construção de um trabalho multidisciplinar e/ou interdisciplinar.

Plantão de Serviço Social: No Plantão do Serviço Social haverá uma profissional Assistente Social para atender os usuários e/ou familiares identificando as demandas sociais apresentadas, esclarecendo dúvidas relativas a direitos, orientando sobre a rotina institucional e realizando encaminhamentos para rede de recurso disponível quando necessário.

O Plantão de Serviço Social também se constitui como referência para todos os serviços da MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA.

#### **10.19.3.4.EQUIPE MÍNIMA E HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO**

A equipe mínima que irá compor o Serviço Social, será composta por:

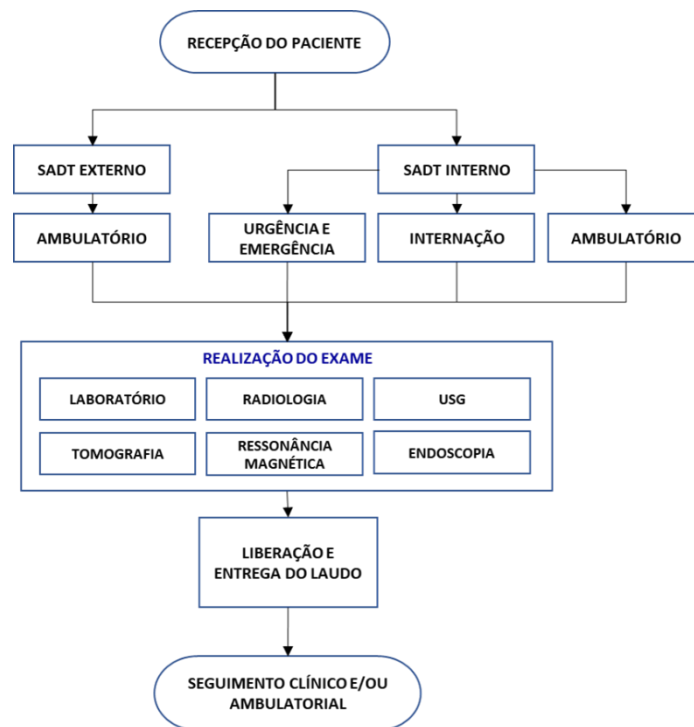
- I. 01 Assistente Social para o Pronto Socorro Central e Maternidade.
- II. 01 Assistente Social para o Pronto Socorro Jardim Jacira.
- IV. 02 Assistentes Administrativos

O Serviço Social funcionará prioritariamente entre as 07h00 e 19h00, onde os profissionais serão divididos em escalas de serviço, podendo eventualmente em caso de necessidade, existirem horários definidos fora da faixa mencionada

#### 10.19.4. SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO

Os Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT, se destina à investigação diagnóstica e ações terapêuticas para pacientes internados e em atendimento de Urgência e Emergência na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA. Contemplando, Laboratório de Análises Clínicas, Eletrocardiografia e Radiologia, que serão fornecidos integralmente pela Autarquia Municipal de Saúde - I.S, solicitados em caráter de urgência para pacientes da Emergência Obstétrica e pacientes internados na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES e em atendimento de Urgência e Emergência no PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA.

#### FLUXO DO SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO



### **10.19.5. SERVIÇO DE HOTELARIA E ROUPARIA**

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.

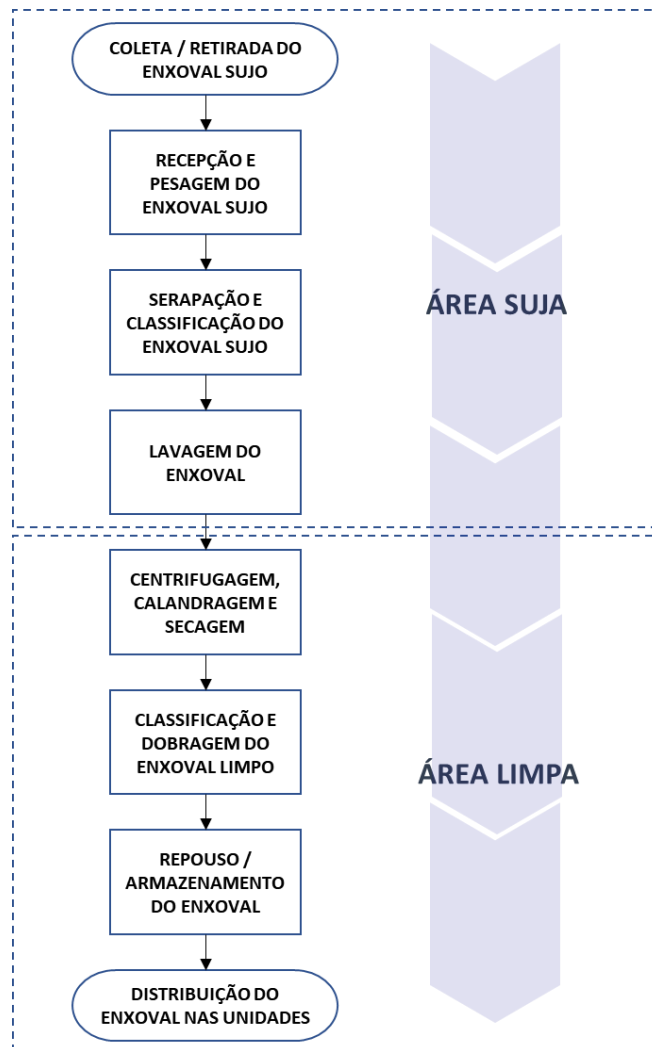
O fluxo a ser implantado na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA , será unidirecional e contínuo, evitando desta forma o cruzamento do enxoval sujo com os enxovais limpos, contemplando todas as etapas do processo. O acesso de pessoas ficará restrito 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.

Basicamente, o fluxo destinado ao serviço de processamento de roupas, está representado na figura abaixo. As etapas referentes ao processo de pré-lavagem, lavagem, secagem, conserto e empacotamento, serão realizadas externamente ao Hospital (serviço terceirizado), portanto, não contempladas no fluxograma abaixo.

#### **10.19.5.1.FLUXO PARA ROUPAS/ENXOVAL**

O fluxo básico do serviço está representado na figura abaixo:



Conforme demonstrado no fluxo acima, o processamento da roupa começa com a retirada das roupas sujas das áreas onde foram utilizadas, ou seja, as unidades geradoras.

Nesta etapa, serão observadas as precauções-padrão, independente de qual seja a origem ou paciente relacionado. A roupa suja será colocada em saco hamper, para transporte até a lavanderia.

Na etapa de recepção, as roupas serão separadas, pesadas e classificadas quanto ao nível/grau de sujidade, tipo e cor do tecido. Durante a separação, o enxoval será agrupado por lotes que serão identificados com cor, tipo de tecido e nível de sujidade para determinação do processo de lavagem.

A etapa correspondente à lavagem do enxoval, consistirá na remoção da sujidade fixada nas roupas e nível bacteriológico no mínimo aceitável para utilização. O processo de lavagem e respectivo ciclos a serem definidos, dependerão das características do enxoval, dividindo-se em roupas com sujidade leve e roupas com sujidade pesada. Ao término das atividades de recepção, separação, pesagem e lavagem, toda área suja será desinfetada e lavada. Após a desinfecção do local, ao término do expediente, os colaboradores do setor, não poderão sair para outras áreas sem antes tomar banho de chuveiro, trocando sua roupa de trabalho.

Após as etapas acima, as atividades passam a ser realizadas na área limpa, onde serão realizadas a centrifugagem, seguida da calandragem ou secagem. A calandragem é a atividade que passa e seca ao mesmo tempo as roupas de tecido liso, como lençóis, colchas leves e campos; já a secagem, é destinada a peças mais pesadas, como cobertores, colchas pesadas, compressas e outras peças de tecidos felpudos.

A próxima etapa corresponde ao armazenamento onde o enxoval estará em repouso, aguardando a distribuição. A distribuição será realizada, conforme demanda das unidades, sendo registrada e controlada formalmente, evitando a evasão de enxoval.

A distribuição do enxoval é destinada para a utilização dos pacientes e profissionais, exclusivamente para a prestação de serviços assistenciais.

#### **10.19.6. MANUTENÇÃO PREDIAL PREVENTIVA E CORRETIVA**

O Serviço de Manutenção Predial, compreende as atividades planejadas cujo resultado visa garantir a integridade e a conservação da infraestrutura predial e seus sistemas de utilidades, promovendo a continuidade e segurança da operação de todos os setores na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA, inclusive, capacitando-se para adotar medidas e ações contingenciais em eventuais falhas no fornecimento de utilidades (energia elétrica, água, gases medicinais, utilidades de forma geral) ou defeitos em



equipamentos ou sistemas mantendo a estrutura física do Estabelecimento em plenas condições de operação. O setor responsável será a Engenharia Hospitalar e realizará este gerenciamento da manutenção, conservação e/ou recuperação da edificação, visando garantir sua funcionalidade de forma ininterrupta e segura para os usuários, visitantes e funcionários.

Será elaborado pela ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO, Plano de Manutenção Preventiva para todo o parque instalado, Plano de Manutenção Preditiva onde recomendável, e capacitação técnica para adoção de medidas corretivas, quando requisitado.

Os Planos de Manutenção, suas rotinas, metodologia de aplicação e medição de resultados irão contemplar e considerar a aplicação das tecnologias que privilegiem, além de seu desempenho técnico, a segurança do paciente e dos profissionais que atuam na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA.

As atividades do Serviço de Manutenção consistirão, basicamente, em:

- I. **Manutenção Preventiva:** ocorre com planejamento, com objetivo claro e específico de manter todos os detalhes da edificação em plena operação a fim de evitar falhas e danos;
- II. **Manutenção Corretiva:** ocorre sem planejamento e exige ação imediata com intervenção da equipe para que o hospital consiga continuar sua operação de forma ininterrupta.

Com isso, a gestão da ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO irá assegurar a integridade e a conservação da infraestrutura predial e suas instalações, bem como garantir que as utilidades estejam disponíveis 24 (vinte e quatro) horas por dia, neste caso, o setor deverá estar capacitado a adotar ações e decisões em eventuais falhas ou

defeitos nos sistemas de utilidades e equipamentos, inclusive para sistemas com contrato de manutenção em nível mínimo de primeiro escalão.

Compete a este serviço:

- I. Fornecer a mão de obra necessária vinte e quatro horas para operação do setor, assim como todos os materiais e equipamentos (inclusos Equipamentos de Proteção Individual) que contemplem a prestação de serviços de manutenção predial, assegurando seu perfeito funcionamento;
- II. Assegurar a contratação de profissionais devidamente capacitados para desempenho das devidas funções;
- III. Garantir treinamento periódico para toda a equipe de engenharia hospitalar, para garantir a prestação de serviços adequada com o necessário e com as normatizações e procedimentos atualizados;
- IV. Elaborar um Plano de Manutenção contendo todas as ações corretivas e preventivas, rotinas de inspeção, 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;
- V. O Plano de Manutenção deverá conter Procedimentos Operacionais Padrão (POP) para cada equipamento de sua abrangência que deverão ser abrangentes e conter em si, listados e detalhados, todos os procedimentos de manutenção previstos no Plano de Manutenção. Assim, serão específicos para cada equipamento elétrico ou mecânico que compõem a infraestrutura de utilidades prediais. Os procedimentos previstos nos POPs deverão estar distribuídos em rotinas diárias, semanais, mensais, trimestrais, semestrais e anuais aplicáveis de acordo com as necessidades específicas do equipamento tratado,

observando-se as recomendações de seu fabricante e as boas práticas de manutenção.

- VI. Como um caso particularmente crítico, para o Sistema de Ar-condicionado e Ventilação Mecânica, será desenvolvido o PMOC (Plano de Manutenção Operação e Controle), exigido pela portaria 3.523/MS. O PMOC irá avaliar detalhadamente a tecnologia disponível para o sistema de ar condicionado e definir os planos de manutenção preventiva, além dos trabalhos que deverão ser executados para a garantia do funcionamento pleno do sistema de refrigeração, tendo como objetivos principais, sua eficiência operacional, qualidade do ar interno, segurança de pacientes e usuários, e sua integração com os programas de controle de contaminação em áreas críticas. Contemplará: identificação do ambiente ou conjunto de Ambientes e sua criticidade; identificação do responsável pela área ou preposto e do responsável técnico; relação dos ambientes climatizados; equipamentos; Plano de manutenção e controle e treinamento.
- VII. Fornecer equipamentos em número adequado para uso coletivo, individual, assim como equipamentos de proteção coletiva e individual e demais matérias que sejam necessários para a perfeita realização dos serviços e manter todo o parque destes equipamentos e materiais em perfeita condição de uso e operação;
- VIII. Todos os materiais, equipamentos de suporte/apoio e equipamentos de proteção individuais ou coletivos deverão ser apresentados no Plano de Trabalho do setor, assim como no Procedimento Operacional Padrão.
- IX. Registrar por escrito todos os materiais e equipamentos fornecidos aos funcionários;
- X. Cumprir todos os postulados legais cabíveis a este serviço, tanto em âmbito federal, estadual, municipal;

- XI. Manter planejamento de trabalho e planos de contingência para situações emergenciais, tais como: falta d'água, energia elétrica, gases medicinais, vapor, quebra de equipamentos, greves e outros eventos específicos, assegurando a manutenção dos serviços objetos de contrato;
- XII. Elaborar relatório periódico de avaliação de equipamentos constando de informações sobre manutenção e custos;
- XIII. Apresentar, quando solicitado, o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional – PCMSO – e de Prevenção de Riscos Ambientais – PPRA, contendo, no mínimo, os itens constantes das normas regulamentadoras nº 7 e 9, respectivamente, da Portaria nº3.214, de oito de junho de 1978, do Ministério do Trabalho e Previdência Social;
- XIV. Na elaboração do Plano de Manutenção, deverão ser observadas as normas regulamentares aprovadas pelo Ministério do Trabalho.
- XV. É premissa que todos os funcionários prestadores de serviço sejam participantes da Brigada de Incêndio na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA.

Sob a responsabilidade do setor de Manutenção Predial, estarão os seguintes sistemas e seus componentes:

- I. Construção Civil: reformas, estrutura, pisos e revestimentos, cobertura, forro, janelas, caixilhos, portas, batentes, pintura, alvenarias, fachada, pavimentação externa, calhas, outros elementos construtivos presentes na edificação.
- II. Instalações Elétricas: manutenção das instalações elétricas, avaliação periódica dos equipamentos: Grupos geradores; Nobreaks; Painéis elétricos de média e baixa tensão; Disjuntores; Fusíveis; Iluminação; Tomadas; Pontos de força; Infraestrutura de distribuição.

- III. Instalações Hidráulicas: Testes diários operacionais para averiguar o correto funcionamento dos seguintes sistemas: Água potável; Água quente; Água pluvial; Esgoto; Rede de combate a incêndio; Gases medicinais; Gás natural; GLP.
- IV. Marcenaria: reparação e conserto de móveis e confecção de moveis de pequeno porte em madeira.
- V. Climatização, Ar Condicionado e Ventilação: verificar os sistemas abaixo, averiguando seu estado de funcionamento e realizar manutenção corretiva de primeiro escalão em caso de parada de algum dos sistemas e manutenção preventiva/ preditiva: fancoils, condicionadores, etc., ventiladores, exaustores, central de água gelada, sistemas de filtragem e tratamento de ar, rede de água gelada e condensação, redes frigoríficas, geladeiras, câmaras frigoríficas, dutos de ar.
- VI. Central de Gases: realizar manutenção preventiva, preditiva e corretiva de primeiro escalão em todos os componentes dos sistemas de central de gases medicinais, de vácuo, de oxigênio, de Ar Comprimido.
- VII. Demais Sistemas e/ou Equipamentos: transporte Vertical – Elevadores (quando aplicável), equipamentos de Cozinha - Fogões e fornos, sistemas Eletrônicos - Quadros de comando e força, equipamentos de Combate a Incêndio, sistemas de captação de Água de reuso.

#### **10.19.7. TELEFONIA, LÓGICA E ELÉTRICA**

Consiste em serviços de Infraestrutura com Manutenção corretiva, Manutenção Preventiva, Instalações, Desinstalações, Remanejamentos e Execução de Projetos em Rede Lógica e Elétrica.

A ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO irá garantir a manutenção da infraestrutura após o recebimento na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA, sendo que os projetos de infraestrutura de rede lógica e elétrica complementares e/ou alterações serão submetidos à aprovação da AMS-IS, devendo obedecer às normas, especificações e requisitos mínimos estabelecidos pela legislação vigente e respectivo órgão de Tecnologia da Informação e Comunicação competente, bem como obedecendo as normas e padrões da ABNT, Anatel e ANSI.

## **10.20. UNIDADES ADMINISTRATIVAS: RECURSOS HUMANOS, ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAL/GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS, INFORMÁTICA, COMPRAS E SUPRIMENTOS**

### **10.20.1. RECURSOS HUMANOS**

A ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO, durante a gestão da MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA, manterá equipe de profissionais contratados com comprovada experiência em serviços hospitalares,

### **10.20.2. DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL**

O dimensionamento de pessoal, consta anexo à presente Proposta Técnica, na seção anexos.

### **10.20.3. POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS**

#### **I. Política de Administração de Cargos e Salários**

A administração de Cargos e Salários é feita considerando:

- a. **A relatividade interna:** Cada cargo terá sua remuneração estabelecida conforme as responsabilidades e qualificações necessárias para o desempenho da função.
- b. **A situação do mercado:** Os salários serão estabelecidos conforme os padrões do mercado para cargos com responsabilidade semelhantes.
- c. **O equilíbrio orçamentário da organização:** A política salarial levará em conta o desempenho da organização e seus resultados.

A Política de Administração de Cargos e Salários tem por objetivo reconhecer a capacitação profissional e o desempenho dos seus funcionários. O desenvolvimento técnico-profissional do funcionário e sua contribuição efetiva para os resultados do trabalho serão indicadores utilizados para esse reconhecimento.

## **II. Normas de Funcionamento do Sistema de Administração de Cargos e Salários**

Os salários serão administrados dentro das faixas salariais de cada classe de cargos, de acordo com a média de mercado. A determinação dos salários individuais será feita conforme as seguintes normas e procedimentos.

### **a. Salários de Admissão**

Todo funcionário admitido preferencialmente com salário no início da faixa salarial estabelecida para o seu cargo. Excepcionalmente, o salário de admissão pode ser estabelecida acima desse limite, em função do grau de qualificação e experiência exigido do candidato ou contingência de mercado.

### **b. Salário para um Novo Cargo**

Para se definir a faixa salarial de um novo cargo, este deverá passar pelo processo de Avaliação e Classificação, conduzida pela área de Recursos Humanos, com base nas atribuições do novo cargo.

### **c. Alterações Salariais**

O Sistema de Administração de Cargos e Salários prevê as seguintes situações que poderão gerar alterações salariais:

➤ **Fim do período de experiência;**

Em casos específicos, em que os funcionários tenham sido contratados com a condição de ter um reajuste após o período de experiência, o salário do funcionário será reajustado para o nível previamente acertado na contratação.

➤ **Promoção Vertical (promoção para cargo maior)**

Os aumentos por Promoção Vertical são concedidos aos funcionários que passam a ocupar cargos incluídos numa classe superior à classe atual do cargo, dentro da estrutura de cargos e salários.

A Promoção Vertical está vinculada à existência de vaga em aberto no quadro de funcionários, ou poderá ocorrer em função da necessidade de preenchimento por aumento da estrutura operacional, porém em ambos os casos deverá existir aprovação dos níveis hierárquicos adequados.

Os candidatos a uma Promoção Vertical deverão passar por um processo de avaliação conduzido pela área de Recursos Humanos, e posterior aprovação da Diretoria Executiva.

➤ **Reajuste Salarial por Adequação do Salário ao Mercado;**

São alterações salariais com o objetivo de alinhar o salário do cargo com os padrões de mercado, constatados por meio de pesquisa de remuneração.

O ajuste pode ocorrer com a consequência de um reajuste nas tabelas salariais para alinhamento com o mercado ou apenas para alinhar os salários de determinados cargos.

Fica também definido, que não existe um limite máximo de remuneração salarial dos profissionais contratados, ficando a



responsabilidade da administração zelar para que estes fiquem dentro dos padrões éticos e de mercado para cada cargo ou função.

➤ **Avaliação de Promoção;**

Fica definido que as promoções ocorrerão se atendidos os requisitos abaixo, integralmente ou em parte, porém deverá a recomendação formal do responsável imediato, que se submeterá a aprovação da Diretoria Executiva que deliberará ou não do pleito.

Serão analisados:

- Disciplina;
- Assiduidade;
- Pontualidade;
- Colaboração com a equipe, superiores e colegas de trabalho;
- Disponibilidade;
- Qualidade do trabalho realizado;
- Responsabilidade;
- Apresentação pessoal;
- Conhecimento da função;
- Desenvolvimento Técnico-Profissional;
- Entendimento e aceitação a mudanças;
- Comunicação;
- Organização;
- Liderança;
- Resolução de Conflitos.

### **III. Contratação dos membros da Diretoria Executiva ou membros do Conselho**

Rua Coronel Manoel Roberto Barbosa, 923 – Centro – Presidente Bernardes – São Paulo – SP  
CEP: 19300-000

Conforme deliberação e aprovação do Conselho da Entidade **são vedadas** aos membros da Diretoria Executiva, conselheiros, associados, benfeitores e equivalentes, receber remuneração, vantagens ou benefícios de qualquer natureza e sob qualquer título.

Para os fins do presente regulamento considera-se Diretoria Executiva os Diretores Estatutários da AMG, eleitos conforme Estatuto Social.

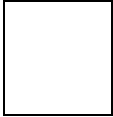
O presente regulamento foi aprovado pelo Conselho de Administração e entrou em vigor a partir de sua publicação.

#### **10.20.3.1. MODELO DE PESQUISA DE CLIMA ORGANIZACIONAL**

A ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO irá realizar anualmente, pesquisa de satisfação do colaborador, denominada Pesquisa de Clima Organizacional. A aplicação da pesquisa terá o intuito de conhecer qual é o nível de satisfação dos profissionais com suas funções e responsabilidades, o ambiente de trabalho e suas experiências com as lideranças da instituição

O modelo abaixo será aplicado, com todos os profissionais e tabulado para a compilação dos dados e análise dos resultados.

**PESQUISA DE CLIMA ORGANIZACIONAL - 2019**



**PRONTO SOCORRO**



**CENTRAL DE REGULAÇÃO /  
SERVIÇO DE AMBULÂNCIAS**

1- Há quanto tempo você trabalha nessa empresa?\*

- Há menos de 1 ano
- Entre 1 e 2 anos
- Entre 2 e 3 anos
- Entre 3 a 5 anos
- Há mais de 5 anos

2- Pensando em uma escala de 1 a 5, onde 1 é não gosto nada e 5 é gosto muito, o quanto você gosta de trabalhar aqui?\*

- 1 2 3 4 5
- Não gosto nada      Gosto muito

3- Você sabe quais são as expectativas que a empresa tem em relação ao seu trabalho?\*

- Não tenho a mínima ideia
- Nunca me disseram, mas eu imagino quais são as expectativas
- Nunca pensei sobre isso
- Já conversaram comigo sobre as expectativas, mas eu ainda tenho algumas dúvidas
- Sim, tenho total certeza de quais são as expectativas

4- Você tem à sua disposição os materiais e recursos necessários para desempenhar um bom trabalho? Marque uma alternativa de 1 a 5, onde 1 é não tenho nenhum material e recurso necessário, e 5 é tenho todos os materiais e recursos necessários.\*

- 1 2 3 4 5
- Não tenho nenhum      Tenho todos

5- Você tem autonomia para tomar decisões relacionadas às suas próprias tarefas?\*

- Não tenho nenhuma autonomia
  - Tenho alguma autonomia
  - Tenho autonomia
  - Tenho muita autonomia
  - Tenho total autonomia
- 

6- Em geral, o seu trabalho é estressante?\*

- Nem um pouco estressante
- Muito pouco estressante
- É estressante
- É bastante estressante
- É extremamente estressante

7- Você costuma fazer hora extra?\*

- Nunca
  - Raramente
  - Às vezes
  - Com muita frequência
  - Sempre
- 

8- Em geral, as suas tarefas são rotineiras ou diversificadas?\*

- São totalmente rotineiras
- Na maioria, são rotineiras
- Não é nem muito rotineiro, nem muito diversificado
- Na maioria, são diversificadas
- São totalmente diversificadas

9- Você sente que o seu trabalho é importante para a empresa como um todo?\*

- Sinto que o meu trabalho não é nem um pouco importante
  - Sinto que meu trabalho é muito pouco importante
  - Sinto que meu trabalho é um pouco importante
  - Sinto que meu trabalho é muito importante
  - Sinto que meu trabalho é extremamente importante
- 

10- Como é a sua relação de trabalho com o seu gerente, supervisor ou coordenador?\*

- Muito tranquila
- Um pouco tranquila
- Nem tranquila nem conturbada
- Um pouco conturbada
- Muito conturbada

11- Seu gerente, supervisor ou coordenador costuma dar apoio ao seu trabalho?\*

- Não me dá nenhum apoio
  - Me dá um pouco de apoio
  - Me dá algum apoio
  - Me dá muito apoio
  - Me dá total apoio
- 

12- Como é a relação de trabalho com os seus colegas?\*

- Muito tranquila
- Um pouco tranquila
- Nem tranquila nem conturbada
- Um pouco conturbada
- Muito conturbada

13- Pensando em uma escala de 1 a 5, em que 1 é nada competentes e 5 totalmente competentes, como você avalia, em geral, os seus colegas de trabalho?\*

1 2 3 4 5

Nada competentes      Totalmente competentes

---

14- Como é o seu ambiente de trabalho? Considere a sua mesa, a sua sala, sala de reunião, banheiro etc.\*

- Muito desconfortável
- Um pouco desconfortável
- Nem confortável nem desconfortável
- Um pouco confortável
- Muito confortável

15- No último ano, você teve alguma oportunidade de crescimento e/ou aprendizado dentro da empresa?\*

- Sim
  - Não
- 

16- Você está satisfeito com os benefícios que você recebe da empresa?\*

- Totalmente insatisfeito
  - Insatisfeito
  - Nem satisfeito nem insatisfeito
  - Satisfeito
  - Totalmente satisfeito
-

17- Pensando na lista de benefícios abaixo, qual deles você preferiria que a empresa implantasse? Escolha apenas uma opção.\*

- Clube de descontos em diversos estabelecimentos
  - Cursos de línguas
  - Massagem
  - Cursos relacionados à minha área de atuação
  - Folga no dia do aniversário
  - Manicure na empresa
  - Vale-refeição (para compras em supermercados)
  - Ginástica laboral
  - Outros
- 

18- Com relação a sua alimentação, você acha que a empresa poderia contribuir de alguma forma para que você se alimentasse melhor?\*

- Sim, implantando um refeitório na empresa
- Sim, implantando uma lanchonete na empresa
- Sim, oferecendo uma estrutura de cozinha, com geladeira e micro-ondas para os colaboradores
- Sim, oferecendo melhores condições de vale-refeição
- Não

19- Pensando em uma escala de 1 a 5, em que 1 é nem um pouco informado e 5 é totalmente informado, você se sente informado do que acontece na empresa?\*

1 2 3 4 5  
Nem um pouco informado      Totalmente informado

---

20- Você tem um conhecimento claro de qual é a missão e os valores da empresa?\*

- Não tenho conhecimento nenhum
  - Tenho algum conhecimento
  - Tenho um conhecimento claro
  - Tenho muito conhecimento
  - Tenho total conhecimento
- 

21- Você tem um conhecimento claro de quais são os objetivos e metas da empresa para os próximos seis meses?\*

- Não tenho conhecimento nenhum
- Tenho algum conhecimento
- Tenho um conhecimento claro
- Tenho muito conhecimento
- Tenho total conhecimento

22- Qual dos adjetivos abaixo melhor caracteriza o seu trabalho hoje para você? Escolha apenas uma opção.\*

- Estressante
- Cansativo
- Motivador
- Entediante
- Empolgante
- Desafiador
- Inovador
- Estimulante
- Indiferente
- Prazeroso
- Promissor
- Importante
- Descontraído

23- Você gostaria de deixar a sua opinião ou dar alguma sugestão para melhorar o ambiente da empresa como um todo?\*



**Caso deseje se identificar preencha seu Nome e Setor de Trabalho abaixo:**

Nome:

Setor:

---

### **10.20.3.2. SISTEMÁTICA DE USO DAS INFORMAÇÕES E AÇÕES CORRETIVAS**

Os dados coletados pelas pesquisas de satisfação do colaborador (Pesquisa de Clima Organizacional) serão transformados em indicadores e relatórios possibilitando a discussão dos resultados e implantação de melhorias contínuas nos processos de trabalho.

A análise dessas informações será através das ferramentas da qualidade próprias para busca da causa raiz, tais como brainstorming, 5 porquês e Ishikawa.

A ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO irá participar ativamente da análise dos resultados das pesquisas de clima, em conjunto com os gestores na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA, gerando ao término, relatório específico.

Com base no relatório e respectivas informações a Direção e demais lideranças irão elaborar Plano de Ação para melhorar e adequar as principais fragilidades identificadas. Este Plano de Ação deverá ser monitorado sistematicamente pelo Departamento de Recursos Humanos em conjunto com a respectiva diretoria e com o Núcleo de Qualidade na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA.

Em relação aos resultados da Avaliação de Desempenho dos profissionais, apresentado abaixo, os dados tabulados irão compor a Matriz de Desenvolvimento Institucional, que indicará as principais necessidades de aperfeiçoamento, tanto no âmbito técnico, como no comportamental, traçando um perfil da força de trabalho da instituição.

As informações contidas nesta matriz, serão estratificadas por área, categoria profissional, turnos, unidades, visando identificar padrões semelhantes para otimização das ações de melhoria. Todo o trabalho de análise e definição das estratégias para obtenção de resultados melhores, serão realizados pelo Departamento de Recursos Humanos em conjunto com o NEP – Núcleo de Educação Permanente.

Ao final as informações irão complementar o Plano de Educação Permanente Institucional e Individual, integrando as informações oriundas de diferentes fontes.

#### **10.20.3.3. NORMAS PARA SELEÇÃO DE PESSOAL, CONTRATO DE TRABALHO E AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO**

As normas para seleção e contratação de pessoal está detalhada na Política de Recursos Humanos, apresentada anteriormente no item correspondente.

#### **10.20.3.4. GESTÃO PESSOAS VERSUS GESTÃO DE DESEMPENHO**

A gestão de pessoas vem passando por um processo de transformação na medida em que os sistemas tradicionalmente utilizados, centrados em cargos, vêm demonstrando fragilidade diante do ambiente turbulento e mutável pelo qual vem passando as organizações. Antes as pessoas eram vistas como peças substituíveis de uma máquina, e as soluções combinavam à rígida supervisão com sistemas de remuneração. Hoje as organizações estão dando maior autonomia para as pessoas, com formação e capacidade para assumir responsabilidades e focando em seus negócios.

A ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO vai mais além, afirma que a área de gestão de pessoas é responsável por criar uma vantagem competitiva visando transmitir as estratégias aos colaboradores e transformá-los em agentes de competitividade e consequente serviço de qualidade.

Com a perspectiva voltada para o negócio, A ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO utiliza como ferramenta o levantamento do perfil e competências profissionais das pessoas para a obtenção da competitividade saudável, objetivando a diferenciação e a obtenção de vantagem competitiva.

Para isso, A ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO busca nas gestões dos serviços de saúde a visão voltada na Gestão de Pessoas a Gestão de Desempenho, estratégia diferenciada para que as pessoas que resultem na prestação de serviços com qualidade, alcançam os resultados e favorecem a assistência e saúde dos pacientes.

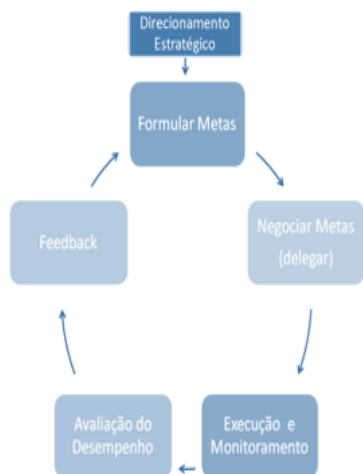
Os processos de recursos humanos, na visão da ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO são:

- I. Agregar pessoas: processos utilizados para incluir novas pessoas;
- II. Aplicar pessoas: processos utilizados para desenhar as atividades a ser desempenhado pelas pessoas, orientar e acompanhar seu desenho;
- III. Recompensar pessoas: processos utilizados para incentivar as pessoas e satisfazer as suas necessidades individuais mais elevadas;
- IV. Desenvolver pessoas: processos utilizados para capacitar e incrementar o desenvolvimento profissional e pessoal;
- V. Manter pessoas: processos utilizados para criar condições ambientais e psicologias satisfatórias para as atividades das pessoas;
- VI. Monitorar pessoas: processos utilizados para acompanhar e controlar as atividades das pessoas e verificar resultados.

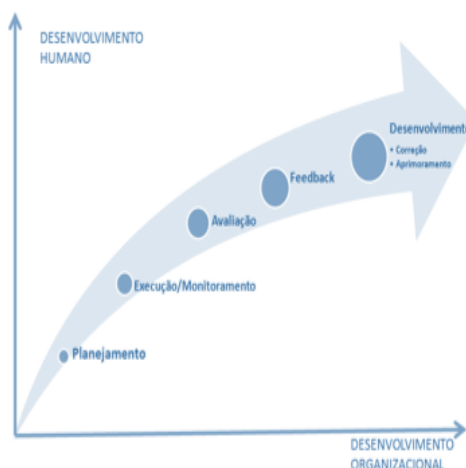
No processo de monitorar as pessoas pela Gestão da ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO está incluindo a avaliação de desempenho, ferramenta que serve de controle, verificação de resultados e planejamento de ações de melhorias de forma contínua.

### 10.20.3.5.1. GESTÃO DE PESSOAS – GESTÃO DE DESEMPENHO FLUXO

#### Fluxo da Avaliação de Desempenho:



#### Gestão do Desempenho:



### 10.20.3.6.FERRAMENTA DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

#### COMPETÊNCIAS, HABILIDADES E ATITUDES – CHA

<b>CONHECIMENTOS</b>	Saber	Competências Técnicas
<b>HABILIDADES</b>	Saber fazer	
<b>ATITUDES</b>	Querer fazer	Competências Comportamentais

O desdobramento do CHA proposto para a gestão da ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO para a sua equipe e colaboradores dos Serviços de Saúde sob sua gestão, tem-se o posicionamento afirmando que os pilares das competências permitem a adoção

dos melhores processos e a realização dos melhores resultados de um modo racional, previsível, consciente. Utilizando como critérios na Avaliação de Desempenho categorias de competências:

- I. Capacidade emocional;
- II. Conhecimento;
- III. Habilidades e comportamento eficientes;
- IV. Capacidade intelectual;
- V. Capacidade física.

#### **10.20.3.6.1. MAPEAMENTO DAS COMPETÊNCIAS**

Para a garantia e implantação efetiva na Gestão da ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO para os Serviços de Saúde, realizaremos o mapeamento das competências para identificar as competências comportamentais e técnicas que são pré-requisitos para o atingimento das estratégias da gestão qualificada.

O levantamento das competências comportamentais acontecerá através do inventário comportamental, técnica que identificará quais competências traduzia a conduta do comportamento ideal desejado e necessário para que a Instituição possa receber a Gestão identificada à missão, visão e valores da ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO.

Através desta análise A ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO buscará comportamentos e identificarão as seguintes competências comportamentais que foram utilizadas em todas as avaliações independentemente do cargo que a pessoa ocupará.

#### **COMPETÊNCIA COMPORTAMENTAL**

COMPETÊNCIA COMPORTAMENTAL	DEFINIÇÃO
----------------------------	-----------

EMPATIA	Capacidade de se colocar no lugar do outro, enxergando pelos olhos do outro, pelas motivações, interesse e percepções. É perceber sentimentos e emoções no outro e interagir de forma positiva com esses sentimentos e emoções.
EQUILÍBRIO EMOCIONAL	Capacidade de manter ponderação e bom senso em situações de imprevistos, adversidades e pressão, comunicando-se de maneira exemplar e conduzindo as ações de forma equilibrada.
COMUNICAÇÃO	Capacidade de criar canais de comunicação, recebendo e transmitindo informações de maneira eficaz. Habilidade de influenciar, de convencer. Ter clareza, objetividade e profundidade.
INICIATIVA	Capacidade de antecipar, decidir e realizar ações de forma empreendedora e responsável, visando suprir e aperfeiçoar suas atividades de trabalho.
PRO-ATIVIDADE	Capacidade de se antecipar aos fatos, tendo ações preventivas no sentido de conduzir a equipe a atingir os melhores resultados.
FLEXIBILIDADE INOVAÇÃO	E Capacidade de adaptação rápida a situações inesperadas e facilidade de encontrar novas soluções para resolver problemas e adversidade.
PLANEJAMENTO ORGANIZAÇÃO	E Capacidade de organizar e estabelecer ordem de prioridades as tarefas, mesmo diante de situações adversas, e otimizar procedimentos em favor da eficácia em resultados.
TOMADA DE DECISÃO	Capacidade de escolher alternativas adequadas e eficazes para os problemas identificados, comprometendo-se com o resultado, respeitando a hierarquia, visando cumprimento das estratégias organizacionais e pautados na missão e valores da organização.
AUTO-DESENVOLVIMENTO	Capacidade de buscar o seu próprio desenvolvimento profissional
ÉTICA	Capacidade de agir com integridade e justiça, respeitando as pessoas e as normas.
COMPROMETIMENTO	Capacidade de disponibilizar todo o potencial em prol dos objetivos e metas da organização, dando suporte com total dedicação e empenho.

RESPONSABILIDADE	Capacidade de responder por suas ações, cumprir tarefas, deveres e normas, agir com zelo e ser pontual.
CONSCIÊNCIA ECOLÓGICA E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL	Capacidade de agir de forma consciente, evitando o desperdício, utilizando os recursos de maneira econômica, sendo socialmente justo, buscando aceitação cultural e preservando o meio ambiente.
RELACIONAMENTO INTERPESSOAL	Capacidade de se relacionar de forma construtiva com a equipe, demonstrado consideração e respeito pelos colegas, promovendo a união e integração de todos e se sentindo parte da equipe e compartilhando problema e soluções.
ESPIRITO DE EQUIPE	Desenvolver uma relação de complementaridade com os membros da equipe, ser capaz de promover divisões justas de tarefas, ter iniciativa para cooperar, estar comprometido com os objetivos, compartilhar e comemorar metas atingidas e resultados alcançados.
FOCO NO CLIENTE	Capacidade de tomar providências rápidas diante de problemas, conflitos, visando o melhor atendimento das necessidades do cliente.
ORIENTAÇÃO PELA QUALIDADE	Capacidade de agir buscando a qualidade do serviço prestado e o atendimento ao cliente, visando obter resultados com excelência.

Para o levantamento das competências técnicas A ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO utilizará para a pesquisa através dos indicadores de competências.

Os indicadores de competências serão obtidos através da análise da descrição dos cargos de onde se obtém os conhecimentos e habilidades que são os pré-requisitos de cada função.

A análise das competências será realizada por função, para demonstrar a metodologia utilizada e propor o modelo da avaliação de desempenho, A ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO analisará os cargos seguidos das descrições proposta do Regimento Interno do Serviço de Saúde em questão.

### 10.20.3.7. CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

Para que seja possível avaliar as competências dos colaboradores será necessária uma ferramenta em forma de questionário que estipule quais os pontos poderão ser atribuídos como nota para cada competência a ser avaliada.

Nesta proposta, A ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO optou em utilizar uma régua de graduação representada abaixo a qual possui cinco graus de avaliação.

A opção de se trabalhar com cinco índices ou critérios de avaliação deve-se para proporcionar uma boa amplitude para avaliação.

#### RÉGUA DE AVALIAÇÃO DE COMPETÊNCIAS

PRIORIDADE DE AÇÃO		REAVALIAR / MELHORAR	MANTER / APRIMORAR	
1 Crítico	2 Insatisfatório	3 Médio	4 Bom	5 Excelente
Dê o grau 1 se você achar nenhuma evidência da competência investigada	Dê o grau 2 se você achar pouca evidência da competência investigada	Dê o grau 3 se você achar alguma evidência da competência investigada	Dê o grau 4 se você achar boa evidência da competência investigada	Dê o grau 5 se você achar muito forte a evidência da competência investigada

Esta régua será utilizada pela ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO para no momento da avaliação atribuir as notas para cada competência profissional avaliada. Se a pessoa não possuir ou possuir pouca evidência da competência investigada, deverá se atribuir nota 1 ou 2. Caso, ela identifique a evidência da competência, deverá dar nota 3. E se achar boa ou muita evidência, atribuir-se nota 4 ou 5. As notas 1 e 2 identificam competências que são prioridade de ação no desenvolvimento, pois indica que a pessoa não possui esta competência desenvolvida. A nota 3 indica que existe alguma evidência da competência na pessoa, mas, assim como as anteriores, devem ser estimuladas. E por



último, as notas 4 e 5 identificando que a pessoa já possui ou desenvolveu a competência necessária e deve-se mantê-la ou aprimorá-la.

O modelo de avaliação de desempenho adotado e proposto pela ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO para a Instituição de Saúde é dividido em duas partes.

A avaliação das competências comportamentais e as técnicas. Assim, será possível determinar uma nota para cada um dos tipos de competências e a nota geral da avaliação que será o somatório dessas duas notas.

Através do mapeamento das competências, identificaram-se no total de dezoito competências comportamentais. Então, a nota total para esta competência será o somatório de cada uma das notas atribuídas individualmente para cada competência do grupo comportamental. Como se tem o total de dezoito itens, a nota mínima será 18 (dezoito) e a máxima 90 (noventa), caso seja atribuído, respectivamente, grau 1 para cada item ou grau 5.

Na avaliação das competências comportamentais, também será possível identificar prioridades de ação de acordo com a nota total.

Para que isso seja possível A ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO aderiu uma outra régua de indicador, levando em consideração a amplitude entre as notas mínima e máxima (18 e 90), respectivamente, sendo que o intervalo será de 72 (setenta e dois) pontos.

Este intervalo foi dividido em cinco partes para seguir a mesma quantidade de notas que podem ser atribuídas para cada competência. Portando os dois primeiros intervalos que compreende as notas entre 18 (dezoito) e 46 (quarenta e seis), que irão indicar que as competências comportamentais necessitam de desenvolvimento. O segundo intervalo 47

(quarenta e sete) a 61 (sessenta e um), também indicará a necessidade de aprimoramento, mas não tanto como o primeiro.

E por fim, os dois últimos intervalos entre 62 (sessenta e dois) e 90 (noventa) pontos identificarão que a pessoa já possui, bem desenvolvida, as competências comportamentais exigidas para aquele cargo tendo que a gestão deverá apenas mantê-las ou aprimorá-las. Para as competências técnicas, também se tem uma régua de avaliação e a diferença está na amplitude, já que foram identificados 10 (dez) itens a serem avaliados.

A pontuação mínima será 10 (dez) e a máxima 50 (cinquenta). Por fim, para se chegar a nota final da avaliação, será o somatório das notas das competências comportamentais e técnicas. E, assim como os indicadores de desempenho das competências comportamentais e técnicas, tem se uma régua de avaliação. Sendo que a nota mínima será de 28 (vinte e oito) e a máxima 140 (cento e quarenta).

#### INDICADOR DE DESEMPENHO DE COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS

INDICADORES DE DESEMPENHO DAS COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS			
Mínimo		Máximo	
18	46	61	90
PRIORIDADE DE AÇÃO		REAVALIAR / MELHORAR	MANTER / APRIMORAR

#### INDICADOR DE DESEMPENHO DE COMPETÊNCIAS TÉCNICAS

INDICADORES DE DESEMPENHO DAS COMPETÊNCIAS TÉCNICAS			
Mínimo		Máximo	
10	26	34	50
PRIORIDADE DE AÇÃO		REAVALIAR / MELHORAR	MANTER / APRIMORAR

## INDICADOR DE DESEMPENHO – AVALIAÇÃO FINAL

INDICADORES DE DESEMPENHO			
NOTA FINAL			
Mínimo		Máximo	
28	72	95	140
PRIORIDADE DE AÇÃO		REAVALIAR / MELHORAR	MANTER / APRIMORAR

Para que a Avaliação de Desempenho das Pessoas seja implantada com excelência, a ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO utilizará as ferramentas descritas acima em forma de questionário, o qual será aplicado e avaliado anualmente pela ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO para acompanhamento dos resultados referente ao desempenho profissional, planejamento e implantações de ações de melhorias.

Ainda a ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO implantará a Política de Seleção de Cargos e Salários, diretriz mínima para a seleção de cargos de governança da gestão a ser prestada.

### 10.20.3.8. CONDUTAS PARA COMBATER O ABSENTEÍSMO E ESTIMULAR A PRODUÇÃO

Para uma análise assertiva do absenteísmo primeiramente deve-se implantar a cultura de indicadores em gestão de pessoas como o intuito de investigar quais as principais causas de absenteísmo e seus setores de origem, assim como os principais cargos demandados.

O sistema de indicadores é uma ferramenta que auxilia na tomada de decisões, por que devido ao grande número de informações sobre os problemas é possível pensar nas situações geradoras antes mesmo que elas ocorram, pois se tem o problema estratificado.

Se os dados forem usados com habilidade e prudência, pode ser efetuada uma medida de controle. Quando os problemas são transformados em indicadores e analisados, tem-se uma medida de diminuir ou eliminar as fontes geradoras de problemas.

Com isso as informações encontradas na análise dos indicadores podem ser usadas para a redução de custo e maior lucratividade das empresas, e também na qualidade de vida dos funcionários.

O absenteísmo é decorrente de um ou mais fatores causais como: fatores de trabalho, fatores sociais, fatores culturais e de personalidade e fatores de doenças. Com tantas causas que podem gerar o absenteísmo, temos que saber o que realmente entra no contexto organizacional, pois somente assim se têm como identificar os índices dentro da empresa.

Sabendo disso seguem algumas ações efetivas que podem contribuir para reduzir os índices de absenteísmo e mantê-los sob controle:

- I. A adoção do Equipamento de Proteção Individual - EPI, que vem sendo usado por funcionários que atuam nos departamentos onde o risco não pode ser totalmente eliminado ou controlado de forma coletiva. A forma de utilização e a importância do EPI devem ser divulgadas durante os treinamentos, no momento da integração de novos colaboradores e reforçados durante os encontros da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA e em campanhas de segurança, como a SIPAT, por exemplo;
- II. Adoção de um programa de melhoria da Qualidade de Vida. Um programa com o objetivo de estimular a melhoria da qualidade de vida em casa e no trabalho, contribui significativamente para reduzir outros fatores causadores de absenteísmo, tais como, a insatisfação no trabalho, alcoolismo, problemas domésticos, e doenças. Para auxiliar no

combate a problemas como estes, sugerimos a implementação do Programa 5S, que em conjunto com outras ações que geram benefícios corporativos, deverá ser dirigido a todos os colaboradores, possibilitando a sua extensão para os seus familiares, com ações que incluem a conscientização sobre os seus 5 (cinco) sentidos. Além destas ações, as campanhas de prevenção contra doenças como hipertensão, enfermidades relacionadas ao aparelho respiratório, verminoses, câncer de próstata, AIDS, colesterol e diabetes. Além disso, é recomendável que todos os colaboradores da organização também possam participar de aulas de ginástica laboral que poderão ser coordenadas por pessoas devidamente preparadas;

- III. A ergonomia também contribui para a redução do absenteísmo através da adequação de esteiras, bancadas e cadeiras ergonômicas na área de produção, montagens e manuseio de produtos e equipamentos. Na administração, por exemplo, é recomendável o uso de apoio de punho para utilização de micros, evitando a DORT – Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho. As cadeiras também deverão ser ajustáveis com descansador de pés. Nas áreas de carregamento manual de peso, deverá existir a orientação quanto à postura correta da coluna;
- IV. Gestão à Vista é uma ferramenta muito útil, pois informa-se o índice corporativo, os resultados do Programa 5S, e os números de falta por setor;
- V. Premiação para a Assiduidade. Outra ação de incentivo que combate o absenteísmo na organização é a adoção de um programa que premia a assiduidade dos colaboradores. Essa premiação motiva o comprometimento das pessoas com a empresa e aumenta a dedicação ao trabalho;
- VI. Pesquisa de clima organizacional, um instrumento voltado para análise do ambiente a partir do levantamento de suas necessidades. Objetiva

mapear ou retratar os aspectos críticos que configuram o momento motivacional dos funcionários da empresa através da apuração de seus pontos fortes, deficiências, expectativas e aspirações. A pesquisa do clima organizacional possibilita entender e conhecer melhor o comportamento humano dentro das organizações.

### **10.20.3.9.ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAL/GESTÃO DE RECURSOS**

#### **10.20.3.9.1. REGISTRO E CONTROLE DE PESSOAL E MODELO PARA ESCALAS DE TRABALHO**

O registro e controle de pessoal, abrange o monitoramento da frequência e identifica as variações ocorridas (dentro da jornada de trabalho), assim classificadas:

- I. **Ausência:** É o não comparecimento do funcionário durante parte da jornada diária de trabalho;
- II. **Falta:** É o não comparecimento do funcionário durante um ou mais dias de trabalho;
- III. **Atrasos:** É o comparecimento do funcionário depois do horário inicial de trabalho.

Somente serão aceitas alterações esporádicas da jornada de trabalho, as quais deverão ser comunicadas, formalmente, ao Núcleo de Gestão de Pessoas, com antecedência de 48 (quarenta e oito) horas.

Toda alteração definitiva de jornada de trabalho deverá ser previamente analisada, pelo Núcleo de Gestão de Pessoas, quanto às disposições legais e aos procedimentos a serem adotados para sua efetivação.

De acordo com as características específicas de trabalho poderão ser definidos horários diferenciados, inclusive para intervalo de almoço, mediante aprovação prévia do Gestor de Área, em conjunto com o Diretor Geral.

Para jornada inferior a 8 (oito) horas, o intervalo deve ser fixado conforme legislação em vigor, ou seja, a jornada não deve exceder a seis horas de trabalho e, quando ultrapassar quatro horas, será obrigatório um intervalo de 15 (quinze) minutos.

Para os funcionários que executam atividades diretamente relacionadas ao funcionamento dos Equipamentos, os horários serão fixados mediante escala de revezamento.

O registro de frequência será diário e obrigatório a todos os funcionários, nos horários determinados pela Unidade de Saúde, inclusive naqueles horários destinados à refeição.

No caso de realização de serviços externos durante a jornada de trabalho, os horários de saída e retorno deverão ser registrados pelo funcionário.

A liberação do registro de frequência, quando houver justificativa, deverá ser autorizada pelo Gestor da área.

Será tolerado um atraso máximo diário de 15 (quinze) minutos na entrada para o trabalho e no registro da frequência. Ultrapassado o limite de tolerância diária, os minutos/horas serão descontados automaticamente, salvo nos casos de ausência justificada.

É proibido o registro da frequência com antecedência superior a 14 (quatorze) minutos do início da jornada de trabalho e após 14 (quatorze) minutos do término da jornada, salvo nos casos de horas extraordinárias.

A critério da Diretoria Geral, o expediente de trabalho poderá ser suspenso em dias-ponte de feriado, exceto nas áreas cujo funcionamento não possa sofrer interrupção, mediante

compensação das horas de trabalho correspondentes, no limite de duas horas diárias, em período previamente definido.

Não é permitido ao funcionário permanecer no local de trabalho, antes ou depois de seu horário normal de trabalho, sem a devida autorização.

A frequência será apurada mensalmente, e os salários e demais vencimentos pagos com base no registro e cumprimento da jornada de trabalho.

As ocorrências na frequência dos funcionários estarão sujeitas à deliberação do respectivo responsável pela unidade onde estiver lotado, implicando o apontamento ou o desconto da remuneração. São consideradas faltas justificadas, sem prejuízo de salário, as ausências amparadas na CLT e em Convenção Coletiva de Trabalho.

São consideradas faltas injustificadas, com prejuízo de salário, aquelas cujos motivos, apresentados pelo funcionário e analisados pelo responsável pela unidade, forem considerados insuficientes para justificar o não comparecimento ao trabalho, aplicando-se os descontos e/ou sanções disciplinares cabíveis, quando for o caso.

Quando o funcionário se ausentar do trabalho, por qualquer motivo, deverá informar ao responsável pela unidade em que está alocado, se possível com antecedência, e apresentar, logo após o retorno, o respectivo documento comprobatório.

Todas as ocorrências de frequência que não forem autorizadas ou justificadas, além dos respectivos descontos, estão sujeitas à aplicação das sanções cabíveis.

O trabalho em regime de horas extras somente deverá ser realizado em casos de extrema necessidade, excepcionalmente e com autorização formal e antecipada do Gestor da Área, a qual não poderá ser delegada, mediante emissão do formulário Autorização/Acordo para Realização de Horas Extras.



O trabalho na folga e feriado é considerado Hora Extra. Sua prática deverá ser restrita a situações de extrema excepcionalidade e devidamente aprovada pelo Diretor. Nesses casos, também deverá ser emitido o formulário Autorização/Acordo para Realização de Horas Extras.

O pagamento das horas extras será efetuado conforme estabelecido na Convenção Coletiva de Trabalho. A jornada diária de trabalho, incluídas as horas extras, não poderão ultrapassar 10 (dez) horas, salvo nas situações de necessidade imperiosa, força maior e conclusão de serviços inadiáveis, devidamente autorizada pelo Gestor da Área.

Visando economicidade no processo de gestão, A ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO atuará prioritariamente com a utilização de banco de horas, se a Convenção Coletiva e demais disposições legais assim permitir.

Os casos omissos serão decididos pelo Gestor da Área em conjunto com o Núcleo Administrativo e Financeiro, prevalecendo, sempre, o estabelecido na legislação vigente.

#### **10.20.3.10. PROCEDIMENTOS DOS FUNCIONÁRIOS/COLABORADORES**

- I. Registrar a frequência, diariamente, conforme mecanismos definidos pela Unidade, observando os critérios e os requisitos aqui estabelecidos.
- II. Comunicar, de imediato, ao respectivo gerente, toda ocorrência de frequência, se possível com antecedência. Caso não seja possível comunicar a ausência ou a falta, solicitar a um parente ou pessoa de sua confiança que o faça.
- III. Nos casos de ausências ou faltas, apresentar, no retorno ao trabalho, o respectivo comprovante, quando houver.
- IV. Responsável pela unidade. Providenciar para que os funcionários registrem a frequência corretamente.

- V. Receber dos funcionários e analisar os comprovantes de ausência ou falta no trabalho, encaminhando-os conforme os conceitos das ocorrências no registro da frequência.
- VI. Mensalmente enviar, ao Núcleo de Gestão de Pessoas, relatório contendo as ocorrências de frequências (conforme definido no próximo capítulo) de seus funcionários, emitir parecer, anexar os comprovantes, assinar e devolver, no máximo, no primeiro dia útil seguinte.
- VII. Colher assinatura do funcionário, no caso de ausências injustificadas, registrando sua ciência do fato.
- VIII. Emitir o formulário Autorização/Acordo para Realização de Horas Extras em uma via, colher a assinatura do funcionário, obter a aprovação do Gestor da Área.
- IX. Encaminhar o formulário Autorização/Acordo para Realização de Horas Extras ao Núcleo de Gestão de Pessoas, até o primeiro dia útil subsequente ao da realização.
- X. Enviar, mensalmente, à Gerência de Gestão de Pessoas, relatório com a quantidade de horas extras trabalhadas, para acompanhamento e controle.

#### **10.20.3.11. PROCEDIMENTOS DA GESTÃO DE PESSOAS**

- I. Efetuar a apuração da frequência diária dos funcionários, por meio adotado pela sede ou pelo Equipamento sob contrato de gestão.
- II. Mensalmente, receber, dos responsáveis pelas unidades, relatório apontando as ocorrências de frequência de seus funcionários, para análise e justificativas.
- III. Receber, dos responsáveis pelas unidades, os relatórios de frequência, com as devidas justificativas e comprovantes de ausência ou falta ao trabalho, e proceder aos acertos apontados.

- IV. Receber, dos responsáveis pelas unidades, as Autorizações/Acordo para Realização de Horas Extras, devidamente aprovadas pelo Diretor, e apurar as horas trabalhadas.
- V. Efetuar o fechamento dos dados de frequência no final de cada mês e encaminhar para processamento da folha de pagamento.
- VI. Mensalmente, receber, dos responsáveis pelas unidades, relatórios com a quantidade de horas extras trabalhadas, para acompanhamento e controle.
- VII. Organizar a documentação recebida e manter em pastas apropriadas, para futura fiscalização do Ministério do Trabalho.

#### **10.20.3.12. MODELO PARA ESCALA DE TRABALHO**

O conceito de escala de trabalho refere-se à maneira como cada instituição organiza a jornada de trabalho dos seus colaboradores, visando maior produtividade. Por este motivo, as escalas variam de acordo com as necessidades do setor e do tipo de Unidade de Saúde assim como as determinações estabelecidas pelo sindicato de cada categoria.

Primeiramente, faz-se necessário definir as premissas de trabalho, isto é, os fundamentos que embasarão a organização da escala de trabalho. Como por exemplo: quantas equipes a empresa possui? Essas equipes trabalham em horários diferentes? Quais os funcionários estão disponíveis em determinado horário?

Com as premissas pré-estabelecidas, a escala pode ser iniciada, ou seja, o período que será trabalhado de acordo com a semana, mês e etc. Para organizar a escala de trabalho de maneira eficiente, alguns pontos devem ser levados em consideração tais como Leis Trabalhistas referentes a Repouso Semanais, Descansos intra e inter jornadas; períodos de trabalho maior do que 6 dias seguidos, falta de folgas aos domingos por mais de 7 (sete) semanas seguidas.

Conhecendo as necessidades dos colaboradores, é possível ter a relação de todos os turnos e fazer com que todos tenham direitos iguais em relação à folgas e horários a cumprir.

As escalas de trabalho são elaboradas um cargo por vez e os dados atualizados com frequência, assim o planejamento será mais eficiente.

As principais escalas de trabalho são:

- I. Escala de trabalho 5x1: a cada 5 (cinco) dias de trabalho, o colaborador folga um. Sendo assim, trabalha-se seis dias na semana e é necessário folgar um domingo a cada sete dias. Nesta escala, a jornada de trabalho é de 07h20min;
- II. Escala de trabalho 5x2: a cada cinco dias de trabalho, são necessários dois dias de folgas que podem ser seguidos ou não. Sendo assim, o colaborador trabalha cinco dias na semana e cerca de 08h48min horas por dia;
- III. Escala de trabalho 6x1: a cada seis dias trabalhados, o colaborador deve ter um dia de folga. Além disso, é necessário que ele folgue 1 (um) domingo a cada, pelo menos, 7 (sete) semanas consecutivas;
- IV. Escala de trabalho 12x36: a cada 12 (doze) horas trabalhadas, o colaborador tem direito a trinta e seis horas de descanso. Esse tipo de escala normalmente está relacionado às áreas da saúde e segurança cujas atividades não podem ser interrompidas em um período de tempo menor;
- V. Escala de trabalho 24x48: a cada 24 (vinte e quatro) horas trabalhadas, o colaborador tem direito a 48 (quarenta e oito) horas de descanso. Estas escalas são utilizadas por cobradores de pedágio e alguns setores de polícia, por exemplo.

VI. As escalas de trabalho auxiliam na hora de organizar os horários das equipes, facilitando a administração das horas de trabalho e otimizando o desempenho da Unidade.

Os modelos de escalas, como o exemplo abaixo, serão validados pelo Departamento de Pessoal em conjunto com os responsáveis técnicos das áreas relacionadas.

### ESCALA DE SERVIÇO



DEPARTAMENTO / SERVIÇO: \_\_\_\_\_ MÊS: \_\_\_\_\_

SEFOR:				DIAS MÊS																														
COLABORADOR	FUNÇÃO	COREN -MS	TURNO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
Nome e Sobrenome	ENF	123123	D6h-12h	X	X	X	X	X	X	F	X	X	X	X																				
Nome e Sobrenome	ENF																																	
Nome e Sobrenome	TEC																																	
Nome e Sobrenome	TEC																																	
Nome e Sobrenome	TEC																																	
Nome e Sobrenome	ALUX																																	
Nome e Sobrenome	ALUX																																	
Nome e Sobrenome	ALUX																																	

**LEGENDA**

Podem ser utilizados símbolos, letras ou cores para marcar finais de semana, feriados, plantões de 12 horas, etc

Ex:

- > X – Dia normal de trabalho
- > F – Folga
- > L – Licença Médica ou Legal
- > FE – utilizado para Férias
- > FR – Feriado

Trocas de dias de trabalho entre colaboradores também devem ser registrados, e autorizados conforme normas institucionais.

\_\_\_\_\_

Data e Assinatura do Responsável Técnico

\_\_\_\_\_

Data e assinatura do Coordenador do Setor

## 10.21. INFORMÁTICA

O sistema informatizado a ser implantado na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA sob gestão da ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO, irá contemplar as atividades de atendimento assistencial e gerenciamento dos serviços.

Com a implementação do Sistema de Gestão Hospitalar, será possível otimizar os processos de trabalho, bem como proporcionar maior segurança e eficiência às atividades desenvolvidas. A obtenção de relatórios assistenciais e administrativos possibilitará maior transparência das informações, bem como maior agilidade na tomada de decisão.

Também irá garantir o acompanhamento e a comprovação das atividades realizadas pela ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO que serão efetuados através dos dados registrados no sistema informatizados, e integrado aos sistemas oficiais do DATASUS (SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais, SIH – Sistema de Informações Hospitalares, e-SUS, etc.) ou outros que vierem a substituí-los, bem como através dos formulários e instrumentos para registro de dados de produção definidos pela AMS-IS do ITAPECERICA DA SERRA.

A ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO se responsabilizará pela execução das atividades e tarefas relacionadas abaixo:

- I. Consultoria e Gestão do Projeto (Fases de Planejamento, Aquisição, Implantação e Suporte);
- II. Implantação do SGH com todas as funcionalidades necessárias.
- III. Treinamento inicial e Operação Assistida durante toda a implantação.
- IV. O sistema de Gestão Hospitalar terá minimamente os seguintes módulos:

- Paciente;
- Controle de Prontuário;
- Pronto Atendimento;
- Internação;

- Imagem/Métodos Gráficos;
- Prescrição Eletrônica;
- Enfermagem e serviços assistenciais;
- Serviço de Controle de Infecção Hospitalar;
- Centro Cirúrgico Obstétrico;
- Faturamento SUS;
- Prontuário Eletrônico do Paciente – PEP - (dentro do prazo previsto e observando o disposto na legislação vigente, incluindo a Resolução CFM nº. 1.639/2002);
- Gerenciamento de Estoques - logística (incluso aquisição/compras) e demais controles administrativos (pessoal, finanças, contabilidade, recepção, manutenção, etc.)
- Controle de patrimônio;
- Painéis para atendimento ao paciente.

Os serviços de suporte técnico no local irão garantir o funcionamento ininterrupto do sistema, para atendimento das necessidades descritas abaixo, sendo estes serviços solicitados por demanda, por meio de Ordem de Serviço ao Setor de T.I.:

- I. Instalação, configuração e otimização do sistema;
- II. Solicitação de criação e manutenção dos acessos dos usuários na rede da prefeitura para autenticação no sistema (logins);

- III. Configuração ou alteração das permissões dos usuários autenticados pelo sistema;
- IV. Configuração dos equipamentos para operação com o sistema;
- V. Configuração dos equipamentos no sistema;
- VI. Identificação e correção de problemas operacionais relativos ao sistema;
- VII. Avaliações, diagnósticos e proposições de melhorias do ambiente;
- VIII. Prestação de serviços de suporte técnico “on-site”, em um prazo de até 2 (duas) horas, para atendimento e 12 horas para a solução do problema causador da chamada;
- IX. Disponibilização de suporte de atendimento através de uma Central de Atendimento, composta por atendentes e analistas, sendo o fluxo de atendimento efetuado em até 02 (dois) níveis;
- X. Prestação de serviço de atendimento de suporte telefônico ou local, em regime 24hs x 7dias x 360dias.

Em relação aos treinamentos, A ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO irá realizar as capacitações referentes à utilização do sistema, nas dependências na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA, assegurando todo o material de apoio necessário e estrutura física para os treinamentos. Os treinamentos serão planejados para realização em datas e horários que possam abranger todas as equipes de trabalho, inclusive equipes do noturno, sem comprometer as escalas de trabalho.

O Sistema de Gestão Hospitalar irá possuir recursos e módulos, que atendam as etapas de admissão de pacientes, internação, ambulatório, prescrição médica entre outros e que serão instalados, conforme planejamento da ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO.

A implantação do SGH levará em consideração os seguintes aspectos:



- I. Levantamento e análise da estrutura de rede, energia elétrica, parque tecnológico computacional e impressoras na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA;
- II. Apresentação do sistema de gestão hospitalar para a AMS-IS e equipe diretiva e operacional na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA, bem como apresentação do cronograma de implantação;
- III. Definição dos processos e alinhamento das informações relacionadas às integrações necessárias (BPA, Centro Cirúrgico, etc.);
- IV. Definição de local/sala na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA para a implantação, bem como dos colaboradores que participarão da implantação realizando inicialmente os cadastros;
- V. Realizar as cargas de cadastros, definição de infraestrutura, identificação dos facilitadores e cronograma para implantação dos módulos;
- VI. Cadastro dos colaboradores, definição dos perfis, cadastro das unidades e centros de custo;
- VII. Cadastra de quartos e leitos, especialidades, equipes, consultórios;
- VIII. Cadastro e configuração de computadores, impressoras e demais parâmetros do sistema.
- IX. Treinamento dos usuários, nos módulos a serem implantados, de acordo com o perfil de usuário.

#### **10.21.1. IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO**

Operacionalizar, no início das atividades assistenciais da Unidade, serviços de informática com sistema compatível ao utilizado pela Secretaria de Saúde para gestão que contemple:

- (a) Registro eletrônico de admissão e alta do usuário;
- (b) Prescrição Médica;
- (c) Emissão de laudo de exame;
- (d) Dispensação de medicamentos por unitarização;
- (e) Solicitação, controle e dispensação de insumos;
- (f) Controle de estoque (almoxarifado e farmácia);
- (g) Faturamento Ambulatorial e Hospitalar (SIH);

A ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO deverá desenvolver, em consonância com as diretrizes gerais e da área de informação/informática da Autarquia Municipal de Saúde – I.S as seguintes ações:

- I. Produzir, analisar e divulgar informações sobre a situação de saúde da sua área de abrangência e na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA;
- II. Participar do processo de definição, elaboração e divulgação de indicadores para monitoramento da situação de saúde e para cada grupo de indicadores (painel de monitoramento) e disponibilizar e divulgar essas informações segundo as necessidades da AMS-IS;
- III. Implantar/atualizar os sistemas de informação definidos pela AMS-IS;
- IV. Organizar e definir procedimentos, fluxos e rotinas para coleta dos dados dos diferentes sistemas de informação em vigência ou a serem implantados;

- V. Organizar e definir os processos de trabalho para operação/alimentação dos diferentes sistemas de informação em vigência ou a serem implantados;
- VI. Encaminhar as diferentes bases de dados conforme rotinas estabelecidas pela AMS-IS/ITAPECERICA DA SERRA.

### **SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**

O CNES foi instituído pela Portaria MS/SAS 376, de 03/10/2000, publicada em 04/10/2000. Todos os estabelecimentos de saúde instalados em território nacional deverão ser cadastrados. O Cadastro consiste de um conjunto de fichas cadastrais - FCES -, modelos de 1 a 14. Os profissionais de saúde vinculados ao estabelecimento deverão preencher e assinar o formulário FCES08. Os dados deverão ser atualizados mensalmente.

Todos os cadastros de profissionais de saúde e de estabelecimentos de saúde devem estar em consonância com as regulamentações da SAS/MS ou qualquer outra legislação ou orientação vigente, em âmbito do Ministério da Saúde ou Municipal, sendo a mais atual vigente a Portaria SAS/MS nº 134 de 04 de abril de 2011, que constitui responsabilidades dos gestores quanto a correta atualização do SCNES.

O hospital deve estar devidamente cadastrado e com o seu cadastro atualizado mensalmente no SCNES com a lista de serviços ofertados, capacidade instalada e profissionais de saúde.

Constitui responsabilidade da CONTRATADA o acompanhamento das atualizações das fichas cadastrais dos profissionais de saúde bem como dos dados de atualização dos estabelecimentos de saúde sob sua gestão. Caberá a AMS-IS, determinar as demais atribuições em relação a este sistema de informação, podendo ficar sob responsabilidade da CONTRATADA a inclusão, bem como a atualização de todos os profissionais no SCNES.

### **SIA – Sistema de Informação Ambulatorial**

O SIA oferece aos gestores estaduais e municipais de saúde, em conformidade com as normas do Ministério da Saúde, instrumentos para operacionalização das funções de cadastramento, controle orçamentário, controle e cálculo da produção e para a geração de informações necessárias ao Repasse do Custeio Ambulatorial (RCA) (DATASUS).

Este sistema possui três componentes:

- Cadastro - desde julho/03 é atualizado a partir da Ficha de Cadastro de Estabelecimento de saúde – FCES, através do aplicativo De Para executado no nível central pela AMS-IS;
- Programação - Ficha de programação físico-orçamentária – FPO. Praticamente toda alteração cadastral implica em uma alteração na FPO, que deverá ser encaminhada à SURCA/SUBGER/AMS-IS, através de formulário próprio, que posteriormente enviará à Gerência de Processamento de Dados SUS, até o 15º dia do mês competência, para alteração correspondente no SIA;
- Registro da produção - Boletim de produção ambulatorial – BPA e/ou APAC (subsistema específico para procedimentos de alta complexidade, que exigem identificação do usuário).

O Prontuário Eletrônico (PEP) deve gerar informações através de arquivo com estrutura de dados (layout) compatível com o Sistema oficial do DATASUS, permitindo a importação e consolidação dos dados no Município. Devem permitir ainda que o hospital possa gerar relatórios gerenciais de acompanhamento dos indicadores desse sistema e demais indicadores definidos pela AMS-IS.

### **SIH – Sistema de Informação Hospitalar**

O SIH oferece aos gestores estaduais e municipais de saúde, em conformidade com as normas do Ministério da Saúde, instrumentos para operacionalização das funções de cadastramento, controle orçamentário, controle e cálculo da produção e para a geração de informações necessárias ao Repasse do Custeio das AIHs (DATASUS).

O Prontuário Eletrônico (PEP) deve gerar informações através de arquivo com estrutura de dados (layout) compatível com o Sistema oficial do DATASUS, permitindo a importação e consolidação dos dados no Município. Devem permitir ainda que o hospital possa gerar relatórios gerenciais de acompanhamento dos indicadores desse sistema e demais indicadores definidos pela AMS-IS.

### **SISPRENATAL – Sistema de Informação do Pré-natal**

O SISPRENATAL é o aplicativo que foi desenvolvido pelo DATASUS, com a finalidade de permitir o acompanhamento adequado das gestantes inseridas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

No SISPRENATAL está definido o elenco mínimo de procedimentos para uma assistência pré-natal adequada. Permite o acompanhamento das gestantes, desde o início da gravidez até a consulta de puerpério (DATASUS). O SISPRENATAL é obrigatório apenas para os municípios que aderiram ao Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento e produz informações que comprovam as condições necessárias ao repasse dos estímulos financeiros provenientes do MS:

- Ficha cadastramento da gestante e de registro diário dos atendimentos das gestantes no SISPRENATAL. Toda gestante que inicie o pré-natal na unidade, mesmo aquelas que estejam com mais de 120 dias de gestação deve ser cadastrada pelo profissional médico e/ou enfermeiro, através do preenchimento da ficha de cadastramento.

Estas fichas preenchidas deverão ser digitadas no aplicativo SISPRENATAL e arquivadas no prontuário da gestante. Os atendimentos de pré-natal das gestantes cadastradas deverão ser registrados, nos campos de registro diário dos atendimentos das gestantes no SISPRENATAL. Após a digitação das informações relativas ao acompanhamento, a ficha deverá ser rearquivada no prontuário da gestante de modo a estar acessível para a próxima consulta.

O Prontuário Eletrônico (PEP) deve gerar informações através de arquivo com estrutura de dados (layout) compatível com o Sistema oficial do DATASUS, permitindo a importação e consolidação dos dados no Município. Devem permitir ainda que a equipe da Maternidade e na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA possa gerar relatórios gerenciais de acompanhamento dos indicadores desse sistema e demais indicadores definidos pela AMS-IS.

A numeração do SISPRENATAL deverá ser única para cada gestação de cada mulher e a série numérica deverá ser distribuída através da S/SUBPAV/SAP/GPM. Fica vedada a geração de numeração que não a autorizada pela S/SUBPAV/SAP/CLCPE/GPM para evitar duplicidade de numeração.

Todo profissional de saúde deve poder gerar uma lista nominal de todas as gestantes em acompanhamento pela sua equipe de saúde da família a qualquer momento.

### **SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação**

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN é um sistema de informação, que conta com um recurso informatizado para coletar e disseminar dados gerados rotineiramente pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde. Possibilita uma análise global integrada de todas as doenças e agravos que constituem objeto de notificação compulsória, interesse nacional, estadual e/ou municipal, sendo o principal instrumento de coleta.

Através do registro e processamento dos dados sobre agravos de notificação em todo território nacional, fornece informações para análise do perfil da morbidade e contribui desta forma para a tomada de decisões em nível Municipal, Estadual e Federal.

Instrumentos de coleta de dados do SINAN:

- Ficha de notificação do SINAN. Deve ser preenchida pelo profissional que atendeu o paciente e fez a suspeita da doença ou agravo objeto de notificação;
- Ficha de investigação do SINAN. Esta ficha é específica para cada doença ou agravo. Deve ser preenchida pelo profissional designado para esta atividade após a realização da investigação epidemiológica, algumas vezes com o apoio de técnicos da SVS / SUBPAV.

O Prontuário Eletrônico (PEP) deve gerar informações através de arquivo com estrutura de dados (layout) compatível com o Sistema oficial do DATASUS, permitindo a importação e consolidação dos dados no Município. Devem permitir ainda que cada equipe de saúde da família possa gerar relatórios gerenciais de acompanhamento dos indicadores desse sistema e demais indicadores definidos pela AMS-IS.

### **SISREG – Sistema de Nacional de Regulação**

O Prontuário Eletrônico (PEP) deve gerar informações através de arquivo com estrutura de dados (layout) compatível com o Sistema oficial do DATASUS, permitindo a importação e consolidação dos dados no Município.

Sistema on-line, ou seja, funciona com navegadores instalados em computadores conectados à internet. Esse sistema é oficial do Ministério da Saúde para o gerenciamento de todo Complexo Regulatório, indo da rede de atenção primária à internação hospitalar, visando à humanização dos serviços, maior controle do fluxo e a otimização na utilização dos recursos, além de integrar a regulação com as áreas de avaliação, controle e auditoria.

Todo encaminhamento do Centro Municipal de Saúde ou Clínica da Família hoje já é deve ser feito no formulário de "Encaminhamento (Referência e Contra Referência)", exclusivamente via prontuário eletrônico. O profissional solicitante sempre carimba e assina a solicitação, informando ao usuário o agendamento da consulta com, no mínimo, um dia de antecedência.

O Hospital como unidade EXECUTANTE no SISREG para o grupo de exames e procedimentos ambulatoriais definidos no contrato de gestão deve inserir as agendas dos profissionais (escalas) periodicamente e em caso de dúvida deve procurar ajuda junto a Central de Regulação do Município do ITAPECERICA DA SERRA. Os profissionais devem orientar os usuários quanto ao preparo para os procedimentos.

### Outros Sistemas de Informação em Saúde

Outros Sistemas de Informação em Saúde que venham a ser criados pelo Ministério da Saúde ou Sistemas já existentes que venham a ser solicitados pela AMS-IS deverão ser preenchidos pela OSS que fará apoio à gestão na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA.

#### 10.21.1.2. CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO

ATIVIDADE	CRONOGRAMA ANUAL											
	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	12º
Mapeamento das necessidades de Infraestrutura de rede e Hardware	■	■										
Aquisição de Licenças de uso sem limitação de usuários	■	■										
Implantação do Sistema		■	■	■	■	■	■	■				
Treinamento e Capacitação das equipes		■	■	■	■	■	■	■	■			
Customização						■	■	■	■	■	■	■
Suporte Técnico Permanente	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■



## **10.22. COMPRAS E SUPRIMENTOS**

### **10.22.1. REGULAMENTO E COMPRAS E BENS E SERVIÇOS E CONTRATAÇÕES DE SERVIÇOS E OBRAS**

#### **CAPÍTULO I- DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES**

##### **SEÇÃO I. DOS OBJETIVOS**

**Art. 1** - Este regulamento aplica-se especialmente para aquisição de materiais diversos, medicamentos e para contratação de obras e serviços efetuados pela **AMG** realizados com recursos públicos repassados a esta entidade através de Contratos de Gestão firmados junto a Órgãos Municipais, Estaduais e Federais.

**Art. 2** - O regulamento estabelece regras e procedimentos para a seleção da proposta mais vantajosa, mediante julgamento objetivo, que será realizada em conformidade com os princípios de:

- **Impessoalidade**
- **Moralidade**
- **Probidade**
- **Economicidade**
- **Qualidade**
- **Eficiência**

**Art. 3** - As compras e contratações serão centralizadas no Departamento de Suprimentos, com responsabilidade direta do Diretor Técnico/Operacional e subordinado à Diretoria Executiva.

##### **SEÇÃO II. DAS DEFINIÇÕES**

**Art. 4** - Para fins deste Regulamento, entende-se por:

- 1- Compras:** Toda aquisição remunerada de bens de consumo, materiais, serviços ou obras para fornecimento de uma só vez ou parceladamente, com finalidade de suprir a entidade com os materiais e serviços necessários ao desenvolvimento de suas atividades, programas ou eventos;

- 2- **Coleta de Preços:** Modalidade de seleção na qual será admitida a participação de qualquer interessado que cumpra as exigências estabelecidas na Solicitação de Compra;
- 3- **Proposta de Solicitação de Compra:** Instrução emitida pelo setor competente dirigida para o Departamento Técnico/Operacional, contendo:
  - I. Identificação do Programa; Projeto, Evento para qual se destinará o material ou serviço;
  - II. Descrição detalhada do bem ou serviço a ser adquirido;
  - III. Especificação Técnicas (Memorial Descritivo) do bem ou serviço com as quantidades a serem adquiridas;
  - IV. Especificação do Regime de Compra: normal ou urgente.
- 4- **Solicitação de Compra:** Estabelece as especificações da aquisição e as regras necessárias, incluindo as condições, como prazo limite para recebimento das propostas e as condições de pagamento.
- 5- **Dispensa de Seleção:** É a forma de aquisição que dispensa a coleta de preços e da apresentação da proposta, inclusive dentro de limite de valores pré-estabelecidos.
- 6- **Convite:** É a forma de aquisição que é enviado solicitação de proposta, no mínimo de 3 (três) fornecedores na modalidade pertinente, cadastros ou não.
- 7- **Cadastro/Pedido de Compras:** Instrumento particular firmado entre a entidade e o fornecedor, estabelecendo as condições de materiais, obras e serviços, emitindo por meio eletrônico ou formulário.
- 8- **Fornecedores:** Empresas ou Pessoas Físicas fornecedores de materiais, obras e serviços.
- 9- **Material:** Designação genérica de equipamentos, acessórios, bens móveis, mercadorias e outros itens que não se enquadram como serviços e obras.
- 10- **Obra:** Trabalho necessário, segundo determinações de projetos com as normas adequadas destinadas à construção, reforma, recuperação, ampliação, direta e indiretamente, necessários à execução dos projetos.
- 11- **Serviços:** Designação genérica das atividades destinadas à obtenção de utilidade, classificada em técnica, profissional ou auxiliar, com alocação de mão de obra ou não, seja da atividade meio ou fim.

## CAPÍTULO II – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS.

### SEÇÃO I. DAS COMPRAS E SUAS MODALIDADES

**Art. 5** - A seleção de fornecedores será realizada nas seguintes modalidades:

- 1- Dispensa de processo de seleção
- 2- Pedido de Cotação (Carta Convite);
- 3- Coleta de Preços.

**Art. 6** - As modalidades referidas nos itens 1,2 e 3 do Art. 5º, serão determinadas em função do valor estimado de cada compra, a saber:

- 1- **Pedido de Cotação:** Quando o valor inferir a R\$ 70.000,00 (setenta mil reais) para bens e materiais e R\$ 120.000,00 (cento e vinte mil) para contratação de serviços e obras;
- 2- **Coleta de Preços:** Quando o valor for superior a R\$ 70.000,01 (setenta mil e um centavo) para bens e matérias e R\$ 120.000,01 (cento e vinte mil e um centavo).

**Parágrafo Primeiro** - Para qualquer das modalidades aqui previstas neste regulamento somente poderão participar da Seleção de Fornecedores as empresas legalmente constituídas.

**Parágrafo Segundo** – Para qualquer das modalidades aqui previstas é obrigatório a realização de cotação entre, pelo menos 03 (três) fornecedores, a fim de assegurar que os valores estejam de acordo com o preço de mercado, cujas cotações poderão ser através de telefone, fax, ou qualquer outro meio escrito ou eletrônico.

### SUBSEÇÃO i.i DAS COMPRAS DE PEQUENO VALOR

**Art. 7** Para fins do presente regulamento considera-se compra de pequeno valor a aquisição de bens, materiais ou serviços de valor até R\$ 100,00 (cem reais), que deverá estar comprovado através de Nota Fiscal, Nota Fiscal Fatura. Nota Fiscal ao consumidor ou comprovante hábil nominal a Entidade e identificado o Centro de Custo (Projeto), juntamente com a Autorização de Pagamento expedida pelo Diretor Técnico/Operacional da unidade.

**Parágrafo 1º** - As despesas ordinárias com serviços gerais, tais como cópias reprográficas, motoboy, fornecedores de galões de água, dentre outras, serão cotadas periodicamente para certificação de que os valores pagos estão de acordo com o preço de mercado.

**Parágrafo 2º** - Competirá ao Diretor Técnico/Operacional subordinado a Diretoria Executiva a comprovação dos procedimentos e autorização para pagamento das compras de pequeno valor.

### SUBSEÇÃO i.ii – DO FORNECEDOR EXCLUSIVO

**Art. 8** - Os bens e materiais quando adquiridos junto a fornecedor exclusivo, cuja condição deverá estar comprovada por declaração de fornecedor, renovada a cada 06 (seis) meses, está dispensada do processo de seleção e cotação de que se trata o presente Regulamento.

**Parágrafo 1º** - Competirá ao Diretor Técnico/Operacional avaliar e comprovar a carta de exclusividade apresentada pelo fornecedor.

## **SEÇÃO II. DOS PROCEDIMENTOS DE COMPRAS**

**Art. 9** - Compreende as seguintes etapas:

- Proposta de Seleção de Compra;
- Solicitação de Compra;
- Seleção de Fornecedores.
- Solicitação de Proposta Comercial (Carta Convite, Memorial Descritivo)
- Apuração da melhor proposta;
- Emissão de Pedido de Compra.

**Art. 10** - O procedimento de compra terá início com o Recebimento pelo Departamento Técnico/Operacional da Proposta da Solicitação de Compra emitida pelo Setor Requisitante e constatando, dentre outras, as seguintes informações:

- Identificação do Projeto/Programa/Evento para qual se destina o material ou serviço;
- Descrição detalhada do bem ou serviço a ser adquirido;
- Especificações técnicas, quando aplicável, do bem ou serviço a ser adquirido;
- Quantidade por unidade e valor;
- Regime de compra: normal ou urgente.

**Parágrafo Único:** O Setor Requisitante deverá apresentar a justificativa de forma resumida, para a compra em regime de urgência. Caso não o faça ou não se caracteriza como urgência o Departamento Técnico/Operacional poderá dar o procedimento normal.

**Art. 11** - O processo de compra deverá ser feito através de edital, mural ou por meio eletrônico, contendo o objeto da aquisição, número do processo de compras, modalidade, período para a retirada do edital/memorial descritivo a data final da entrega da proposta comercial.

**Parágrafo 1º** - Por motivo de força maior, havendo prorrogação no prazo de entrega da proposta comercial, deverá haver nova emissão do edital.

**Parágrafo 2º** - O prazo para a apresentação da proposta pelo fornecedor deverá ser sempre a partir da data do certame, fixando um prazo mínimo de 05 (cinco) dias úteis quando através da carta convite e de 10 (dez) dias úteis quando for coleta de preço.

**Art. 12** - O Departamento de Suprimentos deverá escolher o fornecedor entre os que participaram da Seleção e atenderam a todas as condições estabelecidas na Solicitação de Compra, considerando prioritariamente critério de menor preço, mas também levando em conta a idoneidade, qualidade e capacidade do fornecedor em atender as especificações da aquisição, que resulta da avaliação objetiva de outros fatores.

**Parágrafo Primeiro** - Caso a escolha não recaia da Proposta de menor preço, a mesma deverá ser justificada inclusive quanto à relação custo benefício, cabendo a sua aprovação final pela Diretoria Executiva.

**Art. 13** - Após a aprovação de compra, o Departamento de Suprimentos emitirá o Pedido de Compra, encaminhando aos destinatários as respectivas vias.

**Art. 14** - A Ordem de Compra corresponde ao contrato formal efetuado com o fornecedor e encerra o procedimento de compra, neste sentido fielmente todos os dados e condições da operação negociada.

### **SEÇÃO III. DISPENSA DE SELEÇÃO DE FORNECEDORES**

**Art. 15** - A dispensa da cotação na Seleção de Fornecedores poderá ocorrer quando houver inviabilidade de competição, justificada a razão da escolha do fornecedor, como nos seguintes casos:

1. Operação envolvendo concessionária de serviços públicos e o objeto do contrato for pertinente ao da concessão;
2. Operação envolvendo empresas públicas, entidades estatais, entidades sem fins lucrativos na área da gestão de recursos humanos, organizações sociais ou universidades;
3. Locação de bens imóveis destinados ao atendimento dos fins da entidade e/ ou do Contrato de Gestão;
4. Aquisição de materiais, equipamentos ou serviços diretamente do fornecedor, empresa ou representante comercial exclusivo;
5. Contratação de serviços técnicos, com profissional ou empresa, cujo conceito no campo de sua especialidade, decorre de desempenho anterior, estudos, experiências, aparelhamento, equipe técnica, ou de outros requisitos relacionados com as suas atividades, a recomendação que o seu trabalho indiscutivelmente é o mais adequado à plena satisfação do objeto;
6. Caso de emergência, quando caracterizada a urgência de atendimento de situação que possa ocasionar prejuízos ou comprometer a execução e operacionalização de obras, serviços ou equipamentos;
7. Celebração e parcerias, convênios e/ou termos de cooperação, quando formalizados por escrito;
8. Não acudirem interessados à Seleção de Fornecedores.

**Parágrafo Primeiro** - A dispensa será autorizada pela Diretoria Executiva ou pelo Diretor que tiver recebido delegação para a prática deste ato.

**Parágrafo Segundo** - Na hipótese prevista no item 07 (sete) as cotações de preço serão feitas através de telefone, fax ou e-mail com no mínimo 03 (três) fornecedores, documentadas em relatório interno, com aprovação da Diretoria Executivo.

## **CAPÍTULO III – DOS CONTRATOS**

### **SEÇÃO i. DA FORMALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DOS CONTRATOS**

**Art. 16** - Os contratos firmados com base neste Regulamento estabelecerão com clareza de detalhes as condições para execução, formalizadas nas cláusulas que estabeleçam os direitos e obrigações das partes, em conformidade com os termos do Pedido e da Proposta a que se vinculam.

**Parágrafo Único** – Os contratos deverão ser firmados por tempo determinado.

**Art. 17** - A formalização do contrato deverá ter acompanhamento de assessoria jurídica sendo obrigatório nos casos e:

- Contratação de serviços contínuos;
- Execução de obras, exceto reformas;
- Fornecimento continuados e essenciais;
- Contratação de materiais e serviços, quando envolve responsabilidade do fornecedor;
- Contratação de serviços que envolvem sigilo, direitos futuros, so-responsabilidade de obrigações e preservação de propriedade.

**Art. 18** - As modificações das cláusulas contratuais, mediante prévio acordo entre as partes, poderão ocorrer, sendo que as bases firmadas para serem alteradas se limitam a 20% (vinte por cento) de acréscimos ou supressões do valor contratual atualizado, efetivada por meio de Aditamento devido aprovado.

**Art. 19** - Para fins deste Regulamento, considera-se como adimplemento da obrigação contratual a entrega do bem, a prestação do serviço, a realização da obra, assim como qualquer outro evento contratual cuja validade seja confirmada pela entidade.

**Art. 20** - Caberá ao responsável do Setor ou Atividade onde o serviços está sendo executado o acompanhamento e cumprimento de todas as cláusulas, resultando num registro de avaliação do fornecedor e outras informações a serem passadas a Diretoria Executiva.

### **SEÇÃO ii. DA CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS E OBRAS**

**Art. 21** - Para fins do presente Regulamento considera-se obra toda construção, reforma, recuperação ou ampliação realizada por terceiros.

**Art. 22** - Para a realização de obras deverão ser elaboradas previamente os projetos bem como o cronograma físico financeiro.

**Art. 23** - As obras poderão ser executadas nos seguintes regimes:

- Empreitada Global: quando se contrata a execução da obra e fornecimento de materiais por preço certo e global;
- Empreitada Parcial: quando se contrata apenas a mão de obra por preço certo.

**Art. 24** - A empresa selecionada poderá apresentar proposta de execução da obra conforme seu projeto executivo, indicando o prazo de execução da obra e custo total, apresentado também os seguintes documentos:

- 1- Cópia do Contrato Social devidamente registrado no órgão competente;
- 2- Comprovante do Responsável Técnico no devido órgão de classe;
- 3- Certidões Públicas de inexistência de débito;
  - a. Municipais;
  - b. Estaduais;
  - c. Federais;
  - d. Regularidade do FGTS;
  - e. Certidão negativa de débito no INSS;
  - f. Certidão de Falência.

**Parágrafo Único:** Participará da seleção somente a empresa que atender a todos os requisitos do presente artigo.

**Art. 25** - Competirá, exclusivamente a Diretoria Executiva, aprovar a escolha da empresa e a realização da obra.

**Art. 26** - Considera-se serviço toda atividade destinada a obter determinada utilidade de interesse da instituição, através de processos de terceirização, incluindo sem esgotar?

- Concertos;
- Montagem;
- Instalações;
- Conservação;
- Manutenção;
- Transportes;
- Publicidade;
- Seguros;
- Assessoria;
- Hospedagem;

- Serviços Gráficos;
- Assessoria de Imprensa;
- Serviços Técnicos Profissionais;
- Obras Civis.

**Art. 27** - Com exceção dos serviços técnicos profissionais especializados que possuem previsão própria neste regulamento, à contratação de serviços aplica-se, no que couberem, as determinações estabelecidas na seção 01 e 02 deste regulamento.

**Parágrafo Primeiro** - Nas contratações de serviços em que se caracterize o fornecimento de mão de obra, como de limpeza, manutenção e vigilância e segurança, a Diretoria Financeira deverá exigir para efeito do pagamento das faturas a seguinte documentação:

- Relação dos empregados que atuarem na prestação desses serviços;
- Comprovação dos recolhimentos sociais e trabalhistas da empresa.

**Art. 28** - Para os fins do presente Regulamento, consideram-se Serviços Profissionais Especializados os trabalhos relativos a:

- Estudos técnicos, planejamento projetos básicos ou executivos;
- Pareceres, perícias e avaliações em geral;
- Assessorias ou consultorias técnicas, contábil, jurídicas, auditorias financeiras;
- Treinamento e aperfeiçoamento de pessoal;
- Patrocínio de defesa de causas judiciais ou administrativas;
- Prestação de serviços de assistência à saúde em áreas específicas;
- Informática, inclusive quando envolver aquisição de programa;
- Prestação de serviços de profissionais na área médica a afins.

**Art. 29** - Compete a Diretoria Executiva proceder à seleção criteriosa do prestador de serviços técnicos profissionais especializados, que poderá ser pessoa física ou jurídica considerando a idoneidade, a experiência e a especialização do contrato, em função da respectiva área.

**Art. 30** - Competirá ao Departamento Técnico/Operacional prover todos os componentes do prontuário do processo de compra por contratação, desde a proposta de Solicitação de Compras até a sua autorização para pagamento.

**Parágrafo Primeiro** - O Departamento financeiro somente fará o pagamento com o recebimento de Autorização de Pagamento devidamente preenchida, com indicação do Projeto/Programa/Evento conforme aprovação da Diretoria Executiva, anexada toda a comprovação hábil, representada pela Nota Fiscal, Nota Fiscal Fatura, Recibo, Boleto Bancário, etc., para efeito de pagamento.

## CAPÍTULO IV- DAS DISPOSIÇÕES FINAIS



**Art. 31** Os casos omissos, duvidosos ou de interpretação deste regulamento, bem como a revisão dos valores nele estabelecidos, serão decididos pela Diretoria Executiva submetendo-se suas decisões, no que for necessária, a posterior apreciação do Conselho Administrativo.

**Art. 32** - Para fins do presente regulamento considera Diretoria Executiva os diretores estatutários da **AMG**, representado por profissionais contratados nas correspondentes funções.

**Art. 33** - O presente Regulamento foi aprovado pelo Conselho de Administração, e entrará em vigor a partir da sua publicação, conforme deliberado em Assembleia.

#### **10.22.2. GESTÃO DE COMPRAS E CONTRATAÇÕES**

A Gestão da ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO irá manter estoque em quantidades suficientes de medicamentos, artigos médico-hospitalares e insumos necessários à consecução, de maneira continuada e ininterrupta dos serviços da MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA , bem como implementar os fluxos relacionados a operacionalização da logística de suprimentos.

O modelo de gestão da ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO, irá contribuir para a autonomia dos diferentes processos de trabalho dos setores da unidade e garantir a democracia interna de seu próprio processo de gestão institucional.

Para tanto irá oferecer uma estrutura claramente estabelecida junto ao Conselho Executivo da ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO, propondo uma rede organizacional com base na horizontalidade e democracia em oposição a um modelo convencional verticalizado e concentrador de poder, uma organização voltada para o incentivo dos seus processos decisórios coletivos, a partir de colegiados democraticamente constituídos por estas unidades de trabalho.

### **10.22.3. PROCESSO DE COMPRAS**

O processo de compras inclui as atividades relacionadas com a obtenção de produtos de fornecedores externos com a finalidade suprir as necessidades de materiais ou serviços, assegurando que os materiais exigidos estejam à disposição nas quantidades certas, nos períodos desejados e pelo preço mais favorável.

Na gestão das compras além do aspecto financeiro, a preocupação com a qualidade deve estar sempre presente, visto que os serviços da saúde têm a responsabilidade de ofertar uma assistência adequada as necessidades dos pacientes.

Para realizar esta atividade, é necessário estabelecer quatro objetivos principais:

- I. Obter produtos e serviços na quantidade certa;
- II. Com qualidade e a um menor custo;
- III. Garantir que a entrega seja feita de maneira correta;
- IV. Desenvolver e manter boas relações com os fornecedores.

Para alcançar tais objetivos é fundamental o inter-relacionamento da equipe farmacêutica com a área administrativa da MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA, onde será estabelecido um fluxo dinâmico de troca de informações com os setores de suprimentos e financeiro, onde destacamos algumas atividades que são favorecidas se desempenhadas em consenso por estas áreas:

- I. Negociação das melhores condições de compra;
- II. Administração do pedido de compra (como estoque máximo, ponto de ressuprimento).

Comprar e prover medicamentos são fatores primordiais na atividade hospitalar, as pessoas envolvidas neste processo desempenham, direta ou indiretamente, papel

fundamental na prestação da assistência ao paciente e devem realiza-lo de maneira à melhor atender os interesses tanto dos pacientes quanto da instituição. Para isso elas precisam conhecer profundamente os mecanismos do processo, sendo treinadas e capacitadas para tanto. Verificamos que a gestão de compras é uma atividade que deve ser realizada de forma profissional, pautada no conhecimento técnico, desta forma este encarte espera contribuir na capacitação da equipe farmacêutica, abordando os principais conceitos e processos envolvidos na execução desta atividade.

A programação de compras poderá ser mensal, bimestral, trimestral, quadrimestral ou anual, conforme diretrizes administrativas e necessidades de cada Serviço de Saúde.

Será necessário conhecer o processo administrativo da instituição para decidir qual será o momento da compra. Dependendo da complexidade do Serviço existem diferentes graus de controle do processo de compra, geralmente para os itens de curva A têm se estoques mínimos em 7 (sete) à 15 (quinze) dias, para os itens B, estoques de no máximo 1 (um) mês, e para os itens C aceitam se estoques de até 60 (sessenta) dias.

A análise dos estoques se deve a uma observação ininterrupta das variações sofridas pelos mesmos num período de tempo, bem como das suas causas e efeitos.

A partir do estudo da demanda será possível, com certo grau de confiabilidade, detectar a tendência futura e prever o seu desempenho provável.

Um sistema eficiente de gestão de estoque permitirá minimamente:

- I. Identificar em tempo oportuno: histórico da movimentação dos estoques (entradas e saídas);
- II. Níveis de estoque (mínimo, máximo, ponto de ressuprimento);
- III. Dados do consumo;
- IV. Demanda atendida e não atendida de cada produto utilizado.

Para tal serão seguidos alguns requisitos imprescindíveis para esta atividade:

- I. Manter constantemente atualizado o custo de cada produto;
- II. Estabelecer políticas de cobertura (estoque de segurança, mínimo e máximo) para cada produto, dependendo do fator mais crítico para cada item;
- III. Manter o controle para reduzir ou evitar estoques de medicamentos em desuso;
- IV. Manter controle permanente sobre a disponibilidade do estoque para suprir as faltas rapidamente;
- V. Determinar o custo de falta de cada produto;
- VI. Realizar inventários físicos periódicos para conferi-lo com os dados do controle de estoques;
- VII. Manter sistemas de informações integrados para acesso e consulta imediata da quantidade disponível de cada material em estoque.

O desafio do gestor de estoque é saber quando e quanto ressuprir de cada material e quanto devem manter em estoque de segurança. Com o crescente número de itens com diferentes padrões de demanda e características específicas, a complexidade na administração de materiais aumenta devido à necessidade de um controle diferenciado.

Para uma boa gerência de estoque será necessário definir o Ponto de Ressuprimento e o Estoque de Segurança:

- I. Ponto de Ressuprimento: é um parâmetro de alerta no dimensionamento de estoques. É um nível de estoque que ao ser atingido sinaliza o momento de se fazer uma nova compra, evitando posterior ruptura do estoque.
- II. Estoque de Segurança: evita ruptura do atendimento. Assim ao se planejar, deve se considerar o ponto de ressuprimento como dado

auxiliar, visto que caracteriza o ponto de partida da compra e que tem sob seu cálculo também, o estoque de segurança que deve ser mantido.

A demanda de um medicamento poderá ser calculada por meio dos métodos descritos a seguir:

- I. Previsões Baseadas em Médias Móveis:
- II.  $CM = \text{Consumo médio};$
- III.  $CM = C1+C2+C3+\dots+Cn / n.$

Método fácil de ser implementado, mas possui limitações na prática pois exige grande quantidade de dados históricos. Picos em períodos anteriores, causados por comportamento atípico do mercado influenciam muito nos cálculos, distorcendo as médias calculadas.

- I. Previsões Baseadas nas Médias Móveis Ponderadas:
- II.  $CM = (C1 \times 0,2) + (C2 \times 0,3) + (C3 \times 0,5) 1,0.$

Neste método atribuem-se PESOS (ou fatores de importância) diferentes em cada período.

A somatória dos pesos no período definido (semanal, mensal, trimestral, semestral, anual, etc.) deve ser igual a 100%.

A somatória poderá ser diferente de 100% quando se altera o período.

Para auxílio na tomada de decisão e alocação de recursos os profissionais que gerenciam unidades hospitalares devem implementar sistemas de gerenciamento de custos, este

fato é importante para a área da saúde, quando se visa à contenção de gastos sem a perda da qualidade do serviço prestado.

A presença de grandes estoques de alguns materiais e a escassez de outros, dentro dos Serviços de Saúde, é talvez um dos pontos que mais afligem os profissionais envolvidos com o processo gerencial.

O método de classificação de materiais segundo a curva ABC é uma das estratégias aplicadas para o controle de gastos com estoque.

A curva ABC é um método de classificação de informações, para que se separem os itens de maior importância ou impacto, os quais são normalmente em menor número, para se estabelecer formas de gestão apropriada à importância de cada medicamento em relação ao valor total dos estoques.

Trata-se de classificação estatística de materiais, baseada no princípio de Pareto, em que se considera a importância dos materiais, baseada nas quantidades utilizadas e no seu valor.

Na avaliação dos resultados da Curva ABC, percebe-se o giro dos itens no estoque, o nível da lucratividade e o grau de representação no faturamento da organização.

A análise dos recursos financeiros alocados em cada produto vai demonstrar que um pequeno número de itens é responsável pelo comprometimento de um grande volume de recursos despendidos com materiais.

Segundo este procedimento, os materiais de consumo podem ser divididos em três classes, considerando as variações devido à complexidade dos serviços oferecidos:

- I. Classe A: Abriga o grupo de itens mais importantes que correspondem a um pequeno número de medicamentos, cerca de 20% dos itens, que representa cerca de 80% do valor total do estoque;
- II. Classe B: Representa um grupo de itens em situação e valores intermediários entre a classe A e C, sendo 15% do total de itens em estoque e consomem 15% dos recursos;
- III. Classe C: Agrupa cerca de 70% dos itens, cuja importância em valor é pequena, representando cerca de 20% do valor do estoque;
- IV. Naturalmente os critérios de gerenciamento aplicados para os itens A são diferentes dos demais.

Para esses itens o gestor estabelecerá como meta:

- I. Redução dos prazos de abastecimento;
- II. Redução dos estoques;
- III. Redução dos estoques de reserva;
- IV. Pedidos de compra;
- V. Estabelecimento de protocolos de utilização;
- VI. Busca por melhores fornecedores;
- VII. Obtenção dos melhores preços.

Os itens alocados na Classe C podem se trabalhar com maiores prazos de abastecimentos, aumentar os estoques de reserva e o controle pode ser mais flexível.

Para a construção da Curva ABC de consumo podemos seguir as etapas descritas abaixo:

- I. Relacionar os itens (a), quantidade consumida no período (b) e o valor unitário (c);

- II. Para a definição do custo total (d), multiplicar a quantidade consumida pelo valor unitário ( $b * c = d$ );
- III. Ordenar os itens com os valores superiores na parte superior da coluna (e);
- IV. Determinar o percentual gasto com cada item (f);
- V. Calcular o percentual acumulado(g);
- VI. Definem se os itens ABC (h); A seguir exemplificamos as etapas para construção da curva ABC e o aspecto da curva para os itens.

Pode se segmentar os itens em estoque baseado no critério do impacto resultante da falta, agregando mais informações para as rotinas de planejamento, reposição e gerenciamento.

- I. CLASSE X Baixa Criticidade: Faltas não acarretam paralisações, nem riscos à segurança do paciente; elevada possibilidade de usar materiais equivalentes. Grande facilidade de obtenção.
- II. CLASSE Y Criticidade Média: Faltas podem provocar paradas e colocar em risco as pessoas, o ambiente e o patrimônio da organização. Podem ser substituídos por outros com relativa facilidade.
- III. CLASSE Z Máxima Criticidade: Imprescindíveis. Faltas podem provocar paradas e colocar em risco a segurança do paciente e a organização. Não podem ser substituídos por outros equivalentes ou seus equivalentes são difíceis de obter.

Para elaboração da programação podemos seguir as etapas descritas abaixo:

- I. Relacionar os itens (b) com a devida codificação (a), valor unitário (c) e o consumo médio mensal (d);
- II. Para a definição do consumo real (e), considerar a demanda reprimida (não atendida).



Para calcular a necessidade real (f) deve se multiplicar a coluna (e) pela quantidade de meses do período de aquisição (neste exemplo 5 meses) e subtrair a quantidade existente em estoque (g), mais a quantidade em compras (h) =  $[(e*5) (g+h)]$ .

Calcular o custo estimado (total) de cada item (i) =  $(h*c)$ .

#### **10.22.4. 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:

- I. Itens em desuso, que devem ser excluídos ou substituídos;

- II. 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;
- III. 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:

- I. Dosagem, forma farmacêutica;
- II. 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.

Todas as características que definem o produto a ser adquirido devem ser descritas de forma explícita. Segue abaixo um exemplo de descritivo para aquisição de solução fisiológica em sistema fechado:

- **EXEMPLO:**

“Solução fisiológica a 0,9%, 500 ml, estéril, atóxica e apirogênica, acondicionada em recipiente de material maleável (bolsa ou frasco plástico), transparente e atóxico.

O volume total da solução deve escoar sem necessidade de entrada de ar, sem utilização de respiro e com gotejamento constante para garantir o sistema fechado em qualquer condição.

A escala de graduação deve ser no recipiente, por processo de moldagem ou impressão.

O recipiente deve possuir sítio de adição de medicamentos com elastômero que garanta a estanqueidade (auto vendável), e via para conexão de equipo dotada de diafragma ou mecanismo similar. O produto deve ser identificado adequadamente, ostentando em seu rótulo a seguinte frase: “sistema fechado”.

O recipiente plástico cheio com solução parenteral pode se necessário, conservar se também dentro de uma embalagem protetora externa, hermeticamente fechada, e não deve perder mais de 2,5% da massa ao ano a 28° c e a 65% de umidade relativa.”

### **10.23. PORTARIA/CONTROLADOR DE ACESSO**

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.

A ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO irá promover o pleno funcionamento e realização das principais atividades do serviço, garantindo que:

- I. 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.
- II. Os profissionais orientem as pessoas que passam pelas portarias que se destinam aos serviços indicando o caminho aos serviços quando perguntado;

- III. Seja cumprida a proibição do ingresso de vendedores, ambulantes e comércio de produtos não autorizados nas instalações na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA;
- IV. Haja o adequado registro das entradas e saídas de ambulâncias e carros fúnebres em formulário específico;
- V. 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);
- VI. Ligue nos ramais específicos ou via rádio HT com o porteiro de dentro na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA;
- VII. Confirme junto à recepção sobre a chegada do carro fúnebre e a liberação do óbito;
- VIII. 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;

Serão disponibilizados postos de serviço de Vigilância Patrimonial Desarmada, por meio de empresa especializada e habilitada para atuar no Estado de São Paulo, de acordo com a regulamentação aplicável, utilizando-se de pessoal devidamente capacitado para a função de Vigilante.

Seu campo de atuação será restrito aos limites territoriais da MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA e terá como missão garantir a segurança física das pessoas e a integridade do patrimônio no local, ou nos eventos sociais.

Serão realizadas rondas ostensivas e preventivas fiscalizando todas as dependências de seu local de atuação, registrando quaisquer anormalidades, cujo controle será efetuado eletronicamente, mediante dispositivos apropriados, controlados a partir da Central de Monitoramento, com vistas à eliminação de papeis.

Também serão promovidos treinamentos constantes, realinhando as responsabilidades dos vigilantes conforme estabelecido nos Planos Operacionais.

São responsabilidades do serviço de segurança e vigilância:

- I. Diagnóstico de riscos e vulnerabilidades, apresentando condições da estrutura física do estabelecimento e fluxo de movimentação de pessoas e cargas;
- II. Definição do sistema de Controle de Acesso, Vigilância Eletrônica e Sistema de Alarme, compreendendo os recursos técnicos, materiais e humanos;
- III. Central de Segurança Local que concentra o controle dos sistemas de Monitoramento por CFTV, Alarme intrusão perimetral ou de áreas críticas, Alarme de incêndio e botão de pânico;
- IV. Definição de ações preventivas e metodologia para tratar cada um dos riscos identificados;
- V. Central de Monitoramento local, em conformidade com as especificações constantes neste documento;
- VI. Central de Monitoramento Remoto para assegurar redundância nos controles dos dispositivos e áreas críticas;
- VII. Adquirir e instalar as de câmeras de segurança para monitoramento externo e interno da Unidade;

VIII. Adquirir software e equipamentos de visualização e armazenagem de imagens por um período mínimo de 30 (trinta) dias;

IX. Efetuar o monitoramento efetivo, em tempo real, da movimentação de pacientes, acompanhantes, visitantes, funcionários, veículos e outros, sendo que a pessoa encarregada estará obrigatoriamente conectada via rádio com os Agentes de Segurança móveis, para orientação e direcionamento quando necessário.

### **10.23.1. NORMATIZAÇÃO DO SERVIÇO DE VIGILÂNCIA**

Esta etapa envolve a criação de procedimentos padrão e recomendados para a atuação dos vigias e vigilantes nos seguintes casos:

- I. vigilância através de rondas;
- II. operação de circuito fechado de captação de imagens;
- III. controle de claviculário;
- IV. controle de acesso de pessoas;
- V. casos de sinistros de furto, roubo e assemelhados;
- VI. casos de manifestações e tumultos;
- VII. casos de brigas ou rixas no interior da unidade;
- VIII. casos de vandalismo interno e externo na unidade;
- IX. casos de comunicação de artefatos da unidade;

X. casos de invasão ou tentativa de invasão.

#### **10.23.2. MONITORAMENTO POR CÂMERAS DE SEGURANÇA EM TODAS AS ENTRADAS DE ACESSO AO HOSPITAL**

Conforme especificações relatadas acima, referente ao serviço de vigilância, todas as entradas de acesso ao hospital serão monitoradas por câmeras de segurança.

#### **10.24. SERVIÇO DE LIMPEZA E HIGIENIZAÇÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE**

O fluxo de materiais contaminados e de resíduos sólidos corresponde ao deslocamento dos resíduos hospitalares que são todos os elementos utilizados, descartados ou resultantes das atividades realizadas nas unidades funcionais da Instituição de Saúde.

Os elementos contaminados podem ser acondicionados e transportados desde a sua fonte com a utilização de técnicas adequadas ao risco que apresentam, portanto, o deslocamento destes elementos até ao destino final não necessita de uma circulação exclusiva.

Mesmo assim, A ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO se preocupa e padroniza em sua gestão certas medidas e restrições, quando necessárias, como a instalação de lavatórios nos diversos compartimentos das unidades funcionais ou a correta localização dos apoios, dos vestiários barreira e das antecâmaras.

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 hospitalares 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 invasivos.

Esta definição não é suficiente na medida em que, para além dos resíduos resultantes da atividade médica, a Unidade Hospitalar 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 hospitalares em quatro grupo Resíduos equiparados a urbanos:

- I. Não perigosos e não sujeitos a tratamentos Específicos (Grupo I);
- II. Resíduos hospitalares não perigosos e não sujeitos a tratamentos específicos, possíveis de serem equiparados a urbanos (Grupo II);
- III. 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);
- IV. 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 I) 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:



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

Os resíduos hospitalares 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:

- I. Material ortopédico como talas, gessos, ligaduras gessadas, mas sem vestígios de sangue;
- II. Fraldas e resguardos descartáveis não contaminados e sem vestígios de sangue;
- III. 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;
- IV. Embalagens vazias de medicamentos ou de produtos de uso clínico ou comum, com exceção dos resíduos incluídos nos grupos III e grupo IV;
- V. Frascos de soros não contaminados, com exceção dos do grupo IV.

Os resíduos hospitalares 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:

- I. Quartos ou enfermarias de pacientes infecciosos ou suspeitos de infecção;

- II. Blocos operatórios;
- III. Salas de tratamento;
- IV. Salas de autópsia;
- V. Salas de anatomia patológica;
- VI. Laboratórios de investigação com exceção dos resíduos identificados no grupo IV;
- VII. São considerados resíduos hospitalares de risco biológico (Grupo III):
- VIII. Peças anatómicas não identificáveis;
- IX. Resíduos que resultam da administração de sangue e derivados;
- X. Sistemas utilizados na administração de soros e medicamentos, com exceção dos identificados no grupo IV;
- XI. Sacos coletores de fluidos orgânicos e respectivos sistemas;
- XII. Material ortopédico: talas, gessos e ligaduras gessadas contaminadas ou com vestígios de sangue;
- XIII. Material de prótese retirado a pacientes;
- XIV. Fraldas e resguardos descartáveis contaminados ou com vestígios de sangue;
- XV. 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:

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

#### **10.24.1. 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 lts. de resíduo, após ser lacrado com fecho lixo e desprezado na sala de resíduo infectante e no armazenamento temporário para o químico perigoso.

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

- a) Equipamento utilizado: carro funcional;
- b) E.P.I. - Uniforme, luva, bota.

#### **10.24.2. 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.

### **10.24.3. 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.

### **10.24.4. 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 II 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.

- a) Equipamento utilizado: Carro container com tampa;

- b) E.P.I. - Uniforme, avental PVC, luva, máscara, gorro, bota PVC e óculos.

#### **10.24.5. 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.

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

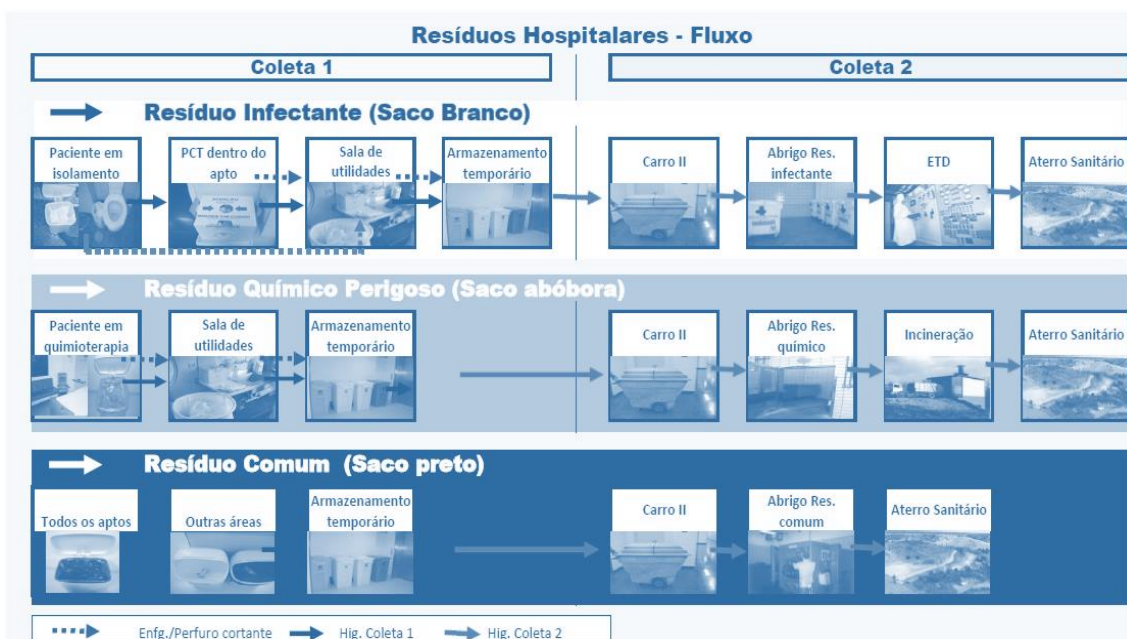
#### **10.24.6. COLETA INTERNA II – RECICLÁVEIS**

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.

## 10.24.7. FLUXO DE RESÍDUOS HOSPITALARES



## 10.24.8. ETAPAS PARA ELABORAÇÃO DO PGRSS

O passo a passo a ser seguido para a elaboração do PGRSS da MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA, contempla as seguintes etapas:

### 1ª ETAPA: 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 – RSS;
- Definição das estratégias de trabalho; e

- Envolvimento e comprometimento da Direção.

## **2ª ETAPA: DEFINIÇÃO DA EQUIPE DE TRABALHO**

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

## **3ª ETAPA: 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.

## **4ª ETAPA: 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 containers;
- 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.



## **5ª ETAPA: 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.

## **6ª ETAPA: 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;

## 7ª ETAPA: 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.

## 8ª ETAPA: 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.

#### **10.24.9. PROPOSTA DE PGRSS PARA A MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA**

Na proposta de PGRSS para a MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA estão demonstradas a metodologia utilizada para registro dos dados sobre o estabelecimento; a caracterização dos aspectos ambientais: Abastecimento de água, Efluentes Líquidos, Emissões gasosas e dos tipos e quantidades de resíduos gerados.

### **PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE – PGRSS**

#### **DADOS GERAIS DO ESTABELECIMENTO**

Razão social	
Nome fantasia	
Tipo de estabelecimento	
Propriedade	pública ( ) filantrópica ( ) privada ( ) outro ( ) _____
CNPJ	
Endereço	
Bairro	
Município	
Estado	
Fone(s)	
Fax	
Site	
E-mail	
Horários de funcionamento	24h ( ) diurno ( ) noturno ( ) emergência ( )
Responsável legal	
Data de fundação	

### COMPONENTES DA EQUIPE DE ELABORAÇÃO

Responsável pelo PGRSS	
Identificação ART do responsável	
Número do conselho de classe	
Nome dos técnicos/cargos	_____ _____ _____ _____
Nome da empresa contratada	
Identificação ART da empresa	
Número do conselho de classe	

### CARACTERIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

Número total de funcionários	existentes: _____ a serem contratados: _____ total: _____
Condição de funcionamento do estabelecimento	em atividade ( ) em implantação ( ) em expansão/modernização ( ) em realocização ( )
Tipo de serviços terceirizados	manutenção ( ) limpeza ( ) serviços clínicos ( ) outros ( ) _____
Número total de funcionários de empresas terceirizadas	
Área total construída	
Área total do terreno	
Alvará sanitário	nº. _____ Data de validade: _____
Licença ambiental (quando exigido)	nº. _____ Data de validade: _____
Horários de funcionamento	
Estrutura física	tipo de construção: _____ número de pavimentos: _____
Abastecimento de água	tipo: concessionária ( ) captação própria ( ) consumo interno (quantidade): _____ número de reservatórios: _____
Condições urbanas do entorno	condições de acesso: _____ risco de enchentes: _____ risco de deslizamento: _____
Coleta de esgoto sanitário	Coleta e tratamento público _____ Só coleta: _____ Sem coleta: _____ Tratamento próprio: _____

### CARACTERIZAÇÃO DAS ATIVIDADES E SERVIÇOS DO ESTABELECIMENTO

Tipos de Atividades médicas e/ou assistenciais	
Número de atendimentos/dia	
Número de leitos por especialidade	
Número de profissionais	
Tipos de contratos dos profissionais	Direto ( ) Terceirizado ( ) Misto ( )

### TIPOS DE RESÍDUOS GERADOS

#### Quantidade de Resíduos coletados por unidade

Unidades	Grupos de resíduos										Medido t/mês	Estimado l/mês	
	A1	A2	A3	A4	B	C	D	E	RE	ES			

A = resíduos do grupo A.

B = resíduos do grupo B.

C = rejeitos do grupo C.

D = resíduos do grupo D.

E = resíduos perfurocortantes.

RE = resíduos recicláveis (papelão, vidro, metais, outros).

ES = resíduos específicos (entulho, móveis, eletroeletrônicos, lâmpadas fluorescentes etc.).

**Quantidade de Resíduos coletados por grupo de resíduos**

Grupos	Total de resíduos (kg/mês)
A	
B	
C	
D	
E	
Recicláveis	
ES	

**INFORMAÇÕES SOBRE A COLETA E TRANSPORTE EXTERNO**

**Empresas coletoras de serviços**

Nome(s) da(s) empresa(s)	CNPJ	Tipos de resíduos	Documentação legal


**Frequência de coleta**

Tipos de resíduos	Diariamente	Dias alternados	Semanal	2 vezes ao dia	Outra frequência

**Tipos de veículos utilizados na coleta**

Tipos de resíduos	Tipos de Veículos				
	Saveiro	Basculante	Baú	Compactador	Outros (especificar)

**TIPOS DE TRATAMENTO INTERNO E EXTERNO DOS RESÍDUOS**

Grupo de resíduos	Tipos de tratamento	
	Interno	Externo
A		
Subgrupo		
A1		
A2		

A3		
A4		
A5		
B		
C		
D		
E		

### INFORMAÇÃO SOBRE A DESTINAÇÃO FINAL DOS RESÍDUOS

Tipo de disposição final	Empresa – endereço	Grupo de resíduos			
		A	B	D	E

### RESPONSABILIDADES E QUALIFICAÇÕES DAS EQUIPES DE CCIH, CIPA, SESMT E COMISSÃO DE BIOSSEGURANÇA

Rua Coronel Manoel Roberto Barbosa, 923 – Centro – Presidente Bernardes – São Paulo – SP  
CEP: 19300-000





Item a ser avaliado	Indicadores	Resultados
Acidentes com perfurocortantes	Taxa de acidentes com perfurocortantes em profissionais de limpeza	
	Total de acidentes com perfurocortantes em profissionais de limpeza	
	Total de acidentes	
Geração de resíduos	Variação da geração de resíduos	
	Total de resíduos gerados no período x	
	Total de resíduos gerados atualmente	
Resíduos do grupo A	Variação da proporção dos resíduos do grupo A	
	Total de resíduos do grupo A gerados	
	Total de resíduos gerados	
Resíduos do grupo B	Variação da proporção dos resíduos do grupo B	
	Total de resíduos do grupo B gerados	
	Total de resíduos gerados	
Resíduos do grupo C	Variação da proporção dos resíduos do grupo C	
	Total de resíduos do grupo C gerados	
	Total de resíduos gerados	
Resíduos do grupo D	Variação da proporção dos resíduos do grupo D	
	Total de resíduos do grupo D gerados	
	Total de resíduos gerados	
Resíduos do grupo E	Variação da proporção dos resíduos do grupo E	
	Total de resíduos do grupo E gerados	
	Total de resíduos gerados	
Resíduos recicláveis	Variação da proporção dos resíduos recicláveis	
	Total de resíduos recicláveis	
	Total de resíduos gerados	
Pessoas capacitadas em gerenciamento de resíduos	Variação do percentual de pessoas capacitadas em gerenciamento de resíduos	
	Total de pessoas capacitadas em gerenciamento de resíduos	
	Total de pessoas capacitadas	
Custo com RSS	Variação da proporção de custo com RSS	
	Custo do gerenciamento do RSS	
	Custo do gerenciamento total	

## EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS E RECURSOS CORRESPONDENTES

Equipamentos	Unidade	Quantidade	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Obras civis	Discriminar os tipos de obras necessárias			
Equipamentos de coleta	Discriminar os tipos de equipamentos, modelo, fabricante etc.			
Equipamentos de informática	Discriminar os tipos de equipamentos, modelo, fabricante etc.			
Outras máquinas e equipamentos	Discriminar os tipos de equipamentos, modelo, fabricante etc.			
Móveis e utensílios	Discriminar o mobiliário e os utensílios necessários			
Recursos humanos	Discriminar as pessoas necessárias por área de formação e atuação			
Outros	Discriminar outros investimentos (ex.: gastos com treinamento, aquisição de manuais técnicos etc.)			

#### 10.24.10. SEGREGAÇÃO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE - RSS

Pelo fato de que a segregação é uma das operações fundamentais para permitir o cumprimento dos objetivos de um sistema eficiente de manuseio de resíduos as fases que consistem em separar ou selecionar apropriadamente os resíduos segundo a classificação adotada, será enfatizada e na fonte de geração e está condicionada à prévia capacitação do pessoal de serviço.

O princípio a segregação na fonte irá resultar na redução do volume de resíduos com potencial de risco e na incidência de acidentes ocupacionais. Essa operação será entendida como um processo contínuo, devendo se expandir a todos os tipos de resíduos progressivamente, tendo em vista a segurança, o reaproveitamento e redução de custo no tratamento ou reprocessamento dos mesmos.

Em cada serviço especializado, existe um ou mais tipos de resíduos gerados. Para efetivar a gestão com base no princípio de minimização dos riscos adicionais dos RSS, as equipes irão adotar procedimentos de segregação de acordo com o tipo de resíduo, no próprio local de geração.

As vantagens de praticar a segregação na origem são:

- redução dos riscos para a saúde e o ambiente, impedindo que os resíduos potencialmente infectantes ou especiais, que geralmente são frações pequenas, contaminem os outros resíduos gerados na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA;
- diminuição de gastos, já que apenas terá tratamento especial uma fração e não todos;
- aumento da eficácia da reciclagem.

A prática de misturar resíduos de áreas com riscos distintos e passar a considerá-los "resíduos infectantes", será vigiada e restringida. Essa conduta de misturar resíduos pode ser explicada por razões culturais, operacionais, econômicas, tecnológicas e de recursos humanos e que serão trabalhadas na gestão da ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO.

#### **10.24.11. ACONDICIONAMENTO DE RESÍDUOS DO GRUPO A**

Os sacos para acondicionamento dos resíduos do grupo A devem estar contidos em recipientes de material lavável, resistente à punctura, ruptura e vazamento, impermeável, com tampa provida de sistema de abertura sem contato manual, com cantos arredondados. Devem ser resistentes a tombamento e devem ser respeitados os limites

de peso de cada invólucro. Os sacos devem estar identificados com a simbologia da substância infectante. É proibido o esvaziamento dos sacos ou seu reaproveitamento.

<i>Colorações possíveis para acondicionamento de resíduos do grupo A</i>		
Grupo	Saco branco leitoso	Saco vermelho
A1		
A2		
A3		
A4		
A5		

Os resíduos do grupo A que necessitam de tratamento, devem ser inicialmente acondicionados de maneira compatível com o processo de tratamento a ser utilizado. Os resíduos dos grupo A1, A2 e A5 devem ser acondicionados após o tratamento, da seguinte forma:

- havendo descaracterização física das estruturas, podem ser acondicionados como resíduos do grupo D;
- se não houver descaracterização física das estruturas, devem ser acondicionados em saco branco leitoso.

#### **10.24.12. ACONDICIONAMENTO DE RESÍDUOS DO GRUPO B**

Substâncias perigosas (corrosivas, reativas, tóxicas, explosivas e inflamáveis) – devem ser acondicionados com base nas recomendações específicas do fabricante para acondicioná-los e descartá-los. Elas se encontram nas etiquetas de cada produto.

**Resíduos sólidos** - devem ser acondicionados em recipientes de material rígido, adequados para cada tipo de substância química, respeitadas as suas características

físico-químicas e seu estado físico, devendo ser identificados de acordo com suas especificações

**Resíduos líquidos** - devem ser acondicionados em recipientes constituídos de material compatível com o líquido armazenado, resistente, rígido e estanque, com tampa rosqueada e vedante. Devem ser identificados de acordo com suas especificações.

O acondicionamento deve observar as exigências de compatibilidade química dos componentes entre si, assim como de cada resíduo com os materiais das embalagens, de modo a evitar reação química entre eles, tanto quanto o enfraquecimento ou deterioração de tal embalagem, ou a possibilidade de que seu material seja permeável aos componentes do resíduo. Quando os recipientes de acondicionamento forem constituídos de polietileno de alta densidade - PEAD, deverá ser observada a compatibilidade entre as substâncias.

Os resíduos que irão ser encaminhados para reciclagem ou reaproveitamento devem ser acondicionados em recipientes individualizados, observadas as exigências de compatibilidade química do resíduo com os materiais das embalagens, de forma a evitar reação química entre seus componentes e os da embalagem, tanto quanto o enfraquecimento ou deterioração da mesma. Não se deve permitir que o material da embalagem seja permeável aos componentes do resíduo.

Devem ser acondicionados em recipientes de material rígido, adequados para cada tipo de substância química, respeitadas as suas características físico-químicas e seu estado físico, e identificados de acordo com o item 1.3.4 da RDC ANVISA no 306/04.

As embalagens secundárias, que não entraram em contato com o produto, devem ser fisicamente descaracterizadas e acondicionadas como resíduo do grupo D. Devem ser preferencialmente encaminhadas para processo de reciclagem.

As embalagens primárias, secundárias e os materiais contaminados por substância química devem ter o mesmo tratamento das substâncias químicas que as contaminaram.

Os resíduos contendo mercúrio (Hg) devem ser acondicionados em recipientes sob selo d'água e encaminhados para recuperação.

Para os cartuchos de impressão, sempre que possível, deve-se buscar empresas que prestam o serviço de recarga. Caso não haja possibilidade de recarga, o mesmo deve ser acondicionado como resíduo do grupo D. Pode ser utilizado o plástico dos resíduos para reciclagem.

As lâmpadas fluorescentes devem ser acondicionadas separadamente do restante dos resíduos, para que sejam enviadas à reciclagem.

#### **10.24.13. ACONDICIONAMENTO DE RESÍDUOS DO GRUPO C**

**Rejeitos radioativos** - devem ser acondicionados em recipientes de chumbo, com blindagem adequada ao tipo e ao nível de radiação emitida, e ter a simbologia de radioativo.

Os rejeitos radioativos sólidos devem ser acondicionados em recipientes de material rígido, forrados internamente com saco plástico resistente e identificados conforme o item 12.2 da RDC ANVISA nº 306/04.

Os rejeitos radioativos líquidos devem ser acondicionados em frascos de até dois litros ou em bombonas de material compatível com o líquido armazenado, sempre que possível de plástico, resistente, rígido e estanque, com tampa rosqueada, vedante. Eles devem ser acomodados em bandejas de material inquebrável e com profundidade suficiente para conter, com a devida margem de segurança, o volume total do rejeito, e ser identificados com símbolos específicos.

Após o decaimento do radionuclídeo passam a ser resíduos e serão classificados de acordo com o material a que o radionuclídeo estiver associado.

#### **10.24.14. ACONDICIONAMENTO DE RESÍDUOS DO GRUPO D**

**Resíduos com características semelhantes aos domiciliares** - devem ser acondicionados em sacos impermeáveis, de acordo com as orientações dos serviços locais de limpeza urbana.

##### **10.24.14.1. ACONDICIONAMENTO DE RESÍDUOS DO GRUPO E**

Para os resíduos cortantes ou perfurantes, o pré-acondicionamento deve ser em recipiente rígido, estanque, resistente à punctura, ruptura e vazamento, impermeável, com tampa, contendo a simbologia da substância.

Os materiais perfurocortantes (PC) devem ser acondicionados separadamente, no local de sua geração, imediatamente após o uso.

É expressamente proibido o esvaziamento desses recipientes para o seu reaproveitamento.

É proibido re-encapar ou proceder a retirada manual das agulhas descartáveis.

Os recipientes que acondicionam os PC devem ser descartados quando o preenchimento atingir 2/3 de sua capacidade ou o nível de preenchimento ficar a 5 cm de distância da boca do recipiente, sendo proibido o seu esvaziamento ou reaproveitamento.



Quando o gerador de RSS gerar material perfurocortante dos grupos A e B, poderá ser utilizado um único recipiente de acondicionamento na unidade geradora, sendo que, para o descarte, deverá ser considerado o resíduo de maior risco.

Os resíduos do grupo E, gerados pelos serviços de assistência domiciliar, devem ser acondicionados e recolhidos pelos próprios agentes de atendimento ou por pessoa treinada para a atividade, recolhidos pelo serviço de assistência domiciliar, responsável pelo gerenciamento desse resíduo.

#### **10.24.15. COLETA E TRANSPORTE INTERNO DOS RESÍDUOS**

Para fins de conceito, seguem algumas definições acerca do processo de coleta interna a ser realizada MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA:

- **Coleta externa:** Operação de remoção e transporte de recipientes do abrigo de resíduo, através do veículo coletor, para tratamento e/ou destino final.
- **Coleta interna I:** Operação de transferência dos recipientes do local de geração para a sala de resíduo (expurgo).
- **Coleta interna II:** Operação de transferência dos recipientes da sala de resíduo (expurgo) para o abrigo de resíduo ou diretamente para tratamento, executada pelo coletor de resíduo.

Com isso os procedimentos relacionados ao transporte e coleta interna dos RSS se dará da seguinte maneira:

- I. **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.
- II. Será realizada 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.
- III. A coleta será efetuada por carro funcional com capacidade para 100 lts. de resíduo, após ser lacrado com fecho lixo e desprezado na sala de resíduo infectante e no armazenamento temporário para o químico perigoso. O funcionário recolherá os sacos de 40 lts.com 2/3 de sua capacidade, lacrado, e coloca-os dentro do carro funcional saco 100 lts., e o mesmo é lacrado e desprezado nas respectivas áreas, utilizando obrigatoriamente: Carro funcional e Equipamento de Proteção Individual – EPIs: Uniforme, luva, bota recomendadas.
- IV. **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 expurgo.
- V. Será realizada 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. A coleta será realizada pelo funcionário que lacra o saco com fecho-lixo e encaminha e despreza no carro de resíduo comum.
- VI. **COLETA INTERNA I – RECICLÁVEIS:** Operação e transferência dos recipientes do local de geração, recipientes coloridos, para o carro no hall do serviço.
- VII. Será 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. A coleta será efetuada pelo funcionário que lacra o saco com fecho-lixo, encaminha e despreza no carro de resíduo comum.

**VIII. 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.

IX. A coleta interna II será realizada 5 (cinco) vezes ao dia: 2 (duas) vezes no período da manhã, 2 (duas) vezes no período da tarde e 1 (uma) vez no período da noite. O funcionário da limpeza e higienização irá retirar 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 onde não farão nenhum percurso dentro do setor de internação, onde respeitarão o trajeto externo até o abrigo de lixo infectante e químico perigoso.

X. Os funcionários da limpeza e higienização utilizarão para executar suas atribuições obrigatoriamente: Carro container com tampa e Equipamento de Proteção Individual – EPIs: Uniforme, avental PVC, luva, máscara, gorro, bota PVC e óculos, conforme recomendado e padronizado.

XI. **COLETA INTERNA II - RESÍDUO COMUM:** Operação de transferência dos recipientes do carro de resíduo comum no hall do expurgo para o abrigo de resíduo comum.

XII. A coleta interna II será realizada 5 (cinco) vezes ao dia: 2 (duas) vezes no período da manhã, 2 (duas) vezes no período da tarde e 1 (uma) vez no período da noite. O funcionário da limpeza e higienização irá retirar 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, e desce no elevador do expurgo, não tendo nenhum percurso dentro do setor de internação. Desce dos andares fazendo o trajeto externo até o abrigo de lixo comum.

- XIII. Os funcionários da limpeza e higienização utilizarão para executar suas atribuições obrigatoriamente: Carro container com tampa e Equipamento de Proteção Individual – EPIs: Uniforme, luva, gorro, conforme recomendado e padronizado.
- XIV. **COLETA INTERNA II – RECICLÁVEIS:** Operação de transferência dos recipientes do carro de resíduo comum no hall do expurgo para o local de armazenagem do material reciclado.
- XV. A coleta interna II será realizada 5 (cinco) vezes ao dia: 2 (duas) vezes no período da manhã, 2 (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 do material reciclado para comercialização.

#### **10.24.16. ARMAZENAMENTO EXTERNO**

##### **Carro de Armazenamento para lixo comum**

É o recipiente de guarda temporária dos resíduos sólidos comuns (RSS) no abrigo final, até que se efetive a coleta pela Prefeitura de ITAPECERICA DA SERRA.

Características:

- Confeccionado em polietileno de alta densidade.
- Com 04 (dois) rodízios de borracha maciça, sendo com freios de estacionamento montados em garfos de aço tratados.
- De cor cinza com inscrição para lixo comum, capacidade para 1.000 (mil) litros.

- Borda frontal superior com reforço por toda extensão, que atendem rigorosamente às normas DIN/EN 840.
- Resistência a impactos e intempéries, com tampa articulada ao próprio corpo do equipamento, com cantos e bordas arredondadas, lavável, com dreno de fundo.

Dos contêineres, os resíduos comuns, serão transferidos diretamente para os veículos coletadores, que estacionam próximos ao abrigo final, diariamente pela empresa responsável pela coleta e transporte externos (Prefeitura de ITAPECERICA DA SERRA).

Haverá abrigo específico para os resíduos recicláveis.

#### **Recipiente para armazenamento dos resíduos do grupo A, B e E.**

Os resíduos do grupo A e E serão transferidos dos contêineres – carro de armazenamento - para bombonas/contenedores confeccionadas em polietileno de alta densidade, com tampa, vedantes, a serem fornecidas pela empresa terceirizada, serão colocadas diretamente no carro de transporte externo e recolhidas.

Os resíduos do grupo B, que representam risco à saúde pública ou ao meio ambiente, após acondicionados em bombonas, haverá depósito específico para resíduos químicos.

As bombonas dos resíduos do grupo B serão recolhidas uma vez por semana no período da noite, pela empresa terceirizada a ser contratada.

#### **10.24.17. COLETA E TRANSPORTE EXTERNO DE RESÍDUOS**

A coleta dos resíduos gerados na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA terá três destinações. A primeira, do grupo A, B (Produtos farmacêuticos vencidos e outros) e E, feita por empresa terceirizada a ser contratada. Os resíduos serão coletados,

transportados, tratados por incineração e dada a destinação final dos mesmos. A segunda destinação, dos resíduos comuns, que será realizada pela Prefeitura Municipal de ITAPECERICA DA SERRA, que será conduzida até o aterro para tratamento e disposição finais. Finalmente, a destinação dos resíduos recicláveis será efetuada para associações do município, preferencialmente aquelas com finalidade social e atuantes na região.

Os recipientes contendo os resíduos comuns, armazenados no abrigo final, serão recolhidos diariamente pela empresa responsável pela coleta e transporte externos e conduzida até o aterro controlado para tratamento e disposição finais. Os resíduos recicláveis serão recolhidos semanalmente pelas associações a serem contatadas.

Os resíduos infectantes – Grupo A e E, serão recolhidos diariamente no período da noite, pela empresa terceirizada a ser contratada.

Já os resíduos do Grupo B serão coletados uma vez por semana por empresa terceirizada a ser contratada.

#### **10.24.18. TRATAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

##### **TRATAMENTO DE RSS DO GRUPO A**

**Resíduos do grupo A1** - devem ser submetidos a tratamento em equipamentos que reduzam ou eliminem a carga microbiana compatível com nível III de inativação microbiana.

**Resíduos do grupo A2** - devem ser submetidos a tratamento em equipamentos que reduzam ou eliminem a carga microbiana compatível com nível III de inativação microbiana.

**Resíduos do grupo A3** que não tenham valor científico ou legal e que não tenham sido conduzidos pelo paciente ou por seus familiares - devem ser encaminhados para

sepultamento ou tratamento. Se forem encaminhados para o sistema de tratamento, devem ser acondicionados em sacos vermelhos com a inscrição “peças anatômicas”. O órgão ambiental competente nos Estados, Municípios e Distrito Federal pode aprovar outros processos alternativos de destinação.

**Resíduos do grupo A4** - não necessitam de tratamento.

**Resíduos do grupo A5** - devem ser submetidos a incineração.

#### **TRATAMENTO DE RSS DO GRUPO B**

**Resíduos químicos do grupo B**, quando não forem submetidos a processo de reutilização, recuperação ou reciclagem - devem ser submetidos a tratamento ou disposição final específicos.

Resíduos de produtos e de insumos farmacêuticos, sob controle especial (Portaria MS 344/98) - devem atender a legislação em vigor.

Fixadores utilizados em diagnóstico de imagem - devem ser submetidos a tratamento e processo de recuperação da prata.

Reveladores utilizados no diagnóstico de imagem - devem ser submetidos a processo de neutralização, podendo ser lançados na rede de esgoto, desde que atendidas as diretrizes dos órgãos de meio ambiente e do responsável pelo serviço público de esgotamento sanitário.

Lâmpadas fluorescentes - devem ser encaminhadas para reciclagem ou processo de tratamento.

Resíduos químicos contendo metais pesados - devem ser submetidos a tratamento ou disposição final, de acordo com as orientações do órgão de meio ambiente.

## **TRATAMENTO DE RSS DO GRUPO C**

Resíduos de fácil putrefação, contaminados com radionuclídeos, depois de atendidos os respectivos itens de acondicionamento e identificação de rejeito radioativo - devem manter as condições de conservação mencionadas no item 1.5.5 da RDC ANVISA no 306/04, durante o período de decaimento do elemento radioativo.

O tratamento para decaimento deverá prever mecanismo de blindagem de maneira a garantir que a exposição ocupacional esteja de acordo com os limites estabelecidos na norma NE-3.01 da CNEN. Quando o tratamento for realizado na área de manipulação, devem ser utilizados recipientes blindados individualizados. Quando feito em sala de decaimento, esta deve possuir paredes blindadas ou os rejeitos radioativos devem estar acondicionados em recipientes individualizados com blindagem.

Para serviços que realizem atividades de medicina nuclear e possuam mais de três equipamentos de diagnóstico ou pelo menos um quarto terapêutico, o armazenamento para decaimento será feito em uma sala de decaimento de rejeitos radioativos com no mínimo 4 m<sup>2</sup>, com os rejeitos acondicionados de acordo com o estabelecido no item 12.1 da RDC ANVISA no 306/04.

A sala de decaimento de rejeitos radioativos deve ter acesso controlado. Deve estar sinalizada com o símbolo internacional de presença de radiação ionizante e de área de acesso restrito, dispendo de meios para garantir condições de segurança contra ação de eventos induzidos por fenômenos naturais e estar de acordo com o Plano de Radioproteção aprovado pela CNEN para a instalação.

O transporte externo de rejeitos radioativos, quando necessário, deve seguir orientação prévia específica da Comissão CNEN.

## **TRATAMENTO DE RSS DO GRUPO D**



Os resíduos orgânicos, flores, resíduos de podas de árvore e jardinagem, sobras de alimento e de pré-preparo desses alimentos, restos alimentares de refeitórios e de outros que não tenham mantido contato com secreções, excreções ou outro fluido corpóreo, podem ser encaminhados ao processo de compostagem.

Os resíduos líquidos provenientes de rede de esgoto (águas servidas) de estabelecimento de saúde devem ser tratados antes do lançamento no corpo receptor (nos córregos etc.). Sempre que não houver sistema de tratamento de esgoto da rede pública, devem possuir o tratamento interno.

#### **TRATAMENTO DE RSS DO GRUPO E**

Os resíduos perfurocortantes contaminados com agente biológico classe de risco 4, microrganismos com relevância epidemiológica e risco de disseminação ou causador de doença emergente, que se tornem epidemiologicamente importantes ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido, devem ser submetidos a tratamento, mediante processo físico ou outros processos que vierem a ser validados para a obtenção de redução ou eliminação da carga microbiana, em equipamento compatível com nível III de inativação microbiana.

Os resíduos perfurocortantes contaminados com radionuclídeos devem ser submetidos ao mesmo tempo de decaimento do material que o contaminou.

#### **10.24.19. RECURSOS HUMANOS ENVOLVIDOS E CAPACITAÇÃO DAS EQUIPES**

Serão envolvidos na elaboração, implantação, execução e monitoramento do PGRSS, no mínimo profissionais pertencentes aos serviços de Controle de Infecção Hospitalar, Comissão Interna de Prevenção de Acidentes, Saúde e Medicina Ocupacional, Comissão de Biossegurança, Laboratório de Análises Clínicas, Diagnóstico por Imagem, Agência

Transfusional, Almojarifado e Farmácia, Serviço de Nutrição e Dietética, Enfermagem, Corpo Clínico, Lavanderia e Serviço de Higiene e Limpeza.

O intuito é envolver o maior número de profissionais, tornando-os multiplicadores das práticas de gerenciamento de resíduos, bem como supervisores da execução do processo no dia a dia. Por sua vez, a capacitação irá englobar todos os profissionais das diversas categorias profissionais.

## **10.25. DEDETIZAÇÃO, DESRATIZAÇÃO, DESINSETIZAÇÃO, LIMPEZA DE CAIXA D'AGUA E CAIXA DE GORDURA, EM CONFORMIDADE COM A LEGISLAÇÃO SANITÁRIA**

### **10.25.1. MEDIDAS PARA CONTROLE DE PRAGAS E VETORES**

A ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO fará a adoção de medidas preventivas e corretivas de controle integrado de insetos e roedores e será mantido registro dessas ações, internamente.

Segue abaixo algumas medidas relacionadas ao controle de roedores e insetos:

- Contratação de Serviço de Controle de Pragas e Vetores com aplicação periódica.
- Limpar diariamente, antes do anoitecer, os locais de refeições e preparação de alimentos.
- Determinar um local comum para refeições e colocar os restos de alimentos em recipientes fechados.

- Recolher os restos alimentares em recipientes adequados, preferencialmente em sacos plásticos, que deverão ser fechados e recolhidos pelo serviço de coleta urbano.
- Armazenar sacos, fardos e caixas sobre estrados com uma altura mínima de 40 cm, e afastados uns dos outros e das paredes, deixando espaços que permitam uma inspeção em todos os lados.
- Verificar cargas e descargas de mercadorias para evitar o transporte de roedores. Manter armários e depósitos arrumados, sem objetos amontoados.
- Não deixar encostados a muros e paredes objetos que facilitem o acesso a roedores.
- Devem ser vedados os buracos, vãos entre telhas, aberturas de respiração, entradas de condutores de eletricidade e adutores de qualquer natureza, com material adequado.
- Manter ralos e tampas firmemente encaixadas.
- Fazer uso de ralos escamoteáveis.

Remover e não permitir que sejam feitos amontoados de restos de construções, lixo, galhos, troncos, pedras, objetos inúteis ou em desuso.

O mesmo se aplica aos serviços de limpeza da caixa d'água e caixa de gordura das unidades sob gestão da ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO, que terão seu processo acompanhado, monitorado e validado pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar da MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA.

## **10.26. SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS**

### **10.26.1. RECEPÇÃO**

O serviço de recepção, 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 Autarquia Municipal de Saúde - I.S de ITAPECERICA DA SERRA.

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

Este serviço se difere do trabalho voltado ao atendimento a pacientes, no que tange a cobertura de internação, funcionamento de processos internos, de autorização de procedimentos médicos, clínicos ou cirúrgicos. Não inclui, portanto, o grupo de usuários sujeitos a triagem para procedimentos médicos.

Define-se como Portaria, as vias de acesso externo às instalações na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA, 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 na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA, 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:

- I. 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;
- II. Responder pelo cumprimento dos parâmetros relativos ao serviço de Recepção e Portaria, conforme Plano de Segurança;
- III. Garantir que os postos de recepção e portaria integrem o sistema de Segurança na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA e por isso deverão se reportar à Central de Segurança da AMS-IS;
- IV. Definir os locais em cujo trânsito deve ser restrito e nos quais devem ser implantados posto de recepção;
- V. Definir quantitativa e qualitativamente os equipamentos e recursos técnicos e sua funcionalidade, bem como dos recursos humanos;
- VI. Elaborar e divulgar o Manual de Normas e Procedimentos Operacionais, contemplando todas as ações objetivas para atender os requisitos qualitativos e quantitativos.
- VII. Registrar e controlar diariamente as ocorrências em sistema informatizado com vistas à eliminação do uso de papel;
- VIII. Promover programa de treinamento periódico, reciclando parâmetros técnicos e comportamentais para a execução das tarefas;
- IX. 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;

- X. 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.
- XI. 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.

A ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE GESTÃO irá promover o pleno funcionamento e realização das principais atividades do serviço, garantindo que:

- I. 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.
- II. Os profissionais orientem as pessoas que passam pelas portarias que se destinam aos serviços indicando o caminho aos serviços quando perguntado;
- III. Seja cumprida a proibição do ingresso de vendedores, ambulantes e comércio de produtos não autorizados nas instalações na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA;
- IV. Haja o adequado registro das entradas e saídas de ambulâncias e carros fúnebres em formulário específico;
- V. 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);

VI. Ligue nos ramais específicos ou via rádio HT com o porteiro de dentro na MATERNIDADE ZORAIDE EVA DAS DORES, PRONTO SOCORRO CENTRAL E PRONTO SOCORRO DO JARDIM JACIRA;

VII. Confirme junto à recepção sobre a chegada do carro fúnebre e a liberação do óbito;

VIII. 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.