



Proposta Técnica para Gestão de Serviços de Saúde no Hospital Municipal Dr. Luiz de Camargo da Fonseca e Silva por Entidade de Direito Privado sem Fins Lucrativos, Qualificada como Organização Social, conforme Processo Administrativo nº12.933/2015.

CUBATÃO - SP

SETEMBRO 2016

SUMÁRIO

1. OBJETO.....	5
1.1. Identificação do Objeto	5
1.2. Caracterização da Organização Social.....	6
1.3. Caracterização do Hospital Municipal de Cubatão	8
1.4. Área de Atividade.....	8
1.5. Caracterização do Município.....	9
1.6. Perfil Epidemiológico da Região	10
1.7. Características do Serviço	12
2. PROPOSTA DE MODELO GERENCIAL.....	19
3. EIXO I - ASSISTÊNCIA	20
3.1. Área Assistencial	20
3.1.1. Assistência Ambulatorial.....	80
3.1.2. Organização das Atividades Assistenciais.....	82
3.1.4. Serviço de Urgência e Emergência	100
3.1.5. Organização do Serviço de Internação.....	100
3.1.6. Organização da Assistência por Linha de Cuidado	109
3.1.7. Serviço de Apoio à Diagnose e Terapia.....	136
3.1.8. Organização do Banco de Leite.....	149
3.1.9. Núcleo Interno de Regulação – NIR	152
3.2. Área Administrativa.....	154
3.2.1. Administrativa, Financeira e Contábil	154
3.2.2. Organização específica do serviço de arquivo de prontuários do paciente	164
3.2.3. Gestão de Pessoas	166
3.3. Área de Apoio	183
3.3.1. Organização do Serviço de Farmácia.....	183
3.3.2. Prontuário Eletrônico	195

3.3.3. Implantação de Logística de Suprimentos	198
3.3.4. Organização do Serviço de Nutrição e Dietética	204
3.3.5. Central de Material e Esterilização	219
3.3.6. Serviço de processamento de roupas	225
3.3.7. Organização do Serviço de Hotelaria e Higiene	230
3.3.10. Organização do Serviço de Vigilância e Zeladoria	240
3.3.11. Transporte	247
3.3.12. Tecnologia da Informação	247
4. EIXO II – GESTÃO	248
4.1. Serviço de Controle de Infecção Hospitalar - SCIH	248
4.2. Serviço de Atendimento ao Usuário – SAU	265
4.3. Avaliação do Grau de Satisfação do Usuário	269
4.4. Gestão Compartilhada	270
4.4.1. Ações Institucionais de Humanização	270
4.5. Comissões a serem implantadas	275
5. EIXO III - AVALIAÇÃO	342
5.1. Indicadores de Desempenho Hospitalar de Qualidade e Produtividade	342
5.2. Sistemática de Aplicação de Ações Corretivas de Desempenho.....	345

ANEXOS

ANEXO I – MATERIAL TÉCNICO

ANEXO II- CERTIFICADOS

ANEXO III- PLANILHAS E TABELAS

1. OBJETO

Proposta Técnica para Gerenciamento, Execução de Atividades e de todos os Serviços de Saúde a serem desenvolvidos no Hospital Municipal de Cubatão – “Dr. Luiz de Camargo da Fonseca e Silva”, com perfil de média complexidade, de acordo com as definições e especificações de quantidade, regulamentos, atividades e obrigações definidas neste edital e seus anexos, conforme Processo de Licitação nº 12.933/2015.

1.1. Identificação do Objeto

Contratação de entidade de direito privado sem fins lucrativos, qualificada como Organização Social para o gerenciamento e execução de atividades e serviços de saúde a serem desenvolvidos no Hospital Municipal de Cubatão, com perfil de Média Complexidade, “Dr. Luiz Camargo da Fonseca e Silva” no âmbito no município de Cubatão para a gestão, operacionalização e execução dos serviços de saúde, conforme especificações, quantitativos, regulamentação do gerenciamento e execução de atividades e serviços de saúde e demais obrigações a seguir:

- (i) Prestação gratuita e universal dos serviços de atenção à saúde aos usuários, no âmbito do SUS e conforme Termo de Referência;
- (ii) Aquisição, gestão e logística de suprimentos farmacêuticos e hospitalares;
- (iii) Gestão, guarda, conservação e manutenção dos prédios, dos terrenos e dos bens inventariados pelo Município, incluindo os mobiliários e os equipamentos médico-hospitalares;
- (iv) Contratação e gestão de profissionais de todas as áreas concernentes à operação das unidades hospitalar;
- (v) Execução direta ou subcontratação e gestão, em qualquer caso, dos serviços acessórios necessários ao funcionamento das unidades, tais como lavanderia, alimentação de usuários e funcionários, bem como, usuários do Pronto Socorro Central e Infantil, higienização, segurança privada, manejo e destinação de resíduos hospitalares, laboratório e outros prestadores para execução dos Serviços de Auxiliares de Diagnose e Terapia (SADT), conforme estabelecido no Termo de Referência e respectivos Anexos.

1.2. Caracterização da Organização Social

A AHBB – Associação Hospitalar Beneficente do Brasil é uma Organização Social de Saúde que tem como estímulo buscar instrumentos e modelos de administração que possam levar racionalidade ao Sistema Único de Saúde (SUS). Com o objetivo de conduzir o desempenho da gestão privada para a administração pública, aprimorando os recursos e garantindo a eficiência dos serviços prestados à população.

A associação é declarada instituição de Utilidade Pública nos âmbitos federal e estadual na cidade de Bilac/SP. Possui o Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social na Área de Saúde – CEBAS, concedido pelo Ministério da Saúde.

Com uma visão dinâmica e humanizada, a AHBB acredita que um modelo eficaz de saúde vai além do atendimento médico. Por isso, a realização de projetos que contribuam com o bem-estar físico, psicológico e social da população (Medicina Preventiva; Assistência Social e Psicológica; Atividades Esportivas e Culturais) estão entre as ações realizadas pela instituição.

MISSÃO

- Realizar gestão e atenção à saúde integral, promovendo soluções eficientes, orientada pelas necessidades dos clientes, através de três vertentes: assistência à saúde, ação comunitária, ações de ensino e pesquisa.

VISÃO

- Ser uma instituição reconhecida pela qualidade na gestão e prestação de serviços em saúde, no ensino e na pesquisa.

VALORES

- **Equidade:** pela qual os profissionais da AHBB procuram não só fazer cumprir a lei, mas também realizar o ideal da justiça em todos os níveis e serviços prestados, proporcionando tratamento igual a todos os pacientes e clientes.
- **Responsabilidade social da organização:** atuar em consonância com os paradigmas da sustentabilidade, considerando as influências e consequências sociais, econômicas, culturais, tecnológicas e ambientais.

- **Qualidade dos serviços:** como um dever inerente aos profissionais, construída conscientemente por agregação de esforços de todos os níveis da AHBB, pela qual, os todos podem merecer o respeito e a confiança dos cidadãos.
- **Legitimidade:** como virtude da norma e como valor que remete a consciência dos profissionais para além da restrita e formal observância das leis.
- **Valorização e reconhecimento:** pelos quais a AHBB deve promover ações que proporcionem o bem-estar, a qualidade de vida e o desenvolvimento profissional do colaborador, bem como uma ambiência organizacional motivadora, com respeito e reconhecimento às pessoas.
- **Ética e transparência:** conduzir uma gestão comprometida com a conduta ética e transparente, valorizando os profissionais e respeitando a diversidade e/ou os métodos de trabalho.
- **Valorização do conhecimento:** investir na capacitação contínua de seus profissionais incentivando e valorizando as competências.
- **Justiça:** haverá total transparência nas decisões tomadas e o senso de justiça sempre prevalecerá em toda decisão.
- **Respeito ao meio ambiente:** mudança de atitude em relação à utilização dos recursos naturais, incorporando o conceito de sustentabilidade nos processos produtivos e nas ações cotidianas.

1.3. Caracterização do Hospital Municipal de Cubatão

Figura 1 – Hospital Municipal de Cubatão



Fonte: Diário do Litoral, 2016.

Quadro 1 – Caracterização do Hospital

Nome:		CNES:	CNPJ:		
HOSPITAL DR LUIZ CAMARGO DA FONSECA E SILVA		2078473			
Nome Empresarial:		CPF:	Personalidade:		
PREFEITURA MUNICIPAL DE CUBATAO		--	JURÍDICA		
Logradouro:		Número:			
AV HENRY BORDEN		S/N			
Complemento:	Bairro:	CEP:	IBGE:	Município:	UF:
	VILA SANTA ROSA	11515000	351350	CUBATAO	SP
Tipo Unidade:	Subtipo Unidade:	Gestão:	Dependência:		
HOSPITAL GERAL	Sem subtipo	MUNICIPAL	MANTIDA		
Atividade Ensino/Pesquisa:		Código/Natureza Jurídica:			
UNIDADE SEM ATIVIDADE DE ENSINO		1244 MUNICIPIO			
Nível de Atenção:	Atividade:	Gestão:			
AMBULATORIAL	ATENCAO BASICA	MUNICIPAL			
AMBULATORIAL	MEDIA COMPLEXIDADE	MUNICIPAL			
AMBULATORIAL	ALTA COMPLEXIDADE	MUNICIPAL			
HOSPITALAR	MEDIA COMPLEXIDADE	MUNICIPAL			
HOSPITALAR	ALTA COMPLEXIDADE	MUNICIPAL			

Fonte: DATASUS, 2016.

1.4. Área de Atividade

O Hospital Municipal de Cubatão - Dr. Luiz de Camargo da Fonseca e Silva, localizado no Município de Cubatão/SP, é hospital geral estratégico da Rede de Atenção à Saúde da microrregião da Baixada Santista, na prestação de serviços e procedimentos diagnósticos e leitos clínicos, cirúrgicos e de terapia intensiva tendo em seu escopo de atendimento:

- Assistência integral e interdisciplinar;
- Assistência farmacêutica, psicológica, fonoaudiológica, social, odontológica, nutricional, de terapia nutricional enteral e parenteral e de terapia ocupacional integradas às demais atividades assistenciais prestadas ao paciente, sendo discutidas conjuntamente pela equipe multiprofissional;
- Ações de humanização da atenção à saúde;
- Promoção de ambiência acolhedora;
- Incentivo à participação da família na atenção ao paciente, quando pertinente;
- Educação permanente.

1.5. Caracterização do Município

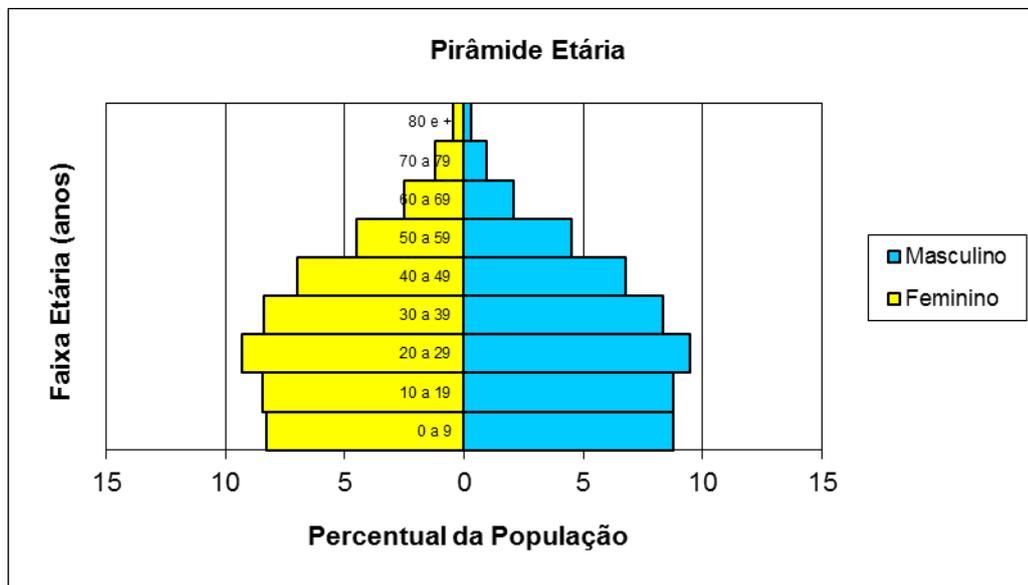
Cubatão é um município do estado de São Paulo, na Região Metropolitana da Baixada Santista, microrregião de Santos. A população aferida na contagem de 2008 foi de 127.006 habitantes. A cidade ocupa 142,3 km² de área, o que resulta numa densidade demográfica de 845,3 hab/km². É o único município da Baixada Santista que não é litorâneo. Faz divisa com os municípios de Santo André, ao norte, Santos, ao leste, a Baía de Santos, ao sul, São Vicente, a sudoeste São Bernardo do Campo, a noroeste.

Com um grande parque industrial, Cubatão enfrentou no passado a ameaça constante da poluição. Na década de 1980, foi considerada pela ONU como a cidade mais poluída do mundo. Contudo, com a união de indústrias, comunidade e governo, a cidade conseguiu controlar 98% do nível de poluentes no ar. Por isso, em 1992 recebeu da ONU o título de "Cidade-símbolo da Recuperação Ambiental".

À Secretaria Municipal de Saúde competem o planejamento operacional e a execução da política de saúde do Município, especialmente a saúde preventiva, através da prática do Sistema Único Saúde (SUS) e do desenvolvimento de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde da população, bem como a realização integrada de atividades assistenciais e preventivas. É do objetivo desta Secretaria a prestação de serviços médicos e ambulatoriais de urgência e emergência. E assim que preciso cirurgias, exames de alta complexidade e internações.

1.6. Perfil Epidemiológico da Região

Figura 2 – Distribuição da população por faixa etária em 2009.



Fonte: DATASUS, 2016.

Tabela 1 – Distribuição percentual das internações por faixa etária – 2009

Distribuição Percentual das Internações por Grupo de Causas e Faixa Etária - CID10 (por local de residência) – 2009										
Capítulo CID	Menor 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 49	50 a 64	65 e mais	60 e mais	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	6,4	9,1	4,7	4,7	2,8	3,6	2,4	3,7	3,4	3,9
II. Neoplasias (tumores)	0,3	0,3	2,2	1,9	0,4	6,0	12,7	9,3	9,7	6,0
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	0,8	1,2	0,9	1,4	1,3	0,3	0,6	0,4	0,6	0,6
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	2,1	3,5	3,2	2,4	1,3	1,3	3,7	5,2	4,6	2,3
V. Transtornos mentais e comportamentais	-	-	-	-	1,5	3,1	1,0	-	0,1	1,8
VI. Doenças do sistema nervoso	2,6	4,4	2,2	6,6	0,7	1,2	1,2	1,9	2,0	1,7
VII. Doenças do olho e anexos	-	-	1,9	1,4	-	1,2	16,0	25,0	26,0	5,6
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	-	0,9	0,3	0,9	1,3	0,4	-	0,1	0,1	0,4
IX. Doenças do aparelho circulatório	1,3	0,3	1,6	2,8	0,4	8,2	20,4	20,4	19,2	9,3
X. Doenças do aparelho respiratório	26,8	27,1	15,8	15,6	1,7	4,1	7,5	14,5	12,4	8,7
XI. Doenças do aparelho digestivo	1,3	12,4	18,0	14,6	5,5	11,3	15,6	5,7	8,2	10,8
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1,0	4,1	6,3	3,8	2,4	2,0	1,1	1,0	0,7	2,1
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	0,5	0,3	0,6	1,9	0,9	1,3	0,9	1,0	0,9	1,1
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	3,1	6,8	10,1	5,2	5,1	5,8	8,7	6,4	6,8	6,3
XV. Gravidez parto e puerpério	-	-	-	12,3	66,8	33,4	-	-	-	22,2
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	36,1	-	-	-	0,4	-	-	-	-	2,0
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	6,2	6,8	5,4	1,4	0,7	0,2	0,4	-	0,1	1,2
XVIII. Sintomas sinais e achados anormais exame clínico e laboratorial	0,3	1,5	2,2	1,9	-	1,6	1,8	1,2	1,6	1,4
XIX. Lesões envenenamento e algumas out consequências causas externas	3,1	10,0	10,8	14,6	5,9	10,0	4,9	4,1	3,4	8,1
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

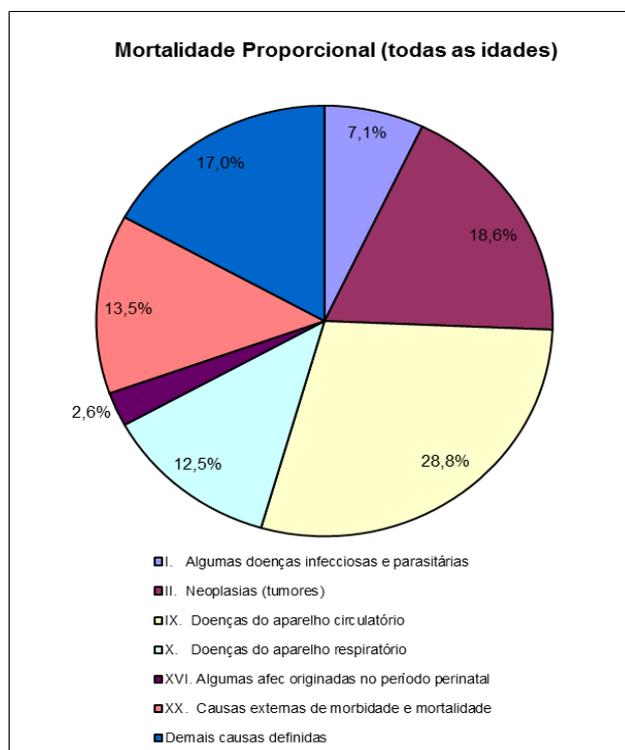
XXI. Contatos com serviços de saúde	8,2	11,5	13,6	6,6	1,1	5,1	1,0	-	0,3	4,6
CID 10ª Revisão não disponível ou não preenchido	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: SIH/SUS, 2010.

Conforme demonstra a tabela acima, a principal causa de internações na cidade de Cubatão são as relacionadas ao parto e puerpério (22,2%), seguidas por Doenças do Aparelho Digestivo (10,8 %), Aparelho Circulatório (9,3 %), Doenças do Aparelho Respiratório (8,7%), Lesões por Envenenamento e outras consequências de Causas Externas (8,1%), Doenças do Aparelho Geniturinário (6,3%), e Neoplasias (6,0%).

Com relação a mortalidade no município a principal causa está relacionada com as Doenças do Aparelho Circulatório (28,8%), e as Neoplasias representam 18,6% como segunda principal causa de morte no município, conforme ilustra gráfico abaixo.

Figura 3 – Mortalidade Proporcional



Fonte: SIH/SUS,2010.

1.7. Características do Serviço

O Hospital Municipal de Cubatão, caracteriza-se como hospital geral de baixa e média complexidade; componente estratégico da Rede de Atenção à Saúde da microrregião da Baixada Santista, possui **152** leitos SUS credenciados, divididos em Cirúrgico (Geral/Ginecológico) **27**, Clínico (AIDS, Geral e Neonatologia) **51**, Complementar (Isolamento, UTI Neonatal Tipo II, UTI Pediátrica Tipo I, UTI Adulto Tipo II) **18**, Obstetrícia (Clínica e Cirúrgica) **24**, Pediátricos (Cirúrgica e Clínica) **16**, Outras Especialidades (Psiquiatria e Pneumologia Sanitária) **06**, Hospital Dia (Cirúrgico/Diagnóstico/Terapêutico) **10**, podendo operar com novos leitos de acordo com as pactuações da SMS de Cubatão e Ministério da Saúde para atender as Redes em desenvolvimento, como por exemplo: a Rede Cegonha, Santa Casa Sustentáveis, RAU e outros que vierem a ser instituídos, que forem de interesses sociais municipais e/ou regionais.

1.7.1. Assistência Hospitalar

Compreenderá o conjunto de atendimentos oferecidos ao paciente desde sua admissão no hospital até sua alta hospitalar pela patologia atendida, incluindo-se a todos, os atendimentos e procedimentos necessários para obter ou complementar o Diagnóstico (SADT) e as terapêuticas necessárias para o tratamento disponíveis no hospital.

No processo de hospitalização, estão incluídos:

- a) Tratamento cirúrgico das especialidades básicas (cirurgia geral, pediátricos e ginecologia e obstetrícia) e das especialidades de cirurgia ortopédicas, neurocirurgia, cirurgia vascular e planejamento familiar.
- b) Todos os procedimentos deverão ser realizados por profissionais com capacitação comprovada na área;
- c) Outras especialidades cirúrgicas quando necessárias (demanda reprimida) poderão ser objetos de Contratação através de aditamentos progressivos;
- d) Tratamento das possíveis complicações que possam ocorrer ao longo do processo assistencial, tanto na fase de tratamento, quanto na fase de recuperação;

- e) Tratamentos concomitantes diferentes daquele classificado como principal que motivou a internação do paciente e que podem ser necessárias adicionalmente devido às condições especiais do paciente e/ou outras causas;
- f) Tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação de acordo com a listagem do SUS;
- g) Terapia Nutricional incluindo nutrição enteral e parental;
- h) Procedimentos e cuidados de enfermagem necessários durante o processo de internação;
- i) Assistência por equipe médica especializada, equipe de enfermagem, e equipe de apoio a saúde;
- j) Utilização de Centro Cirúrgico e procedimentos de anestesia;
- k) Material descartável necessário para os cuidados médico, de enfermagem e tratamentos;
- l) Diárias de hospitalização em quarto compartilhado ou individual, de acordo com as condições especiais do paciente;
- m) Hotelaria hospitalar extensiva ao acompanhante nos termos previstos na legislação estadual relativa aos direitos dos pacientes, em conformidade com a Lei 10.241/99;
- n) Diárias nas UTI – Unidade de Terapia Intensiva, adulto, infantil e neonatal, se necessária;
- o) Sangue e hemoderivados;
- p) Fornecimento de roupas hospitalares;
- q) Procedimentos especiais como hemodiálise (urgência e emergência), fisioterapia, nutrologia, fonoaudióloga, terapia ocupacional, endoscopia, colonoscopia e outros que se fizerem necessários ao adequado atendimento e tratamento do paciente, de acordo com a capacidade instalada, respeitando a complexidade do Hospital Municipal “Dr. Luiz Camargo da Fonseca e Silva”;
- r) Avaliações audiológicas com a realização de emissões otoacústicas e testes do pezinho, nos recém-nascidos;

- s) Manter serviço médico nas 24 horas para o atendimento de urgências e emergências dos pacientes internados.

1.7.2. Atendimento Ambulatorial

O serviço ambulatorial do Hospital Municipal se restringirá ao atendimento de consultas pré e pós cirúrgicas de pacientes SUS encaminhados para cirurgias ambulatoriais ou hospitalares.

- i. Primeira Consulta, inclusos os retornos subsequentes – 1.050/mês
- ii. Procedimentos Ambulatoriais – 60/mês
- iii. Procedimentos obstétricos – 118/mês

Entende-se por primeira consulta, a consulta pré-cirúrgica do paciente com um profissional de determinada especialidade, no período de um ano, por uma determinada patologia. As demais consultas deste paciente (consultas pós-cirúrgicas) são consideradas consultas subsequentes.

Será considerada intervenção cirúrgica ambulatorial aqueles atos cirúrgicos realizados nas salas cirúrgicas do Hospital, que não requeiram hospitalização e neles estão incluídos todos os procedimentos que sejam necessários realizar dentro do período de 15 dias subsequentes à intervenção cirúrgica propriamente dita.

1.7.3. Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT

Entende-se por SADT Interno a disponibilização de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico para a totalidade dos pacientes atendidos no próprio Hospital Municipal.

Na hipótese de variações acima ou abaixo dos quantitativos estipulados a despesa mensal será proporcional ajustada com a realidade verificada, mediante aditamentos contratuais progressivos quando for o caso fica estipulado que os usuários que forem encaminhados para realização de atividades SADT, para exames de laboratório serão provenientes dos Prontos Socorros do município e referentes às urgências e emergências.

Oferecer os procedimentos referidos neste termo, com recursos do Contrato de Gestão, com serviço próprio ou contratação de terceiros.

A execução dos serviços de SADT deverá ser realizada em períodos não superior a 30 (trinta) dias, garantindo um atendimento humanizado.

1.7.4. Serviço de Hemoterapia

Fornecer hemocomponentes para transfusão a pacientes internados no Hospital e nos serviços de urgência do Município, conforme média histórica dos últimos 12 meses de 10 a 15 unidades, por leito, por ano, de acordo com protocolos do Ministério da Saúde e da Hemorrede local.

Os hemoderivados deverão ser fornecidos pela assistência farmacêutica de alto custo de acordo com os protocolos e normatizações específicas.

1.7.5. Estrutura e Volume de Atividades Contratadas

O volume dos serviços contratados foi calculado com base ao definido no último contrato, que na sua maioria estão próximos dos parâmetros oficiais e poderão ser objetos de alteração à medida que esse perfil se modifique, ainda que os mesmos estejam em quantitativos menores que aqueles cadastrados no CNES.

1.7.5.1. Internação Hospitalar

O hospital deverá realizar um número anual de **3.588** saídas hospitalares, conforme a média histórica, recursos orçamentários e de acordo com o número de leitos operacionais cadastrados pelo SUS-Sistema Único de Saúde, distribuídos nas seguintes áreas de acordo com a Tabela 2.

Tabela 2 – Saídas Hospitalares

ESPECIALIDADE MÉDICA (Saídas hospitalares)	MENSAL	ANUAL
Cirúrgica	80	960
Clínica Médica	50	600
Obstetrícia	118	1.416
Pediatria	32	384
Psiquiatria	02	24

Tisiologia (Isolamento)	01	12
UTI – pediátrica	04	48
UTI neonatal	12	144
TOTAL	299	3.588
Fator de Ajuste*	15	180

*Fator de Ajuste é uma variável que poderá ser utilizada, em uma especialidade, dividida em algumas ou em todas, dependendo de fatores locais para suportar uma margem de 5% de cumprimento da meta.

1.7.5.2. Atendimento Ambulatorial

- a. Primeira Consulta, inclusos os retornos subsequentes – 1.050/mês
- b. Procedimentos Ambulatoriais – 60/mês
- c. Procedimentos obstétricos – 118/mês

1.7.5.3. Atividades de Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Tratamento – SADT

Oferecerá os serviços de SADT abaixo relacionados (tabela 3), na quantidade anual de exames/procedimentos, aos usuários do hospital e Pronto-Socorro de acordo com a capacidade operacional do hospital.

Tabela 3 – Serviços de SADT oferecidos e metas

SERVIÇOS	Tipo	Grupo/Subgrupo/Forma de Org.	Número de Exames/ Mês	Número de Exames/ Ano
LABORATÓRIO CLÍNICO	SADT	Grupo 02 - Subgrupo 02	16.000	192.000
		Forma de Org.: Todos		
RADIOLOGIA (Raio X e Raio X Contrastado, Mamografia)	SADT	Grupo 02 - Subgrupo 04	3.500	42.000
		Forma de Org.: Todos		
ULTRASSONOGRAMA (Ecocardiograma, Transtorácico, Venosos, Arteriais – Doppler colorido)	SADT	Grupo 02 - Subgrupo 05	1.000	12.000
		Forma de Org.: Todos		
TOMOGRAMIA COMPUTADORIZADA	SADT	Grupo 02 - Subgrupo 06	300	3.600
		Forma de Org.: Todos		
ELETROCARDIOGRAMA	SADT	Grupo 02 - Subgrupo 06	150	1.800

		Forma de Org.: Todos		
BIÓPSIA E PUNÇÕES	SADT	Grupo 02 - Subgrupo 01	150	1.800
TOCOCARDIOGRAMA/ ANTE PARTO	SADT	02.11.04.006-1	260	3.120
POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO	SADT	Grupo 02 - Subgrupo 11	1.100	12.120
EXAMES HEMATOLÓGICOS	SADT	Grupo 02 – Subgrupo 12		
	SADT	Grupo 03 - Subgrupo 06		
TESTE DO PÉZINHO	SADT		118	1.416
ARTROSCOPIA DIAGNÓSTICA E TERAPÉUTICA / VIDEOARTROSCOPIA	SADT	04.08.06.071-9	10	120
ENDOSCOPIA DIGESTIVA E TERAPÊUTICA, COLONOSCOPIA	SADT	Grupo 02 - Subgrupo 09 Forma de Org.: Todos	10	120
PROCEDIMENTOS OFTALMOLÓGICOS	SADT	Grupo 02 – Sub-grupo 11	250	3.000
TOTAL	SADT		22.848	274.176

1.7.6. Discriminação geral da estrutura dos Serviços de Apoio

- a. Central de Material Esterilizado (CME);
- b. Farmácia;
- c. Rouparia;
 - c1. Processamento de roupas de cama e banho, vestuário médico, de enfermagem e pacientes – 15.200Kg/mês
- d. Almoxarifado;
- e. Nutrição (incluídas enteral e parental);
 - e1. Servir 36.600 refeições/mês para R.H., pacientes, acompanhantes e Pronto Socorros (Central e Infantil).
- f. Serviço de Hemoterapia;
 - f1. Fornecer de 10 a 15 unidades de bolsas de sangue, por leito, por ano, de acordo com protocolos do Ministério da Saúde e da Hemorrede local.
- g. Fisioterapia;
 - g1. Contratação de serviço de fisioterapia para pacientes internados.
- h. Gás de cozinha

- h1. Fornecimento de gás de cozinha (GLP) em aproximadamente 1000 kg/mês
- i. Oxigênio líquido medicinal
 - i1. Fornecimento de oxigênio medicinal para pacientes internados e P. Socorros em aproximadamente 14.600 m³/mês
- j. Arquivo de Prontuário de Usuário;
- k. Manutenção Preditiva, Preventiva e Corretiva de Equipamentos;
- l. Manutenção Predial e Conforto Ambiental.

1.7.7. Novas Especialidades de Atendimento e Programas Especiais

Se ao longo da execução das atividades relacionadas no Termo de Referência e de comum acordo, a unidade hospitalar se propuser ou for requisitada a realizar outros tipos de atividades, que não compuserem o perfil de complexidade e habilitação no SCNES, seja pela introdução de novas especialidades médicas, seja pela realização de programas especiais para determinado tipo de usuário ou pela introdução de novas categorias de exames laboratoriais, estas atividades poderão ser implantadas pela unidade com a aprovação e comum acordo entre a SMS/CUBATÃO e a AHBB após análise técnica, sendo quantificadas separadamente do atendimento rotineiro da unidade hospitalar e sua orçamentação econômico-financeira será discriminada e homologada através de Repactuação do Contrato de Gestão.

2. PROPOSTA DE MODELO GERENCIAL

Estrutura Diretiva do Hospital

a) Descrição do Organograma até terceiro nível

O modelo de organograma para o Hospital Municipal de Cubatão – Dr. Luiz Camargo da Fonseca e Silva, bem como a definição das competências e rotinas de cada membro do corpo diretivo, encontram-se em Anexo I – Material Técnico.

b) Currículos e Atestados

Os currículos referentes aos dois primeiros níveis do corpo diretivo encontram-se em Anexo II.

3. EIXO I - ASSISTÊNCIA

3.1. Área Assistencial

Considerando o Modelo de Excelência em Gestão, alinhado aos Princípios do SUS, a AHBB propõe oferecer assistência ao usuário pautada em 04 eixos norteadores, descritos a seguir:

I. Eixo 1: Gestão e Liderança Médica

A gestão dos processos médicos na AHBB tem fortalecimento dos dispositivos norteadores da Gestão da Clínica e do Cuidado.

A Gestão da Clínica será implantada de acordo com os determinantes para obtenção de resultado efetivo com conjunto de tecnologias de micro gestão da clínica, destinado a prover uma atenção à saúde de qualidade:

- Centrada nas pessoas;
- Efetiva, estruturada com base em evidências científicas;
- Segura, que não cause danos às pessoas e aos profissionais de saúde;
- Eficiente, provida com os custos ótimos;
- Oportuna, prestada no tempo certo;
- Equitativa, de forma a reduzir as desigualdades injustas;
- Ofertada de forma humanizada.

Objetivo:

- Contribuir para amenizar as Leis e Princípios dos Sistemas de Saúde que levam à configuração de um mercado imperfeito, gerando as falhas de mercado;
- Auxiliar na organização do sistema de atenção à saúde e na melhora da qualidade da atenção;
- Garantir que os objetivos da efetividade, da eficiência e da segurança dos sistemas de atenção à saúde sejam alcançados.

Tecnologias de Gestão da Clínica utilizadas pela AHBB:

As Diretrizes Clínicas são recomendações preparadas, de forma sistemática, com o propósito de influenciar decisões dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias a respeito da atenção apropriada, em circunstâncias clínicas específicas. Para alcançar seus objetivos, as diretrizes clínicas devem combinar:

- Medicina baseada em evidência;
- Avaliação tecnológica em saúde;
- Avaliação econômica dos serviços de saúde;
- Garantia de qualidade.

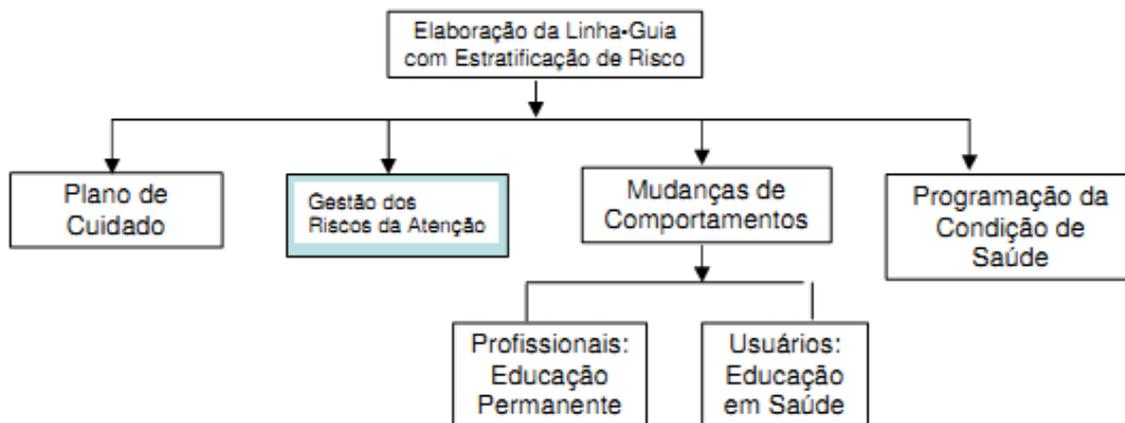
Os Protocolos Clínicos são recomendações sistematicamente desenvolvidas com o objetivo de prestar a atenção à saúde apropriada em relação a partes do processo de uma condição de saúde e em um ponto de atenção à saúde determinado.

As Linhas-guia (*Guidelines*) são recomendações sistematicamente desenvolvidas com o objetivo de prestar a atenção à saúde apropriada em relação a uma determinada condição de saúde, realizadas de modo a normatizar todo o processo, ao longo de sua história natural, cobrindo, portanto, as intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas realizadas em todos os pontos de atenção de uma rede de atenção à saúde.

- As linhas-guia normatizam todo o processo de atenção à saúde, em todos os pontos de atenção, obedecendo à ação coordenadora da atenção primária à saúde;
- As linhas-guia aproximam-se de um conceito muito utilizado no SUS, as Linhas de Cuidado.

A Gestão da Condição de Saúde (figura 4) é constituída por processos de gerenciamento de uma determinada condição de saúde, já estabelecida, por meio de um conjunto de intervenções gerenciais, educacionais e no cuidado, com o objetivo de alcançar bons resultados clínicos, de reduzir os riscos para os profissionais e para as pessoas usuárias, contribuindo para a melhoria da eficiência e a da qualidade da atenção à saúde (MENDES, 2002).

Figura 4 – Estruturação da Gestão da Condição de Saúde



Fonte: Mendes (2012)

Gestão do Caso – Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) é o processo cooperativo que se desenvolve entre um profissional gestor de caso e uma pessoa portadora de uma condição de saúde muito complexa e sua rede de suporte para planejar, monitorar e avaliar opções de cuidados e de coordenação da atenção à saúde, de acordo com as necessidades da pessoa e com o objetivo de propiciar uma atenção de qualidade, humanizada e capaz de aumentar a capacidade funcional e de preservar autonomia individual e familiar (MENDES, 2002).

Gestão da Demanda (Lista de Espera): Intervenções nos 02 lados (Oferta X Demanda):

- Oferta: incrementar a produtividade dos serviços. Por exemplo, incrementando a quantidade dos serviços e a produtividade do sistema por meio da ambulatorização de cirurgias eletivas ou definindo incentivos para aumento da oferta como nos esforços concentrados;
- Demanda: adotar políticas de redução das necessidades por melhorias na Atenção Básica e de racionalização da demanda por meio do estabelecimento de critérios de riscos.

O sistema KANBAN nas unidades de atendimento ao usuário pode ser entendido como uma ferramenta de qualificação do gerenciamento do cuidado, por sítios assistenciais. Dessa forma, através dessa ferramenta podemos identificar o paciente, identificar a equipe responsável, localizar o paciente na emergência, indicar o tempo de permanência, entre outros. Ao transportamos essa ferramenta para a saúde, o principal ganho reside no fato de que, ao diagnosticarmos o tempo de permanência que o paciente se encontra em uma determinada unidade, é

possível, através da visualização, disparar a necessidade de identificar a(s) causa(s) que determinam a demora e intervir sobre a(s) mesma(s). E conseqüentemente isso impactará na melhor assistência prestada.

Gestão do Cuidado: conjunto de saberes, práticas e/ou intervenções voltado à promoção, preservação ou recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade:

- Visa qualificar a vida e/ou proporcionar alívio de um sofrimento ocasionado por uma circunstância ou patologia;
- Engloba desde iniciativas singulares de autocuidado desenvolvidas pelos próprios indivíduos, até atividades ofertadas de forma organizada pelos sistemas de saúde;
- A oferta do cuidado constitui-se em finalidade última dos sistemas de saúde.

Ferramentas a serem utilizadas na Gestão do Cuidado:

- Sistema de apoio a comunicação e informação;
- Sistema de regulação do acesso;
- Processos de educação permanente;
- Gestão de Fluxos, Sistemas de transporte e Protocolos Operacionais Padronizados;
- Projeto Terapêutico;
- Equipe de Referência;
- Apoio matricial, Telemedicina e Supervisão formativa.

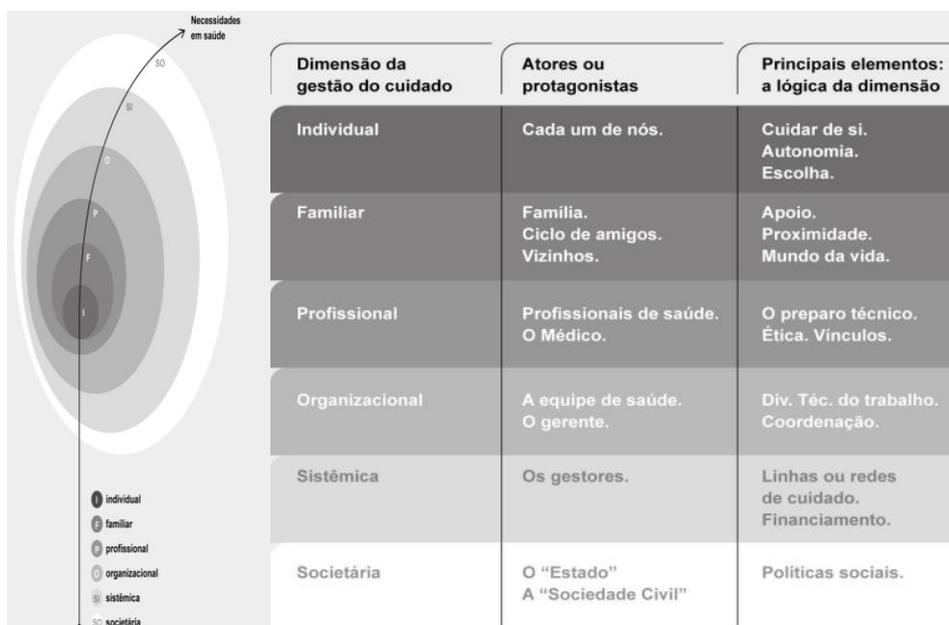
Quadro 2 - Alguns diferenciais entre as dimensões do “cuidado” e da “clínica”

Cuidado	Clínica
. Pressupõe a abordagem integral do processo saúde/doença.	. Incide predominantemente sob as fases de prevenção, cura e reabilitação
. Exige saberes e tecnologias de vários campos do conhecimento.	. Assenta-se no modelo biomédico
. Pressupõe a participação integrada de diferentes profissionais.	. Valoriza o conhecimento e a participação de cada profissional individualmente, mesmo que de forma complementar.
. Considera o usuário como sujeito social e como sujeito de seu próprio processo terapêutico.	

. Valoriza a participação social.

Fonte: Carmen Lavras/PESS/NEPP/UNICAMP.

Figura 5 – Gestão do Cuidado



Fonte: CECILIO, L.C.O./USP/SP (2007)

O Corpo Clínico do Hospital Municipal de Cubatão terá suas ações normatizadas através de Regimento Interno aprovado por todos e homologado pelo CRM/SP.

II. Regimento Interno do Corpo Clínico

O Hospital Municipal Dr. Luiz de Camargo da Fonseca e Silva é uma entidade de Direito Público (Privado), constituída juridicamente como (Sociedade Civil), prestadora de serviços devidamente registrada junto aos órgãos públicos, sediada na cidade de Cubatão, no Estado de São Paulo, administrada pela AHBB – Associação Hospitalar Beneficente do Brasil.

Este instrumento tem como objetivo definir o Regimento do Corpo Clínico, que normatiza e oferece diretrizes de organização e relacionamento do serviço médico no Hospital.

MODELO: Regimento Interno do Corpo Clínico

CAPÍTULO I

DOS PRINCÍPIOS E OBJETIVOS

Art. 1º

Os médicos do Hospital Municipal Dr. Luiz de Camargo da Fonseca e Silva nortearão seus atos pelos princípios do humanismo, do Código de Ética Médica e vocação do Hospital.

Art. 2º

O trabalho médico no Hospital Municipal Dr. Luiz de Camargo da Fonseca e Silva será desenvolvido sob duas regras fundamentais:

- I. A Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e deve ser exercida sem discriminação de qualquer natureza;
- II. O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual ele deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.

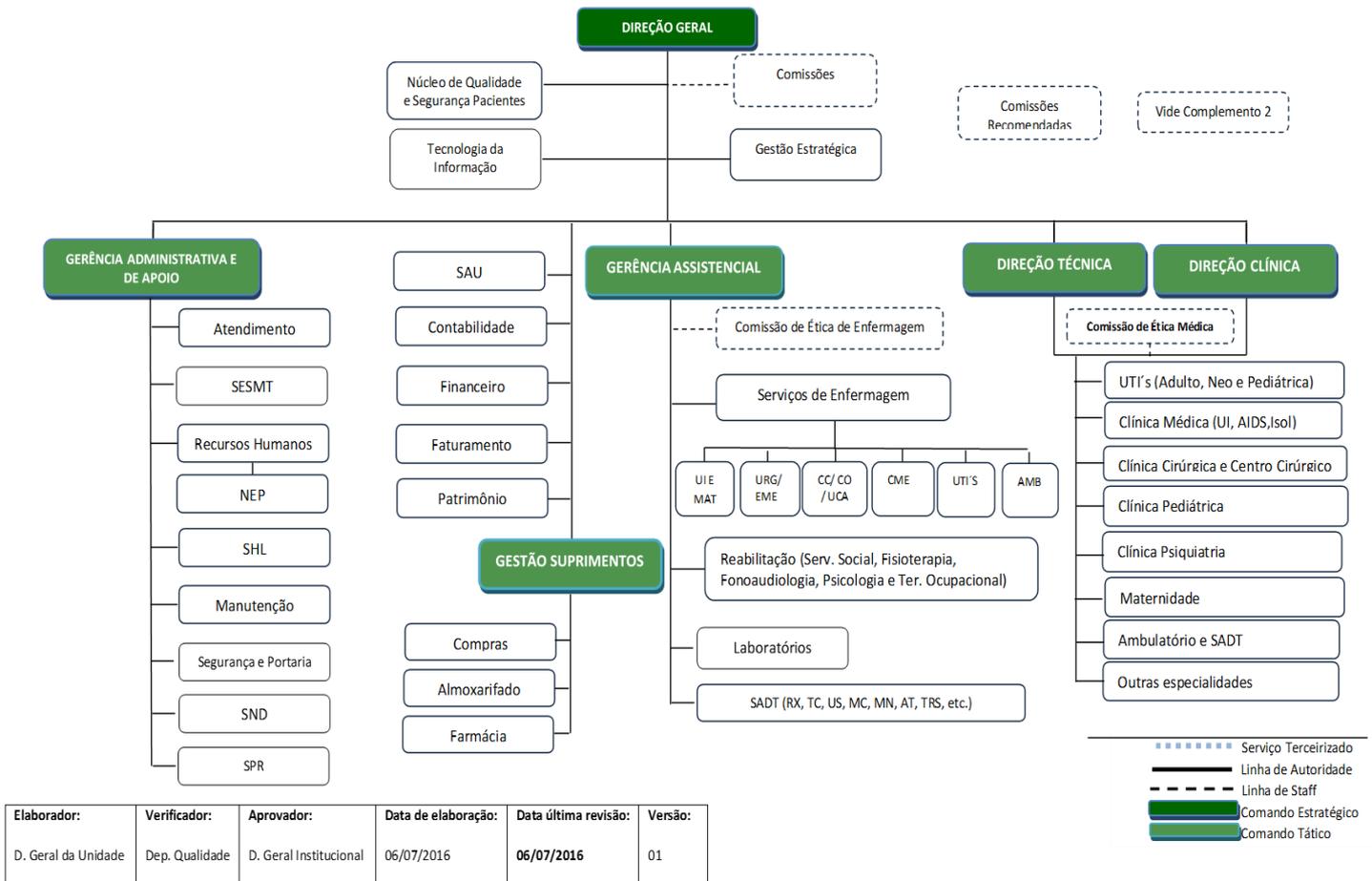
Art. 3º

Os médicos do Hospital Municipal Dr. Luiz de Camargo da Fonseca e Silva deverão buscar, de forma permanente:

- I. Proporcionar aos pacientes um atendimento médico de elevada qualidade técnica, ética e científica;
- II. Estabelecer e manter um clima de respeito, consideração e solidariedade entre os profissionais de saúde;
- III. Aprimorar seus conhecimentos médicos mediante programas de educação continuada;
- IV. Conseguir condições dignas de trabalho e remuneração, de forma hierarquizada e respeitosa.

Parágrafo Único: Os atendimentos e internações respeitarão as normas administrativas específicas estabelecidas pela Diretoria Técnica e Geral do Hospital, ressalvados os casos de urgência e emergência.

CAPÍTULO II



DA ESTRUTURA ORGÂNICA

Art. 4º

O Corpo Clínico encontra-se administrativamente apoiado pelo Diretor Geral e Diretor Técnico do Hospital, possuindo a seguinte estrutura orgânica:

CAPÍTULO III

DA ORGANIZAÇÃO

Art. 5º

O Corpo Clínico do Hospital Municipal Dr. Luiz de Camargo da Fonseca e Silva, representado pelo Diretor Clínico e formado pelos médicos é um serviço autônomo orientado por este Regimento, pela legislação em vigor e pelos atos baixados pelo Conselho Federal e Regional de Medicina.

Art. 6º

Cada serviço médico possuirá um representante, pertencente ao Corpo Clínico, e indicado pela própria equipe. Ex.: o representante da Ortopedia, mediante assuntos administrativos, é eleito pelos médicos que formam a equipe de Ortopedia, com poderes para representá-los em quaisquer situações que se fizerem necessárias.

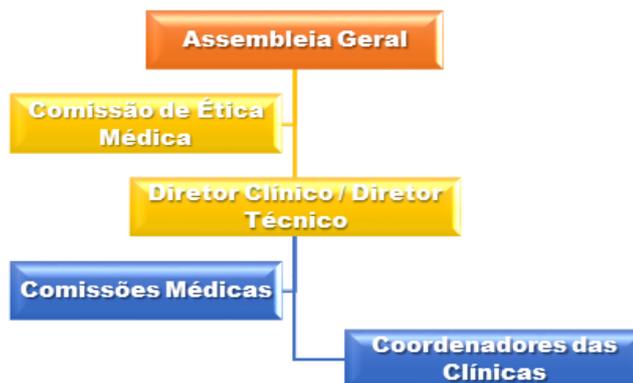
Art. 7º

O Corpo Clínico, com aval do Diretor Clínico, terá quantas comissões temporárias que julgar necessárias.

Art. 8º

O Corpo Clínico tem a seguinte estrutura:

- I. Assembleia Geral;
- II. Comissão de Ética Médica;
- III. Diretor Clínico;
- IV. Diretor Técnico;
- V. Demais Comissões Médicas e Institucionais;
- VI. Coordenadores das Clínicas;



Art. 9º

A Assembleia Geral, órgão decisório máximo do Corpo Clínico, será sempre presidida pelo Diretor Clínico ou seu Vice ou substitutos, e reunir-se-á ordinariamente a cada 06 (seis) meses, em março e outubro, para discutir os relatórios elaborados pelo Diretor Clínico e assuntos de interesse geral, com primeira convocação sempre com antecedência mínima de 10 (dez) dias, e quórum mínimo de 2/3 (dois terços) dos membros e das ausências não justificadas, decidindo por maioria simples de votos.

Caso o número de presentes não some os 2/3 (dois terços) dos membros, a Assembleia deverá ser cancelada e remarcada, ou poderá acontecer extraordinariamente, sem poder de voto ou decisão oficial legal.

Parágrafo Único: Poderá reunir-se extraordinariamente em qualquer época, para tratar de assuntos específicos, mediante a convocação por 2/3 (dois terços) dos seus membros ou a critério do Diretor Clínico, ou ainda, por solicitação da Diretoria Geral e/ou Técnica da Instituição. A antecedência mínima para este caso será de 24 (vinte e quatro) horas.

CAPÍTULO IV

DOS MEMBROS DO CORPO CLÍNICO

Art. 10

O Corpo Clínico será composto por membros distribuídos nas seguintes categorias:

- I. Membros Honorários;

- II. Membros Efetivos;
- III. Membros Eventuais;
- IV. Membros Residentes / Estagiários;
- V. Membros Temporários.

Art. 11

São membros honorários os profissionais que, por relevantes serviços prestados ao Hospital, gozem do merecido conceito ou por se tratarem de profissionais de notório conceito nos meios científicos no país ou no exterior.

- I. Para concessão do título de membro honorário, o Diretor Clínico submeterá a indicação, acompanhada de exposição de motivos e "Curriculum Vitae" do indicado, ao Corpo Clínico, que apreciará e a decisão se dará de acordo com a maioria dos votos de seus membros;
- II. Aprovada a indicação, será encaminhada à Administração do Hospital, para a concessão do título.

Art. 12

São membros efetivos do Corpo Clínico os profissionais admitidos através de concurso de provas ou provas e títulos conforme normas legais e que participam contínua e efetivamente da vida hospitalar, bem como aqueles que forem admitidos pela Diretoria da Instituição e pelo Corpo Clínico, na forma deste Regimento, podendo, inclusive, votar e serem votados.

Art. 13

São membros eventuais os médicos que internam esporadicamente seus clientes no Hospital. Poderão participar das reuniões do Corpo Clínico, mas não poderão votar, nem serem votados.

Art. 14

São membros residentes/estagiários os médicos vinculados à programação de ensino e treinamento, não podendo votar nem serem votados.

Art. 15

São membros temporários os médicos que estão exercendo suas atividades no Hospital e que estão em processo de credenciamento para a efetividade no Corpo Clínico, contudo, estão ainda dentro dos 60 (sessenta) dias solicitados pela Comissão de Ética para oficialização da inclusão.

CAPÍTULO V

DA ADMISSÃO

Art. 16

O pretendente a ingressar no Corpo Clínico deverá dirigir-se ao Diretor Clínico e/ou Diretor Técnico, mediante requerimento escrito, com experiência profissional comprovada, tendo anexados os seguintes documentos:

- I. Curriculum Vitae;
- II. Cópia autenticada do Diploma de Médico;
- III. Cópia autenticada do Título de Especialista;
- IV. Cópia autenticada de Certificados de Cursos;
- V. Cópia das folhas 2, 3 e 5 da Carteira do CRM (inclusive anuidade atualizada);
- VI. Cópia de comprovante de residência;
- VII. Documentação pessoal (RG, CIC, Certificado de Reservista, Título de Eleitor);
- VIII. Carta de referência de Professores/ Doutores de Universidades do Brasil ou do exterior, bem como de outras instituições em que já trabalhou (essa apresentação é facultativa).

Art. 17

Será constituída uma Comissão de Credenciamento formada pelo Diretor Clínico e Diretor Técnico, que deve aprovar, em primeira instância, a entrada de qualquer novo membro no Corpo Clínico do Hospital.

Parágrafo Primeiro: Uma vez preenchidos os requisitos dos artigos 16 e 17, o médico fará parte do Corpo Clínico como membro temporário, por 60 (sessenta) dias, sendo esse o prazo que a Comissão de Ética terá para analisar sua vida acadêmica e profissional. Não apresentando nenhuma irregularidade, o médico passará automaticamente a membro efetivo, caso contrário, cabe a decisão à Assembleia do Corpo Clínico.

Parágrafo Segundo: Serão admitidos também, como Membros Efetivos do Corpo Clínico, os médicos contratados por órgãos que mantenham convênio com o Hospital para o atendimento exclusivo de colaboradores e dependentes, ficando este profissional subordinado a todas as normas do Hospital, enquanto perdurar a vigência do contrato em questão.

CAPÍTULO VI

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 18

Compete à Assembleia Geral:

- I. Fixar orientação geral superior para o exercício da Medicina na Instituição, observadas as disposições legais vigentes e determinações dos órgãos componentes;
- II. Alterar ou modificar o Regimento do Corpo Clínico, observando-se as resoluções pertinentes;
- III. Eleger o Diretor Clínico, seu vice, e os membros da Comissão de Ética por votação direta e secreta em Processo Eleitoral por maioria simples de votos e especialmente convocado com essa finalidade, por edital, com antecedência de pelo menos 30 (trinta) dias, pelo Diretor Clínico em exercício;
- IV. Dirimir eventuais dúvidas suscitadas pela orientação dada, seja pela Diretoria Clínica, seja pela Comissão de Ética Médica ou Coordenador de Clínica, ou ainda, conflitos de atribuições desses órgãos, uns em relação a outros;

- V. Definir que o Diretor Clínico seja o responsável por comunicar às autoridades da Instituição a orientação superior aprovada para as soluções dos problemas éticos e técnicos;
- VI. Propor ao Corpo Clínico exclusão de membros, em decisão a ser tomada por 2/3 (dois terços) dos componentes, excluindo na totalidade os que justificarem a ausência com antecedência de no mínimo 24 horas da realização da Assembleia;
- VII. Solicitar esclarecimentos ao Diretor Clínico e Técnico sobre seus atos, quando entender necessário.

Art. 19

O Diretor Clínico e seu Vice serão eleitos na forma prevista no artigo 18, e as especificidades da eleição para membros da Comissão de Ética Médica serão de acordo com o Capítulo IV da Resolução 1.657 do CFM.

Parágrafo Único: O Diretor Clínico e seu Vice tomarão posse imediatamente e exercerão seus cargos pelo prazo de 02 (dois) anos, podendo ser reeleitos por mais dois períodos iguais.

Art. 20

Compete ao Diretor Clínico:

- I. Dirigir e coordenar as atividades médicas do Hospital;
- II. Servir como elo entre o Corpo Clínico e a Administração do Hospital;
- III. Ressaltar no Corpo Clínico o sentido de responsabilidade profissional e zelar para que isto aconteça;
- IV. Ter conhecimento das solicitações do Corpo Clínico, tomando as providências cabíveis e possíveis;
- V. Proibir a utilização de históricos clínicos, salvo para assuntos técnico-científicos, sempre respeitando a privacidade do paciente e o sigilo profissional;
- VI. Nomear as Comissões Permanentes e Temporárias;
- VII. Relacionar-se administrativamente com o Diretor Geral e Diretor Técnico do Hospital;

- VIII. Propiciar aos membros do Corpo Clínico a participação em congressos, simpósios, cursos e palestras, desde que agendados previamente e sem prejuízo do serviço;
- IX. Conseguir material didático e de atualização, para estudos;
- X. Promover cursos, palestras e outras iniciativas que contribuam para evolução dos profissionais da Medicina;
- XI. Cumprir e fazer cumprir o Regulamento do Hospital e o presente Regimento;
- XII. Encaminhar ao Conselho Regional de Medicina ata da eleição da Comissão de Ética Médica para homologação;
- XIII. Assegurar autonomia de funcionamento à Comissão de Ética Médica;
- XIV. Pesquisar e emitir parecer sobre serviços a serem implantados no Hospital se envolverem atividades médicas.

Art. 21

Compete ao Vice-Diretor Clínico:

- I. Substituir o Diretor Clínico na ausência deste;
- II. Realizar as tarefas que o Diretor Clínico lhe confiar.

Art. 22

Compete ao Diretor Técnico:

- I. O Diretor Técnico será indicado pela Direção Geral, devendo estar capacitado, ter perfil de liderança e livre acesso junto aos membros do Corpo Clínico, tendo como competências principais:
- II. Organizar e supervisionar as atividades médicas, responsabilizando-se pelas atividades técnicas do serviço médico no Hospital;
- III. Assegurar o exercício correto da Medicina no Hospital, conforme as normas vigentes;
- IV. Propor organização de serviços médicos e do Corpo Clínico à Diretoria, bem como a criação de novos serviços;
- V. Assegurar autonomia à Comissão de Ética Médica, para que funcione adequadamente;
- VI. Propiciar a integração permanente entre o Corpo Clínico e a Diretoria do Hospital;

- VII. Pesquisar e emitir parecer sobre serviços a serem implantados no Hospital, quando envolverem os médicos;
- VIII. Orientar os médicos e fixar rotinas estabelecendo direcionamento das condutas técnicas do Corpo Clínico;
- IX. Reportar-se à Diretoria do Hospital para o perfeito desempenho das suas funções;
- X. Participar das Comissões existentes no Hospital sempre que for necessária a presença do profissional médico;
- XI. Comparecer à Justiça e a outras repartições públicas, sempre que solicitado, para prestar informações;
- XII. Solicitar as escalas de plantão médico das respectivas Clínicas, e divulgá-las nos serviços interessados;
- XIII. Proibir a retirada de prontuários, equipamentos, medicamentos e materiais pertencentes ao Hospital, sem autorização da Diretoria do Hospital;
- XIV. Apresentar a Diretoria do Hospital o relatório anual das atividades médicas necessárias à elaboração da proposta orçamentária, dentro dos prazos estipulados;
- XV. Produzir e assinar toda documentação necessária ao bom desempenho de suas atribuições;
- XVI. Disciplinar a liberação de informações médicas ao público, em relação ao diagnóstico e tratamento dos pacientes, consultando se necessário, a Comissão de Ética. As informações de caráter legal só deverão ser liberadas com a aprovação da Administração do Hospital;
- XVII. Supervisionar as atividades dos estagiários da área médica;
- XVIII. Manter prontuário completo de cada médico, contendo o credenciamento ao Corpo Clínico, cópia autenticada de toda a documentação constante do artigo 16 e incisos do presente Regimento e comprovantes do pagamento das anuidades do Conselho Regional de Medicina;
- XIX. Exercer responsabilidade técnica e legal perante o Conselho Regional de Medicina, entidades jurídicas e policiais;
- XX. Fazer com que o prontuário médico seja completo, legível e mantido atualizado, segundo as normas do CRM.

Art. 23

Compete aos Coordenadores das Clínicas:

- I. Supervisionar a orientação médica do serviço;
- II. Organizar a Clínica, de tal maneira que os pacientes recebam assistência eficiente e contínua;
- III. Determinar a elaboração do prontuário de cada paciente, para que esteja conforme com as normas legais e as aprovadas pela Diretoria do Hospital;
- IV. Verificar a correta internação de pacientes nas respectivas Clínicas, bem como a programação do serviço;
- V. Promover reuniões periódicas com os médicos que atuam no Hospital, procurando resolver os casos clínicos, assim como estudar os prontuários e tudo que se relacione com melhor assistência e com aperfeiçoamento técnico, sempre que possível com o apoio e intervenção da Comissão de Prontuário e Comissão de Óbito;
- VI. Introduzir o novo profissional médico às dependências do Hospital, às normas e aos colegas de trabalho;
- VII. Manter contato constante com outras instituições, visando melhorias que podem ser introduzidas no Hospital;
- VIII. Estimular o espírito de equipe entre seus colegas;
- IX. Comunicar ao Diretor Clínico qualquer irregularidade encontrada, inclusive sugerindo as providências;
- X. Fazer obedecer ao presente Regimento.

Art. 24

Compete aos Membros do Corpo Clínico:

- I. Prestar assistência a todos os pacientes que procurarem o Hospital, respeitadas as suas finalidades;
- II. Manifestar-se por escrito à Comissão de Ética a respeito de admissão/demissão de membros do Corpo Clínico;
- III. Manifestar-se por escrito sobre a punição de médicos;
- IV. Colaborar em investigação e pesquisa científica;
- V. Participar na educação sanitária da comunidade;
- VI. Colaborar nos programas de treinamento do pessoal do Hospital;
- VII. Desenvolver o espírito de integridade entre os profissionais da saúde;

- VIII. Procurar manter boas relações de trabalho com a Diretoria do Hospital;
- IX. Manter atualizado o prontuário médico de seus pacientes, assinando os documentos com a aposição do carimbo com nº do CRM, o que possibilita a elucidação de questões administrativas, éticas ou jurídicas;
- X. Participar das reuniões convocadas pelo Diretor Clínico, Diretor Técnico, pela Diretoria Geral e/ou pelos Coordenadores das Clínicas, quando convocado ou convidado.

CAPÍTULO VII

DOS DIREITOS E DEVERES

Art. 25

São deveres dos Membros do Corpo Clínico:

- I. Cumprir e fazer cumprir este Regimento, o Regulamento do Hospital, as normas técnicas e administrativas do Hospital e o Código de Ética Médica, denunciando os profissionais que não o fizerem;
- II. Assistir a todos os pacientes sob seu cuidado com respeito, consideração, zelo e ética profissional;
- III. Apresentar por escrito, ao Diretor Clínico, sugestões para manutenção e aprimoramento da qualidade dos serviços médicos e hospitalares;
- IV. Zelar pelo bom nome do Hospital e do Corpo Clínico;
- V. Zelar pelo aperfeiçoamento profissional, técnico e ético de seus membros em condições de equipe e justiça;
- VI. Participar das reuniões convocadas pelo Diretor Clínico e pela Diretoria da Instituição;
- VII. Participar das reuniões do Corpo Clínico;
- VIII. Participar das reuniões sobre discussão e revisão de casos médicos tratados no Hospital;

- IX. Participar nos programas de ensino e treinamento tanto de seus membros quanto nos demais profissionais que atuam junto aos pacientes;
- X. Zelar para que não se executem tratamentos discutíveis do ponto de vista ético ou científico, levando-os ao conhecimento do Diretor Clínico;
- XI. Colaborar com as Comissões específicas do Hospital;
- XII. Elaborar o prontuário dos seus pacientes, com registros à elucidação de casos em qualquer momento;
- XIII. O médico deverá restringir sua prática à área para a qual foi admitido, exceto em situações de emergência ou quando solicitado a atuar ou auxiliar em outras.

Art. 26

São direitos dos Membros do Corpo Clínico:

- I. A autonomia profissional;
- II. O direito à ampla defesa e a devida obediência às normas legais e vigentes no caso de admissão e exclusão de membros, que será decidida pelo Corpo Clínico;
- III. O acesso ao Hospital e seus serviços;
- IV. Votar e ser votado conforme o caso e categoria;
- V. Receber remuneração pelos serviços prestados de forma mais direta e imediata possível;
- VI. Comunicar falhas observadas na assistência prestada pelo Hospital e reivindicar melhorias que resultem em aprimoramento da assistência aos pacientes;
- VII. Assistir seus pacientes, valendo-se dos recursos técnicos disponíveis;
- VIII. Eleger o Diretor Clínico e o Vice-Diretor, bem como a Comissão de Ética Médica.

CAPÍTULO VIII

DAS PUNIÇÕES

Art. 27

Será passível de punição o Membro do Corpo Clínico que:

- I. Não observar o Regulamento, este Regimento, normas técnicas e administrativas do Hospital;
- II. Praticar atos médicos contrários à legislação vigente;
- III. Praticar atos que causem danos financeiros ao Hospital ou a terceiros.

Parágrafo Único: Constatada a prática de uma atitude que se enquadre nas disposições acima, será o fato levado ao conhecimento do médico mediante qualquer meio, podendo ser convocado juntamente com outros envolvidos para esclarecimentos, sendo-lhe garantido amplo direito de defesa, que deverá ser feita por escrito e entregue ao Diretor Clínico no prazo improrrogável de 07 (sete) dias úteis a contar de sua citação.

Art. 28

Evidenciada a existência de indícios de infração ética, a Comissão de Ética instaurará sindicância, obedecendo aos preceitos contidos na Resolução 1.657 e eventuais alterações, e formulará relatório circunstanciado acerca do problema, encaminhando-o, caso necessário, ao CRM, sem emitir juízo. Todos os atos da Comissão de Ética Médica relacionados com a fiscalização ou sindicâncias terão caráter sigiloso. As sindicâncias serão instauradas mediante:

- a) Denúncia por escrito, devidamente identificada e, se possível, fundamentada;
- b) Denúncia, por escrito, do Diretor Clínico ou Diretor Técnico;
- c) Deliberação da própria Comissão de Ética Médica;
- d) Solicitação da Delegacia Regional, Seccional ou Representação;
- e) Determinação do Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo Primeiro: Todos os documentos relacionados com os fatos, quais sejam, cópias dos prontuários, das fichas clínicas, das ordens de serviço e outros que possam colaborar no deslinde da questão, serão apensados à sindicância quando for decidido enviá-la ao Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo Segundo: O acesso a estes documentos e aos autos é facultado somente às partes e à Comissão de Ética Médica.

Parágrafo Terceiro: O Presidente da Comissão de Ética Médica nomeará um membro sindicante para convocar e realizar audiências, analisar documentos e elaborar relatório à Comissão.

Parágrafo Quarto: Caso necessário, a Comissão de Ética Médica poderá solicitar novas diligências para melhor elucidação do(s) fato(s).

Parágrafo Quinto: Em casos de menor gravidade e que não tenham acarretado danos para terceiros, a Comissão de Ética Médica poderá procurar a conciliação entre as partes envolvidas “*ad referendum*” do Plenário do Conselho Regional de Medicina e:

- a) Caso haja conciliação, a Comissão lavrará tal fato em ata específica;
- b) Caso não haja conciliação a sindicância seguirá seu trâmite normal, a partir do envio do relatório circunstanciado ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 29

Uma vez que, utilizado o direito de defesa, for definido que o infrator deverá ser punido, com exceção dos casos encaminhados ao CRM, através de sindicância da Comissão de Ética Médica, devido ter sido evidenciado a existência de indícios de infração ética, a qual a punição se dará somente mediante determinação do referido Conselho após a competente tramitação, serão aplicadas pelo Diretor Clínico as seguintes punições, de acordo com a gravidade do ato praticado:

- a) Advertência por escrito;
- b) Suspensão de suas atividades no Hospital por 30 (trinta) dias;

- c) Exclusão do Corpo Clínico, sendo que esta penalidade será homologada em Assembleia Geral do Corpo Clínico.

CAPÍTULO IX

DA CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

Art. 30

De acordo com a Resolução 1.657 do CFM, as Comissões de Ética serão compostas por 01 (um) Presidente, 01 (um) Secretário e demais Membros Efetivos e Suplentes, eleitos pelos médicos que compõem o Corpo Clínico.

A Comissão de Ética Médica definirá calendário de reuniões ordinárias e fará reuniões extraordinárias sempre que necessário e será instalada obedecendo aos seguintes critérios de proporcionalidade:

- I. Se na instituição houver até 15 (quinze) médicos não haverá a obrigatoriedade da Comissão de Ética;
- II. Se na instituição houver de 16 (dezesesseis) a 99 (noventa e nove) médicos, a Comissão de Ética Médica será ser composta por 03 (três) membros efetivos e igual número de suplentes;
- III. Se na instituição houver de 100 (cem) a 299 (duzentos e noventa e nove) médicos, a Comissão de Ética Médica será ser composta por 04 (quatro) membros efetivos e igual número de suplentes;
- IV. Se na instituição houver de 300 (trezentos) a 999 (novecentos e noventa e nove) médicos, a Comissão será ser composta por 06 (seis) membros efetivos e igual número de suplentes;
- V. Se na instituição houver um número igual ou superior a 1.000 (mil) médicos, a Comissão de Ética será ser composta por 08 (oito) membros efetivos e 08 (oito) suplentes.

Parágrafo Único: Não poderão integrar as Comissões de Ética Médica os médicos que exercerem cargos de Direção Técnica, Clínica ou Geral/Administrativa da Instituição e os que não estejam quites com o Conselho Regional de Medicina.

Quando nas funções acima, após terem sido eleitos, os membros efetivos serão substituídos pelos suplentes.

Art. 31

O mandato das Comissões de Ética será de até 30 (trinta) meses.

Parágrafo Primeiro: Nos casos de afastamento definitivo ou temporário de um de seus membros efetivos, a Comissão procederá à convocação do suplente respeitando a ordem de votação para a vaga ocorrida, pelo tempo que perdurar o afastamento, devendo oficializar tal decisão ao Conselho Regional de Medicina imediatamente após o feito.

Se o membro da Comissão de Ética Médica deixar de fazer parte do Corpo Clínico do estabelecimento de saúde respectivo, o seu mandato cessará automaticamente.

Nos casos de vacância do cargo de Presidente ou de Secretário, far-se-á nova escolha, pelos membros efetivos, para o cumprimento do restante do mandato.

Quando ocorrer vacância em metade ou mais dos cargos da Comissão de Ética, será convocada nova eleição para preenchimento dos cargos vagos de membros efetivos ou suplentes.

Caso ocorra alguma denúncia envolvendo um membro da Comissão de Ética Médica, o mesmo afastar-se-á da Comissão enquanto durar a sindicância que será instaurada para elucidar os fatos.

Parágrafo Segundo: Todas as deliberações da Comissão de Ética Médica dar-se-ão por maioria simples de votos, sendo prerrogativa do Presidente o “voto de Minerva” em caso de empate.

Parágrafo Terceiro: As competências específicas dos membros da Comissão de Ética Médica serão de acordo com os artigos 11, 12 e 13 da Resolução 1.657 do CFM e detalhadas em seu Regimento Interno e sua Ata de Abertura.

CAPÍTULO X

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 32

O Regimento deverá ser observado integralmente por todos os membros do Corpo Clínico, será disponibilizado a cada médico, mediante protocolo de entrega e responsabilidade sobre o mesmo.

Art. 33

É função do Diretor Clínico manter este Regimento atualizado e aprovado, revisando-o a cada troca de mandato.

CAPÍTULO XI

DAS CONSIDERAÇÕES FINAIS

Art. 34

O presente Regimento entra em vigor a partir da data de sua aprovação e assinatura do Diretor Clínico e Diretor Técnico, homologado pelo Corpo Clínico e aprovado pelo Conselho Regional de Medicina.

Art. 35

Os casos omissos neste Regimento serão tratados pela Diretoria do Hospital ou Conselho Regional de Medicina.

APROVAÇÃO

Data: ____/____/____

Diretor Clínico

Data: ____/____/____

Diretor Técnico

HOMOLOGAÇÃO

Homologado pelo Corpo Clínico em: XXXXXXXX (Cidade e Estado do CRM), XX de XXXXXX de 2012, conforme lista de assinaturas anexa na Ata da 1ª. Assembleia Geral do Corpo Clínico.

Aprovado pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de XXXX – CRM-XX.

(CIDADE), _____/_____/_____.

Dr(a).

Dr(a).

Dr(a).

Os protocolos clínicos desenhados para a prática médica encontram-se me Anexo I – Material Técnico.

III. Eixo 2: Gestão e Liderança na Assistência de Enfermagem

A efetivação do Modelo Gerencial e Assistencial de Enfermagem para o Hospital Municipal de Cubatão tem como objetivo principal a prestação de assistência integral à população, que necessita dos serviços de saúde para atingir a sua finalidade produtiva, ou seja, a produção de ações de saúde realizadas de forma ética, digna e segura.

Para desenvolver o modelo serão elaborados Projetos e Diretrizes baseados nas Políticas de gestão hospitalar do SUS 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.

A AHBB elaborou o modelo preconizado na missão, visão e valores da enfermagem como elementos essenciais para nortear a equipe na reflexão diária sobre o seu trabalho bem como contribuir para o alcance da qualidade da assistência.

A missão da Enfermagem é desenvolver ações de atenção integral a saúde dos usuários, com excelência e eficácia, respeitando os princípios éticos, técnicos e científicos da categoria, mantendo-se em consonância com a missão da Instituição contratante.

Ser referência na assistência e na construção de conhecimentos configura-se como visão; os valores da enfermagem devem ser respeito à vida do cliente e familiares em todas as suas dimensões.

Os serviços de enfermagem serão pautados em ações que permitam assistência integral e sistematizada:

- ✓ **Ações Administrativas:** são aquelas referentes ao planejamento, organização, comando, coordenação e controle de atividades desenvolvidas nas unidades;
- ✓ **Ações Assistenciais** constituem as funções desempenhadas diretamente com ou para o paciente, ou seja, os cuidados diretos prestados pelo enfermeiro ao paciente, como também os cuidados indiretos.;
- ✓ **Ações relativas ao Sistema de Informação** são atividades que dizem respeito à forma como é processada a comunicação da equipe de enfermagem tanto no âmbito interno quanto na interação com os demais integrantes da equipe de saúde;
- ✓ **Ações Educativas** são aquelas relacionadas com a aquisição de novos conhecimentos por parte do enfermeiro e do pessoal de enfermagem. Essas ações seriam as atividades de pesquisa em trabalho realizadas pelo enfermeiro, como a promoção e colaboração ao ensino de profissional de enfermagem pela Educação Permanente.

O enfermeiro deverá estimular comunicação da equipe de enfermagem e demais integrantes da equipe de saúde, permitindo melhor assistência ao paciente; incorporando no seu processo de gestão valores mais flexíveis, inovadores e

humanos. Além disso, a comunicação da equipe com o paciente constitui-se dimensão central para o cuidado.

Por fim é esperado que o modelo gerencial/assistencial de enfermagem seja centrado na assistência ao paciente e envolva o planejamento, a direção, a supervisão e avaliação das ações de enfermagem, visando à melhoria da qualidade da assistência.

IV. Regimento do Serviço de Enfermagem

O objetivo do serviço de enfermagem da AHBB é desenvolver ações de atenção integral a saúde dos usuários, com excelência e eficácia, respeitando os princípios éticos, técnicos e científicos da categoria, mantendo-se em consonância com a missão da Instituição contratante.

O Regimento do Serviço de Enfermagem contempla as finalidades, posição, recursos humanos e atribuições da Enfermagem, requisito para ingresso nos serviços, horário e disposições gerais.

Ressalta-se que no **Modelo** Regimento de Enfermagem apresentado a seguir estão descritas as competências e atribuições de todos os cargos possíveis para a área. Entretanto, os cargos serão preenchidos conforme necessidade de cada instituição e/ou porte da mesma, não sendo necessariamente realizada a contratação de todas as funções descritas.

MODELO: Regimento do Serviço de Enfermagem

O objetivo do serviço de enfermagem da AHBB é desenvolver ações de atenção integral a saúde dos usuários, com excelência e eficácia, respeitando os princípios éticos, técnicos e científicos da categoria, mantendo-se em consonância com a missão da Instituição contratante

O Regimento do Serviço de Enfermagem contempla as finalidades, posição, recursos humanos e atribuições da Enfermagem, requisito para ingresso nos serviços, horário e disposições gerais.

É de caráter normativo e flexível e tem por finalidade orientar, instruir e fomentar uma assistência de enfermagem, baseada nos preceitos da lei, da ética e

em referenciais teórico-práticos que viabilizam a construção do conhecimento e a promoção da assistência de enfermagem, com competência, qualidade e humanismo.

CAPÍTULO I

Da Finalidade

Art. 1º

O Serviço de Enfermagem tem por finalidade prestar uma assistência com qualidade, com ausência de riscos ao cliente/ paciente, atuando em consonância com a Missão, Visão e Valores institucionais, têm a filosofia baseada nos seguintes princípios:

- a) Promoção da saúde e prevenção de doenças;
- b) Atendimento humanizado e integral;
- c) Respeito ao paciente, família e profissionais;
- d) Trabalho multiprofissional, respeitando o modelo de gestão e atenção;
- e) Incentivo ao desenvolvimento pessoal através de capacitações e estímulo ao trabalho em equipe;
- f) Promoção da interação de ensino/ pesquisa/ assistência propiciando espaços de prática para os cursos de enfermagem.

CAPÍTULO II

Da Responsabilidade

Art. 2º

Compete ao Serviço de Enfermagem:

- a) Fazer cumprir a Lei do Exercício Profissional conforme Decreto nº 94.406 de 08/06/1987;
- b) Fazer cumprir o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem conforme Resolução COFEN nº 311/2007;
- c) Realizar o dimensionamento do pessoal de enfermagem conforme Resolução COFEN nº 293/2004;

- d) Estabelecer políticas da assistência de enfermagem através da Sistematização da Assistência de Enfermagem.

CAPÍTULO III

Do Pessoal, seus Requisitos e Competências

Art. 3º

A equipe de enfermagem possui as seguintes atribuições, divididas em funções específicas:

a) Enfermeiro

- Gerente de Enfermagem
- Supervisor de Enfermagem (Unidade/Serviços/Clínicas)
- Enfermeiro Assistencial
- Enfermeiro Diarista

b) Técnico de Enfermagem

Art. 4º

São requisitos e competências para Gerente/Supervisor/Coordenador de Enfermagem (Unidade/Serviços/Clínicas):

i. Requisitos:

Diretor de Enfermagem:

- a. Graduação em Enfermagem;
- b. Registro e quites com suas obrigações financeiras junto ao COREN;
- c. Ensino Superior Completo em Enfermagem ou Especialização em Administração Hospitalar ou Gestão em Saúde ou MBA em Gestão Estratégica ou Gestão de Negócios e afins;
- d. No mínimo 05 anos na área de enfermagem e 01 ano de experiência na área de Gerente de Enfermagem;

- e. Desejável experiência profissional de três anos como enfermeiro assistencial.
- ii. Competências: conduzir a implementação dos planos estratégicos e operacionais, definir políticas e objetivos específicos dos setores de enfermagem, garantir o adequado funcionamento dos setores de enfermagem, através do controle dos processos, visando a qualidade e humanização nos atendimentos tanto aos pacientes, quanto a seus familiares, prestar assistência sempre que se faça necessário, realizar treinamento e supervisão da assistência técnica prestada pela equipe de Enfermagem. Garantir que as documentações legais do departamento estejam em ordem, manter sistema de avaliação contínua, bem como realizar reuniões periódicas com os departamentos sob sua responsabilidade, buscando garantir a consolidação de uma cultura organizacional orientada para a contínua busca de qualidade e de altos padrões de desempenho individual e coletivo.

Gerente de Enfermagem:

- iii. Requisitos:
 - a. Graduação em Enfermagem;
 - b. Registro e quites com suas obrigações financeiras junto ao COREN;
 - c. Ensino Superior Completo em Enfermagem ou Especialização em Administração Hospitalar ou Gestão em Saúde ou MBA em Gestão Estratégica ou Gestão de Negócios e afins;
 - d. No mínimo 05 anos na área de enfermagem e 01 ano de experiência na área de gestão de enfermagem;
 - e. Desejável experiência profissional de três anos como enfermeiro assistencial.
- iv. Competências: Orientação para resultados, Foco no Cliente, Relacionamento Interpessoal e Comunicação. Gestão de Equipe, Liderança, Planejamento, Visão de Negócio e Visão Sistêmica. Prevenção e solução de problemas, negociação, resiliência, criatividade, iniciativa, segurança na tomada de decisão.

Coordenador de Enfermagem

v. Requisitos:

- a. Graduação em Enfermagem;
- b. Registro e quites com suas obrigações financeiras junto ao COREN;
- c. Ensino Superior Completo em Enfermagem. Pós-Graduação em Gestão Hospitalar, Gestão em Saúde, Gestão de Pessoas, Administração Hospitalar e áreas afins;
- d. Desejável: 01 ano em cargo de Supervisão de Enfermagem.

vi. Competências: Orientação para Resultados, Foco no Cliente, Relacionamento Interpessoal e Comunicação. Gestão de Equipe, Liderança, Planejamento e Visão Sistêmica. Prevenção e Solução de Problemas, Negociação, Iniciativa, Organização, Segurança na Tomada de Decisão e Resiliência. Liderança, negociação, visão sistêmica dos serviços do SUS e comprometimento com o projeto institucional.

Supervisor de Enfermagem

vii. Requisitos:

- a. Graduação em Enfermagem;
- b. Registro e quites com suas obrigações financeiras junto ao COREN;
- c. Ensino Superior Completo em Enfermagem. Desejável Especialização em Gestão em Saúde, Gestão Hospitalar ou Gerenciamento de Enfermagem;
- d. Desejável: Mínimo de 02 anos de experiência como Enfermeiro.

viii. Competências: Orientação para Resultados, Foco no Cliente, Relacionamento Interpessoal e Comunicação. Gestão de Equipe, Liderança, Planejamento e Visão Sistêmica. Equilíbrio Emocional, Flexibilidade, Prevenção e Solução de Problemas, Negociação, Autonomia

do Processo de Trabalho e Segurança na Tomada de Decisão dos agravos relevantes.

Art. 5º

São requisitos e competências para o Enfermeiro Diarista:

- i. Requisitos:
 - a. Graduação em Enfermagem;
 - b. Registro junto ao COREN;
 - c. Experiência profissional mínimo de 02 anos de experiência em pronto socorro adulto e infantil, pronto atendimento; e experiência de 1 ano de supervisão em qualquer unidade hospitalar.
- ii. Competências: Liderança, trabalho em equipe, flexibilidade e comprometimento com o projeto institucional.

Art. 6º

São requisitos e competências para o Enfermeiro Assistencial:

- i. Requisitos:
 - a. Graduação em Enfermagem;
 - b. Registro junto ao COREN;
 - c. Experiência profissional mínimo de 02 anos de experiência como Enfermeiro.
- ii. Competências: Liderança, trabalho em equipe, flexibilidade e comprometimento com o projeto institucional.

Art. 7º

São requisitos e competências para o Técnico de Enfermagem:

- i. Requisitos:
 - a. Curso de Técnico em Enfermagem;

b. Registro junto ao COREN;

c. Experiência profissional.

- ii. Competências: Responsabilidade e atitude ética, comunicação, trabalho em equipe e comprometimento com o projeto institucional.

CAPÍTULO IV

Das Atribuições

Art. 8º

São atribuições do Diretor de Enfermagem:

- i. Garantir a disponibilidade de serviços de enfermagem para todos os setores do Hospital, bem como sua qualificação consoante aos objetivos e em perfeita conformidade com o regulamento do exercício da Enfermagem (COREN);
- ii. Participar do processo seletivo dos profissionais de enfermagem, delineando o perfil mais adequado ao estabelecido pelo Hospital especificações legais e regionais;
- iii. Estruturar, organizar e gerir a Diretoria de Enfermagem, assegurando a qualidade da assistência, desenvolvendo, preservando e mantendo atualizados os processos de qualidade;
- iv. Dimensionar e preparar o quadro da equipe de Enfermagem, qualitativamente e quantitativamente, nas unidades por turno de trabalho;
- v. Avaliar, propor e executar o plano de atividades das diversas áreas sob sua responsabilidade, inclusive normas quando necessárias;
- vi. Organizar e dirigir os cuidados de enfermagem prestados pelo hospital, assegurando assistência contínua e eficiente em tempo integral;
- vii. Prestar assistência de Enfermagem sempre que necessário;
- viii. Orientar e avaliar a equipe de enfermagem conforme política interna;

- ix. Valorizar o profissional, incentivando sua capacidade de trabalho e comprometimento;
- x. Elaborar o planejamento estratégico e políticas operacionais da Enfermagem;
- xi. Visitar regularmente, todas as áreas sob sua responsabilidade, interagindo com as equipes;
- xii. Motivar a equipe a uma visão holística do paciente/ cliente, que deve ser cuidado de forma integral e personalizada;
- xiii. Promover reuniões periódicas com os coordenadores/ supervisores de enfermagem para alinhamento estratégico;
- xiv. Manter inter-relação com os demais serviços do hospital, objetivando a agilidade no atendimento ao paciente;
- xv. Dirigir o processo de sistematização de enfermagem nas diversas unidades conforme protocolos estabelecidos;
- xvi. Manter a Direção do Hospital informada sobre qualquer problema operacional, técnico e/ou administrativo relacionado aos cuidados prestados aos pacientes, bem como apresentar relatório de atividades realizadas;
- xvii. Solicitar e orientar a equipe de enfermagem na confecção de relatórios, gráficos e demais itens de controle;
- xviii. Propiciar uma dinâmica de trabalho adequada à satisfação do paciente, seus familiares e da própria equipe de enfermagem;
- xix. Incentivar e coordenar as atividades técnico-científicas e de pesquisa de enfermagem;
- xx. Participar da elaboração do planejamento de metas no que tange a parte assistencial nas diretrizes institucionais;
- xxi. Estabelecer e implementar em conjunto com os grupos de interesse das diversas áreas, os indicadores de qualidade das unidades e do hospital, incentivando e propondo programas de melhoria contínua;

- xxii. Gerenciar o desenvolvimento de manuais, rotinas, procedimentos e impressos necessários à organização do serviço, sempre atendendo a padronização;
- xxiii. Participar na elaboração, realização e avaliação de programas desenvolvidos pelo Educacional da equipe de Enfermagem;
- xxiv. Responsabilizar-se técnica e eticamente por todos os atos e ações da equipe de enfermagem do hospital perante a direção do hospital, órgãos representativos de classe, Secretarias Estadual e Municipal de Saúde;
- xxv. Avaliar, solicitar e realizar as demissões e contratações de profissionais da equipe de Enfermagem;
- xxvi. Orientar, oferecer subsídios e supervisionar os planos de Ação da equipe de Enfermagem.

Art. 9º

São atribuições do Gerente de Enfermagem:

- i. Elaborar e executar o Planejamento Estratégico anual de enfermagem alinhado ao planejamento da instituição;
- ii. Realizar diagnóstico, planejar e avaliar resultados das ações pertinentes a enfermagem;
- iii. Zelar pelo cumprimento das disposições legais e éticas no exercício profissional da Enfermagem;
- iv. Realizar gestão estratégica de trabalho, apoiar iniciativas e projetos de interesse do Hospital;
- v. Cooperar com as demais Diretorias do Hospital e assessorá-las nos assuntos de sua competência;
- vi. Convocar e participar nas reuniões com coordenador e supervisores de enfermagem;
- vii. Participar nas ações de formação em serviço que são efetuadas na unidade;
- viii. Efetuar a avaliação de desempenho do coordenador e supervisores de enfermagem, de acordo com a legislação e orientações da instituição;
- ix. Estabelecer as diretrizes da assistência de enfermagem de acordo com a missão, visão e valores da instituição;

- x. Assumir a responsabilidade técnica do Serviço de Enfermagem junto aos Conselhos Federal e Regional de Enfermagem e demais entidades reguladoras de saúde;
- xi. Assegurar a prestação da assistência de enfermagem em todas as áreas de atendimento do Hospital em quantidade e qualidade, garantindo sua efetividade;
- xii. Gerenciar as atividades técnicas, administrativas, de ensino e pesquisa junto a Educação Permanente e Desenvolvimento, em consonância com a Diretoria Técnica do Hospital;
- xiii. Acompanhar os trabalhos da Comissão de Ética em Enfermagem, tomando providências quando necessário sobre atitudes e comportamentos dos profissionais de enfermagem;
- xiv. Dimensionar o quadro de profissionais de enfermagem e solicitar o provimento nas vagas das unidades de trabalho;
- xv. Indicar os supervisores de enfermagem como cargos de confiança, respeitando o critério e requisitos específicos de cada cargo;
- xvi. Assegurar a disponibilidade de serviços de enfermagem para todas as unidades do hospital, bem como sua qualificação consoante aos objetivos e missão da Gerência de Enfermagem e em perfeita conformidade com o regulamento do exercício de enfermagem (COREN);
- xvii. Estruturar, organizar e dirigir a Gerência de Enfermagem, assegurando a qualidade da assistência, desenvolvendo, preservando e mantendo atualizados os processos de qualidade;
- xviii. Colaborar no planejamento dos objetivos, estratégias e políticas operacionais da Gerência Assistencial;
- xix. Elaborar, propor e executar o plano de atividades da sua área de responsabilidade, inclusive normas quando necessárias;
- xx. Aprovar os planos, dirigir e controlar as atividades das áreas subordinadas, às unidades de internação adulto, unidade de internação infantil, centro cirúrgico, CME, pronto atendimento adulto, pronto atendimento infantil, psiquiatria;
- xxi. Zelar pelo patrimônio e imagem do hospital;
- xxii. Tratar de assuntos específicos, de acordo com as qualificações e conhecimentos pessoais;
- xxiii. Organizar, dirigir e supervisionar os cuidados de Enfermagem prestados pelo Hospital, assegurando assistência contínua e eficiente aos pacientes;

- xxiv. Propor adaptações e reformar de planta física que se façam necessárias para atender às necessidades técnicas;
- xxv. Manter a Diretoria Técnica informada sobre todos os problemas operacionais, técnicos e administrativos relacionados com os cuidados prestados aos pacientes, bem como, dar sugestão das alterações em protocolos e manuais de Enfermagem;
- xxvi. Propiciar uma dinâmica de trabalho adequada à satisfação do paciente, de seus familiares e da equipe de enfermagem;
- xxvii. Apresentar relatórios mensais sobre as atividades realizadas e movimentos estatísticos;
- xxviii. Motivar a equipe a uma visão holística do paciente, mantendo cuidados de forma integral e individualizada;
- xxix. Visitar as áreas sob sua responsabilidade, interagindo com os integrantes da equipe;
- xxx. Convocar e presidir reuniões com a equipe de enfermagem;
- xxxi. Manter uma integração com os demais serviços do Hospital para facilitar e agilizar o atendimento ao paciente;
- xxxii. Monitorar os serviços das empresas terceirizadas, visando manter a qualidade do serviço.

Art. 10

São atribuições do Coordenador de Enfermagem (Unidade/Serviços/Clínicas):

- i. Realizar o monitoramento dos indicadores da Assistência de Enfermagem;
- ii. Realizar o gerenciamento das Comissões de Enfermagem e das Comissões Multidisciplinares;
- iii. Monitorar e intervir quando necessário, na escala de atividades do corpo de enfermagem;
- iv. Emitir parecer sobre assuntos relativos à Assistência de Enfermagem;
- v. Gerar, analisar e divulgar indicadores de desempenho e qualidade;
- vi. Zelar pelo cumprimento das disposições legais e éticas no exercício profissional da Enfermagem;
- vii. Coordenar o processo de trabalho da Enfermagem com o objetivo de garantir indicadores básicos de qualidade nas Unidades Assistenciais;

- viii. Realizar gestão estratégica de trabalho, apoiar iniciativas e projetos de interesse do Hospital;
- ix. Cooperar com as demais Diretorias do Hospital e assessorá-las nos assuntos de sua competência;
- x. Estabelecer comunicação com a equipe Médica e Administrativa, para acerto de situações que se revelem necessárias;
- xi. Participar nas ações de formação em serviço que são efetuadas na unidade;
- xii. Efetuar a avaliação de desempenho dos enfermeiros e supervisores, de acordo com a legislação e orientações da Instituição;
- xiii. Acompanhar as atividades junto à Educação Permanente;
- xiv. Substituir o Gerente de Enfermagem na sua ausência;
- xv. Validar escalas de folgas e férias, garantindo o dimensionamento correto da equipe;
- xvi. Efetuar auditorias periódicas aos registros de enfermagem;
- xvii. Fornecer relatórios e documentações sempre que solicitado pela Gerência de Enfermagem;
- xviii. Realizar as atividades de área/setor, seguindo as determinações do Gestor imediato e padronizações da Instituição;
- xix. Acompanhar junto ao gestor imediato e Administração de Pessoal, a situação de cada profissional da equipe junto ao Conselho Regional de Enfermagem;
- xx. Atuar na interface com os diversos serviços na resolução de não conformidades garantindo o desenvolvimento e avaliação de eficácia de todos os processos referentes à Assistência de Enfermagem.

Art.11

São atribuições do Supervisor de Enfermagem (Unidade/Serviços/Clínicas):

- i. Supervisionar as atividades de sua área e participar das atividades integradas com as demais áreas;
- ii. Atender as normativas do Conselho Regional de Enfermagem;
- iii. Garantir o cumprimento das rotinas institucionais;
- iv. Avaliar e acompanhar a produtividade de enfermagem de acordo com os parâmetros estabelecidos;

- v. Realizar o dimensionamento do quadro de pessoal da equipe de enfermagem para a qualidade na assistência prestada;
- vi. Realizar reuniões periódicas com a equipe de enfermagem para discussão técnicas e administrativas;
- vii. Realizar auditoria e emissão de parecer sobre insumos e materiais da assistência de enfermagem;
- viii. Realizar ações corretivas e educativas motivadas por não conformidades identificadas nos registros de assistência de enfermagem;
- ix. Manter controle sobre pontualidade, assiduidade e disciplina dos empregados de sua equipe;
- x. Avaliar periodicamente o nível de qualificação técnica dos empregados de sua responsabilidade;
- xi. Participar da elaboração das rotinas dos serviços de enfermagem em conjunto com o Gestor bem como mantê-las atualizada;
- xii. Promover e garantir o bom inter-relacionamento pessoal e profissional entre a equipe de enfermagem e demais equipes;
- xiii. Participar de treinamentos e programas de desenvolvimento oferecidos pela Instituição;
- xiv. Atuar na interface com os diversos serviços na resolução de não conformidades;
- xv. Interagir com os diversos processos e serviços da unidade;
- xvi. Assegurar a correta utilização dos equipamentos e acessórios disponíveis para o processo assistencial;
- xvii. Manter interface com a Coordenação;
- xviii. Supervisionar o serviço prestado pelas empresas terceiras, garantindo a qualidade da assistência;
- xix. Supervisionar os registros da assistência de Enfermagem de todo equipamento, em conformidade com a legislação em vigor;

- xx. Supervisionar o processo de higienização, limpeza e organização das dependências da unidade;
- xxi. Supervisionar ou acompanhar a realização de procedimentos técnicos, enfocando segurança e diminuição de riscos de infecção;
- xxii. Receber e passar o plantão mantendo adequada comunicação entre as equipes;
- xxiii. Elaborar escala de atividades, distribuir e acompanhar o cumprimento da mesma pela equipe de enfermagem;
- xxiv. Elaborar escala de folgas, conferir presenças, faltas, atrasos e realocar os empregados para atendimento onde for necessário;
- xxv. Avaliar periodicamente os empregados de sua equipe;
- xxvi. Redigir relatório no livro de plantão;
- xxvii. Orientar e supervisionar o uso correto de materiais e equipamentos;
- xxviii. Cumprir e fazer cumprir normas e recomendações de Biossegurança, mantendo o ambiente seguro para o paciente e equipe multiprofissional;
- xxix. Participar de reuniões pertinentes à área, quando solicitado pelo Gestor;
- xxx. Realizar as atividades de área/setor, seguindo as determinações do Gestor imediato e padronizações da Instituição;
- xxxi. Supervisionar o cumprimento de normas estabelecidas pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar colaborando para o controle de infecção.

Art. 12

São atribuições do Enfermeiro Diarista:

- i. Atender as normativas do Conselho Regional de Enfermagem;
- ii. Garantir o cumprimento das rotinas institucionais;
- iii. Garantir, juntamente ao Coordenador de Enfermagem, a comunicação com o corpo clínico, referente a mudanças no fluxo da Assistência de Enfermagem (quando interferir em processo médico);

- iv. Realizar reunião mensal com a equipe de enfermagem, a fim de discutir ações que proporcionem uma assistência humanizada e com qualidade;
- v. Promover atualização contínua à equipe de enfermagem através da implantação de processos ou atividades solicitadas pela Instituição;
- vi. Acompanhar, juntamente ao Coordenador de Enfermagem e Administração de Pessoal, a situação de cada profissional da equipe junto ao conselho de classe;
- vii. Atuar na interface com os diversos serviços na resolução de não conformidades garantindo o desenvolvimento e avaliação de eficácia de todos os processos referentes à Assistência de Enfermagem;
- viii. Supervisionar os registros da Assistência de Enfermagem de todo equipamento, em conformidade com a legislação em vigor;
- ix. Realizar ações corretivas e educativas motivadas por não conformidades identificadas nos registros de Assistência de Enfermagem;
- x. Supervisionar os procedimentos técnicos e assistenciais executados pela equipe de Enfermagem;
- xi. Supervisionar o processo de higienização, limpeza e organização das dependências da unidade;
- xii. Acompanhar a escala de serviços da equipe de enfermagem, realizando análises críticas;
- xiii. Participar de treinamentos e programas de desenvolvimento oferecidos pela instituição;
- xiv. Participar de reuniões pertinentes à área, quando solicitado pelo gestor;
- xv. Atuar na interface com os diversos serviços na resolução de não conformidades;
- xvi. Interagir com os diversos processos e serviços da unidade;

- xvii. Assegurar a correta utilização dos equipamentos e acessórios disponíveis para o processo assistencial;
- xviii. Prestar assistência a pacientes graves, desde sua admissão, e acompanhá-los em caso de remoção a outro serviço;
- xix. Realizar Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) de todos os pacientes na Internação, Observação e Emergência;
- xx. Supervisionar o processo de higienização, limpeza e organização das dependências da unidade;
- xxi. Elaborar escala de folgas, conferir nela presença, faltas, atrasos realocar funcionários para atendimento onde for necessário;
- xxii. Avaliar periodicamente os empregados de sua equipe;
- xxiii. Orientar e supervisionar o uso correto de materiais e equipamentos;
- xxiv. Cumprir e fazer cumprir normas e recomendações de Biossegurança, mantendo o ambiente seguro para o paciente e equipe multiprofissional;
- xxv. Supervisionar cumprimento de normas estabelecidas pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar colaborando para o controle de infecção.

Art. 13

São atribuições do Enfermeiro Assistencial:

- i. Atender as normativas do Conselho Regional de Enfermagem;
- ii. Garantir o cumprimento das rotinas institucionais;
- iii. Acolher os pacientes de modo que sejam atendidos continuamente em suas necessidades;
- iv. Prestar assistência a pacientes graves, desde sua admissão, e acompanhá-los em caso de remoção a outro serviço;
- v. Assegurar a correta utilização dos equipamentos e acessórios disponíveis para o processo assistencial;

- vi. Receber e passar o plantão mantendo adequada comunicação entre as equipes;
- vii. Redigir relatório no livro de plantão;
- viii. Elaborar escala de atividades, distribuir e acompanhar o cumprimento da mesma pela equipe de enfermagem;
- ix. Planejar e prover os recursos necessários para o desenvolvimento da Assistência de Enfermagem;
- x. Realizar os registros da Assistência de Enfermagem, conforme padrões da Instituição e a legislação em vigor;
- xi. Supervisionar o preenchimento de registros da Assistência de Enfermagem realizados pelos Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, conforme padrões da Instituição e a legislação em vigor;
- xii. Realizar ações corretivas e educativas motivadas por não conformidades identificadas nos registros de assistência de enfermagem;
- xiii. Supervisionar os procedimentos técnicos e assistenciais executados pelos Técnicos e Auxiliares de Enfermagem;
- xiv. Atuar na interface com os diversos serviços na resolução de não conformidades;
- xv. Interagir com os diversos processos e serviços da unidade;
- xvi. Realizar, acompanhar e monitorar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) de todos os pacientes da unidade;
- xvii. Preencher notificações de sua responsabilidade, segundo padronização da Coordenação de Vigilância Sanitária e Secretaria Estadual de Saúde;
- xviii. Supervisionar o processo de higienização, limpeza e organização das dependências da unidade;
- xix. Acompanhar menor desacompanhado em consulta ou designar o Técnico ou Auxiliar de Enfermagem para fazê-lo;

- xx. Supervisionar ou acompanhar a realização de procedimentos técnicos, enfocando segurança e diminuição de riscos de infecção;
- xxi. Participar de treinamentos e programas de desenvolvimento oferecidos pela Instituição;
- xxii. Receber e passar o plantão mantendo adequada comunicação entre as equipes;
- xxiii. Elaborar escala de atividades, distribuir e acompanhar o cumprimento da mesma pela equipe de enfermagem;
- xxiv. Elaborar escala de folgas, conferir presença, faltas, atrasos e realocar os empregados para atendimento onde for necessário;
- xxv. Avaliar periodicamente os empregados de sua equipe;
- xxvi. Orientar e supervisionar o uso correto de materiais e equipamentos;
- xxvii. Cumprir e fazer cumprir normas e recomendações de Biossegurança, mantendo o ambiente seguro para o paciente e equipe multiprofissional;
- xxviii. Supervisionar cumprimento de normas estabelecidas pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar colaborando para o controle de infecção;
- xxix. Participar de reuniões pertinentes à área, quando solicitado pelo Gestor;
- xxx. Realizar as atividades de área/setor, seguindo as determinações do Gestor imediato e padronizações da Instituição;
- xxxi. Zelar pelo preenchimento e organização do prontuário do paciente;
- xxxii. Facilitar e interagir com os processos do Supervisor de Enfermagem;
- xxxiii. Promover a comunicação efetiva com os clientes internos e externos, participar da tomada de decisão e resolução de problemas relacionados à assistência.

Art. 14

São atribuições do Técnico de Enfermagem:

- i. Integrar a equipe de saúde, assegurando à pessoa, família e coletividade assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência e imprudência;
- ii. Realizar anotações de enfermagem pontuais, em ordem cronológica e com letra legível, devidamente datada, carimbadas e assinadas;
- iii. Preparar o paciente para consultas, exames e tratamentos e auxiliar em procedimentos;
- iv. Ministrando medicamentos por via oral, inalatória e parenteral;
- v. Realizar controle hídrico, registrando dados no prontuário do paciente;
- vi. Realizar curativos conforme prescrição de enfermagem;
- vii. Aplicar oxigenoterapia, nebulização e inalação;
- viii. Pesar e medir o paciente;
- ix. Alimentar e/ ou auxiliar o paciente;
- x. Prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente: banho de aspersão ou leito, higiene oral, íntima e ocular e mudança de decúbito;
- xi. Realizar aspiração de traqueotomia, tubo oro traqueal e vias áreas superiores;
- xii. Realizar troca diária da fixação do tubo oro traqueal após o banho e sempre que necessário;
- xiii. Realizar punção venosa, identificando data da punção e atentar para sinais flogísticos;
- xiv. Colher material para exames laboratoriais e identificá-los corretamente;
- xv. Realizar passagem de cateter nasogástrico e vesical, após avaliação do enfermeiro;
- xvi. Realizar controle de sinais vitais, glicemia capilar e pressão venosa central;
- xvii. Prestar cuidados de enfermagem no pré, trans e pós-operatório;

- xviii. Circular sala de cirurgia, atentando para ações relacionadas à cirurgia segura;
- xix. Prestar cuidados de enfermagem em situações de urgência/emergência;
- xx. Prestar cuidados de enfermagem ao paciente crítico sob supervisão do enfermeiro;
- xxi. Seguir normas relacionadas ao controle de infecção hospitalar (lavagem das mãos, precauções padrão, contato, gotículas e aerossóis);
- xxii. Zelar pela limpeza e ordem do material, dos equipamentos e das dependências da unidade;
- xxiii. Garantir a manutenção e organização do carrinho de emergência;
- xxiv. Participar da visita multiprofissional;
- xxv. Participar das reuniões de colegiado gestor setorial e das reuniões de equipe;
- xxvi. Participar nos programas de treinamentos e aprimoramento profissional desenvolvidos na unidade e/ ou instituição;
- xxvii. Participação das reuniões de Educação Permanente.

CAPÍTULO V

Das Normas Gerais

Art. 15

A passagem de plantão é um procedimento fundamental que garante a continuidade correta da assistência ao paciente, mas quando mal executada, infelizmente pode provocar danos. Para haver passagem adequada de plantão, deve ser realizada em local específico, com todos os profissionais presentes relatando as intercorrências sem nenhuma interrupção. Deve ser objetiva, rápida e priorizar as informações sobre intercorrências e as observações que fizerem parte da assistência prestada ao paciente. O enfermeiro deve coordenar a passagem de plantão e estimular para que todos os membros da equipe estejam presentes.

Horários da passagem de plantão:

- Manhã: a partir das 06h 50min.

- Tarde: a partir das 12h 50 min.

- Noite: a partir das 18h50 min.

Art. 16

O enfermeiro só poderá se ausentar da unidade a partir do momento que o próximo enfermeiro assumir o plantão, preservando a garantia da qualidade e continuidade da assistência.

Art. 17- Norma Regulamentadora nº 32 ou NR- 32

É uma legislação do Ministério do Trabalho e Emprego que estabelece medidas para proteger a segurança e a saúde dos trabalhadores de saúde em qualquer serviço de saúde inclusive os que trabalham nas escolas, ensinando e pesquisando.

Normas/recomendações a serem seguidas:

- a) As precauções padrão devem ser praticadas rotineiramente, usando sempre os equipamentos de proteção individual (EPI);
- b) O profissional da enfermagem deve atender a convocação para receber as vacinas e exames de saúde, eles são importantes para a prevenção de moléstias infecciosas que poderão estar presentes no ambiente de trabalho;
- c) Os trabalhadores com feridas ou lesões nos membros superiores só podem iniciar suas atividades após avaliação médica obrigatória com emissão de documento de liberação para o trabalho;
- d) O descarte de agulhas e outros materiais perfuro cortantes, sem reencapar, devem ser realizados dentro da caixa apropriada;
- e) Qualquer acidente de trabalho por menor que seja, mesmo não havendo afastamento do trabalho, deve ser notificado no Pronto Socorro e posteriormente a Unidade de Saúde do Trabalhador;
- f) O profissional da enfermagem deverá usar jaleco e será desejável o uso da roupa branca;
- g) Não deve usar adornos nos postos de trabalho, tais como: alianças e anéis, pulseiras, relógios de uso pessoal, colares, brincos, broches, piercings

- expostos. Esta proibição estende-se a crachás pendurados com cordão e gravatas;
- h) Não deve usar calçado aberto. Entende-se por calçado aberto aquele que proporciona exposição da região do calcâneo (calcanhar), do dorso (peito) ou das laterais do pé;
 - i) Não guardar alimentos em locais não destinados para este fim;
 - j) Não manusear lentes de contato nos postos de trabalho.

Art. 18

A enfermagem é uma profissão regida pelo Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, que regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem. É necessário obedecer às leis que regem o exercício da enfermagem no país, mantendo inscrição no Conselho Regional de Enfermagem, de acordo com a categoria profissional que está exercendo. A inscrição deve estar ativa e regularizada; o descumprimento do exposto anteriormente caracteriza exercício ilegal da profissão e conseqüentemente impedimento profissional. Uma vez constatado exercício ilegal da profissão, seja por inscrição provisória vencida ou falta de inscrição na categoria em que atua na instituição, o servidor será notificado por escrito pela Responsável Técnica de Enfermagem e terá 48 horas para regularizar a situação frente ao COREN, devendo apresentar declaração. Não regularizando a situação no prazo estipulado, o caso será encaminhado à Comissão de Ética de Enfermagem e ao Diretor do Hospital, que indica o impedimento profissional até a completa resolução da situação.

V. Eixo 3: Humanização da Assistência

A horizontalidade é central para o funcionamento das emergências, das unidades de internação e na transição do cuidado, mas é bastante desejável ações e atores que garantam a responsabilização e o funcionamento da unidade.

A política de humanização do serviço de enfermagem proposta para o Hospital Municipal de Cubatão, especifica ações ministeriais 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.

São objetivos e princípios da humanização nos serviços de enfermagem:

- ✓ 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;
- ✓ Manter como foco principal, o cliente e sua família no planejamento da assistência;
- ✓ Fundamentar as relações interpessoais no respeito e ética;
- ✓ Sustentar todas as ações de enfermagem em bases técnica e científica;
- ✓ Assegurar o direito à informação ao cliente e família;
- ✓ Favorecer a participação da equipe, estimulando a co-responsabilização pelo processo.

Neste contexto a AHBB reforça as ações abaixo descritas para alcançar a humanização nos serviços de enfermagem:

- ✓ Divulgar e tornar acessível o código de ética profissional e os direitos do paciente;
- ✓ Estimular e participar as iniciativas de humanização no processo assistencial;
- ✓ 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.

Neste cenário será adotada como estratégia para a implantação da PNH no âmbito hospitalar, discussões e troca de vivências dos processos de trabalho no cotidiano, com base nas diretrizes e nos dispositivos da PNH, estimulando mudança no trabalho da atenção e produção de saúde. As ações abaixo relacionadas auxiliarão o enfrentamento dos desafios da humanização no SUS:

- a. Implantar estratégias de recepção com acolhimento aos usuários;
- b. Implantar mecanismo de escuta para a população e trabalhadores;

- c. Elaborar protocolos clínicos, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e respeitando a individualidade do sujeito;
- d. Implantar grupo de trabalho de humanização (GTH) com plano de trabalho definido;
- e. Garantir visita aberta, com a presença do acompanhante e de sua rede social, respeitando a dinâmica de cada unidade hospitalar e peculiaridades das necessidades do acompanhante;
- f. Estabelecer com a equipe multiprofissional (minimamente com médico e enfermeiro) de atenção à saúde para seguimento dos pacientes internados, horário pactuado para atendimento à família;
- g. Relacionar rede de atenção a assistência como garantia de continuidade de assistência com sistema de referência e contra referência;
- h. Readequar espaços físicos seguindo o conceito referencial de ambiência;
- i. Implantar Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU);
- j. Formar Conselho Gestor Local, com funcionamento adequado;
- k. Elaborar plano de educação permanente para trabalhadores com temas de humanização;
- l. Monitorar e avaliar as metas de implementação de ações e de efeitos esperados, seguindo as diretrizes da Política Nacional de Humanização.

SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem

A 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 do hospital.

A Sistematização serve para direcionar a equipe de enfermagem 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.

Tem como objetivo organizar e direcionar os trabalhos da equipe de enfermagem para o desenvolvimento do cuidado terapêutico com qualidade ao cliente e família. E será norteada pelos princípios e ações que orientam 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;
- ✓ 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.

Nas unidades em que são prestados os cuidados integrais aos pacientes, bem como aos usuários em observação no pronto socorro, aguardando internação, será realizada a Sistematização da Assistência de Enfermagem, conforme a Resolução COFEN nº 293/2004 que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem.

Sistema de Classificação do Paciente – FUGULIN

O Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) existe desde os tempos de Florence Nightingale. Em 1930 (Estados Unidos) foi desenvolvido e passou a ser amplamente utilizado nos hospitais. Já no Brasil, em 1972 foi introduzido e rapidamente incorporado como um critério essencial para dimensionar pessoal de

enfermagem, se constituindo em um método capaz de determinar, validar e monitorar o cuidado individualizado.

Pode ser entendido como uma forma de determinar o grau de dependência de um paciente em relação à equipe de enfermagem, objetivando estabelecer o número médio de horas despendidas despendido no cuidado, pela equipe de enfermagem, bem como o qualitativo do pessoal, para atender às necessidades bio-psico-socio-espirituais do paciente (GAIDZINSKI, 1994).

O SCP possibilita à enfermeira, em suas atividades de gerenciamento, como avaliar e adequar o volume de trabalho requerido com o pessoal de enfermagem disponível, através da avaliação da complexidade assistencial, a distribuir os leitos para atendimento por grupo de pacientes, realocar recursos materiais e humanos, detalhar a dinâmica operacional do sistema, reorientar a equipe envolvida no processo assistencial e podendo também auxiliar a enfermeira na justificativa da necessidade de pessoal adicional, quando ocorre aumento do volume de trabalho na unidade.

Vantagens:

- Planejamento das necessidades de cada grupo de pacientes;
- Melhoria na competência da equipe;
- Favorecimento das ações educativas;
- Maior racionalização de recursos materiais e equipamentos;
- Maior efetividade e produtividade do pessoal de enfermagem;
- Menor tempo de permanência do paciente no hospital;
- Maior satisfação para a clientela;
- Maior satisfação e envolvimento da equipe no desenvolvimento do trabalho e no alcance dos objetivos.

Há vários métodos descritos na literatura para classificação de pacientes, sendo que a AHBB estabelece como parâmetros oficiais para o dimensionamento de pessoal de enfermagem os seguintes métodos:

- Pacientes em geral - Instrumento de Classificação de Pacientes de Fugulin (2002);

- Para Pacientes Portadores de Feridas - Instrumento de Classificação de Pacientes de Fugulin et al (2006). - Complementado com Áreas de Cuidado para Avaliação de Pacientes Portadores de Feridas;
- Para pacientes Pediátricos - Instrumento de Classificação de pacientes pediátricos. Dini, (2007).

Cada unidade deverá escolher qual Instrumento de Classificação do Paciente utilizar: Escala de Fugulin Geral, Escala de Fugulin de paciente portadores de feridas ou Escala de Dini para pediatria.

A classificação dos pacientes, quanto ao tipo de cuidado necessário, é realizada pelo enfermeiro, diariamente, por meio da entrevista e do exame físico em um determinado horário.

Os dados são avaliados pelos enfermeiros e transferidos para o Mapa Diário / Mensal de Classificação de Pacientes por Unidades, uma vez ao dia, em horas pré-determinadas, podendo estar relacionado à rotina de elaboração do SAE, deve também ter o registro do *Score* em prontuário do paciente.

O Responsável Técnico de Enfermagem da Instituição de Saúde deve gerenciar os indicadores de performance do pessoal de enfermagem e ter como base a infraestrutura institucional e os dados nacionais e internacionais obtidos por “benchmarking”.

Tabela 4 – Instrumento de Classificação de Fugulin para Pacientes Gerais (2002)

Instrumento de Classificação de Pacientes⁽¹⁴⁾.

ÁREA DE CUIDADO	GRADAÇÃO DA COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL			
	4	3	2	1
Estado Mental	Inconsciente	Períodos de inconsciência	Períodos de desorientação no tempo e no espaço	Orientação no tempo e no espaço
Oxigenação	Ventilação mecânica (uso do ventilador a pressão ou a volume)	Uso contínuo de máscara ou cateter de oxigênio	Uso intermitente de máscara ou cateter de oxigênio	Não depende de oxigênio
Sinais Vitais	Controle em intervalos menores ou iguais a 7 horas	Controle em intervalos de 4 horas	Controle em intervalos de 6 horas	Controle de rotina (8 horas)
Motilidade	Incapaz de movimentar qualquer segmento corporal Mudança de decúbito e movimentação passiva programada e realizada pela enfermagem	Dificuldade para movimentar segmentos corporais Mudança de decúbito e movimentação passiva auxiliada pela enfermagem	Limitação de movimentos	Movimenta todos os segmentos corporais
Deambulação	Restrito ao leito	Locomoção através de cadeira de rodas	Necessita de auxílio para deambular	Ambulante
Alimentação	Através de cateter central	Através de sonda nasogástrica	Por boca com auxílio	Auto-suficiente
Cuidado corporal	Banho no leito, higiene oral realizada pela enfermagem	Banho no chuveiro, higiene oral realizada pela enfermagem	Auxílio no banho de chuveiro e/ou na higiene oral	Auto-suficiente
Eliminação	Evacuação no leito e uso de sonda vesical para controle de diurese	Uso de comadre ou eliminações no leito	Uso de vaso sanitário com auxílio	Auto-suficiente
Terapêutica	Uso de drogas vasoativas para manutenção de P.A.	E.V. contínua ou através de sonda nasogástrica	E.V. intermitente	I.M. ou V.O.

Complexidade assistencial	Pontuação
Intensivo	Acima de 31
Semi-intensivo	27-31
Alta dependência	21-26
Intermediário	15-20
Mínimo	9-14

Fonte: Fugulin *et al*, 2006.

Depois de avaliados cada indicador crítico, faz-se a soma dos pontos obtidos para então categorizar os pacientes em:

- Cuidados Mínimos (CM) - Pacientes estáveis sob o ponto de vista clínico e de enfermagem que requeiram avaliações médicas e de enfermagem, mas fisicamente autossuficientes quanto ao atendimento das necessidades humanas básicas (09 a 14 pontos);
- Cuidados Intermediários (CIT) - Pacientes estáveis sob o ponto de vista clínico e de enfermagem que requeiram avaliações médicas e de enfermagem, com

parcial dependência de enfermagem para o atendimento das necessidades humanas básicas (15 a 20 pontos);

- Cuidados de Alta Dependência (CAD) - Pacientes crônicos que requeiram avaliações médicas e de enfermagem, estável sob o ponto de vista clínico, porém com total dependência das ações de enfermagem quanto ao atendimento das necessidades humanas básicas (21 a 26 pontos);
- Cuidados Semi-Intensivos (CSI) - Pacientes recuperáveis, sem risco iminente de vida, sujeitos à instabilidade de funções vitais que requeiram assistência de enfermagem e médica permanente e especializada (27 a 31 pontos);
- Cuidados Intensivos (CI) - Pacientes recuperáveis, com risco iminente de vida, sujeitos à instabilidade de funções vitais, que requeiram assistência de enfermagem e médica permanente e especializada (acima de 31 pontos).

Tabela 5 – Instrumento de Classificação de Fugulin para Pacientes Portadores de Feridas (2006)

Área de cuidado	Gradação da complexidade assistencial			
	4	3	2	1
Estado mental	Inconsciente.	Períodos de inconsciência.	Períodos de desorientação no tempo e no espaço.	Orientação no tempo e no espaço.
Oxigenação	Ventilação mecânica (uso de ventilador a pressão ou a volume).	Uso contínuo de máscara ou cateter de oxigênio	Uso intermitente de máscara ou cateter de oxigênio	Não depende de oxigênio.
Sinais vitais	Controle em intervalos menores ou iguais a 2 horas.	Controle em intervalos de 4 horas	Controle em intervalos de 6 horas.	Controle de rotina (8 horas).
Motilidade	Incapaz de movimentar qualquer segmento corporal. Mudança de decúbito e movimentação passiva programada e realizada pela enfermagem.	Dificuldade para movimentar segmentos corporais. Mudança de decúbito e movimentação passiva auxiliada enfermagem	Limitação de movimentos.	Movimenta todos os segmentos corporais.
Deambulação	Restrito ao leito.	Locomoção através de cadeira de rodas.	Necessita de auxílio para deambular.	Ambulante.
Alimentação	Através de cateter central.	Através de sonda nasogástrica.	Por boca, com auxílio.	Auto suficiente.
Cuidado corporal	Banho no leito, higiene oral realizada pela enfermagem.	Banho de chuveiro, higiene oral realizada pela enfermagem.	Auxílio no banho de chuveiro e/ou higiene oral.	Auto suficiente.
Eliminação	Evacuação no leito e uso de sonda vesical para controle da diurese.	Uso de comadre ou eliminações no leito.	Uso de vaso sanitário com auxílio.	Auto suficiente.
Terapêutica	Uso de drogas vasoativas para manutenção de PA.	E.V contínuo ou através de sonda nasogástrica.	E.V intermitente.	IM. ou V.O.
Integridade cutâneo-mucosa/ comprometimento tecidual*	Presença de solução de continuidade da pele com destruição da derme, epiderme, músculos e comprometimento das demais estruturas de suporte, como tendões e cápsulas. Eviscerações.	Presença de solução de continuidade da pele, envolvendo tecido subcutâneo e músculo. Incisão cirúrgica.Ostomias. Drenos.	Presença de alteração da cor da pele (equimose, hiperemia) e/ou presença de solução de continuidade da pele envolvendo a epiderme, derme ou ambas.	Pele íntegra.
Curativo*	Curativo realizado 3 vezes ao dia ou mais, pela equipe de enfermagem.	Curativo realizado 2 vezes ao dia pela equipe de enfermagem.	Curativo realizado 1 vez ao dia pela equipe de enfermagem.	Sem curativo ou limpeza da ferida/incisão cirúrgica, realizada pelo paciente, durante o banho.
Tempo utilizado na realização de curativos*	Superior a 30 minutos.	Entre 15 e 30 minutos.	Entre 5 e 15 minutos.	Sem curativo ou limpeza da ferida realizada durante o banho.

Fonte: Fugulin *et al*, 2006.

Quadro 3 – Pontuação de acordo com a complexidade assistencial

Complexidade Assistencial	Pontuação
Cuidados Mínimos	12 a 17 pontos
Cuidados Intermediários	18 a 22 pontos
Cuidados de Alta Dependência	23 a 28 pontos
Cuidados Semi-Intensivos	29 a 34 pontos
Cuidados Intensivos	Acima de 35 pontos

Depois de avaliados cada indicador crítico, faz-se a soma dos pontos obtidos para então categorizar os pacientes em:

- Cuidados Mínimos (CM) - Pacientes estáveis sob o ponto de vista clínico e de enfermagem que requeiram avaliações médicas e de enfermagem, mas fisicamente autossuficientes quanto ao atendimento das necessidades humanas básicas (12 a 17 pontos);
- Cuidados Intermediários (CIT) - Pacientes estáveis sob o ponto de vista clínico e de enfermagem que requeiram avaliações médicas e de enfermagem, com parcial dependência de enfermagem para o atendimento das necessidades humanas básicas (18 a 22 pontos);
- Cuidados de Alta Dependência (CAD) - Pacientes crônicos que requeiram avaliações médicas e de enfermagem, estável sob o ponto de vista clínico, porém com total dependência das ações de enfermagem quanto ao atendimento das necessidades humanas básicas (23 a 28 pontos);
- Cuidados Semi-Intensivos (CSI) - Pacientes recuperáveis, sem risco iminente de vida, sujeitos à instabilidade de funções vitais que requeiram assistência de enfermagem e médica permanente e especializada (29 a 34 pontos);

- Cuidados Intensivos (CI) - Pacientes recuperáveis, com risco iminente de vida, sujeitos à instabilidade de funções vitais, que requeiram assistência de enfermagem e médica permanente e especializada (acima de 34 pontos).

Tabela 6 – Instrumento de Classificação de Pacientes Pediátricos.

1-ATIVIDADE: Possibilidade de manutenção de atividades compatíveis com a idade de desenvolvimento, exercitando as habilidades pertinentes a cada idade e interagindo com acompanhante, equipe ou com outras crianças para sorrir, brincar, conversar, etc.	
01 Ponto	Desenvolvimento de atividades compatíveis com a faixa etária
02 Pontos	Sonolento
03 Pontos	Hipoativo ou Hiperativo ou Déficit no desenvolvimento
04 Pontos	Inconsciente ou sedado ou coma vigil
2-INTERVALO DE AFERIÇÃO DE CONTROLES: Necessidade de observação e controle de dados como sinais vitais, pressão venosa central, glicemia capilar, balanço hídrico.	
01 Ponto	6/6 horas
02 Pontos	4/4 horas
03 Pontos	2/2 horas
04 Pontos	Intervalo menor de 02 horas
3- OXIGENAÇÃO: Capacidade da criança ou adolescente manter a permeabilidade de vias aéreas, ventilação e oxigenação normais.	
01 Ponto	Respiração espontânea, sem necessidade de oxigenoterapia ou de desobstrução de vias aérea
02 Pontos	Respiração espontânea com necessidade de desobstrução de vias aéreas por instilação de soro
03 Pontos	Respiração espontânea com necessidade de desobstrução de vias aéreas por aspiração de secreções e/ou necessidade de oxigenoterapia
04 Pontos	Ventilação Mecânica (Não Invasiva
4- TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA: Necessidade da criança ou adolescente receber medicações prescritas.	

01 Ponto	Não necessita de medicamentos
02 Pontos	Necessidades de medicamentos por via tópica, inalatória, ocular e/ou oral
03 Pontos	Necessidades de medicamentos por sondas ou via parenteral (subcutânea, intramuscular ou intravenoso)
04 Pontos	Uso de fármacos vasoativos e/ou hemoderivados e/ou quimioterápicos
5-INTEGRIDADE CUTÂNEO MUCOSA: Necessidade de manutenção ou restauração da integridade cutaneomucosa.	
01 Ponto	Pele integra sem alteração da cor em toda a área corpórea
02 Pontos	Necessidade de curativo superficial, de pequeno porte
03 Pontos	Presença de hiperemia (pontos de pressão ou perêneo) ou sinais flogísticos em qualquer local da superfície corpórea que necessite de curativo de médio porte
04 Pontos	Presença de lesão com deiscência ou secreção com necessidade de curativo de grande porte.
6-ALIMENTAÇÃO E HIDRATAÇÃO: Capacidade da criança ou adolescente ingerir alimentos sozinho, com auxílio, por sondas ou via parenteral.	
01 Ponto	Via oral de forma independente ou seio materno exclusivo
02 Pontos	Via oral com auxílio e paciente colaborativo
03 Pontos	Sondas (gástrica, enteral, ou gastrostomia)
04 Pontos	Nutrição parenteral ou via oral com paciente apresentando dificuldade de deglutição ou risco para aspiração.
7-ELIMINAÇÕES: Capacidade da criança ou adolescente apresentar eliminações urinária e intestinal sozinha e/ou necessidade de uso de sondas.	
01 Ponto	Vaso sanitário sem auxílio
02 Pontos	Vaso sanitário com auxílio
03 Pontos	Fraldas (necessidade de um profissional para a troca) ou de sonda vesical de demora
04 Pontos	Sonda vesical de alívio ou estomas ou uso de comadre ou urinol ou fraldas (necessidades de dois profissionais para a troca)

8- HIGIENE CORPORAL: Capacidade da criança ou adolescente realizar, necessitar de auxílio ou depender totalmente para a higiene corporal.	
01 Ponto	Banho de aspersão sem auxílio
02 Pontos	Banho de aspersão com auxílio
03 Pontos	Banho de imersão ou banho em cadeira
04 Pontos	Banho no leito ou na incubadora ou necessidade de mais de um profissional da enfermagem para a realização de qualquer banho
9- MOBILIDADE E DEAMBULAÇÃO: Capacidade da criança ou adolescente de mobilizar voluntariamente o corpo ou seguimentos corporais.	
01 Ponto	Deambulação sem auxílio
02 Pontos	Repouso no leito mobiliza-se sem auxílio
03 Pontos	Repouso no leito mobiliza-se com auxílio ou deambula com auxílio
04 Pontos	Restrito no leito, totalmente dependente para mudança de decúbito
10-PARTICIPAÇÃO DO ACOMPANHANTE: Desempenho do acompanhante para realizar cuidados e atender necessidades da criança ou adolescente.	
01 Ponto	Acompanhante reconhece as necessidades físicas e emocionais do paciente pediátrico e consegue atendê-las.
02 Pontos	Acompanhante buscando informações para atender necessidades físicas e emocionais do paciente pediátrico
03 Pontos	Acompanhante tem dificuldade em reconhecer algumas necessidades físicas e emocionais do paciente pediátrico, e é resistente a buscar auxílio e a mudanças.
04 Pontos	Acompanhante parece não estar atento nem se interessar quanto às necessidades físicas e emocionais do paciente pediátrico e/ou desacompanhado.
11-REDE DE APOIO E SUPORTE: Apoio com o qual a criança pode contar durante sua permanência no hospital.	
01 Ponto	Presença de uma pessoa de confiança acompanhando-o durante todo o tempo
02 Pontos	Presença de uma pessoa de confiança acompanhando-o por mais de 12 horas ao dia

03 Pontos	Presença de uma pessoa de confiança acompanhando-o durante menos de 12 horas ao dia
04 Pontos	Desacompanhado

Fonte: Dini, 2007.

Quadro 4 – Pontuação de acordo com a complexidade assistencial

Complexidade Assistencial	Pontuação
Cuidados Mínimos	11 a 17 pontos
Cuidados Intermediários	18 a 23 pontos
Cuidados de Alta Dependência	24 a 30 pontos
Cuidados Semi-Intensivos	31 a 36 pontos
Cuidados Intensivos	37 a 44 pontos

- Cuidados Mínimos (CM): Paciente pediátrico a partir de 12 anos, com desenvolvimento adequado à idade, estável sob o ponto de vista clínico, realizando todas as ações de autocuidado sob supervisão da enfermagem (11 a 17 pontos);
- Cuidados Intermediários (CIT): Paciente pediátrico a partir de 07 anos, com desenvolvimento adequado à idade, estável sob o ponto de vista clínico, que necessite de auxílio da enfermagem para seu autocuidado e/ou apoio para o enfrentamento da situação de doença e hospitalização (18 a 23 pontos);
- Cuidados de Alta Dependência (CAD): Paciente pediátrico (de qualquer idade), estável sob o ponto de vista clínico, que dependa da enfermagem para atendimento de suas necessidades orgânicas/físicas, emocionais e sociais (24 a 30 pontos);
- Cuidados Semi-Intensivos (CSI): Paciente pediátrico (de qualquer idade), instável sob o ponto de vista clínico, sem risco iminente de morte, que necessita de assistência de enfermagem e médica permanente e especializada (31 a 36 pontos);

- Cuidados Intensivos (CI): Paciente pediátrico (de qualquer idade), instável sob o ponto de vista clínico, com risco iminente de morte, que, necessita de assistência de enfermagem e médica permanente e especializada (37 a 44 pontos).

VI. Eixo 4: Qualidade na Assistência

A qualidade na assistência visa explicar os princípios e as práticas adotadas pela equipe multiprofissional, visando assegurar a qualidade da assistência prestada ao cliente e à família.

A qualidade na assistência terá como objetivo manter alto padrão de qualidade na assistência prestada ao cliente e seus familiares. E como princípios e ações:

- ✓ Ações centradas no cliente e sua família;
- ✓ Promoção da saúde 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 é fundamental para o cuidado ao cliente e sua família;
- ✓ Desenvolver o trabalho assistencial articulado, pensado e planejado com as demais áreas de apoio do hospital;
- ✓ Padronizar normas, rotinas e procedimentos da equipe, 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 a família.

Aplicar métodos para avaliação da qualidade da assistência da equipe multiprofissional do ponto de vista do cliente, família e profissional, implantando o

MEA - Modelo de Excelência Assistencial, em consonância com as Políticas de Saúde.

3.1.1. Assistência Ambulatorial

O modelo Sistema Único de Saúde (SUS) de hierarquização e de referência e contra referência do usuário procura garantir ao cidadão acesso aos serviços do sistema público, desde o mais simples até o mais complexo, de acordo com as necessidades do tratamento. A organização dos fluxos permite que os usuários sejam acompanhados longitudinalmente sem fragmentação da assistência, sendo que a responsabilidade da continuidade do cuidado deve se manter na Atenção Básica, possibilitando que os serviços atuem com maior agilidade e garantam a circulação adequada do usuário na rede.

As Unidades de Especialidades devem estar integradas na Rede de Serviços de Saúde da Região, oferecendo serviços que possam intervir de forma eficaz no tratamento das doenças, realizando diagnóstico precoce para tratamento dos problemas de saúde que não podem ser resolvidos na rede básica.

O serviço de Atenção Ambulatorial Especializada está inserido no Hospital Municipal de Cubatão e se restringe em realizar atendimento médico pré e pós cirúrgico de pacientes SUS encaminhados para cirurgias eletivas ambulatoriais ou hospitalares, nas especialidades de buco maxilo, cirurgia de cabeça e pescoço, cirurgia geral, cirurgia ginecológica, cirurgia pediátrica, cirurgia plástica, cirurgia vascular, oftalmologia, ortopedia, otorrino, urologia, cirurgias endoscópicas, neurologia, artroscopia, e anestesia, com consultas previamente agendadas, além da realização de exames de apoio diagnóstico.

A porta de entrada preferencialmente para o ambulatório ocorrerá através da Unidade Básica de Saúde (UBS), por meio do agendamento informatizado, através dos sistemas definidos pela SMS – Cubatão, CROSS, conforme a solicitação do encaminhamento realizado pelo profissional da UBS. Também haverá oferta de vaga na agenda aos pacientes egressos do hospital, e primeira consulta médica/retorno.

Os encaminhamentos devem ser pautados nos Protocolos que estabeleçam os critérios e condições de encaminhamentos, definidos pela SMS. Deve ser garantida ainda a contra referência à Unidade Básica de Saúde com informações

claras sobre o acompanhamento realizado e resultados obtidos, garantindo a integralidade e continuidade do cuidado na atenção básica.

A oferta de serviços ambulatoriais especializados deve atender à necessidade local do município, proporcionando atendimento acessível ao usuário e contemplando os agravos mais prevalentes. O número de consultas das especialidades médicas, para o ambulatório de consultas especializadas, definidos para o Contrato de Gestão, são apresentados no quadro 5.

Quadro 5 – Meta mensal de acordo com os atendimentos

Atendimentos	Meta Mensal
Primeira Consulta, Consultas subsequentes (retornos)	1.050
Procedimentos Ambulatoriais	60
Procedimentos Obstétricos	118
Total	1.228

Fonte: Edital de Chamamento Público 0001/2016 - Retificado

Para a organização operacional do atendimento desse Serviço, o Gestor da Unidade deve configurar e monitorar a agenda das especialidades médicas contemplando o número de vagas proposto conforme o previsto no Contrato de Gestão, organizando-as em vagas de primeira vez e retorno na agenda de acordo com pactuações junto à SMS de Cubatão respondendo às características dos serviços e da população atendida.

Visando à organização do atendimento de forma a garantir a qualidade da assistência e permitir que o Ambulatório esteja estruturado de forma a responder às necessidades em atenção especializada pré e pós cirúrgica da população da qual é referência e para subsidiar discussões junto às unidades de saúde que compõem a Rede de Serviços de Saúde do Município de Cubatão, a AHBB propõe o acompanhamento mensal das metas de produção de consulta médica por especialidade e propõe ainda o acompanhamento dos seguintes indicadores:

- Número de vagas de primeira vez e de retorno disponibilizadas no mês;
- Perda primária de vagas por especialidade;
- Absenteísmo por unidade de encaminhamento;

- Demanda reprimida por especialidade.

Os gestores deste Serviço terão a responsabilidade, apoiados pelos assessores técnicos da AHBB, de analisar as informações da produção mensal por meio do Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) e monitorar os indicadores de acompanhamento propostos acima, devendo ainda:

- Participar de espaços de discussão com os demais serviços que compõem a Rede de Atenção à Saúde com o objetivo de qualificar os fluxos de referência e contra- referência;
- Identificar qual especialidade apresenta maior índice de absenteísmo e discutir junto a SMS;
- Disponibilizar agenda de *overbook*, a partir de estudo do absenteísmo por especialidade;
- Acompanhar e monitorar a agenda regulada e local junto à equipe, buscando diminuir a perda primária de vagas e permitir o estudo e avaliação das vagas de retorno;
- Disponibilizar vagas de reserva técnica na agenda para encaixe regulado via Central de Regulação de Acesso onde o médico regulador poderá realizar encaixes de alta prioridade.

3.1.2. Organização das Atividades Assistenciais

Atualmente se verifica um descompasso entre a complexidade das necessidades de saúde, levando à procura dos serviços de urgência e emergência para problemas de saúde que poderiam ser resolvidos na Rede Primária de Atenção à Saúde.

Considerando os princípios norteadores do SUS, a organização dos processos de trabalho surge como a principal questão a ser enfrentada para a mudança dos serviços de saúde, no sentido de colocá-los em execução, de forma centrada no usuário e suas necessidades. Desenvolver as linhas de cuidado e colocá-las operando é uma das principais ações a ser desenvolvida.

Conforme estabelecido na Portaria nº 3.390 de 2013, que determina as diretrizes para a organização do serviço hospitalar, define a estratégia da assistência por linha de cuidado, viabilizando a integralidade do cuidado, garantindo que o problema de cada usuário seja resolvido com a estrutura adequada e no tempo necessário, respeitando as especificidades de cada situação.

As ações realizadas junto às equipes devem apoiar-se em um tripé conceitual composto por:

- Apoio Matricial: É o elemento chave para a ampliação da assistência, e baseia-se na transdisciplinariedade que transforma a prática tradicional, elevando o conhecimento dos profissionais entre si; há um compartilhamento sincrônico de saberes que aumenta a capacidade de ver o indivíduo como um todo, contribuindo para uma melhor efetividade do tratamento. O Matriciamento é uma forma de gestão em saúde, que pode ser realizado por diferentes estratégias. Com o apoio matricial as equipes reorganizam os projetos de trabalho e criam redes de compartilhamento resolutivas para o equacionamento e acompanhamento do sujeito/família e deve aperfeiçoar o sistema de referência e contra referência, com objetivo de diminuir acentuadamente os encaminhamentos consecutivos que facilitam a desresponsabilização e a transferência de usuários que deviam ser preferencialmente cuidados em seu território. O apoio matricial facilita a vinculação do usuário aos serviços de saúde, sem que haja a diluição de responsabilidades, pois os casos são compartilhados no momento da reunião de equipe, podendo-se acompanhar a evolução dos mesmos;
- Clínica Ampliada: A AHBB no desenvolvimento de suas atividades, tem o compromisso de 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 e operacionalizar a clínica ampliada. A Clínica Ampliada possibilita uma gestão por resultados obtidos em conjunto, em oposição à gestão por procedimentos, resulta na ampliação da prática clínica na saúde coletiva onde o trabalho entre as Equipes tem uma importância crescente nesse aspecto, visto que vem ao encontro de um movimento de maior resolubilidade local, fortalecendo a integralidade. A construção da *clínica*

ampliada é justamente a transformação da atenção individual e coletiva que possibilita que outros aspectos do sujeito além do biológico possam ser compreendidos e trabalhados, cuidando do indivíduo como um todo.

- Projeto Terapêutico: é o conjunto de propostas de condutas terapêuticas, resultado da discussão coletiva realizada pela equipe multidisciplinar (equipe de referência). O Projeto Terapêutico Singular pode ser aplicado a grupos ou famílias, buscando a singularidade como elemento central no processo. Com objetivo de delinear o planejamento realizado pela equipe para alcançar o melhor resultado possível na melhora da qualidade de vida daquele usuário ou de sua comunidade.

As reuniões de equipe e os atendimentos compartilhados são o espaço da discussão e planejamento dos projetos terapêuticos. Determinam-se as propostas de intervenções e posteriormente a avaliação dos resultados. A responsabilidade do cuidado se divide entre os profissionais quando se constrói o Projeto Terapêutico Singular, ressaltando que esta metodologia conta com a aceitação ou negação do usuário ou comunidade, exigindo dos profissionais envolvidos um grande enfrentamento dos desafios da interdisciplinaridade e transdisciplinaridade na prática deste modelo de gestão de saúde.

As ações planejadas entre Equipes nestas reuniões devem contemplar:

- Ações compartilhadas: para uma intervenção interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para ambos os profissionais envolvidos. Com ênfase em estudo e discussão de casos e situações, realização de projeto terapêutico, orientações, bem como atendimento conjunto:
- Consulta Compartilhada: realizada entre técnicos, sempre contando com apoio matricial, clinica ampliada trabalhando com corresponsabilidade e troca de saberes;
- Visita em ambientes Hospitalares Compartilhadas: Realizada entre membros da Equipe de Referência ou entre profissionais, sendo um espaço de matriciamento aos familiares/cuidadores, e aos demais profissionais da

equipe, ampliando o cuidado ao usuário/família na lógica da promoção de saúde/prevenção de doenças e reabilitação;

- Grupos Compartilhados: são realizados com intuito de potencializar o espaço das relações entre membros das equipes de referência e os usuários, constituindo-se em um momento dinâmico de avaliação da conduta e evolução dos usuários;
- Acompanhamento do PTS: é feito em momentos em que as equipes de referência compartilham conhecimento e avaliam a evolução do caso, tomando assim novas condutas ou simplesmente dando continuidade as ações implantadas.

Considerando a importância do acompanhamento sistemático dos resultados quanti e qualitativos obtidos, identificação das situações-problema que possam impactar no processo de trabalho das Equipes de Referência e permitindo a gestão compartilhada e monitoramento dos processos, propõe-se espaços periódicos de discussão entre Coordenadores e Gestores das Unidades, no intuito de refletir e avaliar o desenvolvimento das Equipes e sua integração, permitindo a troca de experiências entre todos os profissionais envolvidos na prestação de assistência e potencializar as ações bem sucedidas.

As propostas para os Manuais de Gestão do Serviço de Enfermagem e do Serviço Médico estão apresentados em Anexo I – Material Técnico.

3.1.3. Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente – NQSP

Em 2005 a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente e identificou seis áreas de atuação para direcionar as ações voltadas à Segurança do Paciente.

Essas seis metas têm como objetivo prevenir e reduzir a incidência de eventos adversos, incidentes que resultam em danos ao paciente como quedas, administração incorreta de medicamentos e erros em procedimentos cirúrgicos nos serviços de saúde públicos e privados.

- ✓ **Meta nº 1** - Identificação correta dos pacientes;

- ✓ **Meta nº 2** - Comunicação efetiva;
- ✓ **Meta nº 3** - Segurança dos medicamentos de alta vigilância;
- ✓ **Meta nº 4** - Cirurgias em local de intervenção, procedimento e paciente corretos;
- ✓ **Meta nº 5** - Redução do risco de infecção associado aos cuidados de saúde;
- ✓ **Meta nº 6** - Redução do risco de lesões ao paciente em decorrência de quedas.

O Ministério da Saúde (MS) lançou em abril de 2013, o Programa Nacional de Segurança do Paciente, pelo Ministério da Saúde e ANVISA, com vista a reduzir a incidência de eventos adversos nos serviços de saúde no país.

As ações para a implantação da Segurança do Paciente no Hospital Municipal de Cubatão serão norteadas por protocolos elaborados pelo MS e por colaboradores da AHBB, que abordam os temas: higienização das mãos, cirurgia segura, prevenção de úlcera por pressão, identificação do paciente, prevenção de quedas e prescrição, uso e administração de medicamentos. Além disso, a AHBB irá promover processos de capacitação, suporte à implementação de práticas seguras no Hospital Municipal de Cubatão e a criação e implantação de um sistema de notificação de eventos adverso.

A AHBB promoverá melhorias relativas à segurança do paciente, de forma a prevenir e reduzir a incidência de eventos adversos no atendimento e internação, por meio de (re)formulação de estratégias preventivas frente a ocorrência de eventos indesejáveis durante a assistência, bem como para elaboração de projetos que subsidie a formação de uma cultura de segurança, minimizando os riscos da internação e garantindo melhor qualidade dos serviços de saúde durante a assistência no Hospital Municipal de Cubatão.

Neste contexto a AHBB estimulará medidas capazes de serem implementadas em diversos ambientes de cuidados com ênfase:

- ✓ Responsabilidade dos profissionais de saúde na identificação correta de pacientes antes da realização de exames, procedimentos cirúrgicos, administração de medicamentos/hemocomponentes e realização de cuidados;
- ✓ Incentivo ao uso de pelo menos dois indicadores para identidade do paciente na admissão, transferência para outro hospital e antes da prestação de cuidados; na neonatologia será indicada a utilização do nome da mãe da criança;
- ✓ Desenvolvimento de protocolos para identificação de pacientes com mesmo nome, identidade desconhecida, comatosos, confusos, sob efeito de ação medicamentosa;
- ✓ Estímulo a participação do paciente e sua família em todas as fases do processo de identificação e esclarecimento da sua importância;
- ✓ Verificação da integralidade das informações, checagem da identificação, de forma contínua e rotineiramente por todos os profissionais.

Diante das premissas acima, a AHBB se propõem a implantar o Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente, cujo funcionamento está descrito a seguir.

NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE

Segundo a RDC nº 36/2013, o NQSP é “a instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente”, consistindo em um componente extremamente importante na busca pela qualidade das atividades desenvolvidas nos serviços de saúde.

Um dos objetivos específicos do Política Nacional de Segurança do Paciente é promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de NQSP nos estabelecimentos de saúde.

A integração das diferentes instâncias que trabalham com riscos na instituição, considerando o paciente como sujeito e objeto final do cuidado em saúde, é considerada função desse NQSP. Isto é, o paciente necessita estar seguro,

independentemente do processo de cuidado a que ele está submetido. Ainda, consiste em tarefa do NQSP promover a articulação dos processos de trabalho e das informações que impactem nos riscos ao paciente.

Princípios e Diretrizes

O NQSP deve adotar os seguintes princípios e diretrizes:

- A melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde, por meio de fomento às ações de gestão de risco, amparados por processos investigatórios delineados de acordo com cada objeto;
- A disseminação sistemática da cultura de segurança;
- A articulação e a integração dos processos de gestão de risco;
- A garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde dentro de seu âmbito de atuação.

O NQSP deve ser instituído nos serviços de saúde com o intuito de ser uma instância responsável por apoiar a direção do serviço na condução das ações de melhoria da qualidade e da segurança do paciente.

Equipe

A direção do serviço é a responsável pela nomeação e composição do NQSP, conferindo aos seus membros, autoridade, responsabilidade e poder para executar as ações do Plano de Segurança do Paciente (PSP). A conformação do NQSP deve estar de acordo com o tipo e a complexidade do serviço.

O NQSP deve ser constituído por uma equipe multiprofissional, comprovadamente capacitada em conceitos de melhoria da qualidade e segurança do paciente e em ferramentas de gerenciamento de riscos em serviços de saúde. O NQSP deve ser composto por membros da organização que conheçam bem os processos de trabalho e que tenham perfil de liderança. Deve contar, preferencialmente, com representantes que tenham experiência nas áreas de controle de infecção, gerência de risco, epidemiologia, qualidade, microbiologia, farmácia hospitalar, farmácia e engenharia clínicas, segurança do paciente entre outras.

Tendo em vista o caráter estratégico e articulador, é aconselhável que o NQSP hospitalar esteja vinculado organicamente à direção e que tenham uma agenda periódica com a direção médica, de enfermagem e farmacêutica, entre outros.

Fases de implantação

- Etapa 1: Decisão

A decisão da autoridade máxima do serviço de saúde pela qualidade e segurança do paciente é a etapa primordial para que ocorra o processo de implantação do NQSP.

O envolvimento da autoridade máxima pode ser expresso por meio de comunicação formal e intensa divulgação local da constituição do NQSP.

- Etapa 2: Planejamento e Preparação

Nessa etapa, a direção da instituição deverá nomear o NQSP, por meio de documento de nomeação (Portaria, Ato e outros), indicando os integrantes e incluindo um profissional responsável pelo NQSP com participação nas instâncias deliberativas do serviço de saúde (Coordenador).

Reuniões com os integrantes do NQSP são necessárias para discutir as ações e estratégias para o Plano de Segurança do Paciente e devem estar devidamente documentadas. A realização de reuniões mensais com as demais instâncias que gerenciam aspectos da qualidade, reguladas por legislação específica, é crucial para a melhoria de processos e promoção da cultura de segurança do paciente na instituição.

Principais Atividades do Núcleo de Segurança do Paciente:

- Promover ações para a gestão do risco no serviço de saúde;
- Desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no serviço de saúde;
- Promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados, incluindo aqueles

envolvidos na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos e propor ações preventivas e corretivas;

- Elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o PSP;
- Acompanhar as ações vinculadas ao PSP;
- Implantar os Protocolos de Segurança do Paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores;
- Estabelecer barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde;
- Desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde;
- Analisar e avaliar os dados sobre incidentes e Eventos Adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- 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;
- Notificar ao SNVS os Eventos Adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- Manter sob sua guarda e disponibilizar à autoridade sanitária, quando requisitado, as notificações de Eventos Adversos;
- Acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias.

Ressalta-se que os protocolos para a assistência segura ao paciente estão apresentados em Anexo I – Material Técnico.

MODELO: proposta de Regimento para o NQSP:

O Hospital Municipal Dr. Luiz de Camargo da Fonseca e Silva é uma entidade de Direito Público (Privado), constituída juridicamente como Sociedade Civil, prestadora de serviços devidamente registrada junto aos órgãos públicos, sediada na cidade de Cubatão, Estado de São Paulo, administrada pela Pró-Saúde Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar.

Este instrumento tem como objetivo definir o Regimento do Núcleo da Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP), que normatiza e oferece diretrizes de organização e seu relacionamento no Hospital.

CAPÍTULO I

DOS PRINCÍPIOS E OBJETIVOS

Art. 1º

O Núcleo da Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) é instância de caráter permanente de assessoria ao Hospital Municipal Dr. Luiz de Camargo da Fonseca e Silva, vinculado à Diretoria Geral, com a finalidade de promover ações que visem à melhoria da qualidade e segurança do paciente, segundo RDC Nº 36 de 25 de Julho de 2013 que institui ações para segurança do paciente em serviços de saúde, por meio do processo de construção consensual entre os diversos atores que dele participam.

Art. 2º

Para efeito desta Resolução são adotadas as seguintes definições:

I - boas práticas de funcionamento do serviço de saúde: componentes da garantia da qualidade que asseguram que os serviços são ofertados com padrões de qualidade adequados;

II- cultura da segurança: conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde;

III - dano: comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico;

IV - evento adverso: incidente que resulta em danos à saúde;

V - garantia da qualidade: totalidade das ações sistemáticas necessárias para garantir que os serviços prestados estejam dentro dos padrões de qualidade exigidos para os fins a que se propõem;

VI - gestão de risco: aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de

riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional;

VII - incidente: evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário à saúde;

VIII - núcleo de qualidade e segurança do paciente (NQSP): instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente;

IX - plano de segurança do paciente em serviços de saúde: documento que aponta situações de risco e descreve as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a gestão de risco visando a prevenção e a mitigação dos incidentes, desde a admissão até a transferência, a alta ou o óbito do paciente no serviço de saúde;

X - segurança do paciente: redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde;

XI - serviço de saúde: estabelecimento destinado ao desenvolvimento de ações relacionadas à promoção, proteção, manutenção e recuperação da saúde, qualquer que seja o seu nível de complexidade, em regime de internação ou não, incluindo a atenção realizada em consultórios, domicílios e unidades móveis;

XII - tecnologias em saúde: conjunto de equipamentos, medicamentos, insumos e procedimentos utilizados na atenção à saúde, bem como os processos de trabalho, a infraestrutura e a organização do serviço de saúde.

Art. 3º

O NQSP deve adotar os seguintes princípios e diretrizes:

I - a melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;

II - a disseminação sistemática da cultura de segurança;

III - a articulação e a integração dos processos de gestão de risco;

IV - a garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde;

V – implementar as diretrizes estabelecidas pelo NQSP-Central.

CAPÍTULO II

DA ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO

Art. 4º

O diretor geral do serviço de saúde deve constituir o Núcleo da Qualidade e Segurança do Paciente e nomear a sua composição, conferindo aos membros autoridade, responsabilidade e poder para executar as ações do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde.

§ 1º A direção do serviço de saúde pode utilizar a estrutura existentes para o desempenho das atribuições do NQSP.

Art. 5º

Para o funcionamento sistemático e contínuo do NQSP a direção do serviço de saúde deve disponibilizar:

- I - recursos humanos, financeiros, equipamentos, insumos e materiais;
- II – 01 (um) profissional responsável pelo NQSP com participação nas instâncias deliberativas do serviço de saúde.

Art. 6º

Compete ao NQSP:

- I - promover ações para a gestão de risco no serviço de saúde;
- II - desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no serviço de saúde;
- III - promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corretivas;
- IV - elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;

V - acompanhar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;

VI - implantar os Protocolos de Segurança do Paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores;

VII - estabelecer barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde;

VIII - desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde;

IX - analisar e avaliar os dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;

X - compartilhar e divulgar a direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;

XI - notificar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;

XII - manter sob sua guarda e disponibilizar à autoridade sanitária, quando requisitado, as notificações de eventos adversos;

XIII - acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias.

Art. 7º

O Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (PSP) deve estabelecer estratégias e ações de gestão de risco, conforme as atividades desenvolvidas pelo serviço de saúde para:

I - identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos no serviço de saúde, de forma sistemática;

II - integrar os diferentes processos de gestão de risco desenvolvidos nos serviços de saúde;

III - implementação de protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde;

IV - identificação do paciente;

V - higiene das mãos;

VI - segurança cirúrgica;

VII - segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos;

VIII - segurança na prescrição, uso e administração de sangue e hemocomponentes;

IX - segurança no uso de equipamentos e materiais;

X - manter registro adequado do uso de órteses e próteses quando este procedimento for realizado;

XI - prevenção de quedas dos pacientes;

XII - prevenção de úlceras por pressão;

XIII - prevenção e controle de eventos adversos em serviços de saúde, incluindo as infecções relacionadas à assistência à saúde;

XIV- segurança nas terapias nutricionais enteral e parenteral;

XV - comunicação efetiva entre profissionais do serviço de saúde e entre serviços de saúde;

XVI - estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada;

XVII - promoção do ambiente seguro.

CAPÍTULO III

DA NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS E DO MONITORAMENTO

Art. 8º

O monitoramento dos incidentes e eventos sentinela/adversos será realizado pelo Núcleo da Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP).

Art. 9º

A notificação dos eventos adversos/sentinela, deve ser realizada mensalmente pelo NQSP, até o 15º (décimo quinto) dia útil do mês subsequente ao mês de vigilância, por meio das ferramentas eletrônicas disponibilizadas pela ANVISA.

Parágrafo único - Os eventos adversos/sentinela que evoluírem para óbito devem ser notificados para ANVISA em até 72 (setenta e duas) horas a partir do ocorrido.

Art. 10

A classificação, investigação e tratativa dos eventos adversos/sentinela, devem ser realizados pelo NQSP, conforme diretrizes e formulários disponibilizados pelo NQSP- Central.

CAPÍTULO IV

DOS COMPONENTES E DAS COMPETÊNCIAS

Art. 11

O NQSP do Hospital Municipal Dr. Luiz de Camargo da Fonseca e Silva deve ser constituído por uma equipe multiprofissional formalmente indicada pela diretoria geral do hospital.

Art. 12

O NQSP deve ser composto minimamente pelo diretor geral e o gestor do NQSP, contando com a equipe multiprofissional como consultoria, quando necessário.

O NQSP do Hospital Municipal Dr. Luiz de Camargo da Fonseca e Silva é composto pelos membros que seguem:

I – Diretor Geral;

II – Gestor da Qualidade;

III – Membros Consultores:

a. Serviço Médico;

- b. Serviço de Enfermagem;
- c. Serviço de Farmácia;
- d. Serviço de Nutrição;
- e. Administração.

Parágrafo único - Os membros do NQSP poderão ser substituídos, a qualquer tempo, pelo diretor geral, mediante ato formal motivado, nas seguintes situações:

- I- Por iniciativa própria;
- II- Por provocação escrita, devidamente fundamentada;
- III- A pedido do membro interessado, mediante requerimento escrito com justificativa.

Art. 13

Compete ao Diretor Geral, enquanto membro patrocinador do NQSP:

- I. Apoiar a implantação do Núcleo da Qualidade e Segurança do Paciente;
- II. Elaborar e disseminar o processo de implantação e manutenção do NQSP;
- III. Constituir o Núcleo da Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) e nomear a sua composição, conferindo aos membros autoridade, responsabilidade e poder para executar as ações do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;
- IV. Disponibilizar recursos humanos, área física adequada, equipamentos, insumos e serviços de apoio para o desenvolvimento pleno das atividades do NQSP;
- V. Proporcionar e estimular a integração entre os diversos setores do ambiente hospitalar visando a notificação e investigação imediata quando da suspeita da ocorrência de agravos;
- VI. Presidir as reuniões ordinárias e extraordinárias do NQSP.

Art. 14

Compete ao Gestor do NQSP:

- I. Receber, registrar, distribuir, expedir e arquivar documentos e processos;

- II. Protocolar documentos recebidos ou enviados pelo NQSP;
- III. Digitar textos, memorandos e comunicados referentes ao NQSP;
- IV. Elaborar as atas de reuniões ordinárias e extraordinárias do NQSP;
- V. Viabilizar, organizar e aplicar treinamentos, palestras e cursos;
- VI. Realizar auditorias internas nas unidades assistenciais, para avaliação de situações de risco;
- VII. Participar da classificação, investigação, tratativa e divulgação dos dados referentes aos eventos adversos/sentinelas;
- VIII. Orientar os demais profissionais da instituição quanto a condutas pertinentes relacionadas a eventos adversos/sentinela;
- IX. Difundir orientações e medidas de prevenção de eventos adversos/sentinelas;
- X. Participar da elaboração/ validação de instruções de trabalho e outros documentos relacionados ao contexto;
- XI. Mapear e gerenciar riscos de forma preventiva;
- XII. Desenvolver as áreas para o processo de Acreditação Hospitalar;
- XIII. Gerenciar o Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU);
- XIV. Incentivar a Gestão por Processos (Mapeamento, Indicadores e Ações de Melhoria);
- XV. Estimular a Gestão Integrada (Planejamento e Desempenho);
- XVI. Atender aos compromissos do NQSP-Central.

Art. 15

Compete aos Membros Consultores do NQSP:

- I. Participar da elaboração/ validação de instruções de trabalho e outros documentos relacionados ao contexto;
- II. Participar da classificação, investigação, tratativa e divulgação dos dados

referentes aos eventos adversos/ sentinelas, quando convocados;

III. Atender as questões éticas e de confidencialidade das informações.

Art. 16

O NQSP realizará as reuniões ordinárias mensalmente, e extraordinárias quando necessário.

CAPÍTULO XI

DAS CONSIDERAÇÕES FINAIS

Art. 16

O presente Regimento entra em vigor a partir da data de sua aprovação e assinatura do Diretor Geral.

Art. 17

Os casos omissos neste Regimento serão tratados pela Diretoria Geral do Hospital.

APROVAÇÃO

Diretor Geral

Data: ____/____/____

Atenção:

O funcionamento do NQSP é compulsório, cabendo aos órgãos de vigilância sanitária local (municipal, distrital ou estadual) a fiscalização do cumprimento dos regulamentos sanitários vigentes.

3.1.4. Serviço de Urgência e Emergência

O Serviço de Urgência e Emergência do Hospital é gerido por outra entidade, não fazendo parte do Edital, entretanto, de acordo com o disposto no referido documento, a Contratada deverá atender as solicitações de inter consultas de pacientes que aguardam vaga no Hospital. As solicitações serão atendidas, mediante a entrega de impresso, contendo a especialidade e a justificativa. As informações serão tabuladas para fins estatísticos, com o objetivo de garantir a segurança dos pacientes.

As solicitações de internação devem ser de acordo com a complexidade e perfil do Hospital. Caso contrário, deve ser solicitada transferência para hospital de referência.

3.1.5. Organização do Serviço de Internação

As unidades de internação estão organizadas por especialidades. Visando a qualificação do gerenciamento do cuidado por sítios assistenciais será adotado o Sistema Kanban, como ferramenta de gestão, qualidade e segurança do atendimento. O KANBAN significa etiqueta, cartão ou placa visível que serve para destacar o que deve ser evidenciado, com os objetivos abaixo:

- a) Identificar a complexidade assistencial relacionada ao tempo de permanência;
- b) Monitorar a Taxa de Ocupação da Unidade.

O princípio é chamar a atenção de todos os envolvidos com o cuidado do paciente (equipe multiprofissional), promovendo a lateralidade com outras especialidades e serviços para resolver ou fazer a transferência de cuidados de pacientes.

O KANBAN pode ser utilizado como uma ferramenta de gestão para análise de custos.

Será garantido o acesso à internação em todas as enfermarias nas 24 horas, sendo que as equipes dessas unidades serão matriciadas pela equipe de saúde mental do hospital.

As especialidades atendidas nas Unidades de Internação do Hospital Municipal de Cubatão estão discriminadas a seguir:

Clínica Cirúrgica: composta por 27 leitos, destinada ao atendimento dos pacientes cirúrgicos e 03 leitos destinados às cirurgias ginecológicas, que dispõem de assistência médica e de enfermagem, com equipamentos específicos próprios, recursos humanos especializados com acesso a tecnologias destinadas a diagnóstico e terapêutica.

As especialidades cirúrgicas a serem atendidas, em urgência ou eletivas, são: cirurgia geral; otorrinolaringologia; urologia; vascular; oftalmologia; ortopedia; buco-maxilo; cirurgias gastrointestinais, dentre outras.

O usuário que for encaminhado ao Hospital Municipal de Cubatão para tratamento cirúrgico, eletivo ou de urgência, encontrará disponível para seu atendimento Centro Cirúrgico com 04 salas, e leitos de recuperação anestésica, equipado para esta modalidade de atendimento, bem como com Recursos Humanos dimensionados e capacitados para prestar assistência com qualidade e segurança.

Unidade de Terapia Intensiva – UTI Adulto, Unidade de Terapia Intensiva – UTI Pediátrica e Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

A UTI adulto possui 08 leitos, destinados ao atendimento dos pacientes graves ou de risco que dispõem de assistência médica e de enfermagem ininterruptas, com equipamentos específicos próprios, recursos humanos especializados e que tenham acesso a tecnologias destinadas a diagnóstico e terapêutica.

A UTI pediátrica possui 02 leitos, destinados ao atendimento dos pacientes graves ou de risco que dispõem de assistência médica e de enfermagem ininterruptas, com equipamentos específicos próprios, recursos humanos especializados e que tenham acesso a tecnologias destinadas a diagnóstico e terapêutica.

A UTI neonatal possui 06 leitos, destinados ao atendimento dos pacientes graves ou de risco que dispõem de assistência médica e de enfermagem ininterruptas, com equipamentos específicos próprios, recursos humanos

especializados e que tenham acesso a tecnologias destinadas a diagnóstico e terapêutica.

O Serviço de cuidados intensivos (adulto, infantil e neonatal) contará com:

- a. Equipe multiprofissional habilitada;
- b. Escala de profissionais, adequada ao modelo assistencial do serviço e que contempla as emergências;
- c. Sistema de documentação e registros correspondentes aos procedimentos da assistência (adulto, infantil e neonatal);
- d. Ambiente climatizado, com temperatura controlada e adequada para o atendimento;
- e. Materiais e medicamentos apropriados para o atendimento da criança e adulto, atendendo à especificidade de cada área;
- f. Equipamentos e instalações adequadas aos procedimentos intensivos;
- g. Programa de manutenção preventiva dos equipamentos;
- h. Precauções padronizadas e rotina para isolamento do cliente/paciente;
- i. Cumprimento das normas de controle de infecção;
- j. Sistema de informação aos familiares;
- k. Manual(is) de normas, rotinas e procedimentos documentado(s), atualizado(s) e disponível(is);
- l. Sistema de análise crítica dos procedimentos, visando à melhoria da técnica, controle de problemas, melhoria de processos, minimização de riscos e efeitos colaterais;
- m. Sistema de planejamento e melhoria contínua em termos de estrutura, novas tecnologias, atualização técnica-profissional, ações assistenciais e procedimentos específicos do serviço;
- n. Sistema de aferição da satisfação dos clientes internos e externos.

Para a continuidade da assistência humanizada e segura em caso de transporte do usuário, o mesmo será acompanhado de relatório de transferência que será entregue no local de destino do paciente.

A implantação e monitoramento posterior será realizado pelo NQSP, com o acompanhamento dos seguintes indicadores:

- Taxa de Mortalidade Ajustada por Escore de Gravidade na UTI;
- Taxa de Reinternação na UTI nas 24 horas seguintes à Alta.

Saúde Mental: a unidade de internação para pessoas com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, possui 04 leitos.

Unidade de Centro Cirúrgico - CC e Centro Obstétrico - CO

A Unidade Cirúrgica do Hospital Municipal de Cubatão realiza tratamento cirúrgico ao usuário, em caráter eletivo, ambulatorial e hospitalar referenciada. As cirurgias eletivas a serem realizadas são: cirurgias otorrinolaringológicas, urológicas, vasculares, oftalmológicas, ortopédicas, odontológicas, buco-maxilo facial, cirurgia geral, cirurgias gastrointestinais.

O Centro Cirúrgico possui 04 salas cirúrgicas e 06 leitos de Recuperação Pós-Anestésica.

O Centro Obstétrico possui 06 leitos de pré parto, 01 salas para parto normal e 01 sala para parto cirúrgico com atendimento as gestantes em situação de trabalho de parto e/ou outras urgências obstétricas. Rotinas da Internação no Centro Obstétrico:

Serão encaminhadas à sala de exames obstétricos as pacientes que apresentarem situações de emergência obstétrica abaixo relacionadas:

- ✓ Trabalho de parto;
- ✓ Parto expulsivo;
- ✓ Parto prematuro;
- ✓ Trabalho de parto com prolapso de membros;
- ✓ Prolapso de cordão;
- ✓ Choque hipovolêmico da gestante;

- ✓ Hemorragia no 1º trimestre;
- ✓ Abortamento incompleto,
- ✓ Neoplasia Trofoblástica Gestacional (NTG) e
- ✓ Gravidez ectópica íntegra ou rota.

A localização do CC e CO deve permitir acesso fácil para todas as unidades, e sua estrutura física estar adequada de forma a restringir circulação de pessoal, minimizando o risco de infecção.

- Área não restrita: local de acesso dos profissionais que trabalham no CC ou CO, como: vestiário, recepção interna, conforto da equipe;
- Área semi restrita: RA, guarda de materiais e equipamentos, corredores;
- Área restrita: guarda de material estéril, sala operatória.

Para o bom funcionamento, após a assunção do contrato será elaborado protocolo de cirurgia segura, com o objetivo de determinar as medidas a serem implantadas para reduzir a ocorrência de incidentes e eventos adversos e a mortalidade cirúrgica, possibilitando o aumento da segurança na realização de procedimentos cirúrgicos, no local correto e no paciente correto, por meio do uso da Lista de Verificação de Cirurgia Segura desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde - OMS.

A implantação e monitoramento posterior será realizado pelo NQSP, com o acompanhamento dos seguintes indicadores:

- Taxa de adesão à Lista de Verificação da Cirurgia Segura/Parto;
- Taxa de cirurgias eletivas com avaliação pré-anestésica;
- Número de intercorrências nos procedimentos cirúrgicos (local, paciente, procedimento errados);
- Taxa de Adesão do Protocolo de Segurança do Paciente em Cirurgia Segura (*check list*);
- Taxa de Parto Cesáreo.

O acompanhamento será periódico, visando a redução de danos e melhoria contínua do processo.

Objetivos do Serviço

- Oferecer assistência integral e eficiente ao paciente no período peri operatório e em trabalho de parto, visando a identificação e satisfação de necessidades e problemas específicos;
- Verificar medidas e meios que visem a prevenção de complicações e/ou acidentes no período peri operatório;
- Cooperar para um desenvolvimento afetivo de ato operatório e período expulsivo no parto normal propiciando segurança ao paciente e a equipe cirúrgica;
- Planejar e avaliar a assistência no período transoperatório, contribuindo para a assistência integral do paciente e a redução de riscos cirúrgicos;
- Recepcionar o Recém-nascido, mantendo profissionais capacitados, minimizando os riscos e garantindo assistência com qualidade e segurança.

Competência do Serviço

- Manter em perfeitas condições de funcionamento as salas cirúrgicas e obstétricas, oferecendo um ambiente seguro de trabalho para equipe e o paciente;
- Planejamento e avaliação da assistência de enfermagem no período peri operatório e pré parto contribuindo para a assistência integral do paciente e reduzindo os riscos cirúrgicos;
- Zelar para que ninguém adentre ao Centro Cirúrgico ou Centro Obstétrico sem estar devidamente paramentado, ou saia dele com as roupas específicas da Unidade, se evitando qualquer tipo de contaminação;
- Garantir o preenchimento e assinatura do consentimento informado, bem como seu entendimento pelo paciente;
- Garantir nos casos necessários, a marcação da lateralidade, antes do paciente adentrar na sala cirúrgica;

- Receber os pacientes para cirurgias e parto, exigindo que sejam acompanhados do prontuário completo e identificado antes do início do ato cirúrgico;
- Manutenção de registros sobre as ocorrências do Centro Cirúrgico e Centro Obstétrico e anotações devidas para o perfeito controle de cirurgias;
- Preparo rigoroso do ambiente e material necessário na unidade, bem como a responsabilidade por seu uso, reposição e solicitação de manutenção, para o enfermeiro coordenador, quando necessário.

Clínica Médica: composta por 45 leitos para a Clínica Geral, 01 leito para tratamento da AIDS e 01 leito para a Pneumologia Sanitária, destinados ao atendimento dos pacientes de clínica médica que dispõem de assistência médica e de enfermagem, com equipamentos específicos próprios, recursos humanos especializados com acesso a tecnologias destinadas a diagnóstico e terapêutica.

Clínica Obstétrica e Neonatal: composta por 06 leitos para a Obstetrícia Clínica e 18 leitos para a Obstetrícia Cirúrgica, destinados ao atendimento das situações obstétricas que dispõem de assistência médica e de enfermagem, com equipamentos específicos próprios, recursos humanos especializados com acesso a tecnologias destinadas a diagnóstico e terapêutica.

A Clínica Neonatal possui 05 leitos, destinada ao atendimento dos recém-nascidos de risco que dispõem de assistência médica e de enfermagem ininterruptas, com equipamentos específicos próprios, recursos humanos especializados e com acesso a tecnologias destinadas a diagnóstico e terapêutica.

O Serviço de Neonatologia será destinado à atenção aos recém-nascidos normais e patológicos, assim como as unidades de terapia intensiva neonatal para recém-nascidos de médio e alto risco.

O principal objetivo da atenção obstétrica e neonatal é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, ao fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e o bem-estar da mulher e do recém-nascido.

A atenção com qualidade e humanizada depende da provisão dos recursos necessários, da organização de rotinas com procedimentos comprovadamente

benéficos, evitando-se intervenções desnecessárias e do estabelecimento de relações baseadas em princípios éticos, garantindo-se a privacidade, a autonomia e compartilhando-se com a mulher e sua família as decisões sobre as condutas a serem adotadas.

Clínica Pediátrica: unidade com 16 leitos destinada ao atendimento dos pacientes de pediatria clínica e cirúrgica por período superior a 24 horas, que necessitam assistência médica e de enfermagem, com equipamentos específicos próprios, recursos humanos especializados com acesso a tecnologias destinadas ao diagnóstico e terapêutica.

A Unidade infantil possui área destinada à Brinquedoteca, em cumprimento à Lei 11.104 de 2005. A criança e seu acompanhante terão livre acesso à área, a não ser que, por conduta médica, haja algum impedimento. Os brinquedos e jogos serão todos higienizáveis, e o processo de higienização será realizado conforme definido pela CCIH.

Considerando a Resolução 41 de 1995, dos Direitos da Criança e Adolescente Hospitalizado, art. 9º, toda criança tem o direito de acompanhamento escolar durante o período de hospitalização, a AHBB propõe adotar outro modelo, aprovado pela SMS, que garanta a ininterrupção dos estudos, e retorno à escola sem prejuízos.

3.1.5.1. Dimensionamento do Corpo Clínico para Medicina Interna

SETOR	FUNÇÃO	TIPO	CARGA HORÁRIA/DIA
		JORNADA	
Anestesiologista			
Anestesiologia (APA e CC)	Médico(a)	Diurno (2ª a 6ª feira)	12
Anestesiologia	Médico(a)	Diurno (Sáb e Dom)	12
Anestesiologia	Médico(a)	Noturno	12
SUBTOTAL			36

SETOR	FUNÇÃO	TIPO	CARGA HORÁRIA/DIA
		JORNADA	
Medicina Interna			
Cirurgia Geral e Vascular	Médico(a)	Diurno	12
Cirurgia Geral e Vascular	Médico(a)	Noturno	12
Clinica Médica, Cardiologia e Psiquiatria	Médico(a)	Diurno	12
Clinica Médica, Cardiologia e Psiquiatria	Médico(a)	Noturno	12
Ginecologia e Obstetrícia	Médico(a)	Diurno	12
Ginecologia e Obstetrícia	Médico(a)	Noturno	12
Infectologia	Médico(a)	SCIH/Interconsultas	6
Intensivista Adulto	Médico(a)	Diarista	8
Intensivista Adulto	Médico(a)	Diurno	12
Intensivista Adulto	Médico(a)	Noturno	12
Intensivista Neonatal e Pediátrico	Médico(a)	Diarista	8
Intensivista Neonatal e Pediátrico	Médico(a)	Diurno	12
Intensivista Neonatal e Pediátrico	Médico(a)	Noturno	12
Pediatria (UI, Semi e Sala de Parto)	Médico(a)	Diurno	12
Padiatria (UI, Semi e Sala de Parto)	Médico(a)	Noturno	12
Ortopedia	Médico(a)	Diurno	12
Ortopedia	Médico(a)	Noturno	12
SUBTOTAL			190
Ambulatório e Procedimentos Eletivos			
Anestesiologia (APA)	Médico(a)	Diarista (1x/sem)	4
Buco Maxilo Facial	Médico(a)	Diarista (1x/sem)	4
Cirurgia Cabeça e Pescoço	Médico(a)	Diarista (1x/sem)	4
Cirurgia Endoscópica	Médico(a)	Diarista (1x/sem)	4
Cirurgia Geral	Médico(a)	Diarista (1x/sem)	4
Cirurgia Ginecológica	Médico(a)	Diarista (1x/sem)	4
Cirurgia Pediátrica	Médico(a)	Diarista (1x/sem)	4
Cirurgia Plástica	Médico(a)	Diarista (1x/sem)	4
Cirurgia Vascular	Médico(a)	Diarista (1x/sem)	4
Neurocirurgia	Médico(a)	Diarista (1x/sem)	4
Oftalmologia	Médico(a)	Diarista (1x/sem)	4
Ortopedia	Médico(a)	Diarista (1x/sem)	4
Otorrinolaringologia	Médico(a)	Diarista (1x/sem)	4
Urologia	Médico(a)	Diarista (1x/sem)	4
SUBTOTAL			44

SETOR	FUNÇÃO	TIPO	CARGA HORÁRIA/DIA
		JORNADA	
Sobreaviso (Interconsultas e Urgência)			
Cirurgia Cabeça e Pescoço	Médico(a)	Sobreaviso	24
Cirurgia Pediátrica	Médico(a)	Sobreaviso	24
Clinica Cirúrgica e Vascular	Médico(a)	Sobreaviso	24
Nefrologia (hemodiálise/ interconsultas)	Médico(a)	Sobreaviso	24
Neurocirurgia	Médico(a)	Sobreaviso	24
Nutrologia (interconsultas)	Médico(a)	Sobreaviso	24
Oftalmologia	Médico(a)	Sobreaviso	24
Ortopedia	Médico(a)	Sobreaviso	24
Otorrinolaringologia	Médico(a)	Sobreaviso	24
Psiquiatria (interconsultas)	Médico(a)	Sobreaviso	24
Urologia	Médico(a)	Sobreaviso	24
MÉDICOS SOBREAVISO			168
Medicina Diagnóstica (SADT)			
Setor	Função	Jornada	Carga Horária/Dia
Análises Clínicas e Anatomia Patológica	Médico(a)	Diurno / Sobreaviso	24
Artroscopia Diagnóstica e Terapêutica / Videoartroscopia	Médico(a)	Diarista (1x/sem)	8
Biopsia e Punções	Médico(a)	Diurno	8
Eletrocardiograma	Médico(a)	Diurno / Sobreaviso	24
Endoscopia (Endoscopia Digestiva e Terapêutica, Colonoscopia)	Médico(a)	Diurno / Sobreaviso	24
Hemoterapia/Hematologia	Médico(a)	Diurno / Sobreaviso	24
Procedimentos Oftalmológicos	Médico(a)	Diurno	8
Radiologia (Raio X e Raio X Contrastado, Mamografia)	Médico(a)	Diurno / Sobreaviso	24
Tomografia Computarizada	Médico(a)	Diurno / Sobreaviso	24
Tococardiograma / Ante Parto	Médico(a)	Diurno / Sobreaviso	24
Ultrassonografia (Ecocardiograma, Transtorácico, Venosos, Arteriais – Doppler colorido)	Médico(a)	Diurno / Sobreaviso	24
SADT			216
TOTAL GERAL			654

3.1.6. Organização da Assistência por Linha de Cuidado

A organização funcional e operacional das diferentes Clínicas no Hospital Municipal de Cubatão deve estar apoiada nos princípios da equidade, integralidade e universalidade, além de permear a prestação de seus Serviços no Acolhimento e Humanização.

Funcionalmente, os responsáveis pelo gerenciamento do Hospital Municipal

de Cubatão devem desenvolver ações de Planejamento Estratégico apoiados e integrados à equipe de trabalho, a partir da identificação de situações-problema nos diferentes setores e serviços e da elaboração de um Plano de Ações (a partir de objetivos e metas construídos) que inclua as competências, responsabilidades, recursos necessários, prazos e Indicadores de Monitoramento específicos de cada ação. Também devem acompanhar e monitorar a implantação e execução do Plano de Ações proposto, bem como avaliar os resultados alcançados X previstos a curto/médio/longo prazo a partir de instrumentos de monitoramento e Indicadores construídos anteriormente.

Para a implantação da assistência por Linha de Cuidado, a AHBB se propõe a:

- Identificar o perfil epidemiológico;
- Mapear os processos do Hospital Municipal de Cubatão;
- Realizar a interação de processos;
- Definição de Protocolos, Manuais, Procedimento Operacional Padrão - POP, dentre outros;
- Estabelecer critérios de medição e melhorias;
- Definir e Gerenciar os Riscos.

Operacionalmente, os diferentes setores das Unidades de Internação e seus colaboradores devem desenvolver as ações propostas de sua competência, com o objetivo de qualificar a assistência prestada aos usuários nos diversos níveis de complexidade, sob o acompanhamento e supervisão do Gestor da Unidade.

- Recepção de Internação/Unidades de Internação.

Além das atividades assistenciais cabe ressaltar que determinados setores de apoio da Unidade Hospitalar também deve estar organizados e qualificados de forma a fornecer a infraestrutura necessária a todo o atendimento prestado, apoiando os processos de trabalho para o alcance dos resultados esperados e das metas estabelecidas, tais como os setores de Farmácia e Almoxarifado, Apoio Administrativo (Gerência, Regulação, Recepção/SAME, Recursos Humanos),

Remoção, Expurgo/Esterilização, Serviço de Nutrição e Dietética, Necrotério, Higiene/Limpeza, Vigilância Epidemiológica e Comissões existentes (Prontuários, Óbito, Ética Médica e de Enfermagem, etc.).

Destaca-se que a prestação dos serviços de saúde tem como característica principal a atuação de pessoas como sujeitos da ação, em todas as suas etapas. Dessa forma é necessário que haja o estabelecimento de uma comunicação eficaz e eficiente entre os trabalhadores, entre os trabalhadores e Gestores do Hospital Municipal e entre trabalhadores e usuários possibilitando o alcance de objetivos e metas almejadas de forma cooperativa valorizando os recursos humanos existentes através de ações cabíveis.

A Linha de Cuidado tem como base a identificação de riscos e integralidade do cuidado nos diferentes pontos de atenção à saúde. Uma vez identificado o risco, a prioridade centra-se em reduzir os impactos. Para tanto, a articulação entre os pontos de atenção à saúde e a efetividade da assistência devem ser preconizados. No hospital, a Linha de Cuidado estabelece o Projeto Terapêutico, resultado da discussão da equipe multiprofissional (Visita Ampliada). O objetivo é avaliar ou reavaliar as condições de saúde e, se necessário, redefinir as linhas de intervenção terapêutica dos profissionais envolvidos no cuidado. O Projeto Terapêutico faz parte do Protocolo de Alta Responsável, que é uma ferramenta utilizada na organização da linha de cuidado, estabelecendo fluxograma, procedimentos e orientações no período de internação, alta hospitalar e retorno ao domicílio, por meio de referência e contra referência. Estes são dispositivos administrativos utilizados para a comunicação entre pontos da RAS, com o objetivo de favorecer o acesso do usuário ao serviço e a continuidade dos cuidados.

Entende-se por matriciamento, o suporte realizado por profissionais e diversas áreas especializadas dado a uma equipe interdisciplinar com o intuito de ampliar o campo de atuação e qualificar suas ações. Ou seja, “matriciamento ou apoio matricial é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica”. O apoio matricial, formulado por Gastão Wagner em 1999, tem possibilitado, no Brasil, um cuidado colaborativo entre a saúde mental e a atenção primária, e essa relação amplia a possibilidade de realizar a clínica

ampliada e a integração e diálogo entre diferentes especialidades e profissões. Propõem-se a implantação deste modelo, objetivando a qualidade da assistência a ser prestada ao usuário, garantindo a integralidade e continuidade do cuidado.

a. Obstetrícia e Neonatologia

O conceito de atenção humanizada é amplo e pode contemplar diversos significados mas, a partir de sua aplicação ao contexto da assistência obstétrica e neonatal, envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam a promoção do parto e do nascimento saudáveis e a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal. Inicia-se no pré-natal e procura garantir que a equipe de saúde realize procedimentos comprovadamente benéficos para a mulher e o bebê, que evite as intervenções desnecessárias e que preserve a privacidade e a autonomia desses sujeitos. Para entender melhor os sentidos da humanização na atenção a partos e nascimentos, é importante conhecer os princípios da Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde, que orienta as ações de humanização promovidas nesse âmbito, os diferentes modelos de atenção obstétrica e algumas implicações práticas que são oriundas dessas reflexões.

O modelo humanista privilegia o bem-estar da parturiente e de seu bebê, buscando ser o menos invasivo possível, considerando tanto os processos fisiológicos, quanto os psicológicos e o contexto sociocultural. Faz uso da tecnologia de forma apropriada, sendo que a assistência se caracteriza pelo acompanhamento contínuo do processo de parturição. Nessa concepção, além dos hospitais, o parto tanto pode ocorrer em casas de parto ou ambulatórios, sendo que se reservam os hospitais para casos em que comprovadamente são esperadas complicações, de forma a reduzir o tempo de transferência do setor de partos normais para o de partos cirúrgicos. A presença de acompanhantes é incentivada e a parturiente pode escolher a posição que lhe é mais confortável para ter seu filho. Nesse modelo, a profissional de eleição é a obstetrix (profissional com curso de nível superior em obstetrícia) ou enfermagem obstétrica, responsável tanto pelo acompanhamento do processo de trabalho de parto como pela detecção precoce de problemas, quando então indica remoção para profissionais e unidades de saúde com condições adequadas para atender o caso.

É importante reafirmar que a gravidez e o parto são eventos sociais que integram a vivência sexual e reprodutiva de homens e mulheres. Este é um processo singular, uma experiência especial no universo da mulher e de seu parceiro, que envolve também suas famílias e a comunidade. A gestação, o parto e o puerpério constituem uma experiência humana das mais significativas, com forte potencial positivo e enriquecedora para todos que dela participam.

Os profissionais de saúde são coadjuvantes e desempenham importante papel. Devem colocar seu conhecimento a serviço do bem-estar da mulher e do bebê, reconhecendo os momentos críticos em que suas intervenções são necessárias para assegurar a saúde de ambos. Devem minimizar os medos, os desconfortos e a dor, ficar ao lado, prover suporte, esclarecer, orientar, enfim, ajudar e assistir a parir e a nascer. Precisam lembrar que são os primeiros que tocam cada ser que nasce e ter consciência de sua responsabilidade em um processo que sempre envolve múltiplos nascimentos: o nascimento de um bebê, uma mãe, um pai, uma nova família.

É fundamental o fortalecimento da atenção básica em saúde, na perspectiva de uma rede de atenção integrada, em todos os seus princípios, de modo que tenha capacidade cada vez mais ampliada de cuidar da gestante de forma integral.

Nessa perspectiva existem vários aspectos a serem observados para se considerar o pré-natal qualificado. Esses aspectos complementam-se e representam marcadores de qualidade, que deverão ser buscados por todos no âmbito da Rede Cegonha.

Primeiramente, é necessário que a gestante confirme a gravidez e tenha acesso aos cuidados pré-natais antes de completar 12 semanas de gestação: é a captação precoce da gestante. Para que isso seja possível, as equipes de atenção básica, com o apoio do gestor municipal, devem atuar junto às mulheres em idade fértil, com atenção especial para adolescentes e jovens, no planejamento reprodutivo e no reconhecimento dos sinais de gravidez. Isso possibilitará que a mulher procure a unidade básica de saúde (UBS) e realize o Teste Rápido de Gravidez, o que confirmará a suspeita e garantirá o início do Pré-natal o mais precoce possível.

Uma vez que iniciou o pré-natal de risco habitual na UBS, a gestante deve realizar os exames e ter os resultados em tempo oportuno, outro aspecto importante da Rede Cegonha. Com base no exame clínico e nos resultados desses exames de rotina, deve ser avaliado se a gestação é de alto risco, quando deverá ser garantido o encaminhamento e o acompanhamento pré-natal de alto risco em um serviço especializado. No entanto, a equipe de atenção básica deve continuar acompanhando essa gestante, de modo que se mantenha o vínculo e possa se prestar cuidado integral à gestante e sua família. Nesse momento, é fundamental realizar prevenção, tratamento e aconselhamento das DST/SIDA.

Durante o acompanhamento pré-natal na UBS a equipe deve se organizar para realizar acolhimento às gestantes sob seus cuidados, com escuta qualificada, em especial às adolescentes. Toda demanda que leva a gestante a procurar a UBS, sobretudo quando for motivada por alguma intercorrência, deve ser valorizada, acolhida e ter o risco avaliado e a vulnerabilidade considerada. Trata-se do acolhimento com avaliação de risco e vulnerabilidade.

Outro aspecto central que deve ser garantido, sendo um princípio da Rede Cegonha, é a vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto. A equipe deve informar à gestante o local onde será realizado o parto e deve mediar a visita da mesma a esse serviço. A vinculação depende de um esforço conjunto entre equipe e gestor municipal, que deverá articular toda a rede e garantir tal vínculo.

Para que o pré-natal seja qualificado, é indispensável que o sistema de informação seja alimentado e que os relatórios parciais sejam utilizados como subsídio para a tomada de decisão e melhoria do processo de trabalho. No âmbito da Rede Cegonha será utilizado, inicialmente, o Sisprenatal WEB.

A Rede Cegonha garante apoio financeiro ao deslocamento das gestantes para a realização das consultas de pré-natal e para o local onde será realizado o parto. Esse apoio é muito importante para estimular a gestante a iniciar o pré-natal o mais precocemente possível e a realizar as consultas e os exames de pré-natal preconizados no protocolo da atenção básica.

Por meio do SISPRENATAL, a UBS identificará as gestantes que deverão receber o apoio financeiro - cada gestante receberá dois valores diferenciados em

períodos distintos: no primeiro trimestre, após a entrega do resultado do exame de VDRL, e no terceiro trimestre, após a entrega do 3º exame de VDRL.

A UBS deverá orientar a gestante sobre a aquisição da ajuda de custo, os valores, a finalidade do apoio financeiro (transporte para a realização dos exames e a ida à maternidade) e a importância de realizar todas as consultas e exames previstos para ter direito à integralidade do valor disponível.

COMPONENTE PARTO E NASCIMENTO

Com relação às boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento, preconizadas pelo Ministério da Saúde, a PNDS 2006 mostra que 30% das gestantes que realizaram parto normal tiveram acesso a medidas farmacológicas ou não-farmacológicas para o alívio da dor (analgesia ou utilização de métodos não invasivos e não farmacológicos para o alívio da dor, como massagens e técnicas de relaxamento). A presença de acompanhante no momento do parto esteve acessível a 16% do total de parturientes do país.

A atenção ao parto e ao nascimento no país é marcada por uma intensa medicalização, por intervenções desnecessárias e potencialmente iatrogênicas e pela prática abusiva da cesariana. Ocorre, ainda, o isolamento da gestante de seus familiares, a falta de privacidade e o desrespeito à sua autonomia. Tudo isso contribui para o aumento dos riscos maternos e perinatais.

Ao mesmo tempo, práticas adequadas para um bom acompanhamento do trabalho de parto, como o uso do partograma, não são realizadas. Além disso, a organização do trabalho das equipes de saúde pouco favorece o trabalho em equipe. A dependência da ação do profissional médico na atenção ao parto tem sido apontada como uma distorção importante no modelo de atenção à gestante no Brasil, cuja superação exige, entre outras ações, investimentos na formação de profissionais, em especial enfermeiros obstetras, e na experimentação e no monitoramento de outras modalidades de acompanhamento à gestante, assegurando os princípios da humanização, das boas práticas e da segurança no parto e nascimento.

Diante desse panorama, a Rede Cegonha, em seu componente parto e nascimento, priorizou ações relacionadas às boas práticas de atenção ao parto e nascimento, associadas a investimentos para o aumento e qualificação da

capacidade instalada e para melhoria da eficiência gestora do sistema de saúde. Para garantir acesso com qualidade é fundamental a reorganização da atenção em direção à assistência humanizada e de qualidade, baseada em evidências científicas e centrada no bem-estar da mulher, da criança, do pai e da família.

Nesse sentido, estão destacadas as seguintes ações no componente parto e nascimento da Rede Cegonha e praticados pela AHBB:

- ✓ Incorporação de boas práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas, nos termos do documento da Organização Mundial da Saúde, de 1996: "Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento", com ênfase na garantia do acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato;
- ✓ Fomento à adoção de práticas de gestão que diminuam a dicotomia entre gestão e atenção, promovam a atuação integrada entre os profissionais de saúde e entre esses e os gestores dos serviços de saúde e, em última instância, garantam a integralidade do cuidado com respeito à singularidade do atendimento. Ou seja, (i) realização de acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal; (ii) implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal; (iii) implementação de Colegiado Gestor nas maternidades e outros dispositivos de cogestão tratados na Política Nacional de Humanização e; (iv) ambiência adequada e planejamento e programação das ações de saúde orientados pelas necessidades de atenção à saúde da população no âmbito da atenção à saúde materna e infantil, incluindo a garantia da oferta de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI e Canguru).

Os Centros de Parto Normal Intra e Peri-hospitalares são unidades de atenção ao parto e nascimento da maternidade/hospital, que realizam o atendimento humanizado e de qualidade, exclusivamente ao parto normal sem distócia, e privilegiam a privacidade, a dignidade e a autonomia da mulher ao parir em um ambiente mais acolhedor e confortável e contar com a presença de acompanhante de sua livre escolha.

Essas unidades são geridas por enfermeiras(os) obstetras e devem estar sempre organizadas no sentido de promover a ampliação do acesso, do vínculo e da atenção humanizada ao parto e ao nascimento.

As Casas de Gestante, Bebê e Puérpera são unidades de cuidado perihospitalares que acolhem, orientam e acompanham: (i) gestantes, puérperas e recém-nascidos de risco que demandam atenção diária em serviço de saúde de alta complexidade, mas não exigem vigilância constante em ambiente hospitalar (internação); (ii) gestantes, puérperas e recém-nascidos que, pela natureza dos agravos apresentados e pela distância do local de residência, não possam retornar ao domicílio no momento de pré-alta e; (iii) puérperas com bebê internado na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal do serviço de saúde e/ou que necessitam de informação, orientação e treinamento em cuidados especiais com seu bebê.

As Casas devem estar vinculadas à maternidade ou hospital de referência em gestação, parto, nascimento e puerpério de alto risco. As unidades devem oferecer condições de permanência, alimentação e acompanhamento pela equipe de referência, com especial empenho pela manutenção da autonomia da mulher e a visita aberta, sendo fundamental manter o modo de cogestão para as decisões da casa e uma ambiência humanizada.

BOAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO

A incorporação das boas práticas de atenção ao parto e nascimento pelas equipes de cuidado é, sem dúvida, uma das ações com maior impacto na redução da morbimortalidade materna e neonatal.

Em 1985, uma reunião da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) realizada em Fortaleza, Brasil, teve como produto uma série de recomendações de práticas na atenção ao parto e nascimento baseadas em evidências científicas. Após discutir as evidências, o grupo de trabalho desenvolveu uma classificação das práticas relacionadas à atenção ao parto, orientando para o que deve e o que não deve ser feito no processo do parto:

- a. Práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas;
- b. Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas;

- c. Práticas em relação às quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela, até que mais pesquisas esclareçam a questão;
- d. Práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado.

Práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas:

- Plano individual determinando onde e por quem o nascimento será realizado, feito em conjunto com a mulher durante a gestação e comunicado a seu marido/companheiro;
- Avaliação do risco gestacional durante o pré-natal, reavaliado a cada contato com o sistema de saúde;
- Respeito à escolha da mãe sobre o local do parto;
- Fornecimento de assistência obstétrica no nível mais periférico onde o parto for viável e seguro e onde a mulher se sentir segura e confiante;
- Respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto;
- Apoio empático pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e parto;
- Respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto e parto;
- Fornecimento às mulheres sobre todas as informações e explicações que desejarem;
- Oferta de líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto;
- Monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente;
- Monitoramento cuidadoso do progresso do parto, por exemplo, por meio do uso do partograma da OMS;
- Monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher durante trabalho e parto e ao término do processo de nascimento;
- Métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, como massagem e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto;
- Liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto;
- Estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto;
- Uso rotineiro de ocitocina, clampeamento tardio (1 a 3 minutos após o nascimento) e tração controlada do cordão, durante o 3º estágio do trabalho

de parto;

- Condições estéreis ao cortar o cordão;
- Prevenção da hipotermia do bebê;
- Contato cutâneo direto precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora após o parto, segundo as diretrizes da OMS sobre Aleitamento Materno;
- Exame rotineiro da placenta e membranas ovulares.

Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas:

- Uso rotineiro de enema;
- Uso rotineiro de tricotomia;
- Infusão intravenosa de rotina no trabalho de parto;
- Cateterização venosa profilática de rotina;
- Uso rotineiro de posição supina (decúbito dorsal) durante o trabalho de parto;
- Exame retal;
- Uso de pelvimetria por Raios-X;
- Amniotomia precoce de rotina para diminuir a duração do trabalho de parto;
- Administração de ocitócitos em qualquer momento antes do parto de um modo que não permite controlar seus efeitos;
- Uso de rotina da posição de litotomia com ou sem estribos durante o trabalho de parto;
- Esforço de puxo prolongado e dirigido (manobra de Valsalva) durante o segundo estágio do trabalho de parto;
- Massagem e distensão do períneo durante o segundo estágio do trabalho de parto;
- Uso liberal e rotineiro de episiotomia;
- Uso de comprimidos orais de ergometrina no terceiro estágio do trabalho de parto, com o objetivo de evitar ou controlar hemorragias;
- Uso rotineiro de ergometrina parenteral no terceiro estágio do trabalho de parto;
- Lavagem uterina rotineira após o parto;
- Revisão uterina (exploração manual) rotineira após o parto.

Práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão:

- Métodos não farmacológicos de alívio de dor durante o trabalho parto, como ervas, imersão em águas e estimulação dos nervos
- Amniotomia e ocitocina precoce de rotina no primeiro estágio do trabalho de parto para prevenção de progresso inadequado do parto
- Pressão do fundo uterino durante o trabalho de parto
- Manobras relacionadas à proteção do períneo e ao manejo do pólo cefálico no momento do parto
- Manipulação ativa do feto no momento do parto
- Estimulação do mamilo para estimular a contratilidade uterina durante o terceiro estágio do trabalho de parto.

Práticas frequentemente usadas de modo inadequado:

- Restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto;
- Controle da dor por agentes sistêmicos;
- Controle da dor por analgesia peridural;
- Monitoramento eletrônico fetal;
- Uso de máscaras e aventais estéreis durante a assistência ao trabalho de parto;
- Exames vaginais repetidos ou frequentes, especialmente por mais de um prestador de serviço;
- Correção da dinâmica com utilização de ocitocina;
- Transferência rotineira da parturiente para outra sala no início do segundo estágio do trabalho de parto;
- Cateterização da bexiga;
- Estímulo para o puxo quando se diagnostica dilatação cervical completa ou quase completa, antes que a mulher sinta o puxo involuntário;
- Clampeamento precoce do cordão umbilical;
- Adesão rígida a uma duração estipulada do 2º estágio do trabalho de parto, como por exemplo, uma hora, se as condições da mãe e do feto forem boas

- e se houver progressão do trabalho de parto;
- Parto operatório;
- Exploração manual do útero após o parto.

COMPONENTE PUERPÉRIO E ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA

A taxa de mortalidade de crianças menores de um ano caiu muito nas últimas décadas no país. Graças às ações de diminuição da pobreza, ampliação da cobertura do Programa de Saúde da Família e outros fatores, a taxa de mortalidade infantil diminuiu de 47,1 a cada mil nascidos vivos em 1990, para 19 a cada mil nascidos vivos em 2008. Entretanto, a meta de garantir o direito à vida e à saúde a toda criança brasileira ainda não foi alcançada, persistindo desigualdades regionais e sociais inaceitáveis, com a mortalidade ainda muito mais alta nas regiões mais pobres, nas populações indígenas, quilombolas, ribeirinhas, etc. Além disso, 70% das mortes de crianças com menos de um ano acontecem no período neonatal (até 27 dias de vida), sendo a maioria no primeiro dia de vida, mostrando a importância de qualificação da atenção neonatal, para o sucesso de nossa meta de mudança deste quadro.

Assim, o MS através da Rede Cegonha propõe a, por um lado, garantir para todos os recém-nascidos, boas práticas de atenção, embasadas em evidências científicas e nos princípios de humanização, como garantia de permanência do RN ao lado da mãe durante todo o tempo de internação, desde os primeiros momentos de vida, com contato pele a pele e apoio à amamentação se possível ainda na primeira hora de vida, estímulo à participação do pai, evitar procedimentos “de rotina” iatrogênicos, sem embasamento científico, oferta de todas as triagens neonatais como o teste do pezinho, olhinho e orelhinha, etc.

Os recém-nascidos de risco, como de baixo peso, prematuros, e com agravos que mais frequentemente levam à morte, como asfixia ao nascer, problemas respiratórios e infecções, devem ser encaminhados as maternidades de referência, para atendimento a gestantes e recém-nascidos de risco, no sentido de se garantir leitos de UTI, UCI (Unidade de Cuidados Intermediários) e leitos Canguru.

Para os recém-nascidos de risco que nascerem em maternidades que não sejam referência para esse tipo de atendimento, a Central de Regulação, encaminhará o recém-nascido para um hospital/maternidade referência em alto-risco, com garantia de transporte seguro.

De nada adiantará tal esforço para a sobrevivência de todos os recém-nascidos nas maternidades, sem um processo adequado de encaminhamento dos mesmos para continuidade dos cuidados, personalizados às necessidades de cada uma das crianças, seja em ambulatórios especializados (no caso de recém-nascidos saídos de UTIs com necessidade desse tipo de atenção), seja na Atenção Básica à Saúde.

Esse processo inicia-se na Maternidade, por uma entrega bem orientada da Caderneta de Saúde da Criança à mãe de cada criança, servindo de roteiro e passaporte para o seguimento da criança em toda sua linha de cuidado.

Nas unidades básicas de saúde o Ministério da Saúde prevê apoiar os municípios para qualificação desse acompanhamento durante toda a infância, mas com foco especial nos primeiros 24 meses e maior preocupação na primeira semana de vida. Assegura-se uma visita domiciliar do Agente Comunitário de Saúde ao binômio mãe e recém-nascido, para orientação do cuidado de ambos, bem como para ofertar as ações programadas para a “primeira semana integral de saúde” na UBS, se possível oportunizando numa mesma data: consultas para ambos, apoio ao aleitamento materno, imunizações, coleta de sangue para o teste do pezinho entre outros. Depois, até completar 2 anos, é objetivo o fortalecimento da puericultura, com um acompanhamento cuidadoso do crescimento e desenvolvimento da criança pela equipe de saúde, com um olhar em âmbito biopsicossocial, levando em conta as condições de saúde e de vida de sua mãe e família, inclusive com as articulações intersetoriais no território, necessárias para o projeto terapêutico de cada criança/família.

Estratégias de comunicação social e programas educativos nesse sentido e também na temática da defesa da saúde sexual e da saúde reprodutiva, devem ser implementadas pela SMS na rede básica de saúde o que tange à orientação e oferta de métodos contraceptivos, prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites.

INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA – IHAC

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança – IHAC – foi idealizada em 1990 pela OMS (Organização Mundial da Saúde) e pelo UNICEF para promover, proteger e apoiar o aleitamento materno. O objetivo é mobilizar os funcionários dos estabelecimentos de saúde para que mudem condutas e rotinas responsáveis pelos elevados índices de desmame precoce. Para isso, foram estabelecidos os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno.

Ao assinar, em 1990, a Declaração de Innocenti, em encontro em *Spedale degli Innocenti*, na Itália, o Brasil, um dos 12 países escolhidos para dar partida à IHAC, formalizou o compromisso de fazer dos Dez Passos uma realidade nos hospitais do País. Em março de 1992, o Ministério da Saúde e o Grupo de Defesa da Saúde da Criança, com o apoio do UNICEF e da OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde), deram os primeiros passos.

A IHAC soma-se aos esforços do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM/MS), coordenado pelo Ministério da Saúde para:

- Informar profissionais de saúde e o público em geral;
- Trabalhar pela adoção de leis que protejam o trabalho da mulher que está amamentando;
- Apoiar rotinas de serviços que promovam o aleitamento materno;
- Combater a livre propaganda de leites artificiais para bebês, bem como bicos, chupetas e mamadeiras.

A PORTARIA Nº 1.153, de 22 de maio de 2014, redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Considerando a importância da promoção do aleitamento materno e fortalecimento do vínculo entre a mãe e bebê, a AHBB propõe estabelecer normas e rotinas, adequando-se à Portaria 80 de 2011, para que o Hospital Municipal de Cubatão se mantenha habilitado como Hospital Amigo da Criança Integrante do Sistema Único de Saúde – SUS, de acordo com novos critérios:

- 1 Cumprir os "Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno", propostos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), assim definidos:
 - a) passo 1: ter uma Política de Aleitamento Materno, que seja rotineiramente transmitida a toda equipe de cuidados de saúde;
 - b) passo 2: capacitar toda a equipe de cuidados de saúde nas práticas necessárias para implementar esta Política;
 - c) passo 3: informar todas as gestantes sobre os benefícios e o manejo do aleitamento materno;
 - d) passo 4: ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento, conforme nova interpretação, e colocar os bebês em contato pele a pele com suas mães, imediatamente após o parto, por pelo menos uma hora e orientar a mãe a identificar se o bebê mostra sinais que está querendo ser amamentado, oferecendo ajuda se necessário;
 - e) passo 5: mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação mesmo se vierem a ser separadas dos filhos;
 - f) passo 6: não oferecer a recém-nascidos bebida ou alimento que não seja o leite materno, a não ser que haja indicação médica e/ou de nutricionista;
 - g) passo 7: praticar o alojamento conjunto, permitir que mães e recém-nascidos permaneçam juntos 24 (vinte e quatro) horas por dia;
 - h) passo 8: incentivar o aleitamento materno sob livre demanda;
 - i) passo 9: não oferecer bicos artificiais ou chupetas a recém-nascidos e lactentes;
 - j) passo 10: promover a formação de grupos de apoio à amamentação e encaminhar as mães a esses grupos quando da alta da maternidade, conforme nova interpretação, e encaminhar as mães a grupos ou outros serviços de apoio à amamentação, após a alta.
- 2 Cumprir a Lei nº 11.265, de 3 de janeiro de 2006, e a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças na Primeira Infância (NBCAL):
 - a) garantir permanência da mãe ou do pai junto ao recém-nascido 24 (vinte e quatro) horas por dia e livre acesso a ambos ou, na falta destes, ao responsável legal, devendo o estabelecimento de saúde ter normas e rotinas escritas a respeito, que sejam rotineiramente transmitidas a toda equipe de cuidados de saúde.

- 3 Cumprir o critério global Cuidado Amigo da Mulher, que requer as seguintes práticas:
- a) garantir à mulher, durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto, um acompanhante de sua livre escolha, que lhe ofereça apoio físico e/ou emocional;
 - b) ofertar à mulher, durante o trabalho de parto, líquidos e alimentos leves;
 - c) incentivar a mulher a andar e a se movimentar durante o trabalho de parto, e desejar, e a adotar posições de sua escolha durante o parto, a não ser que existam restrições médicas e isso seja explicado à mulher, adaptando as condições para tal;
 - d) garantir à mulher, ambiente tranquilo e acolhedor, com privacidade e iluminação suave;
 - e) disponibilizar métodos não farmacológicos de alívio da dor, tais como banheira ou chuveiro, massageadores ou massagens, bola de pilates, bola de trabalho de parto, compressas quentes e frias, técnicas que devem ser informadas à mulher durante o pré-natal;
 - f) assegurar cuidados que reduzam procedimentos invasivos, tais como rupturas de membranas, episiotomias, aceleração ou indução do parto, partos instrumentais ou cesarianas, a menos que sejam necessários em virtude de complicações, sendo tal fato devidamente explicado à mulher;
 - g) caso seja da rotina do estabelecimento de saúde, autorizar a presença de doula comunitária ou voluntária em apoio à mulher de forma contínua, se for da sua vontade.

b. Saúde Mental

A Lei n. 10.216/2001, sancionada em 06 de abril de 2001, define a proteção dos direitos dos portadores de transtornos mentais, estabelecendo os objetivos do tratamento em regime de internação, e regulamenta as internações involuntárias e compulsórias. Além disso, determina que o tratamento dispensado seja integral e oferecido por equipe multidisciplinar, bem como que a internação hospitalar só deve ser utilizada em última instância, quando os recursos extra hospitalares e ambulatoriais não forem suficientes. Estabelece também a descentralização do modelo assistencial, baseando-se nos princípios de utilização de rede diversificada de serviços, comunitária, na qual a atuação terapêutica seja a menos restritiva

possível, ou seja, aquela em que o paciente não sofra qualquer tipo de marginalização.

A Lei Federal nº 10.216/2001 dispõe sobre a proteção das pessoas com transtornos mentais e redireciona todo o modelo assistencial na área, reconhecendo como direitos:

- Ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, de acordo com suas necessidades;
- Ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, para alcançar sua recuperação pela inclusão na família, no trabalho e na comunidade;
- Ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- Ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- Ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização sem sua concordância;
- Ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- Receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- Ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- Ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

O Hospital Municipal de Cubatão terá suas ações desenvolvidas na Saúde Mental norteadas pela Portaria Nº 148, de 31 de janeiro de 2012.

Estrutura da Unidade de Internação

A unidade de Internação em Saúde Mental do Hospital Municipal de Cubatão contempla 04 leitos, para atendimento aos transtornos decorrentes do uso de álcool e drogas.

A internação do indivíduo com transtorno mental, decorrerá norteadas pelos seguintes princípios:

1. Tratar e apoiar o grupo familiar para que este possa lidar de modo mais salutar com seu membro mais doente e não o retirar do convívio como forma de “resolver” o problema;

2. Priorizar as famílias com maior risco e que se encontram com maior dificuldade para enfrentar o problema;
3. Buscar e estimular parcerias no território para garantir o atendimento;
4. Monitorar e acompanhar, passo a passo, cada paciente, individualmente.

O paciente não ficará em espaço restritivo. Em caso de crises agudas, o paciente ficará restrito ao leito e acompanhado pela equipe de enfermagem e profissionais técnicos, que lhe deverá orientar e informar sobre os procedimentos que estão sendo adotados bem como seus objetivos.

Gestão do Processo:

Para todo usuário, em observação e com possibilidade de internação, com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, será aberto o PTS (Projeto Terapêutico Singular), visando a articulação com Unidade onde está adscrito.

Durante a internação, será aberto o PTS (Projeto Terapêutico Singular), visando a articulação com Unidade onde está adscrito. O paciente com transtorno mental será atendido pelo Médico Psiquiatra.

O Tratamento e assistência prestados ao usuário com transtorno mental será pautado no princípio de Redução de Danos (RD). É uma estratégia para aumentar a qualidade de vida das pessoas e está fortemente alicerçada no estabelecimento de vínculo de confiança e empatia entre profissionais da equipe de saúde e o usuário. A prática de RD será construída conjuntamente – não imposta pelos profissionais de saúde visando à diminuição de malefícios à saúde relacionados aos hábitos de vida dos sujeitos.

As reuniões de equipe e os atendimentos compartilhados são o espaço da discussão e planejamento dos projetos terapêuticos. Determinam-se as propostas de intervenções e posteriormente a avaliação dos resultados. A responsabilidade do cuidado se divide entre os profissionais quando se constrói o Projeto Terapêutico Singular, ressaltando que esta metodologia conta com a aceitação ou negação do usuário ou família, exigindo dos profissionais envolvidos um grande enfrentamento

dos desafios da interdisciplinaridade e transdisciplinaridade na prática deste modelo de gestão de saúde.

O HMC deve constituir-se como um ponto estratégico para fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial, e contribuir para a diminuição do estigma do transtorno mental e propiciar práticas de cuidado mais transparentes, conforme Nota Técnica Nº 25 de 2012.

c. Paciente Cirúrgico

A Unidade Cirúrgica do Hospital Municipal de Cubatão realiza tratamento cirúrgico ao usuário, em caráter de urgência/emergência, ou eletiva, referenciada ou por demanda espontânea. As cirurgias eletivas a serem realizadas são: cirurgias otorrinolaringológicas, urológicas, vasculares, oftalmológicas, ortopédicas, buco-maxilo facial, cirurgia geral e cirurgias gastrointestinais.

Estrutura da Unidade de Internação

O Hospital Municipal de Cubatão conta com unidade específica para as especialidades cirúrgicas, com 24 leitos de internação.

Todos os profissionais contratados serão habilitados para o atendimento ao usuário com necessidade de tratamento cirúrgico.

Gestão do Processo:

A fratura de fêmur está relacionada, na maioria das ocorrências, com a queda de pacientes idosos, devido ao equilíbrio prejudicado, efeitos colaterais de medicações, dificuldade de visão, metástases ósseas de tumores e menor agilidade para evitar situações de risco.

Cabe ressaltar que, no Hospital Municipal de Cubatão não serão executadas as cirurgias de Artroplastia de Quadril. Verificada esta situação, o ortopedista deve solicitar a referência do paciente para Serviço especializado.

Para outros procedimentos cirúrgico, todo usuário, em observação e com possibilidade de internação, com diagnóstico de patologia que demande procedimento cirúrgico será aberto o PTS (Projeto Terapêutico Singular), visando, inclusive, a articulação com Unidade onde está adscrito, e/ou com o Serviço de

Atenção Domiciliar. O enfermeiro da unidade será responsável pelo preenchimento inicial do SAEP, e o enfermeiro do centro cirúrgico pela sua finalização e monitoramento do seu preenchimento, garantindo o cuidado, desta forma, em todos os períodos: pré-operatório, transoperatório e pós-operatório.

Pré-operatório na Unidade de Internação

Atribuições da Equipe de enfermagem:

- Recepcionar o paciente, puncionar acesso venoso, executar prescrição médica e de enfermagem;
- Fornecer avental, orientar preparo, e se necessário realizar tricotomia;
- Elaboração do SAEP e realização das orientações pertinentes à sua internação;
- Solicitar exames realizados ao paciente;
- Solicitar ao centro cirúrgico para buscar o paciente.

Pré-operatório no Centro Cirúrgico

- Médico cirurgião deve fornecer as orientações pertinentes à cirurgia ao paciente e solicitar que leia e assine o Termo de Consentimento Informado. Neste momento, deve ser marcada a lateralidade se indicado;

- Médico anestesista deve fornecer informações quanto ao procedimento anestésico ao paciente e solicitar que leia e assine o Termo de Consentimento Informado.

O acompanhamento do pós-operatório está descrito no item: Serviço de Controle de Infecção Hospitalar.

Durante o período de internação, o usuário será acompanhado pela Equipe de Referência, e sua evolução monitorada.

Na alta, o paciente será contra referenciado para a APS, na unidade onde está adscrito. Se necessário, esse usuário será encaminhado também, para o Serviço de Reabilitação.

Considerando a Portaria Nº 529 de 2013, será instituída política de segurança do paciente, e nesta linha, especificamente de Cirurgia Segura. Os pacientes devem assinar o Termo de Consentimento de Cirurgia e de Anestesia, após receber as orientações referentes aos procedimentos. Em caso de cirurgia em órgãos duplos, deverá ser marcada a lateralidade pelo médico cirurgião, antes do paciente ser encaminhado à sala cirúrgica, de preferência com o familiar presente. Estas ações, dentre outras, reforçam a participação do usuário e família no processo de hospitalização.

Serão elaborados os protocolos para assistência deste usuário desde a entrada na unidade até sua alta:

- Protocolo do Trauma;
- Protocolo de Fratura de Fêmur;
- Protocolo de Cirurgia Segura;
- Outros, que se fizerem necessários.

Com a finalidade de monitorar o desempenho assistencial na área de cirurgia, propõem-se a apresentação dos indicadores: Taxa de Mortalidade Operatória estratificada por Classes (de 1 a 5) da classificação da *American Society of Anesthesiology* (ASA) e a Taxa de Cirurgias de Urgência.

A taxa de Mortalidade Operatória é calculada pelo número de óbitos ocorridos até 7 dias após o procedimento cirúrgico classificado por ASA.

A classificação adotada pela Sociedade Americana de Anestesiologia (ASA - *American Society of Anesthesiologists the Average Score of Anesthesiology*) foi introduzida por Saklad em 1941 para fornecer um meio de comparação na estatística anestésica. Com sua modificação em 1963 passou também a ser utilizada na tentativa de uniformizar a indicação de risco cirúrgico pré-operatório, visando assim conhecer quais os prováveis pacientes que apresentam risco elevado de mortalidade durante uma cirurgia. Avaliando o estado físico geral dos pacientes, estes são classificados dentro das categorias descritas abaixo:

ASA I: sem alterações fisiológicas ou orgânicas, processo patológico responsável pela cirurgia não causa problemas sistêmicos;

ASA II: alteração sistêmica leve ou moderada relacionada com patologia cirúrgica ou enfermidade geral;

ASA III: alteração sistêmica intensa, relacionado com patologia cirúrgica ou enfermidade geral;

ASA IV: distúrbios sistêmicos graves que colocam em risco a vida do paciente;

ASA V: paciente moribundo; não é esperado que o paciente sobreviva sem a operação;

ASA VI: doação de órgãos.

O tema referente à infecção de sítio cirúrgico será discutido no item 3.1. Serviço de Controle de Infecção Hospitalar.

d. Pacientes Crônicos

As doenças crônicas em geral, estão relacionadas a causas múltiplas, e são caracterizadas por início gradual, de prognóstico usualmente incerto, com longa ou indefinida duração. Apresentam curso clínico que muda ao longo do tempo, com possíveis períodos de agudização, podendo gerar incapacidades. Requerem intervenções com o uso de tecnologias, associadas a mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que nem sempre leva à cura, mas estabilizam, possibilitando autonomia e qualidade de vida ao paciente.

Além da mortalidade, as doenças crônicas estão relacionadas às morbidades, algumas levando a incapacidades.

Estrutura da Unidade de Internação

O Hospital Municipal de Cubatão conta com unidade específica para as especialidades clínicas, com 45 leitos de internação. Todos os profissionais contratados serão habilitados para o atendimento a esse usuário.

Gestão do Processo:

Para todo usuário internado será aberto o PTS (Projeto Terapêutico Singular), visando, inclusive, a articulação com Unidade onde está adscrito, e/ou com o Serviço de Atenção Domiciliar e/ou com o Serviço de Reabilitação. Durante o período de internação, o usuário será acompanhado pela Equipe de Referência, e sua evolução monitorada.

Na alta, o paciente será contra referenciado para a APS, na unidade onde está adscrito. Visando a redução do tempo de permanência deste paciente e a ampliação de sua autonomia, esse usuário pode ser encaminhado para o Serviço de Atenção Domiciliar para continuidade da assistência em casa. Se necessário, esse usuário será encaminhado também, para o Serviço de Reabilitação. Serão elaborados os protocolos para assistência deste usuário desde a entrada na unidade até sua alta:

- Protocolo de atendimento ao Diabetes mellitus;
- Protocolo de atendimento a HAS;
- Protocolo para o manejo clínico da obesidade;
- Protocolo para o manejo clínico das doenças respiratórias crônicas;
- Outros, que se fizerem necessários.

e. Pacientes Pediátricos

A assistência à população infantil deve ser baseada nos princípios já garantidos na Constituição Federal, no Estatuto da Criança e no Sistema Único de Saúde, como o direito de acesso aos serviços de saúde, com enfoque da integralidade do indivíduo e da assistência, que garantam resolutividade adequada e promovam equidade.

A linha de cuidado em pediatria prevê a execução de operações que possibilitem o atendimento de crianças e adolescentes, de 0 a 18 anos, com ênfase na faixa etária de maior morbimortalidade.

Estrutura da Unidade de Internação

O Hospital Municipal de Cubatão conta com unidade específica para a assistência pediátrica com 11 leitos de internação.

Será garantido à criança e adolescente (até 18 anos) o direito de ter acompanhante, 24 horas por dia, durante seu período de internação, conforme previsto na Lei 106 de 2009. Todos os profissionais contratados serão habilitados para o atendimento a esse usuário e família.

Gestão do Processo:

Para todo usuário internado será aberto o PTS (Projeto Terapêutico Singular), visando, inclusive, a articulação com Unidade onde está adscrito, e/ou com o Serviço de Atenção Domiciliar e/ou com o Serviço de Reabilitação. Durante o período de internação, o usuário será acompanhado pela Equipe de Referência, e sua evolução monitorada.

Na alta, o paciente será contra referenciado para a APS, na unidade onde está adscrito. Visando a redução do tempo de permanência deste paciente e a promoção da saúde e prevenção de agravos, esse usuário pode ser encaminhado para o Serviço de Atenção Domiciliar para continuidade da assistência em casa. Se necessário, esse usuário será encaminhado também, para o Serviço de Reabilitação. Serão elaborados os protocolos para assistência da Criança e Adolescente desde a entrada na unidade até sua alta:

- Protocolo de atendimento aos Distúrbios Nutricionais: Sobrepeso; Obesidade; Anemias Carenciais;
- Protocolo de atendimento às Doenças Infecto-Parasitárias: Diarreia; Sífilis Congênita; HIV/Aids;
- Protocolo de atendimento às Doenças Respiratórias: Pneumonia; Asma; Alergias;
- Protocolo para o manejo clínico das Violências: Maus Tratos; Sexual; Acidentes; Trabalho Infantil;
- Outros, que se fizerem necessários.

A AHBB propõe implantar na Unidade de Internação Pediátrica e UTI Pediátrica, visando a humanização no cuidado, e atenção integral à saúde, projeto

que envolva os pais a integrarem-se no cuidado de seu filho. O objetivo é de suprir as necessidades apresentadas pelo binômio pais/filhos, e não tão somente a medicalização. A proposta é ouvir, apoiar, orientar, supervisionar e envolver os pais nos cuidados com os filhos hospitalizados prevenindo futuras reinternações, além de maior vínculo e interação com a equipe de saúde e minimização dos fatores negativos no período de hospitalização.

f. Pacientes Idosos

O envelhecimento fisiológico, que já desencadeia uma série de alterações anatômicas e funcionais no organismo humano, pode vir acompanhado de alterações patológicas, mais comumente doenças crônico-degenerativas, as quais configuram o perfil de morbimortalidade do brasileiro atualmente, juntamente com outros agravos e a violência. Esse processo incapacitante afeta a funcionalidade dos idosos, dificultando a realização das atividades de vida diária, comprometendo significativamente a qualidade de vida dessa população.

A atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa deverá ser estruturada com foco no usuário, baseado nos seus direitos, necessidades, preferências e habilidade, estabelecimento de fluxos (referência e contra-referência), aumentando e facilitando o acesso a todos os pontos de atenção.

Considerando que a pessoa idosa pode ser portadora de múltiplas condições crônicas, com alta prevalência de quedas e de incapacidade funcional física, com comprometimento nas atividades básicas da vida diária - AVDs, além de menor suporte familiar e social e dificuldade de locomoção, as ações desenvolvidas deverão estar em consonância com a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e o Estatuto do Idoso, que tratam do “atendimento preferencial”, das quais destacamos:

- Promover formação dos profissionais para avaliação da capacidade funcional dos idosos, qualificando a assistência prestada;
- Utilizar instrumentos de avaliação da capacidade funcional nas consultas com o objetivo de conhecer qual a proporção de idosos com alta dependência funcional, a proporção dos que já apresentam alguma incapacidade funcional para atividades básicas da vida diária (AVD) e qual a proporção de idosos

independentes para o planejamento de ações específicas para cada grupo. A equipe deverá realizar o monitoramento dos idosos acamados e registrar em instrumento próprio, bem como programar acompanhamento domiciliar;

- Realizar orientações para prevenção de quedas considerando capacidade de mobilidade da pessoa idosa, ambiente domiciliar, presença de dificuldade física, comportamental ou sensorial, em todos os momentos oportunos, como consultas, visitas domiciliares, grupos;

As ações devem ser acompanhadas pelo Gestor da Unidade junto à Equipe de Referência garantindo a implantação e implementação das mesmas a partir da análise de relatórios de produção e instrumentos próprios de acompanhamento das atividades.

Os técnicos assessores da AHBB realizarão o monitoramento das atividades na perspectiva de apoiar o desenvolvimento das ações buscando maior adesão dos usuários e efetividade das ações.

Neste contexto e em consonância com as políticas públicas de saúde, a AHBB propõe estabelecer, dentro das linhas de cuidado já descritas, atenção ao idoso, em consonância com a Lei 8.842 de 1994, que institui a Política Nacional do Idoso, regulamentada pelo Decreto 1.948 de 1996. Pelo Estatuto do Idoso de 2003, e pela Portaria 2.258 de 2006, que institui a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

O projeto terapêutico irá englobar intervenções médicas, ações de educação, de promoção da saúde, de prevenção e de reabilitação, visando o longo prazo.

Vale ressaltar que definidas as linhas de cuidado, qualifica-se a demanda aos serviços especializados. Nesse sentido, os pontos de atenção hospitalar especializada integram a rede de cuidados às pessoas idosas, em especial as frágeis ou em risco de fragilização, a partir da oferta de acolhimento, estratificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência. Em virtude da alta prevalência de internações de idosos em situação de vulnerabilidade clínica e social, a AHBB entende como essencial qualificar o acolhimento no Hospital Municipal de Cubatão, investindo na acessibilidade e em ações de autocuidado, promoção da

independência funcional e autonomia, segurança do paciente além do apoio a cuidadores e familiares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para que as Linhas do Cuidado Integral funcionem, é importante que seja pactuado entre os gestores das Unidades de Saúde e entre os gestores Municipais, um acordo com a regionalização da rede assistencial. É necessário que sejam determinados os fluxos entre os gestores dos serviços que compõem o Hospital Municipal de Cubatão e gestores da OSS, assim como as áreas meio da Secretaria de Saúde. Firmado este pacto de que os serviços de saúde devem se organizar centrados no usuário, é que vai garantir que os fluxos entre os diversos serviços funcionem de forma harmônica, assegurando a universalidade, integralidade e equidade das ações.

Cabe ressaltar que as doenças e agravos de Notificação Compulsória, serão notificados (SINAN), conforme previsto na Portaria 1.271 de 2014.

3.1.7. Serviço de Apoio à Diagnose e Terapia

O Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico é composto por setores que dão suporte ao diagnóstico clínico e ao acompanhamento do tratamento do paciente.

Está inserido no Contrato de Gestão o SADT do Hospital Municipal de Cubatão, que oferece: Exames de Laboratório Clínico, Ultrassom Geral, Ultrassom com Doppler Vascular, Ecocardiograma Transtorácico, Exames de Radiologia (Raios-X simples e contrastado e mamografia), Eletrocardiograma, Biópsia e Punções, Tococardiografia, Exames Hematológicos, Artroscopia, Procedimentos Oftalmológicos, Potencial Evocado Auditivo e Teste do Pezinho.

O agendamento para estes exames poderá ser realizado para demandas internas, para pacientes internados e em atendimento no Pronto Socorro, a partir de solicitação decorrente dos atendimentos médicos plantonistas. E também poderá ter vagas reguladas para demandas externas, com agendamento realizado por outros

serviços, bem como para os pacientes egressos do Hospital Municipal de Cubatão, de acordo com a necessidade da região e definições da SMS.

Quadro 6 – Metas mensais de produção definidas em edital para o SADT

SERVIÇOS	Meta Mensal	Meta Anual
Laboratório Clínico	16.000	192.000
Radiologia (Raio X E Raio X Contrastado, Mamografia)	3.500	42.000
Ultrassonografia (Ecocardiograma, Transtorácico, Venosos, Arteriais – Doppler Colorido)	1.000	12.000
Tomografia Computadorizada	300	3.600
Eletrocardiograma	150	1.800
Biópsia e Punções	150	1.800
Tococardiograma/ Ante Parto	260	3.120
Potencial Evocado Auditivo	1.100	12.120
Exames Hematológicos		
Teste do Pézinho	118	1.416
Artroscopia Diagnóstica E Terapêutica / Videoartroscopia	10	120
Endoscopia Digestiva e Terapêutica, Colonoscopia	10	120
Procedimentos Oftalmológicos	250	3.000
TOTAL	22.848	274.176

O agendamento dos exames diagnósticos de apoio é realizado por solicitação da unidade, na recepção do Hospital. Para tanto as vagas deverão estar disponíveis na Agenda Regulada dos serviços.

Para a organização operacional dos serviços, o Gestor da Unidade deve configurar e monitorar a agenda contemplando o número de vagas proposto no Contrato de Gestão para cada tipo de exame.

A AHBB propõe a estruturação das agendas, a partir de tempo/exame compatível com a meta de produção estabelecida e pela sua realização com qualidade e segurança para o paciente, obtendo resultados confiáveis que

efetivamente se constituam em apoio ao diagnóstico e acompanhamento do paciente.

Observa-se que a meta para a realização da artroscopia está no item “SADT”. Considerando que este procedimento gera AIH e não é apenas para diagnóstico, abrangendo também terapia, a AHBB irá realizar este procedimento somente se elaborado termo aditivo de contrato.

Cabe ressaltar que para implementar as metas de produção e as propostas apresentadas de tempo/exame é importante resgatar o papel do enfermeiro dentro do serviço de diagnóstico que em muitos serviços acabam restringindo-se a questões burocráticas e administrativas.

A assistência a ser dada pelo enfermeiro ao paciente que necessita realizar exames de diagnóstico envolve tanto sua preparação física quanto emocional, antes, durante e depois do procedimento. Por isso, um dos objetivos dos enfermeiros que atuam nos SADTs deve ser o de passar segurança ao paciente e seus familiares, o assistindo desde o preparo para o exame ou procedimento, em alguns casos, acompanhando sua realização, até sua saída do serviço. Além disso, se o paciente tiver uma reação grave ou alterada, o enfermeiro precisa agir coordenando a equipe de enfermagem e atuando junto ao médico para dar assistência de emergência.

Desta forma a AHBB propõe o desenvolvimento de espaços de discussão com os enfermeiros deste serviço, para o resgate de seu papel assistencial dentro dos serviços de diagnóstico.

Visando a organização do atendimento de forma a garantir a qualidade da assistência e que o SADT esteja estruturado de forma a responder às necessidades da população da qual são referência e para isso subsidiar discussões junto às unidades de saúde que compõem a Rede de Serviços de Saúde do Município de Cubatão a AHBB apresenta proposta para acompanhamento mensal das metas de produção de exames realizados, por tipo de exame e propõe ainda, o acompanhamento dos seguintes indicadores:

- Perda primária de vagas por tipo de exame;
- Absenteísmo por tipo de exame e unidade de encaminhamento;
- Demanda reprimida por tipo de exame.

Os gestores destes Serviços terão a responsabilidade, apoiados pelos técnicos da AHBB, de analisar as informações da produção mensal por meio do Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) e monitorar os indicadores de acompanhamento propostos acima, devendo ainda:

- Participar de espaços de discussão com a SMS com o objetivo de qualificar os fluxos de acesso aos serviços;
- Identificação das Unidades de Saúde com maior índice de absenteísmo e discussão junto a SMS;
- Disponibilizar agenda de *overbook*, a partir de estudo do absenteísmo por tipo de exame;
- Acompanhamento e monitoramento da agenda regulada e local junto à equipe, buscando diminuir a perda primária de vagas.

Cabe ressaltar que para os usuários internados, e para os usuários em atendimento no Pronto Socorro, os exames estarão disponíveis 24 horas por dia, nos 07 dias da semana. Outros exames poderão ser realizados na urgência, desde que por solicitação médica, com a devida justificativa.

3.1.7.1. Projeto para prestação de serviços de diagnóstico por imagem

A AHBB, visando a prestação de serviços em diagnóstico por imagem, no Hospital Municipal de Cubatão nos graus de complexidade apresentados no edital, assegurando exames precisos com qualidade e condições adequadas, englobando a operacionalização e desenvolvimento de todas as atividades, administrativas e de apoio por profissionais capacitados e credenciados para realização dos serviços.

O serviço será constituído por profissionais habilitados e estará de acordo com as exigências da Vigilância Sanitária e/ou da Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEM), contará com equipamento compatível, conforme consta no inventário de bens anexo ao edital, com o nível de complexidade do Hospital Municipal de Cubatão.

Este setor funcionará 24 horas por dia, inclusive sábados, domingos e feriados, com quadro de profissionais de saúde e de apoio capacitados a manter a manter o serviço a contento, atendendo toda demanda assistencial.

Para os serviços será elaborado manual de normas, rotinas e procedimentos que serão periodicamente atualizados, tendo condições de realizar estudos radiológicos contrastados, a serem interpretados por médicos especialistas em Radiologia.

A AHBB será responsável pelo fornecimento dos recursos humanos, incluindo equipe administrativa e técnica, bem como pelo fornecimento de todos os insumos, impressos e materiais de consumo específico, tais como: contrastes radiológicos, medicamentos, gases medicinais, descartáveis, documentações, impressos e materiais de administração. Também realizará a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos, e promoverá os serviços de limpeza e vigilância.

Serão disponibilizados todos os EPI necessários aos profissionais, incluindo médicos, técnicos de enfermagem, administrativos, profissionais de limpeza, vigilância, com qualidade suficiente e adequada para o fiel cumprimento dos serviços mencionados que serão prestados.

Para realização dos serviços serão obedecidos normas e padrões do Colégio Brasileiro de Radiologia para a adequada realização dos exames de diagnóstico por imagem.

No serviço de Imagem, o serviço será executado por profissionais técnicos especializados e habilitados para as atividades de Radiologia Geral, Tomografia Computadorizada e Mamografia, permitindo que o setor seja operado em condições adequadas e exigidas pela legislação vigente, procedendo com a realização dos exames e cumprindo rigorosamente as determinações emanadas pelos respectivos órgãos responsáveis e fiscalizadores da atividade inerente, responsabilizando-se em todos os aspectos, sem exceção de qualquer modalidade. Este serviço será supervisionado por equipe médica também qualificada e habilitada, precedendo os mesmos aspectos citados acima.

As documentações, bem como os resultados dos respectivos exames serão disponibilizadas em prazo compatível com a urgência dos serviços.

Será mantido e armazenado a guarda dos exames e seus *backups*, atendendo integralmente as regras estabelecidas na Resolução 1.821/2007 e Parecer nº 10/2009 do Conselho Federal de Medicina.

Dos serviços de manutenções para os equipamentos de Imagem:

Será realizada manutenção preventiva e corretiva integral de todos os equipamentos envolvidos na prestação de serviços, incluindo partes, peças, ampolas, tubos, cabos, estabilizadores, transdutores, bobinas, bombas injetoras de contraste, Workstation, entre outros. Quando necessário, as peças e equipamentos danificados serão substituídos.

Este serviço deverá ser realizado pelo representante do fabricante do equipamento.

Após a execução de cada manutenção preventiva ou corretiva, será emitido um relatório tipo *check list* por equipamento, onde deverão constar os dados do equipamento (marca, modelo, número do patrimônio, número de série e localização), a data da realização do serviço, o nome do executante e sua assinatura, os itens avaliados, as peças substituídas ou que exigem substituição e o estado final do equipamento após a manutenção. Deverá constar ainda o nome (ou matrícula) e assinatura do funcionário que acompanhou a visita do técnico que realizou os serviços.

Serão atendidas todas as exigências da Portaria nº 453 da ANVISA ou outras que possam vir a substituí-la ou complementá-la, incluindo controle de dosimetria ambiental e pessoal para todos os funcionários que irão trabalhar com os equipamentos que tenham radiação.

Da limpeza do local:

O descarte dos resíduos provenientes das atividades realizadas no Centro de Diagnóstico estará de acordo com Grupos de Resíduos (Resolução RDC ANVISA Nº 306-04 / Resolução CONAMA nº 358/05).

No Centro de Diagnóstico por Imagem, será implantado serviço de vigilância, limpeza, segurança e lavanderia 24 horas por dia, 7 dias por semana.

3.1.7.2. Serviço de auxílio à diagnose e terapia: laboratório

Patologia Clínica

A AHBB, visando à prestação de serviços em serviços laboratoriais, do Hospital Municipal de Cubatão, assegurando exames precisos com qualidade e em condições adequadas, englobando a operacionalização e desenvolvimento de todas as atividades, administrativas e de apoio por profissionais capacitados e credenciados para realização dos serviços.

Diretriz e Comprometimento

A AHBB se propõe a realizar exames laboratoriais responsabilizando-se pela definição de protocolos operacionais que garantam a qualidade de todas as etapas que envolvem as análises clínicas dos pacientes. Retirar amostras biológicas a serem processadas com finalidade de fornecimento de resultados e laudos. Estabelecer e assumir rotinas internas que garantam a segurança e rastreabilidade das informações.

A recepção e coleta do laboratório de patologia clínica e do setor de recebimento/triagem do laboratório de anatomia patológica, serão realizadas por funcionários que receberão treinamento baseando nas boas práticas de laboratórios clínicos. O treinamento será realizado pela equipe de Educação Permanente. Todo o material de coleta deverá ser descartável.

A garantia da qualidade em um laboratório não se resume apenas à dosagem da amostra, mas sim o controle de todos os processos envolvidos, que vão desde o início da coleta até a emissão de laudo, as amostras biológicas passam por diversos procedimentos que podem interferir diretamente nos resultados do exame.

Para que os exames tenham qualidade, estão envolvidos diversos setores do laboratório, como: coleta de material, o transporte da amostra, a chegada e posterior distribuição aos setores técnicos, o cadastramento do paciente, entre outros, e para que tudo isso ocorra perfeitamente será disponibilizado o treinamento.

Identificação das Amostras

As coletas de exames serão realizadas por profissionais do Hospital Municipal de Cubatão, sob treinamento e gerenciamento devendo esta compreender todos os departamentos hospitalares sendo: enfermarias (leitos), UTIs, ambulatório, centro cirúrgico, e emergências dispondo de materiais para coleta.

A numeração (registro do paciente) garante a rastreabilidade de toda a história do paciente dentro do laboratório, desde a coleta da amostra até a emissão do laudo posteriormente durante o arquivo previsto em lei.

As amostras biológicas do laboratório de patologia clínica serão transportadas em caixas desenvolvidas especialmente para este fim, com dimensões adequadas ao tamanho das estantes para tubos de sangue, grades para coletores universais, embalagens em conformidade com a RDC correspondente, e em transporte adequado, garantindo o resultado do exame, em tempo de acordo com a urgência da situação.

Recepção dos Materiais no Laboratório de Patologia Clínica - Urgências

Os exames serão executados nas amostras de sangue, desde que estejam acompanhados de requisição médica devidamente assinada e carimbada pelo profissional de saúde do Hospital Municipal de Cubatão.

Os funcionários da triagem irão receber os materiais verificando as condições em que as amostras chegaram, o estado geral da caixa de transporte e irão preencher o formulário de condições de recebimento em caso de não-conformidades.

Poderá ter a rejeição de amostras, quando: existirem tubos quebrados, mal acondicionados, aparentando derramamento ou sem identificação. Na triagem será verificado os primeiros critérios de rejeição de amostras, conforme serão descritos em POP.

Após a verificação o material será encaminhando para o setor de preparação, que efetuará os procedimentos correspondentes.

Após a distribuição de materiais aos setores técnicos se dará início a etapa analítica dos materiais biológicos.

Outros critérios de rejeição de amostras não observados no setor de triagem, poderão ocorrer na etapa analítica de acordo com as características de cada ensaio e também na etapa pós-analítica quando os resultados são incongruentes (sendo solicitado nova coleta para confirmação).

A coleta, o transporte, a recepção e a distribuição do material são serviços que requerem padronização, agilidade, conhecimento técnico e um programa de educação continuada que garantam a segurança aos profissionais envolvidos e que permitam que se faça a verificação do processo, a fim de diminuir as ocorrências de não conformidades e de implantar ações de melhorias nas rotinas.

O cadastro do paciente será interligado ao Sistema Único de Saúde (SUS) a fim de possibilitar a obtenção de todas as informações dos pacientes já cadastrados, tais como: endereço, telefone para contato, idade, entre outros.

Setores do Laboratório

Referente a conservação predial periódica, com a realização dos reparos necessários ao bom andamento dos serviços será de responsabilidade da AHBB.

Manutenção da limpeza e higiene dos ambientes de armazenamento e nas dependências do laboratório, assim como a fumigação, dedetização, desratização e descupinização serão executadas em conformidade com as normas definidas pelo órgão competente para o controle de pragas.

Todo transporte do material biológico deverá ser realizado em conformidade com as normas de segurança biológica. Será coletado internamente os resíduos provenientes das análises laboratoriais em lixeiras apropriadas com tampa, pedal e identificação (sinalização) de acordo com Grupos de Resíduos (RESOLUÇÃO RDC ANVISA nº. 306-04 e RESOLUÇÃO CONAMA nº 358/05):

- Grupo A – Resíduos Biológicos (potencialmente infectante);
- Grupo B – Resíduos Químicos;
- Grupo C – Resíduos Radioativos;
- Grupo D – Resíduos Comuns;

- Grupo E – Materiais Perfuro Cortantes.

Para garantir a organização do processo laboratorial serão estabelecidos metas e indicadores de desempenho, além da participação do controle de qualidade externo.

Serão fornecidos relatórios periódicos que facilitem e orientem as ações de controle e regulação da AHBB, tais como: estatística de exames por médico solicitante, estatísticas e exames alterados, estatísticas de tempo (percentual de requisições de exames atendidos dentro dos prazos), relatórios financeiros para controle e fiscalização.

3.1.7.3. Banco de Sangue e Agência Transfusional

O Banco de Sangue e Agência Transfusional é o processo voltado a indicação de hemocomponentes, hemoderivados e procedimentos hemoterápicos, e por todo o controle de hemocomponentes utilizados no hospital. E também, é o setor responsável pela recepção de doadores, coleta de sangue, armazenamento, controle de estoque de hemocomponentes, testes pré-transfusionais, transfusões e acompanhamento de pacientes transfundidos. De acordo com a Resolução RDC/ANVISA nº 153, de 14 de junho de 2004, e Portaria MS nº 2.712, de 12 de novembro de 2013, a Instituição que realiza intervenções cirúrgicas de grande porte, atendimento de urgência e emergência ou que efetue mais de 60 (sessenta) transfusões por mês, deve contar com, pelo menos, uma agência transfusional – dentro das suas instalações.

Como Unidade intra-hospitalar será responsável pela execução de todas as provas pré-transfusionais, tipagens sanguíneas, ABO/RhD e testes de compatibilidade sanguínea, pesquisas de anticorpos, instalação e monitoramento de todas as transfusões obedecendo criteriosamente aos padrões de qualidade exigidos e a todas as normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde e ANVISA.

A AHBB se propõem a estabelecer e assumir rotinas internas que garantam a qualidade e rastreabilidade das informações.

A Agência Transfusional irá manter estoque dos principais hemocomponentes (Concentrado de Hemácias, Plaquetas, Plasma Fresco Congelado). Cada

hemocomponente será separado e armazenado pelo fator ABO/RhD. Em caso de transfusão, a Agência Transfusional deve ser acionada. Serão coletadas amostras de sangue do paciente para a realização das provas pré-transfusionais visando a compatibilidade do receptor com as bolsas disponíveis na agência. Caso a agência não possua bolsas compatíveis, será acionado o Hemocentro do Estado, para atender à necessidade do paciente. Com a realização dos testes pré-transfusionais e atendimento às normas de segurança quanto à transfusão de hemocomponentes, o paciente está apto a ser transfundido. Cabe ressaltar que o paciente será acompanhado durante todo procedimento transfusional.

Para que sejam iniciados os procedimentos pré-transfusionais, a agência deve receber a solicitação de transfusão, em impresso próprio, preenchida pelo médico, com as seguintes informações: nome e sobrenome do paciente, sexo, idade, peso, número do prontuário ou registro do paciente, número do leito (no caso de paciente internado), diagnóstico, antecedentes transfusionais, hemocomponente solicitado, (com o respectivo volume ou quantidade), tipo da transfusão, resultados laboratoriais que justifiquem a indicação do hemocomponente, a data, a assinatura e o número do CRM do médico solicitante. Solicitações de hemoderivados incompletas, não serão aceitas pela Agência Transfusional.

A Equipe será composta por Médico Hematologista, Técnicos em Hemoterapia e Auxiliar Administrativo. São atividades a serem realizadas pelos profissionais da Agência Transfusional (AT):

- Controle e registro dos lotes de reagentes, monitorando a qualidade;
- Avaliação e monitoramento da temperatura da cadeia de frio;
- Controle e registro da temperatura ambiente;
- Manutenção de arquivo (em sistema ou físico) com registro dos receptores (nome e sobrenome do paciente, sexo, idade, peso, número do prontuário ou registro do paciente, número do leito, diagnóstico, antecedentes transfusionais, hemocomponente transfundido, resultados dos exames pré-transfusionais);
- Monitoramento à beira-leito, por profissional habilitado, durante os primeiros 10 minutos de transfusão e periódico durante o transcurso do ato transfusional;

- Registrar no prontuário do paciente e impresso da AT, sinais vitais (temperatura, pressão arterial e pulso) no início da transfusão, ao final dos primeiros 10 minutos e ao término da transfusão;
- Elaborar protocolos de controle das indicações de uso e descarte do hemocomponente;
- Descrever procedimentos referentes às atividades realizadas na agência transfusional;
- Notificar às autoridades sanitárias competentes todos os eventos adversos, reação adversa grave e óbito, incidentes e quase erros graves, reações transfusionais (inclui a TRALI – lesão pulmonar aguda relacionada à transfusão), bem como a investigação decorrente de casos de soroconversão, conforme previsto na Instrução Normativa Nº 01, de 17 de março de 2015 e descrito no “Marco Conceitual e Operacional da Hemovigilância: guia para a hemovigilância no Brasil”.
- Promover treinamentos à equipe do setor e equipe assistencial sobre as boas práticas em hemoterapia e atualizações realizadas;
- Monitorar a adesão dos profissionais às práticas difundidas;
- Confeccionar e analisar os indicadores do processo;
- Registrar eventos adversos e sentinela, e quando pertinente, informar ao órgão competente;
- Elaborar plano de ação com ações corretivas e preventivas em situações de desvio da qualidade.

Após a assunção do Hospital Municipal de Cubatão, os profissionais do setor, em conjunto com o comitê transfusional e serviço de qualidade, irão elaborar protocolos sobre a rotina hemoterápica, em conformidade com a RDC 34 de 11 de junho de 2014.

Cabe ressaltar que o Regimento para o Comitê Transfusional está descrito no item 4.5.6 deste projeto.

Da Hemovigilância

Hemovigilância é um conjunto de procedimentos para o monitoramento das reações transfusionais resultantes do uso terapêutico de sangue e seus componentes, visando melhorar a qualidade dos produtos e processos em hemoterapia e aumentar a segurança do paciente.

O monitoramento em hemovigilância inicia-se com a identificação das reações transfusionais – os eventos adversos resultantes do uso terapêutico de sangue e hemocomponentes – pelos serviços de saúde que realizam assistência hemoterápica. Tais reações devem ser notificadas e transformadas em informações que são utilizadas para identificar riscos e prevenir a ocorrência ou recorrência desses eventos adversos.

Serão notificados às autoridades sanitárias competentes todos os eventos adversos, reação adversa grave e óbito, incidentes e quase erros graves, reações transfusionais (inclui a TRALI – lesão pulmonar aguda relacionada à transfusão), bem como a investigação decorrente de casos de soroconversão, conforme previsto na Instrução Normativa Nº 01, de 17 de março de 2015 e descrito no “Marco Conceitual e Operacional da Hemovigilância: guia para a hemovigilância no Brasil”.

Indicadores de desempenho para gestão da qualidade

Serão implantados indicadores para monitoramento do desempenho da Agência Transfusional, com o objetivo de melhoria contínua do processo e segurança do paciente:

- Taxa de reações transfusionais;
- Taxa de reações transfusionais acompanhadas;
- Taxa de ocorrência de eventos adversos em hemoterapia preveníveis;
- Taxa de Bolsas de Sangue e Derivados desprezadas;
- Taxa de casos de soroconversão investigados.

Outros indicadores poderão ser incorporados ou vir a substituir algum dos citados acima, mediante necessidade para a gestão e melhoria contínua do processo e/ou atualização da legislação.

Dos serviços de manutenção para as Câmaras e demais equipamentos

Será realizada manutenção preventiva e corretiva integral e calibração, de todos os equipamentos envolvidos na realização dos exames pré-transfusionais e conservação das bolsas de hemoderivados, incluindo partes, peças, cabos, resistência, entre outros. Quando necessário, as peças e equipamentos danificados serão substituídos.

Da limpeza do local

O descarte dos resíduos provenientes das atividades realizadas na Agência Transfusional estará de acordo com Grupos de Resíduos (Resolução RDC ANVISA Nº 306-04 / Resolução CONAMA nº 358/05) e descrito no PGRSS elaborado para a Instituição.

No local será implantado serviço limpeza 24 horas por dia, 7 dias por semana.

3.1.8. *Organização do Banco de Leite*

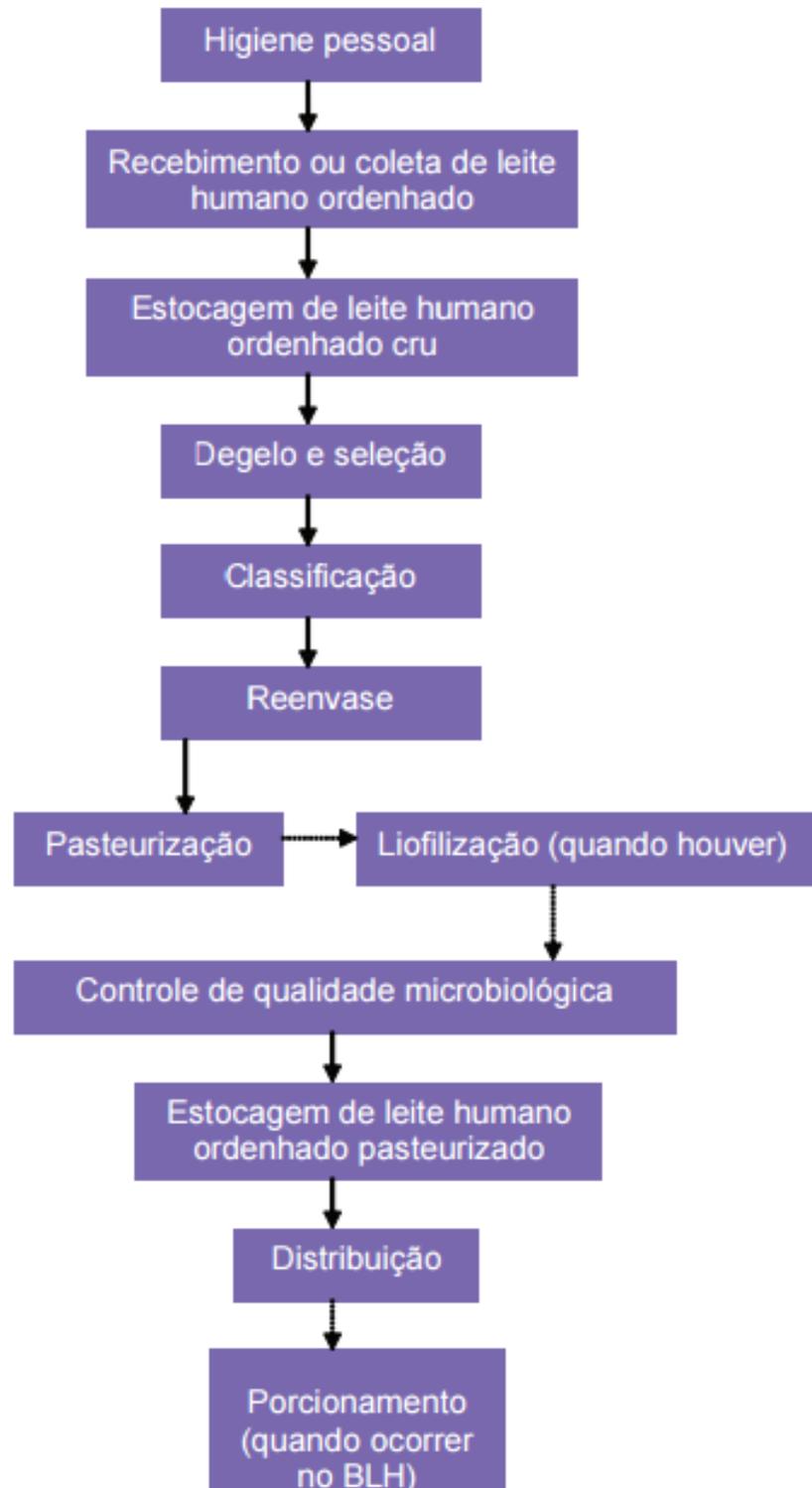
O Banco de Leite Humano terá a responsabilidade de promover o aleitamento materno, execução das atividades de coleta, processamento e controle da qualidade do leite produzido nos primeiros dias pós-parto (coloostro), leite de transição e leite humano para posterior distribuição de acordo com a prescrição médica e ou nutricionista. Seu funcionamento será adequado à RDC/ANVISA 171 de 2006.

A AHBB irá solicitar o Alvará de Funcionamento, expedido pela Vigilância Sanitária, antes do início de suas atividades. Competem ao posto de coleta de leite humano as seguintes atividades:

- a) Desenvolver ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, como programas de incentivo e sensibilização sobre a doação de leite humano;
- b) Prestar assistência à gestante, puérpera, nutriz e lactente na prática do aleitamento materno;
 - b.1) Em relação à gestante:
 - prepará-la para a amamentação;
 - elaborar medidas de prevenção de doenças e outros fatores que impeçam a amamentação ou a doação de leite humano ordenado;

- b.2) Quanto à puérpera, à nutriz e ao lactente, prestar orientações sobre:
- autocuidado com a mama lactante;
 - posições para amamentar;
 - pega da aréola e mamilo e sucção do bebê;
 - ordenha, coleta e armazenamento do leite ordenhado no domicílio;
 - cuidados na utilização do leite humano ordenhado cru (LHOC) e do leite humano ordenhado pasteurizado (LHOP).
- c) Executar as operações de controle clínico da doadora;
- d) Coletar, armazenar e repassar o leite humano ordenhado para o BLH ao qual o posto está vinculado;
- e) Registrar as etapas e os dados do processo, garantindo a rastreabilidade do produto;
- f) Manter um sistema de informação que assegure os registros – relacionados às doadoras e aos produtos – disponíveis às autoridades competentes, guardando sigilo e privacidade;
- g) Estabelecer ações que permitam a rastreabilidade do leite humano ordenhado.

Será observado o seguinte fluxo de trabalho no BLH, conforme preconizado pela ANVISA:



Fonte: ANVISA

Todos os profissionais que comporão o quadro de profissionais do BLH, passarão por rigoroso exame clínico.

Em conformidade com o disposto nas Portarias nº 8/96 (NR-7) e nº 485/2005 (NR- 32), do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), e na RDC/Anvisa nº

171/2006, visando ao controle da saúde ocupacional dos profissionais que atuarão no BLH e PCLH e à garantia de que o leite humano ordenhado manipulado seja um produto isento de riscos para a saúde dos receptores, os profissionais contratados para este setor, serão avaliados clinicamente e solicitados exames laboratoriais.

3.1.9. Núcleo Interno de Regulação – NIR

As Ferramentas de Comunicação para o relacionamento com o Sistema de Regulação Hospitalar do Município de Cubatão e com o CROSS – DRS IV se dará através do processo estruturados através do Núcleo Interno de Regulação – NIR.

A gestão dos leitos proposta pela AHBB será por regulação unificada, permitindo aos gestores do hospital a visualização dos leitos hospitalares disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS) local, agilizando o encaminhamento de pacientes que aguardam internação ou transferência.

Com a implantação do Núcleo Interno de Regulação – NIR, efetivará de forma sistematizada e gestão compartilhada de vagas e leitos (regulação interna), por meio de critérios combinados de prioridade para uso dos leitos com objetivo de agilizar as transferências internas, e a contra referência do usuário.

O Núcleo Interno de Regulação – NIR será assessorado por equipe multidisciplinar, ou seja, profissionais inseridos, preferencialmente no Pronto Socorro, que por ser porta de entrada do usuário, constitui-se na referência do hospital.

Para o gerenciamento da demanda solicitada via Central de Regulação do Município, será contratado Assistente Administrativo, capacitado para desenvolver as atividades. A Equipe assessora do NIR será composta pelas seguintes categorias profissionais:

- Diretor Clínico e Administrativo
- Principais autoridades clínicas
- Médicos emergencistas
- Enfermeiro

- Assistente Social
- Psicólogo
- Outros.

O NIR terá como princípios e diretrizes o trabalho em equipe interdisciplinar, cogestão, clínica ampliada, dentre outros.

Além disso, suas funções internas são:

- Apoiar o fluxo do paciente no hospital, considerando a dinamicidade do processo saúde/doença.

- Regulação dos leitos das unidades de internação.

- Estimular a criação de protocolos clínicos: baseado no perfil de morbimortalidade hospitalar, na Medicina Baseada em Evidência, na Enfermagem Baseada em Evidência e na Saúde Pública Baseada em Evidência.

- Implantação do Projeto Terapêutico Singular (PTS), por propor o compartilhamento das informações, em encontros de discussões multidisciplinares.

- Monitoramento do Tempo Médio de Permanência (TMP) – pode ser utilizado o método Kanban.

Suas funções externas:

- Responsabiliza-se pela continuidade do cuidado, através da organização de redes de assistenciais e de corredores virtuais de atenção à saúde.

- Promove a interface da Unidade de Saúde com o Complexo Regulador (central de leitos; central de consultas especializadas; central de procedimentos de alta complexidade; central de urgência e emergência)

- Promove a interface da Unidade de Saúde com a Rede de Atenção Local (coordenações distritais de saúde; centros de saúde; equipes do PSF; hospitais ou clínicas de apoio; equipes de atenção domiciliar)

Propõe-se a implantação do NIR, em até 06 (seis) meses após a assunção da gestão do Hospital Municipal de Cubatão.

3.2. Área Administrativa

3.2.1. Administrativa, Financeira e Contábil

A) Organização da Gestão Administrativa

A gestão administrativa da Unidade, inclui, mas não se limita:

- Gerenciamento da logística dos recursos materiais, financeiros, de informações e pessoal;
- Gerenciamento da Qualidade em Saúde;
- Contabilidade Financeira (gestão de recursos, lista de credores e devedores, fluxo de pagamentos);
- Representação, inclusive jurídica;
- Governança;
- Gerenciamento de Riscos;
- Recursos Humanos e Saúde Ocupacional;
- Relação com fornecedores;
- Educação permanente e aperfeiçoamento profissional;
- Gerenciamento das instalações (incluindo Segurança);
- Gerenciamento dos serviços de transporte;
- Gerenciamento da informação inclusive automatizada;
- Projetos de sustentabilidade;
- Patrimônio.

A administração do Hospital Municipal de Cubatão atuará em consonância com o Manual de Gestão, com o propósito de organizar os recursos necessários a prestação de serviços qualificados que atendam aos requisitos dos clientes, bem como aos requisitos legais e regulamentares aplicáveis.

Além disso, cabe a este setor implantar, difundir e monitorar ações para redução de custos. Dentre as ações que podem ser implantadas, destaca-se:

Infraestrutura de Rede Lógica

Integrar as diversas áreas e atividades do Hospital Municipal de Cubatão em um ambiente tecnológico único, com o compartilhamento e a integração de serviços e infraestrutura, com a consequente eficiência e redução de custos, aumento de

produtividade e transparência. Para isto, serão utilizadas tecnologias capazes de suportar a integração sem prejuízo à autonomia e à segregação funcional dos seus usuários, permitindo a mobilidade interna e facilitando a integração do complexo hospitalar com outras unidades e sistemas;

Serviço de Impressão e Cópia

Para garantir a eficiência e a economicidade, os serviços de reprografia e impressão foram distribuídos de maneira distinta pelo Hospital Municipal de Cubatão:

a) *Ilhas de impressão*: são os serviços de uso comum e de larga escala, composto por equipamentos distribuídos na maior parte dos pavimentos do hospital, destinados ao uso geral. O equipamento deverá ser do tipo multifuncional monocromática, de alto desempenho, preparados para a realização de cópias, digitalizações, impressões e para o envio de fax.

b) *Impressoras dedicadas*: composto por impressoras laser monocromáticas individuais de mais baixo desempenho, utilizada em ambientes específicos com requerimentos de impressão local, quando aplicável, como diretoria, consultórios, oficinas, etc.

Gestão de Documentos

Visa a indexação individual de Pastas/Processos /Documentos, garantindo total rastreabilidade dos documentos, acelera a transição para o gerenciamento eletrônico e contribui com a racionalização de custos e a execução de estratégias, solucionando toda a gestão de processos e de informação das unidades de saúde.

Destacamos alguns benefícios:

- Foco no *Hospital Municipal de Cubatão business*, deixando a execução de processos de apoio para o fornecedor;
- Revisibilidade de custos;
- Aumento de eficiência e melhoria contínua na execução desses processos;
- Liberação de recursos internos para assuntos estratégicos;

- Maior flexibilidade;
- Controle e redução de custos operacionais;
- Agilidade no acesso e disponibilidade da informação;
- Transformação de custo fixo em variável;
- Entrega e retirada dos documentos juntamente a unidade requisitante;
- Transporte seguro;
- Expurgo de documentos;
- Acesso aos documentos digitalizados;
- Organização do arquivo;
- As caixas serão armazenadas em nossos depósitos e disponibilizadas para consultas quando necessário;
- Guarda e gerenciamento de mídias magnéticas, ópticas, filmes, microfilmes, microfichas e mídias de backup;
- Proteção contra ameaças de acidentes ou sabotagem;
- Segurança em não perder ou extraviar algum documento.

É uma solução completa voltada para a análise e processamento de informações contidas em grandes volumes de documentos. Essa prestação permite a Gestão dos Processos e Informação com a mais alta qualidade e segurança, e atendem com agilidade as demandas das unidades face à flexibilidade dos sistemas que suportam os processos operacionais.

B) Organização do Serviço de Faturamento

Serviço responsável pelo processamento das contas hospitalares dos pacientes assistidos no Hospital Municipal de Cubatão de forma a garantir o correspondente afluxo de recursos financeiros.

Finalidades do Faturamento:

- Digitar todas as contas de todos os pacientes (AIH, BPA e APAC);
- Conservar os sistemas de registro de todas as despesas tais como: materiais de consumo, medicamentos e exames complementares;
- Elaborar relatórios estatísticos para o setor da administração, que dará subsídios e direcionamento para tomada de decisões, avaliação do desempenho e da produtividade da instituição;
- Preencher os sistemas de informações nacionais do DATASUS;
- Encaminhar ao setor a documentação pertinente após o atendimento ou óbito.

Fluxo da Informação

No Hospital Municipal de Cubatão será mantida uma equipe de profissionais, para executarem as atividades nos sistemas de informação, e estarão lotados no setor de Faturamento.

Para o Faturamento SUS, ou seja, elaboração do BPA (Boletim de Produção Ambulatorial), APAC (Autorização de Procedimento de Alta Complexidade) e AIH (Autorização de Internação Hospitalar) será utilizado sistema com o intuito de facilitar e agilizar o processo de faturamento.

As diárias de UTI serão faturadas em sua totalidade e demonstradas mensalmente, pela emissão de relatórios gerenciais e demonstrados à Comissão de Avaliação.

Principais características que devem ser oferecidas pelo Sistema:

- Importação das tabelas básicas do SUS;
- Consistências durante a digitação das contas;
- Importação de diversos dados dos outros módulos;
- Sugestões de dados de acordo com os procedimentos informados (p.ex. CBO, CID, etc.);
- Controle de recebimento do SUS (e rerepresentações);
- Geração de Repasse Médico (parametrizável);
- Relatórios por unidade / grupo / procedimento / CBO / médico / CID / etc.;

- Integração com: Recepções, Farmácia, Exames, etc.;
- Integração com DATASUS: SIGTAP, SISAIH, APAC, BPA, Sismama.

Fluxo da Autorização de Internação Hospitalar – AIH

Atualmente, estes formulários constituem-se no documento exigido para o reembolso dos serviços hospitalares prestados pelos hospitais públicos e privados vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS). Os dados contidos neste documento compõem o Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS), de âmbito nacional. Este sistema contém informações sobre aproximadamente 15 milhões de internações/ano, sendo uma fonte de dados extremamente relevante para a programação, gerência e avaliação dos serviços hospitalares, além de ser de grande utilidade para a área de investigação em serviços de saúde, para estudos epidemiológicos e atividades de vigilância em saúde.

O fluxo da AIH inicia a partir do preenchimento do formulário pelo médico. Quando finaliza a internação do paciente, o prontuário é encaminhado ao SAME-Faturamento, para gerar a informação e faturamento desta internação.

Fluxo do Boletim de Produção Ambulatorial - BPA

O BPA foi instituído pela Portaria GM/MS nº 545, de 20 de maio de 1993, substituindo as GAP – Guias de Autorização Ambulatorial até então vigentes. O BPA mantém o registro das produções ambulatoriais, consolidada (BPA-C) ou individualizada (BPA-I).

O fluxo do BPA inicia-se com a abertura de uma FAA, na recepção do hospital/ambulatório. De posse desta ficha, o paciente segue o fluxo de atendimento: Atendimento Médico, realização de Exames e/ou Procedimento. A cada setor ao qual o paciente é encaminhado, as informações e procedimentos são anotados na FAA. Ao término, esta ficha é encaminhada ao setor do Faturamento, onde as informações nela contidas são lançadas no relatório do Sistema (conforme cadastro no SIGTAP), e ao final do mês, toda produção é exportada para o BPA.

Fluxo da Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade - APAC

O SIA foi implantado pelo Ministério da Saúde em todo o País em 1995. À época, por ser sistema padronizado em âmbito nacional, constituiu-se em instrumento fundamental às gestões federal, estadual e municipal do SUS, desde sua implantação e tem como finalidade registrar os atendimentos/ procedimentos/ tratamentos realizados em cada estabelecimento de saúde no âmbito ambulatorial.

A partir de seu desenvolvimento e implantação, o Sistema de Informações Ambulatoriais vem sendo aprimorado em função das deliberações dos órgãos gestores e, especificamente, das regulamentações do SUS (Normas Operacionais e o Pacto da Saúde). Para se adequar a estas regulamentações, destacamos primeiramente à evolução da tabela de procedimentos ambulatoriais e a implantação da Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo, atualmente Autorização de Procedimentos Ambulatoriais – APAC.

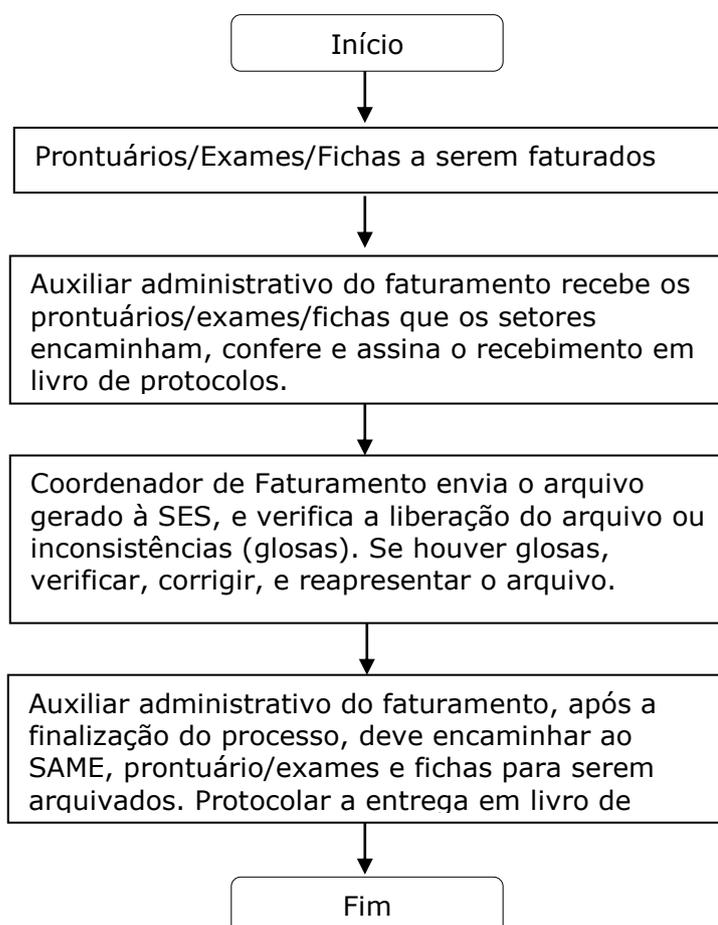
O fluxo da APAC se inicia a partir do preenchimento do Laudo de Solicitação/Autorização de Procedimentos Ambulatoriais pelo profissional solicitante. Quando autorizado o procedimento, são liberados número e data de validade da APAC. Quando finaliza o procedimento, o prontuário é encaminhado ao Setor de Faturamento, para gerar a informação e faturamento do procedimento realizado.

O Ministério da Saúde vem trabalhando no sentido de suprir o SIA-SUS de informações qualificadas, que, além de base para as atividades gerenciais do sistema, permitam a notificação real dos dados. Estes, por sua vez, servirão de esteio para a organização e planejamento do próprio sistema, para a avaliação de procedimentos e processos e para análise qualitativa de dados atuais.

Compete ao Faturista:

- Receber o prontuário do paciente – Internação e Ambulatório;
- Conferir com o *check list*: ordem da documentação, preenchimento de todos os impressos, e assinaturas. Na ausência ou falha no preenchimento, retornar o prontuário ao setor para finalização do mesmo;
- Codificar o prontuário, e faturar na plataforma correspondente, exportando o arquivo na data estipulada pela Secretaria de Saúde;

- Manter os sistemas SIA e SIH atualizados, de acordo com as atualizações recebidas e competência;
- Ao final do dia, verificar se houveram Glosas referentes aos documentos faturados (BPA, AIH e APAC), e informar ao Coordenador do setor, para os devidos ajustes;
- Elaborar relatórios solicitados;
- Emitir as informações necessárias para a prestação de contas.



c) Organização dos Serviços de Contabilidade

Para a organização e implantação dos serviços de gestão de custos bem como processos das rotinas de administração financeira, que ficarão sob responsabilidade da Direção Administrativa.

O Setor de Contabilidade deve obedecer sempre ao preconizado pelo instrumento máximo desta Instituição, o Regulamento do Hospital Municipal de Cubatão. É responsável pela confecção do Balanço Patrimonial e as demonstrações, buscando simplificar as contas para colaborar com a Administração e demais serviços.

Ao Setor de Contabilidade atribuem-se:

- Classificar as contas;
- Confeccionar as Demonstrações Contábeis;
- Manter os relatórios contábeis em dia;
- Emitir relatórios: gerencial e setorial;
- Zelar pela organização, arquivamento e segurança de toda documentação fiscal, tributária e de pessoal, inerentes ao Setor de Contabilidade;
- Providenciar as provisões previstas em Lei;
- Realizar análise de contas;
- Elaborar Conciliações bancárias;
- Demonstrativo da Execução Orçamentária;
- Demonstrativo por Função;
- Demonstrativo de Receita Corrente Líquida;
- Demonstrativo de Receita e Despesa Previdenciárias;
- Demonstrativo do Resultado Nominal e Primário;
- Demonstrativo de Restos a Pagar.

D) Organização Do Serviço De Custos

O setor de custos tem como objetivo de fornecer informações gerenciais da Unidade para o processo de tomada de decisão, informações de todas as movimentações no Patrimônio entre outros. É caracterizada como uma ferramenta necessária dentro dos procedimentos contábeis com o objetivo de auxiliar nas

decisões da alta direção. Consiste em obter valores concisos e seguros da posição em que a entidade se encontra.

Finalidades do Setor de Custos:

- Direcionamento dos custos, diretos ou indiretos, durante um determinado período, por departamento ou setor da Instituição;
- Realizar o rateio do custo total por determinado período em casos de custo indireto;
- Lançar no sistema os custos diretos de cada departamento/setor da instituição no período referente;
- Contabilizar toda a produção, em termos de quantidade (atendimentos/exames/sessões etc.), a qual é registrada diária ou semanalmente, sendo preparado, no fim do mês, um demonstrativo dos resultados finais;
- Determinar o critério de rateio para cada departamento/setor;
- Calcular custo total de cada processo o qual é dividido pelo total da produção, obtendo-se um custo médio por serviço/sessões/atendimentos/exames para o período.

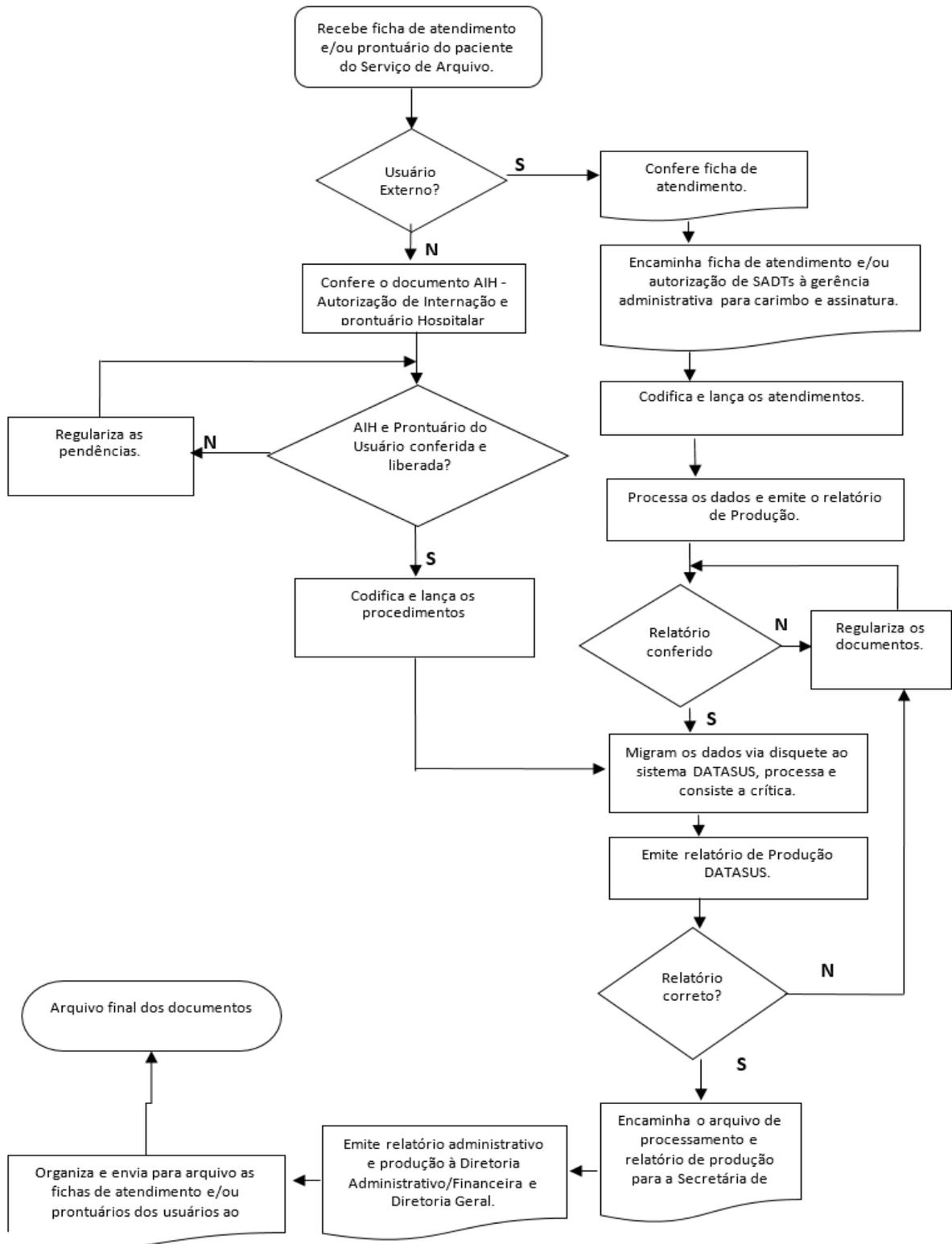
Atribuições Funcionais:

Compete ao Profissional de Custos:

- Certificar-se quanto ao preenchimento correto de todos os campos cabíveis, nos documentos exigidos pelo órgão competente;
- Zelar para que todas as informações sejam encerradas dentro dos prazos preconizados pelo órgão competente;
- Comunicar à chefia direta quaisquer informações julgadas necessárias;
- Realizar comparativo de custo mensal de cada serviço com o período anterior, questionando e analisando divergências significativas no custo;
- Fornecer todos os dados solicitados pela direção do serviço ou outrem autorizado pela mesma;
- Programar e desenvolver métodos de trabalho;
- Comparecer às reuniões ordinárias e extraordinárias;
- Cuidar para que o ambiente de trabalho seja higiênico e agradável;

- Realizar reuniões, sempre que necessário, com outros setores;
- Elaborar relatórios estatísticos mensais e anuais;
- Zelar pelo material de trabalho.

Fluxo da Documentação



3.2.2. Organização específica do serviço de arquivo de prontuários do paciente

O Conselho Federal de Medicina na Resolução nº 1.638/2002 define prontuário como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo. É ainda instrumento para educação profissional e suporte legal quando questionamentos jurídicos e/ou processuais são feitos acerca de condutas multiprofissionais.

Em todos os serviços de saúde as informações geradas a partir do acompanhamento do paciente realizado por todos os profissionais de saúde devem estar escritas de modo claro e conciso no prontuário do paciente, garantindo a continuidade e qualidade do seu cuidado.

O prontuário deve ser preservado por no mínimo 20 anos a partir da data do último registro, sendo o serviço de saúde o guardião legal deste documento, respondendo pela integridade e sigilo de seu conteúdo, assim como a rápida disponibilização das informações quando solicitado judicialmente ou pelo próprio paciente (Resolução CFM 1.638/02).

A seguir está descrito modelo para arquivamento de fichas de atendimento ambulatorial e de urgência e emergência, e de prontuários médicos. Este modelo, entretanto, poderá ser modificado, conforme necessidade e estrutura física.

Será implantado no Hospital Municipal de Cubatão, prontuário eletrônico através de sistema informatizado de gestão. As fichas eletrônicas serão gerenciadas por sistema que respeite os preceitos éticos e legais determinados pela legislação brasileira e pelo Conselho Federal de Medicina, sendo eles: autenticidade, confidencialidade e auditabilidade. Todas as fichas de atendimentos serão impressas para assinatura dos profissionais responsáveis pelo atendimento, sendo encaminhados em seguida ao Serviço de Arquivo de Prontuários onde serão arquivados sequencialmente por número de identificação e ano de abertura, facilitando seu levantamento sempre que necessário (Fichas oriundas do Serviço de).

O Hospital Municipal deverá possuir dentre as unidades administrativas Serviço de Arquivo de Prontuários, com atuação na gestão dos prontuários dos pacientes e na gestão da informação hospitalar, contribuindo para prestação de assistência em saúde com qualidade e eficiência. Deverá zelar pela guarda e a conservação do prontuário médico (dados pessoais, evolução clínica, exames, radiografias etc.) e ser o setor responsável pela criação, manutenção, arquivo e busca dos registros dos atendimentos dos pacientes.

Serão atribuições específicas do Serviço de Arquivo de Prontuários:

- ✓ Organizar os prontuários;
- ✓ Localizar e fornecer prontuários solicitados para estudos, pesquisa, auditoria;
- ✓ Receber, revisar e ordenar os prontuários de pacientes que saírem por qualquer tipo de alta;
- ✓ Manter o controle de saídas e devolução de prontuários médicos, fornecidos para os setores do Hospital quando necessário;
- ✓ Arquivar e custodiar os prontuários de internações e ambulatoriais;
- ✓ Manter o registro numérico nos prontuários;
- ✓ Receber e providenciar respostas de informações aos interessados, quando autorizados pela Diretoria.

O coordenador terá como função organizar as demandas, definindo e avaliando a atuação dos demais profissionais, buscando estratégias de qualificação do setor e de integração com o setor de faturamento. Deverá também participar das discussões relacionadas direta ou indiretamente com o Serviço de Arquivo de Prontuários, buscando a integração deste com os demais setores. Os auxiliares administrativos serão responsáveis pela organização dos prontuários para guarda e para levantamento sempre que necessário.

O serviço funcionará de segunda à sexta feira, em horário comercial.

Seção de Arquivo:

Controla, confere, ordena e arquiva o prontuário dos pacientes. O Prontuário do Paciente é o documento legítimo e individual deste, contendo dados e informações pessoais, bem como do ponto de vista médico social - tratamento clínico, resultados de exames, cirurgias, resultados e conclusões. É um instrumento

dinâmico que uma vez iniciado permanece aberto por tempo indeterminado, atendendo sempre que o paciente recorrer à instituição.

Considerando que é atribuição do serviço de arquivamento de prontuários zelar pela guarda e a conservação do prontuário médico (dados pessoais, evolução clínica, exames, radiografias etc.) e ser o setor responsável pela criação, manutenção, arquivo e busca dos registros dos atendimentos dos pacientes, a AHBB adotará o arquivamento por ordem alfabética.

3.2.3. Gestão de Pessoas

3.2.3.1. Recursos Humanos

A AHBB é uma entidade que tem como principais valores, o profissionalismo, a qualidade e a ética. Baseando-se nesses princípios, a área de Gestão de Pessoas, está direcionada para soluções que proporcionem condições adequadas ao desenvolvimento e a valorização do colaborador.

Dessa forma, a política de Recursos Humanos da AHBB está pautada na missão, visão, valores e política ambiental da instituição, com o contratante, de acordo com a legislação e principalmente respeitando os seres humanos.

Se necessário, o quadro de pessoal existente no Hospital Municipal de Cubatão será readequado, com o objetivo de atender às legislações vigentes.

a) Estrutura Organizacional

O desenho da estrutura organizacional projeta de maneira formal os relacionamentos entre os níveis hierárquicos, o fluxo das informações e dos processos decisórios.

O organograma tem a intenção de apresentar graficamente a estrutura organizacional da empresa, nele são demonstradas as funções, a hierarquia e a relação de cada membro em relação à organização, o que facilita a tomada de decisão por parte dos gestores e a comunicação entre os setores e seus respectivos empregados.

b) Estrutura de Cargos

A definição da estrutura dos cargos tem por finalidade a divisão de responsabilidades e a atribuição de papéis relativos a execução de cada grupo de atividades necessárias à obtenção dos objetivos estratégicos, táticos e operacionais.

c) Descrição de Cargos

A descrição de cargos é um documento escrito que determina um cargo a partir dos deveres, condições de trabalho, responsabilidades e especificações. Sendo assim, a descrição dos cargos baseia-se em resumir e padronizar as características de um cargo através da observação, estudo e redação. Detalha as principais exigências do cargo ao seu ocupante, para que suas tarefas sejam realizadas com eficiência e eficácia.

É o relato organizado e factual de deveres e responsabilidades de um cargo específico.

A descrição refere-se ao cargo e não ao ocupante. Devem ser descritas as tarefas e especificados os requisitos exigidos pelo cargo e não o que o eventual ocupante sabe fazer.

A descrição de cargo é um retrato simplificado do conteúdo e das principais responsabilidades do cargo. Tem o objetivo de identificar e formalizar as atribuições, deveres, responsabilidades e requisitos inerentes a um determinado cargo na organização. A descrição de cargo divide-se em:

- a) Descrição Sumária do Cargo:** descreve de forma sucinta as principais atribuições da função;
- b) Principais Atividades:** descreve de forma detalhada, todas as atividades que o colaborador realiza;
- c) Conhecimentos Específicos:** descreve as experiências e qualificações necessárias para o cargo;
- d) Responsabilidade de informações confidenciais:** se a função demanda lidar com informações sigilosas;
- e) Responsabilidade de supervisionar pessoas:** se a função demanda se responsabilizar por equipes;

f) Requisitos: define o mínimo indispensável de formação e conhecimentos para o exercício de cada função;

g) Competências: são as características comportamentais necessárias para o ocupante do cargo.

Competências são repertórios de comportamentos que algumas pessoas e/ou organizações dominam e disponibilizam. É o que as faz destacar de outras em contextos específicos (Gramigna, 2007). As competências estão classificadas de acordo com o nível hierárquico de cada cargo, podendo ser: operacional, tático e estratégico.

Os cargos operacionais são aqueles com funções focadas no curto prazo e em tarefas específicas. Os cargos táticos são aqueles que apresentam a função de implementar em sua área, as estratégias e políticas decididas no nível acima. Os cargos estratégicos são aquelas com a responsabilidade das tomadas de decisões que afetam a organização de modo global.

Os cargos operacionais contemplam as seguintes competências: Atenção Concentrada, Comprometimento, Iniciativa, Organização e Relacionamento interpessoal.

Os cargos táticos contemplam as seguintes competências: Administração do tempo, Negociação, Proatividade, Relacionamento Interpessoal e Visão Analítica e Sistêmica.

E os cargos estratégicos contemplam as seguintes competências: Comprometimento, Equilíbrio emocional, Foco em resultados, Planejamento e Organização e Relacionamento Interpessoal.

Será elaborado manual para cargos e salários após a AHBB assumir a gestão do HMC.

O Manual contendo processo de seleção e contrato de trabalho, segue na íntegra em Anexo I – Material Técnico.

3.2.3.2. Projeto para Implantação do Núcleo de Educação Permanente (NEP)

A AHBB compreende o processo de Educação Permanente dentro das diretrizes propostas pela Política Nacional de Educação Permanente. Na visão da AHBB a execução de ações referentes ao treinamento e capacitação dos profissionais de saúde é um processo permanente, que promove estrategicamente incremento de competências nos profissionais de saúde, possibilitando melhoria da qualidade das ações de saúde promovidas pelo Hospital e segurança para os trabalhadores da saúde que nele se inserem.

Compreendendo a Educação Permanente e Desenvolvimento como processos integrados, o desafio passa a ser estimular permanentemente o desenvolvimento de competências nos profissionais, visando torná-los autônomos no desenvolvimento de suas atribuições e assunção de responsabilidades. Para tanto, este setor promove a contínua oferta de espaços propícios ao ensino-aprendizagem no ambiente de trabalho, tendo como norte o fortalecimento das equipes e processos adequados à realização de práticas de excelência.

De acordo com a Política Nacional de Educação Permanente, esta deve acontecer de forma estratégica e integrada a gestão de todos os processos existentes em um dado contexto de trabalho. O processo se constitui como um instrumento essencial de qualificação dos profissionais, buscando superar as limitações de competências das equipes, que são parte da estrutura explicativa dos problemas identificados no cotidiano dos serviços, dando subsídios para que eles possam entender e atender as necessidades de saúde da população, e contribuir na organização dos serviços e na formação dos profissionais da área de saúde (ALMEIDA E FERRAZ, 2008).

A Educação Permanente e Desenvolvimento considera que os processos de aprendizagem de seus colaboradores devem estar embasados em modelos técnico científicos validados e na problematização do seu processo de trabalho, objetivando a transformação das práticas profissionais, e da organização do trabalho, possibilitando que as necessidades de promoção, prevenção, tratamento e recuperação de saúde das pessoas constituam a sua referência (MS, 2003).

Os processos de ensino-aprendizagem visam estimular o desenvolvimento de competências estratégicas à gestão em saúde. De acordo com a metodologia problematizadora de Paulo Freire, este processo acontece a partir da reflexão crítica

sobre as práticas de assistência vigentes e do contexto sócio político e sanitário do serviço. Cabe à área de Educação Permanente e Desenvolvimento, portanto, estimular o compartilhamento de olhares e saberes, favorecendo o aprendizado de referências técnicas de excelência, e gerando as transformações necessárias à qualificação do serviço, do trabalho, do cuidado, da educação e da qualidade da assistência (RICALDONI; SENA, 2006).

Os treinamentos, capacitações, cursos, oficinas etc., dentro deste contexto, não podem ser tomados como unidades isoladas, mas sim como parte do sistema no processo de aprendizagem e transformação da cultura organizacional pretendida pela área de Educação Permanente & Desenvolvimento, em interface e sinergia com todas as áreas do Hospital. Concomitantemente, tal conjunto de ações levará ao aperfeiçoamento do capital humano da organização.

Os benefícios da implantação do processo de Educação Permanente & Desenvolvimento são:

- Desenvolvimento de competências técnicas e estratégicas dos profissionais;
- Mudança de comportamento;
- Desenvolvimento de habilidades;
- Melhoria da qualidade do serviço oferecido à população;
- Promoção de capacitações e treinamentos embasados nos processos de trabalho;
- Transformação das práticas de saúde e trabalho;
- Desenvolvimento permanente dos trabalhadores.

O Hospital Municipal de Cubatão implantará o processo de Educação Permanente e Desenvolvimento, voltado para as necessidades do serviço, visando melhorar o desempenho do pessoal em todos os níveis de atenção e funções do respectivo processo de produção, contribuir para o desenvolvimento de novas competências, servir de substrato para transformações culturais de acordo com as novas tendências, como a geração de práticas desejáveis de gestão, a atenção e as relações com a população. Desta forma, os objetivos das ações de Educação

Permanente e Desenvolvimento são alcançados à medida em que todas as estratégias atingem o franco funcionamento, integrado à instituição.

Objetivo Geral

Realizar a gestão integral das ações de Educação Permanente & Desenvolvimento, de acordo com as necessidades dos profissionais pertencentes ao Hospital Municipal de Cubatão, para garantir o aperfeiçoamento e o desenvolvimento de competências técnicas e comportamentais das equipes, favorecendo a interação e a utilização de padrões adotados nos processos de trabalho; com a finalidade de ampliar a segurança e a qualidade dos serviços ofertados aos clientes.

Estabelecer as diretrizes de Educação Permanente & Desenvolvimento e aprimorá-las continuamente. Implantar o processo de Educação Permanente no Hospital, abrangendo todas as ações estratégicas descritas a seguir.

- 1 Instrumento de Levantamento de Necessidade de Treinamento e Potenciais multiplicadores: Este é construído a partir da definição institucional dos perfis funcionais, após implantação. Permite que o colaborador participe ativamente da construção do diagnóstico de necessidade de treinamentos e permite a identificação de potenciais multiplicadores das áreas.

MODELO: Instrumento

Levantamento das Necessidades e Potenciais de Educação Permanente & Desenvolvimento

Nome do Solicitante:	
Cargo:	Unidade:
Data:	

1- Conteúdo / Temas:

Descrever o assunto / conteúdo a ser abordado para melhoria da atuação profissional da equipe.

2- Abordagem dos Conteúdos / Temas:

Sugerir formas de abordagem para exposição dos conteúdos, assim como materiais de apoio.

3- Objetivo:

Descrever a situação a ser melhorada com a ação. É importante acrescentar os exemplos de situações práticas a serem contempladas.

4- Resultados Esperados:

Relacionar as melhorias que a unidade pretende atingir com esta ação.

5- Possíveis potenciais:

Indicar quem são os potenciais/multiplicadores da sua equipe para multiplicar este tema.

6- Tempo:

Indicar qual o melhor tempo para execução da ação (urgência, emergência, conforme cronograma)

Responsável:

Assinatura/Carimbo:

- 2 Plano de Educação Permanente: O Plano de Educação Permanente é um plano construído com base nas ações de Educação Permanente e Desenvolvimento que iremos realizar ao longo do ano. Este é elaborado conforme as necessidades apontadas por cada gestor, e conforme as necessidades sistemicamente preconizadas por legislações e pelas informações mencionadas no item anterior. É dinâmico e pode ser modificado.
- 3 Integração de Saberes e Treinamento Admissional: Este tem como objetivo nivelar o conhecimento entre os profissionais em relação a normas, rotinas, procedimentos, protocolos institucionais e integração dos novos profissionais nas suas funções e no contexto institucional, favorecendo o alcance das metas e mantendo a qualidade dos serviços prestados e a segurança dos pacientes e dos colaboradores. Tem como finalidade direcionar o potencial do colaborador recém-admitido em comportamento, atitudes e habilidades integrados à política institucional.

Todos os empregados do hospital deverão participar do treinamento devido à transição para equipe AHBB. Após, o mesmo será destinado apenas para novos empregados. A periodicidade do treinamento será definida com os gestores conforme a necessidade do Hospital. A integração de saberes será aplicada a todos os empregados do hospital. Já o Treinamento Admissional é destinado aos profissionais da enfermagem e outras categorias técnicas conforme prioridades e necessidades levantadas.

A seguir, apresenta-se cronograma para os treinamentos anuais e atualização, a serem ministrados, após assunção para a Gestão dos Serviços no Hospital Municipal de Cubatão:

Quadro 7 – Cronograma para treinamentos anuais e atualização

Treinamento	Público Alvo	Conteúdo	Carga Horária	Data
Integração Admissional	Todos os profissionais admitidos no HMC	Apresentação do Hospital, Marketing Pessoal, Humanização, RH, SESMT	18 horas	A cada grupo de profissionais admitidos no Hospital
Núcleo de Saberes	Todos os profissionais que hoje trabalham no HMC	O mesmo acima, porém para atualização do grupo de colaboradores do Hospital para a nova gestão.	18 horas	Início previsto para início do 1º semestre/2017
Qualidade no atendimento e Humanização	Profissionais administrativos	Postura e ética no atendimento ao cliente interno e externo	1h30	Final do 1º semestre de 2017
Qualidade no atendimento e Comunicação	Equipe Assistencial e Multidisciplinar	Postura e ética no atendimento ao cliente interno e externo e comunicação entre equipes	1h30	Final do 1º semestre de 2017
Sustentabilidade Ambiental	Todos os profissionais, inclui médicos	Identificação do impacto ambiental associado à atividade, produto ou serviço	1h30	2º semestre de 2017
Prevenção das IHAS	Todos os profissionais, inclui médicos	Identificação dos fatores que causam IH, e ações de prevenção	1h30	2º semestre de 2017
Anotação de Enfermagem	Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem	Como realizar a anotação no Prontuário do paciente e conteúdo	1h30	2º semestre de 2017
Prevenção de acidentes de trabalho – NR 9	Todos os profissionais, inclui médicos	Ações para prevenir a ocorrência de acidentes conforme a atividade consigo e outrem.	1h30	2º semestre de 2017
Preenchimento da Declaração de Óbito	Médicos	Terminologia correta e preenchimento adequado da Declaração de Óbito.	1h	1º semestre de 2017
SIVVA	Serviço Social, Psicologia e Médicos	Abordagem multidisciplinar do paciente e notificação.	1h30	2º semestre de 2017

Segurança do Paciente – NR 36	Equipe Assistencial e Multidisciplinar	Uso de protocolos no dia-a-dia (MS)	2h	1º semestre de 2017
-------------------------------	--	-------------------------------------	----	---------------------

Dispositivos de Avaliação

Os participantes das ações sistemáticas de Educação Permanente e Desenvolvimento são registrados em lista de presença, e é realizado o controle do percentual de empregados capacitados em determinado curso. Estes dados serão computados em uma planilha e permitirão a implantação de instrumentos de avaliação de resultados e indicadores. O indicador de treinamento possibilita a avaliação quantitativa dos dados.

A cada ação também há a avaliação de reação, que é aplicada após o treinamento. Com os dados colhidos deste instrumento é possível identificar a satisfação dos participantes em relação ao treinamento, ao instrutor e conteúdo, relação entre teoria e prática, infraestrutura e sugestões abertas.

A avaliação de aprendizagem será realizada através da avaliação de conhecimento, onde será aplicado um pré e pós-teste (cada ação tem um tipo específico, conforme conhecimento a ser avaliado). Esta ferramenta tem como objetivo identificar se o treinamento acrescentou conhecimento ao grupo. Após o curso, recebemos o *feedback* dos líderes acerca de mudanças e/ou melhorias promovidos pelas nossas ações. Pelas respostas dos participantes, podemos perceber quais são os assuntos que foram melhores esclarecidos e quais os assuntos que deixaram dúvidas. Ou seja, funciona como um PDCA (planejamento, execução, controle e ação) para as próximas turmas.

Os instrumentos serão desenvolvidos em conjunto com as lideranças, após a assunção da gestão do hospital.

3.2.3.3 Formação em Serviço e Aprendizagem Organizacional

O conceito de formação em serviço é um conceito dinâmico, interativo, que envolve não só os prestadores de cuidados, como os nossos clientes, com um elevado grau de exigência, o que vai determinar o grau de excelência desejado pelo profissional gestor no serviço. Neste contexto, emerge o desenvolvimento da nova

filosofia de aprendizagem, baseado em sistemas de formação flexíveis, em que cada um se responsabiliza pela sua própria formação, onde se valoriza a auto-formação, mas não se pode deixar de investir na adaptação do enfermeiro ao seu posto de trabalho e à sua atividade prática.

Já o termo aprendizagem organizacional representa como ideia central a forma como as organizações aprendem, como a organização se relaciona com o meio e dele extrai observações que incorpora, com o objetivo de manter-se em constante desenvolvimento, agregando vantagens competitivas.

A aprendizagem organizacional apresenta-se como uma política de desenvolvimento organizacional vinculada à estratégia da organização e utilizada como instrumento de assimilação do aprendizado das pessoas. Como atributos do sistema de aprendizagem organizacional, Garvin (2001, p. 55) define a necessidade de que as empresas detenham habilidades em cinco áreas: (a) solução de problemas de maneira sistemática; (b) experimentação de novas abordagens; (c) aprendizado com as próprias experiências e antecedentes; (d) aprendizado com as experiências e melhores práticas de outras organizações; (e) transferência de conhecimento rápida e eficiente em toda organização.

A AHBB entende que a educação, formação, aprendizado e desenvolvimento de cada colaborador deve acontecer no dia-a-dia com a prática de suas atividades profissionais. Neste contexto, propõem a formação dos profissionais inserindo temas, em formato *e-learning*, com o intuito de reforçar o conhecimento do profissional e torná-lo corresponsável no processo de aprendizagem.

O grupo de multiplicadores, de cada área, será o responsável por sanar as dúvidas resultantes da leitura deste material.

A forma de evidenciar o processo será definida após implantação do sistema de gestão. A responsável pela condução do processo será a Enfermeira do NEP e Coordenador da TI. A proposta terá início a partir do segundo semestre de 2017. A seguir, proposta de temas que podem ser abordados nesta modalidade de ensino-aprendizagem:

Quadro 8 – Temas para Formação em Serviço

Tema	Público Alvo	Conteúdo	Data
Gestão do Prontuário Eletrônico	Médicos	Preenchimento adequado e completo do prontuário.	A definir
Gestão do Prontuário Eletrônico	Enfermeiros	Como cruzar as informações – relevância para a prescrição de enfermagem.	A definir
Promoção à Saúde	Equipe Multidisciplinar	Ações educativas com ênfase em mudanças do estilo de vida, correção dos fatores de risco.	A definir
Uso consciente de material (higiene, assistência, nutrição, etc.)	Área Técnica	Utilização de material para cada área de forma correta e descarte consciente.	A definir

3.2.3.4. Avaliação de Desempenho

O gerenciamento do desempenho das pessoas é um aspecto crítico ao funcionamento efetivo de uma organização. Assegurar condições capazes de manter as pessoas comprometidas com o negócio é determinante na efetividade organizacional.

A AHBB sugere que a Avaliação de desempenho seja aplicada anualmente, a todos os colaboradores, 360°.

As ações estratégicas para este processo devem ser:

- Definição das competências técnicas e comportamentais que irão compor a ferramenta de avaliação.
- Definição do instrumento em si.
- Capacitação dos gestores para fornecimento de feedback.
- Logística de aplicação e divulgação de resultados.

Este processo será realizado pelo Departamento de Recursos Humanos, e deve estar pautado na Descrição de Cargos.

3.2.3.5. Entrevistas de Desligamento

A entrevista de desligamento é um dispositivo que objetiva coletar informações sobre diversos fatores da organização na percepção do empregado em processo de desligamento. É um momento importante para a empresa receber feedbacks em seus processos de trabalho, modelo de gestão, relacionamentos interpessoais, políticas vigentes e também, compreender qual é a imagem que o empregado levará da Instituição.

A participação do empregado na entrevista de desligamento não será obrigatória, mas é fundamental que ele entenda a importância de sua participação. É sigilosa.

A tratativa será de acordo com o resultado da entrevista, e o feedback será fornecido às lideranças.

Ressalta-se que todas etapas para o desenvolvimento são extensivas ao quadro de profissionais do hospital independente do modelo de contratação, desde que acordado com Gestor Municipal.

3.2.3.6. Programa de Controle e Redução do Absenteísmo

O contexto organizacional contemporâneo torna-se cada dia mais competitivo, onde mudanças ocorrem de forma inesperada e rápida. Com isso as empresas precisam adequar mecanismos para manter seus funcionários motivados e produtivos, levando em conta que o capital humano pode perecer e adoecer diante de frustrações, expectativas não realizadas, prazos não cumpridos, metas não atingidas.

A valorização do capital humano contribui para a melhoria na qualidade de vida dos funcionários e, conseqüentemente, uma redução dos índices de absenteísmo, que refletem diretamente no turnover. Colaboradores com condições favoráveis envolvem-se com a organização, conhecem seus objetivos e buscam dar o melhor para alcançar resultados satisfatórios, conseqüentemente mantendo seu rendimento.

Desta forma a AHBB propõe como medida de redução do absenteísmo:

- a) Ação a ser desenvolvida pelo SESMT

Realizar levantamento dos problemas de saúde a partir dos atestados médicos entregues.

- Levantamento das patologias associadas à Ergonomia, por sexo e idade.
- Levantamento das patologias associadas às DCNT (doenças crônicas não transmissíveis), por sexo e idade.

Sabe-se que no processo de saúde-doença, os fatores sexo e idade contribuem para o desenvolvimento de algumas patologias, bem como para o agravamento de outras pré-existentes.

Diante disso, a AHBB se propõe a elaborar programas voltados para o colaborador, com palestras sobre medidas preventivas e de não agravos para as patologias, atividade laboral, nutrição saudável (em parceria com o SND), dentre outras, com o intuito de melhorar a qualidade de vida desse profissional, reduzindo desta forma, o absenteísmo.

3.2.3.7. Cooperação Técnica com Entidades de Ensino

A atual política da AHBB, em acordo com sua missão, procura incentivar e ser proativa em estabelecer convênios e termos de Cooperação técnica com entidades de ensino para desenvolvimento de estágios curriculares, treinamentos e residências.

Tais termos de cooperação técnica com instituições formadoras passam, entretanto, pela profunda apuração de dados logísticos, fluxos administrativos e estudos de viabilidade, no sentido de permitir que o Hospital seja campo de ensino e aprendizagem prática aos alunos, porém cuidando para que tais atividades não comprometam a qualidade da assistência e fatores de segurança das equipes e do paciente, tendo em vista a ética do trabalho em saúde.

Considerando o exposto, os termos de convênio seguem as seguintes normativas:

- 1) As solicitações de campo de estágios/treinamentos/residências deverão ser apresentadas pela Instituição formadora para Secretaria de

Saúde, o setor responsável pelos processos do Hospital Municipal de Cubatão);

2) A partir da ciência e anuência da Secretaria de Saúde, a instituição formadora deverá encaminhar projeto técnico e administrativo para AHBB, aos cuidados da Diretoria Administrativa, Diretoria Clínica e Gerência de Enfermagem, às quais, em conjunto com o Núcleo de Educação Permanente do Hospital Municipal de Cubatão, mapearão a capacidade do Hospital na realização das ações descritas, e emitirão parecer positivo ou negativo de viabilidade para o desenvolvimento da mesma.

3) Os estágios de graduação, treinamentos e residências serão deferidos, obedecendo às seguintes ordens de priorização:

a. 1º.) Para alunos de graduação/Treinamento/Residência de Instituições de ensino públicas, e 2º.) Para alunos de graduação/Treinamento/Residência de Instituições de ensino particulares;

b. 1º.) Residência Médica e Residência Multidisciplinar, 2º.) Cursos de Especialização e Aperfeiçoamento, e 3º.) Outros Estágios;

4) Tais estágios não compreenderão a totalidade da formação prática dos alunos, e sim uma parte específica de sua atuação.

5) Os preceptores e ou responsáveis técnicos atuarão sempre de forma integrada ao Hospital Municipal de Cubatão;

6) A instituição de ensino é responsável por disponibilizar um responsável docente e/ou preceptor para acompanhamento, apoio e monitoramento presencial de todas as ações durante todo o período do estágio;

7) É responsabilidade da Instituição de Ensino reportar continuamente o andamento dos estágios/treinamentos/residências ao responsável pelo processo indicado pela Gestão do Hospital;

8) Os alunos/profissionais inseridos nas atividades deverão ser cadastrados no corpo assistencial multiprofissional do Hospital Municipal de Cubatão.

3.2.3.8. Fomento à Pesquisa Científica

A atual política da AHBB, em acordo com sua missão, procura incentivar e ser proativa em estabelecer parcerias para o desenvolvimento de pesquisa na área hospitalar e/ou de saúde pública.

Tais termos parceria passam, entretanto, pela profunda apuração de dados logísticos, fluxos administrativos e estudos de viabilidade, no sentido de permitir que o Hospital seja campo de pesquisa, porém cuidando para que tais atividades não comprometam a qualidade da assistência e fatores de segurança das equipes e do paciente, tendo em vista a ética do trabalho em saúde.

Considerando o exposto, os termos de parceria seguem as seguintes normativas:

- 1) As parcerias para o desenvolvimento de pesquisa na área hospitalar e/ou de saúde pública serão deferidas, na seguinte ordem de priorização: 1) Para Instituições de ensino públicas, e 2) Para Instituições de ensino particulares;
- 2) As solicitações de parcerias para o desenvolvimento de pesquisa na área hospitalar e/ou de saúde pública deverão ser apresentados pela Instituição formadora para Secretaria de Saúde, o setor responsável pelos processos do Hospital Municipal de Cubatão;
- 3) À partir da ciência e anuência da Secretaria de Saúde, a instituição proponente deverá encaminhar projeto técnico e administrativo da parceria para o desenvolvimento de pesquisa na área hospitalar e/ou de saúde pública para AHBB, aos cuidados da Diretoria Administrativa, Diretoria Clínica e Gerência de Enfermagem do Hospital Municipal de Cubatão, às quais, em conjunto com o Núcleo de Educação Permanente do Hospital Municipal de Cubatão, e com o apoio cooperativo da Diretoria de Educação Permanente da AHBB, mapearão a capacidade do Hospital na realização das

ações descritas, e emitirão parecer positivo ou negativo de viabilidade para o desenvolvimento da mesma.

4) Tais parcerias para o desenvolvimento de pesquisa na área hospitalar e/ou de saúde pública não poderão comprometer infraestrutura e aspectos éticos e de segurança da equipe e do paciente. Para tanto os critérios de disponibilização dos espaços facultados às pesquisas deverão considerar:

a. Análise dos aspectos administrativos, operacionais e de gestão visando compatibilizar as necessidades do projeto com a capacidade operacional da unidade;

b. Análise do Núcleo de Educação Permanente e Comissão de Ética do Hospital Municipal de Cubatão, com emissão de parecer favorável ou desfavorável à instituição proponente;

c. As grades de disponibilização de espaços para armazenamento de materiais de pesquisa e presença de pesquisadores em consultórios e outros espaços deverão ser acordados previamente, respeitando as escalas do Hospital e sem gerar riscos ou prejuízos de qualquer natureza para a infraestrutura hospitalar, equipes e pacientes;

d. As distribuições de grades e cronogramas deverão ser mantidas desde o início do processo até seu término;

e. O “Núcleo de Educação Permanente” desenvolverá prerrogativas técnicas de apoio do (s) pesquisador(es) da Instituição proponente em Treinamentos e Palestras que estiverem à fim com as necessidades do Hospital Municipal de Cubatão e as habilidades do(s) pesquisador(es);

f. As unidades de pesquisa deverão ser autossustentáveis, não gerando despesas adicionais ao Hospital. Sendo assim, o projeto da instituição proponente deverá contar com verbas específicas para

cobertura de taxas por procedimentos, exames etc., relacionados às atividades da pesquisa;

g. O paciente e pesquisador participantes de cada procedimento reservado à pesquisa deverão ter o atendimento registrado no prontuário institucional e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido;

5) A instituição de proponente é responsável por disponibilizar um responsável técnico para acompanhamento, apoio e monitoramento de todas as ações durante todo período da parceria;

6) É responsabilidade da Instituição proponente da parceria reportar continuamente o andamento das parcerias ao responsável pelo processo internamente indicado pela Gestão do Hospital Municipal de Cubatão.

3.3. Área de Apoio

3.3.1. Organização do Serviço de Farmácia

Logística de Suprimentos

O serviço de estoque e logística caracteriza-se pelas atividades desempenhadas pelo almoxarifado incluindo o suporte à farmácia e a distribuição de insumos farmacêuticos e medicamentos para atender às unidades solicitantes, além da disponibilização de mão de obra, equipamentos, mobiliário, tecnologias e suprimentos para realização da atividade.

Descrição dos Serviços – CAF

A Central de Abastecimento Farmacêutico é um espaço destinado ao recebimento, estocagem, guarda e expedição dos medicamentos e insumos farmacêuticos, visando a assegurar a conservação adequada dos produtos em estoque (MARIN, 2003).

A central de estoque e logística será responsável pela operação do almoxarifado e da farmácia central, locais de execução de: recebimento, conferência, inspeção, armazenamento e controle, registro e expedição de medicamentos, insumos e demais materiais. A logística dos materiais envolve desde o recebimento no

almoxarifado e farmácia central até a emissão dos mesmos para abastecimento das unidades solicitantes.

O armazenamento e a distribuição são as etapas do Ciclo da Assistência Farmacêutica que visam assegurar a qualidade dos medicamentos através de condições adequadas de armazenamento e um controle de estoque eficaz, bem como garantir a disponibilidade dos medicamentos em todos os locais de atendimento ao usuário.

Os medicamentos são produtos diferenciados e de suma importância para melhoria da saúde do paciente internado. Para se ter a garantia do mesmo, deverá ser armazenado em local apropriado, desde a fabricação até o destino final. Desta forma, as condições de distribuição, transporte e armazenamento desempenham papel fundamental para a manutenção dos padrões de qualidade dos medicamentos. Sendo assim, é fundamental que a aquisição, programação, armazenamento e distribuição tenham a qualidade e a racionalidade necessárias, para disponibilizar medicamentos seguros e eficazes, no momento certo e nas quantidades adequadas.

A lista padronizada de material e medicamentos segue o elenco de Relação Municipal de Medicamentos de Cubatão - REMUME.

Recebimento de Mercadorias

As farmácias precisam ser estruturadas para desempenhar as atividades de:

- Recebimento;
- Estocagem e guarda;
- Conservação;
- Controle de Estoque.

Recebimento

Ato de receber os medicamentos do fornecedor contratado. Divide-se em:

- a) Recebimento administrativo: conferência da DANFE (documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica) - Natureza da Operação, Nome do Destinatário,

Data da Emissão, Descrição do Medicamento, Quantidade, Preço Unitário, Valor Total, Empenho, Dados adicionais (local de entrega, por exemplo).

b) Recebimento Físico: Ato de conferência em que se verifica a compatibilidade dos produtos solicitados e recebidos, ou seja, se os medicamentos entregues estão em conformidade com as condições estabelecidas.

- Conferência qualitativa: condições de transporte da mercadoria (acondicionamento, temperatura) e integridade das embalagens (coletivas e individuais).

- Conferência quantitativa: quantidade de medicamentos entregues, de acordo com o solicitado, lote e prazo de validade (não inferior a 01 ano). Conferir com a nota fiscal e solicitação.

Não devem ser recebidos os medicamentos que:

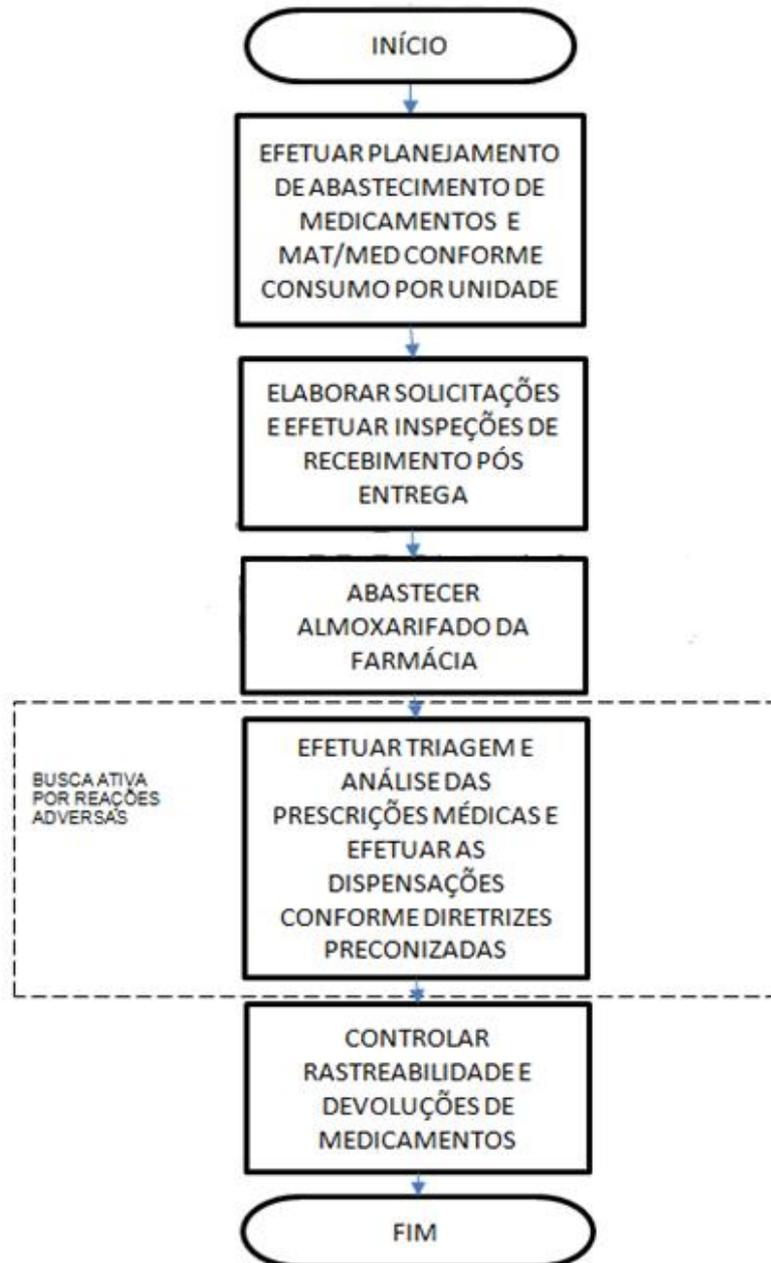
- Estiver em desacordo com as especificações solicitadas (forma farmacêutica: apresentação, concentração, rótulo, embalagem, condições de conservação, lote e validade);
- Conter danos na embalagem, alteração do produto ou suspeita de contaminação;
- Embalagens violadas ou suspeitas de qualquer contaminação;
- Faltar qualquer documento.

Na situação acima descrita, o farmacêutico deve rejeitar a entrega, preencher documento contendo a justificativa para o fornecedor, solicitando a troca ou reposição. Elaborar relatório para a Direção, contendo medicamentos solicitados e quantidade, lote, condições da entrega e justificativa do não recebimento. Se possível, corroborar com fotos.

c) Recebimento físico: inclusão dos medicamentos no estoque da farmácia.

- Lançar entrada do medicamento no estoque – informatizar;
- Dados importantes: número do DANFE, fornecedor, lote, validade, quantidade, empenho;

Fluxo recebimento dos medicamentos:



Armazenamento

O armazenamento constitui-se como um conjunto de procedimentos técnicos e administrativos que envolve diversas atividades (Vecina Neto & Reinhardt Filho, 1998):

- Recebimento de Medicamentos – examinar e conferir quanto à quantidade e documentação.
- Estocagem ou guarda – guarda em área definida, organizada, dentro de parâmetros que permitam segurança e rapidez.
- Segurança – capacidade de manter o material sob cuidados contra danos físicos, furtos e roubos.
- Conservação – capacidade de manter assegurada as características dos produtos durante o período de estocagem.
- Controle de Estoque – monitoramento da movimentação física dos produtos (entrada, saída e estoque).
- Entrega – entrega de acordo com as necessidades do solicitante, garantindo condições de transporte, e rastreabilidade do produto.

Diretrizes para o armazenamento

- Estabelecer condições de segurança adequada para o armazenamento de produtos inflamáveis;
- Descrever procedimentos (rotinas) quanto à estocagem/armazenamento e distribuição de produtos;
- Armazenar os produtos em prateleiras e afastados do piso e da parede;
- Segregar medicamentos com o prazo de validade vencido ou outra irregularidade – manter na área de quarentena aguardando destinação final;
- Identificar medicamentos com validade próxima ao vencimento – utilizar a metodologia primeiro que vence, primeiro que sai: PVPS;
- Manter termômetro nas áreas de estocagem, geladeiras e câmaras frias, e manter registros diários em mapas de controle, com registro mensal consolidado, relatório com gráficos e intervenções de correção;
- Ordenar os produtos para permitir fácil identificação.

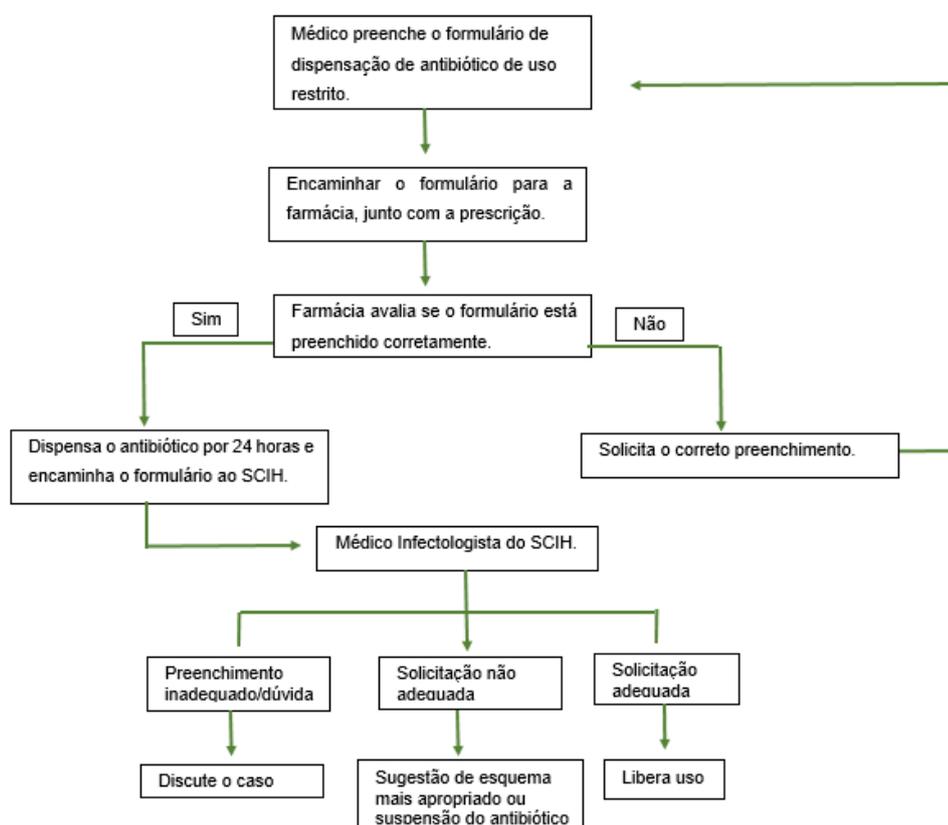
O armazenamento dos medicamentos será em local climatizado e adequado, conforme Normas da Vigilância Sanitária Local. Será realizada leitura diária, em 02 momentos, do termo higrômetro.

Estarão dispostos em prateleiras ou pallets sendo que as prateleiras estarão protegidas da luz.

Medicamentos com controle especial terão uma área reservada para armazenamento, devendo atender as exigências da legislação sanitária específica e atualizações. As entradas e saídas destes medicamentos deverão ser registradas em formulário próprio sob controle e responsabilidade do farmacêutico. Será realizado controle diário, por amostragem, do estoque.

Medicamentos termolábeis devem ser armazenados em geladeiras ou câmaras frias, apropriados para conservação a frio de acordo com a temperatura recomendada pelo fabricante. O atendimento à demanda destes medicamentos deve ser programado, e com transporte adequado, visando diminuir as variações de temperatura.

Antibióticos de uso controlado será dispensado conforme rotina e fluxo a seguir.



Controle de Estoque

Tem por objetivo manter informações confiáveis sobre níveis de movimentação física e financeira de estoques necessários para atendimento da demanda, evitando assim a superposição de estoque ou desabastecimento do sistema.

O controle de estoque é fundamental para a garantia da qualidade do ciclo logístico da Assistência Farmacêutica:

- Subsidiar as atividades da Assistência Farmacêutica na programação, aquisição e distribuição;
- Passar informações precisas ao setor de suprimentos a fim de garantir a regularidade do abastecimento;
- Ter procedimentos operacionais de rotinas impressos e implantados;
- Manter registro da movimentação de estoque e manter o controle de arquivo dos dados organizados e visualizados.

Ferramentas para previsão de estoque

Para manter um dimensionamento correto dos estoques, com regularidade no abastecimento, será utilizado:

- Consumo médio mensal – soma do consumo de medicamentos de determinado período de tempo dividido pelo número de meses da sua utilização;
- Solicitação de medicamentos será realizada pela Curva ABC sendo que medicamentos da curva A poderão ser solicitados para 60 dias e curva B e C serão solicitados para 30 dias;
- Estoque mínimo – quantidade mínima a ser mantida em estoque para atender em determinado período de tempo de reposição de cada produto;
- Estoque máximo – quantidade máxima que deverá ser mantida em estoque, que corresponde ao estoque de reserva;
- Tempo de reposição – tempo decorrido entre a solicitação de compra e a entrega do produto, considerando a disponibilidade para a dispensação do medicamento.

Solicitações para reposição do estoque serão realizadas quando o quantitativo atual atingir o ponto de requisição, que indica a necessidade de ressuprimento.

Distribuição

A distribuição deverá suprir as necessidades seguindo cronograma de reposição evitando atrasos e desabastecimentos:

- Será estabelecido e divulgado o fluxo de cronograma da distribuição;
- Distribuição em quantidade corretas com qualidade;
- Transporte adequado;
- Controle da distribuição e manter a situação físico-financeira atualizada de forma eficiente;
- A periodicidade da distribuição deve considerar a capacidade e condições de armazenamento das unidades, bem como seu potencial de consumo;
- A distribuição deverá obedecer à regra do primeiro que vence é o primeiro que sai – sistema PVPS.

Rastreabilidade

Com o intuito de garantir segurança para o controle destes medicamentos será implantado sistema de distribuição dos medicamentos na unidade permitindo rastrear todos os medicamentos e materiais utilizados.

Os medicamentos serão separados e colocados em “fita” por período, a saber: manhã, tarde e noite. Estes serão distribuídos no início do plantão, em cada unidade. Os medicamentos não utilizados devem ser devolvidos à farmácia. Esta conferência deve ser realizada pelo farmacêutico. Este processo, uma vez implantado, além da garantia de rastreabilidade há ganhos de segurança no que tange ao controle de estoque, agilidade da operação e desenvolvimento de relatórios de gestão de medicamentos.

- a) Sistema de distribuição de medicamentos por dose unitária

(Fonte: FERREIRA, 2008)

Conceito:

“É uma quantidade ordenada de medicamentos com forma e dosagens prontas para serem ministradas ao paciente de acordo com a prescrição médica, num certo período de tempo”. (Garrinson, 1979)

Objetivos:

- ✓ Dispensar o medicamento certo, ao paciente certo, na hora certa
- ✓ Fidelidade das doses (rotina de checagem das prescrições médicas);
- ✓ Interações medicamentosas, reações adversas e outras causas podem ser verificadas;
Acondicionamento dos fármacos pode ser estudado considerando-se o tipo de acondicionamento ao qual estão submetidos na "dose unitária";
- ✓ Proporcionar a administração hospitalar um sistema de distribuição de medicamentos que seja financeiramente viável;
- ✓ Oferecer recursos ao Farmacêutico para melhor integrar-se a equipe de saúde.

Rotina Operacional:

- ✓ A rotina operacional é cíclica e, portanto, deve ser vista como um processo dinâmico. Cada passo tem sua importância não devendo haver atropelos, sob pena de interromper o processo em qualquer fase que se encontre.

Médico: Prescreve na folha de prescrição médica (duas vias) ou realiza a prescrição em prontuário eletrônico.

Técnico em Farmácia prepara:

- ✓ Doses unitárias.
- ✓ "Bandejas" contendo os medicamentos a serem repostos nos armários com medicamentos de urgência (de acordo com as receitas).
- ✓ As etiquetas das doses unitárias e revisa as receitas rubricando-as (para identificar quem preparou e/ou aviou as doses e receitas, respectivamente).

Farmacêutico:

- ✓ Verifica se as doses unitárias preparadas estão de acordo com as segundas vias das prescrições médicas.
- ✓ Faz ou supervisiona o controle de estoque e registra as receitas de psicotrópicos ou entorpecentes, de acordo com a legislação vigente.
- ✓ Analisa o perfil farmacoterapêutico do paciente.
- ✓ Efetua ou supervisiona a reposição dos medicamentos utilizados nas urgências.

Os tipos de sistema distribuição por dose unitária serão escolhidos e adaptados à realidade do Hospital, a saber:

- Centralizado.
- Descentralizado.
- Combinação dos dois tipos.

A) Sistema Centralizado:

As doses são preparadas na Farmácia Central e dali são distribuídas para todo o Hospital. Pelo fato da centralização, o controle de estoque e a supervisão da preparação das doses, pelo Farmacêutico, ficam mais contundentes.

B) Sistema Descentralizado:

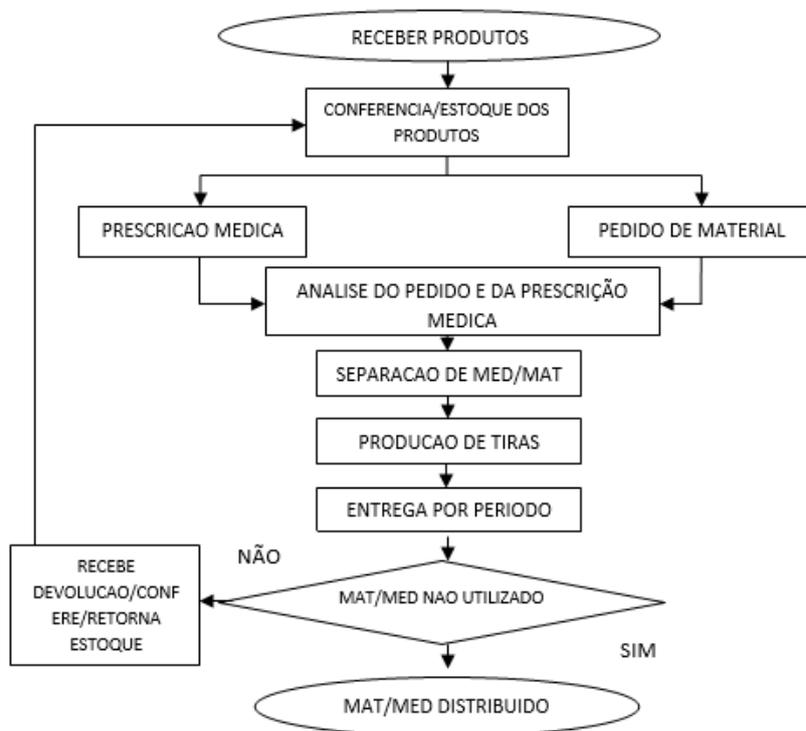
As doses são preparadas nas Farmácias Satélite (descentralizadas) e ao final de cada preparação, os quantitativos do consumo são enviados à Farmácia Central.

C) Sistema Combinado:

Diz-se que o sistema é combinado, quando ao mesmo tempo em que as Farmácias Satélites estão atuando na preparação de doses, a Farmácia Central deixara de operar e vice-versa. Este esquema facilita a adequação aos horários de administração de doses e objetiva uma redução nos recursos humanos, aproveitando da melhor forma possível, o horário de trabalho do pessoal existente no quadro de funcionários da Farmácia.

Para o bom funcionamento do Sistema de Dispensação de Medicamentos por Dose Unitária, é necessária a presença da CFT, descrita neste plano de trabalho.

Fluxo de Recebimento e Armazenamento



Cronograma de Implantação da Dose Unitária

AHBB GESTÃO EM SAÚDE												
CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO												
REVISÃO SEMESTRAL												
Sistema de Distribuição de Medicamentos por Dose Unitária												
Ações	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Oficina de Capacitação												
Conscientização para implantação da dose unitária												
Implementação nas Unidades												
Implementação nas UTI's												
Avaliação do processo												
Revisão do Processo												
Avaliação Interna												

b) Farmácia Clínica

Considerando a Resolução 585 de 2013, será oferecido aos pacientes internados no Hospital Municipal de Cubatão - Dr. Luiz Camargo da Fonseca e Silva, o Serviço de Farmácia Clínica.

O Farmacêutico Clínico participará do planejamento e da avaliação da farmacoterapia, em conjunto com a equipe de referência, 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.

É importante ainda destacar que a Farmácia Clínica representou a introdução da orientação da prática farmacêutica ao paciente. Contudo, alguns conceitos propostos colocavam ainda os medicamentos como elemento principal e somente mencionava o paciente, o que fez com que a atividade de Farmácia Clínica fosse associada tanto às atividades diretamente realizadas com o paciente (clínicas) quanto com atividades realizadas de forma indireta. Esta mescla de atividades diretas e indiretas regidas pelo mesmo termo contribuiu para sua própria descaracterização, enquanto atividade estritamente clínica, contribuindo para as discussões que geraram a proposta um redirecionamento da atividade do farmacêutico clínico através do conceito de Atenção Farmacêutica.

A Farmácia Clínica do Hospital Municipal de Cubatão - Dr. Luiz Camargo da Fonseca e Silva é responsável pela análise das prescrições médicas diariamente, bem como, o monitoramento das interações medicamentosas como forma de orientar a equipe médica, do uso racional de antimicrobianos, dispensação de medicamentos de risco, uso de anticoagulantes e hipoglicemiantes, medicamentos sujeitos a controle especial e Nutrição Parenteral.

Objetivo Geral:

- Garantir a segurança e a eficácia no tratamento paciente;
- Critérios para acompanhamento fármaco-terapêutico: todos os pacientes do hospital;
- Critérios para orientação de alta: pacientes em uso de hipoglicemiantes, anticoagulantes e cardiotônicos.

O Manual de assistência farmacêutica, assim como os procedimentos descritos para este processo, encontra-se e3.3m Anexo I – Material Técnico.

3.3.2. Prontuário Eletrônico

O prontuário eletrônico do paciente é “um registro eletrônico que reside em um sistema especificamente projetado para apoiar os usuários fornecendo acesso a um completo conjunto de dados corretos, alertas, sistemas de apoio à decisão e outros recursos, como *links* para bases de conhecimento médico”.

A utilização do prontuário eletrônico prevê a implantação da prescrição eletrônica onde o médico diariamente avalia e prescreve para seu paciente e automaticamente a farmácia dispensa os medicamentos e materiais necessários para a enfermagem administrar.

Finalidades do Prontuário Eletrônico:

- ✓ Acesso remoto e simultâneo: vários profissionais podem acessar um mesmo prontuário simultaneamente e de forma remota;
- ✓ Legibilidade: registros feitos à mão são difíceis de ler, na maioria das vezes. Os dados na tela ou mesmo impressos são muito mais fáceis de ler;
- ✓ Segurança de dados: sistema bem projetado com recursos de *backup* seguros e planos de desastres, garantindo melhor e de forma mais confiável que os dados não vão sofrer danos e perdas;
- ✓ Confidencialidade dos dados do paciente: o acesso ao prontuário pode ser dado por níveis de direitos dos usuários e este acesso ser monitorado continuamente. Auditorias podem ser feitas para identificar acessos não autorizados;
- ✓ Flexibilidade de *layout*: o usuário pode usufruir de formas diferentes de apresentação dos dados, visualizando em ordem cronológica crescentes ou não, orientado ao problema e orientado à fonte;
- ✓ Integração com outros sistemas de informação: uma vez em formato eletrônico, os dados do paciente podem ser integrados a outros sistemas de informação e bases de conhecimento, sendo armazenados localmente ou à distância;

- ✓ Captura automática de dados: dados fisiológicos podem ser automaticamente capturados dos monitores, equipamentos de imagens e resultados laboratoriais, evitando erros de transcrição;
- ✓ Processamento contínuo dos dados: os dados devem ser estruturados de forma não ambígua; os programas podem verificar continuamente consistência e erros de dados, emitindo alertas e avisos aos profissionais;
- ✓ Assistência à pesquisa: o dado estruturado pode facilitar os estudos epidemiológicos. Os dados em texto-livre podem ser estudados por meio de uso de palavras-chave;
- ✓ Saídas de dados diferentes: o dado processado pode ser apresentado ao usuário em diferentes formatos: voz, imagem, gráfico, impresso, e-mail, alarmes e outros;
- ✓ Relatórios: os dados podem ser impressos de diversas fontes e em diferentes formatos, de acordo com o objetivo de apresentação – gráficos, listas, tabelas, imagens isoladas, imagens sobrepostas, etc;
- ✓ Dados atualizados: por ser integrado possui dados atualizados – um dado que entra no sistema em um ponto, automaticamente atualiza e compartilha a informação nos outros pontos do sistema;

Prontuário Eletrônico

O prontuário eletrônico do paciente é “um registro eletrônico que reside em um sistema especificamente projetado para apoiar os usuários fornecendo acesso a um completo conjunto de dados corretos, alertas, sistemas de apoio à decisão e outros recursos, como *links* para bases de conhecimento médico”.

A utilização do prontuário eletrônico prevê a implantação da prescrição eletrônica onde o médico diariamente avalia e prescreve para seu paciente e automaticamente a farmácia dispensa os medicamentos e materiais necessários para a enfermagem ministrar.

Nota: será adquirido software de gestão administrativa e assistencial hospitalar com efetividade no mercado.

Finalidades do Prontuário Eletrônico:

- ✓ Acesso remoto e simultâneo: vários profissionais podem acessar um mesmo prontuário simultaneamente e de forma remota;
- ✓ Legibilidade: registros feitos à mão são difíceis de ler, na maioria das vezes. Os dados na tela ou mesmo impressos são muito mais fáceis de ler;
- ✓ Segurança de dados: sistema bem projetado com recursos de *backup* seguros e planos de desastres, garantindo melhor e de forma mais confiável que os dados não vão sofrer danos e perdas;
- ✓ Confidencialidade dos dados do paciente: o acesso ao prontuário pode ser dado por níveis de direitos dos usuários e este acesso ser monitorado continuamente. Auditorias podem ser feitas para identificar acessos não autorizados;
- ✓ Flexibilidade de *layout*: o usuário pode usufruir de formas diferentes de apresentação dos dados, visualizando em ordem cronológica crescentes ou não, orientado ao problema e orientado à fonte;
- ✓ Integração com outros sistemas de informação: uma vez em formato eletrônico, os dados do paciente podem ser integrados a outros sistemas de informação e bases de conhecimento, sendo armazenados localmente ou à distância;
- ✓ Captura automática de dados: dados fisiológicos podem ser automaticamente capturados dos monitores, equipamentos de imagens e resultados laboratoriais, evitando erros de transcrição;
- ✓ Processamento contínuo dos dados: os dados devem ser estruturados de forma não ambígua; os programas podem verificar continuamente consistência e erros de dados, emitindo alertas e avisos aos profissionais;
- ✓ Assistência à pesquisa: o dado estruturado pode facilitar os estudos epidemiológicos. Os dados em texto-livre podem ser estudados por meio de uso de palavras-chave;

- ✓ Saídas de dados diferentes: o dado processado pode ser apresentado ao usuário em diferentes formatos: voz, imagem, gráfico, impresso, e-mail, alarmes e outros;
- ✓ Relatórios: os dados podem ser impressos de diversas fontes e em diferentes formatos, de acordo com o objetivo de apresentação – gráficos, listas, tabelas, imagens isoladas, imagens sobrepostas, etc;
- ✓ Dados atualizados: por ser integrado possui dados atualizados – um dado que entra no sistema em um ponto, automaticamente atualiza e compartilha a informação nos outros pontos do sistema;

3.3.3. Implantação de Logística de Suprimentos

Cadastramento de fornecedores

O cadastramento de um novo fornecedor e/ou prestador de serviço ocorrerá tão somente após a verificação de todos os documentos legais e diplomas técnicos relacionados abaixo:

- ✓ Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) – obrigatório;
- ✓ Inscrição Estadual;
- ✓ Contrato social com as alterações ou Estatuto (se houver);
- ✓ Alvará de funcionamento – obrigatória;
- ✓ Licença Sanitária emitida pela Vigilância Sanitária (renovação anual) – obrigatória;
- ✓ Licença de Funcionamento emitida pela Polícia Federal (renovação anual) – obrigatória.

Fornecedores de medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos

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

- ✓ Cópia autenticada do registro da empresa no Ministério da Saúde, publicada no Diário Oficial da União – obrigatória para fabricante;
- ✓ Certificado de Responsabilidade Técnica do responsável técnico da empresa emitido pelo Conselho Regional de Classe – obrigatório para fabricante;

- ✓ Certificado de Boas Práticas de Fabricação por Área de Produção e Controle de Produtos para Saúde, expedido pela ANVISA (renovação anual) – obrigatório para fabricante;
- ✓ Certificado de Boas Práticas de Distribuição e Armazenamento de Produtos para Saúde, expedido pela ANVISA (renovação anual) – desejável para fabricante;
- ✓ Cópia autenticada da autorização especial para comercialização de medicamentos da Portaria 344/98 SVS-MS – obrigatória para fabricante e distribuidor.

Fornecedores de equipamentos médico-hospitalares

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

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

Disposições Gerais:

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

Tal procedimento visa qualificar os fornecedores com relacionamento comercial direto com o Hospital Municipal de Cubatão - Dr. Luiz Camargo da Fonseca e Silva.

Além das observações acima citadas, a seguir estão descritas outras orientações para o cadastramento:

- No caso de fornecimento de produtos isentos de registro no Ministério da Saúde, é necessária uma cópia do documento de isenção;
- Em casos de registros provisórios, é preciso documento que comprove a renovação de registro quando expirar a data, ou a apresentação do registro definitivo;
- Todos os documentos ficarão arquivados no Setor de compras, pelo período máximo de 01 ano.

O Hospital Municipal de Cubatão - Dr. Luiz Camargo da Fonseca e Silva dará preferência àqueles fornecedores que possuírem o Certificado de Boas Práticas de Fabricação.

a) Homologação do fornecedor e/ou prestador de serviço

O fornecedor e/ou prestador de serviço, estará devidamente cadastrado e qualificado tão somente após apresentar todos os documentos ora já citados no capítulo anterior, bem como preencher e entregar a “Ficha de Cadastramento”. Este formulário será fornecido pelo Setor de Compras do Hospital Municipal de Cubatão - Dr. Luiz Camargo da Fonseca e Silva.

Para fins de informação da qualificação e credenciamento de qualquer fornecedor, o Setor de Compras do Hospital Municipal de Cubatão - Dr. Luiz Camargo da Fonseca e Silva irá solicitar a confirmação da Central de Compras via e-mail.

Para ser considerado homologado o fornecedor deverá:

- Estar com toda documentação completa e atualizada, de acordo com o objeto a ser fornecido;
- Os fornecedores não aprovados poderão passar por um novo processo de qualificação, desde que demonstrem as alterações e correções necessárias nos documentos não aceitos na avaliação anterior.

Cumprimento das normas e portarias da ANVISA

Os fornecedores deverão respeitar as diretrizes estabelecidas pela ANVISA na produção, armazenamento e transporte de medicamentos, soluções parenterais,

insumos farmacêuticos, equipamentos médico-hospitalares, materiais de uso hospitalar e alimentos.

Recebimento de mercadoria

Os produtos somente serão recebidos se acompanhados da nota fiscal, a qual deve ser entregue em no mínimo duas vias, corretamente preenchida e sem rasuras. Caso haja alguma não conformidade, o fornecedor deverá providenciar uma carta de correção da nota fiscal em até 24 horas após a notificação da não conformidade.

A nota fiscal numerada deve conter obrigatoriamente: Razão Social em nome da Entidade, Endereço, CNPJ, Inscrição Estadual, número do pedido, data da emissão e data da entrega, descrição dos produtos, lote, data de validade, valor unitário e total dos produtos, valor total da nota e valor dos Impostos (ICMS, IPI), data vencimento da nota, boleto bancário ou dados bancários para depósito em conta.

A quantidade, valor unitário e total devem estar em conformidade com a quantidade, valor unitário e total indicada na nota fiscal e no pedido de compra e/ou contrato.

Os produtos devem ser entregues de acordo com os prazos estabelecidos no pedido de compra ou acordo de fornecimento. O não cumprimento dessas normas irá gerar uma notificação de não conformidade ao fornecedor e será avaliado dentro dos critérios de pontuação das entregas.

Armazenamento de produtos nas farmácias

Para produtos que não necessitam de armazenamento especial:

- Verificar os itens a serem repostos;
- Colocar nas gavetas ou *bins* os itens de reposição;
- Respeitar nesta reposição o critério PVPS (Primeiro a Vencer, Primeiro a Sair);
- Colocar em sacolas separadas os lotes diferentes;
- Disponibilizar para a dispensação lote a lote, respeitando o critério PVPS.

Multidoses:

- Verificar os itens a serem repostos;

- Afixar etiqueta de validade no frasco/tubo do produto;
- Devolver cada frasco/tubo para sua caixa de origem;
- Colocar nas gavetas ou *bins* os itens de reposição;
- Respeitar nesta reposição o critério PVPS (Primeiro a Vencer, Primeiro a Sair);
- Colocar em sacolas separadas os lotes diferentes;
- Disponibilizar para a dispensação lote a lote, respeitando o critério PVPS.

Medicamentos termolábeis:

- Verificar os itens a serem repostos;
- Etiquetar medicamentos com MED. GELADEIRA;
- Colocar na prateleira central da geladeira de armazenamento exclusivo de medicamentos;
- Respeitar nesta reposição o critério PVPS (Primeiro a Vencer, Primeiro a Sair);
- Disponibilizar para a dispensação lote a lote, respeitando o critério PVPS.

Medicamentos sujeitos a controles especiais (Portaria 344/98 e atualizações):

- Verificar os itens a serem repostos;
- Etiquetar medicamentos com etiqueta padronizada de MED. PORTARIA 344 de 1998 e atualizações;
- Colocar nos *bins* do armário com chaves os itens de reposição;
- Respeitar nesta reposição o critério PVPS (Primeiro a Vencer, Primeiro a Sair);
- Colocar em sacolas separadas os lotes diferentes;
- Fechar o armário;
- Disponibilizar para a dispensação lote a lote, respeitando o critério PVPS.

Distribuição de material e medicamento nas Unidades Assistenciais

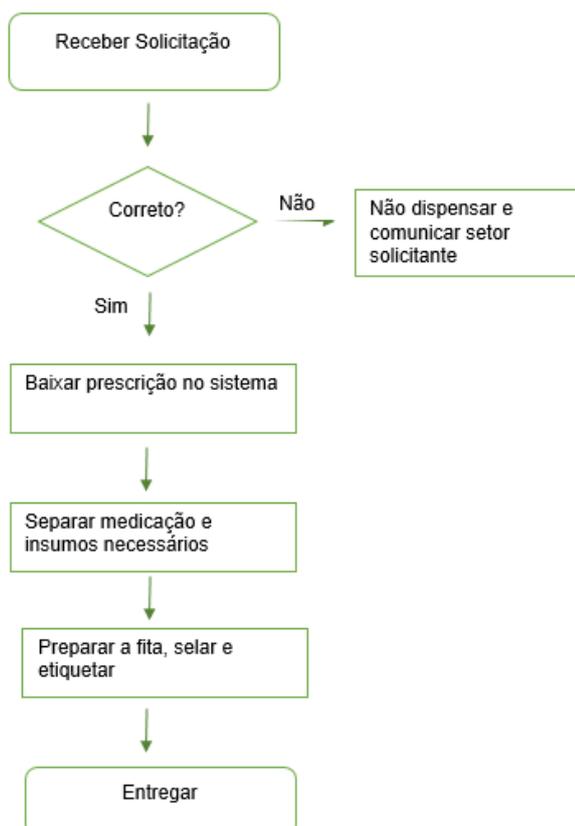
A distribuição de material e medicamentos nas unidades de internação será realizada em horários pré-definidos: manhã, tarde e noite, e para o período. Os

medicamentos e correlatos serão acondicionados em fitas, seladas, contendo etiqueta com os dados do paciente.

Fluxo de distribuição e armazenamento:

- Farmácia: recebe a prescrição médica do setor e confere as informações: dados do paciente, data, medicamentos prescritos, aprazamento, carimbo e assinatura.
- Farmácia: separa medicamentos e insumos por horário e período, coloca na fita, sela e etiqueta.
- Farmácia: Farmacêutico confere com a prescrição.
- Farmácia: distribui nas unidades assistenciais.
- Enfermagem: confere a fita de medicamentos com a prescrição médica, junto com o colaborador da farmácia.
- Enfermagem: acondiciona a fita na gaveta do paciente.

Fluxo para dispensação de medicação e insumos pela farmácia:



Os horários padronizados para aprazamento da prescrição médica, estão apresentados na tabela a seguir:

Quadro 9 – Horários padronizados para aprazamento da prescrição médica

Prescrição	Horários
12/12 horas	22:00 e 10:00 horas.
8/8 horas	08:00, 24:00 e 16:00 horas.
4/4 horas	14:00, 18:00, 22:00, 02:00, 06:00 e 10:00 horas.
2/2 horas	14:00, 16:00, 18:00, 20:00, 22:00, 24:00, 02:00, 04:00, 06:00, 08:00, 10:00 e 12:00 horas.
1 vez ao dia	16:00 horas.
Após o almoço	13:00 horas
Após o jantar	20:00 horas
Antes do almoço	12:00 horas
Antes do jantar	19:00 horas
À noite	22:00 horas
Em jejum	06:00 horas

Os documentos referentes ao processo da farmácia e logística de suprimentos, bem como o Manual de Compras segue em Anexo I – Material Técnico.

3.3.4. Organização do Serviço de Nutrição e Dietética

Área responsável pelo planejamento, controle, organização, supervisão e preparação de toda produção e a distribuição dos alimentos consumidos no Hospital Municipal de Cubatão. Elaborando cardápio mensal com quatro semanas entre as diferentes modalidades de dietas necessárias.

A AHBB fornecerá dietas especiais, lanches específicos, manipulação de dietas enterais, através de postos de serviço, destinadas a pacientes (adultos e infantis) e acompanhantes legalmente instituídos (Lei Federal nº 8.069 de 13/07/90, art. 12 e Lei Federal n.º 10.741, de 01/10/03), assegurando uma alimentação balanceada, conforme PNAN – Programa Nacional de Alimentação e Nutrição -

Ministério da Saúde, com qualidade nutritiva e técnica e em condições higiênicas sanitárias adequadas, englobando a operacionalização e desenvolvimento de todas as atividades de produção e distribuição final, administrativas e de apoio à nutrição clínica e ambulatorial por profissionais de nível superior (Nutricionistas).

A prestação de serviços de nutrição e alimentação realizar-se-a mediante:

- a) Utilização das dependências do Hospital Municipal de Cubatão onde a alimentação será preparada e distribuída para toda a unidade hospitalar e, nos casos previstos no serviço de Urgência e Emergência;
- b) Fornecimento de gêneros e produtos alimentícios, materiais de consumo em geral (utensílios, descartáveis, materiais de higiene e limpeza, entre outros), gás e mão-de-obra especializada, pessoal técnico, operacional e administrativo, em número suficiente para desenvolver todas as atividades previstas, observadas as normas vigentes de Vigilância Sanitária;
- c) Disponibilização, manutenção e higienização adequada dos equipamentos e utensílios utilizados.

Descrição dos Serviços Convencionais

Dietas gerais e dietas especiais, destinadas a pacientes adultas e refeições para acompanhantes:

- a) A prestação de serviços de nutrição e alimentação envolverá todas as etapas do processo de operacionalização e distribuição das refeições, conforme o padrão de alimentação estabelecido, o número de pacientes, acompanhantes, os tipos de dieta e os respectivos horários definidos;
- b) Os serviços consistem na execução de todas as atividades necessárias à obtenção do escopo a ser executado, dentre as quais destacam-se:
 - Programação das atividades de nutrição e alimentação;
 - Elaboração de cardápios diários completos por tipo de dieta;

- Elaboração de cardápios diários completos para pacientes e acompanhantes - prevendo-se substituições, observado a relação de gêneros e produtos alimentícios padronizados com respectivos consumos *per capita* e frequência de utilização;
 - Aquisição de gêneros e produtos alimentícios e materiais de consumo em geral;
 - Armazenamento de gêneros e produtos alimentícios e materiais de consumo;
 - Controle quantitativo e qualitativo dos gêneros alimentícios e materiais de consumo;
 - Pré-preparo, preparo e cocção da alimentação;
 - Porcionamento uniforme das dietas, utilizando-se de equipamentos (como balança) e utensílios apropriados;
 - Utilização de copos, talheres e outros utensílios descartáveis de boa qualidade, evitando acidentes e preservando o conforto dos pacientes;
 - Acondicionamento das refeições em recipientes isotérmicos;
 - Coleta de amostras da alimentação preparada;
 - Transporte interno e distribuição nas copas/leitos;
 - Porcionamento, expedição, transporte e distribuição das refeições aos comensais;
 - Recolhimento dos utensílios utilizados pelos pacientes e resíduos descartados, quando houver, conforme prazo pré-determinado;
 - Higienização e limpeza de todas as dependências utilizadas (inclusive as copas, refeitório e áreas de apoio), dos equipamentos, dos utensílios de cozinha e dos utensílios utilizados pelos pacientes e comensais, sem fluxo cruzado;
 - A fixação, em local visível, do cardápio do dia e o preparo do cardápio de desjejum, almoço e jantar dos comensais.
- c) A alimentação fornecida deverá ser equilibrada e racional e estar em condições higiênico-sanitárias adequadas.

Os serviços deverão estar sob a responsabilidade técnica de nutricionista, com experiência comprovada em Dietoterapia/Nutrição Clínica, cujas funções abrangem o desenvolvimento de todas as atividades técnico-gerenciais, inerentes ao serviço de nutrição e deverão ser prestados nos padrões técnicos recomendados e contar com quadro de pessoal técnico, operacional e administrativo qualificado e em número suficiente.

A operacionalização, porcionamento e distribuição das dietas e refeições dos pacientes e demais comensais deverão ser supervisionados pelo responsável técnico de maneira a observar sua apresentação, aceitação, porcionamento e temperatura para, caso se faça necessário, se executem alterações ou adaptações, visando atendimento adequado e satisfatório, segundo a legislação vigente.

d) Na elaboração dos cardápios deverão ser observados os hábitos alimentares e características dos comensais, possibilitando dessa forma, atendimento adequado;

e) As refeições deverão estar acondicionadas apropriadamente de forma a conservar a temperatura dos alimentos até o seu porcionamento;

f) As amostras da alimentação a ser servida deverão ser separadas diariamente em recipientes esterilizados e mantidos lacrados e sob refrigeração pelo prazo de 72 (setenta e duas) horas, para eventuais análises laboratoriais;

g) Deverá ser efetuado controle bacteriológico/microbiológico da alimentação a ser fornecida mensalmente, ou a qualquer momento em casos de suspeita de toxinfecções alimentares.

Serviços de Alimentação e Nutrição para Acompanhantes

Horários de Distribuição (Abertura/Fechamento do refeitório)

a) Alimentação para Acompanhantes no Refeitório:

Tipo da refeição	Horários da distribuição final
Desjejum	A ser definido
Almoço	A ser definido

Jantar	A ser definido
--------	----------------

b) Alimentação para Acompanhantes na Enfermaria:

Somente nos locais ou situações previamente autorizadas pelo Hospital Municipal de Cubatão - Almoço/Jantar, quando autorizados, porcionados em descartáveis: refeição completa e identificada, respeitando o cardápio, *per capita*, apresentação e temperaturas adequadas com distribuição no mesmo horário dos pacientes.

c) Lactário

O lactário destina-se à preparação de fórmulas infantis e alimentação infantil, principalmente para a execução dos serviços, desde a prescrição dietética, recepção dos gêneros e materiais preparo, porcionamento e envase, armazenamento e distribuição, até o recolhimento e higienização das mamadeiras.

Entre as fórmulas lácteas, destacam-se:

- Fórmulas infantis convencionais: Destinadas a suprir as necessidades nutricionais do lactente nascido a termo, ao longo do 1º ano de vida. São preparadas com leite maternizado, leite em pó modificado ou com leite em pó integral em diluições adequadas (15 a 10%), acrescidas ou não de produtos farináceos, adoçados ou não, de acordo com a prescrição dietética;
- Produtos farináceos: a base de arroz ou milho pré-cozido, amido de milho, farinha láctea, flocos de cereais e outros (na proporção de 2 a 5%);
- Adoçantes: açúcar, glicose, maltodextrina e adoçantes artificiais, de acordo com a prescrição médica ou dietética (na proporção de 3 a 5%);
- Formulas infantis especiais: Manipuladas para melhor adaptação à fisiologia do lactente e suas necessidades específicas;
- Alimentação de prematuros e/ou recém-nascidos de baixo peso;
- Alimentação de lactentes com intolerância a lactose, fórmula infantil isenta de lactose a base de leite de vaca;
- Alimentação de lactentes quando necessário evitar o leite de vaca, fórmula infantil a base de proteína isolada de soja;

- Alimentação de lactentes com diarreia severa, fórmula infantil semi-elementar a base de hidrolisado proteico da proteína láctea ou de soja;
- Enriquecedor de leite humano para recém-nascidos de baixo peso;
- Fórmula elementar com aminoácidos livres e nutricionalmente completa;
- Fórmula infantil para lactentes com regurgitação (fórmula infantil de maior viscosidade);
- Fórmulas lácteas só serão oferecidas ao recém-nascido quando contraindicado o aleitamento materno, e mediante prescrição médica.

A equipe de distribuição deverá ser treinada para:

- Apresentar-se sempre corretamente uniformizada, utilizando máscara, luva e avental;
- Equipar a área com todos os utensílios necessários;
- Verificar a temperatura dos alimentos e do balcão térmico;
- Solicitar o reabastecimento de cada preparação antes do seu término;
- Não tocar os alimentos com as mãos, não falar, tossir ou espirrar sobre os alimentos;
- Deixar os alimentos cobertos sempre que houver um intervalo;
- Manter o balcão sempre limpo.

Áreas da Unidade de Alimentação e Nutrição

Área de Armazenamento em Temperatura Ambiente - Despensa: Área destinada ao armazenamento de alimentos à temperatura ambiente.

Área de Armazenamento da Nutrição Enteral: Área exclusiva para guarda da Nutrição Enteral, com tamanho adequado para as necessidades locais, climatizada e com boa iluminação.

Área de Copa e Lanches: Área exclusiva para o preparo de frutas, desjejuns, lanches, coffee break, ceias e sucos para os pacientes e colaboradores.

Área de Recebimento/Porcionamento das Dietas: local exclusivo para recebimento, conferência e montagem das bandejas térmicas dos pacientes.

Área de Higienização das Bandejas: Área destinada à higienização de bandejas e utensílios dos pacientes. Acesso independente evitando assim o fluxo cruzado.

Área de Distribuição: Área destinada à distribuição das refeições (desjejum, almoço, lanche, jantar e ceia) aos pacientes e lanches/coffee break para reuniões. Saída independente evitando assim fluxo cruzado.

Área do Refeitório: (Distribuição, Lavagem de Louças, Refeitório e Lavagem de Mãos). Área de consumação ou refeitório, local onde os colaboradores, médicos, diretores, terceiros, acompanhantes e visitantes fazem suas refeições.

Sala das Nutricionistas/Técnicas de Nutrição: Área localizada onde fica a Coordenadora, as Nutricionistas e Técnicas de Nutrição. Ambiente climatizado e com iluminação suficiente.

A. Procedimentos (Processos Tecnológicos)

Aquisição da Matéria-Prima

As matérias-primas são adquiridas através dos Suprimentos do Hospital, somente de fornecedores credenciados. Os critérios utilizados no credenciamento são: inscrição junto aos órgãos de fiscalização sanitária, fornecedores idôneos, fazer visitas técnicas para avaliar as condições das instalações e processos de fabricação qualificando ou desqualificando os fornecedores.

Recebimento

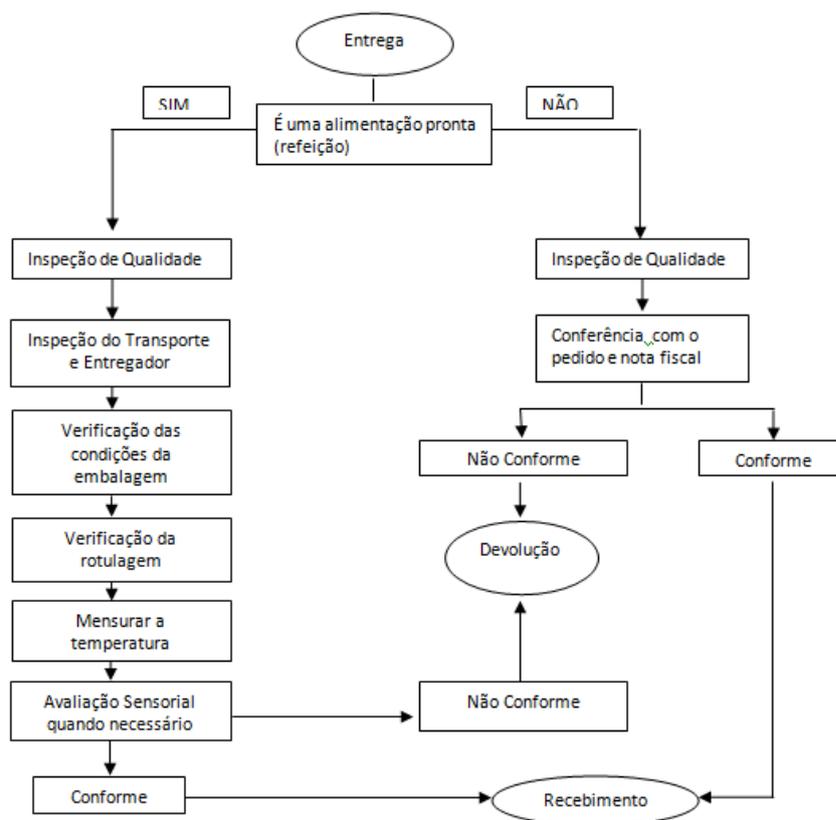
O recebimento de alimentos não preparados é feito pelo almoxarifado juntamente com o serviço de Nutrição. O recebimento de alimentos já preparado é feito pelas Nutricionistas e Técnicas de Nutrição conferindo a refeição e registrando em formulário próprio. No ato do recebimento deve ser conferido o peso das cubas e medido a temperatura, verificando a qualidade e quantidade do produto. O que não estiver em conformidade com os critérios de qualidade abaixo estabelecidos e a quantidade conforme determinado no contrato deve ser informado imediatamente à Nutricionista e a Coordenação, para tomar as medidas necessárias.

Todas as matérias primas destinadas ao preparo das refeições deverão ser

inspecionadas, avaliando a quantidade e qualidade, segundo os critérios pré-definidos para cada produto.

Fluxo de recebimento

Procedimento descrito detalhadamente na Instrução de Trabalho de Recebimento das Refeições.



Observar os itens:

- Data de validade e fabricação;
- Características sensoriais dos produtos (cor, odor, sabor, textura);
- Carimbo do SIF (Selo de Inspeção Federal) em produtos de origem animal;
- Condições das embalagens: limpa, íntegra e seguir as particularidades de cada alimento. Alimentos não devem estar em contato com: papel não adequado (reciclado, jornais, revistas e similares), papelão ou plástico reciclado;
- Apresentação do entregador: deve estar com uniforme adequado e limpo, avental, sapato fechado, proteção para cabelo ou mãos (rede, gorro ou luvas)

quando necessário;

- Rótulos: deve estar íntegro e constar nome e composição do produto, lote, data de fabricação e validade, número de registro no órgão oficial, CGC, endereço do fabricante e distribuidor, condições de armazenamento e quantidade (peso);
- Certificado de vistoria do veículo de transporte;

Além disso:

- Medir e registrar a temperatura dos produtos no ato do recebimento;
- Registrar ocorrências com o fornecimento do produto em impresso apropriado.

Condições do Carro de Transporte: o veículo deve ser inspecionado pelo responsável no ato do recebimento, observando os aspectos de higiene, presença de insetos e/ou roedores (através de vestígios: pelos, fezes) e temperatura utilizada no transporte (quando for o caso). E, quando se constatar alguma anormalidade, notificar o fornecedor e devolver a mercadoria no ato, comunicando imediatamente ao Nutricionista.

Cuidados no Descarregamento:

- Evitar que as mercadorias caiam no chão;
- Não arrastar as embalagens;
- Retirar as mercadorias da embalagem mais grosseira como caixas de papelão ou madeira acondicionando-as em monoblocos fechados;
- Armazenar imediatamente em local adequado;
- Recebimento de mercadorias resfriadas: a temperatura deve ser monitorada, não devendo ultrapassar os limites estabelecidos.

Temperatura de recebimento de gêneros perecíveis *in natura*:

Tipo de produto	Temperatura	Tolerância
Carnes e alimentos refrigerados	Até 6° C	Máximo 7° C
Laticínios e embutidos	Entre 6° a 8° C ou conforme orientação do fabricante	Máximo 10° C

Congelados	-18° C	Máximo -21° C
Sucos resfriados	Entre 6° e 10° c ou conforme orientação do fabricante	Máximo 10° C
Massas resfriadas	Entre 6° a 10° C ou conforme orientação do fabricante	Máximo 10° C

Obs.: Produtos congelados: o congelamento deve ser uniforme tanto interno como externo.

- Frangos e peixes devem ser congelados.

Quantidade e Especificação

Conferir no momento do recebimento, antes de assinar a Nota Fiscal, se o peso e a quantidade recebida estão corretos. Verificar se a mercadoria especificada na Nota é realmente aquela que está sendo entregue, e se está de acordo com a ordem de compra.

Controle e Degustação Sensorial: todo produto durante e após a sua elaboração deverá ser experimentado pelas Técnicas de Nutrição e/ou Nutricionista.

Armazenamento pós manipulação

- Todos os alimentos que foram descongelados para serem manipulados, não devem ser recongelados crus;
- Todos os alimentos pré-preparados ou prontos mantidos em armazenamento devem ser devidamente identificados por etiquetas;
- Alimentos prontos congelados que foram descongelados não devem ser recongelados;
- Alimentos crus semi-prontos preparados com carne descongelados podem ser congelados desde que sejam utilizados diretamente na cocção, atingindo 74° C no centro geométrico;
- Alimentos que foram retirados da embalagem original, manipulados e armazenados crus sob refrigeração, devem ser devidamente identificados por etiquetas, respeitando os critérios de uso;
- Alimentos industrializados que não tenham sido utilizados totalmente, e que necessitem serem retirados da embalagem original, devem ser retirados da

embalagem original, colocados em embalagens adequadas e identificadas por etiquetas, respeitando os critérios de uso;

- Peças grandes devem ser divididas para obter-se um cozimento uniforme;
- Todas as peças de carne devem estar completamente submersas em água, para não ficarem parcialmente cruas;
- Após a cocção, na adição de molhos, as preparações devem estar com temperatura maior ou igual a 75° C, portanto o reaquecimento é obrigatório.

Observações Gerais sobre Armazenamento

- Manter as portas das geladeiras sempre fechadas. Abrir o menor número de vezes possível;
- Manter os alimentos cobertos com plásticos transparentes;
- Acondicionar os alimentos em pequenos lotes, garantindo a circulação de ar frio;
- Atentar para a contaminação cruzada na câmara frigorífica ou geladeira evitando alimentos crus x cozidos, produtos de origem animal x produtos de origem vegetal;
- Não utilizar caixas de madeira ou papelão para armazenar nenhum produto sob refrigeração;
- Produtos retirados da embalagem original devem ter seus rótulos recortados e embalados em saco plástico transparente e afixados (preso ou amarrados) na nova embalagem;
- Armazenar os diferentes grupos de produtos separadamente, conforme suas características para evitar transferência de odores;
- Armazenar, sob refrigeração, os gêneros crus separados dos gêneros prontos para consumo evitando a contaminação cruzada;
- Critérios para armazenamento de diferentes alimentos no mesmo equipamento (refrigerador/congelador): Alimentos prontos para consumo nas prateleiras superiores; Alimentos semiprontos e/ou pré-preparados nas prateleiras do meio;

Alimentos crus nas prateleiras inferiores;

- Todos os produtos devem estar adequadamente identificados e protegidos contra contaminação;
- É proibida a entrada de caixas de madeira dentro da área de armazenamento e manipulação;
- Caixas de papelão não devem permanecer nos locais de armazenamento sob refrigeração ou congelamento a menos que haja um local exclusivo para produtos contidos nestas embalagens;
- Alimentos ou recipientes com alimentos não devem estar em contato com o piso, e sim apoiados sobre estrados ou prateleiras das estantes. Respeitar o espaçamento mínimo necessário que garanta a circulação de ar (10 cm);
- Produtos destinados à devolução devem ser identificados por fornecedor e colocados em locais apropriados separados da área de armazenamento e manipulação;
- Não acondicionar gêneros alimentícios em sacos plásticos reciclados (preto, azul, cinza, leitoso, etc.), pois os mesmos possuem substâncias tóxicas;
- Não permitir a permanência de gêneros que estejam impróprios para consumo ou cujo prazo de validade esteja vencido;
- Importante: Não deve haver produtos em geladeiras ou freezer sem rotulagem/identificação. Todos os produtos devem estar devidamente embalados/cobertos com plástico transparente.

Controle de Validade e Identificação do Estoque

Para facilitar o controle de validade os produtos podem ser identificados com fichas/cartões coloridos, da seguinte forma:

- **Vermelho** - Produto com validade inferior a 60 dias;
- **Amarelo** - Produto com validade de 61 a 90 dias;
- **Verde** - Produto com validade superior a 91 dias;

A ficha/cartão deve ser colocada na frente ou sobre o produto de acordo com o lote e de forma que seja fácil a visualização. Essa ficha deve ser colocada dentro de saco plástico ou plastificada, a fim de protegê-la de danos e sujidades.

Critério para Distribuição

Etapa onde os alimentos estão expostos para o consumo imediato, porém sob controle de tempo e temperatura para não correr multiplicação microbiana e protegidos de novas contaminações, devendo serem seguidas as seguintes condutas e critérios para distribuição de alimentos quentes e frios;

Alimentos quentes:

- Podem ficar na distribuição ou esperar a 65° C ou mais por no máximo 12h ou a 60° C por no máximo 6h ou abaixo do 60° C por 3h;
- Os alimentos que ultrapassarem os prazos estipulados devem ser desprezados.

Alimentos frios:

Alimentos frios potencialmente perigosos que favorecem uma rápida multiplicação microbiana:

- Devem ser distribuídos no máximo a 10° C por até 4 horas;
- Quando a temperatura estiver entre 10° C e 21° C, só podem permanecer na distribuição por 2 horas;
- Alimentos frios que ultrapassarem os critérios de tempo e temperatura estabelecidos devem ser desprezados;

Observações:

- Procurar diminuir ao máximo o tempo de espera entre a preparação e a distribuição;
- Conservar as cubas tampadas quando houver alguma interrupção na fila bem como no transporte para o reabastecimento;
- Alimentos colocados no balcão térmico e não distribuídos não devem ser

reaproveitados;

- Molhos não utilizados não devem ser reaproveitados, em função do tempo de exposição a temperatura ambiente;
- Recipientes utilizados na distribuição não devem ser reutilizados sem higienização;
- Retirar os alimentos do balcão térmico tão logo termine a distribuição;
- Secar bandejas, ou utensílios com panos descartáveis limpos (tipo perfex);
- A Nutricionista e a Técnica de Nutrição, durante as refeições, devem estar atentas a aparência e ao comportamento do colaborador, a maneira como estão sendo servidas e porcionadas as refeições, corrigindo as falhas, se necessário.

A equipe de distribuição deverá ser treinada para:

- Apresentar-se sempre corretamente uniformizada, utilizando máscara, luva e avental;
- Equipar a área com todos os utensílios necessários
- Verificar a temperatura dos alimentos e do balcão térmico;
- Solicitar o reabastecimento de cada preparação antes do seu término;
- Não tocar os alimentos com as mãos, não falar, tossir ou espirrar sobre os alimentos;
- Deixar os alimentos cobertos sempre que houver um intervalo;
- Manter o balcão sempre limpo.

Armazenagem

Sobras são alimentos prontos que não foram distribuídos ou que ficaram no balcão térmico ou refrigerado. Somente podem ser utilizadas sobras que tenham sido monitoradas permanecendo na temperatura ideal até o tempo permitido. Alimentos prontos que foram servidos não devem ser reaproveitados, serão pesados e descartados. Controle de Sobra Limpa:

1º Passo: Pegar o formulário de registro de controle de sobras limpas na pasta de formulários gerais;

2º Passo: Verificar se a balança está nivelada, caso não esteja, nivelar a mesma;

3º Passo: Colocar uma cuba por vez sobre a balança;

4º Passo: Medir o peso;

5º Passo: Anotar o peso aferido pela balança, no formulário, no campo de acordo com a identificação da preparação contida na cuba.

Descarte de Sobra Limpa:

1º Passo: Retirar o avental antes de iniciar o descarte;

2º Passo: Descartar todas as sobras limpas, após o término das refeições (Almoço e/ou Jantar);

3º Passo: Descartar a sobra limpa em sacos de lixo apropriados para matéria orgânica (cor marrom). Utilizar dois sacos de lixo juntos para ficar mais reforçado;

4º Passo: Fracionar o descarte em vários sacos de lixo, contendo cada um no máximo 25 Kg;

5º Passo: Fechar o saco de lixo e etiquetar identificando o tipo de sobra (limpa), a data, hora e o colaborador responsável;

6º Passo: Acondicionar os sacos de lixo na lixeira correta identificada como “Lixo Orgânico”, utilizando o pedal da lixeira. Ter o cuidado para não tocar na lixeira, nem em lixo contaminado;

7º Passo: Higienizar as mãos conforme manual do SCIH.

Limpeza e Sanitização

Cronograma de limpeza de ambientes, superfícies e equipamento:

A limpeza do piso, parede, portas, bebedouros, lixeiras e estrados são de responsabilidade da Hotelaria e realizado pelas colaboradoras da Hotelaria.

O POP para este serviço será descrito, após assunção da unidade.

Higiene ambiental

- Realizada pelos colaboradores da higienização;
- Remover o lixo diariamente, quantas vezes necessário, em recipientes apropriados, devidamente tampados e ensacados, tomando-se medidas eficientes para evitar a penetração de insetos, roedores ou outros animais;

Funcionamento do Serviço

O Serviço de Nutrição e Dietética funcionará todos os dias da semana do horário de 6 da manhã às 23 horas, que pode ser alterado de acordo com as rotinas implantadas.

O Horário de Refeições para acompanhantes e funcionários será diferente, e a ser definido.

3.3.5. Central de Material e Esterilização

A Central de Material e Esterilização - CME é uma unidade de apoio técnico dentro do estabelecimento de saúde destinada a receber material cirúrgico considerado sujo e contaminado, descontaminá-los, prepará-los e esterilizá-los, bem como preparar e esterilizar as roupas cirúrgicas limpas oriundas da lavanderia e armazenar esses artigos para futura distribuição.

Finalidades

- Preparar, esterilizar e distribuir todo o material do Hospital que requeira esse procedimento;
- Manter os equipamentos de preparo e esterilização em perfeita ordem;
- Aplicar os testes de esterilização em cada lote;
- Interagir com o Centro Cirúrgico para a preparação do instrumental necessário à realização das cirurgias do dia e das emergências;
- Levantar mensalmente estatística do serviço realizado;
- Controlar diariamente o arsenal para que não se perca nenhum instrumental.

Fases do processo

1. Recebimento

- Etapa Inspeção:
 - Os Produtos são recebidos, juntamente com as Ordens de Serviço (impressa ou informatizada, conforme rotina instituída) discriminando nome do cliente, nome dos materiais, quantidades e assinatura;
 - Os materiais são inspecionados através do auxílio de lupas de aumento e microscópio a fim de visualizar possíveis sujidades ou danos no material, não visíveis a olho nu;
 - Materiais não passíveis de reprocessamento serão devolvidos ao cliente nessa etapa, sem a devida prestação do serviço.

- Etapa Limpeza/Secagem:
 - Materiais são encaminhados ao expurgo, onde serão segregados de acordo com a tipo de limpeza (manual ou automatizada);
 - Materiais passam pela lavadora ultrassônica com uso de detergente enzimático (quando pertinente);
 - Após a limpeza automatizada, os materiais passam por rigorosa limpeza manual através do uso de escovas especiais, de diversos tamanhos;
 - Enxague final é feito através de água de osmose reversa, com seis estágios de filtração;
 - A secagem é feita através do uso de Secadora de materiais para saúde e/ou pistolas de ar filtrado.

- Etapa Preparo:
 - Materiais são encaminhados para a sala de preparo;
 - Materiais são embalados e etiquetados;
 - Juntamente com os pacotes, são anexadas as ordens de serviço do sistema com os dados de lote, ciclo, responsável técnico, responsável pela limpeza, responsável pelo preparo, data da esterilização e data de validade.

2. Etapa Esterilização

- Óxido de Etileno – quando pertinente
 - O processo de esterilização de artigos médico hospitalares pelo óxido de etileno (C₂H₄O) é extremamente eficaz pela sua ampla penetração, difusibilidade e capacidade de atuar em baixa temperatura, permitindo que artigos termossensíveis, estreito ou longo e composto por qualquer matéria prima possam ser reprocessados sem que nenhum dano seja causado aos mesmos. O ETO exerce ação esporicida, fungicida, viruscida e bactericida. A morte resulta na alquilação principalmente nos ácidos nucléicos impedindo que proteínas específicas sejam sintetizadas.

- Autoclavação
 - Acondicionar os artigos em embalagens adequadas, que permitam a esterilização e a estocagem do artigo;
 - Identificar os pacotes corretamente, não ultrapassar as dimensões de 30cm x 30cm x 50cm, e o peso de 7 kg. Colocar os pacotes pesados sob os mais leves; evitar encostá-los nas paredes da câmara, deixar espaço entre eles para facilitar a drenagem do ar e penetração do vapor. Não sobrecarregar o equipamento, utilizar apenas 80% de sua capacidade;
 - Colocar a fita indicadora na embalagem externa e vedar os pacotes menores com a mesma;
 - Recipientes como bacias, jarros, ou outros que possuem concavidade devem ser colocados com sua abertura para baixo para facilitar o escoamento do ar e da água resultante da condensação do vapor;
 - Verificar constantemente os indicadores de temperatura e pressão;
 - A porta do aparelho deve ser aberta lentamente e deve permanecer entreaberta de 5 a 10 minutos;
 - Os pacotes não devem ser colocados em superfícies metálicas logo após a esterilização, pois em contato com superfície fria o vapor residual se condensa e torna as embalagens úmidas, comprometendo a esterilização uma vez que a umidade diminui a resistência do invólucro de papel e interfere no mecanismo de filtração do ar;

- Não utilizar os pacotes em que a fita indicadora apareça com as listras descoradas após a esterilização.

Características das embalagens

O hospital seguirá a determinação da ABNT NBR 14990-2:2010 - Sistemas e materiais de embalagem para esterilização de produtos para saúde que define as características de papel tipo grau cirúrgico para a confecção de embalagens para esterilização dos artigos cirúrgicos. Na embalagem também constam informações pertinentes como data da esterilização, dados da empresa, responsável técnico prazo de validade e indicador físico/químico.

Características do ciclo de esterilização:

O processo de esterilização a óxido de etileno é dividido em 3 etapas:

1. Esterilização: tem duração de 4 horas, ficando o material em contato com o gás ETO dentro da câmara do equipamento;
2. Aeração Forçada: após o tempo de contato com o gás, o material já é considerado estéril, necessitando apenas remover o excesso de gás que fica retido no interior das embalagens, absorvido por elas, ou adsorvido ao material. Esta etapa tem duração de 2 horas e 30 minutos, e consiste em injetar ar filtrado estéril no interior da câmara, realizando assim trocas sucessivas até total, ou quase total, remoção do gás;
3. Aeração Natural: esta etapa, que tem duração mínima de 24 horas e máxima de 48 horas, tem por objetivo retirar o restante de gás que porventura não foi possível na etapa anterior. Para isto, o material é acondicionado em sala específica, onde são realizadas 25 trocas de ar por hora. Paralelamente, é feita a incubação do teste microbiológico (*B. subtilis*), utilizado em todos os ciclos para monitoramento da efetividade do processo. Desta forma, é requerido um tempo mínimo de 24 horas, para que se cumpra a aeração e a incubação adequada do teste.

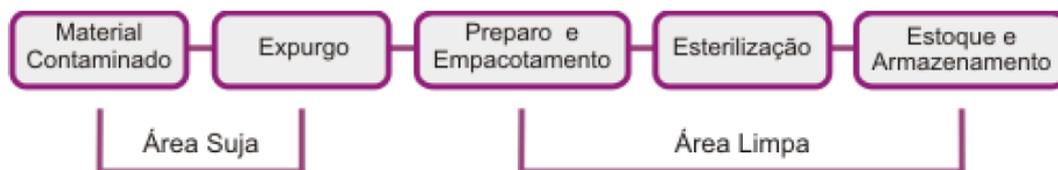
Controle microbiológico e rastreabilidade do material

A CME realizará rigoroso controle interno dos ciclos de esterilização, com número de lote para cada ciclo, o que permite identificar o lote ou partida que os

materiais reesterilizados pertencem e, em caso de necessidade, rastrear e rever todas as fases das operações praticadas durante a sua permanência na CME. Juntamente a isto e, centralizado em uma ficha própria, é feito o controle de qualidade microbiológico de cada ciclo, possibilitando a liberação do material com garantia de qualidade e esterilidade. Utilizando testes biológicos, físico-químicos e integrador químico.

Fluxo do Material:

FLUXO DO MATERIAL NA CME



Controles

Controles básicos do processo de esterilização podem ser realizados por meio das seguintes formas:

a) Controles químicos (ISO.11.140)

Classe 1: indicador de processo – mostra se o material foi exposto ao processo de esterilização;

Classe 2: indicador par uso em testes específicos – em situações relevantes ao equipamento de esterilização;

Classe 3: indicadores de UM parâmetro – monitora um dos parâmetros críticos do processo de esterilização;

Classe 4: indicadores de multi-parâmetros – monitora dois ou mais parâmetros críticos de processo de esterilização dependendo para quais foi calibrado.;

Classe 5: indicadores integradores – monitora todos os parâmetros críticos do processo de esterilização;

Classe 6: indicadores de simulação – monitora todos os parâmetros críticos do processo de esterilização e, não reagirá até que aproximadamente 95% do ciclo esteja completo.

b) Indicadores biológicos

Indicadores de 1ª geração: tiras com esporos;

Indicadores de 2ª geração: autocontidos, necessitando ser incubado a 56°C, sendo a 1ª leitura em 24h e a 2ª leitura em 48 horas;

Indicadores de 3ª geração: autocontidos, necessitando ser incubado a 56°C, sendo a leitura realizada após 3h.

c) Qualificação térmica: é realizada com utilização de termopares, em ciclos consecutivos.

Rastreabilidade

É o gerenciamento ou monitoramento – destes produtos desde a aquisição até o uso e o descarte, garantindo a qualidade, eficácia e segurança dos produtos utilizados em pacientes nos estabelecimentos de saúde.

Para a operacionalizar o rastreamento de produtos é necessário implementar um Sistema de Documentação, com a indicação de:

- Data do processo;
- Data de validade;
- Número da autoclave;
- Número do operador;
- Número do ciclo (Lote).

Estes dados podem ser manuais ou informatizados. O Hospital Municipal de Cubatão irá fornecer serviço de Esterilização por autoclavação ao Pronto Socorro e

para as Unidades de Saúde. A situação que se faça necessária a esterilização de material por óxido de etileno, deve ser discutida com a SMS e realizado termo aditivo ao contrato de gestão.

Fluxo para encaminhamento de material para esterilização:

- b) Pronto Socorro: Deve encaminhar o material separado por instrumental e respiratório (inaladores, nebulizadores), e preenchido formulário com a quantidade encaminhada. O profissional que receber na CME, deve conferir com o profissional do setor, e ambos assinarem o formulário. O material deve ser encaminhado pelo profissional do Pronto Socorro;
- c) Unidades de Saúde: Devem encaminhar o material separado por instrumental respiratório (inaladores, nebulizadores), e preenchido formulário com a quantidade encaminhada, a ser conferida pelo profissional da CME. Inconsistências devem ser apresentadas ao Líder do setor. A logística de encaminhamento deste material será de responsabilidade da SMS.

3.3.6. Serviço de processamento de roupas

É considerado um setor de apoio, que exerce uma atividade especializada, devendo garantir o atendimento a demanda e a continuidade da assistência. São considerados roupas Hospitalares todos os artigos têxteis enviados à lavanderia hospitalar.

Legislação aplicável

A execução de serviços de lavanderia hospitalar envolverá todas as etapas do processo de higienização das roupas, conforme o padrão estabelecido no Manual de Processamento de Roupas de Serviço de Saúde: Prevenção e Controle de Risco da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2007), que atualiza o Manual de Lavanderia Hospitalar do Ministério da Saúde (1986) e suas atualizações.

Descrição dos Serviços

O processamento das roupas hospitalares será executado nas instalações do Hospital Municipal de Cubatão

O processamento das roupas hospitalares abrange todas as etapas pelas quais as roupas passam, desde sua utilização até seu retorno em ideais condições de reuso.

As roupas serão separadas de acordo com o tipo de sujeira a fim de facilitar o processo de lavagem. No processo de separação as roupas serão acondicionadas em carrinhos específicos e posteriormente encaminhadas para lavagem.

As roupas Hospitalares são classificadas em:

- Roupas Sujas: inclui toda a roupa que foi retirada do paciente, independente do grau de sujeira. Devem ser consideradas de risco potencial de contaminação;
- Roupas Contaminadas: é aquela proveniente de pacientes com doenças transmissíveis que apresentam alguma importância na cadeia epidemiológica;
- Roupas Instáveis ao Calor: são aquelas feitas de fibras têxtil que são danificadas pelo processo habitual de lavagem e desinfecção da roupa hospitalar. Ex.: cobertores.

Obs.: Os sacos utilizados na coleta de roupa suja devem ser laváveis, preferencialmente de algodão ou nylon; no caso de coleta de roupa com sujeira pesada ou molhada, com risco de extravasamento, os sacos devem ser impermeáveis.

Os funcionários envolvidos na coleta e transporte de roupas sujas devem fazer uso de aventais impermeáveis, botas de cano alto, luvas de borracha ou vinílica até os antebraços, máscaras, óculos de proteção e gorros.

O deslocamento da roupa suja até a lavanderia será realizada por meio da “rota de roupa suja”, observando-se que em hipótese alguma haja cruzamento entre roupa limpa e roupa suja, alimentos ou pessoas.

As roupas retiradas diariamente deverão ser devidamente acondicionadas, conforme normas de biossegurança sob supervisão da CCIH - Comissão Controle de Infecção Hospitalar.

A periodicidade da coleta da roupa suja nas unidades deverá ser de, no mínimo, quatro vezes ao dia, em horário estabelecido, inclusive aos finais de

semana e feriados.

O processo de desinfecção dos enxovais hospitalares terá um alto nível de desinfecção a fim de romper focos infecciosos.

Procedimentos

Recebimento e Acondicionamento da roupa suja na área de roupa

A roupa suja deverá ser embalada em sacos devidamente fechados sem extravasamento de sangue ou secreções, acondicionada em container ou gaiolas.

Transporte da Roupa Suja para as Dependências da contratada

O transporte será realizado por veículo adequado devidamente adaptado à natureza da carga, exclusivo para roupas sujas. A contratada tem a obrigação de manter o veículo em bom estado e realizar a manutenção que se julgue necessária para o bom funcionamento do mesmo e prevenção de potenciais acidentes.

A Lavagem das Roupas

A contratada deverá utilizar o processo preconizado pela CCIH - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar da Unidade e Manual de Processamento de Roupas de Serviço de Saúde: Prevenção e Controle de Risco da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2007), que atualiza o Manual de Lavanderia Hospitalar; normas e manutenção técnica do Ministério da Saúde (1986) e suas atualizações.

As dosagens dos produtos a serem utilizados deverão seguir rigorosamente às instruções do fabricante, visando à garantia do serviço executado.

Um ciclo completo de lavagem de roupa com sujidade pesada deve incluir: umectação, enxague inicial, pré-lavagem, lavagem, alvejamento, enxagues, neutralização e amaciamento;

- Umectação: É o processo que visa facilitar o molhamento e conseqüentemente a remoção das sujidades solúveis em água, presente nas

- roupas, através do poder umectante de um tenso ativo, utiliza-se nível de água alto;
- **Enxágue:** é a operação ordenada do processo da lavagem, destinada ao arraste de resíduos de produtos e sujidades presentes na solução da lavagem, deve ser realizada com nível de água alto;
 - **Pré-Lavagem:** é o processo utilizado com a finalidade de retirar grandes quantidades de sujidade dos tecidos (sujidade pesada) através de produtos específicos de lavagem, buscando remover 70% das sujidades, na qual uma operação única de lavagem não seria suficiente para remove-la . Utilizam-se produtos específicos e nível de água baixo, nessa fase utiliza-se o ciclo de lavagem pesada;
 - **Lavagem:** é a remoção completa da sujeira, no caso de realização da pré-lavagem, (sujidade pesada) ou como única fase, no ciclo de lavagem leve. Utilizam-se produtos para lavagem principal e nível de água baixo. Nesta fase, utilizar temperatura elevada (acima de 85°C), após ser garantida a remoção de proteínas das roupas;
 - **Alveamento:** é o procedimento realizado com a finalidade de retirada das sujidades que possam tingir as roupas, através da utilização de substâncias químicas (cloro-orgânico – pó cloro inorgânico – líquido ou o peróxido de hidrogênio). Promove a desinfecção da roupa e remoção de manchas sensíveis à oxidação, utiliza-se nível de água baixo;
 - **Neutralização:** é a operação realizada com a finalidade de garantir a remoção dos resíduos de alcalinidade e cloro proveniente de outras operações do processo de lavagem. Estes produtos podem provocar amarelamento das roupas, nas fases de calandragem e passanderia, se não retirados;
 - **Amaciamento:** é o processo final da lavagem, na qual é realizado juntamente com a neutralização;
 - **Centrifugação ou Extração:** é a remoção do excesso de água das roupas através das Máquinas Lavadoras Extratoras ou Centrífugas. Seguindo o tempo de centrifugação conforme o tipo de tecido que está sendo lavado e da quantidade de umidade residual desejada.

A roupa com sujidade leve está liberada das primeiras etapas do processamento, quais sejam: umectação, primeiros enxágues e pré-lavagem, sendo seu ciclo iniciado já na etapa de lavagem.

Deve-se utilizar produtos detergentes de baixa concentração e baixo teor de fosfato.

Secagem e Calandragem de Roupa Limpa

- A roupa deverá ser seca com a utilização de equipamentos que melhor se adaptem ao tipo de roupa e estrutura do tecido;
- Toda roupa limpa deverá ser calandrada ou prensada a vapor, à exceção das felpudas e roupas cirúrgicas que deverão ser entregues dobradas tecnicamente.

O processo de secagem, calandragem e passandaria é o processo final após a centrifugação obedecendo as recomendações da tabela de recomendações para o acabamento das roupas hospitalares.

As roupas serão separadas e montadas em kits para a confecção de pacotes para esterilização onde serão utilizadas em unidades fechadas tais como centros cirúrgicos, centros obstétricos etc. Nesse processo as roupas dobradas e permanecerão armazenadas em repouso por 24 a 48 horas finalizando o processo de esterilização.

Finalizado o processo as roupas serão acondicionadas em gaiolas específicas para transportes protegidas evitando o manuseio do enxoval e trava, evitando queda no transporte, preservando o processo de limpeza e higienização.

Reaproveitamento de Peças Danificadas

As peças danificadas, desgastadas, mas ainda dentro do padrão de aceitabilidade definido serão reparadas por costureiras da contratada.

As peças que não se apresentarem de acordo com os padrões aceitos serão consideradas excluídas.

A Entrega da Roupa Limpa à Rouparia da Unidade

A roupa processada deve ser entregue junto à rouparia, separada por tipos de peças e natureza de uso, de acordo com as necessidades da unidade.

As roupas entregues, diariamente, deverão ser devidamente acondicionadas em locais apropriados limpos e livres do contato com poeira e umidade, conforme normas de biossegurança sob supervisão da CCIH - Comissão Controle de Infecção Hospitalar.

Toda roupa limpa que apresentar qualidade de limpeza insatisfatória, avaliada por profissional designado, será separada, retornando para a seção de rouparia para que seja feito um novo processo de lavagem ou remoção de manchas, e desinfecção.

Transporte e Distribuição de Roupa Limpa no Hospital

A distribuição de roupa limpa será realizada por camareira e em carros de transporte fechados. Todos os carros de transportes deverão ser devidamente limpos e higienizados para evitar a contaminação do enxoval.

A roupa limpa em hipótese alguma será transportada manualmente.

Os funcionários que executam transporte e distribuição de roupa limpa serão exclusivos, não podendo exercer a função de retirada de roupa suja.

Preparo de Leito

A responsabilidade do preparo do leito quando o paciente estiver ou não no mesmo é da camareira.

3.3.7. Organização do Serviço de Hotelaria e Higiene

3.3.7.1. Hotelaria Hospitalar

O objetivo da Hotelaria Hospitalar é proporcionar ao paciente e aos familiares um ambiente acolhedor, seguro e confortável faz toda a diferença no momento do tratamento de uma enfermidade. Nesse sentido, a Hotelaria Hospitalar, enquanto processo estruturado, tem evoluído rapidamente e hoje é reconhecida como diferencial nas instituições de saúde.

Trata-se de um modelo de gestão que absorve as demandas não assistenciais, permitindo que o profissional da assistência ofereça um atendimento cada vez mais centrado no paciente e, garantindo a segurança dos processos e a melhoria dos resultados clínicos.

A implementação de um processo estruturado de hotelaria hospitalar proporciona inúmeras vantagens para as instituições de saúde, desde a aplicação de critérios rigorosos para a criação da infraestrutura hospitalar até a estruturação conjunta dos diversos serviços que atuam com forte interface entre si. São processos desenvolvidos estrategicamente para valorizar a atenção ao paciente e aos familiares.

Estão sob a gestão da Hotelaria Hospitalar os seguintes serviços:

- Higiene predial e hospitalar: responsável por proporcionar um ambiente limpo e seguro por meio do uso de metodologia de trabalho com padrões internacionais, sustentáveis e inovadores e foco em resultados efetivos, gerenciamento do tempo e aumento da capacidade produtiva;
- Enxovais e uniformes: a análise dos materiais utilizados na fabricação das peças de enxoval, bem como a escolha das cores têm impacto direto na percepção de acolhimento e bem-estar por parte do paciente e dos familiares, contribuindo para uma recuperação mais rápida e agradável. Os uniformes fazem parte da identidade da instituição e como tal são importantes peças de comunicação de marca. Por isso, devem aliar conceitos como modernidade, beleza e praticidade para a atuação dos profissionais.

3.3.7.2. Higiene e Limpeza Predial e Hospitalar

O serviço tem por objetivo preparar o ambiente para suas atividades, manter a ordem do ambiente, além de conservar equipamentos e instalações limpos em condições de higiene ideais para o manuseio. Finalidades:

- Promover a higienização e limpeza de toda a unidade, levando em consideração a característica de cada área;
- Fixar um horário para o serviço, em consonância com as atividades desenvolvidas;

- Coletar todo o lixo da unidade fixando um fluxo específico de saída, dando-lhes tratamento e destino corretos;
- Combater permanentemente insetos e roedores (sinantrópicos);
- Estudar com profundidade os produtos a serem utilizados para que, além de higienizarem e limparem corretamente, não danifiquem os materiais nos quais foram aplicados;
- Levantar estatística mensal do movimento;
- Fixar sistema de segurança para a limpeza de superfícies perigosas;
- Manter recipientes específicos para a coleta de materiais perfuro-cortantes;
- Promover constantemente treinamento em serviço;
- Observar e comunicar aos responsáveis, sobre defeitos encontrados em instalações e móveis;
- Elaborar e colocar em prática o Regimento e Manual de Organização específico do Serviço.

Os requisitos de rastreabilidade dos produtos utilizados serão implantados e/ou implementados para a garantia de que todos produtos colocados no mercado são adequados à finalidade e não prejudicial à saúde.

3.3.8. PGRSS

O PGRSS, constituído em uma obrigatoriedade através da RDC no. 306, de 07/12/2004, estabelece sobre o tratamento dos resíduos de Serviços de Saúde. O mesmo será elaborado após a assunção da Unidade Hospitalar.

A AHBB acredita que após a implantação do PGRSS, será possível contribuir com o município no controle dos riscos impostos à saúde e também facilitando as operações de coleta, armazenamento externo e o transporte do mesmo.

Existindo no município uma usina de reciclagem será possível trazer de volta ao ciclo produtivo materiais que seriam descartados, utilizando-os na produção de novos produtos. O processo de reciclagem traz benefícios para a comunidade, pois gera empregos e renda, além de contribuir para o aumento da vida útil do aterro sanitário.

3.3.9. Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho

Gerenciamento da Segurança do Trabalho e Saúde Ocupacional

Gerenciamento do SESMT, incluindo o PPRA, PCMSO e CIPA: atrelados às NR – Normas Regulamentadoras, correspondem às atividades de gerenciamento dos riscos ocupacionais (identificação, análise, minimização).

Monitoramento da Brigada de Combate a Incêndio

Atividade determinada por ato normativo do Corpo de Bombeiros (em nível estadual), que estabelece aspectos de segurança construtiva do ambiente e composição do corpo de brigadistas, as contingências e as adequações necessárias aos riscos presentes.

O dimensionamento dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho vincula-se à gradação do risco da atividade principal e ao número total de empregados do estabelecimento, observadas as exceções previstas nesta NR.

O Quadro de Pessoal previsto para a prestação de serviços será regido por CLT. A Organização Social adotará as Rotinas estabelecidas pela Secretaria de Estado da Saúde respeitando a de legislação de funcionários públicos do Estado. Todos os funcionários ativos serão cadastrados no CNES.

O controle de frequência dos colaboradores será feito através do ponto biométrico, aferindo-o e alimentando o sistema informatizado de gestão disponibilizado pela contratante.

São atividades do SESMT:

- Elaboração de ordens de serviços, bem como sua total implantação nos setores da organização;
- Pedido e caracterização do CAI (certificado de aprovação de instalação), para novas instalações;
- Dimensionamento do SESMT e efetivação do registro na DRT;

- Elaboração de estatísticas de acidentes e preenchimento dos quadros III, IV, V, VI, da NR-4 da Portaria 3.214/78;
- Implantação completa da CIPA;
- Estudo e dimensionamento, distribuição e controle de EPI's para todos os colaboradores;
- Elaboração do PCMSO, conforme o que rege a NR-7 e NR-32 da Portaria 3.214/78;
- Orientar as unidades quanto aos pisos, pé direito, rampas, escadas, coberturas das edificações;
- Elaboração do PPRA, conforme o que rege a NR-9 e NR-32 da Portaria 3.214/78;
- Direcionar formação, efetuar procedimentos de trabalho e liberações e serviços para os trabalhadores que por ventura fiquem expostos a trabalhos com eletricidade;
- Efetuar os laudos de insalubridade e periculosidade a fim de caracterizar exposições aos riscos químicos físicos e biológicos bem como as atividades perigosas dos colaboradores;
- Efetuar estudos ergonômicos para diminuir as incidências de doenças nas unidades;
- Efetuar obras, utilizando os preceitos de segurança contidos na NR-18 da Portaria Nº 3.214/78;
- Utilizar preceitos de segurança no armazenamento de produto químicos e trabalho a céu aberto;
- Aplicar na íntegra os preceitos de combate a incêndio, seguindo as recomendações da NR-23 da Portaria Nº 3.214/78, legislações federais, estaduais, municipais e NBR, referenciadas nas normas;
- Aplicar os preceitos de condições sanitários e conforto nos postos de trabalhos, conforme o que rege a NR-23 da Portaria Nº 3.214/78;
- Tratar, armazenar e destinar os resíduos conforme o que rege a NR-25 da Portaria Nº 3.214/78, e demais legislações vigentes (CONAMA, ANVISA, Ministério da Saúde, etc.);
- Identificar os produtos químicos e sinalizar os locais conforme o que rege a NR-26 da Portaria Nº 3.214/78;

- Dar ciência a empresas das penalidades que a mesma está sujeita se não cumprir integralmente a legislação vigente no país;
- Aplicar integralmente as recomendações contidas na NR-32 da Portaria Nº 3.214/78;
- Cuidar para que sejam seguidas as recomendações quanto a vestimentas e proibições contidas nesta norma, bem como as especificações para elaboração do PPRA e PCMSO;
- Orientar para que sejam seguidas as recomendações referentes aos produtos químicos (aquisição, armazenagem, uso, EPI, disposição e descarte);
- Verificar a correta implantação e efetivo controle dos gases e vapores anestésicos;
- Cumprir integralmente os programas, controles, orientações e recomendações no que se refere a radiações ionizantes;
- Efetivar a implantação do PGRSS (Programa de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde);
- Implantar e gerenciar o plano de prevenção de riscos com material perfuro cortantes;
- Implantar e gerenciar as ações relacionadas com trabalhos em espaços confinados, conforme o que rege a NR-33 da Portaria Nº 3.214/78;
- Implantar e gerenciar, as ações relacionadas com trabalhos em altura, conforme o que rege a NR-35 da Portaria Nº 3.214/78;
- Cumprir e fazer cumprir as demais legislações específicas da área da saúde, bem como direcionar atividades no dia-a-dia, visando preservar a integridade física dos colaboradores, a preservação do meio ambiente e o nome da instituição.

3.3.9.1. Manutenção: Engenharias Clínica, Elétrica e Civil

A manutenção tem como objetivo principal a produção de serviços técnicos de manutenção e conservação, garantindo perfeito estado e condições de funcionamento de: móveis, equipamentos, central e rede de gases medicinais, estrutura predial, climatização, instalações hidráulica e elétrica, casa das máquinas (gerador, transformador e bombas) e extintores, assegurando toda a instalação predial em perfeito estado, dentro dos padrões fazendo com que todos os

colaboradores desempenhem suas tarefas confortavelmente. Compromisso com os aspectos ecológicos da unidade, através da atenção às condições ambientais que cercam as pessoas que trabalham, procuram, visitam ou precisam utilizar os espaços físicos da unidade e de suas cercanias (ventilação, refrigeração, iluminação, ajardinamento, infiltrações de água, goteira, entre outros).

Tudo isso leva a definir a Manutenção, como o conjunto de todo o trabalho necessário para manter todo o sistema hospitalar (prédio e equipamento) em condições satisfatórias de funcionamento.

Desta forma, todos colaboradores da unidade estão ligados à manutenção.

Grande parte dos equipamentos está sujeita a funcionamento contínuo e indispensável, o que exige a adoção de medidas preventivas contra qualquer falha. E, na sua ocorrência a aplicação de medidas corretivas de forma assertiva.

Terminologia

✓ Manutenção Preventiva

A manutenção preventiva é planejada a fim de prevenir a ocorrência da manutenção corretiva. Os programas regulares da manutenção preventiva são: reparo, lubrificação, ajustes, recondicionamento de máquinas para toda a planta industrial.

Ela se ocupa com a inspeção periódica dos aparelhos, equipamentos e instalações, e com a execução de um serviço planejado e programado com a finalidade de evitar a sua paralisação imprevista, por necessidade de reparos.

A manutenção preventiva aumenta a vida útil das instalações e equipamentos e a redução dos custos.

✓ Manutenção Emergencial:

É a manutenção realizada em caráter de urgência e com prioridade sobre as demais, com objetivo de impedir a paralisação de um serviço essencial.

✓ Manutenção Corretiva:

É destinada a corrigir os defeitos que ocorreram nos equipamentos por seu uso prolongado e constante.

Finalidade

Estabelecer procedimentos relativos à solicitação e execução de serviços de manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos da unidade, bem como quando for o caso, de seu encaminhamento a terceiros.

Aplicação

Todos os setores da Unidade de Saúde, em especial ao Serviço de Manutenção de Equipamentos.

Organização do Serviço de Manutenção

O planejamento e a organização do serviço de manutenção devem contemplar diversos fatores que exigem conhecimento especializado, entre eles: espaço para a instalação do serviço, seleção do equipamento e ferramentas adequados, quadro de pessoal e material de consumo.

Atividades

- ✓ Manutenção preventiva, predial e equipamentos;
- ✓ Manutenção corretiva, predial e equipamentos;
- ✓ Diagnose técnica das instalações e equipamentos sujeitos a riscos;
- ✓ Executar pequenas reformas;
- ✓ Gerenciar suprimentos para execução das atividades;
- ✓ Gerenciar entrada e saída de equipamentos;
- ✓ Manter ficha técnica, manuais e controle das manutenções de cada equipamento;
- ✓ Gerenciar e fiscalizar os serviços de terceiros (equipamentos hospitalares e unidades);
- ✓ Gerenciar custos;

- ✓ Executar e controlar as atividades de áreas internas e externas;
- ✓ Administrar recursos humanos da unidade funcional.

Produtos

- ✓ Serviços programados e realizados eliminando o risco que prejudica a segurança do patrimônio técnico;
- ✓ Áreas/instalações/equipamentos sujeitos a paradas ou outras ocorrências, identificados;
- ✓ A satisfação dos clientes avaliada;
- ✓ A aquisição de materiais de reposição programada;
- ✓ Conserto de equipamentos médico hospitalar, de informática de escritório e utilidades, orçados e avaliados;
- ✓ Reformas executadas;
- ✓ Custos gerenciais mantidos em níveis aceitáveis.

Indicadores de Eficiência e Eficácia

- ✓ Grau de satisfação do cliente interno/externo;
- ✓ Número de ordens de serviço recebidas;
- ✓ Tempo de realização das ordens de serviços executadas;
- ✓ Total de ordens de serviço pendentes;
- ✓ Total de ordens de serviço concluídas;
- ✓ Falhas versus causas;
- ✓ Cumprimento do programa de manutenção preventiva.

Manutenção de Gerador

Prestação de serviços contínuos de operação, bem como a manutenção preventiva, corretiva e emergencial no Gerador, de forma a garantir o perfeito

funcionamento no Hospital Municipal de Cubatão, prevenindo o aparecimento de falhas ou defeitos que possam ocasionar a paralisação da Unidade de Saúde. Em conformidade com a Norma ISO 8528 que preconiza todas as prerrogativas dos grupos geradores.

A AHBB fornecerá o sistema de segurança e Prevenção de Incêndio, tais como placas de sinalização, mapa de risco da unidade, PPRA (Programa de Prevenção de Riscos Ambientais), bem como providenciando seguro contra incêndio do bem imóvel cedido.

Manutenção de Equipamentos Médico-Hospitalares, Informática e Escritório

- Prestação de Serviços de Manutenção Corretiva (Mão de Obra e Material), para serviços de necessidades programáveis e de urgências, quando surgirem defeitos nos equipamentos, com trocas de peças que se fizerem necessárias, desgastadas pelo uso, conforme solicitados pelos setores do Hospital Municipal de Cubatão sob a gestão da OS, ou constantes do contrato.

Engenharia Clínica

A Engenharia Clínica terá como atribuições:

- Responsabilidade Técnica sobre os equipamentos médico-hospitalar próprio do Hospital Municipal de Cubatão;
- Elaborar inventário técnico;
- Elaborar programa de manutenção preventiva e corretiva;
- Elaborar programa de calibração sobre parâmetros pré-definidos;
- Realizar diagnósticos para consertos, aferição, validação e liberação para uso;
- Efetuar testes de desempenho elétrico dos equipamentos;
- Estabelecer padrões e fluxos operacionais para o gerenciamento dos equipamentos;

- Indicar prestadores de serviços de manutenção preventiva/corretiva;
- Avaliar o desempenho dos prestadores de serviços;
- Elaborar relatórios com indicadores e controle de quantidade e qualidade de serviços;
- Elaborar relatórios com indicadores e controle de custos;
- Controlar e acompanhar os serviços de manutenção executados por empresas externas;
- Estabelecer medidas de controle e segurança do ambiente hospitalar, no que se refere aos equipamentos médico-hospitalares;
- Estabelecer rotinas para aumentar a vida útil dos equipamentos médico-hospitalares;
- Efetuar a avaliação de obsolescência dos equipamentos médico-hospitalares, dentre outros;
- Implantar e controlar padrões de qualidade dos equipamentos.

Obs.: Deve ser entregue ao Hospital Municipal de Cubatão relatório sobre os equipamentos e cronograma de manutenção.

O serviço de Manutenção será realizado por empresa terceira.

O serviço de manutenção de ar-condicionado, elevador e gerador possuirá contrato específico para manutenção preventiva e corretiva.

3.3.10. Organização do Serviço de Vigilância e Zeladoria

O serviço caracteriza-se pelo controle, operação e fiscalização das portarias e execução de serviços relacionados à vigilância para o Hospital Municipal de Cubatão.

A prestação de serviços de Portaria e Vigilância será executada pela AHBB, vinte e quatro horas por dia, todos os dias da semana, com mão de obra

dimensionada para os postos de acesso. A seguir encontra-se descrito planejamento estratégico para gestão deste serviço:

- Diagnóstico – Identificação e reconhecimento de todos os riscos, vulnerabilidades, fatores causadores e os seus impactos no serviço;
- Análise de risco empresarial – Identificação dos riscos que podem materializar-se e causar danos ou paralisação do serviço;
- Elaboração do plano de segurança – Medidas técnicas e humanas que visam preventivamente fornecer segurança às pessoas e ao patrimônio. Visando minimizar os riscos de roubo na área interna e externa, com controle de acesso as dependências do hospital e aos pontos vitais (laboratórios, enfermarias, berçários, arquivo geral, sala de Raios-X, sala de armazenamento de remédios e local de armazenamento de oxigênio e outros inflamáveis etc.);
- Elaboração do plano de emergência – Medidas técnicas e humanas que visam minimizar o impacto negativo e financeiro de forma reativa, ocorrências que o Plano de Segurança não conseguiu evitar. Com especial atenção para o tipo de pesquisa desenvolvida na organização hospitalar, trabalhando em conjunto com a segurança do trabalho (SESMT e CIPA) para padronização de procedimentos.

A série de medidas preventivas, emergenciais e contingências elencadas a cima, visam assegurar a lucratividade da organização e também proteger vidas humanas.

3.3.10.1. Fluxos operacionais compreendendo circulação em áreas restritas externas e internas

De acordo com a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) N° 50, as circulações externas e internas dos Estabelecimentos Assistências à Saúde (Hospital) correspondem aos seus acessos (fluxos), estacionamentos e circulações horizontais e verticais, em conformidade com a norma NBR-9050.

Área Interna

- Paciente Externo: é constituído pelos fluxos dos pacientes que buscam o atendimento ambulatorial, ou o apoio ao diagnóstico. A circulação destes pacientes pela unidade, assim como de seus acompanhantes, deve ser restrita às áreas funcionais onde recebem atendimento, evitando sua passagem pelas áreas de circulação reservadas aos funcionários e pacientes internados;
- Paciente Interno: é constituído pelos fluxos de pacientes em regime de internação, dentro da própria unidade de internação, ou quando acompanhados por funcionários/acompanhantes, acessam as diferentes unidades para realização de procedimentos;
- Acompanhante: é constituído pelos fluxos de familiares dos pacientes externos e internos que os acompanham durante sua permanência no Complexo Hospitalar, inclusive na fase de internação, quando se tratar de crianças e idosos. A circulação destes pela unidade deve ser restrita às áreas funcionais;
- Visitante: é constituído de indivíduos que demandam a unidade hospitalar para visitar os pacientes internados, ou em função de alguma atividade administrativa, tais como compras, serviços terceirizados, entre outros. O acompanhamento destes fluxos, tanto em termos de horários como da delimitação das áreas onde serão permitidos é extremamente importante para o bom funcionamento e a segurança da unidade;
- Funcionário: é constituído pelos fluxos dos profissionais de saúde e de todos os técnicos e pessoal de apoio necessários ao funcionamento da unidade. A circulação deles pode ser restrita às unidades em que atuam ou, em alguns casos, ser permitida em toda a unidade.

Áreas Restritas

São os ambientes onde existe risco aumentado de transmissão de infecção, onde se realizam procedimentos de risco, com ou sem pacientes, ou onde se encontram pacientes imunodeprimidos. A exemplo de Unidade de Terapia Intensiva, Isolamentos, Bloco Cirúrgico e CME. Somente os profissionais podem circular livremente por estas áreas usando roupa privativa.

Áreas Externas

Serviços oferecidos à população usuária que requerem estacionamento no Hospital Municipal de Cubatão:

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

O encaminhamento do usuário para as unidades de internação será realizado exclusivamente em maca ou cadeira de rodas, a não ser que por indicação médica, o paciente deva deambular.

Os acompanhantes e visitantes deverão permanecer com o familiar internado, e devidamente identificado com etiqueta colada na roupa. O vigilante deve questionar qualquer pessoa circulando sem identificação.

Controle de Acesso

As atividades de segurança relacionadas ao controle de acesso contemplarão a divisão do ambiente do Hospital Municipal de Cubatão entre áreas públicas e restritas e, ainda, a divisão das áreas restritas por perfis de acesso para cada tipo de trabalhador, evitando, assim, que pessoas não autorizadas tenham acesso às áreas críticas como, por exemplo, o bloco cirúrgico, entre outras.

Portaria

A execução de serviços de controle, operação e fiscalização de portarias e edifícios, nos postos fixados pela AHBB, envolve a alocação, de empregados capacitados para:

- Comunicar imediatamente ao responsável, qualquer anormalidade verificada, para que sejam adotadas as providências necessárias de regularização, de acordo com a Instrução de Trabalho previamente definida;
- Manter afixado, em local visível, o número do telefone da Delegacia de Polícia da Região, do Corpo de Bombeiros, dos responsáveis pela administração do Hospital Municipal de Cubatão, da brigada de incêndio, da equipe de segurança do trabalho, da Ouvidoria e outros de interesse;
- Operar equipamentos de controle de acesso, inclusive em meios eletrônicos;
- Permitir o ingresso nas instalações somente de pessoas previamente autorizadas e identificadas, devendo fornecer para isso crachás de visitantes;
- Fiscalizar a entrada e a saída de materiais, mediante conferência física e documental, ou de controles próprios do Hospital Municipal de Cubatão;
- Proibir o ingresso de vendedores, ambulantes e assemelhados às instalações, sem que estes estejam devida e previamente autorizados pela Administração;
- Fiscalizar e orientar o trânsito interno de empregados, visitantes ou pessoas, bem como dos estacionamentos de veículos, anotando eventuais irregularidades e comunicando ao Supervisor, ou responsável pelo serviço;
- Colaborar nos casos de emergência ou abandono das instalações, visando às diretrizes para garantir a segurança;
- Colaborar com as Polícias Municipal, Civil e Militar em ocorrências de ordem policial dentro das instalações facilitando, no possível, a atuação desses profissionais, inclusive na indicação de testemunhas presenciais;
- Registrar e controlar diariamente as ocorrências do posto em que estiver prestando seus serviços;
- Manter-se no posto, não devendo se afastar de seus afazeres;
- Comunicar ao Supervisor, ou responsável pelo serviço, a presença de aglomerações de pessoas junto ao posto.

Será terceirizado o serviço de segurança/vigilância para o Hospital Municipal de Cubatão.

Todos os profissionais a serviço do Hospital Municipal de Cubatão devem participar do treinamento de Qualidade no Atendimento. Quando não for possível devido a rodízio de escala, este treinamento será acordado com a empresa parceira, devendo fazer parte do contrato entre as partes.

Instrução aos usuários

O paciente/acompanhante admitido na instituição será informado quanto aos objetivos e rotinas, e será entregue Manual de Orientações. O modelo a ser implantado segue em Anexo I – Material Técnico.

Com a finalidade de reduzir a circulação de pessoas na unidade e assim garantir a segurança dos pacientes, acompanhantes e trabalhadores, será instituído o controle de acesso.

Os horários de visita abaixo discriminados podem ser alterados mediante a necessidade:

Horário de Visitas	
UTI	A ser definido.
Horário de troca de acompanhantes: a ser definido	

Nota: o horário de visita poderá ser adequado conforme questões culturais da região e necessidades administrativas/assistenciais.

Para as unidades de Internação será garantida a visita aberta, das 10 às 20 horas, será liberado 01 visitante por vez.

Os acompanhantes e familiares próximos poderão obter informações do desenvolvimento do processo terapêutico durante o horário de visita, no período da manhã. Não serão repassadas informações por telefone.

Termo de Consentimento Informado: é um direito dos pacientes e uma obrigação de toda a equipe. O termo permite que o usuário possa tomar decisões sobre os tratamentos e procedimentos propostos a ele, através de um documento

assinado pelo paciente ou responsável consentindo ao médico a realização de determinado procedimento diagnóstico ou terapêutico, após haver recebido as informações pertinentes. Esses procedimentos garantem a autonomia do paciente e delimitam a responsabilidade do médico que realiza os procedimentos. O seu uso estará indicado nas seguintes situações:

- Nos tratamentos e procedimentos cirúrgicos ou clínicos realizados sob algum tipo de anestesia;
- Nas biópsias e demais incisões (mesmo em regime ambulatorial e com algum tipo de anestesia local);
- Nos procedimentos radiológicos envolvendo o uso de contraste;
- No uso de medicações ou terapêuticas invasivas com risco de efeitos colaterais severos;
- Na realização de hemotransfusão.

3.3.10.2. Organização do Serviço de Patrimônio

O Serviço tem por objetivo permitir o controle e o acompanhamento das atividades executadas pela área de Patrimônio no concernente tombamento, movimentação, transferências e baixa de materiais para as diversas unidades da instituição. Dentre as principais funções executadas estão:

- a. Cadastramento da estrutura de localização;
- b. Cadastramento dos responsáveis pela estrutura de localização;
- c. Lançamento de tombamentos, baixas, transferências e movimentações;
- d. Emissão de documentos que registram essas operações (termos de responsabilidade e notas de movimentação);
- e. Pedido de emissão de plaquetas de número patrimonial;
- f. Estimativa de valor patrimonial;
- g. Relatórios de bens patrimoniais, tanto quantitativos, quanto financeiros;

h. Relatórios gerenciais;

i. Relatório e/ou consultas que permitam o acompanhamento, controle e gerência da área de Patrimônio.

É importante acrescentar que o Inventário Patrimonial inicial, será realizado pela AHBB, considerando as normas no que diz respeito ao Termo de Permissão de Uso e repasse do relatório de levantamento para ciência comum entre Contratante e Contratada. Será também, elaborado e enviado o Termo de Bens adquiridos para incorporação patrimonial ao Município, através da Contratante.

3.3.11. Transporte

Conforme previsto em edital, será disponibilizada ambulância para transferência dos pacientes de acordo com a complexidade. Este serviço será terceirizado.

3.3.12. Tecnologia da Informação

O Hospital Municipal de Cubatão é parte da rede municipal de saúde e todos os seus sistemas de informação, sejam informatizados ou em fluxo de papel, devem estar integrados aos sistemas de informação do SUS Municipal, conforme especificações técnicas a serem elaboradas pelas áreas pertinentes da Secretaria Municipal de Saúde. Em especial, mas não exaustivamente, as seguintes integrações se não estiverem instituídas, são previstas, a seguir, para implantação a curto prazo.

4. EIXO II – GESTÃO

4.1. Serviço de Controle de Infecção Hospitalar - SCIH

O Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), executa as ações necessárias para a identificação precoce destas infecções, avaliando diariamente os métodos de assepsia e antissepsia do hospital, garantindo a segurança total dos pacientes. Em áreas críticas como as Unidades de Terapia Intensiva, este cuidado é especial e redobrado, a fim de manter os pacientes em lugares seguros, livres de contaminação. São atividades do SCIH:

- Busca ativa de infecções nas unidades hospitalares;
- Monitoramento da higienização das mãos, adequada;
- Adesão à utilização correta da antibioticoprofilaxia;
- Acompanhamento das infecções instaladas, hospitalares e comunitárias;
- Adesão aos *Bundles* implantados, para a prevenção de infecções: CVD; PAV e cateter central;
- Monitoramento das precauções e isolamentos;
- Acompanhamento de exames laboratoriais e culturas;
- Acompanhamento de obras e higienização hospitalar;
- Padronização de sanitizantes;
- Controle de pragas;
- Qualidade da água.

Considerando as determinações da Lei nº 9.431, de 6 de janeiro de 1997, que dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção pelos hospitais do país, do Programa de Controle de Infecções Hospitalares - PCIH e com a finalidade de avaliar a qualidade da assistência na área de infecção hospitalar, a AHBB irá implantar o PCIH, utilizando como norte as orientações estabelecidas na Portaria Nº 2.616 de 1998. Os principais pontos do Programa a serem instituídos estão descritos a seguir.

1. Manter e desenvolver as estratégias de intervenção nos setores, programas de vigilância, de educação e supervisão em controle de infecção hospitalar e de uso racional de antimicrobianos;
2. Realizar sistematicamente o Treinamento em Controle de Infecção Hospitalar dentro dos Programas de Educação Permanente, em consonância com o NEP, de cada Unidade ou Setor;
3. Estabelecer sistematicamente a discussão de casos de infecção hospitalar, na perspectiva educativa e informativa para o planejamento estratégico da CCIH;
4. Desenvolver ações educativas sobre o uso racional de antimicrobianos junto às equipes médicas;
5. Manter as visitas técnicas e desenvolver estratégias de resolução e monitoramento dos problemas já identificados;
6. Incrementar e qualificar a elaboração e a divulgação dos dados epidemiológicos, dos indicadores de processo, das recomendações técnicas, treinamentos e programas da CCIH;
7. Manter a vigilância das doenças de notificação compulsória, doenças emergentes e reemergentes, notificar aos órgãos competentes e desenvolver os planos de contingência, quando indicados;
8. Discutir dados e estratégias de controle de infecção com a equipe de referência de cada unidade.

A vigilância para o controle das infecções hospitalares – IH, fundamentada em objetivos específicos e legislação vigente, seguirá o modelo descrito, onde utiliza-se várias modalidades:

- ✓ Dirigida: referente aos setores, aos sítios e aos procedimentos reconhecidamente de maior risco para esse agravo;
- ✓ Transversal: aplicada sequencialmente em alguns setores;
- ✓ Global: referente aos setores e para bactérias multirresistentes.

A prioridade do risco é garantir a segurança do paciente.

Considerando que Infecção Relacionada à Assistência de Saúde (IRAS) é aquela adquirida após a admissão do paciente e que se manifesta durante a internação ou após a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares, será utilizado o indicador de Densidade de Infecção Hospitalar, para todas as Clínicas do Hospital Municipal de Cubatão.

Será utilizada a Metodologia do Sistema Nacional de Vigilância de Infecções Nosocomiais – NNIS, para 100% das UTIs.

Os principais indicadores a serem monitorados:

a) Pneumonia Associada à Assistência de Saúde

Os pacientes internados e, especialmente, os pacientes em ventilação mecânica são um grupo de risco aumentado para pneumonia. Este risco maior deve-se essencialmente a três fatores: 1) diminuição das defesas do paciente; 2) risco elevado de ter as vias aéreas inoculadas com grande quantidade de material contaminado; 3) presença de micro-organismos mais agressivos e resistentes aos antimicrobianos no ambiente, superfícies próximas, materiais e colonizando o próprio paciente.

O indicador a ser acompanhado:

- Densidade de Incidência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV).

Para se prevenir a PAV será adotado *Bundle*, com medidas de prevenção:

- Manter cabeceira elevada entre 30° e 45°;
- Aspirar secreções acima do balonete – subglótica;
- Verificar a sonda diariamente e diminuir sempre que possível;
- Realizar higiene oral com antisséptico.

O SCIH, em visita diária, realizará o monitoramento utilizando o *check list* para avaliação da adesão às práticas preventivas, e instituição de práticas corretivas.

Além disso, serão adotadas as medidas gerais: higienização das mãos, treinamento da equipe multiprofissional, profilaxia para úlcera de estresse e trombose venosa profunda (TVP).

b) Infecção Urinária associada à Sondagem Vesical de Demora

Entende-se que o tempo de permanência da cateterização vesical é o fator crucial para colonização e infecção (bacteriana e fungica). A infecção poderá ser intraluminal ou extra luminal (biofilme), sendo esta última a mais comum. O fenômeno essencial para determinar a virulência bacteriana é a adesão ao epitélio urinário, colonização intestinal, perineal e cateter. O tempo ideal dependerá de uma indicação médica clara e bem definida. Imediatamente depois de cessados os motivos que indicaram o uso do dispositivo, a sonda deverá obrigatoriamente ser retirada.

Os indicadores a serem monitorados:

- Densidade de Infecção Urinária associada a Sondagem Vesical de Demora;
- Taxa de utilização de cateter vesical.

Para se prevenir a infecção urinária associada ao cateterismo vesical serão adotadas as seguintes medidas de prevenção:

- Infraestrutura para prevenção: elaboração de protocolos de uso, inserção e manutenção do cateter. Elaborar *check list* para acompanhamento da inserção do cateter vesical;
- Vigilância do processo: estabelecer rotina de monitoramento e vigilância, considerando riscos potenciais e frequência de utilização de cateteres urinário;
- Treinamento da equipe de saúde envolvida na inserção;
- Definir e monitorar: técnica correta de inserção, manejo correto do cateter.

O SCIH, em visita diária, realizará o monitoramento utilizando o *check list* para avaliação da adesão às práticas preventivas - *Bundlle*, e instituição de práticas corretivas.

c) Infecção Primária de Corrente Sanguínea

As infecções primárias de corrente sanguínea – IPCS estão entre as mais comumente relacionadas à assistência à saúde. Dentre os mais frequentes fatores de risco conhecidos para IPCS, podemos destacar o uso de cateteres vasculares centrais, principalmente os de curta permanência.

Indicadores a serem monitorados:

- Densidade de Infecção Hospitalar em corrente sanguínea associada à Cateter Venoso Central;
- Taxa de utilização de Cateter Venoso Central: nas UTIs e URVA.

Para se prevenir a infecção primária de corrente sanguínea serão adotadas as seguintes medidas de prevenção:

- Infraestrutura para prevenção: elaboração de protocolos de uso, inserção e manutenção do cateter. Elaborar *check list* para acompanhamento da inserção do cateter central;
- Vigilância do processo: estabelecer rotina de monitoramento e vigilância, considerando riscos potenciais e frequência de utilização de cateteres central;
- Treinamento da equipe de saúde envolvida na inserção;
- Definir e monitorar: técnica correta de inserção, manejo correto do cateter (*Bundlle*).

Além disso, será monitorado diariamente em todas as unidades, o usuário com risco para flebite, e adotadas medidas preventivas conforme descrito em protocolo. Nas Unidades de Internação, o SCIH será acionado quando necessário.

É importante ressaltar que os eventos serão notificados no Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária - NOTIVISA.

d) Infecção de Sítio Cirúrgico –ISC

Entende-se que a infecção é ainda uma das mais temidas complicações decorrentes de uma cirurgia. Apesar dos avanços na prevenção, a contaminação por

bactérias e outros microrganismos é uma possibilidade real quando se realiza um procedimento cirúrgico. A contaminação endógena, isto é, a contaminação por microrganismos a partir da flora microbiana própria do paciente é o mais importante fator para o desenvolvimento da infecção cirúrgica. Portanto parte do risco está relacionada à própria cirurgia. Por isso cirurgias que envolvem a manipulação de locais do organismo onde a flora apresenta uma alta concentração de microrganismos, como o intestino, por exemplo, são associadas a taxas de infecção mais elevadas, há maior risco de desenvolvimento de infecção. Inversamente, espera-se que em cirurgias limpas, em que são abordados tecidos estéreis, como por exemplo, em neurocirurgias, a ocorrência de infecção seja bem menos frequente.

Para prevenir a ISC, será elaborado protocolo com medidas preventivas a serem adotados no período pré-operatório, medidas de controle intra-operatório e pós-operatório.

Considerando a importância de monitorar a Taxa de Infecção de Sítio Cirúrgico –ISC, em 100% das cirurgias limpas, a AHBB sugere a implantação de um sistema de monitoramento, onde o paciente recebe orientações na alta: quais alterações que podem ocorrer na ferida operatória a que deve estar atento, e neste caso, procurar o hospital. Além disso, sugere-se que a enfermeira do SCIH entre em contato com esse paciente, por telefone, no sétimo dia de pós-cirurgia, para colher informações de como está a ferida. Em ambas as situações serão mantidos os registros, em formulários específicos para esta finalidade.

Concluindo-se, altas taxas de infecção em cirurgias limpas podem significar que a contaminação é proveniente de outras fontes, como práticas inadequadas durante a cirurgia e falhas no processamento dos materiais e instrumentos utilizados. Considerando-se a premissa acima, o indicador torna-se uma importante ferramenta no monitoramento e gerenciamento de riscos.

O Serviço de Controle de Infecção Hospitalar – SCIH, deve monitorar quando um usuário necessitar de internação ou observação em leito de isolamento, garantindo que foi realizada de forma adequada a medida de contenção de acordo com a CID-10.

Precauções e Isolamento

O objetivo básico de um sistema de precauções e isolamento é a prevenção da transmissão de microrganismos:

- De um paciente para outro paciente;
- De um paciente para um profissional da saúde;
- De um portador sã ou doente para outro.

Esta prevenção abrange medidas referentes aos pacientes, mas também aos profissionais da saúde, que podem servir de veículo de transmissão destes microrganismos.

Medidas preventivas:

- Lavagem das mãos;
- Usar EPI para o tipo adequado de isolamento instituído;
- Contenção do paciente;
- Cuidados com roupas;
- Higienização adequada do local.

Precauções baseadas em transmissão:

Figura 6 – Precaução padrão



PRECAUÇÃO PADRÃO



Higienização das mãos



Luvas e Avental



Óculos e Máscara



Caixa perfuro-cortante

Devem ser seguidas para **TODOS OS PACIENTES**, independente da suspeita ou não de infecções.

- Lave as mãos com água e sabonete antes e após o contato com qualquer paciente, após a remoção das luvas e após o contato com sangue ou secreções.
- Se as mãos não estiverem visivelmente sujas, fricção-as com álcool 70% antes e após o contato com qualquer paciente ou superfícies.
- Use luvas apenas quando houver risco de contato com sangue, secreções ou membranas mucosas. Calce-as imediatamente antes do contato com o paciente e retire-as logo após o uso, higienizando as mãos em seguida. É proibido o uso do mesmo par de luvas entre vários pacientes.
- Use óculos, máscara e/ou avental quando houver risco de contato de sangue ou secreções, para proteção da mucosa de olhos, boca, nariz, roupa e superfícies corporais.
- Descarte, em recipientes apropriados, seringas e agulhas, sem desconectá-las ou reencapá-las.



Agência Nacional de Vigilância Sanitária

Fonte: ANVISA, 2007.

Figura 7 – Precaução de contato



PRECAUÇÃO DE CONTATO



Higienização das mãos



Avental



Luvas



Quarto privativo

Indicações: **infecção ou colonização por microrganismo multirresistente, varicela, infecções de pele e tecidos moles com secreções não contidas no curativo, impetigo, herpes zoster disseminado ou em imunossuprimido, etc.**

- Higienize as mãos antes e após o contato com o paciente; use óculos, máscara cirúrgica e avental quando houver risco de contato com sangue ou secreções e descarte adequadamente os perfuro-cortantes.
- Use luvas e avental em toda manipulação do paciente, de cateteres, de sondas, do circuito e do equipamento ventilatório e de outras superfícies próximas ao leito. Coloque-os imediatamente antes do contato com o paciente ou com as superfícies e retire-os logo após o uso, higienizando as mãos em seguida.
- Quando não houver disponibilidade de quarto privativo, a distância mínima entre dois leitos deve ser de um metro.
- Equipamentos como termômetro, esfigmomanômetro e estetoscópio devem ser de uso exclusivo do paciente e higienizados após uso.
- Evitar caixas de luvas e materiais ao lado do paciente, pelo risco de contaminação, levar apenas o de uso, caso contrário, desprezar tudo na saída do paciente.
- Quarto privativo apenas em secreções não contidas, como traqueostomia, diarreia em incontinentes (consultar SCH).



Agência Nacional de Vigilância Sanitária

Fonte: ANVISA, 2007.

Figura 8 – Precaução para gotículas



PRECAUÇÃO PARA GOTÍCULAS



Higienização das mãos



Máscara Cirúrgica
(profissional)



Máscara Cirúrgica
(paciente durante o transporte)



Quarto privativo

Indicações: meningites bacterianas, coqueluche, difteria, caxumba, influenza, rubéola, etc.

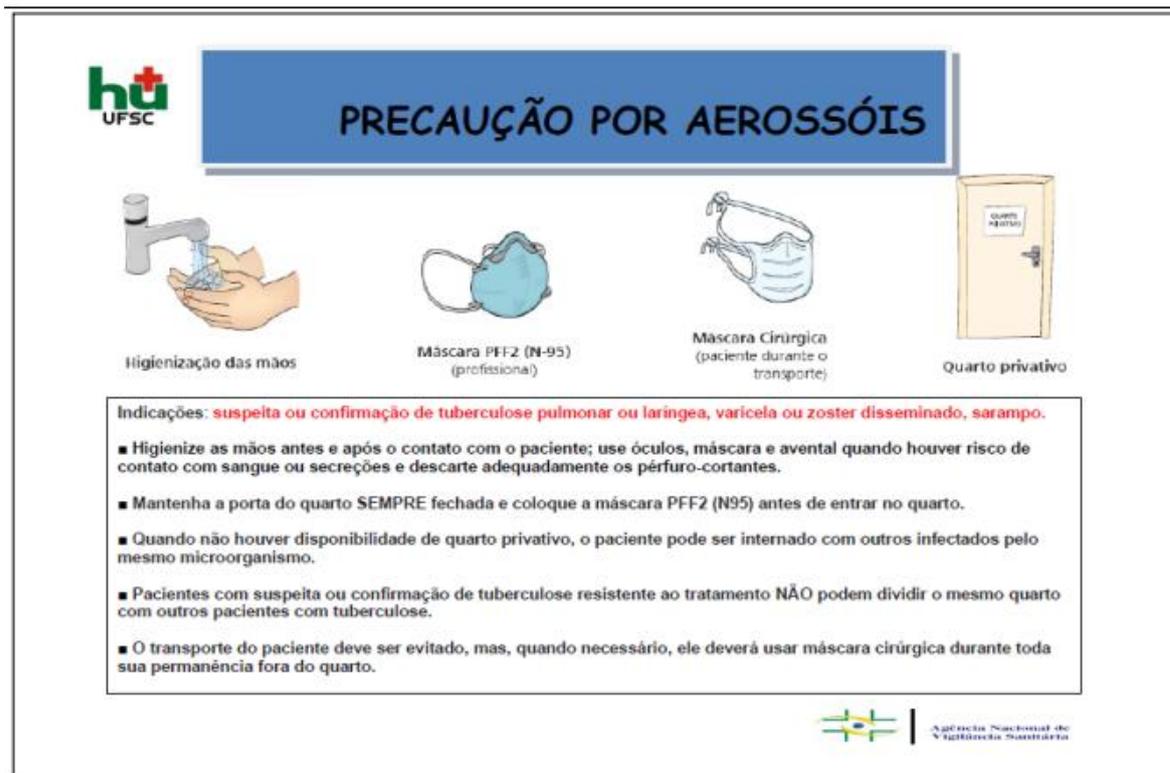
- Higienize as mãos antes e após o contato com o paciente; use óculos, máscara cirúrgica e avental quando houver risco de contato com sangue ou secreções e descarte adequadamente os perfuro-cortantes.
- Quando não houver disponibilidade de quarto privativo, o paciente pode ser internado com outros infectados pelo mesmo microrganismo. A distância mínima entre dois leitos deve ser de um metro.
- O transporte do paciente deve ser evitado, mas, quando necessário, ele deverá usar máscara cirúrgica durante toda sua permanência fora do quarto.



Agência Nacional de Vigilância Sanitária

Fonte: ANVISA, 2007.

Figura 9 – Precaução por aerossóis



Fonte: ANVISA, 2007.

A precaução correspondente à infecção/microrganismo seguirá as recomendações da ANVISA e atualizações.

4.1.1. Vigilância Epidemiológica

O Serviço de Controle de Infecção Hospitalar será responsável também pela Vigilância Epidemiológica, sendo que as atividades realizadas serão:

- ✓ Elaborar e divulgar periodicamente relatórios das doenças notificadas no hospital e realizar sistematicamente reuniões da CCIH;
- ✓ Vigilância Epidemiológica, notificação de doenças compulsórias, acompanhamento da sala de vacinas e de atendimento antirrábico (se este serviço estiver disponível no HMC);
- ✓ Participar das atividades de imunização de profissionais e usuários no ambiente hospitalar;

- ✓ Elaborar, implementar e manter o sistema de busca ativa para os pacientes internados ou atendidos no pronto atendimento para detecção de doenças de notificação compulsória e infecção relacionada à assistência à saúde;
- ✓ Notificar ou investigar as Doenças de Notificação Compulsória (DNC) no âmbito hospitalar, utilizando as fichas de notificação e investigação padronizadas pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN;
- ✓ Realizar a notificação imediata para as doenças que necessitam de ações de controle e investigação imediata, segundo normas e procedimentos estabelecidos pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde e pela Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVE) da Secretaria do Estado da Saúde;
- ✓ Inserir as informações nas Fichas de Investigação Epidemiológica do banco de dados do SINAN, consolidar, analisar e divulgar as informações referentes às DNC no ambiente hospitalar, respeitando as normas e rotinas estabelecidas pelo SINAN, para subsidiar o planejamento e a avaliação das ações para os gestores do hospital;
- ✓ Participar das atividades de investigação de surtos e de interrupção da cadeia de transmissão de DNC detectados no âmbito hospitalar;
- ✓ Promover um trabalho integrado com o laboratório do hospital e com outros laboratórios de referência, estabelecendo fluxo de envio de amostras e de recebimento de resultados de exames referentes às DNC;
- ✓ Promover a integração com o serviço de arquivo médico, para acesso às informações necessárias à vigilância epidemiológica contidas no prontuário e em outros registros de atendimento.

As doenças e agravos serão notificados conforme Portaria Nº 1.271 de 2014. O técnico de enfermagem do SCIH será o responsável pela busca ativa de doenças de notificação no pronto-socorro, analisando as fichas de atendimento. Todos os casos de agravos à saúde devem ser atendidos pela equipe multiprofissional, evitando assim a exposição do usuário, e neste caso, a Assistente Social será a

responsável pelo preenchimento da Ficha SINAM. O encaminhamento de todas as notificações será de responsabilidade da Vigilância Epidemiológica/SCIH.

4.1.2. Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar é o órgão encarregado pela elaboração, implantação e avaliação do Programa de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH), que consiste em um conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares, bem como a correta utilização dos antibióticos.

Proposta de constituição: será constituída de acordo com o Regimento Interno da Comissão, Art. 3º e 4º e legislação vigente, com o número de membros descritos no Regimento Interno, Capítulo II.

Cronograma de Atividades: será estabelecido de acordo com o Regimento Interno, com reuniões regulares mensalmente e por solicitação da Direção do Hospital.

Para a organização da CCIH no Hospital Municipal de Cubatão propomos o seguinte regimento:

I. Regimento Interno da Comissão de Infecção Hospitalar

CAPÍTULO I

PRINCÍPIOS E OBJETIVOS

Art. 1º.

A Comissão de Infecção Hospitalar do Hospital Municipal de Cubatão vinculada à Diretoria Geral, de acordo com a lei federal nº 9.431 de 06.01.1997, desenvolve ações deliberada e sistematicamente com vistas a redução máxima possível da incidência e a gravidade das infecções hospitalares.

Art. 2º.

De caráter técnico científico, permanente e que tem por finalidade formular e programar uma política institucional para qualquer infecção adquirida após a

internação de um paciente em hospital e que se manifeste durante a internação ou mesmo após a alta, quando puder ser relacionada com a hospitalização.

CAPÍTULO II

ORGANIZAÇÃO DA COMISSÃO

COMPOSIÇÃO

Art. 3º

A CCIH será constituída por profissionais de saúde formalmente designados pela direção do Hospital Municipal de Cubatão. Terá uma composição multidisciplinar e multiprofissional, devendo contar com componentes efetivos e um número variável de membros ligados à assessoria técnica.

§1º. - A CCIH deverá ser composta por profissionais da área de saúde, de nível superior, formalmente designados.

§2º. - Os membros da CCIH serão de dois tipos: consultores e executores.

§3º. - O presidente ou coordenador da CCIH será qualquer um dos membros da mesma, indicado pela direção do hospital.

§4º. - Os membros consultores serão representantes, dos seguintes serviços:

1. Serviço médico;
2. Serviço de enfermagem;
3. Serviço de farmácia;
4. Laboratório;
5. Administração;
6. Serviço de Limpeza.

§5º. - As indicações deverão recair preferencialmente em profissionais com reconhecida experiência em sistema de informação de medicamentos, comissões e áreas de apoio hospitalar, sendo desejável ter conhecimento em Farmacologia, Epidemiologia e Administração Hospitalar.

Art. 4º

Os membros executores da CCIH representam o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar e, portanto, são encarregados da execução das ações programadas de controle de infecção hospitalar.

§1º. - Um dos membros executores deve preferencialmente ser um enfermeiro.

§2º. - A carga horária diária dos membros executores, deverá ser calculada na base da proporcionalidade de leitos.

ORGANIZAÇÃO DO FUNCIONAMENTO

COMPETÊNCIAS

Art. 5º

A CCIH do hospital deverá elaborar, implementar, manter e avaliar programa de controle de infecção hospitalar, adequado às características e necessidades da instituição, contemplando, no mínimo, ações relativas a:

§1º. - Implantação de um Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares;

§2º. Adequação, implementação e supervisão das normas e rotinas técnico-operacionais, visando à prevenção e controle das infecções hospitalares;

§3º. Capacitação do quadro de funcionários e profissionais da instituição, no que diz respeito à prevenção e controle das infecções hospitalares;

§4º. Uso racional de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares;

§5º. Avaliar, periódica e sistematicamente, as informações providas pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das infecções hospitalares e aprovar as medidas de controle propostas pelos membros executores da CCIH;

§6º. Realizar investigação epidemiológica de casos e surtos, sempre que indicado, e implantar medidas imediatas de controle;

§7º. Elaborar e divulgar, regularmente, relatórios e comunicar, periodicamente, à autoridade máxima de instituição e às chefias de todos os setores do hospital, a situação do controle das infecções hospitalares, promovendo seu amplo debate na comunidade hospitalar;

§8º. Elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando limitar a disseminação de agentes presentes nas infecções em curso no hospital, por meio de medidas de precaução e de isolamento;

§9º. Adequar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando à prevenção e ao tratamento das infecções hospitalares;

§10. Definir, em cooperação com a Comissão de Farmácia e Terapêutica, política de utilização de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares para a instituição;

§11. Cooperar com o setor de treinamento ou responsabilizar-se pelo treinamento, com vistas a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais, no que diz respeito ao controle das infecções hospitalares;

§12. Cooperar com a ação do órgão de gestão do SUS, bem como fornecer prontamente, as informações epidemiológicas solicitadas pelas autoridades competentes;

§13. Notificar ao Serviço de Vigilância Epidemiológica e Sanitária do organismo de gestão do SUS, os casos e surtos diagnosticados ou suspeitos de infecções associadas à utilização de insumos e/ou produtos industrializados.

CAPÍTULO III

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 6º.

Caberá à autoridade máxima da instituição constituir formalmente a CCIH.

§1º. - Nomear os componentes da CCIH por meio de ato próprio.

§2º. - Propiciar a infraestrutura necessária à correta operacionalização da CCIH.

§3º. - Aprovar e fazer respeitar o regimento interno da CCIH.

§4º.- Garantir a participação do Presidente da CCIH nos órgãos colegiados deliberativos e formuladores de política da instituição, como, por exemplo, os conselhos técnicos, independente da natureza da entidade mantenedora da instituição de saúde.

§5º. - Garantir o cumprimento das recomendações formuladas pela Coordenação Municipal, Estadual/Distrital de Controle de Infecção Hospitalar.

§6º. - Informar o órgão oficial municipal ou estadual quanto à composição da CCIH, e às alterações que venham a ocorrer.

§7º. - Fomentar a educação e o treinamento de todo o pessoal hospitalar.

Art. 7º

São atribuições da CCIH:

I - Ser responsável pelo desenvolvimento e pela supervisão da política e práticas de controle de infecção no hospital;

II - Elaborar e atualizar periodicamente a relação de ações, divulga-la e determinar seu uso como instrumento básico para a prescrição médica;

III - Prestar assessoria ao corpo clínico e a administração do hospital em assuntos relacionados a CCIH;

IV - Estabelecer um plano apropriado de capacitação permanente para os profissionais de saúde envolvidos em assuntos relacionados a CCIH, através do Núcleo de Educação Permanente do Hospital.

CAPÍTULO IV

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 8º

Os casos omissos surgidos na aplicação do presente Regimento Interno serão encaminhados, acompanhados de parecer da CCIH, ao Diretor Técnico do Hospital Municipal de Cubatão.

Art. 9º

O presente Regimento Interno entrará em vigor na data de sua publicação, devendo previamente ter aprovação da Direção Técnica do Hospital Municipal de Cubatão.

Art. 10

As resoluções da CCIH terão caráter normativo e deverão ser cumpridas pelo corpo clínico.

Art. 11

O presente Regulamento Interno poderá ser alterado mediante proposta da maioria absoluta dos integrantes da CCIH, encaminhada ao Presidente da mesma, devendo entrar em vigência após aprovação do Diretor Técnico do Hospital Municipal de Cubatão.

Atribuições

- ✓ Propor diretrizes de atuação em assuntos relevantes para o controle de infecção hospitalar;
- ✓ Avaliar sistematicamente o Programa de Controle de Infecção Hospitalar - PCIH, e o Sistema Operacional de Vigilância, Notificação e Investigação Epidemiológicas do serviço;
- ✓ Estimular o quadro técnico do serviço ao desenvolvimento de pesquisas que venham a contribuir, direta ou indiretamente, para o controle da infecção Hospitalar.
- ✓ Elaborar, implementar, manter, avaliar e adequar aspectos de prevenção e controle propriamente dito;
- ✓ Planejar e implementar cursos de atualização em controle de infecção Hospitalar, objetivando estabelecer sistematicamente um programa de Educação Médica Continuada para equipe multiprofissional que lida, direta ou indiretamente, com a comunidade Hospitalar;
- ✓ Planejar, padronizar, treinar e supervisionar técnicas, procedimentos, normatizações e medidas de prevenções universais relativas à prevenção e ao controle das infecções hospitalares no serviço, em todos seus setores.

Cronograma de Atividades

		CRONOGRAMA DE ATIVIDADES											
REVISÃO SEMESTRAL													
Comissão de Controle de Infecção Hospitalar													
Ações	Responsável	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Nomeação dos membros da Comissão	Diretor Técnico												
Reunião Mensal da Comissão	Equipe												
Implantação de indicadores	Equipe												
Levantamento das Necessidades de Treinamento	Equipe												
Capacitação em Lavagem das Mãos	Equipe												
Implantação de Bundles	Equipe												
Análise e apresentação dos indicadores	Equipe												

4.2. Serviço de Atendimento ao Usuário – SAU

O Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU) é um canal democrático de estímulo à participação comunitária, de disseminação de informações em saúde e de mediação entre o cidadão e os gestores dos serviços de saúde. Além de ser instrumento de controle social para a defesa do direito à saúde, possibilita o aperfeiçoamento da qualidade e da eficácia das ações e serviços prestados pelas unidades e humaniza o atendimento. Constitui-se em um canal de comunicação direto e eficaz que interage fortemente com o ambiente interno e externo da instituição.

Diante do exposto, a AHBB propõe estabelecer canal de comunicação com os usuários do Hospital Municipal de Cubatão através do Serviço de Atendimento ao Usuário – SAU e Pesquisa de Satisfação do Usuário.

O objetivo mediante as estratégias propostas é estimular a participação da sociedade no processo de avaliação dos serviços; registrar e tratar das manifestações dos cidadãos relativas aos serviços prestados; apresentar aos gestores as informações decorrentes da avaliação da população; apoiar e fortalecer a participação social no SUS.

O serviço possuirá sala exclusiva para atendimento do usuário. Caso não seja possível no momento da procura do serviço, será garantido o atendimento individual

e com privacidade. A responsabilidade deste processo será do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente, e o setor terá profissional assistente administrativo (subordinados ao Coordenador do NQSP) cujas atribuições estão descritas a seguir:

- ✓ Organizar o Serviço de Atendimento ao Usuário – SAU e a Pesquisa de satisfação do Usuário;
- ✓ Ouvir as manifestações espontâneas dirigidas ao SAU que não sejam direcionadas aos setores ou que necessita de requalificação;
- ✓ Receber e analisar os processos abertos no SAU após a finalização dos setores de atendimento;
- ✓ Estruturar e acompanhar o banco de dados do SAU;
- ✓ Acompanhar a realização da pesquisa de satisfação do usuário;
- ✓ Analisar os relatórios consolidados do SAU e a Pesquisa de Satisfação das Usuárias de todos os setores de internação mensalmente;
- ✓ Encaminhar para Auxiliar Administrativo do setor de faturamento, relatório consolidado do SAU e Pesquisa de Satisfação do Usuário, mensalmente, em data a ser estabelecida;
- ✓ Apresentar resultados do SAU e Pesquisa de Satisfação ao Usuário aos diferentes setores, definindo juntamente com os responsáveis, sistemática de ações corretivas e, ou melhoria onde couber;
- ✓ Apresentar resultados do SAU e Pesquisa de Satisfação do Usuário ao Diretor do Hospital, subsidiando o desenvolvimento de estratégias de qualificação e humanização do atendimento;
- ✓ Propor, coordenar e implementar a Política Municipal de Ouvidoria em Saúde, no âmbito do SUS Municipal, buscando integrar e estimular práticas que ampliem o acesso dos usuários e trabalhadores em saúde, ao processo de avaliação do SUS;
- ✓ Acolher, registrar e apurar denúncias, reclamações, insatisfações, solicitações, elogios e informações variadas de usuários e trabalhadores, apurando sua fundamentação;

- ✓ Fornecer informações a respeito das políticas de saúde desenvolvidas pelo Município;
- ✓ Buscar as informações necessárias ao processamento das demandas recebidas;
- ✓ Acompanhar cada caso até sua solução final, buscando dotar de agilidade os encaminhamentos;
- ✓ Elaborar relatório periódico das demandas recebidas e seus encaminhamentos para subsídio do processo de planejamento do gestor;
- ✓ Propor ao gestor a adoção de providências que implementem melhorias nos serviços, a partir da sugestão dos usuários e trabalhadores em saúde;
- ✓ Atender solicitação dos Conselhos: Municipal, Distrital de Saúde, Conselhos de Unidades e demais órgãos de controle social;
- ✓ Analisar sugestões emanadas da sociedade civil, por intermédio de suas organizações, e demais órgãos de controle social, com vistas à ampliação do acesso e à melhoria dos serviços de saúde;
- ✓ Promover a discussão das demandas e encaminhar quando necessário às instâncias competentes os problemas que afetam a qualidade do atendimento da Rede de Serviços do SUS no Município;
- ✓ Implementar políticas de estímulo à participação de usuários, trabalhadores em saúde e entidades da sociedade no processo de avaliação dos serviços prestados pelo SUS;
- ✓ Atuar na prevenção e mediação de conflitos dos usuários relativos aos serviços oferecidos pelo Sistema de Saúde com os prestadores de serviços no âmbito do SUS.

Funcionamento do serviço

O SAU capta dados através de um único documento que avalia a satisfação dos usuários referente os serviços prestados e, no verso da Pesquisa de Satisfação há um espaço reservado para comentários como dúvidas, sugestões, críticas e elogios.

O instrumento será elaborado quando a AHBB estiver administrando o Hospital.

Mensalmente os dados levantados nas Pesquisas de Satisfação são enviados aos gestores das unidades para avaliação e aprimoramento dos serviços prestados, além de emitir parecer sobre as reclamações e sugestões informando as providências tomadas para solução do problema.

As manifestações são classificadas em suas especificidades e após análise são encaminhadas as áreas competentes para ciência e providências. Após este processo o SAU, encaminha devolutiva da manifestação ao usuário.

A prioridade é responder aos manifestantes com agilidade. Controlar os processos recebidos, controlar os prazos de soluções. Acompanhar em tempo real o fluxo da reclamação. Buscar pró-atividade nas soluções dos problemas, fazendo de uma ouvidoria passiva para uma ativa.

Será destinado, a medida do possível, sala exclusiva para o desenvolvimento das atividades do serviço de atenção ao usuário, local também destinado a receber os usuários para atendimento aos usuários.

As manifestações oriundas do Sistema de Ouvidoria Municipal serão acessadas pelo Gestor do Hospital Municipal de Cubatão para conhecimento da manifestação e a inserção dos encaminhamentos e providências tomadas no sistema.

Na apuração dos fatos o gestor local deve observar todos os aspectos contidos na manifestação do usuário, considerando as várias situações apontadas pela mesma, apurando cada uma dessas situações e identificando todos os elementos envolvidos. A resposta ao manifestante sempre que possível deve ocorrer pessoalmente, quando não possível deve ocorrer por telefone, e-mail ou correspondência. Os prazos para retorno serão estabelecidos em conjunto com a SMS, não devendo ultrapassar 30 dias.

O telefone da Ouvidoria da Prefeitura de Cubatão, bem como o link para manifestação via internet, será disponibilizado em cartaz ou outra forma de comunicação visual nas unidades, juntamente com as informações sobre a ouvidoria local, para conhecimento dos usuários do serviço.

4.3. Avaliação do Grau de Satisfação do Usuário

Pesquisa de Satisfação

A importância da avaliação feita pelos usuários de serviços é cada vez mais citada na literatura, sobretudo quando se trata da busca da qualidade dos serviços hospitalares. Muitas estratégias para melhoria de serviços de saúde estão baseadas na satisfação do usuário. Ouvir e observar o comportamento dos usuários dentro das instituições de saúde é fundamental para a compreensão e melhoria da organização do serviço. O objetivo da pesquisa de satisfação é avaliar em como o usuário percebe a oferta dos serviços em relação ao funcionamento e qualidade dos serviços de saúde através de Pesquisas de Satisfação, sendo a informação obtida através de entrevistas realizada com os usuários em atendimento no pronto-socorro, no ambulatório, ou internados no Hospital Municipal de Cubatão.

Os resultados da pesquisa de satisfação serão monitorados buscando sempre a satisfação máxima dos usuários. Caberá ao NQSP apresentar o consolidado dos resultados obtidos, dividindo as avaliações em quatro grupos: o de usuários internados, o de acompanhantes de usuários internados, o de usuários em atendimento no setor de pronto-socorro e, em atendimento ambulatorial.

Os resultados da pesquisa de satisfação permitirão identificar as inconstâncias dos setores hospitalares, para que ações corretivas ou de melhoria possam ser elaboradas, buscando um contínuo aprimoramento do padrão técnico e funcional, de modo a disponibilizar serviços assistenciais centrados na qualidade.

Indicadores

São instrumentos gerenciais sem os quais não seria possível realizar uma avaliação rigorosa de produtividade ou qualidade numa instituição de saúde.

Os indicadores utilizados são os seguintes:

- Taxa de Pesquisas Respondidas:

$$\text{Representatividade das Pesquisas respondidas} = \sum \frac{\text{Pesquisas respondidas}}{\text{Pacientes Internados no período}} \times 100$$

O resultado será o percentual de pesquisas respondidas sobre os atendimentos prestados.

- Grau de Satisfação do Usuário:

$$\text{Grau de Satisfação do Usuário} = \frac{\text{N}^{\circ} \text{ de Respostas Satisfatórias (ótimo e bom)}}{\text{N}^{\circ} \text{ de Pesquisas respondidas} \times \text{N}^{\circ} \text{ de Itens da Pesquisa}} \times 100$$

O resultado será o percentual de usuários satisfeitos.

4.4. Gestão Compartilhada

A política Nacional de Humanização propõe o atendimento com qualidade e a participação integrada dos gestores, trabalhadores e usuários na consolidação do SUS. Os valores que norteiam essa 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 modelo de gestão, proposto pela PNH é centrado no trabalho em equipe, na construção coletiva e em colegiados que garantem que o poder seja de fato compartilhado, por meio de análises, decisões e avaliações construídas coletivamente.

Em consonância com a PNH, o Hospital Municipal de Cubatão gerenciado pela AHBB deverá transformar os espaços coletivos existentes, tanto dos gestores e dos trabalhadores da saúde quanto dos usuários, em espaços onde se discute e se tomam decisões. Assim as reuniões técnicas, reuniões gerais, reuniões de Conselhos Gestor, dentre outras, devem se constituir como espaços de motivação, capacidade criativa e momentos de reflexão na busca de soluções e aumento da responsabilidade social. Pressupõe, também, interação com troca de saberes e poderes entre profissionais, usuários e gestores.

4.4.1. Ações Institucionais de Humanização

O Ministério da Saúde em maio de 2000 regulamenta o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) que se constitui em uma política ministerial destinada a promover uma nova cultura de atendimento à saúde no Brasil.

O objetivo fundamental do PNHAH foi aprimorar as relações entre profissionais, entre usuários/profissionais e entre hospital e comunidade, visando à melhoria da qualidade e à eficácia dos serviços prestados. O programa foi substituído por uma perspectiva transversal, denominada "Humaniza SUS", constituindo como uma política de assistência e não mais um programa específico.

Desde 2003 a Política Nacional de Humanização (PNH) existe com objetivo de efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) nas práticas de atenção e gestão, incentivando trocas entre gestores, trabalhadores e usuários com vista à qualificação da saúde pública no Brasil.

Segundo do Ministério da Saúde, a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS tem como propósitos: contagiar trabalhadores, gestores e usuários do SUS com os princípios e as diretrizes da humanização; fortalecer iniciativas de humanização existentes; desenvolver tecnologias relacionais e de compartilhamento das práticas de gestão e atenção; aprimorar, ofertar e divulgar estratégias e métodos de apoio a mudanças sustentáveis dos modelos de atenção e de gestão; implementar processos de acompanhamento e avaliação, ressaltando saberes gerados no SUS.

Nos serviços hospitalares a implantação da PNH deve contemplar estratégias com objetivo de:

- ✓ Ampliar o diálogo entre profissionais e população, entre profissionais e administração, promovendo a gestão participativa;
- ✓ Implantar, estimular e fortalecer grupos de trabalho de humanização com plano de trabalho definido;
- ✓ Estimular práticas resolutivas, racionalizar e adequar o uso de medicamentos, eliminando ações intervencionistas desnecessárias;
- ✓ Reforçar o conceito de clínica ampliada: estímulo a diferentes práticas terapêuticas e corresponsabilidade de gestores, trabalhadores e usuários neste processo;

- ✓ Sensibilizar as equipes ao problema da violência familiar (criança, mulher e idoso) e à questão da discriminação e preconceito (sexual, racial, doença e outros) na hora da recepção dos usuários;
- ✓ Adequar os serviços ao ambiente e à cultura local, respeitando a privacidade e promovendo a ambiência acolhedora e confortável;
- ✓ Viabilizar participação dos trabalhadores nas unidades de saúde através de colegiados gestores;
- ✓ Implementar sistema de comunicação e informação que promova o autodesenvolvimento e amplie o compromisso social dos trabalhadores de saúde;
- ✓ 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.

(Fonte: PNH, 2004)

Neste cenário a AHBB adotará como estratégia para a implantação da PNH no âmbito hospitalar, por meio de cursos e oficinas de intervenção, discussões e troca de vivências dos processos de trabalho no cotidiano, com base nas diretrizes e nos dispositivos da PNH, estimulando mudança no trabalho da atenção e produção de saúde.

As ações descritas a seguir, servirão de norte para enfrentar os desafios da humanização no SUS:

4.4.1.1. Atenção Hospitalar

1. Implantar Grupos de Trabalho de Humanização (GTH) com plano de trabalho definido.
2. Garantir visita aberta por meio da presença do acompanhante e de sua rede social, respeitando a dinâmica de cada unidade hospitalar e as peculiaridades das necessidades do acompanhante.
3. Implantar recepção com acolhimento aos usuários.

4. Definir mecanismos de escuta para a população e os trabalhadores. - Equipe multiprofissional (minimamente com médico e enfermeiro) de atenção à saúde para seguimento dos pacientes internados e com horário pactuado para atendimento à família e/ou à sua rede social.
5. Existência de mecanismos de desospitalização, visando a alternativas às práticas hospitalares, como as de cuidados domiciliares.
6. Garantir a continuidade de assistência com sistema de referência e contra referência.

Os gestores devem monitorar todas as etapas, garantindo ambiente agradável ao usuário e familiares, bem como assistência com qualidade, segura e individualizada, com respeito à vida.

A gestão dos leitos proposta pela AHBB será por regulação unificada, permitindo aos gestores a visualização dos leitos hospitalares disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS) local, agilizando o encaminhamento de pacientes que aguardam internação ou transferência.

A utilização dos leitos disponíveis em sua capacidade máxima atenderá os critérios definidos pela AHBB e o Sistema de Saúde Local, visando à diminuição do tempo de espera para Internação, evitando transferências externas.

Nesta perspectiva a AHBB efetivará de forma sistematização e gestão compartilhada de vagas e leitos, por meio de critérios estabelecidos das prioridades para internação com objetivo de agilizar as transferências internas.

A Alta hospitalar ocorrerá após avaliação e liberação de pacientes e é de responsabilidade do Corpo Clínico, Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Equipe Multidisciplinar e Administração, com orientações específicas de cada área para o pronto restabelecimento do paciente.

Dentre as principais rotinas para alta hospitalar destaca-se:

- ✓ Avaliar o paciente e liberar para alta Médica;
- ✓ Avisar a equipe de enfermagem sobre a alta hospitalar;
- ✓ Médico: Preencher resumo de alta;

- ✓ Preencher receituário médico e encaminhamentos;
- ✓ Entregar prontuário com toda a documentação para o auxiliar administrativo da unidade;
- ✓ Comunicar alta do paciente aos familiares;
- ✓ Entregar documentação de alta ao paciente.
- ✓ Orientar paciente sobre encaminhamentos necessários e orientações específicas;
- ✓ Liberar o paciente registrando a data e horário da saída;
- ✓ Preencher *check list* e encaminhar o prontuário ao SAME;
- ✓ Retirar equipamentos do quarto, após limpeza;
- ✓ Solicitar limpeza terminal do leito.

Implantação do Grupo de Trabalho de Humanização

Consideramos que humanizar a assistência significa agregar, à eficiência técnica e científica, valores éticos, além de respeito e solidariedade ao ser humano. O planejamento da assistência deve sempre valorizar a vida humana e a cidadania, considerando, assim, as circunstâncias sociais, étnicas, educacionais e psíquicas que envolvem cada indivíduo. Deve ser pautada no contato humano, de forma acolhedora e sem juízo de valores e contemplar a integralidade do ser humano.

A Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde entende por humanização a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde e enfatiza a autonomia e o protagonismo desses sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão. Pressupõe mudanças no modelo de atenção e, portanto, no modelo de gestão.

Os Grupos de Trabalho de Humanização definem-se como espaços coletivos organizados, participativos e democráticos, que funcionam à maneira de um órgão colegiado e se destinam a empreender uma política institucional de resgate dos valores humanitários na assistência, em benefício dos usuários e dos profissionais

de saúde.

O Grupo de Trabalho de Humanização tem como objetivo desenvolver e implementar ações de humanização na assistência aos pacientes e nas relações com e entre os servidores, além de reconhecer, valorizar e divulgar outras iniciativas, já implementadas ou em desenvolvimento na unidade.

Atribuições

- Capacitar os profissionais da unidade para um novo conceito da assistência à saúde que valorize a vida humana e a cidadania;
- Conceber e implantar novas iniciativas de humanização na unidade que venham a beneficiar os usuários e os profissionais de saúde;
- Fortalecer e articular todas as iniciativas de humanização já existentes;
- Estimular a realização de parcerias e intercâmbio de conhecimento e experiências nesta área;
- Desenvolver um conjunto de indicadores de resultados e sistema de incentivos ao tratamento humanizado;
- Modernizar as relações de trabalho no âmbito hospitalar tornando as relações mais harmônicas e solidárias;
- Difundir os benefícios da assistência humanizada; pesquisar e levantar os pontos críticos do funcionamento da unidade.

Composição

A Comissão será composta por profissionais que exerçam atividades na unidade, colaboradores voluntários, sendo representada por um Coordenador, responsável pela condução das atividades da Comissão.

A inclusão de novos membros estará condicionada a participação do voluntário no Curso de Capacitação e Humanização do GTH.

4.5. Comissões a serem implantadas

A AHBB irá implantar as diversas comissões e núcleos compostos por profissionais multidisciplinares, cujas responsabilidades variam conforme suas especificidades individuais. Seus objetivos são a preservação da vida, a promoção

da saúde das pessoas e do ambiente, a melhoria de processos, a humanização, a segurança e o desenvolvimento, para que a Instituição possa oferecer, cada vez mais, serviços de saúde de qualidade.

Todas as Comissões devem manter controle das reuniões com elaboração de ata, lista de presença e, cronograma de trabalho.

A seguir, estão descritas as comissões a serem implantadas, com modelo de regimento. Cabe ressaltar que a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e Vigilância Epidemiológica está descrita na íntegra, no item 4.1. Serviço de Controle de Infecção Hospitalar.

4.5.1. Comissão de Ética Médica - CEM

A Comissão de Ética Médica tem como finalidade supervisionar, orientar e fiscalizar o exercício da medicina, assegurando qualidade no atendimento e direitos do paciente.

Proposta de constituição: será constituída de acordo com o Regimento Interno da Comissão, Capítulo I e legislação vigente, com o número de membros descritos no Regimento Interno, Capítulo II.

Cronograma de Atividades: será estabelecido de acordo com o Regimento Interno, com reuniões regulares mensalmente e por solicitação, com início após 90 dias do início da Administração da AHBB.

Para a Comissão de Ética Médica do Hospital Municipal de Cubatão propomos o seguinte regimento:

I. Regimento Interno da Comissão de Ética Médica

CAPÍTULO I

PRINCÍPIOS E OBJETIVOS

Das Definições

Art. 1º

A Comissão de Ética Médica é o órgão representativo do Conselho Federal de Medicina, junto ao Hospital Municipal de Cubatão, estando a ele vinculada. Constituída nos termos da Resolução CFM nº 1.657/2002.

Apresenta as funções opinativas, educativas e fiscalizadoras do desempenho Ético da Medicina em sua área de abrangência.

Art. 2º

As Comissão de Ética é vinculada ao Conselho Regional de Medicina e deve manter a sua autonomia em relação à instituição onde atua, não podendo ter qualquer vinculação ou subordinação à direção do estabelecimento.

Parágrafo único – Cabe ao diretor técnico prover as condições necessárias ao trabalho da Comissão de Ética.

CAPÍTULO II

DA COMPOSIÇÃO, ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA DA COMISSÃO.

Art. 3º

A Comissão de Ética é composta por 01 (um) presidente, 01 (um) secretário e demais membros efetivos e suplentes.

Art. 4º

A Comissão de Ética Médica será instalada nos termos do Art. 1º deste Regulamento, obedecendo ao seguinte critério de proporcionalidade:

§1º. - A Comissão de Ética Médica deverá ser composta por 03 (três) membros efetivos e igual número de suplentes;

Art. 5º

Não poderão integrar a Comissão de Ética Médica os médicos que exercerem cargos de direção técnica, clínica ou administrativa da instituição e os que não estejam quites com o Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único – Quando investidos nas funções acima após terem sido eleitos, os membros efetivos serão substituídos pelos suplentes.

Art. 6º

O mandato da Comissão de Ética será de até 30 (trinta) meses.

Art. 7º

Nos casos de afastamento definitivo ou temporário de um de seus membros efetivos, a Comissão procederá a convocação do suplente respeitando a ordem de votação para a vaga ocorrida, pelo tempo que perdurar o afastamento, devendo oficial tal decisão ao Conselho Regional de Medicina imediatamente após o feito.

Parágrafo único – Se o membro da CEM deixar de fazer parte do Corpo Clínico da Instituição, o seu mandato cessará automaticamente.

Art. 8º

Nos casos de vacância do cargo de presidente ou de secretário far-se-á nova escolha, pelos membros efetivos, para o cumprimento do restante do mandato.

Art. 9º

Quando ocorrer vacância em metade ou mais dos cargos da Comissão de Ética, será convocada nova eleição para preenchimento dos cargos vagos de membros efetivos ou suplentes.

CAPÍTULO III

DA COMPETÊNCIA

Art. 10

Compete à Comissão de Ética:

- a) Supervisionar, orientar e fiscalizar, em sua área de atuação, o exercício da atividade médica, atentando para que as condições de trabalho do médico, bem como sua liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecido aos pacientes respeitem os preceitos éticos e legais;
- b) Comunicar ao Conselho Regional de Medicina quaisquer indícios de infração à lei ou dispositivos éticos vigentes;

- c) Comunicar ao Conselho Regional de Medicina o exercício ilegal da profissão;
- d) Comunicar ao Conselho Regional de Medicina as irregularidades não corrigidas dentro dos prazos estipulados;
- e) Comunicar ao Conselho Regional de Medicina práticas médicas desnecessárias e atos médicos ilícitos, bem como adotar medidas para combater a má prática médica;
- f) Instaurar sindicância, instruí-la e formular relatório circunstanciado acerca do problema, encaminhando-o ao Conselho Regional de Medicina, sem emitir juízo;
- g) Verificar se a instituição onde atua está regularmente inscrita no Conselho Regional de Medicina e em dia com as suas obrigações;
- h) Colaborar com o Conselho Regional de Medicina na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar sobre temas relativos à Ética Médica;
- i) Elaborar e encaminhar ao Conselho Regional Medicina relatório sobre as atividades desenvolvidas na instituição onde atua;
- j) Atender as convocações do Conselho Regional de Medicina;
- k) Manter atualizado o cadastro dos médicos que trabalham na instituição onde atua;
- l) Fornecer subsídios à Direção da instituição onde funciona, visando à melhoria das condições de trabalho e da assistência médica;
- m) Atuar preventivamente, conscientizando o Corpo Clínico da instituição onde funciona quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético;
- n) Promover a divulgação eficaz e permanente das normas complementares emanadas dos órgãos e autoridades competentes;
- o) Encaminhar aos Conselhos fiscalizadores das outras profissões da área de saúde que atuem na instituição representações sobre indícios de infração aos seus respectivos Códigos de Ética;
- p) Colaborar com os órgãos públicos e outras entidades de profissionais de saúde em tarefas relacionadas com o exercício profissional;

q) Orientar o público usuário da instituição de saúde onde atua sobre questões referentes à Ética Médica.

Art. 11

Compete aos membros da Comissão de Ética:

- a) Eleger o presidente e secretário;
- b) Comparecer a todas as reuniões da Comissão de Ética Médica, discutindo e votando as matérias em pauta;
- c) Desenvolver as atribuições conferidas à Comissão de Ética Médica prevista nesta resolução;
- d) Garantir o exercício do amplo direito de defesa àqueles que vierem a responder sindicâncias.

Art. 12

Compete ao presidente da Comissão de Ética:

- a) Representar a Comissão de Ética Médica perante as instâncias superiores, inclusive no Conselho Regional de Medicina;
- b) Convocar as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de Ética Médica;
- c) Convocar o secretário para substituí-lo em seus impedimentos ocasionais;
- d) Solicitar a participação dos membros suplentes nos trabalhos da Comissão de Ética Médica, sempre que necessário;
- e) Encaminhar ao Conselho Regional de Medicina as sindicâncias devidamente apuradas pela Comissão de Ética Médica;
- f) Nomear membros sindicantes para convocar e realizar audiências, analisar documentos e elaborar relatório à Comissão de Ética Médica quando da apuração de sindicâncias.

Art. 13

Compete ao secretário da Comissão de Ética Médica:

- a) Substituir o presidente em seus impedimentos eventuais;
- b) Colaborar com o presidente nos trabalhos atribuídos à Comissão de Ética Médica;
- c) Secretariar as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de Ética Médica;
- d) Lavrar atas, editais, cartas, ofícios e relatórios relativos à Comissão de Ética Médica;
- e) Manter em arquivo próprio os documentos relativos à Comissão de Ética Médica.

CAPÍTULO IV

DAS ELEIÇÕES

Art. 14

A escolha dos membros da CEM será feita mediante eleição direta, dela participando os médicos que compõem o Corpo Clínico do estabelecimento, conforme previsto no Regimento Interno do Corpo Clínico, inscritos na condição de médico em situação regular com o Conselho Regional de Medicina, ressalvado o determinado no Art. 9º do presente Regulamento.

Art. 15

A convocação da eleição será feita pelo diretor clínico, por Edital a ser divulgado no estabelecimento no período de 30 (trinta) dias antes da eleição.

Art. 16

Os candidatos à CEM deverão se inscrever individualmente, junto ao diretor clínico do estabelecimento, com a antecedência mínima de 15 (quinze) dias da data da eleição.

Art. 17

Os nomes dos candidatos inscritos serão divulgados no estabelecimento em que ocorrerá a eleição, pelo diretor clínico, por ordem alfabética, durante o período mínimo de uma semana.

Art. 18

O diretor clínico designará uma Comissão Eleitoral com a competência de organizar, dirigir e supervisionar todo o processo eleitoral, de acordo com as normas do Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único: Os integrantes da Comissão Eleitoral não podem ser candidatos à Comissão de Ética.

Art. 19

A Comissão de Ética Médica será composta pelos candidatos que obtiverem o maior número de votos, de acordo com o número previsto para a sua composição.

Parágrafo único – Quando ocorrer empate entre os candidatos votados, influenciando na escolha dos membros efetivos ou suplentes, será considerado eleito o mais antigo no Corpo Clínico. Persistindo o empate, será considerado eleito o que tiver maior tempo de inscrição no Conselho Regional de Medicina.

Art. 20

A apuração será realizada imediatamente após o encerramento da votação, pela Comissão Eleitoral, podendo ser assistida por todos os interessados.

Art. 21

O resultado da eleição será lavrado em ata que deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Medicina para homologação, e a quem compete dirimir dúvidas não resolvidas pela Comissão Eleitoral.

Art. 22

Os protestos e recursos contra qualquer fato relativo ao processo eleitoral deverão ser formalizados, por escrito, dentro de, no máximo, 48 (quarenta e oito) horas após as eleições, e encaminhados em primeira instância à Comissão Eleitoral e em segunda instância ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 23

Homologados os resultados, os membros eleitos serão empossados pelo Conselho Regional de Medicina.

CAPÍTULO V

DO FUNCIONAMENTO

Art. 24

A Comissão de Ética Médica deverá estabelecer seu calendário de reuniões ordinárias, e reunir-se de forma extraordinária quando solicitadas.

Art. 25

Os atos da CEM relacionados com a fiscalização ou sindicâncias terão caráter sigiloso.

Art. 26

Todas as deliberações da Comissão de Ética dar-se-ão por maioria simples, sendo prerrogativa do presidente o voto de decisão em caso de empate.

Art. 27

As sindicâncias instauradas pelas Comissões de Ética obedecerão aos preceitos contidos nesta resolução.

Art. 28

A sindicância será instaurada mediante:

- a) Denúncia por escrito, devidamente identificada e, se possível, fundamentada;
- b) Denúncia, por escrito, do diretor clínico ou diretor técnico;
- c) Deliberação da própria Comissão de Ética Médica;
- d) Solicitação da Delegacia Regional, Seccional ou Representação;
- e) Determinação do Conselho Regional de Medicina.

Art. 29

Aberta a sindicância, a Comissão de Ética Médica informará o fato aos envolvidos, convocando-os, se for o caso, para esclarecimentos ou solicitando-lhes,

no prazo de 07 (sete) dias úteis a partir do recebimento do aviso, manifestação por escrito.

Art. 30

Todos os documentos relacionados com os fatos, quais sejam, cópias dos prontuários, das fichas clínicas, das ordens de serviço e outros que possam colaborar no deslinde da questão, deverão ser apensados à sindicância quando for decidido enviá-la ao Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único - O acesso a estes documentos e aos autos é facultado somente às partes e à Comissão de Ética Médica.

Art. 31

O presidente da Comissão de Ética Médica nomeará um membro sindicante para convocar e realizar audiências, analisar documentos e elaborar relatório à Comissão.

Art. 32

Finda a coleta de informações, a Comissão de Ética Médica reunir-se-á para analisar e emitir relatório conclusivo, sem emitir juízo.

Parágrafo único – Caso necessário, a Comissão de Ética Médica poderá solicitar novas diligências para melhor elucidação do(s) fato(s).

Art. 33

Evidenciada a existência de indícios de infração ética, a sindicância deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Medicina, para a competente tramitação.

Art. 34

Em casos de menor gravidade e que não tenham acarretado danos para terceiros, a Comissão de Ética Médica poderá procurar a conciliação entre as partes envolvidas “*ad referendum*” do Plenário do Conselho Regional de Medicina.

§ 1º Caso haja conciliação, a Comissão lavrará tal fato em ata específica.

§ 2º Não havendo a conciliação de que trata o *caput* do Art., a sindicância seguirá seu trâmite normal com o envio do relatório circunstanciado ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 35

Se houver alguma denúncia envolvendo um membro da Comissão de Ética Médica, o mesmo deverá afastar-se da Comissão enquanto durar a sindicância em questão.

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 36

Os casos omissos serão decididos pelo Conselho Regional de Medicina da jurisdição.

Art. 37

Caberá ao Conselho Regional de Medicina divulgar a existência de Comissão de Ética dentro da instituição.

Quadro 10 - Perfil dos Profissionais

Formação	Perfil	QTD
Presidente	Profissional com formação em medicina, eleito pelo corpo clínico do Hospital	01
Secretário	Profissional com formação em medicina.	01
Membros Efetivos	Profissional com formação em medicina, eleito pelo corpo clínico do Hospital	03
Membros Suplentes	Profissional com formação em medicina, eleito pelo corpo clínico do Hospital	03

Após constituída, a Comissão de Ética Médica será homologada no CRM/SP.

Cronograma de Atividades

		CRONOGRAMA DE ATIVIDADES											
		REVISÃO SEMESTRAL											
		Comissão de Ética Médica											
Ações	Responsável	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Eleição e nomeação dos membros CEM	Presidente												
Reunião Mensal da Comissão	Equipe												
Revisão da legislação pelos membros	Equipe												
Implantação de indicadores	Equipe												
Reunião com CRP	Equipe												

.1.2. Comissão de Verificação de Óbitos

A Comissão de Revisão de Óbitos tem como objetivo a análise detalhada de óbitos ocorridos no Hospital Municipal de Cubatão.

Proposta de constituição: será constituída de acordo com o Regimento Interno da Comissão, Capítulo I e legislação vigente, com o número de membros descritos no Regimento Interno, Capítulo II.

Cronograma de Atividades: será estabelecido de acordo com o Regimento Interno, com reuniões regulares mensalmente e por solicitação, com início após 60 dias do início da Administração da AHBB.

Para a organização da Comissão de Óbitos no Hospital Municipal de Cubatão propomos o seguinte regimento:

I. Regimento Interno da Comissão de Revisão de Óbitos

CAPÍTULO I

PRINCÍPIOS E OBJETIVOS

Art. 1º.

A Comissão tem o objetivo de analisar os óbitos ocorridos no Hospital Municipal de Cubatão especialmente aqueles ocorridos em situações especiais ou inesperadas.

Com base nos dados fornecidos pelo SAME e os obtidos por esta Comissão, serão encaminhadas à Diretoria Clínica sugestões para eventuais adequações ou investimentos em determinadas áreas.

Art. 2º

A Comissão de Revisão de Óbitos será nomeada pelo Diretor Geral do Hospital.

CAPÍTULO II

ORGANIZAÇÃO DA COMISSÃO

COMPOSIÇÃO

Art. 3º

A Comissão será composta por profissionais de saúde formalmente designados pela Diretoria Clínica do Hospital Municipal de Cubatão.

§1º. – Será composta por no mínimo 03 (três) membros do Corpo Clínico, indicados pela Diretoria Clínica. Um deles será eleito coordenador pelos outros membros desta Comissão.

§2º. – Deve ter em sua composição, no mínimo, 01 (um) enfermeiro.

Art. 4º

A duração do mandato será coincidente com o mandato do Diretor Clínico.

COMPETÊNCIAS

Art. 5º

A Comissão de Revisão de Óbitos avaliará a totalidade dos óbitos e os laudos necroscópicos quando existirem.

Art. 6º

Os relatórios elaborados por esta Comissão serão enviados ao Diretor Clínico, à Comissão de Ética Médica e Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente.

CAPÍTULO III

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 7º

Os óbitos ocorridos no Hospital serão compilados pelo setor Faturamento/ SAME e encaminhados à Comissão de Revisão de Óbitos. Mensalmente os óbitos serão distribuídos aos membros da Comissão para análise e preenchimento de formulário próprio.

Art. 8º

Os formulários serão arquivados na Secretaria da Comissão e os dados obtidos serão analisados estatisticamente.

Art. 9º

As reuniões ordinárias serão mensais. Nestas reuniões serão elaborados relatórios com as atividades e os resultados obtidos por esta Comissão.

Art. 10

A Comissão de Óbitos poderá ser acionada a qualquer momento pela Diretoria Clínica, pela Diretoria Técnica, Diretoria Geral, por qualquer membro do corpo assistencial do hospital e por parentes de pacientes que tenham vindo a falecer. Neste caso o coordenador convocará uma reunião com os demais membros para definir atuações.

Parágrafo Único: As conclusões da comissão de óbito seguem a legislação pertinente quanto o sigilo médico.

Art. 11

A Comissão não tem característica julgadora. Suas análises e conclusões serão levadas à Diretoria Clínica que decidirá qual encaminhamento será dado.

Art. 12

As reuniões serão registradas em ata.

CAPÍTULO IV

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 13

Os casos omissos surgidos na aplicação do presente Regimento Interno serão encaminhados, acompanhados de parecer da CRO, ao Diretor Clínico do Hospital Municipal de Cubatão.

Art. 14

O presente Regimento Interno entrará em vigor na data de sua publicação, devendo previamente ter aprovação da Direção Técnica do Hospital Municipal de Cubatão.

Quadro 11 – Perfil dos Profissionais

Formação	Perfil	QTD*
Médico	Profissional com formação em medicina, com residência médica, e que atua na emergência e/ou Unidades de Internação/UTI da Unidade.	02
Enfermeiro	Profissional com formação em Enfermagem, com título de especialista e que atua na emergência e/ou Unidades de Internação/UTI da Unidade.	01

*Número mínimo de componentes na Comissão.

Cronograma de Atividades

AHBB GESTÃO EM SAÚDE		CRONOGRAMA DE ATIVIDADES											
REVISÃO SEMESTRAL													
Comissão de Verificação de Óbitos													
Ações	Responsável	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Nomeação dos membros da Comissão	Presidente												
Reunião Mensal da Comissão	Equipe												
Implantação de indicadores	Equipe												
Levantamento das Necessidades de Treinamento	Equipe												
Reunião com Comissão de Prontuários	Equipe												
Reunião com CEM	Equipe												

4.5.2. Comissão de Revisão de Prontuários

A Comissão de Revisão de Prontuários do Hospital Municipal de Cubatão terá como objetivo analisar e acompanhar os registros e anotações necessárias para a elaboração do prontuário clínico, no intuito de buscar a melhoria da qualidade dos registros. A composição mínima da CRP será por médico, enfermeiro e um profissional da área de saúde, nomeados pela direção, que se reunirão mensalmente. Dentre as atribuições da CRP a auditoria se constitui como uma das principais, por ser um sistema de revisão e controle, para informar sobre a eficiência e eficácia do serviço que está sendo prestado ao paciente. Sua função não é somente indicar as falhas e os problemas, mas também, apontar sugestões e soluções, assumindo, portanto, um caráter eminentemente educacional.

I. Regimento Interno Comissão Revisão de Prontuário

CAPÍTULO I

PRINCÍPIOS E OBJETIVOS

Art. 1º

Atender a resolução CFM Nº. 1.638/2002, que define prontuário médico como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo. É um órgão de assessoria diretamente vinculado à autoridade máxima da Instituição.

CAPÍTULO II

ORGANIZAÇÃO DA COMISSÃO

COMPOSIÇÃO

Art. 2º

A composição mínima da comissão deverá ser de três membros sendo médico, enfermeiro e por profissionais de saúde do Hospital Municipal de Cubatão.

Para realização dos trabalhos da comissão os membros deverão ser disponibilizados de suas atividades assistenciais por tempo a ser definido pela Diretoria da Unidade.

O tempo mínimo de dedicação por membro será definido pela Diretoria Técnica do Hospital, de acordo com as necessidades e perfil da Instituição.

Art. 3º

O mandato deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável conforme definição da Diretoria Técnica.

O presidente da comissão, assim como todos os membros, será designado pelo Diretor Técnico do Hospital.

§1º. Os cargos de vice-presidente e secretário poderão ser definidos pela Comissão.

ORGANIZAÇÃO DO FUNCIONAMENTO

COMPETÊNCIAS

Art. 4º

Deverão ocorrer reuniões periódicas, com data, local e horário, previamente definidos e informados, sendo no mínimo realizadas reuniões mensais.

Art. 5º

A ausência de um membro em 03 reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda 06 reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses gera sua exclusão automática.

Art. 6º

Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da comissão, a seus critérios, poderão realizar a reunião. As decisões da comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Art. 7º

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 plenária prévia.

Art. 8º

As reuniões da comissão deverão ser registradas em ata resumida e arquivada uma cópia contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente, decisões tomadas.

Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Art. 9º

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 ou pelo Diretor Clínico.

CAPÍTULO III

ATRIBUIÇÕES

Art. 10

São atribuições da Comissão de Revisão de Prontuário:

I - A avaliação dos itens que deverão constar obrigatoriamente:

- a) 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;
- b) Obrigatoriedade de letra legível do profissional que atendeu o paciente, bem como de assinatura e carimbo ou nome legível do profissional e respectiva inscrição no conselho de classe;

c) Obrigatoriedade do registro diário da evolução clínica do paciente, bem como a prescrição médica consignando data e hora;

d) Tipo de Alta.

II – Recomendar inclusão e exclusão de formulários, impressos e sistemas, bem como a conservação dos prontuários visando à qualidade dos mesmos;

III - Assessorar a Direção de Departamento Técnico ou Clínica da Instituição em assuntos de sua competência;

IV - Manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da Unidade com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações feitas;

V - Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente;

VI - Desenvolver atividades de caráter técnico científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição;

Art. 11

São atribuições do Presidente da Comissão, além de outras instituídas neste regimento ou que decorram de suas funções ou prerrogativas:

a) Convocar e presidir as reuniões;

b) Indicar seu vice-presidente;

c) Representar a Comissão junto à Diretoria da instituição, ou indicar seu representante;

d) Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão previamente aprovados pelos membros desta;

e) Fazer cumprir o regimento;

Art. 12

As atribuições do vice-presidente serão assumir as atividades do presidente na sua ausência.

Art. 13

São atribuições e competências da secretaria da Comissão:

- a) Organizar a ordem do dia;
- b) Receber e protocolar os processos e expedientes;
- c) Lavrar a ata das sessões/reuniões;
- d) Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo presidente;
- e) Organizar e manter o arquivo da comissão;
- f) Preparar a correspondência;
- g) Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço desta secretaria;
- h) 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 IV

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 14

Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da CRP, em conjunto com o Diretor Técnico da Instituição.

Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

- O regimento entrará em vigor após ser homologado pela Diretoria Técnica do Hospital. Recomendar normas sobre o conteúdo dos prontuários e zelar pelo seu cumprimento;
- Assegurar a qualidade das documentações multiprofissionais na assistência, pesquisa e estatística do hospital;

- Revisar e avaliar por amostragem os Prontuários visando assegurar o cumprimento da normatização estabelecida;
- Planejar e executar as ações necessárias à manutenção de um padrão de qualidade eficaz da documentação médica;
- Apoiar as demais Comissões e o Núcleo de Qualidade e Segurança do paciente visando alcançar os objetivos comuns às suas atribuições.

Quadro 12 – Perfil dos Profissionais

Formação	Perfil	QTD*
Médico	Profissional com formação em medicina.	01
Enfermeiro	Profissional com formação em Enfermagem.	01
Administrador	Profissional com formação em Administração e que represente a Direção da Unidade.	01

*Número mínimo de componentes na Comissão.

Cronograma de Atividades

													
REVISÃO SEMESTRAL													
Comissão de Revisão de Prontuários													
Ações	Responsável	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Nomeação dos membros da Comissão	Presidente												
Reunião Mensal da Comissão	Equipe												
Padronização de documentos	Equipe												
Definição e Implantação de indicadores	Equipe												
Levantamento das Necessidades de Treinamento	Equipe												
Reunião com CEE	Equipe												
Reunião com CEM	Equipe												

4.5.3. Comissão de Ética de Enfermagem - CEE

A Comissão de Ética de Enfermagem (CEE) é o órgão que representa o Conselho Regional de Enfermagem em caráter permanente junto às Instituições de Saúde, tendo funções educativas, fiscalizadoras e consultivas dos exercícios profissional e ético dos profissionais de Enfermagem nas referidas instituições. É reconhecida pela Diretoria ou Gerência de Enfermagem estabelecendo uma relação

de autonomia e independência com ela, assessorando a mesma sobre assuntos pertinentes ao Serviço de Enfermagem.

I. Regimento Interno da Comissão de Ética de Enfermagem

CAPÍTULO I

DAS FINALIDADES

Art. 1º

A Comissão de Ética de Enfermagem tem por finalidade:

- a) Garantir a conduta ética dos profissionais de enfermagem da instituição através da análise das intercorrências notificadas por meio de denúncia formal e auditoria;
- b) Zelar pelo exercício ético dos profissionais de enfermagem da instituição;
- c) Colaborar com o COREN no combate ao exercício ilegal da profissão e na tarefa de educar, discutir, orientar e divulgar temas relativos à ética dos profissionais de enfermagem.

Art. 2º

Cronograma de Atividades: será estabelecido de acordo com o Regimento Interno, com reuniões regulares mensalmente e por solicitação, com início após 90 dias do início da Administração da AHBB.

Para a Comissão de Ética de Enfermagem do Hospital Municipal de Cubatão propomos o seguinte regimento:

CAPÍTULO II

DA ORGANIZAÇÃO

Art. 3º

A Comissão de Ética de Enfermagem deverá ser composta por Enfermeiros, Técnicos e/ou Auxiliares de Enfermagem com vínculo empregatício com a Instituição de Saúde, excetuando-se aqueles profissionais que sejam membros da diretoria nos

órgãos de classe ou que sejam diretor/chefia/gerente de Enfermagem na referida Instituição.

Art. 4º

Para a constituição de uma Comissão de Ética de Enfermagem, o serviço deverá contar no seu quadro de pessoal de Enfermagem, no mínimo, 10 (dez) Enfermeiros.

Art. 5º

A Comissão de Ética de Enfermagem deverá ser assim composta:

- a) 5 (cinco) membros efetivos, sendo 3 (três) Enfermeiros, 2 (dois) Técnicos e/ou Auxiliares de Enfermagem;
- b) 5 (cinco) membros suplentes, sendo 3 (três) Enfermeiros e 2 (dois) Técnicos e/ou Auxiliares de Enfermagem.

§ 1º - Os membros efetivos serão designados para as funções de presidente, vice-presidente e secretário através de votação interna pelos membros que se elegeram para a Comissão de Ética de Enfermagem.

§ 2º - As funções de presidente e vice-presidente deverão ser exercidas exclusivamente por Enfermeiros.

§ 3º - A Comissão de Ética de Enfermagem somente poderá deliberar com a presença da maioria simples de seus membros.

§ 4º - Os membros efetivos poderão solicitar a participação dos suplentes nos trabalhos da C.E.E.

CAPITULO III

DA COMPETÊNCIA

Art. 6º

Compete à Comissão de Ética de Enfermagem:

- a) Divulgar e fiscalizar o exato cumprimento do Código de Ética, da Lei e do Decreto sobre o Exercício dos Profissionais de Enfermagem, bem como das Resoluções e Decisões do COREN e do COFEN dentro da Instituição;
- b) Opinar, normatizar, orientar e fiscalizar sempre em relação ao desempenho ético da profissão;
- c) Manter atualizado o cadastro de todos os profissionais de Enfermagem que trabalham no serviço;
- d) Realizar sindicância sobre o fato notificado, quando julgar necessário, convocando os profissionais envolvidos e suas testemunhas, tomando à termo seus depoimentos, verificando o exercício ético da profissão, as condições oferecidas pela instituição para o exercício profissional, a qualidade do atendimento prestado aos pacientes e sugerindo as modificações que venham a julgar necessárias;
- e) Encaminhar o relatório de sindicância juntamente com o parecer da C.E.E. ao COREN, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, sujeito à prorrogação, ao se constatar indícios de possível infração ética, juntamente com todos os documentos que comprovem a mesma, com cópia para a respectiva diretoria ou gerência de Enfermagem da Instituição;
- f) Nos casos de não se constatar indícios de infração ética, a C.E.E. deverá encerrar a sindicância, arrolando todos os documentos, elaborando o relatório final e arquivando o processo na Instituição;
- g) Cientificar a Diretoria/Chefia/Gerência ou Divisão de Enfermagem da Instituição sobre todos os relatórios conclusivos das sindicâncias ali instauradas pela C.E.E.;
- h) Elaborar, quando necessário, conjuntamente com o COREN, padrões éticos suscitados por modernos métodos de diagnóstico e terapêutica de completa tecnologia, para que sejam adotados pela equipe de Enfermagem e por grupos multiprofissionais qualificados;
- i) Solicitar aos responsáveis pela Diretoria/Chefia/Gerência ou divisão de Enfermagem, assim como aos responsáveis pelos outros serviços, informações e comprobatórios quando julgados indispensáveis para a elucidação dos fatos que estão sendo apurados.

Formação	Perfil	QTD
Presidente	Profissional com graduação em Enfermagem, eleito pelo corpo assistencial da Unidade	01
Secretário	Profissional com formação em Enfermagem, eleito pelo corpo assistencial da Unidade	01
Membros Efetivos	Profissional com formação em Enfermagem, eleito pelo corpo assistencial da Unidade	02
Membros Suplentes	Profissional com formação em Enfermagem, eleito pelo corpo assistencial da Unidade	02

Após constituída, a Comissão será homologada no COREN-SP.

Cronograma de Atividades

AHBB GESTÃO EM SAÚDE		CRONOGRAMA DE ATIVIDADES											
REVISÃO SEMESTRAL													
Comissão de Ética de Enfermagem													
Ações	Responsável	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Eleição para formar a comissão	Presidente												
Reunião Mensal da Comissão	Equipe												
Oficina sobre Ética na Enfermagem	Equipe												
Implantação de indicadores	Equipe												
Levantamento das Necessidades de Treinamento	Equipe												
Reunião com Comissão de Revisão de Prontuários	Equipe												

Além das Comissões solicitadas em Edital, a AHBB propõe a implantação das seguintes Comissões:

4.5.4. Comissão de Farmácia e Terapêutica - CFT

A Comissão de Farmácia e Terapêutica - CFT é uma junta deliberativa com a responsabilidade e supervisão de todas as políticas de seleção e utilização de medicamentos no Hospital com o intuito de assegurar resultados clínicos ótimos e com risco potencial mínimo. O principal objetivo desta comissão é formular e implementar uma política institucional para o uso racional de medicamentos, visando contribuir para a melhoria na qualidade da assistência prestada à saúde. A CFT do Hospital é um órgão de natureza técnico-científico/permanente vinculado à diretoria do hospital.

Cronograma de Atividades: será estabelecido de acordo com o Regimento Interno, com reuniões regulares mensalmente e por solicitação, com início após 90 dias do início da Administração da AHBB.

Para a Comissão de Farmácia e Terapêutica do Hospital Municipal de Cubatão propomos o seguinte regimento:

I. Regimento Interno da Comissão de Farmácia e Terapêutica

CAPÍTULO I

DA NATUREZA E FINALIDADE

Art. 1º

A Comissão de Farmácia e Terapêutica – CFT é instância de caráter consultivo e de assessoria do serviço, vinculada à Diretoria Técnica, cujas ações devem estar voltadas à promoção do uso racional de medicamentos.

Art. 2º

A CFT tem por finalidade assessorar a Assistência Farmacêutica serviço:

- Na seleção de medicamentos nos diversos níveis de complexidade do sistema;
- No estabelecimento de critérios para o uso dos medicamentos selecionados;
- Na avaliação do uso dos medicamentos selecionados.

Da subordinação e autonomia

Art. 3º

Esta Comissão está diretamente ligada à Diretoria Técnica e tem autonomia para implementação de suas recomendações técnicas, por ter apoio direto desta Diretoria.

CAPÍTULO II

DAS ATRIBUIÇÕES:

Art. 4º

São atribuições da CFT:

1. Assessorar a Diretoria Técnica nos assuntos referentes a medicamentos;
2. Propor a Relação de Medicamentos – Padronização - e sua atualização constante;
3. Avaliar e emitir parecer sobre as solicitações de inclusão, exclusão ou substituição de itens da Relação de Medicamentos;
4. Elaborar o Formulário Terapêutico e as normas para sua aplicação, bem como outros materiais informativos sobre o uso racional de medicamentos;
5. Desenvolver, juntamente com equipes formalizadas na Instituição (por exemplo: Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Cuidados Paliativos, Parada Cardiorrespiratória e etc.) e validar protocolos terapêuticos para utilização de grupos de medicamentos, sendo estes:
 - Antimicrobianos;
 - Medicamentos de alto custo;
6. Propor ações educativas visando o uso racional de medicamentos;
7. Propor estratégias de avaliação da utilização dos medicamentos no serviço;
8. Monitorar, analisar e propor ações para todas as intercorrências relacionadas a correlatos e medicamentos;
9. Participar na elaboração da política de medicamentos da instituição, incluindo seleção e dispensação;
10. Estipular critérios para obtenção de medicamentos que não constem na padronização;
11. Participar na elaboração de protocolos de tratamento elaborados por diferentes serviços clínicos;
12. Investigar a utilização de medicamentos na instituição;

13. Avaliar Interações de Medicamentos quando aplicados via sondas enterais (fármacos x nutrientes);

14. Elaborar um Guia de Aplicação de Medicamentos Via Sonda de Nutrição Enteral;

15. Participar ativamente da educação permanente dirigida à equipe de saúde e assessorar todas as atividades relacionadas à promoção do uso racional.

CAPÍTULO III

DOS PRESSUPOSTOS, CRITÉRIOS E FLUXO

Art. 5º

A seleção de medicamentos deve ter como referência a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME.

Art. 6º

A seleção de medicamentos deve objetivar:

- Maior eficiência administrativa;
- Resolutividade terapêutica adequada;
- Racionalidade na prescrição;
- Racionalidade na utilização de fármacos;
- Racionalização dos custos dos tratamentos.

Art. 7º

Para a inclusão de medicamentos na Padronização deverão ser observados os seguintes critérios:

- a) Indicação fundamentada em critérios epidemiológicos, privilegiando aqueles medicamentos para doenças que configuram problemas de saúde pública, que atingem ou põem em risco as coletividades, e cuja estratégia de controle concentra-se no tratamento de seus portadores;
- b) Indicação fundamentada no perfil epidemiológico dos pacientes atendidos serviço;

- c) Registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA;
- d) Valor terapêutico comprovado, com suficientes informações clínicas na espécie humana e em condições controladas, sobre a atividade terapêutica e farmacológica;
- e) Baixa toxicidade e nível terapêutico seguro;
- f) Composição perfeitamente conhecida, excluindo-se, sempre que possível, as associações fixas;
- g) Denominação pelo princípio ativo, conforme Denominação Comum Brasileira (DCB), ou, na sua falta, conforme Denominação Comum Internacional (DCI);
- h) Informações suficientes sobre as características farmacocinéticas, farmacodinâmicas, farmacotécnicas e farmacoeconômicas;
- i) Estabilidade em condições de estocagem e uso e facilidade de armazenamento;
- j) Preferência a medicamentos clinicamente apropriados para o tratamento de mais de uma enfermidade;
- k) Preferentemente estar disponível no mercado nacional;
- l) Formas farmacêuticas, apresentações e dosagem que facilitem a comodidade para a administração aos pacientes a que se destinam, o cálculo da dose a ser administrada e o fracionamento ou a multiplicação das doses visando melhor assistência ao cuidado;
- m) Solicitação recomendada pela Comissão de Farmácia e Terapêutica local ou, na sua ausência, pela gerência técnica da Instituição solicitante.

§ 1º - Para a inclusão, também podem ser considerados os demais pressupostos estabelecidos pela Política Nacional de Medicamentos:

- i. Medicamentos para doenças consideradas de caráter individual que, a despeito de atingir número reduzido de pessoas, requerem tratamento longo ou até permanente, com o uso de medicamentos de custos elevados;
- ii. Medicamentos para doenças cujo tratamento envolve o uso de medicamentos não disponíveis no mercado.

§ 2º - Nas situações mencionadas no Parágrafo 1º deste Art., o emprego dos medicamentos deve estar condicionado à observância de protocolos clínicos específicos.

Art. 8º - A substituição de medicamentos da Padronização justificar-se-á quando o novo produto apresentar vantagem comprovada em termos de:

- a. Menor risco/benefício;
- b. Menor custo/tratamento;
- c. Menor custo de aquisição, armazenamento, distribuição e controle;
- d. Maior estabilidade;
- e. Propriedades farmacológicas mais favoráveis;
- f. Menor toxicidade;
- g. Maior informação com respeito a suas vantagens e limitações, eficácia e eficiência;
- h. Maior comodidade na administração;
- i. Facilidade de dispensação.

Art. 9º

A exclusão de medicamentos da Padronização deverá ocorrer sempre que houver evidências de que o produto:

- a. Apresenta relação risco/benefício inaceitável;
- b. Não apresenta vantagens farmacológicas e/ou econômicas comparativamente a outros produtos disponíveis no mercado;
- c. Possui propriedades organolépticas que afeta diretamente os pacientes;
- d. Não apresenta demanda justificável.

Art. 10

As solicitações de inclusão, exclusão ou substituição de medicamentos da Padronização deverão ser encaminhadas à CFT através de solicitação em formulário próprio, acompanhado da documentação exigida.

§ 1º - As solicitações de inclusão, exclusão ou substituição de medicamentos da Padronização devidamente encaminhadas à CFT serão analisadas conforme Roteiro e Fluxo pré-estabelecidos pela CFT.

§ 2º - A critério da CFT, a solicitação poderá retornar ao solicitante para complementação das informações.

§ 3º - Uma vez emitido o parecer pela CFT e homologado pela Diretoria, novas solicitações sobre o mesmo produto somente serão aceitas decorrido um período de doze meses, salvo nos casos em que houver fato novo informando sobre possibilidade de risco de vida dos usuários envolvidos.

CAPÍTULO IV

DA COMPOSIÇÃO E PERFIL PROFISSIONAL:

Art. 11

A Comissão de Farmácia e Terapêutica - CFT será composta por representantes, titular e suplente.

§ 1º - A representação dos integrantes relacionados deverá ocorrer através da indicação formal de dois nomes por Grupo/Equipe, encaminhada diretamente à Diretoria, para um período de dois anos, sendo um titular e um suplente, podendo estes ser reconduzidos por um período igual e consecutivo. Os Grupos direcionados a cuidados específicos ficam isentos da obrigatoriedade nas reuniões, exceto quando houver convocação explícita dos Coordenadores.

§ 2º - Todos os membros deverão assinar termo de isenção, onde afirmem ausência de conflitos de interesse, principalmente no que se refere a vínculos empregatícios ou contratuais, compromissos e obrigações com indústrias privadas produtoras de medicamentos, que resultem em obtenção de remunerações, benefícios ou vantagens pessoais.

§ 3º - Enquanto pertencer à CFT, nenhum dos membros poderá auferir brindes, prêmios ou outras vantagens pessoais, proporcionadas por indústrias produtoras de medicamentos.

§ 4º - Será dispensado, automaticamente, o membro que deixar de comparecer duas reuniões consecutivas, sem justificativa relevante, apresentada por escrito até quarenta e oito horas úteis após a reunião, devendo a Equipe/Grupo que representa, nesta circunstância, indicar novo membro.

Quadro 14 – Perfil dos Profissionais

Formação	Perfil	QTD
Médico	Profissional com formação em medicina, designado pelo diretor técnico	01
Representante da CCIH	Médico da CCIH do Hospital	01
Farmacêutico	Profissional com formação em farmácia, de preferência o farmacêutico RT do Hospital	01
Enfermeiro	Profissional com formação em enfermagem, designado pela Gerência de Enfermagem do Hospital	01
Administrador	Profissional com formação em administração, designado pela Direção Geral do Hospital	01

CAPÍTULO V

DO FUNCIONAMENTO

Art. 12

A CFT será coordenada pelo Diretor Técnico e Diretor Administrativo do serviço.

Parágrafo único - Caberá também aos Coordenadores providenciar a organização da pauta das reuniões e a preparação de cada tema nela incluído.

Art. 13

A CFT reunir-se-á, ordinariamente, mensalmente e, extraordinariamente, por convocação dos seus Coordenadores ou por requerimento da maioria dos membros.

Art. 14

As reuniões serão iniciadas com a presença mínima de metade mais um do total de seus membros.

Art. 15

Cada membro titular terá direito a um voto, transferível a seu suplente, quando de sua ausência.

Art. 16

Na impossibilidade de consenso, depois de esgotada a argumentação técnica, consubstanciada em evidências científicas, as recomendações e pareceres da CFT serão definidas pela maioria simples do total dos seus membros presentes.

Art. 17

Nas situações em que os membros da CFT julgarem necessário, serão consultados especialistas, os quais poderão eventualmente participar das reuniões, com direito à voz.

Art. 18

As recomendações e pareceres da CFT serão submetidos à apreciação do Diretor Técnico para homologação final, a qual implicará em seu registro através de portarias.

Parágrafo único – Caso as recomendações e pareceres da CFT não sejam aceitas para a homologação final, o Diretor Técnico deverá apresentar justificativa, por escrito, à referida Comissão.

Art. 19

As reuniões da CFT serão registradas em atas sumárias, cuja elaboração ficará a cargo do presidente da comissão, onde constem os membros presentes, os assuntos debatidos e as recomendações e os pareceres emanados.

Dos indicadores de desempenho

Art. 20

O trabalho da Comissão será permanentemente demonstrado pela divulgação de seus indicadores de desempenho, que incluirão:

§ 1º - O número de fármacos estudados e padronizados no serviço anualmente;

§ 2º - A porcentagem de medicamentos prescritos fora da padronização num determinado período;

§ 3º - A quantidade de intervenções realizadas para melhorar a prática da prescrição;

§ 4º - A quantidade de notificações de reações adversas a medicamentos informadas à ANVISA e atendidas internamente. Estas notificações devem ser feitas em formulário interno específico, e posteriormente comunicadas à agência nacional regulatória.

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 21

A compra de medicamentos não previstos na Seleção, e que por sua natureza deva ser de caráter emergencial, será avaliada pela Diretoria Técnica do serviço.

Parágrafo único - A autorização para aquisição destes medicamentos não implicará, necessariamente, em sua inclusão na seleção.

Fica legitimado, portanto, o início das atividades da presente Comissão.

Cronograma de Atividades

 CRONOGRAMA DE ATIVIDADES													
REVISÃO SEMESTRAL													
Comissão de Farmácia e Terapêutica													
Ações	Responsável	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Nomeação dos membros da Comissão	Presidente												
Reunião Mensal da Comissão	Equipe												
Oficina de Capacitação da Equipe	Equipe												
Implantação de indicadores	Equipe												
Elaboração e implantação de POP	Equipe												
Reunião com CCIH	Equipe												

4.5.5. Comissão de Farmacovigilância

Com o objetivo de minimizar danos ao paciente e em acordo com a Portaria 529 de abril de 2013, que institui a Programa Nacional de Segurança do Paciente, será formada a Comissão de Farmacovigilância no Hospital Municipal de Cubatão.

Trata-se de um Programa que tem como objetivo detectar interações e reações adversas a medicamentos, identificando seus riscos e tomando medidas reguladoras, além de informar aos profissionais de saúde e ao público em geral sobre os fatos identificados. A Farmacovigilância é, assim, um sistema através do qual são identificadas e respondidas questões relativas à segurança dos medicamentos comercializados. Esta Comissão/Grupo de Trabalho, estará vinculada ao NQSP seguindo o regimento deste.

4.5.6. Comitê de Avaliação e Controle em Medicina Transfusional – Comitê Transfusional

Propõe-se a criação de um Comitê Transfusional com o seguinte regimento:

- I. Regimento Interno do Comitê de Avaliação e Controle em Medicina Transfusional

CAPÍTULO I

DA CATEGORIA E FINALIDADE

Art. 1º

O Comitê de Avaliação e Controle em Medicina Transfusional - CACMT, da Diretoria Clínica do Hospital Municipal de Cubatão é de natureza técnico científica permanente.

Art. 2º

O CACMT tem por finalidade coordenar a formulação de diretrizes para o uso racional do sangue e hemoderivados no Hospital Municipal de Cubatão, bem como investigação e auditorias pertinentes.

CAPÍTULO II

DA ORGANIZAÇÃO

SEÇÃO I – Composição do Colegiado

Art. 3º

A CACMT terá composição multidisciplinar e multiprofissional, contando com 11 membros. Abrangerá médicos que representem áreas nas quais a indicação de hemocomponentes e hemoderivados seja rotineira, e pelo menos um profissional será representante da Diretoria.

Parágrafo Único - As indicações deverão recair em profissionais com reconhecida experiência e participação em atividades ligadas à administração de sangue e hemoderivados.

Art. 4º

As indicações para integrar a CACMT serão submetidas ao Diretor Clínico e se processarão da seguinte forma:

- a) 01 (um) representante da área de Hematologia e Hemoterapia do Hospital Municipal de Cubatão;
- b) 01 (um) representante das UTIs do Hospital Municipal de Cubatão;
- c) 01 (um) representante da Clínica Cirúrgica do Hospital Municipal de Cubatão;
- d) 01 (um) representantes do Hemocentro fornecedor;
- e) 01 (um) representante do Serviço de Anestesia do Hospital Municipal de Cubatão;

- f) 01 (um) representante do Serviço de Urgência;
- g) 01 (um) representante da Comissão de Enfermagem do Hospital Municipal de Cubatão;
- h) 01 (um) representante da Diretoria.

Art. 5º

O Presidente será um dos representantes da Agência Transfusional do Hospital Municipal de Cubatão.

Art. 6º

O vice-presidente será eleito pelos membros do Comitê.

Art. 7º

O Diretor Clínico avaliará as indicações efetuadas dos membros que comporão a CACMT e promoverá às designações destes.

Parágrafo Único – As designações serão referendadas pela Diretoria Clínica do Hospital Municipal de Cubatão.

Art. 8º

O Diretor Clínico, por indicação do Comitê, poderá promover a substituição dos integrantes da CACMT.

Art. 9º

Será dispensado o membro que, sem motivo justificado, deixar de comparecer a três reuniões consecutivas ou a seis intercaladas no período de um ano.

Art. 10

As funções dos membros da CACMT não serão remuneradas, sendo o seu exercício considerado de relevante serviço para o Hospital Municipal de Cubatão.

Art. 11

A CACMT convidará pessoas físicas ou jurídicas assim como entidades de direito público ou privado que possam colaborar com o desenvolvimento dos seus trabalhos, sempre que julgar necessário.

Art. 12

A fim de assegurar o suporte técnico, científico e operacional indispensável à eficiência da CACMT, a Diretoria Clínica, através do Serviço de Apoio Administrativo, proporcionará a infraestrutura necessária.

SEÇÃO II

DO FUNCIONAMENTO

Art. 13

A CACMT terá como sede a Diretoria Clínica, onde irá se reunir, ordinariamente, pelo menos uma vez por mês e extraordinariamente quando convocada pelo Diretor Clínico, Presidente ou a requerimento da maioria de seus membros.

§ 1º - A CACMT instalar-se-á e deliberará com a presença da maioria simples dos seus membros, devendo ser verificado o “*quorum*” em cada sessão antes de cada votação. O “*quorum*” mínimo para deliberação será de 06 (seis) membros.

§ 2º - O Presidente terá o direito a voto de qualidade.

§ 3º - As deliberações tomadas “*ad referendum*” deverão ser encaminhadas ao Plenário da CACMT para deliberação desta, na primeira sessão seguinte.

§ 4º - As deliberações da CACMT serão consubstanciadas em cotas endereçadas ao Diretor Clínico.

§ 5º - É facultado ao Presidente e aos membros da Comissão solicitar o reexame de qualquer decisão exarada na reunião anterior, justificando possível ilegalidade, inadequação técnica ou de outra natureza.

§ 6º - A votação será nominal.

Art. 14

A CACMT, observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e a ordem dos trabalhos.

Art. 15

Os expedientes sujeitos à análise da CACMT serão encaminhados ao Serviço de Apoio Administrativos da Diretoria Clínica.

Parágrafo Único – Os expedientes serão registrados e classificados por ordem cronológica e distribuídos aos membros pela Secretária, por indicação do Presidente da CACMT ou por membro designado.

Art. 16

A sequência das reuniões da CACMT será a seguinte:

- a) Verificação da presença do Presidente e, em caso de sua ausência, abertura dos trabalhos pelo Vice-Presidente;
- b) Verificação de presença e existência de “*quorum*”;
- c) Votação e assinatura da Ata da reunião anterior;
- d) Leitura e despacho do expediente;
- e) Ordem do dia compreendendo leitura, discussão e votação dos pareceres ou expedientes;
- f) Organização da pauta da próxima reunião;
- g) Distribuição de expedientes aos relatores;
- h) Comunicação breve e franqueamento da palavra.

§ 1º – Em caso de urgência ou de relevância de alguma matéria, a CACMT, por voto da maioria, poderá alterar a sequência de alguma matéria.

§ 2º – Qualquer membro poderá requerer ao Presidente, a qualquer tempo, que solicite o encaminhamento ou diligências de processos ou de consultas a outras pessoas ou instituições públicas ou privadas, nacionais e internacionais, para estudo, pesquisa ou informações necessárias à solução dos assuntos que lhes forem distribuídos, bem como solicitar o comparecimento de qualquer pessoa às reuniões para prestar esclarecimentos.

Art. 17

A Ordem do Dia será organizada com os expedientes apresentados para discussão, acompanhados dos pareceres e resumo dos mesmos, dos respectivos relatores, e com aqueles cuja discussão ou votação tiver sido adiada.

Parágrafo Único – A Ordem do Dia será comunicada previamente a todos os membros, com antecedência mínima de três dias para as reuniões ordinárias e de um dia para as extraordinárias.

Art. 18

Após a leitura do parecer, o Presidente ou o Vice-Presidente deve submetê-lo a discussão, dando a palavra aos membros que a solicitarem.

§ 1º - O membro que não se julgar suficientemente esclarecido quanto à matéria em exame, poderá pedir vistas do processo, propor diligências ou adiamento da discussão da votação;

§ 2º - O prazo de vistas será até a realização da próxima reunião ordinária;

§ 3º - Após entrar na pauta, a matéria deverá ser obrigatoriamente votada no prazo máximo de até duas reuniões;

Art. 19

Após o encerramento das discussões, o assunto será submetido à votação.

Art. 20

A data de realização das reuniões será estabelecida em cronograma e sua realização e duração serão as julgadas necessárias, podendo ser interrompidas em data e hora estabelecida pelos presentes.

Art. 21

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 qual deverá ser assinada pelos membros presentes.

CAPÍTULO III

DAS COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES

SEÇÃO I

Das Competências

Art. 22

Compete à CACMT:

- a) Elaborar planos de ação e estabelecer estratégias de atuação para aumentar a segurança transfusional, respeitadas as particularidades de cada Unidade do Hospital Municipal de Cubatão, dentro da área de abrangência estabelecida pela Secretaria Estadual de Saúde em consonância às disposições legais e às orientações normativas emanadas do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado da Saúde;
- b) Assessorar a Diretoria do Hospital Municipal de Cubatão na formulação da política de uso racional de sangue, hemocomponentes e derivados e investigações de eventuais reações à transfusão destes;
- c) Quando solicitada pelo Diretor Clínico, acompanhar estudos e pesquisas em medicina transfusional ou congêneres, emitindo parecer técnico sobre a eficiência terapêutica, para embasar critério fundamental de escolha;
- d) Examinar e emitir parecer com referência a hemocomponentes e hemoderivados, congêneres e segurança no transplante no que diz respeito a propostas de substituição ou eliminação de produtos padronizados;
- e) Novas padronizações;
- f) Desempenhar papel consultivo e educativo, divulgando no âmbito da Instituição, esclarecimentos sobre utilização de sangue, hemoderivados e congêneres;
- g) Manter, através de sistema informatizado, com controle de acesso lógico, registros atualizados sobre padronizações e normas técnicas, nacionais e internacionais, bem como a legislação referentes a sangue, hemoderivados, insumos hemoterápicos e correlatos e suas aplicações e restrições;
- h) Colaborar nas atividades de ensino e pesquisa;
- i) Emitir instruções de serviço necessárias ao cumprimento das finalidades da CACMT;
- j) Efetuar auditorias e pareceres quando requisitados, sobre o uso de hemoderivados e congêneres.

SEÇÃO II

Das Atribuições

Art. 23

Ao Presidente incumbe dirigir, coordenar e supervisionar as atividades da CACMT, especificamente:

- a) Representar a CACMT em suas relações internas e externas;
- b) Instalar o Comitê e presidir suas reuniões;
- c) Promover a convocação das reuniões;
- d) Tomar parte nas discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito do voto de desempate;
- e) Indicar, dentre os membros da CACMT, os relatores dos expedientes;
- f) Indicar membros para realização de estudos, levantamentos e emissão de pareceres necessários à consecução da finalidade do Comitê;
- g) Elaborar cotas decorrentes de deliberações da Comissão e “*ad referendum*” desta, nos casos de manifesta urgência.

Parágrafo Único – Cabe ao Vice-Presidente substituir o Presidente em seus impedimentos.

Art. 24

Aos membros incumbe:

- a) Estudar e relatar nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes forem atribuídas pelo Presidente;
- b) Comparecer às reuniões, relatando os expedientes, proferindo voto ou pareceres e manifestando-se a respeito de matérias em discussão;
- c) Requerer votação de matéria em regime de urgência;
- d) Desempenhar as atribuições que lhes forem atribuídas pelo Presidente;
- e) Apresentar proposições sobre as questões atinentes ao Comitê.

Art. 25

À Secretária da CACMT incumbe:

- a) Assistir as reuniões;
- b) Encaminhar o expediente da CACMT;
- c) Preparar o expediente da CACMT;
- d) Manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser examinados nas reuniões do comitê;
Providenciar o cumprimento das diligências determinadas;
- e) Lavrar termos de abertura e encerramento dos livros de ata, de protocolo e de registro de deliberações, rubricando-os e mantendo-os sob vigilância;
- f) Elaborar relatório mensal das atividades do comitê;
- g) Lavrar e assinar as atas de reuniões do comitê;
- h) Providenciar, por determinação do presidente, a convocação das sessões extraordinárias;
- i) Distribuir aos membros da CACMT a pauta das reuniões.

CAPÍTULO IV

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 27

O mandato dos componentes da CACMT se extinguirá com o do Diretor Clínico ou antecipadamente se houver motivo que justifique a cessação.

Art. 28

Os casos omissos na aplicação do presente Regimento Interno serão dirimidos pelo Presidente da CACMT e em grau de recurso pelo Diretor Clínico.

Art. 29

O presente Regimento Interno poderá ser alterado mediante proposta da CACMT, através da maioria absoluta de seus membros, submetido ao Diretor Clínico.

Art. 30

O presente Regimento Interno entrará em vigor na data de sua publicação, devendo previamente ser aprovado pelo Conselho Deliberativo, revogadas as disposições em contrário.

Cronograma de atividades

 CRONOGRAMA DE ATIVIDADES													
REVISÃO SEMESTRAL													
Comitê Transfusional													
Ações	Responsável	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Nomeação dos membros	Presidente												
Reunião Mensal da Comissão	Equipe												
Oficina de Capacitação dos membros	Equipe												
Definição de Plano de Ação	Equipe												
Reunião com CEE	Equipe												
Reunião com CEM	Equipe												
Reunião com CRP	Equipe												

4.5.7. Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA

De acordo com NR 5, Portaria 3.214/78, Ministério do Trabalho e Emprego, para a organização da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes no Hospital Municipal de Cubatão propomos o seguinte regimento:

I. Regimento Interno da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes

CAPÍTULO I

DO OBJETIVO

Art. 1º

A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA - tem como objetivo a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador.

CAPÍTULO II

DA CONSTITUIÇÃO

Art. 2º

Devem constituir CIPA, por estabelecimento, e mantê-la em regular funcionamento as empresas privadas, públicas, sociedades de economia mista, órgãos da administração direta e indireta, instituições beneficentes, associações recreativas, cooperativas, bem como outras instituições que admitam trabalhadores como empregados.

CAPÍTULO III

DA ORGANIZAÇÃO

Art. 3º

A CIPA será composta de representantes do empregador e dos empregados, de acordo com o dimensionamento previsto no Quadro I desta NR, ressalvadas as alterações disciplinadas em atos normativos para setores econômicos específicos.

Art. 4º

Os representantes dos empregadores, titulares e suplentes, serão por eles designados.

Art. 5º

Os representantes dos empregados, titulares e suplentes, serão eleitos em escrutínio secreto, do qual participem, independentemente de filiação sindical, exclusivamente os empregados interessados.

Art. 6º

O número de membros titulares e suplentes da CIPA, considerando a ordem decrescente de votos recebidos, observará o dimensionamento previsto no Quadro I desta NR, ressalvadas as alterações disciplinadas em atos normativos de setores econômicos específicos.

CAPÍTULO III

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 7º

A CIPA terá por atribuição:

- a) Identificar os riscos do processo de trabalho, e elaborar o mapa de riscos, com a participação do maior número de trabalhadores, com assessoria do SESMT, onde houver;
- b) Elaborar plano de trabalho que possibilite a ação preventiva na solução de problemas de segurança e saúde no trabalho;
- c) Participar da implementação e do controle da qualidade das medidas de prevenção necessárias, bem como da avaliação das prioridades de ação nos locais de trabalho;
- d) Realizar, periodicamente, verificações nos ambientes e condições de trabalho visando a identificação de situações que venham a trazer riscos para a segurança e saúde dos trabalhadores;
- e) Realizar, a cada reunião, avaliação do cumprimento das metas fixadas em seu plano de trabalho e discutir as situações de risco que foram identificadas;
- f) Divulgar aos trabalhadores informações relativas à segurança e saúde no trabalho;
- g) Participar, com o SESMT, onde houver, das discussões promovidas pelo empregador, para avaliar os impactos de alterações no ambiente e processo de trabalho relacionados à segurança e saúde dos trabalhadores;
- h) Requerer ao SESMT, quando houver, ou ao empregador, a paralisação de máquina ou setor onde considere haver risco grave e iminente à segurança e saúde dos trabalhadores;
- i) Colaborar no desenvolvimento e implementação do PCMSO e PPRA e de outros programas relacionados à segurança e saúde no trabalho;
- j) Divulgar e promover o cumprimento das Normas Regulamentadoras, bem como cláusulas de acordos e convenções coletivas de trabalho, relativas à segurança e saúde no trabalho;
- k) 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;
- l) Requisitar ao empregador e analisar as informações sobre questões que tenham interferido na segurança e saúde dos trabalhadores;
- m) Requisitar à empresa as cópias das CAT emitidas;
- n) Promover, anualmente, em conjunto com o SESMT, onde houver, a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho – SIPAT;

- o) Participar, anualmente, em conjunto com a empresa, de Campanhas de Prevenção da AIDS;
- p) Cabe ao empregador proporcionar aos membros da CIPA os meios necessários ao desempenho de suas atribuições, garantindo tempo suficiente para a realização das tarefas constantes do plano de trabalho.

CAPÍTULO IV

DO FUNCIONAMENTO

Art. 8º

A CIPA terá reuniões ordinárias mensais, de acordo com o calendário preestabelecido.

CAPÍTULO V

DO TREINAMENTO

Art. 9º

A empresa deverá promover treinamento para os membros da CIPA, titulares e suplentes, antes da posse.

CAPÍTULO VI

DO PROCESSO ELEITORAL

Art. 10

Compete ao empregador convocar eleições para escolha dos representantes dos empregados na CIPA, no prazo mínimo de 60 (sessenta) dias antes do término do mandato em curso.

Do Dimensionamento de CIPA

Total de empregados entre 501 a 1.000 com vínculo CLT.

Representantes dos empregados, titulares e suplentes, eleitos em escrutínio secreto: 6 efetivos e 5 suplentes.

Representantes dos empregadores, titulares e suplentes, serão por eles designados: 6 efetivos e 5 suplentes.

Cronograma de Atividades

		CRONOGRAMA DE ATIVIDADES											
		REVISÃO SEMESTRAL											
		Comissão Interna de Prevenção de Acidentes											
Ações	Responsável	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Eleição e nomeação dos membros	Presidente												
Reunião Mensal da Comissão	Equipe												
Capacitação em Biossegurança	Equipe												
Definição de Plano de Ação	Equipe												
Elaboração e Implantação de Manual	Equipe												
Implantação de Indicadores	Equipe												
Elaboração do mapa de risco nas unidades	Equipe												

4.5.8. Comissão de Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional – EMTN

Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional tem com atividade assegurar um tratamento nutricional adequado para os pacientes que necessitam de uma terapia nutricional sendo ele desnutrido ou em risco nutricional. Isso engloba desde a indicação, o acompanhamento até a alta dos pacientes.

Para a organização da Comissão de Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional no Hospital Municipal de Cubatão propomos o seguinte regimento:

- I. Regimento Interno da Comissão de Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional

CAPÍTULO I

Das Finalidades

Art. 1º

Servir como órgão consultivo e deliberativo sobre insumos e condutas em Terapia Nutricional.

É um órgão de assessoria diretamente vinculado à Diretoria Clínica do Hospital.

- a) Propor rotinas e padronização de protocolos referentes à Terapia de Nutrição Enteral e Parenteral;
- b) Dar parecer para pacientes em risco nutricional ou desnutridos que necessitam de Terapia de Nutrição Enteral e Parenteral;
- c) Promover educação continuada;
- d) Manter um banco de dados sobre Terapia de Nutrição Enteral e Parenteral;
- e) Congregar profissionais da área de saúde interessados Terapia de Nutrição Enteral e Parenteral.

CAPÍTULO II

Da Composição

Art. 2º

A composição da comissão será constituída por no mínimo um profissional das categorias relacionadas abaixo:

- a) Médico Clínico;
- b) Pediatra;
- c) Cirurgião Geral;
- d) Nutricionista;
- e) Farmacêutico;
- f) Enfermeiro;
- g) Fonoaudiólogo.

Art. 3º

Poderão participar outros profissionais a critério do Diretor.

Art. 4º

Fica estabelecido como membro permanente o Coordenador clínico do Serviço de Terapia Nutricional.

Art. 5º

Além dos profissionais acima, recomenda-se que a Diretoria do Hospital nomeie um oficial administrativo para secretariar as reuniões da comissão.

Quadro 15 – Composição da Comissão

Formação	Perfil do Componente	Qtd
Médico Nutrólogo	Profissional com formação em medicina, especialista em terapia nutricional e parenteral e enteral pela Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral	02
Nutricionista	Profissional com formação em nutrição, preferencialmente com especialização em terapia nutricional e parenteral e enteral pela Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral	02
Enfermeiro	Profissional com formação em Enfermagem	02
Farmacêutico	Profissional com formação em Farmácia.	01

CAPÍTULO III**DO MANDATO****Art. 6º**

O mandato deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável por igual período. O presidente da comissão, assim como todos os membros serão nomeados pelo Diretor da Instituição.

CAPÍTULO IV**DO FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO****Art. 7º**

Deverão ocorrer reuniões periódicas, no mínimo mensais, com data, local e horário, previamente definidos e informados.

Art. 8º

O profissional que se ausentar em três reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda seis reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses será excluído

Art. 9º

As reuniões poderão ser realizadas mesmo na ausência do presidente ou de seu vice. Nestas situações a coordenação da reunião ficará a cargo do membro com maior idade entre os presentes.

Art. 10

As decisões da comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Art. 11

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.

Art. 12

Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Art. 13

Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo Diretor Clínico, pelo Presidente ou Vice-Presidente da comissão.

CAPÍTULO V

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 14

São atribuições da Comissão de Nutrição Parenteral e Integral:

- a) Assessorar o Serviço de Terapia Nutricional com a finalidade de estabelecer critérios de inclusão e exclusão para padronização de insumos para a Terapia Nutricional;
- b) Aprovar a inclusão ou exclusão de insumos padronizados por iniciativa própria ou por propostas encaminhadas pelo STN ou demais serviços ligados a assistência do paciente em TN, promovendo a atualização da padronização de condutas em Terapia Nutricional;
- c) Avaliar os insumos de TN, emitindo parecer técnico sobre sua eficácia, eficiência e efetividade terapêutica, como critério fundamental de escolha, assim como avaliar seu custo benefício como mais um critério para sua padronização;
- d) Validar protocolos de tratamento elaborados pelos diferentes serviços;
- e) Promover ações que estimulem o uso racional de insumos em TN;
- f) Garantir o cumprimento de suas resoluções mantendo estreita relação com o STN;
- g) Assessorar a Diretoria Clínica em assuntos de sua competência.

Art. 15

São atribuições do Presidente da Comissão, além de outras instituídas neste regimento ou que decorram de suas funções ou prerrogativas:

- a) Convocar e presidir as reuniões;
- b) Representar a comissão junto à Diretoria da instituição ou indicar seu representante;
- c) Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão previamente aprovados pelos membros desta;
- d) Fazer cumprir o regimento.

Nas decisões da comissão, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva).

Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá seu vice-presidente. São atribuições do vice-presidente assumir as atividades do presidente na sua ausência.

São atribuições e competências da secretaria da Comissão:

- a) Organizar a ordem do dia;
- b) Receber e protocolar os processos e expedientes;
- c) Lavrar a ata das sessões/reuniões;
- d) Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo presidente;
- e) Organizar e manter o arquivo da comissão;
- f) Preparar a correspondência;
- g) Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço desta secretaria.

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 16

Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da CNPE, em conjunto com o Diretor Clínico.

Art. 17

Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

Art. 18

O regimento entrará em vigor após aprovação da Diretoria Administrativa.

Cronograma de Atividades

 CRONOGRAMA DE ATIVIDADES													
REVISÃO SEMESTRAL													
Comissão de Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional													
Ações	Responsável	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Nomeação dos membros	Presidente												
Reunião Bimestral da Comissão*	Equipe												
Definição e Implantação de indicadores	Equipe												
Apresentação de Indicadores	Equipe												

4.5.9. Comissão de Biossegurança: Prevenção de Riscos de Acidentes com Materiais Perfuro Cortantes

CAPÍTULO I

OBJETIVO E CAMPO DE APLICAÇÃO

Art. 1º

A responsabilidade pela prevenção deverá ser compartilhada entre os membros do COMITÊ GESTOR MULTIDISCIPLINAR, que terá como objetivo eliminar os acidentes com perfuro cortantes entre os trabalhadores da saúde, implementando a cultura de segurança na instituição, fazendo com que os profissionais entrem no “clima de segurança”, aderindo às práticas de trabalho seguras. Será responsável pelo planejamento e acompanhamento das ações de identificação, registro e avaliação dos acidentes com perfuro cortantes entre os profissionais que atuam na instituição.

CAPÍTULO II

DA COMPOSIÇÃO

Art. 2º

Serão membros efetivos dessa comissão:

I – 1 (um) membro da Diretoria;

II – 1 (um) representante da equipe de Enfermagem;

III – 1 (um) médico representante do SCIH;

III – O responsável técnico do PGRSS;

IV – O gerente de Hotelaria;

V – 1 (um) representante do setor de compras;

VI – 1 (um) representante do SESMT;

VII – 1 (um) representante do Laboratório;

CAPÍTULO III

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 3º

Quadro 16 – Responsabilidades da equipe de apoio

Áreas e setores representados	Responsabilidades e contribuições
Diretoria	- Comunicar o comprometimento da instituição com a segurança do trabalhador e prover pessoal e recursos, inclusive financeiros, para atender às metas do programa.
SESMT	- Coletar informações detalhadas sobre os acidentes notificados; - Auxiliar nas avaliações da subnotificação de acidentes entre trabalhadores da saúde; - Avaliar fatores que contribuem para os acidentes com perfuro cortantes e propor soluções; - Promover a notificação de acidentes, práticas de trabalho seguras e a implementação de prioridades de prevenção entre os trabalhadores.
Gestão ambiental e de resíduos	- Colaborar na identificação de riscos do meio ambiente que não são detectados através das notificações de acidentes percutâneos; - Avaliar as implicações ambientais das intervenções propostas.
Central de material esterilizado	- Fornecer informações sobre os riscos de acidentes no reprocessamento de perfuro cortantes; - Identificar as questões logísticas envolvidas na implementação de perfuro cortantes com dispositivos de segurança.
Padronização de materiais/setor de Compras	- Ajudar a identificar produtos e fabricantes de perfuro cortantes com dispositivos de segurança; - Fornecer informações sobre custo para tomada de decisões.
Equipe clínica e laboratorial (diretamente envolvidos na	- Fornecer informações sobre fatores e situações de risco de acidentes e sobre implicações das intervenções propostas

realização de procedimentos com perfuro cortantes)	. Participar ativamente na avaliação das intervenções de prevenção
--	--

CAPÍTULO IV

DA ANÁLISE DOS ACIDENTES OCORRIDOS

Art. 4º

A comissão gestora deve analisar as informações existentes no PPRA e no PCMSO, além dos acidentes ocorridos através das investigações de acidentes com materiais perfuro cortantes realizadas pelo setor de Segurança do Trabalho.

Art. 5º

Com as informações dos acidentes, a comissão gestora deverá analisar e chegar às suas próprias análises sobre os riscos e situações que levaram a ocorrência desses acidentes.

Art. 6º

Após a apuração dos fatos, a comissão gestora deve estudar as medidas para diminuir e/ou eliminar os riscos de forma a proporcionar um ambiente de trabalho seguro para os colaboradores desenvolverem suas atividades laborativas com segurança.

Parágrafo único - A comissão gestora deverá realizar as investigações juntamente com o setor de Segurança do Trabalho através da ficha de investigação de acidentes padrão.

CAPÍTULO V

DA TOMADA DE DECISÃO

Art. 7º

Em caso de acidente de trabalho ocorrido com material perfuro cortante, a comissão gestora deverá analisar os seguintes aspectos para a tomada de decisão:

- I - Situações de riscos e acidentes com materiais perfuro cortantes que possuem maior probabilidade de transmissão de agentes biológicos veiculados pelo sangue;
- II - Frequência de ocorrência de acidentes em procedimentos com utilização de um material perfuro cortante específico;
- III - Procedimentos de limpeza, descontaminação ou descarte que contribuem para uma elevada ocorrência de acidentes;
- IV - Número de trabalhadores expostos às situações de riscos de acidentes com materiais perfuro cortantes.

Art. 8º

A seleção dos materiais perfuro cortantes deverá ser conduzida pela comissão gestora atendendo as seguintes etapas:

- I - Definição dos materiais perfuro cortantes prioritários para substituição a partir da análise das situações de risco e dos acidentes de trabalho ocorridos;
- II - Definição de critérios para a seleção dos materiais perfuro cortantes com dispositivo de segurança e obtenção de produtos para testes e avaliações;
- III - Planejamento dos testes para substituição em áreas selecionadas no serviço de saúde, decorrente da análise das situações de risco e dos acidentes de trabalho ocorridos;
- IV - Avaliação da eficácia do produto a partir das perspectivas da saúde do trabalhador, dos cuidados ao paciente e da efetividade, para posterior decisão de qual material adotar.

CAPÍTULO VI

DO CRONOGRAMA DE REUNIÕES

Art. 9º

As reuniões serão realizadas todas ultimas sexta-feira do mês onde serão discutidos os acidentes ocorridos e as medidas necessárias para evitar novos

acidentes. Todas às informações discutidas serão registradas por meio de ata assinada por todos os membros presentes.

Art. 10

As reuniões extraordinárias serão realizadas a qualquer tempo.

Art. 11

Os membros da Comissão que faltarem a 03 (três) reuniões consecutivas ou a 05 (cinco) alternadas, no período de 12 (doze) meses, serão excluídos.

Art. 12

Outras pessoas poderão ser convidadas a participar das reuniões sempre que os membros julgarem necessário.

4.5.10. Comissão de Padronização e Qualidade de Material Médico Hospitalar - CPQMMH

A Comissão de Padronização e Qualidade de Material Médico Hospitalar - CPQMMH tem a responsabilidade de supervisionar todas as políticas de seleção, utilização e **padronização** de material médico hospitalar e, atuar em conjunto com a CFT, para a padronização de medicamentos no Hospital, com o intuito de assegurar resultados ótimos, com risco mínimo e redução de custos. O principal objetivo desta comissão é implementar uma política para o uso racional de materiais e medicamentos. Esta Comissão está vinculada à Diretoria Técnica do hospital.

Cronograma de Atividades: será estabelecido de acordo com o Regimento Interno, com reuniões regulares bimensais e por solicitação, com início após 90 dias do início da Administração da AHBB.

Para a Comissão de Padronização e Qualidade de Material Médico Hospitalar - CPQMMH do Hospital Municipal de Cubatão - Dr. Luiz Camargo da Fonseca e Silva propomos o seguinte regimento:

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES E OBJETIVOS E COMPETÊNCIAS

Art. 1º

A Comissão de Padronização e Qualidade de Material Médico Hospitalar - CPQMMH é responsável por regulamentar a padronização de materiais médico-hospitalares, materiais de expediente, SADT, equipamentos e outros bens de consumo.

Parágrafo único: Atua com a CFT para regulamentar a padronização de medicamentos.

Art. 2º

Esta comissão técnica tem como objetivo:

- Gerenciar a lista básica de medicamentos e materiais hospitalares e de outros bens de consumo de uso contínuo;
- Manter processo permanente de atualização da lista para realização dos procedimentos médicos, assistenciais e de enfermagem, através de consulta as áreas técnicas;
- Analisar, testar e emitir parecer técnico de materiais hospitalares de uso contínuo das áreas do Hospital;
- Elaborar a padronização de medicamentos e materiais hospitalares de uso contínuo, utilizando o método descritivo, possibilitando a orientação no processo de compras;
- Prestar apoio ao Departamento de Gestão de Suprimentos;
- Assegurar que os medicamentos e materiais hospitalares a serem adquiridos para o Hospital estejam dentro dos padrões de qualidade estabelecidos pela comissão técnica;
- Manter processo permanente de avaliação da qualidade dos medicamentos e materiais hospitalares adquiridos para uso contínuo na Instituição.

Art. 3º

É competência da Comissão:

- Promover estudos pertinentes à padronização de material médico – hospitalar, visando economicidade e qualidade na aquisição destes materiais, para melhoria da assistência dos serviços prestados, para os profissionais da saúde e dos pacientes do Hospital Municipal de Cubatão - Dr. Luiz Camargo da Fonseca e Silva;
- Estabelecer normas e rotinas para aquisição do material médico hospitalar, visando à melhoria da qualidade e produtividade da assistência à saúde no Hospital Municipal de Cubatão - Dr. Luiz Camargo da Fonseca e Silva;
- Elaborar a revisão anual da padronização de material médico hospitalar de uso contínuo, utilizando o método descritivo, identificando com clareza as especificações, possibilitando a orientação do processo licitatório;
- Elaborar, em conjunto com o setor de compras, critérios para Cadastro dos Fornecedores de Materiais Médico Hospitalares, em parceria com a Comissão de Avaliação de Cubatão - Dr. Luiz Camargo da Fonseca e Silva e Legislações Vigentes;
- Elaborar protocolo para testes das amostras e respectivos formulários a serem usados para este fim;
- Definir o quantitativo das amostras, período dos testes, prazo e local de entrega das amostras;
- Estabelecer critérios de inclusão e exclusão para padronização de qualquer material médico – hospitalar novo com vistas ao custo benefício.
- Designar os profissionais responsáveis pela emissão de pareceres técnico
- Analisar e emitir parecer técnico sobre aquisição de material não padronizado de uso temporário ou específico.
- Divulgar as alterações realizadas na Relação Básica de Material Médico Hospitalar, sempre que ocorrerem, para as gerências, serviços ou outros do Hospital Municipal de Cubatão - Dr. Luiz Camargo da Fonseca e Silva.
- Construir indicadores de qualidade e de produtividade sobre o uso dos materiais padronizados e/ou a serem padronizados;
- Notificar à Diretoria Administrativa quando verificada a ocorrência de irregularidade ou não conformidade na entrega de materiais no Almoxarifado, para as providências legais;

- Criar e manter Banco de Dados de Materiais Médico-Hospitalares com os seus respectivos Fabricantes pré-qualificados;
- Participar da elaboração do Edital de Registro de Preços para aquisição de materiais médico-hospitalares;
- Manter conhecimento atualizado em relação aos materiais médico-hospitalares, medicamentos e equipamentos comercializados no país, através do atendimento a fornecedores e representantes dos diversos artigos e equipamentos que compõem o universo hospitalar.

Art. 4º

Serão objetos deste processo os materiais de escritório, materiais médico-hospitalares, materiais odontológicos e medicamentos, além de equipamentos e mobiliários.

Art. 5º

Todos os itens adquiridos pela AHBB, conforme abrangência descrita no artigo anterior, devem estar impreterivelmente identificados inicialmente na **lista padrão** fornecida pelo Hospital ou Unidades de Saúde conforme Contrato de Gestão firmado com a AHBB.

CAPITULO II

DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art. 6º

A Comissão de Padronização e Qualidade de Material Médico Hospitalar está subordinada à Diretoria Administrativa, que aprova a nomeação dos membros da comissão conforme Regimento Interno e tem como núcleo básico uma equipe multiprofissional.

A equipe multiprofissional deverá ser formada por pelo menos um representante dos seguintes profissionais: Farmacêutico (preferência quem compõem a CFT), Enfermeiro, Médico, Dentista, Administrador Hospitalar, Suprimentos, Almoxarifado e Gerente Administrativo, dentre outros.

CAPITULO III

DAS ATRIBUIÇÕES E ESTABELECIMENTO DAS RESPONSABILIDADES

Art. 7º

São Atribuições do Presidente:

- Convocar e presidir as reuniões ordinárias e extraordinárias; dirigir os trabalhos da comissão;
- Distribuir tarefas entre os membros da Comissão;
- Representar a Comissão perante os demais órgãos, subscrevendo seus atos;
- Indicar o seu substituto, entre os membros da Comissão.

Art. 8º

São Atribuições do Vice-Presidente:

- Todas as atribuições acima descritas na ausência do Presidente.

Art. 9º

São Atribuições do Secretário:

- Receber dos fornecedores as amostras dos materiais em processo de compra ou não e comunicar o presidente para providenciar encaminhamento ao Sistema Produtivo, conforme protocolo estabelecido;
- Distribuir os materiais a serem testados e respectivos formulários conforme orientação da presidência ou membros;
- Receber e ordenar os formulários técnicos das análises dos materiais testados e comunicar o recebimento à presidência da CPQMMH;
- Manter o Banco de Dados de Materiais e de fornecedores atualizados;
- Controlar a entrada e saída de documentos da Comissão através de registro em livro protocolo;
- Secretariar as reuniões da CPQMMH e elaborar as respectivas atas, registrando todas as decisões da comissão;
- Manter cópia em arquivo da documentação deliberada.

Art. 10

Compete aos demais membros da Comissão:

- Analisar laudos técnicos sobre a qualidade do produto, emitidos pelas diferentes unidades hospitalares, e emitir parecer sobre os processos de compra;
- Colaborar na elaboração das atas durante as reuniões; levantar propostas para resolução de problemas encontrados;
- Outras atividades afins, designadas pelo Presidente da Comissão, para garantir o bom andamento dos trabalhos.

CAPITULO IV

DAS REUNIÕES

Art. 11

As reuniões serão realizadas bimestralmente e, extraordinariamente, de acordo com a convocação do Presidente. A pauta da reunião deve constar da convocação.

Art. 12

O membro que não comparecer às reuniões ordinárias por três vezes consecutivas ou alternadas sem justificativa por escrito, poderá ser excluído da Comissão.

Art. 13

As resoluções da Comissão serão tomadas com a participação de número mínimo igual a metade mais 01 (um) de seus integrantes em 1ª convocação e em 2ª convocação, quinze minutos após a primeira, com qualquer número de participantes.

Art. 14

Para cada reunião realizada, deverá ser lavrada ata, assinada pelos presentes.

CAPÍTULO V

DAS RESOLUÇÕES

Art. 15

A Comissão tem poder deliberativo para vetar a compra de medicamentos que se mostrarem ineficazes terapêuticamente e/ou com qualidade duvidosa, por solicitação da farmácia, da equipe de saúde ou por amostragem, através dos seguintes critérios:

- a. Laudo técnico do medicamento, realizado por laboratório de análise oficial;
- b. Ensaio clínico terapêutico quando necessário;
- c. Registro no Ministério da Saúde dos medicamentos.

Art. 16

A Comissão tem poder deliberativo para vetar a compra de materiais médico-hospitalares e equipamentos que se mostrarem com qualidade duvidosa, por solicitação da equipe de saúde ou por pessoas envolvidas.

Art. 17

A Comissão é autônoma e competente para incluir e/ou excluir qualquer medicamento, equipamento e bens de consumo. Na Padronização. Não havendo unanimidade da decisão sobre a aceitação de um medicamento, material médico-hospitalar e equipamento, o assunto será encaminhado à AHBB que deverá emitir o seu parecer, o qual será examinado pela comissão dentro de um prazo máximo de quinze dias.

Parágrafo Único - Serão consultores, profissionais da área de saúde com experiência em terapêutica farmacológica, engenheiros clínicos e profissionais com ampla experiência em seleção de medicamentos, materiais médico-hospitalares e equipamentos, de acordo com a escolha da Comissão;

Art. 18

As resoluções da Comissão terão caráter normativo respaldadas pela AHBB e deverão ser cumpridas pelo corpo clínico do Hospital.

CAPITULO VI

DA INCLUSÃO OU EXCLUSÃO DE MATERIAIS MÉDICO-HOSPITALARES, MEDICAMENTOS E EQUIPAMENTOS DA PADRONIZAÇÃO ENTRE OUTROS.

Art. 19

Os membros da Comissão poderão pleitear a inclusão ou exclusão de medicamentos, equipamentos, materiais médico-hospitalares e outros itens que se fizerem necessários encaminhando solicitação por escrito, observando as seguintes normas:

Parágrafo 1º - Pedido de inclusão de medicamento:

- a) Nome do princípio ativo;
- b) Apresentação, dose, indicação e posologia;
- c) Consideração sobre ação terapêutica e uso clínico;
- d) Justificativa do motivo da escolha do princípio ativo sugerido, em relação a outro similar ou substituto, já incluído ou não na padronização;
- e) Previsão de consumo;
- f) Data e assinatura do responsável pela solicitação.

Parágrafo 2º - Pedido de exclusão de Medicamento:

- a) Nome do medicamento padronizado que se mostrar tóxico ou ineficaz e a justificativa detalhada da solicitação de exclusão;
- b) Data e assinatura do responsável.

Parágrafo 3º - Pedido de inclusão de materiais médico-hospitalares, equipamentos e outros bens de consumo:

- b) Descrição detalhada dos bens de consumo ou equipamentos. Se possível, sugerir marca ou similar;
- c) Motivo da solicitação da inclusão com justificativa da escolha do bem de consumo ou equipamento sugerido, em relação a outro similar ou substituto, já incluído ou não na padronização;
- d) Previsão de consumo;
- e) Data e assinatura do responsável pela solicitação.

Parágrafo 4º - Pedido de exclusão de materiais médico-hospitalares, equipamentos e outros bens de consumo:

- a) Nome do bem de consumo ou equipamento e o motivo da solicitação da exclusão;
- b) Data e assinatura do responsável.

Parágrafo 5º - O solicitante deverá entregar a solicitação de inclusão ou exclusão no Serviço de Compras.

Parágrafo 6º - A inclusão ou exclusão da Padronização só se dará após parecer desta Comissão que avaliará a justificativa. No caso de exclusão levará em conta também o estoque disponível.

Art. 20

Quando, em caráter eventual ou emergencial, o médico necessitar prescrever algum medicamento não padronizado, deverá solicitar à responsável pela Farmácia, a aquisição do mesmo, utilizando impresso próprio com justificativa da necessidade e impossibilidade de substituí-lo por outro já padronizado. O pedido deverá ser devidamente assinado pelo médico solicitante e assinado pelo Farmacêutico. Se autorizado, encaminhar para o Setor de Suprimentos para requisição pontual. Se posteriormente for necessário acrescentá-lo na Lista de Padronização, o Farmacêutico solicitará o parecer da Comissão de Padronização.

Parágrafo 1º - As solicitações julgadas improcedentes serão indeferidas e devolvidas ao solicitante informando as razões do indeferimento.

Parágrafo 2º - As solicitações julgadas procedentes serão deferidas e encaminhadas ao Setor de Compras para a aquisição.

Art. 21

Quando, em caráter eventual, algum setor necessitar de algum outro bem de consumo ou equipamento não padronizado, deverá solicitar ao Diretor/Gerente Administrativo da unidade que encaminhará ao Setor de Suprimentos para requisição do mesmo, utilizando impresso próprio com justificativa da necessidade e impossibilidade de substituí-lo por outro já padronizado. O pedido devidamente

assinado pelo solicitante e pelo Gestor da unidade será apreciado pelo Setor de Suprimentos e Compras. Se posteriormente for necessário, o Setor de Suprimentos solicitará o parecer da Comissão de Padronização para cadastrá-lo no Sistema como padronizado.

Parágrafo 1º - As solicitações julgadas improcedentes serão indeferidas e devolvidas ao solicitante informando as razões do indeferimento.

Parágrafo 2º - As solicitações julgadas procedentes serão deferidas e o Setor de Suprimentos providenciará a requisição ao Setor de Compras.

Art. 22

A Comissão de Padronização definirá normas e rotinas para:

- Prescrição de Antimicrobianos, inclusive, para profilaxia em comum acordo com a SCIH;
- Solicitações para compra de medicamentos, equipamentos e bens de consumo, em conjunto com o Setor de Suprimentos e Compras;
- Prescrição de medicamentos padronizados de alto custo.

CAPITULO VII

DAS DIPOSIÇÕES FINAIS

Art. 23

Este regulamento poderá ser modificado por proposição da Diretoria da AHBB e dos membros da própria Comissão.

Art. 24

Os casos omissos serão resolvidos pela própria Comissão em reunião extraordinária convocada com esta finalidade.

Art. 25

As deliberações da Comissão devem ser sempre realizadas com a avaliação do item através de análise técnica dos membros desta Comissão, obedecendo à área de formação e competência, considerando-se a multidisciplinaridade;

Art. 26

Toda definição da Comissão deverá ser inserida no cadastro da Gestão de Suprimentos, e deve ser utilizada em todas as fases e registros de compras, independente do modelo de aquisição escolhido.

Art. 27

Revogam-se as disposições em contrário.

5. EIXO III - AVALIAÇÃO

5.1. Indicadores de Desempenho Hospitalar de Qualidade e Produtividade

A seguir encontra-se descrito modelo de protocolo para o constante diagnóstico situacional no HMC.

O Monitoramento é habitualmente entendido como o processo de acompanhamento da implementação de determinadas ações, tomando-se como base o que um projeto (ou equivalente) estabelece como metas de sua implementação (planejamento). Refere-se ao “acompanhamento”, “avaliação”, monitoramento, de objetivos e metas alcançadas com uma intervenção (metas pré-estabelecidas, esperadas). É feito na rotina dos serviços, permitindo inclusive maior agilidade na correção de rumos. Para isso são utilizados indicadores que reflitam o alcance (ou não) dessas metas, indicadores esses que podem significar/representar os processos instalados e/ou produtos obtidos.

O conjunto de indicadores de desempenho da qualidade apresentados no Edital serão monitorados e avaliados mensalmente no Hospital Municipal de Cubatão.

A estratégia de Monitoramento e a avaliação dos indicadores de desempenho da qualidade e da produtividade deverão enfatizar os modos de produção da

informação e de sua análise no cotidiano no Hospital Municipal de Cubatão, de maneira a chamar a atenção para o próprio processo de construção e apropriação da informação pelos diferentes atores com ela envolvidos. Interessa, com isso, valorizar e pautar a informação em seu potencial de mobilizar as equipes em torno de dados objetivos e de todos os demais tipos de dados/informações que emergem no processo de produção de saúde.

O monitoramento e avaliação dos indicadores de desempenho da qualidade e da produtividade deverão provocar reflexão do fazer cotidiano e deverão ser utilizados como norte para pensar a prática e os resultados do trabalho no Hospital Municipal de Cubatão de maneira a promover mudanças, garantindo a segurança da assistência prestada ao usuário que procura nosso serviço.

O processo de monitoramento e avaliação dos Indicadores de desempenho da qualidade e da produtividade também deverá aumentar o coeficiente de comunicação entre os sujeitos, estimulando a autonomia de coletivos, na medida em que possam ser colocados como elemento capaz de provocar a “reunião” de diferentes profissionais (equipes) em torno de “dados” que passem a ser objeto de co-análise e co-decisões.

Para o monitoramento e avaliação contínua dos indicadores de desempenho da qualidade e da produtividade o Hospital Municipal de Cubatão contará com equipe qualificada que se situará na Unidade de Estatística e Faturamento, sendo que a mesma acompanhará diariamente os indicadores através de painel de monitoramento, que será enviado ao Gerente Administrativo e, ao identificarem situações que necessitem de intervenções serão desencadeadas ações para planejamento de atividades, capacitações e correções necessárias.

Além disso, as séries históricas elaboradas a partir de dados e indicadores servirão como base para a AHBB promover novas pactuações com a secretária, bem como definir novas metas.

É importante acrescentar que, outros indicadores podem ser desenvolvidos conforme a necessidade se faça presente, sendo agregados ao já existentes, bem como pode vir a substituir algum indicador que se tornou obsoleto.

Esta equipe deverá trabalhar em conjunto com a equipe de Educação Permanente, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), Comissão de Prontuários, Comissão de Óbitos entre outras que possam colaborar na qualificação da assistência representada pelos indicadores monitorados e avaliados no Hospital Municipal de Cubatão e que possam desenvolver ações específicas junto aos setores envolvidos.

Cabe ressaltar que, para além da simples reunião de indicadores a serem atrelados às intervenções, nossa ênfase recai sobre o modo (das equipes) de se chegar a essas informações e lidar com elas, sendo esse próprio “modo” um dos componentes centrais da avaliação enquanto qualificação dos serviços prestados no Hospital Municipal de Cubatão. Por isso, antes de se ater ao recorte de indicadores, é necessário ater-se à compreensão dos dispositivos, desvelando coletivamente seus significados, clareando e definindo seus possíveis objetivos específicos, em cada realidade específica norteando a elaboração de planos de ação.

5.1.1. Monitoramento dos Sistemas de Saúde

Para análise, efetivação e qualificação das metas propostas, as Unidades de Saúde devem garantir a utilização dos Sistemas de Informação em Saúde previstos pela SMS em todas as suas etapas (coleta, processamento, análise e transmissão).

O *BPA (Sistema de Informação Ambulatorial - SIA-SUS/Boletim de Produção Ambulatorial – BPA)* será utilizado para receber as informações de produção da Unidade de Saúde e faturamento dos procedimentos realizados. A Unidade de Saúde deve alimentar o Sistema a partir da importação dos arquivos de BPA Consolidado e Individualizado após a análise crítica dos dados e exportar os arquivos respectivos aos níveis de gestão competentes conforme fluxos estabelecidos pela SMS, com o monitoramento do Gestor da Unidade.

O SCNES (Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) deve ser utilizado pela Unidade de Saúde para:

- Alimentar os dados dos profissionais, equipamentos e Serviços disponíveis na Unidade;
- Cadastrar o Cartão SUS definitivo dos profissionais;

Para tanto a Unidade também deve preencher e atualizar as fichas de cadastro de profissionais e serviços continuamente e enviá-las aos níveis de gestão competentes conforme fluxos estabelecidos pela SMS.

O Gestor da Unidade de Saúde deverá monitorar a alimentação adequada do SCNES através dos relatórios disponibilizados, o que permitirá a configuração adequada das agendas dos profissionais, inserção dos procedimentos realizados e integração das ações apontadas em BPA visto que os dados desse Sistema são pareados às informações fornecidas no SCNES para aprovação das mesmas.

5.2. Sistemática de Aplicação de Ações Corretivas de Desempenho

O conjunto de indicadores selecionados e descritos será analisado diária e mensalmente de acordo com as regras estabelecidas no edital de Licitação e poderão ser revistos de acordo com as necessidades da Secretaria Municipal de Saúde para devido acompanhamento das atividades do Hospital Municipal de Cubatão.

As ações corretivas são realizadas considerando-se as etapas envolvidas no processo relacionado ao indicador através de planos estratégicos (definição e descrição de problemas, priorização de nós críticos, elaboração de ações corretivas e de melhoria) com o objetivo de reorganizar processos de trabalho buscando o aperfeiçoamento da qualidade, humanização e da eficácia das ações e serviços, considerando as questões apontadas pelos usuários.

É importante ressaltar que as ações corretivas realizadas geram análises dos resultados das ocorrências. O conhecimento da causa que levou a uma não conformidade permite que ações preventivas sejam providenciadas, para garantir a qualidade da assistência oferecida e a satisfação do usuário.

O monitoramento estará sob a responsabilidade da equipe qualificada alocada no Serviço de Arquivo do Hospital Municipal de Cubatão. Esta equipe deverá trabalhar em conjunto com Coordenadores Médicos e de Enfermagem, equipe de Educação Permanente, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), Comissão de Prontuários, Comissão de Óbitos entre outras, e com as equipes de trabalho para desenvolver ações específicas junto aos setores

envolvidos. Para elaboração de plano de ação, serão descritos relatórios com análise estatística da situação, para direcionar os gestores na tomada de decisão e desenvolver ações corretivas e preventivas.

Os resultados do monitoramento serão registrados nos respectivos Sistemas de Informação e divulgados através de relatórios de prestação de contas. A produção de relatório contendo a demonstração e avaliação dos indicadores selecionados terá periodicidade mensal e apresentará a situação de cada setor do Hospital Municipal de Cubatão.

Auditorias Internas

Visando fortalecer e garantir um resultado eficaz em todos os processos será criado um sistema de monitoramento. Serão realizadas em períodos pré-estabelecidos auditorias internas de verificação às metas contratuais, manuais institucionais e fluxos pré-estabelecidos de acordo com os critérios.

As auditorias serão de responsabilidade dos Gestores de cada processo, sob a orientação do gestor do NQSP, e a partir dos dados resultantes do monitoramento permanente poderão identificar as ações corretivas e preventivas necessárias ao atendimento e manutenção do sistema.

Declaramos que as informações acima refletem a expressão da verdade, sendo de nossa inteira responsabilidade quaisquer omissões, exceções ou incorreções que, porventura, possam eles apresentar.

Esta proposta tem validade de 120 (cento e vinte dias) dias.

São Paulo, 19 de setembro de 2016.

AHBB – ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

Antonio Carlos Pinotti Affonso
Presidente