

Instituto Elisa de Castro

CNPJ: 05.624.609/0001-55

RCPJ: 201635

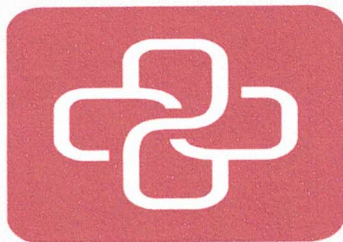
EDITAL DE CONVOCAÇÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

O Presidente do Instituto Elisa de Castro, no uso das suas atribuições que lhe confere o Estatuto, convoca todos os membros associados do Conselho de Administração, no dia 23 de maio de 2024, no endereço situado à Avenida Embaixador Abelardo Bueno, nº 3.180 – Salas 701 a 710 – Jacarepaguá – Rio de Janeiro – RJ – CEP: 22.775-040, conforme aviso afixado na sede, às 09:30 horas em primeira convocação, com metade mais um dos associados e às 10:00 horas, em segunda e última convocação, com qualquer número de associados, para deliberarem sobre as seguintes ordens do dia:

1ª - Aprovação da participação do Instituto Elisa de Castro no Edital de Chamamento Público 03/2024, a ser realizado pela Secretaria Municipal de Licitações Contratos e Convênios, a interesse da Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Pedro da Aldeia, e aprovação expressa das Propostas técnica e de preço do referido edital;

Rio de Janeiro, 15 de maio de 2024.


José Antônio Guimarães Cunha
Presidente



Instituto Elisa de Castro

ATA DA REUNIÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

CNPJ: 05.624.609/0001-55

Matrícula RCPJ: 201635

Aos 23 dias do mês de maio de dois mil e vinte e quatro (23/05/2024), o Presidente, bem como os associados Membros do Conselho de Administração do Instituto Elisa de Castro, instituto sem fins lucrativos, inscrito no CNPJ sob o nº 05.624.609/0001-55, com sede na Avenida Embaixador Abelardo Bueno, nº 3.180 – Salas 701 a 710 – Jacarepaguá – Rio de Janeiro – RJ – CEP: 22.775-040, reuniram-se, às 10hs, em segunda e última convocação, em Reunião do Conselho de Administração, cumprindo o Edital de Convocação, fixado no quadro de aviso, na sede do Instituto. Foi aberta a Reunião com a seguinte ordem do dia: 1º - Aprovação da participação do Instituto Elisa de Castro no Edital de Chamamento Público 03/2024, a ser realizado pela Secretaria Municipal de Licitações Contratos e Convênios, a interesse da Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Pedro da Aldeia, e aprovação expressa das Propostas técnica e de preço do referido edital. Estavam presentes na reunião os associados: José Antônio Guimarães Cunha, Ana Cristina dos Santos Silva, Adriano de Sena Moraes, Wesley Xavier da Silva, Leandro Marques Nobrega, que participou de forma remota e Leonardo Alves de Barros Paz, que participou de forma remota. Tendo um total de 6 (seis) associados presentes e, portanto, quórum necessário para realização da reunião. Foi instalada a sessão pelo Presidente, José Antônio Guimarães Cunha, que convidou a mim, Ana Cristina dos Santos Silva, para secretariar e lavrar a presente Ata, o que foi de pronto aceito. Constituída a mesa, o Senhor Presidente determinou que fosse feita a leitura do Edital de Convocação e a recontagem dos membros presentes, examinando a situação de cada um com direito a voto. A seguir, o Presidente retomou a palavra, saudou

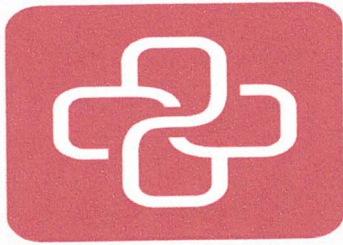
Avenida Embaixador Abelardo Bueno, nº 3.180 – Salas 701 a 710 – Jacarepaguá – Rio de Janeiro – RJ – CEP: 22.775-040

www.institutoelisadecastro.org

CNPJ: 05.624.609/0001-77

AcCds

4



Instituto Elisa de Castro

a todos, agradeceu a presença. Dando início aos trabalhos, leu o 1º item – **Aprovação da participação do Instituto Elisa de Castro no Edital de Chamamento Público 03/2024, a ser realizado pela Secretaria Municipal de Licitações Contratos e Convênios, a interesse da Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Pedro da Aldeia, e aprovação expressa das Propostas técnica e de preço do referido edital** - Foi exposto pelo Presidente a intenção de participação do Edital de Chamamento Público 03/2024, a ser realizado pela Secretaria Municipal de Licitações Contratos e Convênios, a interesse da Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Pedro da Aldeia, cujo objeto é a Seleção da melhor Proposta Técnica e Financeira para a assinatura de CONTRATO DE GESTÃO com Entidade de direito privado sem fins lucrativos, qualificada como Organização Social da área da Saúde, no âmbito do Município de São Pedro da Aldeia, para a operacionalização dos serviços de saúde no Pronto Socorro Municipal Dr. Jose Seve Neto - PSMJSN. Ao final foi posto em votação e aprovado por unanimidade pelos associados presentes, tanto a participação, tal como as Propostas técnica e Financeira a serem apresentadas no referido certame, não havendo nada mais a ser tratado, foram encerrados os trabalhos. Eu, Ana Cristina dos Santos Silva, secretária da Reunião, lavrei a presente Ata, que vai por mim assinada, conjuntamente com o Presidente da Reunião, José Antônio Guimarães Cunha. Rio de Janeiro, 23 de maio de 2024.

José Antônio Guimarães Cunha

Presidente

Ana Cristina dos Santos Silva
Ana Cristina dos Santos Silva

Secretaria da Reunião

De: Leonardo Paz <leonardotstpaz@hotmail.com>
Enviado em: quinta-feira, 23 de maio de 2024 14:01
Para: juridico@institutoelisadecastro.org
Assunto: Reunião do Conselho de Administração

Prezados, boa tarde!

Eu Leonardo Alves Paz, membro do Conselho de Administração do Instituto Elisa de Castro, venho através deste ratificar a minha participação de forma remota na Reunião do Conselho de Administração realizada em 23/05/2024 na sede do Instituto Elisa de Castro.

Desta forma, segue o meu voto relativo ao item posto em votação na Reunião do Conselho de Administração realizada na data de 23/05/2024:

Manifesto meu voto no sentido de aprovar o item posto em votação na reunião, qual seja:

1ª - Aprovação da participação do Instituto Elisa de Castro no Edital de Chamamento Público 03/2024, a ser realizado pela Secretaria Municipal de Licitações Contratos e Convênios, a interesse da Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Pedro da Aldeia, e aprovação expressa das Propostas técnica e de preço do referido edital;

Att,
Leonardo Alves Paz
Conselheiro do Instituto Elisa de Castro



De: Leandro Marques Nóbrega <lmnobrega@gmail.com>
Enviado em: quinta-feira, 23 de maio de 2024 15:12
Para: juridico@institutoelisadecastro.org
Assunto: Reunião do dia 23/05/2024.

Prezados, boa tarde!

Eu, Leandro Marques Nóbrega, membro do Conselho de Administração do Instituto Elisa de Castro, venho através deste ratificar a minha participação de forma remota na Reunião do Conselho de Administração realizada em 23/05/2024 na sede do Instituto Elisa de Castro.

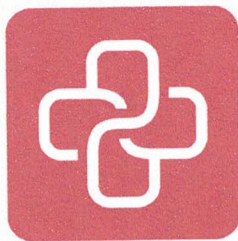
Desta forma, segue o meu voto relativo ao item posto em votação na Reunião do Conselho de Administração realizada na data de 23/05/2024:

Manifesto meu voto no sentido de aprovar o item posto em votação na reunião, qual seja:

1ª - Aprovação da participação do Instituto Elisa de Castro no Edital de Chamamento Público 03/2024, a ser realizado pela Secretaria Municipal de Licitações Contratos e Convênios, a interesse da Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Pedro da Aldeia, e aprovação expressa das Propostas técnica e de preço do referido edital.

Att,
Leandro Marques Nóbrega
Conselheiro do Instituto Elisa de Castro

Enviado pelo meu iPhone



Instituto Elisa de Castro

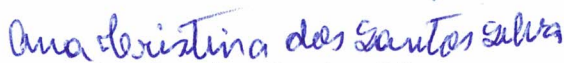
CNPJ: 05.624.609/0001-55

Lista de Presença na Reunião do Conselho de Administração

Estiveram presentes a Reunião do Conselho de Administração de vinte e três de maio de dois mil e vinte e quatro (23/05/2024) que se realizou na sede, situada à Avenida Embaixador Abelardo Bueno, nº 3.180 – Salas 701 a 710 – Jacarepaguá – Rio de Janeiro – RJ – CEP: 22.775-040, às 10:00 horas, cumprindo o edital de convocação, fixado no quadro de aviso na sede do Instituto, em segunda e última convocação. Foi aberta a Reunião do Conselho de Administração do Instituto Elisa de Castro, inscrito no CNPJ sob o nº 05.624.609/0001-55, em sua sede localizada à Avenida Embaixador Abelardo Bueno, nº 3.180 – Salas 701 a 710 – Jacarepaguá – Rio de Janeiro – RJ – CEP: 22.775-040, os seguintes associados: Ana Cristina dos Santos Silva, Adriano de Sena Moraes, Wesley Xavier da Silva, Leandro Marques Nobrega que participou de forma remota, Leonardo Alves de Barros Paz que participou de forma remota., tendo portanto, quórum suficiente para a instalação da reunião do Conselho de Administração.

Rio de Janeiro, 23 de maio de 2024.


José Antônio Guimarães Cunha
Presidente



Ana Cristina dos Santos Silva

Leandro Marques Nobrega



Wesley Xavier da Silva

Leonardo Alves de Barros Paz



Adriano de Sena Moraes

Avenida Embaixador Abelardo Bueno, nº 3.180 – Salas 701 a 710 – Jacarepaguá – Rio de Janeiro – RJ – CEP: 22.775-040

www.institutoelisadecastro.org

CNPJ: 05.624.609/0001-77

2. PROPOSTA DE ATIVIDADES VOLTADAS PARA QUALIDADE (C2)

O IEC apresentará nessas propostas de atividades voltadas à qualidade as orientações para obtermos e garantir da melhor assistência possível, dado o nível de recursos e tecnologia existentes.

Neste item o IEC estabelecerá em sua oferta, entre outras:

- a. Proposta de funcionamento das Comissões Técnicas que implantará nas Unidades e solicitadas no Termo de Referência, especificando: perfil dos membros componentes, objetivos, metas e frequência de reuniões;
- b. Organização do Serviço de Arquivo de Prontuários do Usuário;
- c. Monitoramento de indicadores de desempenho de qualidade e de produtividade, dentre outros;
- d. Sistemáticas de aplicação de ações corretivas de desempenho a partir do monitoramento acima;
- e. Proposta de Serviço de Atendimento ao Usuário e Pesquisa de Satisfação;
- f. Proposta de Educação Permanente;
- g. Sustentabilidade ambiental quanto ao descarte de resíduos;
- h. Sistemática de monitoramento e garantia da qualidade da Informação;
- i. Outras iniciativas e Programas de Qualidade, implantado ou em desenvolvimento pela Organização Social: apresentar um plano de organização específico com definição de alcance, metodologia, cronograma de implantação, orçamento previsto, etc.

A. PROPOSTA DE FUNCIONAMENTO DAS COMISSÕES TÉCNICAS QUE IMPLANTARÁ NAS UNIDADES E SOLICITADAS NO TERMO DE REFERÊNCIA, ESPECIFICANDO: PERFIL DOS MEMBROS COMPONENTES, OBJETIVOS, METAS E FREQUÊNCIA DE REUNIÕES;

a. Funcionamento das Comissões Técnicas: especificar o perfil dos membros componentes, objetivos, metas e frequência de reuniões.

a.1) Comissão de Prontuários

a.1.1) Proposta de Constituição

Em cumprimento a RESOLUÇÃO CFM nº 1.638/2002, Publicada no D.O.U. de 9 de agosto de 2002, Seção I, p.184-5, em seu Art. 3º - "Tornar obrigatória a criação das Comissões de Revisão de Prontuários nos estabelecimentos e/ou instituições de saúde onde se presta assistência médica" e no Art. 4º - "A Comissão de que trata o artigo anterior será criada por designação da Direção do estabelecimento, por eleição do Corpo Clínico ou por qualquer outro método que a instituição julgar adequado, devendo ser coordenada por um médico."

a.1.2) Composição

Norteadas pela resolução acima citada, o Instituto Multi Gestão criará a Comissão de Revisão de Prontuários (CRP). Sendo composta por 1(um) médico(a), 2(dois) enfermeiro(a)s e 1(um) colaborador(a) administrativo.

a.1.3) Objetivos

Tendo como finalidade atender a resolução CFM No. 1638/2002, que define prontuário médico como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo. É um órgão de assessoria diretamente vinculado à autoridade máxima da Instituição.

a.1.4) Metas

Analisar, verificar e apurar 100% dos prontuários, sempre primando pelo correto preenchimento das evoluções diárias.

a.1.5) Frequência das reuniões

A comissão de prontuários deverá se reunir, pelo menos, uma vez ao mês.

a.1.6) Cronograma das Reuniões

COMISSÃO DE PRONTUÁRIO	
1º Mês	NOMEAÇÃO DOS MEMBROS DA COMISSÃO/IMPLANTAÇÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS
2º Mês	TAXA DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS CORRETAMENTE FINALIZADOS APÓS O ATENDIMENTO
3º Mês	ANÁLISE DA TAXA DE TRANSFERÊNCIA DE USUÁRIOS
4º Mês	TAXA DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS DAS SALAS AMARELA E VERMELHA
5º Mês	TAXA DE USUÁRIOS ADULTOS CLASSIFICADOS QUANTO AO RISCO
6º Mês	DISSEMINAR A LEGISLAÇÃO VIGENTE QUANTO AO QUESITO PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO

7º Mês	DEFINIR REUNIÕES DE INTERAÇÃO COM A COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA
8º Mês	PADRONIZAR A ORGANIZAÇÃO DO SAME
9º Mês	VERIFICAR A EFICIÊNCIA DO SERVIÇO MÉDICO ATRAVÉS DA ANÁLISE DO PRONTUÁRIO
10 Mês	ORIENTAR A ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS
11º Mês	ANALISAR IMPRESSOS E SUGERIR MODIFICAÇÕES
12º Mês	ANALISAR TODOS OS PRONTUÁRIOS NÃO PREENCHIDOS CORRETAMENTE OU INCOMPLETOS

a.1.7) Proposta de Regimento Interno

I. NOME:

COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS (CRP).

II. FINALIDADE:

Atender a resolução CFM No. 1638/2002, que define prontuário médico como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo. É um órgão de assessoria diretamente vinculado à autoridade máxima da Instituição.

III. COMPOSIÇÃO:

A composição mínima da comissão deverá ser de um membro médico, um membro do Setor de Administrativo e dois enfermeiros.

Para realização dos trabalhos da comissão aos seus membros deverá ser disponibilizado um específico horário de suas atividades assistenciais - esse número de horas será definido pela Diretoria da Unidade.

O tempo mínimo de dedicação por membro será definido pela Diretoria Geral, de acordo com as necessidades e perfil da Instituição.

A critério da Diretoria e acordado com a comissão, a carga horária total do membro poderá ser de uso exclusivo na comissão, desde que respeitadas as necessidades dos serviços.

IV. MANDATO:

O mandato deverá ser de 12 meses, podendo ser renovável conforme definição da Diretoria Técnica de Departamento.

A relação dos membros de cada mandato deverá ser afixada no quadro de avisos das unidades e a cada doze meses, bem como a substituição de qualquer membro, a qualquer momento.

O presidente da comissão, assim como todos os membros, será designado pelo Diretor Geral do PSC/PSI. Os cargos de vice-presidente e secretário poderão ser definidos pela comissão.

V. SEDE:

A sede da comissão será a sala de reuniões, com a infraestrutura básica necessária para seu funcionamento.

VI. FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO:

Deverão ocorrer reuniões periódicas, com data, local e horário, previamente definidos e informados, sendo no mínimo realizadas reuniões mensais.

A ausência de um membro em 3 reuniões consecutivas, sem justificativa, ou ainda 6 reuniões não consecutivas, com ou sem justificativa, durante 12 meses gerará sua exclusão automática.

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.

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.

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.

Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo Diretor Técnico, pelo Diretor Clínico ou pelo Diretor Geral.

O envio de informações e indicadores operacionais deverá ser mensal, atendendo orientação do Termo de Compromisso de Gestão firmado junto à Secretaria Municipal de Saúde.

VII. ATRIBUIÇÕES:

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 a 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.

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 presente 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.

As atribuições do vice-presidente serão 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.
- h) Solicitar ao SAME (Serviço de Arquivo Médico) todos os prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los em 24 horas após o trabalho realizado.

VIII. DISPOSIÇÕES GERAIS:

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 e designação dos membros.

a.2) Comissão de Revisão de Óbitos

a.2.1) Proposta de Constituição

As Resolução CRM Nº 114/2005A tornam obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Óbitos em estabelecimentos hospitalares. Esta comissão é instrumento indispensável para o estudo epidemiológico dos óbitos ocorridos nas Unidades de Saúde, além de permitir a correção e aprimoramento de deficiências ocorridas na assistência ao paciente. Deve ser implantada obrigatoriamente em cada Unidade de Saúde, devido à importância do estudo individualizado dos óbitos ocorridos nas mesmas.

a.2.2) Composição

A comissão será composta por 3 (três) médicos, 1(um) enfermeiro e 1 (um) assistente social.

a.2.3) Objetivos

A finalidade desta comissão é analisar todos os óbitos, causas, procedimentos e condutas profissionais realizadas, bem como a qualidade de informações dos atestados de óbitos.

A comissão tem os seguintes objetivos: Analisar e emitir pareceres sobre os assuntos relativos aos óbitos que lhe forem enviados, elaborar normas para auditoria e revisão dos prontuários de pacientes que foram a óbito, realizar a revisão dos prontuários relacionados aos óbitos, Normatizar e fiscalizar o adequado registro e preenchimento dos atestados de óbitos, convocar o médico que atestou o óbito caso as informações sejam conflitantes, criar instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações dos prontuários de óbito, correlacionar os diagnósticos prévios com os resultados de necropsias, zelar pelo sigilo ético das informações, Assessorar a coordenação da UPA em assuntos de sua competência.

a.2.4) Metas

Analisar, verificar e apurar 100% dos óbitos ocorridos na unidade.

a.2.5) Frequência das Reuniões

A comissão deverá se reunir mensalmente e sempre que necessário.

a.2.6) Cronograma das Reuniões

COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS	
1º Mês	NOMEAÇÃO DOS MEMBROS DA COMISSÃO/IMPLANTAÇÃO REVISÃO DE ÓBITOS
2º Mês	ANALISAR E EMITIR PARECER SOBRE OS ASSUNTOS RELATIVOS À ÓBITOS QUE LHE FORAM ENVIADOS
3º Mês	ANÁLISE DA TAXA DE ÓBITOS
4º Mês	TAXA DE REVISÃO DE ÓBITOS
5º Mês	TAXA DE USUÁRIOS QUE VIERAM A ÓBITO
6º Mês	DISSEMINAR A LEGISLAÇÃO VIGENTE
7º Mês	DEFINIR REUNIÕES DE INTERAÇÃO COM A COMISSÃO
8º Mês	PADRONIZAR A ORGANIZAÇÃO
9º Mês	VERIFICAR A EFICIÊNCIA DO SERVIÇO MÉDICO ATRAVÉS DA ANÁLISE DO PRONTUÁRIO
10 Mês	ORIENTAR A ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS
11º Mês	ANALISAR IMPRESSOS E SUGERIR MODIFICAÇÕES

12º Mês	ANALISAR TODOS OS PRONTUÁRIOS NÃO PREENCHIDOS CORRETAMENTE OU INCOMPLETOS
----------------	--

a.2.7) Proposta de Regimento Interno

I. NOME:

COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS (CRO)

II. FINALIDADE:

Atender a resolução CRM No. 114/2005. Analisar os óbitos, os procedimentos e condutas profissionais realizadas, bem como a qualidade de informações dos atestados de óbitos.

É um órgão de assessoria diretamente vinculado à autoridade máxima da Instituição.

III. COMPOSIÇÃO:

A composição mínima da comissão deverá ser de três membros médicos, um enfermeiro e um assistente social, podendo ser superior a isso.

IV. MANDATO:

O mandato deverá ser de 12 meses, podendo ser renovável conforme definição da Diretoria Técnica de Departamento. A relação dos membros de cada mandato deverá ser publicada em Diário Oficial do Estado a cada dois anos, bem como a substituição de qualquer membro, a qualquer momento. O presidente da comissão, assim como todos os membros, serão nomeados pelo Diretor de Departamento. Os cargos de vice-presidente e secretário poderão ser definidos pela comissão.

No caso de substituição de um ou mais membros, bem como no início de cada mandato, os nomes dos integrantes deverão ser encaminhados à Coordenadoria de Serviços de Saúde – Setor de Comissões Hospitalares.

V. SEDE:

A sede da comissão será a sala das comissões, a ser disponibilizada por cada hospital, com a infra-estrutura básica necessária para seu funcionamento.

VI. FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO:

Deverão ocorrer reuniões periódicas, conforme necessidade de cada unidade, com data, local e horário, previamente definidos e informados, sendo no mínimo realizadas reuniões mensais.

A ausência de um membro em três reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda seis reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses gera sua exclusão automática.

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.

Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, bem como de normas de preenchimento e qualidade do atestado de óbito ou relatórios de biópsias, será designado um

relator ou convidado um consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto, em prazo pré-estabelecido. Da mesma forma poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia.

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.

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 de Departamento, pelo Diretor Clínico, pelo Presidente ou Vice-presidente.

Após cada reunião, o grupo deverá elaborar um relatório e enviá-lo à Comissão de Ética Médica e Diretoria Clínica.

O envio de informações e indicadores operacionais deverá ser mensal pelo programa do Núcleo de Informação Hospitalar.

VII. ATRIBUIÇÕES:

São atribuições da Comissão de Óbitos:

- a) Analisar e emitir parecer sobre os assuntos relativos à óbitos que lhe forem enviados;
- b) Elaborar normas para auditoria e revisão dos prontuários de pacientes que foram a óbito;
- c) Realizar a revisão dos prontuários relacionados aos óbitos;
- d) Normatizar e fiscalizar o adequado registro e preenchimento dos atestados de óbitos;
- e) Convocar o médico que atestou o óbito caso as informações sejam conflitantes;
- f) Criar instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações dos prontuários de óbito;
- g) Comparar diagnóstico pré-operatório com os exames anatomo-patológicos das peças cirúrgicas (avaliar amostra significativa, em porcentagem a ser definida pela própria comissão respeitando sua disponibilidade);
- h) Correlacionar os diagnósticos prévios com os resultados de necrópsias, mesmo que realizadas pelo SVO (Serviço de Verificação de Óbitos);
- i) Zelar pelo sigilo ético das informações;
- j) Emitir parecer técnico ou relatório quando solicitado pela Comissão de Ética Médica ou outro serviço interessado;
- k) Assessorar a Direção de Departamento Técnico ou Clínica da Instituição em assuntos de sua competência;
- l) Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente;

m) Desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição.

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.

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.

As atribuições do vice-presidente serão 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;
- h) Solicitar ao SAME (Serviço de Arquivo Médico) todos os prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los em 24 horas após o trabalho realizado.

VIII. DISPOSIÇÕES GERAIS:

Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da CRO, 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 aprovação da Diretoria e publicação dos membros em Diário Oficial.

a.3) Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH);

Proposta de Constituição (membros, finalidade)

a.3.1) Proposta de Constituição

O Programa de Controle de Infecção Hospitalar será constituído por uma Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH, órgão de assessoria à Direção. A CCIH da UPA 24 hs - Pacheco, é de natureza técnico-científica permanente, de acordo a Lei nº 9.431, de 06 de janeiro de 1997 e com a Portaria 2616 de 12 de maio de 1998.

a.3.2) Composição

A CCIH terá composição multidisciplinar e multiprofissional e seus membros serão de dois tipos: Consultores e Executores. Os membros Consultores devem contar com profissionais da saúde, de nível superior, formalmente designados, representantes dos seguintes serviços: Serviço médico, Serviço de enfermagem, Serviço de farmácia, Laboratório, Higienização e Administração.

a.3.4) Objetivos

A CCIH tem por finalidade desenvolver um conjunto de ações deliberadas e sistemáticas, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares, e assim, melhorar a qualidade da assistência prestada.

a.3.3) Metas

Deverá monitorar todas as alterações de comportamento epidemiológico deverão ser objeto de investigação epidemiológica específica.

a.3.4) Frequência da Reuniões

A comissão deverá se reunir mensalmente e sempre que necessário.

a.3.6) Cronograma das Reuniões

COMISSÃO DE INFECÇÃO HOSPITALAR	
1º Mês	NOMEAÇÃO DOS MEMBROS DA COMISSÃO/ELABORAR, IMPLEMENTAR O PROGRAMA DE INFECÇÃO HOSPITALAR
2º Mês	PADRONIZAÇÃO E CAPACITAÇÃO DE FLUXO DE NOTIFICAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA
3º Mês	CAPACITAÇÃO DE LAVAGEM DE MÃOS
4º Mês	PADRONIZAÇÃO PARA USO RACIONAL DE ANTIMICROBIANOS, GERMICIDA E MATERIAL MÉDICO HOSPITALAR
5º Mês	ELABORAR REGIMENTO INTERNO
6º Mês	DISSEMINAR REGIMENTO INTERNO
7º Mês	DEDETIZAÇÃO DA UNIDADE
8º Mês	REUNIÕES COM EQUIPE DE EPIDEMIOLOGIA
9º Mês	IMPLANTAÇÃO DE NORMAS TÉCNICAS OPERACIONAIS NO QUE TANGE AO CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR
10 Mês	IMPLANTAÇÃO DE PROTOCOLOS PARA USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS, GERMICIDAS E MATERIAL MÉDICO HOSPITALAR (REAVALIAÇÃO)
11º Mês	TREINAMENTO DE PROFISSIONAIS
12º Mês	ANALISE ESTATISTICO ANUAL TAXA DE PACIENTES COM INFECÇÃO HOSPITALAR

a.3.7) Proposta de Regimento Interno

CAPÍTULO I

DAS CATEGORIAS E FINALIDADES

Art. 1º. O Programa de Controle de Infecção Hospitalar será constituído por uma Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH, órgão de assessoria à Direção. A CCIH da UPA 24hs - Pacheco, é de natureza técnico- científica permanente, de acordo a Lei nº 9.431, de 06 de janeiro de 1997 e com a Portaria 2616 de 12 de maio de 1998.

Art. 2º. A CCIH tem por finalidade desenvolver um conjunto de ações deliberadas e sistemáticas, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares, e assim, melhorar a qualidade da assistência prestada.

Parágrafo Único. Entende-se por infecção hospitalar, também denominada institucional ou nosocomial, qualquer infecção adquirida após a internação de um paciente em hospital e que se manifesta durante a internação ou mesmo após a alta, quando puder ser relacionada com a hospitalização.

CAPÍTULO II

DA ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO

SECÇÃO I - ESTRUTURA

Art. 3º. A estrutura da CCIH compreende o Grupo de Controle de Infecção Hospitalar.

Art. 4º. A fim de assegurar o suporte técnico, científico e operacional indispensável à eficiência da CCIH, a Diretoria Clínica e Administrativa proporcionará a infra-estrutura necessária.

SECÇÃO II - COMPOSIÇÃO

Art. 5º. A CCIH terá composição multidisciplinar e multiprofissional e seus membros serão de dois tipos: Consultores e Executores. Os membros Consultores devem contar com profissionais da saúde, de nível superior, formalmente designados, representantes dos seguintes serviços: Serviço médico, Serviço de enfermagem, Serviço de farmácia, Laboratório, Higienização e Administração

Parágrafo Único. As indicações deverão recair sobre profissionais com conhecimento em infecção hospitalar.

Art. 6º. Caberá ao Diretor a designação dos integrantes da CCIH, através de Portaria específica.

§ 1º O núcleo básico citado anteriormente, poderá ser acrescido de representantes de outros serviços de áreas afins.

§ 2º O Presidente ou Coordenador da CCIH será um dos membros da mesma, designado pela Direção da Instituição.

§ 3º Os membros executores da CCIH representam o serviço de controle de infecção hospitalar e, portanto, são os executores das ações programadas de controle de infecção hospitalar.

SECÇÃO III – DOS MEMBROS

Art. 7º. A CCIH será constituída por, no mínimo, os seguintes componentes:

- I - Um médico
- II - Um representante do serviço de enfermagem
- III - Um representante da farmácia
- IV - Um representante do laboratório
- VI- Um secretário/ digitador

Parágrafo Único. Um dos membros executores deve ser, preferencialmente, enfermeiro,

Art. 8º. A carga horária diária mínima, dos membros executores, deverá ser de 6h para o enfermeiro e 4h para os demais profissionais.

SECÇÃO IV – FUNCIONAMENTO

Art. 9º. A CCIH será instalada em sala das dependências do hospital, designada para esse fim.

Art. 10. As reuniões ordinárias da CCIH ocorrerão uma vez por mês, na sala de reuniões do hospital e, extraordinariamente, quando se fizer necessário.

Art. 11. A sequência das reuniões da CCIH serão as seguinte: I- Verificação da presença do Presidente; II- Verificação de presença e existência de “quorum”; III- Leitura e aprovação da ata anterior; VI- Informes e Leitura e discussão da ordem do dia.

Art. 12. A cada reunião os membros consignarão sua presença em folha própria e a secretária lavrará uma ata com exposição sucinta dos trabalhos, conclusões, deliberações e resoluções. A ata deverá ser assinada pelo presidente e demais membros, quando se sua aprovação.

CAPÍTULO III

DAS COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES

Art. 13. A Direção do Hospital:

Constituir formalmente a CCIH;

Designar os componentes da CCIH, por ato próprio;

Propiciar a infra-estrutura necessária à correta operacionalização da CCIH; IV- Aprovar e fazer respeitar o regimento interno da CCIH;

Garantir a participação do Presidente da CCIH nos órgãos colegiados deliberativos e formuladores de política da instituição como, por exemplo, os conselhos deliberativos e conselhos técnicos, independente da natureza da entidade mantenedora do hospital;

Garantir o cumprimento das recomendações formuladas pela Coordenação Estadual/Distrital de Controle de Infecção Hospitalar;

Informar o órgão oficial municipal ou estadual quanto à composição da CCIH, e às alterações que venham a ocorrer.

Art. 14. À CCIH compete:

Elaborar, implantar, manter e avaliar um Programa de Controle de Infecções Hospitalares adequado às características e necessidades da instituição;

Implantar e manter sistema de vigilância epidemiológica das infecções hospitalares;

Realizar investigação epidemiológica de casos e surtos, sempre que indicado, e implantar medidas imediatas de controle;

Propor e cooperar na elaboração, implementação e supervisão da aplicação de normas e rotinas técnico-administrativas visando à prevenção e controle das infecções hospitalares;

Propor, elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-administrativas, visando limitar a disseminação de agentes nas infecções em curso no hospital, através de medidas de isolamento e precauções;

Orientar e supervisionar a aplicação das técnicas de esterilização, desinfecção, limpeza e anti-sepsia;

Notificar e acompanhar os casos de acidente com material biológico;

Cooperar com o núcleo de educação permanente e demais setores da unidade para a capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais no que diz respeito ao controle de infecções hospitalares e prevenção de acidentes;

Elaborar e divulgar, regularmente, relatórios;

Definir, em cooperação com a Comissão de Farmácia e Terapêutica, política de utilização de antimicrobianos, germicidas e materiais médico hospitalares;

Elaborar o regimento interno da CCIH;

Cooperar com a ação de fiscalização do Serviço de Vigilância Sanitária do órgão estadual ou municipal de gestão do SUS, bem como fornecer prontamente as informações epidemiológicas solicitadas pelas autoridades sanitárias competentes;

Notificar, na ausência do núcleo de epidemiologia, ao organismo de gestão estadual ou municipal do SUS os casos diagnosticados ou suspeitos de doenças sob vigilância epidemiológica, atendidos em qualquer dos serviços ou unidades do hospital, e atuar cooperativamente com os serviços de saúde coletiva;

Notificar ao Serviço de Vigilância Sanitária do organismo de gestão estadual ou municipal do SUS, os casos e surtos diagnosticados ou suspeitos de infecções associadas à utilização de insumos e produtos industrializados;

Realizar reuniões periódicas;

Monitorar o controle de qualidade da água utilizada na instituição;

Alimentar os sistemas de informação do Hospital com os dados pertinentes à CCIH.

Art. 15. Ao Presidente ou Coordenador da CCIH:

Cumprir e fazer cumprir as determinações da CCIH aprovadas pela direção;

Representar a CCIH nos órgão colegiado, deliberativo e formador de política da instituição, como por exemplo, os conselhos técnicos, independentemente da natureza da entidade mantenedora da instituição de saúde;

Convocar periodicamente as lideranças da instituição para tomadas de decisões de situações identificadas pela CCIH;

Promover a convocação e coordenar as reuniões, com os membros executores;

Assegurar atualização técnica e científica dos membros da CCIH;

Elaborar documentos, pareceres e relatórios pertinentes ao Controle das Infecções Hospitalares;

Indicar membros para a realização de estudos, levantamentos e emissões de pareceres necessários à consecução da finalidade da comissão.

Art. 16. Ao representante do Serviço Médico:

Apoiar a implementação de ações de Controle de Infecção nas áreas específicas de sua responsabilidade;

Supervisionar a indicação e realização de procedimentos com risco em desenvolver Infecção Hospitalar;

Promover e participar de atividades de ensino e atualização baseado no plano de ação de controle de Infecção Hospitalar;

Colaborar com a Elaboração do Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos;

Prestar assessoria técnica em relação ao uso de antimicrobianos;

Participar das reuniões periódicas da CCIH;

Participar de eventos científicos referentes à área;

Participar da elaboração de relatórios da CCIH;

Participar do parecer técnico para aquisição de produtos médico-hospitalares.

Art. 17. Ao representante do Serviço de Enfermagem:

Colaborar para que haja adesão máxima do Serviço de Enfermagem à política de Controle de Infecções adotadas pela Instituição;

Participar da vigilância epidemiológica das infecções hospitalares;

Promover e participar de atividades técnico-científicas e atualização referente ao plano de ação de controle de Infecção Hospitalar, visando à melhoria da qualidade da assistência no serviço de enfermagem;

Supervisionar a indicação e realização de procedimentos com risco em desenvolver Infecção Hospitalar;

Emitir parecer técnico sobre produtos e equipamentos a serem adquiridos pela instituição;

Colaborar com a Elaboração do Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos;

Manter-se alerta quanto à saúde dos funcionários, realizando acompanhamento quando necessário;

Participar das reuniões periódicas da CCIH;

Participar da elaboração de relatórios da CCIH;

Prestar assessoria técnica aos profissionais.

Art. 18. Ao representante da Farmácia:

Fornecer mensalmente o levantamento de consumo de antimicrobiano por clínica, especialidade e paciente;

Participar da definição da Política de utilização de medicamentos e produtos químicos, juntamente com a Comissão de Farmácia e Terapêutica;

Informar o uso adequado de produtos e medicamentos que visem a garantia da qualidade da assistência prestada;

Colaborar com a avaliação microbiológica e emitir Parecer Técnico sobre produtos químicos e medicamentos a serem adquiridos pela instituição;

Assegurar a qualidade das condições de armazenamento e prazo de validade de medicamentos e soluções germicidas;

Cuidar para que não interrompa o tratamento com antimicrobiano;

Participar das reuniões periódicas da CCIH.

Art. 19. Ao representante do Laboratório:

Orientar a equipe de saúde quanto à coleta de amostras para exames microbiológicos e interpretação de resultados;

Manter arquivos dos dados microbiológicos, permitido estudos e levantamentos;

Realizar levantamento periódico da frequência de microrganismos isolados nas I.H. e da prevalência das cepas resistentes aos antimicrobianos;

Participar das reuniões periódicas da CCIH .

Art. 20. Ao representante da Administração:

Apoiar as ações de controle com vista à prevenção e controle de Infecção Hospitalar;

Estimular a comunidade hospitalar, quanto à adesão das atividades que visem à prevenção e controle das IH, demonstrando, que são desejadas e necessárias à instituição;

Definir política de controle de qualidade (promover manutenção preventiva e periódica dos equipamentos; garantir a realização semestral da lavagem e desinfecção dos tanques da instituição);

Participar das reuniões periódicas da CCIH.

Art. 21. Ao representante da Higienização

Apoiar as ações de controle com vista à prevenção e controle de Infecção Hospitalar;

Orientar e supervisionar a aplicação das técnicas desinfecção, limpeza e anti-sepsia da unidade hospitalar e equipamentos;

Participar da definição da Política de utilização de produtos químicos, juntamente com a Comissão de Farmácia e Terapêutica;

Participar das reuniões periódicas da CCIH;

Colaborar com a Elaboração do Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos;

Manter-se alerta quanto á saúde dos funcionários, realizando acompanhamento quando necessário.

Art. 22. À Secretária

Assistir as reuniões;

Lavrar termos de abertura e encerramento do livro de Ata e Protocolo;

Auxiliar na elaboração dos documentos da comissão (relatórios, ofícios, pareceres);

Manter suprimento de materiais de consumo diário;

Providenciar o cumprimento das diligências determinadas.

CAPÍTULO IV

DO SISTEMA DE COMUNICAÇÃO

Art. 23. A comunicação escrita utilizada interna e externamente pode ocorrer através dos seguintes instrumentos:

Agenda de reunião

Instrumento de comunicação interna/externa da CCIH, utilizado para disciplinar as reuniões, que deverá ser distribuída aos participantes, 24 h antes da reunião, tendo como responsável, o coordenador da mesma em alinhamento com os demais.

Livro de ata

Instrumento em que será registrada a exposição sucinta dos trabalhos, conclusões, deliberações e resoluções das reuniões. A ata deverá ser assinada pelo presidente e demais membros, quando se sua aprovação.

Súmula

Instrumento em que são registradas e descritas, de forma sucinta, as decisões, conclusões e orientações das reuniões. Deverá ser distribuída aos participantes até 48 horas após a realização da reunião. É elaborada por quem coordena a reunião ou alguém por delegação deste.

Programa de ação anual

Disparador do processo de planejamento da CCIH. “É um conjunto hierarquizado de prioridades da instituição de saúde. Apresenta em linhas gerais estratégias adotadas a médio e longo prazo, dando subsídios para o planejamento e transformações de metas em resultados.

Relatórios

Interpretação e análise de indicadores técnicos, administrativos ou financeiros que podem subsidiar tomadas de decisões e facilitar o processo de acompanhamento dos resultados.

Comunicação Interna

Correspondência interna destinada a tratar de assuntos de interesse da CCIH (técnicos, administrativos ou financeiros), podendo ser utilizada entre as áreas ou serviços da instituição.

Comunicado

Instrumento que contém avisos e/ou determinações da CCIH destinado a todo o hospital ou algumas áreas ou serviço.

Art. 24. A comunicação oral utilizada interna e externamente pode ocorrer através dos seguintes instrumentos:

Reuniões de Alinhamento Gerencial

Compõem o processo de alinhamento entre os membros da CCIH. Têm por objetivo discutir as ações a serem desenvolvidas pelas diversas áreas em curto período de tempo, tomadas de decisões administrativas e repasse de informações/orientações gerais, segundo cronograma anual.

Reuniões de alinhamento técnico

Compõem o processo de alinhamento entre a CCIH e as demais áreas ou serviço. Com o objetivo de discutir as ações técnicas a serem desenvolvidas pelas diversas áreas em curto período de

tempo, os pontos críticos e tomadas de decisões relativas à qualidade, segundo às necessidades das áreas ou serviços.

Reuniões de acompanhamento, avaliação e julgamento.

São reuniões mensais estabelecidas oficialmente em cronograma divulgado anualmente e compõem o processo de acompanhamento, avaliação e julgamento da CCIH, áreas ou serviço. Têm por objetivo formalizar e disciplinar o processo de planejamento e de acompanhamento, avaliação e julgamento. São responsáveis, ainda, por promover a integração das equipes e das ações desenvolvidas.

Reuniões extraordinárias

São as reuniões que ocorrem extra aos Processos de Planejamento. Podem ser convocadas sempre que necessário para busca de apoios na identificação de soluções e oportunidades de servir. Têm por objetivo refletir o modelo participativo de gestão, em que todo profissional ou parceiro do hospital pode promover o diálogo nos diversos níveis hierárquicos.

CAPÍTULO V

DO SISTEMA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA.

Art. 25. Vigilância Epidemiológica das infecções hospitalares é a observação ativa, sistemática e contínua de sua ocorrência e de sua distribuição entre pacientes, hospitalizados ou não, e dos eventos e condições que afetam o risco de sua ocorrência, com vistas à execução oportuna das ações de prevenção e controle.

Art. 26. O método de vigilância Epidemiológica deve atender às características do hospital, à estrutura do pessoal e a natureza do risco da assistência, com base em critérios de magnitude, gravidade, redutibilidade das taxas ou custo.

Serão utilizados os métodos prospectivos, retrospectivos e transversais, visando determinar taxas de incidência ou prevalência.

Art. 27. Serão realizados métodos de busca ativa de coleta de dados para Vigilância Epidemiológica das infecções hospitalares.

Art. 28. Todas as alterações de comportamento epidemiológico deverão ser objeto de investigação epidemiológica específica.

Art. 29. Os indicadores mais importantes a serem obtidos e analisados periodicamente no hospital e, especialmente nos serviços de Berçário de Alto Risco e UTI (adulto) são;

Taxas de Infecção Hospitalar, calculada tomando como numerador o número de episódios de Infecção hospitalar no período considerado, e como denominador o total de saídas (altas, óbitos e transferências) ou entradas no mesmo período;

Taxa de Pacientes com Infecção Hospitalar, calculada tomando como numerador o número de doentes que apresentaram Infecção hospitalar no período considerado, e como denominador o total de saídas (altas, óbitos e transferências) ou entradas no período;

Distribuição Percentual das Infecções Hospitalares por localização topográfica no paciente, calculada tendo como numerador o número de episódios de infecção hospitalar em cada topografia, no período considerado, e como denominador o número total de episódios de infecção hospitalar ocorridos no período;

Distribuição Percentual das Infecções Hospitalares por Clínica/ Unidade de Internação, calculada tendo como numerador o número de episódios de infecção hospitalar em cada clínica/ unidade de internação, no período considerado, e como denominador o número total de episódios de infecção hospitalar ocorridos no período;

Taxa de Infecções Hospitalares por Procedimentos, calculada tendo como numerador o número de pacientes submetidos a um procedimento de risco que desenvolveram infecção hospitalar e como denominador o total de pacientes submetidos a este tipo de procedimento.

Pode-se utilizar no denominador, para o cálculo dos indicadores epidemiológicos dos incisos I, II e IV, o total de pacientes dia, no período.

O número de pacientes dia é obtido somando-se os dias totais de permanência de todos os pacientes no período considerado.

Outros procedimentos de risco poderão ser avaliados, sempre que a ocorrência respectiva o indicar, da mesma forma que é de utilidade o levantamento das taxas de infecção do sítio cirúrgico, por tipo de cirurgia, cirurgião e por especialidade.

Freqüência das Infecções Hospitalares por Microrganismos ou por etiologias, calculada tendo como numerador o número de episódios de infecção hospitalar por microrganismo e como denominador o número de episódios de infecções hospitalares que ocorreram no período considerado.

Coefficiente de Sensibilidade aos Antimicrobianos, calculado tendo como numerador o número de cepas bacterianas de um determinado microrganismo sensível e determinado antimicrobiano e como denominador o número total de cepas testadas do mesmo agente com antibiograma realizado a partir das espécimes encontradas.

Indicadores de uso de antimicrobianos.

Percentual de pacientes que usaram antimicrobianos (uso profilático ou terapêutico) no período considerado. Pode ser especificado por clínica de internação ou por tipo de antimicrobiano. É calculado tendo como numerador o total de pacientes em uso de antimicrobiano e como denominador o total de tratamento com antimicrobiano iniciados no mesmo período.

Freqüência com que cada antimicrobiano é empregado em relação aos demais, é calculada tendo como numerador o total de tratamentos iniciados com determinado antimicrobiano o período, e como denominador o total de tratamentos com antimicrobianos iniciados no mesmo período.

Taxa de letalidade associada à infecção hospitalar, é calculada tendo como numerador o número de óbitos ocorridos de pacientes com infecção hospitalar no período considerado, e como denominador o número de pacientes que desenvolveram infecção hospitalar no período.

Consideram-se obrigatórias as, informações relativas aos indicadores epidemiológicos dos incisos I, II, III e XI, no mínimo com relação aos serviços de Berçário de alto risco, UTI (adulto/pediátrica/neonatal) e queimados.

Art. 30. Relatórios e Notificações.

A CCIH deverá elaborar periodicamente um relatório com os indicadores epidemiológicos interpretados e analisados. Esse relatório deverá ser divulgado a todos os serviços e à direção, promovendo-se seu debate na comunidade hospitalar.

O relatório deverá conter informações sobre o nível endêmico das infecções hospitalares sob vigilância e as alterações de comportamento epidemiológico detectadas, bem como as medidas de controle adotadas e os resultados obtidos.

É desejável que cada cirurgião receba, anualmente, relatório com as taxas de infecção em cirurgias limpas referentes às suas atividades, e a taxa média de infecção de cirurgias limpas entre pacientes de outros cirurgiões de mesma especialidade ou equivalente.

O relatório da vigilância epidemiológica e os relatórios de investigações epidemiológicas deverão ser enviados às Coordenações Estaduais/ Distritais e à Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar do Ministério da Saúde, conforme as normas específicas das referidas Coordenações.

CAPÍTULO VI

DO PROCESSO DE EDUCAÇÃO

Art. 31. A CCIH deve participar do processo educativo dos clientes internos e externos com vistas à prevenção e controle das infecções hospitalares, envolvendo atividades de educação permanente, reciclagem e treinamento técnico, com aulas teórica e prática, principalmente as relacionadas ao controle de infecção hospitalar.

Parágrafo único. O projeto de educação deverá ser elaborado através do levantamento das necessidades do cliente e do serviço, realizando o diagnóstico, determinando coberturas e metas e identificando facilitadores.

CAPÍTULO VII

DO SISTEMA DE ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO, JULGAMENTO E RESULTADOS.

Art. 32. O sistema de acompanhamento do P.C.I.H. da instituição será operacionalizado através dos seguintes instrumentos: Vigilância em serviço dos setores; Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares, Análise dos indicadores mencionados na legislação vigente, preferencialmente por unidade de produção, Controle de qualidade da água, Controle de qualidade da validação da esterilização.

Art. 33. A avaliação e julgamento dos resultados das ações do P.C.I.H. acontecerão através dos seguintes instrumentos: Análise do plano de ação para o cumprimento das metas e prazos;

Comparação dos resultados obtidos com os índices esperados. Após construção do nível endêmico da instituição usá-lo como instrumento de comparação; Aplicação de questionário visando à avaliação das ações de controle de infecção hospitalar nas diversas áreas da instituição.

CAPÍTULO VII

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 34. A CCIH convidará pessoas ou entidades que possam colaborar com o desenvolvimento de seus trabalhos, sempre que julgar necessário;

Art. 35. O Diretor da instituição poderá, a qualquer tempo e por motivo justificável, promover a substituição dos membros da CCIH;

Art. 36. Os casos omissos e as dúvidas surgidas na aplicação do presente Regimento Interno serão dirimidas pelo Presidente da CCIH e em grau de recurso pelo Diretor da instituição;

Art. 37. O presente regimento poderá ser alterado, mediante proposta da CCIH, através da maioria absoluta dos seus membros, submetida ao Diretor da instituição.

a.4) Comissão de Ética Médica

a.4.1) Proposta de Constituição

Considerando a RESOLUÇÃO CFM n.º 1.657/2002 em seu Art. 1º Todos os estabelecimentos de assistência à saúde e outras pessoas jurídicas que se exerçam a Medicina, ou sob cuja égide se exerça a Medicina em todo o território nacional, devem eleger, entre os membros de seu Corpo Clínico, conforme previsto nos seus Regimentos Internos, Comissões de Ética Médica nos termos desta resolução. Desta forma, embasado na resolução citada, o IEC propõe a criação da Comissão de Ética Médica

a.4.2) Composição

A Comissão de Ética Médica será composta por 3 membros efetivos e 3 membros suplentes, eleitos dentre o corpo clínico da unidade, sendo um Presidente e um Secretário, ambos membros titulares.

a.4.3) Objetivos

Orientar e fiscalizar o desempenho ético da profissão dentro da instituição, atuar como controle de qualidade das condições de trabalho e prestação de assistência médica na instituição, sugerindo e acompanhando as modificações necessárias, denunciar às instâncias superiores, inclusive ao CRM, as eventuais más condições de trabalho na instituição, colaborar com o CRM divulgando resoluções, normas e pareceres, assessorar as diretorias clínicas, administrativa e técnica da instituição, dentro de sua área de competência e Proceder Sindicância a pedido de interessados, médicos, Delegacias do CRM e do próprio CRM ou por iniciativa própria.

a.4.4) Metas

Fiscalizar, orientar, investigar as condutas realizadas na unidade e contribuir de forma efetiva na diminuição de intercorrências.

a.4.5) Frequência das Reuniões

A comissão deverá se reunir mensalmente e sempre que necessário.



a.4.6) Cronograma das Reuniões

COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA	
1º Mês	NOMEAÇÃO DOS MEMBROS DA COMISSÃO/ELABORAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DO REGIMENTO INTERNO
2º Mês	ANÁLISE DOS PROFISSIONAIS MÉDICOS CADASTRADOS NO CNES
3º Mês	CAPACITAÇÃO JUNTO A EQUIPE MULTIDISCIPLINAR
4º Mês	DISSEMINAÇÃO DO REGULAMENTO INTERNO
5º Mês	SUPERVISIONAR O SERVIÇO DA ATIVIDADE MÉDICA
6º Mês	IMPLANTAR MODELO DE SINDICÂNCIA
7º Mês	ELABORAR RELATORIOS SOBRE AS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS
8º Mês	ATUALIZAÇÃO DO CADASTRO MÉDICO
9º Mês	ELABORAR CURSO DE CAPACITAÇÃO DO CORPO MÉDICO
10 Mês	PROMOVER DIVULGAÇÃO DE PROTOCOLOS
11º Mês	PADRONIZAR A ORGANIZAÇÃO DOS DOCUMENTOS MÉDICOS NO SAME
12º Mês	DISSEMINAÇÃO DA CAPACITAÇÃO

a.4.7) Proposta de Regimento Interno

Capítulo I - Das Definições.

Artigo 1º - A Comissão de Ética Médica é o órgão representativo do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Constituída nos termos da Resolução nº 83/98 do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Apresenta as funções opinativas, educativas e fiscalizadoras do desempenho Ético da Medicina.

Artigo 2º - A Comissão de Ética Médica será composta por membros efetivos e membros suplentes, eleitos dentre o corpo clínico, sendo um Presidente e um Secretário, ambos membros titulares.

a) Os membros titulares poderão solicitar a participação dos membros suplentes no desenvolvimento dos trabalhos;

b) Na ausência do Presidente, as atribuições serão desempenhadas pelo Secretário da Comissão de Ética Médica.

Capítulo II - Das Competências

Artigo 3º - A todos os Membros da Comissão de Ética Médica compete:

a) Eleger o Presidente e Secretário;

b) Comparecer a todas as reuniões da Comissão de Ética Médica, discutindo e votando as matérias em pauta;

c) Desenvolver as atribuições conferidas à Comissão de Ética Médica previstas neste regimento;

d) Garantir o exercício do amplo direito de defesa para aqueles que vierem a responder a sindicâncias.

Artigo 4º - A Comissão de Ética Médica reunir-se-á uma vez por mês e extraordinariamente quando convocada pelo Presidente.

- a) A Comissão de Ética Médica poderá deliberar com a presença da maioria simples de seus membros;
- b) As deliberações da Comissão de Ética Médica serão tomadas por maioria simples de votos;

Capítulo III - Das Atribuições da Comissão de Ética Médica.

Artigo 5º - São atribuições da Comissão de Ética Médica:

- a) Orientar e fiscalizar o desempenho ético da profissão dentro da Instituição;
- b) Verificar as condições oferecidas pela instituição para o exercício profissional, bem como a qualidade do atendimento prestado aos pacientes, sugerindo modificações que venham julgar necessárias;
- c) Denunciar às instâncias superiores, inclusive o Conselho Regional de Medicina, as eventuais más condições de trabalho na instituição;
- d) Colaborar com o Conselho Regional de Medicina divulgando resoluções, normas e pareceres;
- e) Assessorar a diretoria clínica, administrativa e técnica da instituição, dentro de sua área de competência;
- f) Proceder Sindicância a pedido de interessados, médicos, Delegacias do Conselho Regional de Medicina e do próprio Conselho ou por iniciativa própria, visando dirimir conflitos e dúvidas existentes na instituição.

Capítulo IV - Do Processo de Sindicância.

Artigo 6º - As Sindicâncias instauradas pela Comissão de Ética Médica obedecerão aos seguintes preceitos contidos neste regimento:

- a) Reclamação por escrito e devidamente identificada;
- b) Comunicação escrita do Diretor Clínico;
- c) Deliberação da própria Comissão de Ética Médica;
- d) Solicitação da Delegacia Regional do Conselho Regional de Medicina;
- e) Solicitação do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro.

Parágrafo 1º - As peças deverão ser capeadas e organizadas em ordem cronológicas.

Parágrafo 2º - Se houver alguma denúncia envolvendo um Membro da Comissão de Ética Médica, o mesmo deverá se afastar exclusivamente da Sindicância.

Artigo 7º - Aberta a Sindicância, a Comissão de Ética Médica informará o fato aos envolvidos concedendo-lhes um prazo de 15 (quinze) dias úteis após o recebimento do aviso, para apresentação de relatório escrito acerca da questão, oportunidade em que será facultado a exibição do rol de testemunhas, garantindo-se a produção de todas as provas.

Parágrafo único: As Sindicâncias deverão ser concluídas no prazo máximo de 60 dias, prorrogáveis por igual período a critério do Presidente, mediante solicitação justificada por escrito ao Conselho Regional de Medicina.

Artigo 8º - Todos os documentos relacionados com os fatos, quais sejam: prontuários, fichas clínicas, ordens de serviços e outros, que possam colaborar no deslinde da questão, deverão ser complicados à Sindicância.

- a) O acesso a estes documentos é facultado somente às partes e a Comissão de Ética Médica;
- b) Toda e qualquer peça compilada a Sindicância deverão ser capeadas, organizadas e numeradas em ordem cronológica e numérica.

Artigo 9º - O Presidente da Comissão de Ética Médica nomeará pelo menos um membro sindicante para convocar e realizar audiências, analisar documentos e elaborar relatório à Comissão.

Artigo 10º - Finda a coleta de informações, a Comissão de Ética Médica poderá solicitar novas audiências dos envolvidos sobre a existência ou não de indícios de conduta antiética e/ ou infração administrativa.

Parágrafo único: Caso necessário a Comissão de Ética Médica poderá solicitar novas audiências dos envolvidos ou testemunhas, bem como, produzir novas provas.

Artigo 11º - Estando evidenciada a existência de indícios de infração administrativa, o resultado deverá ser encaminhado aos Diretores Clínicos, conforma previsão do Regimento Interno do Corpo Clínico da Instituição, para que determine as providências a serem adotadas.

Artigo 12º - Havendo indícios de infração ético-profissional, cópia da Sindicância deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, pôr se tratar do único órgão com competência para julgar infrações éticas neste Estado.

Artigo 13º - Os casos omissos serão avaliados e decididos em Sessão Plenária do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo.

Capítulo V - Das Eleições:

Artigo 14º - Os Membros da Comissão de Ética Médica serão eleitos dentre os integrantes do Corpo Clínico do IEC, obedecidas as normas regimentais, através de voto secreto e direto de seus pares. Os médicos que ocupam os cargos de Diretores Clínicos, Administrativos e Técnicos não podem candidatar-se a Comissão de Ética Médica.

Parágrafo único - Os Membros da Comissão de Ética Médica que posteriormente tornarem-se Diretores Clínicos, administrativos ou Técnicos, deverão pedir afastamento enquanto durar seu mandato.

Artigo 15º - A Comissão que estiver cumprido o mandato fará a escolha de um Comissão Eleitoral que se responsabilizará pela organização, apuração e proclamação dos resultados do pleito.

Artigo 16º - As eleições para as Comissões de Ética Médica serão realizadas no Dia do Médico, isto é no dia 18 de outubro, nos anos pares.

- a) A convocação das eleições será feita através de Edital que deverá conceder um prazo mínimo de 15 (quinze dias) para as inscrições das chapas, o qual será encerrado em 48 (quarenta e oito) horas antes das eleições;

b) O processo eleitoral será aberto e encerrado pelo Presidente da Comissão Eleitoral ou por seu eventual substituto;

c) A apuração será realizada imediatamente após o encerramento do Processo Eleitoral, por escrutinadores nomeados pela Comissão Eleitoral, podendo ser assistida por todos os interessados e acompanhados por fiscais das chapas concorrentes;

d) Será considerada eleita a chapa que obtiver o maior número de votos. A respectiva Ata Eleitoral deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Medicina do Estado do São Paulo para os devidos assentamentos.

Artigo 17º - Os Protestos e recursos contra e qualquer fato relativo ao processo eleitoral, deverão ser formalizados por escrito dentro de no máximo em 48 (quarenta e oito) horas após as eleições e encaminhadas em primeira instância à Comissão Eleitoral, em Segunda instância a Comissão de Ética Médica e por último às instâncias superiores (Conselho Regional de Medicina e Conselho Federal de Medicina).

Artigo 18º - Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão Eleitoral.

Artigo 19º - As Comissões de Ética Médica eleitas no período de 6(seis) meses anteriores às eleições oficiais, serão automaticamente reconduzidas não necessitando nova eleição.

Artigo 20º - Os membros da Comissão de Ética Médica que deixarem de prestar serviços na instituição, serão automaticamente afastados de suas funções na Comissão.

Capítulo VI - Das Disposições Gerais

Artigo 21º - Os membros deverão:

a) Os integrantes eleitos desta Comissão de Ética Médica desempenharão funções em caráter honorífico e prestarão serviços de grande relevância ao Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo;

b) A Comissão de Ética Médica manter sob caráter confidencial as informações recebidas;

c) O presente Regimento Interno poderá ser alterado, mediante proposta da Comissão de Ética Médica, através da maioria absoluta de seus membros;

d) O presente Regimento Interno entrará em vigor na data de aprovação pela Sessão Plenária da Comissão de Ética Médica.

e) Aprovada a Resolução nº 1.657/02 do Conselho Federal de Medicina, que altera alguns artigos da Resolução nº 83/98 do Conselho Regional de Medicina, que foi utilizada na redação deste presente Regimento.

a.5) Comissão De Qualidade e Segurança do Paciente

a.5.1) Proposta de Constituição

Em conformidade com a Portaria GM/MS nº 529 de 1º de abril de 2013, que institui o programa nacional de segurança do paciente (PCQSP), o IEC irá instituir a Comissão De Qualidade e Segurança do Paciente.

a.5.2) Composição

- I. um representante da Superintendência;
- II. um representante da Gerência;
- III. um médico representante Médico;
- IV. um representante multiprofissional;
- V. um enfermeiro representante da Enfermagem;
- VI. um farmacêutico representante da Farmácia;
- VII. um representante da Gerência Administrativa.
- XIII. Os enfermeiros líderes da unidade;

a.5.3) Objetivos

Modelar, definir e atualizar a gestão da qualidade, em concordância com os objetivos estratégicos da instituição por meio da padronização dos processos, disseminação da cultura da qualidade e incentivo a inovação e excelência, atuando com apoio das outras comissões e grupos de trabalho na busca contínua de melhorias.

Implementação de metas de segurança do paciente, assegurando os direitos do paciente e dos familiares, promovendo o acesso ao tratamento e continuidade, realizando a avaliação do paciente, cuidando ao paciente, realizando a educação do paciente e dos familiares, realizando o gerenciamento e uso de medicamentos, capacitando recursos humanos, gerenciamento da comunicação e das informações (prontuário), a vigilância e controle de infecção hospitalar, direção e capacitação das lideranças e Gerenciamento e segurança das instalações.

a.5.4) Metas

Fiscalizar, orientar, investigar 100% das condutas realizadas na unidade e contribuir de forma efetiva na diminuição de intercorrências e aplicação efetiva das medidas preconizadas.

a.5.5) Frequência das Reuniões

Além das reuniões ordinárias mensais, poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes

a.5.6) Cronograma das Reuniões

COMISSÃO DE QUALIDADE	
1º Mês	IMPLANTAÇÃO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE
2º Mês	IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE PESQUISA DE SATISFAÇÃO
3º Mês	IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE SAU/OUVIDORIA
4º Mês	EVENTO FESTIVO MENSAL (ANIVERSARIANTE DO MÊS)
5º Mês	IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA BI

6º Mês	MELHORIA DO SISTEMA DE GESTÃO ORGANIZACIONAL
7º Mês	REUNIÃO COM AS COMISSÕES – IMPLANTAÇÃO DE AJUSTES
8º Mês	REUNIÃO COM AS COMISSÕES – IMPLANTAÇÃO DE AJUSTES
9º Mês	REUNIÃO COM AS COMISSÕES – IMPLANTAÇÃO DE AJUSTES
10 Mês	REUNIÃO COM AS COMISSÕES – IMPLANTAÇÃO DE AJUSTES
11º Mês	REUNIÃO COM AS COMISSÕES – IMPLANTAÇÃO DE AJUSTES
12º Mês	REUNIÃO COM AS COMISSÕES – IMPLANTAÇÃO DE AJUSTES

a.5.7) Proposta de Regimento Interno

CAPÍTULO I

DA NATUREZA E FINALIDADE

Art. 1º Este regimento atende as normas instituídas pela ANVISA, autoridade regulamentar brasileira encarregada, entre outras responsabilidades, de acompanhar o desempenho de produtos da área da saúde quando são lançados no mercado e colocados à disposição do usuário. A ANVISA define se um produto de saúde será mantido ou retirado do mercado. Todos os problemas detectados pela Anvisa são comunicados à OMS, o que beneficia a saúde do Brasil e do mundo.

Art. 2º - O Núcleo De Qualidade E Segurança Do Paciente é uma instância colegiada, de natureza consultiva e deliberativa, deve estar diretamente ligado a Superintendência do IEC.

Art. 3º - O Núcleo De Qualidade E Segurança Do Paciente tem por finalidade assessorar a Superintendência do IEC, estabelecendo políticas e diretrizes de trabalho, a fim de promover uma cultura hospitalar voltada para a segurança dos pacientes, por meio do planejamento, desenvolvimento, controle e avaliação de programas, que visem garantir a qualidade dos processos assistenciais do Hospital.

Art. 4º As boas práticas de funcionamento do serviço de saúde são componentes da garantia da qualidade que asseguram que os serviços são ofertados com padrões de qualidade adequados.

Art. 5º Para efeitos deste regimento a cultura da segurança é o 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.

Art. 6º Considerar-se-á dano o 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.

Art. 7º - Evento adverso é a ocorrência imprevista, indesejável ou potencialmente perigosa na instituição de saúde que resulta em dano à saúde.

I - Eventos relacionados a produtos:

- a) Óbito ou lesão grave de paciente associados ao uso de medicamentos.
- b) Óbito ou lesão grave de paciente associados ao uso de produtos para saúde.
- c) Óbito ou evento grave associado ao uso de produtos biológicos (vacina e hemoderivados, sangue e hemocomponentes, outros tecidos e células) contaminados.
- d) Óbito ou lesão grave de paciente associados ao uso de produto em desacordo com a indicação do fabricante (conforme registrado na Anvisa).

II - Eventos relacionados à proteção do paciente:

- a) Alta ou liberação de paciente de qualquer idade que seja incapaz de tomar decisões, para outra pessoa não autorizada.
- b) Óbito ou lesão grave de paciente associado à fuga do paciente.
- c) Suicídio de paciente, tentativa de suicídio ou dano auto infligido que resulte em lesão séria durante a assistência dentro do serviço de saúde.

III - Eventos relacionados à gestão do cuidado:

- a) Óbito ou lesão grave de paciente associados a erro de medicação (ex.: erros envolvendo prescrição errada, dispensação errada, medicamento errado, dose errada, paciente errado, hora errada, velocidade errada, preparação errada, via de administração errada).
- b) Óbito ou evento adverso grave associado a erro transfusional.
- c) Óbito ou lesão grave materna associada ao trabalho de parto ou parto em gestação de baixo risco.
- d) Óbito ou lesão grave de paciente associados à queda durante a assistência dentro do serviço de saúde.
- e) Qualquer úlcera de pressão estágio 3, 4 ou não classificável adquirida após internação/comparecimento no serviço de saúde.
- f) Óbito ou lesão grave de paciente associados à embolia gasosa durante a assistência dentro do serviço de saúde.
- g) Óbito ou lesão grave de paciente resultante de perda irrecuperável de amostra biológica insubstituível.

i) Óbito ou lesão grave de paciente resultante de falha no seguimento ou na comunicação de resultados de exames de laboratório, patologia ou radiologia.

IV - Eventos ambientais:

a) Óbito ou lesão grave de paciente ou colaborador associado a choque elétrico durante a assistência dentro do serviço de saúde.

b) Qualquer incidente no qual sistema designado para fornecer oxigênio ou qualquer outro gás ao paciente não contenha gás, contenham o gás errado ou estejam contaminados com substâncias tóxicas.

c) Óbito ou lesão grave de paciente ou colaborador associado à queimadura decorrente de qualquer fonte durante a assistência dentro do serviço de saúde.

d) Óbito ou lesão grave de paciente associados ao uso de contenção física ou grades da cama durante a assistência dentro do serviço de saúde.

V - Eventos criminais potenciais:

a) Qualquer tipo de cuidado prescrito ou prestado por qualquer um se fazendo passar por médico, enfermeiro, farmacêutico ou por outro prestador de cuidado de saúde licenciado.

b) Sequestro de paciente de qualquer idade.

c) Abuso ou agressão sexual de paciente ou colaborador dentro ou nas proximidades do serviço de saúde.

d) Óbito ou lesão grave de paciente ou colaborador resultante de agressão física (espancamento) que ocorra dentro ou nas proximidades do serviço de saúde.

Art. 8º O Núcleo De Qualidade e Segurança do Paciente visa a 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.

Art. 9º A Gestão de risco será desenvolvida através da Aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional.

Art. 10º A Comissão De Qualidade E Segurança Do Paciente é a instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente.

Art. 11º A criação do plano de segurança do paciente em serviços de saúde apontará as 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.

Art. 12º Define que a segurança do paciente é a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde.

Art. 13º Conceitua-se serviço de saúde como sendo o 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.

Art. 14º Considera-se tecnologias em saúde o conjunto de equipamentos, medicamentos, insumos e procedimentos utilizados na atenção à saúde, bem como os processos de trabalho, a infra-estrutura e a organização do serviço de saúde.

CAPÍTULO II

DA COMISSÃO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE

Art. 15º A Comissão De Qualidade E Segurança do Paciente tem a missão de proteger a saúde da população e intervir nos riscos advindos do uso de produtos e dos serviços a ela sujeitos, por meio de práticas de vigilância, controle, regulação e monitoramento sobre os serviços de saúde e o uso das tecnologias disponíveis para o cuidado.

Art. 16º Objetiva 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 CQSPs.

Art. 17º Esta Comissão De Qualidade E Segurança do Paciente, durante as ações de implantação e implementação e a manutenção obedecerá as seguintes normas:

Portaria MS nº 2616 de 12 de maio de 1998. Estabelece as normas para o programa de controle de infecção hospitalar.

Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013 Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013

Resolução - RDC Nº 36, de 25 de Julho de 2013

Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária– Brasília: Anvisa, 2014.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO

Art. 18º O Núcleo de Segurança do Paciente deve ser composto, minimamente,

- I. um representante da Superintendência;
- II. um representante da Gerência;
- III. um médico representante Médico;
- IV. um representante multiprofissional;
- V. um enfermeiro representante da Enfermagem;
- VI. um farmacêutico representante da Farmácia;
- VII. m representante da Gerência Administrativa.
- XIII. Os enfermeiros líderes da unidade;

CAPÍTULO IV

DOS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES

Art.19º Princípios e diretrizes da Comissão:

- I. A garantia da proteção à honra e à imagem dos pacientes, profissionais, fabricantes de produtos e notificadores envolvidos em incidentes em saúde;
- II. A garantia da independência e imparcialidade de seus membros na apuração dos fatos;
- III. A melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;
- IV. A disseminação sistemática da cultura de segurança;
- V. A articulação e a integração dos processos de gestão de risco;
- VI. A garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde;
- VII. A promoção da gestão do conhecimento sobre a segurança do paciente.

Art. 20º Competências da Comissão De Qualidade E Segurança Do Paciente:

- I. promover ações para a gestão de riscos no âmbito da instituição;
- II. analisar e avaliar as notificações sobre incidentes e queixas técnicas selecionadas pelo Setor/Unidade de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;

- III. desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no âmbito da instituição;
- IV. promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corretivas;
- V. promover e acompanhar ações de melhoria de qualidade alinhadas com a segurança do paciente, especialmente aquelas relacionadas aos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;
- VI. estabelecer, avaliar e monitorar barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde;
- VII. elaborar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde, divulgação delegáveis a outros serviços na instituição;
- VIII. avaliar e monitorar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;
- IX. priorizar a implantação dos Protocolos de Segurança do Paciente determinados pelo Ministério da Saúde e ANVISA e realizar o monitoramento dos respectivos indicadores, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços do hospital;
- X. compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- XI. acompanhar o processo de notificação ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- XII. acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias;
- XIII. desenvolver, implantar, avaliar, monitorar e manter atualizado o plano de capacitação em segurança do paciente, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços do hospital;
- XIV. desenvolver, implantar, avaliar, monitorar e manter atualizado o plano de comunicação social em saúde quanto aos temas referentes à segurança do paciente, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços do hospital;
- XV. promover e acompanhar ações de disseminação sistemática da cultura de segurança com foco no aprendizado e desenvolvimento institucional;
- XVI. elaborar proposta de metas e indicadores para inserção nos processos de contratualização;
- XVII. elaborar plano de pesquisa sobre segurança do paciente para desenvolvimento da instituição, em parceria com a Gerência de Ensino e Pesquisa ou equivalente;
- XVIII. apoiar a Sede no desenvolvimento de estratégias de segurança do paciente para a rede da Empresa;

XIX. participar de eventos e demais ações promovidas pelo IEC sobre segurança do paciente e qualidade;

XX. sensibilizar os profissionais, a comunidade acadêmica e os usuários quanto a importância da Segurança do Paciente;

XXI. estabelecer vínculo com a comunidade acadêmica, com intuito de disseminar a cultura de segurança do paciente.

CAPÍTULO V

DOS DEVERES E RESPONSABILIDADES

Art. 21º Os membros da Comissão devem exercer suas funções com celeridade seguindo os seguintes princípios:

- a) Proteção à honra e à imagem dos pacientes envolvidos em incidentes em saúde;
- b) Proteção à honra e à imagem dos profissionais envolvidos em incidentes em saúde;
- c) Proteção à honra e à imagem dos fabricantes de produtos relacionados a queixas técnicas e incidentes em saúde;
- d) Proteção à identidade do notificador;
- e) Independência e imparcialidade de seus membros na apuração dos fatos;
- f) Foco nos processos durante na apuração dos fatos e no processo decisório.

Art. 22º Eventuais conflitos de interesse, efetivos ou potenciais, que possam surgir em função do exercício das atividades dos membros do Núcleo deverão ser informados aos demais integrantes ao abrir o item de pauta.

Parágrafo Único. O membro da Comissão estará impedido, caso seja aberto para votação, de votar em qualquer item de pauta envolvendo a área que representa.

Art. 23º As matérias examinadas nas reuniões da Comissão têm caráter sigiloso, ao menos até sua deliberação final, quando será decidida sua forma de encaminhamento.

Parágrafo Único. Os membros do Núcleo não poderão manifestar-se publicamente sobre quaisquer assuntos tratados neste fórum, cabendo ao Presidente do Núcleo o encaminhamento de assuntos a serem publicados para apreciação da Superintendência.

Art. 24º As atribuições do Coordenador incluirão, entre outras, as seguintes atividades:

- I. Coordenar as discussões;
- II. Produzir e expedir documentos;
- III. Distribuir tarefas;

- IV. Conduzir os trabalhos; e
- V. Coordenar o apoio administrativo.

Art. 25º O Secretário e o seu Substituto terão as atribuições de fornecer o apoio técnico e administrativo necessários ao funcionamento da Comissão De Qualidade E Segurança Do Paciente.

CAPÍTULO VI

DO MANDATO

Art. 26º O mandato dos membros da Comissão De Qualidade E Segurança Do Paciente terá a duração de 1 (um) ano, podendo ser reconduzidos.

Parágrafo Único. Independente da motivação sobre a destituição de membro do Comissão De Qualidade E Segurança Do Paciente, essa ocorrerá sob apreciação e ato da Superintendência.

CAPÍTULO VII

DAS PRERROGATIVAS E COMPETÊNCIAS DA COMISSÃO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE

Art. 26º São princípios do NQSP:

- a) A garantia da proteção à honra e à imagem dos pacientes, profissionais, fabricantes de produtos e notificadores envolvidos em incidentes em saúde;
- b) A garantia da independência e imparcialidade de seus membros na apuração dos fatos;
- c) A melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;
- d) A disseminação sistemática da cultura de segurança;
- e) A articulação e a integração dos processos de gestão de risco;
- f) A garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde;
- g) A promoção da gestão do conhecimento sobre a segurança do paciente.

Art.27º - Compete ao NQSP:

- I. promover ações para a gestão de riscos no âmbito da instituição;
- II. analisar e avaliar as notificações sobre incidentes e queixas técnicas selecionadas pelo Setor/Unidade de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;

- III. desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no âmbito da instituição;
- IV. promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corretivas;
- V. promover e acompanhar ações de melhoria de qualidade alinhadas com a segurança do paciente, especialmente aquelas relacionadas aos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;
- VI. estabelecer, avaliar e monitorar barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde;
- VII. elaborar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde, divulgação delegáveis a outros serviços na instituição;
- VIII. avaliar e monitorar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;
- IX. priorizar a implantação dos Protocolos de Segurança do Paciente determinados pelo Ministério da Saúde, ANVISA e realizar o monitoramento dos respectivos indicadores, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços do hospital;
- X. compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- XI. acompanhar o processo de notificação ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- XII. acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias;
- XIII. desenvolver, implantar, avaliar, monitorar e manter atualizado o plano de capacitação em segurança do paciente, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços do hospital;
- XIV. Desenvolver, implantar, avaliar, monitorar e manter atualizado o plano de comunicação social em saúde quanto aos temas referentes à segurança do paciente, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços do hospital;
- XV. promover e acompanhar ações de disseminação sistemática da cultura de segurança com foco no aprendizado e desenvolvimento institucional;
- XVI. elaborar proposta de metas e indicadores para inserção nos processos de contratualização;
- XVII. elaborar plano de pesquisa sobre segurança do paciente para desenvolvimento da instituição, em parceria com a Gerência de Ensino e Pesquisa ou equivalente;
- XVIII. apoiar a Sede do IEC no desenvolvimento de estratégias de segurança do paciente para a rede da Empresa;

XIX. participar de eventos e demais ações promovidas pelo IEC sobre segurança do paciente e qualidade.

CAPÍTULO VIII

DAS REUNIÕES

Art. 30º As reuniões da NQSP serão realizadas em caráter ordinário (quinzenal), em dia, local e horário preestabelecido, de acordo com a conveniência de seus membros, devendo estas, serem comunicadas com no mínimo 72 horas de antecedência.

Art. 31º As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo Presidente ou a pedido de qualquer membro da NQSP, de acordo com a urgência da matéria.

Parágrafo Único - As reuniões extraordinárias serão convocadas, no mínimo, com 48 (quarenta e oito) horas de antecedência

Art. 32º As reuniões serão conduzidas pelo Coordenador e, na falta deste, pelo seu substituto formal.

Art. 33º Na convocação para reunião deverá constar a pauta, podendo esta ser proposta por qualquer membro da NQSP.

Art. 34º A convocação para reunião da NQSP será feita pelo Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente e operacionalizada pelo Secretário ou Secretário Substituto, quando serão enviados a pauta e os respectivos subsídios para apreciação e manifestação.

Art. 35º A NQSP poderá incluir mensalmente em uma das suas reuniões, apresentação de trabalhos ou relatos de interesse científico, podendo para isto contar com a participação de convidados de sua escolha.

Art. 36º As reuniões serão realizadas com no mínimo 1/3 dos membros da NQSP, porém as resoluções relacionadas diretamente a eventos adversos graves deverão ser tomadas com a presença de 50% dos membros mais um.

Art. 37º De cada reunião será lavrada ata, incluindo assuntos discutidos, decisões tomadas e lista de presença.

Art. 38º Os membros da NQSP que faltarem a 03 (três) reuniões consecutivas, injustificadamente, serão automaticamente considerados desligados e o pedido de sua substituição encaminhado ao Superintendente.

Art. 39º As reuniões da NQSP serão contabilizadas dentro da carga horária de trabalho de cada membro, bem como a carga horária utilizada para participar dos grupos de trabalho caso esteja inserido em algum.

CAPÍTULO IV

DAS DELIBERAÇÕES E RECOMENDAÇÕES

Art. 40º As deliberações da CQSP serão preferencialmente estabelecidas por consenso entre os seus membros.

§ 1º - As votações, quando necessárias, serão abertas e acompanhadas de defesa verbal registradas em ata.

§ 2º - As decisões serão tomadas em votação por maioria simples dos presentes.

§ 3º - Em caso de empate na votação, a decisão final caberá ao Coordenador da CQSP.

CAPÍTULO X

DO SUPORTE AO FUNCIONAMENTO

Art. 41º O apoio administrativo ao CQSP será realizado pelo pessoal administrativo do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente em parceria com a secretaria das comissões.

Art. 42º São consideradas atividades administrativas:

- a) Prestar subsídios e informações relacionadas as atividades da CQSP;
- b) Elaborar e arquivar atas, processos, relatórios, documentos, correspondências e a agenda da CQSP;
- c) Realizar o agendamento, a preparação e a expedição das convocações para as reuniões e o provimento do apoio logístico para as mesmas

CAPÍTULO XI

DOS GRUPOS DE TRABALHO DO CQSP

Art. 43º A CQSP poderá criar grupos de trabalho para tratamento de assuntos específicos, podendo solicitar a participação de profissionais que não pertençam a CQSP.

§ 1º - Os grupos de trabalho serão compostos por no máximo 6 (seis) e no mínimo 3 componentes tendo reconhecido saber e competência profissional no tema, todos indicados pela CQSP e nomeados pela Superintendência.

§ 2º - Cada grupo de trabalho será coordenado por um representante da CQSP.

§ 3º - O membro que acumular faltas não justificadas em duas reuniões consecutivas será desligado do grupo de trabalho.

§ 4º - As atribuições do Coordenador do grupo de trabalho incluirão, sem prejuízo de outras:

- I. Coordenar as discussões;
- II. Definir responsabilidades dos componentes;
- III. Conduzir os trabalhos; e
- IV. Responsabilizar-se pela entrega tempestiva dos produtos demandados pela CQSP.

CAPÍTULO XII

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 44º Este regulamento poderá ser modificado no todo ou em parte, por proposta dos membros da comissão, mediante aprovação em reunião convocada para esta finalidade.

Art. 45º Os casos omissos serão resolvidos pelo núcleo em reunião para isto convocada com a presença do Superintendente.

Art. 46º O presente Regulamento entra em vigor na data de sua aprovação e publicação.

a.6) Comissão de ética de Enfermagem

a.6.1) Proposta de constituição

Seguindo a Orientação da resolução COFEN nº 172/94 que normatiza a criação da Comissão de Ética de Enfermagem, o IEC implantará a referida comissão na unidade em questão.

a.6.2) Composição

A Comissão de Ética de Enfermagem deverá ser composta por três (03) Enfermeiros e dois (02) Técnicos e/ou Auxiliares de Enfermagem efetivos e seus respectivos suplentes.

a.6.3) Objetivos

- a) Garantir a conduta ética dos profissionais de Enfermagem na instituição.
- b) Zelar pelo exercício ético dos profissionais de Enfermagem na instituição, combatendo o exercício ilegal da profissão, educando, discutindo e divulgando o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.
- c) Notificar ao Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição irregularidades, reivindicações, sugestões, e, as infrações éticas

a.6.4) Metas

Fiscalizar, orientar, investigar as condutas realizadas na unidade e contribuir de forma efetiva na diminuição de intercorrências.

a.6.5) Frequência das Reuniões

A comissão deverá se reunir mensalmente e sempre que necessário.

a.6.6) Cronograma das Reuniões

COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM	
1º Mês	NOMEAÇÃO DOS MEMBROS DA COMISSÃO/IMPLANTAÇÃO DE ROTINAS DE PROCEDIMENTOS
2º Mês	IMPLANTAÇÃO DE PROTOCOLOS DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
3º Mês	MONITORAMENTOS DAS AÇÕES DE ENFERMAGEM
4º Mês	NOMEAÇÃO DE MEMBROS
5º Mês	DISSEMINAÇÃO DO REGIMENTO INTERNO
6º Mês	MONITORAR O CRONOGRAMA DE CAPACITAÇÃO
7º Mês	DIVULGAÇÃO DE TEMAS RELACIONADOS A ÉTICA DE ENFERMAGEM
8º Mês	ESTABELEÇER NORMAS PARA SINDICÂNCIA
9º Mês	CAPACITAÇÃO DE TODA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR
10 Mês	VERIFICAR POSSÍVEIS SUGESTÕES PARA MODIFICAÇÃO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR
11º Mês	VERIFICAR E ATUALIZAR NORMAS E ROTINAS
12º Mês	VERIFICAR SE O CORPO TÉCNICO ESTÁ ATENDENDO AS LEGISLAÇÕES VIGENTES

a.6.7) Proposta de Regimento Interno

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM

CAPÍTULO I

Da Natureza e Finalidade

Art. 1º A Comissão de Ética de Enfermagem – CEE, composta por voto direto da categoria profissional, realizado em XX/XX/XXXX, atendendo a Resolução COFEN n172/94 que normatiza a criação da mesma nas instituições de saúde, sendo aprovada e homologada pelo ato solene pelo Conselho Regional de Enfermagem.

Art. 2º A CEE é um órgão representativo do Conselho Regional de Enfermagem, de caráter permanente, com funções educativas, fiscalizadoras e consultivas do exercício profissional e ético de Enfermagem nesta Instituição.

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

Art. 4º A CEE reger-se-á pelo presente Regimento, devidamente aprovado pelos membros que compõem esta comissão, em reunião ordinária no dia XX/XX/XXX.

CAPÍTULO III

Da Organização e Composição

Art. 5º A Comissão de Ética de Enfermagem deverá ser composta por três (03) Enfermeiros e dois (02) Técnicos e/ou Auxiliares de Enfermagem efetivos e seus respectivos suplentes, observando os seguintes critérios:

I - Ter, no mínimo, um (01) ano de efetivo exercício profissional;

II - Ter no mínimo, um (01) ano de vínculo empregatício com a entidade; III- Estar em pleno gozo dos direitos profissionais;

IV - Inexistir investigações ou condenações em processos éticos, disciplinar, civil ou penal nos últimos cinco (05) anos;

Art. 6º A CEE será composta por 1 (um) presidente, 1 (um) vice-presidente,

1 (um) secretário e seus membros titulares e respectivos suplentes, eleitos pelos componentes da profissão.

Parágrafo único: O cargo de presidente somente poderá ser ocupado por Enfermeiro lotado nesta instituição.

Art. 7º O Enfermeiro que exerça cargo de Responsável Técnico (RT) não poderá participar da CEE.

Art. 8º O mandato da CEE será de 3 (três) anos, sendo admitido somente uma reeleição dos componentes por igual período.

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

I- Término de mandato: quando o membro integrante da CEE cumpre período de 3 (três) anos de gestão.

II- Afastamento temporário: membro integrante afasta-se por prazo determinado, por um período de no máximo 6 (seis) meses, ou quando estiver sendo submetido a processo ético.

§1º O afastamento deverá ser solicitado por escrito no prazo mínimo de 15 (quinze) dias da data de início.

§2º O afastamento devido processo ético deverá ser comunicado pelo Presidente ao membro integrante da CEE por escrito mediante ateste de recebimento.

III - Desistência: ocorre quando o membro integrante decide, por vontade própria, retirar-se da comissão.

Parágrafo único: A decisão deverá ser comunicada ao Presidentes da comissão, por escrito, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

IV - Destituição: afastamento definitivo do membro integrante mediante decisão da CEE, tomada em reunião ordinária, constando o fato em ata.

§ 1º A destituição ocorrerá nos seguintes casos:

- a) Ausência, não justificada, em 3 reuniões consecutivas e 6 reuniões intercaladas no período de 1 (um) ano;
- b) Ter sido condenado em processo ético, civil ou penal.

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

Parágrafo único: Diante de qualquer forma de afastamento, o Presidente da CEE deverá comunicar o fato ao COREN.

Art. 10º A substituição do integrante da CEE poderá ser efetivada da seguinte maneira:

I - Vacância por término de mandato, atendendo os critérios estabelecidos no Art.5.

II - Vacância por afastamento temporário a substituição será feita pelo respectivo suplente, sendo indicado um suplente em caráter temporário, se o afastamento durar por mais de 30 (trinta) dias.

Parágrafo único: A vaga de suplente temporário será preenchida:

- a) Por escolha dos membros da CEE;
- b) Por indicação da Direção de Enfermagem, cabendo a CEE avaliação acerca do perfil e interesse do candidato para as atividades inerentes ao cargo.

III - Vacância por desistência ou por destituição, a substituição será feita pelo respectivo suplente que passará para efetivo, concluindo o mandato do desistente ou destituído.

CAPÍTULO III

Das Competências

Art. 11º A CEE é reconhecida pela Direção de Enfermagem, estabelecendo com a mesma uma relação de independência e autonomia, em assuntos pertinentes à Ética.

Parágrafo Único: A Comissão de Ética de Enfermagem deverá notificar a Coordenação de Enfermagem o cronograma de suas atividades.

Art. 12º Compete à CEE:

I - Divulgar o Código de Ética de Enfermagem e demais normas disciplinares do exercício profissional na Instituição;

II - Representar o COREN junto à Instituição;

III - Orientar a equipe de enfermagem a desenvolver uma assistência com qualidade e dentro dos pressupostos éticos;

IV - Prestar consultoria e orientações sobre assuntos referentes ao exercício ético nesta Instituição;

V - Promover medidas educativas que orientem os Profissionais de Enfermagem sobre os problemas, desafios e limites na prestação da assistência de Enfermagem em consonância com os princípios éticos;

VI - Promover e participar de eventos visando à reflexão, aprimoramento e atualização, buscando uma assistência de Enfermagem com qualidade e livre de riscos;

VII - Promover medidas educativas que orientem os Profissionais de Enfermagem sobre problemas, desafios e limites nas prestações da assistência de Enfermagem em consonância com os princípios éticos;

VIII - Sensibilizar os Profissionais de Enfermagem sobre as condutas éticas no exercício da profissão;

IX - Melhorar as relações entre profissionais e entre profissionais e clientes;

X - Auxiliar o Enfermeiro RT e equipe de Enfermagem no gerenciamento de conflitos;

XI - Participar de atividades multiprofissionais referentes à ética;

XII - Integrar o Comitê de Ética da Instituição;

XIII - Verificar as situações encontradas, identificar os problemas e propor soluções para minimizar os conflitos. Trabalhar de forma educativa e conscientizando o Profissional de Enfermagem nestes eventos;

XIV - Manter uma relação de independência e autonomia com a Direção de Enfermagem em assuntos pertinentes à Ética.

XV - Solicitar assessoramento da Comissão de Ética do Coren, sempre que necessário;

XVI - Elaborar o cronograma e planejamento de suas atividades;

XVII - Elaborar relatório anual das atividades desenvolvidas;

XVIII - Colaborar com o Coren no combate ao exercício ilegal da profissão e nos procedimentos de sindicância;

XIX - Encaminhar à Comissão de Ética do Coren a relação nominal dos membros da Comissão de Ética para atualização no cadastro do Coren.

XX - Encaminhar à Comissão de Ética do Coren o Regimento Interno da Comissão de Ética para apreciação.

XXI - Reunir-se, no mínimo, uma vez por mês e extraordinariamente sempre que necessário;

XXII - Elaborar e/ou atualizar o Regimento Interno da CEE;

XXIII - Registrar ata de todas as reuniões;

XXIV - Notificar o Enfermeiro RT quanto aos casos analisados, mesmo que não sejam sindicantes, para acompanhamento do resultado apurado, através de relatórios e pareceres da CEE;

XXV - Estimular a participação democrática dos profissionais de enfermagem na CEE em todos os processos eleitorais, na divulgação de trabalhos, nas atividades da CEE e nos procedimentos sindicantes;

XXVI - Assegurar o sigilo, durante a apuração dos fatos, e em procedimentos de apuração de ocorrência, mantendo a imparcialidade em todo o procedimento de apuração, em respeito à legislação vigente.

Art. 13º Ao presidente compete, privativamente:

I - Convocar, presidir e coordenar, conforme pauta elaborada pelo mesmo, as reuniões da CEE;

II - Propor atividades de planejamento semestral e redação de documentos que serão discutidos e submetidos à aprovação da CEE;

III - Averiguar as denúncias recebidas envolvendo profissionais de enfermagem e instaurar sindicância diante dos indícios de infração ético-administrativa;

IV - Delegar, para as sindicâncias instauradas, um presidente, um secretário e um vogal, estabelecendo suas respectivas funções;

V - Encaminhar relatório final da sindicância à Direção de Enfermagem para conhecimento e providências administrativas, bem como o envio do relatório final arrolado de documentos comprobatórios e respectivas declarações de oitivas para o COREN, para julgamentos e providências cabíveis;

VI - Representar a CEE na instituição e no COREN, ou quando se fizer necessário;

VII - Encaminhar as decisões da CEE ao setor competente, de acordo a situação;

VIII - Elaborar, junto com os demais membros integrantes, o relatório anual, garantindo o envio de 1 (uma) cópia, até o dia 10 (quinze) dias de setembro de cada ano à Direção de Enfermagem e ao COREN;

IX - Representar o COREN em eventos, conforme solicitação do órgão.

Art. 14º Aos membros titulares compete:

I - Comparecer e participar das reuniões, e quando impedido de comparecer, convocar a presença do suplente;

II - Emitir parecer sobre as questões propostas e participar, por meio de voto, das decisões a serem tomadas pela CEE;

III- Participar da elaboração e execução de atividades e de relatórios anuais, bem como de programas relacionados aos aspectos éticos, promovidos pela CEE ou por outras entidades;

IV- Representar a CEE quando solicitado pelo presidente.

Art. 15º Ao secretário compete:

I - Secretariar as atividades da CEE;

II - Dar encaminhamento das deliberações do Presidente;

III - Registrar as atas em reunião;

IV - Providenciar a reprodução de documentos e arquivamentos;

V - Representar a CEE nos impedimentos do Presidente e suplente respectivo.

Art. 16º Aos membros suplentes compete:

I - Participar das reuniões;

II - Subsidiar os respectivos titulares nos seus impedimentos, inclusive o suplente do Presidente, assumindo as competências do membro titular.

III - Participar da elaboração e execução das atividades promovidas pela CEE.

CAPÍTULO III

Do Funcionamento

Art. 17º A CEE reunir-se-á, ordinariamente, a cada 30 (trinta) dias, sob convocação do Presidente, devendo a própria comissão estabelecer o cronograma de reuniões.

Parágrafo único: As reuniões extraordinárias ocorrerão conforme necessidade sendo a mesma convocada pelo Presidente ou por autoconvocação pela maioria dos membros, ou pelo COREN.

Art. 18º As reuniões acontecerão com quórum mínimo de 50% mais um dos membros do grupo, verificada até 15 (quinze) minutos após a hora marcada para o início da mesma.

Parágrafo único: Na ausência de quórum a reunião deverá ser suspensa e feita nova convocação.

Art. 19º As reuniões deverão ser presididas pelo Presidente da comissão ou, na sua ausência, pelo seu suplente.

Art. 20º As reuniões devem ser lavradas em ata, pelo secretário nomeado, constando relação dos presentes, as justificativas dos ausentes, o registro das decisões e os encaminhamentos deliberados.

Art. 21º Em caso de o membro titular estar impedido de comparecer à reunião ordinária ou extraordinária, este deverá solicitar ao seu suplente o comparecimento.

§ 1º Os membros titulares e/ou suplentes deverão comunicar formalmente sua ausência com antecedência de até 3 (três) dias.

§ 2º Os membros titulares e/ou suplentes deverão comunicar antecipadamente sua ausência em reuniões por ocasião de férias ou licenças, com antecedência de até 5 (cinco) dias, sendo substituído pelo seu suplente em todo o período de ausência.

§ 3º Os membros titulares e/ou suplentes poderão justificar até 2 (duas) ausências consecutivas, sendo no máximo 3 (três) anos.

Art. 22º Qualquer membro que deixar de comparecer a 3 (três) reuniões consecutivas, sem justificativas, será destituído da comissão, devendo ser substituído conforme determina o Art. 10.

Art. 23º As decisões/deliberações da CEE serão tomadas pela maioria simples de seus membros titulares ou de seus suplentes, quando na condição de substituto, sendo prerrogativa do Presidente o 'voto de Miverva' em caso de empate.

§ 1º Os membros efetivos terão direito a vez e voto.

§ 2º Os membros suplentes poderão participar de todas as reuniões com direito a voz e, nos casos em que estejam substituindo um membro titular, terão direito ao voto.

§ 3º É indicada a participação dos membros suplentes em todas as reuniões, independentemente de estarem ou não substituindo membros titulares.

Art. 24º Os atos da CEE relativos às sindicâncias e diligências, serão estritamente sigilosos.

Art. 25º A sindicância deverá ser instaurada mediante:

I- Denúncia por escrito, devidamente identificada e, se possível, fundamentada; II- Denúncia por escrito do Responsável Técnico de Enfermagem;

III- Deliberação da própria CEE;

IV- Determinação do COREN.

Art. 26º Para a execução da sindicância o Presidente da CEE deverá nomear e convocar 3 (três) membros, sendo: 1 (um) enfermeiro que assumirá a função de Presidente, 1 (um) enfermeiro, técnico em enfermagem ou auxiliar em enfermagem para a função de Secretário e 1 (um) enfermeiro, técnico em enfermagem ou auxiliar em enfermagem para a função de Vogal.

Art. 27º A Comissão de Sindicância constituída terá como atribuições:

I - Convocar ou convidar as pessoas envolvidas nas denúncias;

II - Tomar depoimentos;

III - Analisar documentos;

IV - Elaborar Relatório Conclusivo, considerando o Código de Ética em Enfermagem, sem emissão de juízo de valor, no prazo de 30 (trinta) dias a partir da data de abertura da sindicância, podendo ser prorrogável por igual período sob justificativa apresentada ao Presidente da CEE.

Art. 28º Aberta a sindicância para esclarecimentos, a Comissão de Sindicância deverá:

I - Comunicar os fatos aos principais envolvidos;

II - Proceder a convocação dos envolvidos por meio de memorando, com antecedência máxima de 5 (cinco) dias, para a realização das oitivas (depoimentos), com data, horário e local determinados, devendo ser registrado em Livro de Protocolo da CEE.

§ 1º Caso o convocado não compareça na data da sindicância, deverá apresentar justificativa por escrito à CEE em até 48h (quarenta e oito horas) após a referida data.

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

§ 3º Em caso de não comparecimento e não apresentação de justificativa, a CEE deverá comunicar o fato ao COREN.

Art. 29º Todos os documentos relacionados aos fatos da denúncia deverão ser mantidos junto à sindicância, ficando sob esta comissão a responsabilidade de guarda e de sigilo.

Parágrafo único: O acesso a estes documentos e aos autos é facultado somente às partes envolvidas e à CEE, preservando o sigilo.

Art. 30º O Presidente da sindicância conduzirá a tomada de depoimentos e o secretário será responsável pelo registro, cabendo ao Vogal acompanhar todo o processo e colaborar no que for necessário.

Art. 31º Ao final de cada depoimento, o depoente deverá ler e, se concordar com o que estiver assentado, assinar o relato. Caso contrário, é permitido ao depoente fazer quaisquer alterações no texto até o momento de sua assinatura. Cada integrante da Comissão de Sindicância deverá assinar.

§ 1º havendo mais de uma página, todas deverão ser rubricadas pelos presentes e assinadas com nome completo na última página.

§ 2º Caso necessário, a CEE poderá solicitar novas diligências para melhor elucidar os fatos.

Art. 32º Quando evidenciada existência de indícios de infração ética, o Presidente da CEE deverá encaminhar Relatório Final com o processo devidamente instruído ao COREN, para tramitação competente.

Art. 33º Quando o fato for de menor gravidade e que não tenha acarretado danos a terceiros, sem infringir o Código de Ética em Enfermagem, a CEE poderá proceder com a conciliação entre as partes envolvidas, proceder orientações e emitir Relatório Final para o COREN.

§ 1º Ocorrendo a conciliação, a CEE lavrará o fato em ata específica.

§ 2º Não ocorrendo conciliação, a sindicância seguirá com os trâmites normais.

Art. 34º Ocorrendo denúncia envolvendo membro da CEE, o mesmo deverá ser afastado da comissão, enquanto perdurar a sindicância.

Art. 35º Havendo vínculo ou qualquer relação com as partes representadas, qualquer integrante da comissão poderá optar em não participar da sindicância após deliberação dos membros da Comissão de Sindicância.

Art. 36º Ao término da sindicância deverá ser entregue um comunicado ao denunciado informando os devidos encaminhamentos.

CAPÍTULO IV

Do Processo Eleitoral

Art. 37º O escrutínio para eleição dos membros da CEE será realizado por meio de voto facultativo, secreto e direto.

Art. 38º Ao Presidente da CEE compete convocar eleição para novos membros no prazo mínimo de 60 (sessenta) dias antes do término do mandato em curso.

Art. 39º A CEE vigente fará a escolha e divulgação de uma Comissão Eleitoral (CE), no prazo mínimo de 55 (cinquenta e cinco) dias, antes do término do mandato em curso, a qual será responsável pela condução e organização e acompanhamento do processo eleitoral.

Art. 39º A CE será composta por 3 (três) membros da CEE, elegendo entre seus componentes 1 (um) Presidente e 1 (um) Secretário.

Parágrafo único. É incompatível a condição de membro da CE com a de candidato para compor a CEE seguinte.

Art. 40º Os materiais necessários para o desenvolvimento de todo o processo eleitoral serão de responsabilidade da Direção de Enfermagem desta instituição, devendo ser solicitado pela CE.

Art. 41 O Processo Eleitoral observará as seguintes condições:

I - Publicação e divulgação de edital, em locais de fácil acesso e visualização, no prazo mínimo de 45 (quarenta e cinco) dias antes do término do mandato em curso;

II - Inscrição e eleição individual, sendo que o período mínimo de inscrição será de 15 dias;

III - Realização da eleição no prazo mínimo de 30(trinta) dias antes do término do mandato da CEE;

IV - Realização da eleição em dia normal de trabalho, respeitando os horários de turnos e em horário que possibilite a participação da maioria dos votantes;

V - Voto secreto;

VI - Apuração de votos, em horário normal de trabalho, com acompanhamento dos candidatos que assim desejarem;

VII - Guarda pela CEE de todos os documentos comprobatórios do processo eleitoral.

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

Art. 42º Os profissionais de enfermagem deverão atender aos seguintes requisitos:

I - Mínimo de 1 (um) ano de inscrição definitiva;

II - Estar em dia com as obrigações junto ao COREN, apresentando Certidão Negativa;

III - Não estar envolvido em processo ético junto ao COREN;

IV - Não responder a processo administrativo na instituição.

Art. 43º A CE deverá encaminhar ao COREN a relação de inscritos, para averiguação das condições de elegibilidade e em seguida realizar o processo de divulgação das eleições;

Art. 44º Somente poderão votar os profissionais de enfermagem devidamente inscritos no COREN e que não estejam em débito com este órgão, não estejam envolvidos em processos éticos e não estejam respondendo a processo administrativo na instituição.

§ 1º A CE deverá solicitar ao COREN relação dos empregados da instituição que estão devidamente inscritos e sua condição junto ao órgão.

§ 2º A CE deverá solicitar a Divisão de Gestão de Pessoas a relação de profissionais de enfermagem que estejam respondendo a processo administrativo.

Art. 45º A eleição será legítima somente se houver número de votantes metade mais um, por categoria profissional e com vínculo empregatício na instituição.

Parágrafo único. Quando o número de votantes for inferior ao estabelecido deverá ocorrer uma nova eleição.

Art. 46º A apuração dos votos será realizada pela CE na presença dos interessados, imediatamente após o encerramento do pleito.

Art. 47º Somente as cédulas sem rasuras e os votos que não apresentarem dúvidas ou dúvida interpretação serão considerados válidos.

Art. 48º Serão considerados eleitos os candidatos que obtiverem maior número de votos válidos, respeitando o dimensionamento da CEE.

Art. 49º Como critério de desempate, tem-se:

I- Profissional com maior tempo de inscrição no COREN.

II- Maior tempo de serviço na instituição.

III- Maior idade.

Art. 50º A CE proclamará o resultado da eleição por meio de edital interno, imediatamente após a apuração dos votos.

§ 1º A CE divulgará lista nominal de todos os candidatos votados.

§ 2º A lista nominal deverá conter:

I- Nome dos membros efetivos, categoria profissional e número de inscrição junto ao COREN.

II- Nome dos membros suplentes, categoria profissional e número de inscrição junto ao COREN.

III- Nome dos demais candidatos, categoria profissional e número de inscrição junto ao COREN.

Art. 51º A CE enviará ao COREN o resultado do pleito em até 5 (cinco) dias.

Art. 52º Os protestos e recursos contra qualquer fato relativo ao processo eleitoral deverão ser formalizados por escrito, em duas vias, à CE em até 48h (quarenta e oito horas) após a data de divulgação dos resultados.

Parágrafo único. Os recursos serão analisados pela CE e encaminhados ao departamento jurídico do COREN para os devidos julgamentos em um período de 5 (cinco) dias.

Art. 53º Os membros eleitos assumirão o mandato após homologação das eleições pelo COREN.

Parágrafo único. Somente após homologação do Plenário do COREN e a nomeação em portaria é que a nova CEE estará oficialmente autorizada a iniciar suas atividades definidas neste regimento.

Art. 54º Os casos omissos serão resolvidos pela CE, podendo esta formalizar consultas ao COREN

CAPÍTULO V

Das Disposições Gerais

Art. 55º A CEE norteará suas atividades pelo Regimento Interno e pelas normas ético-legais estabelecidas pelo Conselho Federal de Enfermagem – COFEN e COREN.

Art. 56º Este regimento poderá ser alterado por proposta da CEE, da Direção de Enfermagem e da Comissão de Ética do COREN.

Art. 57º A Direção de Enfermagem da instituição garantirá as condições necessárias para o desenvolvimento das atividades da CEE.

Art. 58º Os casos omissos deverão ser resolvidos pela CEE sob consulta ao COREN.

Art. 59º Este Regimento Interno entra em vigor na data de sua publicação.

a.7) Comissão Gerenciamento De Resíduos de Saúde

a.7.1) Proposta de Constituição

O IEC se preocupa com a responsabilidade ambiental em suas atividades, gerenciando a produção de seus resíduos de saúde e orgânicos, de acordo com as legislações vigentes como a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) da ANVISA N° 222 de 28 de março de 2018 e Resolução do Conselho Nacional do Meio Ambiente (CONAMA) N° 358 de 29 de abril de 2005 e outras que vierem a atualizá-las ou substituí-las.

a.7.2) Composição

- Um farmacêutico;
- Um médico;
- Um enfermeiro.

a.7.3) Objetivos

Gerenciar a produção de seus resíduos de saúde e orgânicos, de acordo com as legislações vigentes como a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) da ANVISA N° 222 de 28 de março de 2018 e Resolução do Conselho Nacional do Meio Ambiente (CONAMA) N° 358 de 29 de abril de 2005

a.7.4) Metas

Fiscalizar, orientar, investigar 100% das condutas realizadas na unidade e contribuir de forma efetiva na diminuição de intercorrências

a.7.5) Frequência das Reuniões

Além das reuniões ordinárias mensais, poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes

a.7.6) Cronograma das Reuniões

COMISSÃO DE RESÍDUOS	
1º Mês	NOMEAÇÃO DOS MEMBROS DA COMISSÃO/ IMPLANTAÇÃO DA COLETA SELETIVA DE RESÍDUOS
2º Mês	CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS PARA A COLETA SELETIVA DE RESÍDUOS
3º Mês	IMPLANTAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DOS TIPOS DE RESÍDUOS GERADOS PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE
4º Mês	IMPLANTAÇÃO DE SISTEMA PARA QUANTIFICAR OS DIFERENTES TIPOS DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE GERADOS PELA UNIDADE
5º Mês	MONITORAR AS ETAPAS DO MANEJO DOS RESÍDUOS EXISTENTES NAS UNIDADES
6º Mês	CONFECÇÃO DO PGRSS
7º Mês	CAPACITAÇÃO DO PGRSS
8º Mês	IMPLANTAÇÃO DE MATERIAIS DE EXPEDIENTES
9º Mês	IMPLANTAÇÃO DO SISTEMAS INTELIGENTES DE GESTÃO
10 Mês	IMPLANTAÇÃO DE MECANISMO PARA NEUTRALIZAÇÃO DE CARBONO
11º Mês	VERIFICAR E MONITORAR O RECOLHIMENTO DOS RESÍDUOS
12º Mês	MONITORAMENTO PARA LIMPEZA DA CAIXA D AGUA

a.7.7) Proposta de Regimento Interno

REGIMENTO INTERNO

Comissão de Resíduos

I. FINALIDADE

Atender a legislação vigente e proporcionar proteção à saúde e meio ambiente através do correto gerenciamento de resíduos desta instituição e implementação do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS).

II. COMPOSIÇÃO:

A Comissão de Resíduos será composta por um farmacêutico; um médico e um enfermeiro.

III. FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO:

As reuniões ordinárias da Comissão de Resíduos serão realizadas conforme cronograma estipulado pelos membros, a qual os mesmos receberão uma cópia do calendário das reuniões. A duração do mandato será de 01 anos prorrogável.

Serão feitas reuniões ordinárias, e extraordinárias quando necessárias convocadas pela Presidência. Os membros que faltarem a três reuniões ordinárias consecutivas ou 05 (cinco) intercaladas, sem justificativa, serão automaticamente excluídos da Comissão.

IV. ATRIBUIÇÕES:

São atribuições desta comissão:

- a) Normatizar as rotinas de armazenamento e descarte de todos os resíduos gerados na Instituição;
- b) Coordenar a elaboração e implementação do plano de gerenciamento de resíduos da instituição;
- c) Coordenar a elaboração e implementação das normas de segurança para manipulação e Transporte dos resíduos, supervisionando o cumprimento destas;
- d) Em caso de acidente envolvendo resíduos, tomar decisões, visando minimizar os impactos, e evitar reincidências;
- e) Divulgar à comunidade a política de gerenciamento de resíduos e manter uma rotina de educação e orientação quanto ao gerenciamento dos resíduos gerados na instituição por meio de cursos, manuais, palestras, vídeos, cartazes, etc.
- f) Representar a instituição junto a institutos, órgãos de controle sanitário e limpeza pública e outros ligados ao gerenciamento de resíduos com ausência da presidência da comissão de forma acordada com a Diretoria;

- g) Estabelecer um programa de atividades e metas para o gerenciamento dos resíduos definindo prazos a serem cumpridos;
- h) Estabelecer critérios de fiscalização do cumprimento das atividades descritas no PGRSS.

São atribuições do Presidente da Comissão:

- a) Convocar as reuniões ordinárias e extraordinárias;
- b) Presidir as reuniões, coordenar os debates;
- c) Representar a CGRSS, junto à direção do Hospital;
- d) Cumprir e fazer cumprir este regimento.

São atribuições do Vice - Presidente da Comissão:

a) Substituir o Presidente em todas as suas atribuições na falta do mesmo; São atribuições e competências da secretaria da Comissão:

- a) Preparar as pautas, secretariar e agendar as reuniões da comissão;
- b) Preparar atas das reuniões, submetendo-as à aprovação dos demais membros;
- c) Executar outras atividades que lhe forem atribuídas pela comissão;
- d) Cumprir e fazer cumprir este regimento.

São atribuições dos demais membros da Comissão:

- a) Participar das reuniões, debatendo e votando nos temas em exame;
- b) Encaminhar quaisquer matérias que tenham interesse de submeter à comissão devendo estas serem entregues a secretaria da comissão com antecedência mínima de 72 (setenta e duas) horas da reunião;
- c) Requisitar a secretaria da comissão, à Presidência da Comissão e aos demais membros informações que julgarem relevantes para o desempenho de suas atribuições;
- d) Cumprir e fazer cumprir este regimento.

V. DISPOSIÇÕES GERAIS:

Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto. O presente regimento entra em vigor na data de sua aprovação em reunião da Comissão de Resíduos.

a.8) Núcleo De Qualidade e Segurança Do Paciente

a.8.1) Proposta de Constituição

Em conformidade com a Portaria GM/MS nº 529 de 1º de abril de 2013, que institui o programa nacional de segurança do paciente (PCQSP), o IEC irá instituir a Comissão De Qualidade e Segurança do Paciente.

a.8.2) Composição

- I. um representante da Superintendência;
- II. um representante da Gerência;
- III. um médico representante Médico;
- IV. um representante multiprofissional;
- V. um enfermeiro representante da Enfermagem;
- VI. um farmacêutico representante da Farmácia;
- VII. um representante da Gerência Administrativa.
- XIII. Os enfermeiros líderes da unidade;

a.8.3) Objetivos

Modelar, definir e atualizar a gestão da qualidade, em concordância com os objetivos estratégicos da instituição por meio da padronização dos processos, disseminação da cultura da qualidade e incentivo a inovação e excelência, atuando com apoio das outras comissões e grupos de trabalho na busca contínua de melhorias.

Implementação de metas de segurança do paciente, assegurando os direitos do paciente e dos familiares, promovendo o acesso ao tratamento e continuidade, realizando a avaliação do paciente, cuidando ao paciente, realizando a educação do paciente e dos familiares, realizando o gerenciamento e uso de medicamentos, capacitando recursos humanos, gerenciamento da comunicação e das informações (prontuário), a vigilância e controle de infecção hospitalar, direção e capacitação das lideranças e Gerenciamento e segurança das instalações.

a.8.4) Metas

Fiscalizar, orientar, investigar 100% das condutas realizadas na unidade e contribuir de forma efetiva na diminuição de intercorrências e aplicação efetiva das medidas preconizadas.

a.8.5) Frequência das Reuniões

Além das reuniões ordinárias mensais, poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes

a.8.6) Cronograma das Reuniões

COMISSÃO DE QUALIDADE	
1º Mês	IMPLANTAÇÃO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE
2º Mês	IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE PESQUISA DE SATISFAÇÃO
3º Mês	IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE SAU/OUVIDORIA
4º Mês	EVENTO FESTIVO MENSAL (ANIVERSARIANTE DO MÊS)
5º Mês	IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA BI
6º Mês	MELHORIA DO SISTEMA DE GESTÃO ORGANIZACIONAL
7º Mês	REUNIÃO COM AS COMISSÕES – IMPLANTAÇÃO DE AJUSTES
8º Mês	REUNIÃO COM AS COMISSÕES – IMPLANTAÇÃO DE AJUSTES
9º Mês	REUNIÃO COM AS COMISSÕES – IMPLANTAÇÃO DE AJUSTES
10 Mês	REUNIÃO COM AS COMISSÕES – IMPLANTAÇÃO DE AJUSTES
11º Mês	REUNIÃO COM AS COMISSÕES – IMPLANTAÇÃO DE AJUSTES
12º Mês	REUNIÃO COM AS COMISSÕES – IMPLANTAÇÃO DE AJUSTES

a.8.7) Proposta de Regimento Interno

CAPÍTULO I

DA NATUREZA E FINALIDADE

Art. 1º Este regimento atende as normas instituídas pela ANVISA, autoridade regulamentar brasileira encarregada, entre outras responsabilidades, de acompanhar o desempenho de produtos da área da saúde quando são lançados no mercado e colocados à disposição do usuário. A ANVISA define se um produto de saúde será mantido ou retirado do mercado. Todos os problemas detectados pela Anvisa são comunicados à OMS, o que beneficia a saúde do Brasil e do mundo.

Art. 2º - O Núcleo De Qualidade E Segurança Do Paciente é uma instância colegiada, de natureza consultiva e deliberativa, deve estar diretamente ligado a Superintendência do IEC.

Art. 3º - O Núcleo De Qualidade E Segurança Do Paciente tem por finalidade assessorar a Superintendência do IEC, estabelecendo políticas e diretrizes de trabalho, a fim de promover uma cultura hospitalar voltada para a segurança dos pacientes, por meio do planejamento, desenvolvimento, controle e avaliação de programas, que visem garantir a qualidade dos processos assistenciais da unidade.

Art. 4º As boas práticas de funcionamento do serviço de saúde são componentes da garantia da qualidade que asseguram que os serviços são ofertados com padrões de qualidade adequados.

Art. 5º Para efeitos deste regimento a cultura da segurança é o 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.

Art. 6º Considerar-se-á dano o 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.

Art. 7º - Evento adverso é a ocorrência imprevista, indesejável ou potencialmente perigosa na instituição de saúde que resulta em dano à saúde.

I - Eventos relacionados a produtos:

- a) Óbito ou lesão grave de paciente associados ao uso de medicamentos.
- b) Óbito ou lesão grave de paciente associados ao uso de produtos para saúde.
- c) Óbito ou evento grave associado ao uso de produtos biológicos (vacina e hemoderivados, sangue e hemocomponentes, outros tecidos e células) contaminados.
- d) Óbito ou lesão grave de paciente associados ao uso de produto em desacordo com a indicação do fabricante (conforme registrado na Anvisa).

II - Eventos relacionados à proteção do paciente:

- a) Alta ou liberação de paciente de qualquer idade que seja incapaz de tomar decisões, para outra pessoa não autorizada.
- b) Óbito ou lesão grave de paciente associado à fuga do paciente.
- c) Suicídio de paciente, tentativa de suicídio ou dano auto infligido que resulte em lesão séria durante a assistência dentro do serviço de saúde.

III - Eventos relacionados à gestão do cuidado:

- a) Óbito ou lesão grave de paciente associados a erro de medicação (ex.: erros envolvendo prescrição errada, dispensação errada, medicamento errado, dose errada, paciente errado, hora errada, velocidade errada, preparação errada, via de administração errada).
- b) Óbito ou evento adverso grave associado a erro transfusional.
- c) Óbito ou lesão grave materna associada ao trabalho de parto ou parto em gestação de baixo risco.
- d) Óbito ou lesão grave de paciente associados à queda durante a assistência dentro do serviço de saúde.

- e) Qualquer úlcera de pressão estágio 3, 4 ou não classificável adquirida após internação/comparecimento no serviço de saúde.
- f) Óbito ou lesão grave de paciente associados à embolia gasosa durante a assistência dentro do serviço de saúde.
- g) Óbito ou lesão grave de paciente resultante de perda irrecuperável de amostra biológica insubstituível.
- i) Óbito ou lesão grave de paciente resultante de falha no seguimento ou na comunicação de resultados de exames de laboratório, patologia ou radiologia.

IV - Eventos ambientais:

- a) Óbito ou lesão grave de paciente ou colaborador associado a choque elétrico durante a assistência dentro do serviço de saúde.
- b) Qualquer incidente no qual sistema designado para fornecer oxigênio ou qualquer outro gás ao paciente não contenha gás, contenham o gás errado ou estejam contaminados com substâncias tóxicas.
- c) Óbito ou lesão grave de paciente ou colaborador associado à queimadura decorrente de qualquer fonte durante a assistência dentro do serviço de saúde.
- d) Óbito ou lesão grave de paciente associados ao uso de contenção física ou grades da cama durante a assistência dentro do serviço de saúde.

V - Eventos criminais potenciais:

- a) Qualquer tipo de cuidado prescrito ou prestado por qualquer um se fazendo passar por médico, enfermeiro, farmacêutico ou por outro prestador de cuidado de saúde licenciado.
- b) Sequestro de paciente de qualquer idade.
- c) Abuso ou agressão sexual de paciente ou colaborador dentro ou nas proximidades do serviço de saúde.
- d) Óbito ou lesão grave de paciente ou colaborador resultante de agressão física (espancamento) que ocorra dentro ou nas proximidades do serviço de saúde.

Art. 8º O Núcleo De Qualidade e Segurança do Paciente visa a 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.

Art. 9º A Gestão de risco será desenvolvida através da Aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na identificação, análise, avaliação, comunicação

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

Art. 10º A Comissão De Qualidade E Segurança Do Paciente é a instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente.

Art. 11º A criação do plano de segurança do paciente em serviços de saúde apontará as 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.

Art. 12º Define que a segurança do paciente é a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde.

Art. 13º Conceitua-se serviço de saúde como sendo o 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.

Art. 14º Considera-se tecnologias em saúde o conjunto de equipamentos, medicamentos, insumos e procedimentos utilizados na atenção à saúde, bem como os processos de trabalho, a infra-estrutura e a organização do serviço de saúde.

CAPÍTULO II

DA COMISSÃO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE

Art. 15º A Comissão De Qualidade E Segurança do Paciente tem a missão de proteger a saúde da população e intervir nos riscos advindos do uso de produtos e dos serviços a ela sujeitos, por meio de práticas de vigilância, controle, regulação e monitoramento sobre os serviços de saúde e o uso das tecnologias disponíveis para o cuidado.

Art. 16º Objetiva 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 CQSPs.

Art. 17º Esta Comissão De Qualidade E Segurança do Paciente, durante as ações de implantação e implementação e a manutenção obedecerá as seguintes normas:



Portaria MS nº 2616 de 12 de maio de 1998. Estabelece as normas para o programa de controle de infecção hospitalar.

Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013 Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013

Resolução - RDC Nº 36, de 25 de Julho de 2013

Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde/Agência Nacional de

Vigilância Sanitária– Brasília: Anvisa, 2014.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO

Art. 18º O Núcleo de Segurança do Paciente deve ser composto, minimamente,

- I. um representante da Superintendência;
- II. um representante da Gerência;
- III. um médico representante Médico;
- IV. um representante multiprofissional;
- V. um enfermeiro representante da Enfermagem;
- VI. um farmacêutico representante da Farmácia;
- VII. m representante da Gerência Administrativa.
- XIII. Os enfermeiros líderes da unidade;

CAPÍTULO IV

DOS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES

Art.19º Princípios e diretrizes da Comissão:

- I. A garantia da proteção à honra e à imagem dos pacientes, profissionais, fabricantes de produtos e notificadores envolvidos em incidentes em saúde;
- II. A garantia da independência e imparcialidade de seus membros na apuração dos fatos;
- III. A melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;
- IV. A disseminação sistemática da cultura de segurança;
- V. A articulação e a integração dos processos de gestão de risco;
- VI. A garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde;
- VII. A promoção da gestão do conhecimento sobre a segurança do paciente.

Art. 20º Competências da Comissão De Qualidade E Segurança Do Paciente:

- I. promover ações para a gestão de riscos no âmbito da instituição;
- II. analisar e avaliar as notificações sobre incidentes e queixas técnicas selecionadas pelo Setor/Unidade de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;
- III. desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no âmbito da instituição;
- IV. promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corretivas;
- V. promover e acompanhar ações de melhoria de qualidade alinhadas com a segurança do paciente, especialmente aquelas relacionadas aos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;
- VI. estabelecer, avaliar e monitorar barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde;
- VII. elaborar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde, divulgação delegáveis a outros serviços na instituição;
- VIII. avaliar e monitorar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;
- IX. priorizar a implantação dos Protocolos de Segurança do Paciente determinados pelo Ministério da Saúde e ANVISA e realizar o monitoramento dos respectivos indicadores, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços do hospital;
- X. compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- XI. acompanhar o processo de notificação ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- XII. acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias;
- XIII. desenvolver, implantar, avaliar, monitorar e manter atualizado o plano de capacitação em segurança do paciente, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços do hospital;
- XIV. desenvolver, implantar, avaliar, monitorar e manter atualizado o plano de comunicação social em saúde quanto aos temas referentes à segurança do paciente, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços do hospital;
- XV. promover e acompanhar ações de disseminação sistemática da cultura de segurança com foco no aprendizado e desenvolvimento institucional;
- XVI. elaborar proposta de metas e indicadores para inserção nos processos de contratualização;

- XVII. elaborar plano de pesquisa sobre segurança do paciente para desenvolvimento da instituição, em parceria com a Gerência de Ensino e Pesquisa ou equivalente;
- XVIII. apoiar a Sede no desenvolvimento de estratégias de segurança do paciente para a rede da Empresa;
- XIX. participar de eventos e demais ações promovidas pelo IEC sobre segurança do paciente e qualidade;
- XX. sensibilizar os profissionais, a comunidade acadêmica e os usuários quanto a importância da Segurança do Paciente;
- XXI. estabelecer vínculo com a comunidade acadêmica, com intuito de disseminar a cultura de segurança do paciente.

CAPÍTULO V

DOS DEVERES E RESPONSABILIDADES

Art. 21º Os membros da Comissão devem exercer suas funções com celeridade seguindo os seguintes princípios:

- a) Proteção à honra e à imagem dos pacientes envolvidos em incidentes em saúde;
- b) Proteção à honra e à imagem dos profissionais envolvidos em incidentes em saúde;
- c) Proteção à honra e à imagem dos fabricantes de produtos relacionados a queixas técnicas e incidentes em saúde;
- d) Proteção à identidade do notificador;
- e) Independência e imparcialidade de seus membros na apuração dos fatos;
- f) Foco nos processos durante na apuração dos fatos e no processo decisório.

Art. 22º Eventuais conflitos de interesse, efetivos ou potenciais, que possam surgir em função do exercício das atividades dos membros do Núcleo deverão ser informados aos demais integrantes ao abrir o item de pauta.

Parágrafo Único. O membro da Comissão estará impedido, caso seja aberto para votação, de votar em qualquer item de pauta envolvendo a área que representa.

Art. 23º As matérias examinadas nas reuniões da Comissão têm caráter sigiloso, ao menos até sua deliberação final, quando será decidida sua forma de encaminhamento.

Parágrafo Único. Os membros do Núcleo não poderão manifestar-se publicamente sobre quaisquer assuntos tratados neste fórum, cabendo ao Presidente do Núcleo o encaminhamento de assuntos a serem publicados para apreciação da Superintendência.

Art. 24º As atribuições do Coordenador incluirão, entre outras, as seguintes atividades:

- I. Coordenar as discussões;
- II. Produzir e expedir documentos;
- III. Distribuir tarefas;
- IV. Conduzir os trabalhos; e
- V. Coordenar o apoio administrativo.

Art. 25º O Secretário e o seu Substituto terão as atribuições de fornecer o apoio técnico e administrativo necessários ao funcionamento da Comissão De Qualidade E Segurança Do Paciente.

CAPÍTULO VI

DO MANDATO

Art. 26º O mandato dos membros da Comissão De Qualidade E Segurança Do Paciente terá a duração de 1 (um) ano, podendo ser reconduzidos.

Parágrafo Único. Independente da motivação sobre a destituição de membro do Comissão De Qualidade E Segurança Do Paciente, essa ocorrerá sob apreciação e ato da Superintendência.

CAPÍTULO VII

DAS PRERROGATIVAS E COMPETÊNCIAS DA COMISSÃO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE

Art. 26º São princípios do NQSP:

- a) A garantia da proteção à honra e à imagem dos pacientes, profissionais, fabricantes de produtos e notificadores envolvidos em incidentes em saúde;
- b) A garantia da independência e imparcialidade de seus membros na apuração dos fatos;
- c) A melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;
- d) A disseminação sistemática da cultura de segurança;
- e) A articulação e a integração dos processos de gestão de risco;
- f) A garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde;
- g) A promoção da gestão do conhecimento sobre a segurança do paciente.

Art.27º - Compete ao NQSP:

- I. promover ações para a gestão de riscos no âmbito da instituição;
- II. analisar e avaliar as notificações sobre incidentes e queixas técnicas selecionadas pelo Setor/Unidade de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;
- III. desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no âmbito da instituição;
- IV. promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corretivas;
- V. promover e acompanhar ações de melhoria de qualidade alinhadas com a segurança do paciente, especialmente aquelas relacionadas aos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;
- VI. estabelecer, avaliar e monitorar barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde;
- VII. elaborar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde, divulgação delegáveis a outros serviços na instituição;
- VIII. avaliar e monitorar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;
- IX. priorizar a implantação dos Protocolos de Segurança do Paciente determinados pelo Ministério da Saúde, ANVISA e realizar o monitoramento dos respectivos indicadores, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços do hospital;
- X. compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- XI. acompanhar o processo de notificação ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- XII. acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias;
- XIII. desenvolver, implantar, avaliar, monitorar e manter atualizado o plano de capacitação em segurança do paciente, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços do hospital;
- XIV. Desenvolver, implantar, avaliar, monitorar e manter atualizado o plano de comunicação social em saúde quanto aos temas referentes à segurança do paciente, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços do hospital;
- XV. promover e acompanhar ações de disseminação sistemática da cultura de segurança com foco no aprendizado e desenvolvimento institucional;
- XVI. elaborar proposta de metas e indicadores para inserção nos processos de contratualização;
- XVII. elaborar plano de pesquisa sobre segurança do paciente para desenvolvimento da instituição, em parceria com a Gerência de Ensino e Pesquisa ou equivalente;

XVIII. apoiar a Sede do IEC no desenvolvimento de estratégias de segurança do paciente para a rede da Empresa;

XIX. participar de eventos e demais ações promovidas pelo IEC sobre segurança do paciente e qualidade.

CAPÍTULO VIII

DAS REUNIÕES

Art. 30º As reuniões da NQSP serão realizadas em caráter ordinário (quinzenal), em dia, local e horário preestabelecido, de acordo com a conveniência de seus membros, devendo estas, serem comunicadas com no mínimo 72 horas de antecedência.

Art. 31º As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo Presidente ou a pedido de qualquer membro da NQSP, de acordo com a urgência da matéria.

Parágrafo Único - As reuniões extraordinárias serão convocadas, no mínimo, com 48 (quarenta e oito) horas de antecedência

Art. 32º As reuniões serão conduzidas pelo Coordenador e, na falta deste, pelo seu substituto formal.

Art. 33º Na convocação para reunião deverá constar a pauta, podendo esta ser proposta por qualquer membro da NQSP.

Art. 34º A convocação para reunião da NQSP será feita pelo Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente e operacionalizada pelo Secretário ou Secretário Substituto, quando serão enviados a pauta e os respectivos subsídios para apreciação e manifestação.

Art. 35º A NQSP poderá incluir mensalmente em uma das suas reuniões, apresentação de trabalhos ou relatos de interesse científico, podendo para isto contar com a participação de convidados de sua escolha.

Art. 36º As reuniões serão realizadas com no mínimo 1/3 dos membros da NQSP, porém as resoluções relacionadas diretamente a eventos adversos graves deverão ser tomadas com a presença de 50% dos membros mais um.

Art. 37º De cada reunião será lavrada ata, incluindo assuntos discutidos, decisões tomadas e lista de presença.

Art. 38º Os membros da NQSP que faltarem a 03 (três) reuniões consecutivas, injustificadamente, serão automaticamente considerados desligados e o pedido de sua substituição encaminhado ao Superintendente.

Art. 39º As reuniões da NQSP serão contabilizadas dentro da carga horária de trabalho de cada membro, bem como a carga horária utilizada para participar dos grupos de trabalho caso esteja inserido em algum.

CAPÍTULO IV

DAS DELIBERAÇÕES E RECOMENDAÇÕES

Art. 40º As deliberações da CQSP serão preferencialmente estabelecidas por consenso entre os seus membros.

§ 1º - As votações, quando necessárias, serão abertas e acompanhadas de defesa verbal registradas em ata.

§ 2º - As decisões serão tomadas em votação por maioria simples dos presentes.

§ 3º - Em caso de empate na votação, a decisão final caberá ao Coordenador da CQSP.

CAPÍTULO X

DO SUPORTE AO FUNCIONAMENTO

Art. 41º O apoio administrativo ao CQSP será realizado pelo pessoal administrativo do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente em parceria com a secretaria das comissões.

Art. 42º São consideradas atividades administrativas:

- a) Prestar subsídios e informações relacionadas as atividades da CQSP;
- b) Elaborar e arquivar atas, processos, relatórios, documentos, correspondências e a agenda da CQSP;
- c) Realizar o agendamento, a preparação e a expedição das convocações para as reuniões e o provimento do apoio logístico para as mesmas

CAPÍTULO XI

DOS GRUPOS DE TRABALHO DO CQSP

Art. 43º A CQSP poderá criar grupos de trabalho para tratamento de assuntos específicos, podendo solicitar a participação de profissionais que não pertençam a CQSP.

§ 1º - Os grupos de trabalho serão compostos por no máximo 6 (seis) e no mínimo 3 componentes tendo reconhecido saber e competência profissional no tema, todos indicados pela CQSP e nomeados pela Superintendência.

§ 2º - Cada grupo de trabalho será coordenado por um representante da CQSP.

§ 3º - O membro que acumular faltas não justificadas em duas reuniões consecutivas será desligado do grupo de trabalho.

§ 4º - As atribuições do Coordenador do grupo de trabalho incluirão, sem prejuízo de outras:

- I. Coordenar as discussões;
- II. Definir responsabilidades dos componentes;
- III. Conduzir os trabalhos; e
- IV. Responsabilizar-se pela entrega tempestiva dos produtos demandados pela CQSP.

CAPÍTULO XII

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 44º Este regulamento poderá ser modificado no todo ou em parte, por proposta dos membros da comissão, mediante aprovação em reunião convocada para esta finalidade.

Art. 45º Os casos omissos serão resolvidos pelo núcleo em reunião para isto convocada com a presença do Superintendente.

Art. 46º O presente Regulamento entra em vigor na data de sua aprovação e publicação.

a.9) Comissão Interna De Prevenção De Acidentes - CIPA

a.9.1) Proposta de Constituição

O IEC irá implantar a CIPA de acordo com Legislação vigente e mais a frente irá demonstrar como pretende implantar a referida comissão.

a.9.2) Composição

A Comissão será composta por representantes do empregador e dos empregados, de acordo com o dimensionamento previsto no Quadro I da Norma Regulamentadora - NR5, aprovada pela Portaria 3214 de 08 de junho de 1978, sendo de forma paritária por representantes do empregador, nomeados pela direção, e representantes dos empregadores, eleitos mediante votação

a.9.3) Objetivos

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.

a.9.4) Metas

Fiscalizar, orientar, investigar 100% das condutas realizadas na unidade e contribuir de forma efetiva na diminuição de intercorrências e aplicação efetiva das medidas preconizadas.

a.9.5) frequência das Reuniões

Além das reuniões ordinárias mensais, poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes

a.9.6) Cronograma das Reuniões

COMISSÃO DE ASSISTÊNCIA	
1º Mês	NOMEAÇÃO DOS MEMBROS DA COMISSÃO/IMPLANTAÇÃO DOS PROTOCOLOS
2º Mês	CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS
3º Mês	ELABORAÇÃO/IMPLANTAÇÃO DO REGIMENTO INTERNO
4º Mês	IMPLANTAÇÃO DAS ROTINAS DOS PROCEDIMENTOS
5º Mês	MONITORAMENTO DAS AÇÕES
6º Mês	QUALIFICAÇÃO DAS PRESTAÇÕES DE SERVIÇO AO PÚBLICO INTERNO (SEGURANÇA, RADIOSSEGURANÇA E BIOSSEGURANÇA)
7º Mês	REUNIÕES PERIÓDICAS COM AS EQUIPES
8º Mês	DISSEMINAÇÃO DO CONCEITO DE SEGURANÇA NO TRABALHO
9º Mês	DIFUSÃO DO REGIMENTO INTERNO E PROTOCOLOS DA UNIDADE
10 Mês	DIFUSÃO E FORTELECIMENTO DE AÇÕES DE USO DE EPI
11º Mês	ORGANIZAR CURSOS DE CAPACITAÇÃO
12º Mês	DIFUSÃO DAS ROTINAS DOS PROCEDIMENTOS PADRONIZADOS

a.9.7) Proposta de Regimento Interno

CAPÍTULO 1 - INTRODUÇÃO, FINALIDADE E CAMPO DE APLICAÇÃO

Art. 1º - O IEC, deverá constituir e manter a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA, conforme preconizado na Norma Regulamentadora - NR5 do Ministério do Trabalho e Emprego, publicada na Portaria n.º 3214 08 de junho de 1978.

Art. 2º - O presente regimento interno tem por objetivo regulamentar a organização e o funcionamento, bem como agregar as principais regras que deverão disciplinar o desenvolvimento dos trabalhos da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA.

Parágrafo único. Este regulamento obedece fielmente à legislação em vigor, vez que apenas acrescenta dispositivos complementares, permanecendo perfeitamente aplicável o regime trabalhista estabelecido em lei ou, ainda, o que for estabelecido em Acordo ou Convenção Coletiva de Trabalho da respectiva categoria.

O IEC, reger-se-á pelas disposições legais que lhe forem aplicáveis e pelos dispositivos deste Regimento.

CAPÍTULO 2 - DO OBJETIVO

Art. 3º - 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 3 - DA ESTRUTURA E COMPOSIÇÃO

SECÇÃO I

ESTRUTURA

Art. 4º - A Direção da unidade proporcionará o suporte técnico, científico e operacional, com a finalidade de assegurar a estrutura indispensável à eficiência da Comissão.

SECÇÃO II

COMPOSIÇÃO

Art. 5º. A Comissão será composta por representantes do empregador e dos empregados, de acordo com o dimensionamento previsto no Quadro I da Norma Regulamentadora - NR5, aprovada pela Portaria 3214 de 08 de junho de 1978, sendo de forma paritária por representantes do empregador, nomeados pela direção, e representantes dos empregadores, eleitos mediante votação.

Art. 6º. Caberá a direção a designação, anualmente, dos representantes da instituição, titulares e suplentes, que irão integrar a comissão, por meio de ato normativo.

§ 1º. O empregador designará dentre os seus representantes, o Presidente da CIPA;

§ 2º. Os representantes dos empregados, titulares e suplentes, serão eleitos em escrutínio secreto, do qual participem, independentemente de filiação sindical, exclusivamente os empregados interessados, com vínculo IEC e regidos pelo regime da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT.

§ 3º. Os representantes dos empregados eleitos, escolherão o Vice-presidente entre os mais votados.

CAPÍTULO 4 - DA ORGANIZAÇÃO

Art. 7º - É vedada a dispensa arbitrária ou sem justa causa do empregado eleito para cargo de direção de Comissões Internas de Prevenção de Acidentes desde o registro de sua candidatura até um ano após o final de seu mandato.

Art. 8º - Serão garantidas aos membros da CIPA condições que não descaracterizem suas atividades normais na empresa, sendo vedada a transferência para outro estabelecimento sem a sua anuência, ressalvado o disposto nos parágrafos primeiro e segundo do artigo 469, da CLT.

Art. 9º - Os membros da CIPA, eleitos e designados serão empossados no primeiro dia útil após o término do mandato anterior.

Art. 10º - Será indicado, de comum acordo com os membros da CIPA, um secretário e seu substituto, entre os componentes ou não da comissão, sendo neste caso necessária a concordância do empregador.

Art. 11º - A documentação referente ao processo eleitoral da CIPA, incluindo as atas de eleição e de posse e o calendário anual das reuniões ordinárias, deve ficar no estabelecimento à disposição da fiscalização do Ministério do Trabalho e Emprego.

Art. 12º - A documentação indicada no Art. 11º deve ser encaminhada ao Sindicato dos Trabalhadores da categoria, quando solicitada.

Art. 13º - O empregador deve fornecer cópias das atas de eleição e posse aos membros titulares e suplentes da CIPA, mediante recibo

Art. 14º - A CIPA não poderá ter seu número de representantes reduzido, bem como não poderá ser desativada pelo empregador, antes do término do mandato de seus membros, ainda que haja redução do número de empregados da empresa, exceto no caso de encerramento das atividades do estabelecimento.

CAPÍTULO 5 - DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 15º - A CIPA terá por atribuição:

- I) Identificar os riscos do processo de trabalho, e elaborar o mapa de riscos, com a participação do maior número de trabalhadores, com assessoria do serviço de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho - SOST;
- II) Elaborar plano de trabalho que possibilite a ação preventiva na solução de problemas de segurança e saúde no trabalho;
- III) 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;
- IV) 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;

- V) Realizar, a cada reunião, avaliação do cumprimento das metas fixadas em seu plano de trabalho e discutir as situações de risco que foram identificadas;
- VI) Divulgar aos trabalhadores informações relativas à segurança e saúde no trabalho;
- VII) Participar, com o SOST, das discussões promovidas pelo hospital, para avaliar os impactos de alterações no ambiente e processo de trabalho relacionados à segurança e saúde dos trabalhadores;
- VIII) Requerer ao SOST, ou ao empregador, a paralisação de máquina ou setor onde considere haver risco grave e iminente à segurança e saúde dos trabalhadores;
- IX) Colaborar no desenvolvimento e implementação do Programas de Controle Médico e Saúde Ocupacional - PCMSO e Programas de Prevenção de Riscos Ambientais - PPRA, NR7 e NR9, respectivamente, bem como de outros programas relacionados à segurança e saúde no trabalho;
- X) Divulgar e promover o cumprimento das Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho e Emprego, bem como cláusulas de acordos e convenções coletivas de trabalho, relativas à segurança e saúde no trabalho;
- XI) Participar, em conjunto com o SOST, ou com o empregador, da análise das causas das doenças e acidentes de trabalho e propor medidas de solução dos problemas identificados;
- XII) Requisitar ao empregador e analisar as informações sobre questões que tenham interferido na segurança e saúde dos trabalhadores;
- XIII) Requisitar ao hospital as cópias das Comunicações de Acidente de Trabalho - CAT's emitidas;
- XIV) Promover, anualmente, em conjunto com o SOST, a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho – SIPAT;
- XV) Participar, anualmente, em conjunto com o Hospital, de Campanhas de Prevenção da AIDS e outras campanhas relacionadas com a segurança e saúde do trabalhador.

Art. 16º - Cabe ao empregador proporcionar aos membros da CIPA os meios necessários ao desempenho de suas atribuições, garantindo tempo suficiente para a realização das tarefas constantes do plano de trabalho.

Art. 17º - Cabe aos empregados:

- I) Participar da eleição de seus representantes;
- II) Colaborar com a gestão da CIPA;
- III) Indicar à CIPA, ao SOST e ao empregador situações de riscos e apresentar sugestões para melhoria das condições de trabalho.;

IV) Observar e aplicar no ambiente de trabalho as recomendações quanto à prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho.

Art. 18º - Cabe ao Presidente da CIPA:

- I) Convocar os membros para as reuniões da CIPA;
- II) Coordenar as reuniões da CIPA, encaminhando ao empregador e ao SOST as decisões da comissão;
- III) Manter o empregador informado sobre os trabalhos da CIPA;
- IV) Coordenar e supervisionar as atividades de secretaria;
- V) Delegar atribuições ao Vice-Presidente.

Art. 19º - Cabe ao Vice-Presidente:

- I) Executar atribuições que lhe forem delegadas;
- II) Substituir o Presidente nos seus impedimentos eventuais ou nos seus afastamentos temporários.

Art. 20º - O Presidente e o Vice-Presidente da CIPA, em conjunto, terão as seguintes atribuições:

- I) Cuidar para que a CIPA disponha de condições necessárias para o desenvolvimento de seus trabalhos;
- II) Coordenar e supervisionar as atividades da CIPA, zelando para que os objetivos propostos sejam alcançados;
- III) Delegar atribuições aos membros da CIPA;
- IV) Promover o relacionamento da CIPA com o SOST;
- V) Divulgar as decisões da CIPA a todos os trabalhadores do estabelecimento;
- VI) Encaminhar os pedidos de reconsideração das decisões da CIPA;
- VII) Constituir a comissão eleitoral.

Art. 21º - O Secretário da CIPA terá por atribuição:

- I) Acompanhar as reuniões da CIPA e redigir as atas apresentando-as para aprovação e assinatura dos membros presentes;
- II) Preparar as correspondências; e
- III) Outras que lhe forem conferidas.

CAPÍTULO 6 - DO FUNCIONAMENTO

Art. 22º - A CIPA terá reuniões ordinárias mensais, de acordo com o calendário preestabelecido.

Art. 23º - As reuniões ordinárias da CIPA serão realizadas durante o expediente normal da empresa e em local apropriado. Como o hospital funciona (24) vinte e quatro horas, o turno das reuniões será decidido, por meio de votação, entre os membros da comissão (indicados e eleitos) que estiverem presentes na data da posse.

Art. 24º - A quantidade mínima de membros necessária para as deliberações da CIPA deverá ser de (50%) cinquenta por cento mais um, do total de componentes.

Art. 25º - Em caso de empate no processo de votação das deliberações da CIPA, cabe ao presidente o voto de desempate.

Art. 26º - As reuniões da CIPA terão atas assinadas pelos presentes com encaminhamento de cópias para todos os membros.

Art. 27º - As atas devem ficar no estabelecimento à disposição da fiscalização do Ministério do Trabalho e Emprego.

Art. 28º - Reuniões extraordinárias deverão ser realizadas quando:

- I) Houver denúncia de situação de risco grave e iminente que determine aplicação de medidas corretivas de emergência;
- II) Ocorrer acidente do trabalho grave ou fatal;
- III) Houver solicitação expressa de uma das representações.

Art. 29º - As decisões da CIPA serão preferencialmente por consenso.

Parágrafo único. Não havendo consenso, e frustradas as tentativas de negociação direta ou com mediação, será instalado processo de votação, registrando-se a ocorrência na ata da reunião.

Art. 30º - Das decisões da CIPA caberá pedido de reconsideração, mediante requerimento justificado.

Art. 31º - O membro titular perderá o mandato, sendo substituído por suplente, quando faltar a mais de (04) quatro reuniões ordinárias sem justificativa.

Art. 32º - A vacância definitiva de cargo, ocorrida durante o mandato, será suprida por suplente, obedecida a ordem de colocação decrescente que consta na ata de eleição, devendo os motivos ser registrados em ata de reunião.

Art. 33º - No caso de afastamento definitivo do presidente, o empregador indicará o substituto, em (02) dois dias úteis, preferencialmente entre os membros da CIPA.

Art. 34º - No caso de afastamento definitivo do vice-presidente, os membros titulares da representação dos empregados, escolherão o substituto, entre seus titulares, em (02) dois dias úteis.

Art. 35º - Caso não existam suplentes para ocupar o cargo vago, o empregador deve realizar eleição extraordinária, cumprindo todas as exigências estabelecidas para o processo eleitoral, exceto quanto aos prazos, que devem ser reduzidos pela metade.

Art. 36º - O mandato do membro eleito em processo eleitoral extraordinário deve ser compatibilizado com o mandato dos demais membros da Comissão.

Art. 37º - O treinamento de membro eleito em processo extraordinário deve ser realizado no prazo máximo de (30) trinta dias, contados a partir da data da posse.

CAPÍTULO 7 - DO PROCESSO ELEITORAL

Art. 38º Compete ao empregador convocar eleições para escolha dos representantes dos empregados na CIPA, no prazo mínimo de 60 (sessenta) dias antes do término do mandato em curso.

Art. 39º A empresa estabelecerá mecanismos para comunicar o início do processo eleitoral ao sindicato da categoria profissional.

Art. 40º O Presidente e o Vice-Presidente da CIPA constituirão dentre seus membros, no prazo mínimo de 55 (cinquenta e cinco) dias antes do término do mandato em curso, a Comissão Eleitoral - CE, que será a responsável pela organização e acompanhamento do processo eleitoral.

Art. 41º Nos estabelecimentos onde não houver CIPA, a Comissão Eleitoral será constituída pela empresa.

O processo eleitoral observará as seguintes condições:

- a. Publicação e divulgação de edital, em locais de fácil acesso e visualização, no prazo mínimo de 45 (quarenta e cinco) dias antes do término do mandato em curso;
- b. Inscrição e eleição individual, sendo que o período mínimo para inscrição será de quinze dias;
- c. Liberdade de inscrição para todos os empregados do estabelecimento, independentemente de setores ou locais de trabalho, com fornecimento de comprovante;
- d. Garantia de emprego para todos os inscritos até a eleição;
- e. Realização da eleição no prazo mínimo de 30 (trinta) dias antes do término do mandato da CIPA, quando houver;
- f. Realização de eleição em dia normal de trabalho, respeitando os horários de turnos e em horário que possibilite a participação da maioria dos empregados.

- g. Voto secreto;
- h. Apuração dos votos, em horário normal de trabalho, com acompanhamento de representante do empregador e dos empregados, em número a ser definido pela comissão eleitoral;
- i. Faculdade de eleição por meios eletrônicos;
- j. Guarda, pelo empregador, de todos os documentos relativos à eleição, por um período mínimo de cinco anos.

Art. 42º Havendo participação inferior a cinquenta por cento dos empregados na votação, não haverá a apuração dos votos e a comissão eleitoral deverá organizar outra votação que ocorrerá no prazo máximo de dez dias.

Art. 43º As denúncias sobre o processo eleitoral deverão ser protocolizadas na unidade descentralizada do MTE, até trinta dias após a data da posse dos novos membros da CIPA.

Art. 44º Compete a unidade descentralizada do Ministério do Trabalho e Emprego, confirmadas irregularidades no processo eleitoral, determinar a sua correção ou proceder a anulação quando for o caso.

Art. 45º Em caso de anulação a empresa convocará nova eleição no prazo de cinco dias, a contar da data de ciência, garantidas as inscrições anteriores.

Art. 46º Quando a anulação se der antes da posse dos membros da CIPA, ficará assegurada a prorrogação do mandato anterior, quando houver, até a complementação do processo eleitoral.

Art. 47º Assumirão a condição de membros titulares e suplentes, os candidatos mais votados.

Art. 48º Em caso de empate, assumirá aquele que tiver maior tempo de serviço no estabelecimento.

Art. 49º Os candidatos votados e não eleitos serão relacionados na ata de eleição e apuração, em ordem decrescente de votos, possibilitando nomeação posterior, em caso de vacância de suplentes.

SECÇÃO I

SISTEMA DE COMUNICAÇÃO

A comunicação, interna e/ou externamente, deverá ocorrer junto a superintendência de acordo como o que segue:

- l) Calendário de reuniões: Instrumento de comunicação interno-externa utilizado para informar as datas de todas as reuniões ordinárias, tendo como responsável, o secretário da comissão;

- II) Ata: Instrumento em que será registrada a exposição sucinta dos trabalhos, conclusões, deliberações e resoluções das reuniões;
- III) Memorando: Correspondência interna destinada a tratar de assuntos de interesse da comissão (técnicos, administrativos ou financeiros), podendo ser utilizada entre as áreas ou serviços da instituição;
- IV) Memorando circular: Instrumento que contém avisos e/ou determinações da comissão, destinado a todo o serviço ou algumas áreas ou serviço;
- V) Justificativa de ausência em reuniões ordinárias:
- a) Documento padrão aprovado pela Comissão destinado ao controle e registro das ausências.
- b) Fica instituído que o prazo para justificativa de faltas será de 24 horas de antecedência a data da reunião.
- c) Em casos excepcionais motivados na data pré-determinada, deverão ser justificados no primeiro dia útil após a reunião em formulário próprio e específico.

Art. 50º - A comunicação verbal utilizada interna e externamente pode ocorrer através de reuniões Gerenciais e técnicas, ordinárias e/ou extraordinárias, com a finalidade de elaborar, implementar, acompanhar e avaliar as ações propostas.

SECÇÃO II

DO MANDATO

Art. 51º. O mandato dos membros eleitos da CIPA terá a duração de um ano

SECÇÃO III

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 52º. Os casos omissos e as dúvidas, surgidas na aplicação do presente Regimento Interno serão dirigidos pelo Presidente da Comissão em conjunto com a direção.

Art. 53º. O presente regimento poderá ser alterado, mediante proposta da Comissão, através da maioria absoluta dos seus membros, submetida ao Diretor da instituição.

Art. 54º. Este Regulamento Interno entra em vigor na data de sua publicação.

a.10) Comissão De Vigilância Epidemiológica

a.10.1) Proposta de constituição

O IEC implantará a comissão de Vigilância Epidemiológica na unidade em questão.

a.10.2) Composição

Minimamente composto por: Serviços médicos (cada clínica representativa ou que seja área crítica); Serviço de enfermagem; Serviço de farmácia; Serviço de laboratório/ microbiologia

a.10.3) Objetivos

A vigilância epidemiológica tem como propósito fornecer orientação técnica permanente para os profissionais de saúde sobre doenças/agravos, fatores que a condicionam e medidas de controle. Além de constituir importante instrumento para subsidiar o planejamento, a organização, a operacionalização e a normatização de atividades técnicas correlatas no âmbito hospitalar.

a.10.4) Metas

Fiscalizar, orientar, investigar as condutas realizadas na unidade e contribuir de forma efetiva na diminuição de intercorrências.

a.10.5) Frequência das Reuniões

A comissão deverá se reunir mensalmente e sempre que necessário.

a.10.6) Cronograma das Reuniões

COMISSÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA	
1º Mês	NOMEAÇÃO DOS MEMBROS DA COMISSÃO/IMPLANTAÇÃO DE ROTINAS DE PROCEDIMENTOS
2º Mês	IMPLANTAÇÃO DE PROTOCOLOS
3º Mês	MONITORAMENTOS DAS AÇÕES
4º Mês	NOMEAÇÃO DE MEMBROS
5º Mês	DISSEMINAÇÃO DO REGIMENTO INTERNO
6º Mês	MONITORAR O CRONOGRAMA DE CAPACITAÇÃO
7º Mês	DIVULGAÇÃO DE TEMAS RELACIONADOS A VIGILÂNCIA SANITÁRIA
8º Mês	ESTABELEÇER NORMAS PARA SINDICÂNCIA
9º Mês	CAPACITAÇÃO DE TODA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR
10 Mês	VERIFICAR POSSÍVEIS SUGESTÕES PARA MODIFICAÇÃO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR
11º Mês	VERIFICAR E ATUALIZAR NORMAS E ROTINAS
12º Mês	VERIFICAR SE O CORPO TÉCNICO ESTÁ ATENDENDO AS LEGISLAÇÕES VIGENTES

a.10.7) Proposta de Regimento Interno

I. NOME: COMISSÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

II. DEFINIÇÃO E FINALIDADE:

Pertence à Unidade de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente, é responsável pelo planejamento e execução das ações de epidemiologia hospitalar, incluindo a vigilância epidemiológica das doenças de notificação compulsória /ou outros agravos de interesse para a saúde pública.

A vigilância epidemiológica tem como propósito fornecer orientação técnica permanente para os profissionais de saúde sobre doenças/agravos, fatores que a condicionam e medidas de controle. Além de constituir importante instrumento para subsidiar o planejamento, a organização, a operacionalização e a normatização de atividades técnicas correlatas no âmbito hospitalar.

A operacionalização da vigilância epidemiológica compreende um ciclo de funções específicas e Inter complementares, desenvolvidas de modo contínuo, permitindo conhecer o comportamento das doenças e agravos como alvo das ações, para que as medidas de intervenção pertinentes possam ser desencadeadas com oportunidade e eficácia.

III. COMPOSIÇÃO:

A composição se faz com membros com formação universitária.

Os membros consultores deverão ser representantes no mínimo dos seguintes serviços:

- Serviços médicos (cada clínica representativa ou que seja área crítica);
- Serviço de enfermagem;
- Serviço de farmácia;
- Serviço de laboratório/ microbiologia.

IV. MANDATO:

O mandato dos membros da Comissão de Vigilância Epidemiológica deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável conforme definição da Diretoria.

O presidente da comissão, assim como todos os membros, será nomeado pelo Diretor.

Os cargos de vice-presidente e secretário poderão ser definidos pela comissão.

V. SEDE:

A sede da comissão será uma sala a ser disponibilizada com a infraestrutura básica necessária para seu funcionamento, disponibilizando acesso a computador.

VI. FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO:

Deverão ocorrer reuniões periódicas, conforme necessidade de cada unidade, com data, local e horário, previamente definidos e informados, sendo no mínimo realizadas reuniões mensais.

A ausência de um membro em três reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda seis reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses gera sua exclusão automática.

A reunião só acontecerá se houver *quórum* de pelo menos 50% de presença dos membros consultores (ou mínimo 2 participantes).

Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da comissão, a seus critérios, poderão realizar a reunião, desde que observado o parágrafo anterior.

As decisões da comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

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.

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.

Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo Diretor Geral, pelo Diretor Clínico, pelo Presidente ou Vice-Presidente.

O envio de informações e indicadores operacionais deverá ser mensal direcionada a Direção.

VII. DISPOSIÇÕES GERAIS:

Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros executores e consultores da Comissão de Ética de Enfermagem, em conjunto com o presidente da mesma e o diretor técnico da instituição.

Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

B. ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE ARQUIVO DE PRONTUÁRIOS DO USUÁRIO;

No cerne da gestão eficiente do Serviço de Arquivo da unidade, está um sistema de registros e documentos robusto e bem-organizado.

Esse processo não é apenas um componente crítico para a eficiência operacional, mas também um pilar fundamental para a conformidade regulatória e a prestação de cuidados de saúde de alta qualidade. Com isso a instituição pretende fazer uso de Sistemas Informatizados em todas as áreas, melhorando a qualidade da informação e reduzindo o uso de papel e impressões.

Por isso a instituição acredita na importância de um Sistema Informatizado de registros e documentos meticulosamente estruturados, que reside em sua capacidade de garantir a rastreabilidade completa de cada interação com o paciente. Desde o momento em que uma chamada de emergência é recebida até o atendimento final no hospital, cada passo é documentado e registrado. Esta prática não só facilita uma transição suave entre as diferentes fases do atendimento ao paciente, mas também assegura que todas as decisões médicas e intervenções possam ser rastreadas e justificadas.

Além disso, a acessibilidade dos registros é vital. Em situações de emergência, onde cada segundo conta, a capacidade de acessar rapidamente informações cruciais sobre o paciente pode ser a diferença entre a vida e a morte. Portanto, nosso sistema é projetado para permitir um acesso rápido e seguro às informações, garantindo que os profissionais de saúde tenham à mão os dados de que precisam para tomar decisões informadas e oportunas.

A segurança das informações do paciente é outra pedra angular. Em conformidade com as leis e regulamentos de proteção de dados, o Sistema deverá implementar medidas rigorosas para proteger a privacidade e a integridade das informações dos pacientes. Isso inclui protocolos de segurança cibernética, controle de acesso e procedimentos regulares de auditoria para garantir que os dados sejam manuseados de forma responsável e ética.

Outro aspecto importantíssimo é a organização dos documentos administrativos, sejam eles relacionados ao departamento de Recursos Humanos, Financeiro, Compras, Auditoria, entre outros.

Em resumo, o sistema de registros e documentos da unidade é uma ferramenta indispensável que sustenta a qualidade e a eficiência do atendimento ao paciente, ao mesmo tempo em que assegura a conformidade e a segurança dos dados. Este sistema não é apenas um repositório de informações; é uma parte integrante do nosso compromisso contínuo com a excelência no atendimento de emergência.

ARQUIVO DE PRONTUÁRIOS DOS PACIENTES

Os arquivistas farão conferência na documentação e providenciará a guarda dos mesmos.

Tendo mais de um prontuário do mesmo usuário estes deverão ser anexado um ao outro.

Todos os prontuários dos pacientes enviados pelo Faturamento deverão estar com a documentação em ordem conforme o preconizado pela lei de arquivamento. Só serão recebidos no SPP, os prontuários já faturados e listado com nomes e número de prontuário para conferência no ato do recebimento.

Só sairá prontuário do SPP, mediante solicitação escrita e previamente autorizada pela Direção técnica, administrativa ou geral. Normas para Arquivo de Documento de Usuários

Arquivo dos Prontuários:

- Classificar os prontuários por ano, em seguida classificar por ordem alfabética;
- Guardar os prontuários em envelope, identificando com nome do usuário, número de prontuário e ano.
- Arquivar todos em ordem alfabética;
- Os prontuários de uma mesma pessoa deverão ser arquivados juntos, independentemente do número de internações;
- Os prontuários que foram gerados no Sistema informatizado deverão ser lançados no sistema (tela SPP, entrada de documentos).

Arquivo dos prontuários de óbitos:

- Verificar se existe prontuário arquivado em anos anteriores, se houver deve-se anexar ao prontuário de óbito;
- Separar os prontuários por ano e mês e classificá-los em ordem alfabética;
- Guardar os prontuários em envelope, identificando com nome do usuário, número de prontuário e ano;
- Quando o prontuário for grande usa-se mais de um envelope e posteriormente uma liga para mantê-los unidos;
- Utilizar uma caixa arquivo, pois assim o poder de proteção e a resistência a danos são maiores;
- A caixa de arquivo deverá ser identificada através de etiqueta numerada, contendo número de prontuário, nome dos pacientes, mês e ano;
- Na caixa arquivo poderão ser colocados até 10(dez) prontuários ou conforme couber.

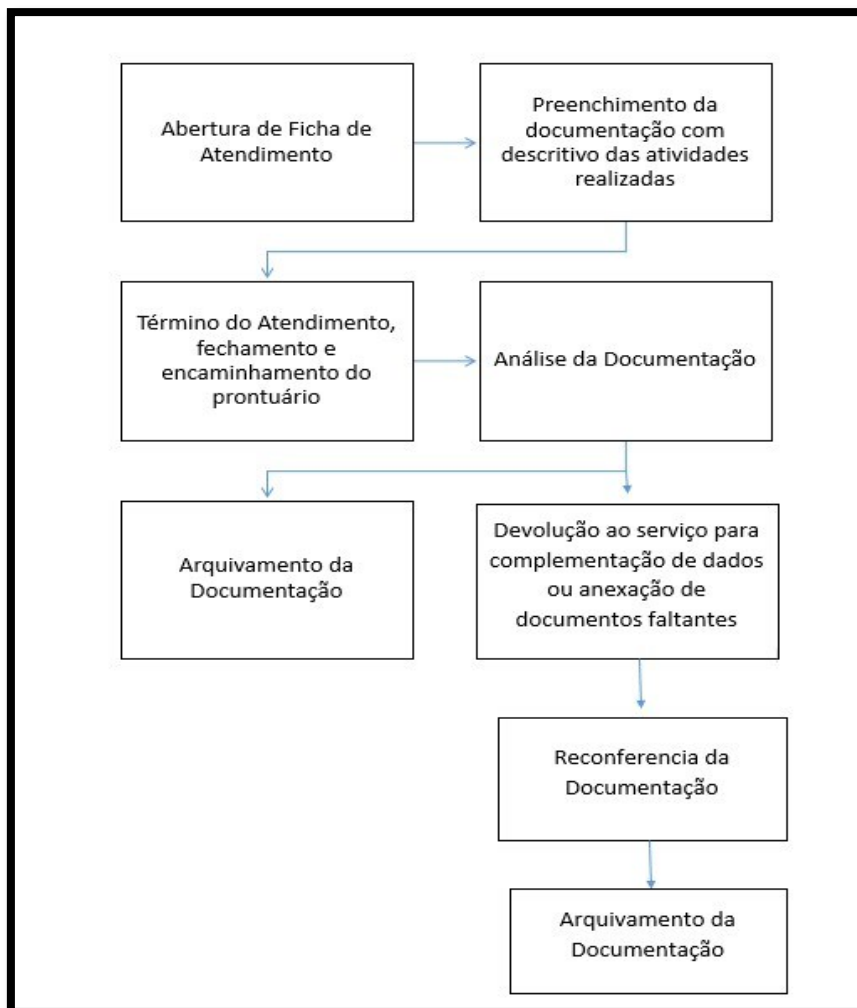
ARQUIVO DE PRONTUÁRIOS

Localizando os prontuários:

Ao receber a solicitação, deverá consultar no sistema a data em que o usuário foi atendido, abrir o arquivo e digita-se o número de prontuário ou nome do paciente para localizar, ao encontrar verificar em qual prateleira, coluna ou posição o prontuário está arquivado.

Em se tratando de óbito verificar o número da caixa, mês/ano em que o prontuário está armazenado.

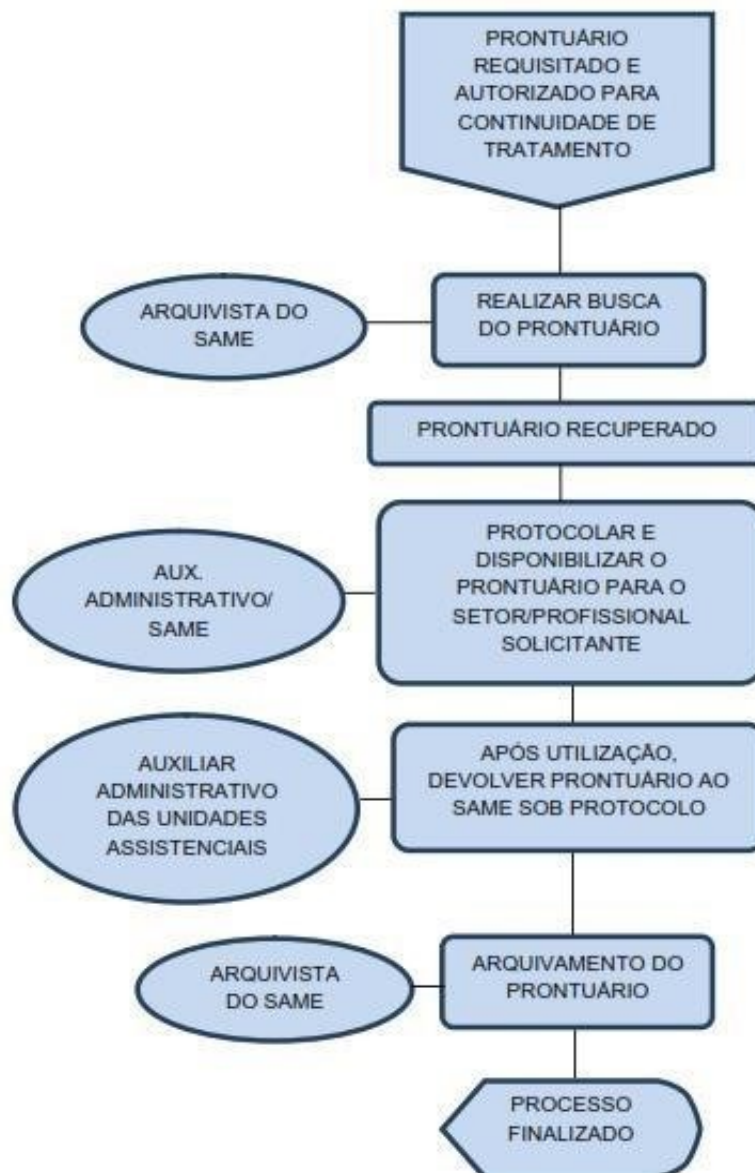
Toda solicitação deverá ser atendida mediante pesquisa no computador, cujo arquivo deverá estar na área de trabalho do computador. A pesquisa no programa de arquivo do computador deverá ser sempre pelo nome do paciente, mas em caso de nomes homônimos deverá ser pesquisado o nome da mãe e depois o número de prontuário.



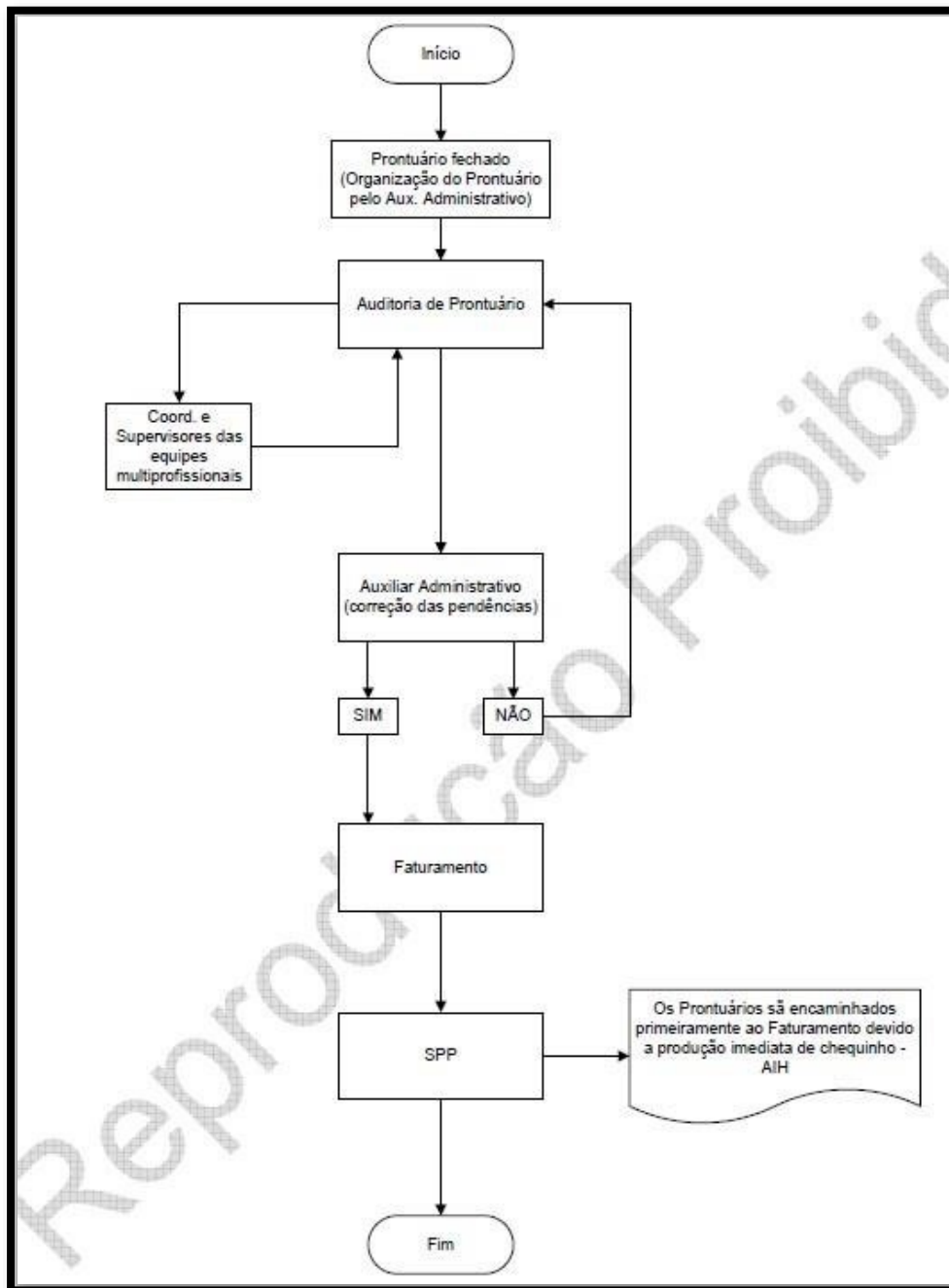
Arquivo de documentos administrativos:

Todos os documentos administrativos deverão ser arquivados em caixa de arquivo morto por ordem cronológica a cada ano encerrado e encaminhado para o setor de arquivo.

CONSULTA DO PRONTUÁRIO PARA CONTINUIDADE DO TRATAMENTO



FLUXO DO PRONTUÁRIO



C. MONITORAMENTO DE INDICADORES DE DESEMPENHO DE QUALIDADE E DE PRODUTIVIDADE, DENTRE OUTROS;

O IEC apresentará neste capítulo o Monitoramento de indicadores de desempenho da qualidade e da produtividade: detalhar o plano proposto, bem como os processos, a sistemática e a capacitação da equipe dedicada.

Os indicadores estão relacionados à qualidade da assistência oferecida aos usuários da unidade gerenciada e medem aspectos relacionados à efetividade da gestão e ao desempenho da unidade.

A complexidade dos indicadores é crescente e gradual, considerando o tempo de funcionamento da unidade. Com o passar do tempo, a cada ano, novos indicadores são introduzidos e o alcance de um determinado indicador no decorrer de certo período torna este indicador um pré-requisito para que outros indicadores mais complexos possam ser avaliados; desta forma, os indicadores que são pré-requisitos para os demais continuam a ser monitorados e avaliados, porém já não têm efeito. São monitorados os Indicadores de produtividade e de qualidade.

Padronização de Indicadores de Processo no IEC

O modelo de gestão do IEC considera como parte integrante o sistema de gestão da qualidade. Cada hospital tem planejamento próprio para desenvolver e amadurecer sua gestão e, por consequência, para desenvolver a qualidade dos serviços prestados.

É importante nesse momento fazer referência aos instrumentos já existentes e aplicados aos hospitais sob gestão do IEC:

- Relatório de Atividades (com manual próprio): foco no desempenho global institucional (dados de produção, contábil-financeiro, informações e indicadores);
- Plano Estatístico (com manual próprio): foco na produção setorial, base para coleta de dados;
- Indicadores e Objetivos estratégicos (definidos por procedimento de gestão): foco corporativo nas diretrizes estratégicas da gestão do IEC; e
- Controle de Metas Contratuais (definidos por procedimento de gestão): foco nas metas do contrato de gestão do IEC.

Os indicadores são elaborados através da captação e processamento de informação. A análise do desempenho da unidade, a avaliação da capacidade produtiva e do custeio

serão realizadas com os seguintes instrumentos:

1. PLANO ESTATÍSTICO

A estatística é composta do movimento geral da unidade e também da estatística de produção dos setores como os Serviços de Diagnóstico, Lavanderia, Manutenção e de outros tantos, reunindo mais de 100 indicadores hospitalares utilizados na avaliação de desempenho.

A gestão é feita com o auxílio dos números que são fornecidos pela estatística.

2. RELATÓRIO DE ATIVIDADES

Este relatório permite o acompanhamento sistematizado do desempenho da unidade sob vários aspectos, análise crítica dos resultados previstos e alcançados, entre outros.

3. SOFTWARE DE GESTÃO HOSPITALAR

A plataforma proposta reúne um conjunto de soluções que facilitam o fluxo de dados entre os setores e integram todos os processos hospitalares. O sistema gerencia informações clínicas, assistenciais, administrativas, financeiras e estratégicas, proporcionando uma gestão mais eficiente e melhor atendimento para as pacientes.

Objetivos

- Reduz as taxas de absenteísmo nas consultas e exames, através da otimização do fluxo de agendamento, proporcionando mais agilidade e eficiência no atendimento.
- Elimina a ociosidade das salas, consultórios e equipamentos de diagnósticos, aumentando a produtividade da equipe médica.
- Reduz a probabilidade de erros médicos por meio do prontuário eletrônico do paciente, com acesso fácil, rápido a todas as informações e histórico dos pacientes, permitindo maior assertividade na assistência.
- Reduz as taxas de cancelamentos e transferências de cirurgia com a automação de todos os processos e áreas envolvidas, garantindo maior eficiência na gestão do centro cirúrgico e na administração dos recursos
- Assegura o correto ciclo de compras, eliminando os desperdícios e aumentando a eficiência na gestão de materiais, sejam produtos, equipamentos, medicamentos ou serviços.
- Reduz as filas de pacientes nas urgências, emergências descongestionando o

serviço e humanizando o atendimento descongestionando o serviço e humanizando o atendimento.

Áreas de Abrangência: Atendimento. Clínica e Assistencial, Diagnóstico e Terapia, Suprimentos, Faturamento, Financeiro, Controladoria, Áreas de Apoio, TI e Gestão Estratégica

Caso já esteja em uso software de gestão, será avaliado a utilização do mesmo.

4. SISTEMA DE GESTÃO ESTRATÉGICA

Conjunto de aplicações para promover a inteligência nas organizações com foco: Performance Manager, Document Manager, Occurrence Manager, Competence Manager e Risk Manager. Abaixo as principais funcionalidades dos módulos citados:

- Gestão de Planejamento Estratégico;
- Controle de Indicadores de Desempenho.

MODELO DA TELA DO SISTEMA DE GESTÃO ESTRATÉGICA

GESTÃO DE DESEMPENHO



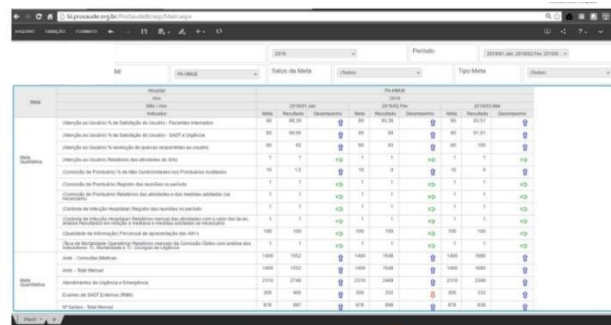
5. BI-MICROSTRATEGY

Ferramenta de Business Intelligence, que é responsável por gerar relatórios de informações da unidade, subsidiando o controle de metas e gestão do contrato.

O acesso é realizado através de ferramenta web, onde essas informações estão sempre disponíveis aos gestores.

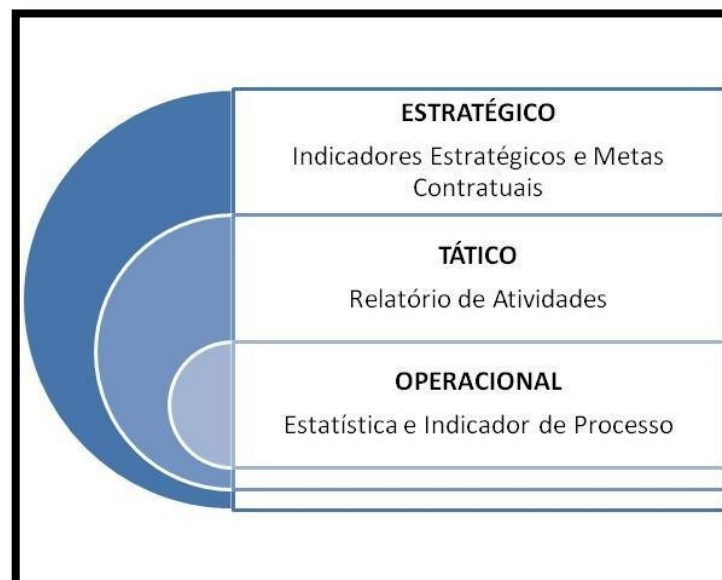
MODELO DE TELA DO BI

BUSINESS INTELLIGENCE



The screenshot displays a web-based BI interface with a data table. The table has columns for 'Mês', 'Ano', 'Meta', 'Atualizado', and 'Desempenho'. The data is organized into rows, with some rows highlighted in blue. The interface includes a search bar at the top and various filters on the left side.

INSTRUMENTOS UTILIZADOS NA GESTÃO DE PROCESSOS



Importante citar que alguns indicadores estão presentes em mais de um dos instrumentos utilizados pelo IEC. Isso acontece quando um mesmo indicador tem função de subsidiar diferentes análises. A base de indicadores da Sede é única, portanto a alimentação do indicador ocorrerá uma única vez, mesmo fazendo parte de diferentes instrumentos de análise.

A comparação do desempenho com um referencial externo é uma prática necessária aos hospitais que buscam a gestão de qualidade através de processos de certificação, porém, o essencial a todas as instituições é a busca pela melhoria da qualidade nas atividades desenvolvidas, e a possibilidade de nivelar o desempenho aos melhores

resultados de mercado é um diferencial.

Indicadores de Processos

Dada a complexidade e o grande número de indicadores existentes no mercado e mesmo nas unidades pertencentes à rede IEC, optou-se por uma seleção que representa os resultados atingidos nos diversos seguimentos do hospital, além de seguir os seguintes critérios:

1. Simplicidade de cálculo e Facilidade de interpretação;
2. Disponibilidade (facilidade de obtenção);
3. Possibilidade de gerar tendências;
4. Periodicidade;
5. Confiabilidade.

Os indicadores de processos padronizados serão apurados nos hospitais e/ ou Serviços de Saúde sob gestão do IEC. Os dados farão parte de um painel publicado e compartilhado internamente com os hospitais, denominado “Indicadores de Processo”. Este painel proporcionará avaliar comparativamente o desempenho qualitativo de um mesmo processo em instituições distintas, e servirá de balizador de informações e benchmarking entre os hospitais da rede, atingindo assim os objetivos da sua construção:

- Implantação de um sistema de informação institucional consistente no que se refere a processos;
- Implementação de análises críticas sistêmicas pelas lideranças com evidências de ações de melhoria e inovação;
- Identificação de oportunidades de melhoria de desempenho através do processo contínuo de comparação com outras práticas organizacionais com evidências de resultados positivos;
- Observação de análise de tendência com resultados favoráveis e consecutivos;
- Favorecimento para criação de um “ Banco de Boas Práticas ” institucionais.

Registros

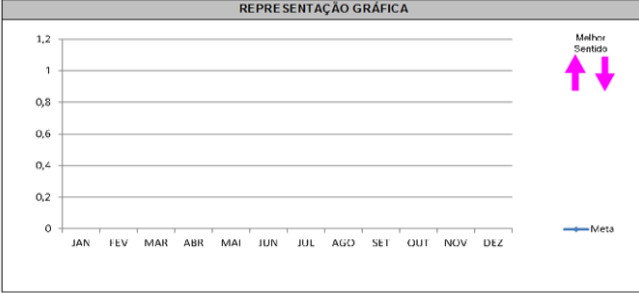
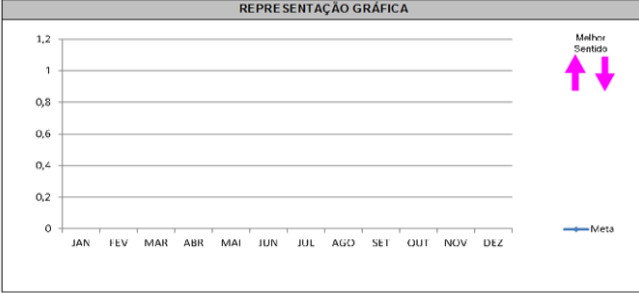
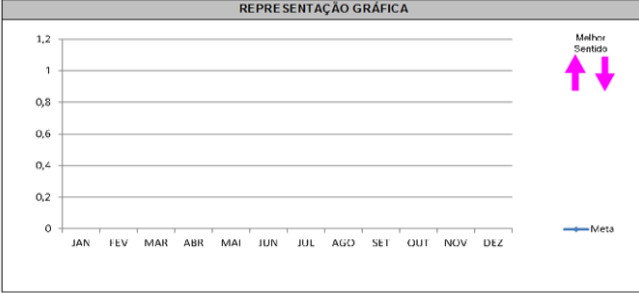
Os indicadores devem ser levantados **mensalmente** por todos os Serviços de Saúde administrados pelo IEC, sendo que:

1. Todo indicador de processo padronizado tem uma ficha técnica

correspondente que orienta e define como deve ser apurado;

2. Alimentar a base da Sede/DO de indicadores de processos padronizados, mensalmente via Sistema em acesso remoto, até o dia 15 do mês subsequente;
3. O Serviço de Saúde que possui base própria do Sistema deve alimentar e analisar os indicadores localmente;
4. O Serviço de Saúde que não possui o Sistema deve alimentar e analisar os indicadores na “Ficha de análise crítica de indicador”;
5. Todo Serviço de saúde terá acesso à base de indicadores do Sistema – Sede para alimentar seus indicadores e visualizar os indicadores dos demais Serviços de Saúde do IEC como forma de benchmarking interno.

MODELO DE FICHA DE ANÁLISE CRÍTICA

LOGOMARCA DO HOSPITAL	Ficha de indicador e análise crítica																																																															
Referência:	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="13">DADOS MENS AIS</th> </tr> <tr> <th></th> <th>JAN</th> <th>FEV</th> <th>MAR</th> <th>ABR</th> <th>MAI</th> <th>JUN</th> <th>JUL</th> <th>AGO</th> <th>SET</th> <th>OUT</th> <th>NOV</th> <th>DEZ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Meta</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Resultado</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </tbody> </table>												DADOS MENS AIS														JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	Meta													Resultado												
DADOS MENS AIS																																																																
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ																																																				
Meta																																																																
Resultado																																																																
Processo:																																																																
Objetivo:																																																																
Fórmula:																																																																
Fonte de Coleta:																																																																
Frequência de coleta:																																																																
Responsável pela coleta:																																																																
Setor Responsável:																																																																
Responsável pelo gerenciamento:																																																																
Observações:																																																																
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="13">REPRESENTAÇÃO GRÁFICA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="13">  </td> </tr> </tbody> </table>													REPRESENTAÇÃO GRÁFICA																																																			
REPRESENTAÇÃO GRÁFICA																																																																
																																																																
ANÁLISE CRÍTICA DO PERÍODO																																																																

Análise Crítica

A reunião de Análise Crítica deve ser realizada em três etapas:

- A) gestores e sua equipe;
- B) gestores e partes envolvidas e
- C) gestores e diretoria, onde deve ser analisado o desempenho dos processos com relação ao alcance das metas previamente determinados de acordo com a missão e

planejamento estratégico da instituição.

Tomada de decisão e definição de ações corretivas e preventivas

O objetivo desta etapa é buscar meios de incorporar o aprendizado obtido na Análise Crítica à prática real da Instituição, minimizando os efeitos indesejados e potencializando os efeitos desejados.

Uma vez conhecidas as causas para o "problema", devem-se determinar, para cada uma destas causas, ações para a manutenção, melhoria ou ajuste do desempenho.

Não há obrigatoriedade de haver uma ação para cada causa, porém não pode haver causa que não tenha ação, sendo assim, pode ser determinada uma ação que se relacione a várias causas.

Estimar prazos e custos envolvidos nas decisões, buscando sempre a melhor relação custo x benefício.

As ações definidas podem ser:

- Decisões gerenciais;
- Ações corretivas ou preventivas;
- Melhorias de processos e/ou produtos;
- Necessidade de recursos;
- Pendências para uma investigação mais profunda sobre a causa raiz do problema; e
- Necessidade de novas informações; dentre outras.

O Plano de Ação é o produto de um planejamento com o objetivo de orientar as diversas ações a serem implementadas, com total esclarecimento de fatores vinculados a cada uma delas.

Implementação e acompanhamento das ações definidas

As ações definidas devem ser registradas e/ou cadastradas no Sistema, por onde os gestores poderão acompanhar os registros referentes à implantação de cada ação.

Deve ser observado o cumprimento de prazos, investimentos previstos e outros itens de controle de cada ação.

Verificação

Nesta etapa, deve-se verificar se os resultados obtidos a partir da implementação das ações foram efetivos, ou seja, se os dados coletados antes e após a ação melhoraram.

Devem-se monitorar os processos, por meio dos Indicadores de processo de gestão e assistenciais, referentes a análises críticas anteriores.

AÇÕES A SEREM DESENVOLVIDAS PARA QUE OS FUNCIONÁRIOS DA UNIDADE CONHEÇAM AS METAS CONTRATADAS E OS RESULTADOS MENSAIS ALCANÇADOS

A adoção da gestão a vista é uma das maneiras de divulgar as metas e os resultados alcançados.

Deverão ser realizadas as seguintes ações:

- Definir os indicadores que serão incluídos na gestão à vista e também estabelecer os padrões visuais a serem adotados. É fundamental selecionar apenas os relevantes para que não haja informações em excesso e sem utilidade aos grupos de trabalho.
- Criação de uma equipe responsável por coletar todas as informações de forma segura e alimentar constantemente os padrões.
- Preparar todos os líderes para utilização desta ferramenta, de maneira eficiente para que sejam capazes de disseminar o conceito entre os colaboradores.
- Alocação de painéis de gestão: Também conhecidos como quadros de gestão à vista, estes painéis englobam informações sobre uma série de indicadores e podem até mesmo incentivar uma competição sadia entre as equipes, através da comparação de desempenhos e objetivos alcançados. Mas os painéis precisam ser atualizados constantemente, demonstrando coerência aos conceitos da gestão à vista e assegurando o valor das informações.

Vale ressaltar que a gestão à vista tem como objetivo principal entender rapidamente o que está ocorrendo na unidade, para que as decisões sejam tomadas no momento apropriado, visando sempre melhorar os resultados do negócio.

Benefícios da gestão a vista:

- Permite visão exata do que está acontecendo na unidade, bem como quais são os processos críticos, tendências positivas e negativas e pontos de controle. É essencial a integração de todos os setores que compõem o negócio, como elementos financeiros, resultados de vendas, estoque, prazos, custos e eficiência

operacionais, além de indicadores para gestão de pessoas.

- Os colaboradores passam a acompanhar os resultados e a performance das próprias equipes, compreendendo a importância do trabalho e dedicação de todos para atingir metas e também superar desafios.
- Reforçar a cultura da gestão com base em informações e fatos, eliminando riscos relacionados à falta de conhecimento. Desta forma, o processo de tomada de decisões ganha ferramentas que garantem maior eficiência.
- Análise das tendências dos indicadores e suas variáveis, é possível agir na correção de desvios, ajustes de processos, falhas na operação e, assim, minimizar os estragos.

MODELO DO PAINEL DE GESTÃO VISTA



6. INDICADORES QUANTITATIVOS A SEREM MONITORADOS CONFORME EDITAL:

O IEC irá implantar, em até 30 (trinta) depois da assinatura do Contrato de Gestão, as seguintes Comissões e Serviço:

- a) Comissão de Revisão de Prontuários Clínicos;
- b) Comissão de Revisão de Óbitos;
- c) Comissão de Controle da Infecção Hospitalar (CCIH);
- d) Serviço de Atendimento ao Usuário/Ouvidoria.
- e) Comissão de Ética Médica;
- f) Comissão de Ética de Enfermagem.

A Meta Qualitativa: a avaliação da CONTRATADA, quanto ao alcance da meta qualitativa, será feita com base na Produção/Dia dos Atendimentos Médicos, de acordo com o quadro abaixo:

Nº	Indicador	Meta	Memória de cálculo
1	Média mensal de Atendimentos Médicos (avaliação mensal)	5.913 a 7.227 Atendimentos Médicos / Mês	Número de Atendimentos Médicos no mês. Observação: Todos os médicos.
Esse dado, reflete a quantidade de pessoas que buscara, o atendimento em determinado mês. Sendomutável conforme o período sazonal.			

A meta quantitativa do PRONTO SOCORRO foi estabelecida considerando o histórico de atendimento médico, nos últimos 12 meses.

	Produção <100% e >90%	Produção <90% e >80%	Produção <80% a >70%
--	-----------------------	----------------------	----------------------

Pronto Socorro Municipal	Glosa de 4% (5.913 a 5.321)	Glosa de 6% (5.320 a 4.788)	Glosa de 10% (4.787 a 4.308)
---------------------------------	-----------------------------	-----------------------------	------------------------------

INDICADORES DO CONTRATO DE GESTÃO E METAS (MÉDIAS MENCIAIS) PARA A AVALIAÇÃO QUALITATIVA

Nº	Indicador	Meta	Memória de cálculo	Pontos
1	Taxa de satisfação dos usuários	Maior ou Igual a 80%	Número de usuários satisfeitos / Total de usuários pesquisados no mês, que pernoitem na unidade x 100. Observação: Deverão ser submetidos a pesquisa de satisfação todos os usuários que pernoitem na unidade e aceitem, a fim de computarem o maior grupo de usuários atendidos.	10

Pesquisa de satisfação é um questionário que pode ter perguntas qualitativas ou quantitativas, buscando entender a percepção dos usuários sobre a qualidade dos serviços, atendimentos ou outros aspectos do hospital. Fazer uma pesquisa de satisfação é importante para entender se as expectativas dos pacientes estão sendo atendidas. Por meio dela, é possível entender as dificuldades e aspirações de seus usuários, mapeando o que é mais importante para essas pessoas ou instituição. Com base nos dados coletados, você define estratégias que vão ao encontro dos anseios do seu público.

A partir das respostas dos pacientes, é possível identificar erros que podem estar impedindo o seu crescimento e agir para solucionar problemas antes que se tornem uma crise que pode trazer danos para a imagem do estabelecimento.

Indicador permanece pontuando, com redefinição de descrição para base de cálculo.

2	Índice de absenteísmo de todas as categorias contratadas	Menor ou Igual a 3%	Total de horas não trabalhadas no mês / Total de horas trabalhadas por toda a equipe de acordo com o contrato empregatício (sem atrasos, sem faltas e saídas antecipadas) no mês x 100. Observação: Será computado o total de horas trabalhadas por todos os	9,0
---	---	---------------------	---	-----

			profissionais, a instituição deverá dispor de ponto biométrico.	
<p>A taxa de absenteísmo indica, com mais precisão, a quantidade de ausências e atrasos dos colaboradores de uma instituição, mesmo quando as ausências são justificadas, quando se tornam recorrentes ou se acumulam, uma série de problemas podem acontecer no ambiente de trabalho. Por isso, é essencial ficar atento a esse índice e atuar para reduzi-lo o máximo possível. As ausências de um colaborador podem significar que ele não está satisfeito com a instituição, o que pode motivar a sua saída.</p> <p>Falando especificamente do índice ou taxa de absenteísmo, seu objetivo principal é oferecer um parâmetro de avaliação das ausências no trabalho.</p> <p>Monitorar a taxa de absenteísmo é fundamental para encontrar situações que podem estar encobertas por vários motivos.</p> <p>Indicador permanece pontuando.</p>				
3	Taxa de usuário classificado quanto ao risco pelo profissional enfermeiro	Maior ou Igual a 90%	<p>Total de usuários classificados quanto ao risco pelo profissional enfermeiro/ Total de usuários registrados no mês x100.</p> <p>Observação: O paciente deverá ser classificado em tempo hábil, ainda que a entrada tenha ocorrido pela sala vermelha.</p>	7,0
<p>Esse indicador é parte fundamental do processo na assistência, tomada de decisões, monitoramento dos pacientes, registros, gerenciamento, educação e resolubilidade dos problemas. Enfatiza a classificação de risco como um processo dinâmico e sistematizado que busca a identificação das necessidades de cuidados imediatos, priorizando os pacientes de acordo com a gravidade do quadro clínico avaliando o paciente logo na sua chegada ao pronto-socorro ou hospital, humanizando o atendimento e descongestionando o nosocômio com vistas a reduzir o tempo para o atendimento médico, fazendo com que o paciente seja visto precocemente de acordo com a sua gravidade.</p> <p>A Portaria 2048 do Ministério da Saúde propõe a implantação nas unidades de atendimento de urgências o acolhimento e a “triagem classificatória de risco”. De acordo com esta Portaria, este processo “deve ser realizado por profissional de saúde, de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos e tem por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento” (BRASIL, 2002)</p> <p>Indicador permanece pontuando.</p>				

			Total de usuários classificados como risco verde, atendidos em tempo <=	
--	--	--	---	--

4	Tempo Máximo de espera do usuário classificado como risco verde desde o acolhimento < = 120 minutos (medido desde o acolhimento ao atendimento médico).	Maior ou Igual a 80% dos usuários	<p>120 minutos, contados desde a chegada até o início do atendimento / total de usuários classificado como risco verde.</p> <p>Observação: Numerador será contabilizado o somatório do tempo em minutos transcorridos entre a chegada de cada paciente ao pronto atendimento / pronto socorro até a avaliação médica inicial, incluindo o tempo despedido na recepção, triagem / acolhimento com classificação de risco, pelo mês. Deve existir um sistema de registro de atendimento que permita a medição destes diversos tempos (recepção, triagem, triagem – avaliação médica inicial).</p> <p>Denominador: Número de pacientes admitidos no pronto socorro / pronto atendimento no mês com o risco verde. Os pacientes que derem entrada na unidade são acolhidos e classificados quanto ao risco ou recebem tratamento e vão a óbito ainda no pronto atendimento / pronto socorro, devem ser incluídos. Pacientes que derem entrada na unidade mortos, serão excluídos.</p>	7,0
---	---	-----------------------------------	---	-----

Esse indicador visa avaliar o tempo médio de espera do paciente classificado como risco verde na Unidade de saúde, com vistas na análise do risco desse paciente e o tempo que ele pode aguardar para atendimentos médico voltados para o tempo máximo pré-determinado em literatura.

A não-distinção de riscos ou graus de sofrimento faz com que alguns casos se agravem ocorrendo às vezes piora da queixa dos pacientes pelo não-atendimento no tempo adequado. Esse tipo de organização do serviço reproduz uma certa forma de lidar com o trabalho que privilegia o aspecto da produção de procedimentos e atividades em detrimento da análise dos resultados e efeitos para os sujeitos que estão sob sua responsabilidade.

A Portaria 2048 do Ministério da Saúde propõe a implantação nas unidades de atendimento de urgências o acolhimento e a “triagem classificatória de risco”. De acordo com esta Portaria, este processo “deve ser realizado por profissional de saúde, de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos e tem por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento” (BRASIL, 2002)

Indicador permanece, pontuando, com correção de símbolo para base de cálculo.

5	Tempo Máximo de espera para usuários	Maior ou Igual a 80%	Total de usuários classificados como risco amarelo, atendidos em tempo <=	7,0
---	---	----------------------	---	-----

	<p>classificados com risco amarelo < = 30 minutos(medido desde o acolhimento ao atendimento médico).</p>	<p>dos usuários classificados neste risco</p>	<p>30 minutos, contados desde a chegada até o início do atendimento / total de usuários classificados como risco amarelo. Observação: Numerador será contabilizado o somatório do tempo em minutos transcorrido entre a chegada de cada paciente ao pronto atendimento / pronto socorro até a avaliação médica inicial incluindo o tempo despedido na recepção, triagem / acolhimento com classificação de risco, pelo mês. Deve existir um sistema de registro de atendimento que permita a medição destes diversos tempos (recepção, triagem, triagem – avaliação médica inicial). Denominador: Número de pacientes admitidos no pronto socorro/pronto atendimento no mês com o risco vermelho. Os pacientes que dão entrada na unidade e são acolhidos e classificados quanto ao risco ou receberem tratamento, mas vão a óbito ainda no pronto atendimento/pronto socorro, devem ser incluídos. Pacientes que chegam mortos ao pronto atendimento/pronto socorro serão excluídos.</p>
--	--	---	---

Esse indicador visa avaliar o tempo médio de espera do paciente classificado como risco amarelo na Unidade de saúde, com vistas na análise do risco desse paciente e o tempo que ele pode ou deve aguardar para atendimentos médico relacionando-o assim com o tempo máximo pré-determinado em literatura.

A não-distinção de riscos ou graus de sofrimento faz com que alguns casos se agravem ocorrendo às vezes piora da queixa dos pacientes pelo não-atendimento no tempo adequado. Esse tipo de organização do serviço reproduz uma certa forma de lidar com o trabalho que privilegia o aspecto da produção de procedimentos e atividades em detrimento da análise dos resultados e efeitos para os sujeitos que estão sob sua responsabilidade.

A Portaria 2048 do Ministério da Saúde propõe a implantação nas unidades de atendimento de urgências o acolhimento e a “triagem classificatória de risco”. De acordo com esta Portaria, este processo “deve ser realizado por profissional de saúde, de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos e tem por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento” (BRASIL, 2002)

Indicador permanece, pontuando, com correção de símbolo para base de cálculo.

6	<p>Tempo Máximo de espera para usuários classificados com risco vermelho < = 05 minutos (medido desde o acolhimento ao atendimento médico).</p>	<p>Maior ou Igual a 85% dos usuários classificados neste risco</p>	<p>Total de usuários classificados como risco vermelho, atendidos em tempo <= 05 minutos, contados desde a chegada até o início do atendimento / total de usuários classificados como risco vermelho. Observação: Numerador será contabilizado o somatório do tempo em minutos transcorrido entre a chegada de cada paciente ao pronto atendimento/pronto socorro até a avaliação médica inicial incluindo o tempo despedido na recepção, triagem/acolhimento com a classificação de risco, pelo mês. Deve existir um sistema de registro de atendimento que permita a medição destes diversos tempos (recepção, triagem, triagem – avaliação médica inicial). Denominador: Número de pacientes admitidos no pronto socorro/pronto atendimento no mês com o risco amarelo. Os pacientes que dão entrada na unidade e são acolhidos e classificados quanto ao risco ou receberem tratamento, mas vão a óbito ainda no pronto atendimento/pronto socorro, devem ser incluídos. Pacientes que chegam mortos ao pronto atendimento/pronto socorro serão excluídos.</p>	7,0
---	---	--	---	-----

Esse indicador visa avaliar o tempo médio de espera do paciente classificado como risco vermelho na Unidade de saúde, com vistas na análise do risco do mesmo e o tempo que ele pode aguardar para atendimentos médico voltados para o tempo máximo pré-determinado em literatura.

A não-distinção de riscos ou graus de sofrimento faz com que alguns casos se agravem ocorrendo às vezes piora da queixa dos pacientes pelo não-atendimento no tempo adequado. Esse tipo de organização do serviço reproduz uma certa forma de lidar com o trabalho que privilegia o aspecto da produção de procedimentos e atividades em detrimento da análise dos resultados e efeitos para os sujeitos que estão sob sua responsabilidade.

Lembrando que todo atendimento classificado como vermelho, deve seguir as premissas da classificação desse risco em questão visando a estabilização hemodinâmica do usuário em questão, com isso, o atendimento ocorre de forma imediata com postergação das tramitações burocráticas sistêmicas do prontuário eletrônico.

A Portaria 2048 do Ministério da Saúde propõe a implantação nas unidades de atendimento de urgências acolhimento e a “triagem classificatória de risco”. De acordo com esta Portaria, este processo “deve ser realizado por profissional de saúde, de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos e tem por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento” (BRASIL, 2002)

Indicador permanece, pontuando, com correção de símbolo para base de cálculo.

7	Taxa de revisão de prontuários pela comissão de controle de infecção hospitalar – CCIH	100%	Taxa de prontuários de usuários com infecções revisadas pela CCIH no mês/Total de prontuários de usuários com infecção no mês x 100. Observação: A atuação da comissão de controle de infecção hospitalar deverá estar registrada em livro próprio, periodicamente preenchidos e demonstrando a atuação da comissão. Ao final a comissão deverá se reunir registrando assim em ata. Não serão contabilizados demonstrativos não comprovados.
---	---	------	---

A comissão de controle de infecções hospitalares atua principalmente auxiliando na antibioticoterapia e promovendo medidas para frear a transmissão de infecções hospitalares.

A avaliação das taxas de infecção por meio dos prontuários dos pacientes internados no hospital, visa reduzir os riscos de infecção hospitalar ou aquisição de infecções hospitalares a fim de melhorar a qualidade da assistência prestada.

Tem ligação íntima com a segurança do paciente trazendo a luz do dia a dia melhorias com meta de redução máxima nas infecções hospitalares com finalidade desse indicador em especial, de analisar 100

% dos prontuários dos pacientes com infecção nosocomial.

De acordo com o acórdão do tribunal de contas do estado e sugestão dele, baseando-se na avaliação de que é dever da gestão local realizar as revisões e cadastramento das comissões hospitalares que ao seu ver são de funcionamento obrigatório, e em pactuação com a CTAA, tal indicador fica isento de pontuação no que tange a parcela variável do pagamento.

Portaria Nº 2616 de 12 de maio de 1998

Versa sobre as determinações da Lei nº 9431 de 6 de janeiro de 1997, que dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção pelos hospitais do país, de Programa de Controle de Infecções Hospitalares.

Indicador permanece, por se tratar de dados importantes para avaliar o andamento do serviço, todavia,

sem pontuar, entendendo que seja uma obrigatoriedade da contratada.

	<p>Taxa de Mortalidade (Avaliação Mensal)</p>	<p>Menor ou Igual a 15%</p>	<p>Número de óbitos ocorridos no mês/números de saídas no mês x 100. Observação: Considerar todos os pacientes que derem entrada na unidade com vida, independente do tempo de permanência. Não será considerado paciente, que já deu entrada na unidade em óbito.</p>
--	--	-----------------------------	--

8		<p>Considera-se:</p> <p>Saída hospitalar: saída do paciente da unidade de internação por alta (curado, melhorado ou inalterado), evasão desistência do tratamento, transferência externa ou óbito. As transferências internas não são consideradas saídas para o cálculo deste e de outros indicadores hospitalares.</p> <p>Alta: alta médica que determina a finalização da modalidade de assistência que vinha sendo prestada ao paciente, ou seja, a finalização da internação hospitalar. O paciente pode receber alta curado ou melhorado ou com seu estado de saúde inalterado.</p> <p>Evasão: saída do paciente do hospital sem autorização médica e sem comunicação da saída ao setor em que o paciente estava internado.</p> <p>Desistência do tratamento: saída do hospital sem autorização médica, porém com comunicação da saída ao setor em que o paciente estava internado, motivada pela decisão do paciente ou de seu responsável de encerrar a modalidade de assistência que vinha sendo prestada ao paciente.</p> <p>Transferência externa: mudança de um paciente de um hospital para outro.</p> <p>Óbito hospitalar: aquele que ocorre após o paciente ter dado entrada no hospital, independente do fato dos procedimentos administrativos</p>	5,0
---	--	--	-----

			s relacionados à internação já terem sido realizados ou não. Os óbitos de pessoas que chegam mortas ao hospital não são considerados.	
--	--	--	--	--

1.1 - Óbito hospitalar

Inicialmente, o óbito hospitalar deve ser caracterizado como aquele que ocorre após o paciente ter dado entrada no hospital com vida, independente do fato dos procedimentos administrativos relacionados à internação já terem sido realizados ou não.

Notas técnicas: os óbitos de pessoas que chegam mortas ao hospital não são considerados óbitos hospitalares.

1.2 - Óbito institucional

Deve ser caracterizado como óbito institucional aquele que ocorre após decorridas, pelo menos, 24 horas do início da admissão hospitalar do paciente. Exclui os óbitos ocorridos nas primeiras 24 horas de internação hospitalar.

Notas técnicas: Em decorrência do aumento da resolutividade dos procedimentos hospitalares sobre o paciente, considera-se 24 horas tempo suficiente para que a ação terapêutica e consequente responsabilidade do hospital seja efetivada.

Ministério da saúde

É desejável atingir valores mais baixos de taxa de mortalidade institucional.

Contudo, altas taxas de mortalidade institucional não refletem necessariamente problemas na qualidade da assistência hospitalar prestada ao paciente, tendo em vista que diferenças entre instituições em grande parte podem ser atribuíveis ao conjunto de serviços disponibilizados (serviço mix) e aos distintos perfis de complexidade clínica dos pacientes admitidos – (case mix) (Noronha 2001;Escrivão Junior, 2004)

9	Taxa de Revisão prontuários pela comissão de óbitos	100%	Taxa de prontuários revisados pela comissão de óbitos/total de prontuários que vieram a óbito na unidade no mês x 100	-
---	--	------	---	---

			<p>Observação: A atuação da comissão óbito deverá estar registrada em livro próprio, periodicamente preenchidos e demonstrando a atuação da comissão. Ao final a comissão deverá se reunir registrando assim em ata.</p> <p>Não serão contabilizados demonstrativos não comprovados.</p>
--	--	--	--

As Comissões Hospitalares destacam-se como ferramentas de gestão, promovendo a produção de indicadores relevantes, contribuindo para tomada de decisões e melhoria dos serviços prestados. Nesse sentido, a Comissão de Revisão de Óbitos do Pronto Socorro Dr. José Seve Neto atua visando avaliar a cronologia dos eventos que culminaram com a morte de pacientes internados em suas dependências, a fim de identificar as causas de morte mais frequentes e rastrear possíveis condutas inadequadas que possam ter contribuído para o desfecho através de um instrumento de qualidade de estudo e investigação e com isso proporcionar discussão entre os grupos assistenciais.

O que se pretende é que o trabalho das Comissões de Revisão de Óbitos reúna informações e análises críticas que contribuam efetivamente no processo de assistência ao paciente, possibilitando o compartilhamento e o acesso imediato aos dados, maior eficiência nos processos clínicos e administrativos e a otimização dos indicadores físicos e estatísticas epidemiológicas da população atendida. Vale notar que o prontuário médico possui grande centralidade em meio a presente discussão, pois, consiste no instrumento que agrega informações essenciais e espelha a qualidade da assistência médica fornecida pela equipe de saúde multiprofissional ao paciente internado.

As informações ali consignadas e dele extraídas podem auxiliar os gestores nas tomadas de decisões, na avaliação da assistência fornecida, na orientação ao setor de faturamento (posto que viabiliza a verificação dos custos de procedimentos), na verificação dos materiais e medicamentos disponibilizados, além de ser utilizado como meio de ensino e pesquisa nas instituições.

Resolução N°2.171 de 30 de outubro de 2017, do Conselho Federal de Medicina, que regulamenta e normatiza as comissões de revisão de óbito, tornando-as obrigatórias nas instituições hospitalares e Unidades de Pronto Atendimento (UPA).

De acordo com o acórdão do tribunal de contas do estado e sugestão dele, baseando-se na avaliação de que é dever da gestão local realizar as revisões e cadastramento das comissões hospitalares que ao seu ver são de funcionamento obrigatório, e em pactuação com a CTAA, tal indicador fica isento de pontuação no que tange a parcela variável do pagamento.

Indicador permanece, por se tratar de dados importantes para avaliar o andamento do serviço, todavia,

sem pontuar, entendendo que seja uma obrigatoriedade da contratada.

10	Taxa de revisão de prontuários	100%	Taxa de Prontuários revisados no mês/total de prontuários x 100. Observação: Considera-se prontuários de pacientes que pernoitem na unidade, independente do horário de entrada, se passarem das 00 hora na unidade, deverá ser revisado.	-
----	---------------------------------------	------	--	---

Uma das melhores formas de garantir maior segurança ao paciente nos serviços de saúde é por meio da criação de comissões hospitalares. Elas são formadas por profissionais técnicos, como médicos e enfermeiros, e têm como principal função servir de instrumento de gestão, ao oferecer subsídios à diretoria. Com isso, uma delas é a Comissão de Revisão de Prontuário. A Comissão de Revisão de Prontuário visa facilitar assistência ao paciente, mas também é utilizada, para o ensino, a pesquisa, a elaboração de políticas de saúde, bem como para avaliação da qualidade da assistência médica prestada como também é um elemento de valor quando da avaliação do erro médico, sendo considerado como a melhor arma no caso de uma avaliação judicial, além de nutrir epidemiologicamente o serviço local e o serviço de nível central de informações relevantes.

Essa comissão atendendo às exigências legais, realiza através de estudos sistemáticos, análises de processo de qualidade de toda documentação gerada nos prontuários dos pacientes, ocasionando melhorias e grande evolução decorrente dela. O que certamente contribui com o processo de gestão na área assistencial, pois registros corretos por parte de seus profissionais, especialmente dos médicos, têm implicações diretas não só no faturamento, mas, fundamentalmente, na qualidade da assistência prestada. De acordo com o acórdão do tribunal de contas do estado e sugestão dele, baseando-se na avaliação de que é dever da gestão local realizar as revisões e cadastramento das comissões hospitalares que ao seu ver são de funcionamento obrigatório, e em pactuação com a CTAA, tal indicador fica isento de pontuação no que tange a parcela variável do pagamento.

PORTARIA MS Nº 279, DE 8 DE OUTUBRO DE 2010

Visando atender a resolução do Conselho Federal de Medicina (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.

Indicador permanece, por se tratar de dados importantes para avaliar o andamento do serviço, todavia,

sem pontuar, entendendo que seja uma obrigatoriedade da contratada.

11	Taxa de prontuários e boletim de atendimentos médicos corretamente finalizados	100%	Total de prontuários médicos e boletim médico corretamente finalizados após atendimento no mês/ Total de atendimentos no mês x 100. Observação: Considera-se para fim de cálculos todos os boletins e prontuários médicos abertos na unidade.	-
<p>O prontuário do paciente é o documento destinado ao registro dos cuidados prestados, quer seja em casos de internação hospitalar, em atendimento de ambulatório ou em emergências. Os registros no prontuário do paciente indicam a qualidade da assistência adquirida e todo o tratamento prestado durante o seu acompanhamento no serviço de saúde.</p> <p>Há uma importância ímpar na instituição, manutenção e reavaliação da revisão de comissão de prontuário com vistas inclusive para o faturamento.</p> <p>Para o faturamento dos serviços assistenciais de saúde há necessidade que o prontuário do paciente contenha e esteja com todas as informações pertinentes para receber do Ministério da Saúde a devida remuneração.</p> <p>O prontuário do paciente é uma das principais fontes para a geração de informação, assim todo o profissional envolvido com o registro dele, contribuirá para a melhoria do Sistema Único de Saúde.</p>				

De acordo com o acórdão do tribunal de contas do estado e sugestão dele, baseando-se na avaliação de que é dever da gestão local realizar as revisões e cadastramento das comissões hospitalares que ao seu ver são de funcionamento obrigatório, e em pactuação com a CTAA, tal indicador fica isento de pontuação no que tange a parcela variável do pagamento. Indicador permanece, por se tratar de dados importantes para avaliar o andamento do serviço, todavia, sem pontuar, entendendo que seja uma obrigatoriedade da contratada.

12	Taxa de Profissionais novos Cadastrados no CNES	Maior ou igual a 85%	Total de novos profissionais contratados / Total de fichas cadastrais enviadas para SESAU de novos profissionais x 100.
----	--	----------------------	---

A Portaria Nº 1.646, de 2 de outubro de 2015, que institui o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde o constitui como documento público e sistema de informação oficial de cadastramento de informações de todos os estabelecimentos de saúde no país, independentemente da natureza jurídica ou de integrarem o Sistema Único de Saúde (SUS).

Uma das finalidades do CNES é cadastrar e atualizar as informações sobre estabelecimentos de saúde e suas dimensões, como recursos físicos, trabalhadores e serviços.

Entendendo que a responsabilidade de cadastrar e fiscalizar é do município, pois a unidade não tem acesso a função.

Indicador permanece, todavia, sem pontuar, com reformulação na descrição. A contratada tem obrigatoriedade de informar e enviar mensalmente os novos profissionais lotados na unidade para cadastramento pela secretaria na plataforma CNES.

13	Taxa de Transferência Externa de usuários	Maior ou igual 10 %	Total de usuários transferidos para outro serviço no mês / Total de usuários internados no mês x 100. Observação: Considera-se transferência externa, mudança de um paciente de um hospital para outro.
----	--	---------------------	--

Transferência externa é a mudança de um paciente de um hospital para outro.

Essa informação tem a finalidade de avaliar a rotatividade e fluxo dos pacientes internados. Levando em consideração as necessidades que procedimentos e especialidades que não se tem na unidade pela contratada.

Indicador permanece pontuando.

14	Tempo de Permanência na unidade	10 dias	Número de pacientes dias no período/Número de saídas no período. Considera-se saídas hospitalares registradas no período o somatório do número de altas, óbitos e transferências externas ocorridas na unidade no mês. Consideram-se pacientes dias, aqueles que pernitem na unidade em cada dia.
De acordo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), é o tempo médio, em dias que o paciente permanece internado no hospital. A complexidade, o porte e nível da instituição, o perfil clínico			

dos pacientes (severidade, faixa etária, comorbidades, entre outros) e o tipo de procedimento ofertado são fatores que diferenciam a média de permanência entre os hospitais. O resultado do indicador representa a média de tempo que os pacientes permaneceram internados na instituição. Uma média baixa de tempo de internação é o mais desejável. O indicador de tempo de permanência hospitalar (TPH) permite avaliar a eficiência de uma determinada unidade hospitalar e serve como base para mensurar o número de leitos necessários para o atendimento da população de uma área específica. Indicador permanece pontuando.

15	Taxa de readmissão na Unidade	Menor ou igual 10%	Número Total de Reinternações na Unidade no mês / Número Total de Pacientes que permaneceram na unidade por período superior a 24 horas x 100. Observação: Serão reinternações, as entradas por mesma patologia. Serão incluídas admissões por questões de saúde mental. Internações por câncer e obstetrícia devem ser excluídas. Quando houver mais de uma readmissão no prazo de 30 dias, cada readmissão é contada uma vez. Readmissões que terminam em morte, também estarão incluídas no	6,0
----	--------------------------------------	--------------------	---	-----



			numerador.	
--	--	--	------------	--

A taxa de readmissão hospitalar é frequentemente proposta como um indicador de qualidade porque está relacionada ao resultado para o paciente e à eficiência organizacional. É definida como a repetida internação hospitalar de um paciente, após sua alta.

A identificação do comportamento das readmissões hospitalares é informação valiosa para a organização de intervenções que diminuam a frequência desses eventos bem como o impacto negativo na qualidade de vida dos pacientes e de suas famílias.

Além disso, o conhecimento dos fatores relativos aos hospitais associados a readmissões pode servir como subsídio para o aprimoramento do cuidado hospitalar e, ainda, eliminar custos desnecessários para o sistema de saúde.

Indicador permanece, pontuando, com reformulação da descrição para base de cálculo.

16	Solicitação de Regulação de paciente eletivos para CTI	$\geq 70\%$	(Soma de pacientes com indicação de CTI registrada no SER antes de 6 horas de solicitação no mês) / (Soma de pacientes com indicação de CTI registrada no SER no mês) X 100	7,0
----	---	-------------	---	-----

Regulação hospitalar significa o acesso do usuário aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, a partir da identificação da necessidade desse paciente, ele é direcionado ao local mais adequado para o seu atendimento.

Entendo que o prestador não tem leitos de pacientes de unidade intensiva, para dar suporte a esses tipos de pacientes que são os de característica da sala vermelha.

Indicar mantido, com pontuação, redefinição de descrição e base de cálculo.

17	Resolubilidade da Ouvidoria	$\geq 90\%$	(Soma de manifestações resolvidas ÷ Soma de reclamações, solicitações e denúncias recebidas) X 100	5,0
----	------------------------------------	-------------	--	-----

De acordo com o Manual das Ouvidorias do SUS, 2014.

Ouvidorias são unidades administrativas dos órgãos e entidades integrantes do Sistema Único de Saúde, no âmbito dos governos federal, estadual e municipal, cuja missão é viabilizar os direitos dos(as) cidadãos(ãs) de serem ouvidos e terem suas demandas pessoais e coletivas tratadas adequadamente no âmbito do SUS.

Sua função é intermediar as relações entre os(as) cidadãos(ãs) e os gestores do SUS, promovendo a qualidade da comunicação entre eles e a formação de laços de confiança e colaboração mútua, com fortalecimento da cidadania. Promovem a cidadania em saúde e produzem informações que subsidiam o gestor nas tomadas de decisão.

O papel da ouvidoria é garantir ao(à) cidadão(ã) ter sua demanda efetivamente considerada e tratada, à luz dos seus direitos constitucionais e legais.

Esse indicador tem a finalidade de apresentar dados quantitativos, que servem para análise qualitativa, visto que as demandas recebidas pela ouvidoria nos demonstram a visão do usuário sobre o serviço prestado. A principal lei federal que trata do serviço de ouvidoria é a Lei nº 13.460/2017 que dispõe sobre participação, proteção e defesa dos direitos do usuário dos serviços públicos.

O indicador em questão visa avaliar e atingir a meta igual ou maior que 90% referente às manifestações resolvidas sobre as reclamações e denúncias recebidas com intuito de promover a participação do usuário na administração pública, em cooperação com outras entidades de defesa do usuário; acompanhar a prestação dos serviços, visando a garantir a sua efetividade; propor aperfeiçoamentos na prestação dos serviços; auxiliar na prevenção e correção dos atos e procedimentos incompatíveis com os princípios estabelecidos nesta lei, a adoção de medidas para a defesa dos direitos do usuário, em observância às determinações desta lei; receber, analisar e encaminhar às autoridades competentes as manifestações, acompanhando o tratamento e a efetiva conclusão das manifestações de usuário perante órgão ou entidade a que se vincula; e promover a adoção de mediação e conciliação entre o usuário e o órgão ou a entidade pública, sem prejuízo de outros órgãos competentes dentre outros desfechos e designações.

A meta permanece por se tratar de uma avaliação que busca a excelência no atendimento e serviço prestado ao cidadão.

18	Incidência de lesão por pressão do paciente	Menor ou igual a 15 %	$\frac{\text{Número de pacientes internados com lesão por pressão no período}}{\text{Número de pacientes internados no hospital no período}} * 100 = \%$	8,0
----	--	-----------------------	--	-----

A pronta identificação de pacientes em risco para o desenvolvimento de úlceras por pressão, por meio de monitoramento e aplicação de protocolos, permite a adoção imediata de medidas preventivas. A utilização de métodos protocolares visa reduzir a incidência de lesões por pressão em pacientes internados por longa permanência no hospital.

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

Novo indicador inserido para pontuação.

19	Taxa de densidade de incidência de infecção de trato urinário nos pacientes internados no Hospital	Máximo de 4/1000 Laboratorial	Número de Infecções de trato urinário diagnosticadas em pacientes internados / número de pacientes com cateter vesical internados * 1000	8,0
----	---	-------------------------------	--	-----

A portaria nº 529 do Ministério da Saúde, instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) e no artigo 4º a definiu como redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde. Já a definição de dano é o comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesões, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção física, social ou psicológica (BRASIL, 2013). Nesse sentido, Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) precisam ser prevenidas e controladas, especialmente as Infecções do Trato Urinário (ITU), responsáveis por 35 a 45% das infecções em ambientes hospitalares. A incidência de ITU oscila entre 3,1 a 7,4 por 1000 cateteres/dia. Apesar de ser reconhecido como um procedimento de rotina em pacientes hospitalizados, o cateterismo vesical não é isento de riscos e intercorrências, advindos de falhas na técnica, erros na inserção do Cateter Vesical de Demora (CVD), traumas uretrais e danos relacionados ao tempo de permanência (ANVISA, 2017).

Indicador de performance inserido para pontuação.

TOTAL				100 PONTOS
--------------	--	--	--	-------------------

D. SISTEMÁTICAS DE APLICAÇÃO DE AÇÕES CORRETIVAS DE DESEMPENHO A PARTIR DO MONITORAMENTO ACIMA;

O IEC apresentará nesse capítulo as Sistemáticas de aplicação de ações corretivas de desempenho a partir do monitoramento: descrever o plano proposto, cronograma de implantação e alcance das medidas do monitoramento dos indicadores mencionados no item anterior.

As sistemáticas de aplicação de ações corretivas serão feitas por meio de reuniões onde serão analisadas as ações a serem tomadas bem como as atividades preventivas. Esses métodos devem demonstrar a capacidade dos processos em alcançar os resultados planejados.

1. PLANO DE AÇÕES CORRETIVAS

Ferramentas para a Solução de Problemas:

Para a identificação e análise dos problemas e para a elaboração das ações corretivas e preventivas, podem ser utilizadas várias ferramentas (Formação de uma equipe; Fluxograma, Brainstorming, Diagrama de causa e efeito, Folha de verificação, Diagrama de Pareto, diagrama de Ishikawa, etc.).

Na sequência estão as figuras que exemplificam a análise de desempenho e ciclos de melhoria.

GRÁFICO DE PARETO

Diagrama de Pareto

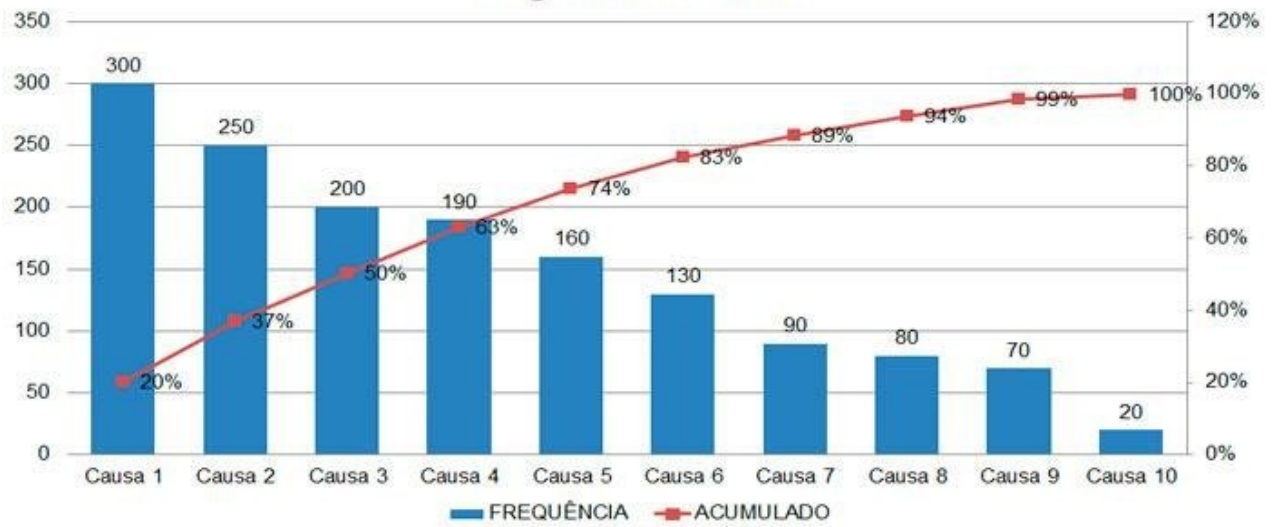
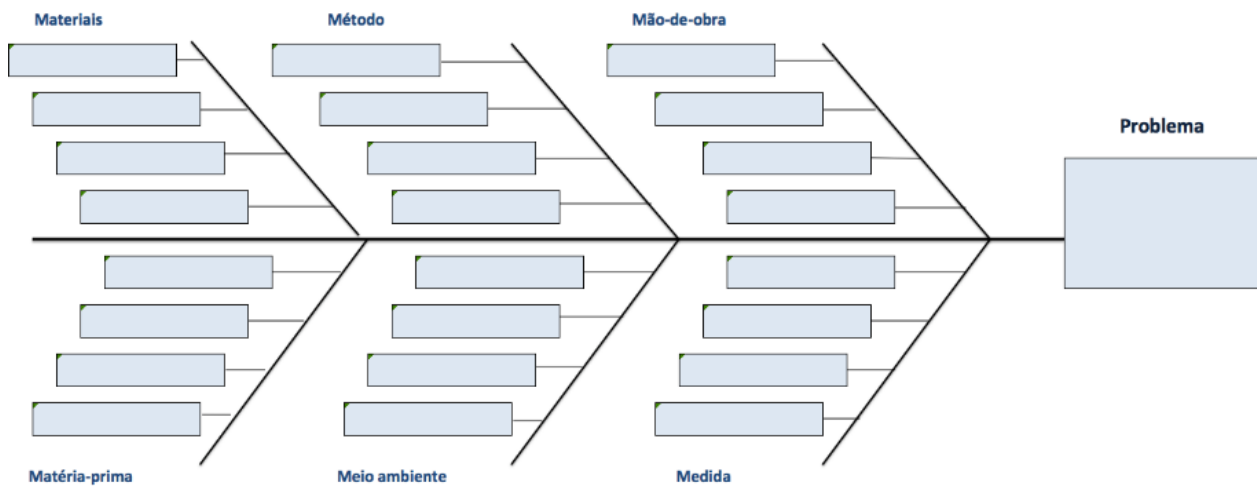


DIAGRAMA DE ISHIKAWA



*CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO DAS AÇÕES CORRETIVAS/ANÁLISE
DEDESEMPENHO/CICLO DE MELHORIA*

	1º SEM	2º SEM	3º SEM	4º SEM
Recebimento de relatório de indicadores				
Reunião para análise dos dados				
Definição de Plano de Ação				
Reunião com Equipe envolvida para apresentação do Plano de Ação				
Início das ações corretivas				

1.1. PLANO DE APLICAÇÕES DE AÇÕES PREVENTIVAS E CORRETIVAS

O IEC apresentará a sistemática do Plano de Aplicações de Ações Preventivas e Ações Corretivas.

O IEC, se propõe a realizar ações preventivas e corretivas através do seu gerenciamento de risco a ser implantado e aplicado, com a correlação de ferramentas sistêmicas de gerenciamento de riscos, com a finalidade de detectar precocemente situações que podem gerar consequências às pessoas, a organização e ao meio ambiente e, no caso, de ocorrência de eventos, implementar medidas contingenciais que diminuam seu impacto e evitem a sua reincidência.

GR: Gerenciamento de risco;

CIPA: Comissão Interna de Prevenção de Acidentes;

IT's: Instrução de trabalho.

BIOSSEGURANÇA: é o conjunto de ações voltadas para a segurança, o controle e a diminuição de riscos inerentes às atividades de pesquisa, produção, ensino, desenvolvimento tecnológico e prestação de serviços relacionados à biotecnologia.

GERENCIAMENTO DE RISCO: processo sistemático de orientação político-administrativa. É o processo de ponderar as alternativas de políticas e selecionar a ação regulatória mais apropriada, integrando os resultados da avaliação de risco com as preocupações sociais, econômicas e políticas para chegar a uma decisão; decide o que fazer com o risco avaliado e se ele pode ser aceitável.

IMPACTO: diz respeito à proporção que o risco poderá causar.

PROGRAMA DE PREVENÇÃO DE RISCOS AMBIENTAIS (PPRA): Programa que visa a preservação da saúde e da integralidade dos Trabalhadores, através de riscos ambientais de trabalho, existentes na Empresa, que podem ser mensurados e localizados, definindo ações para atenuá-los, extingui-los ou mantê-los sob controle.

MAPA DE RISCO: Documentos produzidos pela Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), relativos aos riscos ocupacionais, que devem ser afixados em local visível nas áreas onde se aplicam.

RISCO ADQUIRIDO: é o risco adicionado, ou seja, uma parcela que não é decorrente da natureza do processo, procedimento ou daquele que recebe esta ação. Este risco adquirido pode resultar da falta de qualidade na assistência à saúde. (Talsa 3, 2005).

RISCO INERENTE: é aquele que advém do próprio processo ou procedimento em questão, seja por limitações tecnológicas, ou por características próprias do paciente que está sendo submetido a um processo por procedimento. (Talsa 3, 2005).

RISCO CLÍNICO: conjunto de medidas que visam prever, identificar e minimizar a ocorrência de acontecimentos adversos, decorrentes da atividade clínica, que determinem danos na saúde física ou psicológica dos doentes/pacientes.

RISCO NÃO CLÍNICO: todo risco associado à parte estrutural, ambiental e ocupacional da instituição.

FATORES DE RISCO: são as causas presentes no ambiente de trabalho ou externo, que estão direta ou indiretamente ligados aos riscos levantados.

PRÁTICAS DE CONTROLE: são técnicas de controle (ações), determinadas com o intuito de se mitigar ou eliminar os fatores de risco presentes em cada área de gestão.

CATEGORIZAÇÃO DOS RISCOS:

- **RISCOS AMBIENTAIS:** dizem respeito à probabilidade de ocorrência de efeitos adversos ao meio ambiente, decorrentes da ação de agentes físicos, químicos ou biológicos, causadores de condições ambientais potencialmente perigosas que

favoreçam a persistência, disseminação e modificação destes agentes no meio ambiente.

- **RISCOS OUCUPACIONAIS:** são provenientes da probabilidade de agravo à saúde humana, advindos de atividade laboral (ou relacionados ao trajeto), tanto sendo de origem biológica, química, física, ergonômica, como de condição ou ato inseguro
- **RISCOS RELACIONADOS À RESPONSABILIDADE CIVIL:** são riscos em que há probabilidade de ato ilícito ou omissão, podendo causar agravo a terceiros e/ou suas propriedades que, estabelecia culpa (tendo sentido amplo, desde culpa stricto sensu até dolo) dano e nexu causal, se traduz na obrigação de reparação indenizatória.
- **RISCOS SANITÁRIOS:** estão inseridos em uma atividade, serviço ou substância, podendo produzir efeitos nocivos ou prejudiciais na saúde humana.
- **RISCOS ASSISTÊNCIAIS:** são os riscos decorrentes das atividades relacionadas à assistência à saúde prestada aos pacientes pela Organização Prestadora de Serviços de Saúde. Podem estar relacionados aos equipamentos médico-hospitalares, aos produtos utilizados ou a prestação dos serviços em si.

RESPONSABILIDADES:

DIRETORIA: Apoiar, estabelecer a implantação e efetivação do Gerenciamento de Risco da Unidade.



NÚCLEO DA QUALIDADE: Implantar e efetivar o Sistema de Gestão de Riscos, articulando diretamente com os Gestores dos Processos e a Equipe da Auditoria de riscos.

SESMT: Implantar e efetivar o PPRA, articulando diretamente com os Gestores dos Processos e o Núcleo da Qualidade.

DO NÍVEL DE COORDENAÇÃO – GESTORES DE PROCESSOS:

- ✓ Participar efetivamente de todas as etapas da metodologia de Gerenciamento de Risco;
- ✓ Assegurar o entendimento de todos os colaboradores (equipe) quanto ao Gerenciamento de Risco;
- ✓ Estimular aos colaboradores a notificar todos os eventos ocorridos no processo;
- ✓ Conduzir a análise das causas das notificações, garantido a participação dos envolvidos do evento e sempre que possível o escritório da qualidade;
- ✓ Seguir as orientações recebidas nos treinamentos previstos no Gerenciamento de Risco.

TODOS OS NÍVEIS HIERÁRQUICOS: Sugerir novos riscos, fatores e práticas e notificar as ocorrências.

AUDITORES DE RISCO: Realizar as auditorias de acordo com o cronograma elaborado pelo escritório da qualidade e oferecer o feedback aos coordenadores do processo auditado.

Nota: Ressalta-se que todos os eventos relacionados à segurança do paciente, devem ser direcionados ao setor da qualidade, para o correto segmento do fluxo da metodologia do Gerenciamento de Risco.

PILARES DO GERENCIAMENTO DE RISCO:

CIRCUNSTÂNCIA NOTIFICÁVEL – É quando existe apenas um potencial dano. Considere como exemplo um desfibrilador que não está funcionando em uma sala de emergência.

NEAR MISS – incidente que não atingiu o paciente (por exemplo: uma unidade de sangue é conectada ao paciente de forma errada, mas o erro é detectado antes do início da transfusão);

INCIDENTE SEM DANO – evento que atingiu o paciente, mas não causou dano discernível (por exemplo: a unidade de sangue acabou sendo transfundida para o paciente, mas não houve reação);

INCIDENTE COM DANO (evento adverso) – incidente que resulta em dano ao paciente (por exemplo: é feita infusão da unidade errada de sangue no paciente e este morre por reação hemolítica). Os eventos são fatos indesejáveis no atendimento médico hospitalar, o que indica que a qualidade dos serviços pode estar necessitando de melhoria. As notificações são fundamentais para o processo de melhoria de notificação contínua da qualidade, da assistência, para segurança do paciente e colaboradores.

EVENTO SENTINELA: ocorrência inesperada ou variação do processo envolvendo óbito, qualquer lesão física grave (perda de membro ou função) ou psicológica, ou risco dos mesmos. Assinalam necessidade de investigação imediata bem como sua resposta.

CLASSIFICAÇÃO DOS EVENTOS: A ocorrência de um Evento interpreta-se como um sinal de que a qualidade dos serviços pode estar necessitando de melhoria, e, conseqüentemente, estruturas e processos assistenciais estão causando ou aumentando o risco de dano aos clientes.

Estes são os eventos mais graves:

1. Mortes imprevistas de pacientes;
2. Surtos de infecção hospitalar;
3. Cirurgia em paciente errado;
4. Cirurgia em parte errada do corpo;
5. Mortes relacionadas à falta ou demora no atendimento;
6. Mortes ou danos relacionados com contenção;
7. Suicídio de paciente internado;
8. Partos que ocorrem no corredor ou ante-sala de parto;
9. Troca de bebê após o nascimento;

10. Rapto infantil;
11. Reações transfusionais;
12. Agressão, estupro ou homicídio;
13. Surtos de acidentes com pacientes durante o período de internação;
14. Surto de acidentes de trabalho;
15. Incêndio;
16. Explosão.

FARMACOVIGILÂNCIA: é o conjunto de ações necessárias para alcançar: estudos, análise, investigações do somatório de informações reunidas a respeito do desempenho de um produto durante a fase pós-comercialização.

TECNOVIGILÂNCIA: É o conjunto de ações que estudam, analisam e investigam o somatório de informações reunidas a respeito de um risco comum (notificado), durante o desempenho de produtos médicos, visando a segurança sanitária destes produtos Equipamentos, Materiais, Artigos Médico-Hospitalares, Implantes e Produtos para Diagnóstico de Uso “in-vitro”).

HEMOVIGILÂNCIA: É um sistema de avaliação e alerta, organizado com o objetivo de recolher e avaliar informações sobre os efeitos indesejáveis e/ou inesperados da utilização de hemocomponentes a fim de ampliar e aprimorar a segurança nas transfusões sanguíneas e prevenir seu aparecimento ou recorrência.

GESTÃO DE RESÍDUOS: Conjunto de procedimentos de gestão, planejados e implantados a partir de bases científicas e técnicas, normativas e legais, com o objetivo de proteger e promover a saúde da população, garantindo a segurança sanitária de produtos e serviços, e participando da construção de seu acesso, de forma a minimizar a produção de resíduos e proporcionar aos resíduos gerados um encaminhamento seguro.

PPRA: Programa que deve estar descrito em um documento-base, suas alterações e complementações devem ser apresentadas e discutidas na CIPA.

AUDITORIAS DE RISCOS: Identifica, mede e prioriza os riscos para possibilitar a focalização nas áreas auditáveis, imprescindíveis para a operacionalidade da organização, auditando periodicamente as práticas de controle.

METODOLOGIA PARA O GERENCIAMENTO DE RISCOS

Os RISCOS são classificados em: assistenciais, sanitários, ambientais, relacionados à responsabilidade civil, de infecção e ocupacional.

Os IMPACTOS são classificados em: menor, moderado, maior ou catastrófico, e baseiam-se no Tópico 1, que segue abaixo.

A análise nível dos riscos se faz por meio da estimativa do IMPACTO que o evento pode gerar, e da PROBABILIDADE de ocorrência que se baseia na situação atual dos controles e na frequência dos eventos.

Os controles são avaliados quanto: a SITUAÇÃO DA PRÁTICA (Tópico 2), TIPO (se manual ou automático, conforme Tópico 3), ABORDAGEM (se preventivo ou detectivo, conforme Tópico 4), FREQUÊNCIA (anual, trimestral, mensal, semanal, diário ou por evento, conforme o Tópico 5).

As PROBABILIDADES são classificadas em: remota, incomum, ocasional ou frequente, e baseiam-se no Tópico 6.

Os NÍVEIS DE RISCO são: raro, improvável, possível e provável, conforme o Tópico 7.

TÓPICO 1 – CLASSIFICAÇÃO DE IMPACTOS

RISCO ASSISTENCIAL:

PONTUAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO
1	Menor- Sem dano significativo ao paciente.
2	Moderado- Dano moderado ao paciente, sem sequelas.
3	Maior- Dano com sequela temporária ao paciente.
4	Catastrófico- Dana com sequela permanente ou óbito do paciente.

RISCO AMBIENTAL:

PONTUAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO
1	Menor- Não há alteração do meio ou ela não é significativa, podendo os processos naturais restabelecer as condições prévias em curto espaço de tempo
2	Moderado- O meio afetado precisa da implementação de ações corretivas, bem como de bastante tempo para recuperar as condições ambientais prévias.
3	Maior- Alteração intensa do meio, embora difícil de ser recuperado, podem ser implementadas medidas corretivas.
4	Catastrófico- Alteração do meio ambiente com grande dificuldade de recuperação das condições iniciais, mesmo com a implementação de medidas corretivas

RISCO RELACIONADO À RESPONSABILIDADE CIVIL:

PONTUAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO
1	Menor- Possibilidade remota de atuação/multa por descumprimento normativo ou contratual.

2	Moderado- Possibilidade pequena de condenação mediante denúncia, processo administrativo ou penal proveniente da parte reclamante.
3	Maior- Grande possibilidade de condenação com provável perda de alvará ou licença de funcionamento da(s) unidade(s).
4	Catastrófico- Possibilidade concreta de responsabilização penal dos representantes legais ou perda de alvará/licença de funcionamento.

RISCO DE INFECÇÃO:

PONTUAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO
1	Menor- Caso (s) isolados(s) de infecções hospitalares produzidas por agentes e em diferentes ambientes, sem lesão ou óbito do (s) paciente(s).
2	Moderado- Caso(s) isolado(s) de infecções hospitalares produzidas por diferentes agentes e em diferentes ambientes, com lesão ou óbito do(s) pacientes(s).
3	Maior- Infecções hospitalares produzidas em 3 ou mais pacientes pelo mesmo agente e no mesmo ambiente, sem lesão ou óbito do(s) paciente(s).

4	Catastrófico- Infecções hospitalares produzidas em 3 ou mais pacientes pelo mesmo agente e no mesmo ambiente, com lesão ou óbito do(s) paciente(s).
---	---

RISCO SANITÁRIO:

PONTUAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO
1	Menor- Ameaça remota à saúde com abrangência a apenas uma área específica da unidade.

2	Moderado- Pequena ameaça à saúde envolvendo mais que uma área específica da unidade.
3	Maior- Ameaça ou surto de determinada doença envolvendo toda unidade.
4	Catastrófico- Doenças envolvendo áreas além da unidade, necessitando notificação compulsória deste para os entes públicos.

TÓPICO 2- APLICAÇÃO DO CONTROLE (Auditoria de risco- Lista de Verificação de Práticas de Controle).



PONTUAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO
1	Controle efetivo- Prática existente e plenamente aplicada
2	Controle parcialmente efetivo – Prática existente e parcialmente aplicada.
3	Controle não efetivo – Prática existente e não aplicada.
9	Controle inexistente – Controle inexistente

TÓPICO 3- TIPO DE CONTROLE (Auditoria de risco- Lista de Verificação de Práticas de Controle).

PONTUAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO
1	Automatizado
2	Manual

TÓPICO 4- ABORDAGEM DO CONTROLE (Auditoria de risco- Lista de Verificação de Práticas de Controle).

PONTUAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO
1	Preventivo
2	Detectivo

TÓPICO 5- FREQUÊNCIA DO CONTROLE (Auditoria de risco- Lista de Verificação de Práticas de Controle).

PONTUAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO
6	Anual ou menos
5	Trimestral
4	Mensal
3	Semanal
2	Diário
1	Por evento

A PROBABILIDADE é obtida a partir do resultado da soma das pontuações de APLICAÇÃO, TIPO, ABORDAGEM e FREQUÊNCIA dos controles, conforme o Tópico.

TÓPICO 6- ESCALA DE PROBABILIDADE DE OCORRÊNCIA.

PONTUAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO	Σ PONTUAÇÃO DOS CONTROLES E FREQUÊNCIA.
1	Remota	< 7

2	Incomum	≥ 7 e < 10
3	Ocasional	≥ 10 e < 13
4	Frequente	≥ 13

O NÍVEL DO RISCO é obtido a partir do resultado da soma das pontuações do IMPACTO (Tópico 1) e da PROBABILIDADE do risco (Tópico 6), conforme Tópico 7.

TÓPICO 7- NÍVEIS DE RISCO – Diversas possibilidades de relacionamentos entre Impacto e Probabilidade:

PONTUAÇÃO GERAL	IMPACTO	PONTUAÇÃO DO IMPACTO	PROBABILIDADE	PONTUAÇÕES DA PROBABILIDADE
2	Impacto menor	1	Probabilidade Raro	1
3	Impacto menor	1	Probabilidade Improvável	2
3	Impacto moderado	2	Probabilidade Raro	1

4	Impacto menor	1	Probabilidade Possível	3
4	Impacto moderado	2	Probabilidade Improvável	2
4	Impacto Maior	3	Probabilidade Raro	1
5	Impacto menor	1	Probabilidade Provável	4
5	Impacto moderado	2	Probabilidade Possível	3
5	Impacto Maior	3	Probabilidade Improvável	2
5	Impacto Catastrófico	4	Probabilidade Raro	1
6	Impacto Moderado	2	Probabilidade Provável	4
6	Impacto Maior	3	Probabilidade Possível	3
6	Impacto Catastrófico	4	Probabilidade Improvável	2

7	Impacto Maior	3	Probabilidade Provável	4
7	Impacto Catastrófico	4	Probabilidade Possível	3
8	Impacto Catastrófico	4	Probabilidade Provável	4

A interpretação da pontuação obtida, é feita com base no Tópico 8, que apresenta as medidas aplicáveis ao gerenciamento de riscos.

TÓPICO 8- AÇÕES EXIGIDAS PARA O TRATAMENTO DOS RISCOS.

PONTUAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO	AÇÕES
2 e 3	Aceitável	Verde- Manter procedimento já existente
4	Moderado	Amarela- Garantir aplicação de procedimentos escritos.
5 e 6	Importante	Laranja- Garantir aplicação de procedimentos escritos. Realizar auditorias periódicas.
7 e 8	Crítico	Vermelha- Garantir aplicação de procedimentos escritos. Realizar auditoria periódicas.Revisar práticas de controle e avaliar necessidade de

		ampliação ou melhoria. Avaliar a necessidade de gerenciar indicador relacionado.
--	--	--

RISCOS OCUPACIONAIS

Os riscos ocupacionais encontram-se no PPRA, divulgados e gerenciados através dos Mapas de Risco afixados nas diversas áreas da unidade, através das ações do SESMT e CIPA. Na qual seguem sua própria metodologia de acordo com a NR-9.

A metodologia adotada pelo programa inclui as seguintes etapas:

- ✓ Antecipação e reconhecimento dos riscos;
- ✓ Estabelecimento de prioridade e metas de avaliação e controle;
- ✓ Avaliação dos riscos em exposição dos trabalhadores;
- ✓ Implantação de medidas de controle e avaliação de sua eficácia;
- ✓ Monitoramento da exposição aos riscos;
- ✓ Registro e divulgação dos dados.

FLUXO DE GERENCIAMENTO DE RISCO:

O Gerenciamento de Risco seguirá o Fluxo de Trabalho abaixo:

- Identificar;

- Classificar e Definir Fatores de Risco;
- Definir Práticas de Controle;
- Definir Auditores de Risco;
- Auditar práticas de Controle;
- Analisar o Relatório de Auditoria;
- Criar ações de mitigação;
- Notificar;
- Monitorar as ocorrências;
- Tratar as ocorrências.

PLANO DE CONTINGÊNCIA PARA AS UNIDADES, COM BASE NA ANÁLISE PROSPECTIVA DE EVENTOS ADVERSOS.

O IEC se propõe a estabelecer o método, as responsabilidades e autoridades para tomar ações que eliminem uma não conformidade através de ações corretivas de forma a prevenir suas recorrências, visando à manutenção e a melhoria contínua das áreas/processos.

PROCESSOS RELACIONADOS A INTERAÇÃO DOS PORCESSOS DO PLANO DE CONTINGÊNCIA:

- ✓ Apoio ao Cliente;



- ✓ Assistência Diagnóstica e Terapêutica – Diagnóstico por Imagem;
- ✓ Assistência Diagnóstica e Terapêutica – Laboratório;
- ✓ Assistência Farmacêutica;
- ✓ Atendimento em Emergência;
- ✓ Educação Continuada;
- ✓ Enfermagem;
- ✓ Gestão da Informação – SAME;
- ✓ Gestão da Informação – TI;
- ✓ Gestão de Equipamentos Engenharia Clínica;
- ✓ Gestão de Pessoas;
- ✓ Gestão de Segurança;
- ✓ Gestão de Suprimentos;
- ✓ Gestão Financeira;
- ✓ Gestão Patrimonial;
- ✓ Higienização;
- ✓ Manutenção;

- ✓ Saúde e Segurança Ocupacional;
- ✓ Serviço Social.

DEFINIÇÕES:

NÃO-CONFORMIDADE: É o não atendimento a um requisito.

Ações corretivas: Ação implementada para eliminar as causas de uma Não-conformidade, de um defeito ou, de outra situação indesejável existente, a fim de prevenir a sua repetição. (NBR ISO).

Acreditação: É o mais difundido internacionalmente, dos métodos de avaliação externa por pares no campo da saúde. Define-se como um procedimento de avaliação integral (sistêmico) da qualidade, que procura abranger os aspectos de estrutura, processo e resultados. É voluntário, confidencial, periódico, baseado em padrões (estândares) previamente conhecidos e executado por uma entidade independente do estabelecimento avaliado.

Análise crítica: Verificação profunda e global de um projeto, produto, serviço, processo ou informação quanto a requisitos, objetivando identificar problemas e propor soluções. (Critérios de Excelência, FNQ; 2005).

Ação Imediata: Ação implementada para eliminar as causas de uma Não Conformidade exatamente no momento de sua identificação, o seu impacto na área/ processo deve ser pequeno de forma a não interferir nos resultados operacionais desta área/ processo.

Conformidades: Fatos e dados obtidos da avaliação da OPSS em conformidade com os padrões, normas e diretrizes do Sistema Brasileiro de Acreditação. (Sistema de Informação e Documentação da ONA – Nos).

Correção: Ação para eliminar uma Não Conformidade identificada. A correção não garante a não reincidência da Não Conformidade, pois ela ataca o efeito.

Correlação: Envolve o estabelecimento de uma ação de causa e efeito, em que os resultados de um influenciam os demais. (Critérios de Excelência, FNQ;2005).

Evento adverso: Complicação, incidente, iatrogenia, erro médico. Os eventos adversos, com ou sem danos, podem ser devido a fatores humanos, fatores organizacionais ou a fatores técnicos.

Evidências objetivas: Informações cuja veracidade pode ser comprovada com base em fatos e/ou dados obtidos através da observação, documentação, medição ou outros meios. (Sistema de Informação e Documentação da ONA – Nos).

IACs: Instituições Acreditoras Credenciadas

MELHORIA: Processo para produzir com níveis superiores e inéditos de execução. Visa elevar a qualidade a todos os níveis de desempenho, seja ele incremental (melhoria contínua) ou inovador (melhoria radical).

MELHORIA CONTÍNUA: É uma melhoria incremental, gradual em um processo ou produto, resultado da análise crítica.

NECESSIDADES: Conjunto de requisitos, expectativas e preferências dos clientes ou das partes interessadas. (Critério de Excelência, FNQ;2005).

PROCESSOS: Conjunto de atividades inter-relacionadas ou interativas que transformam insumos (entradas) em produtos (saídas). Os insumos (entradas) para um processo são geralmente produtos (saídas) de outro processo. Atém-se fundamentalmente à realização e ao “fazer” dos médicos e profissionais de saúde, do ponto de vista técnico, na condução dos cuidados, do diagnóstico, da terapia e quanto a sua interação com os pacientes (elaboração dos registros clínicos, diagnóstico, tratamento, evolução e transferência dos clientes).

REAÇÃO ADVERSA: Qualquer efeito nocivo, não intencional e indesejado de uma droga observado com doses terapêuticas habituais em seres humanos para fins de tratamento, profilaxia ou diagnóstico. (ANVISA).

REGISTROS: São documentos onde estão registrados os dados que confirmam que as operações, atividades, processos e produtos estão de acordo com as especificações e os requisitos estabelecidos. É o conjunto de informações conservadas com o objetivo de demonstrar e possibilitar a rastreabilidade de um funcionamento eficaz.

SISTEMA: Conjunto de elementos com uma finalidade comum, que se relacionam entre si, formando um todo dinâmico. (Critérios de Excelência, FNQ;2006).

ONA: Organização Nacional de Acreditação.

RESPONSABILIDADES NO PLANO DE CONTINGÊNCIA:

DIRETORIA: Apoiar a implantação e efetivação do Gerenciamento de Risco da Unidade.

QUALIDADE: Implantar, efetivar e coordenar as interações, articulando diretamente com os Gestores dos Processos.

DO NÍVEL DE COORDENAÇÃO – GESTORES DE PROCESSOS:

- ✓ Participar efetivamente de todas as etapas da metodologia de Interação de Processo.
- ✓ Assegurar o entendimento de todos os colaboradores (equipe) quanto Interações de Processos
- ✓ Estimular aos colaboradores a notificar todas às cláusulas de contratos quebrados.

TODOS OS NÍVEIS HIERÁRQUICOS: Sugerir novos produtos (clausulas de interação de processo), notificar as não conformidades.

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES PARA O PLANO

- ✓ Procedimento de Gestão – Gerenciamento de Riscos;
- ✓ Relato de Não Conformidades;

- ✓ Contratos de Interação de Processos.

METODOLOGIA PARA INTERAÇÃO DE PROCESSO:

Fluxo de trabalho de construção dos Contratos de Interação e Responsáveis.

- ✓ Cadastro: Coordenador de Processo;
- ✓ Aceitação / Negociação: Coordenador de Processo;
- ✓ Reajuste: Coordenador de Processo;
- ✓ Aprovação Bloqueio: Núcleo de Gestão da Qualidade;
- ✓ Classificação enquanto ao Grau de Impacto: Núcleo de Gestão da Qualidade /
Coordenadores de Processos;
- ✓ Assinatura de Contrato: Núcleo de Gestão da Qualidade e Coordenadores de
Processos.

Prazos do fluxo de trabalho de construção dos Contratos de Interação.

Cadastro: 10 (dez) dias;

Aceitação / Negociação: 5 (cinco) dias após o termino do período de cadastros;

Reajuste: 3 (três) dias após o termino do período de negociação;

Aprovação e Bloqueio: após o período de reajustes;

Classificação enquanto ao Grau de Impacto: de imediato após a aprovação e bloqueio;

Assinatura de Contrato: no máximo 2 (dois) dias após a aprovação e bloqueio dos cadastros.

Importante: *No momento das assinaturas dos Contratos de Interação não será permitido negociações de produtos entre os coordenadores de processo.*

Classificação das cláusulas dos Contratos de Interação quanto Grau de Impacto

A classificação quanto ao grau de Impacto deverá ser realizada juntamente com o coordenador do referido processo, quanto ao grau de impacto temos:

- **GI – Grande Impacto:** Não Conformidades que envolvem diretamente a Assistência e Segurança do Paciente – Obrigatório com prazo de 1 dia após a notificação – Obrigatório a partir de 3 notificações.
- **MI – Médio Impacto:** Não Conformidades que não afetam a segurança do paciente, contudo interferem no seu atendimento – Obrigatório com prazo de até 3 dias após a notificação – Obrigatório a partir de 5 notificações.
- **PI – Pequeno Impacto:** Não Conformidades que afetam o bom andamento do processo, contudo não afetam o paciente – Obrigatório com prazo até o 5º dia útil do mês seguinte – Cabe ao gestor do processo cliente verificar a necessidade.

Periodicidade do fluxo de trabalho de revisão dos Contratos de Interação.

O processo para revisão dos Contratos de Interação dar-se-á de acordo com a necessidade de inclusão ou alteração de novas cláusulas sendo estas negociadas e acordadas previamente. O processo de atualização documental com o recolhimento de assinaturas e atualização de coordenadores de processos será realizado a cada 24 meses contatos da data da última atualização.

Fluxo de trabalho de Notificações e Tratamentos:

- Acompanhamento do Contrato de Interação: Coordenadores de Processos Cliente e Fornecedor;
- Cadastro de Notificações: Coordenador de Processo Cliente;
- Acompanhamento das Notificações realizadas: Núcleo da Qualidade / Coordenador de Processo;
- Análise e Tratamento: Coordenador de Processo Fornecedor;
- Análise Crítica: Núcleo de Gestão da Qualidade / Coordenadores dos processos relacionados;
- Execução: Coordenadores dos processos relacionados;
- Verificação: Núcleo da Qualidade;
- Registro da Não Conformidade.

Os registros de Não Conformidade deverão ser realizados no formulário – Relato de Não Conformidade, para que seja repassado ao sistema pelo Coordenador do Processo todo final de expediente. Todo relato que for feito através do formulário será transcrito para o sistema informatizado e a codificação será feita pelo mesmo, respeitando padrão já definido pelo Núcleo de Gestão da Qualidade. Este formulário é de acesso livre a todos os colaboradores.

O formulário está estruturado da seguinte forma:

9 (nove) campos, sendo destes 7 (sete) campos obrigatórios.

- ✓ Data da Ocorrência: Campo onde deverá ser informada a data que ocorreu a quebra da cláusula do Contrato de Interação – Campo de preenchimento obrigatório.
- ✓ Processo Cliente: Campo onde deverá ser preenchido o processo cliente – Campo de preenchimento obrigatório.
- ✓ Processo Fornecedor: Campo onde deverá ser preenchido o processo fornecedor – Campo de preenchimento obrigatório.
- ✓ Produto Não Conforme: Campo onde deverá ser preenchido com a cláusula firmada em Contrato de Interação quebrada pelo processo fornecedor – Campo de preenchimento obrigatório.
- ✓ Frequência: Campo onde deverá ser preenchida com a quantidade de eventos ocorridos referente cláusula quebrada – Campo de preenchimento obrigatório.
- ✓ Descrição da Ocorrência: Campo onde deverá ser preenchido com o detalhamento de como ocorreu a quebra da cláusula do Contrato de Interação – Campo de preenchimento obrigatório.

- ✓ Ação Imediata: Campo onde deverá ser preenchido com a ação imediata tomada pelo processo cliente após a quebra da cláusula do Contrato de Interação – Campo de preenchimento obrigatório.
- ✓ Outras Observações: Campo onde poderá ser preenchido com outras informações referentes a cláusula quebrada.
- ✓ Categoria de Não Conformidades: Campo onde poderá ser preenchido com outras categorias de não conformidades relacionadas a cláusula do Contrato de Interação.
- ✓ Controle Numérico: Campo a ser preenchido com o número Não Conformidade gerada ao cadastrá-la no sistema pelo coordenador do Processo Cliente.

Análise do Relato de Notificações com suas Não Conformidades e Ações Corretivas

Cabe aos envolvidos no Relato de Notificações analisar criteriosamente a não conformidade identificada, verificando se o problema merece um estudo mais detalhado, respeitando sendo as regras quanto a Grau Impacto. Se sim, deve-se fazer análise das causas possíveis para o fato ter acontecido, respeitando a estrutura do sistema utilizado, onde precisarão ser verificadas causas advindas da Mão de Obra, Matéria-Prima, Medidas, Meio Ambiente, Máquina e Método.

Nesta análise a ocorrência pode ser vista como inviável ou sem necessidade a sua continuidade. Assim, o analista poderá dar tratamento simplificado a esse registro de quebra de cláusula do Contrato de Interação. O Núcleo da Qualidade irá avaliar o motivo da rejeição, caso julgue que a ocorrência continua sendo viável e pertinente em sua análise, o mesmo irá retornar à ocorrência ao processo para nova análise.

Avaliação da Necessidade de Ações Corretivas

O analista, normalmente o responsável pelo processo, deverá relacionar ações de correção ou prevenção para que o fato não volte a repetir, indicando quem será o responsável em efetuar a ação e o prazo necessário, em seguida passará a ocorrência para aprovação do Núcleo da Qualidade.

***Nota:** Quando o responsável do processo julgar necessário formar grupo de trabalho para análise das causas das não conformidades, propondo ações em conjunto, sendo o objetivo principal realizar interações de processos e negociação entre clientes e fornecedores e quaisquer que sejam as decisões tomadas, devem ser registradas no Relatório citado.*

Controle Numérico dos Relatos de Ocorrência

Todos os Relatórios emitidos, sejam de qualquer natureza contemplada neste procedimento, deverão ser registrados e controlados pelo Núcleo da Qualidade, através do sistema de informatizado utilizado para Gestão da Qualidade. Por esse motivo, jamais um Relato de Não Conformidade que não possuir numeração e controle da Qualidade será considerado um documento válido.

O controle numérico tem o objetivo principal de acompanhar o andamento da implementação das ações propostas, bem como identificar as não conformidades detectadas por todas as áreas/processos possuindo uma visão global das atividades da unidade e não somente pontual. Toda numeração deverá ser registrada no formulário padrão já mencionado anteriormente.

***Nota:** Quando o Núcleo da Qualidade receber um Relato de Não Conformidade que a Não Conformidade e ação corretiva está sendo tratada em outro relatório, o mesmo notificará a existência de outra ocorrência, rejeitando esta última e justificando que o fato está em análise.*

Finalização do Relato de Não Conformidade

Para finalizar o Relato de Não Conformidade a responsabilidade é do Núcleo de Gestão da Qualidade. Depois de aprovadas às ações indicadas na análise o Núcleo da Qualidade acompanhará a execução das ações indicadas. Quando finalizadas todas as ações e comprovada a evidência destas execuções, o relato de Não Conformidade passa para sua última fase, que é a de Verificação, também sob responsabilidade do Núcleo da Qualidade.

Nesta fase, se faz um acompanhamento para monitorar se não acontecerá nova notificação desta ocorrência. Caso não se repita o fato, a ocorrência é classificada como efetiva, e finalizado o ciclo. Caso o fato seja recorrente, a ocorrência é classificada como não efetiva e voltará para o ciclo de análise, onde deverão novamente ser avaliadas as causas e ações para correção.

EVENTO ADVERSO

Evento adverso:

- ✓ Incidente ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário à saúde **(ANVISA, 2016)**.

- ✓ Complicação, incidente, iatrogenia, erro médico. Os eventos adversos, com ou sem danos, podem ser devido a fatores humanos, fatores organizacionais ou a fatores técnicos **(ANVISA, 2016)**.

Evento Sentinela:

- ✓ Qualquer evento imprevisto que pode resultar em dano para os clientes externos e internos da Organização da Prestadora de Serviços de Saúde. A ocorrência de um evento-sentinela interpreta-se como um sinal de que a qualidade dos serviços pode estar necessitando de melhoria, e, conseqüentemente, estruturas e processos assistenciais estejam causando ou aumentando o risco de dano aos clientes (ONA, 2012).

Não Conformidade:

- ✓ Não conformidades é o **não atendimento de um requisito pré-estabelecido**. Esses requisitos podem variar entre fatores externos (Como as normas ISO ou os produtos fornecidos por um fornecedor) e fatores internos (Como os processos e procedimentos da empresa). (**ISO 9000:2015**).

FORMULÁRIO DE NOTIFICAÇÃO DE EVENTO ADVERSO

NOTIFICAÇÃO DE EVENTO ADVERSO / INCIDENTE	Nº / ANO	
SETOR:		
NOME DO PACIENTE:		
NOTIFICADO POR:		
DATA DA NOTIFICAÇÃO:		



- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Agressão ao colaborador/cliente | <input type="checkbox"/> Flebite |
| <input type="checkbox"/> Agressão ao patrimônio | <input type="checkbox"/> Impregnação neuroléptica |
| <input type="checkbox"/> Broncoaspiração | <input type="checkbox"/> Perda/extravio de prontuário |
| <input type="checkbox"/> Choque elétrico | <input type="checkbox"/> Queda |
| <input type="checkbox"/> Contenção física | <input type="checkbox"/> Queimadura por exposição solar |
| <input type="checkbox"/> Entrada e/ou uso de substâncias ilícitas na unidade hospitalar | <input type="checkbox"/> Reinternação na UTI < 24h |
| <input type="checkbox"/> Erro de dispensação / prescrição de medicação | <input type="checkbox"/> Remoção não programada de CVC/PICC |
| <input type="checkbox"/> Evasão de paciente | <input type="checkbox"/> Remoção não programada de dreno |
| <input type="checkbox"/> Evidência de pragas | <input type="checkbox"/> Remoção não programada de SNGE |
| <input type="checkbox"/> Extubação acidental | <input type="checkbox"/> Tecnovigilância (mat. médico-hospitalar/equipamentos)* |
| <input type="checkbox"/> Falta de material médico-hospitalar/medicamentos | <input type="checkbox"/> Úlcera por pressão |

*** PREENCHER EM CASO DE FARMACOVIGILÂNCIA E TECNOLÓGICA (Anexar o produto ao formulário)**

Colar etiqueta ou preencher:	Nome do produto:
	Marca do fabricante:
Nome do paciente:	Lote:
	Validade:

Não conformidade encontrada:

RELAÇÃO DE EVENTOS SENTINELA: (Marque com um X o evento que ocorreu)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Administração de medicação trocada | <input type="checkbox"/> Óbito em contenção física |
| <input type="checkbox"/> Administração de medicamento em dose / via inadequada | <input type="checkbox"/> Óbito por demora no atendimento / procedimento |
| <input type="checkbox"/> Dano por uso inadequado de equipamento | <input type="checkbox"/> Perda de amostra biológica insubstituível |
| <input type="checkbox"/> Erro cirúrgico. Qual? _____ | <input type="checkbox"/> Seqüelas após período de contensão física |
| <input type="checkbox"/> Fuga de paciente | <input type="checkbox"/> Suicídio em paciente internado |
| <input type="checkbox"/> Homicídio causado por paciente ou pessoa estranha | <input type="checkbox"/> Troca de bolsa de sangue (paciente errado) |
| <input type="checkbox"/> Invasão na instituição por pessoa não autorizada | <input type="checkbox"/> Outros. Qual? _____ |
| <input type="checkbox"/> Não administração de medicação prescrita | |

DESCRIÇÃO DO EVENTO

AÇÕES IMEDIATAS (Realizadas no momento da ocorrência)

SUGESTÕES DE MELHORIA





POSSÍVEIS CAUSAS

- [] Falta de Conhecimento (não sabe o que fazer)
- [] Regras (sabe o que fazer, mas não aplica as regras, ou as aplica incorretamente)
- [] Falta de Dados (informação insuficiente ou parciais/falhas de comunicação)
- [] Especificações Insuficientes (processo não claramente definido)
- [] Ações Automáticas (processo precisa ser revisto para averiguar novas variáveis)
- [] Distração
- [] Esquecimento
- [] Outros. Qual? _____

GRAU DO EVENTO

- [] Atingiu o profissional de saúde, o cliente ou paciente e resultou em óbito
- [] Atingiu o profissional de saúde, o cliente ou paciente causando dano permanente
- [] Lesão temporária do profissional de saúde, do cliente ou paciente
- [] Ocorrência que não atingiu o profissional de saúde, o cliente ou paciente

ANÁLISE DO EVENTO

- [] Evento adverso [] Não conformidade de processo [] Evento
sentinela
- (não relacionado à assistência)

ACÇÕES CORRETIVAS / PREVENTIVAS (Ações que visam evitar novas ocorrências)

AÇÃO 1:

PRAZO:

RESPONSÁVEL:

SETOR:

DATA DE CONCLUSÃO:

AÇÃO 2:

PRAZO:

RESPONSÁVEL:

SETOR:

DATA DE CONCLUSÃO:

AÇÃO 3:

PRAZO:

RESPONSÁVEL:

SETOR:



DATA DE CONCLUSÃO:

PREENCHIMENTO PELO COMITÊ DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE:

DATA DO RECEBIMENTO:

ANÁLISE DA CAUSA

Por quê?

Por quê?

Por quê?

Por quê?

Por quê?

Anexo 1 -Ficha de notificação de eventos adversos, queixas técnicas e incidentes

DATA DE NOTIFICAÇÃO / / DATA DA OCORRÊNCIA / /
SETOR: _____

Identificação do paciente

Iniciais nome pcte:	Registro/prontuário
Sexo () Masculino () Feminino	D. Nasc.
Quarto/Leito	

Informações sobre a ocorrência

<input type="checkbox"/> FARMACOVIGILANCIA
<input type="checkbox"/> Erro de medicação
<input type="checkbox"/> Reação adversa
<input type="checkbox"/> Falta ou redução de efeito terapêutico
<input type="checkbox"/> Desvio de qualidade
<input type="checkbox"/> Outros (citar)
Nome do medicamento

<input type="checkbox"/> HEMOVIGILANCIA
<input type="checkbox"/> Erro na hemotransfusão



<input type="checkbox"/> Reação transfusional
Obs.

<input type="checkbox"/> TECNOVIGILANCIA
<input type="checkbox"/> Artigo médico-hospitalar Lote/validade:
<input type="checkbox"/> Equipamento/localização N^o. de patrimônio

<input type="checkbox"/> SEGURANÇA DO PACIENTE -INCIDENTES E EVENTOS ADVERSOS
<input type="checkbox"/> Erros de identificação
<input type="checkbox"/> Erros em procedimentos cirúrgicos
<input type="checkbox"/> Flebite
<input type="checkbox"/> Exteriorização não intencional de cateter, sonda, dreno,tubo, etc
<input type="checkbox"/> Queimaduras
<input type="checkbox"/> Queda
<input type="checkbox"/> Lesão por pressão
<input type="checkbox"/> Outros (citar)



FORMULÁRIO DE TECNOVIGILÂNCIA

(Formulário de Notificação de Problemas Associados a Produtos para a Saúde)

Preencha este formulário e encaminhe -o a Gerencia Assistencial e de Suprimento para relatar um problema ou risco associado ao uso de artigos, materiais, equipamentos médico-hospitalares e kits diagnóstico "in vitro". Seguem instruções e vocabulário no verso.

Esta notificação diz respeito a: QUEIXA TÉCNICA

Dados do Notificador:

Nome:	Função:
Local de lotação:	Fone:

Identificação do produto envolvido:

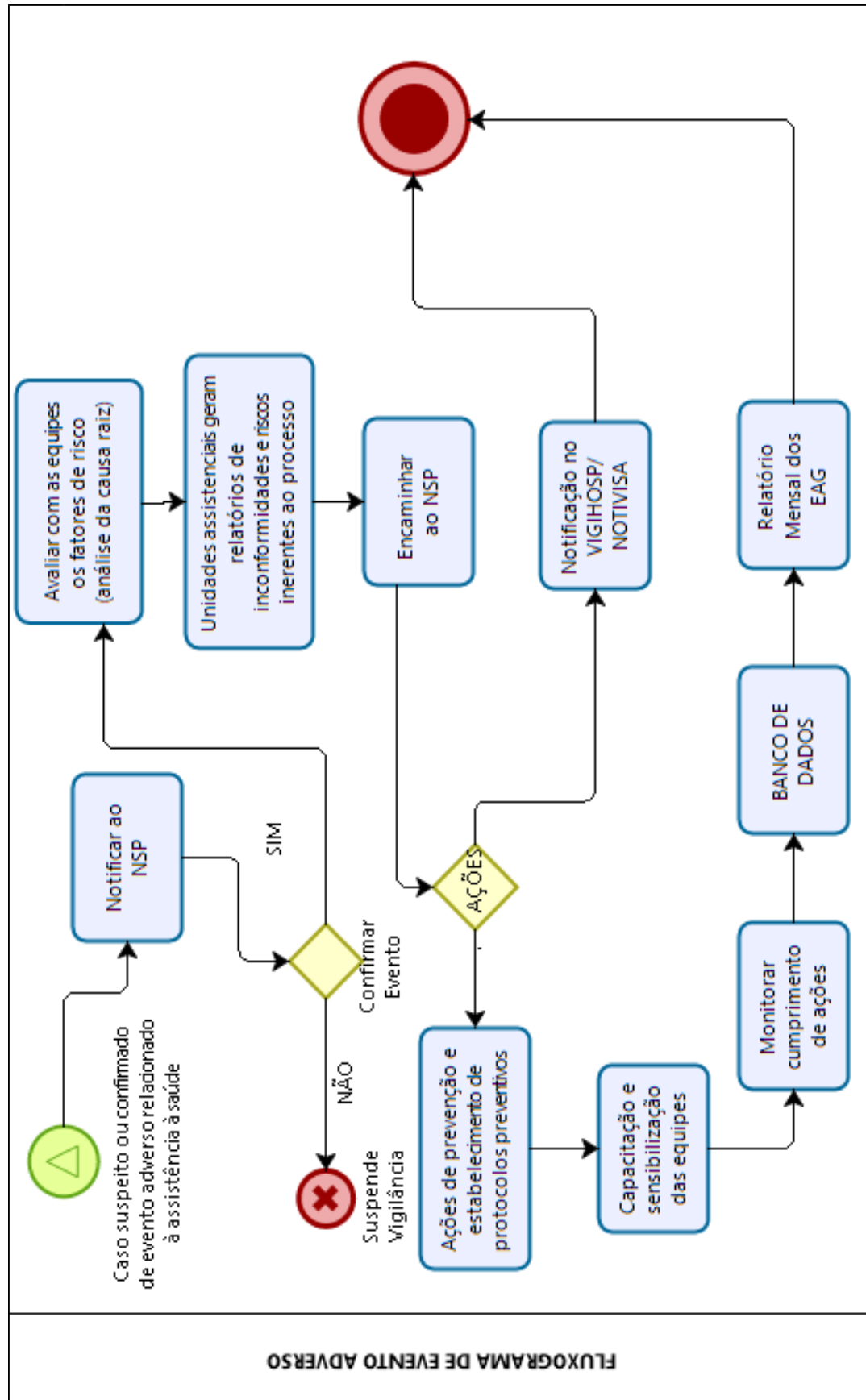
Nome do produto:	Registro M.S.:
Marca:	Modelo:
Fabricante:	NºPatrimônio/ NºSérie/NºLote:
Data de fabricação: / /	Data de validade: / /
Existe mais de um produto com o mesmo problema?	
O produto apresentava alguma alteração?	
Existe(m) outro(s) produto(s) envolvido(s) no problema?	
Este produto era descartável? () Sim () Não () Não sei.	
Se afirmativo, foi reprocessado? () Sim () Não. Se afirmativo, quantas vezes?	

Descrição da queixa técnica

 <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
--

Data da Notificação: / / .

Assinatura do Notificador: _____



FLUXOGRAMA DE EVENTO ADVERSO

E.PROPOSTA DE SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO E PESQUISA DE SATISFAÇÃO;

Serviço de Atendimento ao Usuário e Pesquisa de Satisfação: detalhar a implantação, processos e alcance.

1. IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

O Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU) media e prioriza a qualidade no atendimento prestado pela unidade. Este destina-se ao atendimento de usuários e funcionários que queiram manifestar-se sobre os serviços prestados, seja por dúvida, queixa, elogio ou sugestões. Este serviço será implantado em até 02 meses após o início das atividades na unidade.

1.1. Estrutura

O SAU está ligado tecnicamente ao NQSP-L, e deve possuir minimamente 01 profissional qualificado para realizar as atribuições deste serviço.

O dimensionamento da equipe do SAU deve ser compatível com a demanda e complexidadee realidade do hospital.

1.1.1. Formas De Pesquisa

Deve ser adotado pelo hospital ou serviço de saúde para apuração da satisfação do usuário pesquisas por meio de formulários, além dos canais diretos como telefone, e-mail, atendimento direto e visita à paciente internado.

- Pesquisa Direta: visita a pacientes internados e busca ativa por meio de formulários.
- Pesquisa Indireta: pesquisa automatizada no pós alta e formulários espontâneos
- Atendimento Direto: área física do SAU, telefone ou e-mail.
-

1.1.2. Formulário De Pesquisa

O formulário de pesquisa de satisfação a ser utilizado deve atender ao padrão

estabelecido pelo NQSP-C, sendo que este deve conter no mínimo a unidade de atendimento, a identificação opcional do usuário, espaço para manifestar sugestões, elogios e/ou críticas, dados para contato com o SAU e a avaliação do grau de satisfação do usuário dividido em grupos estabelecidos abaixo:

- Disponibilidade e interesse dos profissionais
- Clareza das orientações
- Agilidade do atendimento
- Limpeza das instalações físicas
- Qualidade da alimentação
- Indicação do Serviço
- Utilização do Serviço

1.1.3. Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU)

Frente ao cidadão é nossa obrigação respeitá-lo e atendê-lo bem.

O SAU existe e trabalha para isto.

O que é?

Elo entre o cidadão e o Serviço de Saúde.

O instrumento de manifestação sobre os serviços que se presta.

Saber o que o cidadão pensa sobre a atuação dos serviços.

Ouvir para conhecer os anseios do cidadão com a finalidade de melhor servi-lo.

Um canal de comunicação à disposição do cidadão.

“Uma reclamação é a última oportunidade que um cidadão lhe dá para que você possa melhorar seus serviços.”

Para que serve?

Assegurar ao cidadão-usuário a análise de suas reivindicações.

Fortalecer a cidadania ao permitir a participação do cidadão.

Garantir o direito à informação, orientando o cidadão sobre como obtê-la e como proceder na defesa de sua cidadania.

Buscar a melhoria da qualidade no serviço prestado.

“Valorizar a importância da sua opinião. Sua missão é sugerir medidas de aprimoramento e buscar soluções para os problemas apontados. “

Quem é o SAU?

É um interlocutor atento às reivindicações do cidadão.

Sempre pronto para ouvir, procura estabelecer uma parceria em prol da qualidade, eficiência e austeridade administrativa.

Possuidor de trânsito e respeitabilidade junto à saúde.

Ações baseadas em atitudes e princípios éticos.

Como age?

Recebe, avalia e encaminha as manifestações do cidadão, sempre na busca de soluções.;

Garante o direito de resposta acompanhando os pleitos até a solução final;

Responde no menor prazo possível de forma aberta, honesta, objetiva e precisa com transparência, integridade e respeito;

Procura desburocratizar rotinas;

Dá andamento às demandas do cidadão, observando rigorosamente as determinações legais relativas ao sigilo, em especial de seus dados pessoais;

Interage com a Ouvidoria Geral.

“Queremos aproximar o problema da sua solução.”

Como está estruturado?

O SAU é composto por uma rede de serviços de atendimento ao usuário, hierarquicamente distribuídos por área de abrangência, coordenados pelo SAU Central.

Missão, Visão e Valores

Missão

Garantir o direito de manifestação do usuário sobre os serviços prestados.

Visão

Atuar na melhoria dos serviços prestados, valorizando as manifestações dos usuários.

Valores

Equidade;

Controle social;

Ética profissional;

Espírito comunitário;

Qualidade na gestão;

Humanização do atendimento.

Formas de contato

SAU na Internet

Acessando pela internet o site do SAU Central você pode cadastrar sua mensagem. Nesse mesmo endereço eletrônico poderá consultar o andamento de sua solicitação e, se for o caso, complementar ou mesmo apresentar novas dúvidas.

Disque SAU

Para sua maior comodidade está disponível também um serviço telefônico. É só ligar para 0800 , de 2ª a 6ª feira (exceto feriados), das 8 às 17 horas, que você conversará com um de nossos atendentes.

Fax SAU

Para sua maior comodidade está disponível também um serviço de fax. Basta enviar sua mensagem para o número (11) xxxxxxxxxxxx.

Mande um e-mail para o SAU

Você também pode encaminhar sua manifestação para o e-mail do Serviço de Atendimento ao Usuário: sau@ossiec.org.br

Escreva para o SAU

Suas dúvidas, reclamações, denúncias, sugestões ou elogios sobre os serviços prestados pela Organização Social IEC, podem ser encaminhados por correspondência para o seguinte endereço: XXXXXXXXXX.

Você receberá a resposta do SAU na forma de sua preferência:

Endereço eletrônico que você fornecer.

Endereço postal.

Caixa de sugestões do SAU Local

Nos diversos serviços da Organização Social IEC você encontra uma caixa de sugestões para depositar as manifestações que serão avaliadas nas reuniões mensais do conselho gestor local. Caso seja identificada a necessidade, o pleito será encaminhado ao SAU Central.

Impresso de Registro do SAU Local

Nos diversos serviços da Organização Social IEC você encontra um Interlocutor responsável pelo registro de suas manifestações a serem avaliadas diariamente. As manifestações serão processadas, analisadas e enviadas ao o SAU Central.

Fale com o interlocutor local

Nos diversos serviços da Organização Social IEC você encontra o interlocutor do SAU Local a disposição para ouvir e responder às suas dúvidas, críticas ou sugestões.

Tipos de mensagens

Reclamação

O SAU considera como reclamação a queixa, a manifestação de desagrado ou o protesto sobre um serviço prestado, ação ou omissão da administração e/ou do funcionário e a existência ou ausência de norma reguladora. Esse é o tipo de mensagem que exige o fluxo de trabalho mais complexo e completo de tratamento.

Sugestão

Entendemos por sugestão a mensagem que apresenta uma idéia ou proposta para o aprimoramento dos processos de trabalho, das unidades administrativas e/ou dos serviços prestados pelo órgão ou instituição. A Organização Social IEC ao recepcioná-la avalia a sua pertinência e a encaminha para o conhecimento e apreciação do dirigente ou da unidade gestora responsável.

Elogio

Entendemos por elogio a demonstração de apreço, reconhecimento ou satisfação para com o serviço recebido.

Solicitação de informação

Entendemos como um pedido de alguma referência (endereço, local e horário de atendimento das unidades administrativas etc.) nomes de responsáveis, legislação, dados estáticos entre outros.

Responsabilidade Cidadã / Denúncia

Dentro do contexto de "Denúncias", A Organização Social IEC recepcionará manifestações que podem, e devem ser tipificadas como verdadeiro exercício de "Responsabilidade Cidadã", onde se procura fomentar a construção de uma sociedade consciente de seus deveres e direitos.

Assim, com a utilização desse novo conceito "Responsabilidade cidadã", apresenta-se uma oportunidade para que a sociedade se sinta despertada/estimulada ao efetivo exercício de cidadania.

Ao efetuar o registro de uma manifestação entendida por "Responsabilidade Cidadã", o cidadão deverá informar minimamente os seguintes requisitos:

Identificação e o endereço para correspondência do envolvido (se possível);

Nome do serviço no qual se dá a irregularidade;

Descrição da irregularidade;

Fundamentação mínima, capaz de permitir a apuração.

A denúncia anônima é aceita e processada, outrossim, não se constitui prova ou indício isolado suficiente para obrigar investigação.

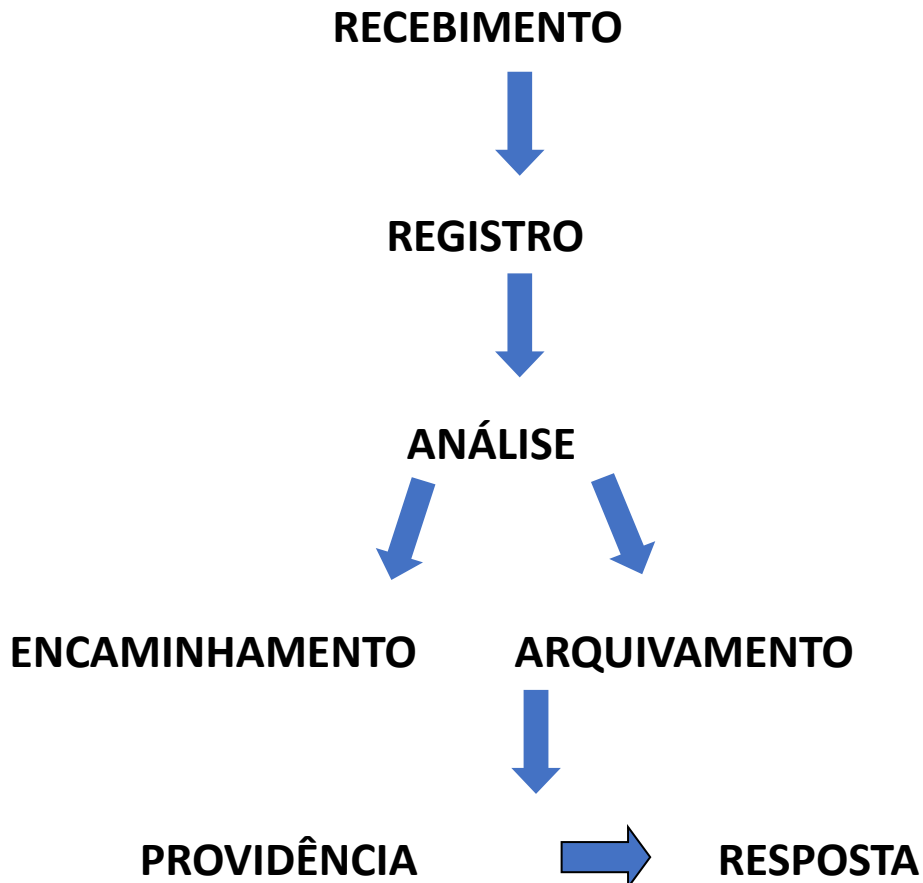
“Cabe à sociedade zelar pelo que é seu!”

1.2. Implantação do serviço de atendimento ao usuário

A implantação do SAU requer a estruturação do sistema em nível central e local.

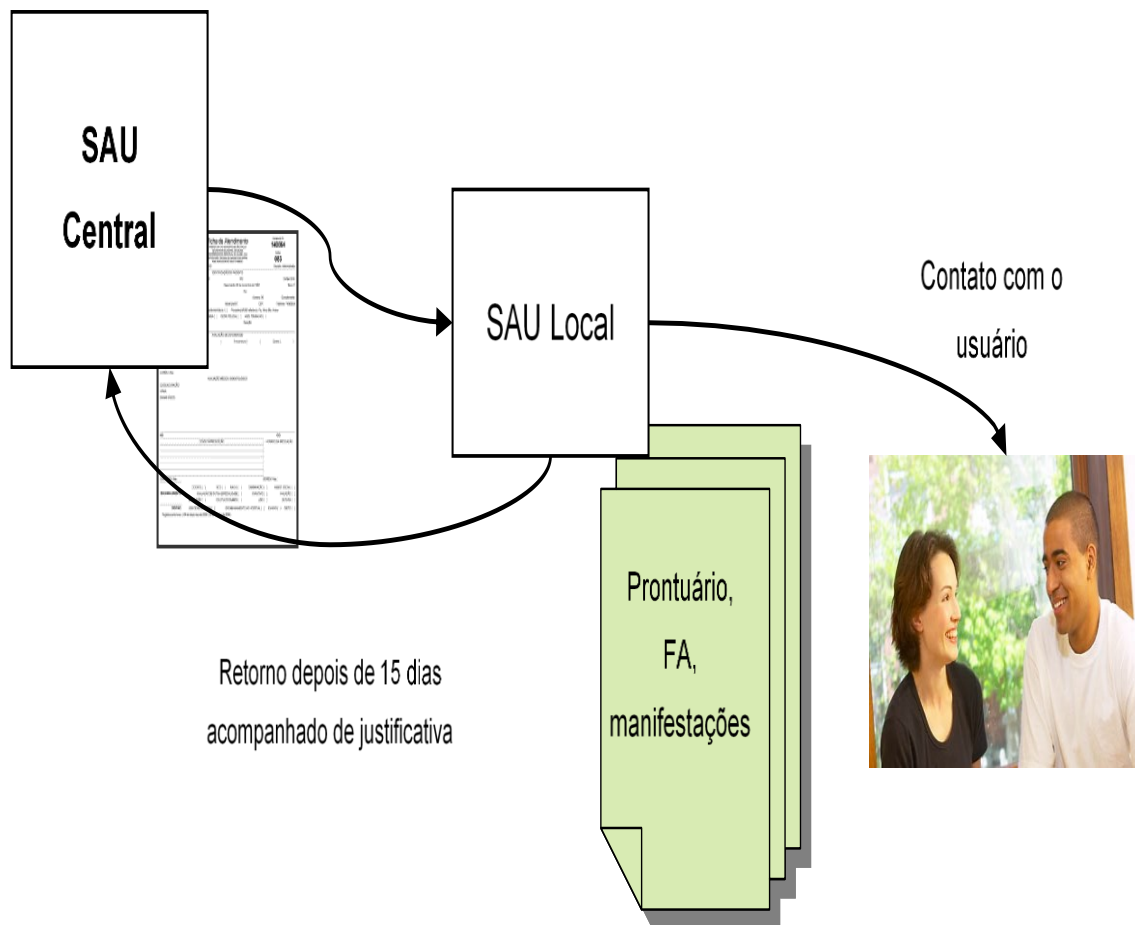
O desdobramento das ações demonstra o processo envolvido.

FLUXOGRAMA DA TRAMITAÇÃO DA DEMANDA



As manifestações direcionadas ao SAU Central, referentes ao serviço local, serão encaminhadas ao SAU Local para serem processadas internamente. O SAU local realizará apuração da manifestação através de levantamento de prontuário, fichas de atendimento, manifestação de eventuais trabalhadores envolvidos e contato com usuário e então retornará o desfecho para o SAU Central.

Os retornos com prazo superior a 15 dias deverão ser acompanhados de justificativa. Todas as interações são registradas no sistema, processadas e analisadas com divulgação trimestral dos resultados aos interessados.



LOCAL

Interlocutor Local: o serviço indica ao menos dois responsáveis para a cobertura de todo o período de funcionamento do serviço, informando ao SAU Central, alterações de responsáveis devem ser notificadas

Usuário chega ao serviço e ocorre um evento que gera uma manifestação. Interlocutor oferece os canais de interação locais e centrais. O usuário faz a sua opção entre:

CENTRAL

Informar canais de comunicação (0800, fax, e-mail, endereço postal).

LOCAL

Registrar as informações em impresso padronizado, fornecido pela Coordenação da Organização Social IEC, numerado sequencialmente para todos os serviços de Saúde;

Caixa de Sugestões mantida em local de fácil acesso a população.

Fluxo da Resposta

Impresso → avaliação diária com inserção dos dados em planilha a ser processada, analisada e enviada mensalmente a Coordenação da Organização Social IEC.

Caixa Sugestões → avaliação mensal na reunião do conselho gestor com retorno ao usuário sempre que possível e envio das pendências que extrapolarem a governabilidade local ao SAU Central.

SAU - QUEIXAS E RECLAMAÇÕES

Nº _____

DATA ____/____/____

NOME:
ENDEREÇO:
FONE:

ATENDIDO POR:
Manifestação do Interlocutor/Gerente:



Assinatura:

MANIFESTAÇÃO DOS ENVOLVIDOS (Identificação legível)
UTILIZAR O VERSO DA FOLHA PARA COMPLEMENTAR A MANIFESTAÇÃO QUANDO
NECESSÁRIO.

PROVIDÊNCIAS

Assinatura:

RETORNO AO USUÁRIO EM ____ / ____ / ____

1.3. Serviço De Ouvidoria

Com a finalidade de manter a transparência do serviço prestado, bem como o alcance da percepção do usuário quanto a qualidade, o IEC promoverá, imediatamente, após o início de suas atividades a implantação e a constituição do Serviço de Atendimento ao Usuário (S.A.U), detalhado abaixo.

Esse Serviço será um elemento diferencial na gestão e será conduzido pelo gestor administrativo, onde as áreas do serviço social, acolhimento e classificação de risco, desempenharão um papel de orientadoras dos usuários do SUS.

O Serviço de Atendimento ao Usuário servirá de ponte entre o usuário e a direção das unidades, com resposta rápida e necessária nas eventuais situações de dúvida ou conflito. Será um canal de acesso ao exercício da cidadania.

O Serviço de Atendimento ao Usuário atuará como uma espécie de "controle de qualidade do serviço público", apontando falhas e acertos, auxiliando na busca de soluções para as questões que se apresentarem.

Caberá, ainda, ao Serviço de Atendimento ao Usuário, captar a percepção do usuário em relação ao funcionamento dos serviços de saúde, por meio de pesquisas de satisfação e ouvidoria.

Este serviço estará disponível na unidade durante 12 H diurnas e será um canal de comunicação pessoal, escrita e via telefone com a gestão local.

1.2.1. Indicadores

Haverá um rol de indicadores voltados à satisfação dos usuários com metas a cumprir, que serão implantados e monitorados a partir do 1º mês de funcionamento. Todos os clientes preencherão questionários para avaliar os quesitos abaixo listados.

Durante o 1º mês será implantado um questionário de pesquisa de satisfação que visa à avaliação dos usuários quanto aos seguintes indicadores:



- Satisfação do usuário em relação ao atendimento setorial (Acolhimento; Enfermagem; Recepção; Equipe médica e Serviço Social);
- Satisfação do usuário em relação ao estrutural (Instalações; Limpeza e organização dos setores);
- Satisfação do usuário em relação aos serviços terceirizados (Vigilância; Exames Laboratoriais e Exames de Imagem);
- Satisfação do usuário em relação às salas de observação (Alimentação; Medicação; Orientação médica; Condução da Enfermagem; Limpeza e Serviço Social);

Este serviço contará também com ações voltadas para Ouvidoria, quadros informativos,

Espaço de reflexão profissional e Avaliação de satisfação dos profissionais e usuários internos, tendo como base a seguinte Matriz de Responsabilidades:

AÇÃO	RESPONSABILIDADE
Grupo de Trabalho	Serviço Social, Coordenação de Enfermagem, Gerente Administrativo e Gerente Médico.
Coordenação	Serviço Social e Gerente Administrativo
Elaboração dos Cursos	Serviço Social, Coordenação de Enfermagem, Gerente Administrativo e Gerente Médico.
Ministração dos Cursos	Equipe Multidisciplinar
Elaboração do Material dos Quadros de Aviso	Serviço Social e Gerente Administrativo
Divulgação	Equipe do Serviço Social, Acolhimento e Classificação de Risco
Implantação da Ouvidoria	Serviço Social e Gerente Administrativo
Impressão de Material	Coordenação de Almoxarifado e Assistente administrativa
Avaliação da Ouvidoria	Serviço Social, Coordenação de Enfermagem, Gerente Administrativo e Gerente Médico
Avaliação Geral	Membros formadores do Grupo de Trabalho

1.2.2. Cronograma De Atividades Da S.A.U.

Ao falar sobre Serviço de Atendimento ao Usuário, é essencial tratar sobre humanização.

A humanização do atendimento requer mudança de valores, comportamento, conceitos e práticas, exigindo dos profissionais de saúde e demais colaboradores um reposicionamento no que se

refere ao atendimento aos usuários, visto que a humanização é uma nova visão de atendimento ao usuário/ colaborador/gestor, possibilitando um trabalho de melhor qualidade.

A metodologia de trabalho do IEC será traçada com as diretrizes da Política de Humanização do SUS.

Será utilizado a Política de Humanização do Ministério da Saúde: O acolhimento no campo da saúde deve ser entendido, ao mesmo tempo, como diretriz ético/estético/política constitutiva dos modos de se produzir saúde e como ferramenta tecnológica relacional de intervenção na escuta, na construção de vínculo, na garantia do acesso com responsabilização e na resolutividade dos serviços.

O Acolhimento com Classificação de Risco envolve atitudes que devem ser observados por todos os colaboradores:

- O tratamento humanizado;
- A harmonia e a perfeita integração entre os profissionais;
- A cooperação entre a equipe multidisciplinar;
- A conscientização dos deveres do profissional;
- Empenho para salvarmos vida.

O acolhimento de apoio ao usuário tem como objetivo acolher os usuários em todas as situações que se fizerem necessário para um bom andamento no atendimento.

1.3. Implantação do Serviço de Ouvidoria

A ouvidoria hospitalar exerce um papel relevante dentro da organização, proporcionando melhorias em serviços de enfermagem, de acordo com as necessidades dos clientes. Além de atuar como parceira da administração hospitalar, possibilitando construir ações mais estratégicas para a assistência em excelência da instituição.

As atividades da Ouvidoria norteiam-se em dois eixos principais:

- Escuta acolhedora do cliente externo (usuário);
- Instrumento de gestão.

O Usuário pode utilizar de vários meios de comunicação com a Ouvidoria, podendo ser contato telefônico, e-mail, carta ou instrumento direcionado para reclamações e sugestões. Em todos os setores haverá cartaz com a identificação visual da Ouvidoria, contendo os dados para contato.

O processo também conta com a ficha de avaliação ou pesquisa de satisfação do usuário, que será implantada em diferentes unidades dos setores, contendo uma caixinha para sugestão instalada, que mantém-se fechada, sendo aberta todas as segundas-feiras para retirada e quantificação e tabulação dos dados. Nesta caixa o usuário e ou acompanhante depositam uma pesquisa que contem questões quanto ao atendimento dos profissionais, estrutura, acomodação, higiene, sendo estes podendo ser avaliados como: Ótimo, Bom, Regular, Ruim.

A Ouvidoria é uma importante ferramenta de gestão ao fornecer ao a instituição dados qualitativos e quantitativos em relação ao serviço prestado, propiciando elementos para análise e adoção de providências que levem ao aprimoramento dos serviços.

O papel essencial da Ouvidoria é de um agente de transformação. Os atendimentos que a Ouvidoria efetua não devem ser vistos como simples busca de soluções imediatas para cada cidadão, mas como um instrumento de percepção de como os serviços prestados estão sendo avaliados pelos usuários e de possibilidade de revisão e aprimoramento desses serviços. O contato com o usuário não é um fim em si, mas um meio de abrir as portas da instituição para que as reclamações e propostas apontem as necessidades de mudanças.

Em geral, o conflito instalado é o dia-a-dia do ouvidor. Nessa condição, e visando representare assegurar os direitos do cidadão perante a instituição, precisando haver a intervenção de conflitos, com capacidade de negociação, mediando a satisfação, os interesses e limites das partes envolvidas.

Objetivos da ouvidoria

- Propiciar um canal de comunicação aos usuários, mediando à necessária

interação entre eles, os profissionais de saúde e o gestor da instituição;

- Garantir aos usuários o cumprimento dos direitos legalmente constituídos, o acesso à informação e a qualidade no atendimento;
- Incentivar o exercício da cidadania através de um processo pedagógico junto aos usuários;
- Propiciar ao gestor a possibilidade de análise e reflexão de fatos e condutas ocorridos no cotidiano, dando subsídio para que a instituição reflita e adote as necessárias providências sobre as situações vivenciadas no cotidiano;
- Preservar e melhorar a imagem pública da instituição;
- Assimilar críticas e sugestões elaboradas pelos usuários e dar o devido encaminhamento de modo que a instituição possa aprimorar processos, produtos e serviços bem como melhorar seu processo de comunicação.

Subsidiar o controle social e ampliar a participação dos cidadãos usuários

Atendimento da ouvidoria.

A comunicação verbal e escrita é a base do trabalho na Ouvidoria. Porém, a comunicação escrita é primordial para que sejam adotadas as providências necessárias para o encaminhamento da manifestação do usuário aos gestores da instituição requerendo, em contrapartida, que esses gestores também se manifestem por escrito.

A Ouvidoria possuirá dois instrumentos para a comunicação escrita do cliente: Ficha de Atendimento da Ouvidoria e Ficha de Avaliação do Atendimento, esta última com itens específicos conforme o setor que é avaliado. Esses dois instrumentos geram gráficos e relatórios mensais que retratam o nível de satisfação da dos usuários em relação à prestação dos serviços pela instituição.

Encaminhando a manifestação aos setores

O Profissional responsável na Ouvidoria se organizará para trabalhar as manifestações recebidas de forma ágil e eficiente. Todo encaminhamento deve ser efetuado no menor prazo possível e devidamente registrado. De preferência, os setores devem ser informados sobre o:

- prazo de retorno pretendido, 10 dias corridos. Reconhecimento desse instrumento por parte dos profissionais que atuam nas Unidades de Internação e orientação às pacientes da respectiva Unidade, sobre a importância do seu preenchimento;
- Aprimorar os instrumentos de produção de dados da Ouvidoria, tendo por base os registros cadastrados oriundos das Fichas de Avaliação do Atendimento e Fichas de Atendimento da Ouvidoria;
- Intensificar a análise dos dados gerados pela Ouvidoria, com respectiva divulgação junto às diferentes instâncias de gestão da instituição;
- Avaliar e alterar os itens das Fichas de Avaliação do Atendimento, permitindo sua adequação à prestação dos serviços pelas Unidades (inclusão / exclusão de itens);
- Garantir a digitação das Fichas de Atendimento da Ouvidoria, permitindo a guarda do documento original elaborado pelo usuário e a inclusão de informações que foram verbalizadas pelo usuário no contato com o Ouvidor, mas que não foram registradas no documento inicial;
- Realizar a revisão e aprimoramento do fluxo das Fichas de Atendimento da Ouvidoria, incluindo a análise e providências de setor específico em relação a ocorrências que envolvam apuração de responsabilidade administrativa, civil e criminal.

Competências da ouvidoria

- Atender aos cidadãos que desejem apresentar uma manifestação (reclamação, denúncia, sugestão, solicitação e/ou elogio), fornecendo e orientando sobre o preenchimento da Ficha de Atendimento da Ouvidoria.

A instituição permitirá a facilitação de análise das informações recebidas bem como a manifestação da parte envolvida (responsável pela unidade e/ou funcionários da

unidade/setor) para que o Ouvidor possa encaminhar a devida resposta ao usuário.

A Resposta ao Usuário

A resposta ao usuário não encerra o trabalho da Ouvidoria. Todo atendimento prestado, incluindo o que foi informado ao usuário, constitui informação importante sobre a qual o ouvidor deve trabalhar e utilizar como instrumento para que o gestor da instituição adote medidas que elevem o padrão de qualidade dos serviços, buscando a melhoria contínua. É importante que haja um retorno ao usuário, quando o foco for de insatisfação pelo serviço devido uma causa a partir do registro na ficha de reclamação de atendimento da ouvidoria. Todas as partes envolvidas da Unidade/Setor serão avaliados através das reclamação bem como poderá ser encaminhada as Comissões de Ética Médica e Enfermagem, quando não for possível uma definição do caso, tendo em vista reclamações de conteúdo que não estão de acordo com Código de Ética Profissional.

Ações da Ouvidoria

Investir no fortalecimento da imagem da Ouvidoria como canal de comunicação dos usuários/ funcionários, ampliando a divulgação das atividades, através de cartazes e outros recursos audiovisuais.

Aumentar o número de Avaliações do Atendimento preenchidas, através de:

- Distribuição das Fichas aos usuários pelos próprios funcionários das Unidades/setor, orientando sobre a importância do seu preenchimento;
- Atender aos cidadãos que desejem apresentar uma manifestação (reclamação, denúncia, sugestão, solicitação e/ou elogio), fornecendo e orientando sobre o preenchimento da Ficha de Atendimento da Ouvidoria;
- Digitar a manifestação quando o usuário declarar limitações para manifestar-se por escrito; Nesse caso, e o usuário estando presente na Ouvidoria, será solicitada sua assinatura na Ficha de Atendimento impressa;

- Orientar que a identificação é facultativa (a identificação pode ficar reservada na Ouvidoria para posterior envio da resposta);
- Atender aos cidadãos que apresentam uma demanda específica e tomar as providências para resolução imediata, quando for o caso, independente de manifestação por escrito posterior;
- Atender e orientar aos cidadãos que apresentam demandas externas e/ou divergentes das normas e fluxos de atendimento do Hospital;
- Recolher as Fichas de Avaliação do Atendimento e Fichas de Atendimento depositadas nas Caixinhas da Ouvidoria instaladas nas unidades/setor;
- Providenciar a junção, no impresso de Ficha de Atendimento da Ouvidoria, das Avaliações de Atendimento que contém manifestação;
- Protocolar as Fichas de Atendimento recebidas através do atendimento pessoal ou recolhidas nas Caixinhas de Ouvidoria. O protocolo é efetuado através do registro em um livro através de uma sequência numérica anual. O número é anotado na respectiva Ficha de Atendimento;
- Efetuar contato telefônico junto aos usuários nos casos em que é necessário complementar / esclarecer a manifestação depositada nas Caixinhas da Ouvidoria;

PROPOSTA P/ IMPLANTAÇÃO DE SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO COM REALIZAÇÃO PERIÓDICA DE PESQUISA DE SATISFAÇÃO, COM DEFINIÇÃO DE USO DAS INFORMAÇÕES.

1. Metodologia E Pesquisa De Satisfação Dos Usuário

A Pesquisa de Satisfação dos Usuários consolida-se como importante instrumento gerencial e de planejamento. Surgiu da necessidade em conhecer o grau de satisfação dos usuários no que tange, não somente ao funcionamento da instituição, como em relação à qualidade do atendimento proporcionado pelos diversos setores. Além disso, estabelece canal de contato com os usuários e mantém em registro as inúmeras sugestões de melhoria, que integram ou que possam vir a integrar

o conjunto de demandas possíveis de serem atendidas e serve de instrumento para a realização de análises comparativas dos resultados, em contínua busca por manter e aprimorar o excelente nível de qualidade dos serviços.

De acordo com as prioridades, as proposições e recomendações dos usuários que responderam à pesquisa serão atendidas, na medida do possível, de acordo com o número e a pertinência dos comentários e sugestões.

As informações serão consolidadas mensalmente, através de relatórios, garantindo a informação na íntegra aos dirigentes, possibilitando assim, a avaliação contínua do nível da qualidade do serviço, buscando sempre a excelência no atendimento.

Serão utilizados dois instrumentos de pesquisa:

- Caixas de Sugestões espalhadas pela unidade;
- Formulário de Avaliação de Satisfação, os usuários e/ou acompanhantes serão incentivados a responder a avaliação e expressar sua opinião em relação aos diversos serviços oferecidos.

Os questionários serão aplicados diariamente pela equipe da ouvidoria por busca ativa ou demanda espontânea. A determinação do número de entrevistas se dará pelo escalonamento da população usuária da Unidade, garantindo sua representatividade na amostra dos usuários atendidos na unidade. A pesquisa deve ser informada e consentida pelo entrevistado e deverá conter dados do mesmo e fontes de avaliação do serviço prestado e clínica adotada de acolhimento e classificação de risco.

O planejamento das ações corretivas de pesquisas de satisfação será realizado de forma participativa com a presença dos coordenadores das áreas assistenciais e administrativas das Unidades.

O instrumento de pesquisa utilizado na avaliação do grau de satisfação do usuário terá seus dados armazenados em um banco de dados específico criado para o processo.

Mensalmente serão emitidos relatórios e entregues a direção e aos coordenadores dos serviços. Os relatórios deverão informar, entre outros, o número ou percentual de clientes insatisfeitos, a intensidade de satisfação/insatisfação e o motivo.

A coordenação de cada serviço proporá estratégias de intervenção que deverão ser comunicadas a população usuária. Serão propostos indicadores para avaliar as estratégias de intervenção. Esses indicadores serão avaliados trimestralmente e aplicadas às devidas medidas corretivas, se assim couber.

1.1. Instrumento de pesquisa

O modelo do questionário de satisfação do usuário será personalizado de forma a atender às necessidades da pesquisa.

Os critérios mínimos para uniformização da avaliação desse indicador serão os seguintes:

A satisfação do usuário deve seguir escala gradual de satisfação que varia de '5' (Muito Satisfeito) até '1' (Muito Insatisfeito) de acordo com a escala visual a seguir:



Caro (a) Usuário (a),

Estamos aqui para vos acolher bem. No intuito de atingirmos a excelência do serviço, implantamos esta pesquisa de satisfação.

Pedimos que responda a este breve questionário e nos ajude a obter melhores resultados.

Obrigado!

Data: ___/___/___.

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

Gênero: () Masculino () Feminino

() Outros: _____

Faixa Etária: () Menor de 18 () 18 a 30 () 31 a 45

() 46 a 60 () Acima de 60

Cidade de Origem: _____

OPCIONAL:

Nome: _____

Telefone: () _____

E-mail: _____

RELAÇÃO COM O HOSPITAL METROPOLITANO

() Paciente () Acompanhante () Outro

SETOR EM QUE O PACIENTE ESTÁ SENDO ATENDIDO

() Ambulatório Pediátrico

() Ambulatório Adulto

() Observação Pediátrica

() Observação Adulto

() UTI Pediátrica

() UTI Adulto

() Enfermaria Pediátrica

() Enfermaria Adulto

() CDI – Centro de Imagem

() Recepção

() _____

() _____

() _____

Avalie os serviços prestados pelo Hospital Metropolitano.

LEGENDA



INSATISFEITO INDIFERENTE SATISFEITO

Avalie os serviços prestados pelo Hospital Metropolitano

RECEPÇÃO (Gentileza, atenção, Informações recebidas)



LIMPEZA, HIGIENE E ORGANIZAÇÃO



ATENDIMENTO MÉDICO



ATENDIMENTO ENFERMAGEM



EXAME LABORATORIAL



ESTRUTURA DO HOSPITAL (Assentos, bebedouros e banheiros)



CONSULTÓRIOS (Lugar de espera no atendimento)



OUTROS (QUAIS?) _____



Observações e Sugestões

Sua opinião é muito importante

Serão encaminhadas aos setores competentes para providências.

APÓS PREENCHER ESTA PESQUISA, FAVOR DEPOSITAR NAS URNAS DA UNIDADE.

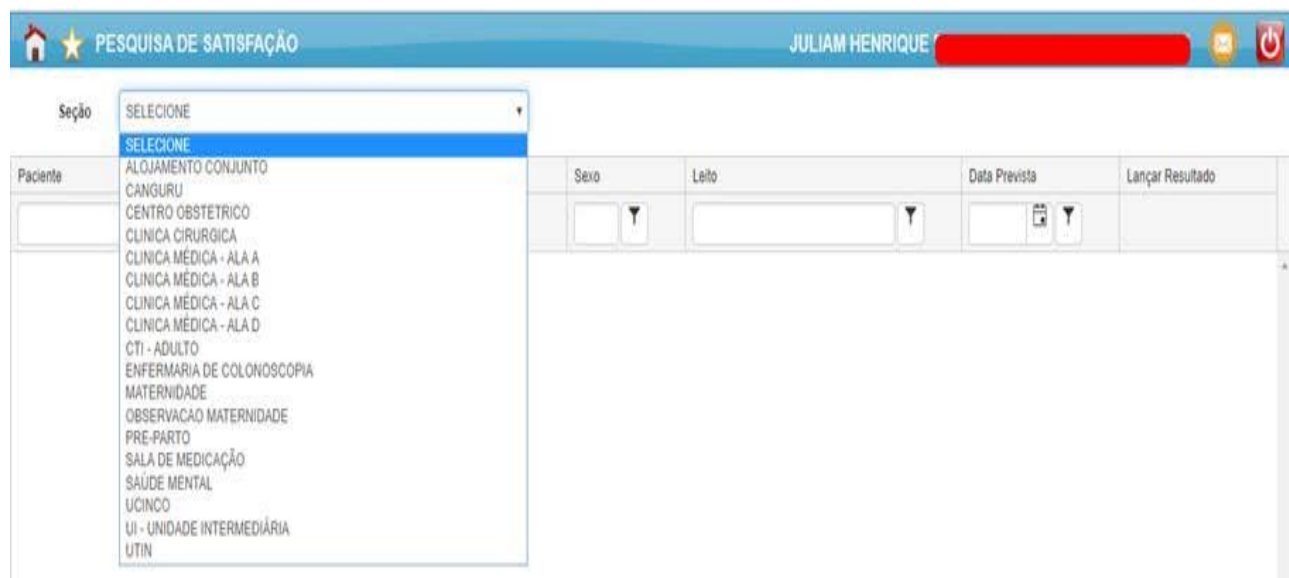
O modelo do questionário de satisfação do usuário será personalizado de forma a atender às necessidades da pesquisa.

Após apresentação dos resultados, planos de ações corretivas serão desenvolvidos pelos gestores, objetivando estabelecer bons níveis de satisfação dos usuários.

Em casos de denúncias e/ou reclamações de maior gravidade realizadas de forma espontânea, no campo aberto da pesquisa, a direção da Unidade será informada pela Ouvidoria com brevidade para a adoção de medidas corretivas imediatas. Os elogios serão divulgados trimestralmente nos murais da unidade.

A satisfação do usuário é prioridade máxima. Tomar decisões com base no feedback dos usuários é importante para o sucesso do atendimento das Unidades.

Passo 1 – Acessar ao programa Pesquisa de Satisfação




Paciente	Sexo	Leito	Data Prevista	Lançar Resultado
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Passo 2 – Seleção a seção e o paciente desejado

Seção

Paciente	Idade	Sexo	Leito	Data Prevista	Lançar Resultado
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	14	Feminino	409.04		
	27	Feminino	411.03		
	17	Feminino	411.02		
	42	Feminino	409.03		
	33	Feminino	414.01		
	16	Feminino	408.04		
	15	Feminino	416.02		

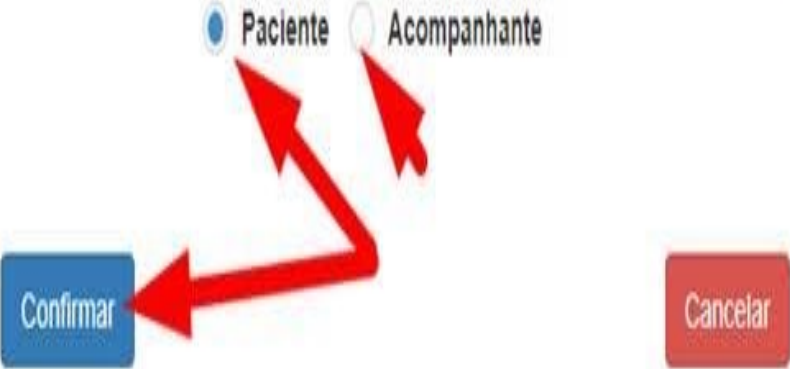


Passo 3 – Defina se a pesquisa será respondida pelo paciente ou acompanhante

Confirmação X

Por favor, informe quem responderá a pesquisa de satisfação.

Paciente Acompanhante



Passo 4 – Selecione a opção paciente internado – A visualização fica melhor, utilizando um tablet.



Passo 5 – Responda as perguntas existentes na pesquisa e clique em avançar



Como você avalia o atendimento recebido da equipe médica?

MUITO SATISFEITO SATISFEITO REGULAR INSATISFEITO MUITO INSATISFEITO

Voltar Avançar

Passo 6 – Ao finalizar o questionário, a seguinte mensagem será apresentada

Como você avalia o atendimento recebido da recepção?

MUITO SATISFEITO SATISFEITO REGULAR INSATISFEITO MUITO INSATISFEITO

Avançar

PESQUISA DE SATISFAÇÃO
PACIENTE INTERNADO

O seu atendimento foi registrado com sucesso. Obrigado.

1.1.2. Critérios De Aplicação E Avaliação Da Satisfação.

A seguir , apresentaremos as ações e os critérios de aplicação da satisfação, voltadas à pesquisa de satisfação dos pacientes e/ou acompanhantes e funcionários.

Medir a qualidade de um serviço é imprescindível para o planejamento, organização, coordenação e avaliação das atividades desenvolvidas em um projeto. Um programa de controle da qualidade é uma forma de monitorar e avaliar essas atividades, garantindo que elas ocorram conforme planejado, e buscando sempre a melhoria contínua.

A avaliação e o controle das atividades serão feitos por meio da definição de indicadores de desempenho que medem diretamente os aspectos relacionados às necessidades dos clientes. Um indicador pode ser uma taxa ou coeficiente, um índice, um número absoluto ou um fato.

Sua função principal é verificar se as atividades realizadas estão produzindo os resultados desejados e evidenciar a necessidade de ações de melhoria, bem como a tendência dos mesmos, garantindo assim a realização do programa com eficácia e eficiência.

Indicadores de desempenho devem medir, quantitativa e qualitativamente a eficácia dos processos e a satisfação dos clientes.

A avaliação da qualidade será feita por meio da aplicação de pesquisas e questionários, respondidos pelos principais envolvidos, com perguntas que identifiquem os principais indicadores de qualidade percebidos.

A tabulação dos resultados apurados fornece dados estatísticos que permitirão uma gestão ativa da satisfação dos clientes e uma avaliação preventiva de possíveis falhas.

Através deste método, buscaremos:

- Informações confiáveis a respeito do que está certo ou errado no desenvolvimento do projeto;

- Identificação de pontos estratégicos e priorização de esforços em direção a eles;
- Fornecimento de base para consenso sobre problemas, procedimentos e soluções,
- Objetividade da avaliação;
- Possibilidade de acompanhamento histórico;
- Definições sobre papéis e responsabilidades;
- Os resultados: o impacto da assistência prestada na situação de saúde, conhecimento e comportamento do paciente. Na dimensão epidemiológica, esta avaliação é feita por meio de indicadores específicos, tais como taxa de mortalidade e de infecção, média de permanência etc

1.1.3. Usuários/Clientes Pesquisados

Os usuários pesquisados serão os clientes SUS. A meta de universo mínimo pesquisado é de 10% do total de pacientes em situação de internação, de forma aleatória, juntamente do seu acompanhante, e 10% dos usuários a nível ambulatorial.

Esses clientes serão pesquisados de forma ágil, pois têm pouco tempo para responder a pesquisas com diferentes itens. A intenção da pesquisa é entender se o atendimento e ambiente foram satisfatórios e atenderam às expectativas.

A pesquisa será feita verbalmente, registrada em papel, sendo obrigatoriamente anônima, apenas com identificação numérica.

Será fornecida uma planilha de consolidação para preenchimento das respostas obtidas, dividindo as avaliações em três grupos: o de pacientes internados, o de acompanhantes de pacientes internados e o de pacientes em atendimento ambulatorial.

1.1.4. Profissionais Das Unidades De Saúde

A função das pesquisas, no caso dos profissionais lotados nas Unidades de Saúde, é desenvolver relacionamentos de maior confiança com seu empregador, motivar esses profissionais, promover a ligação com a gerência e servir como apoio para verificar a qualidade da infra-estrutura do local

de trabalho, verificar o treinamento e os suprimentos necessários, promovendo assim um processo contínuo de auto-melhoria da equipe.

Essas pesquisas poderão variar bastante de acordo com as informações que se queira colher. Os canais de comunicação com os profissionais, via recursos humanos e acesso a alta administração estarão igualmente abertos.

O modelo do questionário de satisfação do usuário será personalizado de forma a atender às necessidades da pesquisa.

1.2. Descrições Do Procedimento

AÇÃO	RESPONSÁVEL	REGISTRO	DESCRIÇÃO DA AÇÃO
01.Recolher Questionários	Assistente de Ouvidoria	Formulário específico	Recolher os questionários no mínimo, uma vez por semana das urnas e setores responsáveis pela aplicação.
02.Fazer Análise	Assistente de Ouvidoria		Fazer uma análise dos questionários, numerando os que apresentarem condições mínimas de computação das respostas.
03.Inviabilizá a computação da resposta	Assistente de Ouvidoria		Inviabilizará a computação das respostas, o questionário, Em que somente os campos de identificação do usuário e paciente tiverem sido preenchidos, e/ou somente o campo de observações e sugestões.
04.Registrar as respostas	Assistente de Ouvidoria	F(NG).APC.024-1	Registrar as respostas do questionário nos campos correspondentes da planilha estatística, sempre utilizando o número 1.
05.Registrar na planilha	Assistente de Ouvidoria		Caso o usuário marque duas respostas antagônicas (ex.: satisfeito e insatisfeito), o campo a ser preenchido na planilha será



			<p>“não respondido”. Caso o usuário marque duas respostas semelhantes (ex.: muito satisfeito e satisfeito), o campo a ser preenchido na planilha será “satisfeito”;</p> <p>Caso o usuário preencha o campo “especialidade”, mas não assinale sua avaliação, será considerada a avaliação dada à equipe médica; caso também esse serviço não tenha sido avaliado, a indicação será desconsiderada, sendo marcado o campo “não respondido”.</p> <p>Todos os serviços (inclusive as especialidades médicas) não avaliados pelo usuário terão o campo “não respondido” preenchido.</p>
06.Conferir todas as respostas	Assistente de Ouvidoria		Conferir se todas as respostas foram digitadas no campo correto da planilha, bem como se os dados gerados correspondem às respostas.
07.Enviar planilha a estatística	Assistente de Ouvidoria	F(NG).APC.024-1	Verificada a exatidão dos dados, enviar planilha para o setor de estatística da unidade.



08. Transcrever apontamentos registrados	Assistente de Ouvidoria		Transcrever os apontamentos registrados no item “observações e sugestões” em planilha própria contendo, quando possível: Número do questionário; Relação do respondente com a unidade; Identificação do respondente; Telefone de contato; Transcrição das observações entre aspas.
09. Encaminhar observações aos setores responsáveis	Assistente de Ouvidoria	F(NG).APC.025-1	Encaminhar as observações para os setores responsáveis, tratando-as como demandas, quando necessário.
10. Encaminhar a direção	Assistente de Ouvidoria	F(NG).APC.024-1	Encaminhar planilha estatística e planilha descritiva da pesquisa à Direção.

Além do registro feito no campo “observações e sugestões” poderão ser enviadas também planilhas individualizadas para os setores informando da taxa de satisfação alcançada por cada um.

F. PROPOSTA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE;

Educação Permanente: detalhar o plano proposto, procedimentos e critérios para seleção de temas, periodicidade e resultados esperados.

1. EDUCAÇÃO EM SAÚDE/ CAPACITAÇÃO

A educação continuada é um processo dinâmico de ensino-aprendizagem, destinado a atualizar e melhorar a capacitação de pessoas. É um elemento importante no funcionamento de qualquer instituição, com o objetivo de adequações de funções para melhorar a eficiência e qualificação dos colaboradores, a competência profissional e o nível de satisfação do usuário.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece a educação continuada como essencial para a qualidade da assistência à saúde. Entende que auxilia no desenvolvimento dos recursos humanos, num esforço sistemático de melhorar o funcionamento dos serviços através do desempenho do pessoal.

Assim, para minimizar e qualificar as deficiências encontradas no ambiente de trabalho, foi proposto à implementação da educação permanente em saúde, que tem por desafio:

1. Mobilizar os profissionais de enfermagem para resgatar a concepção voltada para o desenvolvimento de suas práticas;
2. Orientar e educar, identificar as necessidades das equipes de enfermagem que atuam nos diferentes setores para minimizar as deficiências de mão de obra;
3. Realizar treinamentos teóricos e práticos nos setores com os enfermeiros e técnicos de enfermagem para exercício diário de aprimoramento técnico/prático, para que os mesmos aperfeiçoem seu processo de trabalho (tomada de decisão, liderança, supervisão, habilidades, flexibilidade e trabalho corpo-a-corpo);
4. Ao admitir novos colaboradores será realizada a integração dos mesmos na instituição pelo enfermeiro da educação continuada, onde após a contratação será

realizado prioritariamente a apresentação da área física da instituição como um todo, posteriormente irá ser entregue o cronograma de ambientação nos setores, contendo a data e horário.

O cronograma contemplará a programação das aulas teóricas e práticas tanto das aulas teóricas quanto das aulas práticas;

5. As **aulas teóricas**: serão ministrados conteúdos em sala de aula. Antes do início de cada aula será realizado pré-teste para avaliação do conhecimento relacionado ao assunto a ser estudado, e no final de cada aula será realizado o pós-teste para avaliar se adquiriram conhecimento suficiente para executarem suas tarefas no dia-a-dia, de forma que visem o desenvolvimento do serviço nas unidades assistenciais;

6. As **aulas práticas**: o enfermeiro da educação continuada irá acompanhar monitorizar, direcionar e explicar os procedimentos realizados nos setores. Os novos colaboradores estarão sendo avaliados durante a realização dos procedimentos técnicos relacionados à assistência. Estarão sendo observados quanto ao seu processo de desenvolvimento conhecimento, habilidades e comunicação no trabalho, para que possam:

- Ser avaliado os resultados;
- Adquirir o desenvolvimento da capacidade técnica;
- Conhecer o seu perfil do colaborador;
- Observar a qualidade no atendimento ao usuário;
- Identificar os problemas, diagnosticando a necessidades de mudança;
- Detectar formas alternativas para a correção de falhas;
- Proporcionar “feedback” aos funcionários sobre o seu desempenho.

7. As formas de avaliação: Descrever a sistemática de prova no início de cada plantão

Os colaboradores novos serão avaliados no período dos 40 e 85 dias pelo enfermeiro da educação continuada junto com o enfermeiro assistencial do setor, através do *Formulário de Avaliação de Desempenho Técnico/Prático de Enfermagem*;

8. Durante o período de experiência na unidade assistencial, o enfermeiro da área deverá realizar o acompanhamento do novo colaborador, e informar ao enfermeiro da educação continuada qualquer dificuldade que o novo colaborador esteja enfrentando.

O enfermeiro da educação continuada passará a acompanhar o novo colaborador para identificar possíveis fragilidades que deverão ser trabalhadas ainda no período de experiência.

9. Todas as informações relacionadas ao acompanhamento do colaborador, em período de experiência, deverão ser registradas no formulário de desempenho técnico/prático de enfermagem;

10. Ao completar 60 dias será realizada uma prova teórica, para avaliar o conhecimento básico, teórico, prático e gerencial que o colaborador adquiriu no período de experiência;

11. Durante a avaliação de 85 dias, o enfermeiro da educação continuada emite o parecer liberando ou não o colaborador para assumir as atividades nas unidades assistenciais;

12. Caso o colaborador não esteja apto ao desempenho das atividades em 90 dias, o enfermeiro da educação continuada e o enfermeiro responsável pela área de trabalho do novo colaborador deverão finalizar a avaliação procedendo ao desligamento do avaliado. Ainda, de acordo com a avaliação de ambos os enfermeiros, haverá situações em que o novo colaborador poderá apresentar deficiências que poderão ser trabalhadas após 90 dias de experiência, para estes casos deverá ser aberto um plano de ação para capacitação do novo colaborador. Este será liberado para as atividades nas unidades somente após avaliação e registro do enfermeiro da educação continuada e após a execução do plano de ação;

13. A avaliação será encaminhada ao Núcleo de Educação Permanente (NEP) para registro e acompanhamento.

1.1. NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Serviço responsável por atuar no desenvolvimento dos Recursos Humanos (Médicos, Enfermagem e demais trabalhadores da unidade) através da educação contínua com vistas à qualidade da intervenção, em todas as áreas e profissionais das unidades. É responsável por desenvolver o agir técnico da força dos Recursos Humanos,

proporcionando aprofundamento de conhecimentos dos profissionais de saúde por meio da capacitação pedagógica em várias áreas e níveis de complexidade, visando a qualificação do processo assistencial à população. Este serviço poderá desenvolver atividades em parceria com o Hospital, visando ações voltadas à comunidade.

1.2. TREINAMENTO E DESENVOLVIMENTO:

Os programas de T&D (treinamento e desenvolvimento) e/ou Serviço de Educação Permanente serão desenvolvidos regularmente em duas etapas:

1. Integração dos colaboradores a nova estrutura e serviços da Unidade ao qual serão lotados, contemplando o seguinte conteúdo Programático:

- Apresentação da Parceria Pública/O.S., Missão, Visão e Valores da Organização Social em consonância com a Secretaria de Saúde;
- Apresentação do Perfil Assistencial específico da Unidade;
- Apresentação das Normas Administrativas e trabalhistas;
- Apresentação de Rotinas e Instruções de Trabalho de Biossegurança, Infecção Hospitalar e outras.
- Apresentação de Rotinas e Instruções de Trabalho específicas por categoria profissional;
- Visita de reconhecimento da Unidade.

Meta: Esta etapa deverá atingir a todos os colaboradores que atuarão na unidade

2. De acordo com as necessidades específicas de implantação de rotinas, atualização de procedimentos, manuseio de aparelhos e materiais, implantação de novos equipamentos e materiais médicos hospitalares, temas sugeridos e dados evidenciados pela avaliação de desempenho dos profissionais.

Meta: atingir 100% das categorias que envolve o tema abordado.

Abaixo segue tabela com alguns dos Treinamentos programados para o Serviço de Educação Continuada.

Proposta de Capacitações para as Unidades

1.2.1. PROPOSTA DE TREINAMENTOS

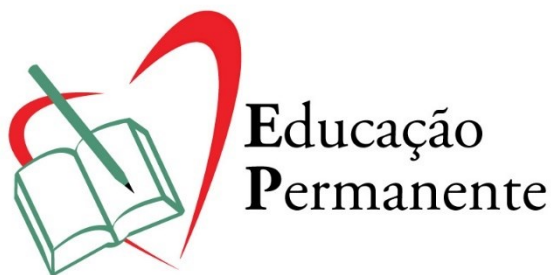
Tipo de Capacitação	Carga Horária	Público
Atendimento ao Cliente, Linguagem Corporal e Verbal. Apresentação Pessoal	08	Todos
Biossegurança e Precauções universais	08	Todos
Prevenção de Acidentes de Trabalho	08	Todos
Oficina de Humanização	08	Todos
Fundamentos de Enfermagem	04	Enfermagem
Administração de Medicamentos	04	Enfermagem
Curativos	04	Enfermagem
Gerenciamento de Risco	08	Enfermagem
Planos de Contingência e Catástrofes	16	Todos
Instrumentos Gerenciais	04	Todos
Estatística, Epidemiologia e Indicadores	04	SAME
Sistematização da Enfermagem	16	Enfermeiros
Qualidade	16	Todos

Todos os Treinamentos e capacitações serão avaliados pelos participantes e a performance e desempenho dos profissionais após realização dos treinamentos e capacitações serão realizadas através de:

- **Avaliação escrita:** aplicada logo após a realização do curso ou capacitação;
- **Avaliação de Eficácia e resultados:** aplicada após 90 dias do término do treinamento, pelo superior, não podendo ultrapassar 15 dias e preenchido pelo mesmo;

- **Avaliação de Comportamento no Trabalho:** Visa identificar mudanças de comportamento que geram desempenho no trabalho, mostra o impacto dos programas de treinamento em relação à aderência ao que foi ensinado, se está sendo aplicado na prática do serviço desenvolvido. Esse método de avaliação identifica através da busca em prontuários e auditoria.

2. PLANO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE DO IEC



O Instituto Elisa de Castro, entende a importância do processo educativo se propõe a implantar e executar as ações de Educação Permanente

A definição pedagógica para o processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho – ou da formação – em saúde em análise, que se permeabiliza pelas relações concretas que operam realidades e que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação

de sentido dos atos produzidos no cotidiano.

A Educação Permanente em Saúde, ao mesmo tempo em que disputa pela atualização cotidiana das práticas segundo os mais recentes aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis, insere-se em uma necessária construção de relações e processos que vão do interior das equipes em atuação conjunta, – implicando seus agentes –, às práticas organizacionais, – implicando a instituição e/ou o setor da saúde –, e às práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais, – implicando as políticas nas quais se inscrevem os atos de saúde.

A educação permanente propõe que a transformação das práticas profissionais deva estar baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais de profissionais reais em ação na rede de serviços. Propõe-se, portanto, que os processos de capacitação do pessoal da saúde sejam estruturados a partir da problematização do seu processo de trabalho e que tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde.

A atualização técnico-científica é apenas um dos aspectos da transformação das práticas e não seu foco central. A formação e desenvolvimento englobam aspectos de produção de subjetividade, de habilidades técnicas e de conhecimento do SUS.

As demandas para capacitação não se definem somente a partir de uma lista de necessidades individuais de atualização, nem das orientações dos níveis centrais, mas prioritariamente a partir dos problemas da organização do trabalho, considerando a necessidade de prestar atenção relevante e de qualidade, com integralidade e humanização.

A lógica da educação permanente é descentralizadora, ascendente e transdisciplinar. Essa abordagem pode propiciar a democratização institucional; o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem, da capacidade de docência e de enfrentamento criativo das situações de saúde; de trabalhar em equipes matriciais e de melhorar permanentemente a qualidade do cuidado à saúde, bem como a constituição de práticas técnicas críticas, éticas e humanísticas.

A educação permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa, que promove e produz sentidos, e sugere que a transformação das práticas profissionais esteja baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais, de profissionais reais, em ação na rede de serviços. A educação permanente é a realização do encontro entre o mundo de formação e o mundo de trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho.

Propõe-se, portanto, que os processos de qualificação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde e tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização da atuação e da gestão setorial em saúde. Neste caso, a atualização técnico-científica é apenas um dos aspectos da transformação das práticas e não seu foco central. A formação e o desenvolvimento englobam aspectos de produção de subjetividade, de habilidades técnicas e de conhecimento do SUS.

2.1.1. METODOLOGIA A SER APLICADA

A gestão da Educação Permanente em Saúde será feita por meio de um Grupo de Gestores nomeados pela Diretoria, que são instâncias de articulação interinstitucional, como rodas para a Gestão da Educação Permanente em Saúde, que deverá:

- Organizar espaços para o estabelecimento do diálogo e da negociação entre os atores das ações e serviços do SUS e das instituições formadoras;
- Identificar necessidades para a construção de estratégias e de políticas no campo da formação e desenvolvimento, na perspectiva de ampliação da qualidade da gestão, da qualidade e do aperfeiçoamento da atenção integral à saúde, do domínio popularizado do conceito ampliado de saúde e do fortalecimento do controle social no SUS;
- Identificar temas e conteúdo a serem trabalhados com os profissionais, com formato de curso;
- Melhorar a qualidade dos serviços, mediante um processo educativo permanente e comprometido com a prática do trabalho;
- Desenvolver Equipes (de atenção, de gestão) em qualquer esfera do sistema;
- Aumentar a resolutividade das ações frente aos problemas prevalentes;
- Fortalecer o processo de trabalho das equipes da Unidade;
- Fortalecer o compromisso com a saúde da população por parte dos membros da equipe.

Atividades de educação permanente serão realizadas ou recomendadas em diferentes momentos e de forma sistemática para os todos os públicos, com foco na manutenção e ampliação da cultura de segurança com conceitos gerais e específicos setoriais na segurança do paciente e gerenciamento de riscos, especialmente em relação aos 5 protocolos de segurança que estão em desenvolvimento e constituem foco principal do presente plano.

A área de Educação Permanente do IEC, tem por finalidade promover a melhoria da

qualidade da assistência, buscando oportunidades de ensino, mediante o desenvolvimento dos profissionais do corpo assistencial.

A importância da educação permanente do profissional no local de trabalho facilitará a transformação do potencial em comportamento e atitudes objetivas, através, de constantes reciclagens e atualizações, gerando melhorias e otimizando os resultados da assistência e todas as demais áreas.

A Educação Permanente é o componente essencial dos programas de formação e desenvolvimento de recursos humanos das instituições. O desenvolvimento da equipe de saúde é

um dos fatores que deve assegurar a qualidade do atendimento ao usuário e a sobrevivência da unidade de saúde neste cenário de mudanças e competitividade.

A garantia da qualidade dos serviços prestados se dá através de programas de capacitação bem organizados com monitorização e avaliação dos resultados dos cuidados, com declínio de riscos através da padronização do processo e equipes adequadamente treinadas.

Desta forma percebemos a necessidade de incorporar na prática o eixo pedagógico que se trata de uma mudança paradigmática, no sentido de perceber o trabalhador na sua totalidade, compreendendo que este necessita estar continuamente em processo de crescimento pessoal e profissional, elaborando um diagnóstico do perfil da sua práxis.

A busca pelo aprimoramento daqueles que trabalham nas unidades de saúde dar-se-á não apenas pela oferta de educação continuada, mas também pela oportunidade dos profissionais sentirem-se agentes do seu próprio aprendizado.

Proporcionar o desenvolvimento pessoal e profissional da equipe, ampliando seus conhecimentos e habilidades técnicas, através de um cronograma de treinamentos teóricos e práticos, bem como selecionar e capacitar pessoas para atender e levar ao paciente a assistência de qualidade.

Estruturar um serviço que atenda às necessidades dos profissionais da assistência.

Conscientizar da importância do desenvolvimento prático, qualificando e capacitando profissionais buscando reter talentos para a empresa.

Desta forma, percebendo a necessidade de incorporar na prática o eixo pedagógico que se trata de uma mudança paradigmática, o responsável de cada setor se encarregará de levantar as necessidades de treinamentos buscando abranger os seguintes critérios:

- Rotinas de trabalho relacionadas ao setor e rotinas sistêmicas, que serão aplicáveis a toda organização; Demandas identificadas nas Avaliações de Desempenho de cada colaborador;
- Comportamentais;
- Treinamentos obrigatórios por Lei.

Melhoria de processos referentes os indicadores de resultado, relatos de não conformidade, pesquisa de satisfação do cliente interno e pesquisa de clima.

No modelo de Gestão do IEC, a educação é fundamentada pela prática, através de estágios curriculares, visitas técnicas, pós graduação, além de um programa de educação permanente para os colaboradores.

Todos os profissionais da unidade, estarão em constante atualização, seja através de literatura especializada, problematização em serviço, ensino à distância, participação em congressos e outros eventos relacionados. Mantendo os colaboradores atualizados, os profissionais deverão estudar a aplicabilidade dos novos conceitos ou tecnologias no âmbito da saúde.

Neste contexto, propomos um Setor de Educação Permanente, especificamente para promover ensino, pesquisa e atividade de extensão.

A qualificação do cuidado e a ampliação do acesso estão entre os principais temas trabalhados pelo IEC. Pensando na qualificação dos profissionais e dos processos de trabalho e do cuidado em saúde, propomos a realização de atividades formativas para discussão de temas relevantes ao Sistema Único de Saúde e ao município, listados a seguir:

- Acolhimento e Humanização: Política Nacional de Humanização e integralidade no cuidado à saúde. Esta atividade visa ampliar o acesso aos serviços de saúde, qualificando o acolhimento realizado pelas equipes, principalmente para os profissionais que atuam na recepção e triagem, fortalecendo, assim, o vínculo usuário-serviço-trabalhador;
- Acidentes com perfuro-cortantes: prevenção de acidentes com perfuro-cortantes, reforçando as diretrizes treinamento da NR32;
- Indicadores de saúde e faturamento;
- Lavagem de mãos: campanha de conscientização para o correto procedimento de lavagem de mãos. Essa atividade visa atuar no controle de infecção;
- Assistência farmacêutica: Uso de medicamentos específicos, fluxos de medicamentos não atendidos pela REMUME, medicamentos com condições específicas de prescrição e dispensa.

O processo de mudança organizacional é estruturado na educação construtivista, na consultoria de procedimentos, nos valores individuais e na convergência dos objetivos.

A Alta administração –, Gerência, Coordenação, Corpo Clínico devem estar cientes e comprometidos com a proposta, cedendo um tempo para isto, tendo vontade para promover mudança e se responsabilizem por todo o processo, sendo este um fator crítico de sucesso.

O aprendizado é baseado na experiência e não só em conhecimentos intelectualizados.

As atividades serão orientadas para a ação dentro da Organização, tendo o coordenador como um facilitador do processo e a organização como o sujeito das ações, ou seja, vivenciamos os métodos e ferramentas e as pessoas da organização praticam e concretizam as ações de mudanças. Há ênfase em mudar atitudes e comportamentos.

2.1. 2. OBETIVO GERAL

Capacitar todas as forças produtivas para o desenvolvimento de um processo planejado de mudanças organizacionais, envolvendo gestão estratégica, humanização do atendimento, gestão do ambiente e processos.

2.1. 3. OBETIVOS ESPECÍFICOS

- Contribuir ativamente para a modernização e desenvolvimento do setor saúde;
- Proporcionar o desenvolvimento científico, gerencial, técnico e emocional dos profissionais;
- Contribuir para a oferta de serviços eficazes, capazes de satisfazer as reais necessidades dos pacientes;
- Identificar, compreender e facilitar os processos e fatores críticos presentes na relação entre profissionais e administração;
- Refletir sobre os fatores intra e interpessoais que afetam as relações humanas;
- Desenvolver um sistema de gestão do ambiente que promova o bem-estar, a segurança e satisfação dos usuários;
- Desenvolver um sistema de gestão de processos com vistas à melhoria contínua.

2.1. 4. ESTRUTURA NECESSÁRIA

O programa de educação permanente contará com uma área dedicada ao Ensino e pesquisa e contará com apoio de todos os gerentes e responsáveis de serviço que fazem parte da nossa equipe. Este Núcleo será responsável por todo o Programa de Educação Permanente.

2.1. 5. PERFIL TÉCNICO DA LIDERANÇA EM EDUCAÇÃO PERMANENTE

- Experiência e Domínio em métodos de Gestão pela Qualidade;
- Domínio ferramentas de qualidade, Ciclo de Aprendizagem e condução de reuniões;
- Habilidade e conhecimento científico/técnico na aplicação de diversos modelos de intervenção, conforme as fases e os ciclos da organização e do indivíduo;
- Conhecimento e prática na aplicação de dinâmicas e técnicas vivenciais de grupo;
- Habilidades para lidar com estratégias e atitudes comportamentais e com os conflitos existentes entre grupos x organização;
- Conhecimento científico e técnico em modelos de intervenção de educação construtivista; Habilidade interpessoal e experiência na resolução de conflitos e métodos de tomadas de decisão.

2.1. 6. DINAMICA INICIAL DE TRABALHO

De acordo com a metodologia sugerida, a liderança em questão seguirá os seguintes passos: Entrevista com Diretoria Geral e Gerência operacional e administrativa de cada lote.

Entrevista com os Coordenadores e demais profissionais da unidade.

Visita in loco, às instalações da unidade, visando observar a estrutura física, os processos de trabalho, e a cultura organizacional.

Reunião para apresentação das percepções levantadas pela liderança em Educação permanente durante o processo de diagnóstico.

2.1. 7. PRAZO

O prazo esperado para a obtenção dos primeiros resultados é em torno do primeiro ano de treinamento em Serviço. Este prazo é necessário, já que nos primeiros meses as lideranças estarão em contato com toda a unidade, promovendo palestras, encontros e discussões, percebendo as demandas de cada setor, para então obter os resultados em conjunto.

2.1. 8. PROGRAMA DE TREINAMENTO E DESENVOLVIMENTO DE PESSOAS

O objetivo do Programa é definir diretrizes para o Desenvolvimento de Pessoas da IEC, estabelecer estratégias e explicitar aos colaboradores os critérios que o norteiam.

Anualmente o ICE realizará o Levantamento das Necessidades de Treinamento a fim de elaborar o Plano de Desenvolvimento de Pessoas (PDP), que se define pelo conjunto de programas de treinamento planejados para o decorrer do ano, com custos e com cronograma da realização das atividades.

a). Levantamento de Necessidade de Treinamento

O processo de levantamento de necessidades resultará em um conjunto de informações relativas ao treinamento e desenvolvimento de pessoal, tais como:

- ✓ Justificativa das necessidades;
- ✓ Pessoas envolvidas no processo;
- ✓ Tipos de ações possíveis;
- ✓ Prioridade de atendimento;
- ✓ Sugestões de instituições patrocinadoras do evento;
- ✓ Matriz de Competências, Perfil ocupacional de entrada x Qualificação Profissional: Síntese das responsabilidades, escolaridade, experiência, conhecimentos básicos, habilidades e requisitos desejáveis para o ocupante do cargo e a qualificação de cada colaborador neste perfil;
- ✓ Diagnóstico: Análise das causas de déficits de desempenho ou da diferença entre o nível real e o nível desejado das competências profissionais dos colaboradores.

O diagnóstico irá abranger dois níveis:

I. Organizacional – Análise em nível macro organizacional das necessidades de treinamento, voltado ao atendimento dos objetivos estratégicos;

II. Individual e de Equipe – Voltado para o estabelecimento das competências necessárias para cada colaborador ou para cada área, com vistas ao Plano Estratégico estabelecido pelo IEC.

b). Avaliação de Eficácia do Programa

É posterior a realização da ação. É realizada pela liderança do colaborador que participou do evento. Objetiva verificar a aplicação dos conteúdos apreendidos.

Trata-se de averiguar até que ponto o treinamento produziu as modificações desejadas e se os resultados obtidos contribuíram efetivamente para os objetivos do IEC.

Para efeito de análise, deverão ser considerados:

- ✓ Avaliações do aprendizado;
- ✓ Avaliação de satisfação;
- ✓ Produtividade alcançada antes e depois; Resultado da avaliação de desempenho;
- ✓ Clima de trabalho;
- ✓ Relacionamento interpessoal;
- ✓ Aplicação dos conhecimentos obtidos.

G.SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL QUANTO AO DESCARTE DE RESÍDUOS;

Sustentabilidade ambiental quanto ao descarte de resíduos: descrever o plano proposto, bem como as etapas de sua implantação e os ganhos previstos.

1. Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Saúde - PGRSS

Considerando que a responsabilidade pelo diagnóstico e implantação do PGRSS, será da Comissão de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Saúde, conforme cronograma definido no escopo deste plano.

Os resíduos sólidos de serviços de saúde, segundo a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), são aqueles gerados em qualquer serviço prestador de assistências médicas, sanitárias ou estabelecimentos congêneres, podendo então ser provenientes de hospitais, farmácias, unidades ambulatoriais de saúde, clínicas e consultórios médicos, laboratórios de análises clínicas e patológicas, instituições de ensino e pesquisa médica e bancos de sangue e serviços odontológicos (ANVISA, 2006).

Portanto, a implantação de processos de segregação dos diferentes tipos de resíduos em sua fonte e no momento de sua geração conduz à minimização de resíduos, em especial aqueles que requerem um tratamento prévio à disposição final. Nos resíduos onde predominam os riscos biológicos, deve-se considerar o conceito de cadeia de transmissibilidade de doenças, que envolve características do agente agressor, tais como capacidade de sobrevivência, virulência, concentração e resistência, da porta de entrada do agente às condições de defesa naturais do receptor (ANVISA 2006).

Considerando esses conceitos, foram publicadas as Resoluções RDC ANVISA no 306/04 e CONAMA no 358/05, que dispõe sobre o gerenciamento interno e externo dos Resíduos de Serviços de Saúde (RSS). Dentre os vários pontos importantes, destaca-se a importância dada à segregação na fonte, à orientação para os resíduos que necessitam de tratamento e a

possibilidade de solução diferenciada para disposição final, desde que aprovada pelos órgãos competentes.

1.1. Classificação Dos Resíduos De Serviços De Saúde

Identificação e Classificação Dos Resíduos Gerados:

A classificação dos resíduos produzidos na unidade está de acordo com as resoluções CONAMA no 358/05 e ANVISA RDC 306/04.

GRUPO A: Resíduos Infectantes

São resíduos que apresentam riscos potenciais à saúde pública e ao meio ambiente, devido à presença de agentes biológicos e que podem apresentar risco de infecção. Enquadra-se neste grupo:

A1- Resíduos Biológicos: Culturas e estoques de microrganismos, descarte de vacinas com prazo de validade expirados, bolsas transfusionais contendo sangue ou com validade vencida, sobras de amostras de laboratórios contendo sangue ou fluídos corpóreos.

A3- Peças Anatômicas: Peças anatômicas (membros) do ser humano, produto de fecundação sem sinais vitais (peso menor de 500 gramas ou menor de 25cm ou idade gestacional menor que 20 semanas) sem valor científico ou legal e não requerido por familiar.

A4- Resíduos Cirúrgicos: Kits de linhas arteriais, endovenosas e dialisadores, sobras de amostras de laboratório e seus recipientes contendo fezes, urina e secreções, resíduos provenientes de procedimento cirúrgicos ou de anatomopatológicos, bolsas transfusionais vazias ou com volumes residuais pós- transfusão.

A5- Contaminação com Príons: órgãos, tecidos, fluidos orgânicos, materiais perfurocortantes ou escarificantes e demais materiais resultantes da atenção à saúde de indivíduos ou animais com suspeitas ou certezas de contaminação com príons.

GRUPO B: Resíduos Químicos

Resíduos que apresentam risco potencial à saúde pública e ao meio ambiente, devido as suas características químicas, inflamabilidade, corrosividade, reatividade e toxicidade.

Produtos hormonais e produtos antimicrobianos; antineoplásicos, digitálicos, imunossuppressores e antiretrovirais, quando parcialmente utilizados, descartados pela farmácia e controlados pela Portaria MS344/98, Portaria CVS nº21 e suas atualizações.

Resíduos de saneantes e desinfetantes, resíduos contendo metais pesados; reagentes de laboratórios, inclusive os recipientes contaminados por estes;

Efluentes de processadores de imagem, (reveladores e fixadores) e efluentes dos equipamentos automatizados em análises clínicas;

Exemplos de RPM: entre outros, agulhas, seringas, e demais dispositivos para punção venosa, equipos e conjuntos de infusão, ampolas, frascos de soro e soluções, esparadrapos e adesivos, cateteres em geral, filtro HEPA, materiais de limpeza e de contenção de derramamentos e acidentes, mascaras, luvas quando contaminadas ou que tiveram contato com medicamentos listados no Anexo II da Portaria CVS nº21, esses medicamentos quando vencidos ou parcialmente utilizados e excretas de pacientes (fezes e urina) tratados com esses medicamentos, quando não passíveis de destinação por sistema de esgotamento sanitário.

GRUPO D: Resíduos Comuns:

Resíduos que não apresentam risco biológico, químico ou radiológico à saúde ou ao meio ambiente, podendo ser equiparados aos resíduos domiciliares.

Papel de uso sanitário e fralda, absorventes higiênicos, papel toalha, lenço umedecido, restos alimentares de paciente;

Sobras de alimentos e do preparo de alimentos;

Resto alimentar de refeitório;

Resíduos de gesso provenientes de assistência a saúde;

Resíduos de varrição e jardinagem;

Resíduos provenientes das áreas administrativas;

Embalagens de papel e plástica sem resíduos de sangue e ou fluidos corporais;

Copos descartáveis;

Papeis de escritório;

Talheres plásticos descartáveis;

Garrafas plásticas;


Latas em geral sem resíduos tóxicos.



Os materiais recicláveis, devido a sua natureza, podem ser reutilizados ou ser transformados em matéria prima para fabricação de novos produtos. São os recicláveis, papel, papelão, vidros, alumínio e plásticos.



1.1.1. Identificação e Manejo dos Resíduos.

Os sacos de coleta devem atender os parâmetros estabelecidos de acordo com a NBR7500, da ABNT.

A identificação dos resíduos de cada grupo segue a simbologia abaixo:

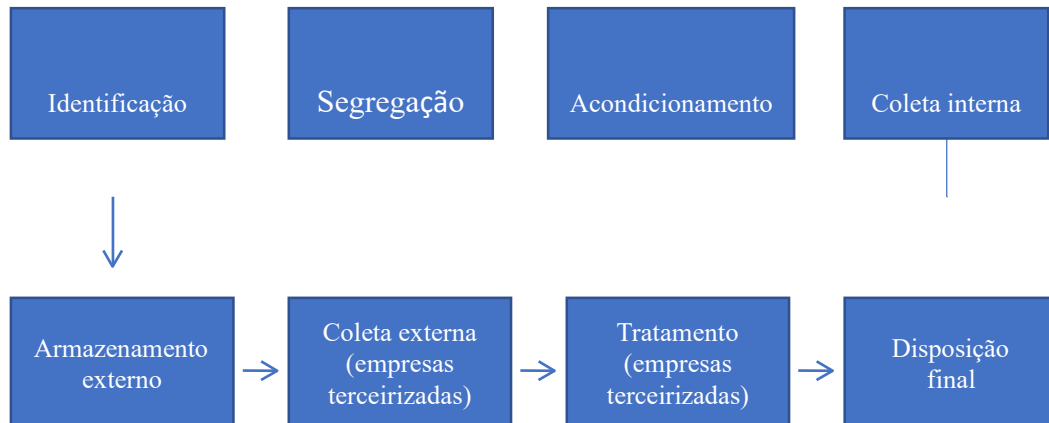
Simbologia	Orientação
	<p>O Grupo A é identificado pelo símbolo de substância infectante, constante na NBR-7500 da ABNT, com rótulos de fundo branco, desenho e contornos pretos</p>

	<p>O Grupo B é identificado através do símbolo de risco associado, de acordo com a NBR 7500 da ABNT e com discriminação de substância química e frases de risco.</p>
	<p>O Grupo C é representado pelo símbolo internacional de presença de radiação ionizante em rótulos de fundo amarelo e contornos pretos, acrescido da expressão REJEITO RADIOATIVO.</p>

	<p>O Grupo D é identificado pelo símbolo de material reciclável. Caso o local realize reciclagem, a identificação adotada deve usar códigos, cores e nomeações baseadas na Resolução 275/01.</p>
	<p>O Grupo E é identificado pelo símbolo de substância infectante, com rótulos de fundo branco, desenho e contornos pretos, acrescido da inscrição de RESÍDUO PERFUROCORTE, indicando o risco que apresenta o resíduo.</p>

O Manejo dos RSS, segundo a Resolução ANVISA RDC no 306/04, é entendido como a ação de gerenciar os resíduos em seus aspectos intra e extra estabelecimento, desde a geração até a disposição final.

O manejo de resíduos contempla as seguintes etapas:



1.2. Segregação dos Resíduos

É uma das operações fundamentais para permitir o cumprimento dos objetivos de um sistema ciente de manuseio de resíduos e consiste na separação ou seleção apropriada, segundo a classificação adotada.

A segregação será realizada no local de geração dos resíduos e de acordo com as naturezas físicas, químicas ou biológicas do serviço prestado e do resíduo produzido.

Esta etapa tem como objetivos principais:

- Impedir que os resíduos infectantes e químicos contaminem os resíduos comuns;
- Racionalizar recursos e reduzir custos financeiros, já que apenas as frações correspondentes aos resíduos infectantes e químicos demandarão tratamento especial;
- Prevenir acidentes ocupacionais ocasionados pela inadequada segregação e acondicionamentos dos resíduos e materiais perfurocortantes;

- Intensificar o uso de medidas de segurança apenas onde for necessário e facilitar a ação simultânea de limpeza e descontaminação, em caso de acidente ou emergência;
- Reduzir riscos para a saúde.

1.2.1. Acondicionamento dos resíduos:

Como definido pela Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT, através da NBR 12.807, é o ato de dispor os resíduos em recipientes apropriados para proporcionar proteção de risco e facilitar o seu transporte, sendo corretamente identificado.

Os recipientes para RSS pertencentes aos grupos A, B, C devem estar sempre próximos aos locais de geração, resistentes as ações de punctura e ruptura, com tampa provida de sistema de abertura sem contato manual, com cantos arredondados e ser resistentes ao tombamento.

A limpeza e desinfecção desses recipientes devem ser feitas diariamente e sempre que houver contaminação por matéria orgânica.

GRUPO A – Resíduos com Risco Biológico ou Infectante

Serão utilizados sacos plásticos de cor branca leitosa como forro de recipientes (lixeiras) constituídas de material rígido, com pedal para abertura da tampa, superfície interna lisa, lavável, com cantos arredondados, que não apresente vazamentos, com capacidade entre 20 (vinte), 30 (trinta), 50 (cinquenta) e 100 (cem) litros, na cor branca, com simbologia de infectante.

Os resíduos de bolsas transfusionais contendo sangue ou hemocomponentes rejeitados por contaminação ou por má conservação, ou com prazo de validade

vencido e aquelas oriundas de coleta incompleta; recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, contendo sangue ou líquidos corpóreos na forma livre”, classificados no Grupo A1, serão submetidos a tratamento antes da disposição final, no caso de uso.

Após o tratamento, podem ser acondicionados como resíduos do Grupo D.

Caso o tratamento venha a ser realizado fora da unidade geradora, o acondicionamento para transporte deve ser em recipiente rígido, resistente à punctura, ruptura e vazamento, com tampa provida de controle de fechamento e devidamente identificada pelo símbolo de substância infectante constante na NBR- 7500 da ABNT, com rótulos de fundo branco, desenho e contornos pretos, de forma a garantir o transporte seguro até a unidade de tratamento.

A3: Quando encaminhados para o sistema de tratamento, serão acondicionados em saco constituído de material resistente a ruptura e vazamento, impermeável, baseado no NBR 9191/2000 da ABNT, respeitando os limites de peso de cada saco, sendo proibido o seu esvaziamento ou reaproveitamento, na cor vermelha, substituído quando atinge 2/3 de sua capacidade ou pelo menos uma vez a cada 24 horas e identificado como símbolo de substância infectante, com rótulos de fundo branco, desenho e contornos pretos e a inscrição peças anatômicas (Conforme NBR 7500 da ABNT).

A4: Serão acondicionados em saco constituído de material resistente, as rupturas e vazamentos, impermeáveis, baseados na NBR 9191/2000 da ABNT,

respeitando os limites de peso de cada saco, sendo proibido o seu esvaziamento ou reaproveitamento, na cor branca, leitosa, substituído quando atinge 2/3 de sua capacidade ou pelo menos uma vez a cada 24 horas e identificado como símbolo de substância infectante, com rótulos de fundo branco, desenho e contornos pretos (Conforme NBR 7500 da ABNT).

GRUPO B- Resíduos com Risco Químico

Os resíduos líquidos serão acondicionados em recipientes constituídos de material compatível com o líquido armazenado, resistentes, rígidos e estanques, com tampa de rosca e vedante. Serão identificados através do símbolo de risco associado, de acordo com a NBR 7500 da ABNT e com discriminação de substância química e frases de risco.

Os resíduos sólidos devem ser acondicionados em recipientes de material rígido, adequados para cada tipo de substância química, respeitadas as suas características físico-químicas e seu estado físico, e devem ser identificados através do símbolo de risco associado, de acordo com a NBR 7500 da ABNT e com discriminação de substância química e frases de risco.

No estado sólido/ líquidos (medicamentos vencidos) serão mantidos em sua embalagem original, devidamente segregados, acondicionados e identificados. Produtos e insumos farmacêuticos, sujeitos a controle especial especificados na portaria MS 344/99 e as suas atualizações devem ser devidamente segregados, acondicionados e identificados. Aguardarão a visita do fiscal sanitário.

Quando destinados à reciclagem ou reaproveitamento, devem ser acondicionadas em recipientes individualizados, observados as exigências de compatibilidade química do resíduo com os materiais das embalagens de forma a evitar reação química entre os componentes do resíduo e da embalagem, enfraquecendo ou deteriorando a mesma, ou a possibilidade de que o material da embalagem seja permeável aos componentes do resíduo.

Os cartuchos e tonner de impressoras que não puderem ser recarregados serão encaminhados para o abrigo de resíduos químicos, onde serão armazenadas em Box com rodízio ou, caso ocorra terceirização para uso de impressoras, o terceirizado se encarregará de recolher os cartuchos e tonner e encaminhar os mesmos a devida destinação.

As pilhas, baterias e as lâmpadas deverão ser imediatamente encaminhadas para o abrigo externo de resíduos.

As lâmpadas fluorescentes devem ser acondicionadas em suas embalagens originais e segregadas em local seguro dentro do abrigo de resíduos para que não haja risco de quebra das mesmas.

GRUPO D – Resíduo Comum

Os resíduos sólidos devem ser acondicionados em saco constituído de material resistente a ruptura e vazamento, impermeável, baseado na NBR 9191/2000 da ABNT, respeitando os limites de peso de cada saco, sendo proibido o seu esvaziamento ou reaproveitamento.

Os sacos devem estar contidos em recipientes de material lavável, resistente à punctura, ruptura e vazamento, com tampa provida de sistema de abertura sem contato manual, com cantos arredondados e ser resistente ao tombamento, de cor clara diferente da cor branca, exceto as lixeiras da área administrativa que não possuirá tampa.

Os sacos plásticos destinados ao acondicionamento de resíduos do grupo D devem ser substituídos ao atingirem 2/3 de sua capacidade ou pelo menos uma vez a cada 24 horas.

Para os resíduos do Grupo D, destinados à reciclagem ou reutilização, a identificação deve ser feita nos recipientes e nos abrigos de guarda de recipientes, usando código de cores e suas correspondentes nomeações, baseadas na Resolução CONAMA nº. 275/2001, e símbolos de tipo de material reciclável:



GRUPO E – Resíduos Perfurocortantes

Serão acondicionados em recipientes (Caixa coletora), rígidos, resistentes a punctura e vazamento, com tampa, devidamente identificados pelo símbolo de substância infectante constante na NBR 7500 da ABNT, desenho e contornos pretos, acrescidos da inscrição resíduos perfurocortantes. Estes recipientes não serão reaproveitados e depois de lacrados, serão acondicionados em sacos plásticos, conforme características de tais resíduos, identificados, sendo imediatamente substituídos quando no recolhimento do lixo.

Os recipientes destinados ao acondicionamento de resíduos do Grupo E devem ser descartados quando atingirem 2/3 de sua capacidade.

1.3. Geradores De Resíduos

Após pesquisas e discussões com a Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (CGRSS), ficou decidido elaborar uma listagem da segregação adequada dos principais resíduos produzidos nas dependências da unidade:

Resíduos Recicláveis:

- Copo descartável limpo
- Papel (exceto papel carbono)
- Papelão, caixas vazias de medicamentos
- Embalagens (de seringas, equipos, polifix, agulhas, etc)
- Plásticos limpos (equipos)
- Metais (clipes, grampos)
- Frascos de soro vazios
- Frasco de água mineral ou de álcool
- Embalagens vazias de “água para diluição”

Resíduos Perfurocortantes:

- Agulhas
- Ampolas
- Frasco-ampola
- Lâminas
- Lancetas
- Escalpes, agulha de Abocath
- Bisturis
- Qualquer vidro quebrado
- Qualquer material perfurocortante

Resíduos Infectantes:

- Materiais contaminados com sangue e secreções (algodão, luva, gazes, equipos de soro, etc) Kit de linhas arteriais e venosas
- Curativos
- Seringas contaminadas por sangue e secreções
- Filtros de ar e gazes oriundos de áreas críticas (centro cirúrgico, etc)
- Peças anatômicas (tecidos, órgãos, etc)
- Sondas vesicais, naso e orogástricas/entéricas
- Bolsas de colostomia e similares
- Bolsas transfundidas vazias

Resíduos Comuns:

- Restos de alimentos orgânicos
- Copos descartáveis sujos com café, suco, chá, refrigerante, etc
- Papel toalha
- Guardanapo sujo ou engordurado
- Papel carbono e de fax

- Fraldas descartáveis e absorventes
- Luvas sem sujidade aparente
- Jaleco descartável
- Máscaras cirúrgicas, toucas e propés descartáveis sem secreções
- Campo cirúrgico sem secreções ou sangue
- Outros que não se encaixem no resíduo reciclável, perfurocortante e infectante.

1.4. Transporte Interno, Coleta E Armazenamento Temporário.

A coleta interna de resíduos será realizada atendendo a roteiro definido previamente nas reuniões de CCIH e conforme rotina interna da unidade. A coleta será realizada separadamente de acordo com o Grupo de resíduos e em recipientes específicos para cada grupo em horários não coincidentes com a distribuição de roupas e dietas.

Os resíduos coletados nas fontes, serão transportados através de “carros de transporte interno” para cada sub-grupo, percorrerão os corredores e utilizarão os elevadores de serviço.

Os recipientes para transporte interno devem ser constituídos de material rígido, lavável, impermeável, provido de tampa articulada ao próprio corpo do equipamento, cantos e bordas arredondados, e serem identificados com o símbolo correspondente ao risco do resíduo neles contidos, de acordo com este Regulamento Técnico. Devem ser providos de rodas revestidas de material que reduza o ruído. Os recipientes com mais de 400 L de capacidade devem possuir válvula de dreno no fundo. O uso de recipientes desprovidos de rodas deve observar os limites de carga permitidos para o transporte pelos trabalhadores, conforme normas reguladoras do Ministério do Trabalho e Emprego.

A coleta dos resíduos do grupo D será realizada em horário não coincidente com distribuição de roupas, alimentos e medicamentos, períodos de visitas ou de maior fluxo de pessoas ou atividades e nem com as coletas dos outros Grupos A, B, e E.

Grupo A

Carro de transporte interno.

O lixo será coletado, separado dos demais resíduos, em carros de transporte na cor branca com símbolo de substância infectante, risco biológico, desenho e contorno pretos.

Equipamento confeccionado de polietileno de alta densidade.

Com 02 (dois) rodízios de borracha maciça.

Capacidade para 360 litros.

Borda frontal superior com reforço por toda a extensão

Resistência a impactos e intempéries, com tampa articulada ao próprio corpo do equipamento, com cantos e bordas arredondadas, laváveis.

Segue abaixo sugestão para a coleta interna que deve acontecer três vezes ao dia nos seguintes horários e que poderão sofrer alterações conforme o fluxo da unidade.

De manhã: entre 09h00min e 10h00min

À tarde: entre 13h00min e 14h00min

À noite: entre 19h30min e 20h30min.

Fluxo - Os resíduos serão transportados do local de geração para os locais de armazenamento temporário mediante limpeza dos locais e necessidade. Nos

horários determinados acima os resíduos percorrerão os corredores internos, elevadores de serviço e destes para o abrigo externo, seguindo horários não coincidentes com distribuição de roupas, alimentos e medicamentos, períodos de visitas ou de maior fluxo de pessoas ou atividades.

Grupo B

Carro de transporte interno. O lixo será coletado separado dos demais resíduos, em carros de transporte na cor branca com símbolo de substância química frase de risco, desenho e contornos pretos.

Equipamento confeccionado de polietileno de alta densidade.

Com 02 (dois) rodízios de borracha maciça.

Capacidade para 360 litros.

Borda frontal superior com reforço por toda a extensão.

Resistência a impactos e intempéries, com tampa articulada ao próprio corpo do equipamento, com cantos e bordas arredondadas, laváveis.

Os cartuchos e tonner de impressoras que não puderem ser recarregados pela empresa terceirizada, serão coletados diretamente pela empresa.

As pilhas, baterias e as lâmpadas deverão ser imediatamente encaminhadas para o abrigo externo de resíduos, as pilhas e baterias colocadas no Box de sucata eletrônica e as lâmpadas no Box de lâmpadas.

Segue abaixo sugestão para a coleta interna que deve acontecer três vezes ao dia nos seguintes horários e que poderão sofrer alterações conforme o fluxo da unidade.

De manhã: entre 06h00min e 07h00min

À tarde: entre 11h00min e 12h00min

À noite: entre 17h00min e 18h00min.

Fluxo - Os resíduos percorrerão os corredores internos e destes para o abrigo externo, seguindo horários não coincidentes com distribuição de roupas, alimentos e medicamentos, períodos de visitas ou de maior fluxo de pessoas ou atividades.

Grupo D

O lixo comum será coletado em carros de transporte na cor branca, específico para este grupo de resíduo, com simbologia de resíduo comum.

Equipamento Confeccionado de polietileno de alta densidade.

Com 02 (dois) rodízios de borracha maciça.

Capacidade para 360 litros.

Borda frontal superior com reforço por toda a extensão.

Resistência a impactos e intempéries, com tampa articulada ao próprio corpo do equipamento, com cantos e bordas arredondadas, laváveis.

Segue abaixo sugestão para a coleta interna que deve acontecer três vezes ao dia nos seguintes horários e que poderão sofrer alterações conforme o fluxo da unidade.

De manhã: entre 07h00min e 08h00min

À tarde: entre 10h00min e 11h00min

À noite: entre 18h00min e 19h00min.

Fluxo - Os resíduos serão transportados do local de geração para os locais de armazenamento temporário mediante limpeza dos locais e necessidade. Nos horários determinados acima os resíduos percorrerão os corredores internos, elevadores de serviço e destes para o abrigo externo, seguindo horários não coincidentes com distribuição de roupas, alimentos e medicamentos, períodos de visitas ou de maior fluxo de pessoas ou atividades e nem com as coletas dos outros Grupos A, B, e E.

Grupo E

Os perfurocortantes serão recolhidos no próprio recipiente onde serão armazenados sendo posteriormente acondicionados em saco branco leitoso com simbologia de infectante, os quais serão deixados nos contêineres de cor branca com simbologia de infectante, específicos para este grupo de resíduos e transportados ao abrigo final.

Descrição do contêiner:

Equipamento confeccionado de polietileno de alta densidade.

Com 02 (dois) rodízios de borracha maciça.

Capacidade para 360 litros.

Borda frontal superior com reforço por toda a extensão.

Resistência a impactos e intempéries, com tampa articulada ao próprio corpo do equipamento, com cantos e bordas arredondadas, laváveis.

Segue abaixo sugestão para a coleta interna que deve acontecer três vezes ao dia nos seguintes horários e que poderão sofrer alterações conforme o fluxo da unidade.

De manhã: entre 08h00min e 09h00min

À tarde: entre 12h30min e 13h30min

À noite: entre 18h30min e 19h30min.

Fluxo - Os resíduos percorrerão os corredores internos e destes para o abrigo externo, seguindo horários não coincidentes com distribuição de roupas, alimentos e medicamentos, períodos de visitas ou de maior fluxo de pessoas ou atividades e nem com as coletas dos outros Grupos B, e D.

1.4.1. Armazenamento Externo.

O armazenamento externo é o ato de guardar os RSS até que se realize a coleta pelo serviço municipal para os comuns, orgânicos e reciclados e pelas empresas terceirizadas contratadas para os contaminantes.

O estabelecimento possui abrigo específico para armazenamento dos RSS, onde todos os resíduos coletados ficarão armazenados e separados em locais especificados.

As portas dos ambientes de armazenamento deverão permanecer trancadas e as chaves ficarão em poder o funcionário responsável.

Ao armazenarem os resíduos, os funcionários deverão observar a existência de sacos abertos ou rompidos, neste caso deverão proceder a reembalagem do resíduo com o devido cuidado, para que não ocorram contaminações. Ao descarregar os carrinhos usados para as coletas, os mesmos deverão passar por lavagem e desinfecção, usando água, hipoclorito de cloro a 1% e sabão, enxágue com água em abundância e posterior limpeza final com álcool a 70%.

O armazenamento externo está localizado em ambiente exclusivo, com acesso externo facilitado à coleta e com acesso restrito aos funcionários da coleta interna e externa e com vedação para insetos e animais.

1.4.2. Coleta E Transporte Externo

Etapas a serem realizadas:

Resíduos dos Grupos A e E coletados pela empresa xxxx.

Empresa especializada em Coleta, Transporte, Tratamento e Destinação Final de Resíduos de Serviços de Saúde – RSS, tendo como compromisso maior, a preservação da Saúde e do Meio Ambiente.

O Tratamento de RSS por Autoclavagem com Pré Trituração dos Resíduos dos Grupos A e E, consiste basicamente em transformar os RSS. em resíduos comuns, podendo ser dispostos em Aterro Classe II, sem riscos para saúde e para o meio ambiente. O tratamento aplicado aos resíduos atende a dois princípios básicos: torna-os irreconhecíveis, através da trituração e, em seguida, esteriliza-os. O volume original, após tratamento, tem uma redução aproximada de 80%, conforme descrição detalhada abaixo:

Pesagem e Medição dos RSS.

Após entrada na empresa, os resíduos serão pesados em balança rodoviária existente no local que registrará o peso e a origem dos RSS.

Recepção e Armazenamento de RSS

Os resíduos recebidos serão descarregados em uma área destinada à recepção dos resíduos a granel, em esteiras rolantes ascendentes que encaminharão os resíduos diretamente sem contato manual em containers móveis, evitando assim, possíveis acidentes.

Os containers terão suas tampas fechadas e serão encaminhados para a área de armazenamento de RSS aguardando o momento do tratamento. Como eles são dotados de tampa, minimizam e evitam a presença de moscas e odor dos RSS.

Tratamento dos RSS por Autoclavagem, com Trituração prévia

Carregamento – os containers móveis abastecidos de resíduos são elevados até o topo da autoclave, alimentando-a pela abertura da “tampa superior”. Após a descarga destes resíduos, essa “tampa superior” é fechada e travada por meio de travas acionadas por acionamento pneumático. O tempo médio de carregamento é de 03 minutos.

Trituração – posteriormente ao fechamento da tampa superior da autoclave será iniciada a trituração. O triturador, dotado de lâminas de aço inoxidável, possui alta eficiência possibilitando a trituração de até pequenos instrumentos cirúrgicos de aço inoxidável, porém, esse não será um procedimento sistemático. Uma alavanca interna, situada a montante do triturador dotada de uma pequena pá, se moverá continuamente no sentido pendular, de forma a pressionar os resíduos contra as lâminas do triturador garantindo assim a completa trituração de todo o volume de resíduos, inclusive sacos plásticos e caixas de papelão.

Esterilização – após a trituração os resíduos permanecerão na câmara de esterilização. Nessa etapa, será introduzido vapor d’água na autoclave, elevando a temperatura interna para 140° C e pressão de 4,0 bar. Essa condição será mantida até que a temperatura e a pressão sejam equalizadas em todo o equipamento (câmara superior, inferior e triturador). A esterilização dos resíduos é obtida mantendo-se no mínimo por 10 minutos as condições de temperatura e pressão.

Resfriamento – após cessar a entrada de vapor aquecido no interior da autoclave, a temperatura será resfriada pela passagem de água fria através de uma camisa externa existente no equipamento. A água de resfriamento não entrará em contato com os resíduos.

Drenagem dos líquidos condensados – após o resfriamento, o vapor d’água esterilizado e condensado e a água de resfriamento serão drenados para um reservatório. Esse efluente permanecerá recirculando em uma Torre de Resfriamento que resfriará o mesmo para no máximo 32°C, pois este será tratado, na Estação de Tratamento de Efluente projetada especialmente para este fim.

Após o tratamento, estando os resíduos descaracterizados e esterilizados, os mesmos serão encaminhados para aterro classe II.



1.5. Limpeza Dos Abrigos.

Os recipientes, contêineres e os abrigos serão submetidos a processo de limpeza e desinfecção simultâneas, obrigatória e imediatamente após a coleta dos resíduos.

Os veículos coletores transportadores serão submetidos à lavagem e desinfecção simultâneas, obrigatoriamente após o término da jornada de trabalho.

A desinfecção deverá ser realizada com solução de hipoclorito de sódio a 2%, enxágue com água corrente em abundância e sabão ou detergente.

1.6. Controle De Riscos.

Os riscos ambientais de trabalho podem ser agentes físicos, químicos, biológicos, de acidentes e ergonômicos, podendo causar danos à saúde do profissional em função da sua natureza, concentração, intensidade, tempo de exposição ou falta de equipamentos de proteção apropriados.

Agentes físicos: ruídos, vibrações, pressões anormais, temperaturas extremas, radiações, etc.

Agentes químicos: poeiras, fumos, névoas, neblinas, gases, vapores que podem ser absorvidos por via respiratória ou através da pele, etc.

Agentes biológicos: bactérias, fungos, bacilos, parasitas, protozoários, vírus, entre outros.

Riscos Acidentes: arranjo físico inadequado, máquinas e equipamentos sem proteção, ferramentas inadequadas ou defeituosas, iluminação inadequada, eletricidade, probabilidade de incêndio ou explosão, armazenamento inadequado, animais peçonhentos, entre outras situações de risco que poderão contribuir para a ocorrência de acidentes;

Riscos Ergonômicos: esforço físico intenso, levantamento e transporte manual de peso, exigência de postura inadequada, controle rígido de produtividade, imposição de ritmos excessivos, jornadas de trabalho prolongadas, monotonia e repetitividade, além de outras situações causadoras de stress físico e/ou psíquico.

A identificação dos riscos em cada local (unidade ou serviço) do estabelecimento é a primeira etapa do gerenciamento de riscos. Uma vez identificado um risco, a etapa seguinte é minimizar o mesmo, por meio da utilização de equipamentos de segurança (EPI ou EPC), sinalização quanto à sua existência (símbolos, avisos), realização de procedimentos, além da capacitação constante, que irá assegurar o cumprimento das normas e rotinas de procedimentos estabelecidos.

COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (CGRSS)

A fim de evitar danos ao meio ambiente e prevenir acidentes que atinjam profissionais que trabalham diretamente nos processos de coleta, armazenamento, transporte, tratamento e destinação desses resíduos.

O Programa de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Serviços de Saúde (PGRSSS) vem ao encontro da efetivação do manejo correto dos RSS, gerados pelos estabelecimentos de saúde e visa estabelecer uma segregação, separação, armazenamento, transporte e acondicionamento adequado do lixo gerado na instituição.

Atualmente a sustentabilidade permeia a rotina de todos os segmentos da sociedade, bem como nos manuais e protocolos dos estabelecimentos de saúde, dentre eles os hospitais por gerarem uma grande quantidade de RSS, alguns resíduos são nocivos à saúde da população outros são semelhantes aos domésticos, não precisando ter destinação especial.

Os profissionais de saúde não podem, no desenvolver de suas atividades diárias, negligenciar o cuidado correto com a segregação dos resíduos, sendo necessário capacitá-los, para o seu correto manejo, visando melhoria da qualidade ambiental e das condições de vida da população.

Por meio de um programa de educação em saúde, norteadada pela educação continuada e/ou permanente, é possível capacitar e atualizar os profissionais de saúde para o manejo adequado dos RSS, apresentando a eles o fluxo de identificação, segregação, armazenamento, transporte e destinação final adequada para todos os resíduos institucionais gerados.

a) Proposta para Constituição (membros e finalidade)

A CGRSS será constituída por:

- Presidente (Enfermeiro responsável pela Área)
- Vice Presidente (Farmacêutico)
- Secretário (Administração)
- 1º Suplente (Enfermeiro)
- 2º Suplente (Limpeza)
- 3º Suplente (Tec. De Imagem)

A CGRSS tem por finalidade assessora:

- Normatizando e coordenando as rotinas de armazenamento, acondicionamento e descarte de todos os tipos de resíduos de saúde gerados na instituição;
- Elaborar e implantar as diretrizes de segurança para manipulação e transporte dos resíduos, supervisionando o cumprimento desta;
- Divulgar a política de gerenciamento de resíduos e manter uma rotina de educação e orientação quanto ao gerenciamento dos resíduos gerados na instituição por meio de cursos, manuais, palestras, vídeos, cartazes, etc;
- Estabelecer metas para o gerenciamento e a redução dos resíduos, definindo prazos a serem cumpridos;
- Realizar fiscalização do cumprimento das atividades descritas na CGRSS.

b). Proposta de Regimento Interno

Comissão de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde

CAPÍTULO I - DAS FINALIDADES

Art. 1º. A Comissão de Gerenciamento de Resíduos da unidade, tem por finalidade a definição das ações que visem à implantação, implementação e manutenção do Programa de

Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde Hospitalar no Hospital, de acordo com as normas vigentes (Lei 12.305/10, RDC 306/04, CONAMA 358/05).

CAPÍTULO II DAS COMPETÊNCIAS

Art. 2º. Compete à Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde:

- I. Elaborar o Plano de Ação para implementação do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Saúde e encaminhar para o Colegiado Executivo para aprovação, através da Superintendência;
- II. Acompanhar e fazer cumprir o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde;
- III. Estabelecer programas de metas e atividades para o gerenciamento dos Resíduos, definindo prazo para seu cumprimento;
- IV. Desenvolver juntamente com a Superintendência a efetividade do programa e divulgar seus resultados regularmente;
- V. Avaliar, periódica e sistematicamente, o Plano de ação do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS);
- VI. Colaborar com os setores de treinamento, com vista a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais nas questões referentes ao gerenciamento de resíduos;
- VII. Atualizar anualmente o PGRSS da Instituição;
- VIII. Auxiliar na normatização de rotinas do manejo de todos os tipos de resíduos gerados na Instituição;
- IX. Auxiliar na elaboração e na implantação das normas de segurança para manipulação e transporte dos resíduos, supervisionando o cumprimento destas;
- X. Auxiliar os diversos setores do Hospital em todas as questões que envolvam o gerenciamento de resíduos;
- XI. Estabelecer critérios de fiscalização do cumprimento das atividades descritas no Plano de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços e Saúde – PGRSS;
- XII. Cooperar com os órgãos de gestão do meio ambiente a nível municipal, estadual e federal, bem como fornecer, prontamente, as informações solicitadas pelas autoridades competentes;
- XIII.** Cumprir e fazer cumprir o Regimento Interno da Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (CGRSS), o Regimento da unidade e demais normas.

CAPÍTULO III DA COMPOSIÇÃO

Art. 3º. A Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde - CGRSS será formada por servidores voluntários e terá a seguinte composição:

Dois representantes da Superintendência;

- I. Um representante da Gerência de Ensino e Pesquisa;
- II. Dois representantes da Gerência Administrativa;
- III. Quatro representantes da Gerência de Atenção e Saúde;

§ 1º - Não será obrigatório o preenchimento de todas as vagas da comissão, desde que, esteseja composto por, no mínimo, 50% dos representantes de cada Gerência.

§ 2º - Os representantes indicados serão nomeados pela Superintendência.

§ 3º - O Presidente, Vice-Presidente e Secretário da Comissão serão eleitos por maioria simples de votos por todos os membros da comissão e terão mandato de (02) dois anos, permitida recondução, pelo mesmo período, salvo legislação superior em contrário.

§ 4º - O não comparecimento de qualquer membro da comissão a (03) três reuniões consecutivas ou a (06) seis alternadas num período de (01) um ano, sem justificativa, permitirá a solicitação de seu desligamento e uma nova indicação.

§ 5º - A desistência de um dos Integrantes deverá ser relatada por meio de um comunicado interno (CI) e encaminhada ao Presidente da Comissão;

§ 6º - Em caso de vacância definitiva de um dos integrantes, deverá haver a indicação de um novo representante, pela área que ele representa, dentro de no máximo (30) trinta dias.

§ 7º - A comissão terá autonomia para a indicação do novo integrante, caso for extinto esse prazo.

CAPÍTULO IV - DA ESTRUTURAÇÃO

Art. 4º. Compreendem a Estrutura da CGRSS:

- I. Presidente;

II. Vice-Presidente;

III. Secretário;

IV. Suplente.

Art. 5º. Compete ao Presidente da CGRSS:

I. Convocar reuniões ordinárias e extraordinárias, coordenando os trabalhos;
tomar votos evotar;

II. Emitir votos de qualidade, nos casos de empate;

III. Indicar Integrantes para funções ou tarefas específicas;

IV. Representar a CGRSS ou indicar representantes;

V. Supervisionar e assinar relatórios, convites, atas, e outros documentos;

VI. Manter registro das atas das reuniões e dos pareceres emitidos;

VII. Cumprir e fazer cumprir este Regimento;

VIII. Indicar um ou mais Integrantes para elaboração de relatórios.

Art. 6º. Compete ao Vice-Presidente da CGRSS, na ausência do Presidente, exercer as funções indicadas no art. 5º.

Art. 7º. Compete ao Secretário:

I. Preparar as pautas, secretariar e agendar as reuniões da Comissão;

II. Preparar as atas das reuniões, submetendo-as à aprovação dos demais Integrantes;

III. Expedir ato de convocação, conforme indicação do Presidente;

IV. Executar outras atividades que lhe sejam atribuídas pela Comissão;

V. Proceder ao registro de dados e informações autorizados para fins de divulgações;

VI. Auxiliar o Presidente durante as sessões plenárias e prestar esclarecimentos que forem solicitados durante debates;

VII. Encaminhar expediente aos interessados dando ciência dos despachos e

decisões proferidas nos respectivos processos;

VIII. Elaborar os atos decorrentes das deliberações da Comissão.

Parágrafo Único. A presidência da CGRSS será exercida por um dos Integrantes da Comissão eleito por esta e nomeado pela unidade, na ausência deste o Vice-Presidente assumirá a Presidência. No caso de ausência do Vice-Presidente o secretário assumirá. Na ausência do secretário será nomeado para suas funções um dos integrantes da comissão.

Art. 8º. Compete aos Integrantes da CGRSS:

Comparecer às reuniões ordinárias e extraordinárias;

Analisar projetos e emitir pareceres, relatando-os aos demais integrantes da Comissão, para discussão e deliberação, no prazo máximo de 15 dias;

Encaminhar quaisquer matérias que tenham interesse de submeter à Comissão, devendo estas ser entregues à secretaria da Comissão com antecedência mínima de 12 (doze) horas da reunião;

Requisitar à Secretaria Executiva, à Presidência da Comissão de Resíduos e aos demais Integrantes informações que julgarem relevantes para o desempenho de suas atribuições;

Justificar ausência com antecedência;

Elaborar relatório de atividades da Comissão e o planejamento de atividades futuras, quando solicitados;

Propor à Presidência medidas que julgar necessárias ao bom andamento dos trabalhos.

Auxiliar na implementação do PGRSS.

CAPÍTULO V DO FUNCIONAMENTO

Art. 9º. A CGRSS reunir-se-á ordinariamente uma vez por mês e, extraordinariamente, sempre que convocado pelo Presidente ou por requerimento da maioria de seus Integrantes.

§ 1º - Salvo nos casos de alteração deste Regimento, nos quais serão necessários 2/3 de votos favoráveis do total de seus Integrantes, as demais deliberações serão tomadas por voto favorável da maioria simples dos Integrantes presentes.

§ 2º - O comparecimento dos Integrantes as reuniões da CGRSS é obrigatório e prevalece as demais atividades, salvo as atividades das Direções e Conselhos Superiores.

Art. 10. As convocações das reuniões ordinárias e extraordinárias da CGRSS serão feitas com a antecedência mínima de 48 (Quarenta e oito) horas, por telefone ou via e-mail ou pessoalmente.

§ 1º - A antecedência de 48 (quarenta e oito) horas poderá ser abreviada para até 48 (quarenta e oito) horas em caso de motivos excepcionais, justificados no documento de convocação e apreciados no início da reunião convocada.

§ 2º - O termo de convocação das reuniões deverá ser obrigatoriamente acompanhado da pauta da reunião e dos documentos ou informações vinculadas à sua apreciação.

Art. 11. A CGRSS reunir-se-á com a presença da maioria de seus Integrantes, deliberando pelo voto da maioria dos presentes à reunião, resguardada a verificação do “quorum” mínimo(50%+1), salvo nos casos especiais previstos no Estatuto e neste Regimento.

§ 1º - As reuniões extraordinárias realizar-se-ão independentemente de “quorum” em segunda chamada, a ser feita após 20 (vinte) minutos do horário previsto para seu início.

§ 2º - O “quorum” será apurado no início da sessão pela contagem das assinaturas dos Integrantes na pauta.

§ 3º - No caso de cancelamento da reunião ordinária ou suspensão de suas atividades por falta de “quorum”, uma nova reunião só poderá ser convocada para, no mínimo, 48 horas depois do horário de cancelamento ou suspensão.

Art. 12. De cada reunião da CGRSS lavrar-se-á ata assinada pelo Secretário, que, após aprovada na reunião ordinária subsequente, será subscrita pelo Presidente e assinada por todos os seus Integrantes presentes na reunião a que se refere.

Art. 13. Se houver quorum mínimo de Integrantes, e declarada aberta à sessão, proceder-se-á a apreciação da Ata da reunião anterior e, não havendo emendas ou impugnações, a Ata será considerada aprovada.

Art. 14. Da Ata das sessões da CGRSS, deverão constar:

- I. a natureza da sessão, dia, hora e local de sua realização e o nome de quem a presidiu;
- II. os nomes dos Integrantes presentes, bem como os dos que não compareceram, mencionando, a respeito destes, se foi ou não justificada a ausência;
- III. o expediente;
- IV. o resumo das discussões, porventura travadas na ordem do dia e os resultados das votações;
- V. todas as propostas por extenso.

Art. 15. Encerrada a discussão de uma matéria, essa será votada, sendo deliberada por maioria simples de votos.

§ 1º - O voto do Integrante é obrigatório, consistindo em manifestação favorável ou contrária.

§ 2º - Por questão de foro ético, qualquer Integrante da CGRSS poderá se declarar impedido de votar nas deliberações que, direta ou indiretamente, digam respeito a seus interesses particulares ou de seus parentes (sanguíneos, legais ou por afinidade) em até segundo grau, inclusive seu cônjuge ou companheiro (a).

Art. 16. As votações far-se-ão geralmente pelo processo simbólico.

CAPÍTULO VI - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 17. Os casos omissos serão resolvidos pelo Presidente da CGRSS e posteriormente encaminhados à Superintendência.

Art. 18. O presente Regimento somente poderá ser modificado mediante proposta da Presidência ou de, no mínimo, 1/5 (um quinto) dos Integrantes da CGRSS, devendo a modificação ser aprovada em reunião ordinária por, no mínimo, 2/3 (dois terços) dos votantes e encaminhado para aprovação no Colegiado Executivo.

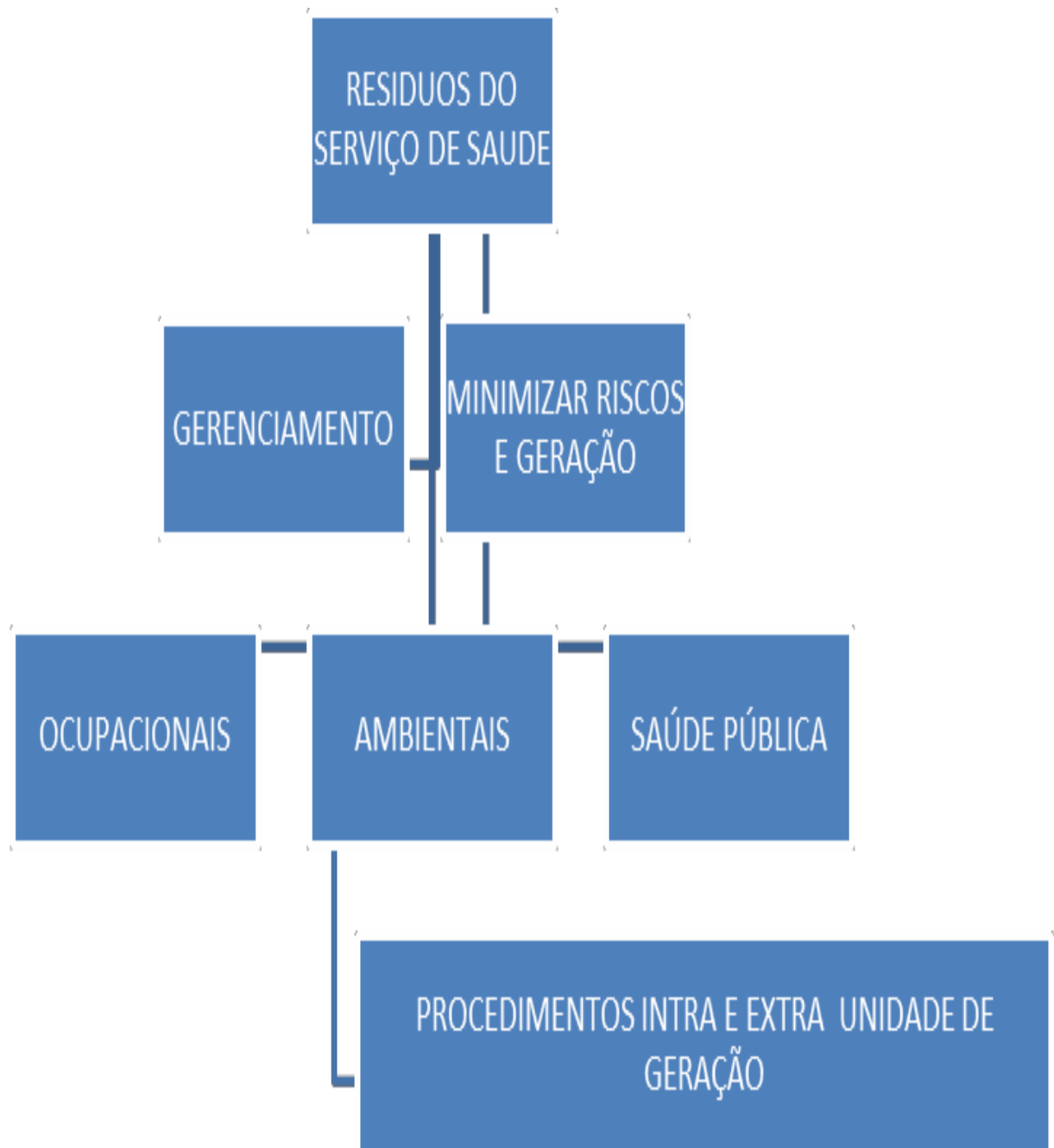
Art. 19 - Além de aprovações, autorizações, homologações e decisões outras que se resolvam em anotações e comunicações, as deliberações da CGRSS poderão, conforme a natureza, reverter à forma de resoluções ou previsões que serão baixadas pelo Presidente e aprovadas pelo Colegiado Executivo.

Art. 20. Este Regimento entra em vigor na data de sua aprovação, ficando revogadas as disposições em contrário.

c). Cronograma de Atividade Anual

Atividades	MESES											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Reunião para Constituição dos Membros da Comissão		X										
Ata de Constituição		X										
Constituição de Regimento Interno		X										
Apresentação da Comissão para SMS			X									
Apresentação da Comissão para a Instituição			X									
Reunião - Levantamento Situacional			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Reunião para Planejamento das Ações			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Desenvolver ações			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Reunião para Acompanhamento e intervenção das ações			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Indicadores Operacionais			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

d). Fluxograma dos Resultados a serem alcançados



Resultados a serem alcançados:

- Regulação no controle dos processos de segregação, acondicionamento, armazenamento, transporte, tratamento e disposição final;
- Estabelecimento de procedimentos operacionais em função dos riscos envolvidos e concentra seu controle na inspeção dos serviços de saúde;
- Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde se constitui em prática das mais importantes dentro do contexto da unidade, em vista não só da necessidade de se promover um adequado planejamento das ações que serão implementadas para o controle desses resíduos, mas também visando o que definem as Resoluções Colegiadas do CONAMA e da ANVISA, que abrangem seu tratamento como forma de prevenir doenças e não agredir o meio ambiente;
- Geração, segregação, transporte, acondicionamento, armazenamento, tratamento e destinação final de resíduos;
- Prevenção de riscos à saúde e ao meio ambiente, por meio do correto gerenciamento dos resíduos gerados pelos serviços de saúde;
- Racionalizar o consumo de material, evitando desperdícios;
- Maximizar a segregação dos resíduos recicláveis;
- Instrumentalizar as pessoas para aderirem ao programa de coleta seletiva e cumprir a legislação vigente.

Cronograma de Implantação do PGRSS:

Descrição da Fase	Sem1	Sem2	Sem3	Sem4	Sem5	Sem6	Sem7	Sem8	Sem9	Sem10	Sem11	Sem12
Diagnóstico da Gestão de Resíduos na US												
Visitas de Inspeção na US												
Elaboração e entrega do Relatório "Diagnóstico da Gestão de Resíduos na US"												
Definição da Equipe de Trabalho												
Reunião de Orientação sobre o Projeto com Coordenadores												
Nomeação de Grupo Interno de Gerenciamento de Resíduos (GIR)												
Anotação da Responsabilidade Técnica (RT)												
Elaboração do Regimento Interno da												
Capacitação da Organização												

H.SISTEMÁTICA DE MONITORAMENTO E GARANTIA DA QUALIDADE DA INFORMAÇÃO;

Sistemática de monitoramento e garantia da qualidade da Informação: descrever como irá produzir e analisar as informações geradas na unidade; detalhar a organização e definição dos processos de trabalho.

O IEC implanta nas unidades de saúde por ela administrada o Núcleo da Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP-L).

O Núcleo da Qualidade e Segurança do Paciente deve assegurar a melhoria da gestão dos serviços de saúde, por meio do planejamento, implementação, monitoramento, avaliação dos seguintes temas:

1. Planejamento Estratégico
2. Segurança Assistencial (protocolos, classificação e monitoramento dos riscos, notificação de eventos e programas de segurança)
3. Gestão do SAU – Serviços de Atendimento aos Usuários
4. Gestão dos Processos (mapeamento, documentação e indicadores)
5. Programas de Auditorias e

Certificações O Núcleo tem por finalidade:

- Inserir o tema Qualidade e Segurança do Paciente no Planejamento Estratégico da Unidade;
- Adotar as diretrizes e modelos corporativos;
- Reportar a evolução do Projeto ao Coordenador do Projeto e/ou ao NQSP – Central
- Contribuir para melhorias na metodologia de gestão;
- Colaborar com os Núcleos de Qualidade de outros serviços;
- Implementar os Programas de Excelência;
- Estabelecer planos de ações para adoção do Programa Nacional de Segurança do Paciente;
- Implementar a melhoria da qualidade na gestão de Serviços de Saúde com vistas à acreditação;
- Estabelecer planos de ações para o cumprimento dos Objetivos e Metas Estratégicas definidas pela Sede.

AUTORIDADES E RESPONSABILIDADES

Diretoria Geral

- Definir os objetivos estratégicos a serem cumpridos pelos hospitais e serviços de saúde.

Diretoria Operacional

- Definir metas estratégicas a serem cumpridos pelas Dependências;
- Determinar e priorizar estrategicamente os projetos a serem implementados nas Dependências.

Diretoria Dependência

- Formalizar o compromisso em implementar, manter e melhorar a gestão dos serviços de saúde;
- Disponibilizar recursos para o desenvolvimento dos projetos de melhoria na gestão

- dos serviços de saúde;
- Desenvolver planos de ações para adesão e desenvolvimento aos Programas de Excelência;
- Estabelecer planos de ações para adoção ao Programa Nacional de Segurança do Paciente;
- Fornecer diretrizes para implementação da Qualidade de Serviços de Saúde com vistas à acreditação;
- Determinar ações para o cumprimento dos Objetivos e Metas Estratégicas definidas.

NQSP - Central

- Capacitar o NQSP - Local
- Formular diretrizes e criar modelo corporativo para gestão dos serviços de saúde;
- Compartilhar responsabilidade e supervisionar o desempenho do NQSP– L;
- Monitorar indicadores da qualidade e segurança nos Hospitais;
- Alinhar metodologia com os Coordenadores de Projeto (Consultores internos e externos);

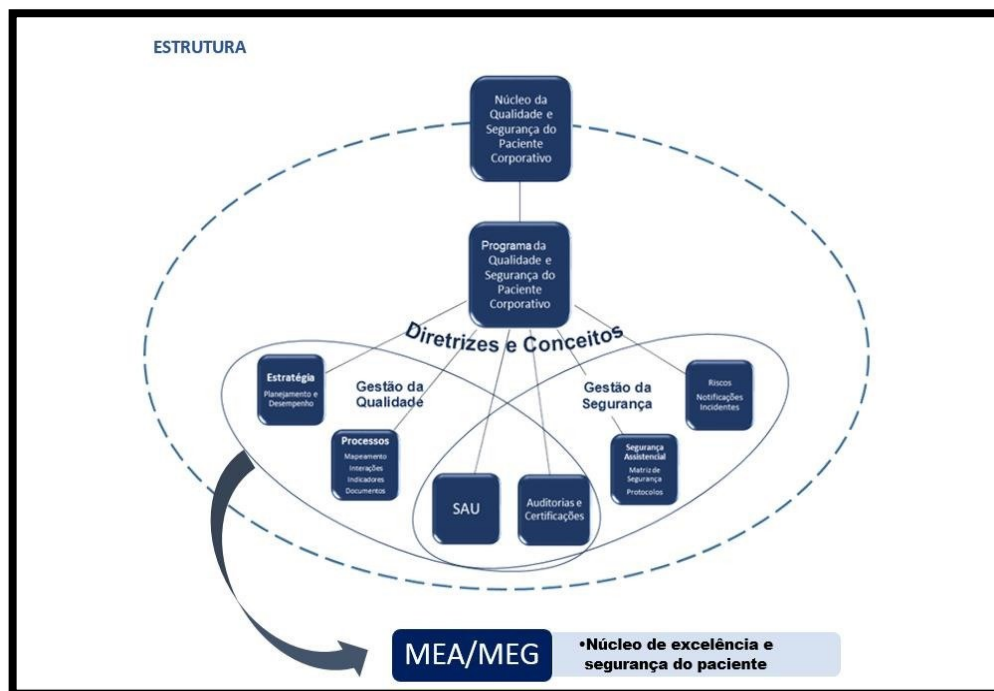
Coordenadores de Projeto

- Desenvolver e implementar todas as fases, atividades e produtos do projeto referentes a melhoria da gestão dos serviços de saúde;
- Assegurar as entregas de produtos do Projeto;
- Assegurar os objetivos e metas do Projeto, por meio dos indicadores de desempenho;
- Ser o interlocutor entre os Núcleos Central e Local;
- Reportar a evolução do Projeto;
- Desenvolver e implementar os instrumentos de gestão de projetos como: proposta, planejamento, relatório de progresso, relatório de consultoria;
- Desenvolver produtos, mercados e clientes.

NQSP - Local

- Desenvolver, estruturar e implementar o NQSP – L;
-
-
- Inserir o tema Qualidade e Segurança do Paciente no Planejamento Estratégico da Unidade;
- Adotar as diretrizes e modelos corporativos;
- Reportar a evolução do Projeto ao Coordenador do Projeto e/ou ao NQS – Central;
- Contribuir para melhorias na metodologia de gestão;
- Colaborar com os outros NQSP – Locais.
- Implementar os Programas de Excelência;
- Estabelecer planos de ações para adoção do Programa Nacional de Segurança do Paciente;
- Implementar a melhoria da qualidade na gestão de Serviços de Saúde com vistas à acreditação;
- Estabelecer planos de ações para o cumprimento dos Objetivos e Metas Estratégicas definidas pela Sede.

NÚCLEO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE



CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO

Nº	ATIVIDADE	RESPONSÁVEL	30 dias	60 dias	90 dias	120 dias	150 dias	180 dias	210 dias	240 dias	270 dias	300 dias	330 dias	365 dias
1	Estruturação do NQSP local.	Equipe Implantação												
2	Organização e implantação de documentações (Formulários, atas de reunião, cronogramas, Integração).	Equipe Implantação												
3	Criar Identidade organizacional	Equipe Implantação												
4	Capacitar Gestores para a elaboração e padronização de formulários gráficos e não gráficos setoriais, prontuários e registros conforme Procedimento de Gestão - Controle de Documentos e Registros PG_SEDE.GI.001	Equipe Implantação												
5	Levantar Perfil epidemiológico e necessidades da população atendida.	Equipe Implantação												
6	Desenvolver e implementar as Políticas Institucionais.	NQSP - Sede e Local												
7	Estabelecer junto com as equipes as políticas e protocolos de acordo com o perfil das unidades.	NQSP - Sede e Local												
8	Realizar capacitação e implantar Mapa de Processo (matriz SIPOC)	NQSP - Sede e Local												
9	Realizar capacitação e implantar Interação de Processo.	NQSP - Sede e Local												
10	Definição e estruturação dos processos a serem implementados.	NQSP - Sede e Local												
11	Implantar Protocolos de Segurança do Paciente.	NQSP - Local												
12	Estabelecer critérios e sistemática para qualificação de fornecedores locais e análise crítica de contratos, com ênfase na avaliação de desempenho.	Equipe Implantação NQSP - Local												
13	Sistematizar monitoramento dos documentos implementados.	Equipe Implantação NQSP - Local												
14	Sistematizar as análise de não conformidades (contrato de interação de processos), ações de melhoria, envolvimento das áreas com feedbacks.	NQSP - Sede e Local												
15	Implementação da sistemática de notificações de incidentes/eventos	NQSP - Sede e Local												
16	Estabelecer cronograma de treinamento das ferramentas da qualidade.	NQSP - Sede e Local												
17	Implantar e implementar o Plano de Contingência	NQSP - Sede e Local												
18	Implantar e implementar Gerenciamento de Riscos.	NQSP - Sede e Local												
19	Avaliar e monitorar os resultados.	Equipe Implantação NQSP - Local												
20	Selecionar e capacitar profissionais para serem auditores internos.	NQSP - Local												
21	Estabelecer cronograma de auditorias internas.	NQSP - Local												
22	Realizar auditorias internas e ciclos de melhoria.	NQSP - Local												
23	Estabelecer, realizar e monitorar ciclos de melhorias.	NQSP - Local												
24	Articulação dos resultados setoriais para fortalecendo a interação entre as áreas e otimização do desempenho institucional.	Equipe Implantação NQSP - Local												

GERENCIAMENTO DOS RISCOS:

Aplicação sistêmica e contínua de iniciativas, procedimentos, condutas e recursos na avaliação e controle

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

A implantação de um programa de gerenciamento do risco prevê a aplicação de um processológico e sistemático de identificação, quantificação, análise do impacto do evento na assistência, tratamento com implantação de medidas seguras e a comunicação dos riscos de maneira a possibilitar que a organização diminua a ocorrência de efeitos indesejáveis.

Classificação de Riscos:

Risco clínico: risco associado à ação direta ou indireta dos profissionais da área da saúde, resultante da ausência ou deficiência de políticas e ações organizadas na prestação de cuidados de saúde.

- Risco de cirurgia não segura;
- Risco de identificação incorreta do paciente;
- Falha na segurança medicamentosa;
- Risco de aquisição de infecção;
- Risco de queda
- Risco de falha na comunicação

Riscos não clínicos: àqueles relacionados à segurança das instalações ou atendimento aos processos de prestação de cuidados aos pacientes. Inclui aqui também os riscos gerados por quebra nas condições adequadas de trabalho. Exemplos:

- Riscos relativos à utilização de equipamentos: defeito no equipamento, erro de utilização do usuário, uso em circunstâncias impróprias, falta de manutenção preventiva.
- Riscos relativos à segurança predial: laudo de para raio, manutenção de elevadores, manutenção do sistema de ar condicionado, segurança dos vasos de pressão - autoclave, caldeira, sistema de vapor, gases medicinais, vácuo, ar comprimido, proteção radiológica, condições da água e sistema de aterramento.
- Riscos relativos à segurança ocupacional: situação vacinal, exames periódicos, risco de incêndio e acidentes ocupacionais.

MODELOS E CERTIFICAÇÕES DE QUALIDADE QUE SERÃO IMPLANTADOS INDICADORES DE IMPACTO PROPOSTOS

DIRETRIZES ASSISTENCIAIS

As Diretrizes Assistenciais do IEC, alinhadas ao Projeto Diretrizes da AMB e CFM, tem por objetivo conciliar informações da área médica e assistencial a fim de padronizar condutas que auxiliem o raciocínio e a tomada de decisão do médico e da equipe multiprofissional.

O emprego de instrumentos de gestão que se estabeleçam como diretrizes, linhas-guia, linhas do cuidado e protocolos e que tenham como referências diretrizes que fortaleçam os princípios, pode ser uma estratégia potente para a introdução de novas formas de se fazer prática, que lhe deem direcionalidade e garantam a continuidade das ações.

No caso dos protocolos, é fundamental que se conheça, em profundidade, o problema a ser enfrentado. É importante saber definir os objetivos a alcançar, para que não se aceite qualquer fórmula, tecnologia ou caminho terapêutico como proposta de solução para o problema.

Portanto, o que se espera é que as diretrizes guardem estreita relação com a situação de saúde da população sob a responsabilidade de uma unidade, com os problemas enfrentados e com sua capacidade de produzir saúde.

RESULTADOS ASSISTENCIAIS

Na avaliação dos Serviços assistenciais, os aspectos pontuados pelos manuais de Qualidade e Certificações habitualmente partem de dados sobre satisfação do cliente, dados de mortalidade, restauração da saúde, informações dadas antes da alta, cuidados no retorno aos hábitos diários, entre outros.

Outro aspecto refere-se à aplicabilidade da avaliação de resultado de risco hospitalar na área da responsabilidade civil profissional, orientando a prevenção de danos e riscos organizacionais com vistas à melhoria da qualidade da assistência prestada ao paciente.

O meio pelo qual se torna possível identificar os resultados é na forma de **indicadores**, que são dados coletados rotineiramente, padronizados e que permitem a comparação dentro e/ou fora do serviço. Devem fornecer informações confiáveis a respeito das características do problema escolhido, fornecendo uma forma de avaliação ou análise crítica para levar ao ciclo da melhoria contínua, deve ter reprodutibilidade, consistência e interpretabilidade, além de ser integrado ao sistema de gestão.

Antes de se definir o que se irá fazer e qual caminho deve ser percorrido, é preciso fixar onde se quer chegar. Essa representação deve ser pautada em metas claras e definidas.

A **meta** trata-se do resultado final a ser alcançado, um fim exato e mensurável almejado pelo gestor, para atingi-la é necessário realizar um esforço. Muitas pessoas confundem objetivo com meta, porém o objetivo refere-se a uma intenção, uma vontade ou um desejo. A meta engloba a quantificação desse objetivo.

O gestor tem como principal atribuição estabelecer metas para a sua equipe, sendo assim deve organizar recursos e conduzi-los para a sua concretização, mantendo-se atento aos possíveis ajustes.

Todas as metas devem ser mensuráveis, factíveis e desafiadoras, para atingi-las é preciso reunir as seguintes ações: planejar, organizar, controlar e liderar, quando bem delimitadas favorecem ao gestor selecionar quais atividades serão executadas, por quem serão realizadas quando serão cumpridas.

O gerenciamento de qualidade depende de medição, informação e análise. Aquilo que não pode ser medido não pode ser avaliado e, conseqüentemente, não há como intervir sobre as ações que estão sendo realizadas.

Deve-se fazer uso dos indicadores assistenciais para planejar, analisar o desempenho e a qualidade da assistência, melhorar as atividades, corrigir as não conformidades e alinhar as atividades com as metas da organização. As decisões são tomadas baseadas em fatos, dados e informações quantitativas e qualitativas.

Os indicadores medem qualidade, custos e entrega de serviços e estão voltados e relacionados com os clientes e deve ser estabelecido sobre aquilo que se possa exercer controle e que se possa atuar na causa do desvio.

Os sistemas de medição através dos indicadores de desempenho das organizações de excelência devem dar informações às equipes gestoras dos diferentes processos, sobre as tarefas ou atividades que contribuem para um determinado resultado a fim de que as equipes envolvidas no processo saibam se estão no caminho certo ou então onde estão as anomalias que devam ser corrigidas.

As reuniões de análise crítica dos resultados/indicadores com o objetivo de indicar as situações, mensurar, avaliar, propor metas, criar planos de ações e orientar, visam a implementação de ações corretivas para excelência da assistência.

Na prática, os resultados assistenciais, deverão ser abordados da seguinte maneira, sem a ela se limitar:

- Estabelecer os objetivos e metas assistenciais da instituição e dos respectivos serviços assistenciais;
- Estabelecer os indicadores e referenciais comparativos e as respectivas metas;
- Por meio dos indicadores, identificar os resultados assistenciais alcançados;
- Realizar análise crítica dos resultados;
- Definir e implementar ações para melhoria da qualidade assistencial;
- Mensurar a efetividade das ações de melhoria.

ACREDITAÇÃO HOSPITALAR

O processo de acreditação é um dos procedimentos mais usuais de avaliação do nível de qualidade da

assistência de uma instituição de saúde. A utilização desta metodologia busca a melhoria do gerenciamento da instituição e a garantia de uma assistência de qualidade, segurança e eficiência ao paciente.

É uma metodologia que, no Brasil, é realizada por iniciativa da própria instituição e acontece de maneira periódica e reservada (ou seja, as informações coletadas em cada organização de saúde no processo de avaliação não são divulgadas), e se baseia em padrões e normas pré-estabelecidas.

Desde a assunção da Maternidade será iniciado o processo de disseminação da cultura da qualidade, preparando a unidade para processos de acreditação hospitalar.

No momento em que a equipe da Qualidade considerar o hospital preparado para a certificação, será adotada a modalidade da Organização Nacional de Acreditação – ONA, que tem caráter eminentemente educativo, voltado para a melhoria contínua, sem finalidade de fiscalização ou controle oficial.

A acreditação pode ocorrer em 3 níveis: 1 - Acreditado - avalia os critérios de segurança do paciente em todas as áreas de atividade, incluindo aspectos estruturais e assistenciais; 2 – Acreditado Pleno - além dos critérios de segurança, avalia a gestão integrada, com processos ocorrendo de maneira fluida e plena comunicação entre as atividades e 3- Acreditado com excelência – avalia os níveis 1 e 2, a instituição já deve demonstrar uma cultura organizacional de melhoria contínua com maturidade institucional.

Para o sucesso da acreditação será imprescindível a parceria com a SESA/AP, pois poderá ser necessária a adequação de estrutura física com consequente investimento financeiro. A previsão

No momento em que a equipe de Qualidade considerar o hospital preparado para a certificação, normalmente este processo ocorre entre o 1º e o 2º ano de trabalho, seus responsáveis definirão junto com a Secretaria de Saúde como será este processo de certificação.

CERTIFICAÇÃO ONA

Seguramente a ONA representa uma das consagradas modalidades de reconhecimento externo. O Modelo de Gestão do IEC é estruturado de modo a buscar alinhamento com os requisitos estabelecidos por esta metodologia.

Ao certificar uma instituição de saúde a ONA reconhece e classifica o nível de qualidade do atendimento prestado pela mesma.

Segundo a ONA define-se Acreditação como um sistema de avaliação e certificação da qualidade de serviços de saúde, voluntário, periódico e reservado.

Nas experiências brasileira e internacional, é uma ação coordenada por uma organização ou agência não governamental encarregada do desenvolvimento e atualização da sua metodologia.

Em seus princípios tem um caráter eminentemente educativo, voltado para a melhoria contínua, sem finalidade de fiscalização ou controle oficial, não devendo ser confundido com os procedimentos de licenciamento e ações típicas de Estado.

Principais vantagens da acreditação

- Segurança para os pacientes e profissionais;
- Qualidade da assistência;
- Construção de equipe e melhoria contínua;
- Útil instrumento de gerenciamento;
- Critérios e objetivos concretos adaptados à realidade brasileira;
- O caminho para a melhoria contínua.

Principais interessados pelo processo de Acreditação

- Líderes e administradores;
- Profissionais de saúde;
- Organizações de saúde;
- Sistemas compradores;

- Governo;
- Cidadão.

Visando a busca pela melhoria contínua o IEC desenvolveu como estratégia uma metodologia de avaliação e monitoramento em seus processos definindo os tempos de evolução da gestão para a Instituição com avaliação e monitoramento, conforme quadro abaixo.

Todas as atividades descritas serão realizadas pela equipe do Núcleo de Qualidade do hospital com apoio do Núcleo de Qualidade do IEC sede.

PLANO DE AÇÃO

PLANO DE AÇÃO - SETORIAL						
Título:		Projeto Certificação ONA			Unidade/Serviço:	
Data início		Data Fim:		Unidade/Serviço:		
Indicador: Total de Ações concluídas / Total de ações planejadas				Diretoria:		
N.	ATIVIDADE	RESP.	RECURSOS	COMO	PRAZO	
1	Reforçar a implementação da sistemática de notificações de incidentes/eventos	Gestor NQSP	Sala de treinamento	Apresentação e oficina para Notificação de Incidentes	A definir	
2	Capacitar avaliadores internos para as avaliações dos protocolos e conclusão de planos de ação	NQSP	Sala de treinamento	Treinamento com apresentação e dinâmica com práticas e exemplos	A definir	
3	Levantar Perfil epidemiológico e necessidades da população atendida.	Gestor NQSP	Serviço de Estatística	Levantamento dos atendimentos conforme e classificação por CID, idade, sexo e região.	A definir	
4	Criar Identidade organizacional e elaborar o PE	Gestor NQSP	Sala de Treinamento e Consultoria PE	Levantamento dos pontos fortes e fracos do projeto e treinamento sobre o PE.	A definir	
5	Elaborar e validar as políticas: Qualidade e Segurança do Paciente, Comunicação, Gestão de Pessoas, Custos, Consentimento Informado e esclarecido, Gestão Ambiental, Gestão da Informação, Qualificação de fornecedores.	Gestor NQSP	Agendamento de reuniões com gestores e diretores	Elaborar o documento conforme modelo padrão disponibilizado no Portal do Conhecimento	A definir	
6	Implantar um programa de Capacitação para Diretores e Gestores.	Gestor NQSP e RH	Sala de treinamento	Treinamento com apresentação e dinâmica.	A definir	
7	Implementar o protocolo de Identificação do Paciente NQSP.003.	Gestor NQSP	Cronograma de avaliação	Visitas de avaliação de cumprimento do protocolo	A definir	



8	Implementar o protocolo de Higienização das Mãos NQSP.004.	Enfermeiro SCIH	Cronograma de avaliação	Visitas de avaliação de cumprimento do protocolo	A definir
9	Reforçar toda padronização de formulários gráficos e não gráficos setoriais, prontuários e registros conforme Procedimento de Gestão - Controle de Documentos e Registros PG.SEDE.GI.001	Gestor NQSP	Sistema de Rede	Levantar conforme perfil da Unidade os modelos de formulários necessários e solicitar no e-mail do NQSP	A definir
10	Consolidação das Informações obrigatórias para Gestão	Diretor Geral	Estruturar os dados de produção, consumo e resultados	Ajustar todas informações do projeto e validar com as equipes.	A definir
11	Aplicar Treinamento de Ferramentas da qualidade	NQSP Central	Sala de treinamento	Apresentação e Oficina	A definir
12	Monitorar os planos de ação setorial pós RAG semanalmente e encaminhar plano Ação Certificação mensalmente para NQSP Central	NQSP	Hospital	Visitar áreas críticas e mensalmente aplicar avaliação das ações concluídas	A definir
13	Implantar Interação por Processos	Gestor NQSP	Sala de treinamento e logística	Apresentação e oficina	A definir
14	Formalizar a descrição de cargos com a estrutura de documentos do projeto	Diretor Geral	Levantar junto ao RH da SEDE	Validar junto a Direção	A definir
15	Levantamento das Competências essenciais e individuais.	Gestor RH	Sala de treinamento	Oficina com Diretores e Gestores para levantamento com base na identidade institucional (Visão Missão e Valores)	A definir
16	Implantar sistemática de reuniões com apresentações de resultados com padronização da apresentação e itens a serem discutidos.	Gestor NQSP e RH	Sala de treinamento	Assegurar a sistemática com participação de todos gestores e equipes multiprofissionais sendo liderada pelo Diretor Geral.	A definir
17	Implantar Programa de Qualidade de vida e saúde alinhado ao perfil epidemiológico das pessoas.	Gestor Medicina do Trabalho	In loco e sala de treinamento	Fazer o levantamento do perfil, elaborar um programa, divulgar e executar o mesmo.	A definir
18	Acompanhar as comissões específicas para gerenciamento de riscos ocupacionais em função do porte e da capacidade instalada.	Gestor Medicina do Trabalho	In loco	Participar e monitorar as ações das comissões	A definir
19	Implementar o protocolo de Queda NQSP. 005	Gestor da Enfermagem	In loco	Acompanhar mensalmente as ações e indicadores relacionados.	A definir



20	Capacitação de todos os colaboradores para situações de riscos patrimoniais e físicos (Simulado de Rota de fuga e incêndio)	Gestor Segurança do Trabalho	Sala de treinamento	Elaborar o plano de catástrofes e realizar o simulado conforme orientações e liberação do Corpo de Bombeiros	A definir
	Identificar e Mapear as necessidades de capacitação e desenvolvimento considerando as competências, estratégia organizacional e as necessidades das pessoas para o exercício das funções atuais e futuras.	Gestor RH	In loco	Formalizar o Levantamento de Necessidades de Treinamento (LNT) e realizar o mapeamento do mesmo e divulgar quando alinhado e aprovado pela Direção.	A definir
	Implantar Gerenciamento de Riscos	NQSP Central	Sala de treinamento e logística	Apresentação e oficina	A definir
	Implantar a avaliação de eficácia das atividades de capacitação, através de resultado de desempenho de trabalho.	Gestor RH	In loco	Estabelecer sistemática e treinar os facilitadores e gestores.	A definir
	Implementar o protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos	Farmacêutico RT	Etiquetas para identificação de alergias, etiquetas para rotulagem, termômetros calibrados.	Adquirir os insumos e formalizar e treinar toda sistemática do protocolo.	A definir
	Formalizar a proposta de Diagnóstico Organizacional junto a Instituição Acreditora (IAC) e encaminhar para aprovação da Sede.	Gestor NQSP/SEDE	Contrato formalizado	Contatar a Sede	A definir
	Elaborar e implementar os protocolos clínicos de maior prevalência.	Diretor Técnico	Levantamento junto aos coordenadores	Promover reuniões com o corpo clínico.	A definir
	Implementar o protocolo de Segurança na comunicação entre os profissionais da saúde NQSP. 002	Diretor Geral	Meios formais de comunicação	Validar a sistematização de comunicação entre todas as esferas profissionais	A definir
	Contratar o Diagnóstico Organizacional pela IAC.	Diretor Geral	Logística	Visita de avaliação externa.	A definir
	Elaborar o Plano de Ação Institucional e setorial das Ações do Diagnóstico Organizacional e ações pendentes do RAG aplicado.	Diretorias	Estratificação das ações	Cobrar e validar as ações junto aos gestores de áreas.	A definir
	Promover e desenvolver a cultura da aprendizagem em equipe, o compartilhamento de informações, inovações e melhores práticas.	Gestor RH	Estabelecer um projeto com todos os fluxos estabelecidos e como serão medidos	Capacitar os gestores para execução do projeto	A definir
	Planejar seminários e ou reuniões que envolvam diferentes saberes clínico e gerencial para garantia de melhores resultados assistenciais.	Diretor Técnico	Fazer levantamento de casos que possam ser levantados e avaliados sua melhoria.	Elaborar projeto que envolva reuniões periódicas e ao menos 1 Seminário Anual	A definir



Implantar sistemática para estabelecer ações para retenção de conhecimentos	Gestor RH	Formalizar sistemática de multiplicação dos	Elaborar sistemática de medição.	A definir
---	-----------	---	----------------------------------	-----------



	conquistados pela organização		conhecimentos adquiridos		
33	Implantar o PE e análise crítica de indicadores	NQSP Central	In loco e sala de treinamento	Reuniões com gestores e treinamento geral.	A definir
34	Avaliar os riscos clínicos e protocolos.	Gestor NQSP	Visita in loco	Promover auditoria de riscos.	A definir
35	Avaliação de Certificação	Diretor Geral	Visita in loco	Avaliação com os gestores e auditores internos	A definir
36	Implantar sistemática com ferramentas para gerenciar as melhorias dos processos	NQSP	Implementação e monitoramento das ferramentas	Sistematizar lógica de formalizar e apresentar resultados de melhorias	A definir
37	Implantar e implementar o modelo de gerenciamento de custos	Diretor Geral	Desenvolvendo e Normatizando	Apresentar sistemática aos gestores	A definir
38	Estabelecer critérios e sistemática para qualificação de fornecedores locais e análise crítica de contratos, com ênfase na avaliação de desempenho	NQSP	Criar sistemática padrão para qualificação e avaliação	Apresentar sistemática aos gestores e principalmente envolver os técnicos na avaliação (visitas técnicas ao menos 1 vez ao ano)	A definir
39	Sistemática de planejamento para aquisição de insumos com critérios técnicos e perfil da instituição.	Gestor Logística	Elaborar o PG com todo o processo de aquisição de insumos	Após aprovação da Direção divulgar junto aos gestores	A definir
40	Criar sistemática para o estabelecimento de critérios técnicos e multidisciplinares para padronização de materiais, insumos e serviços	Gestor de Logística	Elaborar o PG e Execução da Comissão de Padronização	Após aprovação do PG fazer divulgação junto aos gestores	A definir
41	Estabelecer critérios de recebimento e armazenamento de materiais, insumos e medicamentos.	Gestor de Logística	Elaborar lts de recebimento, armazenamento de materiais e medicamentos	Divulgar e disponibilizar nas áreas de ação, bem como treinar a equipe referente as lts.	A definir
42	Critérios de disponibilização de materiais, insumos e serviços com metodologia que assegure rastreabilidade.	Gestor de Logística	Implementação de fluxos que assegurem a rastreabilidade	Aplicar as sistemáticas junto aos serviços.	A definir
43	Implementação das diretrizes de farmacovigilância, tecnovigilância e hemovigilância.	Gestor de Logística	Elaborar Manuais específicos	Diretrizes definidas por meio da Execução das Comissões que neste caso são obrigatórias aos serviços de saúde.	A definir
44	Elaborar planos de contingência para mitigar a falta de insumos, materiais e medicamentos	Gestor de Logística	Fazer levantamento e contatos para empréstimos e compras	Descrever e divulgar rotina estabelecida nos momentos de contingenciamento.	A definir
45	Sistemática que verifica as exigências legais para totalidade dos fornecedores.	Gestor de logística	Criar fluxo que assegure os pedidos de documentação	Monitorar anualmente o vencimento das documentações e providenciar sua atualização.	A definir



46	Promover diretrizes e instruções ao cliente interno quanto ao uso e conservação dos insumos, materiais e medicamentos.	Gestor de logística	Elaborar lts que orientem a guarda e utilização	Treinar as equipes envolvidas em todas as etapas do processo.	A definir
47	Estabelecer critérios para identificação, segregação, descarte e inativação de materiais, insumos e medicamentos.	Gestor de logísticas	Alinhar a forma conforme descrito no PGRSS	Treinar as equipes envolvidas em todas as etapas do processo.	A definir
48	Estabelece mecanismos para identificação e controle da entrada e saída de pessoas, materiais e equipamentos.	Gestor Adm.	Elaborar fluxos e sinalizações. Elaborar lts que formalizem os fluxos estabelecidos	Divulgar e disponibilizar nas áreas de ação, bem como treinar a equipe referente as lts.	A definir
49	Promove a educação permanente dos profissionais para situações de emergência relacionadas à segurança patrimonial.	Gestor Administrativo	Levantar juntos à equipe multidisciplinar as orientações para ação nestas circunstâncias.	Realizar o treinamento e documentar em lts.	A definir
50	Orienta quanto ao acesso e circulação nas instalações da organização.	Gestor Administrativo	Estabelecer fluxos para entrada e saídas	Divulgar e disponibilizar nas áreas de ação, bem como treinar a equipe referente as lts.	A definir
51	Estabelece mecanismos para divulgação e orientação do plano de evacuação.	Gestor Administrativo	Elaborar e descrever o Plano	Promover treinamento a todos os colaboradores.	A definir
52	Estabelece plano de contingência para situações de incêndio, acidente, explosão e desastres naturais	Gestor Administrativo	Elaborar e descrever o Plano	Promover treinamento a todos os colaboradores.	A definir

CRONOGRAMA CERTIFICAÇÃO

		QUALIDADE											
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
Reuniões Mensais	D.ADM./NQSP												
Elaboração/Execução do Plano de Ação	Equipe NQSP												
Organização dos Processos	Equipe NQSP												
Vista de Diagnóstico RAG	Equipe NQSP												
Implementação da Gestão por Processos													
		Mês 13	Mês 14	Mês 15	Mês 16	Mês 17	Mês 18	Mês 19	Mês 20	Mês 21	Mês 22	Mês 23	Mês 24
Reuniões Mensais	D.ADM./NQSP												
Vista de Diagnóstico RAG	Equipe NQSP												
Elaboração/Execução do Plano de Ação	Equipe NQSP												
Mapeamento e definição de Indicadores	D.ADM./NQSP												
Definição do Processo de Acreditação	Equipe NQSP												
Visita de Diagnóstico da Acreditação	D.ADM./NQSP												
Elaboração e Execução dos Planos de Adequação	D.ADM./NQSP												
Avaliação Final pela Acreditação	D.ADM./NQSP												

Utilização do Boletim de Atendimento Médico Eletrônico e formas de armazenamento bem como a segurança da informação.

1. Boletim de Atendimento Médico Eletrônico - Sistema de Informação – PEP

O IEC, fará a implantação da transformação digital nas unidades contempladas no Edital, incluindo **Gestão de Agenda e Prontuário Eletrônico do paciente – PEP a ser utilizado para a melhoria da qualidade de informação e relatórios assistenciais e gerenciais.**

O IEC, considerando as exigências previstas no Edital, propõe para apoio das operações e serviços oferecidos para as unidades, a **implantação de Software em Gestão Hospitalar**, com módulos que envolvam todas as rotinas, fluxos e características das unidades, bem como todo suporte de apoio de equipe especializada para transformação digital de forma integrada entre os setores.

O IEC utilizará empresa que comprove expertise no assunto e que disponibilizará a ferramenta de controle da gestão hospitalar mais adequada possível. Frisamos que estes Softwares Aplicativos, permitirão o desenvolvimento de novos módulos, para adaptação a Unidade de Saúde e centrais de controle e acompanhamento por parte da SMS, além de permitir a interface com demais Softwares Aplicativos, que venham a ser implantados para melhor suporte a operação e serviços.

1.1. Introdução:

O Prontuário Clínico Eletrônico inclui as vertentes de registro de informação relacionadas com a prestação de cuidados efetuados pelos profissionais de saúde (ex.: registro da observação clínica, registro de valores de resultados de análises e exames, planejamento e registro de cuidados de enfermagem, prescrições), a consulta de informação clínica (ex.: diagnósticos, procedimentos, parâmetros antropométricos, medicação, SADTs), a geração de alertas para

suporte à decisão clínica ou para apoio à gestão do risco clínico (ex.: protocolos de vigilância, guidelines, interações, etc.), ou a emissão de documentos (ex.: atestados, declarações, resumos de alta clínica, etc.).

Disponibiliza os procedimentos inerentes à gestão administrativa relacionada com o cadastramento de pacientes, sua descrição demográfica e relações (ex.: relações familiares, plano de saúde, unidades de saúde em que está cadastrado), inscrições provisórias ou anulações.

Ao nível administrativo contempla também as funcionalidades adequadas ao planejamento de agendas por profissional, especialidade ou recurso (ex.: sala, equipamento), e gerenciamento das marcações.

Incorpora as funcionalidades de índole clínico-administrativo adequadas aos workflows de processos de gerenciamento das filas de espera para atendimento ambulatorial, internação, cirurgia e SADTs, visando a otimização da capacidade de resposta dos serviços das unidades de saúde.

A metodologia de registro da informação respeita o processo de decisão clínica orientado por problemas e centrado no paciente, com tabelas de codificação normalizadas, segundo as parametrizações definidas pela instituição.

De forma complementar, o acesso à informação clínica é adequado por perfis de utilização, mediante parametrizações efetuadas de acordo com os grupos profissionais e lógica organizacional das instituições.

Serão adotados módulo de relatórios gerenciais permite ao usuário consultar informação estatística referente aos processos de atendimento da unidade, incluindo a medição dos tempos de espera classificados por período de atendimento, motivo, dia da semana ou local de chamada e acompanhamento dos indicadores de desempenho de cada unidade.

No intuito de gerar relatórios gerenciais do cadastro, registro, indicadores e acompanhamento dos processos e resultados, de modo que possam ser repassados as instancias municipais, estaduais e federais de forma a alimentar todos os sistemas nacionais de saúde;

O sistema prezará pelo sigilo das informações contidas no prontuário do usuário, gerando senhas de acesso restrito das mesmas. Desta forma, cada profissional atuante na unidade terá uma senha pessoal que permitirá o seu acesso somente as informações inerentes a sua função.

A análise do sistema será realizada por amostragem periódica pela Comissão de Prontuário. Utilizaremos, também, as ferramentas de Gestão de Risco e BI (“Business Intelligence”).

A coordenação de serviços e demais atividades que exijam análise das informações em saúde, o sistema possibilitará a avaliação e comparação de indicadores de saúde, como morbidade, produtividade e gestão de recursos, consolidando as informações geradas pelos módulos assistenciais implantados nas unidades de saúde. Caberá ao gestor definir os parâmetros de normalidade para cada item de avaliação de modo a construir um painel de situação que reporte situações de alerta ou críticas, que demandem investigação.

Com a criação de um prontuário eletrônico único os profissionais passam a ter uma visão global do paciente, que permite avaliar o estado de evolução da saúde do paciente e tomar as melhores decisões para a prevenção e o tratamento das condições de saúde. Neste caso, a tecnologia é fundamental para:

Evitar a repetição de exames que o paciente já efetuou recentemente e cujos resultados estão disponíveis;

Alertar os profissionais de saúde (recordatórias), sobre o cumprimento do protocolo do paciente;

Facilitar o intercâmbio de informação entre serviços dentro da unidade e com as unidades que estão interligadas, havendo assim um prontuário único do paciente partilhável entre a baixa e a alta complexidade, criando conceito de "Região digital de saúde";

Apoiar a referência e contra-referência, agilizando assim o processo de encaminhamento dos pacientes e o seu retorno à unidade de origem, com partilha de informação clínica entre as unidades.

Coleta de informação direta do paciente sobre o seu grau de satisfação e sobre o seu estado de saúde, de forma online, sem desfasamento temporal;

Partilha de informação em toda a cadeia, envolvendo a atenção básica, UPA e o hospital, com claros benefícios para o paciente.

A Qualidade no Atendimento, expressa e promover meios para a obtenção de nível ótimo de desempenho dos serviços para a eficácia das ações de assistência e a humanização das relações entre equipe profissional, usuários e comunidade. Identificar ações voltadas para a Qualidade Objetiva a partir da instituição de comissões internas de monitoramento dos serviços e ações voltadas à Qualidade Subjetiva relacionadas com a humanização das relações.

1.2 Objetivo:

O objetivo desta proposta é implantar um conjunto de soluções (ERP - Enterprise Resource Planning, PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente, GED – Gestão Eletrônica de Documentos,

WiFi, backup, Processos, ...) com a finalidade de promover uma transformação digital nas unidades

As soluções estão baseadas nas melhores práticas de mercado, considerando levantamentos e análises realizadas em conjunto com fornecedores das soluções e estudo de recursos de equipamentos hoje disponíveis no mercado. Importante destacar que o foco é ter a máxima Integração entre todos os departamentos do hospital, garantindo a gestão dos recursos disponíveis, simplificação das rotinas de trabalho, aumento de produtividade, redução custos, melhoria na qualidade de atendimento e redução no tempo de estadia do paciente no hospital e na UPA.

1.3 Indicadores Hospitalares

A solução tecnológica garante o monitoramento e a avaliação dos indicadores, fornecendo informações permanentes para a organização de processos e qualificação dos serviços. Essas informações são de extrema importância para o acompanhamento das metas estabelecidas no contrato de gestão do hospital com a Secretaria Municipal de Saúde.

Estes dados são também serão utilizados na elaboração de projetos que visam a busca de recursos disponibilizados pelo Ministério da Saúde para qualificação de serviços.

1.4 Indicadores de Gestão

De acordo com a complexidade e conseqüente necessidade de cuidado aos usuários atendidos, os indicadores da instituição deve suportar a gestão dos colaboradores levando em conta a produtividade, distribuição de profissionais e especialidades por leito.

As soluções propostas suportam a geração e monitoração de todos os indicadores e processos das áreas envolvidas.

Importante destacar que o desenho / redesenho dos processos das áreas e a automação dos processos vai garantir o mapeamento dos indicadores / itens de controles e seu respectivo controle.

1.4.1. Detalhamento do Projeto

Transformar digitalmente o Hospital não é somente uma transição tecnológica: demanda planejamento, preparação, organização e foco. Perder de vista o objetivo da digitalização pode ocasionar em gastos adicionais ou, até mesmo, em dificuldades de conclusão e estabelecimento da proposta final.

Um projeto de transformação bem-sucedido não tem como pilar a simples automatização de dados e funções, mas sim uma mudança estrutural completa visando aprimorar o atendimento, o registro das informações e a segurança do paciente.

Considerando o colocado acima é preciso seguir algumas premissas:

Entender o foco do projeto: é necessário compreender que a digitalização de um hospital tem um objetivo claro: tornar a experiência do corpo médico e administrativo mais prática e, principalmente, aprimorar o bem-estar do paciente;

Dimensionar infraestrutura corretamente: a transformação de um hospital convencional em digital demanda não só recursos financeiros, mas, também, capacidade para armazenamento adequado de dados, tempo de implantação apropriado, além de garantia de segurança da informação e do paciente;

Ter em mente que não é uma “mera automatização”: o projeto é concebido a partir de mudanças tecnológicas, mas vai muito além. É preciso haver um responsável do corpo médico e administrativo que, ao acompanhar a equipe de TI que vai planejar e estruturar as mudanças, agregue conhecimento médico e logístico próprio das necessidades específicas de cada setor às funcionalidades do sistema;

Prever e planejar as proporções do projeto: um Hospital Digital tem um escopo abrangente de implantações e possui níveis de imersão digital;

Não esquecer do treinamento: colaboradores podem ser resistentes às mudanças se não entenderem a finalidade da transformação. É preciso, além de prepará-los para utilizar as ferramentas, expor os benefícios que elas oferecem, tanto para paciente quanto para o corpo médico e administrativo.

1.4.2. Etapas do Projeto

Primeiramente é importante fazer um cronograma de projeto, no qual devem ser levantados todos os custos, entregáveis, datas dos entregáveis, para que todos dentro da instituição saibam o que é necessário e o que impactará na operação em cada fase.

Para iniciar o projeto será realizado uma reunião de Kickoff com todos os participantes do projeto onde se define os objetivos, recursos, restrições, prazos e cronogramas referente as atividades a serem realizadas. Importante deixar claro as premissas e expectativas do projeto.

Uma das primeiras etapas do projeto será iniciar a implantação de uma gestão por processos que consiste de um conjunto de ações, desenvolvidas dentro da instituição e perfeitamente alinhadas com a sua missão e seus objetivos, buscando quebrar barreiras entre as unidades organizacionais.

A gestão por processos visa criar uma visão sistêmica de toda a instituição, assegurando que sejam alcançadas suas metas e agregue valor aos serviços oferecidos aos pacientes (é essencial para isso que seja identificado todos os tipos de pacientes, fornecedores, processos, insumos, recursos, requisitos e atividades envolvidas).

Proporciona também um melhor entendimento do funcionamento da instituição, definição das responsabilidades e eliminação de atividades redundantes.

Considerando o colocado acima, podemos dizer que a gestão de processo possibilita que a instituição atue com eficiência nos recursos e eficácia nos resultados.

As principais vantagens da gestão por processo, são:

- Compreender em detalhes o trabalho realizado;
- Identificar problemas e sua causa raiz;
- Reduzir os tempos de ciclo dos processos;
- Identificar gargalos nas etapas do processo;
- Diminuir custos;
- Propiciar melhorias de eficiência interna;
- Aumentar a satisfação dos clientes internos e externos.

Desenhar e redesenhar processos significa permitir a instituição, estruturar a sequência de atividades, visando o mapeamento, a simplificação e o aperfeiçoamento contínuo dos processos, além de tratar de forma sistemática e promover a qualidade dos seus serviços.

Lembrando que só fazemos melhor aquilo que repetidamente insistimos em melhorar. A busca da excelência não deve ser um objetivo, mas sim um hábito.

As etapas de desenho / redesenho são divididas em cinco fases para o aperfeiçoamento dos processos que vão desde o planejamento, passando pela preparação para aplicação da metodologia proposta até estabelecer o ciclo de melhoria, como o uso de diversas ferramentas da qualidade.

As etapas, são:

- Planejamento;
- Mapeamento da Situação Atual;
- Desenho e/ou Redesenho do processo;
- Implantação;

Ciclo de Melhorias;

Em paralelo com o início do desenho / redesenho dos processos será elaborado a especificação para contratação da solução de hardware (servidores, storages, rack, nobreak, Lap Top, Tablet's, WiFi, ...) e software (Windows, Linux, Banco de Dados Oracle, antivírus, ERP, PEP, GED, Website, BI, ...).

A solução para automação dos processos e rotinas é composta basicamente de:

Solução de ERP - Enterprise Resource Planning;

Solução de PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente;

Solução de GED – Gestão Eletrônica de Documentos (com BPM);

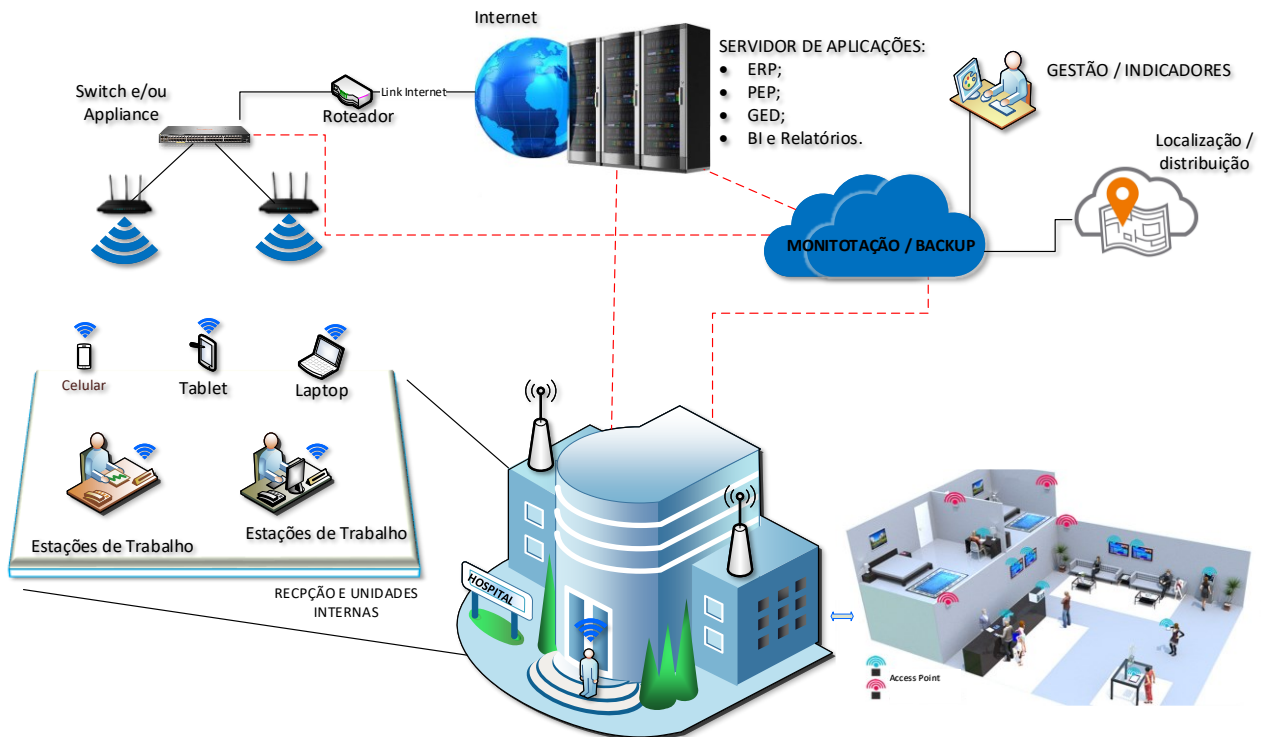
Solução de backup;

Solução de BI, Relatórios e integração;

A gestão do projeto será feita através de relatórios periódicos (a periodicidade será definida de acordo com a cada etapa do projeto e área envolvida) e a geração dos indicadores será realizada diariamente pelas ferramentas de BI e plataformas de automação dos processos (até a implantação das ferramentas a geração de indicadores será feita mensalmente através da extração de informações nas ferramentas atuais ou relatórios existentes).

O projeto prevê ganhos com a redução de custo, aumento de produtividade, melhoria na qualidade de atendimento prestado, redução no tempo de estadia do paciente no hospital.

1.5 Visão Geral das Soluções



1.6. Resumo dos Módulos Propostos

As funcionalidades e recursos descritos abaixo fazem parte das soluções que estamos sugerindo para o projeto de transformação digital da unidade hospitalar. (**Sistema Soul MV Hospitalar**).

Os módulos previstos para o projeto visam simplificar o trabalho, trazer agilidade, reduzir custos e aumentar o faturamento. A solução gerencia informações clínicas, assistências, administrativas, financeiras e estratégica, proporcionando uma gestão mais eficiente e melhor atendimento para os pacientes.

A satisfação do paciente é outro ponto importante a ser levado em consideração. A informatização do atendimento agiliza os processos, protege as informações e dá ao beneficiário a sensação de modernidade, visto que, a tecnologia está trabalhando a favor do bem-estar e qualidade de vida.

Principais etapas para a transformação digital:



Digitalização das informações

Tanto do paciente, como da administração do hospital



Sistemas de apoio à decisão clínica

Para verificação de erros durante a prescrição e pedidos de exames, circuito fechado de administração de medicação, além de protocolos clínicos como base das ações



Capacidade de intercâmbio de informação e relatórios complexos

Contendo resultados clínico-assistenciais



Utilização completa e plena de soluções de gestão hospitalar

Enterprise Resource Planning (ERP),
Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) e Sistema de Comunicação e Arquivamento de Imagens



Integração

Máxima em todos os departamentos do hospital

1.7. Gestão de Atendimento:

Totem e Emissão de senhas:

Emissão de senhas de atendimentos normais e atendimentos prioritários para a gestão das filas de espera de atendimento;

Configuração das filas que terão suas senhas emitidas pelo totem;

Integrado com os painéis de atendimento e para a chamada dos pacientes.

Painel de Atendimento:

Chamada eletrônica dos pacientes em atendimento;

Possibilita a configuração da fila que o painel irá fazer a gestão do atendimento;

Permite a configuração/habilitação de quais campos serão apresentados na tela/painel de atendimento para a chamada dos pacientes;

Permite configurar se os processos de atendimento serão controlados e utilizados pelo painel de atendimento e chamada;

Chamada do paciente em tela cheia;

Chamada com som e com a leitura da senha ou do nome do paciente;

Chamada do paciente com a visualização da foto;

Permite visualizar as últimas senhas chamadas;

Dispõe de recurso multimídia nos painéis de atendimento do paciente como programação de televisão, vídeos, apresentações ou outros tipos;

Informa a quantidade de pacientes em atendimento e o tempo estimado de espera para atendimento (TEE);

Informa o resumo da quantidade de pacientes em espera de atendimento por cor de classificação (prioridade) e por especialidade no Pronto Socorro.

Acolhimento e Classificação de Risco:

Abordagem inicial;

Aferição dos sinais vitais do paciente;

Avaliação do paciente;

Classificação do nível de urgência do atendimento do paciente;

Atendimento social;

Gerenciamento das pendências do setor de urgência nas salas;

Painel de recepção;

Auditoria de classificação;

Painéis de chamada;

Integração do funcionamento do painel com TV;

Reclassificação de pacientes;

Registro de alergias do paciente;

Gerenciamento do fluxo de atendimento.

Urgência e Emergência:

Cadastro único do paciente;

Busca fonética;

Captura biometria do paciente;

Captura fotografia do paciente;

Integrado ao CNS;

Registro de perfis de alerta do paciente;

Registro do atendimento do paciente;

Emissão de documentos de admissão, fichas de atendimento

Encaminhamento do paciente para observação;

Transferência de leitos;

Transferência de médico;

Registro alta médica do pronto atendimento;

Registro do diagnóstico do paciente;

Consulta e geração de gráficos de atendimentos por dia e de atendimento por hora;

Estatística de produção;

Relatórios operacionais, administrativos e estatísticos

Controle de Sala:

Chamada eletrônica dos pacientes para o atendimento nas áreas assistenciais da instituição (sala de medicação, sala de coleta de exames, sala de procedimentos, sala de nebulização, sala de imobilização, sala de exames de imagens);

Visualiza os pacientes que estão esperando serem chamados para atendimento na sala, organizado por prioridade de atendimento;

Permite selecionar o paciente e acionar a chamada para atendimento;

Emite mensagem de alerta ao usuário quando um paciente se encontra em atendimento em uma outra sala ao ser chamado;

Integrado aos painéis de atendimento e chamada eletrônica do paciente;

Registra que o paciente se encontra em atendimento na sala;

Registro eletrônico da conclusão do atendimento do paciente na sala;

Registro da checagem dos procedimentos realizados nos pacientes;

Registro do apazamento dos horários de realização dos procedimentos e medicações dos pacientes;

Registro do cancelamento dos procedimentos e medicações não realizadas nos pacientes com o respectivo motivo;

Atualiza automaticamente o status do paciente no painel de atendimento e chamada.

Gestor de Fluxo:

Análise em tempo real (on-line) da quantidade de senhas distribuídas, quantidade de pacientes classificados, quantidade de pacientes com classificações em aberto, quantidade de classificações finalizadas, quantidade de pacientes cadastrados e a quantidade de pacientes em atendimento médico;

Apresenta de maneira gráfica e on-line os indicadores para fazer análise do tempo de espera para cadastro e triagem indicando a senha com maior tempo de espera no momento, o tempo de espera alvo e o tempo de espera com tolerância;

Indicador de análise do tempo médio de espera para atendimento médico, cadastro, classificação de risco, atendimento social, indicando a senha com maior tempo médio de espera, o tempo de espera alvo e o tempo de espera para atendimento com tolerância; ▪ Análise do tempo médio de espera entre processos do atendimento;

Indicador da quantidade e percentual de senhas normal e senhas preferenciais distribuídas; ▪

Painel de indicador com a quantidade e percentual de pacientes classificados por especialidade e por prioridade

Indicador com a quantidade e percentual de pacientes com atendimento médico por especialidade e por prioridade;

Indicador com a quantidade e percentual de mortes de pacientes por especialidade e por prioridade;

Indicador com a quantidade e percentual de internações por prioridade; ▪ Indicador com a quantidade e percentual de pacientes classificados por faixa etária;

Indicador com a quantidade e percentual de pacientes com classificação em aberto e finalizadas

Indicador com a quantidade e percentual de pacientes reclassificados;

Indicador com a quantidade e percentual de pacientes atendidos por médico e tempo médio de atendimento por especialidade;

Indicador com a quantidade e percentual de pacientes cadastrados por usuário e tempo médio para cadastro;

Indicador com a quantidade e percentual de pacientes classificados por cidade e bairro;

Indicador com a quantidade e percentual de pacientes atendidos com alta por cidade e bairro.

Internação:

Pré-internação automática através do agendamento cirúrgico;

Pré-internação automática através da solicitação de internação no Pronto Atendimento;

Gestão centralizada de leitos;

Programação dos leitos baseado nas previsões de internação;

Painel de internação com ocupação on-line dos leitos e lista de pacientes com entrada prevista;

Cadastro único do paciente, captura biometria do paciente e captura fotografia;

Integrado ao CNS;

Registro de perfis de alerta do paciente;

Registro de atendimento de internação eletivo e de urgência missão de documentos de admissão e guias de autorização no padrão dos convênios e planos;

Registro de protocolo de contatos e registro de acompanhantes;
Programação de alta;
Registro alta médica e registro alta hospitalar;
Transferência de leitos e transferência de médico;
Liberação e interdição de leitos;
Painel de Leitos Operacional e Gerencial;
Controle de visitas e estatística de produção;
Relatórios operacionais, administrativos e estatísticos.

1.8. Clínica e Assistencial:

1.8.1. Prontuário Eletrônico Do Paciente (PEP):

Permite a configuração da Prescrição Eletrônica do Paciente por tipo de atendimento, setor, especialidade e por tipo de profissional;
Registro das fichas de admissão e demais documentos que compõem o Prontuário Eletrônico do Paciente em formulários eletrônicos totalmente configuráveis;
Registro da evolução médica;
Registro da evolução de enfermagem;
Registro da evolução da equipe multidisciplinar;
Prescrição de medicamentos;
Solicitação eletrônica de exames de imagem;
Solicitação eletrônica de exames de laboratório;
Solicitação eletrônica de dietas;
Prescrição de cuidados e procedimentos;
Prescrição eletrônica baseada em Protocolos Clínicos parametrizáveis;
Criação/configuração de prescrições padronizadas;

Emissão de alertas de reações alérgicas a substâncias;

Emissão de alertas de interações medicamentosas

Emissão de alertas de superdosagens;

Permite integração com portais de conteúdo clínico, ajudando o profissional na Prescrições médicas e assistenciais;

Desenvolvimento, alteração e cancelamento dos documentos eletrônicos;

Evidencia pendências e alertas do paciente;

Configuração das funcionalidades de acordo a necessidade de cada usuário;

Evolução do paciente;

Visualização da lista de pacientes;

Solicitação de exames de imagem;

Solicitação de exames de análises clínicas;

Aferição dos sinais vitais do paciente;

Registro de sinais vitais;

Registro do diagnóstico médico, baseado na tabela CID-10;

Cálculo automático da dose do medicamento baseado na superfície corpórea;

Solicitação automática dos componentes descartáveis para infusão/aplicação;

Cópia de prescrições de datas anteriores ou atuais;

Cancelamento de prescrições;

- Suspensão de itens prescritos;
- Emissão de receitas médicas;
- Emissão de atestados médicos;
- Emissão de comprovantes de comparecimento;
- Emissão de laudos;
- Registro eletrônico da descrição cirúrgica;



Registro eletrônico da ficha de anestesia;
Solicitação eletrônica de parecer médico;
Registro de encaminhamento do paciente a outras especialidades;
Registro do balanço hídrico;
Registro de alergias do paciente;
Registro de vacinas do paciente;
Permite anexar documentos digitalizados;
Registro de receituário;
Finalização do atendimento;
Emissão do termo de consentimento;
Definição do diagnóstico;
Emissão do parecer médico;
Encaminhamento do paciente;
Avaliação do paciente;
Visualização do resumo clínico;
Registro da opinião do paciente;
Visualização do prontuário;
Registro de interconsulta;
Registro de alergias do paciente.

Centro Cirúrgico:

Registro de solicitação de agendamento cirúrgico;
Registro de pré-agendamento cirúrgico;
Agendamento cirúrgico;
Registro de transferência do paciente do leito para centro cirúrgico;
Registro de transferência do paciente do centro cirúrgico para RPA;

Registro de transferência do paciente do RPA para leito;
Reserva de kits cirúrgicos e reserva de caixas cirúrgicas;
Revisão de agendamento cirúrgico;
Reserva de salas e equipamentos
Permite a configuração da Prescrição Eletrônica do Paciente por tipo de atendimento;
Cadastramento de cirurgia de urgência;
Confirmação de cirurgia agendada;
Lançamento de gasto de sala;
Registro de devolução de gasto de sala;
Registro e conferência de itens de checagens e confirmação do consumo de OPME;
Registro de descrição de cirurgia;
Registro do ato anestésico;
Bloqueio e interdição de sala de cirurgia;
Registro dos dados do parto e do RN;
Relatórios operacionais, administrativos, gerenciais e estatísticos;
Consulta de produtividade e agenda cirúrgica.

Sistematização Da Assis. Enf. (SAE):

Registro do histórico de enfermagem;
Visualização do prontuário do paciente;
Registro de aferição de sinais vitais;
Registro da avaliação do paciente;
Registro do diagnóstico de enfermagem baseado na tabela NANDA;
Seleção de prescrição padrão de acordo com o diagnóstico de enfermagem;
Informações de características relacionadas e fatores de risco;

Prescrição de enfermagem;
Anotação de enfermagem;
Checagem de itens;
Evolução de enfermagem;
Registro do balanço hídrico.

Controle de Infecção Hospitalar:

Cadastro de infecções;
Cadastro dos procedimentos invasivos;
Auditoria da prescrição de antimicrobianos;
Auditoria da prescrição de precauções;
Monitoramento do consumo de antimicrobianos;
Monitoramento do perfil de resistência de bactérias multirresistentes;
Geração de indicadores de controle;
Ativação e desativação do processo de vigilância;
Gerenciamento da média de permanência por especialidade;
Geração de indicadores NNIS;
Integração com o prontuário do paciente.

1.9. Diretoria Clínica:

Registro dos tipos de prestadores;
Registro dos conselhos;
Registro das especialidades médicas e de enfermagem;
Registro das especializações médicas e de enfermagem;
Registro dos horários contratados dos prestadores;

Registro dos prestadores da instituição;

Registro de ocorrências médicas;

Registro das licenças médicas.

1.9.1. Diagnóstico e Terapia:

Laboratório De Análises Clínicas:

Pedidos de exames e geração automática de coleta;

Confirmação de coleta no setor e no laboratório;

Impressão de etiquetas de coleta;

Interface com equipamentos laboratoriais;

Formatação dinâmica de laudos;

Rastreabilidade de amostras;

Gerenciamento de exames: laudo, revisão, liberação de resultados e impressão;

Registro da entrega de resultados;

Mapeamento de trabalho por bancada;

Geração automática dos pedidos via prescrição médica;

Monitoramento da urgência.

Diagnóstico por Imagem:

Pedidos de exames;

Formatação de todos os laudos;

Contabilização dos gastos de exames;

Gerenciamento de insumos (filmes e contrastes);

Formatação de laudos;

Atendimento a pacientes internos e externos;
Integração com o prontuário do paciente internado;
Autorização de guias de procedimentos.

1.9.2. Gestão de Suprimentos:

Compras:

Solicitação de compras;
Recebimento da solicitação de compras;
Agrupamento das solicitações de compras;
Cancelamento das solicitações ou itens pendentes;
Coleta de preços;
Realização de ordem de compra;
Cancelamento de ordem de compra;
Autorização de ordem de compras por níveis hierárquicos;
Integração com os sistemas de cotações;
Centralização de compras entre matriz e filiais;
Avaliação de fornecedores;
Cadastro de perguntas;
Configuração do critério de avaliação;
Cadastro de ranking de pontuação;
Cadastro de catálogo de produtos por FORNECEDOR;
Cadastro de contratos de compras;
Consulta de dados consolidados de entradas e saídas;
Emissão de relatórios para análise de COMPRAS;
Cadastro de solicitações de compras padrão;

Geração de ordens de compras a partir da coleta de preços de fornecedores.

Almoxarifado e Farmácia:

Rastreabilidade de lote e controle de materiais consignados;

Reserva de saldo de itens em kits;

Controle de processos de empréstimo;

Notificação de estoque máximo e mínimo de produtos;

Classificação de produtos por curva ABC e demanda;

Manipulação de itens e utilização de consumo previsto por cotas x setor;

Controle de movimentações por etiquetas de código de barras;

Registro de materiais e medicamentos de uso controlado;

Gerenciamento de movimentações de produtos entre empresas do mesmo grupo;

Gerenciamento de inventários por usuário e consolidação dos dados digitados;

Montagem de kits por checagem ou montagem livre;

Restrição de produtos em solicitações, para pacientes, vinculadas à prescrição;

Gerenciamento de produtos OPME do agendamento da cirurgia até o lançamento na conta do paciente;

Integração de informações com os sistemas financeiro e contábil.

1.9.3. Área de Apoio:

Nutrição e Dietética

Cadastro de tipos de refeição;

Perfil per capita;

Cadastro de tipos de dietas;

Criação de vínculos de leitos x copas;
Controle de mamadeiras/bicos;
Opções de cardápio com valores nutricionais;
Cadastro de fichas nutricionais;
Elaboração de cardápios para pacientes e acompanhantes;
Cardápios de lactários;
Censo por copa;
Geração automática de cardápio;
Mapas de produção de cardápio e mamadeiras;
Estatísticas de refeições por copa ou destino/dieta.

Manutenção:

Gerenciar as manutenções corretivas e preventivas;
Cadastro de check-list de manutenção com a programação de todos os serviços a serem executados;
Registro das solicitações de manutenção corretiva;
Programação da data de realização da manutenção;
Registro de requisições de itens necessários para manutenção no estoque;
Registro de solicitação para compra de um item que não tem no almoxarifado.

Higienização e Limpeza:

Geração de solicitações automáticas de limpeza;
Solicitações manuais de limpeza;
Gerenciamento do período inicial e final da higienização;

Confirmação de processos de rouparia;
Cancelamento de solicitações de limpeza;
Integração com a Central de Internações;
Integração com estoque de materiais;
Liberação de leitos através da telefonia;
Gestão de equipes através de escalas;
Gestão de agenda de higienização.

Portaria e Controle de Acesso:

Integração com cadastro dos atendimentos/agendamentos;
Cadastro de visitantes;
Cadastro de prestadores de serviço/colaboradores;
Gestão da quantidade de visitas por paciente;
Gestão das movimentações dos colaboradores;
Gerenciamento dos horários de visitas por unidade de internação;
Gestão de horários de visitas por setores administrativos;
Emissão e controle de etiquetas de identificação de visitantes/colaboradores;
Controle e distribuição de crachá de identificação;
Identificação visual de visitantes/colaboradores;
Rastreamento de movimentações de entrada e saída.

Lavanderia e Rouparia

Auxilia na composição de kits;
Distribuição de cotas por unidade de internação;

Distribuição de cotas por setor;
Aferição do percentual de aceitação de redução de peso;
Movimentação de peças para lavagem externa;
Controle de peças na rouparia.

Sac:

Registro da abertura de chamados;
Cadastro dos documentos de chamado;
Execução do gerenciamento de chamados;
Registro da exclusão de chamados;
Consulta de chamados abertos;
Registro da resposta da solicitação de parecer aos setores;
Emissão de relatórios estatísticos de origens de chamados, meio de abertura, origem de chamado x tipo de chamado, níveis de chamado, motivos de chamado e tipos de chamado.

1.9.4. Administrativo/Financeiro:

Controle Financeiro

Controle de contas a pagar e adiantamentos a fornecedor e não fornecedor;
Previsões de contas a pagar;
Controle de impostos;
Realização de pagamentos;
Prestação de contas de fornecedor e não fornecedor
Controle de contas a receber e de recibos e realização de recibos;
Pagamento entre empresas;

Controle de descontos e acréscimos por usuário (percentual e valor);
Controle de lotes de remessa (envio);
Lançamentos de extratos;
Controle de conta corrente de fornecedor e cliente;
Controle de devolução de estoque integrado com pagamento (baixa);
Realização de conciliação bancária.

Gestão de Contratos:

Controle de aprovação de contratos por Alçada/Usuários;
Acompanhamento da evolução do contrato desde sua entrada/minuta até a finalização e/ou renovação;
Fórum de pareceres e mensagens de acompanhamentos dos respectivos envolvidos nas fases de aprovação do contrato;
Integração com o financeiro das parcelas ligadas ao contrato, tanto do processo de contas a pagar como do contas a receber;
Opção de apontamentos de produção de acordo com o estabelecido para o contrato;
Revisão de apontamentos de produção antes da liberação da ordem de compras;
Controle de alçadas de usuários para aprovação de contratos;
Relacionamento de ordens de compras e notas fiscais com o contrato;
Renovação de contratos recalculados com base em índices;
Permite acompanhamento por e-mail dos envolvidos no contrato;
Avisos automáticos com base em ocorrências no contrato, exemplo: “Contrato aprovado totalmente”; “Contrato será finalizado em n dias”; “Contrato aguardando aprovação”; etc.;
Emissão de relatórios de contratos com filtros diversos, exemplo: Contratos por Moeda, Contratos por indicador, Contratos por Modelos, Contratos por fornecedor, Contratos por Tipo de Pagamento, Contratos por Data de Finalização, etc.;



Cadastro de tipo de envolvido: Assinante com Aprovação obrigatória final. Enquanto não houver essa aprovação, o contrato não será enviado para o Financeiro;
Fórum para aprovação de contrato.

Gestão de Orçamentos:

Visualização do orçamento matricial;

Diversificação de orçamentos por empresa;

Diversificação de tipos de orçamentos diferentes por empresa;

Visualização de matriz de acompanhamento;

Análise de metas;

Visualização do gráfico de Pareto;

Visualização de gráfico de variação mensal;

Consulta de orçamento on-line;

Elaboração, lançamento e processamento de peças orçamentárias;

Acompanhamento de peças;

Lançamento de contas orçamentárias manualmente;

Implantação de plano orçamentário;

Importação de valor orçado;

Elaboração de plano orçamentário;

Configuração de contas orçamentárias;

Ordenação de contas orçamentárias;

Relacionamento entre categorias x verbas orçamentárias;

Visualização da variação mensal e acumulada;

Criação de fórmulas e funções orçamentárias;

Elaboração, controle e acompanhamento de cronograma



Patrimônio:

Controle de recebimento de produtos para tombamento;

Controle de bens com garantia e penhora;

Controle de localização do bem;

Formas de depreciação acelerada ou normal;

Bens como despesas diretas;

Controle de manutenção dos bens;

Check-list e calibragem de bens;

Cadastro de manutenção de bens;

Controle de vencimento de garantia da compra;

Controle de imobilizações em andamento;

Opção de controle de bens de terceiro;

Projeção de depreciação de bens;

Mais de uma plaqueta por bem;

Controle de tipo de aquisição de bens

SAME (Serviço Médico e Estatístico):

Gestão da entrada e saída de pastas do SAME;

Geração de um novo volume para uma determinada pasta;

Entrada de documentos em lote;

Saída de documentos de um paciente;

Saída de documentos de uma agenda;

Recebimento parcial de documentos;

Recebimento de documentos pelo protocolo;

Transferências entre SAME e setor e viceversa;

Transferência de pastas entre SAME's;

Cadastro de atestados.

Faturamento Hospitalar:

Importação tabela SIGTAP;

Importação do arquivo CNES;

Importação do arquivo de CEP's;

Lançamento automático da produção ambulatorial na BPA;

Lançamento automático da produção de procedimentos de alta complexidade na APAC;

Lançamento automático na AIH dos procedimentos dispensados e executados no atendimento ao paciente durante a internação;

Realiza em tempo real todas as críticas da conta referente à compatibilidade dos procedimentos do SUS em relação ao sexo, idade, diagnóstico, permanência, CEP e habilidades dos profissionais e credenciamento da instituição;

Cálculo e lançamento automático na AIH da permanência maior;

Arquivos no formato do faturamento de procedimentos APAC – Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo

Emissão do laudo de AIH;

Integração com o sistema de Comunicação de Internação Hospitalar e Ambulatorial (CIHA), para atender a Portaria Nº 1.171, de 19/05/2011;

Emissão de laudo APAC por tipo de APAC;

Emissão do espelho da conta AIH;

Emissão do Boletim de Produção Ambulatorial;

Geração do arquivo de entrega da produção ambulatorial no padrão e layout DATASUS;

Geração do arquivo de entrega da produção dos procedimentos de alta complexidade APAC no padrão e layout DATASUS;

Geração do arquivo de entrega da produção dos atendimentos de internação (AIH) no padrão e layout DATASUS;

Realiza controle e crítica em relação a quantidade de diárias permitidas e faturadas;

Realiza controle e crítica em relação a quantidade de diárias de UTI contratadas e faturadas;

Registro de renovação de APAC;

Emissão de relatórios operacionais, administrativos, gerenciais e estatísticos

Consulta da produção online;

Controle de tetos físicos e orçamentários por grupo de procedimento e por procedimento;

Reapresentação de AIH e APAC rejeitada;

Controle de pacientes homônimos.

1.9.5. Tecnologia da Informação:

Gestão de Usuários / Controle de Acesso

Cadastro de usuários do sistema;

Cadastro de papéis e senhas;

Configuração de acesso ao estoque;

Configuração do acesso às unidades de internação;

Configura o usuário que gerencia as movimentações de pacientes;

Configura o usuário para acesso ao SAME;

Gerencia a chave de proteção ao SISTEMA;

Gerencia a integração com o DATASUS.

Business Intelligence / Analytics:

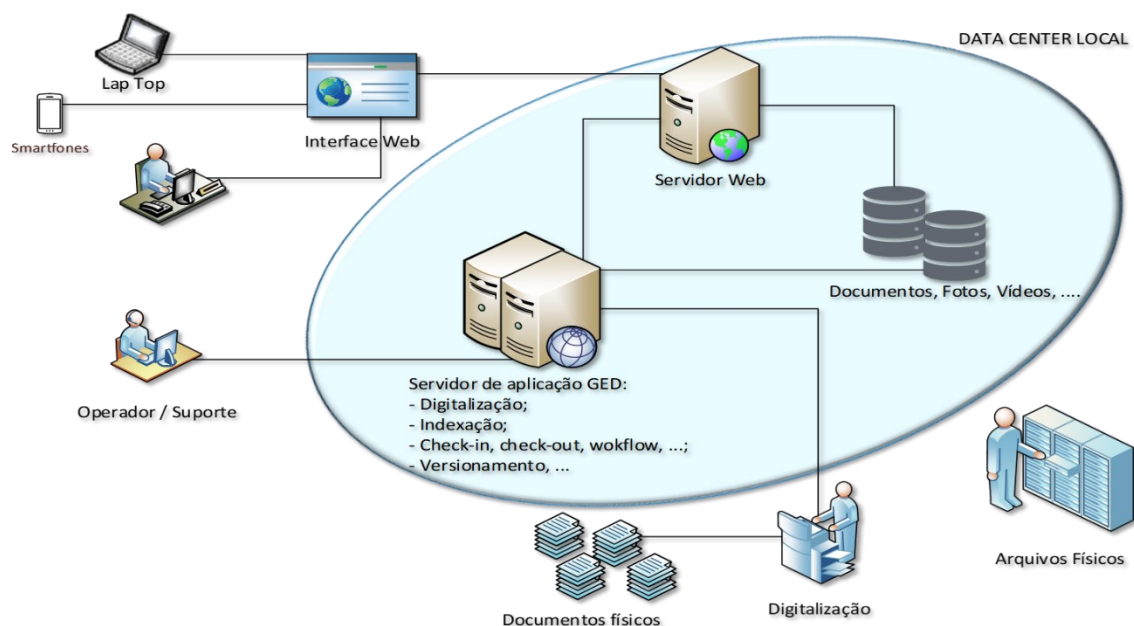
Possibilita a criação de visões gráficas de dados oriundos das diversas atividades da organização;

Permite fazer uma análise preditiva dos dados encontrando padrões de acontecimentos;

DW para tratamento de grande volume de dados (múltiplas dimensões e séries históricas), não acessa diretamente a base de dados de produção.

GED (Gestão Eletrônica de Documentos)

Podemos descrever GED como um conjunto de tecnologias que permite a uma instituição gerenciar seus documentos em forma digital (os documentos podem ser das mais diversas origens, tais como papel, microfilme, imagem, vídeo, som, planilhas eletrônicas, arquivos de texto, etc.).



Algumas características:

Gerencia de usuários e grupos;

Trabalha com categorias;

Trabalha com tags (marcas) para indexação;
Estrutura de Pastas e Permissões;
Criar e editar documentos e suas propriedades;
Descrição de documentos baseada em metadados;
Check-in, Check-out e Versionamento;
Integração com Google Docs;
Busca em Full-Text;
Mobilidade;
Workflow.

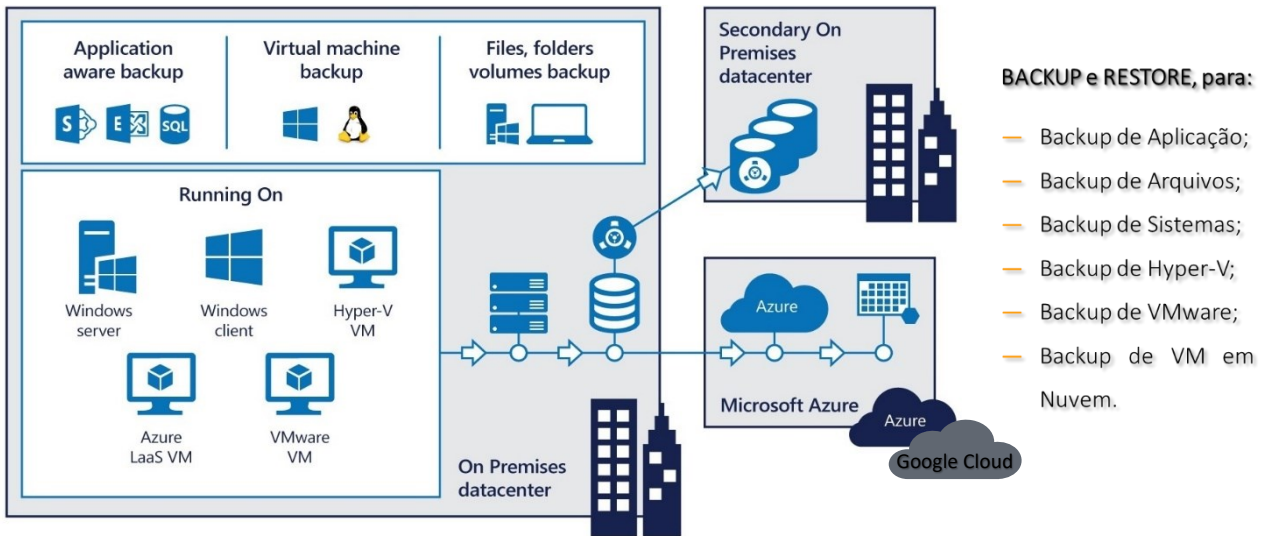
Backup (On-Premises e Cloud)

Backup é um termo inglês que tem o significado de cópia de segurança, porém existem diversos fatores que devem ser considerados ao decidir por uma solução de backup, seja ele realizado fisicamente em sua empresa ou na nuvem.

É a cópia de dados de um dispositivo de armazenamento para outro, possibilitando restaurar os dados em caso da perda dos dados originais, exclusões acidentais ou corrupção de dados;

As cópias de segurança devem obedecer vários parâmetros, tais como: o tempo de execução, a periodicidade, a quantidade de cópias, o tempo de armazenamento, a capacidade de armazenamento, a compressão e criptografia dos dados.

Visão Geral das soluções de Backup:



Uma solução de backup completa pode garantir a disponibilidade de sua infraestrutura crítica para o negócio, mesmo em caso de desastre ou falha.

Deve executar operações de backup e recuperação em diferentes níveis, incluindo backup e recuperação completa ou recuperação de nível de item / arquivo.

As operações do backup devem ser monitoradas para garantir que os SLA's configurados sejam cumpridos.

Wi-Fi Corporativo:

Nos dias de hoje o Wi-Fi é item obrigatório para qualquer empresa, seja micro ou de grande porte pela facilidade do uso e da mobilidade

Por engano da maioria acreditam que é uma solução simples a adquirem qualquer equipamento para implementar uma rede sem fio e ainda aplicam dicas encontradas na internet para resolver problemas técnicos sem o devido conhecimento. Em consequência o resultado são os incidentes constantes na rede de dados de sua empresa e esses incidentes recorrentes induzem as

empresas a fazerem investimentos e novos equipamentos semelhantes que não são adequados para aquela determinada demanda.

Telefonia Empresarial em Nuvem:

Telefonia em nuvem é mais do que um PABX: É a nova maneira de se comunicar. Telefonia em nuvem é um sistema telefônico empresarial com uma série de características que permitirão você unificar as comunicações da sua empresa por um preço econômico. Com telefonia em nuvem, você pode realizar chamadas ilimitadas para mais de 50 países desde seu computador, telefone e celular.

Cloud Computing:

A cloud computing, ou computação em nuvem é um serviço de computação baseado na internet na qual é sintetizada pelo poder de utilizar recursos de TI sob demanda de computação, armazenamento de dados, redes e de aplicações em ambientes compartilhados de maneira integrada através da internet, em qualquer lugar e independente de plataforma, sem ter que investir em equipamentos.

Na cloud a definição de preço é pelo uso, paga pelo que consome. O benefício dessa abordagem não é apenas a redução dos custos com servidores locais, a cloud é uma maneira dinâmica de se ajustar às necessidades de recursos de TI ao seu negócio de maneira simples, segura e econômica.

1.10. Considerações Finais

A tecnologia está cada vez mais aliada à prática médica, buscando evitar eventos adversos e promovendo a medicina baseada em evidências. A inteligência clínica, um dos maiores ganhos da digitalização e uma das principais razões pela qual os hospitais resolvem se tornar digital, já é capaz de proporcionar uma qualidade de tratamento avançada, gerando maior segurança para o paciente.

É preciso ter em mente que um Hospital Digital é feito de muito mais do que alguns aparatos. O treinamento dos profissionais, visando uma mudança de cultura, é importantíssimo para concretizar a implantação da inovação, tornando essas novas ferramentas funcionais e capazes de, realmente, impactar nas formas de atendimento e precisão.

A transformação digital ainda não é o estado pleno de todas as possíveis tecnologias. Ainda muitas estão por vir, relacionadas à Internet das Coisas, Inteligência Artificial e Big Data / Analytics. O futuro promete um ambiente cada vez mais inovador. Entretanto, é preciso começar de baixo: planejar infraestrutura, implantar ferramentas de suporte clínico, como o ERP, PEP e GED.

O Sistema deverá possibilitar os seguintes itens:

Dar ferramentas para produzir, analisar e divulgar informações sobre a situação de saúde no hospital.

Prestar os serviços que permitem manter o funcionamento do sistema de informação em articulação com os sistemas definidos pelo SUS.

Implantar processos para organizar e definir procedimentos, fluxos e rotinas para coleta dos dados dos diferentes sistemas de informação em vigência ou a serem implantados.

Implantar processos para encaminhar as diferentes informações conforme rotinas de

exportação e integração de dados.

Subsidiar na atualização dos sistemas oficiais de informação do SUS em vigência e outros que venham a ser implantados, a saber: SIA/SUS (sistema de informação ambulatorial), SIH/SUS (sistema de informação hospitalar), CNES –Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação.

O sistema de prontuário eletrônico deverá atender as necessidades de um ambiente hospitalar (internação, urgência/pronto atendimento, consulta, bloco cirúrgico), farmácia/gestão de estoques, faturamento, saúde ocupacional, clínica médica, unidade de saúde e/ou consultório médico.

O sistema deverá atender a todas as categorias profissionais de um ambiente clínico: médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos de enfermagem, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais, fonoaudiólogos, administrativos/recepcionistas, gestores e farmacêuticos/estoques.

1.11. Sistemática de Monitoramento e Garantia da Qualidade da Informação.

A revolução da sociedade, a globalização e a internet mudaram radicalmente a forma de como produzir e armazenar informações em todas as áreas do conhecimento. Os sistemas eletrônicos contribuíram sobremaneira para esse processo. Computadores, impressoras, dentre outros equipamentos podem ser vistos em qualquer lugar. Não obstante, os dados produzidos por àqueles equipamentos passaram a ser compartilhados e também elaborados por aparelhos ainda menores como: tablets e smartphones.

São tantas informações criadas que seria impossível sua impressão e armazenamento em papel, desta forma, os servidores e os serviços de armazenamento em nuvem “*cloud service*” vem sendo amplamente utilizados no mundo todo, em qualquer tipo de serviço.

Este processo é dinâmico, o que gera agilidade e confiança na informação, trazendo benefícios para todos, principalmente o paciente.

O IEC entende que é mister o provimento de sistemas informatizados de informação voltados para o atendimento do paciente, controle de estoque, faturamento, dentre outros. Além disso, o software deve gerar relatórios analíticos e sintéticos que traduzam a realidade da unidade, utilizando os dados imputados pelos usuários.

Desta forma, não basta somente adquirir os equipamentos (hardware) e sistemas (softwares) é necessário capacitar quem irá utilizá-los, já que, informações inseridas erradas gerarão relatórios fora da realidade, podendo acarretar diversos danos, dentre eles o financeiro, ao erário.

A organização social adquirirá os equipamentos necessários, conforme apresentado na planilha orçamentária e de investimentos voltado a prover o serviço com a melhor qualidade possível.

O sistema chamado ERP (*“enterprise resource planning”*), que pode ser definido como uma plataforma desenvolvida para integrar os diversos departamentos de uma empresa, possibilitando a automação e armazenamento de todas as informações do negócio, será o adquirido para gerir a unidade, estando em conformidade com o solicitado no edital referência deste projeto básico.

No que tange ao armazenamento da informação, serão utilizados servidores específicos, sistema *“cloud service”*, dentre outros.

Todas as informações relativas aos sistemas de informação utilizados na unidade estão contidas ao longo desta seção.

Outros diferenciais relativos a utilização dos sistemas de tecnologia de informação são, principalmente: redução de custos, suporte na tomada de decisão, melhoria de controle de processos nas esferas: operacional, estratégica e tática.

Sistemas hospitalares atendem a requisitos específicos para a execução, operacionalização e gestão do software e das informações ali contidas, que podem ser, basicamente, divididos em quatro subgrupos, sendo cada um suportado pelo anterior, como se segue:

Administração

- Supervisiona e direciona de forma executiva os demais. Pode ser entendido como a governança dos processos;

Operação

- É instalação e manutenção (ou suporte) ao software e infraestrutura;

Software

- Nível que suporta a operação da unidade. Este nível provê serviços informatizados para os funcionários, pacientes, gestores e interessados (sociedade, mídia);

Infraestrutura

- Composta por servidores, datacenter, rede de dados e link com internet; conforma-se ao software instalado e deve ser dimensionado para isto.

A figura 1, ilustra os serviços de TI de uma unidade hospitalar com sua integração das bases de dados via servidor.

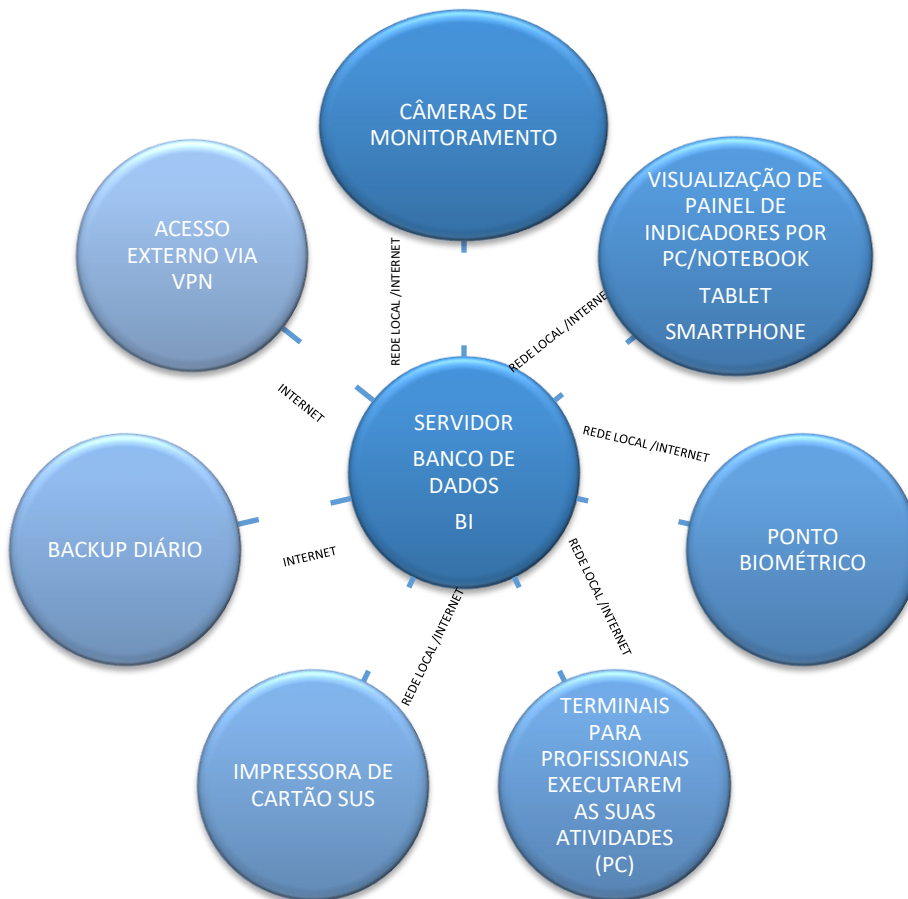


Figura 1 – Estrutura Macro de TI – Integração das bases via servidor

O IEC, através de sua equipe de tecnologia de informação, com profissionais de vasta experiência tanto no Brasil quanto no exterior proverá os serviços com suporte 24 horas por dia nos 365 dias do ano, nos níveis local e regional, tanto para clientes internos quanto para externos, com respostas imediatas para as necessidades dos gestores.

No nível local, haverá recursos para capacitação dos colaboradores da assistência no uso dos sistemas e na solução de problemas. No nível regional estarão os gestores dos sistemas que serão responsáveis pela equipe de suporte local e manterão contato permanente com o parceiro público, fiscalizador do contrato de gestão, sempre pronto a responder aos questionamentos e solicitações.

A estrutura de TI, que fornecerá suporte completo ao funcionamento da unidade está apresentada no diagrama a seguir.



Fluxograma – Arquitetura dos serviços de TI da unidade

Conforme o diagrama anterior, haverá um servidor de rede local instalado no interior da unidade sendo acessado, via rede local, pelos desktops. O servidor da unidade contém, o banco de dados com todas as informações para gestão. Haverá leitor biométrico para o controle do horário dos funcionários. O servidor da rede local armazenará os vídeos gravados pelas diversas câmeras espalhadas pela unidade para monitoramento completo do ambiente.

O servidor de rede local estará conectado, através de conexão banda larga, a um serviço de nuvem para realizar a função de backup diário de todos os dados. Os servidores de backup estarão em nuvem, ou seja, estarão hospedados em um serviço pago que pode ser acessado por qualquer dispositivo com conexão para a Internet, seja desktop, tablet ou smartphone. Haverá outros meios de backup, como gravação em discos rígidos fora das unidades para maior segurança de armazenamento das informações.

O sistema de *business intelligence* executará internamente no servidor da rede local da unidade, utilizando cargas diárias de informações para geração dos indicadores.

Qualquer dispositivo poderá acessar diretamente o servidor de rede local bastando configurar uma rede privada virtual (VPN) no determinado dispositivo. Uma VPN cria uma rede segura, acessada através de senha, com os dados sendo transmitidos e recebidos de forma codificada, permitindo o acesso ao servidor como se fosse um dispositivo local a rede de dados. O dispositivo terá acesso a qualquer informação existente no servidor de rede local, incluindo acesso às imagens das câmeras de monitoramento e ao sistema de *business intelligence*.

Softwares, hardware, ferramentas operacionais e estratégicas

Softwares a serem utilizados na unidade

A gerência completa de qualquer unidade hospitalar possui complexidade considerável e necessita de software de gestão que atenda essa exigência de forma transparente e otimizada para todos os envolvidos. Portanto, são necessários diversos módulos de software para que se consiga automatizar completamente seus processos assistenciais e gerenciais.

O software de gestão a ser implantado integra diversas ferramentas que viabilizam a gestão da oferta de serviços, o acompanhamento e histórico de saúde dos cidadãos atendidos, dentre outros, conforme a figura 2. A solução irá disponibilizar indicadores e mecanismos eficazes de controle, avaliação e auditoria que permitirão aos gestores de saúde o melhor gerenciamento do atendimento e cobertura da atenção básica e de média complexidade, principalmente.

Abaixo, algumas características principais do software a ser implementado:

- Reúne todas as informações de saúde dos cidadãos;
- Integra as informações de todos os serviços;
- Organiza o acesso da população às ações e serviços do sistema único de saúde, compatibilizando sua demanda e oferta na unidade gerenciada;
- Promove agilidade no atendimento;
- Prioriza os atendimentos pelo grau de complexidade, com classificação de risco em serviços de urgência e emergência;
- Otimiza os recursos disponíveis;
- Gerencia com precisão as compras, estoque e distribuição de medicamentos e insumos;

Controla efetivamente a produtividade.

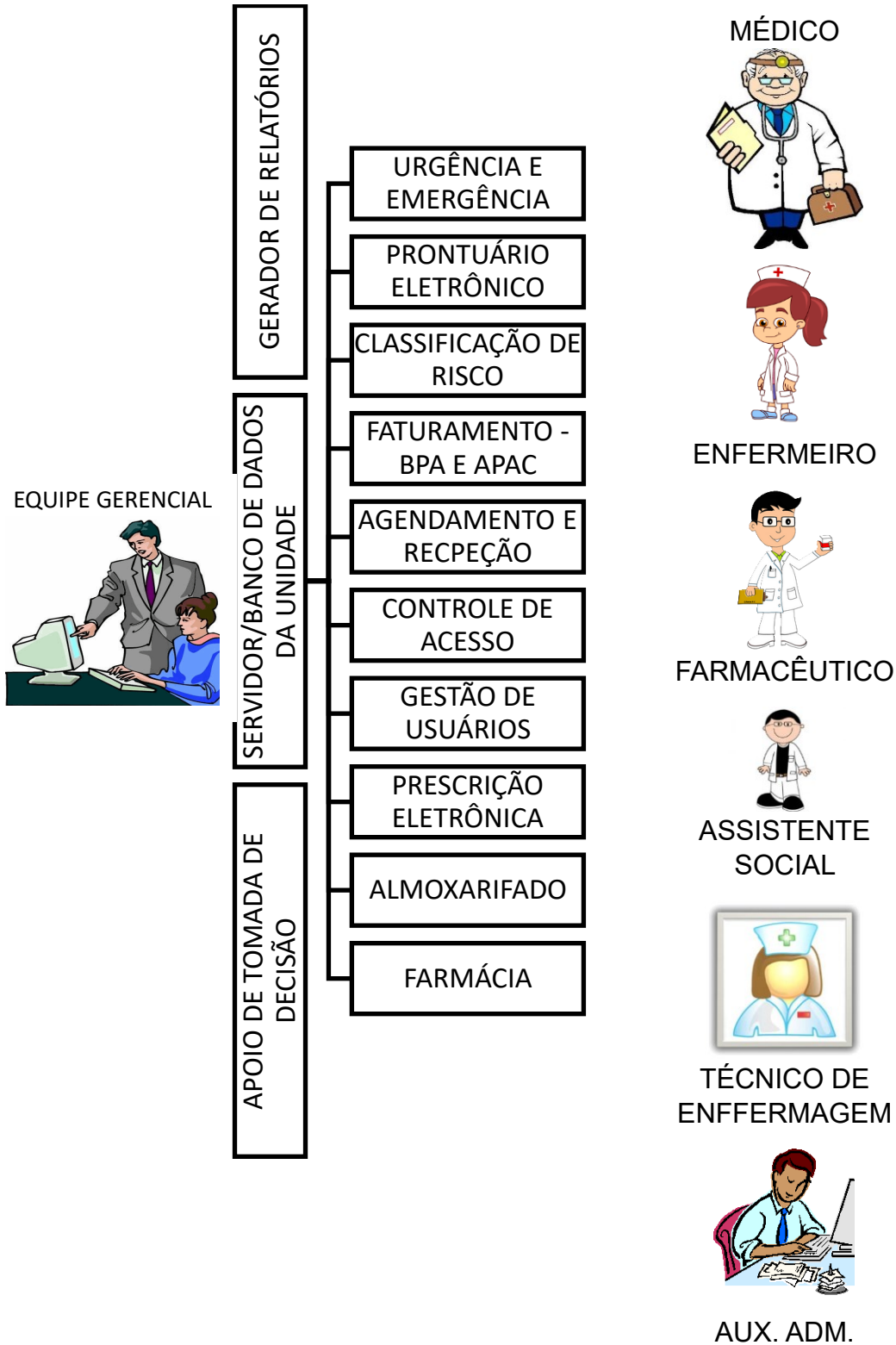


Figura 2 – Módulos de softwares e atores envolvidos

Para atingir os objetivos mencionados anteriormente, consideramos os seguintes módulos de software e sua descrição sucinta:

Urgência e emergência – O módulo controla completamente cada paciente internado nas áreas de urgência e emergência.

Prontuário eletrônico – O prontuário controla todo o histórico do paciente dentro da unidade de saúde, evitando redundância de informações ou seu cadastro incorreto. Reduz-se sobremaneira o desperdício com impressão de papeis.



Classificação de risco – O módulo controla o grau de risco do paciente, indicando através de cores o seu risco de vida. Apoia o serviço de acolhimento executado pela unidade de saúde.

Faturamento BPA E APAC – Módulo que controla a troca de arquivos com o ministério da saúde (DATASUS) para controle da unidade de saúde.

Agendamento e recepção – O módulo controla todo o agendamento de atendimento do paciente por cada médico e horário. Inclui também um módulo para recepção do paciente e encaminhamento para o setor correto da unidade de saúde.

Controle de acesso – Módulo que controla o acesso às funcionalidades do sistema. Qualquer acesso ao sistema deverá ser monitorado por este módulo. Serão realizadas auditorias para verificação dos acessos dos usuários aos módulos.

Gestão de usuários – Módulo que cadastra todos os usuários do sistema e define quais módulos deverão ser acessados por quais usuários da unidade de saúde.



Prescrição eletrônica – Permite a prescrição da receita do paciente de forma automatizada, incluindo o código de identificação da doença (CID) e os medicamentos pré-carregados em uma base pré-definida.

Almoxarifado – Gerencia todas as transações envolvendo o material utilizado dentro da unidade de saúde.

Farmácia – Gerencia todas as transações envolvendo os medicamentos utilizados na unidade. Cada transação envolvendo medicamentos deverá ser realizada mediante a inserção de um usuário e senha para registro de quem realizou a ação.

Gerador de relatórios – Módulo que deverá gerar todos os relatórios referentes ao controle da unidade de saúde.

Módulo cartão SUS

O cadastro do paciente no sistema ERP, gerará seu número SUS, de acordo com as bases eletrônicas do ministério da saúde. A cada novo registro verificar-se-á na rede do ministério da saúde se aquele usuário já foi cadastrado naquela rede de dados. Caso positivo, será utilizado o mesmo cadastro, anteriormente realizado por outra unidade de saúde.



O módulo permite a impressão do cartão SUS para cada usuário, sendo de interesse do parceiro público, as impressoras e os insumos poderão ser adquiridos pela entidade para realização deste processo.

Monitoramento das ações e vigilância eletrônica

A unidade será munida de câmeras de monitoramento espalhadas por todos os ambientes. Este circuito de monitoramento terá suas imagens disponibilizadas online para os agentes administradores e fiscalizadores, 24 horas por dia através de qualquer dispositivo móvel, como smartphones e tablets ou máquinas desktops. As imagens serão armazenadas para possibilitar futuras recuperações ou para questões de auditoria, caso necessário. A figura 3 demonstra o funcionamento das câmeras.

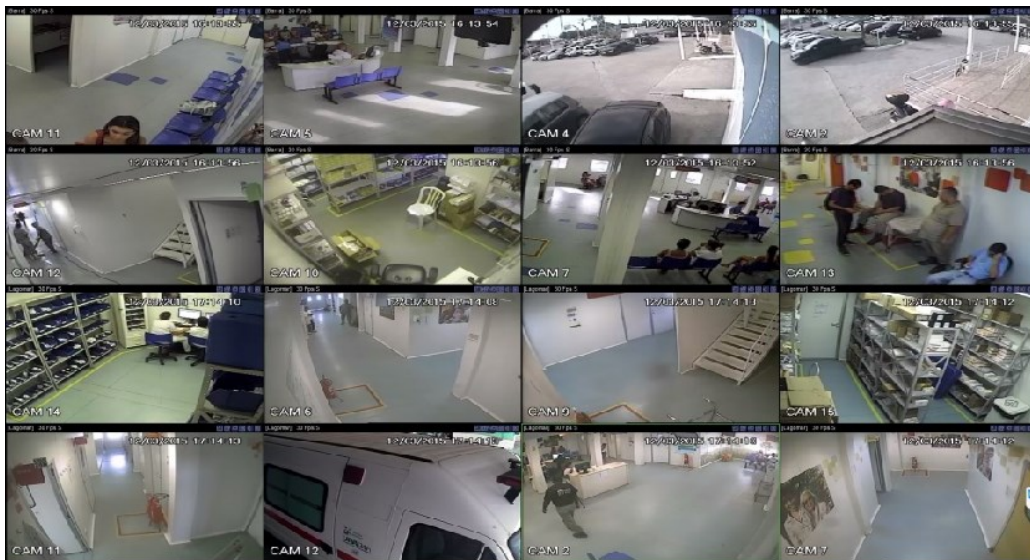


Figura 3 – Acesso ao sistema de câmeras da unidade

Sistemas de *business intelligence*

O sistema de “*business intelligence*” (BI) pode ser traduzido como um sistema de inteligência de negócios, ou inteligência empresarial. É um método que visa ajudar as empresas públicas ou privadas a tomar as decisões inteligentes, mediante dados e informações recolhidas pelos diversos sistemas de informação implantados na unidade.

Sendo assim, BI é uma tecnologia que permite às empresas transformar dados armazenados nos seus sistemas em informações qualitativas, suportando o processo de tomada de decisão pelo gestor. Todos os módulos de software de uma empresa que compõem o sistema de BI passam, isoladamente, a prover funções extras que auxiliem na tomada de decisões.

O BI somente surtará o efeito desejado se estiver:

Disponível para as pessoas certas;

No formato esperado;

No momento correto;

No local desejado.

Visando suprir as necessidades de tomada de decisões estratégicas, os agentes administradores e fiscalizadores terão acesso às informações gerenciais em painéis de indicadores formados a partir do banco de dados do "business intelligence" (BI). Estes painéis de controle estarão disponíveis na internet para o acesso através de máquinas desktops ou dispositivos móveis, como smartphones e tablets. Todo o acesso será controlado através de login, senha e perfis de acesso.

Uma variedade abrangente de indicadores será definida em conjunto com o parceiro público, além daqueles constantes no edital referência deste projeto básico, para uma visão completa da situação da unidade. Cada indicador permitirá diferentes tipos de visão como exemplo: por período de tempo (dia/mês/ano), por unidade, por classificação de risco, entre outros. Pode-se citar como indicadores a serem utilizados: número de pacientes atendidos; custo dos medicamentos e materiais médicos; medicamentos mais utilizados; intervenções mais realizadas; pacientes retornados; pacientes encaminhados.

A figura 4 apresenta modelo de painel de indicadores utilizados

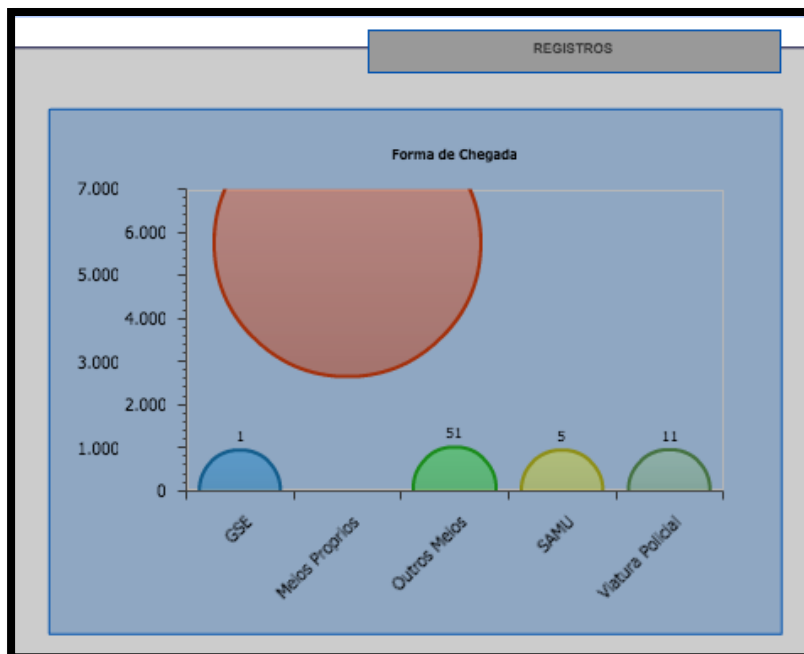
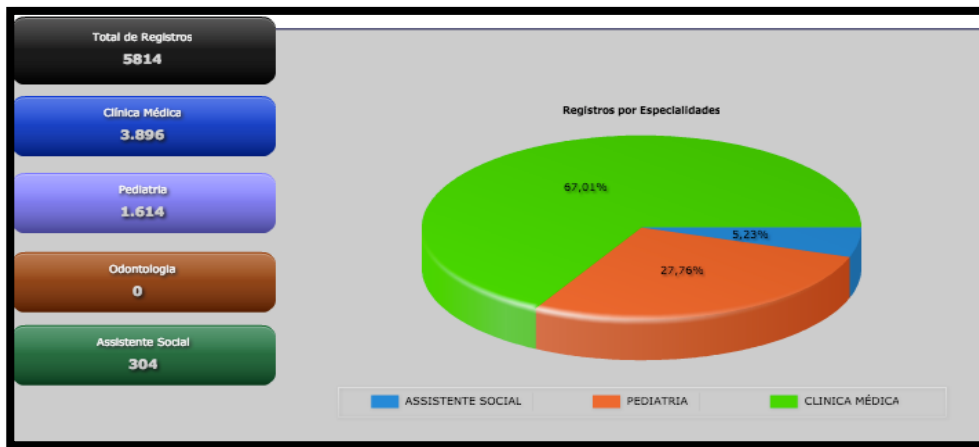


Figura 4 – Modelo de business intelligence utilizado em outros projetos geridos pela entidade.

Os sistemas de BI, basicamente, possuem as seguintes ferramentas:

Painel de indicadores executivo – Representa uma visão completa de todos os indicadores disponíveis e suas respectivas visões, em uma interface similar a um cockpit.



Painel de indicadores mobile – Representa uma visão resumida de todos os indicadores para se adequar a representação em uma interface menor como a de um smartphone ou tablet.

BSC balanced scorecard – O balance scorecard é uma ferramenta de gestão de performance largamente utilizada nas organizações que permite a definição de metas, indicadores e iniciativas para obtenção dessas metas.

Gestão de indicadores (KPI) – Permite a definição, manutenção e acompanhamento de cada indicador definido para os painéis de indicadores do gestor.

Sistema de controle de recursos humanos

Haverá controle automatizado do acesso de cada funcionário a unidade de saúde, que será feito através de sistema de ponto eletrônico com leitor biométrico interligado ao sistema de recursos humanos do projeto, contendo dois módulos:

Ponto eletrônico – Todo funcionário deverá se registrar no sistema de ponto eletrônico na entrada e ao final do expediente. O registro será realizado em leitor biométrico acoplado ao servidor da unidade, conforme a figura 5.

Vale ressaltar que diversos relatórios gerenciais poderão ser gerados visando o acompanhamento dos colaboradores pelo departamento de recursos humanos.

Softwares de apoio a gestão

Além dos módulos assistenciais, o software ERP utilizado para gerenciar a unidade possui diversas ferramentas para apoiar a gestão dos processos assistenciais e administrativos do projeto, basicamente, sendo:

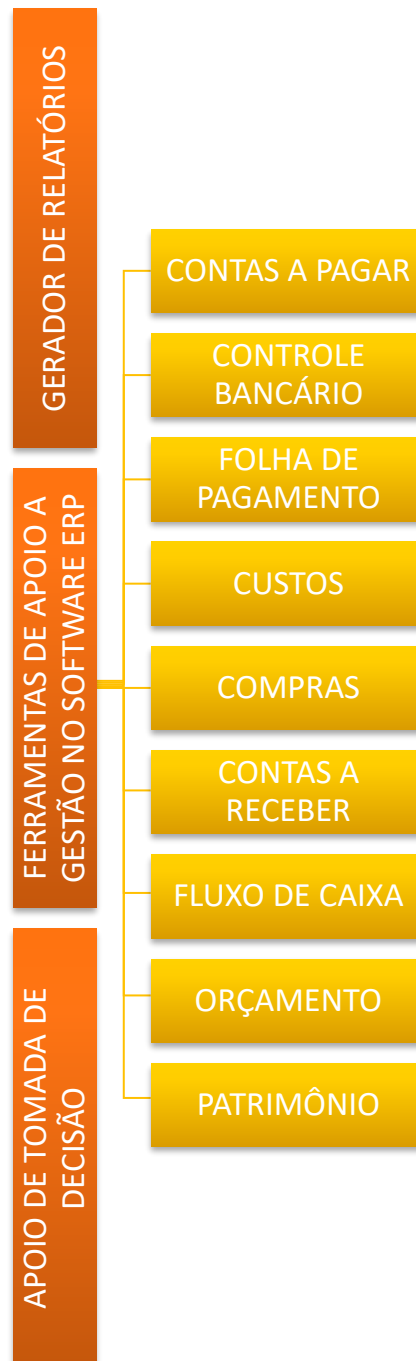


Figura 6 – Módulos do software de suporte de apoio a gestão do projeto

Todos esses módulos implementados garantirão mecanismos de controle efetivos para gestão do projeto, estando diretamente interligados aos módulos assistenciais. Abaixo, é descrito, resumidamente, a função de cada software:

Contas a pagar – Controla todas as contas a pagar da unidade de saúde.

Controle bancário – Controla as faturas e boletos pagos relativos ao projeto em tela.

Folha de pagamento – Gera a folha de pagamento incluindo os holerites de todos os funcionários do projeto.



Custos – Controla todos os custos diretos e indiretos relativos ao projeto em tela.

Compras – Controla todas as compras realizadas para o projeto, incluindo controle e cadastro de fornecedores.

Contas a receber – Controla todas as contas a receber do projeto.

Fluxo de caixa – Controla todos os débitos e créditos existentes do projeto.

Orçamento – Controla todo o orçamento mensal e anual necessário para gerir o projeto;

Patrimônio – Controla todos os ativos de patrimônio do projeto.

Software de *help-desk*

Um incidente é uma interrupção não planejada de um serviço de TI, ou uma redução na qualidade de serviço. A falha de um componente da arquitetura de TI que ainda não foi impactado é também um incidente. Os incidentes são categorizados para identificar quem deve trabalhar na resolução destes e para análises de tendências de problemas na área. Cada incidente é priorizado de acordo com a urgência e impacto no serviço.

A área de gestão de incidentes é fundamental para a manutenção dos serviços propostos. O propósito desta área é restaurar o serviço ao normal o mais rápido possível, minimizando qualquer tipo de impacto gerado por interrupções não planejadas.

O serviço de “*service desk*” é voltado para monitorização dos sistemas eletrônicos de informação e proceder com a sua restauração tão logo ocorra algum incidente que possa comprometer o serviço proposto no projeto em tela.

As funções principais de um sistema de Service Desk são:

- Gravar todos os incidentes e requisições, categorizando e priorizando-os;
- Investigação e diagnóstico em primeiro nível;
- Providenciar suporte adequado para os demais níveis para restauração dos sistemas comprometidos;
- Gerenciar o ciclo de vida de incidentes e requisições;
- Fechar os incidentes quando o usuário os aprovou;

Mantendo usuários informados do status dos serviços, incidentes e requisições

A Figura 7 apresenta os benefícios do serviço do serviço de "service desk"

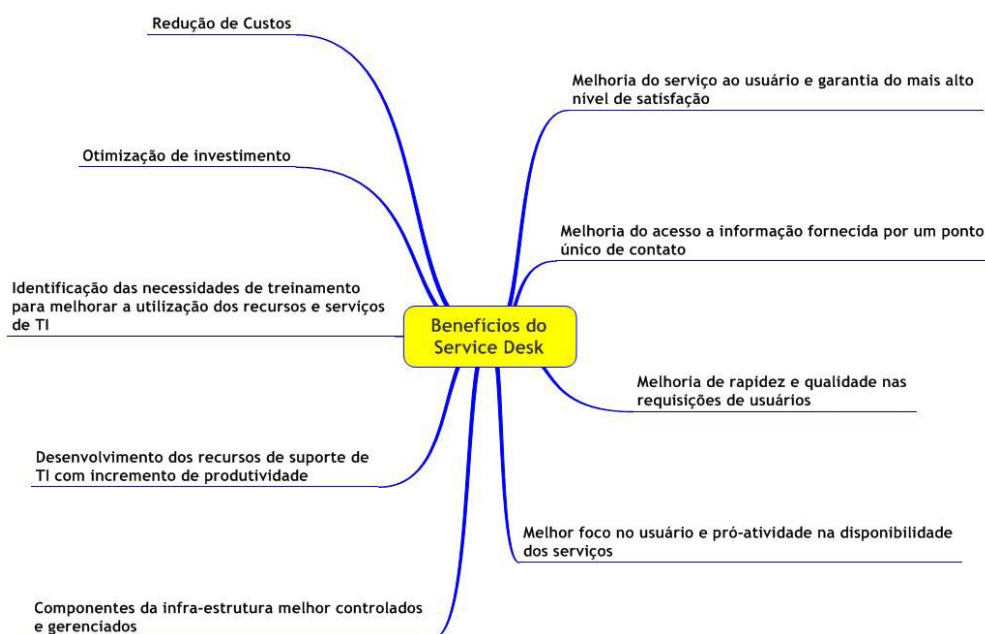


Figura 7 - Benefícios do *service desk*

O serviço descrito será implantado na unidade referência deste projeto básico voltado a manter os serviços de tecnologia de informação funcionando em sua plena capacidade operacional e prover seu reparo no menor tempo possível, após abertura de chamado de reparo pelos usuários do sistema.

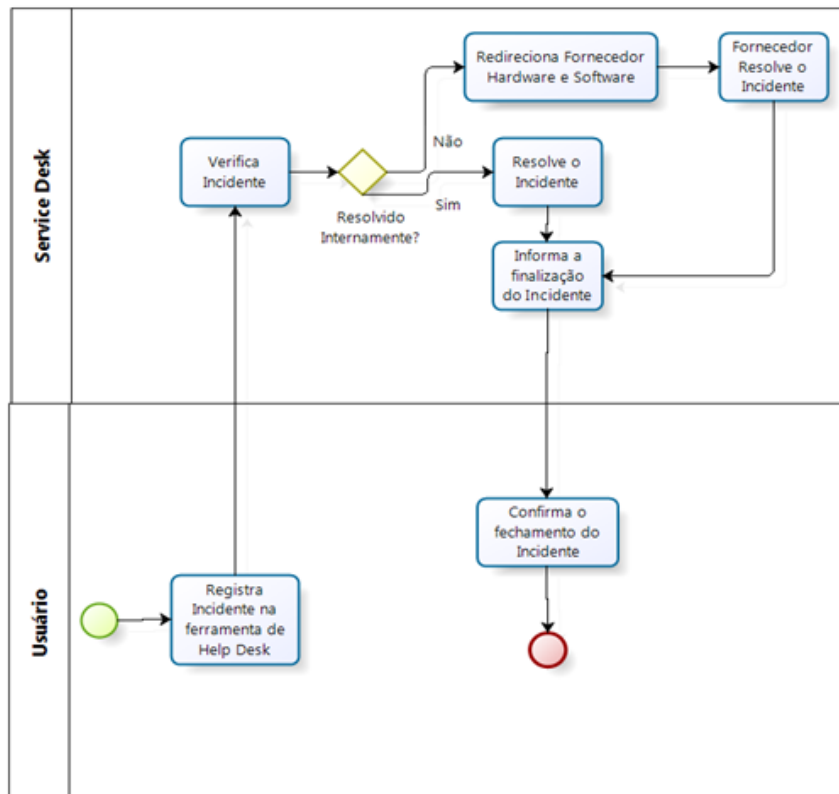
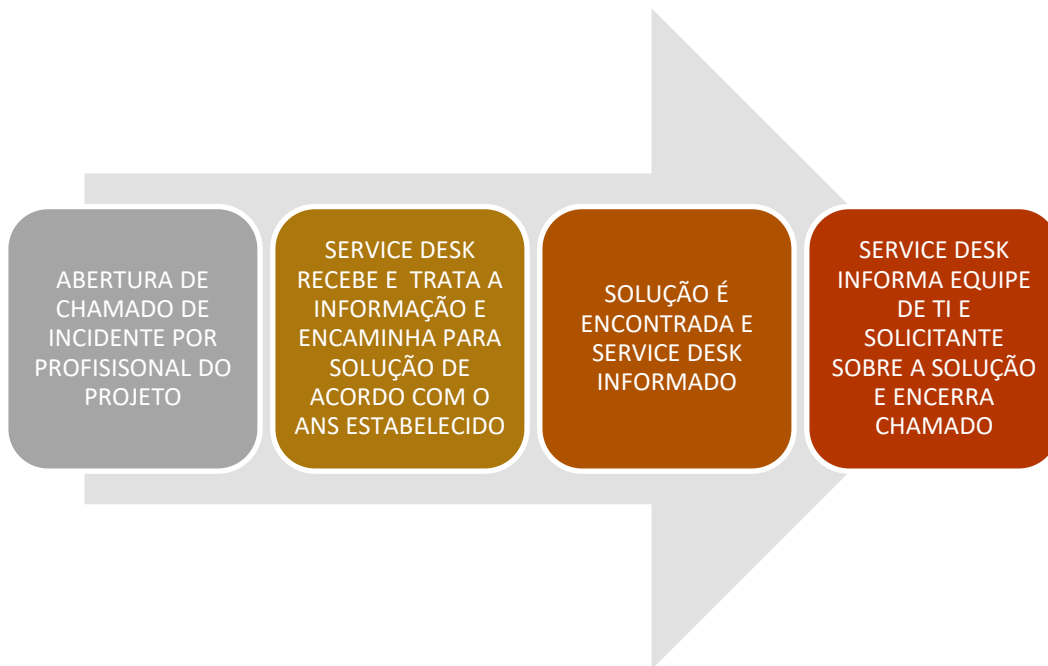


Figura 8 - Fluxo de atendimento de um incidente pelo serviço de *service desk*

Cada incidente aberto no software de *help desk* será tratado imediatamente. O incidente será resolvido em prazo de tempo definido através de acordos de níveis de serviço (ANS).

O Suporte de TI será o responsável pela resolução dos problemas/incidentes através da troca/reparo e/ou concerto ou envio para garantia de algum componente de hardware ou do redirecionamento para os fornecedores dos softwares utilizados no projeto. Em ambos os casos, a equipe de *service desk* acompanhará a solução até o fechamento da solicitação, mantendo o solicitante e a equipe de TI informada sobre as etapas do processo.



Fluxograma – Etapas de abertura, tratamento e fechamento de incidentes relacionados a infraestrutura de tecnologia de informação

Software de ouvidoria

A ouvidoria possibilita a análise de críticas e sugestões a respeito dos serviços prestados, constituindo importante instrumento para a solução de problemas, melhoria de processos e procedimentos e divulgação de elogios pelo atendimento recebido pelos profissionais da assistência.

Haverá sistema de ouvidoria para tratar e atender todas as sugestões, reclamações e elogios recebidos pelos usuários e ou colaboradores do projeto, ao tempo que o solicitante receberá feedback sobre a abertura de seu chamado até sua finalização.

Os relatórios de ouvidoria serão enviados ao parceiro público, conforme solicitado no edital de referência deste projeto básico.

Ferramentas de qualidade

Implantação das melhores práticas do mercado

Assim como os outros serviços, os de tecnologia de informação necessitam evoluir constantemente, sempre visando a qualidade total, atendendo as necessidades operacionais, táticas e estratégicas do projeto.

Na tecnologia de informação esta ferramenta é denominada ITIL (information technology infrastructure library). A figura 8 apresenta os mecanismos deste serviço.

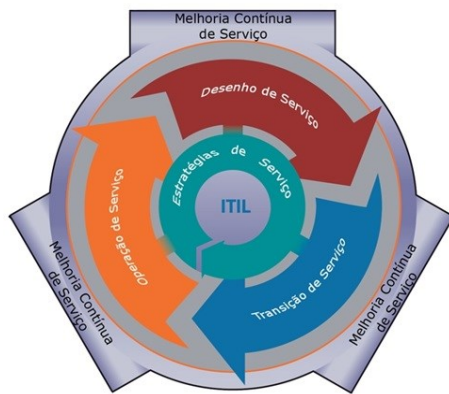


Figura 8 –
Processos do
ITIL

Desta forma,
se apresenta
o desenho do
serviço da
seguinte
forma:

Gestão de fornecedores: garante que fornecedores e os serviços que eles provêm sejam gerenciados para suportar os alvos de TI e as expectativas do negócio. Nesse processo, serão gerenciados os contratos com os fornecedores externos de hardware e de software;

Gestão de serviços: Entende quais serviços são fornecidos para garantir que realmente facilitem os objetivos dos clientes, gerenciando todos os custos e riscos associados a eles;

Gestão de catálogo: Fornece uma fonte central de informações dos serviços disponibilizados para o negócio pela organização provedora de serviços. Isto garante que as áreas de negócio possam ter uma visão apurada dos Serviços de TI;

Gestão de disponibilidade: Controla a disponibilidade relacionada a serviços, componentes e recursos, garantindo que alvos de disponibilidade são medidos e atende as necessidades correntes e futuras do negócio.

Treinamento e capacitações

A equipe do centro de estudos do IEC em conjunto com a equipe de tecnologia de informação e fabricante dos softwares utilizados no projeto promoverão capacitações permanentes, de acordo com as necessidades dos usuários do sistema e/ou solicitação do parceiro público. Inicialmente, serão disponibilizados os seguintes treinamentos, visando a correta utilização dos softwares:

Treinamento

CH

Público

Utilização dos sistemas de gestão administrativa da unidade	8 horas	Equipe administrativa do projeto
Utilização dos sistemas de gestão da unidade	8 horas	Todos os funcionários do projeto
Utilização do sistema de indicadores	4 horas	Equipe executiva do município e IEC

Sustentabilidade – TI verde

Nos dias atuais deve-se haver preocupação em se consumir cada vez menos os recursos naturais. Os sistemas de tecnologia de informação que serão utilizados no projeto são sustentáveis, desta forma:

Haverá redução drástica na impressão de documentos e consumo de papeis;
 Utilização de equipamentos com baixo consumo de energia;
 Sistema de armazenamento de informações eletrônico, com busca sob demanda;
 Redução de custos.

Controle e Garantia da Informação

Monitorar e garantir a qualidade da informação é um desafio que precisa ser enfrentado por qualquer organização, principalmente aquelas que trabalham com saúde.

As ferramentas de qualidade, já apresentadas ao longo deste bloco, são essenciais para que esta meta seja atingida, tendo como base os indicadores propostos e descritos neste bloco e/ou outros que porventura venham a ser criados.

É necessário acompanhar, avaliar e verificar constantemente o nível de acuracidade da informação, mantendo-as sempre precisas e exatas, já que erros se traduzem em impactos negativos, gerando custos desnecessários além de afetar o processo de tomada de decisão.

Lidar com a qualidade da informação implica em uma mudança de atitude, pois não se trata mais de um processo de tecnologia e sim de gestão. Todas as equipes do projeto serão conscientizadas da importância e do uso correto da informação, sempre as mantendo precisas e exatas.

No projeto, será adotado a tipificação 4, do controle e garantia da informação, basicamente, composta pelos seguintes fatores:

Detecção e correção dos erros – esta técnica tem como alvo a correção da informação.

Consiste em analisar a base de dados e detectar erros como: valores nulos, informação duplicada ou errada, utilizando como parâmetro uma amostra (n), significativa, a ser definida pelas equipes de gestão do projeto, que irá orientar quanto a precisão e exatidão das informações armazenadas. Caso os dados não estejam corretos, a equipe de qualidade tomará as medidas necessárias para a sua correção.

Análise do processo – É necessário analisar os processos de trabalho com vistas a detecção dos pontos nos quais os erros são sendo introduzidos

A gestão da função qualidade da informação

A organização social, através de sua equipe de qualidade e do centro de estudos implantará a política de qualidade de informação e acompanhará todas as atividades relacionadas a essa área, de crucial importância ao projeto.

Monitoramento e avaliação das características e sua importância

Os processos de qualidade serão analisados conforme diagrama abaixo,



Os principais tópicos de cada fase são apresentados:

1ª – Fase: Acompanhamento

Monitoramento constante;

Supervisão documental;

Ajustes operacionais na execução;

Fiscalização e aderência entre planejamento e execução.

2ª – Fase: Monitoramento

- Ferramenta de gestão;
- Contínua coleta e análise de informação;
- Intervenção e correção de rumos;
- Processos, resultados e impactos;
- Monitora quem implementa.
- Fornece informações relevantes sobre o desempenho;
- Fornece série histórica de uma intervenção;
- Favorece a alocação de recursos nas ações;
- Gera aprendizagem organizacional;
- Possibilita identificar e agir sobre oportunidades de melhoria.

3ª – Fase: Avaliação

- Julgamento com base em critérios;
- Tomada de decisões e aprendizado;
- Foco no resultado;
- Integra as atividades do ciclo de gestão;
- Aperfeiçoa a formulação de intervenções;
- Gera aprendizagem organizacional;
- Subsidia a tomada de decisões.

Conclusão

O monitoramento e avaliação da qualidade das informações em atendimento ao contrato de gestão têm por finalidade a melhoria nos processos de gestão, tomada de decisão e segurança dos pacientes, além de trazer mais transparência e agilidade nos procedimentos realizados, conforme já registrado em projetos anteriores geridos pela entidade.

I. OUTRAS INICIATIVAS E PROGRAMAS DE QUALIDADE, IMPLANTADO OU EM DESENVOLVIMENTO PELA ORGANIZAÇÃO SOCIAL: APRESENTAR UM PLANO DE ORGANIZAÇÃO ESPECÍFICO COM DEFINIÇÃO DE ALCANCE, METODOLOGIA, CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO, ORÇAMENTO PREVISTO, ETC.

Outras iniciativas e Programas de Qualidade, implantados ou em desenvolvimento pela Organização Social: apresentar um plano de organização específico com definição de alcance, metodologia, cronograma de implantação, orçamento previsto.

1. MODELO DO SISTEMA DE ACOLHIMENTO DOS USUÁRIOS A SER IMPLANTADO

1.1. Diretrizes do Acolhimento

Para continuidade nos serviços prestados pela UPA, aprimoraremos o Sistema de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Riscos nos serviços de urgência – Política de Humanização do Ministério da Saúde.



O acolhimento no campo da saúde deve ser entendido, ao mesmo tempo, como diretriz ético/estético/política constitutiva dos modos de se produzir saúde e como ferramenta tecnológica relacional de intervenção na escuta, na construção de vínculo, na garantia do acesso com responsabilização e na resolutividade dos serviços.

O acolhimento como diretriz é um regime de afetabilidade construído a cada encontro e por meio dos encontros, que se produz, portanto, na construção de redes de conversações afirmadoras de relações de potência nos processos de produção de saúde.

O acolhimento é também um dispositivo de intervenção que possibilita analisar o processo de trabalho em saúde com foco nas relações e que pressupõe a mudança das relações profissional/usuário/rede social e profissional/profissional por meio de parâmetros técnicos,

éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e como participante ativo no processo de produção da saúde.

O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética; não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, mas implica necessariamente o compartilhamento de saberes, angústias e invenções; quem acolhe toma para si a responsabilidade de “abrigar e agasalhar” outrem em suas demandas, com a resolutividade necessária para o caso em questão. Desse modo é que o diferenciamos de triagem, pois se constitui numa ação de inclusão que não se esgota na etapa da recepção, mas que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde.

O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas adequadas aos usuários. Ou seja, requer prestar um atendimento com responsabilização e resolutividade e, quando for o caso de orientar o usuário e a família para a continuidade da assistência em outros serviços, requer o estabelecimento de articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos.

Acolher com a intenção de resolver os problemas de saúde das pessoas que procuram uma unidade de urgência pressupõe que todos serão acolhidos por um profissional da equipe de saúde. Este profissional vai escutar a queixa, os medos e as expectativas, identificar risco e vulnerabilidade, e acolher também a avaliação do próprio usuário; vai se responsabilizar pela resposta ao usuário, a para isso vai necessariamente colocar em ação uma rede multidisciplinar de compromisso coletivo com essa resolução.

Muitos serviços de atendimento às urgências convivem com grandes filas onde as pessoas disputam o atendimento sem critério algum a não ser a hora da chegada. A não distinção de riscos ou graus de sofrimento faz com que alguns casos se agravem na fila, ocorrendo às vezes até a morte de pessoas pelo não atendimento no tempo adequado.

A classificação de risco é uma ferramenta que, além de organizar a fila de espera e propor outra ordem de atendimento que não a ordem de chegada, tem também outros objetivos importantes, como: garantir o atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado; informar o paciente que não corre risco imediato, assim como a seus familiares, sobre o tempo provável de espera;

promover o trabalho em equipe por meio da avaliação contínua do processo; dar melhores condições de trabalho para os profissionais pela discussão da ambiência e implantação do cuidado horizontalizado; aumentar a satisfação dos usuários e, principalmente, possibilitar e instigar a pactuação e a construção de redes internas e externas de atendimento.

Não é menos importante esta relação para fora do hospital. Desenvolver articulações com a atenção básica, ambulatórios de especialidade, serviços de atenção e internação domiciliar, etc. Promove uma reinserção do usuário em áreas do sistema que qualificam a alta do usuário da unidade de urgência e emergência, produzindo possibilidades de vínculo e responsabilização. A sustentação de uma rede loco-regional de urgência e emergência envolvendo unidades hospitalares e atenção pré-hospitalar fixa e móvel, além de todos os outros equipamentos correlatos, promove acesso qualificado a esta rede, induzido pelo planejamento adequado na medida das necessidades que se apresentam e das ofertas possíveis.

O Acolhimento com Avaliação de Risco configura-se, assim, como uma das intervenções potencialmente decisivas na reorganização das portas de urgência e na implementação da produção de saúde em rede, pois extrapolam o espaço de gestão local afirmando, no cotidiano das práticas em saúde, a coexistência do macro e micropolíticas.

O acolhimento com Avaliação de Risco envolve atitudes que devem ser observados por todos os colaboradores:

- ✓ O tratamento ser humanizado;
- ✓ O uso do bom senso;
- ✓ A harmonia e a perfeita integração entre profissionais;
- ✓ A cooperação entre os colegas;
- ✓ A divisão igualitária dos trabalhos;
- ✓ A conscientização dos deveres do profissional;
- ✓ Saber que estamos lidando com seres humanos;
- ✓ Dedicção máxima para salvarmos vida.

O acolhimento também envolve especificar colaboradores de apoio ao paciente nas diversas áreas das Unidades.

1.2. PRÉ-REQUISITOS NECESSÁRIOS À IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1.2.1. Ações a serem implantadas:

- Estabelecimento de fluxos, protocolos de atendimento e classificação de risco;
- Qualificação das Equipes de Acolhimento e Classificação de Risco (recepção, enfermagem, orientadores de fluxo, segurança);
- Sistema de informações para o agendamento de consultas ambulatoriais e encaminhamentos específicos;
- Quantificação dos atendimentos diários e perfil da clientela e horários de pico;
- Adequação da estrutura física e logística das seguintes áreas de atendimento básico:
 - **Área de Emergência;**
 - **Área de Pronto Atendimento.**

Para a organização dos espaços e seus usos e para a clareza no entendimento, a composição espacial aqui sugerida é composta por eixos e áreas que evidenciam os níveis de risco dos pacientes.

A proposta de desenho se desenvolve pelo menos em dois eixos: o do paciente grave, com risco de morte, que chamaremos de eixo vermelho, e o do paciente aparentemente não grave, mas que necessita ou procura o atendimento de urgência, que chamaremos de eixo azul.

Cada um desses eixos possui diferentes áreas, de acordo com a clínica do paciente e os processos de trabalho que nele se estabelecem, sendo que essa identificação também define a composição espacial por dois acessos diferentes.

Na classificação de risco, o enfermeiro encarregado do plantão chama pela ordem o próximo paciente indicando para qual sala da classificação de risco ele deve seguir.

Proporcionar agilidade no atendimento e maior qualidade nos serviços prestados pela UPA é a finalidade classificação de risco. O objetivo desse procedimento é realizar uma anamnese, verificar os sinais vitais do paciente, medicamentos que estão sendo usados, seus sintomas atuais, suas alergias, bem como o histórico de sua saúde.

A pré-consulta de enfermagem prioriza o atendimento médico, respeitando-se a condição clínica do paciente embasada nas informações obtidas na história clínica e nos exames preliminares. A equipe de enfermagem, priorizando os casos mais graves, direciona o paciente para o atendimento pelo médico.

Situações especiais:

- Idosos;
- Deficientes mentais;
- Deficientes físicos;
- Acamados;
- Com dificuldade de locomoção;
- Gestantes;
- Escoltados, algemados ou envolvidos em ocorrência policial;
- Vítimas de abusos sexuais
- Retorno em menos de 24 horas sem melhora.

1.3. ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Em praticamente todas as ações propostas pela PNH – Política Nacional de Humanização, do Ministério da saúde, o acolhimento aparece como ponto de destaque como “postura e prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde, a partir da análise dos processos de trabalho, favorece a construção de relação de confiança e compromisso entre as equipes e os serviços”.

Levando em consideração que o Acolhimento com Classificação de Risco é um dispositivo de melhoria da qualidade dos serviços de urgência que permite e instiga diversas mudanças nas práticas e que é um importante instrumento na construção de redes de atenção, algumas etapas

para sua implementação são importantes, conforme sugestão do próprio PNH, a fim de garantir o envolvimento de gestores, trabalhadores e usuários:

- a. Sensibilização dos gestores, gerentes, chefes, dirigentes, demais trabalhadores e usuários dos sistemas de urgência e emergência e atenção hospitalar, em todos os níveis de atenção e gestão locais, por meio de encontros amplos e abertos, para construir a adesão ao processo de Acolhimento com Classificação de Risco e de Construção de Redes;
- b. Realização de oficinas de trabalho para implementação do Acolhimento com Classificação de Risco, direcionadas aos trabalhadores de todas as áreas direta ou indiretamente envolvidas com o serviço de urgência nas unidades hospitalares e não hospitalares;
- c. Realização de capacitação específica da enfermagem para a utilização do protocolo de classificação de risco;
- d. Acompanhamento, monitoramento e avaliação sistemática das ações para melhorias e correções de rumo que se façam necessárias. Além disso, a implementação do Acolhimento com Classificação de Risco pode ser potencializada pela adoção das seguintes iniciativas:
- e. Elaboração de um “Manual de Informações sobre o SUS Local”, atualizado sistematicamente, que servirá de apoio aos profissionais que orientam os fluxos entre serviços diversos.

f Capacitação técnica - incluindo suporte básico e suporte avançado de vida - para todos os profissionais que atuam na urgência, inclusive aqueles que não são profissionais de saúde estritamente (assistentes sociais, administrativos, porteiros e outros) ”

Importante salientar, ainda, que, por se tratar de um conceito novo, além da explicação individualizada dos profissionais aos pacientes e acompanhantes, será afixado um banner explicativo na sala de espera da UPA, sempre no intuito de buscar que o usuário tenha informação, segurança e acolhimento.

O Acolhimento pressupõe a criação de espaços de encontros entre os sujeitos. Espaços de escuta e de recepção que proporcionem a interação entre usuários e trabalhadores, entre trabalhadores e trabalhadores – equipes – e entre os próprios usuários, que sejam acolhedores também no sentido de conforto, produzido pela introdução de vegetação, iluminação e ventilação naturais, cores, artes e demais questões já colocadas.

No âmbito de Unidades de Pronto Atendimento falamos do Acolhimento com a Classificação de Risco, ferramenta utilizada para proporcionar a atenção por nível de gravidade. A Classificação de Risco considera minimamente as seguintes áreas de atendimento: área de emergência e área de pronto atendimento. Nesse sentido é importante que se tenham propostas arquitetônicas com um arranjo que esteja de acordo com o arranjo proposto na atenção e que auxilie na resolutividade do atendimento e organização do processo de trabalho dentro desses setores de urgência e emergência.

Na UPA o Acolhimento, além de entendido enquanto processo que permeia toda a abordagem do usuário/comunidade, também é um espaço específico onde se realiza a primeira escuta e é identificada a necessidade do usuário, assim como classificado o risco, por um profissional de saúde que o orientará e direcionará ao local mais adequado para resolução do seu problema, na própria unidade ou externamente, com garantia do atendimento. Esse espaço deve ser adequado

considerando tanto as dimensões de fluxos quanto de privacidade e conforto tanto para usuários quanto para os profissionais que o recebem.

1.3.1. Classificação de Risco:

O usuário ao procurar o Pronto Atendimento deverá direcionar-se ao Acolhimento que terá como objetivos:

- Direcionar e organizar o fluxo por meio da identificação das diversas demandas do usuário;
- Determinar as áreas de atendimento em nível primário (ortopedia, suturas, consultas);
- Acolher pacientes e familiares nas demandas de informações do processo de atendimento, tempo e motivo de espera;
- Avaliação primária, baseada no protocolo de situação queixa, encaminhando os casos que necessitam para a Classificação de Risco pelo enfermeiro.

O usuário ao procurar o Pronto Atendimento deverá direcionar-se à Central de Acolhimento que terá como objetivos:

Direcionar e organizar o fluxo por meio da identificação das diversas demandas do usuário; Determinar as áreas de atendimento em nível primário (suturas, consultas);

Acolher usuários e familiares nas demandas de informações do processo de atendimento, tempo e motivo de espera;

Avaliação primária, baseada no protocolo de situação queixa, encaminhando os casos que necessitam para a Classificação de Risco pelo enfermeiro.

Importante destacar que esta avaliação pode dar-se por explicitação dos Usuários ou pela observação de quem acolhe, sendo necessária capacitação específica para este fim, não se entende aqui processo de triagem, pois não se produz conduta e sim direcionamento à Classificação de Risco.

Após o atendimento inicial, o usuário é encaminhado para o consultório de enfermagem onde a classificação de risco é feita baseada nos seguintes dados:

f) Situação/Queixa/Duração (QPD);

Após o atendimento inicial, o paciente é encaminhado para o consultório de enfermagem onde a classificação de risco é feita baseada nos seguintes dados:

- Situação/Queixa/Duração (QSD);
- Breve histórico (relatado pelo próprio paciente, familiar ou testemunhas);
- Uso de medicações;
- Verificação de sinais vitais;
- Exame físico sumário buscando sinais objetivos;
- Verificação da glicemia, eletrocardiograma se necessário.

Importante destacar que esta avaliação pode dar-se por explicitação dos Usuários ou pela observação de quem acolhe, sendo necessária capacitação específica para este fim, não se entende aqui processo de triagem, pois não se produz conduta e sim direcionamento à Classificação de Risco.

A classificação de risco se dará nos seguintes níveis:

Procedimento de Acolhimento

- Acolher as necessidades;
- Direcionar o paciente para o Núcleo de Acolhimento;
- Determinar a prioridade.

As prioridades serão enumeradas da seguinte forma:

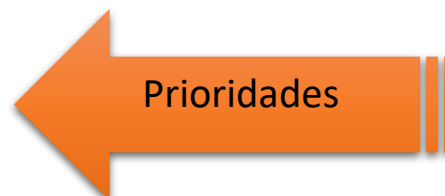
Prioridade 1 – Emergência;

Prioridade 2 – Urgência;

Prioridade 3 – Procedimentos;

Prioridade 4 – Idoso, gestante, etc.;

Prioridade 5 – Demais Atendimentos.





PRIORIDADE	COR	CLASSIFICAÇÃO	INTERVENÇÃO MÉDICA	REAVLIAÇÃO DE ENFERMAGEM
I	VERMELHO	Ressuscitação	Intervenção médica imediata – sinal sonoro	Cuidados contínuos
II	LARANJA	Emergência	Aval. médica <15 minutos – sem sinal sonoro	A cada 15 minutos
III	AMARELO	Urgência	Aval. médica <30 minutos Será atendido no consultório médico ou no leito da sala de observação	A cada 60 minutos
IV	VERDE	Menor urgência	Aval. médica +/- 60 minutos Será atendidosomente após todos os classificados como amarelo	A cada 120 minutos.
V	AZUL	Não urgente	Aval. médica no mesmo dia ou no dia seguinte (sem sofrimento agudo ou caso social deverá ser preferencialmente atendido na UBS; se desejar, pode ser atendido após todos os classificados como verde, amarelo, laranja e vermelho)	A cada 240 minutos.

A classificação de risco se dará nos seguintes níveis:

VERMELHO: PRIORIDADE ZERO – Ressuscitação.

Necessidade de atendimento imediato. Pacientes que deverão ser encaminhados diretamente à Sala Vermelha (emergência) devido à necessidade de atendimento imediato.
Atendimento até 1 minuto.

LARANJA: PRIORIDADE 1 – Emergência.

Pacientes que necessitam de reavaliação de atendimento a cada 15 minutos.

AMARELO: PRIORIDADE 2 – Urgência.

Pacientes que necessitam de atendimento prioritário o mais rápido possível, porém não correm riscos imediatos de vida. Deverão ser encaminhados diretamente à sala de consulta de enfermagem para classificação de risco. Atendimento até 30 minutos.

VERDE: PRIORIDADE 3 – Menor urgência.

Pacientes aguardarão o atendimento médico por ordem de chegada, estando ciente de que maiores agravos terão prioridade de atendimento. Atendimento até 60 minutos.

AZUL: PRIORIDADE 4 – Não urgente.

Referenciar o cliente ao serviço de atenção primária da sua região de acordo com sua necessidade – atendimento de acordo com o horário de chegada.

1.3.2. Estruturação do espaço físico:

- Área destinada ao atendimento de consultas de baixa e média complexidade;
- Área de acolhimento com fluxo obrigatório na chegada;
- Área física que favoreça a visão dos que esperam por atendimentos de baixa complexidade, seguindo-se os conceitos de ambiência;

Consultório de enfermagem, classificação de risco e procedimentos iniciais com os seguintes materiais para o atendimento às eventuais urgências:

- Monitor e eletrocardiógrafo;
 - Oxímetro de pulso;
 - Glicosímetro;
 - Ambu Adulto e Infantil;
 - Material de Intubação Adulto e Infantil;
 - Material de punção venosa;
 - Drogas e soluções de emergência;
 - Prancha longa e colar cervical.
-
- Consultórios médicos;
 - Serviço Social;
 - Sala de administração de medicamentos e inaloterapia;
 - Consultórios para avaliação de especialidades.

1.3.3 Atividades de orientação para adequação da ambiência nas ‘portas de entrada’ dos serviços de urgência e emergência:

- Prever espaços que favoreçam o acolhimento do usuário e sua rede social;
- Criar sala para a Classificação de Risco próxima à equipe de acolhimento, com acesso direto tanto para a sala de espera como para o interior do hospital, facilitando o atendimento e o monitoramento dos usuários;
- Criar ambiente confortável na Sala de Espera para o usuário e seus acompanhantes, com ambiência acolhedora e quantidade de cadeiras adequadas à demanda para os usuários e acompanhantes;
- Garantir bancadas baixas, com cadeiras e sem barreiras no atendimento do usuário/acompanhante no momento da sua recepção;
- Instalação de bebedouros e de equipamentos audiovisuais (TVs);
- Possibilitar condições de conforto lumínico, térmico e acústico com o controle de luminosidade, de temperatura e de ruídos no ambiente;
- Criar um sistema de sinalização e comunicação visual acessíveis, de fácil compreensão e orientação;
- Prever sistema de telefonia pública, de modo a atender às necessidades dos usuários;
- Atender a NBR 9050 para acessibilidade.

1.4. Normas e rotinas de acesso e permanência para visitantes e acompanhantes. Incluir a este item os direitos ao acompanhante para idosos, crianças, adolescentes e gestantes.

Se partirmos do conceito de clínica ampliada como trabalho clínico que visa ao sujeito e à doença, à família e ao contexto, tendo como objetivo produzir saúde e aumentar a autonomia do sujeito, da família e da comunidade”, os direitos de receber visita e de contar com um acompanhante constituem componentes essenciais para a concretização dessa proposta. Historicamente, em todas as sociedades, a comunidade sempre foi lugar de cuidados.

O IEC parte do pressuposto de que as pessoas fazem parte de interconectados que compreendem os fatores individuais, familiares e extrafamiliares, os amigos, a escola, o trabalho e a comunidade. Nessa concepção, um membro da família (da rede social)

presente configura-se essencial não só para acompanhar a pessoa internada, mas também para ser orientado no seu papel de cuidador.

Na visão ampliada de saúde, cuidar é um conceito abrangente que, para além dos tratamentos biomédicos, aponta para a criação de um ambiente relacional que permita à pessoa hospitalizada a descoberta ou a releitura do sentido e do valor de sua existência para aqueles que a rodeiam e para si mesma. O cuidado gera segurança e confiança; possibilita que a pessoa reencontre e manifeste a sua vitalidade, favorecendo a eficácia dos tratamentos.

Acreditando nisto e em concordância com a Política Nacional de Humanização propomos visita aberta, cujo objetivo é ampliar o acesso dos visitantes às unidades de internação, de forma a garantir o elo entre o paciente, sua rede social e os diversos serviços da rede de saúde, mantendo latente o projeto de vida do paciente.

b). Acompanhante

Entende-se por acompanhante, um representante da rede social da pessoa internada que a acompanha durante toda sua permanência nos ambientes de assistência à saúde, sendo assim, todo paciente internado terá direito a um acompanhante maior de idade e responsável para receber todas as informações médicas e de enfermagem, orientações de educação em saúde para acompanhamento e cuidados domiciliares, além tomar decisões em relação ao paciente nos casos em que o mesmo não tenha autonomia ou consciência cognitiva.

Pensando na importância do acompanhante, na sua presença aos cuidados do paciente e na permanência hospitalar mais duradoura em relação ao visitante, será disponibilizado maior conforto (dentro das limitações físicas do Hospital) como cadeiras estofadas, enxovais (quando necessário) e alimentação durante a estadia.

c). Rotina de Acesso do Acompanhante

- I. Horário de troca para acompanhante: 07h00 – 08h00 e 19h00 - 20h00;
- II. Nos horários de troca deverão entrar pela Recepção Central, munido de documento de identificação pessoal com foto para cadastro no sistema de sua permanência ao Hospital;
- III. Identificar-se ao controlador de fluxo através do uso de identificação fornecida pelo Hospital;
- IV. Realizar lavagem das mãos e/ou desinfecção com álcool gel;
- V. Direcionar-se diretamente ao leito de seu ente sem contato direto ou indireto com outros pacientes, quartos e setores, afim de evitar a disseminação de vírus ou bactérias causadoras de infecções.

d). Visitantes

Entende-se por visitante **a pessoa que se desloca de seu ambiente natural, temporariamente, para encontrar-se com outra pessoa**, geralmente por afeição ao próximo, ou seja, pessoas que estão interconectadas por um elo familiar, de amizade, de vizinhança, trabalho, escola (rede social). Nessa concepção, configura-se essencial não só para acompanhar a pessoa internada, mas também para garantir a ligação do paciente ao ambiente externo hospitalar.

e). Rotina de Acesso do Visitante a Unidade de Observação da Urgência e Emergência e Internação.

Visita aberta: 11h00 as 20h00

*1 visitante por vez

- Durante o horário de visita, o visitante deverá entrar pela Recepção Central, munido de documento de identificação pessoal com foto para cadastro no sistema de sua permanência ao Hospital;
- Identificar-se ao controlador de fluxo através do uso de identificação fornecida pelo Hospital;
- Realizar lavagem das mãos e/ou desinfecção com álcool gel;
- Direcionar-se diretamente ao leito de seu ente sem contato direto ou indireto com

outros pacientes, quartos e setores, afim de evitar a disseminação de vírus ou bactérias causadoras de infecções.

f). Rotina de Acesso a Unidade de Terapia Intensiva.

A Unidade de Terapia Intensiva é frequentada por pacientes que requerem cuidados diferenciados e em sua maioria sofrem com riscos altos de sequelas ao tratamento ou interrupção da vida. Pensando nisso, propomos manter um equilíbrio entre a visita e a minimização dos riscos do paciente.

A visita neste setor pode sofrer alterações levando em consideração que a instabilidade do paciente pode requerer intervenções médicas, nesses casos os visitantes serão informados e a visita será reestabelecida assim que normalizar a situação.

Horário de Visita: 14h00 as 15h00 e 19h00 as 20h00

*3 visitantes, sendo 1 por vez.

*Este horário também se designará aos boletins médico e de enfermagem.

- Durante o horário de visita, o visitante deverá entrar pela Recepção Central, munido de documento de identificação pessoal com foto para cadastro no sistema de sua permanência ao Hospital;
- Identificar-se ao controlador de fluxo através do uso de identificação fornecida pelo Hospital;
- Realizar lavagem das mãos e/ou desinfecção com álcool gel;
- Fazer uso de vestimentas adequadas fornecidas pelo hospital;
- Direcionar-se diretamente ao leito de seu ente sem contato direto ou indireto com outros pacientes, quartos e setores, afim de evitar a disseminação de vírus ou bactérias causadoras de infecções.

g). Rotina de Acesso a Sala de Estabilização do setor de Emergência.

A sala de reanimação/estabilização da Unidade de Emergência compreende o

atendimento de pacientes graves com risco eminente de morte e de “portas abertas” para novas emergências advindas da demanda espontânea e outros serviços de saúde como SAMU e Bombeiros, por isso entende-se que nesta sala a visita deverá ser de acordo com o fluxo de pacientes e necessidade de intervenção médica.

A visita neste setor pode sofrer alterações levando em consideração que a instabilidade do paciente pode requerer intervenções médicas, nesses casos os visitantes serão informados e a visita será reestabelecida assim que normalizar a situação.

Horário de Visita: 09h00-10h00, 14h00-15h00 e 19h00-20h00

*1 visitante;

*Este horário também se designará aos boletins médico e de enfermagem;

- Durante o horário de visita, o visitante deverá entrar pela Recepção Central, munido de documento de identificação pessoal com foto para cadastro no sistema de sua permanência ao Hospital;
- Identificar-se ao controlador de fluxo através do uso de identificação fornecida pelo Hospital;
- Realizar lavagem das mãos e/ou desinfecção com álcool gel;
- Fazer uso de vestimentas adequadas fornecidas pelo hospital;
- Direcionar-se diretamente ao leito de seu ente sem contato direto ou indireto com outros pacientes, quartos e setores, afim de evitar a disseminação de vírus ou bactérias causadoras de infecções.

h). Paciente do SUS tem direito a visita e acompanhante

De acordo com a carta dos direitos dos usuários em saúde, as crianças, adolescentes, pessoas com deficiência e idosos têm direito a acompanhamento durante todo o período de internação.

Os demais usuários têm direito a visita diária de no mínimo duas horas durante as internações, com exceção para situações técnicas contra indicadas. A proposta da visita

aberta é mais ousada e tem demonstrado ser possível. Hospitais têm ampliado seus horários de visita para até dez horas por dia, constatando que este dispositivo de inclusão traz novos padrões de comportamento, aumentando a solidariedade e o compromisso de todos para como cuidado.

1.5. DETALHAMENTO DO PROGRAMA DE QUALIDADE QUE IREMOS IMPLANTAR NAS UNIDADES.

1. Programa de Qualidade do IEC

A Política de Gestão da Qualidade do Instituto Elisa de Castro, tem como premissa promover meios para a obtenção de nível ótimo de desempenho dos serviços para a eficácia das ações de assistência e a humanização das relações entre equipe profissional, usuários e comunidade.

Como parte desta Política de Gestão da Qualidade, o Instituto Elisa de Castro visa identificar ações voltadas para a Qualidade Objetiva a partir da instituição de comissões internas de monitoramento dos serviços e ações voltadas à Qualidade Subjetiva relacionadas com a humanização das relações.

Desta forma, contextualizamos que nas últimas décadas, em vários países, houve uma mobilização em torno da aplicação de programas de qualidade nas organizações de saúde, com o objetivo de maximizar o desempenho gerencial e melhorar a eficiência destes serviços.

Dentro deste contexto, desenvolveu-se no Brasil, há alguns anos, instrumentos oficiais de avaliação do desempenho das organizações de saúde do Sistema Único de Saúde, utilizando-se um conjunto de critérios que os hospitais deveriam preencher, a partir de padrões preestabelecidos, tendo por base a aplicação de conceitos e técnicas da qualidade total (Quinto Neto, 2000).

Hoje, o termo qualidade faz parte do contexto das organizações de saúde e sua concepção evoluiu sob a influência de paradigmas vigentes em diferentes etapas da trajetória da humanidade, por isso seu significado é mutável e se adapta aos valores sociais e aos conhecimentos científicos disponíveis e acessados em cada organização.

O crescimento dos custos da assistência, quando comparados ao gasto total em saúde, obrigaram as organizações do setor saúde a adotarem programas de qualidade, como uma alternativa de se manterem nesse mercado tão competitivo, através da gestão e da melhoria contínua dos processos. Nos últimos anos, a agenda mundial de reforma do setor saúde tem adotado um conjunto de ações com o objetivo de reduzir os custos da assistência, dentro de uma política de atenção administrada.

Por outro lado, há fortes argumentos utilizados para a adoção de programas de qualidade na administração de uma Unidade de Saúde, pois não é suficiente reunir o melhor corpo clínico para que a organização preste assistência de qualidade, já que esta depende da equipe multiprofissional e de um conjunto de serviços de apoio.

Segundo Berwick (1994), a intervenção dos programas de qualidade não se faz diretamente sobre o ato clínico, mas é fundamental nos processos administrativos da organização e da gestão profissionalizada, para que se alcance a qualidade nesses serviços.

Os setores administrativos (faturamento, contas médicas, almoxarifado), os serviços de apoio logístico (lavanderia, transporte), as comissões institucionais, o serviço de controle de infecções relacionadas à assistência em saúde, enfim, todas as áreas da organização que garantem o funcionamento dos setores operacionais e se comportam como "amortecedores", seriam os objetos destes programas. Eles impedem que os setores operacionais finalísticos desperdicem seu tempo na resolução de problemas administrativos, que não é seu foco de trabalho, e se concentrem nas suas funções com melhores resultados.

Além disso, argumenta-se ainda que o instrumental estatístico desenvolvido pelos autores da qualidade, aliado ao instrumental da epidemiologia de serviços de saúde, utilizada na rotina da administração, constitui-se numa importante ferramenta de gestão, podendo contribuir significativamente para melhoria da qualidade da assistência.

Na atualidade, a qualidade é encarada como um conjunto de atributos essenciais à sobrevivência das organizações, num mercado altamente competitivo, objeto da gerência estratégica, líder do processo, que envolve planejamento estratégico, estabelecimento de objetivos e mobilização de toda organização. É o clímax de uma tendência que teve início no começo do século 20 (Garvin, 1992), e que envolve, também na atualidade, a responsabilidade social das instituições com o seu ambiente externo, potencializando seu uso em vários setores da economia e mais notadamente no setor de serviços.

Atualmente, as instituições de saúde, seguindo a tendência mundial pela humanização, reveem e redimensionam sua visão e sua missão, estabelecendo parâmetros da qualidade pretendidos na gestão, ainda que tenha a compreensão de que eles são mutáveis e, muitas vezes, imprevisíveis.

Segundo Avedis Donabedian, os sete pilares da qualidade em serviços de saúde são:

- **Eficácia:** É a habilidade da ciência médica em oferecer melhorias na saúde e no bem-estar dos indivíduos;
- **Efetividade:** É a relação entre o benefício real oferecido pelo sistema de saúde ou assistência e o resultado potencial, representado esquematicamente por uma fração, em que os estudos epidemiológicos e clínicos oferecem as informações e resultados para obter a resultante desta relação;
- **Eficiência:** É a relação entre o benefício oferecido pelo sistema de saúde ou assistência médica e seu custo econômico;
- **Otimização:** É o estabelecimento do ponto de equilíbrio relativo, em que o benefício é elevado ao máximo em relação ao seu custo econômico. Em termos gráficos, é o ponto de estabilização da curva de benefícios. Em outros termos, é a tentativa de evitar benefícios marginais a custos inaceitáveis, ou é a relação entre as necessidades reais de saúde (comprováveis epidemiologicamente) e o atendimento das mesmas pelo sistema de saúde;
- **Aceitabilidade:** É a adaptação dos cuidados médicos e da assistência à saúde às expectativas, desejos e valores dos pacientes e suas famílias. Este atributo é composto por Cinco conceitos: acessibilidade, relação médico-paciente, amenidades, preferências do paciente quanto aos efeitos da assistência, preferências do paciente quanto aos custos da assistência;

- **Legitimidade:** É a possibilidade de adaptar satisfatoriamente um serviço à comunidade ou à sociedade como um todo. Implica conformidade individual, satisfação e bem-estar da coletividade;
- **Equidade:** É a determinação da adequada e justa distribuição dos serviços e benefícios para todos os membros da comunidade, população ou sociedade.

A busca da qualidade da atenção dos serviços de saúde deixou de ser uma atitude isolada e tornou-se um imperativo técnico e social. A sociedade está cada vez mais exigindo a qualidade dos serviços a ela prestados, principalmente por instituições públicas.

A proposta do IEC conforme explanado durante todo o escopo desta Proposta Técnica, considera as peculiaridades da estrutura e a atual fase em que se encontram os serviços de saúde pública.

No cenário atual, em linha com as tendências do mercado de saúde, o segmento busca aprimorar seus modelos de gestão, focando a segurança do paciente. Para isto, as iniciativas dos serviços de saúde buscam aprimorar e melhorar o desempenho, mediante o desenvolvimento e implementação do Sistema de Gestão pela Qualidade, que darão as unidades melhores condições institucionais e negociais, perante o mercado comprador de seus serviços.

A Política de Gestão da Qualidade do IEC, é um importante instrumento de apoio à Política de Gestão da instituição, ao promover a interação harmônica e sinérgica dos diferentes setores da unidade, incluindo a área médica, tecnológica, administrativa, assistencial, de ensino e de pesquisa, que terá como objetivo avaliar, medir e readequar, sistematicamente, todos os processos de atendimento, garantindo, assim, a melhoria contínua da qualidade dos serviços e a segurança do paciente.

Por meio desse instrumento, também são sustentadas as demais políticas estabelecidas pela instituição, o que possibilita atender o compromisso da direção e das lideranças de oferecer um atendimento de excelência aos pacientes.

Como metodologia para obter e garantir uma assistência de qualidade com os recursos e tecnologia disponibilizados na instituição, torna-se obrigatória uma gestão participativa e

integrada, com o envolvimento dos colaboradores das diversas áreas, discutindo os problemas e apresentando soluções.

A qualidade da assistência na Unidade pode ser avaliada através de indicadores objetivos, que dependem de parâmetros concretos, com a finalidade de demonstrar numericamente o desempenho técnico e dos processos de tratamento desenvolvidos na Unidade ou, ainda, através de indicadores subjetivos, os quais são obtidos através da Pesquisa de Satisfação do Paciente, por exemplo, onde registramos a voz do paciente, como importante referencial da qualidade percebida.

O emprego dos indicadores de qualidade subjetivos na Unidade é hoje bastante comum e valorizado, para avaliar a assistência prestada aos pacientes. Sendo assim, o IEC foca na percepção do paciente sobre a satisfação, no que diz respeito à prestação de cuidado.

Toda equipe de médicos e demais profissionais da Unidade são responsáveis pela tarefa de rastrear a qualidade da assistência, uma vez que está diretamente ligada aos cuidados para com os pacientes.

1.1. Práticas de Inovação

O consumo consciente é uma contribuição voluntária, cotidiana e solidária para garantir a sustentabilidade da vida no planeta. Na Unidade, deverá ser Implantado um Programa de Práticas de consumo consciente, Coleta Seletiva e eficiência energética.

Neste módulo iremos apresentar a oportunidade de realizar pequenas ações com imensos impactos para o meio ambiente, atuando juntamente com os colaboradores e gestores da instituição, como por exemplo:

- Troca das lâmpadas incandescentes por compactas fluorescentes (CFL);
- Aquisição de termômetros digitais e aparelho de aferição de pressão arterial;
- Limpeza e/ou troca dos filtros de ar-condicionado sistematicamente;
- Uso racional da água quente;
- Imprimir o que for indispensável;
- Reutilizar papéis: fazer blocos de nota com papéis usados e imprimir frente e verso para materiais de leitura;

- Compartilhar material, buscar utilizar uma caixa comum de materiais como canetas, lápis ou cliques. Isso evita que cada pessoa compre uma nova caneta a cada vez que não conseguir encontrar a sua;
- Tirar os eletrônicos da tomada enquanto estão desligados e evite deixar equipamentos no modo "stand by", que ainda significa consumo. Preferir os eletroeletrônicos que economizam energia;
- Evitar excesso de embalagens. Devolver embalagens de produtos químicos para o almoxarifado;
- Estimular a coleta seletiva na unidade.

1.2. Metas Internacionais Da Qualidade

Em 2005, a **Organização Mundial de Saúde** (OMS) lançou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente e identificou seis áreas de atuação, entre elas, o desenvolvimento de "Soluções para a Segurança do Paciente". Neste mesmo ano, a *The Joint Commission*, a mais importante organização de certificação de qualidade em assistência médico-hospitalar, e seu braço internacional, a *Joint Commission International*, foram designadas como o Centro Colaborador da OMS em "Soluções para a Segurança do Paciente".

É papel desse Centro a elaboração e a difusão de soluções que visem a Segurança do Paciente.

As seis **Metas Internacionais de Segurança do Paciente** são soluções que têm como propósito promover melhorias específicas em áreas problemáticas na assistência.

Seguem as seis Metas Internacionais de Segurança:

Meta 1 - Identificar os pacientes corretamente

Falhas no processo de identificação dos pacientes podem causar erros graves como a administração de medicamentos e procedimentos em pacientes "errados".

Nas Unidades os profissionais deverão checar pelo menos duas identificações, nenhuma devendo ser o número do leito do paciente, antes da administração de medicamentos, sangue e hemoderivados, coleta de amostras de sangue e outras amostras para testes clínicos e quando da realização de tratamentos ou procedimentos. Os dois identificadores do paciente utilizados

para a checagem são: NOME COMPLETO e NÚMERO DO PRONTUÁRIO. Tais informações são facilmente encontradas na pulseira de identificação do paciente e nas etiquetas aderidas aos documentos do prontuário.

Meta 2 - Melhorar a efetividade da comunicação entre profissionais da assistência

Erros de comunicação entre os profissionais da assistência podem causar danos aos pacientes. No momento em que se faz uma **ordem verbal ou telefônica**, ou se comunicam resultados críticos de exames, devemos nos certificar de que a informação foi compreendida e registrada corretamente por quem a recebeu. Para isso, o profissional que recebeu a ordem ou resultado deve, em primeiro lugar, **escrever o que ouviu e então “ler de volta” a ordem completa ou o resultado de exame.**

Meta 3 - Melhorar a segurança de medicações de alta vigilância (high-alert medications)

Soluções de eletrólitos em altas concentrações para uso endovenoso são potencialmente perigosas. As Unidades definirão como medicações de alta vigilância o cloreto de potássio 19,1%, o cloreto de sódio 20%, o sulfato de magnésio 50% e o fosfato de potássio 2mEq/ml. Estas medicações não devem estar facilmente disponíveis na unidade e devem ser manipuladas na Farmácia. Os carros de emergência possuem medicações de alta-vigilância identificadas com etiqueta vermelha e segregadas das demais.

Meta 5 - Reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde.

A OMS estima que, entre 5% e 10% dos pacientes admitidos em hospitais, adquirem uma ou mais infecções. A higiene das mãos, de acordo com as diretrizes atuais da OMS ou do *Center for Disease Control*, é uma medida primária preventiva fundamental.

As Unidades, dentre as muitas ações para reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde, implementará estratégias para a educação e treinamento de técnicas para a higienização das mãos para toda a equipe, monitorará o uso de antibióticos para profilaxia e tratamento e implementar medidas de prevenção de infecções.

Meta 6 - Reduzir o risco de lesões aos pacientes, decorrentes de quedas

A partir dessa proposta de metas acompanharemos mensalmente a qualidade, eficiência e baixo custo dos serviços da unidade.

As Unidades deverão possuir um protocolo de prevenção de quedas onde todos os pacientes serão avaliados e reavaliados periodicamente em relação ao risco de queda, incluindo o risco potencial associado ao uso de medicamentos prescritos e a adoção de medidas para diminuir ou eliminar qualquer risco identificado, quando possível.

1.2.1. Outra Iniciativas de Programa de Qualidade

Estratégia é a definição de como recursos serão alocados para se atingir determinado objetivo.

Considera-se que apenas fazer o que outros fazem, mas com maior eficácia operacional, não é propriamente ter uma estratégia. Está implícito no conceito que, para ter uma estratégia, precisamos atuar de forma diferente, com inteligência e planejamento.

De entre os muitos conceitos de estratégia, um dos mais utilizados aquele que a define como o conjunto de planos da alta administração de uma empresa para alcançar resultados consistentes com a missão e os objetivos gerais da organização. Qualquer que seja a definição, destacam-se algumas palavras-chave que sempre a permeiam, entre elas: mudanças, competitividade, desempenho, posicionamento, missão, objetivos, resultados, integração, adequação organizacional, palavras que muitas vezes reduzem a sua amplitude, ao serem empregadas como sinônimos.

"Estratégia designa o conjunto de critérios de decisão escolhido pelo núcleo estratégico para orientar de forma determinante e durável as actividades e a configuração da empresa." Martinet (1984)

Pode-se aferir, que a estratégia é o caminho que a empresa deverá seguir para obter o sucesso empresarial. Ao traçar esse caminho deve ter-se em atenção o significado de sucesso empresarial. A sua definição assenta nos seguintes critérios:

- **Sobrevivência a longo prazo:** continuidade operacional com independência estratégica.
- **Crescimento sustentado:** evolução positiva das vendas, activos, capitais próprios e valor da empresa ao longo do tempo.
- **Rentabilidade adequada:** obtenção de um nível de retorno compatível com a realização os investimentos, a remuneração dos trabalhos e a retribuição aos accionistas.
- **Capacidade de inovação:** adaptação flexível à evolução dos mercados e permanente geração de novos processos, produtos e serviços.

De um modo genérico, poder-se-á dizer que estratégia consiste em tomar decisões que determinam a vida de uma organização, o que implica a realização de um pensamento estratégico complexo que, por natureza, envolve percepções e intuições, que nem sempre são precisas e objetivas.

A estratégia começa com uma visão de futuro para a empresa e implica a definição clara de seu campo de atuação, na habilidade de previsão de possíveis reações às ações empreendidas e no direcionamento que a levará ao crescimento. A definição de objetivos, em si, não implica uma estratégia. Os objetivos representam os fins que a empresa está tentando alcançar, enquanto a estratégia é o meio para alcançar esses fins.

O planeamento é uma ferramenta administrativa, que possibilita perceber a realidade, avaliar os caminhos, construir um referencial futuro, estruturando as operações adequadas e reavaliando todo o processo a que o planeamento se destina.

É importante que o planeamento seja entendido como um processo cíclico e prático das determinações do plano, o que lhe garante continuidade, havendo uma constante realimentação de situações, propostas, resultados e soluções, lhe conferindo assim dinamismo, num processo contínuo de tomada de decisões.

O planeamento estratégico considera a organização como um todo e é elaborado pelos níveis hierárquicos mais altos. Relaciona-se com objetivos de longo prazo e com estratégias e ações para alcançá-los.

No planejamento tático, a atuação é em cada área funcional da organização, compreendendo os recursos específicos. Seu desenvolvimento se dá pelos níveis organizacionais intermediários, tendo como objetivo a utilização eficiente dos recursos disponíveis com projeção em médio prazo.

Já os planejamentos em nível operacional correspondem aos procedimentos e processos específicos requeridos nos níveis inferiores da organização, apresentando planos de ação ou planos operacionais. É elaborado pelos níveis organizacionais inferiores, com foco nas atividades rotineiras da organização.

O principal objetivo é o alinhamento do planejamento estratégico com as ações operacionais da área. Esse objetivo é alcançado pelas seguintes ações:

- Esclarecer e traduzir a visão e a estratégia - É frequente as organizações possuírem uma visão e estratégias que não são devidamente esclarecidas e discutidas. A clarificação e tradução da visão estratégica, pelos membros da organização, facilita o sucesso da mesma. Este método também contribui para a criação de consensos, entre os gestores, da visão e estratégia da organização.
- Comunicar e associar objetivos e medidas estratégicos - Comunicar e interligar objectivos e indicadores estratégicos - o comprometimento dos colaboradores com a organização só existe quando as metas que visam obter se encontram alinhadas com os objectivos e expectativas dos gestores. Se o sucesso da organização depende dos objectivos estratégicos da organização serem atingidos, tal meta só se afigura possível quando os colaboradores os conhecem e reconhecem como seus. O colaborador esforçar-se-á na mesma medida e proporção em que conhecer as intenções estratégicas da empresa e se rever nelas. A estratégia de comunicação poderá sustentar-se no próprio canal interno de comunicação, a intranet, newsletters, por ex.
- Planejar, estabelecer metas e alinhar iniciativas estratégicas -os gestores devem identificar metas, definir processos internos, planejar a performance financeira e o crescimento. A definição de objetivos conduz à mensuração dos mesmos comprometendo os colaboradores na redução do tempo de execução das tarefas e aumento da sua capacitação e competências.

Melhorar o *feedback* e o aprendizado estratégico - permite monitorizar continuamente a organização, girando à volta de quatro questões/visões:

Perguntas fundamentais para uma organização

Perspectiva Financeira – Como é que aparecemos ao nosso conselho?

Perspectiva de Clientes – Como é que os clientes nos vêem?

Perspectiva de processos internos – Em que temos de ser excelentes?

Perspectiva de aprendizagem e crescimento – Como podemos melhorar e criar valores?

Perspectivas de gestão

Perspectiva financeira

Os objetivos financeiros relacionam-se às ações que precisam ser tomadas em relação às demais perspectivas, para que o desempenho econômico seja alcançado no longo prazo ou seja a utilização dos recursos financeiros sempre de acordo com o provisionamento inicial.

É necessário a preocupação da OS na visão do cliente, identificando suas necessidades, anseios e conquistando sua fidelidade. Os indicadores financeiros são fundamentais para concluir acerca das consequências inerentes às ações levadas a cabo pela OS.

A elaboração do plano de gestão deverá funcionar como um estímulo, usando como principal ferramenta a comparação do desempenho entre as unidades, idealizando a cultura de unidades de negócios, não visando retorno financeiro e sim valor agregado, sempre de acordo com a estratégia global da SMS. Os objetivos e indicadores da perspectiva financeira devem ser definidos tendo em conta o provisionamento de custo de cada unidade e seu retorno, medido devido sua produtividade e resolutividade.

1.2.1.1. Perspectiva dos clientes

A perspectiva dos clientes, SMS e usuários, traduz o objetivo final da OS em objetivos específicos para segmentos focalizados em cada setor de atendimento ao cliente e devem ser comunicados a toda a organização. Além disso, permite a clara identificação e avaliação das propostas dirigidas a esses segmentos.

É inquestionável que cada vez mais as empresas se voltam para os clientes do setor aonde estão inseridas, tendo como principal objetivo a satisfação das suas necessidades, sabendo que é esta a única forma de garantir e sustentar o sucesso da operação no longo prazo. Segundo a perspectiva do cliente, deve ser utilizado um conjunto de indicadores relativos aos clientes, devendo estabelecer-se entre eles uma cadeia de relações.

1.2.1.2. Perspectiva dos processos internos

Constitui-se na análise dos processos internos da organização, incluindo a identificação dos recursos e das capacidades necessárias para elevar o nível interno de qualidade. Contudo, cada vez mais, os elos entre os processos internos da empresa e os das empresas colaboradoras, estão muito unidos, a ponto de exigirem que também sejam considerados.

- O desempenho de qualquer organização perante os clientes é determinado pelos processos, decisões e ações desenvolvidas no seu interior. A empresa deve identificar quais as atividades e quais os processos necessários para assegurar a satisfação das necessidades dos clientes. Os indicadores internos devem focar-se nos processos internos que terão maior impacto na satisfação dos clientes e também na satisfação dos objetivos financeiros da empresa. Assim, os gestores deverão ser capazes de identificar quais os processos e competências onde à empresa pode obter vantagens qualitativas o que lhe permitirá diferenciar-se frente aos clientes.

O processo de inovação é um processo de pesquisa das necessidades dos clientes e de criação de serviços para satisfazê-los.

O processo operacional está relacionado com a produção de serviços que existem na empresa e a conseqüente oferta aos clientes.

1.2.1.3. Perspectiva do aprendizado e crescimento

O objetivo desta perspectiva é oferecer a infraestrutura que possibilita a consecução dos objetivos da empresa.

A habilidade de uma organização inovar, melhorar e aprender relaciona-se diretamente com seu valor.

Deve-se identificar qual a infraestrutura que a organização deve adotar para poder crescer e desenvolver-se no longo prazo. Assim sendo, todos da parte interna da organização (colaboradores, gestores) deve trabalhar em conjunto no processo contínuo de aprendizagem e aperfeiçoamento da organização.

Kaplan e Norton (1996) defendem que existem três fontes para a aprendizagem e crescimento da empresa que são as pessoas, os sistemas e os procedimentos organizacionais. A finalidade desta perspectiva consiste em investir na reciclagem e requalificação dos colaboradores, na melhoria dos sistemas de informação e no alinhamento de procedimentos e rotinas da organização.

1.2.1.4. Ações Voltadas à Qualidade Subjetiva

A avaliação subjetiva tem foco principalmente à satisfação do usuário e da comunidade, a percepção do serviço prestado em relação às demandas e às expectativas destes atores, assim como detectar as potencialidades e dificuldades do processo de trabalho dos profissionais da organização.

Esta deve se acontecer de forma contínua, analisando diversos aspectos do cuidado e serviços prestados, e também em de forma pontual, em estudos seccionais, para obtenção de informações oportunas que contribuam para reforçar ou reformular ações, tornando-as cada vez mais efetivas e resolutivas.

A participação social de forma organizada nesse processo é fundamental para identificação de necessidades de saúde da comunidade, tão como para a elaboração de soluções conjuntas para tais problemas. Para isso, espera-se também contribuir para a organização social local, fomentando a criação do conselho gestor.

1.3. Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Equipe

Trata-se de uma proposta de auto-avaliação das equipes normatizada pelo Ministério da Saúde. Situa a avaliação como um instrumento permanente para a tomada de decisões e a qualidade como um atributo fundamental a ser alcançado no SUS.

O objetivo geral dos instrumentos são fomentar o monitoramento e a avaliação da Estratégia de atuação da equipe. Está dirigida ao âmbito municipal e oferece instrumentos para avaliação, planejamento e gestão.

Abaixo apresentaremos a proposta de projeto de implantação da AMQ no âmbito do município, bem como o detalhamento do mesmo.

IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

Título: Implantação da Avaliação para Melhoria da Qualidade.

1.1. RESUMO EXECUTIVO:

Este projeto foi elaborado com o intuito de implantar a Avaliação para Melhoria da Qualidade das Unidades a serem gerenciadas pelo IEC, que é uma proposta à qual os gestores municipais deverão

aderir de maneira voluntária e participativa, motivados pelo anseio de oferecer uma atenção em saúde de melhor qualidade.

Propõe como metodologia nuclear, a auto-avaliação orientada por instrumentos dirigidos a atores e espaços específicos: gestor, coordenação, unidades de saúde e equipes. Situa, dessa maneira, a perspectiva interna, de autogestão, protagonizada por aqueles que desenvolvem as ações na estratégia.

Utilizaremos como recursos principais de trabalho o site, os documentos impressos (cadernos de auto-avaliação) e um sistema informatizado AMQ.net de livre adesão desenvolvido pelo Ministério da Saúde que possibilita o registro das auto-avaliações em um banco de dados e emissão de relatórios de monitoramento e análise, que subsidiam as intervenções sobre a qualidade

Pretende-se fomentar o Monitoramento e a Avaliação dos estágios de qualidade da Atenção Primária, situando a avaliação como instrumento permanente para tomada de decisões e a qualidade como um atributo fundamental a ser alcançado no SUS – devendo ambas serem apropriadas por qualquer profissional envolvido.

Os efeitos esperados decorrentes da implementação deste projeto são: formação de um diagnóstico acerca da organização e do funcionamento dos serviços e suas práticas partindo da formulação atual da estratégia Saúde da Família (princípios, diretrizes e campos de atuação); identificação dos estágios de desenvolvimento, dos aspectos críticos, assim como das potencialidades e pontos consolidados e ainda, a elaboração de planos de intervenção para resolução dos problemas verificados, de maneira estratégica.

A meta para este projeto será Instituir duas auto-avaliações anuais como práticas de monitoramento e avaliação sistemática das ações desenvolvidas em todas as Unidades de Saúde da Família.

2. CONTEXTO E PROBLEMÁTICA ESPECÍFICA:

Descrito na análise da situação de saúde da área, no início da proposta.

3. JUSTIFICATIVA:

Justifica-se a presente proposta tendo em vista a importância dos processos de avaliação para a Atenção Primária. Investir na melhoria da qualidade dos serviços, considerando todos os níveis de atenção significa promover a saúde, reduzir riscos e a morbimortalidade, garantindo maior efetividade e eficiência (BRASIL, 2005).

A utilização de processos avaliativos, entendidos como ação crítico-reflexiva contínua, desenvolvida sobre a organização, o funcionamento, os processos e práticas de trabalho da gestão e do serviço, contribui efetivamente para que gestores e profissionais tenham informações e adquiram conhecimentos necessários à tomada de decisão voltada ao atendimento das demandas e necessidades de saúde, com qualidade para o alcance da resolubilidade do sistema e satisfação dos usuários (BRASIL, 2005).

Dessa forma, a Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família oferece instrumentos específicos para este modelo de atenção, possibilitando que os próprios atores envolvidos com a estratégia em seus diferentes âmbitos possam avaliá-la de maneira sistêmica e integrada, com vistas ao aprimoramento gerencial, técnico e científico.

4. BENEFICIÁRIOS/ PARTICIPANTES DO PROJETO:

Os principais beneficiários desta iniciativa são os próprios usuários do sistema de saúde, identificados como foco da proposta. O alcance de níveis mais avançados de qualidade no desenvolvimento da estratégia Saúde da Família representará a melhoria do acesso aos serviços, maior resolubilidade e atenção humanizada, uma vez que esses propósitos deverão ser perseguidos pelos gestores, profissionais e demais atores envolvidos na melhoria contínua da qualidade.

5. RESULTADOS PRETENDIDOS COM O PROJETO:

5.1. IMPACTO/PRODUTOS:

- Elevar a satisfação dos usuários;
- Instrumentalizar os profissionais para as práticas de avaliação do trabalho e resultados da Atenção Primária.
- Melhoria dos indicadores de saúde da qualidade assistencial.
- Diagnóstico situacional e planejamento de intervenções;
- Reorganização das práticas das equipes de saúde da família.
- Identificação de áreas críticas e desenvolvimento de planos de ação visando a melhoria da qualidade da estratégia, tanto no que se refere à sua organização quanto às suas práticas.

5.2. EFEITO:

- Institucionalizar o tema Avaliação em Saúde, impulsionando a melhoria contínua da qualidade da gestão, dos serviços e das práticas na Estratégia Saúde da Família.

5.3. ATIVIDADES POR ETAPAS:

ETAPAS	ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS
Apresentação do Pré-projeto a Equipe da Superintendência	Apresentar e discutir o projeto com a Equipe.	A definir
Apresentação do pré-projeto ao Conselho Municipal de Saúde	Participar e apresentar o projeto na Reunião do Conselho Municipal de Saúde.	A definir
Adesão formal ao AMQ	Acesso ao site do projeto AMQ no portal eletrônico do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde e cadastramento do município.	A definir
Recursos do Projeto	Acesso aos três recursos principais para o desenvolvimento das atividades de avaliação: o Site, os materiais impressos e o sistema informatizado.	A definir
Sensibilização/Treinamento da Equipe, da Coordenação e Gestores;	Oficina para Formação de facilitadores locais com apoio da SMS e instituições acadêmicas. Apresentar o projeto para os profissionais da equipe; Sensibilizar os profissionais de saúde. Sensibilização dos membros das ESF pelos facilitadores e possibilitar o conhecimento do Projeto – concepção, diretrizes, metodologia, etapas de implantação e utilização dos instrumentos de auto-avaliação, site e sistema.	A definir
Definição Unidades Pilotos	Definição de critérios para implantação do projeto junto as Equipes. Definição de agenda da implantação da AMQ.	A definir
Aquisição de equipamentos.	Especificar os equipamentos a serem adquiridos. Preparar solicitação de compra.	A definir
Início da implantação do AMQ nas Unidades (1º Momento Avaliativo)	Aplicação dos cadernos de auto-avaliação : A) resposta aos instrumentos B) diagnóstico C) propostas de intervenção D) digitação e validação das respostas	A definir
Monitoramento e avaliação	Monitorar Semestralmente/anualmente a equipe da ESF e Coordenação; Avaliar as ações realizadas pela equipe. Realização das Intervenções e novo momento avaliativo após 6 a 12 meses	A definir
Apresentação dos resultados	Tabulação, discussão e análise dos dados. Construção de matrizes de intervenção; Lançamento de resultados no site AMQ	A definir

Obs.: A Equipe Técnica se reunirá mensalmente para discutir questões pertinentes ao desenvolvimento do projeto.

6. METAS:

Meta	Quantificação	Situação atual	Período	Indicadores
Instituir práticas de monitoramento e avaliação sistemática das ações desenvolvidas em todas as Unidades de Saúde da Atenção Primária.	2 auto – avaliações anuais	-	Anual	<ul style="list-style-type: none"> • % Implantação do projeto AMQ na Atenção Básica • Matrizes de intervenção

7. INDICADORES:

Os indicadores de alcance do resultado esperado com a implementação deste projeto serão o percentual de implantação do projeto na Atenção Básica, bem como a apresentação de Matrizes de Intervenção em audiência pública, tendo por objetivo, o planejamento de intervenções/ações para a melhoria da qualidade da atenção e, conseqüentemente, o alcance dos indicadores de saúde.

8. RISCOS/SOLUÇÕES:

Riscos	Soluções
Resistência inicial por parte dos profissionais ESF: Avaliação = punição/exposição de fragilidades e “mais papel para preencher”	Incentivar a participação por meio de esclarecimento sobre a importância do estudo para a melhoria da qualidade do serviço prestado.

9. METODOLOGIA

A presente proposta organiza-se a partir de um mecanismo operacional de natureza interna, pautado por padrões previamente definidos e validados, e oferece aos gestores municipais e aos profissionais um instrumento de trabalho facilitador para o desenvolvimento de iniciativas de melhoria da qualidade da Saúde da Família, considerando os propósitos da estratégia.

Embora a metodologia definida seja, a rigor, quantitativa, todo o processo de trabalho que antecede a avaliação é qualitativo, dialógico e educativo. Ao recomendar que as respostas sejam construídas de maneira coletiva (mesmo nos instrumentos individuais), incorporando a perspectiva de todos os envolvidos naquela dimensão, o AMQ oportuniza o debate, cria espaços para troca de conhecimento e possibilita a formação de consensos (BRASIL, 2005).

Para fins desta proposta, qualidade em saúde será definida como o grau de atendimento a padrões de qualidade estabelecidos frente às normas e protocolos que organizam as ações e práticas, assim como aos conhecimentos técnicos e científicos atuais, respeitando valores culturalmente aceitos. Serão considerados, ainda, o atendimento às necessidades de saúde percebidas e as expectativas dos usuários, suas famílias, bem como, a resposta às necessidades definidas tecnicamente.

9.1 Recursos do projeto

O AMQ oferece três recursos principais para o desenvolvimento das atividades de avaliação: o Site, os materiais impressos e o sistema informatizado.

a) O site

O site do projeto AMQ está inserido no portal eletrônico do Departamento do Ministério da Saúde e está vinculado à Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. Por meio dele é possível acessar informações técnicas sobre o AMQ, obter arquivos de textos e apresentações para organização de eventos e oficinas de capacitação, consultar materiais das oficinas realizadas e contactar a equipe técnica do projeto. O cadastramento municipal e o acesso ao sistema *AMQ.net* também são realizados através do site.

b) Materiais impressos

- **Documento Técnico** – descreve as bases conceituais, a metodologia e as etapas de elaboração do projeto, além de apresentar as referências internacionais que subsidiaram a proposta. Apresenta, como anexo, todos os padrões de qualidade organizado em seus respectivos instrumentos de auto-avaliação, indicando unidades de análise, dimensões e sub-dimensões.

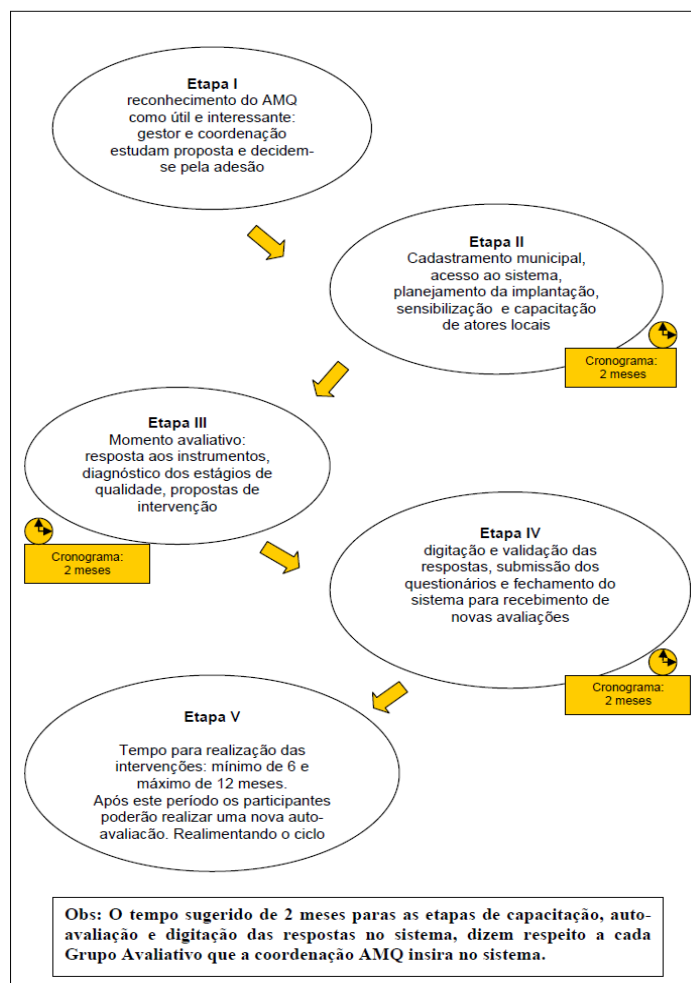
c) Sistema informatizado

O sistema informatizado *AMQ.net* possibilita que, uma vez cadastrados e habilitados, os municípios registrem suas auto-avaliações em um banco de dados com acesso diferenciado por perfil de usuário.

A confidencialidade das informações municipais integra as diretrizes principais do AMQ. O registro dos dados no sistema permite a formação de uma memória dos momentos avaliativos e, ainda, a emissão de relatórios de monitoramento e análise, que subsidiam as intervenções sobre a qualidade.

9.2 Etapas do Projeto

Figura 1 – Etapas da implantação do Projeto AMQ no município.



Fonte: BRASIL, 2005.

Os instrumentos de auto-avaliação privilegiam e enfatizam os elementos de **processo**, especialmente os processos de trabalho, considerando que estes oferecem possibilidades mais amplas e acessíveis de intervenção quando os problemas são identificados. Embora com menor ênfase, os aspectos de estrutura

e resultado também são tomados como parâmetros para avaliação da qualidade, a partir de uma visão dinâmica de estágios de qualidade inter-relacionados.

1.4. Indicadores e Metas de Acompanhamento a Gestão

Para o acompanhamento dos serviços serão utilizados indicadores selecionados para este fim. Estes indicadores serão apontados em documento específico, elaborado pela Comissão de Avaliação e Fiscalização (CAF), do futuro Contrato.

Ao final de 12 (doze) meses de acompanhamento, a SMS, poderá rever estes indicadores, com o objetivo de aperfeiçoar o monitoramento proposto, de acordo com as diretrizes e princípios do SUS.

Mesmo após o cumprimento de todas as metas elencadas, caso haja alguma queda na qualidade do atendimento em função de ação ou omissão imputável à futura Contratada, a CAF, baseada em relatório fundamentado, poderá aplicar sanções previstas no contrato.

A SMS solicitará à OSS relatórios quadrimestrais contendo dados e informações relativas aos resultados assistenciais e à qualidade dos serviços prestados. A cada quadrimestre será realizada, pela CAF, a análise dos relatórios com Indicadores e Metas a ser enviado pela OSS contratada e que irá auxiliar na definição da integralidade ou não dos serviços que estejam sendo prestados. Haverá a comparação entre metas propostas e atingidas em cada um dos tipos de indicadores.

No primeiro mês de atividade não será exigido o cumprimento dos indicadores e metas, por ser correspondente à fase de implantação.

1.4.1. META DE DESEMPENHO

META 01 – DESEMPENHO				
Nº DO INDICADOR	INDICADOR	META MÊS	INDICADOR – FÓRMULA	FONTE

1	Índice de absenteísmo	< 3%	(Horas líquidas faltantes / Horas líquidas disponíveis) X 100	Controle de Ponto
2	Taxa de acidente de trabalho	< 3%	(Quantidade de CATs no mês / Total de Funcionários da Empresa no mês) X 100	Relatório
3	Alimentação mensal do E- SUS por unidade de saúde	100%	Informar quantas unidades fizeram os lançamentos no E-SUS	E-SUS
4	Taxa de Turnover	5%	(Total de Funcionários Admitidos no mês + Total de Funcionários Demitidos no mês) / Total de Funcionários da Empresa no mês) X 100	Controle de Ponto
5	Avaliação da satisfação do usuário Pesquisa de Satisfação	>80%	(TOTAL DE USUÁRIOS SATISFEITOS/ TOTAL DE AVALIADOS) X100	Relatório
6	Envio de relatórios de produção / informação conforme cronograma proposto pela Coordenação de Saúde Mental da SMS.	100% 1 Relatório Mensal	Realizou o envio do Relatório Mensal de Produção Saúde Mental?	Coordenação de Saúde mental
7	Participação de atividades de educação em saúde conforme cronograma de SMS para os profissionais	100% 1 Relatório Mensal	Realizou o envio do Relatório Mensal de das atividades Realizadas?	Coordenação de Atenção Básica

1.5. IMPLANTAÇÃO DO GRUPO DE TRABALHO DE HUMANIZAÇÃO - GTH

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. Deveser 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.

Gestores e equipes de profissionais se deparam, dia a dia, com uma enormidade de

tarefas, responsabilidades e compromissos. Mais do que isso têm de atender às necessidades de pessoas que se encontram em situações de fragilidade, dependência, dor e sofrimento, muitas vezes em situações difíceis de trabalho.

No entanto, é justamente a realização destas tarefas - construção de um espaço coletivo para reflexão sobre sua realidade institucional e profissional, e busca de saídas criativas para os desafios encontrados - que poderão facilitar seu trabalho e melhorar a qualidade do atendimento aos usuários.

A humanização dos estabelecimentos assistenciais de saúde tem uma diretriz transversal e constitui-se num conjunto de ações sobre diversas práticas e condições na prestação dos serviços de saúde, assim como em diferentes níveis do Sistema, formando uma construção coletiva de todos os envolvidos. Para o Ministério da Saúde, trata-se de uma das estratégias para alcançar a qualificação da atenção e da gestão em saúde. Trata-se de uma forma de tornar parceiros tanto usuários como profissionais de saúde na busca da qualidade dos serviços, um projeto de corresponsabilidade e qualificação dos vínculos Inter profissionais e entre estes e os usuários na produção de saúde.

Duas recomendações para o desenvolvimento de um processo de humanização dos serviços de saúde na instituição hospitalar:

1. Gestão participativa

Desenvolver padrões de cuidados mais humanizados para os usuários requer formas de relação institucionais mais humanizadas também entre funcionários e chefias, entre os próprios colegas e pessoas que trabalham nas mesmas áreas, com formações e responsabilidades diferentes.

2. Formação de Grupos de Trabalho de Humanização (GT)

Quem são seus integrantes:

É recomendável que façam parte deste grupo profissionais da direção do hospital, da chefia dos setores e serviços, e técnicos da área médica e não médica (assistentes sociais, psicólogos, agentes da enfermagem, encarregados técnico-administrativos) e pessoal de apoio (segurança, limpeza, cozinha, etc.) de modo a se contar com uma participação equitativa de representantes de diferentes categorias profissionais, campos disciplinares e graus hierárquicos.

A coordenação do GT deverá ser escolhida dentre as lideranças compromissadas com a ideia da humanização.

Objetivos:

- Conduzir um processo permanente de mudança da cultura de atendimento à saúde, promovendo o respeito à dignidade humana.
- Sensibilizar profissional e usuário para a importância e os benefícios do atendimento e do trabalho humanizado.
- Garantir à instituição hospitalar o papel de protagonista do processo de humanização de seus serviços.

Como funcionam:

- Lideram o processo de humanização no hospital.
- Promovem uma ação conjunta da alta administração do hospital e de

- lideranças representativas dos profissionais dos vários setores e serviços.
- Buscam estratégias de comunicação e integração entre os diferentes setores
- Promovem fluxo de propostas e deliberações.
- Apoiam e divulgam as iniciativas de humanização em desenvolvimento.
- Avaliam os projetos em desenvolvimento e a serem desenvolvidos na instituição, de acordo com os parâmetros de humanização propostos.
- Estimulam a participação da comunidade e de entidades da sociedade civil nas ações de humanização dos serviços.
- Promovem a participação do hospital na Rede Nacional de Humanização.

Elaboração e Implantação de Plano Operacional de Ação de Humanização

Será elaborado um plano de ação de humanização hospitalar, de curto, médio e longo prazo, levando em consideração as prioridades e as necessidades específicas do hospital, bem como as ações de humanização já existentes.

O plano de ação de humanização no hospital, utilizará como base o Programa de Humanização do SUS.

Atividades que poderão ser desenvolvidas no hospital:

- Comemoração dos funcionários aniversariantes do mês;
- Oficina culturais para funcionários;
- Liberação de visitas aos pacientes em datas;
- Comemorativas tais como dia dos pais, dia das mães, Natal e etc.;
- Palestras sobre qualidade de vida e hábitos saudáveis para funcionários, pacientes e acompanhantes

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES (após a posse dos membros)

PROJETO DE SUSTENTABILIDADE

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 do Grupo	Direção Geral												
Reunião Mensal do Grupo	Equipe												
Realização de Oficina para Capacitação da Equipe e legislação	Equipe												
Elaboração de Plano de Ação	Equipe												
Reunião com Comissão de Ética Médica	Equipe												
Divulgação das Atividades	Equipe												

* NOTA: Implantação no 03º mês após o pleno funcionamento da maternidade

O IEC declara ter o compromisso, com o estabelecimento, implementação e manutenção da política ambiental, suas diretrizes, objetivos, responsabilidades e recursos para a gestão, de modo que os aspectos e impactos ambientais advindos de suas atividades, produtos e serviços, sejam gerenciados e mitigados, contribuindo para a Sustentabilidade. As diretrizes estabelecidas têm caráter abrangente nos níveis corporativo, regional ou local da Instituição, podendo ser estratificadas para se adequarem aos diferentes escopos do SGA - Sistema de Gestão Ambiental.

É responsabilidade da Diretoria Executiva:

- Implementar a Política Ambiental em sua área de responsabilidade e criar mecanismos para a sua disseminação ao público interno e externo;
- Apoiar estrategicamente a implementação, manutenção e melhoria do Sistema de Gestão Ambiental, de modo que possa ser aplicado no âmbito corporativo, regional ou local da Instituição;
- Identificar e planejar os recursos essenciais para implementar, manter e melhorar continuamente o Sistema de Gestão Ambiental;
- Orçar os recursos essenciais para o Sistema de Gestão Ambiental que incluam recursos humanos e habilidades especializadas, infraestrutura organizacional, tecnologia e recursos financeiros;
- Garantir a disponibilização dos recursos para a gestão ambiental;

- Definir, documentar e comunicar funções, responsabilidades e autoridades, visando facilitar uma gestão ambiental eficaz;
- Estabelecer, revisar e adequar processos, de modo a obter melhoria do desempenho ambiental;
- Estabelecer, implementar e manter objetivos e metas ambientais documentados, nas funções e níveis relevantes na organização;
- Prover os meios e determinar os prazos nos quais os objetivos e metas ambientais sejam atingidos;
- Estabelecer mecanismos, processos e procedimentos de gestão ambiental nos escopos estabelecidos;
- Realizar as análises críticas do Sistema de Gestão Ambiental, em intervalos planejados para assegurar sua continuada adequação, pertinência e eficácia;
- Proporcionar que o Sistema de Gestão Ambiental, em sua área de responsabilidade seja auditado em intervalos determinados;
- Subsidiar a tomada de decisão sobre comunicar externamente ou não os aspectos ambientais significativos;
- Promover a melhoria do desempenho do Sistema de Gestão

Ambiental. É responsabilidade dos Representantes da Direção:

- Coordenar, estabelecer, revisar e adequar o modelo de gestão para os processos que compõem o Sistema de Gestão Ambiental de modo a obter melhoria de seu desempenho;
- Assegurar o cumprimento da política, objetivos e programas ambientais;
- Garantir o atendimento aos requisitos legais e outros relacionados ao escopo estabelecido para o Sistema de Gestão Ambiental;
- Promover mudanças para mitigação dos aspectos e impactos ambientais das atividades, produtos e serviços do escopo;
- Conduzir a implementação e manutenção do Sistema de Gestão Ambiental, através de treinamentos ou outras ações e acompanhamentos sistemáticos;
- Manter e melhorar o Sistema estabelecido utilizando-se dos processos de ação corretiva, preventiva, auditorias sistemáticas e análise crítica;
- Relatar o desempenho do Sistema de Gestão à Alta Direção para análise crítica e melhoria do Sistema de gestão ambiental.

Diretrizes:

Liderança

- Apoiar as ações estratégicas relativas à gestão ambiental estimulando a participação de todos;
- Assegurar o compromisso para alcançar a excelência do desempenho ambiental;
- Comunicar o comprometimento, as prioridades e as ações da Instituição junto às partes interessadas (*stakeholders*);
- Estimular a difusão e implementação das melhores práticas ambientais.

Atendimento à Legislação Ambiental e Requisitos Estatutários

- Cumprir a legislação pertinente às atividades, produtos e serviços;
- Adotar uma postura de transparência e ética nas suas relações com as partes interessadas (*stakeholders*).

Prevenção da Poluição e Melhoria Ambiental

- Promover a melhoria contínua dos processos, serviços prestados pela Instituição e seus resultados, visando à qualidade ambiental;
- Desenvolver ações voltadas para a ecoeficiência, para prevenção da poluição, mitigação da geração de resíduos sólidos, das emissões de gases efeito estufa e redução do consumo de recursos naturais em seus processos, produtos e serviços;

- Desenvolver operações planejadas e seguras às pessoas e ao meio ambiente;
- Aperfeiçoar continuamente os indicadores ambientais, de modo a torná-los cada vez mais precisos e uniformes com conseqüente incentivo ao cumprimento das metas estabelecidas;
- Desenvolver suas atividades pautadas no gerenciamento dos riscos.

Gestão de Fornecedores

- Promover o engajamento e comprometimento dos fornecedores com as questões ambientais;
- Selecionar fornecedores com base em requisitos ambientais;
- Incluir requisitos ambientais na especificação de produtos e serviços a serem adquiridos;
- Implementar a logística reversa no processo de aquisição.

Gestão de Pessoas

- Estabelecer e implementar programas de educação ambiental aos diversos níveis organizacionais da Instituição e terceiros que atuem em seu nome, objetivando capacitá-los para participação ativa na gestão ambiental;
- Conscientizar todos os seus colaboradores e prestadores de serviços da importância da responsabilidade individual para o atendimento dos objetivos e metas ambientais da Instituição.

Relacionamento com o Cliente e a Comunidade

- Promover a participação e apoio às iniciativas de gestão ambiental com o envolvimento do cliente e da comunidade;
- Estabelecer diálogo e desenvolvimento de parcerias com o cliente e a comunidade visando à melhoria do desempenho ambiental;
- Estimular o compromisso ambiental de todos os públicos em relação aos serviços de saúde, educação e assistência social.

A Sustentabilidade é hoje um dos pontos abordados na estratégia dos Hospitais. Há um processo de solidificação do conceito e o mesmo passa a permear todas as atividades desenvolvidas na Instituição de modo que todos os aspectos referentes às questões sociais, ambientais e econômicas sejam considerados para a tomada de decisões na organização, além de contribuir para a construção de uma cultura organizacional orientada ao desenvolvimento sustentável.

PHS – PROJETO HOSPITAIS SAUDÁVEIS

O Projeto Hospitais Saudáveis (PHS) é uma associação sem fins econômicos, dedicada a transformar o setor saúde em um exemplo para toda a sociedade em aspectos de proteção ao meio ambiente e à saúde do trabalhador, do paciente e da população em geral.

Participam do PHS profissionais de saúde, instituições prestadoras de serviços, instituições de ensino e de pesquisa em saúde, organizações da sociedade civil em geral e demais organizações, públicas ou privadas.

A assistência à saúde, como toda atividade produtiva, gera impactos ambientais e sanitários. O PHS trabalha para desenvolver e apoiar uma rede de cooperação, partindo do comprometimento das instituições de saúde do país, bem como dos profissionais de todas as categorias que atuam no sistema de saúde brasileiro. Além do setor de assistência à saúde, o PHS atua em parceria com organizações profissionais, sindicais e setoriais, institutos de ensino e pesquisa, órgãos públicos e organizações não governamentais das áreas de saúde e segurança do trabalho, saúde pública e meio ambiente.

MercuryFree Healthcare: iniciativa global destinada a demonstrar a viabilidade da eliminação gradual dos termômetros e esfigmomanômetros em cuidados de saúde à base de mercúrio e sua substituição por alternativas precisas e economicamente viáveis. A Pró-Saúde administra hospitais com esta certificação.

Selo Verde de Pró-Sustentabilidade: tem como objetivo promover a saúde pública e ambiental, assim como a redução da pegada ecológica da assistência à saúde. Trata-se de uma iniciativa baseada no comprometimento dos estabelecimentos de saúde com, pelo menos dois, de um conjunto de 10 objetivos inter-relacionados e integrados, abordando as principais áreas de atuação para melhoria do desempenho

ambiental e maior sustentabilidade no setor saúde. Os 10 objetivos são:

- 1- Liderança: visa manifestar apoio da liderança aos hospitais verdes e saudáveis a fim de: criar uma mudança de cultura organizacional em longo prazo; alcançar uma ampla participação dos trabalhadores do setor saúde e da comunidade; e fomentar políticas públicas que promovam a saúde ambiental;
- 2- Substituição de Substâncias Químicas Perigosas Por Alternativas Mais Seguras: visa melhorar a saúde e a segurança dos pacientes, dos trabalhadores, das comunidades e do meio ambiente utilizando substâncias químicas, materiais, produtos e processos mais seguros, indo além das exigências de conformidade ambiental. Atitudes como campanha de captação de película de Raios X para correto descarte deverão ser adotadas;
- 3- Redução, Tratamento e Acondicionamento de Forma Segura os Resíduos de Serviços de saúde: visa proteger a saúde pública reduzindo o volume e a toxicidade dos resíduos produzidos pelo setor saúde, implementando ao mesmo tempo as opções ambientalmente mais apropriadas de gestão e destinação dos resíduos. No Anexo I apresentamos um modelo de PGRSS com atividades que poderão ser utilizadas nas unidades de saúde;
- 4- Implementação de Eficiência Energética e Geração de Energias Limpas Renováveis: visa reduzir o uso de energia proveniente de combustíveis fósseis como forma de melhorar e proteger a saúde pública; promover a eficiência energética, bem como o uso de fontes renováveis, visando, em longo prazo, obter 100% das necessidades de energia obtidas de fontes renováveis geradas no hospital ou na comunidade;
- 5- Redução do Consumo de Água e fornecimento de Água Potável: visa implementar uma série de medidas de conservação, reciclagem e tratamento que reduzam o consumo de água dos serviços de saúde e a poluição por águas residuais. Estabelecer a relação entre a disponibilidade de água potável e a resiliência dos serviços de saúde para suportar problemas físicos, naturais, econômicos e sociais. Promover a saúde pública e ambiental fornecendo água potável para a comunidade.
- 6- Melhorar as Estratégias de Transporte Para Pacientes e Funcionários: visa desenvolver estratégias de transporte e de assistência à saúde que reduzam a emissão de carbono dos hospitais e sua parcela de contribuição para a poluição local;
- 7- Compra e Oferta de Alimentos Saudáveis e Cultivados de Forma Sustentável: visa estimular ao mesmo tempo hábitos alimentares saudáveis entre os pacientes e funcionários e favorecer o acesso a alimentos produzidos localmente e de forma sustentável na comunidade. Ao longo do contrato, deverá ser implantado um programa com foco na qualidade de vida dos trabalhadores das unidades de saúde;
- 8- Prescrição Apropriada de Produtos Farmacêuticos, Administração Segura e Destinação Correta: visa reduzir a poluição por produtos farmacêuticos diminuindo as prescrições desnecessárias, minimizando a destinação inadequada de resíduos farmacêuticos, promovendo sua devolução aos fabricantes e pondo fim ao dumping de medicamentos na forma de ajuda a catástrofes, também poderá ser adotada campanhas para devolução de medicações vencidas ou que não serão mais utilizadas pelo usuário nas unidades de saúde;
- 9- Apoio a Projetos e Construções de Hospitais Verdes e Saudáveis: visa reduzir a poluição ambiental do setor saúde e transformar os hospitais em um local mais saudável para funcionários, pacientes e visitantes mediante a incorporação de práticas e princípios de edifícios ecológicos no projeto e na construção de unidades de saúde;
- 10- Aquisição de produtos e materiais mais seguros e sustentáveis: visa a compra e materiais produzidos de maneira sustentável através de cadeias de suprimentos sociais ambientalmente responsáveis

A Pró- Saúde administra hospitais com esta certificação.

A adesão das unidades de saúde ao PHS será analisada pela Diretoria local e a Diretoria de Operações

da sede administrativa do IEC, bem como em conjunto com a Secretaria Municipal de Saúde, sendo priorizado no primeiro ano de contrato ações que atendam as diretrizes nº 3,4 e 5 acima descritas.

Global Reporting Initiative - GRI, promove a elaboração de relatórios de sustentabilidade que pode ser adotada por todas as organizações. A GRI produz a mais abrangente **Estrutura para Relatórios de Sustentabilidade** do mundo proporcionando maior transparência organizacional.

PACTO GLOBAL DA ONU - iniciativa desenvolvida pela ONU, com o objetivo de mobilizar a comunidade empresarial internacional para a adoção, em suas práticas de negócios, de valores fundamentais e internacionalmente aceitos nas áreas de direitos humanos, relações de trabalho, meio ambiente e combate à corrupção refletidos em 10 princípios.

GREEN KITCHEN – tem como objetivo o aprimoramento do padrão de qualidade em benefício de seus clientes e sua região, levando em consideração aspectos sociais e ambientais. Conduzido por uma comissão de profissionais multidisciplinares do setor de nutrição com participação de nutricionistas e, arquitetos, baseado em critérios internacionais de medição de eficiência na responsabilidade social e ambiental.

CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO - SUSTENTABILIDADE

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
Definição da Equipe de Sustentabilidade	Direção Geral												
Estruturação a Política Ambiental	Equipe												
Coordenar, estabelecer, revisar e adequar o modelo de gestão para os processos que compõem o Sistema de Gestão Ambiental de modo a obter melhoria de seu desempenho.	Equipe												
Reunião mensal.	Equipe												
Estabelecer e monitorar indicadores.	Equipe												
Promoção da melhoria contínua dos processos, serviços prestados pela Instituição e terceiros, visando à qualidade ambiental.	Equipe												

* NOTA: Implantação no 03º mês após o pleno funcionamento da maternidade

PROJETO ANCORA

Objetivo Geral:

Conhecer a realidade vivenciada pelos usuários/pacientes e família/acompanhante que serão atendidos no hospital planejando e realizando um trabalho multiprofissional pautado na humanização e qualidade no atendimento, através de ações voltadas para as necessidades/demandas dos usuários/pacientes e famílias/acompanhantes.

Objetivo Específico:

- Identificar as demandas explícitas e implícitas dos usuários/pacientes e familiares/acompanhantes considerando suas especificidades;
- Criar uma rotina de atendimento multiprofissional priorizando o fortalecimento de vínculo e confiança aos usuários/pacientes e familiares/acompanhantes x equipe;
- Verificar junto aos familiares/acompanhantes, a possibilidade de definir um responsável denominado “Familiar Âncora” para receber informações diárias quanto ao quadro clínico do usuário/paciente.

AÇÕES DO PROJETO

OBJETIVOS	AÇÕES	PROFISSIONAIS
1. Identificar as demandas explícitas e implícitas dos usuários/pacientes e famílias/acompanhantes considerando suas especificidades	1.1. Identificar usuários/pacientes internados a partir de 05 dias (Plano de Alta/ Censo);	Assistente Social Psicóloga
	1.2. Acolhimento aos usuários/pacientes e familiares/acompanhante;	
	1.3. Entrevista para inclusão no projeto.	



2. Verificar junto aos familiares/acompanhantes, a possibilidade de definir um responsável denominado “Familiar Âncora” para receber informações diárias quanto ao quadro clínico do usuário/paciente.	2.1. Identificar através de avaliação psicossocial o familiar preparado (emocionalmente) e que tenha disponibilidade para ser o “Familiar Âncora”, ou seja, o responsável a receber e repassar aos demais familiares as informações do quadro clínico do usuário/paciente.	Assistente Social Psicóloga
3. Criar uma rotina de atendimento multiprofissional aos usuários/pacientes e famílias/acompanhantes priorizando o fortalecimento de vínculo e confiança entre equipe, usuários e família.	3.1. Acolhimento, escuta e acompanhamento durante a hospitalização de acordo com as demandas apresentadas;	Assistente Social Psicóloga
	3.2. Veiculação de informações aos usuários/pacientes e familiares/acompanhantes, possibilitando o acesso aos seus direitos sociais enquanto cidadãos, inseridos nos programas e políticas sociais – saúde, assistência e previdência;	Assistente Social
	3.3. Viabilização da Informação clara e contínua do quadro clínico do usuário/paciente diariamente ao familiar/acompanhante;	Médicos Enfermagem
	3.4. Comemoração do Aniversário do usuário/paciente durante a internação	Assistente Social Psicóloga Enfermagem Nutrição Comunicação

Metodologia:

- Entrevista e acolhimento pautados na humanização, integralidade, vínculo e qualidade nos serviços prestados aos usuários/pacientes e familiares/acompanhantes através de formulários.
- Verificação da disponibilidade do “Familiar Âncora” para receber informações do paciente/usuário no momento em que o médico passa visita. Se necessário agendar “horário especial” com o médico para falar com o familiar;
- Acompanhamento aos usuários/pacientes e familiares/acompanhantes para solucionar dúvidas bem como, garantir que os mesmos estão cientes do quadro clínico e da evolução diária;
- Veiculação de informações sobre os direitos sociais, através dos programas e políticas sociais;
- Reuniões mensais até consolidar o projeto e após reunião mensal para Análise de indicadores com a equipe multiprofissional, para traçar novas ações, como também avaliar o envolvimento da equipe e dos familiares/acompanhantes ao projeto.
- Reuniões semanais da equipe multiprofissional para análise do plano terapêutico do usuário inserido no projeto.

Resultados desejados:

- Efetivação do trabalho em equipe no atendimento multiprofissional, pautados na humanização;
- Usuários/pacientes e familiares/acompanhantes esclarecidos referente ao processo saúde/doença como também instruídos e preparados para o período da desospitalização dando continuidade no tratamento e até mesmo para situação de

- óbito;
- Agilizar Alta Hospitalar
 - Redução da ansiedade e do nível de estresse gerado pelo período de hospitalização;
 - Satisfação com relação ao tratamento e a atenção prestada pela equipe multiprofissional.

CRONOGRAMA DE IMPLANTÇÃO – PROJETO ANCORA

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
Definição da Equipe do Projeto ANCORA	Direção Geral												
Identificação das demandas explícitas e implícitas pacientes e famílias considerando as especificidades.	Equipe												
Estruturação e Divulgação da Metodologia a ser implantada.	Equipe												
Reuniões mensais para avaliação do Projeto Ancora.	Equipe												
Definição e monitoramento de indicadores.	Equipe												
Promoção da melhoria contínua dos processos visando à qualidade.	Equipe												

* **NOTA:** Implantação no 03º mês após o pleno funcionamento da maternidade

IMPLEMENTAÇÃO DO CENTRO DE CUSTOS

GESTÃO ESTRATÉGICA DE CUSTOS E MELHORIAS DOS RESULTADOS

Para a gestão eficaz de uma instituição de saúde, os gestores precisam dispor de informações gerenciais e estratégicas. A gestão de custos destaca-se como ferramenta imprescindível no processo de tomada de decisões, visando a melhoria dos resultados. Ela possibilita a gestão do resultado operacional global da organização e a avaliação por áreas de atividade, unidades de negócio, clientes, procedimentos e especialidades médicas fundamentais e decisivas à sustentabilidade do processo decisório. Através de ferramentas inovadoras e eficazes, o sistema de custos proposto assegura às organizações de saúde a conquista de melhores padrões de produtividade e fortalecimento do nível de competitividade.

Gestão de Custos pela Web

Ferramenta imprescindível no processo de tomada de decisões, visando a melhoria dos resultados. Ela possibilita a gestão do resultado operacional global da organização e a avaliação por áreas de atividade, unidades de negócio, clientes, procedimentos e especialidades médicas fundamentais e decisivas à sustentabilidade do processo decisório.

Capacitação dos profissionais

Treinamento dos profissionais dos Hospitais, permitindo a permanente qualificação no processo de coleta, processamento e análise dos resultados, bem como no aprofundamento dos conceitos relacionados às abordagens de custeio, metodologias de apropriação de custos hospitalares, técnicas de gestão, planejamento e análise de indicadores de desempenho no âmbito das organizações de saúde.

OBJETIVOS

Desenvolver modelo de gestão de custo, específico às características do hospital, com geração de informações dos serviços prestados como instrumento de gestão, controle de recursos e prestação de contas.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

- Etapa diagnóstico – identificação do porte e volume das atividades, nível de organização das informações patrimoniais, contábeis e estatísticas.
 - Análise do perfil das especialidades e das atividades operacionais, bem como indicadores estatísticos;
 - Levantamento e análise do sistema contábil e de custos e nível de relatórios gerenciais;
 - Análise do plano de contas e da descrição analítica dos itens de custos e despesas.
- Estruturação dos centros de custos e critérios de apropriação dos custos operacionais:
 - Estruturação dos centros e níveis de responsabilidade e correspondentes centros de custos em conformidade com os indicadores de custos e modelo de gestão;
 - Definição da metodologia e critérios de apropriação de custos – formulas método



- o derateio dos custos indiretos e dos centros auxiliares e administrativos;
- o Organização do processo de coleta de dados:
 - Fonte de coleta;
 - Fixação de cronogramas.
- Formulação do sistema de informações e relatório gerencial:
 - o Constituição dos modelos de relatórios gerenciais que permitem a geração das informações adequadas às diferentes necessidades de usuários (nível de usuários), relatórios analíticos dos serviços por centro de custos;
 - o Elaboração de roteiro para implantação do sistema de custos com manual para identificação dos passos necessários (tecnologia, pessoal, treinamentos e acompanhamentos, instrumento de coleta de dados);
 - o Abordagem do custo por absorção – classificação dos centros de custos, composição das fórmulas de apropriação dos custos (diretos e indiretos) métodos e critérios de rateio, cálculo dos custos totais e unitários dos serviços;
 - o Análise dos custos para fins gerenciais
 - Indicadores de custos;
 - Análise do comportamento e variação dos custos; benchmarking das instituições.
- Acompanhamento dos processos do sistema de informações de custos:
 - o Aperfeiçoamento do escopo dos indicadores operacionais e de custos visando ampliar as possibilidades de utilização desses instrumentos para a gestão interna das unidades visando atender as necessidades definidas;
 - o Melhoria do processo interno de comunicação das informações gerenciais visando a participação dos diferentes níveis de gestão com participação na tomada de decisão;
 - o Orientações e acompanhamento do processamento das informações de custos visando a certificação da confiabilidade dos indicadores e utilização dos instrumentos gerenciais para o planejamento e gestão dos recursos;
 - o Orientação para consolidação dos indicadores operacionais e de custos para avaliar o desempenho da instituição com relação às outras por meio de benchmarking;
 - o Preparação das apresentações e discussões que venham a ser

programados APLICAÇÕES GERENCIAIS

- Gerenciar informações por centro de custos, produtos e serviços para análise comparativa das mesmas e acompanhamento do processo
- Preparação das informações consolidadas e comparativas, permitindo a avaliação, acompanhamento e controle da instituição como o estabelecimento de indicadores de desempenho;
- Servir de instrumento de gestão e de melhoria de eficácia na alocação de recursos;
- Subsidiar a avaliação do custeio das atividades com relação a indicadores de

custos METODOLOGIA DE TRABALHO

As atividades descritas serão desenvolvidas com base nas diretrizes do trabalho, da equipe, dimensionamento das atividades preparação e apresentação de relatórios.

O tempo estimado para a implantação completa do sistema é de 12 meses. Entretanto, este será iniciado no terceiro mês de após o início da plena atividade da maternidade.

Apresentação:

O sistema de gerenciamento de custos é 100% web, de alta escalabilidade, na nuvem, e com acesso de qualquer lugar a qualquer momento, que se dá por meio de senhas parametrizadas para cada nível de usuário.

Operacional:

As informações podem ser inseridas de forma manual, exportações ou importando através de arquivos

.CSV

IMPORTAÇÕES DE CUSTOS

Importações

Consumo de estoque

Permite importar o consumo de estoque, item a item, por centro de custo para o sistema.

Custos

Permite importar custos diretos e indiretos para o sistema.

Estatísticas

Permite importar as estatísticas de rateio para o sistema.

Folha de pagamento

Permite importar a folha de pagamento dos funcionários para executar automaticamente o lançamento de custos diretos relacionados a salários, benefícios etc.

Notas Fiscais

Permite importar custos diretos e indiretos para o sistema.

Procedimento - Custo unitário dos materiais e medicamentos

Permite importar o custo unitário dos materiais e medicamentos para o sistema

Produções

Permite importar as produções dos centros de custos para o sistema.

Quantidade de leitos

Permite importar a quantidade de leitos por centro de custo.

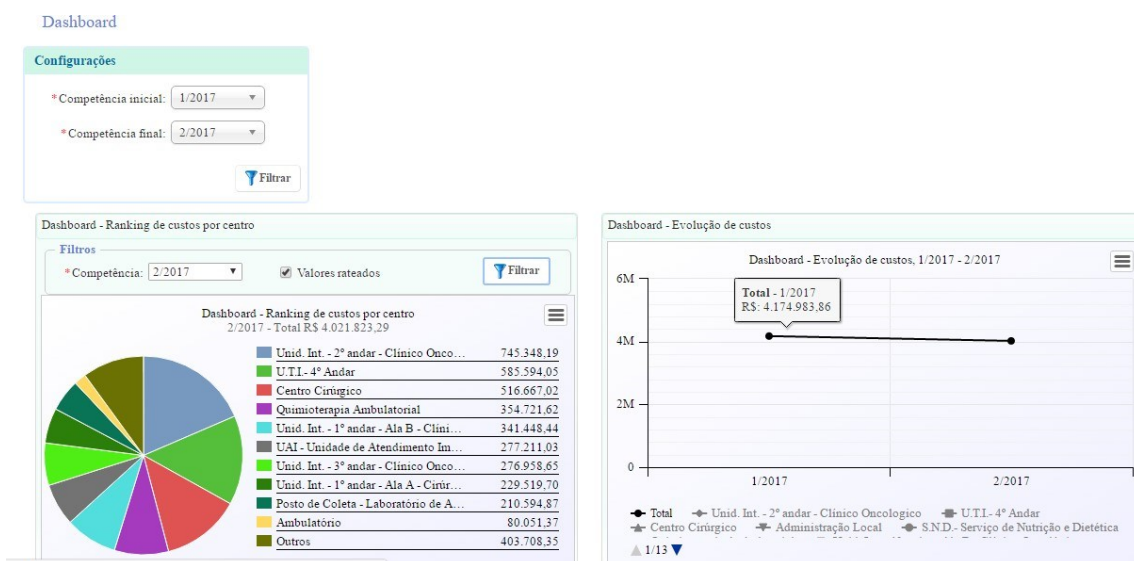
Receita

Permite importar as receitas da competência para o sistema

Resultado:

Indicadores Gerais, de Performance e Produtividade. Dashboard, Relatórios Gerenciais e Standards

TELA DE DASHBOARD



Benchmark:

Painel de Comparação entre unidades do IEC e banco de dados do sistema.

CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO – CUSTOS

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
Estruturação do Projeto.	Direção Geral												
Definição dos Centros de Custos e receitas das áreas.	Direção Geral												
Definição dos profissionais Responsáveis pelas áreas.	Equipe												
Implementação do Projeto.	Equipe												
Envio de relatório dos custos para monitoramento dos responsáveis da	Equipe												
Cronograma de Reuniões.	Equipe												
Promoção da melhoria contínua dos processos visando à qualidade.	Equipe												

* NOTA: Implantação no 03º mês após o pleno funcionamento da maternidade



Instituto Elisa de Castro

**ENVELOPE B – PROPOSTA TÉCNICA E
FINANCEIRA**

**À SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COMISSÃO DE SELEÇÃO**

PROCESSO Nº 5432/2024

**EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº
03/2024**

**INSTITUTO ELISA DE CASTRO
CNPJ: 05.624.609/0001-55**

Av. Embaixador Abelardo Bueno, nº 3.180 - Salas 701 a 710
– Barra da Tijuca – Rio de Janeiro – RJ CEP: 22.775-040.

A. TÍTULO DO PROJETO

Proposta de Trabalho para Organização, Administração e Gerenciamento do Pronto Socorro Municipal Dr. José Seve Neto, conforme Edital de Seleção nº 03/2024.

Sumário

A. TÍTULO DO PROJETO	2
B. APRESENTAÇÃO DO IEC	12
I. APRESENTAÇÃO DO PROGRAMA DE TRABALHO.....	12
II. APRESENTAÇÃO DO INSTITUTO ELISA DE CASTRO - IEC.....	12
C. PLANO DE TRABALHO	21
1. PROPOSTA DE MODELO GERENCIAL/ASSISTENCIAL (C1)	21
A. ORGANOGRAMA;	22
B. PROTOCOLOS E ORGANIZAÇÃO DE ATIVIDADES ASSISTENCIAIS PARA ATENDER AO TERMO DE REFERÊNCIA E SEUS SUBITENS;	46
C. PROTOCOLOS E ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE FARMÁCIA;.....	140
1. Serviço de Farmácia, incluindo modelo de Atenção Farmacêutica	140
1.1. Rotinas e Protocolos Referentes ao Processo de Armazenamento e Dispensação de Medicamentos.	142
1.2. Manual de Boas Práticas de Armazenamento e Distribuição: Recebimento, Estocagem e Transporte de Medicamentos	144
1.2.1. Inventário	149
1.2.2. Limpeza e conservação	152
1.2.3. Conservação de medicamentos	153
1.2.4. Distribuição de medicamentos	158
1.2.4.1. Recepção/recebimento	161
1.2.4.2. Estocagem	164
1.2.4.3. Dispensação e distribuição	169
1.3. Fluxogramas	170
188	
D. ATIVIDADES DE APOIO;.....	189
a). Manutenção das unidades.....	193
b). Serviços Administrativos.....	193
c). Transporte de pessoas e de materiais.....	193
d). Serviços de Limpeza	193
e). Serviços de Vigilância e Segurança.....	194
f). Abastecimentos de água, luz e telefone.....	194
g). Materiais médico hospitalares.....	194
h). Insumos Odontológicos.....	194
i). Equipamento de Proteção Individual (E.P.I.).....	195
m). Manutenção de Equipamentos	196



1. Organização para o Serviço de Manutenção Predial	196
1.1. Prestação de Serviços de Manutenção Predial Elétrica	196
1.1.1. Instalações elétricas e eletrônicas	206
1.1.2. Instalações mecânicas e de utilidades	213
1.3. Prestação de Serviços de Manutenção Predial Hidráulica	218
1.4. Instalações hidráulicas e sanitárias	219
1.2. Prestação de Serviços de Manutenção Predial Civil	221
1.2.1. Prestação de Serviços de manutenção dos aparelhos de refrigeração e exaustão	222
1.3. Prestação de serviços de Engenharia Clínica	227
1.1. Sistematização dos serviços de portaria	231
1.2. Sistematização dos serviços de higienização e desinfecção em unidade de saúde	233
1.3. Sistematização do processo de lavanderia hospitalar	236
1.4. Sistematização dos serviços de informática	238
1.5. Sistematização de esterilização de materiais hospitalares	240
1.6. Serviços de coleta de resíduos	242
1.7. Processos de Gases Medicinais	243
1.8. Laboratório de Análises Clínicas	244
1.9. Tecnologia da Informação	246
E. ATIVIDADES ADMINISTRATIVAS FINANCEIRAS;	248
Atividades Administrativas e Financeiras: detalhar a estrutura, as rotinas e processos de controle, especificando normas e as áreas de abrangência.	248
1. MANUAL DE ROTINAS PARA ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA	248
1.1. Sistema De Controle Financeiro De Produção	248
1.2. Estruturação dos Tipos de Centros de Custos:	249
1.2.1. Centro de Custos Administrativo:	249
1.2.2. Centro de Custos Intermediário:	249
1.3. Metodologias de Alocação dos Gastos:	250
1.3.1. Metodologia de Alocação dos Gastos Indiretos:	251
1.3.1.1. Alocação recíproca:	251
1.4. Estratégias para Implantação do Sistema de Custos:	252
1.4.1. A apuração sistemática de custos é possível a partir da definição de alguns aspectos: 253	
1.4.2. Institucionalização do serviço:	253
1.4.3. Diagnóstico situacional:	254
1.4.4. Estruturação e agrupamento dos centros de custos:	254
1.4.5. Identificação dos grupos de gastos:	254



1.4.6.	Definição dos formulários de coleta de dados:	256
1.4.8.	Rotina para elaboração das planilhas de custos:	256
1.4.8.1.	Para elaboração das planilhas será necessário:	257
1.4.8.2.	Planilhas de Custos	258
1.4.8.3.	Estrutura Organizacional.....	258
1.4.8.4.	Do Patrimônio:	260
1.4.8.5.	Da Execução Orçamentária Financeira:.....	261
1.4.8.6.	Da Contabilidade / Custo:	262
II.	Rotinas para Administração Financeira	264
1.5.	Proposta de Regulamento para o Setor de Administração da Divisão Administrativa Financeira	267
F.	APRESENTAÇÃO DE REGULAMENTO PRÓPRIO CONTENDO OS PROCEDIMENTOS QUE ADOTARÁ PARA A CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS E OBRAS NECESSÁRIOS À EXECUÇÃO DO CONTRATO DE GESTÃO, BEM COMO PARA COMPRAS COM EMPREGO DE RECURSOS PROVENIENTES DO PODER PÚBLICO;	281
G.	APRESENTAÇÃO DA POLÍTICA DE GESTÃO DE PESSOAS A SER PRATICADA, INCLUSIVE COM OS CRITÉRIOS QUE SERÃO UTILIZADOS PARA A SELEÇÃO DE PESSOAL;	282
1.	Política de Recursos Humanos	282
1.1.	Plano de cargos e salários	284
1.1.1.	Metodologia Estrutural.....	284
1.1.2.	Gratificação	285
1.1.3.	Criação de Novos Cargos	285
1.4.	Política de Recrutamento e Seleção.....	285
1.4.1.	Processo Seletivo Interno	287
1.4.2.	Processo Seletivo para Médico	288
1.4.3.	Processo admissional.....	289
1.4.4.	Orientação e ambientação do Novo Colaborador.....	291
1.5.	Ponto biométrico	291
1.6.	Segurança da informação	292
1.7.	Estratégias permanentes a serem utilizadas para manter as equipes completas 7 dias/semana 24h/dia	292
1.8.	Estratégias para melhorar a gestão de escala.....	296
1.8.1.	Programa de Desenvolvimento Humano, Técnico e Gerencial	297
1.8.2.	Plano de Avaliação de Competências	298
2.	Proposta de implementação do sistema de remuneração e incentivo ao desempenho.....	299
2.1.	Programa Jovem Aprendiz.....	327
2.2.	. Benefícios.....	327
2.3.	Saúde do trabalhador	330



2.4. Controle de Absenteísmo	341
2.5. Relatórios de recursos humanos	342
2.6. Incentivos	345
2.7. Folha de pagamento	350
3. Cópia do Manual do Colaborador do IEC	350
355	
4. Contrato de Trabalho	374
5. Avaliação De Desempenho Anual Com Foco Em Competência.....	377
6. Estratégias Para Combater o Absenteísmo	394
7. Proposta de Registro e Controle de Pessoal e Modelopara Escalas de Trabalho	398
8. Política de Segurança no Trabalho e Prevenção de Acidentes	408
8.1. Constituição da Comissão de Prevenção De Acidentes -CIPA	418
H. APRESENTAÇÃO DO DIMENSIONAMENTO DE RECURSOS HUMANOS ESTIMADOS, COM O PREENCHIMENTO DO QUADRO ABAIXO, CONFORME O TERMO DE REFERÊNCIA.	429
2. PROPOSTA DE ATIVIDADES VOLTADAS PARA QUALIDADE (C2)	430
A. PROPOSTA DE FUNCIONAMENTO DAS COMISSÕES TÉCNICAS QUE IMPLANTARÁ NAS UNIDADES E SOLICITADAS NO TERMO DE REFERÊNCIA, ESPECIFICANDO: PERFIL DOS MEMBROS COMPONENTES, OBJETIVOS, METAS E FREQUÊNCIA DE REUNIÕES;	431
a. Funcionamento das Comissões Técnicas: especificar o perfil dos membros componentes, objetivos, metas e frequência dereuniões.	431
B. ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE ARQUIVO DE PRONTUÁRIOS DO USUÁRIO;.....	508
C. MONITORAMENTO DE INDICADORES DE DESEMPENHO DE QUALIDADE E DE PRODUTIVIDADE, DENTRE OUTROS;	514
Indicadores do Contrato de Gestão e Metas (Médias Mensais) para a avaliação qualitativa.....	524
D. SISTEMÁTICAS DE APLICAÇÃO DE AÇÕES CORRETIVAS DE DESEMPENHO A PARTIR DO MONITORAMENTO ACIMA;.....	543
EVENTO ADVERSO	576
584	
E.PROPOSTA DE SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO E PESQUISA DE SATISFAÇÃO;	585
Serviço de Atendimento ao Usuário e Pesquisa de Satisfação: detalhar a implantação, processos e alcance. ..	585
1.2. Implantação do serviço de atendimento ao usuário.....	591
1.3. Serviço De Ouvidoria	596
1.2.1. Indicadores	596
1.2.2.Cronograma De Atividades Da S.A.U.	598
1.3. Implantação do Serviço de Ouvidoria	599
PROPOSTA P/ IMPLANTAÇÃO DE SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO COM REALIZAÇÃO PERIÓDICA DE PESQUISA DE SATISFAÇÃO, COM DEFINIÇÃO DE USO DAS INFORMAÇÕES.	604



1. Metodologia E Pesquisa De Satisfação Dos Usuário	604
1.1.2. Critérios De Aplicação E Avaliação Da Satisfação	612
1.1.3. Usuários/Clientes Pesquisados.....	613
1.1.4. Profissionais Das Unidades De Saúde.....	613
1.2. Descrições Do Procedimento	614
F.PROPOSTA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE;.....	617
Educação Permanente: detalhar o plano proposto, procedimentos e critérios para seleção de temas, periodicidade e resultados esperados.	617
1. EDUCAÇÃO EM SAÚDE/ CAPACITAÇÃO.....	617
2. PLANO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE DO IEC	622
2.1.1. METODOLOGIA A SER APLICADA	623
2.1. 2. OBETIVO GERAL	627
2.1. 3. OBETIVOS ESPECÍFICOS	627
2.1. 4. ESTRUTURA NECESSÁRIA	627
2.1. 5. PERFIL TÉCNICO DA LIDERANÇA EM EDUCAÇÃO PERMANENTE	628
2.1. 6. DINAMICA INICIAL DE TRABALHO	628
2.1. 7. PRAZO	628
2.1. 8. PROGRAMA DE TREINAMENTO E DESENVOLVIMENTO DE PESSOAS	629
a). Levantamento de Necessidade de Treinamento	629
b). Avaliação de Eficácia do Programa	630
G.SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL QUANTO AO DESCARTE DE RESÍDUOS;.....	631
Sustentabilidade ambiental quanto ao descarte de resíduos: descrever o plano proposto, bem como as etapas de sua implantação e os ganhos previstos.	631
1. Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Saúde - PGRSS.....	631
1.1.Classificação Dos Resíduos De Serviços De Saúde	632
Identificação e Classificação Dos ResíduosGerados:	632
1.1.1. Identificação e Manejo dos Resíduos.....	634
1.2. Segregação dos Resíduos	636
1.2.1. Acondicionamento dos resíduos:	637
1.3. Geradores De Resíduos	642
1.4. Transporte Interno, Coleta E Armazenamento Temporário.	643
1.4.1. Armazenamento Externo.....	648
1.4.2. Coleta E Transporte Externo.....	649
1.5. Limpeza Dos Abrigos.....	651
1.6. Controle De Riscos.....	651
a) Proposta para Constituição (membros e finalidade)	653

c). Cronograma de Atividade Anual.....	660
d). Fluxograma dos Resultados a serem alcançados.....	661
661	
Resultados a serem alcançados:.....	662
Cronograma de Implantação do PGRSS:	663
H.SISTEMÁTICA DE MONITORAMENTO E GARANTIA DA QUALIDADE DA INFORMAÇÃO;	665
Sistemática de monitoramento e garantia da qualidade da Informação: descrever como irá produzir e analisar as informações geradas na unidade; detalhar a organização e definição dos processos de trabalho.	665
MODELOS E CERTIFICAÇÕES DE QUALIDADE QUE SERÃO IMPLANTADOS INDICADORES DE IMPACTO PROPOSTOS	668
Utilização do Boletim de Atendimento Médico Eletrônico e formas de armazenamento bem como a segurança da informação.	677
1. Boletim de Atendimento Médico Eletrônico - Sistema de Informação – PEP.....	677
1.1. Introdução:	677
1.2 Objetivo:	680
1.3 Indicadores Hospitalares	681
1.4 Indicadores de Gestão	681
1.4.1. Detalhamento do Projeto	682
1.4.2. Etapas do Projeto	683
1.5 Visão Geral das Soluções	685
1.6. Resumo dos Módulos Propostos	686
1.7. Gestão de Atendimento:	687
1.8. Clínica e Assistencial:	692
1.8.1. Prontuário Eletrônico Do Paciente (PEP):	692
1.9. Diretoria Clínica:	696
1.9.1. Diagnóstico e Terapia:	697
1.9.2. Gestão de Suprimentos:	698
1.9.3. Área de Apoio:	699
1.9.4. Administrativo/Financeiro:	702
1.9.5. Tecnologia da Informação:	707
1.10. Considerações Finais	712
1.11. Sistemática de Monitoramento e Garantia da Qualidade da Informação.	713
I. OUTRAS INICIATIVAS E PROGRAMAS DE QUALIDADE, IMPLANTADO OU EM DESENVOLVIMENTO PELA ORGANIZAÇÃO SOCIAL: APRESENTAR UM PLANO DE ORGANIZAÇÃO ESPECÍFICO COM DEFINIÇÃO DE ALCANCE, METODOLOGIA, CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO, ORÇAMENTO PREVISTO, ETC.	733

Outras iniciativas e Programas de Qualidade, implantados ou em desenvolvimento pela Organização Social: apresentar um plano de organização específico com definição de alcance, metodologia, cronograma de implantação, orçamento previsto.	733
1. MODELO DO SISTEMA DE ACOLHIMENTO DOS USUÁRIOS A SER IMPLANTADO	733
1.1. Diretrizes do Acolhimento	733
1.3.3 Atividades de orientação para adequação da ambiência nas ‘portas de entrada’ dos serviços de urgência e emergência:	744
1.4. Normas e rotinas de acesso e permanência para visitantes e acompanhantes. Incluir a este item os direitos ao acompanhante para idosos, crianças, adolescentes e gestantes.	744
c). Rotina de Acesso do Acompanhante	746
d). Visitantes	746
e). Rotina de Acesso do Visitante a Unidade de Observação da Urgência e Emergência e Internação.	746
f). Rotina de Acesso a Unidade de Terapia Intensiva.	747
g). Rotina de Acesso a Sala de Estabilização do setor de Emergência.	747
h). Paciente do SUS tem direito a visita e acompanhante	748
1.5. DETALHAMENTO DO PROGRAMA DE QUALIDADE QUE IREMOS IMPLANTAR NAS UNIDADES.	749
1. Programa de Qualidade do IEC.....	749
1.1. Práticas de Inovação.....	753
1.2. Metas Internacionais Da Qualidade	754
1.2.1. Outra Iniciativas de Programa de Qualidade.....	756
1.2.1.1. Perspectiva dos clientes	759
1.2.1.2. Perspectiva dos processos internos	760
1.2.1.3. Perspectiva do aprendizado e crescimento	760
1.2.1.4. Ações Voltadas à Qualidade Subjetiva	761
1.3. Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Equipe	761
1.4. Indicadores e Metas de Acompanhamento a Gestão	768
1.4.1. META DE DESEMPENHO	768
3. QUALIFICAÇÃO TÉCNICA DA OS E/OU DA EQUIPE TÉCNICA. (C3)	780
A. Certificar comprovação, através da documentação legal, de que a Organização Social possui no seu quadro diretivo funcional, Responsável Técnico da área da saúde, detentor de atestado(s) emitido(s) por pessoa(s) jurídica(s) de direito público/privado registrado(s) no Conselho Profissional competente, que comprove(m) ter realizado ou participado da administração e gerenciamento, por no mínimo 06 (seis) meses em Unidade de Saúde Pública/privada.....	780
B. Certificar comprovação, através de documentação legal, de que a organização social e/ou corpo dirigente, possui atestado de Capacidade Técnica emitido por Pessoa Jurídica de direito público/privado.	780
C. Certificar comprovação, através de Curriculum Vitae e documentação comprobatória, de que a Organização Social possui em seu quadro diretivo funcional e/ou de consultores contratados, profissionais de experiência comprovada, mínima de 02 (dois) anos em Gestão de Saúde no âmbito municipal, estadual e/ou federal que	

comprove(m) ter realizado ou participado da administração e gerenciamento de Unidade de Saúde equivalentes ou semelhantes ao objeto da presente seleção.....	780
D. Certificar comprovação, através de Curriculum Vitae e documentação comprobatória, possuir, em seu quadro diretivo funcional e/ou consultores contratados, 02 (dois) profissionais de nível superior da área da saúde com especialização em qualquer área da Getão em Saúde (Serviços de Saúde Pública, Atenção Básica ou Urgência e Emergência), cuja certificação esteja devidamente registrada no Ministério competente.	781
4. PROPOSTA ECONÔMICA (C4)	788

ANEXOS:

ANEXOS DO CRITÉRIO 1 – C1:

ANEXO I – PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS – ITEM C1. B.	Pág 790
ANEXO II – REGULAMENTO DE COMPRAS E CONTRATAÇÃO DE OBRAS E SERVIÇOS DO IEC – ITEM C1. F.	Pág 1251
ANEXO III – REGULAMENTO DE SELEÇÃO E CONTRATAÇÃO DE PESSOAL DO IEC – ITEM C1. G.	Pág 1273
ANEXO V – DIMENSIONAMENTO DE RECURSOS HUMANOS ESTIMADOS, COM O PREENCHIMENTO DO QUADRO ABAIXO, CONFORME O TERMO DE REFERÊNCIA – ITEM C1.H.	Pág 1465

ANEXOS DO CRITÉRIO 3 – C3:

Item "e" - ANEXO IV– CERTIFICAR COMPROVAÇÃO, ATRAVÉS DA DOCUMENTAÇÃO LEGAL, DE QUE A ORGANIZAÇÃO SOCIAL POSSUI NO SEU QUADRO DIRETIVO FUNCIONAL, RESPONSÁVEL TÉCNICO DA ÁREA DA SAÚDE, DETENTOR DE ATESTADO(S) EMITIDO(S) POR PESSOA(S) JURÍDICA(S) DE DIREITO PÚBLICO/PRIVADO REGISTRADO(S) NO CONSELHO PROFISSIONAL COMPETENTE, QUE COMPROVE(M) TER REALIZADO OU PARTICIPADO DA ADMINISTRAÇÃO E GERENCIAMENTO, POR NO MÍNIMO 06 (SEIS) MESES EM UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA/PRIVADA.

- ROQUE ANDERSON GUIMARÃES LOPES (RT Médico) Pág. 1282**
- ISIS REGINA UNFER PEREIRA (RT Enfermeira CCIH) Pág. 1310**

Item "f" - ANEXO IV– CERTIFICAR COMPROVAÇÃO, ATRAVÉS DE DOCUMENTAÇÃO LEGAL, DE QUE A ORGANIZAÇÃO SOCIAL E/OU CORPO DIRIGENTE, POSSUI ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA EMITIDO POR PESSOA JURÍDICA DE DIREITO PÚBLICO/ PRIVADO.

- ATESTADO E CONTRATOS DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL..... Pág 1385**



Item "g" - ANEXO IV – CERTIFICAR COMPROVAÇÃO, ATRAVÉS DE CURRÍCULUM VITAE E DOCUMENTAÇÃO COMPROBATÓRIA, DE QUE A ORGANIZAÇÃO SOCIAL POSSUI EM SEU QUADRO DIRETIVO FUNCIONAL E/OU DE CONSULTORES CONTRATADOS, PROFISSIONAIS DE EXPERIÊNCIA COMPROVADA, MÍNIMA DE 02 (DOIS) ANOS EM GESTÃO DE SAÚDE NO ÂMBITO MUNICIPAL, ESTADUAL E/OU FEDERAL QUE COMPROVE(M) TER REALIZADO OU PARTICIPADO DA ADMINISTRAÇÃO E GERENCIAMENTO DE UNIDADE DE SAÚDE EQUIVALENTES OU SEMELHANTES AO OBJETO DA PRESENTE SELEÇÃO.

- **ROQUE ANDERSON GUIMARÃES LOPES (RT Médico) Pág. 1282**
- **ISIS REGINA UNFER PEREIRA (RT Enfermeira CCIH) Pág. 1310**

Item "h" - ANEXO IV - CERTIFICAR COMPROVAÇÃO, ATRAVÉS DE CURRÍCULUM VITAE E DOCUMENTAÇÃO COMPROBATÓRIA, POSSUIR, EM SEU QUADRO DIRETIVO FUNCIONAL E/OU CONSULTORES CONTRATADOS, 02 (DOIS) PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR DA ÁREA DA SAÚDE COM ESPECIALIZAÇÃO EM QUALQUER ÁREA DA GESTÃO EM SAÚDE (SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA, ATENÇÃO BÁSICA OU URGÊNCIA E EMERGÊNCIA), CUJA CERTIFICAÇÃO ESTEJA DEVIDAMENTE REGISTRADA NO MINISTÉRIO COMPETENTE.

- **ISIS REGINA UNFER PEREIRA (RT Enfermeira CCIH) Pág. 1310**
- **GRAZIELE DA COSTA SILVA (Enfermeira - MBA GESTÃO DE SAÚDE E CCI.....Pág 1375**
- **DEISE DOS SANTOS (Farmacêutica - MBA GESTÃO DA SAÚDE E ADM. HOSP.) Pág 1350**

ANEXOS DA PROPOSTA FINANCEIRA – ITEM 4:

ANEXO VI – PLANILHAS QUE COMPÕEM A PROPOSTA ECONÔMICA DO IEC.Pág 1470

ATA DE APROVAÇÃO DO PLANO DE TRABALHO PELO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

DO IECPág 1478

B. APRESENTAÇÃO DO IEC

I. APRESENTAÇÃO DO PROGRAMA DE TRABALHO

Entende - se que o Programa de Trabalho é a Proposta Técnica e Econômica com a demonstração do conjunto dos elementos necessários e suficientes, com nível de precisão adequada para caracterizar o perfil da unidade e o trabalho técnico gerencial definido no objeto desta convocação pública.

Este Programa de trabalho tem por objetivo demonstrar as estratégias do Instituto Elisa de Castro em relação a celebração de contrato de gestão objetivando: **Organização, Administração e Gerenciamento do Pronto Socorro Municipal Dr. José Seve Neto, conforme Edital de Seleção nº 01/2024.**

Nossa Proposta Técnica / Plano de Trabalho contém definição de metas operacionais, no tocante aos aspectos econômico, operacional e administrativo, e os respectivos prazos e cronograma de execução, bem como o detalhamento dos valores para implementação da referida Proposta, por meio de planilha de composição de custos unitários, assinada e rubricada em todas as páginas, numeradas em ordem sequencial.

II. APRESENTAÇÃO DO INSTITUTO ELISA DE CASTRO - IEC

Nossa história

O Instituto Elisa de Castro (IEC) foi constituído em março de 2003. Entretanto, não nascemos Elisa de Castro e, sendo assim, gostaríamos de contar um pouco da nossa história.

No começo, nos chamávamos CAMEP – Centro de Apoio ao Menor Patrulheiro e promovíamos a integração de jovens ao ambiente corporativo. Nosso objetivo central era integrar adolescentes ao mercado de trabalho, superando problemas familiares e vulnerabilidades sociais, pois fatores como preconceito estrutural, deficiência de formação acadêmica, poucas oportunidades e falta de experiência acabam sendo fatores complicadores para esse público.



Figura 1. Formatura de turma de jovens patrulheiros do CAMEP.

O CAMEP iniciou sua atuação no Complexo da Maré, Rio de Janeiro/RJ. Devido à violência urbana, posteriormente, mudou sua sede para Ilha do Governador, Rio de Janeiro/RJ. Pautado pela Lei Nº 8.741/1993, todo e qualquer atendimento ao usuário dos serviços oferecidos pela instituição ocorriam de forma gratuita.

Oferecíamos acompanhamento especializado e orientação profissional para que nossos adolescentes conseguissem seu lugar no mercado de trabalho, dando os primeiros passos para uma carreira e vida dignas.

Pautado pela Lei Nº 8.741/1993, todo e qualquer atendimento ao usuário dos serviços oferecidos pela instituição ocorriam de forma gratuita. Oferecíamos acompanhamento especializado e orientação profissional para que nossos adolescentes conseguissem seu lugar no mercado de trabalho, dando os primeiros passos para uma carreira e vida dignas.

Aos patrulheiros (alunos) era oferecido um Curso de Iniciação ao Trabalho, gratuito e com duração de 5 meses. No curso, eram ministrados ensinamentos básicos na área de informática, telemarketing, relações humanas, técnicas comerciais, reforço em português e matemática, higiene, saúde e cidadania, procurando desenvolver dentro de sala de aula, através de dinâmicas de grupo, situações que o adolescente poderia vivenciar dentro da empresa na qual realizaria o estágio.



Figura 2. Reportagem Jornal O Globo, 2006, sobre o CAMEP e sua importância para o primeiro emprego.

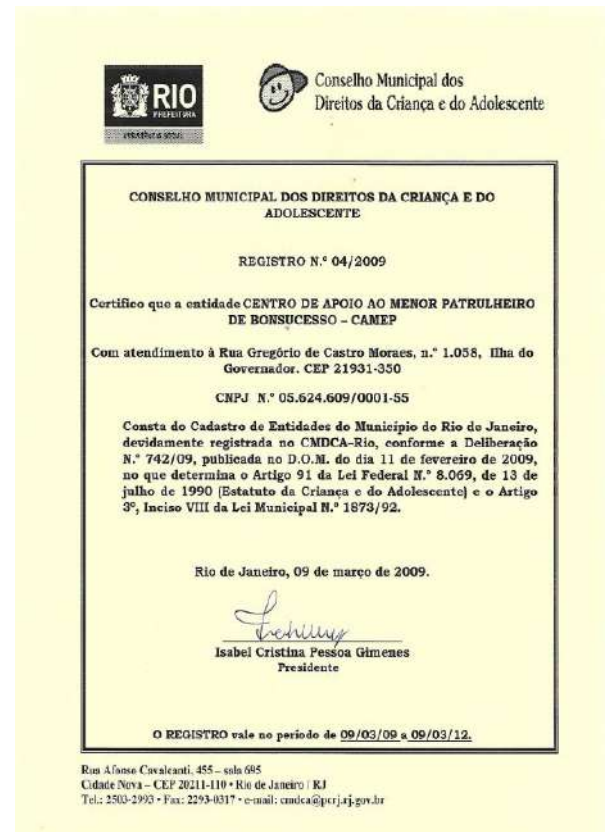


Figura 3. Registro do CAMEP no Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente, publicada no Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro, 2009

Em 2009, a instituição constava no Cadastro de Entidades do Município do Rio de Janeiro, devidamente registrada no Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA-Rio), conforme Deliberação n° 742/09, publicada no D.O.M. do dia 12 de fevereiro de 2009, no que determina o Artigo 91 da Lei Federal N 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente) e o Artigo 3°, Inciso VIII da Lei Municipal N.º 1873/92.

Em 2017, o CAMEP realizou a cogestão, atestando os serviços e indicadores de janeiro de 2017 a junho de 2019, para o Hospital Municipal Albert Schweitzer (HMAS), desenvolvendo as seguintes atividades com atestado de capacidade técnica:

1. Diagnóstico e assessoria em saúde pública;
2. Desenvolvimento de programa de excelência em gestão e serviços de saúde;

3. Preparação para acreditação hospitalar;
4. Assessoria quanto ao aumento, redução, readequação e redimensionamento de serviços de saúde oferecidos pelo Hospital;
5. Auxílio na elaboração para processos de contratação de pessoas físicas e jurídicas;
6. Criação e implantação do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente;
7. Treinamento e capacitação de funcionários, próprios e terceirizados;
8. Análise do clima organizacional e saúde ocupacional;
9. Consultoria para gestão de carreiras e avaliação de desempenho;
10. Auxílio na elaboração dos processos de aquisição e compras.

A partir de novembro de 2018, o CAMEP passou a se chamar Instituto Elisa de Castro.

Objetivo do Instituto Elisa de Castro na saúde pública

Nosso principal objetivo é promover assistência integral a saúde, firmando parcerias com a Administração Pública, atuando em conjunto com o SUS, de forma humanizada. Essa parceria propicia a modernização da gestão pública da saúde, permitindo a utilização de práticas consagradas da gestão privada, gerando agilidade de resposta e eficiência ao ente público.

Onde estamos

Atualmente, o Instituto Elisa de Castro desenvolve suas atividades nos municípios de Mangaratiba, Itaguaí e Engenheiro Paulo de Frontin, no Estado do Rio de Janeiro.



Onde estamos



Prefeitura
MANGARATIBA
Cuidando da nossa Cidade

**Contrato de Co Gestão da Rede de Saúde do
Município de Mangaratiba.**

**Hospital Victor de Souza Breves e Unidades
Básicas de Saúde de**

Mangaratiba.



R. Nilo Peçanha, 85 - Centro, Mangaratiba - RJ, 23860-000

MURIQUI

PRAIA GRANDE

Unidade Básica de Saúde

Estratégia de Saúde da Família



Contrato de Co Gestão da Rede de Saúde do Município de Itaguaí.



Unidade de Pronto
Atendimento UPA24H do
Município de Itaguaí.

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Rodovia Prefeito Abeilard Goulart de Souza, 1498 - Jardim America, Itaguaí – RJ





ENGENHEIRO
PAULO DE FRONTIN
MUNICÍPIO

**Contrato de Co Gestão da Rede de Saúde do
Município Engenheiro de Paulo de Frontin.**

**Hospital Nelson Salles, Policlínica e Unidades
Básicas de Saúde Engenheiro Paulo de
Frontin.**



R. Arlindo Nunes, 28 - Centro, Eng. Paulo de Frontin - RJ, 26650-000



Estratégia de Saúde da Família

GESTÃO DE SERVIÇO DE SAÚDE

Saúde

O Instituto Elisa de Castro conta com uma equipe capacitada, formada por técnicos e profissionais com experiência no segmento da saúde, além de parcerias desenvolvidas ao longo da nossa trajetória de atuação no setor público.

Como resultado dessa expertise, estamos habilitados a prestar serviços de atenção primária, secundária e terciária, nas suas mais variadas modalidades, tais como: Urgência e emergência, atenção hospitalar, assistência farmacêutica e saúde bucal, sempre focados na atuação comprometida com qualidade, humanização ética e sustentabilidade.

Por esta razão, o Instituto Elisa de Castro tem orgulho de poder contribuir, por meio do desenvolvimento de projetos de gestão e/ou convênios com secretarias municipais e estaduais de saúde, gerenciando redes de atenção à saúde de modo a atingir as metas e diretrizes estabelecidas pelo SUS: universalidade, equidade e integridade.

INSTITUTO ELISA DE CASTRO



Sede Administrativa:

Av. Embaixador Abelardo Bueno, 3180 – 7º andar - Barra da Tijuca, Rio de Janeiro.

E-mail: contato@institutoelisadecastro.org

C. PLANO DE TRABALHO

1. PROPOSTA DE MODELO GERENCIAL/ASSISTENCIAL (C1)

Neste item o **Instituto Elisa de Castro - IEC** irá caracterizar o Modelo Gerencial e Assistencial do **Pronto Socorro Municipal Dr. José Seve Neto - PSMJSN** e deverá conter os seguintes tópicos:

- a. Organograma;
- b. Protocolos e organização de atividades assistenciais para atender ao Termo de Referência e seus subitens;
- c. Protocolos e organização do Serviço de Farmácia;
- d. Atividades de Apoio;
- e. Atividades Administrativas e Financeiras;
- f. Apresentação de regulamento próprio contendo os procedimentos que adotará para a contratação de serviços e obras necessários à execução do Contrato de Gestão, bem como para compras com emprego de recursos provenientes do Poder Público;
- g. Apresentação da Política de Gestão de Pessoas a ser praticada, inclusive com os critérios que serão utilizados para a seleção de pessoal;
- h. Apresentação do dimensionamento de recursos humanos estimados, com o preenchimento do quadro abaixo, conforme o termo de referência.

A. ORGANOGRAMA;

A seguir o **Instituto Elisa de Castro – IEC**, apresentará o organograma geral a ser adotado para a execução do Plano de Trabalho do **Pronto Socorro Municipal Dr. José Seve Neto**, com os respectivos responsáveis técnicos por categoria para o cumprimento do contrato.

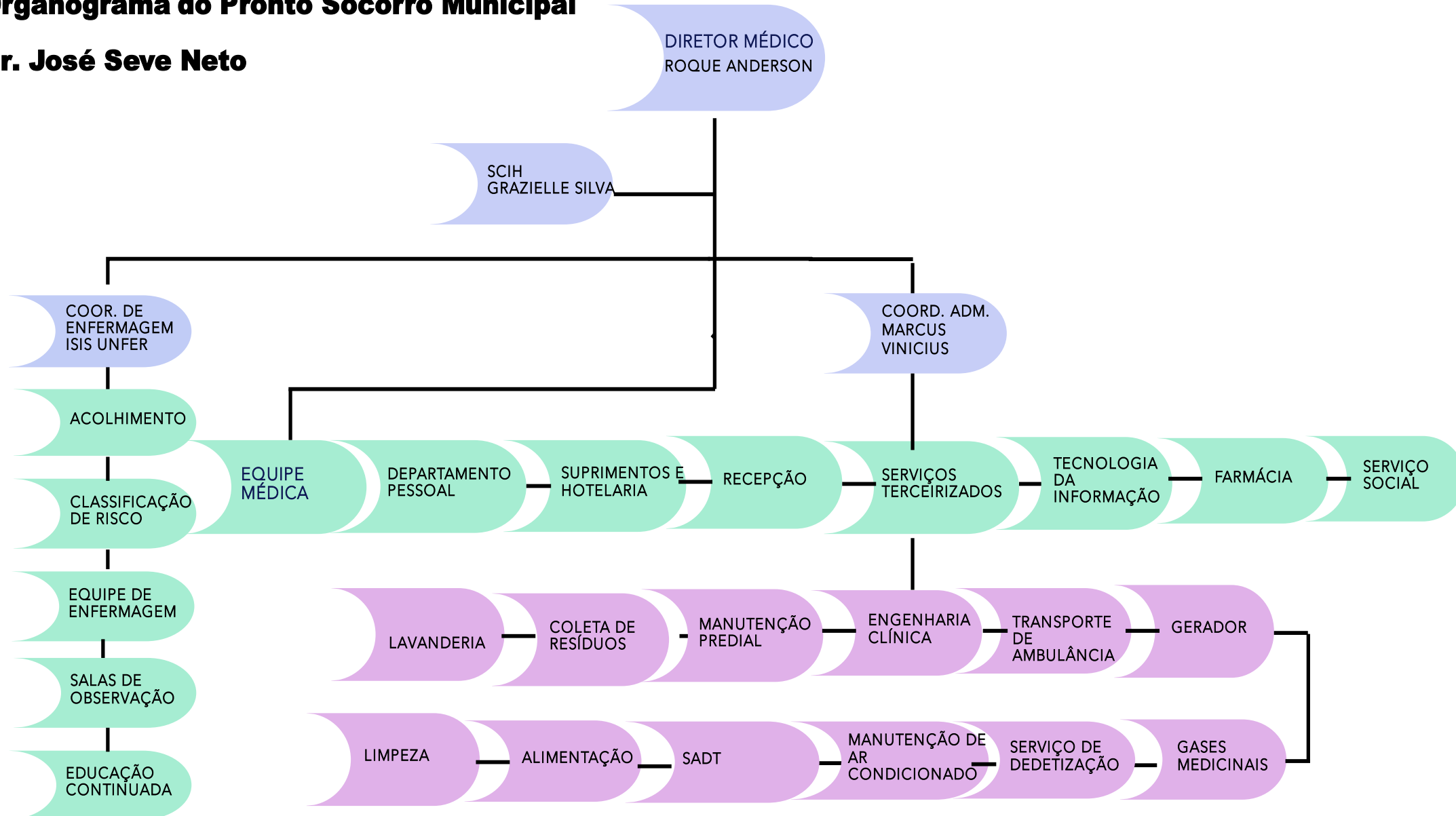
O organograma é a representação ilustrativa que demonstra a estrutura organizacional da unidade atendida pelo contrato de gestão e sua departamentalização, definindo os níveis de autoridade e responsabilidade das áreas.

O **Instituto Elisa de Castro – IEC**, na intenção de tornar a estrutura organizacional transparente, focamos na ferramenta estrutural de Gestão, ORGANOGRAMA, da unidade. Esta estrutura é a representação gráfica da Unidade, funciona como a planta da corporação.

O objetivo do organograma da unidade é ilustrar, de forma clara, cada departamento e seus respectivos colaboradores em questão, com intuito de esclarecer e nortear suas responsabilidades.

Organograma do Pronto Socorro Municipal

Dr. José Seve Neto



Descrição de Cargos dos Níveis Hierárquicos:

CARGO – DIRETOR TÉCNICO	DIRETORIA	SETOR: Diretoria
DESCRIÇÃO DE ATIVIDADES		
<p>Cumprir e executar a política de gestão da unidade;</p> <p>Cumprir e fazer cumprir as legislações trabalhistas, normas e códigos externos e regulamentos internos, bem como seguir as instruções contidas no “Manual do Colaborador”;</p> <p>Manter um rigoroso comportamento ético e zelar pela conduta ética dos profissionais em geral;</p> <p>Zelar pela conservação dos edifícios, instalações, equipamentos, móveis, máquinas, instrumentos e obter a maior adequação possível de seu uso;</p> <p>Divulgar aos colaboradores e demais profissionais o Organograma, Missão, Visão e Valores;</p> <p>Administrar a unidade, assegurando a regularidade de seu funcionamento, mediante as responsabilidades contratuais estabelecidas e de acordo com o regulamento, regimento das unidades assistenciais, regimento das unidades administrativas, regimentos de unidades de apoio, procedimento de gestão e instruções de trabalho;</p> <p>Visualizar, planejar, organizar, comandar, orientar, delegar e controlar os setores de atuação;</p> <p>Estabelecer o processo de avaliação permanente aos serviços sob seu comando, propondo medidas que visem à melhoria contínua na prestação de assistência humanizada e de qualidade ao usuário;</p> <p>Elaborar o planejamento estratégico a médio e longo prazo;</p> <p>Tomar todas as providências para que os colaboradores e profissionais trabalhem com segurança e tenham sua saúde física e psíquica constantemente preservada;</p> <p>Manter em dia os registros e alvarás dos serviços que exigirem providências;</p> <p>Manter contato constante com os responsáveis das áreas ligadas a sua diretoria e com as demais áreas e diretorias;</p> <p>Analisar os relatórios mensais, mantendo os dados gerais do hospital atualizados para a tomada de decisões;</p> <p>Participar ou integrar de comissões que venham a ser criadas sempre que os assuntos pertinentes a administração ou a elas relacionadas;</p> <p>Participar, convocar e presidir reuniões, sempre que necessário, com seus subordinados diretos ou outros profissionais transcrevendo em ata as decisões tendo em vista a qualidade da assistência, as necessidades dos Serviços e os programas de melhoria contínua da assistência prestada;</p> <p>Participar e realizar periodicamente o processo seletivo e as avaliações, conforme necessidade e cronograma, e acompanhar o desenvolvimento dos funcionários dos setores de atuação de acordo com a Política de Gestão de Pessoas com foco na Gestão por Competências;</p> <p>Estabelecer e avaliar sistemas de controle de materiais e equipamentos, além de um sistemas de avaliação de pessoal contínua;</p> <p>Dar pareceres e informações para expedientes e processos relativos à medicina;</p>		

CARGO – COORDENADOR ADMINISTRATIVO	GESTÃO	SETOR: Administrativo
DESCRIÇÃO DE ATIVIDADES		
<p>Cumprir e executar a política de gestão da unidade;</p> <p>Cumprir e fazer cumprir as legislações trabalhistas, normas e códigos externos e regulamentos internos, bem como seguir as instruções contidas no “Manual do Colaborador”; Manter um rigoroso comportamento ético e zelar pela conduta ética dos profissionais em geral; Zelar pela conservação dos edifícios, instalações, equipamentos, móveis, máquinas, instrumentos e obter a maior adequação possível de seu uso;</p> <p>Divulgar aos colaboradores e demais profissionais o Organograma, Missão, Visão e Valores;</p> <p>Administrar a unidade, assegurando a regularidade de seu funcionamento, mediante as responsabilidades contratuais estabelecidas e de acordo com o regulamento, regimento das unidades assistenciais, regimento das unidades administrativas, regimentos de unidades de apoio, procedimento de gestão e instruções de trabalho;</p> <p>Visualizar, planejar, organizar, comandar, orientar, delegar e controlar os setores de atuação;</p> <p>Estabelecer o processo de avaliação permanente aos setores sob seu comando, propondo medidas que visem à melhoria contínua na prestação de assistência humanizada e de qualidade ao usuário;</p> <p>Elaborar o planejamento estratégico a médio e longo prazo;</p> <p>Tomar todas as providências para que os colaboradores e profissionais trabalhem com segurança e tenham sua saúde física e psíquica constantemente preservada;</p> <p>Manter em dia os registros e alvarás dos serviços que exigirem providências;</p> <p>Manter contato constante com os responsáveis das áreas ligadas a sua diretoria e com as demais áreas e diretorias;</p> <p>Analisar os relatórios mensais, mantendo os dados gerais do hospital atualizados para a tomada de decisões;</p> <p>Participar ou integrar de comissões que venham a ser criadas sempre que os assuntos pertinentes a administração ou a elas relacionadas;</p> <p>Participar, convocar e presidir reuniões, sempre que necessário, com seus subordinados diretos ou outros profissionais transcrevendo em ata as decisões tendo em vista a qualidade da assistência, as necessidades dos Serviços e os programas de melhoria contínua da assistência prestada;</p> <p>Participar e realizar periodicamente o processo seletivo e as avaliações, conforme necessidade e cronograma, e acompanhar o desenvolvimento dos funcionários dos setores de atuação de acordo com a Política de Gestão de Pessoas com foco na Gestão por Competências;</p> <p>Estabelecer e avaliar sistemas de controle de materiais e equipamentos e do dimensionamento de recursos humanos;</p> <p>Ser o representante legal da empresa, conforme termo outorgado e vigente pela mesma;</p>		



CARGO – COORDENADOR DE ENFERMAGEM	GESTÃO	SETOR: Assistencial
DESCRIÇÃO DE ATIVIDADES		
<p>Cumprir e executar a política de gestão do IEC.</p> <p>Cumprir e fazer cumprir as legislações trabalhistas, normas e códigos externos e regulamentos internos, bem como seguir as instruções contidas no “Manual do Colaborador”; Manter um rigoroso comportamento ético e zelar pela conduta ética dos profissionais em geral;</p> <p>Zelar pela conservação dos edifícios, instalações, equipamentos, móveis, máquinas, instrumentos e obter a maior adequação possível de seu uso;</p> <p>Divulgar aos colaboradores e demais profissionais o Organograma, Missão, Visão e Valores;</p> <p>Administrar a unidade, assegurando a regularidade de seu funcionamento, mediante as responsabilidades contratuais estabelecidas e de acordo com o regulamento, regimento das unidades assistenciais, regimento das unidades administrativas, regimentos de unidades de apoio, procedimento de gestão e instruções de trabalho;</p> <p>Visualizar, planejar, organizar, comandar, orientar, delegar e controlar os setores de atuação;</p> <p>Estabelecer o processo de avaliação permanente aos setores sob seu comando, propondo medidas que visem à melhoria contínua na prestação de assistência humanizada e de qualidade ao usuário;</p> <p>Elaborar o planejamento estratégico a médio e longo prazo;</p> <p>Tomar todas as providências para que os colaboradores e profissionais trabalhem com segurança e tenham sua saúde física e psíquica constantemente preservada;</p> <p>Manter em dia os registros e alvarás dos serviços que exigirem providências;</p> <p>Manter contato constante com os responsáveis das áreas ligadas a sua diretoria e com as demais áreas e diretorias;</p> <p>Analisar os relatórios mensais, mantendo os dados gerais do hospital atualizados para a tomada de decisões;</p> <p>Participar ou integrar de comissões que venham a ser criadas sempre que os assuntos pertinentes a administração ou a elas relacionadas;</p> <p>Participar, convocar e presidir reuniões, sempre que necessário, com seus subordinados diretos ou outros profissionais transcrevendo em ata as decisões tendo em vista a qualidade da assistência, as necessidades dos Serviços e os programas de melhoria continuam da assistência prestada;</p> <p>Participar e realizar periodicamente o processo seletivo e as avaliações, conforme necessidade e cronograma, e acompanhar o desenvolvimento dos funcionários dos setores de atuação de acordo com a Política de Gestão de Pessoas com foco na Gestão por Competências;</p> <p>Estabelecer e avaliar sistemas de controle de pessoal, materiais e equipamentos;</p> <p>Planejar, coordenar, implantar e avaliar a execução dos procedimentos de enfermagem, visando promover, preservar, recuperar e reabilitar a saúde individual ou coletiva, nas diversas unidades, isto assegurando uma assistência de Enfermagem humanizada e de qualidade;</p> <p>Planejar as atividades de Enfermagem, visando à satisfação das necessidades básicas dos usuários, identificando-as, qualificando-as e distribuindo-as conforme as equipes, turnos e horários pré-definidos pela instituição;</p> <p>Orientar no desenvolvimento de métodos de controle administrativo, técnico, operacional e ético sobre as diversas atividades de Enfermagem;</p> <p>Estabelecer sistemas de supervisão de enfermagem, associando-os aos processos de controle e educação.</p>		

DESCRIÇÃO DE CARGOS E ATRIBUIÇÕES – EQUIPES ADMINISTRATIVA, ASSISTENCIAL E DE APOIO, PARA CADA UMA DAS CATEGORIAS DO OBJETO DESTA EDITAL

O estudo e a adequação dos fluxos são extremamente importantes para o bom funcionamento da unidade, assim como a dinâmica de relacionamento entre os cargos diretivos, listados acima, com os processos e os setores da unidade, constituindo uma das mais importantes ferramentas a serviço do na elaboração da unidade.

Definido o perfil da unidade, isto é, suas atribuições e dimensionamento, iniciam-se uma das mais importantes etapas no processo projetual de uma unidade hospitalar: a etapa da **setorização, fluxos e interface dos processos** que a constituem.

A Unidade, caracteriza-se por possuir uma maior complexidade funcional e suas atribuições podem agrupar-se em:

- Equipe Administrativa;
- Equipe Assistencial;
- Equipe de Apoio.

A distribuição espacial das unidades funcionais e de seus respectivos ambientes, e as posições relativas que ocupam na edificação da unidade, facilitam a adequação dos fluxos da unidade que delas se originam ou que para elas se dirigem.

A seguir, descrevemos os cargos administrativos, Assistenciais e de apoio, bem como suas atribuições e responsabilidades em cada setor desta unidade:

EQUIPE ADMINISTRATIVA

Assistente Administrativo

Atribuições Gerais

- ✓ Controlar os telefonemas realizados na Administração, recebendo e repassando mensagens aos integrantes da Coordenação;
- ✓ Controlar o fluxo dos documentos encaminhados a Unidade, responsabilizando-se pela guarda e controle de documentos sigilosos;
- ✓ Controlar a agenda de compromissos da unidade e atualizar a agenda telefônica;
- ✓ Manter o setor administrativo arrumado e organizado;
- ✓ Protocolar as Correspondências Internas (CI) Ofícios expedidos e recebidos pela unidade, despachos e outros documentos;

- ✓ Manter em condições de uso todo o material de consumo e permanente, necessários às atividades administrativas;
- ✓ Atualizar periodicamente os relatórios do Gerente Administrativo;
- ✓ Controlar a documentação de óbito;
- ✓ Manter um controle rígido sobre as ferramentas e dispositivos adequados para a atividade corretiva e preventiva da infraestrutura da unidade;
- ✓ Elaborar “Autorização de Saída” para manutenção ou empréstimo de bens permanentes, como também controlar e registrar a sua devolução;
- ✓ Realizar periodicamente o Inventário da unidade, indicando divergências e informando as mesmas à Unidade;
- ✓ Elaborar uma relação de todas as peças e insumos necessários para garantir a reposição dos mesmos quando necessário, seja por manutenção corretiva ou preventiva;
- ✓ Manter arquivo de endereços e contatos com todos os fabricantes dos equipamentos e dos prestadores de serviços de manutenção para sanear possíveis ocorrências;

- ✓ Acionar empresa de manutenção dos equipamentos em caso de necessidade de reparo, posicionando a Gerência Administrativa.

Departamento Pessoal

Atribuições Gerais

- ✓ Manter em ordem e completos os arquivos dos funcionários;
- ✓ Controlar toda admissão e Demissão da Unidade;
- ✓ Compra de Vale Transporte mensalmente;
- ✓ Acompanhamento diário da presença do funcionário na unidade através do Ponto Eletrônico;
- ✓ Controle da folha de pagamento da Unidade;
- ✓ Atualização Cadastral Mensal do CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimento de saúde;
- ✓ Emitir relatórios gerenciais com as estatísticas pertinentes à área como absenteísmo e rotatividade, dentre outras.

Coordenação de Recepção

Atribuições Gerais

- ✓ Coordenar, orientar e supervisionar o trabalho da recepção da Unidade;



- ✓ Estabelecer normas e rotinas relacionadas ao funcionamento da recepção, através da constante revisão do Procedimento Operacional Padrão (POP);
- ✓ Manter diariamente atualizado os relatórios de origens dos pacientes, procedimentos da unidade; atendimentos por CID e atendimentos por especialidade;
- ✓ Responsabilizar-se pelo arquivo de toda documentação médica;
- ✓ Emitir declarações e responder ofícios relacionados à área de documentação médica;
- ✓ Recolher e separar o excesso de documentos das salas (prescrições, exames e livros) arquivando-os em caixa própria em lugar específico;
- ✓ Responsabilizar-se pelos achados e perdidos e armazená-los em armário próprio na sala da administração (serão considerados achados e perdidos: material pertinente a documentos, chaves, óculos, carteira, celular, e adornos como brinco, cordão, anel, relógio, pulseira e objetos pequenos /ou de valor, exceto roupas, travesseiro, coberta, sandália.);
- ✓ Responsabilizar-se pela organização dos carros no estacionamento;
- ✓ Anotar e comunicar à Gerência administrativa qualquer intercorrência na Unidade (Problemas com atendimento, conflitos, falta de materiais, etc);
- ✓ Efetuar o controle de escala mensal dos funcionários.

Recepcionista

Atribuições Gerais

- ✓ Participar do sistema de acolhimento dos pacientes;
- ✓ Registrar os pacientes acolhidos na Unidade;
- ✓ Receber comunicações de serviço;
- ✓ Transmitir mensagens urgentes relacionadas ao serviço aos servidores da Unidade e a outros órgãos;
- ✓ Receber correspondências urgentes encaminhadas à Unidade.

Suprimentos

Atribuições Gerais

- ✓ Solicitar a compra de materiais que se fizerem necessários, momento este quando identificado o Ponto de Ressuprimento do produto estocado, a fim de garantir estoque suficiente para abastecimento da unidade;

- ✓ Manter a organização do depósito de materiais em perfeita harmonia com as condições ideais de trabalho, com as respectivas sinalizações, indicações, regras de segurança, e principalmente, a higienização e eliminação de materiais deteriorados ou vencidos;
- ✓ Estocar e distribuir de forma eficiente todos os itens existentes e utilizados na unidade;
- ✓ Manter controle dos itens e da sua movimentação interna, através da codificação e padronização de material estocado;
- ✓ Manter o registro centralizado e atualizado das entradas e saídas de todos os materiais;
- ✓ Manter a administração sempre informada quanto aos problemas de aquisição e/ou atrasos de entrega dos materiais comprados pela Instituição;
- ✓ Verificar todos os materiais comprados, conferindo sua qualidade, quantidade e especificações técnicas;
- ✓ Realizar a devolução aos fornecedores, quando, em qualquer situação de recebimento for identificado divergências quantitativas, qualitativas e de especificação técnica dos materiais;
- ✓ Estabelecer e manter atualizados os arquivos a respeito do recebimento e distribuição de material;
- ✓ Proporcionar uma correta armazenagem dos materiais;
- ✓ Relatórios de Consumo e suas respectivas previsões.

Auxiliar de Almoxarifado

Atribuições Gerais

- ✓ Fazer levantamento do material, evidenciar para Coordenador de Suprimentos todo material em falta;
- ✓ Organizar e manter ordem no setor;
- ✓ Participar do inventário - última semana do mês;
- ✓ Realizar entrega do material para os setores (conforme solicitação) e dar baixa o sistema conforme demanda;
- ✓ Controlar o estoque, manutenção, prazo de validade, segurança de uso e distribuição dos materiais à disposição da Unidade.

EQUIPE ASSISTENCIAL

Enfermeiro Plantonista

Atribuições Gerais

- ✓ Receber o plantão anterior, tomando ciência das intercorrências;
- ✓ Dar ciência a Coordenação de enfermagem, imediatamente, de qualquer intercorrência ocorrida com o pessoal de enfermagem;
- ✓ Efetuar a checagem de insumos e medicamentos dos setores de enfermagem (sala vermelha, amarela adulto e infantil, medicação);
- ✓ Informar sua chefia imediata das alterações encontradas;
- ✓ Supervisionar, corrigir e orientar os procedimentos de seus subordinados.

- ✓ Assegurar ao cliente uma assistência de Enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência;
- ✓ Supervisionar o envio e o recebimento dos materiais da esterilização;
- ✓ Promover treinamento contínuo e assistido da equipe;
- ✓ Promover o suprimento dos setores;
- ✓ Comunicar os danos de qualquer material / equipamento ao Enfermeiro da Rotina.

Enfermeiro do Acolhimento

Atribuições Gerais

- ✓ Realizar busca ativa na fila de espera da Unidade e na clientela na sala de recepção.
- ✓ Realizar o Acolhimento de escuta baseado na queixa principal;
- ✓ Inspeccionar o cliente observando sinais de anormalidades que indiquem priorização do atendimento, conforme o Protocolo de Acolhimento e Classificação com Risco baseado no Programa nacional de Humanização (PNH);
- ✓ Perguntar de forma objetiva, se é portador de Hipertensão Arterial (HA), aferindo a pressão arterial, ou Diabetes Mellitus (DM), realizando o Hemogluco-test, para priorização do atendimento;
- ✓ Na criança, verificar temperatura e respiração, quadro geral de hidratação e higiene. Perguntar se faz acompanhamento pediátrico (Caso haja febre, pesar a criança e solicitar ao médico pediátrico a prescrição de anti térmico, administrar a medicação prescrita enquanto aguarda atendimento);



- ✓ Acompanhar para a Sala Vermelha (todas as faixas etárias), com perda de consciência, quedas, cianóticas e perdas sanguíneas substanciais, entre outros casos avaliados pelo Enfermeiro;
- ✓ Priorizar ao consultório as crianças com suspeita de doença infectocontagiosa e realizar a notificação após o diagnóstico médico;
- ✓ Encaminhar os menores de idade que estejam acompanhando menores de idade ao Serviço Social;
- ✓ Gerenciar as filas de espera conforme a especialidade;
- ✓ Orientar quanto a proposta e os serviços prestados pela Unidade e referenciar as Unidades Básicas quando necessário;
- ✓ Encaminhar os pacientes com cortes para a sala de sutura e solicitar que o profissional volante (Téc. de enfermagem) acompanhe o procedimento.

Enfermeiro da Classificação de Risco

Atribuições Gerais

- ✓ Realizar a classificação de risco, priorizando ou não o atendimento;
- ✓ Orientar os profissionais do registro quanto à identificação do paciente da área vermelha;
- ✓ Dar suporte aos consultórios e sala de medicação e nebulização;
- ✓ Reavaliar o processo continuamente;
- ✓ Ficar ciente do número de profissionais médicos presentes;
- ✓ Realizar consulta de enfermagem simplificada (Inspeção do estado geral; queixa principal; sinais vitais e glicemia; coleta de histórico, HPP e alergias; medicações em uso);
- ✓ Aconselhamento terapêutico (abordagem reflexiva do processo patológico);
- ✓ Classificar o paciente de acordo com o protocolo de Classificação de Risco;
- ✓ Realizar abordagem diferenciada aos pacientes com dor torácica, baseado no Protocolo de dor torácica. Solicitar ECG e acompanhar o paciente para Sala Amarela, preenchendo protocolo (parte inerente ao Enfermeiro).

Enfermeiro da Área Restrita

Atribuições Gerais

- ✓ Organizar e gerenciar os setores, equipe de enfermagem e assistência prestada;
- ✓ Receber o plantão no setor previamente determinado, leito a leito exigindo o mesmo da equipe técnica;



- ✓ Checar o funcionamento dos equipamentos e Check List (controle de material permanente, relatando extravio e avaria utilizando formulário de Ocorrências Graves e encaminhando a enfermeira Rotineira;
- ✓ Suprir os setores de insumos e medicamentos;
- ✓ Testar todos os equipamentos permanentes e checar a pressão da rede de gases;
- ✓ Participar da admissão do cliente no setor, visualizando a gravidade e usando parâmetros não invasivos se necessário;
- ✓ Manter quadro de relação dos pacientes nas salas, atualizados;
- ✓ Prestar assistência aos pacientes graves e com risco de morte;
- ✓ Supervisionar os cuidados gerais aos pacientes, orientar a equipe quando necessário;
- ✓ Realizar procedimentos invasivos ou que necessitem de conhecimento teórico científico;
- ✓ Instalar drippings de medicamento com maior probabilidade de iatrogenias;
- ✓ Solicitar e participar da avaliação e reavaliação médica de cada paciente (Inclusive os pacientes oriundos do Serviço Móvel de Urgência);
- ✓ Promover a integração da equipe multidisciplinar;
- ✓ Relatar em livro próprio das salas, as altas, transferências e para unidade de destino e acompanhante, óbito, relatando médico que constatou e horário;
- ✓ Realizar evolução de enfermagem (Realizar exame físico céfalo-caudal) em impresso de evolução multidisciplinar;
- ✓ Checar prescrições, realizar apazamentos dos horários e acompanhar o relatório dos técnicos de enfermagem;
- ✓ Supervisionar e realizar higiene corporal nos pacientes com tempo de permanência maior que 24 horas;
- ✓ Encaminhar ao Serviço de Nutrição as solicitações das dietas dos pacientes em observação segundo o protocolo de solicitação da dieta;
- ✓ Monitorar a realização do ECG;
- ✓ Proceder arrecadação de bens encontrados em impresso específico, sempre com testemunha, relatando valores e pertences na Sala Vermelha, se houver acompanhante conferir e fazer assinar, o que estiver sozinho realizar a guarda junto ao auxiliar administrativo;
- ✓ Encaminhar o familiar à assistente social, quando necessário;
- ✓ Supervisionar a conferência do carro de parada cardíaca diariamente, no qual o farmacêutico fará conferência de medicação semanalmente;
- ✓ Supervisionar o preparo do corpo, identificação, data e hora correta. Armazenar o corpo no morgue;

- ✓ Acompanhar liberação do corpo, registrando a empresa funerária, funcionário responsável e a hora de saída da unidade;
- ✓ Supervisionar a organização do morgue e do expurgo.

Técnico de Enfermagem

Atribuições Gerais

- ✓ Receber o plantão no setor previamente determinado, leito a leito;
- ✓ Assegurar ao cliente uma assistência de Enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência;
- ✓ Prestar assistência de enfermagem (cuidados de média e baixa complexidade) sempre supervisionada pela Enfermeira Plantonista;
- ✓ Checar o funcionamento dos equipamentos e Check List (impresso próprio);
- ✓ Suprir o setor de insumos e medicamentos;
- ✓ Realizar evolução de enfermagem (condições clínicas e todos os procedimentos realizados);
- ✓ Administrar e Checar todas as medicações prescritas pelo médico;
- ✓ Conhecer o estado de conservação e operação dos equipamentos médicos do local de trabalho designado ao assumir o serviço, bem como o estoque de material de consumo;
- ✓ Solicitar reposição/reparo de equipamentos danificados;
- ✓ Consolidar todas as alterações observadas, procurando saná-las ou solicitar apoio, se necessário;
- ✓ Informar ao Enfermeiro as alterações que impedirem ou dificultarem a atividade assistencial normal;
- ✓ Preencher os registros cuidadosamente;
- ✓ Anotar ao final do serviço o resumo das ocorrências e intercorrências em livro próprio;
- ✓ Atuar profissionalmente dentro de suas competências seguindo as normas preconizadas por seu Conselho de Classe;
- ✓ Recolher e relacionar quando indicado os bens materiais, documentos e valores encontrados com a(s) vítima(s) incapazes de zelar por eles, guardando-os em local apropriado;
- ✓ Orientar e supervisionar o trabalho dos maqueiros da unidade.

Técnico de Enfermagem (Volante)

Atribuições

- ✓ Receber o plantão no setor atentando se ocorreu intercorrências anteriores e se as mesmas se encontram registradas em livro próprio;
- ✓ Indicar ao funcionário da limpeza sobre a higienização dos consultórios;
- ✓ Repor materiais pertinentes aos consultórios (luva, abaixador de língua, algodão, álcool e impressos);
- ✓ Manter o divã organizado e com o lençol limpo;
- ✓ Trocar a solução de hipoclorito do organizador de 12/12horas – diluição padrão (1 medida/10 medidas de água – Solução de hipoclorito 10%);
- ✓ Realizar higienização das almotolias a cada 7 dias identificando-as com rótulo padronizado – conforme rotina já padronizada (Toda sexta-feira);
- ✓ Realizar higienização dos bins (organizadores) a cada 15 dias, identificando-os com rótulo padronizado.
- ✓ Realizar limpeza dos artigos, conforme rotina já estabelecida, identificando-os e encaminhando-os para CCIPH. Registrar em impresso próprio, entrada e saída destes;
- ✓ Relacionado ao recebimento do material recebido da CCIPH, sinalizar a supervisão quaisquer danos e/ou extravios sempre registrando em livro próprio (e impresso);
- ✓ Realizar limpeza dos artigos contaminados, tais como: patinhos e comadres e os artigos ventilatórios;
- ✓ Auxiliar nos procedimentos realizados na Sala de Sutura;
- ✓ Realizar ECG dos pacientes que não estão em observação.

Maqueiros

Atribuições

- ✓ Permanecer próximo ao registro dos pacientes para possíveis acompanhamentos de pacientes aos consultórios e ou salas;
- ✓ Conduzir o paciente dentro das normas de segurança (devidamente sentado e ou deitado), sob supervisão de um profissional de enfermagem;
- ✓ Atender ao chamado para conduzir o paciente a exames, alta, óbito, salas e ou consultórios de acordo com a necessidade vislumbrada pela enfermagem.

Médico Plantonista

Atribuições Gerais

- ✓ Responsável pelas intercorrências internas (pacientes internados) e externas (pacientes que procuram atendimento médico durante o plantão);
- ✓ Reavaliar cada paciente internado na Unidade de Pronto Atendimento ao assumir o plantão, registrando no prontuário o exame clínico, exames subsidiários e a conduta adotada. Durante o plantão, as possíveis intercorrências relacionadas à doença e ao paciente serão anotadas no prontuário, na ficha de evolução. O prontuário médico deve estar sempre organizado para facilitar a identificação do caso e sua evolução por parte de outros profissionais de saúde;
- ✓ Responsável pela prescrição médica assim como sua execução. A prescrição é diária e deve ser reavaliada pelos plantonistas do dia, que farão as alterações pertinentes;
- ✓ Realizar na admissão a anamnese (história clínica da doença atual e histórico médico do paciente), exame físico, solicitação de exames de acordo com o caso clínico e relatórios que porventura sejam necessários. Verificar os resultados de exames laboratoriais e de imagem solicitados no seu turno de plantão (ou antecedente) e transcrevê-los nos impressos próprios, reavaliando a conduta inicial quando necessária;
- ✓ Manter contato permanente com o Serviço Social para verificação do preenchimento de guias de referência e contra referência e AIH para agilização do fluxo diário dos pacientes que são atendidos e que se encontram internados na unidade. Trabalhar junto aos demais serviços, como equipe multiprofissional, aceitando sugestões, sem abrir mão das decisões estabelecidas nas discussões clínicas com a Coordenação Médica. Orientar e supervisionar junto com a Coordenação de Enfermagem, as atividades do corpo de enfermagem;
- ✓ Permanecer na Unidade durante seu turno de plantão, sempre comunicando sua localização quando houver necessidade de se ausentar da sala.
- ✓ Fornecer informações sobre o estado clínico dos pacientes aos familiares nos horários previamente estabelecidos.
- ✓ Fornecer relatórios de informação médica verbal e por escrito no caso de necessidade de transferência do paciente;
- ✓ Participar das reuniões científicas programadas pela coordenação. Seguir as rotinas clínicas estabelecidas e a padronização de materiais e medicamento da unidade. Solicitar a colaboração da coordenação sempre que julgar necessário. Dar sequência ao planejamento de tratamento e condutas efetuado pela coordenação para os pacientes internados na Unidade. Solicitar os exames no plantão noturno conforme a rotina de exames estabelecida. Anotar no livro de ocorrências as anormalidades clínicas e administrativas verificadas ao seu turno de plantão para conhecimento da coordenação. Acompanhar o Staff da Secretaria Municipal, nas visitas na Unidade e prestar esclarecimentos sempre que solicitado;

- ✓ Responsabilizar-se pelo preenchimento de todos os relatórios necessários à transferência do paciente da Unidade. Em casos de urgência (vaga zero) o relatório também será preenchido pelo médico plantonista;
- ✓ A alta dos pacientes deve ser dada preferencialmente no período da manhã, salvo em casos de falta de vaga no momento ou necessidade urgente de vaga;
- ✓ É função da Equipe Médica da Unidade contatar Serviço Social para viabilização de tratamento ambulatorial que se faça necessário da clientela após a alta em unidade referenciada;
- ✓ Nos casos de óbito, é função da Equipe Médica da Unidade o preenchimento da declaração de óbito, salvo nos casos de morte violenta ou suspeita, que deverão ser encaminhados para o Instituto Médico.

Coordenação de Farmácia

Atribuições Gerais

- ✓ Assessorar o corpo clínico com relação aos aspectos farmacológicos dos medicamentos;
- ✓ Solicitar em tempo hábil ao setor de logística a aquisição de medicamentos através de pedidos, para que atinjam limites de reposição do estoque, em data pré estabelecida, sendo o mesmo também encaminhado a chefia imediata;
- ✓ Estabelecer um sistema de recebimento, estocagem e distribuição de medicamentos, seguro e eficiente, capaz de suprir as unidades de assistência com os medicamentos prescritos pelo corpo clínico da unidade;
- ✓ Exercer de forma efetiva o gerenciamento do estoque de medicamentos e produtos afins, mantendo registro de consumo, perda e extravio de medicamentos;
- ✓ Controlar a movimentação de medicamentos e correlatos, e em especial, dos entorpecentes e psicotrópicos;
- ✓ Controlar as receitas formuladas pelo corpo clínico da unidade;
- ✓ Colaborar em pesquisas de assuntos farmacêuticos;
- ✓ Assessorar no controle de qualidade dos produtos químicos adquiridos para utilização na unidade.

Farmacêutico

Atribuições Gerais

- ✓ Responsabilizar-se pelo recebimento, estocagem e distribuição de medicamentos, seguro e eficiente, capaz de suprir as unidades de assistência com os medicamentos prescritos pelo corpo clínico da unidade;

- ✓ Fazer levantamento dos medicamentos, evidenciar para Coordenador de Farmácia todo medicamento em falta;
- ✓ Organizar e manter ordem no setor;
- ✓ Participar do inventário - última semana do mês;
- ✓ Realizar entrega dos medicamentos para os setores (conforme solicitação) e dar baixa o sistema conforme demanda;
- ✓ Controlar o estoque, manutenção, prazo de validade, segurança de uso e distribuição dos medicamentos à disposição da Unidade.

Coordenação de Serviço Social

Atribuições Gerais

- ✓ Coordenar, orientar e supervisionar as ações do serviço social da Unidade;
- ✓ Estabelecer normas e rotinas relacionadas ao serviço social, através da constante revisão do Procedimento Operacional Padrão (POP);
- ✓ Elaborar processos eficazes para a plena execução do Serviço de Atendimento ao Usuário, contidos nas Metas Qualitativas;
- ✓ Esclarecer, escutar e apoiar a equipe, com vistas ao atendimento humanizado e a sistematização das práticas;
- ✓ Elaborar e supervisionar processos pertinentes a Ouvidoria, visando a melhoria na qualidade do atendimento prestado ao usuário e a resolutividade das questões apresentadas pelos usuários;
- ✓ Zelar pelas diretrizes profissionais e pela ética profissional do assistente social;
- ✓ Articular e promover com os diversos níveis governamentais e instituições a integralidade ampliada, com vistas à ampliação da rede social;
- ✓ Elaborar estatísticas de atendimento para verificar possíveis intervenções de acordo com a demanda demonstrada em análise;
- ✓ Elaborar gráficos e relatórios com o número de altas, transferências, óbitos, etc;
- ✓ Colaborar na criação de material educativo pertinente a Unidade;
- ✓ Realizar reuniões sistemáticas com a equipe;
- ✓ Estimular a presença da equipe multidisciplinar nos treinamentos na Unidade ou em outras instituições;



- ✓ Apoiar a equipe multidisciplinar na execução da Política de Acolhimento proposta pelo Sistema único de Saúde - SUS na promoção da responsabilização e vínculo dos usuários ao sistema de saúde;
- ✓ Efetuar o controle de escala mensal dos funcionários do serviço social;
- ✓ Manter o setor devidamente atualizado em relação às diretrizes profissionais e novas Leis;
- ✓ Atuar na mediação de possíveis pactuações com os diversos níveis de atenção da saúde no que diz respeito a área social;
- ✓ Verificar o andamento das notificações compulsórias feitas pelo serviço social aos órgãos competentes;
- ✓ Apoiar a gerência administrativa, coordenação de enfermagem e coordenação médica em relação aos processos sociais dentro na Unidade;
- ✓ Participar de reuniões com a equipe multidisciplinar, visando a contínua verificação dos processos e ações para a melhoria dos mesmos;
- ✓ Promover a educação continuada da equipe de serviço social;
- ✓ Manter contando com os articuladores de serviço social da região;
- ✓ Incentivar que a equipe trabalhe de forma entrosada e eficiente, propiciando ao usuário o acesso à saúde, garantido pela Constituição Federal;
- ✓ Promover e estabelecer à equipe a relação teórico-prática dentro das diretrizes do serviço social;
- ✓ Monitorar e avaliar periodicamente o desempenho profissional dos assistentes sociais.



Assistente Social

Atribuições Gerais

- ✓ Realizar os Atendimentos Sociais de acordo com as demandas existentes no decorrer do plantão e seus desdobramentos;
- ✓ Interpretar a situação social do paciente e sua família junto à equipe multidisciplinar;
- ✓ Providenciar encaminhamento de crianças, adolescentes e idosos para centrais de referência da Prefeitura, quando houver necessidade de abrigo;
- ✓ Obedecer à rotina de acolhimento com avaliação e classificação de risco da unidade;
- ✓ Orientar os usuários individualmente e em grupo, quando necessário, quantos aos seus direitos sociais e encaminhá-los aos serviços públicos adequados;
- ✓ Conhecer a rede de serviços de proteção básica e especial do território para realizar adequadamente os encaminhamentos necessários;



- ✓ Notificar os órgãos competentes sempre que houver suspeita ou confirmação de negligência e/ou maus tratos contra criança, adolescente e idoso;
- ✓ Fazer contato com os órgãos competentes para providenciar remoções de pacientes que necessitem de encaminhamento para Unidades Hospitalares, Centrais de Triagem e recepção ou Abrigos;
- ✓ Registrar os atendimentos, arquivando-os em local apropriado resguardando o sigilo profissional;
- ✓ Atuar como Ouvidoria da Unidade, servindo como canal de comunicação da unidade com seus usuários;
- ✓ Orientar o paciente, familiares ou responsáveis, quanto aos encaminhamentos aos recursos comunitários disponíveis, de acordo com as necessidades apresentadas;
- ✓ Colaborar nos programas sociais e de saúde da comunidade, bem como nos programas de pesquisa médico-sociais;
- ✓ Discutir com os usuários e seus responsáveis sobre questões que estejam interferindo na situação de saúde, respeitando o direito de tomarem suas próprias decisões;
- ✓ Realizar entrevista social, estabelecendo o plano de intervenção do Serviço Social;
- ✓ Estimular o usuário a participar do seu tratamento de saúde;
- ✓ Discutir com o responsável pelo paciente sobre a necessidade de sua prevenção e na recuperação da saúde do paciente;
- ✓ Proceder ao acompanhamento social do tratamento de saúde enquanto o paciente estiver na Unidade de Pronto Atendimento;
- ✓ Participar com demais membros da equipe de saúde do processo de transferência, assim como dos avisos de óbitos, prestando aos familiares as orientações concernentes à situação;
- ✓ Elaborar e atualizar, sempre que necessário, a relação de recursos da comunidade a fim de prover os devidos encaminhamentos de pacientes, familiares e de funcionários;
- ✓ Atuar como instrumento do processo de humanização da assistência.

EQUIPE DE APOIO

Técnico em Informática

Atribuições Gerais

- ✓ Proporcionar atendimento às requisições dos usuários da Instituição;
- ✓ Realizar a manutenção da rede existente na unidade, garantindo a correta transmissão de dados e informações da Instituição;

- ✓ Colaborar nos planos de expansão da rede de informações, analisando tecnicamente a necessidade de infraestrutura adequada para a Instituição;
- ✓ Garantir a segurança e a integridade dos dados e informações geradas pela Instituição;
- ✓ Garantir a segurança e o controle sobre o acesso dos usuários aos sistemas existentes na Instituição.

Técnico em Manutenção

Atribuições Gerais

- ✓ Realizar a manutenção de todos os utilitários patrimoniais;
- ✓ Providenciar e promover reparo de todos e quais quer danos aos utilitários patrimoniais.

✓

Hotelaria

Atribuições Gerais

- ✓ Manter as instalações da unidade em boas condições;
- ✓ Reparar danos ocorridos às estruturas prediais da unidade, seu mobiliário e instalações elétricas e hidráulicas;
- ✓ Manter registros de todos os reparos efetuados;
- ✓ Apresentar relatórios ao Coordenador Administrativo da Unidade sobre o estado de conservação da sede e seu mobiliário;
- ✓ Supervisionar a limpeza das instalações da unidade de acordo com os termos do contrato;
- ✓ Responsabilizar-se pela separação e recolhimento dos resíduos da unidade (lixo comum e hospitalar), de acordo com as normas da Vigilância Sanitária;
- ✓ Gerenciar o descarte de resíduos produzidos pela unidade;
- ✓ Supervisionar o sistema de gases medicinais;
- ✓ Monitorar a qualidade da água;
- ✓ Supervisionar a limpeza dos filtros de ar condicionado de todos os setores;
- ✓ Observar a necessidade de podas no jardim (área externa) da unidade;
- ✓ Responsabilizar-se diariamente pela rotina de roupa recolhida que será processada na Unidade;
- ✓ Providenciar e promover reparo de todos e quais quer danos aos utilitários patrimoniais;
- ✓ Providenciar e promover reparo de todos e quais quer danos aos equipamentos médicos.

Nutrição e Dietética

A Unidade Nutrição tem a finalidade de suprir o paciente ambulatorial ou em regime de observação, funcionários e acompanhantes por intermédio da assistência nutricional balanceada adequada a cada usuário, seguindo normas específicas.

Cabem ao Serviço de Nutrição as seguintes atribuições:

- ✓ Definir, planejar, organizar, supervisionar e avaliar as atividades de assistência nutricional aos usuários da Instituição;
- ✓ Avaliar o estado nutricional do usuário a partir de diagnóstico clínico, exames laboratoriais, anamnese alimentar e exames antropométricos;
- ✓ Estabelecer a dieta do usuário, fazendo as adequações necessárias;
- ✓ Solicitar exames complementares para acompanhamento da evolução nutricional do usuário, quando necessário;
- ✓ Correr a outros profissionais e/ou solicitar laudos técnicos especializados, quando necessário;
- ✓ Integrar a equipe multidisciplinar, com participação plena na atenção prestada ao usuário da Instituição;
- ✓ Participar do planejamento e execução de treinamento, orientação, supervisão e avaliação de pessoal técnico e auxiliar;
- ✓ Padronizar métodos, rotinas e fórmulas para o serviço;
- ✓ Supervisionar e estabelecer um sistema de recebimento, estocagem e distribuição de gêneros alimentícios, seguro e eficiente, capaz de suprir as unidades de assistência com as dietas prescritas pelo corpo clínico da Instituição;
- ✓ Prestar assistência nutricional junto ao corpo clínico da Unidade com relação à prescrição dietoterápica a serem servidas aos pacientes, acompanhantes e funcionários da Instituição;
- ✓ Prestar orientação dietoterápica, acompanhamento e educação alimentar aos pacientes em regime de observação;
- ✓ Manter sistema de avaliação da assistência dietética prestada aos pacientes;
- ✓ Supervisionar e estabelecer um sistema de recebimento, estocagem e distribuição de gêneros alimentícios, seguro e eficiente, capaz de suprir as unidades de assistência com as dietas prescritas pelo corpo clínico da Instituição;
- ✓ Preparar e distribuir a alimentação dos pacientes e funcionários da Unidade, obedecendo a normas científicas de dietas e cardápios adequados;
- ✓ Exercer de forma efetiva o gerenciamento do estoque de gêneros alimentícios e produtos afins, mantendo registro de consumo e de refeições distribuídas;



- ✓ Garantir a higienização do material, equipamentos e áreas de trabalho, garantindo a segurança alimentar;
- ✓ Apresentar relatórios e dados específicos para execução dos controles administrativos.

Serviço de Limpeza e Conservação

Atribuições Gerais

- ✓ Realizar toda a limpeza predial da unidade, arrumar de forma adequada os repousos, promovendo ótimas condições de trabalho;
- ✓ Realizar a coleta de todos os resíduos sejam eles administrativos, hospitalares ou alimentícios;
- ✓ Processar os resíduos coletados de maneira adequada garantindo o tratamento de dispensação adequado;
- ✓ Planejar e programar as devidas desinsetizações das unidades internas e áreas externas da unidade a fim de eliminar pragas, insetos e roedores;
- ✓ Zelar pela correta execução das lavagens terminais das áreas afins, com o objetivo de garantir total qualidade dos serviços prestados;
- ✓ Promover programas de conscientização da necessidade da higienização hospitalar, resultando na diminuição da infecção hospitalar;
- ✓ Promover e trabalhar em sinergia com a coordenação de enfermagem com o objetivo de reduzir/eliminar os casos de infecção hospitalar;
- ✓ Promover um programa de treinamento e reciclagem para os profissionais, dando ênfase às operações de limpeza, à indicação e manuseio das soluções apropriadas, utilização dos equipamentos de proteção individual (EPI), alertando-os para a percepção do risco ocupacional e, conseqüentemente para cuidados maiores com a própria saúde;
- ✓ Monitorar a qualidade da água;
- ✓ Supervisionar a limpeza dos filtros de ar condicionado de todos os setores;
- ✓ Observar a necessidade de podas no jardim (área externa) da unidade;
- ✓ Elaborar relatórios gerenciais para a Administração da unidade.

Serviço de Vigilância

Atribuições Gerais

- ✓ Efetuar a vigilância permanente das instalações da unidade;
- ✓ Garantir a segurança das instalações, equipamentos, pessoal de serviço e usuários da unidade dentro de suas competências estabelecidas pelo contrato de prestação de serviço;
- ✓ Manter registros dos incidentes ocorridos.

Lavanderia

Atribuições Gerais

- ✓ Recolher diariamente toda roupa utilizada (Pesar, junto ao profissional do almoxarifado, toda roupa recolhida que será processada);
- ✓ Realizar higienização de toda roupa que lhe foi enviada (Conforme protocolo padrão);
- ✓ Entregar a roupa na Unidade devidamente higienizada e passada (para pronto uso).

Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT)

Atribuições Gerais

- ✓ Avaliar os resultados dos procedimentos específicos e elaborar os respectivos laudos técnicos, como também prover o correto encaminhamento dos mesmos às Unidades requisitantes;
- ✓ Manter um controle eficaz da quantidade de exames realizados;
- ✓ Promover a capacitação técnica dos profissionais envolvidos na análise e diagnóstico de materiais biológicos;
- ✓ Elaborar dados estatísticos e epidemiológicos;
- ✓ Prestar suporte técnico e científico nas pesquisas desenvolvidas na unidade, buscando a excelência dos resultados obtidos;
- ✓ Apresentar periodicamente à Administração, relatórios sobre o desenvolvimento da execução das suas atividades.

Sistemas de Informação

Atribuições Gerais

- ✓ Responsabilizar-se pela manutenção em seus códigos fontes, corrigindo falhas detectadas através liberação de versões periódicas, incorporando novas funcionalidades e adaptando-os às mudanças tecnológicas;
- ✓ Responsabilizar-se pelo atendimento Permanente para Esclarecimentos de Dúvidas, para situações onde todas as operações do sistema ou operações em atividades essenciais do cliente estejam paralisadas.

Coleta de Lixo

Atribuições Gerais

- ✓ Obedecer rigorosamente à legislação ambiental pelos Órgãos competentes para a prestação deste serviço: COMLURB, INEA, IBAMA e Fiscalização Sanitária;

- ✓ Responsabilizar-se pelo Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde - PGRSS, obedecendo a critérios técnicos, legislação ambiental, normas de coleta e transporte dos serviços locais de limpeza urbana e outras orientações contidas na Resolução da ANVISA, RDC nº. 306/2004;
- ✓ Responsabilizar-se pelo destino dos resíduos coletados, que são licenciados pelos Órgãos de Fiscalização Ambiental;
- ✓ Obs: A unidade é responsável pela dos containers. Os resíduos a serem coletados, deverão estar acondicionados e dispostos para o recolhimento em local de fácil acesso ao caminhão coletor.
- ✓ A equipe de coleta apresentará no momento do recolhimento o manifesto de resíduos preenchido, conforme orientações contidas na legislação pertinente (DZ 1310). Neste momento a Unidade deverá conferir os dados informados e proceder com a devida assinatura no campo de GERADOR dos resíduos.

Serviço de Oxigênio

Atribuições Gerais

- ✓ Supervisionar o Sistema de Gases Medicinais;
- ✓ Apresentar o consumo mensal ao gerente da unidade;
- ✓ Realizar manutenção preventiva periódica.

Manutenção Elétrica

Atribuições Gerais

- ✓ Racionalização do uso e redução de custos com energia elétrica, incluindo interação com a concessionária;
- ✓ Acompanhamento de obras e projetos a serem realizadas na Unidade;
- ✓ Avaliação da conformidade das instalações elétricas e do sistema de aterramento e de proteção contra descargas atmosféricas com as normas técnicas vigentes, com a indicação das medidas corretivas a serem adotadas;
- ✓ Coordenação e supervisão dos profissionais na área elétrica; e Manutenção dos equipamentos eletromédicos.

B. PROTOCOLOS E ORGANIZAÇÃO DE ATIVIDADES ASSISTENCIAIS PARA ATENDER AO TERMO DE REFERÊNCIA E SEUS SUBITENS;

O IEC apresentará a seguir como sedará a organização das atividades assistenciais da unidade e no ANEXO I – PROTOCOLOS DAS ATIVIDADES ASSISTENCIAIS.

SERVIÇOS ASSISTENCIAIS

ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

A coordenação de enfermagem será responsável organização do serviço de assistencial prestado pelos enfermeiros e técnicos de enfermagem, assim como por garantir o quantitativo mínimo de pessoal para a prestação da assistência de qualidade.

Nas unidades que são prestados os cuidados integrais aos pacientes prevê a formalização da

Sistematização da Assistência de Enfermagem, conforme a Resolução COFEN nº 358/09 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.

Resolvendo:

Art. 1º O Processo de Enfermagem deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem.

§ 1º - os ambientes de que trata o caput deste artigo referem-se a instituições prestadoras de serviços de internação hospitalar, instituições prestadoras de serviços ambulatoriais de saúde, domicílios, escolas, associações comunitárias, fábricas, entre outros.

§ 2º - quando realizado em instituições prestadoras de serviços ambulatoriais de saúde, domicílios, escolas, associações comunitárias, entre outros, o Processo de Saúde de Enfermagem corresponde ao usualmente denominado nesses ambientes como Consulta de Enfermagem.

Art. 2º O Processo de Enfermagem organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes:

I - Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem) - processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença.

II - Diagnóstico de Enfermagem - processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; e que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados.

- Planejamento de Enfermagem - determinação dos resultados que se espera alcançar; e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem.

III - Implementação - realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem.

IV - Avaliação de Enfermagem - processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem.

Art. 3º O Processo de Enfermagem deve estar baseado num suporte teórico que oriente a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e o planejamento das ações ou intervenções de enfermagem; e que forneça a base para a avaliação dos resultados de enfermagem alcançados.

Art. 4º Ao enfermeiro, observadas as disposições da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 e do Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, que a regulamenta, incumbe a liderança na execução e avaliação do Processo de Enfermagem, de modo a alcançar os resultados de enfermagem esperados, cabendo-lhe, privativamente, o diagnóstico de enfermagem acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, bem como a prescrição das ações ou intervenções de

enfermagem a serem realizadas, face a essas respostas.

Art. 5º O Técnico de Enfermagem e o Auxiliar de Enfermagem, em conformidade como disposto na Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e do Decreto 94.406, de 08 de junho de 1987, que a regulamenta, participam da execução do Processo de Enfermagem, naquilo que lhes couber, sob a supervisão e orientação do Enfermeiro.

Art. 6º A execução do Processo de Enfermagem deve ser registrada formalmente, envolvendo:

um resumo dos dados coletados sobre a pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença;

a) os diagnósticos de enfermagem acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença;

b) as ações ou intervenções de enfermagem realizadas face aos diagnósticos de enfermagem identificados;

c) os resultados alcançados como consequência das ações ou intervenções de enfermagem realizadas.

Art. 7º Compete ao Conselho Federal de Enfermagem e aos Conselhos Regionais de Enfermagem, no ato que lhes couber, promover as condições, entre as quais, firmar convênios ou estabelecer parcerias, para o cumprimento desta Resolução.

A Coordenação de Enfermagem, respaldada pela Direção de Apoio/Administrativo, buscará o treinamento necessário.

Em visita técnica foi verificado que as unidades em funcionamento possuem seu quadro qualiquantitativo completo. A absorção destes profissionais será realizada desde que os mesmos tenham o perfil preconizado pela OS e os regulamentos de gestão de pessoas sejam respeitados.

No Anexo I, encontram-se modelos de Protocolos Assistenciais e Instruções de Trabalho que poderão ser adotados ou adaptados.

DESCRIÇÃO DAS UNIDADES DE SALAS DE URGÊNCIA, OBSERVAÇÃO E SADT.

ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA A URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

O Serviço de Urgência e Emergência aos usuários referenciados e demanda espontânea, atenderá aos pacientes em tempo integral, ou seja, 24h por dia em todos os dias da semana.

Estrutura Física

O Pronto Atendimento contará com a seguinte estrutura física:

- Recepção
- Sala de Emergência (sala vermelha)
- Sala de Observação (sala amarela)
- Consultórios individualizados

Os plantonistas farão o atendimento das pacientes nessas salas e caso necessário as mesmas serão encaminhadas para observação da unidade, sala de emergência, sala de cirurgia ou unidade de internação.

Esses consultórios serão equipados com móveis e materiais médicos adequados para realização da consulta.

Funcionamento

A unidade funcionará 24 horas por dia, em sintonia com os outros setores do hospital, em especial com a Unidade de Terapia Intensiva e as enfermarias, para onde os pacientes atendidos poderão ser encaminhados.

Visando o atendimento humanizado aos usuários do hospital, todos os colaboradores participarão da Oficina de Humanização, conforme proposto no item Proposta de Educação em Saúde/Capacitação.

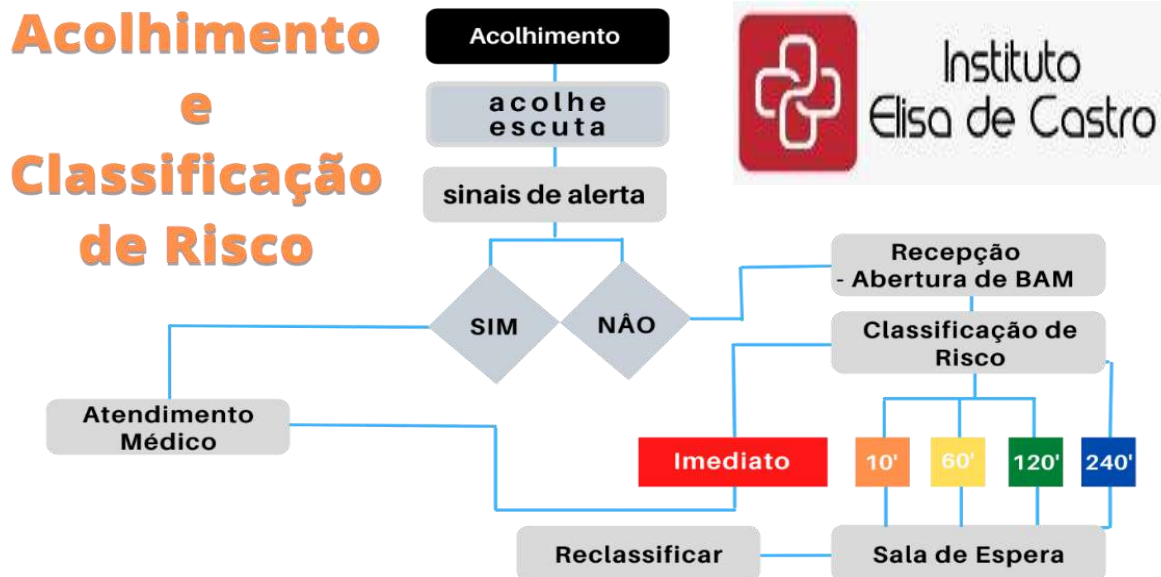
a. Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (De acordo com a Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde)

Princípios para implantação do Acolhimento e Classificação de Risco:

Estabelecimento de fluxos, protocolos de atendimento, triagem administrativa e classificação de risco;

- Qualificação das Equipes de Acolhimento e Classificação de Risco (recepção, enfermagem, orientadores de fluxo, segurança);
- Sistema de informações para o agendamento de consultas ambulatoriais e encaminhamentos específicos;
- Quantificação dos atendimentos diários e perfil da clientela e horários de pico;

- Adequação da estrutura física e logística das seguintes áreas de atendimento básico: Emergência e Pronto Atendimento.



b. Áreas de atendimento:

- Área de Emergência
- Área de Pronto Atendimento.

Para a organização dos espaços e seus usos e para a clareza no entendimento, a composição espacial aqui sugerida é composta por eixos e áreas que evidenciam os níveis de risco dos usuários.

A proposta de desenho se desenvolve pelo menos em dois eixos: o do usuário grave, com risco de morte, que chamaremos de eixo vermelho, e o do usuário aparentemente não-grave, mas que necessita ou procura o atendimento de urgência, que chamaremos de eixo azul. Cada um desses eixos possui diferentes áreas, de acordo com a clínica do usuário e os processos de trabalho que nele se estabelecem, sendo que essa identificação também define a composição espacial por dois acessos diferentes.

Vermelho (0 minutos): Emergência – caso gravíssimo, com necessidade de atendimento imediato - Risco de Morte.

Laranja (em até 10 minutos): Muito urgente – caso grave, com necessidade de atendimento em até 10 minutos – Risco significativo.

Amarelo (em até 50 minutos): Urgente – caso de gravidade moderada, com necessidade de atendimento – Sem risco imediato.

Verde (em até 120 minutos): Pouco urgente – caso para atendimento preferencial.

Azul (em até 240 minutos): caso para atendimento em unidades básicas de saúde, importante acolher a demanda e agendar para atendimento em outra unidade de saúde.

Definição de Termos

1. **URGÊNCIA** – “Ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência imediata”. Definição CFM Resolução nº 1451/95.
2. **EMERGÊNCIA** - “Constatação médica de agravo à saúde que implique em risco iminente de vida, ou sofrimento intenso exigindo, portanto, o tratamento médico imediato”. Definição CFM Resolução nº 1451/95.

c. Protocolos De Classificação De Risco

- Instrumento baseado em sinais de alerta ou forma usual de apresentação de doenças ou agravos para possibilitar classificação de gravidade ou grau de sofrimento, identificando prontamente urgências e emergências – condições de risco de perder a vida;
- Não se constitui em instrumento de diagnóstico;
- Determina prioridade para atendimento médico, hierarquizando-o conforme a gravidade, quem deve ser atendido antes e quem pode aguardar atendimento com segurança;
- Devem ser considerados a expectativa dos pacientes e seus familiares;
- Deve ser considerado o tempo em que a intervenção médica possibilitará melhor resultado;
- Reavaliações estão previstas e podem alterar a classificação;
- Constitui guia de treinamento das equipes na implantação da CR nas portas de entrada;
- Constitui documento de referência do Ministério Público.

PRIORIDADE	COR	CLASSIFICAÇÃO	INTERVENÇÃO MÉDICA	REAVLIAÇÃO DE ENFERMAGEM
I	VERMELHO	Ressuscitação	Intervenção médica imediata – sinal sonoro	Cuidados contínuos
II	LARANJA	Emergência	Aval. Médica <15 minutos – sem sinal sonoro	A cada 15 minutos
III	AMARELO	Urgência	Aval. médica <30 minutos será atendido no consultório médico ou no leito da sala de observação	A cada 60 minutos
IV	VERDE	Menor urgência	Aval. médica +/- 60 minutos. Será atendido somente após todos os classificados como amarelo	A cada 120 minutos



V	AZUL	Não urgente	Aval. médica no mesmo dia ou no dia seguinte (sem sofrimento agudo ou caso social deverá ser preferencialmente atendido na UBS; se desejar, pode ser atendido após todos os classificados como verde, amarelo, laranja e vermelho)	A cada 240 minutos
---	------	-------------	--	--------------------

Observação Importante: nenhum paciente poderá ser dispensado sem ser atendido, ou seja, sem ser acolhido, classificado e encaminhado, de forma responsável, a uma unidade de saúde de referência.

»» QUEM FAZ?

Equipe multiprofissional composta por: Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Serviço Social, equipe médica, profissionais da segurança, portaria, recepção e estagiários.

»» A QUEM SE DESTINA?

Usuário que procuram as portas dos serviços de urgência/emergência da rede SUS na cidade do Rio de Janeiro, no momento definido pelo mesmo como de necessidade aguda ou de urgência.

»» COMO SE APLICA?

É um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de intervenção em saúde médica e de cuidados de enfermagem, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento.

Esse processo se dá mediante escuta qualificada e tomada de decisão baseada em protocolos aliados à capacidade de julgamento crítico e experiência do enfermeiro.

Ao chegar ao serviço de urgência/emergência demandando necessidade aguda ou de urgência, o usuário é acolhido pelos funcionários da portaria/recepção ou estagiários (profissionais de saúde) e encaminhado para a identificação do mesmo.

Após sua identificação, o usuário é encaminhado ao espaço destinado conforme fluxo definido se o espaço definido for a classificação de risco, o enfermeiro colhe informações através de escuta qualificada e da tomada de sinais vitais, se baseia no protocolo e classifica o usuário em:

»» CONDUTA A SER TOMADA:

Pacientes classificados como **VERMELHO**, devem ser encaminhados rapidamente para a sala de emergência, e acionar o sinal sonoro, onde deverão receber cuidados médicos e de enfermagem imediatos.

Pacientes classificados como **LARANJA**, a equipe deve estar alerta, mas sem sinal sonoro, e encaminhar à sala de emergência ou a unidade intermediária de atendimento.

Pacientes classificados como **AMARELO**, devem aguardar atendimento médico em sala de espera priorizada, assentados, onde deverão estar sob supervisão contínua de toda equipe da

unidade. Deverão ser reavaliados idealmente a cada 30 minutos ou imediatamente, em caso de alteração do quadro clínico, durante a espera para o atendimento médico.

Pacientes classificados como **VERDE**, também aguardam atendimento médico em sala de espera, tendo sido orientados que serão atendidos após os classificados como vermelho/laranja/amarelo. Deverão ser reavaliados em caso de alteração do quadro clínico.

Pacientes classificados como **AZUL**, poderão ser encaminhados, por meio de documento escrito, para o acolhimento na unidade básica de referência ou terão seus casos resolvidos pela equipe de saúde.

d. Processo de Acolhimento e Classificação de Risco:

O usuário ao procurar o Pronto Atendimento deverá direcionar-se à Central de Acolhimento que terá como objetivos:

Direcionar e organizar o fluxo por meio da identificação das diversas demandas do usuário;
Determinar as áreas de atendimento em nível primário (suturas, consultas);

Acolher usuários e familiares nas demandas de informações do processo de atendimento, tempo e motivo de espera;

Avaliação primária, baseada no protocolo de situação queixa, encaminhando os casos que necessitam para a Classificação de Risco pelo enfermeiro.

Importante destacar que esta avaliação pode dar-se por explicitação dos Usuários ou pela observação de quem acolhe, sendo necessária capacitação específica para este fim, não se entende aqui processo de triagem, pois não se produz conduta e sim direcionamento à Classificação de Risco.

Após o atendimento inicial, o usuário é encaminhado para o consultório de enfermagem onde a classificação de risco é feita baseada nos seguintes dados:

- a) Situação/Queixa/Duração (QPD);
- b) Breve histórico (relatado pelo próprio usuário, familiar ou testemunhas); Uso de medicações;
- c) Verificação de sinais vitais;
- d) Exame físico sumário buscando sinais objetivos;
- e) Verificação da glicemia, eletrocardiograma se necessário.

e. A classificação de risco se dará nos seguintes níveis:

Procedimento de Acolhimento

- Acolher as necessidades;
- Direcionar o paciente para o Núcleo de Acolhimento;
- Determinar a prioridade.

As prioridades serão enumeradas da seguinte forma:

Prioridade 1 – **Emergência**;

Prioridade 2 – **Urgência**;



Prioridade 3 – **Procedimentos**;

Prioridade 4 – Idoso, gestante, etc.;

Prioridade 5 – Demais Atendimentos.

A hierarquia de atendimento da identificação e classificação de risco é correspondente à prioridade estabelecida.

- O **paciente prioridade 1** será encaminhado para sala vermelha (fluxo do paciente vermelho); o enfermeiro preencherá a classificação de risco simultaneamente;
- O **paciente prioridade 2** será encaminhado e priorizado para a classificação de risco ou encaminhado à sala de observação, de acordo com o protocolo e a avaliação do acolhedor;
- O **paciente prioridade 3** será encaminhado diretamente à sala de sutura. Os médicos atendentes deverão ser notificados da presença de um paciente para este atendimento, que engloba suturas, queimaduras e hemostasia. O médico procederá ao atendimento e registro na própria sala de sutura;
- O **paciente prioridade 4** será encaminhado e priorizado para a classificação de risco;
- O **paciente prioridade 5** será encaminhado para a classificação de risco.

 Notas:

Para efetivar esta proposta, será necessária verificação de sinais vitais no acolhimento (PA e temperatura);

Para pacientes da prioridade 2, encaminhados diretamente à sala de observação, a identificação e classificação de risco “ocorrem” em seu local de atendimento;

Objetivos do ACCR:

- Humanizar o atendimento através de escuta qualificada e postura acolhedora.
- Organizar processos de trabalho, fluxos e espaço físico das unidades.
- Identificar prontamente condições de risco e vulnerabilidade.
- Priorizar para o atendimento médico, de acordo com critérios clínicos, vulnerabilidade e grau de sofrimento, utilizando protocolos específicos (ACCR, Violência, IAM e entre outros).
- Extinguir a triagem feita por recepcionistas, controlador de acesso ou vigilantes (o primeiro contato deve ser realizado obrigatoriamente pelo profissional de saúde).
- Informar aos pacientes e familiares a expectativa de atendimento e tempo de espera a fim de diminuir a ansiedade gerada pelo desconhecido.
- Fomentar a rede de atenção à saúde, articulando a atenção básica, com vistas à atenção integral.

A Secretaria de Estado, através da Subsecretaria de Gestão e Atenção Integral à Saúde e da Assessoria Técnica de Humanização vem promovendo ações para proporcionar a reestruturação da PNH no âmbito do SUS/RJ, em consonância com a RAS (Rede de Atenção à Saúde), com isso utiliza mecanismos para consolidar, sistematizar e padronizar os processos de trabalho,

tendo como proposta os Protocolos de Acolhimento e Classificação de Risco nas Portas de Urgência e Emergência Adulto e Pediátrico.

Faixa etária de atendimentos

O protocolo de ACCR adulto abrange o atendimento dos usuários com a faixa etária maior de 18 anos. O protocolo de ACCR pediátrico abrange o atendimento dos usuários com a faixa etária menor de 18 anos, conforme orientações abaixo:

Segundo a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e Adolescente, art. 2º considera-se criança, para os efeitos desta Lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade, devendo ser atendido pelo Pediatra. Com base na Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002, que institui o Código Civil Brasileiro, as pessoas maiores de 16 anos poderão optar pelo atendimento por médico não Pediatra.

f. Atribuições das equipes de ACCR

Segundo institucionalizado pela SMS, o ACCR deverá ser realizado somente pela equipe de enfermagem: técnico e enfermeiro, conforme suas atribuições específicas neste protocolo.

Demais profissões da equipe de saúde e administrativos irão colaborar para que o processo do ACCR se realize e deverão ter uma postura acolhedora e corresponsável frente aos casos que buscam atendimento ou informações.

Além disso, todos os profissionais devem estar capacitados tecnicamente - incluindo suporte básico e suporte avançado de vida, aqueles que não são profissionais de saúde (administrativos, porteiros e outros) deverão estar capacitados em suporte básico de vida.

h.1. Enfermeiro:

- Realizar acolhimento e acompanhar atuação dos técnicos de enfermagem;
- Realizar a avaliação para a Classificação de Risco em consultório, respeitando a privacidade do usuário, em conformidade com a Resolução COFEN 423/2012;
- Realizar a classificação de risco, segundo o protocolo SMS;
- Orientar usuário sobre a dinâmica do atendimento na unidade;
- Determinar o local de atendimento do usuário de acordo com a sua classificação;
- Garantir o atendimento médico de acordo com as cores e prioridades da Classificação de Risco;
- Esclarecer ao usuário a importância de acompanhamento em UBS tradicional ou ESF, para continuidade do tratamento e/ou prevenção de doenças;
- Encaminhar o familiar ou visitante para a aquisição de informações a respeito do usuário que se encontra em atendimento médico, nos Hospitais para o NAF e nas UPAS na recepção/sala do serviço social.

h.2. Técnicos de Enfermagem:

- Realizar o acolhimento;
- Registrar os dados do usuário no sistema;
- Orientar aos usuários sobre o fluxo de conclusão do registro, na recepção, e posteriormente sobre a espera para a classificação de risco;
- Priorizar para atendimento médico ou de enfermagem em caso de risco e/ou sinalizar as vulnerabilidades (idosos, crianças e gestantes);
- Orientar fluxos de atendimento, conforme perfil da unidade;
- Orientar o usuário sobre a dinâmica do atendimento na unidade;
- Encaminhar o familiar ou visitante para a aquisição de informações a respeito do usuário que se encontra em atendimento médico, nos Hospitais para o NAF e nas UPAS na recepção/sala do serviço social.

h.3. Recepcionistas:

- Realizar o registro de informações do usuário no sistema;
- Orientar sobre a dinâmica de atendimento na unidade;
- Realizar encaminhamentos internos de usuários, acompanhantes ou visitantes;
- Encaminhar o familiar ou visitante para a aquisição de informações a respeito do usuário que se encontra em atendimento médico, nos Hospitais para o NAF e nas UPAS na recepção/sala do serviço social.

h.4. Maqueiros:

- Locomover os pacientes externos ou internos sempre quando necessário, de acordo com a necessidade da unidade;
- Encaminhar o familiar ou visitante para a aquisição de informações a respeito do usuário que se encontra em atendimento médico, nos Hospitais para o NAF e nas UPAS na recepção/sala do serviço social.

h.5 Controlador de Acesso:

- Controlar a entrada das unidades, de acordo com as normas e procedimentos estabelecidos pela Gerência Administrativa;
- Coibir o ingresso de indivíduos de comportamento inadequado ou que estejam conduzindo objetos que ameacem à integridade física da equipe multiprofissional e de terceiros;
- Fiscalizar o fluxo de entrada e saída de pessoas e materiais;
- Encaminhar o familiar ou visitante para a aquisição de informações a respeito do usuário que se encontra em atendimento médico, nos Hospitais para o NAF e nas UPAS na recepção/sala do serviço social.

h.6. Assistente Social

Acolher e orientar os usuários sobre seus direitos sociais: vítimas de violência urbana (acidente de trânsito e atropelamento); Acidentes de trabalho/direito trabalhista; Violência contra idosos, mulheres, pessoas com deficiência, crianças, adolescente e LGBTQIAP; referenciar população

de rua para rede de proteção social (abrigos no município e/ou outras instituições da rede de proteção social pública ou não);

- Acionar a rede social e familiar em situações que o serviço social entenda necessário: Crianças e adolescentes em condições de risco e desacompanhadas; idosos e deficientes sem referência familiar;
- Esclarecer a comunidade sobre a forma de atendimento através de informes diários (Sala de espera);
- Realizar acolhimento de familiares em relação à expectativa do atendimento e orientações sobre a unidade;
- Fornecer apoio matricial a equipe do NAF (em Hospitais), nos casos de notícias difíceis;
- Encaminhar o familiar ou visitante para a aquisição de informações a respeito do usuário que se encontra em atendimento médico, nos Hospitais para o NAF e nas UPAS na recepção/sala do serviço social.
- Informar aos pacientes internados e/ou familiares da possibilidade de transferência para outras unidades;
- Orientar sobre direitos sociais: passe livre, acidente de trabalho etc.;
- Referenciar os pacientes 'em situação de rua' para rede de proteção social;
- Encaminhar com o conhecimento do fluxo, vítimas de violência e pessoas portadoras de necessidades especiais;
- Informar-se por meio do NIR das transferências dos pacientes, e informar aos familiares;
- Interagir com a equipe multiprofissional da unidade;
- Responsabilizar-se integralmente pelas demandas dirigidas a estas categorias;
- Apresentar relatórios mensais com atividades desenvolvidas.

h.7. Médico (clínicos, socorristas e/ou pediatras):

- Realizar o atendimento conforme cores da classificação de risco;
- Orientar o usuário sobre condutas a serem adotadas;
- Orientar o usuário sobre a utilização correta de medicamentos prescritos;
- Realizar encaminhamentos, quando necessário, à UBS tradicional, ESF ou serviço especializado, através de documentos formais por escrito;
- Identificar os usuários portadores de doenças crônicas, que não realizam acompanhamento em unidades básicas de saúde, orientá-los e encaminhá-los à rede de atenção básica, após o atendimento médico, para o início do acompanhamento;
- Compor a equipe matricial do NAF (em Hospitais), por acionamento, para fornecer informações aos familiares e/ou rede social dos usuários, que se encontra em atendimento na emergência.

Avaliação inicial

- I. Realizar uma análise sucinta e sistematizada para identificar situações com risco iminente de morte ou instabilidade de sinais vitais, atentar para os seguintes descritores:

- II. Complicações das vias aéreas: é a incapacidade de manter via aérea pérvia. Estridor inspiratório e expiratório representam grave risco.
- III. Grave esforço respiratório: Quando a paciente apresenta sinais de batimento de asa de nariz, cianose de extremidades e uso de musculatura acessória.
- IV. Ausência de pulso central entre 5 a 10 segundos de verificação, indica parada cardiorrespiratória (PCR).
- V. Hemorragia exanguinante: grande perda de fluxo sanguíneo que possa trazer instabilidade hemodinâmica.
- VI. Observar sinais de choque (ausência de pulso periférico ou pulso periférico fino associado à sudorese, palidez, taquicardia, bradicardia, hipotensão e alteração do estado de consciência).

h.8. Situações Especiais de Atendimento



Pacientes Idosos:

Segundo a Lei N.º 10.741/2003 no art. 1.º é instituído o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos. Devem ser priorizados nas unidades de saúde, respeitando os critérios de gravidade conforme este protocolo.



Pacientes com deficiência:

Segundo o Estatuto de pessoas com deficiência Lei no 13.146/2015, no Art. 2º considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial. Devem ser priorizados nas unidades de saúde, respeitando os critérios de gravidade conforme este protocolo.



Pacientes em Acidentes de trabalho:

Caso ocorra à necessidade de abertura de CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho), classificar conforme grau de risco ou situação/queixa, realizar o atendimento, orientar e encaminhar o paciente para UBS, se necessário.



Situações Especiais em Hospitais:

Paciente escoltado deverá ser classificado conforme grau de risco ou situação/queixa, garantindo atendimento médico o mais rápido possível devido a vulnerabilidade.

Avaliação e assistência de Enfermagem

- I. Deve ser realizada por enfermeiro, em consultório que garanta privacidade durante a avaliação;
- II. Identificar os fatores de risco ou sinais de alerta, acompanhando os casos graves para a sala vermelha;

- III. Reconhecer a situação/queixa/sintoma e registrar no sistema (com escrita mais próximo da fala do usuário);
- IV. Relacionar a queixa do usuário aos parâmetros/determinantes da classificação de risco, descritos no protocolo, através da coleta de um breve histórico e contextualização – realizar escrita técnica e com dados objetivos;
- V. Ser um ouvinte paciente, porém impor limites aos relatos, para não atrapalhar a dinâmica do processo, criando filas desnecessárias.
- VI. Verificar os sinais vitais e o exame físico de forma simplificada, com base nas queixas/situação ou sintomas para direcionar o processo e definir a cor da classificação de risco daquele usuário;
- VII. Avaliação da dor: esta avaliação é realizada através de Escalas Visuais Analógicas (EVA) associada a pelo menos uma alteração de sinais vitais.
- VIII. Determinar o local de atendimento do usuário de acordo com a cor da classificação;
- IX. Orientar usuário sobre a dinâmica do atendimento na unidade e importância do fluxo conforme a cor da classificação;

Escala Numérica e visual da dor:



- X. Realizar busca ativa dos casos que ainda não foram atendidos pelo médico e que necessite ser reclassificado, conforme tempo de atendimento do protocolo preconizado.



OBS: Sempre que houver demora no atendimento médico após a classificação de risco ou mesmo antes do usuário ser classificado, um segundo enfermeiro deverá realizar busca ativa, para diminuir o risco de morte evitáveis em possíveis salas de espera lotadas ou filas de atendimento. Lembrando que os casos mais graves são priorizados, independente do lugar que ocupe, nesta fila de espera.

b.9. Roteiro para a consulta de enfermagem:

- A-** QPD: Queixa principal e duração;
- B -** Antecedente mórbido e medicamentoso;
- C -** Sinais vitais e exame físico simplificado;
- D -** Exames de apoio (oximetria de pulso, ECG, HGT -haemogluco teste);
- E -** Conduta: Classificação de risco - definição da COR, baseada em protocolo preconizado pela secretaria de saúde.



Observações importantes

- Nenhum usuário poderá ser dispensado sem ser acolhido, classificado e direcionado para atendimento médico ou para avaliação médica com encaminhamento responsável a uma unidade básica de referência.
- Deve ser considerado o tempo que a intervenção médica possibilitará melhor resultado;
- Reavaliações estão previstas e podem alterar a classificação, porém deve ser realizada pelo profissional enfermeiro;
- Constitui um guia de treinamento das equipes na implantação da CR nas portas de entrada;
- Constitui documento de referência do Ministério Público para controle de atendimento dos casos de urgência e emergência;
- Não se constitui em instrumento de diagnóstico médico;
- Instrumento baseado em sinais de alerta ou forma usual de apresentação de doenças ou agravos para possibilitar classificação de gravidade ou grau de sofrimento, identificando prontamente urgências e emergências – condições de risco iminente de morte;
- Determina prioridade para atendimento médico, hierarquizando-o conforme a gravidade, quem deve ser atendido e quem pode aguardar atendimento com segurança, além daqueles casos que poderão ser redirecionados às unidades de menor complexidade;
- Devem ser considerados a expectativa dos pacientes e seus familiares.

g. Das Atribuições:

1. da Equipe Médica/odontológica:

- Atender os usuários conforme o nível de prioridade de forma acolhedora;
- Comunicar a equipe de enfermagem sobre a conduta: admissão, observação, reavaliação e/ou alta;
- Estar integrado com a equipe multiprofissional;
- Esclarecer ao usuário a importância do acompanhamento médico/odontológico e da continuidade do cuidado pela UBS/PSF;
- Realizar passagem de plantão regularmente – não é permitido abandonar o plantão sem que outro **profissional o assuma**.

2. Do Serviço de Vigilância

- Proteger a entrada das unidades, de acordo com as normas e procedimentos estabelecidos pela Gerência Administrativa;
- Coibir o ingresso de indivíduos de comportamento inadequado ou que estejam conduzindo objetos que ameacem a integridade física;
- Vigiar as instalações dos órgãos, evitando a dilapidação do patrimônio;
- Fazer percursos periódicos de inspeção na área das unidades.
- Examinar a integridade de fechaduras, portas e instalações em geral;
- Comunicar a administração de unidade qualquer ocorrência de irregularidade em circuitos elétricos, vazamentos e outros que possam causar danos ao patrimônio, através de registro;

- Colaborar com as polícias Civil e Militar nas ocorrências policiais dentro das instalações, facilitando o melhor possível a atuação delas;
- Deverá manter-se sempre uniformizado e identificado com crachá.

3. Do Serviço de transporte (quando houver):

- Ajudar e locomover os usuários externos e/ou internos impossibilitados de deambular, sempre que necessário;
- Transportar o paciente de forma segura e cordial;
- Garantir e respeitar a privacidade do usuário;
- Estar integrado com a equipe multiprofissional;
- Atender às solicitações de prioridade no setor de Urgência.

4. Ambiência:

Nas unidades de serviços de saúde, a adequação da ambiência refere-se a reformas em seus espaços físicos, com o objetivo de qualificá-los para favorecerem e facilitarem os processos e as relações de trabalho.

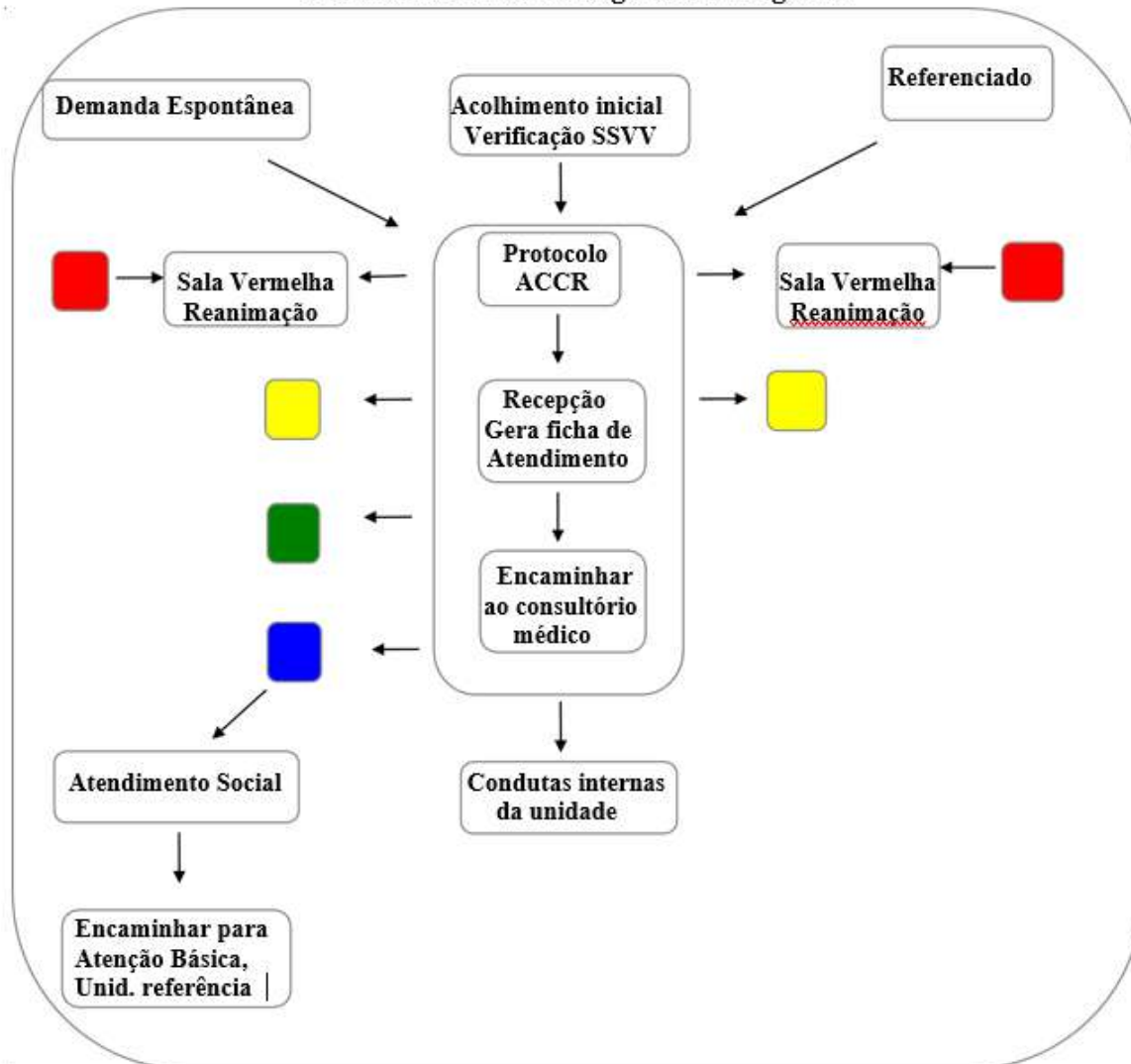
Também se refere à aquisição de mobiliários e equipamentos adequados, de acordo com as boas práticas e a humanização na atenção à saúde.

h. Orientações para adequação da ambiência nas 'portas de entrada' dos serviços de urgência e emergência:

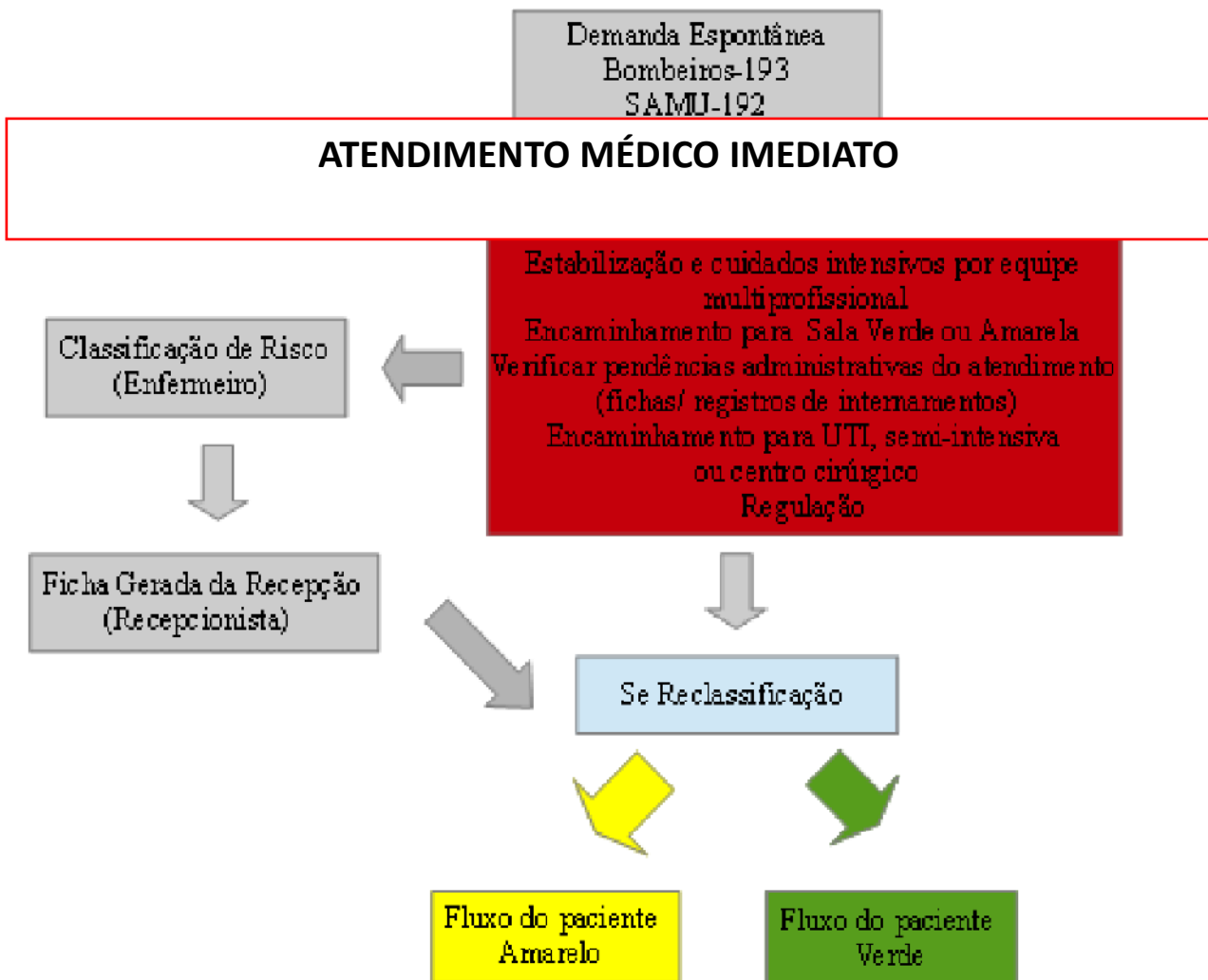
- Prever espaços que favoreçam o acolhimento do usuário e sua rede social;
- Criar sala para a Classificação de Risco próxima à equipe de acolhimento, com acesso direto tanto para a sala de espera como para o interior do hospital, facilitando o atendimento e o monitoramento dos usuários;
- Criar ambiente confortável na Sala de Espera para o usuário e seus acompanhantes, com ambiência acolhedora e quantidade de cadeiras adequadas à demanda para os usuários e acompanhantes;
- Garantir bancadas baixas, com cadeiras e sem barreiras no atendimento do usuário/acompanhante no momento da sua recepção;
- Instalação de bebedouros e de equipamentos audiovisuais (TVs);
- Possibilitar condições de conforto lumínico, térmico e acústico com o controle de luminosidade, de temperatura e de ruídos no ambiente;
- Criar um sistema de sinalização e comunicação visual acessíveis, de fácil compreensão e orientação;
- Prever sistema de telefonia pública, de modo a atender às necessidades dos usuários;
- Atender a NBR 9050 para acessibilidade.

i. Roteiros de Avaliação para a Classificação de Risco:

ACCR nas Portas de Urgência/Emergência



Fluxograma de entrada do Paciente grave (classificado como vermelho)



Acolhimento com Classificação de Risco/SUS – Prioridade I

SINTOMA EVENTO	QUEIXA	QUALIFICADORES	SINAIS DE ALERTA INFORMAÇÕES IMPORTANTES
PCR		<ul style="list-style-type: none"> Parada cardiorrespiratória; Iminência de parada. 	
Trauma Maior		<ul style="list-style-type: none"> Lesão grave de único ou múltiplos sistemas; Trauma craniano Glasgow 3 a 8; Grande queimado > 25% da SCQ ou acometimento das vias aéreas; Trauma torácico, abdominal ou craniano com perfuração, alteração mental, hipotensão, taquicardia, dor intensa, sintomas respiratórios. 	
Choque		<ul style="list-style-type: none"> Hipotensão PA sist. < 80mmHg, taquicardia > 140bpm, bradicardia < 	Atendimento médico IMEDIATO com sinal sonoro



	<p>45bpm, ou alteração do sensório;</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Palidez acentuada, pele fria, sudorese, pulso fino, síncope postural;▪ Ventilação ou oxigenação ineficaz;<ul style="list-style-type: none">▪ Febre, toxemia;▪ Pré-parada. <p>Ex.: choque cardiogênico, séptico, hipovolêmico, estados hiperdinâmicos</p>	
Insuficiência Respiratória	<ul style="list-style-type: none">▪ Incapacidade de falar (frases de uma palavra);▪ Cianose; letargia – confusão mental;▪ Taquicardia – bradicardia;▪ PA > 180/110 ou PA sist < 80mmHg FR < 10;▪ Dispneia extrema ou fadiga muscular;▪ Saturação O₂ < 90%; obstrução de via aérea. Ex.: eventos intracranianos graves, pneumotórax, asma grave, DPOC exacerbado, edema agudo de	

Acolhimento com Classificação de Risco/SUS – Prioridade II

SINTOMA QUEIXA EVENTO	QUALIFICADORES	SINAIS DE ALERTA IMPORTANTES	INFORMAÇÕES
Alteração do Estado Mental	<ul style="list-style-type: none">▪ Déficit cognitivo – agitação – letargia– confusão – convulsão– paralisia – sonolência– coma Glasgow 9 e 13;▪ PA > 180/110;▪ Febre. <p>Ex.: doenças infecciosas, isquêmicas, inflamatórias, trauma, intoxicação exógena, drogas, distúrbios metabólicos, desidratação</p>	Realizar Glicemia Capilar	
Trauma Craniano	<ul style="list-style-type: none">▪ Coma Glasgow 9 e 13;▪ Perfuração;▪ Cefaleia intensa;▪ Perda da consciência, confusão mental;▪ Convulsão;	ATENÇÃO	Ejeção, passageiro sem cinto de segurança e choque no para-brisa, atropelamento, queda > 5 degraus, agressão com objeto rombo: avaliar tempo do impacto, mecanismo, início, gravidade da lesão, evolução dos sintomas, e reavaliar a cada 5 minutos



Trauma Grave	<ul style="list-style-type: none">▪ Dor cervical;▪ Náusea – vômito.▪ Dados vitais normais, estado mental normal;▪ Dor moderada – grave;▪ Sintomas graves em um sistema▪ sinais e sintomas menos graves em múltiplos sistemas;▪ Ferimento extenso com sangramento ativo;▪ Amputação;▪ Fratura com deformidade ou sangramento, fratura de bacia.	
Comprometimento Hemodinâmico	<ul style="list-style-type: none">▪ Perfusão limítrofe;▪ Palidez;▪ História de sudorese;▪ Taquicardia inexplicada;▪ Hipotensão postural;▪ PA < do esperado.	
Queimaduras	<ul style="list-style-type: none">▪ 2º, 3º em SCQ entre 10 e 25% ou áreas críticas (face, períneo);▪ Circunferenciais;▪ Queimaduras elétricas (fios alta tensão, raios etc.).▪ Avaliar a respiração;▪ Alteração dos sinais vitais;▪ Se espontânea (não ligada ao trauma);▪ Visceral;	
	<ul style="list-style-type: none">▪	
Dor Torácica	<ul style="list-style-type: none">▪ Intensidade, duração, característica, localização, irradiação, atividade física no início da dor;▪ Fatores que melhoram ou pioram.	
ATENÇÃO	<ul style="list-style-type: none">▪ Contínua, de 30 seg. a 30 min. (angina) ou > 30 min. (infarto);▪ Em peso, opressão, queimação ou como desconforto;▪ Sintomas associados: sudorese, náusea, dispneia;	



Para IAM, angina de peito e embolia pulmonar prévios, diabéticos e idosos	<ul style="list-style-type: none">▪ Irradiações: pescoço, ombros, mandíbula, braços, mãos, dorso.
Dor Torácica Súbita, em fincada	<p>Exemplos:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Problemas de parede torácica;▪ Embolia pulmonar;▪ Dissecção de Aorta;▪ Pneumotórax;▪ Pneumonia.
	<ul style="list-style-type: none">▪ Intoxicação Exógena Tipo e quantidade de droga;▪ Imprevisíveis;
Intoxicação Exógena	<ul style="list-style-type: none">▪ Necessários exames toxicológicos, monitoramento, prevenção de absorção, aumento de eliminação e administração de antídotos;▪ Associação ao Choque e agitação psicomotora intensa (Hipóxia).
Dor Abdominal	<ul style="list-style-type: none">▪ Dados vitais alterados: hipotensão, hipertensão, taquicardia, febre;▪ Associações: náuseas, vômitos, sudorese;▪ Irradiações, tipo pulsátil, sangramento vaginal e possível gravidez;▪ Dor intensa (8-10/10).
Hemorragia digestiva, hemoptise, epistaxe	<ul style="list-style-type: none">▪ Hematêmese volumosa;▪ Melena com instabilidade hemodinâmica (Pa <100 mmHg ou FC > 120 bpm);▪ Hemoptise franca;▪ Epistaxe com PA > 180/110.
Dispnéia, asma prévia	<ul style="list-style-type: none">▪ Dados vitais alterados;▪ Risco em vias aéreas: estridor, sialorréia;▪ Angústia respiratória intensa, esforço muscular;▪ Passado de Asma Grave;▪ Fala entrecortada SAT O2 <92%;



	<ul style="list-style-type: none">▪ Diagnóstico diferencial com asma, DPOC, edema agudo de pulmão, pneumotórax, embolia pulmonar, pneumonia.
Anafilaxia	<ul style="list-style-type: none">▪ Sintomas respiratórios;▪ Edema de glote;▪ Outros dados: alteração mental até convulsão e coma, taquicardia, choque, sibilância, cianose, tosse, vômito, dor abdominal;▪ Passado de evento semelhante;▪ Vermelhidão, Hiperemia disseminada, placas pelo corpo, hipotermia, choque.
Infecções graves, sepse	<ul style="list-style-type: none">▪ Alteração mental;▪ Dados vitais intáveis;▪ Toxemia;▪ Avaliar SAT O2;▪ Febre >38,5°C, calafrios;▪ Eritema purpúrico, petéquias (meningite);▪ Vasculite, cianose periférica, hipotermia, choque.
Dor intensa	<ul style="list-style-type: none">▪ Aguda, central (cabeça, tórax, abdome);▪ Aguda periférica em extremidades com isquemia, cianose, comprometimento da sensibilidade e movimento;▪ Luxação (ortopedia);▪ Lombalgia traumática ou não incapacitante com diminuição da função dos membros inferiores.
	<ul style="list-style-type: none">▪ Grave alteração de comportamento com risco imediato de violência perigosa ou agressão;▪ Risco imediato para si ou para outrem;▪ Agitação extrema;▪ Necessidade de contenção;▪ Paciente desmaiado;▪ Possível distúrbio metabólico, doença orgânica, intoxicação

Doença Psiquiátrica ou Comportamental	<p>exógena ou medicamentosa, impregnação;</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Avaliar passado de doença psiquiátrica para uso rápido de anti-psicóticos. <p>Atenção: hipóxia pode levar a quadro de agitação e alteração comportamental.</p>
História de Diabetes	<ul style="list-style-type: none">▪ Sudorese (hipoglicemia);▪ Alteração mental (hipo-hiperglicemia);▪ Febre;▪ Vômito;▪ Visão borrada;▪ Pulso anormal;▪ Dispneia (rápida e profunda);▪ Observar o hálito.▪ Convulsão;▪ Coma;▪ Alucinações;
Abstinência grave de Álcool e Drogas	<ul style="list-style-type: none">▪ Confusão mental;▪ Agitação;▪ Excesso de catecolaminas (taquicardia, hipertensão, febre);▪ Dor abdominal/torácica;▪ Vômito, diarreia;▪ Desidratação;▪ Cuidado com a encefalopatia hepática do cirrótico e da Síndrome de Abstinência Fetal (SAF).
Dados vitais alterados com sintomas	<ul style="list-style-type: none">▪ FC < 50 ou > 140bpm;▪ PA sist. < 90 ou > 220mmHg;▪ PA diast. > 130mmHg;▪ Tax < 35 ou > 40°C;▪ Febre em imunocomprometido ou paciente não parecer estar bem;▪ FR < 10 ou > 32 ipm; Atenção: palidez, sudorese pegajosa, fria, má perfusão, lívido reticular.
	<ul style="list-style-type: none">▪ Febre > 38,5°C e outros sintomas;▪ Quimioterapia;▪ Aids;

Imunossupressão	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Leucocitose; ▪ Uso de corticóides; ▪ Transplante. <p>Atenção: alto índice de complicações e rápida</p>	
Gravidez ≥ 20 Semanas	<p>progressão para o êxito letal.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Trabalho de parto (contrações a cada 2 minutos); ▪ Ausência de movimentos fetais; ▪ Hipertensão com ou sem cefaleia, edema, dor abdominal; ▪ Pós-parto imediato (mãe e criança). 	

Acolhimento com Classificação de Risco/ SUS – Prioridade III

URGÊNCIA

Avaliação médica em 30 min. e reavaliação a cada 30 min < 15 min. e reavaliação a cada 15 min

SINTOMA QUEIXA EVENTO	QUALIFICADORES	SINAIS DE ALERTA INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Trauma Craniano	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sem perda da consciência; ▪ Alerta Glasgow 14 e 15; ▪ Cefaleia moderada 4-7/10; ▪ Sem dor cervical; ▪ Náusea ou vômito. 	ATENÇÃO Avaliar piora do quadro
Trauma moderado	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dados vitais normais; ▪ Fraturas alinhadas, luxações, distensões, dor moderada 4- 7/10; <p>Tatuagem traumática;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ferimento menor, com sangramento compressível; ▪ Mordedura extensa; ▪ Trauma torácico com dor leve a moderada e sem dispneia; ▪ Atenção para o cão vacinado ou não e para os acidentes ofídicos. 	
Queimaduras	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Queimaduras de 2º 3º Graus em áreas não críticas, SCQ < 10%; ▪ 1º Grau > 10% SCQ, áreas não críticas; ▪ 1º Grau, face e períneo; 	



	<ul style="list-style-type: none">▪ Mãos e pés.	
Dispneia leve/moderada	<ul style="list-style-type: none">▪ Asma com dispneia ao exercício;▪ Tosse frequente;▪ Incapacidade de dormir;▪ Consegue falar frases mais longas;▪ Asma e SAT O2 entre 92-94%.	ATENÇÃO Para as internações frequentes, intubação, UTI, diagnóstico diferencial com DPOC, pneumonia, infecção de vias aéreas superiores, estridor laríngeo etc.
Dor Torácica	<ul style="list-style-type: none">▪ Dados vitais normais;▪ Localizada, emfincada;▪ Piora com a respiração profunda; Tosse, dispneia, palpitação. Ex.: dor parede torácica, pleurite, pericardite	ATENÇÃO Com idosos, diabéticos, IAM e angina prévios.
Dor Abdominal	<ul style="list-style-type: none">▪ Dados vitais normais;▪ Aguda, moderada 4-7/10;▪ Distensão abdominal;▪ Retenção urinária;▪ Prostração;▪ Febre;▪ > 65 anos.	

História de Diabetes	<ul style="list-style-type: none">▪ Desidratação acentuada;▪ Glicemia > 320 ou < 50mg/dl.	
Hemorragia Digestiva	<ul style="list-style-type: none">▪ Dados vitais normais;▪ Sangramento não atual.	ATENÇÃO Reavaliar.
Convulsão	<ul style="list-style-type: none">▪ Dados vitais normais;▪ Epilepsia prévia, crise nas últimas 24 horas;▪ Primeiro episódio, mas curto (< 5 minutos);▪ Pós-comicial, mas alerta;▪ Respiração normal.	ATENÇÃO para a presença de febre e vômitos.
Doença Psiquiátrica ou Comportamental	<ul style="list-style-type: none">▪ Agitação menos intensa, mas consciente;▪ Risco para si ou para outrem;▪ Estados de pânico;▪ Potencialmente agressivo;▪ Alucinação, desorientação.	ATENÇÃO para a história clínica e relato familiar.
Dor	<ul style="list-style-type: none">▪ Dados vitais normais;▪ Intensa 8-10/10, central e crônica;▪ Intensa, aguda, periférica (pele, partes moles);▪ Aguda moderada 4-7/10, central;▪ Enxaqueca;▪ Cólica renal;▪ Dor abdominal com vômitos, febre, disúria ou gravidez;▪ Lombalgia que impede deambulação ou irradia para os membros inferiores;▪ Intensa, aguda, em membros inferiores, sem trauma ou isquemia.	ATENÇÃO para o estado emocional: quem grita nem sempre tem tanta dor quanto quem somente chora.



Diarreia e vômitos com desidratação	<ul style="list-style-type: none">▪ Persistentes;▪ Letargia;▪ Mucosas ressecadas;▪ Turgor pastoso.	CUIDADO Pode se tornar vermelho.
Articulações, partes moles	<ul style="list-style-type: none">▪ Processo inflamatório (dor, calor, rubor e edema) em membros ou articulações.	ATENÇÃO para os quadros alérgicos.
Situações especiais	<ul style="list-style-type: none">▪ Vítimas de Abusos sexuais;▪ Pacientes escoltados;▪ Acamados;▪ Acidente perfurocortante com material biológico;▪ Pacientes que fazem diálise.	ATENÇÃO para a profilaxia para HIV/hepatite e gravidez nos casos de estupro.

Dados vitais alterados sem sintomas	<ul style="list-style-type: none">▪ FC < 50 ou > 140bpm;▪ PA sist. 90 ou > 220mmHg;▪ PA diast. > 130mmHg;▪ Febre > 38,5°C;▪ FR > 32ipm.	
--	---	--

k.5. Acolhimento com Classificação de Risco/ SUS – Prioridade IV

MENOR URGÊNCIA:

avaliação médica < 1 hora e reavaliação a cada 1 hora

SINTOMA QUEIXA EVENTO	QUALIFICADORES	SINAIS DE ALERTA INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Trauma menor	<ul style="list-style-type: none">▪ Dados vitais normais;▪ Trauma torácico sem dor nas costelas e sem dispneia;▪ Distensões, contusões, torções;▪ Fratura possível;▪ Lacerações que requerem investigação;▪ Mordedura não extensa;▪ Dor moderada 4-7/10;▪ >6 horas do evento, < 10 dias.	
Dados vitais alterados	<ul style="list-style-type: none">▪ Assintomático;▪ PA sist. entre 200-220 mmHg;▪ PA diast. entre 110-130 mmHg;▪ Febre < 38,5°C.	



Queimaduras e Feridas	<ul style="list-style-type: none">▪ Queimaduras de 1º grau, <10% área não crítica;▪ Feridas com Febre;▪ Miíase com infestação intensa.	
Dor Abdominal	<ul style="list-style-type: none">▪ Dados vitais normais;▪ Aguda, moderada 4-7/10;▪ Ausência de prostração, toxemia, gravidade clínica.	
Cefaleia	<ul style="list-style-type: none">▪ Não súbita;▪ Não intensa <7/10;▪ Não enxaqueca;▪ Rinorreia purulenta;▪ Sem fator de risco;▪ Dados vitais normais.	
Dor Torácica	<ul style="list-style-type: none">▪ Dados vitais normais;▪ Não – Aguda;▪ Moderada 4-7/10;▪ Sem dispnéia;▪ Sem cardiopatia prévia;▪ Tipo pleurítica (dói quando respira profundamente ou tosse).	
SINTOMA EVENTO	QUEIXA QUALIFICADORES	SINAIS DE ALERTA INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Doença Psiquiátrica ou Comportamental	<ul style="list-style-type: none">▪ Dados vitais normais;▪ Pensamentos suicidas;▪ Gesticulando, mas não agitado;▪ Sem risco imediato para si ou para outrem com acompanhante.	ATENÇÃO Caso esteja solitário, deixe o paciente em lugar tranquilo e seguro
Dor	<ul style="list-style-type: none">▪ Intensa 8-10/10 crônica, periférica;▪ Moderada 4-7/10 aguda, central;▪ Cefaleia aguda ou subaguda, não súbita;▪ Moderada, aguda e periférica;▪ Lombalgia mais intensa;▪ Artralgia com limitações sem sinais flogose em membros inferiores, etc.	ATENÇÃO Excluir placas amigdalíneas, abscesso periamigdalíneo, pneumonia, dengue e cuidado com crianças e idosos
Sintomas gripais	<ul style="list-style-type: none">▪ Dor de garganta intensa;▪ Dor de ouvido;▪ Tosse produtiva;▪ Rinorreia purulenta;▪ Febre < 38,5°C;▪ Mialgia.	

Vômitos e diarreia sem desidratação	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vômitos e diarreia sem desidratação; ▪ Dados vitais normais; ▪ Mucosas úmidas; ▪ Diurese normal; ▪ Turgor da pele normal; ▪ <5 – 10 evacuações/dia; ▪ <5 – 10 vômitos/dia. 	
Situações especiais	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Idade > 65 anos e < 12; ▪ Deficientes físicos; ▪ Grávidas; ▪ Impossibilidade de deambulação; ▪ Retorno em período < 24 horas por ausência de melhora dos sintomas; ▪ Troca de Sonda nasoenteral ou de sonda vesical de demora; ▪ Portadores de doenças crônicas e raras, falcêmicos, de lupus etc. 	
ATENÇÃO	O verde aguardará o atendimento, mas será informado que seu tempo de espera será maior e que os pacientes mais graves serão atendidos antes.	

k.6. Acolhimento com Classificação de Risco/ SUS – Prioridade V

SINTOMA QUEIXA EVENTO	QUALIFICADORES	SINAIS DE ALERTA INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Trauma menor	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dor leve; ▪ Contusões; ▪ Escoriações; ▪ Ferimentos que não requerem fechamento; ▪ Mialgia; ▪ Distensões. 	<p>ATENÇÃO</p> <p>para os casos que envolvem agressão e lesão corporal.</p>
Feridas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Limpa, sem sinais sistêmicos de infecção; ▪ Infecção local, com necrose; ▪ Controle de úlceras crônicas; ▪ Retirada de pontos; ▪ Escaras sem repercussão sistêmica; 	<p>ATENÇÃO</p> <p>para os casos de necrose em feridas – podem gerar dúvidas.</p>



	<ul style="list-style-type: none">▪ Queimaduras de 1º grau, pequenas e em áreas não críticas.	
Sintomas gripais	<ul style="list-style-type: none">▪ Coriza;▪ Dor de garganta;▪ Queixas leves;▪ Sem sintomas respiratórios;▪ Dados vitais normais.	
Dor Abdominal	<ul style="list-style-type: none">▪ Dados vitais normais;▪ Dor aguda, leve < 4/10;▪ Constipação intestinal;▪ Crônica ou recorrente;	ATENÇÃO para os casos de idosos e crianças com possibilidade de sub-oclusão, fecaloma e intussuscepção.
Dor leve a moderada	<ul style="list-style-type: none">▪ Crônica, central ou periférica;▪ Dor torácica superficial, crônica, pior à compressão;▪ Lombalgia crônica, não traumática;▪ Em membros inferiores ou articulações, crônica, sem sinais inflamatórios;▪ Disúria.	
Vômito ou diarreia	<ul style="list-style-type: none">▪ Sem desidratação;▪ Estado físico e mental normal;▪ Dados vitais normais.	
Doença Psiquiátrica ou Comportamental	<ul style="list-style-type: none">▪ Depressão crônica ou recorrente;▪ Problemas com a polícia;▪ Crise social;▪ Impulsividade;▪ Insônia;▪ Estado mental aparentemente normal;▪ Dados vitais normais.	
Outras situações	<ul style="list-style-type: none">▪ Curativos;▪ Trocas ou requisições de receitas;▪ Avaliações de exames;▪ Imunizações;▪ Solicitação de atestados médicos;▪ Pedidos de exames.	
ATENÇÃO	AZUL: pacientes que deverão ser orientados a procurar o centro de saúde de sua referência, com encaminhamento por escrito ou contato telefônico prévio, com a garantia do atendimento, que poderá ser no dia seguinte ou agendado oportunamente, dependendo de cada caso.	

a. Protocolos Pediátricos

I.1. Acolhimento e Classificação de Risco em Pediatria Sinais de perigo em pediatria:

Letargia / prostração;
Gemência;
Não consegue mamar ou beber;
Vomita tudo que ingere;
Presença de petéquias /equimoses.

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE, AIDPI Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Brasília, 2003.

I.2. Frequência Cardíaca por Faixa Etária Frequência - batimentos cardíacos/minuto

IDADE	FREQUÊNCIA CARDÍACA	BRADICARDIA	TAQUICARDIA
Recém nato	130 – 160	80	200
Lactente	120 – 140	80	180
Pré-escolar	100-120	80	180
Escolar	90-100	60	180
Adolescente	80	60	160

Fonte: American Heart Association, Pals Provider Manual, 2010.

I.3. Frequência Respiratória por Faixa Etária Movimentos respiratórios/minuto

IDADE	FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	TAQUIPNEIA
Recém nato	40-45	60
Lactente	30-40	50
Pré-escolar	20-25	40
Escolar	18-20	30
Adolescente	16-20	30

Fonte: American Heart Association, Pals Provider Manual, 2010.

I.4. Pressão arterial sistólica mínima

IDADE	PASM
Até 01 mês	60mmhg
No primeiro ano	70mmhg
De 1 ano a 10 anos	70+2x (idade em anos)
>10 anos	90mmhg

Fonte: American Heart Association, Pals Provider Manual, 2010.

Zonas de Kramer (Icterícia Neonatal)

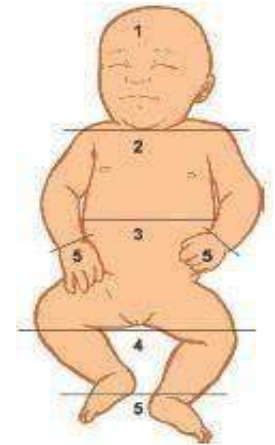
Zona 1. Icterícia de cabeça e pescoço (BT = 6mg/dl)

Zona 2. Icterícia até no umbigo (BT = 9mg/dl)

Zona 3. Icterícia até os joelhos (BT = 12mg/dl)

Zona 4. Icterícia até os tornozelos e/ou antebraço (BT = 15mg/dl)

Zona 5. Icterícia até região plantar e palmar (BT = 18mg/dl ou mais)



Kramer, L. Advancement of Dermal Icterus in the Jaundice Newborn. Am J Dis Child, 118: 454 – 458, 1969.

SINTOMA EVENTO	QUEIXA	QUALIFICADORES	SINAIS DE ALERTA IMPORTANTES	INFORMAÇÕES
PCR		<ul style="list-style-type: none"> Parada cardíaca; Iminência de parada. 		
Trauma grave		<ul style="list-style-type: none"> Lesão grave de único ou múltiplos sistemas; Trauma craniano – ECG 3 a 8; Grande queimado > 20% AC ou com comprometimento de via aérea; Trauma torácico ou abdominal ou craniano com perfuração; Afogamento, amputação traumática, fratura com exposição óssea; Hemorragia aguda. 		
Insuficiência Respiratória		<ul style="list-style-type: none"> Obstrução de via aérea superior com respiração anormal (estridor em repouso); Apneia / bradpneia / gemência no lactente; Sinais de desconforto respiratório grave – tiragem subcostal intensa, taquipneia; Cianose (So₂ < 90%). 		
Insuficiência Respiratória		<ul style="list-style-type: none"> Obstrução de via aérea superior com respiração anormal (estridor em repouso); Apneia / bradpneia / gemência no lactente; 		



	<ul style="list-style-type: none">▪ Sinais de desconforto respiratório grave – tiragem subcostal intensa, taquipneia;▪ Cianose (So₂ < 90%).	
Choque	<ul style="list-style-type: none">▪ Taquicardia, pulso periférico fino, pele e extremidades frias, ausência de diurese nas últimas 4 horas.	
Quadro neurológico a esclarecer na criança inconsciente	<ul style="list-style-type: none">▪ Mal convulsivo.	

SINTOMA QUEIXA EVENTO	QUALIFICADORES	SINAIS DE ALERTA INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Trauma moderado	<ul style="list-style-type: none">▪ Craniano – ECG 9 a 13;▪ Torácico sem dispneia;▪ Abdominal fechado;▪ Membros – fraturas alinhadas ou luxações.	
Crise convulsiva ou Estado Pós-Comicial		
Cefaleia Intensa/ Vômitos		
Acidente com animal peçonhento	<ul style="list-style-type: none">▪ Sem alteração hemodinâmica.	
Vítima de violência sexual ou abuso sexual		
Mordedura de face ou de grande extensão		
Doente psiquiátrico	<ul style="list-style-type: none">▪ Sem agitação motora.	
Intoxicação exógena	<ul style="list-style-type: none">▪ Medicamentos, álcool, cocaína, crack, 'cola de sapateiro'.	
Dor intensa		
Sinais de irritação meníngea	<ul style="list-style-type: none">▪ Rigidez de nuca ou Abaulamento de fontanela.	



Contusão com distensão Abdominal ou Vômitos (RN)	▪ RN.	
Febre ou Hipotermia	▪ RN ou lactente com < 3 meses.	
Onfalite (RN)	▪ RN.	
Icterícia Extensa no Neonato	▪ Zona 3 a 5 de Kramer.	
Icterícia persistente no lactente < 3 meses		Atenção para anomalia congênita de vias biliares.



LOCAL DE ATENDIMENTO: SALA VERMELHA OU AMARELA.

SINTOMA QUEIXA EVENTO	QUALIFICADORES	SINAIS DE ALERTA INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Presença de qualquer dos sinais de perigo	<ul style="list-style-type: none">▪ Letargia;▪ Prostração;▪ Gemência;▪ Vomita tudo que ingerir.	
Desconforto respiratório leve	<ul style="list-style-type: none">▪ Taquipneia sem esforço ou com tiragem intercostal leve, estridor ao choro, sem cianose.	
Desidratação sem choque	<ul style="list-style-type: none">▪ Taquicardia, olhos fundos, boca seca e fontanela deprimida nos lactentes.	
Trauma leve	<ul style="list-style-type: none">▪ Craniano – Escala de Glasgow 4/15;▪ Mecanismo de baixa energia;▪ Contusões / luxações.	
Queimadura de 2º e 3º grau	<ul style="list-style-type: none">▪ Área não crítica, não circular, SCQ < 10% ou 1º grau.	
Febre	<ul style="list-style-type: none">▪ Lactente > 3 meses a 1 ano de idade.	
Letargia ou Hipoatividade		ATENÇÃO

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ RN. 	para infecção, hipoglicemia (fazer glicemia capilar).
Quadro neurológico a esclarecer	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Na criança lúcida (hipotonia, flacidez). 	
Processo inflamatório	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nas articulações / partes moles – artrite (grande articulação), celulite de face. 	
Míiase intensa com celulite associada		



SERÃO SUBMETIDOS À CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. LOCAL DE ATENDIMENTO: ÁREA DE PACIENTES SEMI-CRÍTICO.

SINTOMA QUEIXA EVENTO	QUALIFICADORES	SINAIS DE ALERTA INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Ausência de sinais de perigo		
Avaliação neurológica Normal / Estável	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Criança > 1 ano com febre; ▪ Estabilidade hemodinâmica, respiratória e neurológica. 	
Febre	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Criança > 1 ano com estabilidade hemodinâmica, respiratória e neurológica. 	
Doença crônica	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Em uso de droga imunossupressora (corticóide oral, quimioterápico, imunobiológico); ▪ Encefalopatia crônica, bronquiolite obliterante, broncodisplasia, fibrose cística, anemia falciforme, cardiopatia congênita, doenças onco- hematológica, doença renal crônica, diabetes mellitus, lupus eritematoso sistêmico, imunodeficiência primária ou 	



	adquirida.	
Queimadura de 1º grau		
Feridas infectadas	▪ Sem celulite circundante.	
Doença Psiquiátrica Comportamental		
Cefaleia não súbita, não intensa		
Estomatite		
Míiase		
Otorreia		
Impetigo	▪ Pústulas ou vesículas superficiais na pele.	
Conjuntivite	▪ Sem celulite.	
Dificuldade para mamar	▪ Pega no seio materno.	ATENÇÃO para hipoglicemia (glicemia < 40mg) – fazer glicemia capilar.



Sintomas gripais	▪ Dor de garganta, tosse produtiva.	
------------------	-------------------------------------	--

SINTOMA QUEIXA EVENTO	QUALIFICADORES	SINAIS DE ALERTA INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Ausência de sinais de perigo		
Ausência de sinais de desconforto respiratório		
Avaliação neurológica Normal / Estável		
Ausência de sinais de choque ou desidratação		
Assadura	▪ Não extensa no períneo.	
Cólica ou Constipação	▪ Sem outros sinais ou sintomas associados.	
Lesões Cutâneas	▪ Sem sangramento.	
Milium	▪ Pequenos pontinhos amarelos no nariz (RN).	
Retirada de Pontos		OBSERVAÇÃO Crianças com esses sinais e sintomas deverão ser

Resfriado sem febre	• Coriza, obstrução nasal sem dificuldade respiratória.	encaminhadas responsabilmente à rede básica de saúde.
Curativo simples		
Criança de qualquer idade sem febre ou hipotermia		

Avaliação da dor (EVA)

Figura 1 – A Escala Visual Analógica (EVA) consiste num instrumento de avaliação subjetiva da intensidade da dor da mulher



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

Dicas de como abordar a paciente:

- Você tem dor?
- Em uma escala de 0 a 10, como você classifica sua dor, considerando como 0 'nenhuma dor' e 10 'a pior dor que você pode imaginar'?
- Observação:
 - a) Se não tiver dor, a classificação é zero;
 - b) Se a dor for moderada, seu nível de referência é 4 a 6;
 - c) Se for intensa, seu nível de referência é 7 a 10.

Fluxogramas de CR:

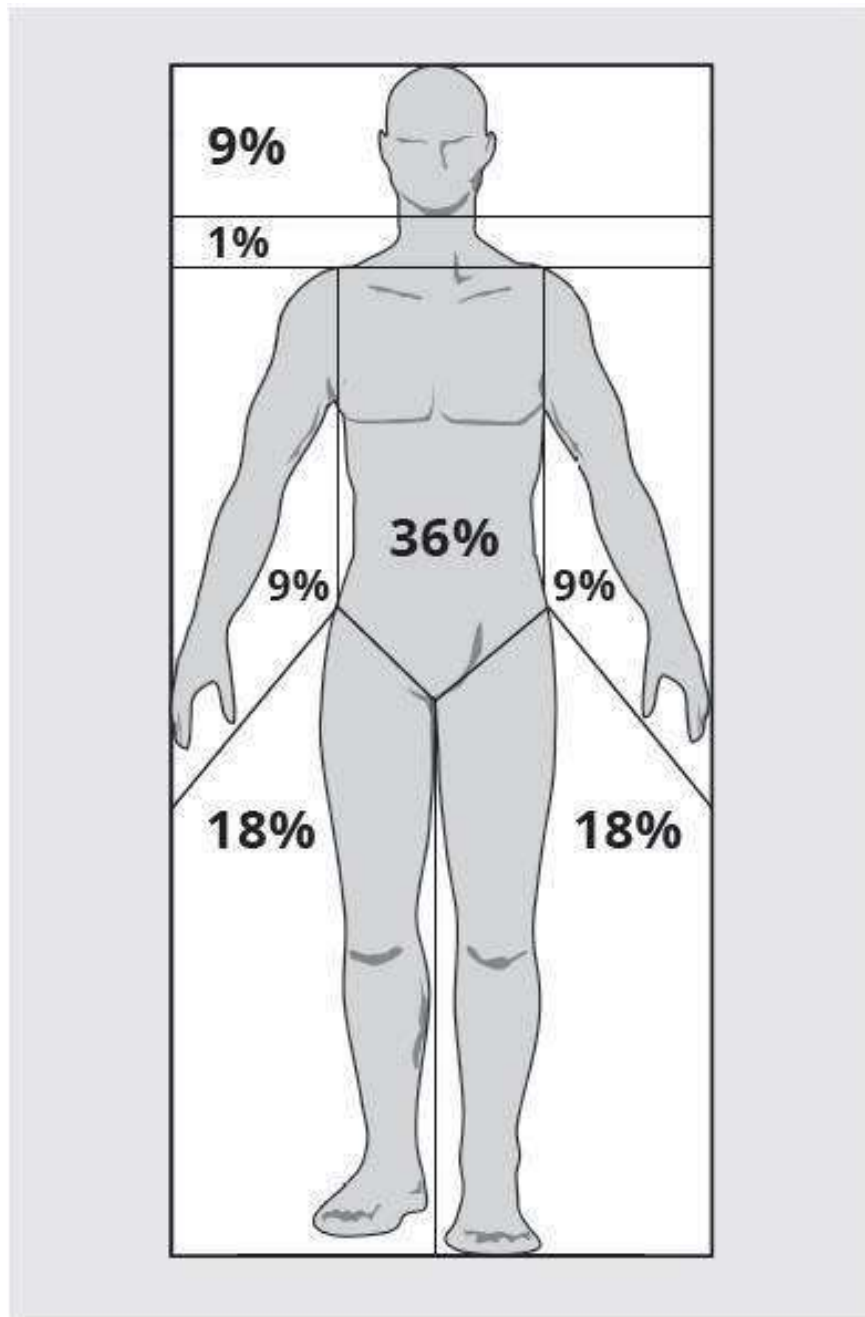
1. Desmaio / mal estar geral;
2. Dor abdominal / lombar / contrações uterinas;
3. Dor de cabeça, tontura, vertigem;
4. Falta de ar;
5. Febre / sinais de infecção;
6. Náuseas e vômitos;
7. Perda de líquido vaginal / secreções;

8. Perda de sangue via vaginal;
9. Queixas urinárias;
10. Parada / redução de movimentos fetais;
11. Relato de convulsão;
12. Outras queixas / pacientes encaminhadas de outras unidades sem referenciamento.

Classificação de Risco – Passos

1. Avaliar nível de consciência / estado mental;
2. Verificar ventilação e circulação / dados vitais;
3. Avaliar a dor;
4. Avaliar sinais e sintomas;
5. Considere os fatores de risco.

Classificação de superfície corporal queimada



Roteiro de avaliação de classificação de risco para as seguintes especialidades:

Oftalmologia

VERMELHO

Acidente com substâncias corrosivas ácidas ou alcalinas (ácido de bateria, água sanitária, cal, gasolina, querosene etc.);



Dor ocular aguda, intensa, com náuseas, vômitos – idoso – glaucoma agudo; Lacrimejamento intenso, dificuldade de abrir um ou os dois olhos, sensação de corpo estranho ocular (ceratiteactínicas, corpo estranho corneano).

LARANJA

Edema palpebral dificultando a abertura de um ou dos dois olhos, dor ocular, ruborpalpebral, dificuldade para movimentar o olho acometido (celulite orbitária).

AMARELO

Ceratite, uveíte; Abscesso em pálpebras;

Hiperemia ocular intensa com embaçamento visual, fobia e dor moderada (uveítes);

Trauma contuso ocular com dor/ou diminuição da acuidade visual; Perda súbita de visão (até 72 horas);

Oclusão da artéria central da retina ou deslocamento da retina; Feridas oculares;

Dor ocular em pacientes recém-operados neste hospital (até 30 dias) – pacientes operados em outro hospital deverão retornar ao hospital de origem.

VERDE

Visão dupla (Diplopia);

Avaliação pela oftalmologia (referenciar consulta neurológica).

AZUL

Pequeno abscesso palpebral (Hordéolo, Cisto calázio); avaliação de resultados de exames; atestados médicos; curativos;

Queixas crônicas sem alterações agudas; requisição ou troca de receitas médicas; Exame de refração (receita de óculos); hiperemia ocular; conjuntivite viral, bacteriana e alérgica.

Cirurgia Vascular

VERMELHO

- Sangramento ativo em qualquer área, principalmente em trajeto de vaso;
- Sincope + dor abdominal + palidez cutâneo mucosa: pode ser aneurisma roto;
- Paciente com relato de trombose venosa profunda e dispneia: Embolia Pulmonar.

LARANJA

- Extremidade fria unilateral;
- Paciente com relato de aneurisma abdominal com dor abdominal intensa e/ou relato de desmaio.

AMARELO



- Pédiabético, sinais flogísticos, necrose. Sedes compensado → Clínica Médica;
- Edema unilateral: pode ser trombose;
- Pós-operatório de cirurgia vascular (de qualquer unidade hospitalar) com relato de edema, febre ou diminuição de temperatura do membro com saída de secreção da ferida operatória;
- 'Caroço' em trajeto desafenainterna: pode ser tromboflebite desafenainterna;
- Paciente em tratamento de trombose em uso de anticoagulante oral e apresentando sangramento pela gengiva ou pela urina ou com muitos hematomas.

VERDE

- Erisipela: paciente com febre, calafrio, bolhas + vermelhidão na perna e no braço;
- Pode ser encaminhado para a clínica médica;
- Dor na perna e no braço com temperatura das extremidades normal e sem edemas e feridas;
- Úlcera de perna crônica sem febre e/ou secreção nesta ferida.

AZUL

- Cirurgia eletiva de varizes; escleroterapia de veias;
- Tratamento de linfedema; pesquisa de trombofilia;
- Confecção de fístula arteriovenosa eletiva; biópsia de úlcera.

Otorrinolaringologia

VERMELHO

- Sangramento nasal abundante (risco alto);
- Asfixia com Corpo Estranho (CE), dispneia e cianose (risco alto);
- Engasgo com CE (risco alto).

LARANJA

- Corpo estranho na laringe.

AMARELO

- CE orgânicos (vivos, objetos) no canal auditivo, com sinais de incômodo intenso (risco médio);
- Sangramento nasal com evidência de sangramento discreto (risco médio);
- Trauma nasal (risco médio).

VERDE

- CE orgânicos (vivos, objetos) sem sinais de incômodo intenso;
- Sangramento auricular, sem CE;
- Dor de ouvido de início recente (24 h) com limitações;
- Dor de cabeça periorbitário/celulite;
- Sangramento nasal, hoje, sem evidências de sangramento ativo;
- CE nasal, canal, auditivo, faringe ou laringe;
- Dor de garganta com limitações de fala e abertura de boca.



AZUL

- Dor de ouvido de início (+ de 24h) sem agravamento (sem risco);
- Não estou ouvindo (sem risco);
- Cera no ouvido (sem risco);
- Zumbidos (sem risco);
- Tontura rotatória incapacitante;
- Tontura rotatória não incapacitante;
- Obstrução nasal (sem risco);
- Sangramento nasal (sem risco);
- Sangramento nasal há mais de 24h;

Dor de garganta sem li **Urologia**

VERMELHO

- Critério de gravidade: queda do estado geral e febre associada à dor lombar;
- Trauma urogenital: encaminhar diretamente ao serviço de urologia;
 - Gangrena de Fournier;
 - Sepsé urinária

LARANJA

- Queda do estado geral e febre associado a dor lombar.

AMARELO

- Hematúria;
- Dor lombar (sugestiva de cólica nefrética);
- Orquialgia: dor testicular com menos de 15 dias (aguda).

VERDE

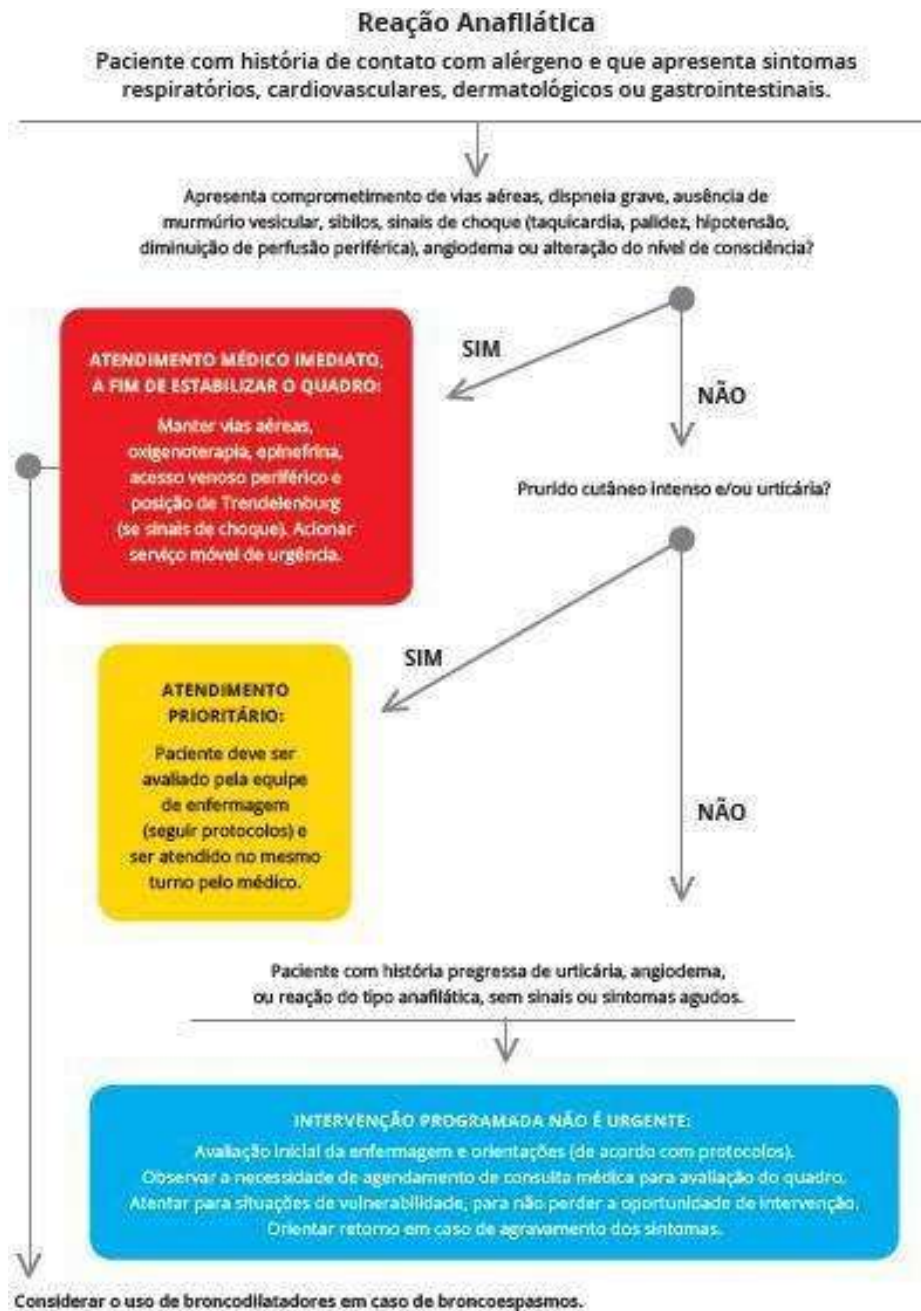
- Retenção urinária aguda;
 - Infecção do trato urinário: baixo;
- (disúria, desconforto miccional, sem febre).

AZUL

- DST – encaminhar à UBS;
 - Orquialgia (dor testicular) há mais de 15 dias (crônica);
 - Check-up de próstata;
 - Exames específicos;
 - Biópsia de próstata.
- mitações.

Fluxogramas de queixas comuns no atendimento de urgência e emergência:

- Demanda espontânea em urgência/ emergências



Cefaleia

Paciente com queixa de cefaleia

Apresenta comprometimento de vias aéreas, dispnéia grave, ausência de murmúrio vesicular, sibilos, sinais de choque (taquicardia, palidez, hipotensão, diminuição de perfusão periférica), angioedema ou alteração do nível de consciência?

ATENDIMENTO MÉDICO IMEDIATO, A FIM DE ESTABILIZAR O QUADRO:

Manter vias aéreas, oxigenoterapia, epinefrina, acesso venoso periférico e posição de Trendelenburg (se sinais de choque). Acionar serviço móvel de urgência.

SIM
NÃO

Alteração do nível de consciência? Ver escala de Glasgow. Dor muito forte/moderada? Febre alta? Alteração da visão? Alterações de pele? Sinal de meningismo? Sinal neurológico focal?

ATENDIMENTO PRIORITÁRIO:

Paciente deve ser avaliado pela equipe de enfermagem (seguir protocolos) e ser atendido no mesmo turno pelo médico.

SIM
NÃO

Alterada? Dor leve? História de febre?

ATENDIMENTO NO DIA:

Paciente deve ser avaliado pela equipe de enfermagem (seguir protocolos), seguido de orientação e, se necessário, atendimento médico.

SIM
NÃO

Vômito? Algum outro problema agudo no momento?

INTERVENÇÃO PROGRAMADA NÃO É URGENTE:

Avaliação inicial da enfermagem e orientações (de acordo com protocolos). Observar a necessidade de agendamento de consulta médica para avaliação do quadro. Atentar para situações de vulnerabilidade para não perder a oportunidade de intervenção. Orientar retorno em caso de agravamento dos sintomas.

SIM
NÃO

Diarreia e/ou vômito

Paciente com queixa de diarreia e/ou vômito

Apresenta comprometimento de vias aéreas, dispnéia grave, ausência de murmúrio vesicular, sibilos, sinais de choque (taquicardia, palidez, hipotensão, diminuição de perfusão periférica), angiodema ou alteração do nível de consciência? Dor severa? Hematêmase? Hematoquesia? Melena ou retorragia?

ATENDIMENTO MÉDICO IMEDIATO, A FIM DE ESTABILIZAR O QUADRO:

Manter vias aéreas, oxigenoterapia, epinefrina, acesso venoso periférico e posição de Trendelenburg (se sinais de choque). Acionar serviço móvel de urgência.

SIM

NÃO

Dor moderada? Diarreia intensa? Sinais de desidratação? História de fezes pretas ou com sangue? História de hematêmase? Vômitos persistentes?

ATENDIMENTO PRIORITÁRIO:

Paciente deve ser avaliado pela equipe de enfermagem (seguir protocolos), realizar reidratação oral e orientações gerais. Avaliação médica no mesmo turno, verificar se há necessidade de chamar serviço de urgência. Solicitar retorno breve para reavaliar o quadro.

SIM

NÃO

Dor? Vômito? Diarreia? Outro problema agudo no momento?

ATENDIMENTO NO DIA:

Paciente deve ser avaliado pela equipe de enfermagem (seguir protocolos), seguido de orientação e, se necessário, atendimento médico.

SIM

NÃO

INTERVENÇÃO PROGRAMADA NÃO É URGENTE:

Avaliação inicial da enfermagem e orientações (de acordo com protocolos). Observar a necessidade de agendamento de consulta médica para avaliação do quadro. Atentar para situações de vulnerabilidade para não perder a oportunidade de intervenção. Orientar retorno em caso de agravamento dos sintomas.

Alterações Glicêmicas

Paciente diabético com queixas relacionadas a alterações glicêmicas:

Apresenta comprometimento de vias aéreas, dispnéia grave, ausência de murmúrio vesicular, sibilos, sinais de choque (taquicardia, palidez, hipotensão, diminuição de perfusão periférica), angiodema ou alteração do nível de consciência?

ATENDIMENTO MÉDICO IMEDIATO, A FIM DE ESTABILIZAR O QUADRO:
Manter vias aéreas, oxigenoterapia, epinefrina, acesso venoso periférico e posição de Trendelenburg (se sinais de choque). Acionar serviço móvel de urgência.



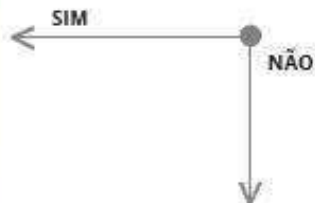
Hipoglicemia associada a vômitos, fraqueza muscular, dor abdominal com defesa, sinais de desidratação, hipotensão, taquipneia, hálito cetônico, fraqueza, sonolência, alteração da consciência? Febre?

ATENDIMENTO PRIORITÁRIO:
Paciente deve ser avaliado pela equipe de enfermagem (seguir protocolos), realizar reidratação oral e orientações gerais. Avaliação médica no mesmo turno, verificar se há necessidade de chamar serviço de urgência. Solicitar retorno breve para reavaliar o quadro.



Hiperglicemia sem sinais ou sintomas associados? Vômitos persistentes?

ATENDIMENTO NO DIA:
Paciente deve ser avaliado pela equipe de enfermagem (seguir protocolos), seguido de orientação e, se necessário, atendimento médico.



Vômito? Algum outro problema agudo no momento?



INTERVENÇÃO PROGRAMADA NÃO É URGENTE:
Avaliação inicial da enfermagem e orientações (de acordo com protocolos). Observar a necessidade de agendamento de consulta médica para avaliação do quadro. Atentar para situações de vulnerabilidade para não perder a oportunidade de intervenção. Orientar retorno em caso de agravamento dos sintomas.

Dor Abdominal

Paciente com queixa de dor abdominal

Apresenta comprometimento de vias aéreas, dispnéia grave, ausência de murmúrio vesicular, sibilos, sinais de choque (taquicardia, palidez, hipotensão, diminuição de perfusão periférica), angiodema ou alteração do nível de consciência; angiodema ou púrpura associado à febre?

ATENDIMENTO MÉDICO IMEDIATO, A FIM DE ESTABILIZAR O QUADRO:

Manter vias aéreas, oxigenoterapia, epinefrina, acesso venoso periférico e posição de Trendelenburg (se sinais de choque). Acionar serviço móvel de urgência.

SIM

NÃO

ATENDIMENTO PRIORITÁRIO:

Avaliação e tratamento do quadro agudo. Avaliar a necessidade de referenciar a um serviço de urgência. Retorno breve para a reavaliação do quadro.

Dor moderada? Diarreia intensa? Sinais de desidratação? História de fezes pretas ou com sangue? História de hematemase? Vômitos persistentes?

SIM

NÃO

ATENDIMENTO NO DIA:

Paciente deve ser avaliado pela equipe de enfermagem (seguir protocolos), seguido de orientação e, se necessário, atendimento médico.

Sintoma recente, dor leve, ou história de febre? Problema recente associado?

SIM

NÃO

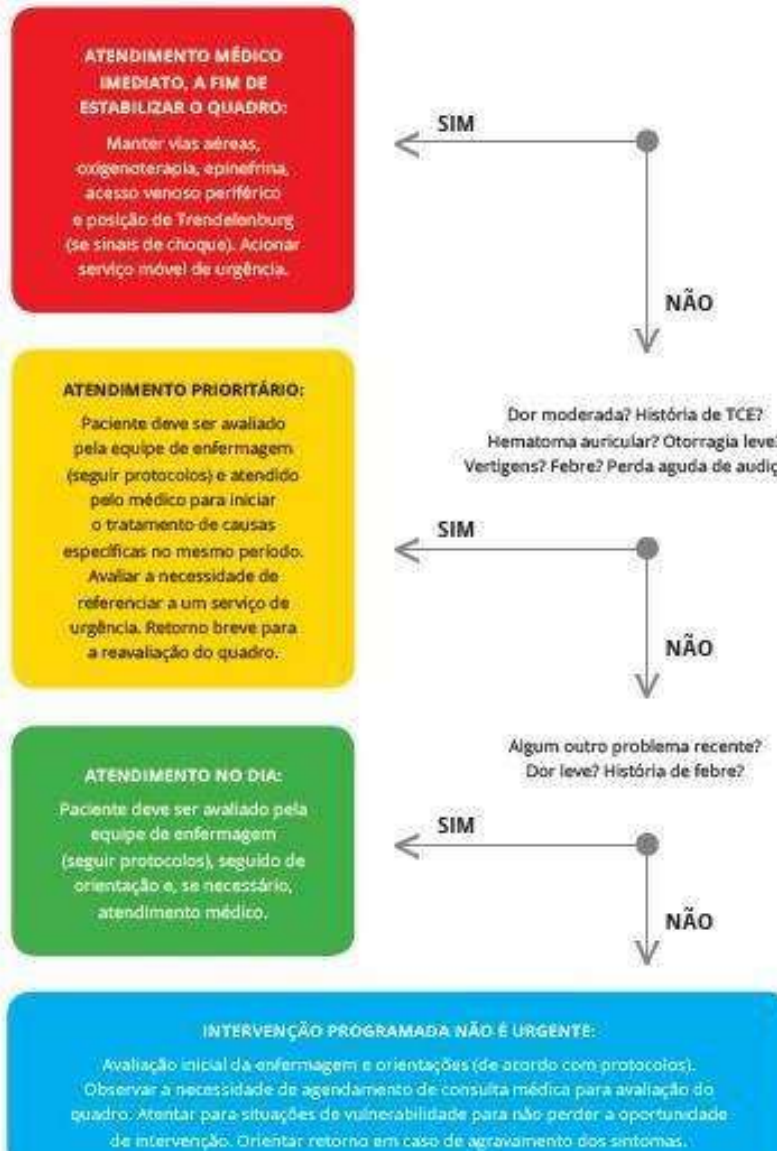
INTERVENÇÃO PROGRAMADA NÃO É URGENTE:

Avaliação inicial da enfermagem e orientações (de acordo com protocolos). Observar a necessidade de agendamento de consulta médica para avaliação do quadro. Atentar para situações de vulnerabilidade para não perder a oportunidade de intervenção. Orientar retorno em caso de agravamento dos sintomas.

Dor de Ouvdo

Paciente com queixa de dor ou outro problema no ouvido

Apresenta comprometimento de vias aéreas, dispneia grave, ausência de murmúrio vesicular, sibilos, sinais de choque (taquicardia, palidez, hipotensão, diminuição de perfusão periférica), angiodema ou alteração do nível de consciência; dor severa? Febre alta? Otorragia grave (grave hemorragia incontrolável no ouvido)



a. Protocolo da dor

»»» Conceito de Dor

A Associação Internacional para o Estudo da Dor – IASP – define a dor como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma lesão tecidual, real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão.

»»» Classificação da Dor

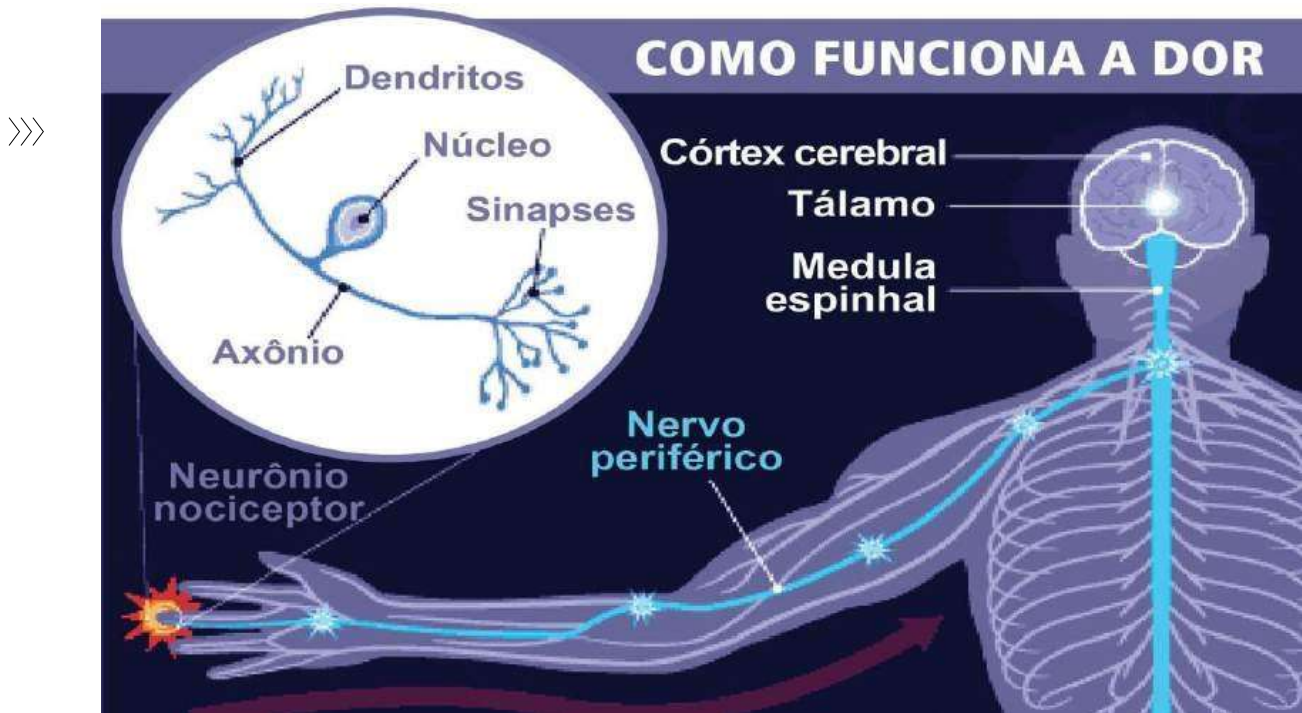
DURAÇÃO	Aguda < 3 meses Crônica > 3 meses
MECANISMO	Nociceptiva: somática e visceral Neuropática: periférica, central e de manutenção simpática Disfuncional Mista (combinação entre as anteriores)
LOCALIZAÇÃO	Somática Visceral
INTENSIDADE	Leve Moderada Forte Intensa
ETIOLOGIA	Infecçiosa, por câncer, genética, degenerativa, pós-traumática, pós-cirúrgica, autoimune, inflamatória , metabólica, tóxica, disfuncional e psicológica

»»» Fisiopatologia da Dor

A liberação de substâncias inflamatórias e os estímulos periféricos mecânicos, químicos e térmicos ocasionam a estimulação de receptores localizados nas fibras A Delta e C, denominados nociceptores. Esta estimulação resulta na transmissão do impulso doloroso através destas fibras até o corno posterior da medula espinhal, principalmente nas lâminas I, II e V. Nestas lâminas, cada fibra faz conexão com um segundo neurônio que formam dois tratos: o neoespinotalâmico e o paleoespinotalâmico. Neste trajeto, ocorre a ligação com o sistema límbico, responsável pela característica afetivo motivacional e agrega a experiência dolorosa individual (figura 1). Do tálamo partem as conexões para o córtex. É importante lembrar que, neste trajeto ascendente, as fibras também estimulam centros

descendentes inibitórios da dor, que tentam impedir a ascensão dos estímulos dolorosos. Estes centros formam o sistema inibitório de dor.

Figura 1



Desta forma, entendemos que a dor é o resultado das ações que provocam e inibem a dor. Este conceito é importante porque dessa forma determinamos a estratégia terapêutica, aumentando os mecanismos que diminuem a sensibilização nociceptiva periférica e central, inibindo os mecanismos algôncios.

Identificando a Dor Neuropática

Dor neuropática é definida como aquela iniciada ou causada por uma lesão primária do sistema somatossensorial. Pode decorrer de lesão incisional ou por esmagamento do tecido nervoso e agressões nutricionais, químicas, isquêmicas, metabólicas, neoplásicas ou paraneoplásicas do sistema nervoso periférico ou central.

Como já referido anteriormente, a dor mantida leva à sensibilização das vias de dor, isto é, aumento do número de receptores e neurotransmissores. Então, estas vias ficarão muito mais sensíveis dispararão (dor) com estímulos às vezes até sutis. O mesmo ocorre quando há a lesão do nervo e, nesta situação, a dor seria qualificada como dor neuropática. Já a dor disfuncional se caracteriza por ausência de uma lesão, porém o paciente refere frequentemente queixa de dor, fadiga, sono não reparador, ansiedade e depressão, no conjunto de uma desordem funcional. Exemplificando, temos as síndromes da fadiga crônica, do cólon irritável, a fibromialgia e o transtorno de estresse pós-traumático. Estas síndromes somáticas funcionais têm grandes implicações socioculturais e econômicas.

Tanto a dor neuropática como a dor disfuncional são percebidas ou descritas como queimação, lancinante ou punhalada, vibrátil, em formigamento. A sensibilidade na área afetada envolvida pela dor é habitualmente anormal. Por exemplo, estímulos não nódicos (como toque, pressão leve ou temperatura) são frequentemente amplificados, de modo a se tornarem hiperalgésicos. A sensação causada pelo estímulo pode estar dissociada do estímulo em si (um leve toque com uma pena pode causar dor; dificuldade em identificar sensações térmicas – frio e quente – pode ser sentido como calor; os estímulos provocados por um instrumento pontiagudo podem ser percebidos como dormência).

O exame neurológico é fundamental para definir a localização da inervação afetada.

»»» **Por que é importante tratar a Dor?**

Além da questão relativa ao sofrimento humano, o tratamento inadequado da dor pós-operatória gera consequências físicas (como aumento da pressão arterial, da frequência cardíaca, do aumento de permanência no leito) e pode determinar alterações crônicas no sistema somatossensorial, como a dor crônica pós-operatória. Para alcançarmos o tratamento adequado, trabalhamos com a educação interprofissional, que prioriza o trabalho em equipe, a interdisciplinaridade e o compromisso com a integridade das ações, que deve ser alcançado como o amplo reconhecimento e respeito às especialidades de cada profissão.

»»» **Avaliação do Paciente com a Dor**

A severidade da dor nem sempre é diretamente proporcional à quantidade de tecido lesado, e muitos fatores podem influenciar a percepção deste sintoma, tais como fadiga, depressão, raiva, medo/transtorno de ansiedade, e sentimentos como falta de esperança e sensação de desamparo.

O controle da dor deve ser baseado em avaliação cuidadosa com elucidação das possíveis causas e dos efeitos deste sintoma na vida do paciente, investigando fatores psicossociais que possam estar influenciando seu impacto no paciente.

Uma anamnese completa e exame clínico são vitais, e investigações laboratoriais e radiológicas também são necessárias.

A avaliação da dor é realizada pela equipe interdisciplinar, por meio de escalas padronizadas, desde a pré-internação. Na internação, a avaliação é realizada, no mínimo, quatro vezes ao dia, ou

seja, durante a aferição de sinais vitais (dor como quinto sinal vital) e sempre que necessário, de acordo com a escala equivalente, conforme especificado no protocolo institucional de manejo da dor



Avaliação da dor em crianças de 0 a 1 ano: Escala CRIES (Crying, Requires of Oxygen for Saturation Above 95%, Increase Vital Signs, Expression Sleep)

CRITÉRIO	NO MOMENTO	PONTOS
Choro	Ausente ou normal	0
	Agudo, consolável	1
	Agudo e inconsolável	2
Exigência de oxigênio	Nenhum	0
	Menos de 30% de FiO ²	1
	Mais de 30% de FiO ²	2
Aumento da FC e PA	Sem aumento	0
	Até 20% de aumento	1
	Mais de 20% de aumento	2
Expressão facial	Normal ou relaxada	0
	Caretas eventuais	1
	Crispada, contraída	2
Sono na última hora	Normal	0
	Acordada frequentemente	1
	Acordado	2

Interpretação

- A escala vai de 0 a 10;

- A escala deve ser aplicada em intervalos de 2 horas, nas primeiras 24 horas de pós-operatório, e a cada 4 horas por mais um ou dois dias;
- Deve-se considerar um escore igual ou maior que 5 como indicativo de necessidade de analgesia.

Avaliação da dor em crianças de 1 a 7 anos: Escala CHEOPS (Children's Hospital of Eastern Ontario Painscale)

CRITÉRIO	NO MOMENTO	PONTOS
Choro	Não	1
	Choro fraco ou silencioso	2
	Choro gritando, histérico	3
Facial	Sorrindo	0
	Tranquilo	1
	Crispado ou tenso	2
Verbal	Fala de outras coisas	0
	Não fala, ou outras queixas	1
	Queixa de dor	2
Tronco	Relaxado, posição neutra	1
	Movimento de incômodo	2
	Tenso, tremor, estremelecimento	2
Ferida operatória	Nenhum gesto (parado no leito)	1
Perna	Quieta ou movimentos leves, relaxada	1
	Esperneia, pedala, tensa	2
	Em pé ou imobilizada	3

- A escala vai de 4 a 13;
- 4 sem dor;
- 5 a 6 - dor leve;
- 7 a 9 - dor moderada;
- 10 a 12 - dor forte/intensa.

Registro da Dor

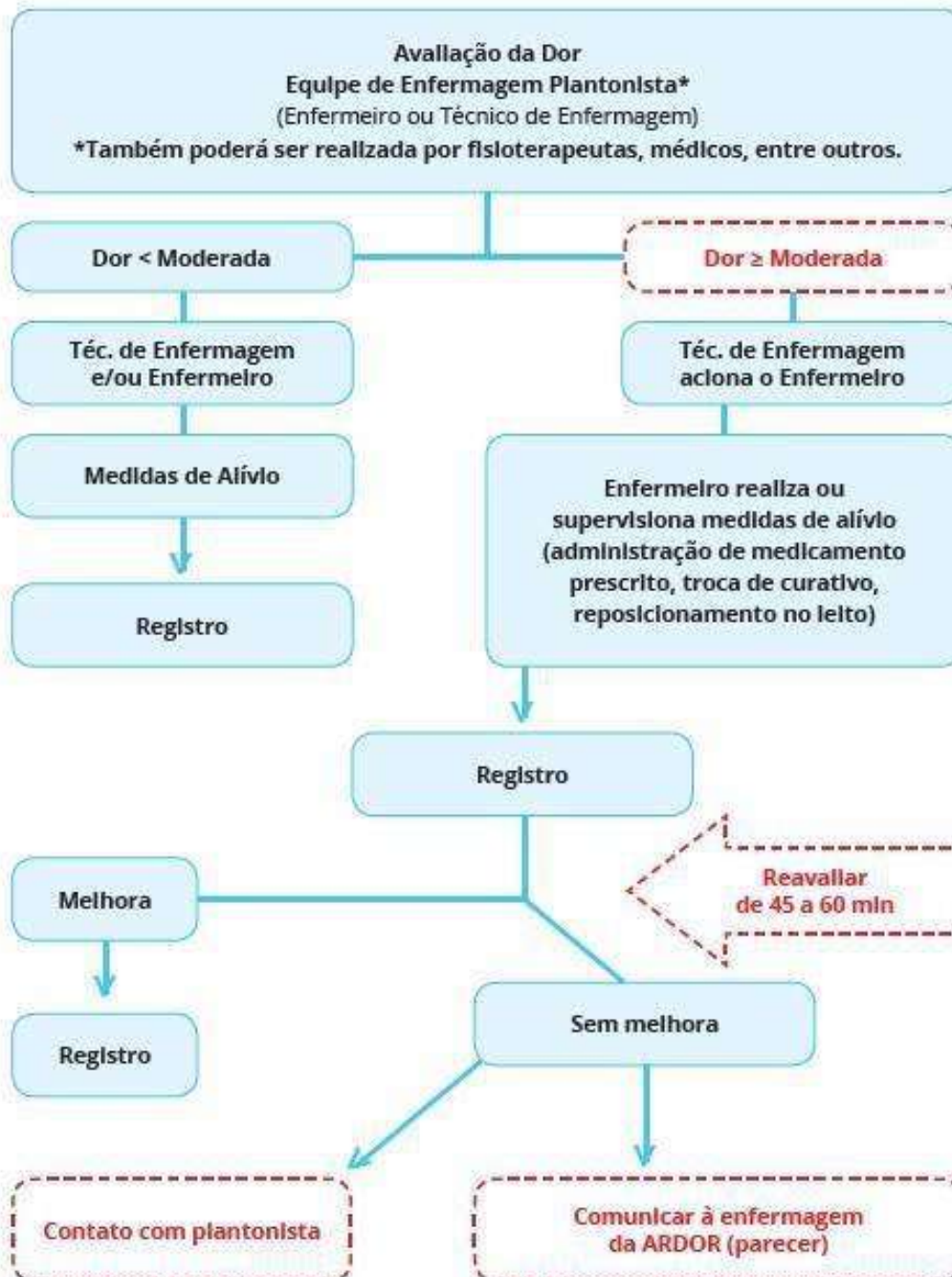
O profissional da equipe assistencial deverá fazer o questionamento quanto à presença de dor. No registro deverá conter:

- Data e hora;
- Escala utilizada;
- Intensidade;
- Localização;
- Característica;
- Reavaliação (conforme quadro abaixo).

DOR			
ESCALA (EVA / CRIES / CHEOPS)	SCORE (depende da escala)	LOCAL (nem sempre é o mesmo do local operado)	CARACTERÍSTICA (conforme relato do paciente, podendo ser: choque, pontada, fígada, dormência, queimação, pulsátil, dentre outros)

Reavaliação da Dor

Na presença de dor, o paciente deve ser avaliado e, após assistência prestada, reavaliado e registrado, de 45 minutos a 60 minutos, após cuidados oferecidos conforme fluxograma abaixo:



Tratamento farmacológico

>>> FISIOTERAPIA:

Tem como objetivo preservar, manter de forma preventiva, desenvolver ou reabilitar a integridade de órgãos e/ou sistemas devolvendo total ou parcialmente sua função utilizando conhecimentos e tendo como objetivo promover, aperfeiçoar ou adaptar o indivíduo a melhoria de qualidade de vida.

>>> ACUPUNTUROLOGIA:

Com ou sem estimulação elétrica transcutânea / terminologia do latim (*acus* = agulha + *punctura* = colocação). Trata-se de procedimento médico onde há o estímulo neural periférico, com colocação de agulhas e/ou passagem elétrica. Promove reorganização tecidual local e neuromodular no sistema nervoso periférico e central, tanto medular como supra medular estimulando o sistema analgésico endógeno.

>>> TERMOTERAPIA:

Crioterapia: Inúmeras técnicas utilizando baixas temperaturas, desde o simples uso de água gelada, gelo ou spray de nitrogênio, podem contribuir no alívio das dores pós-traumáticas, incluindo os procedimentos médicos ortopédicos cirúrgicos ou não. Podemos identificar como mecanismo de ação tanto a redução da condução do estímulo neural algico, assim como um vaso constricção regional que reduz a liberação de substâncias algogênicas inflamatórias, principalmente nos processos agudos. O tempo de sua utilização varia, em média, de 20 a 40 minutos.

Calor: Terapias de calor podem ser realizadas com compressas úmidas, imersão em água quente, infravermelho e ultrassom, sendo este último de alcance mais profundo. Sua contribuição para o alívio da dor tem como principal fisiologia o aumento da permeabilidade capilar por vaso dilatação, aumentando a liberação de leucócitos locais, auxiliando a remoção de resíduos metabólicos inflamatórios, redução do tônus muscular e conseqüentemente os espasmos locais.

Terapia ocupacional: Estuda a atividade humana e a utiliza como recurso terapêutico para prevenir e tratar dificuldades físicas e/ou psicossociais que interfiram no desenvolvimento e na independência do paciente em relação às atividades de vida diária, trabalho e lazer.

Protocolo Analgésico Adulto

DOR	PROTOCOLO ANALGÉSICO EM ENFERMARIA
Intensa	Contactar clínica de tratamento da dor ou serviço de anestesia ou clínico de plantão
Forte	Dipirona ou Paracetamol 1g VO/EV 4/4h – 6/6h e/ou AINH + Cloridrato de Tramadol 100mg VO – SC – EV 6/6h ou Nalbufina 10mg EV 4/4h diluído em 20ml – infundir lentamente + medicações coadjuvantes
Moderada	Dipirona ou Paracetamol 1g VO/EV 4/4h – 6/6h e/ou AINH + Cloridrato de Tramadol 50mg VO – SC – EV ou Codeína + Paracetamol 30mg vo 4/4h + medicações coadjuvantes
Leve	Dipirona ou Paracetamol 500mg – 1g VO /EV 4/4h – 8/8h e/ou AINH + medicações coadjuvantes
Sem dor	Observar



IMPORTANTE: as medicações devem ser aplicadas em intervalos diferentes, visando aumento do tempo analgésico. Nunca usar AINH e Opióide com Opióide.

Anti-inflamatório (AINH)

Cetoprofeno: 50mg VO 12/12h – 100mg EV 12/12h Ibuprofeno: 300 a 600mg VO 12/12h
Etoritocoxibe: 90mg VO 12/12h

Celecoxibe: 200mg VO 12/12h

Pacientes > 60 anos: somente por 72h / outras faixas etárias: o menor tempo possível

Medicação coadjuvante em dor miofascial

Ciclobenzaprina: 5 a 10mg VO 8/8h

Baclofeno: 10mg VO 8/8h até 80mg/dia

Medicação coadjuvante em dor neuropática

Ampitrilina: 12,5mg a 75mg/dia Carmabazepina: 100 a 600mg/dia Gabapentina: 300mg VO8/8h até 2400mg/dia Pregabalina: 75mg VO 12/12h até 450mg/dia

Profilaxia da hemorragia digestiva alta

Omeprazol: 20mg VO ou EV 24/24h Ranitidina: 150 a 300mg VO 12/12h

Idosos: uso imediato /adultos e jovens com mais de 2 dias de AIHN

POSOLOGIA DE ANALGÉSICOS E MEDICAMENTOS ADJUVANTES EM ADULTO			
Analgésico / Adjuvantes	Dose	Via de administração	Dose máxima Eficácia
Dipirona	1g VO/EV 4/4h ou 6/6h	IV ou VO	4g/40 gta (4x dia)
Paracetamol	1g VO/EV 4/4h ou 6/6h	VO	4g/40 gta (4x dia)
Amitriptilina	12,5 a 75mg/dia	VO	Pode ser aumentada a cada 2 dias até 75mg
Carmabazepina	100 a 600mg/dia	VO	2000mg
Codeína		VO	240mg
Tramadol	50 a 400mg/dia	IV / SC / VO	400mg
Metadona		VO / IV	
Morfina		VO	Não há
Ibuprofeno	300 a 600mg/dia	VO / GTS	3200mg
Dipirona	30mg/Kg dose 6/6h – 4/4h	IV ou VO ou VR	50mg
Paracetamol	10mg/Kg dose 4/4h	VO	10mg



Amitriptilina	0,2 a 0,5mg/Kg dose 24/24h	VO	Até 45Kg – 0,5mg
Carmabazepina	< 6 anos 5 a 10mg/Kg/dia divididos em 2 doses	VO	2000mg
Codeína	0,5 a 1mg 4/4h	VO	1mg
Tramadol	0,5 a 1mg 6/6h	IV / SC / VO	1mg
Metadona	0,1 a 0,2mg/Kg 6 a 12h	VO	0,2mg
Morfina	0,1mg/Kg 4/4h a 6/6h	VO	0,1mg
Ibuprofeno	10mg/kg	VO / GTS	40gts (200mg)

Protocolo analgésico pediátrico

DOR	PROTÓCOLO ANALGÉSICO EM ENFERMARIA
Intensa	Contactar clínica de tratamento da dor ou serviço de anestesia ou clínico de plantão
Forte	Dipirona 30mg/Kg/dose 6/6h – 4/4h IV/VO/VR ou Paracetamol 10mg/ Kg/dose 4/4h VO + Nalbufina 0,1 ou 0,5mg Kg/dose 4/4h ou Tramadol 0,5mg a 1mg/Kg/dose 4/4h IV/SC/VO e/ou Cetoprofeno 2mg/Kg/dose IV + medicações coadjuvantes
Moderada	Dipirona 30mg/Kg/dose 6/6h – 4/4h VO + Codeína 0,5 a 1mg/Kg/ dose 4/4h VO Tramadol 0,5mg a 1mg/Kg/dose 6/6h IV/SC/VO e/ou Cetoprofeno 2mg/Kg/dose 12/12h IV ou Ibuprofeno 5 a 10mg VO + medicações coadjuvantes
Leve	Dipirona 30mg/Kg/dose 6/6h – 4/4h ou Paracetamol 10mg/Kg/dose 4/4h VO + medicações coadjuvantes



Sem dor

Observar

Ferramentas úteis

Bases conceituais - Suporte básico e avançado de vida Escala de Coma de Glasgow

VARIÁVEIS		ESCORE
Abertura Ocular	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Resposta Verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensíveis	2
	Nenhuma	1
Resposta Motora	Obedece a comandos	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1
TOTAL MÁXIMO	TOTAL MÍNIMO	INTUBAÇÃO
15	3	8

Escala Verbal Numérica

O paciente deve ser informado sobre a necessidade de classificar a sua dor em notas que variam de 0 a 10, de acordo com a intensidade da sensação.

A nota zero corresponderia à ausência de dor, enquanto 10 a maior intensidade imaginável.



b. Rotinas Segmentadas por áreas (Alta, transferência, internação, etc)

1. Acolhimento

O acolhimento na porta de entrada, integrante da humanização da atenção, garantindo um modelo de atenção efetivamente baseado no usuário e em suas necessidades de saúde. A partir do acolhimento, após registrar o nome do usuário no sistema informatizado, o usuário é encaminhado à área da recepção onde aguardará a chamada para finalizar o registro.

2. Classificação de risco

Todos os pacientes que serão atendidos, passarão por uma avaliação de enfermagem (classificação de risco), onde são verificados os sinais vitais e registrados a queixa atual, os antecedentes pessoais e cirúrgicos. Após avaliação, os pacientes são triados por especialidade e gravidade seguindo protocolos médicos previamente estabelecidos.

A equipe de enfermagem está habilitada para atendimentos de emergência, urgência, procedimentos específicos para adultos e para a pediatria.

3. Atendimento médico

O atendimento médico está disponível durante 24 horas por dia em todos os dias do ano. Estão compreendidos no atendimento médico, além da consulta e observação clínica, os exames de diagnose e terapia realizados nos pacientes durante o período da assistência.

4. Atendimento médico na emergência

As emergências são admitidas em entrada exclusiva, direto (na sala de emergência). Nesta situação, o paciente, inicialmente não é encaminhado para a Classificação de Risco, o enfermeiro após prestar assistência e estabilizá-lo se encarrega de fazer a Classificação de Risco no paciente no sistema.

5. Sala de Medicação

- ✓ Todos os pacientes que necessitem de alguma medicação endovenosa serão encaminhados para sala de medicação. Paciente que necessitem de medicações EV que demandarem tempo superior a 60', deverão ser encaminhados à Observação.
- ✓ Critérios de Alta

6. Critérios de Alta de pacientes que NÃO necessitaram de Observação Clínica

O paciente somente poderá deixar a Unidade com alta se estiver em condições de dar continuidade ao seu tratamento, sem a necessidade de suporte da equipe assistencial, e se apresentar as seguintes condições clínicas:

- ✓ Parâmetros vitais, saturação de O₂ e glicemia dentro dos padrões de normalidade para a faixa etária, considerando os antecedentes clínicos do paciente (tabela de sinais vitais nos critérios de admissão).
- ✓ Nível de consciência compatível com as condições clínicas habituais do paciente.
- ✓ Ausência de dor.
- ✓ Estável com relação a eliminações (presentes, em volume e aspecto compatíveis com a idade e condições clínicas habituais do paciente), hidratação (hidratado), níveis de oxigenação (Sat O₂ - tabela).
- ✓ Os critérios mencionados constituem um guia básico. O julgamento clínico (o motivo da alta) que nortear a alta da Unidade fora dos padrões estabelecidos acima deverá ser justificado no prontuário.

7. Critérios de Alta de Pacientes que permaneceram em observação Clínica

Os pacientes em Observação no hospital poderão receber alta para os seguintes destinos:

- ✓ Alta para a residência: após reavaliações dos exames, do quadro clínico, e conclusão ou hipótese diagnóstica, desde que esteja conforme os critérios de alta estabelecidos pela Unidade.
- ✓ Internação: os pacientes que após a observação não tenham apresentado melhora no quadro clínico e por esse motivo procuraram a unidade, prosseguirão o tratamento internados no próprio hospital ou em outras unidades hospitalares da rede. Também

serão internados aqueles pacientes, que após realização de exames, tenham indicação de internação ou qualquer outro procedimento que necessite de internação.

- ✓ Critérios de inclusão para internação:
 - Moléstias infecciosas com sinais vitais e padrão respiratório fora dos parâmetros normais.
 - Sinais e sintomas persistentes após 12 horas de observação, com piora do quadro.
 - Diagnósticos confirmados que justifiquem internação hospitalar. (CID. 10).
 - Quadros cirúrgicos agudos.
 - Diagnósticos confirmados sujeitos a instabilidade.

Acompanhamento e avaliação dos pacientes em observação nas salas amarelas e vermelha, tanto adulto quanto pediátrica.

8. Critérios de Transferências

- ✓ **Interna:** os pacientes podem ser encaminhados para salas de observação e ou leiros de internação enfermaria ou CTI. O prontuário médico acompanha o paciente durante toda a internação e faz parte do prontuário único do paciente.
- ✓ **Externa:** pacientes que necessitem de internação, porém O hospital não tenha suporte, serão transferidos para outra unidade pelo serviço de remoção.
- ✓ **Situações de Superlotação:** nos casos de superlotação o hospital providenciará a transferência dos casos para outras unidades que atendam às necessidades de assistência do paciente. Nesses casos a família será orientada e somente mediante consenso a transferência será realizada. Os critérios mencionados constituem um guia básico. O julgamento clínico (o motivo da alta) que nortear a alta da Unidade fora dos padrões estabelecidos anteriormente deverá ser justificado no Prontuário.

Realização de exames e procedimentos de alta, média e baixa complexidade:

- ✓ Emissão de AIH e APAC;
- ✓ Atividades pertinentes a regulação dos pacientes atendidos, tais como preenchimento de documentos, contato com Central de Regulação;

Protocolos clínicos assistenciais e de procedimentos administrativos;

Organização das linhas de cuidado, com base nas realidades loco regionais, identificando os principais agravos e condições, além da análise de situação de saúde como subsidio a identificação de riscos coletivos e ambientais e definição de prioridades de ação;

Gestão baseada em resultado, gestão clínica, com aplicação de tecnologias de gestão para assegurar padrões clínicos ótimos; aumentar a eficiência; diminuir os riscos para os usuários e profissionais; prestar serviços efetivos e melhorar a qualidade da atenção à saúde e gestão de caso. Aliando-se a lógica assistencial de atenção as urgências e atenção à saúde, usar o

mecanismo de gestão clínica visando a qualificação do cuidado, a eficiência de leito, a organização dos fluxos e processos de trabalho e integrar-se e complementar a equipe de referência.

Auditoria Clínica;

Participação social;

Desenvolvimento de atividades de educação permanente para as equipes e componentes da assistência;

Utilização de sistemas logísticos e de tecnologia da informação, possibilitando a articulação e integração aos diversos serviços e equipamentos de saúde, constituindo redes de saúde que efetivamente atendam às necessidades dos usuários, tendo e mantendo conectividade entre os diferentes pontos de atenção, gerando relatórios assistenciais demandados pela SMS e que possibilitem e orientem a tomada de decisão;

Atuação junto a SMS na definição e organização territorial das regiões de saúde e das redes de atenção a partir das necessidades de saúde, riscos e vulnerabilidades das populações;

Participar e fomentar junto a SMS a execução de projetos estratégicos de atendimento as necessidades de urgência coletiva decorrentes de eventos de massa e eventos com múltiplas vítimas;

Transporte intra-hospitalar dos pacientes, que necessitem de continuidade dos cuidados e que necessitem de transferência para outra unidade da rede de atenção as urgências, sendo o transporte devidamente regulado;

- ✓ Todas as remoções serão feitas por um médico plantonista do upa 24H e pela equipe de enfermagem. O primeiro chamado para ambulância é liberado imediatamente. Havendo um segundo no mesmo período, verifica-se a disponibilidade da equipe para atender à esta remoção sem prejudicar o atendimento aos pacientes que se encontram na UNIDADE, bem como a presença de emergências, o que indisponibilidade a saída de um segundo médico naquele momento.

A qualidade da resolutividade da atenção constitui a base do processo assistencial e devem ser requisitos da unidade hospitalar.

Suporte ao atendimento às catástrofes

- ✓ Disponibilidade do serviço 24 horas por dia.

j. Procedimento de assistência médica - Consultório

Processos:

- a) Recebe e identifica o paciente;

- b) Realiza a anamnese e exame físico;
- c) Conforme o caso:
 - i. Solicita exames complementares;
 - ii. Prescreve medicamentos e procedimentos assistenciais;

No caso de indisponibilidade de um item da grade, verifica a possibilidade de substituição por outro disponível;

- a) Encaminha para a respectiva sala de observação.

2. Chama o paciente para reavaliação e, conforme o caso;

- a) Encaminha para a respectiva sala de observação;
- b) Libera o paciente, com os respectivos tipos de saídas, a saber:

Alta; alta com encaminhamento interno; alta com encaminhamento externo; alta com transferência.

Notas:

Para o subitem b, os seguintes documentos poderão ser emitidos: receita, declaração de comparecimento ou atestado médico;

Para os casos de evasão e saída à revelia, registra o ocorrido no respectivo instrumento de trabalho;

Alta com transferência ocorre por necessidade de recursos humanos especializados. Ex.: bucomaxilo e ortopedia.

k. Processo de Atendimento Médico - Sala de Procedimento

Processos:

- 1. Recebe e identifica o paciente;
- 2. Realiza a anamnese e exame físico;
- 3. Conforme o caso:
 - a) Solicita exames complementares;
 - b) Realiza procedimentos médico-cirúrgicos;
 - c) Prescreve medicamentos e procedimentos assistenciais;
 - No caso de indisponibilidade de um item da grade, verifica a possibilidade de substituição por outro disponível;
 - d) Encaminha para a respectiva sala de observação.
- 4. Libera o paciente, com o respectivo tipo de saída, a saber:
 - i. Alta;
 - ii. Alta com encaminhamento interno;
 - iii. Alta com encaminhamento externo;

iv. Alta com transferência.

Notas:

- Para os subitens 4, os seguintes documentos poderão ser emitidos: receita, declaração de comparecimento ou atestado médico;
- Para os casos de evasão e saída à revelia, registra o ocorrido no respectivo instrumento de trabalho;

Alta com transferência ocorre por necessidade de recursos humanos especializados. Ex.: bucomaxilo e ortopedia.

I. Processo de Atendimento Médico-Sala de Observação Adulto e Pediátrico

Processos

1. Recebe e identifica o paciente;
2. Realiza a anamnese e exame físico;
3. Conforme o caso:
 - a) Solicita exames complementares;
 - b) Realiza procedimentos invasivos;
 - c) Prescreve medicamentos e procedimentos assistenciais;
 - No caso de indisponibilidade de um item da grade, verifica a possibilidade de substituição por outro disponível.
4. Reavalia o paciente e, conforme o caso:
 - a) Encaminha para a sala de estabilização (vermelha);
 - b) Solicita transferência via central de regulação municipal ou estadual, conforme o caso; e:
- i. Preenche a documentação referente à transferência e anexa sumário de alta e exames do paciente;
- ii. Registra a alta no momento da transferência.
 - c) Libera o paciente, com os respectivos tipos de saídas, a saber:
 - i. Alta;
 - ii. Alta com encaminhamento externo;
 - iii. Alta com transferência

Notas:

- Para os subitens 4.b, os seguintes documentos poderão ser emitidos: receita, declaração de comparecimento ou atestado médico;
- Para os casos de evasão e saída à revelia, registra o ocorrido no respectivo instrumento de trabalho;
- Alta com transferência em sala de observação ocorre por necessidade de recursos humanos e materiais especializados. Ex: bucomaxilo e ortopedia, tomografia, ultrassonografia e etc.



m. Processo de Atendimento Médico - Sala de Estabilização

Processos:

1. Recebe e identifica o paciente;
2. Realiza a anamnese e exame físico;
3. Conforme o caso:
 - a) Solicita exames complementares;
 - b) Realiza procedimentos invasivos;
 - c) Prescreve medicamentos e procedimentos assistenciais;

No caso de indisponibilidade de um item da grade, verifica a possibilidade de substituição por outro disponível.

- Reavalia o paciente e, conforme o caso;
- Encaminha para a respectiva sala de observação;
- Solicita transferência via central de regulação municipal ou estadual, conforme o caso; e
- Preenche a documentação referente à transferência e anexa sumário de alta e exames do paciente;
- Registra a alta no momento da transferência.
- Atesta e preenche a declaração de óbito do paciente;
- Notas:
- Em casos de suspeita de morte encefálica, solicita comparecimento da equipe do Programa Estadual de Transplantes para avaliação do caso.

n. Processos de Exames Laboratoriais

- COLETA - Requisições Advindas dos Consultórios
- Verifica solicitações advindas dos consultórios, priorizadas de acordo com o risco;
- Chama o paciente e confirma sua identificação;
- Separa material de coleta, de acordo com a solicitação;
- Vincula a requisição aos materiais;
- Realiza a coleta do material;
- Entrega material colhido ao laboratório e protocola o procedimento;

- COLETA - Requisições Advindas das Salas de Observação (Vermelha e Amarela).
- Verifica solicitações advindas das salas de observação, priorizadas de acordo com o risco;
- Dirige-se ao paciente e confirma sua identificação;
- Separa material de coleta, de acordo com a solicitação;
-
- Vincula a requisição aos materiais;
- Realiza a coleta do material;
- Entrega material colhido ao laboratório e protocola o procedimento;

- PROCESSAMENTO
- Recebe o material entregue;

- Confere material e requisição;
- Processa os exames;
- Emite o laudo e encaminha ao respectivo setor solicitante ou ao acolhimento, no caso dos consultórios;
- LIBERAÇÃO
- Os exames encaminhados ao acolhimento são direcionados aos respectivos médicos solicitantes que, de acordo com sua avaliação, toma as medidas necessárias, quais sejam:
 - Entregar ao paciente, no caso de alta;
 - Anexar à AIH no caso de encaminhamento para internação;
 - Anexar ao BAM, no caso de observação.
- Notas:
- Caso o paciente não responda ao chamado ou se recuse à coleta do material, o técnico registra e notifica ao médico solicitante;
- Protocolo é o registro em livro da requisição e do horário de entrega do material e liberação do laudo. É assinado pelo técnico de enfermagem (podendo ser informatizado);
- A coleta será realizada por técnico de enfermagem com supervisão do enfermeiro.

o. Processo de Exames de Imagem

- EXAME - Requisições Advindas dos Consultórios
- Verifica solicitações advindas dos setores solicitantes, priorizadas de acordo com o risco;
- Chama o paciente e confirma sua identificação;
- Separa o material (filme);
- Vincula o material à requisição;
- Realiza o exame;
- EXAME - Requisições Advindas das Salas de Observação e Vermelha
- Verifica as solicitações advindas dos setores solicitantes, priorizadas de acordo com o risco;
- Separa o material (filme e Equipamento);
- Dirige-se ao paciente e confirma sua identificação;
- Vincula o material à requisição;
- Realiza o exame.

• PROCESSAMENTO

- Processa a revelação se dará através de imagem computadorizada e posterior impressão;
- Avalia qualidade da imagem;
- Repete procedimento em caso de qualidade inadequada;
- Encaminha o exame ao respectivo setor solicitante ou ao paciente, no caso dos

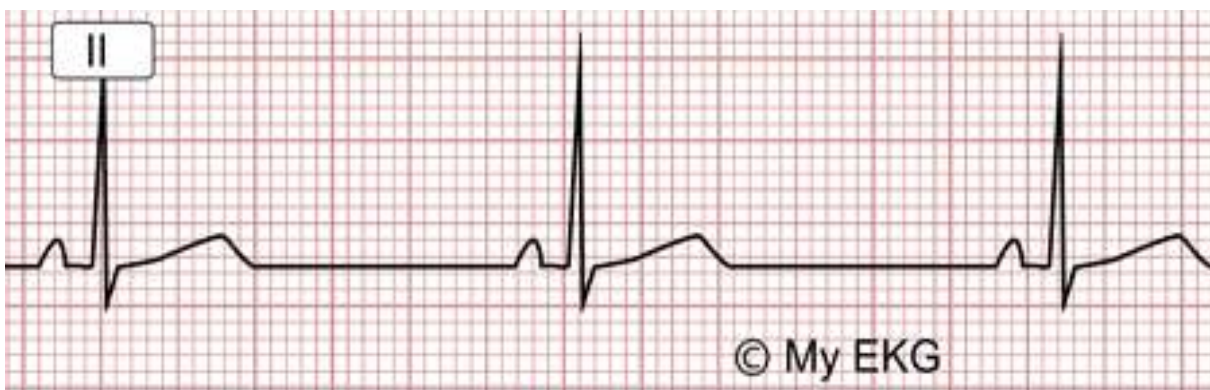


consultórios;

- Nota:
- A vinculação é a identificação do filme à respectiva solicitação, que compreende o nome do paciente, o número do atendimento e a data.

p. Processos de Exames de Eletrocardiograma (ECG)

- EXAME - Requisições Advindas dos Consultórios
 - Verifica as solicitações advindas dos setores solicitantes, priorizadas de acordo com o risco;
 - Chama o paciente e confirma sua identificação;
 - Encaminha o paciente à sala de ECG;
 - Prepara o paciente na maca;
 - Realiza o exame;
 - Vincula o exame ao paciente, identificando com seu nome, com número de matrícula, idade e data.
-
- EXAME - Requisições Advindas das Salas
 - Verifica solicitações advindas dos setores solicitantes, priorizadas de acordo com o risco;
 - Dirige-se ao paciente e confirma sua identificação;
 - Realiza o exame;
 - Vincula o exame ao paciente, identificando com seu nome, com número de matrícula, idade e data e horário de realização;
 - Entrega o resultado ao médico solicitante.



q. Processos de Atendimento

1) Núcleo de Acolhimento (NAC)

Atribuição: Funcionará como a interface entre a UPA, as unidades de referência – básicas e hospitalares - e a central de regulação, interagindo com a equipe interna e garantindo o fluxo contínuo da informação e a continuidade e integralidade do cuidado.

- Processos:
- Recebe paciente encaminhado pelo Acolhimento (pré-classificação);
- Encaminha para a rede de apoio.
- Recebe paciente da classificação de risco;

- Encaminha para a rede de apoio.
- Recebe demandas do consultório e salas de atendimento;
- Procede aos encaminhamentos solicitados para os pacientes utilizando as ferramentas de regulação, de acordo com as referências pactuadas.
- Notas:
- O NAC será composto por enfermeiro, assistente social e um administrativo.

2) Processo de Serviço Social

- As demandas destinadas ao Serviço Social têm sua origem no acolhimento, consultório médico, salas de observação, bem como de forma espontânea.



- **Demandas do acolhimento** (ações executadas pelo Assistente Social nos casos advindos do acolhimento):
 - Processos:
 - Identifica a demanda do usuário;
 - Para demandas sociais:
 - Constrói coletivamente, com o próprio usuário, propostas para solução da demanda identificada/encaminhamento externo e/ou interno.
 - Interno: Reorienta os pacientes para a fila de classificação de risco, com prioridade 5, conforme o caso;
 - Externo: Procede aos contatos familiares e/ou institucionais;
 - Para demandas administrativas:
 - Encaminha ao NAC para proceder aos encaminhamentos cabíveis, nos casos de:
 - Solicitação de boletim de atendimento;
 - Pacientes portando encaminhamentos, oriundos da rede assistencial;
 - Serviço de Atendimento ao Usuário (reclamações, sugestões).
- **Demandas de consultório** (Ações executadas pelo Assistente Social nos casos advindos

do Consultório):

- Processos:
- Identifica a demanda do usuário:
 - Para demandas sociais:

Constrói coletivamente, com o próprio usuário, propostas para solução da demanda identificada/encaminhamento externo e/ou interno;

Externo: Procede aos contatos familiares e/ou institucionais; ou

Orientações acerca de benefícios assistenciais.

- Para demandas administrativas:

Encaminha ao NAC para proceder aos encaminhamentos cabíveis, nos casos de:

1. Solicitação de boletim de atendimento;

Pacientes portando encaminhamentos, oriundos da rede assistencial;

Serviço de Atendimento ao Usuário (reclamações, sugestões);

Demandas das Salas de Observação (ações executadas pelo Assistente Social nas salas amarela, vermelha e observação pediátrica):

Processos:

Identifica a demanda do usuário:

- Para demandas sociais:

Constrói coletivamente, com o próprio usuário, propostas para solução da demanda identificada / encaminhamento externo e/ou interno;

Externo: Procede aos contatos familiares e/ou institucionais; ou

Orientações acerca de benefícios assistenciais.

Para demandas administrativas:

Encaminha ao NAC para proceder aos encaminhamentos cabíveis, nos casos de:

Solicitação de boletim de atendimento;

Pacientes portando encaminhamentos, oriundos da rede assistencial;

Serviço de Atendimento ao Usuário (reclamações, sugestões).

São demandas sociais:

Crianças / adolescentes desacompanhados, somente nos casos de prioridade 5;

Crianças / adolescentes com responsável, sem documentação que comprove a relação de parentesco / responsabilidade, somente nos casos de prioridade 5;

Crianças / adolescentes oriundos de Equipamentos sociais, somente nos casos de prioridade 5;

Idosos com suspeita de abandono ou oriundos de Equipamentos sociais;

População em situação de rua, somente nos casos de prioridade 5;

Vítimas de Violência Doméstica, somente nos casos de prioridade 5;

Familiares de usuários em observação nas salas vermelha e amarela;
Familiares em busca de pessoas desaparecidas;
Usuários sem documentação (por extravio, roubo, furto)
Orientações Sócio Jurídicas;
Orientações acerca de benefícios assistenciais;
Orientações sociais diversas.

Notas:

Dos itens i a vi (demandas sociais), os pacientes concorrerão à fila de atendimento médico, desde o acolhimento;
Os itens vii a xii são encaminhados diretamente ao serviço social, a partir do acolhimento. O Assistente Social poderá ser requisitado a realizar serviços de ouvidoria quando necessário.

Detalhamento das atividades do serviço social para pacientes em observação:

Visitas no leito aos usuários em observação para identificação de demandas sociais;
Acolhimento e orientação aos familiares e/ou responsáveis pelos usuários que se encontram em observação;
Busca ativa de familiares de usuários que se encontrem em observação, em situação de abandono, negligência ou risco social;
Referenciamento dos usuários para Equipamentos sociais / órgãos de atenção especializada em caso de alta social/médica;
Acolhimento de familiares e/ou responsáveis em casos de óbito e orientações para sepultamento gratuito;
Apoio à equipe médica na transferência, realização de exames e avaliações dos usuários em observação;
Apoio à equipe médica no que tange ao contato com a Central de regulação para leitos de terapia intensiva, enfermaria geriátrica, DIP, UTI NEO, gravidez de alto risco, etc.;

Apoio à equipe médica na execução das TIHs (viabilização do meio de transporte através de contato com outras unidades, OBMs e regulação do SAMU).

- Notas:

A classificação de risco pode identificar uma demanda social não percebida pelo acolhimento. Essa identificação deve orientar o paciente ao serviço social, ao finalizar o atendimento médico.

3) Processo de Assistência de Enfermagem - Setor Acolhimento

1. Recebe e identifica o paciente;
2. Realiza a anamnese e exame físico;
3. Conforme o caso:
 - a) Encaminha para a respectiva sala;

1. Rotinas do Técnico de Enfermagem

Técnico de Enfermagem do Pronto Atendimento:



Participar da passagem de plantão, tomando conhecimentos das intercorrências ou ocorrências;

Obedecer à escala mensal de postos;

Fazer anotações de enfermagem eletronicamente no Sistema de Gestão, quando o paciente estiver em observação, e sempre quando ocorrer intercorrências;

Cumprir as rotinas estabelecidas;

Solicitar a presença do enfermeiro sempre que houver dúvidas;

Atender sempre aos chamados dos pacientes;

Preparar o paciente para alta, internação e transferências;

Preparar o corpo em caso de óbito;

Atender eletronicamente via Sistema de Gestão as prescrições médicas (Atendimento da Prescrição);

Garantir o lançamento dos materiais e medicamentos prescritos para os pacientes do setor;

Checar a prescrição médica eletronicamente via Sistema de Gestão e manualmente na prescrição médica, carimbando e assinando o verso das prescrições (Administração Eletrônica da Prescrição) e efetuar a devolução dos produtos não consumidos. Obs: A devolução deverá ser realizada até o final do plantão.

Executar todos os cuidados de enfermagem prescritos conforme necessidades humanas básicas;

Zelar pelo material da unidade;

Manter a unidade em ordem;

Comunicar ao enfermeiro as faltas de qualquer material ou medicamento, e as intercorrências;

Participar de cursos, trabalhos e pesquisas realizadas no hospital;

Participar de reunião com a chefia, sempre que for convocado;

Registrar volumes de SVD, SNG, drenos nos horários determinados (18h, 06h e 12h);



Realizar higienização de desinfecção das comadres, papagaios e bacias; Passar o plantão para colegas do próximo turno.

Técnico de Enfermagem da Medicação:

Realizar controle do material e medicação do posto;

Comunicar o enfermeiro em caso de divergência;

Solicitar os prontuários do turno anterior para revisão e ajustes; Receber e acomodar o paciente na sala de medicação;

Alterar status do paciente no sistema de acompanhamento de paciente, para medicação;

Atender eletronicamente via Sistema de Gestão, as prescrições médicas (Atendimento da Prescrição);

Garantir o lançamento dos materiais e medicamentos prescritos para os pacientes do setor;

Checar a prescrição médica eletronicamente via Sistema de Gestão e manualmente na prescrição médica, carimbando e assinando o verso das prescrições (Administração Eletrônica da Prescrição) e efetuar a devolução dos produtos não consumidos. Obs: A devolução deverá ser realizada até o final do plantão;

Preparar, administrar e checar medicação prescrita;

Encaminhar para a Recepção as solicitações de exames externos para que seja realizado o agendamento;

Comunicar o técnico do laboratório e do RX caso o paciente tenha exames para realizar;

Encaminhar o paciente para reavaliação médica mudando o status para liberação de enfermagem;

Técnico de Enfermagem da Observação

Organizar os leitos de observação;

Realizar a reposição de materiais nos leitos de observação, bem como retirar os excessos de materiais;

Manter BIC, monitores e ventiladores mecânicos na tomada;

Receber e acomodar paciente nos leitos de observação e/ou alto risco;

Atender eletronicamente via Sistema de Gestão as prescrições médicas (Atendimento da Prescrição);

Garantir o lançamento dos materiais e medicamentos prescritos para os pacientes do setor;

Checar a prescrição médica eletronicamente via Sistema de Gestão e manualmente na prescrição médica, carimbando e assinando o verso das prescrições (Administração Eletrônica da Prescrição) e efetuar a devolução dos produtos não consumidos. Obs: A devolução deverá ser realizada até o final do plantão;

Alterar status do paciente eletronicamente no sistema via Sistema de Gestão para leito de observação (iniciar observação);

Comunicar o técnico do laboratório e do RX caso o paciente tenha exames para realizar;

Monitorar o paciente quando necessário;

Para pacientes em alto risco deverá ser verificado os sinais vitais a cada hora ou conforme indicação do enfermeiro, realizando as anotações no prontuário eletrônico;

Para pacientes em observação deverá ser verificado os sinais vitais a cada 6h (18h, 24h, 06h e 12h) ou conforme indicação do enfermeiro, realizando as anotações no prontuário eletrônico;

Preparar o paciente para a alta internação e transferência;

Comunicar a equipe de limpeza para providenciar a higienização do leito quando paciente receber alta, transferência ou óbito;

Repor as réguas de gases após a alta e deixar unidade organizada;

2. Rotinas do Enfermeiro

Enfermeiro do Pronto Atendimento



Receber o plantão ao setor;

Identificar os problemas de enfermagem relativos a cada necessidade básica afetada;

Fazer visita aos pacientes, integrando-os ao hospital e despertando confiança em relação à equipe e ao tratamento que irão receber;

Prestar cuidados diretos de enfermagem;

Realizar o check list do carrinho de emergência;

Participar dos programas de treinamento do pessoal de serviço;

Fazer a burocracia pertinente às internações, óbitos, altas e transferências;

Encaminhar pedidos para agendamento de exames nas redes de apoio diagnóstico;

Avisar laboratório e raios- x sobre exames a serem realizados na unidade;

Observar e orientar os pacientes sobre exames a serem feitos;

Controlar gastos de material e medicamentos dos postos;

Supervisionar e controlar as atividades do pessoal técnico;

Supervisionar e orientar o preparo de material para esterilização;

Acompanhar o médico em cuidados e técnicas especiais, aproveitando para treinamento de funcionário;

Colaborar na avaliação das normas e rotinas;

Avaliar desempenho da equipe, coordenando suas atividades;

Solicitar a farmácia psicotrpicos somente mediante receituário devidamente preenchido e dispensação no sistema;

Supervisionar e orientar o preparo de exames;



Solicitar a presença do médico de plantão após avaliar o paciente, sempre que necessário;

Estar a par de todos os acontecimentos do plantão relacionados aos funcionários, pacientes, aparelhagem e materiais;

Levar ao conhecimento da chefia todas as anormalidades ocorridas durante o plantão, relacionadas a funcionários, pacientes, aparelhos e materiais;

Inteirar-se das medicações e materiais existentes no hospital e padronizados para o PA;

Encaminhar ao banco de sangue pedidos de sangue ou derivados, observando preenchimento adequado dos formulários, Realizar registro no livro de hemoderivados;

Solicitar para a equipe de atendimento da recepção o atestado médico, que se encontra no cofre da administração;

Solicitar desinfecção terminal em caso de óbito, alta ou transferência;

Solicitar ao SND a dieta para o paciente que interna em seu plantão;

Passar plantão no setor, completando as avaliações dos técnicos de enfermagem;

Verificar a rede de oxigênio;

Realizar controle dos postos e mantê-los ajustados;

Realizar pedido para setor nas segundas, quartas e sextas pela manhã;

Supervisionar e indicar limpeza e desinfecção da unidade;

Solicitar roupas para lavanderia quando necessário;

Fazer curativos especiais (acesso vascular profundo, curativos de alta complexidade) e/ou treinar e supervisionar o funcionário nesta tarefa, todos os dias ou quando necessário;

Auxiliar na colocação de cânula endotraqueal; Cateterismo vesical; Auxiliar na punção do acesso venoso; Instalação de PVC, Cateterismo gástrico; Coleta de gasometria;

Realizar evolução de enfermagem no prontuário eletrônico dos pacientes, via Sistema de Gestão, que estão em observação;

Realizar acompanhamento de exames laboratoriais, agilizando a reavaliação médica,

Manter a unidade organizada, seguindo fluxo adequando para os processos;

Passar o plantão para o enfermeiro do próximo plantão, comunicando as intercorrências ocorridas, estado clínico dos pacientes, exames pendentes e exames agendados para o próximo plantão.

3. Sistematização Da Assistência De Enfermagem - SAE

Art. 1º O Processo de Enfermagem deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem.

§ 1º – os ambientes de que trata o caput deste artigo referem-se a instituições prestadoras de serviços de internação hospitalar, instituições prestadoras de serviços ambulatoriais de saúde, domicílios, escolas, associações comunitárias, fábricas, entre outros.

§ 2º – quando realizado em instituições prestadoras de serviços ambulatoriais de saúde, domicílios, escolas, associações comunitárias, entre outros, o Processo de Enfermagem corresponde ao usualmente denominado nesses ambientes como Consulta de Enfermagem.

3.1. Processo de enfermagem

O Processo de Enfermagem é definido como um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação da prática profissional.

Propicia a organização e direção ao cuidado de enfermagem, sendo a essência, o instrumento e a metodologia da prática de enfermagem, contribuindo para o pensamento crítico do enfermeiro no processo de tomada de decisões e de prever e avaliar os resultados.

- Coletas de Dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem):

Colete e registre toda informação necessária para:

a) Prevenir/detecta e controlar os problemas de saúde potenciais ou reais, visando à promoção da saúde, a independência e o bem estar da pessoa, família e coletividade;

b) Utilize as técnicas da entrevista e exame físico.

- Diagnóstico de enfermagem:

Analise os dados coletados, tire conclusões e determine se existem:

Problemas de saúde potenciais ou reais que exigem intervenção e controle de enfermagem;
Riscos para a segurança ou transmissão de infecção;
Sinais ou sintomas que necessitam de avaliação de outro profissional da equipe de saúde;
Necessidades de aprendizado da pessoa, família e coletividade que devem ser abordadas;
Recursos da pessoa, família e coletividade, pontos fortes e uso de comportamentos saudáveis;
Estados de saúde que são satisfatórios, mas podem ser melhorados.

Realize o julgamento clínico e estabeleça o enunciado Diagnóstico de Enfermagem que irá subsidiar o Planejamento de Enfermagem.

3.2 Planejamento de enfermagem

Esclareça os resultados esperados, com base nas prioridades e determine as intervenções/ações (prescrição) de enfermagem:

Intervenções Independentes: não exigem orientações ou prescrições de outros profissionais, são ações autônomas, com base científica. Estão relacionadas às atividades da vida diária, educação e promoção da saúde. Intervenções Interdependentes: são aquelas que envolvem a participação de outros profissionais, como o fisioterapeuta, psicólogo, assistente social, nutricionista, dentre outros.

Intervenções Dependentes: são aquelas que requerem a prescrição médica, visando tratar ou controlar as alterações fisiopatológicas. O enfermeiro executa essas ações de forma colaborativa, tendo por base as prescrições médicas, como por exemplo, a administração de medicamentos.

Assim, como todas as ações de enfermagem, tanto as intervenções independentes quanto as dependentes, o enfermeiro necessitam desenvolver competência técnica e conhecimentos para a sua execução. Sabendo reconhecer os resultados esperados após a ação, o que influenciará na avaliação do cliente e requer saber identificar os possíveis efeitos advindos da ação. No momento de selecionar a intervenção, o enfermeiro deve conhecer as possibilidades de planejá-las, seja através de protocolos, rotinas ou padrões de orientações.

Implementação

Coloque seu plano em ação:

Realize as intervenções/ações de enfermagem;

Registre as intervenções/ações de enfermagem e as respostas da clientela (pessoa, família ou coletividade) no prontuário.

Avaliação da enfermagem

Faça uma investigação abrangente da clientela (pessoa, família ou coletividade) para decidir se os resultados esperados foram alcançados ou se surgiram novos problemas:

Decida se modifica, mantém ou encerra o plano de cuidados;

Realize investigação contínua até a alta da clientela (pessoa, família ou coletividade), sempre revisando os enunciados de diagnósticos e intervenções de enfermagem.

NHB	DIAGNÓSTICO	RESULTADO	INTERVENÇÕES
INTEGRIDADE FÍSICA	Colocação de pele alterada (local)	Coloração de pele normal	<p>Acompanhar evolução da cicatrização (...)</p> <p>Proteger área de apoio e pressão por meio de uso de colchão de casca de ovo</p> <p>Proteger proeminências ósseas com (...)</p> <p>Descrever características da úlcera.</p> <p>Inspeccionar a pele em busca de pontos hiperemiados ou esquêmicos.</p> <p>Monitorar sinais e sintomas de infecção da úlcera.</p> <p>Observar e registrar aparecimentos de edemas e hiperemia em proeminências ósseas.</p> <p>Comunicar alterações na cor e temperatura das extremidades.</p> <p>Implantar protocolo assistencial de prevenção para UPP.</p> <p>Manter lençóis limpos, secos e esticados.</p> <p>Colocar coxís de proteção, faixas de segurança.</p> <p>Fazer curativos (...)</p> <p>Fazer mudança de decúbito</p> <p>Hidratar a pele (...)</p>
	Escoriação da pele	Integridade tissular restabelecida	
	Ferida cirúrgica contaminada	<p>Cicatrização da ferida cirúrgica</p> <p>Ferida cirúrgica limpa</p> <p>Infecção ausente</p>	

Sistemas de classificação em enfermagem

A Enfermagem dispõe de vários sistemas de classificação, cujo desenvolvimento está relacionado a alguma fase do Processo de Enfermagem.

Os sistemas de classificação, também conhecidos como taxonomias, têm contribuído na promoção da autonomia do enfermeiro no julgamento das necessidades de cuidado do cliente (pessoa, família ou coletividade), facilitando o uso dos conhecimentos específicos da Enfermagem e possibilitando a realização de estudos sobre a qualidade do cuidado de enfermagem. Dentre as diversas classificações de enfermagem, as mais conhecidas e utilizadas são: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), NANDA Internacional (NANDA-I), Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC), Classificação de Resultados de Enfermagem (NOC), Classificação de Cuidados Clínicos (CCC) e Sistema Comunitário de Saúde de Omaha.

Dentre os sistemas de classificação, destaca-se a CIPE, desenvolvida pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE) e reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma classificação relacionada à Família de Classificações. Configura-se como um sistema de classificação desenvolvido para tentar suprir a necessidade de uma linguagem universal dentro da Enfermagem.

Os propósitos definidos pelo CIE – organismo que representa a Enfermagem mundialmente junto à OMS, para uma classificação de enfermagem, sintetizam os diversos sistemas de classificação existentes. O propósito mais

abrangente para as classificações de enfermagem é o de estabelecer uma linguagem comum para descrever o cuidado em enfermagem para com a pessoa, família e coletividade em diferentes locais, de forma a permitir comparações espaciais e temporais.

Sistemas de Classificações	Elementos da Prática de Enfermagem
CIPE	DIAGNÓSTICOS, RESULTADOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
NANDA-I	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
NOC	RESULTADOS DE ENFERMAGEM

NIC	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
CCC	DIAGNÓSTICOS, RESULTADOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
OMAHA	DIAGNÓSTICOS, RESULTADOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Etapas de implantação da SAE (Sistematização da assistência de enfermagem)



Sensibilizar a comunidade assistencial sobre a importância e necessidade da implantação da SAE;

Revisitar o Regimento Interno, a Missão, Visão e Valores do Serviço de Enfermagem;

Constituir e qualificar um Grupo de Trabalho (GT) institucional em SAE;

Desenvolver um plano de ação a longo prazo para implantação da SAE;

Selecionar e desenvolver um Modelo Conceitual e Sistema de Classificação de Enfermagem;

Revisitar as atribuições dos profissionais da equipe de Enfermagem;

Revisar e/ou elaborar documentos específicos de enfermagem (protocolos, manuais, impressos, etc);

Selecionar a clínica piloto para implantação da SAE;

Qualificar os profissionais de enfermagem para desenvolvimento do processo de enfermagem, iniciando pela equipe da unidade piloto definida pelo GT SAE;

Implantar e implementar o Processo de Enfermagem, avaliando continuamente, e disseminando para todas as unidades assistenciais.

Registro de enfermagem na SAE

Os registros dos profissionais de enfermagem são fontes de informações relevantes e imprescindíveis para o acompanhamento dos níveis de qualidade e segurança da assistência de enfermagem. Assim, os profissionais de enfermagem devem primar pela qualidade dos registros/documentação, garantido que ao realizá-los, adotem uma metodologia que sustente a fidedignidade da coleta dos dados para se estabelecer a qualidade ou não dos indicadores avaliados.

Os registros no prontuário do cliente (pessoa, família ou coletividade) devem ser estruturados a partir de um resumo mínimo de dados e o uso das terminologias de enfermagem, de modo a contribuir com a construção de indicadores de qualidade para uma maior segurança dos cuidados prestados.



Legislação

DECRETO nº 94.406, de 8/6/87 que regulamenta a LEI nº 7.498, de 25/6/86 que dispõe sobre o Exercício Profissional da Enfermagem

Resolução COFEN 191/96 que dispõe sobre a forma de anotação e o uso do número de inscrição ou de autorização pelo pessoal de enfermagem

Resolução COFEN 311/07 que aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem

Resolução COFEN 358/09 que dispõe sobre a SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem e o Processo de Enfermagem

Resolução COFEN 429/12 que dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte-tradicional ou eletrorônico

Por que Registrar

O Registro de Enfermagem constitui exigência legal

É prova legal do atendimento prestado

Reforça a responsabilidade do profissional envolvido no processo assistencial

O Registro de Enfermagem é fonte de informação entre os profissionais da equipe multiprofissional

Fornece subsídios para a continuidade do planejamento dos cuidados de enfermagem e para o planejamento assistencial da equipe multiprofissional

O Registro de Enfermagem contribui para as atividades de pesquisa e educação em saúde

O Registro de Enfermagem permite auditoria da assistência prestada e subsidia a análise de custos para o pagamento dos serviços oferecidos a clientela

Quem deve Registrar

- Enfermeiros

- Auxiliares de Enfermagem

- Técnicos de Enfermagem

- Estudantes de Enfermagem

Onde Registrar

No prontuário do paciente, utilizando os impressos que foram adotados pelo serviço de enfermagem e fazem parte do prontuário do paciente



O que Registrar

Anotações referentes às ações de enfermagem	<ul style="list-style-type: none">- Cuidados realizados- Medidas de segurança: grades, restrição mecânica, etc- Preparo pré operatório
Anotações referentes às manifestações físicas/ocorrências:	<ul style="list-style-type: none">- Sinais e sintomas apresentados- Exames e cirurgias realizados e/ou suspensos- Intecorrências e providências tomadas
Anotações referentes à satisfação das NHB:	<ul style="list-style-type: none">- Eliminações- Sono e repouso- Condições de locomoção
Anotações referentes aos aspectos psicossociais:	<ul style="list-style-type: none">- Condições emocionais- Queixas e preocupações
Anotações referentes à movimentação do paciente:	<ul style="list-style-type: none">- Transferências- Altas- Encaminhamentos

Anotações referentes a ocorrências diversas | Situações e providências tomadas

Como Registrar

Obedecendo os Critérios de:

Identificação	<ul style="list-style-type: none">- Deve constar em impresso devidamente identificado com dados do paciente - nome e sobrenome, nº leito, nº prontuário- O profissional deve assinar o seu nome em todos os registros realizados, seguido da sigla COREN/BA, do nº da inscrição e da indicação da categoria profissional (ENF, TE, AE)
Brevidade / Exatidão	<ul style="list-style-type: none">- Os fatos devem ser anotados com precisão e veracidade, de modo claro, exato, completo, objetivo e conciso- Após a data, iniciar com horário e terminar com a assinatura- Não deixar espaço em branco
Legibilidade	<ul style="list-style-type: none">- O registro deve ser feito de forma nítida, com letra legível e à tinta- Não rasurar ou se cometer erros, utilizar o método de correção adotado pela instituição - digo, sem efeito- Não utilizar corretivos nem marca texto- Utilizar os termos científicos e por extenso- Usar abreviaturas padronizadas e convencionadas

SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO : RAIOS – X, ELETROCARDIOGRAMA E LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

I. Laboratório de Análises Clínicas

O atendimento laboratorial para diagnósticos de patologia clínica funcionará em regime de urgência e emergência, 24 horas por dia. O laboratório poderá ser terceirizado mantendo um posto de coleta e processamento dentro de cada unidade, atendendo às demandas.



A empresa deverá ter coletadores. Além disso, deverá haver bioquímicos/ biomédicos para a emissão dos laudos. Os profissionais estarão dispostos em escala para atender à demanda.

Será feito no local o processo de coleta, processamento e liberação de resultados, executado por profissionais treinados e habilitados para tal. O tempo de entrega de resultados será o de aproximadamente duas horas, respeitando os limites operacionais, bem como o número de pacientes atendidos diariamente. A coleta se dará de maneira ininterrupta, funcionando nas 24 horas.

No transporte de material biológico será garantida a segurança e integridade, sendo acondicionado em caixas térmicas e embalagens ideais, devidamente identificadas, segregadas de acordo com a natureza de compatibilidade do tipo de material de acordo com o proposto na Resolução ANTT N° 420 de 12 de fevereiro de 2004 e na portaria N° 472 de 09 de março de 2009 – Resolução GMC N° 50/08 – Transporte de substâncias infecciosas e Amostras biológicas.

A qualidade de um exame laboratorial depende da boa execução de três fases: pré-analítica, analítica e pós-analítica.

Os métodos em uso são revistos anualmente, de acordo com recomendações internacionais do College of American Pathologists (CAP).

Amostras inadequadas dificultam ou impossibilitam um diagnóstico correto, completo e preciso.

Especificações do Serviço:

- a) Todos os serviços prestados e transporte de material biológico estão regulados de acordo com o que dispõe a legislação sanitária vigente buscando a adequação ao regulamento técnico da resolução da diretoria colegiada da ANVISA -RDC 302 de 13 de outubro de 2005 e ANVISARDC 20/2014 respectivamente ou outras que vierem a substituí-las.
- b) Todos os serviços prestados estão em rigorosa observação das especificações técnicas e das condições de execução.
- c) Os resultados dos exames serão entregues por meio eletrônico e/ou impresso na unidade hospitalar nos prazos estipulados.
- d) A Secretaria de Saúde poderá a qualquer momento, solicitar a implantação de novas tecnologias para melhoria da qualidade dos serviços.
- e) Acondicionamento, fixação e envio de amostras para exames anatomopatológicos e citológico.

Objetivos:

- Propor à instituição a melhor forma para implantação do serviço de anatomopatológico e citológico na unidade;
- Garantir a prestação de serviços de apoio diagnóstico laboratorial de análises clínicas, anatomia patológica e citologia, incluindo o fornecimento de todos os itens necessários para coleta e transporte das amostras, processamento dos exames, emissão e entrega dos laudos.

Objetivo Específico:

- Garantir ao corpo clínico resultados precisos no Diagnóstico.
- Servir ao corpo clínico o que há de melhor em tecnologias diagnósticas.
- Respeitar integralmente a dignidade da pessoa humana destinatária de seus serviços.

Condições Gerais:

Todo material destinado ao exame histopatológico deverá ser acondicionado de maneira adequada ao tipo de exame para o qual se destina. A qualidade do laudo está diretamente relacionada a diversos fatores, como dados clínicos corretamente informados.

Orientações sobre a conduta, acondicionamento e envio das amostras:

- As amostras devem ser tratadas e manuseadas com todo o cuidado;
- As amostras devem estar acondicionadas em recipientes próprios, corretamente identificados e fechados, para evitar acidentes durante o transporte, como: derrame da amostra e quebra das lâminas;
- Respeitar o tempo de entrega de material determinado pelo laboratório. Mesmo no fixador o material tem um tempo ideal até ser processado. Tempos prolongados comprometem a qualidade da amostra inviabilizando exames complementares.

Técnicas de biossegurança no transporte de material biológico:

- As amostras enviadas para exame anatomopatológico devem ser fixadas e acondicionadas corretamente em recipientes adequados;
- Se as amostras são enviadas de locais mais distantes devem estar corretamente acondicionadas para evitar vazamentos, e para que não fiquem soltas protegendo contra impactos. As requisições devem estar protegidas e separadas dos frascos para não molharem.

II. Exame de Imagem (Raio – X)

O Serviço de Diagnóstico por Imagem é constituído de unidades que objetivam o estudo da função e anatomia pela obtenção de imagens via métodos não invasivos.



Visto que o serviço serve de suporte à condução clínica dos pacientes, é formada de unidades divididas de acordo com o método utilizado para obtenção das imagens.

Serão realizados exames de pacientes de demanda espontânea e em observação.

O maior quantitativo de pacientes será proveniente da porta de entrada, que gerará uma grande demanda de exames destes tipos. Por outro lado, em igual escala de importância, a assistência aos pacientes em observação na unidade é uma prioridade do Serviço de Imagem.

O Serviço de Imagem na UPA 24H, terá exames de Raio X sendo realizado na sala com escalafões propícias para tal procedimento.

O Serviço de Radiologia funcionará durante as 24h do dia, os sete dias da semana. Sendo realizados exames de pacientes atendidos no pronto atendimento. Para o serviço de Raio X serão necessários Técnicos de Radiologia com escala de 24 horas, sendo utilizados aparelhos de raio x fixo e raio x móvel.

Os exames para pacientes que podem se deslocar com facilidade serão realizados na sala destinada a Radiologia, porém aqueles exames para os pacientes mais graves

poderão ser realizados nas salas de observação Amarela e Vermelha, sempre que necessário.

A estrutura estará preparada para estes exames de urgência, e toda a tecnologia será utilizada neste sentido. A equipe técnica a ser preparada para este setor será especializada, trabalhando e atendendo em condições adequadas e específicas de Radiodiagnóstico, atendendo a todas as legislações vigentes e atendendo a todas as demandas dos órgãos responsáveis e fiscais desta modalidade.

Mais do que isto, o IEC pretende atender a todos os usuários com excelência de qualidade, e para tanto também necessitará ter um excelente serviço de imagem na UPA.

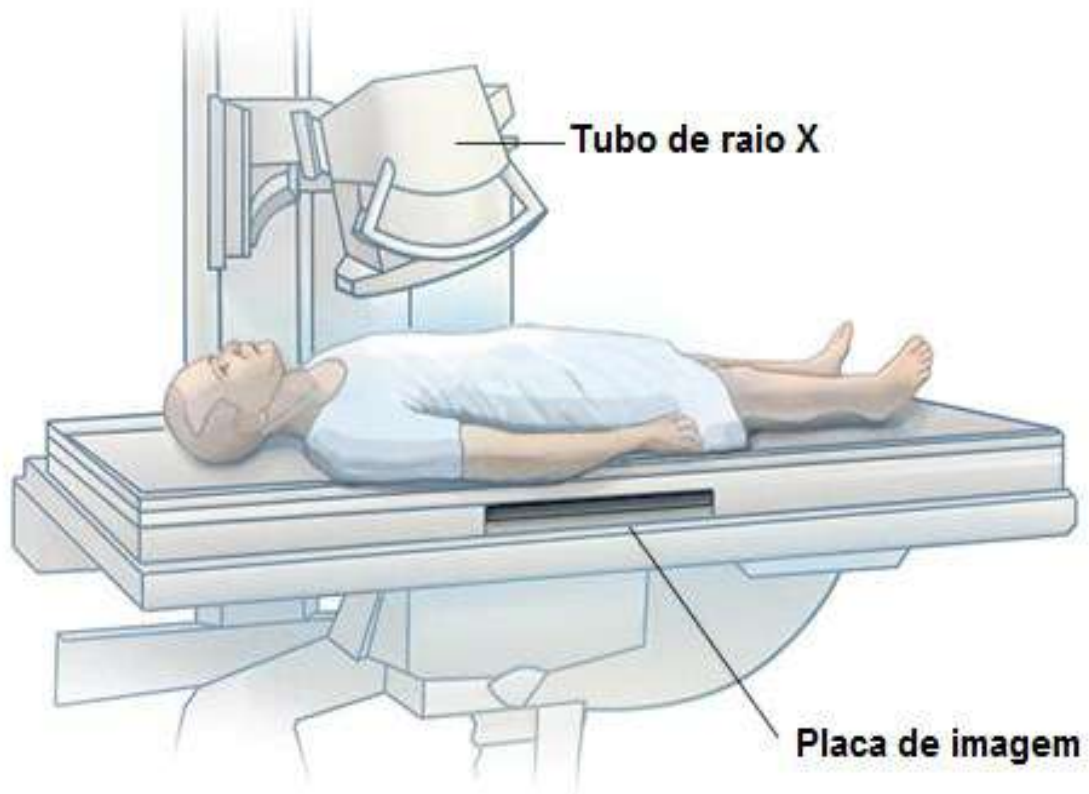
Todos os equipamentos serão de acordo com o que preconiza a ANVISA, bem como o material de uso técnico. Serão utilizados os padrões de documentos existentes nas UPAS, e implantados novos modelos, se necessário.

O prazo de entrega/disponibilização dos exames será de imediato para retorno ao médico de plantão, já que se trata de serviço de emergência.

No momento da alta, os pacientes receberão seus exames e no caso dos pacientes que por algum motivo não os levarem o prazo de guarda e armazenamento dos exames radiológicos será de acordo com o que é estabelecido pelo Conselho Federal de Medicina.

Mensalmente serão elaborados relatórios e mapas de produção, informando os dados relevantes. Normas e rotinas serão implantadas na unidade, de maneira a garantir a qualidade do serviço, atendendo a todas as normas de proteção radiológica da portaria 453 da ANVISA.

A sala de raio x da UPA – 24H, tem a finalidade de prestar serviços diagnósticos referentes à realização de exames específicos, resultando na interpretação das imagens obtidas e elaboração de laudos técnicos que servem como subsídio para o tratamento eficaz dos usuários.



Atribuições Gerais

- ✓ Suprir a demanda por diagnósticos precisos através da realização de estudos e análises dos exames de radiologia prescritos para os usuários;
- ✓ Manter um controle rígido sobre a proteção radiológica da unidade;
- ✓ Zelar pela correta utilização dos recursos físicos, identificados principalmente pelos equipamentos e do desenvolvimento e capacitação dos recursos humanos da unidade;
- ✓ Manter em atividade contínua os equipamentos, dispositivos e respectivos insumos para o correto desenvolvimento dos exames prescritos pelos profissionais da unidade;
- ✓ Avaliar os resultados dos procedimentos específicos e elaborar os respectivos laudos técnicos, como também prover o correto encaminhamento dos mesmos às unidades requisitantes;
- ✓ Manter um controle eficaz da quantidade de exames realizados.

Atribuições do RADIOLOGISTA:

As principais atividades de um radiologista variam conforme sua agenda e sua rotina. Contudo, algumas das atividades básicas durante seu dia-a-dia são:

- I. Pautar as atividades profissionais, observando as regras da radiologia;
- II. Fazer radiografias do corpo humano utilizando os equipamentos necessários, de acordo com a necessidade do paciente;
- III. Analisar a imagem radiológica obtida para diagnosticar se há ocorrência de doenças ou não;
- IV. Elaboração de um laudo sobre as condições do paciente para que seja passado adiante aos clínicos e cirurgiões especializados.

Será utilizado tecnologia digital para a realização dos exames radiográficos, responsabilizando-se integralmente por adquirir, instalar, implantar, operar e manter o sistema completo de digitalização das imagens; sistema de gerenciamento, arquivamento e distribuição de imagem (PACS) e sistema de informação da radiologia (RIS), com programas (softwares), equipamentos de informática (hardware), rede lógica e recursos humanos e materiais completamente integrados ao sistema de gestão e informação do Pronto Atendimento, instalando monitores para a consulta e visualização, por meio eletrônico, das imagens dos exames radiográficos digitais realizados em todas as salas do Pronto Atendimento, sem prejuízo para a entrega dos exames em filme(s) radiográfico(s) sempre que solicitado pela equipe médica. Todos os equipamentos e material técnico de consumo deverão possuir certificação da ANVISA.

SISTEMA PACS:



Disponibilizar os exames realizados em prazo imediato, sempre que requisitado pela equipe médica solicitante, já que se trata de um serviço de pronto-atendimento que se propõe a atender casos de urgência e emergências.

RELAÇÃO DE EXAMES DE RAIOS-X:

- I. Rx de crânio;
- II. Rx de cavum;
- III. Rx de seios da face;
- IV. Rx de coluna cervical;
- V. Rx de Clavícula;

- VI. Rx de ombro (articulação escapulo umeral);
- VII. Rx de braço (úmero);
- VIII. Rx de cotovelo;
- IX. Rx de antebraço;
- X. Rx de punho;
- XI. Rx de mão e punho (determinação de idade óssea);
- XII. Rx de mão (quirodátilo);
- XIII. Rx de tórax (Tórax ou arcos costais);
- XIV. Rx de Coluna dorsal;
- XV. Rx de Coluna lombar (lombosacra);
- XVI. Rx de Abdômen;
- XVII. Rx de bacia (bacia ou quadril articulação coxo femural);
- XVIII. Rx de coxa;
- XIX. Rx de joelho;
- XX. Rx perna;
- XXI. Rx de tornozelo (articulação tibiotársica);
- XXII. Rx de pé;
- XXIII. Rx de calcâneo.

III. Eletrocardiograma

A realização de ECG ocorrerá durante as 24hs do dia, os sete dias da semana. Serão realizados exames de pacientes atendidos no pronto atendimento. Para a realização de ECG será necessária solicitação médico sendo o exame realizado por Técnicos de Enfermagem do plantão com escala de 24 horas. Vale ressaltar que este técnico quando não estiver realizando exame, deverá assistir à UPA, apoiando nos exames, ou procedimentos.



C. PROTOCOLOS E ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE FARMÁCIA;

Apresentamos neste item os Protocolos e organização do Serviço de Farmácia, incluindo implantação: detalhar a forma de organização do Serviço, conforme as diretrizes do Conselho Federal de Farmácia.

1. Serviço de Farmácia, incluindo modelo de Atenção Farmacêutica



O Serviço de Farmácia será operacionalizado por profissional farmacêutico habilitados e com experiência de trabalho na área urgência e emergência. Administrativamente, estará vinculado a Coordenadoria Regional, devendo, tecnicamente, articular com as Coordenações Médicas e de Enfermagem.

Este profissional será designado para assumir a Responsabilidade Técnica pelo serviço de farmácia do Serviço diante dos órgãos de controle e fiscalização, a exemplo da Vigilância Sanitária e Conselho Regional de Farmácia.

Compete ao responsável técnico do Serviço de Farmácia:

- controlar as atividades da Farmácia;
- supervisionar a atividade das equipes durante o serviço;
- manter-se em dia com o Conselho Regional de Farmácia;
- identificar problemas na atividade da Farmácia;
- elaborar e monitorar a execução dos protocolos para armazenamento de medicamentos;
- solicitar, em tempo hábil, ao setor de Logística e Suprimentos a aquisição de medicamentos ou de material permanente que atinjam limite de reposição do estoque;

- notificar imediatamente a Coordenadoria Regional os desvios no padrão de consumo de medicamentos e materiais;
- elaborar e revisar continuamente o manual de Procedimentos operacionais padrão (POP);
- manter atualizados os registros das ações farmacêuticas;
- realizar a padronização dos medicamentos utilizados conforme a RENAME e as determinações da Secretaria de Saúde;
- definir as especificações técnicas e quantidades dos medicamentos;
- assegurar a qualidade dos produtos mantidos em estoque;
- organizar o processo que viabilize a organização dos medicamentos por dose individualizada;
- assegurar o uso racional dos medicamentos através da análise da prescrição médica quanto a posologia, via de administração, interação com outras drogas, diluição dentre outros aspectos relevante;
- garantir o suprimento constante dos medicamentos mediante cálculo do estoque mínimo e máximo baseado no histórico de consumo;
- Cumprir com a Portaria n.º 2344/1998 de controle dos psicotrópicos;
- desenvolver trabalhos conjuntos com a equipe multidisciplinar.
- Junto com a Comissão de Farmácia e Terapêutica, o Serviço de Farmácia deverá cuidar:
 - do ciclo logístico da assistência farmacêutica hospitalar;
 - da otimização da terapia medicamentosa (seguimento farmacoterapêutico), objetivando assegurar o uso racional de medicamentos;
 - das ações em Farmacotécnica, tais como: apoio no preparo e diluição de germicidas, aquisição de preparações magistrais e oficinais, fracionamento e reembalagem de medicamentos estéreis ou não estéreis;
 - da realização de ações de farmacovigilância, notificando as suspeitas de reações adversas e queixas técnicas às autoridades sanitárias competentes.

Para o atendimento das necessidades do serviço de saúde, a equipe gestora do IEC iniciará as atividades utilizando o elenco de medicamentos padrão da Instituição a fim de que o Serviço de Farmácia e a Comissão de Farmácia e Terapêutica possam realizar o processo de seleção dos

medicamentos de acordo com o perfil da Unidade no prazo máximo de 60 dias.

Caberá a RT de Farmácia manter a Farmácia composta minimamente com os seguintes itens: escaninhos, estantes, estrados, geladeira, armário com chave, pastas de arquivo de espelho, computador e impressora. Tendo o cuidado de não armazenar produtos em contato direto com o chão, teto e paredes; de identificar com etiqueta amarela qualquer produto que esteja armazenado no setor com prazo de validade de até 03 (três) meses, registrado o mês e ano e ter prioridade na saída.

1.1. Rotinas e Protocolos Referentes ao Processo de Armazenamento e Dispensação de Medicamentos.

Os medicamentos são de suma importância para a melhoria ou manutenção da qualidade de vida da população. Desta forma, as condições de estocagem, distribuição e transporte desempenham papel fundamental para a manutenção dos padrões de qualidade dos medicamentos.

A Assistência Farmacêutica conceituada como “grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade”, desempenha papel essencial para a saúde. Esta estratégia visa oferecer diretrizes e procedimentos básicos que possam assegurar a qualidade e a segurança dos medicamentos estocados e distribuídos, dentro das dependências da unidade. A farmácia deve ser estruturada para desempenhar as atividades de recebimento, estocagem e guarda, conservação e controle de estoque. Dentro deste contexto, para o melhor desempenho de suas atribuições, a farmácia deve ser adequada conforme as orientações que seguem.

- Piso – deve ser plano, de fácil limpeza e resistente para suportar o peso dos produtos e a movimentação dos equipamentos;
- Paredes – devem ser pintadas com cor clara, lavável e devem apresentar-se isentas de infiltrações e umidade. Pelo menos uma das quatro paredes deve receber ventilação direta, através de abertura localizada, no mínimo, a 210 cm do piso. Esta abertura deve estar protegida com tela metálica para evitar a entrada de insetos, pássaros, roedores, etc;
- Portas – de preferência esmaltadas ou de alumínio, contendo fechadura e/ou cadeado;
- Sinalização interna – As áreas e estantes, além dos locais dos extintores de incêndio, precisam ser identificadas;
- Instalações elétricas – devem ser mantidas em bom estado, evitando-se o uso de adaptadores.

O quadro de força deve ficar externo à área de estocagem e as fiações devem estar em tubulações apropriadas. É sempre bom lembrar que os curtos-circuitos são as causas da maioria dos incêndios.

- Equipamentos – Os equipamentos devem ser pensados em função do espaço físico e do volume operacional do almoxarifado.
- Estantes – são adequadas para medicamentos desembalados ou acondicionados em pequenas caixas. As estantes modulares de aço ou de madeira revestida por fórmica são mais indicadas porque permitem fácil manuseio. A profundidade ideal é de 60 cm, podendo ser de 40 cm em alguns casos. As tintas utilizadas nas estantes devem ter secagem rápida, para que não fiquem impregnadas nas embalagens;
- Estrados – são apropriados para caixas maiores, não devem ultrapassar 120 cm no lado maior;
- Escadas – para movimentação dos estoques quando os medicamentos estiverem desembalados ou acondicionados em caixas menores;
- Carrinhos para transporte – a escolha dos mesmos depende do volume operacional do almoxarifado;
- Sistema de condicionamento de ar – utilizado para o controle adequado da temperatura nos locais de armazenagem de medicamentos. Devem ser pensados em função das condições dos ambientes. As temperaturas se elevam muito no verão, desta forma, a instalação deste sistema deve ser considerada;
- Ar condicionado – A farmácia é equipada com aparelhos de ar-condicionado
- Termômetros – são recomendados os termômetros que registram as temperaturas máximas e mínimas para a medição na área de estocagem. Também devem ser usados termômetros adequados para a medição das temperaturas das câmaras frias ou refrigeradores;
- Termo Higrômetro – usado para a medição da umidade nas áreas de armazenamento;
- Armários de aço com chave – destinados ao armazenamento de medicamentos sujeitos a controle especial, quando o volume estocado é pequeno. No geral é preferível dispor de sala fechada para este fim;
- Extintores de incêndio – devem ser adequados aos tipos de materiais armazenados e devem estar fixados nas paredes e sinalizados conforme normas vigentes. É recomendável a consulta ao Corpo de Bombeiros sobre os locais apropriados para a instalação dos mesmos, bem como sobre a sinalização e especificações necessárias. Devem ter ficha de controle de inspeção e etiqueta de identificação contendo a data da recarga;
- Refrigerador – para estocagem entre 2 e 8°C;

- Além de outros materiais necessários para o bom funcionamento da unidade como: Caixas plásticas para transporte, caixas de isopor para transporte, cesto com tampa, lacres, armários, escrivaninhas e cadeiras, computadores com acesso à internet e impressoras.

1.2. Manual de Boas Práticas de Armazenamento e Distribuição: Recebimento, Estocagem e Transporte de Medicamentos

Os medicamentos somente são eficazes se houver garantia de que, desde sua fabricação até a sua dispensação, sejam armazenados, transportados e manuseados em condições adequadas. Desta forma estarão preservadas a sua qualidade, eficácia e segurança.

As diretrizes de Boas Práticas de Armazenamento e Distribuição aplicam-se a todas as atividades relacionadas à distribuição e armazenamento produtos farmacêuticos nos almoxarifados visando à proteção da saúde da população.

Para melhor entendimento serão adotadas as seguintes definições:

- **Armazenamento:** Conjunto de procedimentos técnicos e administrativos que envolvem as atividades de recebimento, estocagem e guarda, conservação, segurança e controle de estoque.
- **Estocagem e guarda:** estocar consiste em ordenar adequadamente os produtos em áreas apropriadas, de acordo com suas características e condições de conservação exigidas (termolábeis, psicofármacos, etc).
- **Embalagem:** envoltório, recipiente ou qualquer forma de acondicionamento, removível ou não, destinado a cobrir, embalar, envasar, proteger ou manter os produtos farmacêuticos.
- **Produto farmacêutico:** preparado que contém princípio(s) ativo(s) e os excipientes, formulados em uma forma farmacêutica e que passou por todas as fases de produção, acondicionamento, embalagem e rotulagem.
- **Lote:** quantidade definida de um produto fabricado num ciclo de fabricação e cuja característica essencial é a homogeneidade.
- **Número do lote:** qualquer combinação de números ou letras através da qual se pode rastrear a história completa da fabricação desse lote e de distribuição no mercado.
- **Área de ambiente controlado:** sala onde a temperatura é mantida entre 15 e 30°C para estocagem de produtos cujo acondicionamento primário não os protege da umidade. A umidade deve ser mantida entre 40 e 70%.

- Quente: qualquer temperatura entre 30 e 40°C.
 - Calor excessivo: qualquer temperatura acima de 40°C.
 - Resfriado: qualquer temperatura entre 8 e 15°C.
 - Frio: qualquer temperatura que não exceda a 8°C.
 - Refrigeração: lugar/espço frio no qual a temperatura é mantida, através de termostato, entre 2 a 8°C.
 - Congelado: temperatura mantida, através de termostato, entre -20 a -10°C.
- Distribuição: atividade que consiste no suprimento de medicamentos aos setores da unidade, em quantidade, qualidade e tempo oportuno, para posterior dispensação à população usuária.

Recursos Humanos

A responsabilidade técnica dos medicamentos deve ser assumida por um farmacêutico, que supervisionará e orientará as atividades da equipe de trabalho. Todo pessoal deve ser capacitado em Boas Práticas de Armazenamento e Distribuição.

Recebimento

Receber é ato que implica em conferência. No recebimento verificamos se os medicamentos que foram entregues estão em conformidade com os requisitos estabelecidos, quanto à especificação, quantidade e qualidade. A área de recebimento deve ser separada da área de armazenamento. O pessoal deve ser treinado para esta finalidade.

Estocagem

Os medicamentos serão armazenados somente após o recebimento oficial, de acordo com as instruções contidas neste manual.

Armazenamento de medicamentos termolábeis

A farmácia deve dispor de refrigeradores com temperatura controlada entre 2 e 8°C, com registro diário. A estocagem deve ser feita separadamente, por lote e prazo de validade, com registro de todas as retiradas. As retiradas devem ser programadas visando diminuir as variações internas de temperatura. Os refrigeradores devem ser mantidos limpos e arrumados, e devem ser

utilizados somente para medicamentos. Não devem ser acondicionados alimentos e nem bebidas.

Estocagem de medicamentos sob controle especial

A área de estocagem deve ser considerada de segurança máxima, com acesso apenas a pessoas autorizadas. As entradas e saídas dos medicamentos devem ser registradas em livros próprios, de acordo com a legislação específica, sob controle e responsabilidade do farmacêutico.

Estabilidade dos medicamentos

Os medicamentos são constituídos de fármacos com ação no organismo e para que se obtenha o máximo de benefícios desejados e o mínimo de efeitos adversos, o medicamento deve manter as características para o uso preservadas.

Controle de estoque

A atividade tem por objetivo manter informação confiável sobre níveis e movimentação física e financeira de estoques necessários ao atendimento da demanda, evitando-se a superposição de estoques ou desabastecimento do sistema. Para garantir um controle de estoque eficaz a IEC informatizará o Almoxarifado.

Devolução

Registrar todas as devoluções, quantidade, lote, prazo de validade, procedência e motivos, verificando os aspectos da embalagem originais que devem estar em boas condições. Quando se tratar de termolábil ou psicotrópico, os cuidados devem ser especiais para a reintegração ao estoque.

Reclamações

Em caso de queixas técnicas ou observação de reações adversas a medicamentos, os produtos devem ser separados imediatamente. Deve ser feito registro e comunicação imediata, por escrito, para todas as unidades que receberam o lote. Quando houver orientação para recolhimento, efetuar imediatamente e encaminhar para o órgão solicitante, devidamente identificado, com nome, lote e quantidades.

Descarte

O descarte, por motivos justificados, deve seguir as orientações do fabricante e dos órgãos públicos responsáveis por estas questões, considerando a proteção ambiental. Os produtos farmacêuticos (medicamentos vencidos, contaminados, interditados ou não utilizados) são resíduos que apresentam risco potencial à saúde pública e ao meio ambiente devido às suas características químicas.

Em publicação no D.O.U. de 05/03/2003, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), estabeleceu através da R.D.C. 33/03 o regulamento técnico para o Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde.

Pela proposta da ANVISA, os resíduos químicos são classificados em 8 subgrupos. Os medicamentos estão enquadrados nos três primeiros grupos:

1. resíduos de medicamentos e insumos farmacêuticos quando vencidos, contaminados, apreendidos para descarte, parcialmente utilizados e demais medicamentos impróprios para consumo que oferecem risco;
2. mesma referência anterior, mas para medicamentos ou insumos farmacêuticos que, em função de seu princípio ativo e forma farmacêutica, não oferecem risco;
3. resíduos ou insumos farmacêuticos dos medicamentos controlados pela portaria ms 344/98 e suas atualizações.

A Unidades Gerenciadas devem estabelecer um sistema de gerenciamento de resíduos para, entre outros, submeter os resíduos do tipo B da instrução do CONAMA ao tratamento e à disposição final específica, segundo exigências do órgão ambiental competente. Para tanto deve ser consultada a norma da ABNT NBR 12.808/93 e RDC 222/18 Regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências.

Um sistema de gerenciamento de resíduos deve abordar, no mínimo, os seguintes itens:

1. Identificação dos resíduos produzidos e seus efeitos na saúde e no ambiente;
2. Levantamento sobre o sistema e disposição final para os resíduos;
3. Estabelecimento de uma classificação dos resíduos segundo uma tipologia clara, que seja conhecida por todos;

4. Estabelecimento de normas e responsabilidades na gestão e eliminação dos resíduos;
5. Estudo de formas de redução dos resíduos produzidos;
6. Utilização, de forma efetiva, dos meios de tratamento disponíveis.

Responsabilidades do Almojarifado na Assistência Farmacêutica

1. Subsidiar as atividades da Assistência Farmacêutica na programação, aquisição e distribuição;
2. Assegurar o suprimento, garantindo a regularidade do abastecimento;
3. Estabelecer quantidades necessárias e evitar perdas;
4. Ter procedimentos operacionais da rotina (procedimentos operacionais padrão) por escrito;
5. Ter registros de movimentação de estoque;
6. Fornecer informações precisas, claras e a contento, com rapidez, quando solicitadas;
7. Manter controle e arquivo dos dados organizados e atualizados.

Elementos de previsão de estoque

Para manter um dimensionamento correto dos estoques que atendam às necessidades, com regularidade no abastecimento, recomenda-se a utilização dos seguintes instrumentos:

- Consumo médio mensal (CMM) – é a soma do consumo de medicamentos utilizados em determinado período de tempo dividida pelo número de meses da sua utilização. Quanto maior o período de coleta de dados, maior a segurança nos resultados. Saídas por empréstimo devem ser desconsideradas;
- Estoque mínimo (EMI) – é a quantidade mínima a ser mantida em estoque para atender o CMM, em determinado período de tempo, enquanto se processa o pedido de compra, considerando-se o tempo de reposição de cada produto;
- Estoque máximo (EMX) – é a quantidade máxima que deverá ser mantida em estoque, que corresponde ao estoque de reserva, mas a quantidade de reposição;
- Tempo de reposição (TR) – é o tempo decorrido entre a solicitação da compra e a entrega

do produto, considerando a disponibilidade para a dispensação do medicamento. Os novos pedidos são feitos todo dia primeiro do mês. A unidade de cálculo do TR (Tempo de Reposição) é de até 25 dias.

- Ponto de reposição (PR) – é a quantidade existente no estoque, que determina a emissão de um novo pedido para um total de 60 dias de estoque.
- Quantidade de reposição (QR) – é a quantidade de reposição de medicamentos que depende da periodicidade da aquisição.

1.2.1. Inventário

É a contagem de todos os itens em estoque para verificar se a quantidade encontrada nas prateleiras coincide com os valores informados nas fichas de controle. É imprescindível a realização de inventário de todos os itens mensalmente.

Distribuição

A distribuição deve suprir as necessidades dos diversos setores, seguir um cronograma, evitar atrasos e desabastecimentos:

- Estabelecer e divulgar o fluxo e cronograma da distribuição;
- Distribuir em quantidades corretas com qualidade;
- Transportar adequadamente;
- Controlar a distribuição e manter a situação físico-financeira atualizada e 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 deve obedecer à regra “primeiro que vence, primeiro que sai (sistema PEPS)”;
- Elaborar cadernos de abastecimento de medicamentos para cada setor, conforme a complexidade dos serviços oferecidos;
- Estabelecer cronograma de abastecimento para os setores;
- Definir prazos de preenchimento e recebimento dos cadernos; analisar as solicitações do pedido;
- Verificar a quantidade solicitada, estoque existente e consumo, e estoque disponível na

farmácia de forma a atender a todos os setores;

- Após a conferência do livro dos setores, processar a distribuição;
- Conferir os pedidos, emitir Nota de Distribuição;
- Os produtos devem seguir com Termo de Não Conformidade no Recebimento (em duas vias);
- Retornar com as vias de recebimento devidamente assinadas, carimbadas e datadas e uma via do Termo de Não Conformidade no Recebimento preenchido.

Organização de Documentos

Manter todos os registros de movimentação e de irregularidades organizados, para rápida informação quando solicitada. Manter sistema que permita a rastreabilidade dos produtos, de modo a possibilitar a sua localização, com vistas a um processo eficaz de intervenção, retirada ou devolução.

Remanejamento

Às vezes o empréstimo entre serviços municipais é uma solução imediata para evitar o desabastecimento ou para evitar perdas. Deve ser realizado somente após consulta e autorização da outra parte envolvida. Deve-se informar o item, a quantidade, o lote e o prazo de validade do medicamento em questão.

Deve seguir os mesmos fluxos de entrada e saída no controle de estoque, identificando a procedência. Os documentos devem ser mantidos organizados, assinados, datados e arquivados, identificando assim a movimentação efetuada.

Manter procedimentos de autoinspeção periódicos e registros de monitoração conforme a legislação. Manter Procedimentos Operacionais da Rotina por escrito e de fácil acesso.

Inventário será a contagem física dos estoques, para verificar se a quantidade de medicamentos estocada está em conformidade com a quantidade registrada no Sistema Informatizado.

Objetivos

- Permitir identificar divergências entre os registros e o estoque físico;
- Possibilitar avaliar o valor total (contábil) dos estoques para efeito de balanço ou balancete, no encerramento do exercício fiscal.

Periodicidade

- Diariamente, como forma de monitoramento dos produtos, especialmente em determinados grupos de medicamentos: de controle especial, dispensação excepcional, alto custo e os de maior rotatividade.
- Anual, obrigatoriamente, ao fim do ano-exercício, para atualização dos estoques e prestação de contas;

Tipos de inventário

- Geral: realizado anualmente, com fins contábeis e legais, para incorporação dos seus valores ao balanço ativo da instituição e para a programação orçamentária do próximo exercício;
- Periódico: realizado em intervalos de tempo (mensal);

Procedimentos

- Elaborar instrumento padrão (formulário), com as especificações de todos os produtos, lote, validade, quantidades previstas, quantidades em estoque, diferenças (para mais e para menos) e porcentual de erros;
- Designar responsáveis para a contagem;
- Proceder à arrumação física dos produtos, para agilizar a contagem;
- Retirar da prateleira os produtos vencidos ou prestes a vencer, bem como os deteriorados e dar baixa nos estoques;
- Atender a todos os pedidos pendentes, antes do início do inventário;
- Revisar as fichas de controle (somando entradas e saídas);
- Realizar a contagem. Cada item do estoque deverá ser contado duas vezes. A segunda contagem deverá ser feita por uma equipe revisora. No caso de divergência de contagem, efetuar uma terceira contagem;
- Confrontar os estoques das fichas com o estoque físico;
- Atualizar os registros dos estoques, fazendo os ajustes necessários;
- Elaborar o relatório e encaminhar cópias às áreas competentes.

Cuidados necessários quando dos inventários:

- (i) as entradas e saídas de medicamentos deverão ser lançadas somente após a

- finalização do inventário, para se evitar risco de dupla contagem do mesmo produto;
- (ii) no caso de divergências nos estoques, registrar a ocorrência, rastrear as notas fiscais de entrada, documentos de saída, registros de ocorrências de devolução, remanejamentos, perdas e validade vencida, para identificar as possíveis falhas;
 - (iii) revisar as somas das entradas e saídas das fichas de controle, para avaliar se houve erro na soma ou registros; e
 - (iv) em caso de desvio de medicamentos, comunicar por escrito à área competente para as providências cabíveis.

1.2.2. Limpeza e conservação

O local de trabalho e a área de armazenamento devem ser mantidos limpos e isentos de pó e contaminação, insetos e roedores. É proibido fumar, comer, beber (deve ter local específico para este fim). O lixo deverá ser depositado em recipientes especiais com tampa e deverão ser esvaziados e limpos fora da área de armazenamento seguindo as especificações de reciclagem. Todos os trabalhadores deverão utilizar uniformes e crachá de identificação.

Procedimento Operacional Padrão - POP

O POP tem como objetivo manter o processo em funcionamento por meio da padronização e minimização de desvios na execução da atividade, ou seja, ele busca assegurar que as ações tomadas para a garantia da qualidade sejam padronizadas e executadas conforme o planejado.

Legislação Código de Ética

RESOLUÇÃO Nº 596 DE 21 DE FEVEREIRO DE 2014. Dispõe sobre o Código de Ética Farmacêutica, o Código de Processo Ético e estabelece as infrações e as regras de aplicação das sanções disciplinares

Lei Nº 3.820, de 11 de novembro de 1960. Cria o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Farmácia, e dá outras Providências.

Lei Nº 13.021, de 8 de agosto de 2014. Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas.

Lei Nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o Controle Sanitário do Comércio de Drogas, Medicamentos, Insumos Farmacêuticos e Correlatos, e dá outras Providências.

1..2.3. Conservação de medicamentos

Conservar medicamentos será mantê-los em condições ambientais apropriadas, para assegurar a estabilidade e a integridade durante seu período de vida útil.

Para que os medicamentos sejam bem conservados, alguns procedimentos técnicos e administrativos deverão ser adotados.

a) Temperatura: é uma condição ambiental, diretamente responsável por grande número de alterações e deteriorações dos medicamentos. Elevadas temperaturas são contraindicadas para medicamentos, pois poderão acelerar a indução de reações químicas e ocasionar decomposição dos produtos, alterando a sua eficácia.

Para o controle da temperatura será necessária a utilização de termômetros nas áreas de estocagem, com registros diários em mapa de controle, registro mensal consolidado, elaboração de relatórios, com gráficos demonstrativos, para intervenção e correção de eventuais anormalidades.

Temperatura de conservação, segundo a Farmacopéia Americana (USP):

- ambiente: temperatura entre 15° e 30°C, com controle mediante termostato – recomenda-se temperatura próxima a 20°C;
- quente: temperatura acima de 30°C;
- fria ou refrigerada: temperatura entre 2° e 8°C;
- local fresco: ambiente cuja temperatura situa-se entre 8° e 15°C;
- em congelador: temperatura entre 0° e -5°C.
- Para produtos que requerem baixa temperatura, há necessidade de equipamentos de

temperatura controlada entre 10° e 20°C.

b) Umidade: dependendo da forma farmacêutica do medicamento, a umidade elevada poderá afetá-la, favorecendo o crescimento de fungos e bactérias, desencadeando algumas reações químicas.

Os medicamentos armazenados em áreas úmidas poderão sofrer alterações na consistência, sabor, odor, cor e tempo de desintegração. Por isso, não deverão ser encostados em paredes, teto, em contato direto com o chão, próximos a banheiros, áreas úmidas e com infiltrações.

Produtos sensíveis à umidade deverão ser conservados em frascos hermeticamente fechados ou conter substâncias dessecantes. Alguns produtos, em razão da elevada sensibilidade à umidade, trazem invólucros de sílica gel para a devida proteção. Orientar para que não sejam retirados das embalagens. A umidade relativa deverá se manter entre 40 e 70%. A medição será feita com higrômetro ou psicrômetro.

c) Luminosidade: a incidência direta de raios solares sobre os medicamentos acelerará a velocidade das reações químicas, alterando sua estabilidade (óxido-reduções). O local de estocagem deverá possuir iluminação natural adequada. No caso de iluminação artificial, recomendar-se-á a utilização de lâmpadas fluorescentes (luz fria).

Os efeitos da luminosidade dependerão da fonte de luz, intensidade e tempo de exposição. Para proteção dos medicamentos fotossensíveis, utilizam-se embalagens de cor âmbar e embalagem em blister de alumínio.

d) Ventilação: uma boa circulação interna de ar deverá ser mantida para conservação dos produtos. Elementos vazados nas janelas facilitarão a ventilação natural.

e) Equipamentos e acessórios: são dispositivos de ação mecânica, necessários à estocagem e movimentação dos produtos.

Estrados/pallets são plataformas horizontais de tamanhos variados, fácil manuseio, movimentação e transporte, cuja finalidade será estocar produtos de grande volume. Recomenda-se o tamanho de 1m², para melhor adequação aos espaços. Quanto menor o estrado, será mais fácil manuseá-lo, limpá-lo e movimentá-lo. Não serão recomendados estrados

de grandes dimensões ou fixos, porque dificultarão os deslocamentos e, principalmente, a limpeza. Existem em diversos tipos (madeira, plástico, fibra, alumínio, borracha) de diversas dimensões e formas (retangular e quadrado). Sua utilização dependerá da necessidade do serviço e da área disponível, para se evitar desperdícios de espaços, com quantidades desnecessárias.

Estrados de madeira: a madeira é muito utilizada em razão da sua rigidez, resistência a choques, impactos e deformações, além do seu baixo custo e facilidade no manuseio. Porém, não é recomendável, porque acumula muita poeira e absorve muita umidade, retendo água.

Estrados de plásticos: são os estrados mais utilizados atualmente, pelo fato de serem menos propensos a danos físicos. Possibilitam fácil limpeza, manuseio, além da grande diversidade de cores, o que dá um layout diferente ao ambiente.

Estrados de borracha: Para os produtos imunobiológicos e outros da rede de frio, recomenda-se utilizar os estrados de borracha. Os estrados não devem ficar rentes ao chão. Deverão manter certa altura do solo, para se evitar acúmulo de poeiras e sujidades, facilitando a limpeza.

O Cestas de marfinito: serão utilizadas para guardar material médico-hospitalar. São ajustáveis, de diversas cores e tamanhos.

Os armários de aço: servirão para a guarda de material controlado. Arquivos de aço serão destinados ao armazenamento de medicamentos sujeitos ao controle especial, quando o volume estocado é pequeno. Quando houver grandes quantidades será imprescindível dispor de sala fechada para este fim.

Extintores de incêndio: deverão ser adequados aos tipos de materiais armazenados, fixados nas paredes e sinalizados, conforme as normas vigentes. Deverá se fazer consulta ao corpo de bombeiros, sobre os locais apropriados para sua instalação, bem como sobre a sinalização e especificações necessárias, para ministrar palestras e treinamento aos funcionários. Cada extintor deverá estar acompanhado de uma ficha de controle, com data de inspeção e etiqueta de identificação contendo a data da recarga.

Câmara fria e refrigeradores: serão utilizados, principalmente, para a conservação de produtos que exigem temperatura de conservação entre 2 e 8°C.

Exaustores eólicos/ventiladores: deverão ser utilizados em locais quentes ou que ultrapassem os 30° C, pois ajudam na renovação do ar circulante.

Empilhadeiras: são veículos destinados à elevação, transporte e estocagem de materiais e são utilizadas, geralmente, em armazenamento vertical (palletizado) em Centrais de Abastecimento de grande porte e grandes volumes. Para aquisição de empilhadeiras, deverá se considerar um conjunto de fatores, tais como peso, carga, dimensão, frequência de utilização, altura das elevações, espaços para manobra, ambiente do trabalho, espaço dos corredores, portas de acesso, tipo de rodagem, tipo de piso, entre outras condições. Convém consultar quem trabalha com elas, ou seja, o engenheiro ou técnicos especializados. Existem inúmeras marcas e modelos no mercado. Antes de fazer aquisição de uma empilhadeira deverá ser elaborado um projeto com o layout, pois o equipamento altera toda a estrutura do espaço físico.

Armações: são prateleiras com estruturas de aço, em unidades, segundo as necessidades da estocagem. Suportam maior volume de peso, são fáceis de montar e desmontar, têm grande durabilidade e são imunes à ação de insetos e roedores.

Estantes/prateleiras: móveis constituídos de prateleiras reguláveis desmontáveis, destinadas a estocar materiais de peso leve e quantidades limitadas. As mais recomendadas são as de aço. São de fácil remoção e movimentação, apresentam boa resistência e não empenam com facilidade. São as mais recomendadas para o armazenamento de pequenos volumes. Quanto à disposição no espaço físico, as estantes deverão ser arrumadas de costas entre si e mantidas a uma distância mínima da parede de pelo menos 50cm, para uma boa circulação interna de ar, evitando-se zonas de calor.

Procedimento para numeração alfanumérica:

- numeram-se as estantes;
- numera-se cada prateleira com letras de baixo para cima;
- numeram-se os compartimentos, de baixo para cima e da esquerda para direita.
- Marca-se a estante da esquerda para direita e de baixo para cima;
- uma letra indicará a coluna da estante e outra indicará a altura (prateleira); e
- estabelece-se o código de localização.

Será desaconselhável a utilização de estante de madeira, em razão do tipo da madeira utilizada, que nem sempre é de boa qualidade. Não se recomenda prateleiras de madeira, também por causa da umidade.

Dentre os principais acessórios utilizados numa CAF, estão os fichários, as pastas suspensas, as placas indicativas e o material de escritório. Outros itens técnicos incluirão os Termômetros (instrumentos utilizados para o controle de variação de temperaturas nos locais de estocagem e os Higrômetros (instrumentos utilizados para controle de umidade)

Segurança

Deverão ser elaboradas normas e procedimentos de segurança, além de medidas preventivas para se evitar riscos de quedas, deteriorações, desvios e incêndios, dentre outros. A falta de equipamentos de prevenção contra incêndios e a não manutenção das instalações elétricas são fatores que contribuem para o aumento de riscos no setor. Cada extintor deverá possuir uma ficha de controle, etiqueta de identificação (protegida para não ser danificada), com a data de recarga. Os funcionários deverão estar sensibilizados e avisos e cartazes deverão ser elaborados sobre o cumprimento de normas básicas de segurança, tais como: “Proibido fumar, beber, guardar alimentos nas dependências da Central de Abastecimento Farmacêutico”, entre outros.

Algumas medidas de controle e segurança:

Controle de entrada/saída: dispor de uma área para recepção e expedição dos produtos;

Acesso de pessoas: o acesso deverá ser restrito e limitado, somente às pessoas que trabalham no setor;

Empilhamento: o cuidado no empilhamento dos produtos é fundamental para se evitar acidentes de trabalho e desabamentos dos produtos. A informação sobre o limite máximo de empilhamento deverá ser observada. Essa informação é fornecida pelo próprio fabricante;

Utilização de inseticidas: pela possibilidade de contaminação dos medicamentos, o uso deverá ser evitado;

Higiene: a limpeza do ambiente deverá ser diária, para se evitar acúmulo de poeira, papéis ou caixas vazias de papelão, que possam criar condições para propagação de insetos e roedores. O lixo deverá ser depositado em recipientes tampados e descartado todos os dias.

O grande desafio da administração de materiais será o dimensionamento correto dos estoques, para atendimento das reais necessidades, com regularidade no abastecimento. Será necessário um controle eficiente e a utilização de instrumentos para registro das informações que facilitem o acompanhamento.

Os estoques deverão ser bem dimensionados para não causar prejuízo institucional, excesso de material em relação à demanda real ou desabastecimento. Para dimensionar o tempo de reposição (período decorrido entre a solicitação até a entrega do produto) deverão de ser considerar os prazos necessários para execução das aquisições.

1.2.4. Distribuição de medicamentos

Consistirá no suprimento de medicamentos aos setores, em quantidade, qualidade e tempo oportuno. A distribuição de medicamentos deverá garantir rapidez e segurança na entrega, eficiência no controle e informação.

Requisitos necessários

Rapidez: o processo de distribuição deverá se realizar em tempo, mediante um cronograma estabelecido, para se evitar atraso ou desabastecimento;

Segurança: será a garantia de que os produtos chegarão ao destinatário e nas quantidades corretas;

Sistema de informação: o processo de distribuição deverá ser monitorado e avaliado. Para tanto, será indispensável um Sistema de Informações que propicie dados atualizados sobre a posição físico-financeira dos estoques, quantidades recebidas e distribuídas, dados de consumo e demanda de cada produto, estoques máximo e mínimo, ponto de reposição, e qualquer outra informação que se fizer necessária para um gerenciamento adequado.

a) Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF):

Área física destinada à estocagem e guarda dos produtos, visando à manutenção das suas características físico-químicas, conforme suas especificidades. A denominação “Central de

Abastecimento Farmacêutico” é utilizada, especificamente, para medicamentos, sendo assim chamada para diferenciar-se dos termos inadequados: almoxarifado, depósito, armazém e outros espaços físicos destinados à estocagem de todos os tipos de materiais.

b) Características de uma CAF:

Para assegurar condições ideais de conservação dos produtos e estabilidade dos medicamentos, uma CAF deverá atender a alguns requisitos:

- localização - deverão ser localizadas em lugares de fácil acesso para o recebimento e distribuição dos produtos e disporem de espaço suficiente para circulação e movimentação de pessoas, produtos, equipamentos e veículos;
- dimensão - o dimensionamento variará em função da quantidade e tipos de produtos que serão estocados, modalidade de aquisição, periodicidade da compra, tempo da entrega de medicamentos pelos fornecedores, sistema de distribuição (se centralizado ou descentralizado), quantidade de equipamentos, recursos humanos, áreas necessárias à funcionalidade do serviço (área administrativa, recepção/ expedição) e áreas específicas de estocagem. Não existe padrão estabelecido para determinar o tamanho adequado de uma Central de Abastecimento Farmacêutico;
- identificação externa - deverá ser caracterizada, por meio de nome e/ou logotipo que a identifique;
- sinalização interna - a CAF deverá sinalizar os espaços e áreas, por meio de letras ou placas indicativas nas estantes, locais de extintores de incêndio, entre outros;
- condições ambientais - condições adequadas de temperatura, ventilação, luminosidade e umidade;
- higienização - manutenção da limpeza e a higiene deverão ser prioridades. As áreas de armazenamento deverão estar sempre limpas, isentas de poeira e outras sujidades. A limpeza, além de demonstrar organização, é uma norma de segurança, que deverá ser rigorosamente seguida;
- equipamentos e acessórios suficientes - dispositivos necessários à movimentação e estocagem dos produtos;
- segurança - deverão ser estabelecidos mecanismos e equipamentos de segurança para

a proteção das pessoas e dos produtos em estoque.

c) Instalações

Físicas:

Deverão contemplar as seguintes obrigatoriedades:

- piso – deverá ser plano para facilitar a limpeza e suficientemente resistente para suportar o peso dos produtos e a movimentação dos equipamentos. A espessura do piso deverá estar de acordo com o quantitativo de cargas, para que ele não venha a rachar ou sofrer fissuras;
- paredes – deverão ser de cor clara, com pintura lavável, isentas de infiltrações e umidade;
- portas – deverão ser pintadas a óleo, preferencialmente esmaltadas ou de alumínio, com dispositivo de segurança automática;
- teto - deverá possuir forro adequado, em boas condições. Recomenda-se o uso de telha de fibra de vidro, telhas térmicas com uso de poliuretano e lã de vidro, incluindo a instalação de exaustores, entre outras alternativas que facilitem uma boa circulação de ar. As telhas de amianto deverão ser evitadas, pois absorvem muito calor; e
- janelas - deverão possuir telas para proteção contra a entrada de animais.

Elétricas:

Sabe-se que a maioria dos incêndios é provocada por curtos-circuitos. A manutenção permanente das instalações elétricas deverá ser prioridade dos responsáveis pelo setor. Os seguintes cuidados deverão ser observados:

- desligar diariamente todos os equipamentos, exceto os da rede de frio, antes da saída do trabalho;
- evitar sobrecarga de energia, com o uso de extensões elétricas;
- usar um equipamento por tomada, não fazendo uso de adaptadores; e
- solicitar contrato de manutenção elétrica ou realizar vistorias periódicas nas instalações.
- Sanitárias: deverão ser apropriadas e sem comunicação direta com as áreas de estocagem.

d) Organização interna

Será a disposição racional do espaço físico dos diversos elementos e recursos utilizados no

serviço (materiais, equipamentos, acessórios e mobiliários), de maneira adequada, possibilitando melhor fluxo e utilização eficiente do espaço, para a melhoria das condições de trabalho e garantia da qualidade dos produtos estocados.

Para a organização interna deverão ser observados diversos fatores que envolverão: layout, conforto térmico, organização, ordenação dos produtos em áreas apropriadas (de acordo com as características dos produtos, equipamentos e acessórios), medidas de segurança, sinalização interna das áreas, identificação dos produtos, limpeza, entre outros.

ATIVIDADES

- Recepção/recebimento de medicamentos;
- Estocagem e guarda de medicamentos;
- Conservação de medicamentos;
- Controle de estoque;

1.2.4.1. Recepção/recebimento

Ato de conferência, em que se verificará a compatibilidade dos produtos solicitados e recebidos, ou seja, se os medicamentos entregues estão em conformidade com as condições estabelecidas em Edital.

Para tanto, normas e procedimentos técnico-administrativos deverão ser elaborados, bem como instrumentos de controle para o registro das informações.

No ato do recebimento realizam-se dois tipos de conferências, que envolverão especificações técnicas e administrativas:

Especificações técnicas: estarão relacionadas aos aspectos qualitativos e legais (cumprimento da legislação), em relação a especificações dos produtos - nome da substância (Denominação Comum Brasileira - DCB), forma farmacêutica, concentração, apresentação e condições de conservação e inviolabilidade;

- registro sanitário do produto - nenhum produto poderá circular sem número do registro, que deverá constar na embalagem;
- certificado de Análise ou Laudo de Controle de Qualidade - documento emitido pelo setor de Controle de Qualidade do fabricante do produto, que assegura a qualidade do medicamento;

- responsável técnico - deverá ser observado se nas embalagens dos medicamentos constam: o nome do farmacêutico, o número de inscrição/registro no Conselho Regional de Farmácia e a unidade da federação no qual está inscrito;
- embalagem/rotulagem - os medicamentos deverão ser entregues nas embalagens originais, devidamente identificadas e sem sinais de violação, aderência ao produto, umidade ou inadequação em relação ao conteúdo;
- lote - é a quantidade de medicamento produzida em determinado ciclo de fabricação, cuja característica essencial é a homogeneidade;
- número do lote - consiste numa combinação distinta de números e/ou letras que identificam o lote produzido e deve constar o número na Nota Fiscal;
- validade - é a data-limite da vida útil do medicamento, que deverá estar expressa na embalagem e no produto; e
- transporte - verificar se as condições de transporte dos medicamentos são satisfatórias. As transportadoras deverão estar devidamente autorizadas pela ANVISA e atenderem à legislação vigente;

Especificações administrativas: serão as características quantitativas referentes à conformidade do pedido, em relação ao produto recebido e incluirão:

- análise da documentação fiscal;
- verificação do nome do produto por denominação genérica;
- prazo de entrega, quantidade, preço unitário e total; e
- contagem física da quantidade em unidade e embalagem (solicitada x recebida).

Procedimentos imprescindíveis

- Verificar se as especificações técnicas e administrativas estão em conformidade com a Nota Fiscal e o pedido;
- Conferir quantidades, atestar o recebimento, carimbar, assinar e datar a Nota Fiscal;

- Registrar a entrada dos medicamentos com todas as especificações do produto, tanto do fornecedor quanto da Nota Fiscal no Sistema de controle existente (fichas ou informatizado);
- Avaliar a entrega do fornecedor, por meio de formulário específico, registrar, anexar cópia da avaliação à Nota Fiscal;
- Notificar ocorrências no recebimento;

- Arquivar e controlar toda a documentação;
- Encaminhar documento fiscal ao setor de pagamento e divulgar junto aos setores a entrada do produto.

Cuidados no recebimento de produtos:

- Não escrever ou rasurar o documento fiscal que acompanha o produto. Qualquer observação deverá ser feita em documento anexo, de preferência em formulário padronizado, timbrado e assinado;
- Arquivar cópia do documento referente à movimentação de produtos em separado (entradas, saídas, inventários, doações, remanejamentos, incinerações, devoluções, perdas, entre outros);

- Não atestar recebimento (assinar) em notas fiscais ou qualquer documento, quando ocorrer pendência de produtos, quantidades incompletas, ou que tenham sido recebidas por outras pessoas ou setores sem conferência;

- Entregas em desacordo com as especificações solicitadas (forma farmacêutica, apresentação, concentração, rótulo, envase, embalagem, condições de conservação, lote, validade) deverão ser registradas em livro ata e/ou em boletim de ocorrências. O fornecedor deverá ser informado por ofício e a Nota Fiscal deverá ficar bloqueada. Só liberar para pagamento após resolução do problema;

- Suspeita de qualidade de produtos ou falsificação deverão ser informadas à Vigilância Sanitária local, para as devidas providências;

- Após o recebimento ou entrega de produtos, deve-se registrar as ocorrências, datar e assinar;

- Todo o procedimento e providências adotadas em relação às ocorrências no recebimento, distribuição, dispensação, outras, deverão ser registradas e cópias deverão ser arquivadas;
- Devoluções de medicamentos só deverão ser recebidas com justificativas, em prazos de validade compatíveis ao tempo de utilização e assinadas pelo responsável pela devolução. Para tanto, deverão ser elaboradas normas e procedimentos para todas as etapas do processo com divulgação aos setores.

1.2.4.2. Estocagem

Estocar consistirá em ordenar adequadamente os produtos em áreas apropriadas, de acordo com suas características específicas e condições de conservação exigidas (termolábeis, psicofármacos, inflamáveis, material médico-hospitalar, entre outros). Para a estocagem adequada de diferentes tipos de produtos que serão armazenados, deve-se dispor de área física, instalações apropriadas, equipamentos, acessórios, normas e procedimentos e pessoal treinado.

a) Objetivos

- Reduzir perdas por quebra, expiração de validade, reduzir tempo gasto na movimentação dos produtos, diminuir acidentes no trabalho, aproveitar mais o espaço físico e aumentar a eficiência do processo de estocagem;
- Assegurar a disponibilidade do medicamento, insumos, produtos para saúde, em tempo oportuno e nas quantidades necessárias;
- Aumentar a eficiência do processo de estocagem.

b) Áreas de estocagem

O serviço deverá dispor de áreas suficientes de armazenamento dos produtos que possibilitem o estoque ordenado dos diferentes tipos de medicamentos e materiais, assegurando as condições adequadas para a manutenção da sua integridade. Dependendo dos tipos de produtos que serão armazenados e das condições de conservação exigidas, deverá se dispor de áreas específicas para estocagem de produtos de controle especial, tais como: área para termolábeis,

psicofármacos, imunobiológicos, inflamáveis (os de grande volume deverão ser armazenados em ambiente separado), material médico-hospitalar, produtos químicos e outros existentes.

As áreas de estocagem deverão estar bem sinalizadas, de forma que permitam sua fácil visualização. A circulação, nessa área, deverá ser restrita aos funcionários do setor. Será o local onde serão desenvolvidas todas as atividades operativas. Deverão estar localizadas, preferencialmente próximas à entrada, para melhor desenvolvimento das ações. Outras áreas importantes da estocagem de materiais e medicamentos:

- Área de recepção: local de recebimento e conferência de produtos. Obrigatoriamente deverá situar-se junto à porta principal e funcionar segundo normas e procedimentos escritos, para recebimento de medicamentos;
- Área de expedição: local destinado à organização, preparação, conferência e liberação dos produtos. Poderá estar ou não no mesmo espaço físico a recepção, porém, distintamente separadas, dependendo da dimensão da área física;
- Área para grandes volumes: local destinado ao armazenamento de soluções de grandes volumes, como soros, solução de Ringer Lactato, solução polieletrólítica, entre outras;
- Área para medicamentos de controle especial: local destinado à guarda e controle de medicamentos que exigem cuidados especiais. Em razão da especificidade e custos financeiros envolvidos, esses medicamentos não deverão ficar na área de estocagem geral. Na falta de espaço disponível, poderão ser guardados em armários. Os psicotrópicos e entorpecentes, por serem produtos sujeitos à legislação específica e causarem dependência física e/ou química, exigirão controle diferenciado, por meio de formulários próprios e prestação de contas aos órgãos fiscalizadores. O local deverá ser submetido ao controle exclusivo do farmacêutico que autorizará apenas o acesso de pessoas autorizadas;
- Área para termolábeis: local reservado aos medicamentos sensíveis à temperatura, sendo indispensável o controle ambiental nos locais de estocagem;
- Área para estocagem geral: local onde ficarão os medicamentos que não exigirão condições especiais, porém, deverá ser dispensado o mesmo conjunto de cuidados para

a manutenção da estabilidade.

c) Condições para a estocagem de medicamentos

Para se realizar uma estocagem correta, há que se estabelecer um conjunto de condições técnicas e procedimentos operacionais. Dentre eles destacam-se:

- Áreas de armazenagem deverão ser livres de poeira, lixo, roedores e insetos. Os interiores deverão apresentar superfícies lisas, sem rachaduras, sem desprendimento de pó ou infiltrações nas paredes;
- Os medicamentos deverão ser ordenados de forma lógica, que permita fácil identificação dos produtos, por forma farmacêutica, em ordem alfabética por princípio ativo, da esquerda para a direita, rotulagem de frente para facilitar a visualização e rapidez na entrega;
- Deverá se manter distância entre os produtos e entre produtos e paredes, piso, teto e empilhamentos, a fim de facilitar a circulação interna de ar. Manter uma distância mínima de 50 cm da parede, solo, teto, e entre os produtos e cada um desses itens, para evitar formação de zonas de calor. Não se deverá encostar medicamentos junto às paredes, ao teto, ou em contato com o chão, por causa da umidade;
- As caixas de medicamentos não deverão ficar próximas de condicionadores de ar, estufas, sobre geladeiras ou freezers;
- O manuseio inadequado dos medicamentos poderá afetar a sua integridade e estabilidade, por isso, não se deverá arremessar caixas, arrastar ou colocar muito peso sobre elas. Todos os funcionários, incluindo motoristas, deverão ser treinados quanto ao manuseio e transporte adequados dos medicamentos;
- Embalagens: os medicamentos deverão ser conservados nas embalagens originais. Além da proteção, isso facilitará a identificação e a verificação dos lotes e validades. Ao serem retirados da caixa, as embalagens deverão ser identificadas, conforme segue:
 - (i) as caixas que forem abertas deverão ser sinalizadas, indicando a violação e a quantidade retirada e deverão ser lacradas posteriormente;
 - (ii) os medicamentos, cujas embalagens estejam danificadas ou com suspeita de

contaminação, deverão ser retirados dos estoques, mantidos em área separada, até que as providências necessárias sejam tomadas. Deve-se seguir as recomendações do fabricante em relação às condições de armazenamento, que figuram no rótulo, para conservação dos produtos: “temperatura ambiente controlada”, “refrigerador”, “temperatura ambiente”. Na ausência de instruções específicas, o produto deverá ser armazenado em temperatura ambiente controlada;

Validade: armazenar os produtos por ordem de prazo de validade - os que vão vencer primeiro deverão ser armazenados à esquerda e na frente. A observância dos prazos de validade deverá ser monitorada rigorosamente, para se evitar perdas. Os medicamentos deverão ser distribuídos por ordem cronológica de validade, sempre pela validade mais antiga;

Empilhamento:

- (i) observar o empilhamento máximo permitido para o produto (ver recomendações do fabricante);
- (ii) as pilhas deverão obedecer às recomendações dos fabricantes, quanto ao limite de peso e resistência. Não ultrapassar cinco caixas e uma altura máxima de 2,5m, para se evitar desabamentos e deformações por compressões.;
- (iii) o empilhamento deverá ser feito em sistema de amarração, mantendo espaços de circulação de ar e para se evitar desabamentos;

Contato com o solo: o contato direto com o solo criará pontos de acúmulo indesejáveis de umidade que se depositarão nas embalagens e posteriormente poderão afetar o produto;

Poeira: a poeira funcionará como elemento catalisador de umidade e corrosão. Graças ao seu elevado poder higroscópico, absorve umidade para a superfície do produto. As prateleiras e áreas de estocagem deverão ser mantidas limpas e isentas de poeiras. O chão deverá ser limpo com pano úmido e por lavagem;

Inspeção sistemática: a inspeção nos estoques deverá ser uma prática de rotina, para identificar possíveis alterações nos produtos, que possam comprometê-los ou oferecer risco às pessoas. Produtos rejeitados pela inspeção, suspeitos e/ou passíveis de análise deverão ser armazenados na área de quarentena;

Volume e peso do material: os itens mais volumosos e mais pesados deverão ficar próximos à área de saída, para facilitar a movimentação. Deverão ser colocados em estrados ou pallets (tipo especial de estrado);

Rotatividade nos estoques: entre os itens de materiais mantidos em estoque, existem aqueles que têm maior movimentação, em virtude de sua utilização. Por isso, deve-se realizar periodicamente rodízio nos estoques para evitar seu envelhecimento, para minimizar o número de viagens entre as áreas de estocagem e a expedição, para otimizar o tempo despendido na expedição do material, com menor desgaste físico dos operadores;

Medicamentos termolábeis: são medicamentos que necessitam de temperatura entre 18 e 22°C. Quando armazenados em locais quentes e sem ventilação estarão sujeitos a alterações em suas propriedades físico-químicas. Faz-se necessário a utilização de aparelhos condicionadores de ar, que permitirão o controle da temperatura ambiente;

Medicamentos de controle especial: deve-se dispor de armário especial, para a guarda dos produtos. O tamanho do armário dependerá do consumo e do estoque;

Produtos diferentes:

- (i) não deverão ser armazenados no mesmo estrado, para se evitar troca na entrega; e
- (ii) nas áreas de estocagem de medicamentos não poderão ser armazenados outros insumos, principalmente material de limpeza e de consumo;

Medicamentos deteriorados ou vencidos: as perdas de medicamentos são inaceitáveis. Isso acarretará sérios problemas, inclusive de ordem penal, tendo em vista que se trata de dinheiro público. Para tanto, as validades deverão ser monitoradas, o pessoal deverá ser orientado a respeito, e no caso de ocorrência de perda por validade, os medicamentos deverão ser retirados das prateleiras, as embalagens deverão ser identificadas e deve-se entrar em contato com a Vigilância Sanitária local, para orientação sobre o recolhimento do produto;

Medicamentos interditados: deverão ser identificados nas embalagens e poderão ficar em áreas separadas, se houver espaço, ou na própria prateleira. De acordo com os procedimentos

internos, encaminhá-los à Vigilância Sanitária local ou devolvê-los ao Laboratório, comunicando, imediatamente, as Unidades de Saúde, para a suspensão do uso e seu recolhimento. Deverá existir sistema de controle de entradas e saídas, com o número do lote, que possibilitará identificar e rastrear os produtos, além de procedimentos específicos para essa situação;

Medicamentos devolvidos: para se evitar a redistribuição, os medicamentos com problemas de qualidade ou devolvidos, por alguma razão, deverão ficar separados dos demais, até que sejam tomadas as providências quanto ao seu destino. Deverão ser mantidos registros das devoluções.

Todas as situações deverão estar previstas no Manual de Normas e Procedimentos que deverá ser divulgado para as Unidades de saúde e para os funcionários.

dFormas de estocagem de medicamentos

A estocagem dos produtos dependerá da dimensão e do volume dos produtos, do espaço disponível e das condições de conservação exigidas, como segue:

Estocagem em estrados/pallets/porta-pallets: estrados são plataformas horizontais de tamanhos e materiais variados, de fácil manuseio, utilizadas para estocagem de produtos de grandes volumes. Os porta-pallets são estruturas reforçadas, destinadas a suportar cargas que serão estocadas nos vários níveis, com bom aproveitamento do espaço vertical;

- Estocagem em prateleiras: forma de estocagem mais simples e econômica para produtos leves e estoques reduzidos. Preferencialmente, deverão ser de aço, nunca de madeira ou cimento;
- Estocagem por empilhamento: o empilhamento deverá obedecer às recomendações do fabricante, quanto ao limite de peso. Em regra, as pilhas não deverão ultrapassar uma altura de 1,5m, para se evitar desabamentos e alterações nas embalagens por compressões. A estocagem por empilhamento deverá ser feita em sistema de amarração das caixas, mantendo-se distanciamento entre elas e entre as paredes, para uma boa circulação de ar.

1.2.4.3. Dispensação e distribuição

Estende-se por dispensação de medicamentos o ato farmacêutico associado à entrega e distribuição mediante análise prévia das prescrições médicas, de modo a oferecer informações

da boa atualização da Farmácia, bem como da preparação das doses que devem ser administradas.

A ordem de dispensação obedecerá a norma do estoque mais antigo em primeiro lugar. A medicação será dispensada em dose individualizada, que consiste no atendimento individualizado das prescrições, no qual a medicação é fornecida por um período, em geral, de 24 horas.

Este método tem como vantagens a diminuição dos erros de medicação, dos estoques setoriais, melhorando a conservação de medicamentos; e das perdas e desvios. Será utilizado o sistema de distribuição de medicamentos por dose unitária que consiste em dispensar, a partir da interpretação da ordem médica por parte do farmacêutico, as doses de medicamentos necessárias para cada usuário, previamente preparadas para que cubram um período determinado.

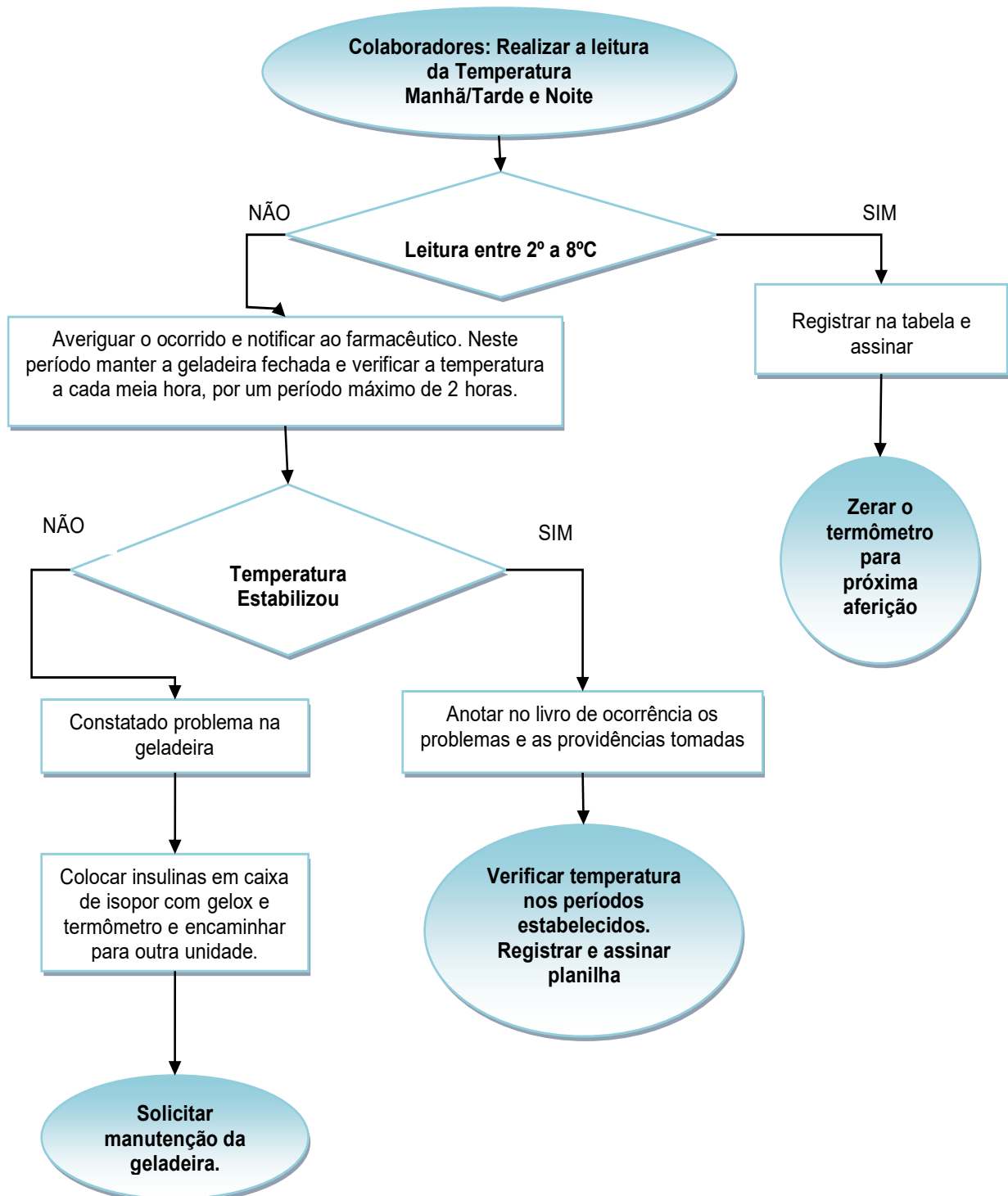
Com este método as doses são preparadas na medida exata para cada medicamento e usuário. Diminui-se o número de erros de medicação; a enfermeira não tem que fazer o pedido nem prepara a medicação que deve administrar aos usuários; a enfermagem se sente apoiada pela Unidade de Farmácia e pode dedicar mais tempo aos enfermos; o farmacêutico se integra na equipe assistencial, conseguindo, desta forma, a possibilidade de incidir na racionalização do uso dos medicamentos; pode haver maior conhecimento do custo da medicação por enfermo; e é possível o aumento da segurança e qualidade terapêutica do usuário.

1.3. FLUXOGRAMAS

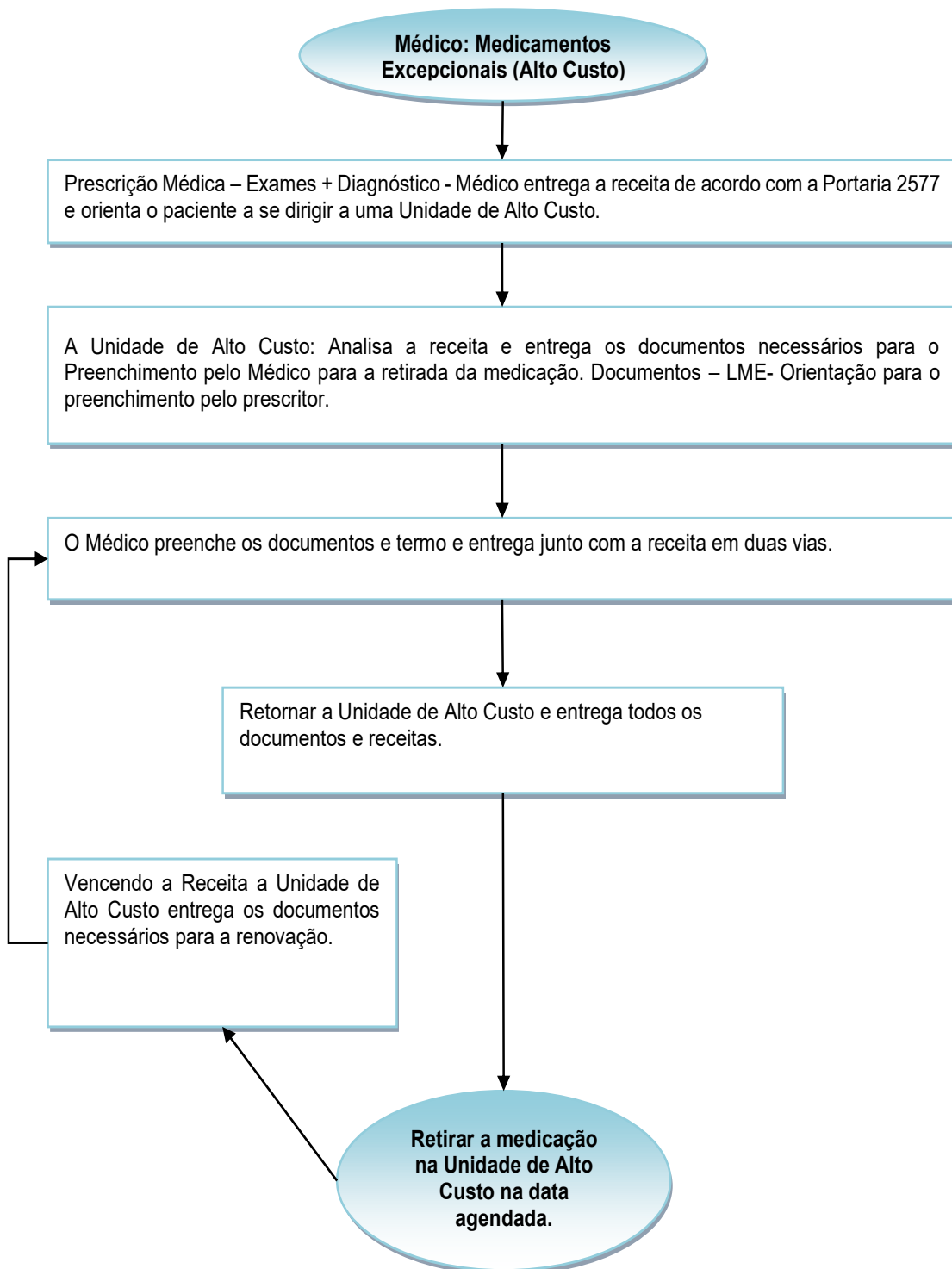
Segue abaixo Fluxogramas propostos para as atividades a serem desenvolvidas no que tange as rotinas de medicamentos e materiais de consumo médico hospitalar:

1. Monitoramento diário e interno da Farmácia;
2. Dispensação de Medicamentos Especiais;
3. Recebimento de Medicamentos e Materiais Médico Hospitalares;
4. Armazenamentos de Medicamentos;
5. Inventário;
6. Solicitações;
7. Sentinela;
8. Identificação dos Medicamentos;
9. Medicamentos Vencidos e devolvidos;

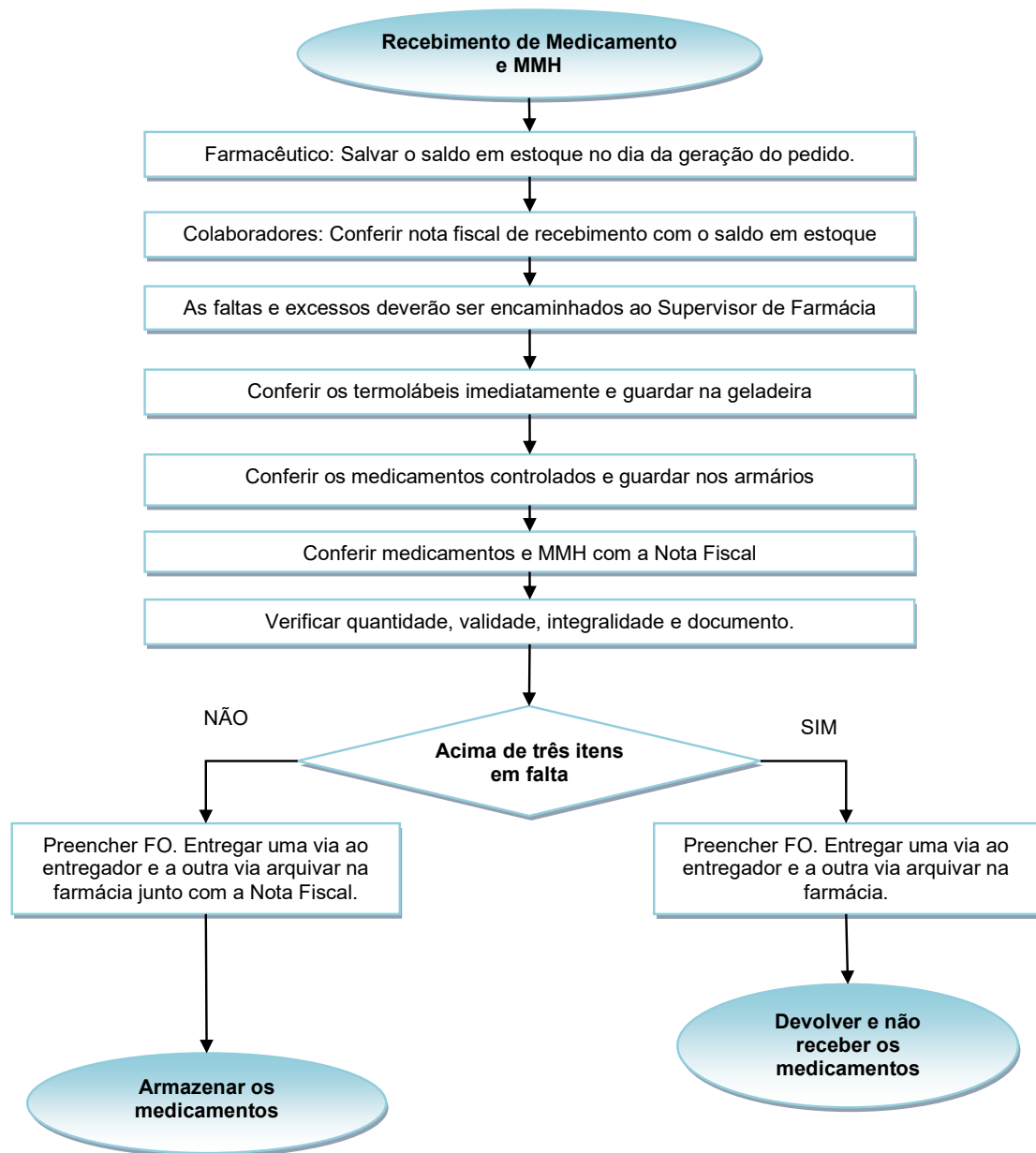
Monitoramento diário e interno da Farmácia



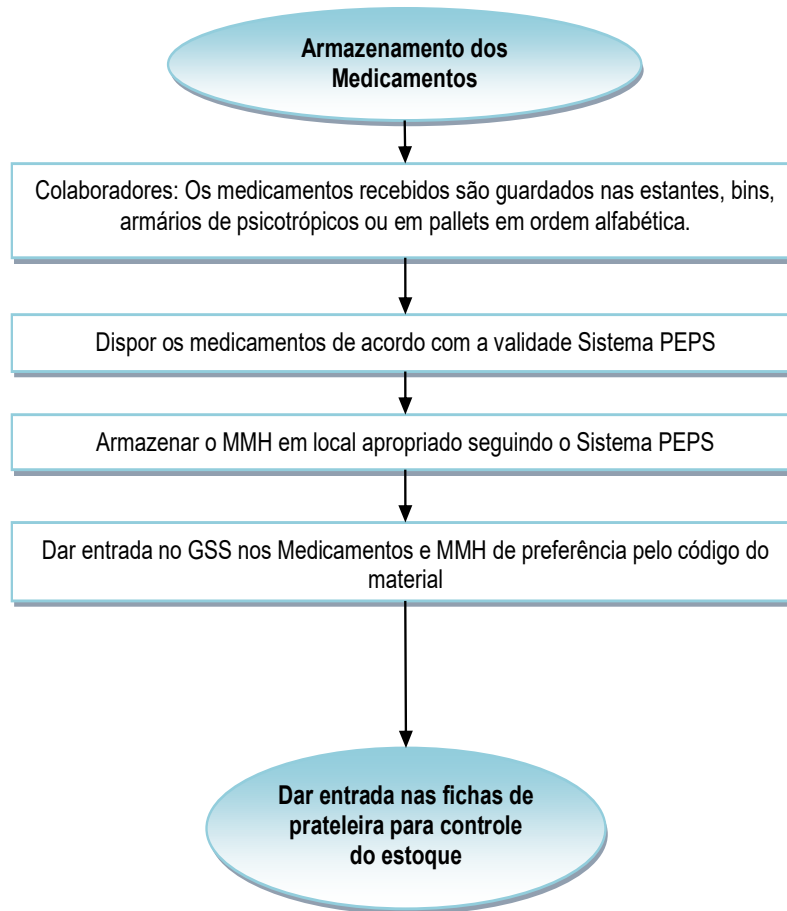
Dispensação de Medicamentos Especiais



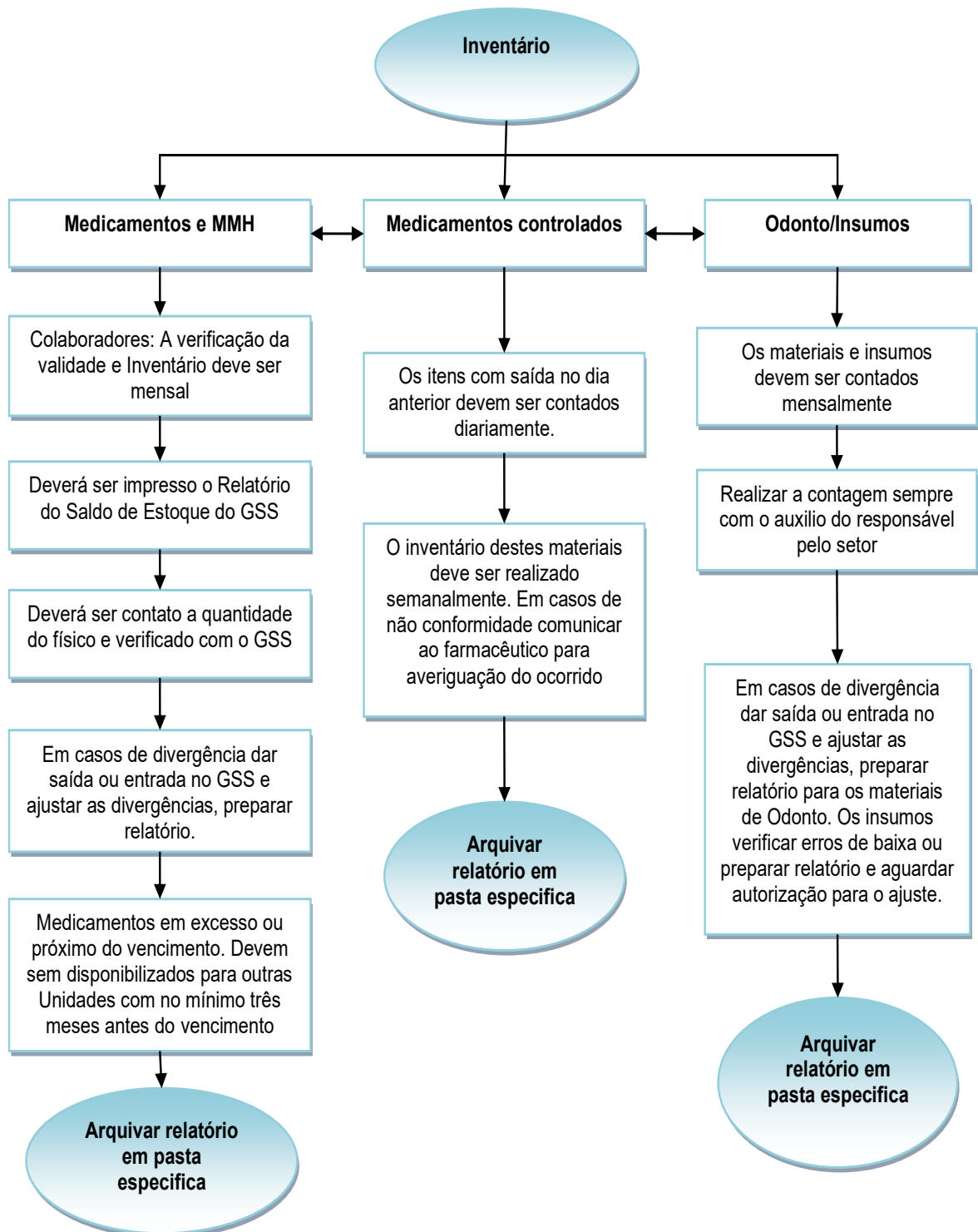
Recebimento de Medicamentos e Materiais Médico Hospitalares



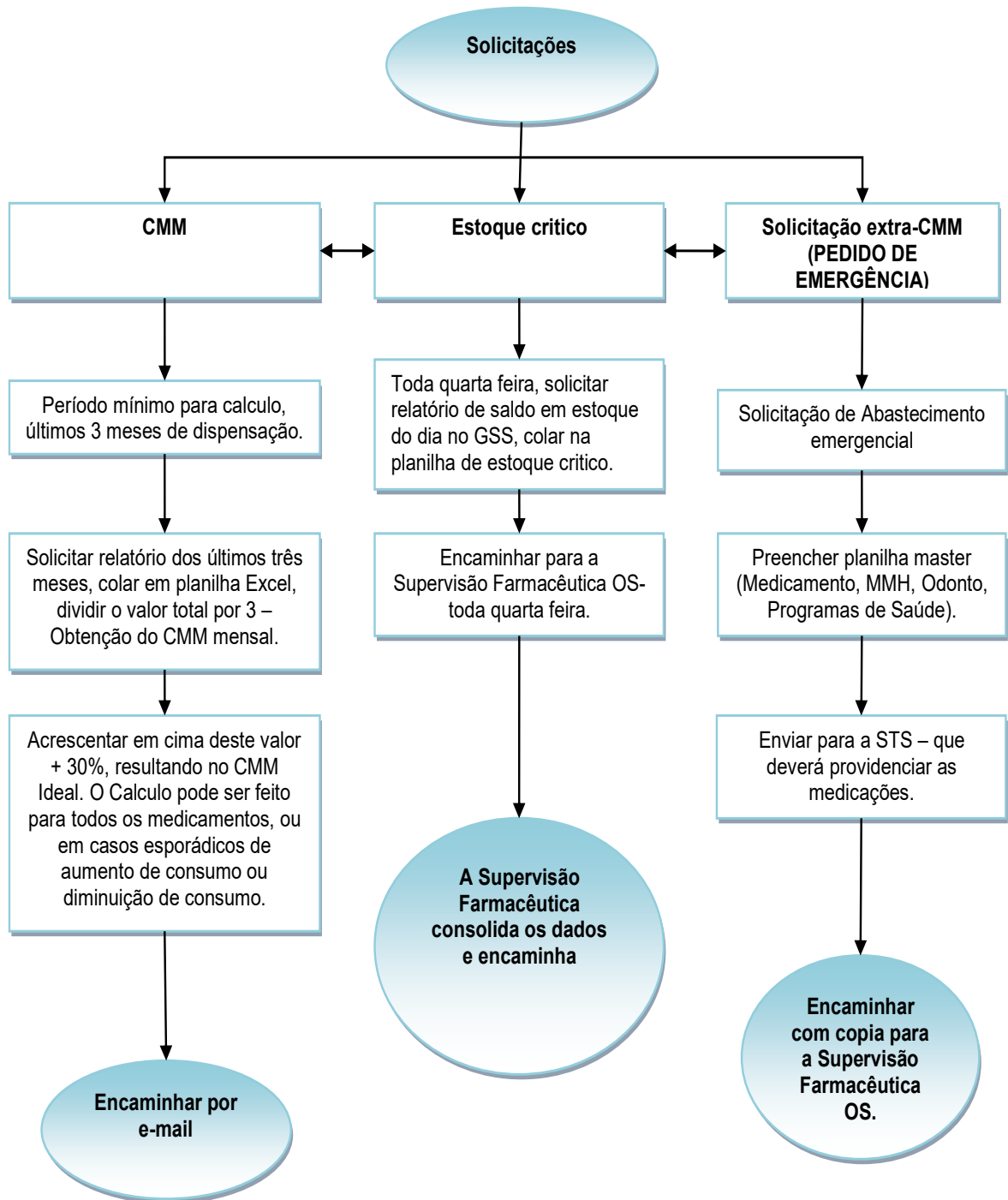
Armazenamentos de Medicamentos



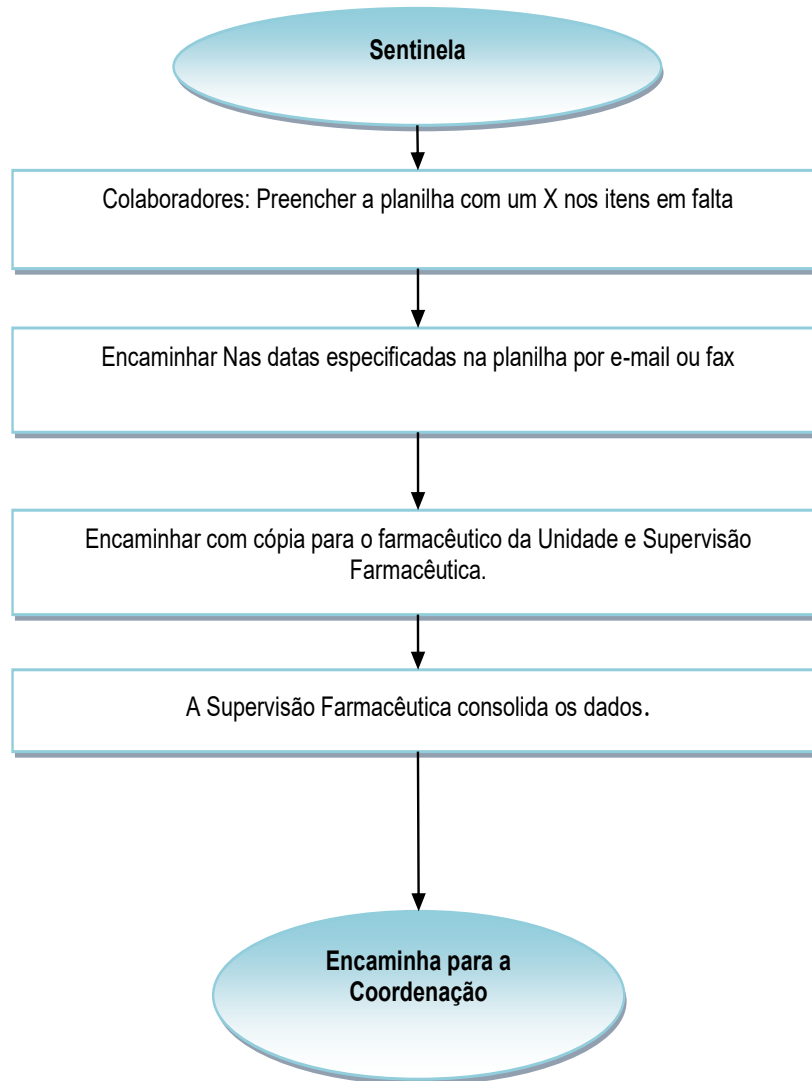
Inventário



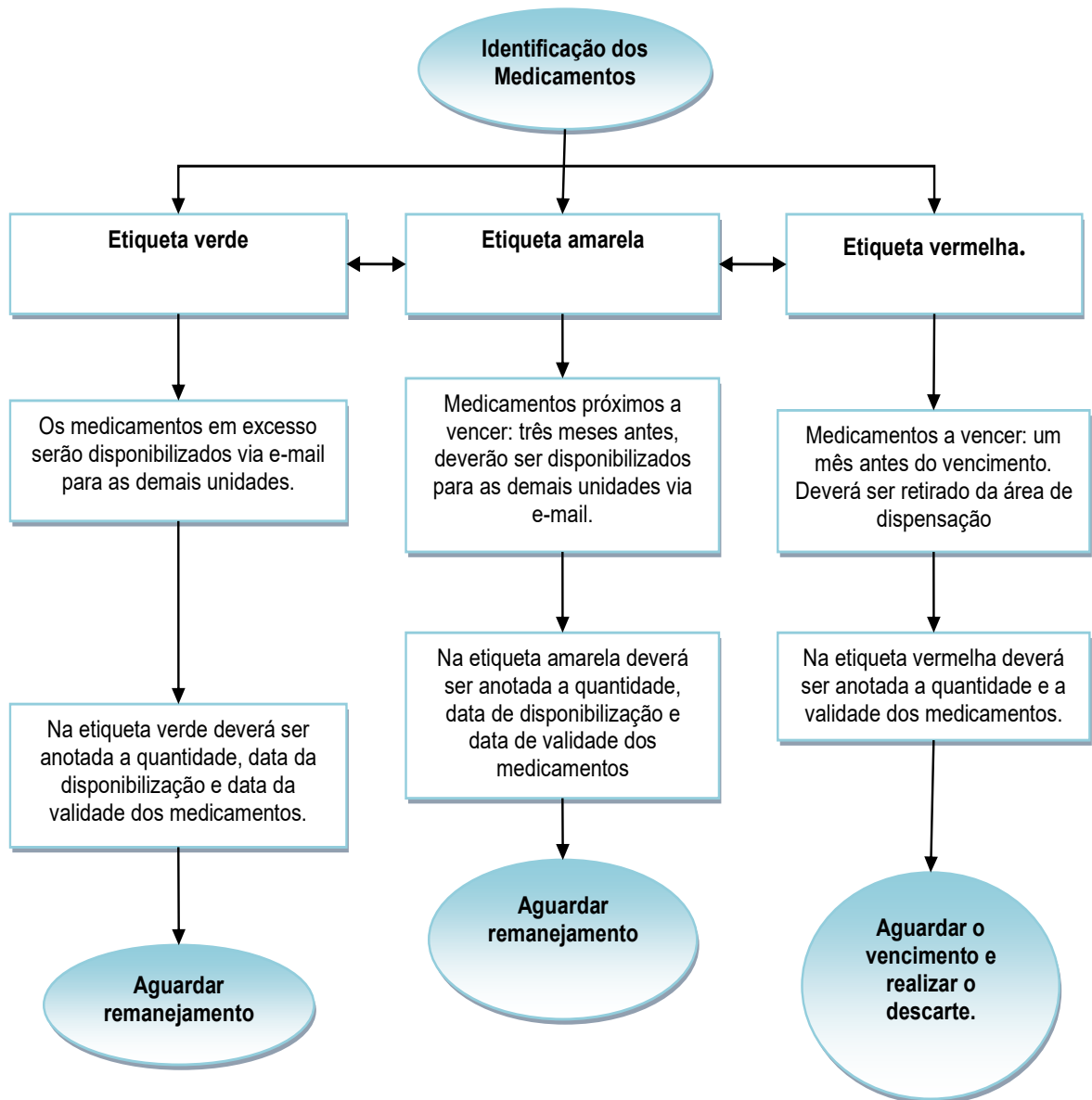
Solicitações



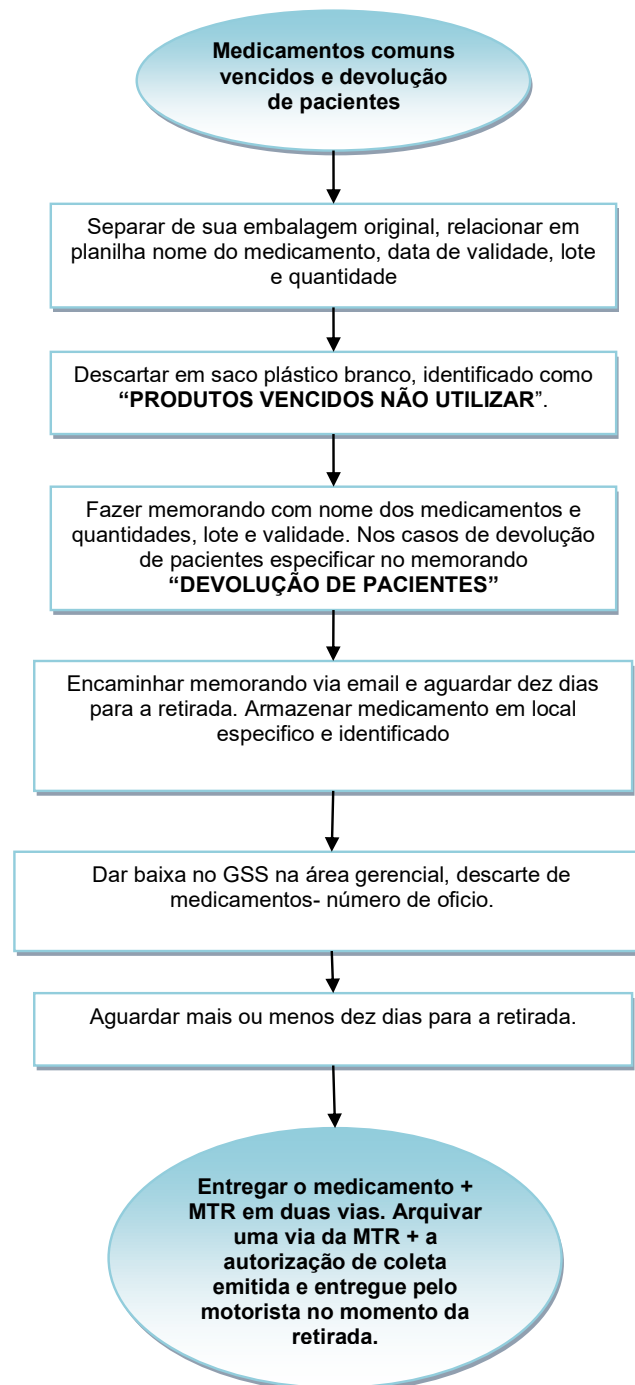
Sentinela



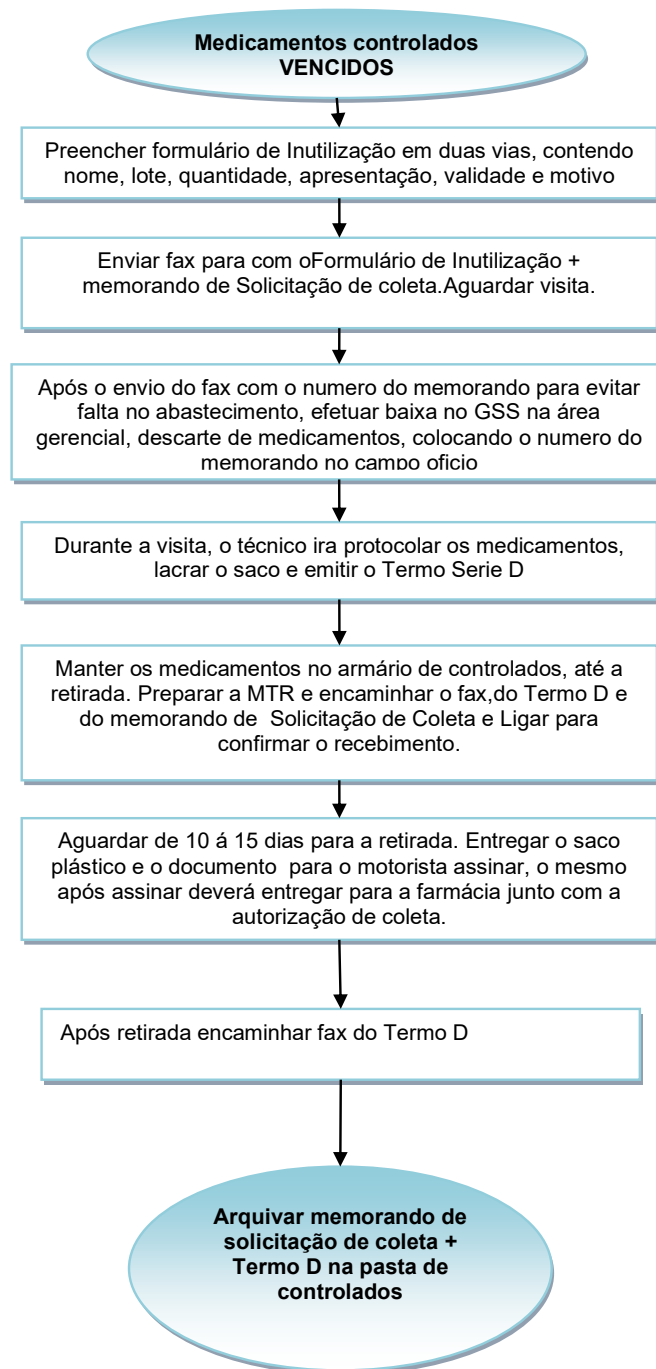
Identificação dos Medicamentos



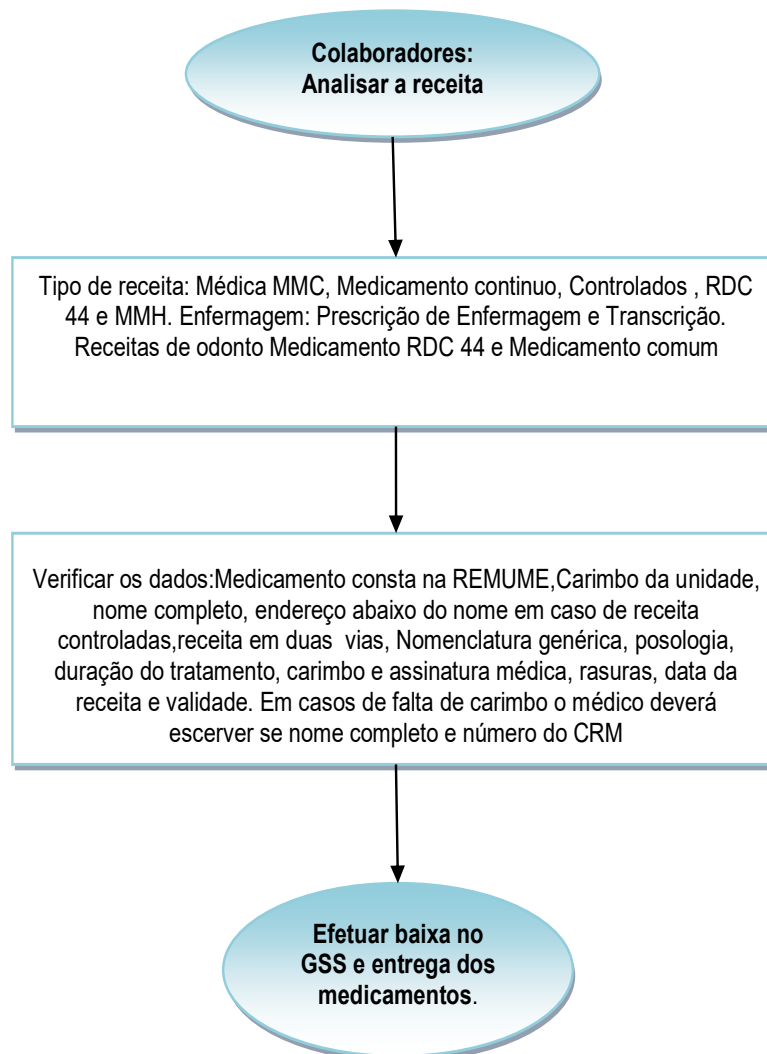
Medicamentos Vencidos e devolvidos

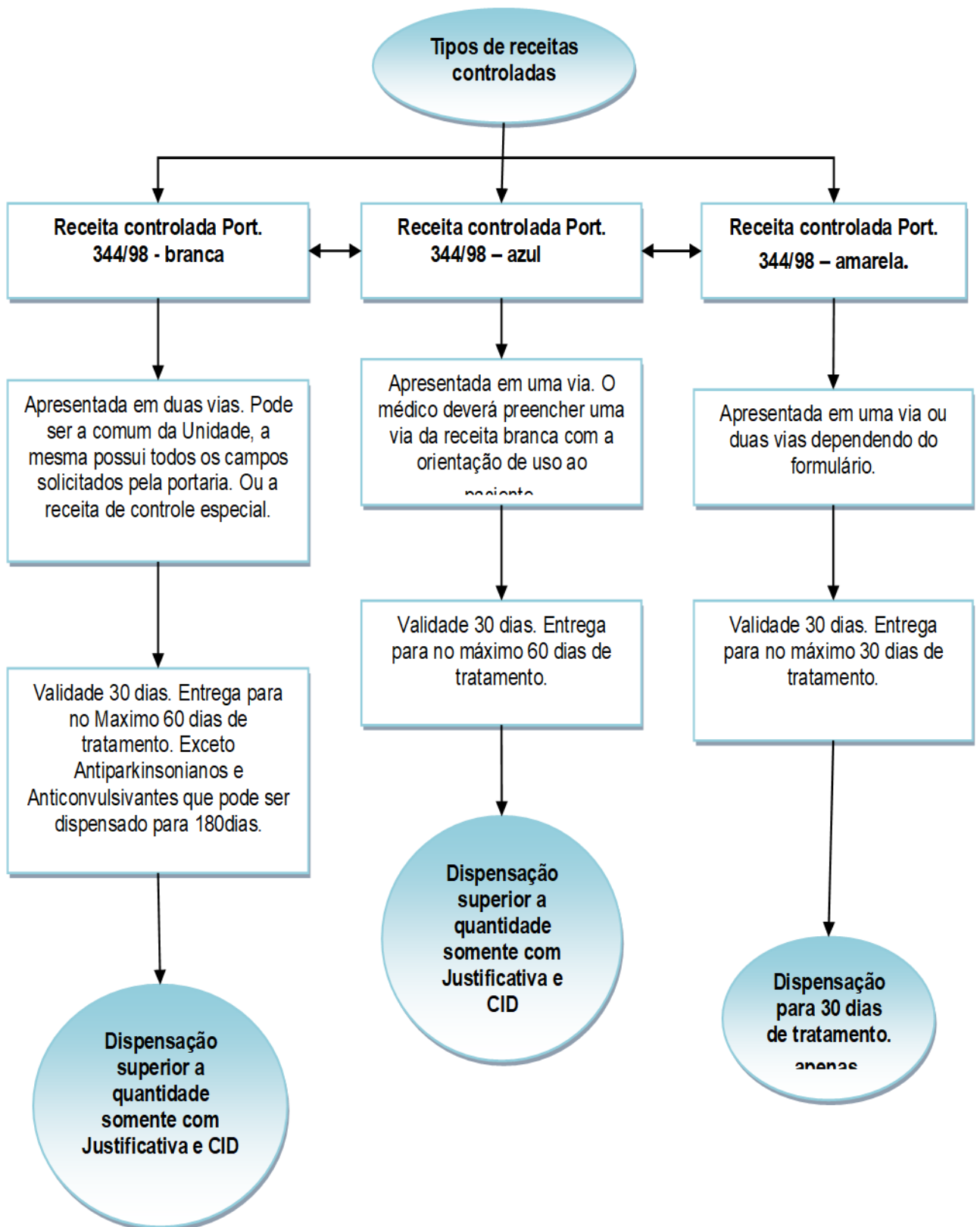


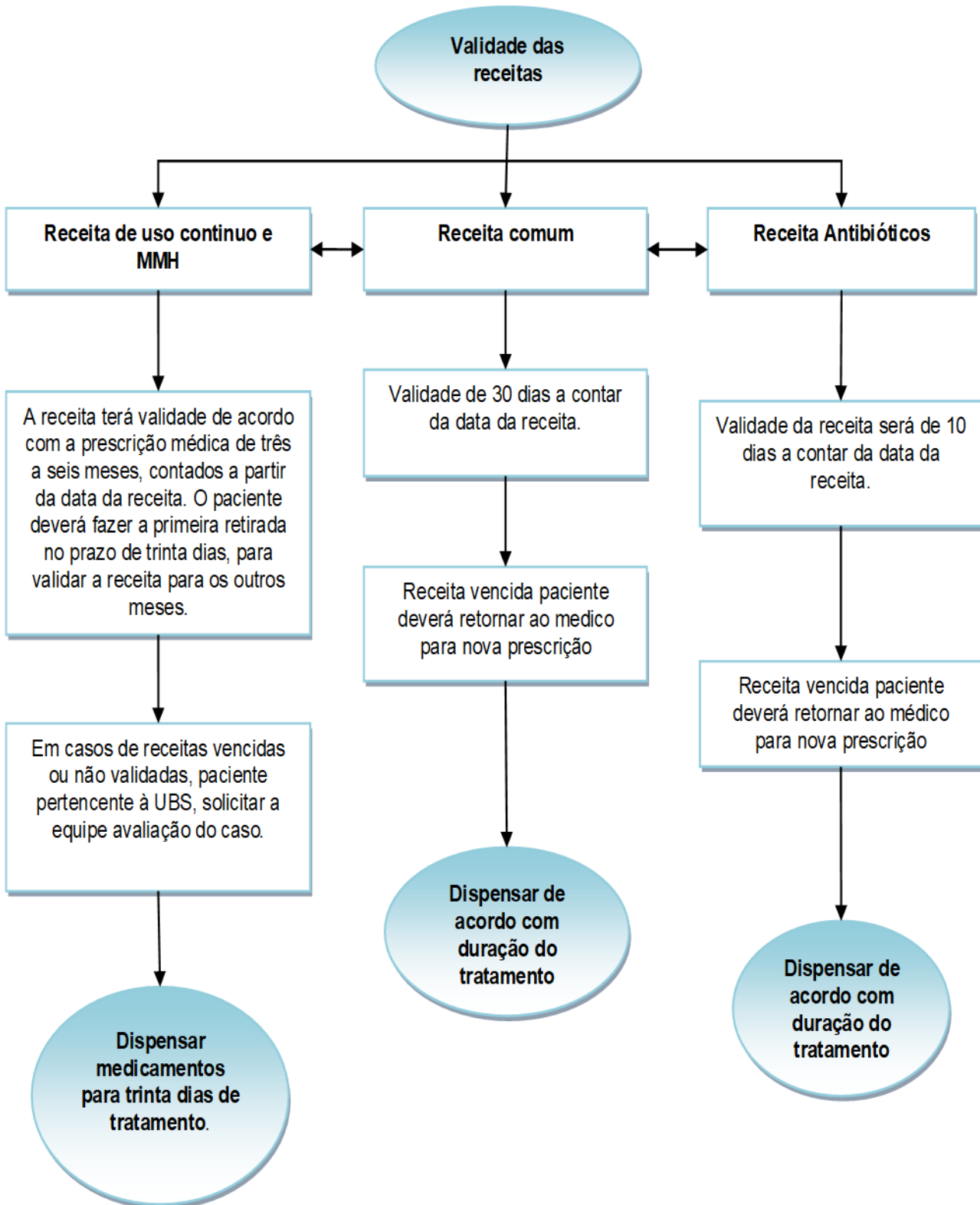
Medicamentos Controlados Vencidos

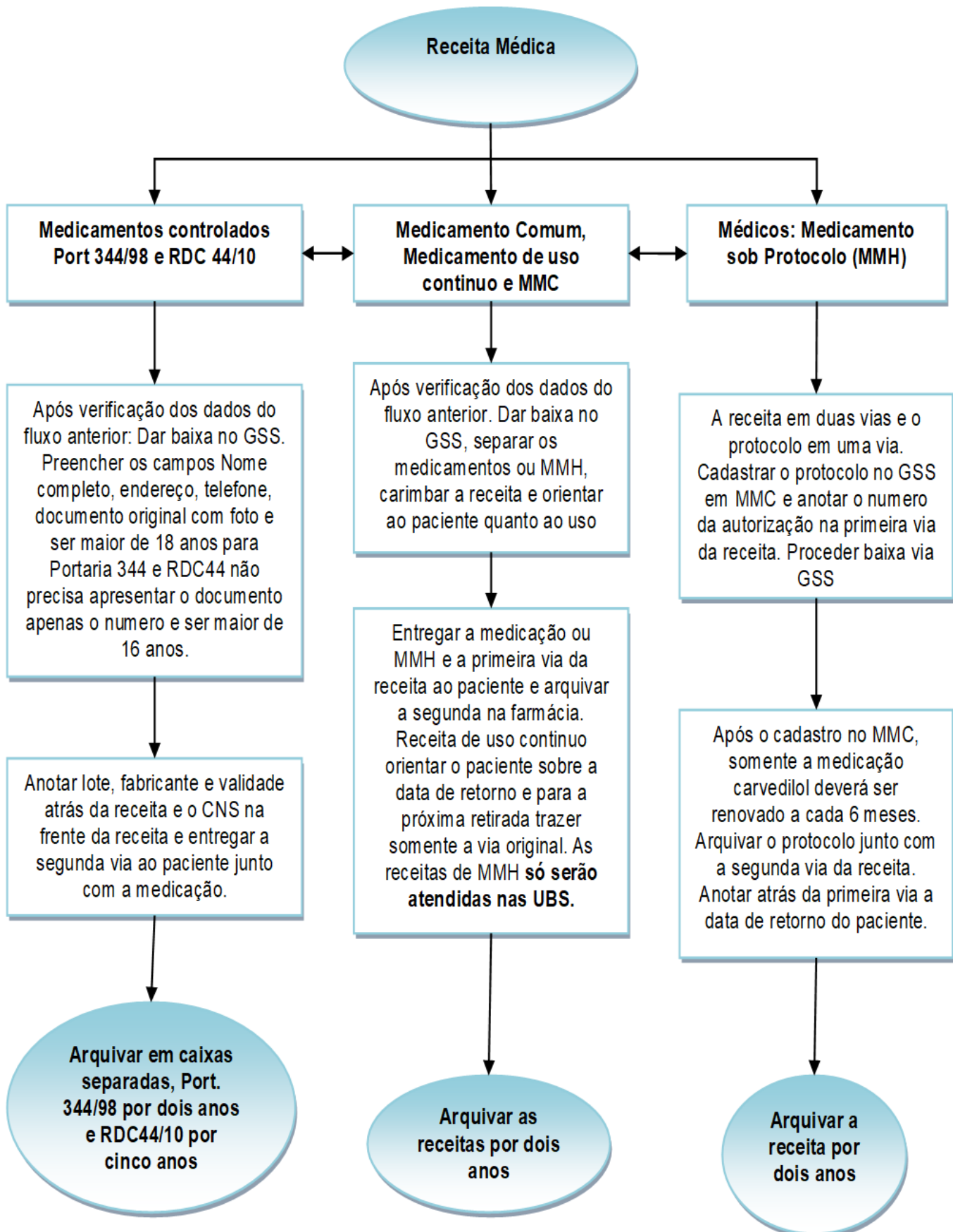


Dispensação de Medicamentos pela Farmácia:

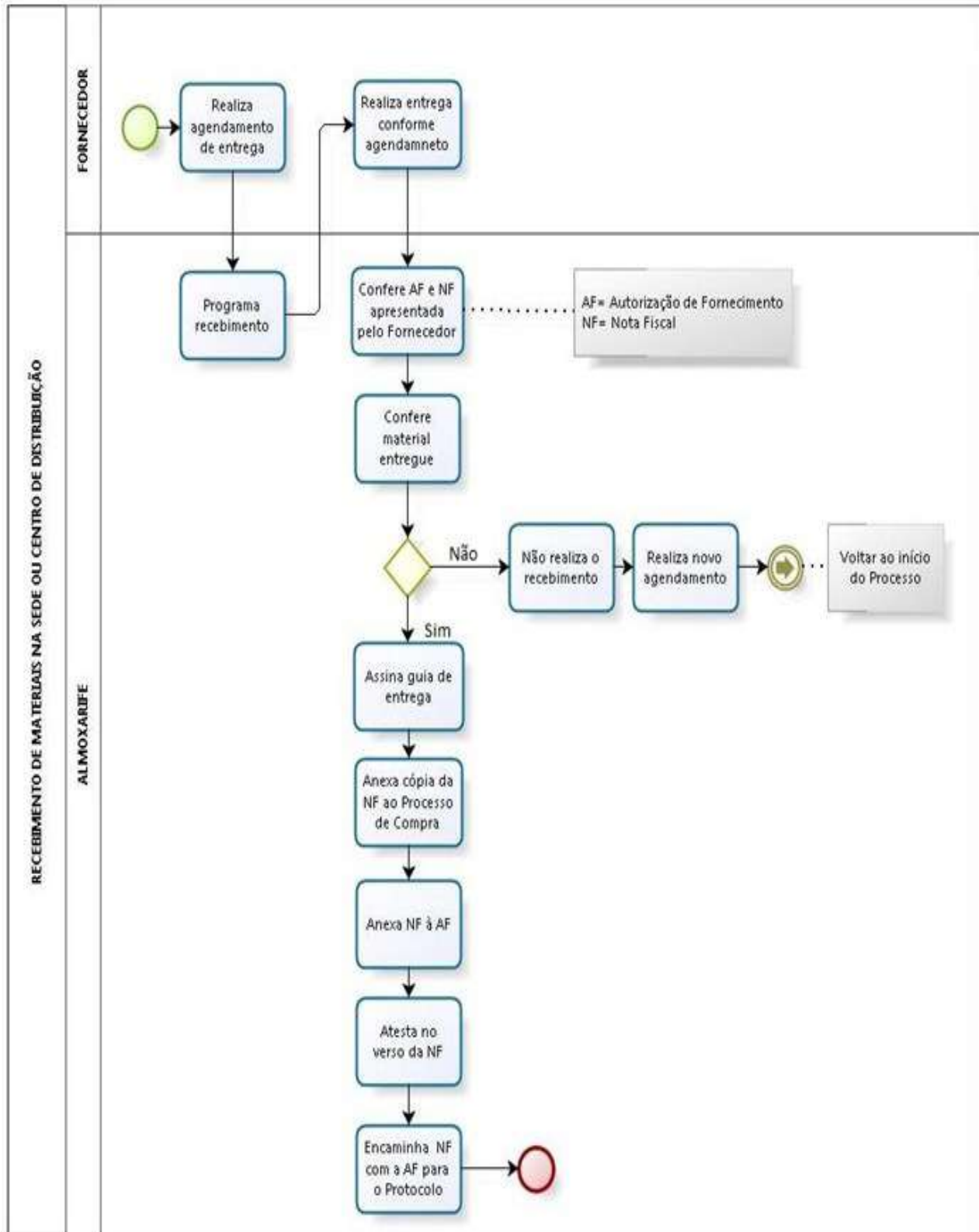




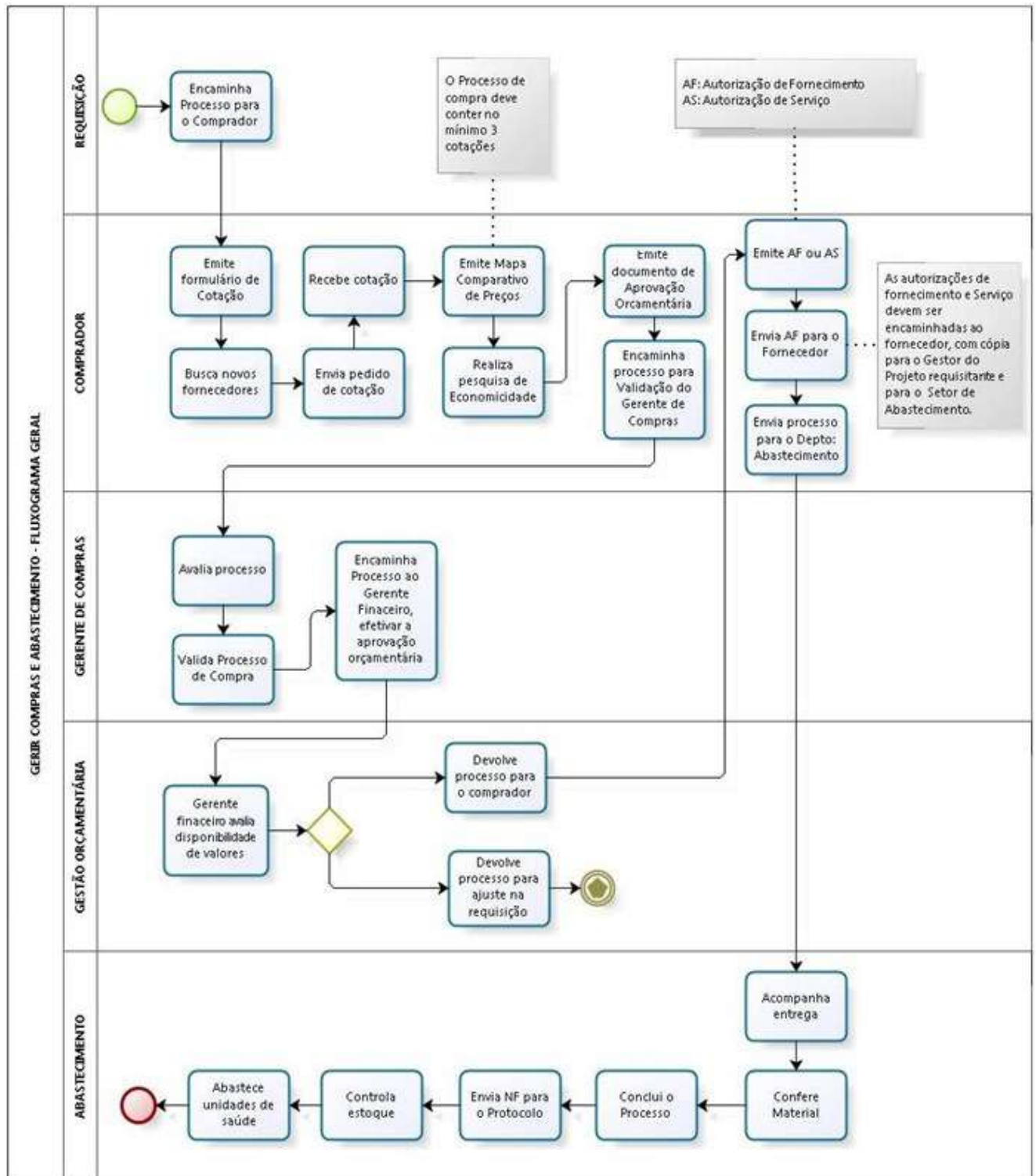




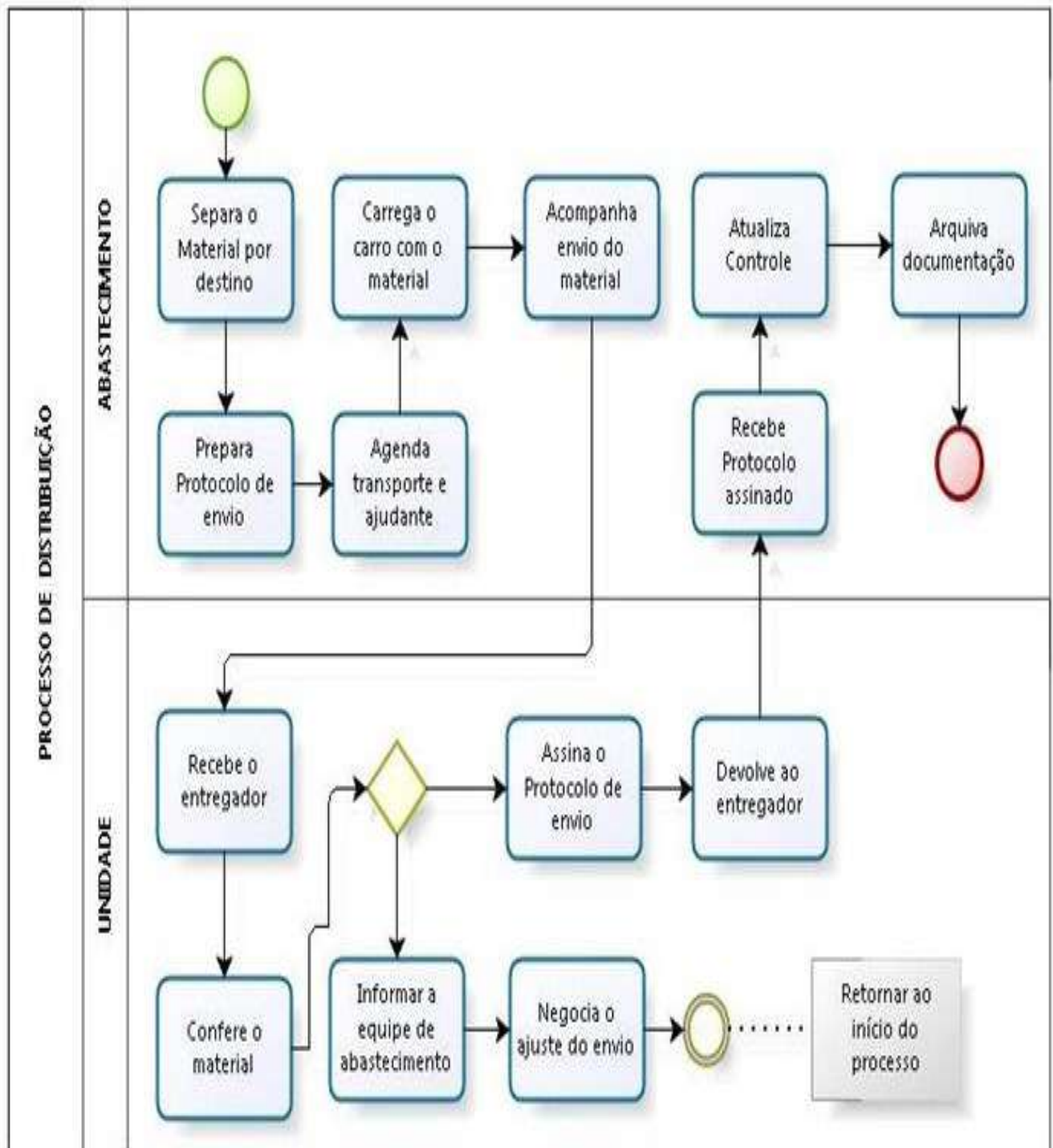
Recebimento na Sede



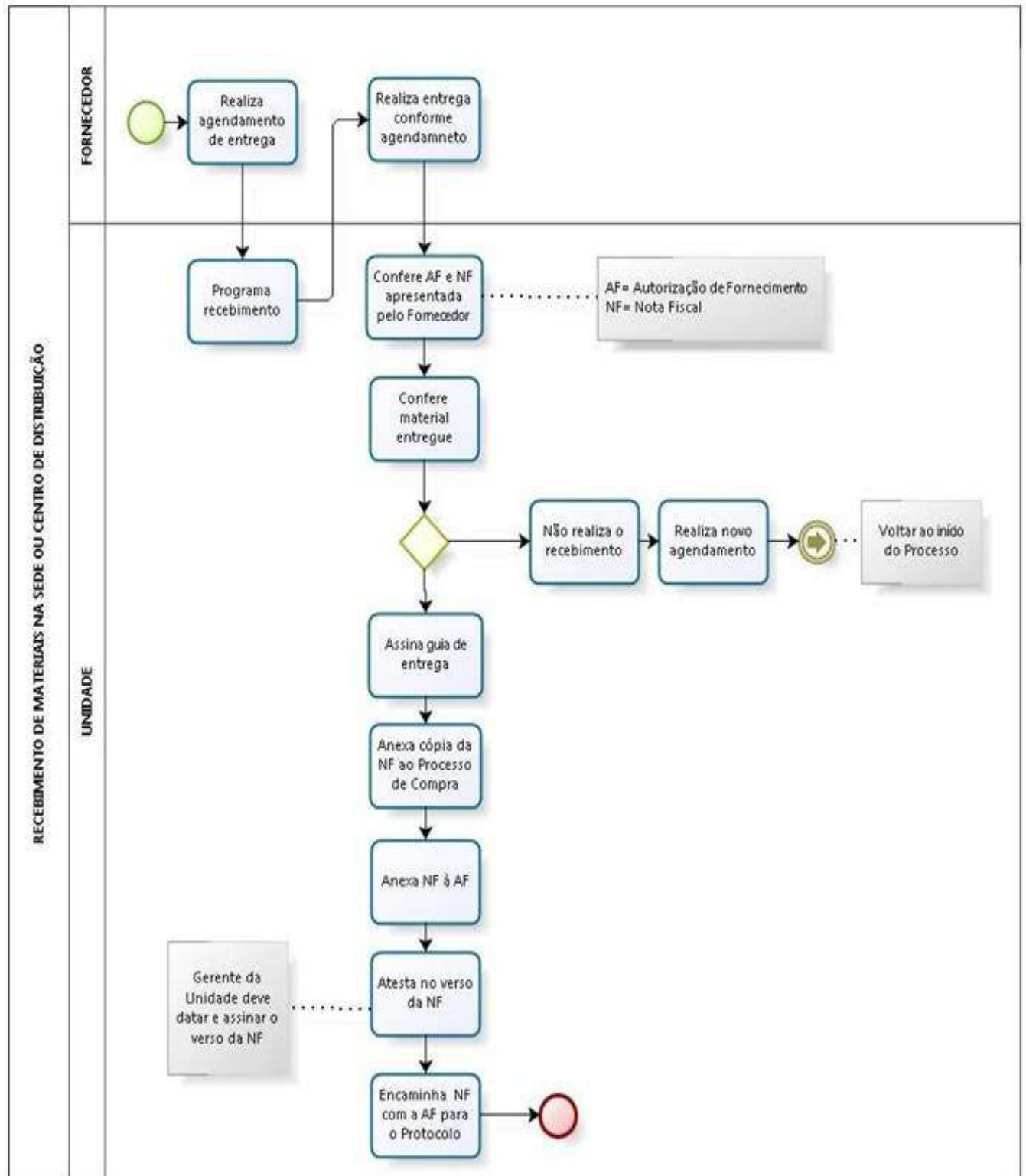
Fluxograma de Geral – Departamento de Compras e Abastecimento



Distribuição



Recebimento na Unidade



D. ATIVIDADES DE APOIO;

A seguir o IEC apresentará as **Atividades de Apoio: detalhar a organização das atividades não estritamente assistenciais, mas essenciais ao funcionamento da unidade.**

As atividades de apoio administrativo/ operacional, compreendem as rotinas de recepção e trâmites de documentos; registros em protocolos de notas fiscais, relatórios de prestação de serviços e encaminhamentos por malote; relatórios de atividades, indicadores de produção e estatísticas; arquivamento de documentos em geral; controle de impressos e formulários; apontamentos de frequência de serviços terceirizados; pequenas compras emergenciais de pronto pagamento; administração e controle das agendas telefônicas; acompanhamento de execução de serviços internos dos prestadores de serviço; controle do estoque de material de escritório; assessoria aos gerentes em todas as atividades necessárias para o bom andamento das rotinas administrativas; suporte administrativo às unidades de saúde.

Os serviços de apoio administrativo/ operacional, não se limitando a: limpeza e higienização, desratização, lavanderia, portaria, nutrição, manutenção de equipamentos, manutenção predial, gases medicinais, e gestão de informação serão terceirizados, sob o gerenciamento dos líderes da unidade, que acompanharão seus desempenhos através de indicadores de produção, qualidade, e de satisfação dos clientes, estabelecidos em contrato. Essas empresas serão selecionadas considerando o melhor custo/benefício e de qualidade dos serviços prestados.

As atividades de Apoio estão divididas em:

Serviços administrativos/financeiros

1. Administrativo;
2. Financeiro;
3. Tecnologia da Informação;
4. Patrimônio.
5. Suprimentos
6. Compras;
7. Almoxarifado;
8. Farmácia.

Serviços Técnicos

9. Serviço de Nutrição;
10. Serviço Social;
11. Esterilização;
12. Transporte Avançado.

Hotelaria Hospitalar

13. Serviço de Limpeza e Higienização;
14. Controle de pragas e roedores;
15. Serviço de Vigilância e/ou Portaria;
16. Manutenção Predial;
17. Engenharia Clínica;
18. Lavanderia.

Cabe ressaltar que o REGULAMENTO DE COMPRAS E CONTRATAÇÕES será o grande norteador das atividades administrativas e financeiras, no que se refere a contratação de obras e serviços, aquisição e alienação de bens e seleção de fornecedores.

O **Instituto Elisa de Castro** irá fornecer os seguintes serviços de apoio gerencial e operacional:

- Uniformes no padrão estabelecido pela SMS;
- Serviços de limpeza e conservação das unidades;
- Manutenção predial e conforto ambiental das unidades;
- Material de escritório e recreativo;
- Material gráfico e para campanhas educativas;
- Material de consumo em geral;
- Educação continuada/Capacitação Profissional;
- Medicamentos;
- Insumos médicos em geral;
- Execução dos serviços de laboratoriais para as Unidades de Saúde;
- Vigilância eletrônica e equipe de segurança patrimonial;
- Engenharia clínica;
- Desinfecção de reservatórios de água e controle de pragas;
- Software de gestão, logística e controle patrimonial;
- Outros serviços, a carga da proponente, necessários ao pleno funcionamento das unidades.



SERVIÇOS COMUNS À TODAS AS UNIDADES
Limpeza
Portaria/Vigilância
Remoção de lixo comum
Remoção de lixo infectante
Manutenção predial
Internet
Locação de nobreaks
Locação de impressoras
Locação de computadores
Gases Medicinais
Ponto eletrônico
Manutenção de ar condicionado - preventiva
Manutenção de ar condicionado - corretiva
Engenharia clínica

SERVIÇOS POR DEMANDA
Dedetização/Desratização
Limpeza de caixa d'água
Limpeza de cisterna



Limpeza de fossa
Recarga de extintores
Seguro

OUTROS SERVIÇOS
Jardinagem
Locação de câmera de segurança
Telefonia VOIP
Totens
Manutenção de câmara fria
Manutenção de equipamento odontológico
Licença Prontuário eletrônico ESF
Licença Prontuário eletrônico NASF
Manutenção de elevador

SERVIÇOS DE IMAGEM
Serviços de RX
Manutenção de RX
Dosimetria

SERVIÇOS ESPECIALIZADOS
Serviços de oftalmologia, prótese dentária, reabilitação, serviços de urgência e outros (**)

SERVIÇOS COMPARTILHADOS ENTRE AS UNIDADES
Logística
Motoboy
Transporte

a). Manutenção das unidades

Para manutenção das unidades serão oferecidos os serviços administrativos, almoxarifado, limpeza, vigilância e segurança, portaria, água, luz, fornecimento de materiais para escritório, médico hospitalar, insumos odontológicos e equipamentos de proteção individual, assim como manutenção predial e de equipamentos.

b). Serviços Administrativos

Compreendem as rotinas de recepção e trâmites de documentos; registros em protocolos de notas fiscais, relatórios de prestação de serviços e encaminhamentos por malote; relatórios de atividades, indicadores de produção e estatísticas; arquivamento de documentos em geral; controle de impressos e formulários; apontamentos de frequência de serviços terceirizados; acompanhamento de execução de serviços internos dos prestadores de serviço; controle do estoque de material de escritório; assessoria aos gerentes em todas as atividades necessárias para o bom andamento das rotinas administrativas. Será disponibilizado uma equipe para os serviços administrativos, que dará suporte tanto à Gerência como às Unidades de Saúde e que será responsável pelo funcionamento, monitoramento e avaliação das atividades administrativas, envolvendo a gestão de pessoas, de insumos, de serviços, e de outros, que integrem o rol de atividades de apoio.

c). Transporte de pessoas e de materiais

Para garantir o transporte de insumos, materiais médico-cirúrgico, medicamentos, entre outros, serão utilizados veículos providos de segurança, bom estado de conservação e condições de operação, dirigibilidade e possuir sistema de ar condicionado, seguindo as normas do Código de Trânsito Brasileiro (CTB).

d). Serviços de Limpeza

De grande importância numa unidade de saúde a prestação de serviços de limpeza seguirá as orientações da resolução da ANVISA nº 306/04 e CONAMA nº 358/05. Dentre os vários pontos relevantes no gerenciamento dos serviços de limpeza, destacamos o processo de educação permanente em boas práticas de limpeza interna e externa em unidades de saúde, de modo a garantir a qualidade dos serviços e a segurança das funcionárias e dos usuários. As unidades

de saúde serão pólos irradiadores de boas práticas educativas referentes à limpeza e destinação do lixo, com práticas de reciclagem e etc.

e). Serviços de Vigilância e Segurança

De modo a garantir a segurança dos bens móveis e imóveis e, sobretudo, dos usuários e funcionários das unidades de saúde, será mantido o serviço de segurança, por meio de terceirização de firmas especializadas existentes no mercado para prestação de serviços de vigilância e segurança patrimonial monitorada e desarmada nas dependências das unidades de saúde e Coordenação da área de planejamento.

f). Abastecimentos de água, luz e telefone

A OSS será responsável pela operacionalização do pagamento das contas de consumo de água, energia elétrica e telefone de todas as unidades de saúde e Coordenação da área de planejamento.

g). Materiais médico hospitalares

Provimento de materiais e artigos de uso médico-hospitalar destinados a fornecer suporte a procedimentos diagnósticos, terapêuticos ou cirúrgicos, a serem consumidos no desempenho diário das atividades concernentes à rotina das unidades de saúde. Os quantitativos de cada item de material médico-hospitalar, constantes de lista padronizada estabelecida pela SMS, são os solicitados pelos gerentes das unidades de saúde de acordo com as quotas de consumo estabelecidas.

h). Insumos Odontológicos

Provimento de todos os materiais e artigos de uso específico odontológico que possibilitam o desempenho de atividades de saúde bucal, a serem consumidos no desempenho diário das atividades concernentes aos atendimentos odontológicos nas unidades de saúde. Aquisição e distribuição em atividades educativas de insumos para escovação, quais sejam, escova de dentes, pasta e fio dental. Esta atividade é realizada nas unidades de saúde, para a clientela,

para as famílias mais vulneráveis e para os alunos nas escolas, sempre precedida de ações educativas.

i). Equipamento de Proteção Individual (E.P.I.)

Os E.P.I. destinam-se a proteger a integridade física do trabalhador durante a atividade de trabalho. Sua função é neutralizar ou atenuar um possível agente agressivo, contra o corpo do trabalhador que o usa. Evitam lesões ou minimizam a sua gravidade, em casos de acidentes ou exposições a riscos, também podem proteger contra efeitos de substâncias tóxicas, alérgicas ou agressivas, que podem causar as chamadas doenças ocupacionais. Estes materiais serão fornecidos pela OSS, uma vez solicitados pela unidade. São exemplos de E.P.I. máscaras, óculos, filtros solares, bonés e/ou chapéus, entre outros.

j). Almoxarifado

Tem-se estruturado centralmente, numa *unidade operacional*, com a função de organizar e controlar os materiais de consumo que serão fornecidos às unidades. O registro e o controle das requisições dos materiais devem fornecer todas as informações necessárias sobre a movimentação do estoque e consumo. A proposta é a estruturação de um almoxarifado central, subdivididos em Serviço de Medicamentos e Insumos Estratégicos e Serviços de Material de Consumo e de Escritório, que deverá cuidar da logística de recebimento, estocagem e distribuição para as unidades clientes. De modo a garantir o controle de estoque preciso e atualizado, além de garantir o abastecimento no tempo necessário, será implantado um sistema informatizado de gerenciamento em rede com as unidades.

l). Logística Integrada

Haverá uma integração dos processos de logística em sistemas para aumentar a eficiência, melhorando os seus resultados. Setores de Compras e Logística serão integrados para reduzir o custo do armazenamento dos materiais usados nas unidades e eficiência na entrega dos mesmos.

m). Manutenção de Equipamentos

Prestação de serviços de manutenção preventiva e corretiva (mão-de-obra e material), por empresa devidamente qualificada, atendendo às necessidades programáveis e de urgências, quando surgirem defeitos nos equipamentos, com trocas de peças que se fizerem necessárias, desgastadas pelo uso normal, conforme solicitados pelas Clínicas da Família e Centros Municipais de Saúde. Responsabilidade dos serviços necessários à completa satisfação, executados por técnicos especializados, no horário de funcionamento das unidades, com utilização de toda a infra-estrutura necessária, como mão-de-obra, transporte, ferramentas e outros.

1. Organização para o Serviço de Manutenção Predial

Setor responsável pelo planejamento, controle, organização e supervisão de toda a conservação, manutenção preventiva e corretiva da estrutura predial, incluindo todas as instalações elétricas, hidráulica e mecânica, bem como de todo o parque de equipamentos: eletromecânicos, hospitalares, incluindo o mobiliário clínico ou administrativo.

A manutenção predial está ligada diretamente à arquitetura hospitalar. Neste campo aborda-se toda a parte estrutural do edifício, a rede elétrica, hidráulica, rede de gases medicinais, sistema de abastecimento de água, dentre outros.

A manutenção preditiva é aquela que indica as condições reais de funcionamento das máquinas com base em dados que informam o seu desgaste ou processo de degradação. Trata-se de um processo que prediz o tempo de vida útil dos componentes das máquinas e equipamentos e as condições para que esse tempo de vida seja bem aproveitado. Assim, atua-se com base na modificação de parâmetro de condição ou desempenho do equipamento, cujo acompanhamento obedece a uma sistemática. A manutenção preditiva pode ser comparada a uma inspeção sistemática para o acompanhamento das condições dos equipamentos.

O Núcleo de Manutenção Geral será responsável pelo Ciclo de Processos para a Manutenção Predial Corretiva e Preventiva da Unidade. Terá a função de identificar os procedimentos e formulários e descrever as atividades, designando as responsabilidades.

Os seguintes procedimentos básicos deverão ser tomados de forma a promover a prevenção contra falhas, defeitos e acidentes.

1.1. Prestação de Serviços de Manutenção Predial Elétrica

No rol das atividades básicas mínimas correspondentes a prestação dos serviços a serem executados pelos profissionais visando eliminar qualquer defeito ou mau funcionamento nas redes das instalações elétricas está:

2. Executar a passagem de cabos de redes elétrica por canaletas adequadas;
3. Substituição de tomadas e interruptores defeituosos;
4. Instalação de novos pontos de energia, inclusive aterramentos, provenientes de readequações, sempre que necessário;
5. Readequação de pontos de iluminação e interruptores;
6. Readequar os quadros de distribuição em função de novas instalações, substituindo componentes queimados ou disjuntores inadequados ou defeituosos, quando necessário;
7. Colocação de eletrodutos, calhas e canaletas, quadros, caixas de passagem em novas instalações de pontos de energia, e demais componentes demandados;
8. Substituição e instalação de chaves, eletro condutores e demais componentes elétricos, quando necessário;
9. Fazer atendimento imediato, na ocorrência de curto-circuito e avarias nas redes primárias ou secundárias, transformadores, chaves seccionadoras, disjuntores, fusíveis, isoladores, equipamentos elétricos, quadros de distribuição, barramentos e demais componentes que ocasionem falta de energia parcial ou total, ou que ponha em risco a segurança de pessoas e instalações prediais;
10. Retirar, desmontar, consertar, montar e reinstalar, com substituição de peças e partes danificadas, os equipamentos e instalações elétricas, restaurando, quando necessário, pisos, paredes, etc;
11. Instalação de infraestrutura para acomodação de cabos elétricos, dados, telefonia e lógica, tipo eletrodutos diversos;
12. Lançamento de cabos de rede elétricos, dados, telefonia e lógica em infraestruturas existentes como eletrodutos, eletrocalhas, canaletas de piso e rodapés, sempre com a orientação da equipe técnica gerenciadora do contrato;

13. Todos os demais serviços correlatos pertinentes à elétrica.

Os Serviços a serem executados deverão obedecer às diretrizes estabelecidas nesta sistematização:

a) Profissionais: Responsáveis pelo Serviço de Manutenção e outros profissionais do Serviço a critério deste.

Etapas de Trabalho

1º Semana

1. Reunião Geral de todos os componentes do Grupo de Trabalho para apresentação e discussão de experiências com resultados positivos na área e divisão dos trabalhos;
2. Levantamento e Sistematização das normas e rotinas existentes no âmbito do objeto do Contrato;
3. Levantamento e sistematização do estado geral da unidade hospitalar, com relatórios fotográficos dos pontos críticos, para o estabelecimento de prioridades de intervenção corretiva e planejamento da manutenção preventiva.

2º Semana

4. Levantamento e sistematização do estado geral do prédio, com relatório fotográfico dos pontos críticos, para o estabelecimento de prioridades de intervenção corretiva e planejamento da manutenção preventiva.

3º Semana

5. Reunião Geral de todos os componentes do Grupo de Trabalho para conhecimento e avaliação dos Trabalhos realizados até o momento e apresentação de uma Minuta Padrão de Plano de Manutenção.
6. Elaboração dos Planos de Manutenção.

4º Semana

7. Reunião Geral de todos os componentes do Grupo de Trabalho para conhecimento e avaliação dos Planos de Manutenção.

8. Correção das possíveis alterações.
9. Reunião Geral de todos os componentes do Grupo de Trabalho para aprovação final dos Planos de Manutenção.

OBSERVAÇÃO: Durante a elaboração do Plano de Manutenção, os colaboradores procederão à execução dos serviços de emergência, bem como, dos serviços de manutenção preventiva e corretiva preestabelecidos em cronograma de execução.

Equipe

Supervisor: Profissional com experiência comprovada mínima 05 (cinco) anos em Manutenção Predial Corretiva e Preventiva e cujas principais atribuições serão: garantir na sua totalidade a existência de Recursos Humanos capacitados para a execução dos serviços; supervisionar a execução de orçamentos dos serviços relacionados com a execução de serviços de manutenção; fazer cumprir rigorosamente a execução dos serviços previstos no Plano de Manutenção; Manter permanente contato, informando imediatamente, por escrito, qualquer irregularidade que possa comprometer as instalações das Unidades; Supervisionar e coordenar o bom andamento e execução dos serviços de manutenção e operação das instalações, responsabilizando-se civil e tecnicamente pelos serviços efetuados pelos profissionais contratados; Orientar toda a equipe de manutenção na execução das tarefas diárias de manutenção e operação; Controlar a movimentação e frequência de pessoal; Controlar o uso e distribuição de materiais, equipamentos, ferramentas e EPIs; Apresentar mensalmente o relatório dos serviços programados e realizados no período em conformidade com o preconizado neste plano de trabalho; Executar outras tarefas correlatas;

Coordenador de refrigeração: Profissional experiência em manutenção preventiva e corretiva de sistemas de refrigeração, cujas principais atribuições serão: elaboração do Plano de Manutenção Operação e Controle (PMOC); coordenação das equipes de manutenção; elaboração de laudos técnicos de equipamentos de refrigeração; elaboração de relatórios; supervisão a execução dos serviços realizados informando imediatamente qualquer irregularidade que possa comprometer o funcionamento dos sistemas; execução das demais tarefas correlatas.

Encarregado: Profissional com experiência comprovada nas atividades inerentes à função.

Dentre as quais se destacam: acompanhar e orientar a execução dos serviços de acordo com a programação pré-definida; programar a distribuição de materiais e ferramentas; garantir o bom uso e conservação dos equipamentos e ferramentas, controlando sua entrega e verificando seu estado quando da devolução; supervisionar a atuação com relação a normas de segurança, uso adequado dos equipamentos e prevenção de acidentes; comunicar imediatamente ao Engenheiro Supervisor qualquer irregularidade observada; executar outras tarefas correlatas.

Eletricista: Este profissional deverá possuir experiência comprovada na área de manutenção de instalações prediais. Conhecimentos práticos e teóricos de circuitos de iluminação, tomadas, interruptores, disjuntores, quadros de distribuição gerais, parciais e de comando, aterramentos, para-raios em instalações elétricas de Baixa Tensão.

Eletricista operador de subestação plantonista: Este profissional deverá ser Técnico em Eletrotécnica com experiência comprovada na Área de Manutenção de Subestação e Grupos Motores Geradores. Deverá ter conhecimentos práticos e teóricos em Operação, Manutenção Preventiva e Corretiva em equipamentos eletromecânicos, instalações mecânicas e elétricas em Alta Tensão. Suas principais atribuições serão: executar os serviços planejados de manutenção preventiva e corretiva das instalações elétricas de alta tensão, e operação dos equipamentos eletromecânicos da Subestação e Grupos Motores Geradores; executar as operações de manobras de chaves, disjuntores e painéis de comando; executar as manobras operacionais de acordo com os procedimentos adotados e aprovados pela Divisão de Engenharia e Infra-estrutura, para o caso de falta de fornecimento de energia elétrica na Subestação e cabine de entrada e medição; executar todas as rotinas operacionais na Subestação e na cabine de entrada e medição; executar manobras e transferências; acompanhar todos os serviços especializados e assistência técnica da CONCESSIONÁRIA na Subestação e cabine de entrada e medição, quando autorizado pelo Serviço de Manutenção da Unidade; executar demais atividades correlatas.

Horário e Equipes de Prestação de Serviços

Deverão permanecer 24 horas por dia, inclusive sábado, domingos e feriados, operador de subestação (técnico eletrotécnico), mecânico em Refrigeração.

Do Escopo dos Serviços

Os serviços a serem estabelecidos no plano de manutenção, objeto do presente, deverão ser executados, obedecendo aos seguintes Procedimentos e Rotinas de Conservação e Manutenção:

Arquitetura

Os serviços de conservação e manutenção em arquitetura normalmente restringem-se à substituição de elementos quebrados ou deteriorados. Esta substituição deve ser feita após a remoção do elemento falho e da reconstituição original, se assim for o caso, de sua base de apoio, adotando-se então o mesmo processo construtivo.

Conforme o caso será necessário a substituição de toda uma área ao redor do elemento danificado, de modo que, na reconstituição do componente, não sejam notadas áreas diferenciadas, manchadas ou de aspecto diferente, bem como seja garantido o mesmo desempenho do conjunto.

Se a deterioração do elemento for derivada de causas ou defeitos de base, deverá estar também ser substituída. Outras causas decorrentes de sistemas danificados de áreas técnicas diversas, como hidráulica, elétrica e outras deverão ser verificadas e sanadas antes da correção da arquitetura. Durante a execução dos serviços deverão ser tomados os cuidados necessários quanto ao isolamento e limpeza da área onde houver as intervenções.

Serviços Preliminares

Os serviços preliminares, tais como: demolições, transportes, remoções e tapumes de vedações deverão ser executados de modo a minimizar os estragos nas áreas não danificadas, preservando a integridade dos demais elementos, sem interferir nas rotinas de funcionamento da Unidade.

Pinturas - piso, parede e teto

Na constatação de falhas ou manchas, ou mesmo em caso de conservação preventiva de qualquer pintura de componente da edificação, deverá ser realizado o lixamento completo da área ou componente afetado, tratamento da base ou da causa do aparecimento das manchas ou falhas, quando houver.

Revestimento Cerâmico, vinílico/ melamínicos e/ou piso, parede e teto

Se placas ou peças do revestimento se destacarem deverão ser retirados o revestimento de toda

a área em volta e verificar a existência ou não de problemas na estrutura do piso. Se houver problemas de dilatação excessiva, recomendar-se-á a substituição de todo o piso por elementos mais flexíveis. Se não, proceder-se-á à recomposição do piso adotando-se o mesmo processo construtivo.

Coberturas

As recomposições de elementos da cobertura deverão ser feitas sempre que forem observados vazamentos ou telhas quebradas. Seguir rotina de visita e limpeza de telhados, canaletas, ralos tipo “abacaxi”, calhas de águas pluviais embutidas e aparentes. Deverá ser seguido sempre os manuais do fabricante, e nunca fazer a inspeção ou troca de elementos com as telhas molhadas.

Esquadrias, vidros e ferragens

Substituição e/ou recuperação das portas, janela, portões e demais elementos de vedação, nos materiais usualmente disponíveis no mercado - PVC, Ferro, Madeira e Alumínio.

Mobiliário, bancadas e outros

Recuperação do mobiliário de madeira existente com substituição das partes danificadas ou confecção de pequenas peças (prateleiras, bancadas e outros), quando solicitado.

Pavimentação

Pavimentos em blocos de concreto: A inspeção periódica da superfície deverá delimitar os pontos com afundamentos. Nestes locais será realizada a remoção dos blocos, a reconstrução da camada de base e a colocação dos blocos que não estiverem danificados, de conformidade com os procedimentos mencionados nas Práticas de construção.

Pavimentos em Paralelepípedo: A inspeção periódica da superfície deverá delimitar os pontos e áreas com afundamentos. Nestes locais, será realizada a remoção dos paralelepípedos e a reconstrução da camada de base, seguida da recomposição das peças removidas e rejuntamento. Mesmo em áreas ou pontos sem afundamentos, o rejuntamento deverá ser refeito sempre que necessário. Os serviços deverão ser executados de conformidade com os procedimentos indicados nas Práticas de Construção.

Pavimentos em Pedra Portuguesa: A inspeção periódica da superfície deverá delimitar os pontos e áreas com afundamentos. Nestes locais, será realizada a remoção das pedras portuguesas e

a reconstrução da camada de base, seguida da recomposição das peças removidas e rejuntamento. Mesmo em áreas ou pontos sem afundamentos, o rejuntamento deverá ser feito sempre que necessário. Os serviços deverão ser executados de conformidade com os procedimentos indicados nas Práticas de Construção.

Estruturas Metálicas

Pontos de Corrosão: Será realizada a limpeza da área afetada, que poderá ser manual, através de escovas de aço, ou mecânica, através de esmeril ou jateamento com areia. Após a limpeza deverá ser medida a espessura da chapa na região afetada para avaliação das condições de segurança e da necessidade de reforço da estrutura. A recomposição da pintura, através de procedimentos análogos ao da aplicação original e recomendações dos fabricantes.

Parafusos frouxos: A existência de parafusos frouxos indica uma estrutura com movimentação atípica, não prevista no projeto. De início, os parafusos deverão ser novamente apertados. Os afrouxamentos constantes de um mesmo parafuso justificam uma avaliação e eventual reforço estrutural, pois tal comportamento poderá levar a estrutura à ruína por fadiga do material.

Deslocamentos Excessivos: Deslocamentos dos componentes da estrutura fora do padrão normal deverão ser observados para verificação e acompanhamento adequado. Um parecer Técnico, do autor do projeto, será importante para determinar a necessidade de instalação de instrumentos de medida e avaliação estrutural.

Trincas em soldas e chapas de base: As trincas que vierem a ser detectadas tanto em soldas quanto nos materiais de base, deverão ser recuperadas de acordo com as recomendações da AWS. O frequente aparecimento de trincas na mesma região justifica uma avaliação e eventual reforço da estrutura.

Falhas na Pintura: As falhas ou manchas na pintura da estrutura deverão ser recuperadas de conformidade com os procedimentos originais e recomendações dos fabricantes. Deverá ser pesquisada a causa do aparecimento das falhas e manchas, a fim de evitar a sua reincidência. De preferência, a interpretação das anomalias deverá ser realizada através de parecer técnico do autor do projeto.

Segurança: Todos os procedimentos deverão ser precedidos dos cuidados de segurança, sendo adotados as proteções e isolamentos necessários durante a execução dos serviços.

Esgotos sanitários: Poço de recalque - semestrais

Inspeção e reparo das tampas herméticas, chaves de acionamento das bombas, válvulas de gaveta e válvula de retenção;

Inspeção da ventilação do ambiente e das aberturas de acesso, controle das trincas nas paredes para verificação de vazamentos.

Bombas de recalque e esgoto - mensais

Verificar o alinhamento dos eixos das bombas;

Medição de folga das luvas de acoplamento;

Medição da resistência de isolamento dos motores;

Inspeção das conexões hidráulicas;

Inspeção de gaxetas, manômetros e ventilação do ambiente;

Lubrificação de rolamentos, mancais e outros;

Verificação de funcionamento do comando automático;

Tubulações (tubo, conexões, fixações e acessórios) - trimestrais

Inspeção de corrosão;

Inspeção de vazamento;

Serviços de limpeza e de desobstrução;

Reparos de trechos de fixações, inclusive repintura;

Inspeção das uniões dos tubos x conexões;

Ralos, sifões e aparelhos sanitários - mensais

Inspeção periódica de funcionamento;

Serviços de limpeza e de desobstrução;

Fossas sépticas – semestrais

Inspeção de tampas e transbordamentos;

Reparos necessários;

Limpeza de fossa – anual.

Caixas coletoras e Caixas de gorduras - trimestrais

Inspeção geral;

Retirada dos materiais sólidos;

Retirada dos óleos e gorduras.

Águas pluviais

Poços de recalque - semestrais

Inspeção e reparo das tampas herméticas, chaves de acionamento das bombas, válvulas de gaveta e válvula de retenção;

Inspeção da ventilação do ambiente e das aberturas de acesso, controle periódico das trincas nas paredes para verificação de vazamentos;

Bombas de recalque - mensais

Inspeção de gaxetas, manômetros, ventilação do ambiente;

Lubrificação de rolamentos, mancais e outros;

Verificação de funcionamento do comando automático;

Tubulações (tubos, conexões, fixações e acessórios) - trimestrais

Inspeção de corrosão;

Inspeção de vazamento;

Serviços de limpeza e de desobstrução;

Reparos de trechos de fixações, inclusive repintura;

Inspeção das uniões dos tubos x conexões;

Ralos - mensais

Inspeção periódica de funcionamento;

Serviços de limpeza e de desobstrução;

Calhas e condutores - Mensais

Inspeção de vazamentos;

Serviços de limpeza e de desobstrução;

Reparos de trechos e de fixações;

Inspeção das uniões x tubos;

Pintura das calhas e condutores metálicos;

Caixas de inspeção e de Areia - trimestral

Inspeção de funcionamento;

Serviço de limpeza e de desobstrução;

1.1.1. Instalações elétricas e eletrônicas

Deverá ser executada anualmente inspeção termográfica para detectar e diagnosticar elevadas temperaturas, bem como, acréscimos de temperatura em componentes elétricos tais como: quadros elétricos, subestação, grupos geradores, central de ar condicionado, iluminação, entre outros. Deverão ser emitidos laudos indicando as correções necessárias, ilustrados com os respectivos termogramas e registros fotográficos dos pontos de calor excessivo, visando o prolongamento da eficiência operacional dos sistemas,

Entrada de energia Alta tensão: Subestações

Teste de rigidez dielétrica;

Verificação do nível de óleo;

Verificação dos isoladores, fixação, rachaduras;

Regulagem dos relés de proteção;

Inspeção dos contatos e substituição dos que apresentarem fortemente queimados;

Inspeção semanal dos painéis de reversão automáticas, incluindo a limpeza dos contatos e os procedimentos necessários à manutenção das chaves, contatores e componentes diversos, conforme descrição a seguir nos itens pertinentes.

Transformadores de força - anual

Detecção de vazamentos;

Verificação do nível e da rigidez dielétrica do óleo;

Inspeção das partes metálicas;

Testes de isolamento;

Limpeza geral;

Transformadores de corrente e potencial - anual

Inspeção das partes mecânicas;

Testes de isolamento;

Limpeza geral;

Ensaio de excitação;

Testes de relação;

Relés de proteção - anual

Limpeza geral;

Inspeção eletromecânica;

Reaperto de parafusos e terminais; calibração

Ensaio de operação;

Instrumental de medição - anual

Limpeza geral;

Inspeção eletromecânica;

Reaperto de parafusos e terminais;

Aferição de escala;

Seccionadores - anuais

Limpeza de contatos;

Lubrificação;

Reaperto de parafusos e terminais;

Testes de isolamento;

Resistência de contatos;

Disjuntores a volume de óleo - anual

Teste de rigidez dielétrica;

Verificação de nível de óleo;

Verificação dos isoladores, fixação rachaduras;

Regulagem dos relés de proteção;

Inspeção do estado do reservatório de ar, dos registros e das tubulações;

Inspeção dos contatos e substituição dos que se apresentarem fortemente queimados;

Disjuntores a seco - anual

Regulagem dos relés de sobre corrente;

Verificação do alinhamento dos contatos;

Aterramento e proteção contra descargas atmosféricas - semestral

Verificação do estado de conservação das hastes e isoladores;

Medida de isolamento;

Continuidade do cabo de terra, tubo de proteção e eletrodo;

Baixa Tensão: Gerador e sistema de Emergência

A manutenção de grupos de emergência deverá ser realizada de conformidade com as recomendações do fabricante do equipamento. Os serviços deverão ser executados por profissional especializado ou pelo fabricante do equipamento.

Motor diesel - trimestral

Verificar a existência de vazamentos;

Verificar a vedação da tampa do radiador;

Completar os níveis de óleo lubrificante e água; verificar atuação do pré-aquecimento;

Limpar filtros de ar;

Verificar tensão e estado das correias;

Verificar o estado da colmeia do radiador;

Verificar mangotes e braçadeiras de fixação;

Verificar e lubrificar o sistema de aceleração e parada do motor;

Verificar funcionamento do gerador através de teste sem carga semanalmente;

Alternador - trimestral

Substituir escovas defeituosas;

Lubrificar rolamentos;

Verificar funcionamento da ponte de diodos - excitação "Brush-less";

Limpar internamente com ar comprimido;

Medir resistência de isolamento (Campo e armadura);

Verificar a retífica dos anéis coletores;

Medir resistência ôhmica dos rolamentos;

Executar testes de vibração, verificando rolamentos e eventuais desbalanceamentos, corrigindo se necessário;

Quadro de alimentação, comando, proteção e sincronismo - trimestral

Reapertar conexões;

Substituir lâmpadas queimadas;

Corrigir atuação do painel de sincronismo;

Substituir fusíveis queimados;

Limpar internamente com ar comprimido;

Verificar contatos das chaves contadoras, substituindo se necessário;

Verificar atuação dos relés de proteção;

Verificar funcionamento do flutuador de baterias;

Medir resistência de isolamento, corrigindo se necessário;

Aferir instrumentos;

Regular tensão e frequência do gerador;

Testes (leituras) – mensal: Colocar o motor em marcha com carga de, no mínimo 50 %, por 30 minutos e anotar as seguintes leituras:

Pressões;

Temperatura do motor;

Frequência;

Tensão do gerador;

Corrente do gerador;

Simular falta de rede com o equipamento no automático e anotar: tempo de entrada do grupo e tempo de transferência.

Diversos - Semestral

Limpar todo o conjunto;

Verificar boia de óleo combustível;

Drenar resíduos d'água do tanque do óleo combustível;

Verificar aterramento;

Limpar respiro do tanque de óleo combustível;

Sistema de Distribuição

Quadros geral de luz e força - mensal

Leitura dos instrumentos de medição e verificação das possíveis sobrecargas ou desbalanceamentos;

Verificação do aquecimento e funcionamento dos disjuntores termomagnéticos;

Medição de amperagem nos alimentadores em todas as saídas dos disjuntores termos-magnéticos;

Verificação da concordância com as condições limites de amperagem máxima permitida para a proteção dos cabos;

Verificação do aquecimento nos cabos de alimentação;

Limpeza externa e interna do quadro;

Verificação das condições gerais de segurança no funcionamento do quadro geral;

Inspeção de isoladores e conexões;

Reaperto dos parafusos de contato dos disjuntores, barramentos, seccionadores e contadores;

Verificação da resistência do aterramento, com base nos limites normalizados;

Contadores - trimestral

Limpeza dos contatos;

Reaperto dos parafusos de ligação;

Lubrificação das partes móveis;

Limpeza da câmara de extinção;

Ajuste de pressão dos contatos;

Luminárias - mensais

Inspeção e limpeza;

Substituição de peças defeituosas (reatores, soquetes, vidros de proteção e outros);

Interruptores e tomadas – mensal

Inspeção e execução dos reparos necessários;

Lâmpadas - semanais

Inspeção e substituição das lâmpadas queimadas;

Fios e cabos - trimestrais

Testes de isolamento;

Inspeção da capa isolante;

Temperatura e sobrecargas, reaperto dos terminais;

Sistema de Sonorização e Chamada de Pacientes

Teste de Fontes de Sinal

Sequência do teste:

Desligar fonte de programa;

Desligar rede de sonofletores;

Injetar sinal no nível especificado para o equipamento, através de gerador de áudio;

Verificar tensão de saída;

Verificar distorção harmônica;

Verificar resposta de frequência.

Sonofletores

Verificação auditiva por amostragem, se não está gerando ruído.

Linha de Distribuição

Levantamento da impedância total da linha e testes de continuidade.

Verificação visual

- Partes móveis dos componentes centrais;

Redes de aterramento - semestral

Verificação da malha de aterramento, suas condições normais de uso, conexões, malha de cobre nu, etc;

Verificação da resistência às condições de uso das ligações entre o aterramento e os equipamentos;

Verificação da resistência ôhmica, com base nos valores limites normalizados, com emissão de laudo;

Verificação dos índices de umidade e alcalinidade do solo de aterramento com base nos valores normalizados;

Sistema de Proteção contra descargas atmosféricas - Para-raios - semestral

Verificação do estado de conservação das hastes isoladoras;

Verificação da medida de isolamento com emissão de laudo;

Verificação da continuidade do cabo de terra, tubo de proteção e eletrodo;

1.1.2. Instalações mecânicas e de utilidades

Instalações de gás combustível

Tubulação (tubo, conexões, fixações e acessórios) - semestral

Inspeção de vazamentos e corrosões;

Serviços de limpeza;

Reparos de trechos e fixações;

Inspeção das uniões dos tubos com as conexões;

Pintura contra corrosão (anual);

Válvulas reguladoras de pressão - semestral

Inspeção de funcionamento;

Reparos necessários;

Oxigênio - semestral

Tubulação (tubos, conexões, fixações e acessórios)
Inspeção de vazamentos e corrosões;
Serviços de limpeza;
Reparos de trechos, suportes e pintura;
Troca ou manutenção periódica das válvulas reguladoras de pressão;
Inspeção e reparo dos sistemas de segurança;
Inspeção e recalibragem dos equipamentos de medições;
Reparos necessários;
Pintura contra corrosão.

Válvulas reguladoras de pressão e purgadores - semestral

Inspeção de funcionamento;
Reparos necessários;

Vácuo - semestral

Tubulações (tubos, conexões, fixações e acessórios)
Inspeção de vazamentos e corrosões;
Serviços de limpeza;
Reparos nos trechos, suportes e fixações;
Manutenção das válvulas de seccionamento;
Inspeção e reparo dos sistemas anti-contaminação;
Inspeção e recalibragem dos equipamentos de medição;
Inspeção das conexões x tubos;
Pintura contra corrosão;
Bomba de vácuo
Inspeção de funcionamento;
Inspeção e reparo na pintura;



Inspeção e lubrificação das partes móveis tal como caixa de rolamento;
Inspeção de rolamentos, mancais, selos mecânicos, acoplamento e outros;
Verificação das juntas e gaxetas quando forem desmontadas;
Verificação periódica do nível de ruído proveniente do desbalanceamento dinâmico;
Verificação da alteração da temperatura e registrá-la como parâmetro;
Verificação do funcionamento dos filtros, resfriadores, desumidificadores;
Inspeção da ventilação e temperatura do ambiente da central de vácuo;

Nitrogênio – semestral

Tubulações (tubos, conexões, fixações e acessórios)
Inspeção de vazamentos e corrosões;
Serviços de limpeza;
Reparos nos trechos, suportes e fixações;
Manutenção das válvulas de seccionamento;
Inspeção e reparo dos sistemas anti-contaminação;
Inspeção e recalibragem dos equipamentos de medição;
Inspeção das conexões x tubos;
Pintura contra corrosão;

Equipamento central

Conforme Plano de Manutenção operação e Controle (PMOC).

Caldeira, rede de vapor e condensado

Rede de Vapor e Condensado: Verificações diárias - Deverá ser providenciada programação em todos os problemas apontados nas inspeções a seguir que não exijam reparos imediatos.

Tubulações (tubos, conexões, fixação e acessórios)
Inspeção de vazamento e corrosão;

Serviços de limpeza;

Inspeção das válvulas de seccionamento;

Inspeção e reparo nos sistemas de segurança;

Inspeção e recalibragem dos equipamentos de medição;

Reparos de trechos e de fixações;

Inspeção das uniões das conexões aos tubos;

Pintura contra corrosão, quando necessário;

Inspeção e reparo dos isolamentos térmicos;

Inspeção e reparo das juntas de dilatação;

Inspeção e reparos dos purgadores, filtros, indicador de nível, termostatos, dispositivo de alimentação de água.

Válvulas Reguladoras de Pressão

Inspeção de funcionamento;

Reparos necessários.

Caldeiras

Todas as verificações, inspeções e intervenções deverão ter anotações resumidas no livro de Inspeção de Segurança.

Diária (7 dias da semana)

Inspeção do corpo de nível e descarga das torneiras de prova;

Verificação do abre-fecha da válvula de segurança;

Verificação da estanqueidade das válvulas de segurança;

Descarga da caldeira, segundo prescrição de tratamento de água; Limpeza dos indicadores de nível em geral;

Amostras da água de alimentação e descarga para controle;

Limpeza da caldeira e casa de caldeiras.

Manutenção

Executar a descarga de fundo;
Verificação e limpeza dos indicadores do nível de água;
Verificação do compressor de ar;
Limpeza da casa de caldeiras;
Verificação das bombas de alimentação;
Verificação dos motores elétricos;
Verificação dos mancais;
Verificação da ignição.

Semanal

Inspeção das válvulas;
Inspeção dos queimadores de óleo;
Inspeção dos filtros de óleo.

Mensal:

Limpeza de controles automáticos;
Limpeza dos filtros de água;
Drenagem do tanque de condensado, remoção da válvula de boia e verificação de sedimentos no interior do tanque, testando a válvula antes de realocá-la;
Lubrificação dos motores elétricos;
Verificação e aperto das gaxetas da bomba de água e do alinhamento da bomba e do motor;
Exame dos parafusos de fixação de motor e bomba;
Verificação do estado dos purgadores de vapor;
Remoção e secagem do filtro do compressor de ar;
Revisão das unidades de aquecimento e bombeamento de óleo combustível;
Limpeza dos eletrodos do corpo de nível;
Limpeza dos tubos de conexão e registros do corpo de nível;
Limpeza do ventilador e da caixa de ar, trocando a junta da caixa do ventilador;

Medição dos índices de NOx, CO e outros gases provenientes da queima de óleo, descarregados no ambiente pelas chaminés.

Trimestral:

Verificação das alvenarias e isolantes;

Remoção das juntas e guarnições, retirando resíduos;

Verificação das válvulas, hastes e sedes;

Reaperto de parafusos das partes que são aquecidas;

Exame nos anteparos de aberturas que provocam vazamento de gases;

Exame de corrosão, incrustações e vazamentos das superfícies internas e externa em tubos, tambores e coletores com limpeza de lodo ou incrustações;

Verificação de rachaduras, vazamentos, folgas das partes de pressão e estado das juntas de dilatação no material refratário;

Exame de vazamentos, desgastes e estado das juntas de dilatação no material isolante;

Fervura da caldeira para retirada de óleo e graxas.

Semestral:

Realizar inspeção e manutenção em conformidade com a Norma NBR-12177, recomendações do fabricante e portaria DNSHT-20. Fazer exame interno e externo de todo o conjunto gerador de vapor, executando:

Substituição das gaxetas das bombas;

Manutenção dos motores;

Limpeza dos tubos de fogo;

Verificação dos refratários; Verificação das correias;

Limpeza da superfície externa das correias;

Limpeza dos tanques de água de alimentação.

1..3. Prestação de Serviços de Manutenção Predial Hidráulica

Manutenção e conservação dos banheiros, cozinhas, bebedouros e outros;

Remoção, montagem, manutenção e conservação dos sistemas hidráulicos que abastecem as edificações dos prédios;

Manutenção e conservação dos sistemas de águas pluviais, rede de esgoto sanitário, sistemas de irrigação e drenagem, e sistemas de gás;

Instalação e reparos de encanamentos, caixas d'água e troca de louças, registros, torneiras, caixas de descarga, boias, ralos, sifões e outros;

Conserto ou troca de canos com vazamento;

Substituição ou instalação de louças sanitárias, em caso de quebra/defeito;

Conserto ou troca de registros de fechamento de água;

Outros serviços hidráulicos que se façam necessários.

1..4. Instalações hidráulicas e sanitárias

Os serviços de manutenção de instalações hidráulicas e sanitárias serão realizados exclusivamente por profissionais da empresa contratada.

Água fria

Reservatórios - semestrais

Inspeção e reparos do medidor de nível, torneira de boia, extravasor, sistema automático de funcionamento das bombas, registros de válvulas de pé e de retenção;

Inspeção de ventilação do ambiente e das aberturas de acesso;

Controle do nível de água para ventilação de vazamentos;

Inspeção de tubulações imersas na água;

Bombas Hidráulicas - mensais

Inspeção de gaxetas, manômetros, ventilação do ambiente;

Lubrificação de rolamentos, mancais e outros;

Verificação de funcionamento do comando automático;

Válvulas e Caixas de Descargas - mensal

Inspeção de vazamento;

Regulagens reparos dos elementos componentes;

Teste de vazamento nas válvulas ou nas caixas de descarga;

Registro, Torneiras e Metais Sanitários - mensal

Inspeção de corrosão;

Inspeção de vazamento com troca de guarnição, aperto de gaxeta e substituição do material completo;

Tubulações (tubos, conexões, fixações e acessórios) – trimestral

Inspeção de corrosão;

Inspeção de vazamento;

Serviços de limpeza e desobstrução;

Reparos de trecho e de fixações, inclusive repintura;

Inspeção das uniões dos tubos x conexões;

Ralos e aparelhos sanitários - mensal

Inspeção de funcionamento;

Serviços de limpeza e de desobstrução

Válvulas reguladoras de pressão - mensal Inspeção de funcionamento;

Reparos necessários;

Água quente

Bombas hidráulicas - mensais

Inspeção de gaxetas, manômetros, ventilação do ambiente;

Lubrificação de rolamentos, mancais e outros;

Verificação de funcionamento do comando automático;

Registros, torneiras e metais sanitários - mensais

Inspeção de funcionamento;

Reparos de vazamentos com troca de guarnição, aperto de gaxeta e substituição do material danificado ou gasto;

Tubulações (tubo, conexões, fixação e acessórios) – trimestrais

Inspeção de vazamento;

Serviço de limpeza e desobstrução;

Reparos de trechos e de fixações;

Inspeção das uniões dos tubos x conexões;

Inspeção do estado de conservação do isolamento térmico;

Aquecedores e acessórios - trimestrais

Inspeção do estado de conservação;

Inspeção de válvula de segurança, termostato, queimadores ou resistências térmicas;

Inspeção da sala de aquecedores, controle do nível de ventilação e exaustão;

Limpeza das placas de recepção dos raios solares;

Inspeção de funcionamento dos equipamentos de comandos;

Reparos necessários;

Verificação dos tanques de acumulação

Verificação dos boilers elétricos;

Válvulas reguladoras de pressão - mensal

Inspeção de funcionamento;

Reparos necessários;

1.2. Prestação de Serviços de Manutenção Predial Civil

Executar serviços de manutenção e pequenas construções de alvenaria, concreto e outros materiais, assentando pisos cerâmicos, tijolos, azulejos, etc;

Preparar os materiais a serem utilizados nos trabalhos e reparos em geral;

Executar construções em alvenaria e reformas prediais em conformidade as especificações de plantas, desenhos e/ou ordens de serviço;

Trabalhar e/ou fazer aplicação com todo e qualquer tipo de massa à base de cal, cimento e outros materiais de construção;

Executar serviços de conservação civil e similar em todas as etapas;

Fazer a preparação de argamassas diversas para aplicação em chapiscos, emboços, reboco e/ou concretagens diversas;

Fazer a remoção e o transporte de materiais de construção/sobras de construção e entulhos, depositando e/ou fazendo o descarte em local apropriado;

Executar serviços em diversas áreas da Unidade de saúde, exercendo tarefas de natureza operacional com aplicação de esforço físico braçal, quando necessário.

Realizar todo e qualquer tipo de movimentação de móveis, equipamentos e objetos dentro da Instituição.

Executar todas as demais tarefas afins.

1.2.1. Prestação de Serviços de manutenção dos aparelhos de refrigeração e exaustão

Para o ar condicionado será observado os parâmetros legais quanto ao funcionamento de sistemas de ar condicionado central, assim implantando o PMOC (Plano de Manutenção Operação e Controle), bem como toda legislação pertinente a qualidade do ar interno. Coleta mensal de água gelada do sistema de ar condicionado, com respectiva análise feita por Engenheiro Químico ou Químico pertencente ao quadro da Contratada ou por outra empresa qualificada e credenciada para tal, fornecendo resultado por escrito, especificações do material e execução das correções necessárias (correção de Ph, algicidas, etc.).

Serão listadas a relação de atividades e a periodicidade sugerida para sua manutenção preventiva.

A periodicidade das inspeções será estabelecida em função da intensidade de uso das instalações e componentes, das condições locais, experiência do Contratante e recomendações

dos fabricantes e fornecedores e normas técnicas.

A execução dos serviços obedecerá rigorosamente às prescrições e normas da ABNT, da ASHRAE (American Society of Heating Refrigeration Engineering); Portaria nº. 3523 de 28/08/1999 do Ministério da Saúde bem como regulamentos técnicos objeto da Portaria SVS/MS nº. 417/98 e às disposições legais do Município, das concessionárias locais e das recomendações dos fabricantes dos equipamentos.

Manutenção Preventiva

Será executada com a equipe técnica dimensionada neste projeto básico de acordo com manuais e Normas técnicas específicas, a fim de manter os equipamentos em perfeitas condições de uso.

Manutenção Corretiva

Será executada sempre que necessário, com o objetivo de remover as falhas apresentadas, cabendo à empresa, aplicação de materiais e equipamento necessários para o perfeito funcionamento dos diversos sistemas instalados.

Análise microbiológica

A empresa executará sempre que necessário a análise microbiológica com a finalidade de verificar a necessidade dos serviços de limpeza e higienização em rede de distribuição de ar dos sistemas de climatização para atendimento a Portaria 3.523 do Ministério da Saúde e as exigências de padrões de qualidade do ar em ambientes climatizados.

Higienização da rede de dutos

A empresa procederá a higienização nos dutos de ar condicionado, nos ambientes determinados para esta tarefa. A limpeza será realizada após o início do contrato, desde que confirmada a necessidade, verificada através dos relatórios de análise da qualidade do ar.

Tratamento Químico

A empresa deverá proceder ao tratamento químico das águas de condensação e de água gelada, bem como das bacias, torres de arrefecimento e tanques de expansão. Serão coletadas amostras para análises laboratoriais, para avaliação das necessidades para o perfeito tratamento.

Bebedouros

Verificação da alimentação elétrica;
Verificação da existência de vazamento;
Verificação do resfriamento da água;
Verificação da regulagem dos jatos d'água das torneiras baixa e alta;
Verificação do aspecto externo do bebedouro.
Verificação do filtro;
Verificação do termostato;
Verificação de todos os componentes e reaperto geral;
Medição da corrente no compressor; Limpeza interna;
2. Lubrificação de todas as chapas e partes móveis.

Freezers, geladeiras

Verificação dos funcionamentos elétrico e mecânico;
Inspeção no quadro geral de alimentação;
Medição da resistência de isolamento dos motores e compressores;
Limpeza dos equipamentos frigoríficos;
Teste de vazamento nas conexões e tubulações de gás refrigerante;
Alinhamento de todas as polias e correias, quando existirem;
Reaperto de porcas e parafusos do conjunto compressor/condensador;
Localização e eliminação pontos de corrosão
Lubrificação de todas as partes móveis;
Repintura anti-corrosiva.

Ar condicionado tipo janela

Mensal

Verificação do estado físico das tomadas de energia elétrica e disjuntores;
Verificação de apoio e vedação dos aparelhos nas esquadrias;

Verificação do funcionamento da chave seletora;
Verificação do funcionamento do termostato;
Verificação do comando de exaustão e/ou renovação;
Verificação de vibrações anômalas;
Limpeza do painel frontal e verificação de sua fixação;
Verificação de aquecimento nos cabos de alimentação;
Verificação do funcionamento dos aparelhos observando ruídos anormais elétricos ou mecânicos;
Verificação dos drenos de escoamento das bandejas;
Medição da corrente (A) no compressor e comparação com os valores de placa;
Verificação dos componentes elétricos dos aparelhos;
Medição da tensão nas tomadas de energia elétrica;
Verificação do rendimento dos aparelhos pela medição da temperatura na entrada e na saída do evaporador;
Limpeza dos filtros de ar, com substituição se necessário;
Limpeza externa dos aparelhos.

Trimestral

Limpeza do evaporador e condensador;
Limpeza da ventoinha e hélice, com reaperto dos parafusos;
Localização e eliminação dos pontos corrosão;
Verificação de vibrações anômalas;
Medição da corrente (A) no compressor e comparação com os valores de placa;
Verificação dos componentes elétricos do aparelho;
Verificação do rendimento dos aparelhos pela medição da temperatura na entrada e na saída do evaporador;
Limpeza dos filtros de ar, com substituição se necessário;
Limpeza externa dos aparelhos.

Ar condicionado tipo Split

Mensal

Limpeza de filtro de ar, drenagem, gabinete e bandejas;

Limpeza de evaporador e bandeja;

Teste dos controles e comandos de operações dos equipamentos;

Medição e registro de Tensão Nominal e Corrente Nominal;

Eventuais atendimentos para regularização do funcionamento dos equipamentos;

Trimestral

Verificação dos terminais elétricos, substituindo-os quando necessário;

Verificação da atuação dos dispositivos de proteção do sistema;

Verificação e eliminação de vazamentos de fluído refrigerante;

Verificação do filtro secador;

Eliminação de pontos de ferrugem;

Anual

Lubrificação dos componentes;

Verificação do balanceamento do sistema;

Verificação de obstruções ou aletas amassadas no condensador e evaporador;

Medição de pressões;

Os serviços a serem executados deverão obedecer rigorosamente

As normas técnicas cabíveis da Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT;

A legislação vigente sobre Segurança do Trabalho, em especial o que determina a Portaria Ministerial no 3.214, de 08/06/78, do Ministério de Trabalho, e suas alterações, que dispõe sobre as Normas Regulamentadoras;

Fornecer, gratuitamente, ao pessoal sob sua responsabilidade, o Equipamento de Proteção Individual – EPI adequado ao risco, em perfeito estado de conservação e funcionamento, sempre que as medidas de proteção coletiva forem tecnicamente inviáveis ou não oferecerem proteção;

Às normas internacionais consagradas, na falta das normas da ABNT;

Às prescrições e recomendações dos fabricantes dos materiais;

Treinar e orientar os colaboradores para o uso adequado e obrigatório do EPI, substituindo-o quando danificado ou extraviado e se responsabilizando pela sua higienização e manutenção;

Executar, quando necessário, sinalização de segurança conforme legislação vigente, inclusive no que diz respeito a isolamento de área de trabalho, visando também, onde necessário, a proteção de terceiros.

Nenhuma modificação será realizada nas especificações dos serviços sem autorização expressa do Gerenciador do Contrato.

Os serviços que porventura forem atrapalhar as atividades normais da Unidade, tais como remoção/demolição, devido à intensidade dos ruídos, pintura, que causa desconforto aos servidores, ou ainda aqueles que causam a interdição dos locais de trabalho serão realizados após anuência da Secretaria Municipal de saúde.

1.3. Prestação de serviços de Engenharia Clínica

Implantação e gestão do Setor de Engenharia Clínica, responsável pela supervisão dos equipamentos médico-hospitalares e execução de serviços de manutenção corretiva e de manutenção preventiva de baixa complexidade.

O setor será tecnicamente capaz de fazer a interface da Unidade com os fornecedores de equipamentos e seus prestadores autorizados.

Serão desenvolvidas as atividades a seguir:

Gestão informatizada de manutenção preventiva e corretiva;

Análises e acompanhamento de custo de manutenção;

Análises e acompanhamento de contratos de manutenção;

Análise de ciclo de vida dos equipamentos médico-hospitalares;

Coordenação das manutenções corretivas sejam elas realizadas internamente ou serviços

externos;

Aferição e calibração de rotina de equipamentos médico-hospitalares de acordo com normas e certificações, com testes de desempenho realizados com os equipamentos de análise disponibilizados pela empresa citados em seguida;

Implantação de programa de manutenção preventiva e controle de qualidade com análise de segurança em equipamentos médico-hospitalares;

Educação continuada sobre operação e segurança dos equipamentos para corpo clínico e de enfermagem.

Cronograma para Processo de Contratação da empresa Responsável pela Engenharia Clínica

Item	Etapas de Execução	Mês 01	Mês 02	Mês 03	Mês 04	Mês 05	Mês 06	Mês 07	Mês 08	Mês 09	Mês 10	Mês 11	Mês 12
1	Reunião de planejamento												
2	Estudo de Mercado e Análise Curricular das empresas candidatas												
3	Contratação de empresas terceirizadas												
4	Treinamento e implantação do Programa de Engenharia Clínica												
5	Monitorização e avaliação da implantação do programa de Engenharia Clínica												
6	Acompanhamento dos indicadores de desempenho setorial												
	Período de Execução												

Rotinas / Fluxo Operacional

O IEC fará a manutenção ininterrupta de equipamentos, visando à obtenção de adequadas condições de funcionamento para sua utilização na Unidade de saúde, incluindo mão de obra qualificada, ferramental adequado e insumos e reposição de peças danificadas.

A manutenção de equipamentos deverá observar além das boas práticas, as normas vigentes estabelecidas pelos órgãos regulamentadores, conforme RDC Nº 2, de 25 de janeiro de 2010, que dispõe sobre o gerenciamento de tecnologias em saúde, em estabelecimentos de saúde, legislação do Ministério do Trabalho, NR 32 e demais normas e legislações vigentes no que tange ao controle físico e funcional dos equipamentos, mantendo sempre dentro dos parâmetros de calibração preconizados pelos fabricantes.

As manutenções que necessitem interrupções de processos serão agendadas previamente para reduzir ativamente o risco de reparos e trabalhos de manutenção que possam ou não, afetar a Unidade de saúde.

O IEC manterá organizada toda a documentação referente a projetos, planos, plantas, instalações, equipamentos, características, garantias etc. de todos os ativos sobre os quais realizará a manutenção.

Como responsável pela aquisição, instalação, controle, guarda e manutenção dos equipamentos, atenderemos às exigências do serviço de acordo com os parâmetros que definem correta utilização.

Executaremos a manutenção dos equipamentos de forma programada, e incluiremos as atividades de limpeza, medições, comprovações, regulamentações, verificações, ajustes, regulagens, engraxamentos, calibração, substituição de partes defeituosas e todas as ações para assegurar um estado ótimo dos equipamentos a partir do ponto de vista funcional, de segurança, de rendimento energético, e ainda de proteção ao meio ambiente, reduzindo as operações de manutenção corretiva.

Para isso, elaboraremos um detalhado Programa de Manutenção Preventiva (PMP) que contemplará para cada ativo ou grupo de equipamentos.

A manutenção corretiva será realizada em todos os equipamentos onde ocorrer uma Não Conformidade empreendendo todos os tipos de ações para sua reparação e colocação em operação nos prazos mais exíguos possíveis, colocando à disposição pessoas capacitadas nas 24 horas do dia para cobertura das emergências.

O IEC proporcionará um serviço global de reparos para manutenção corretiva, incluindo um serviço imediato nos trabalhos que surjam de petições ou Solicitações de Trabalho de emergência, de urgência e de rotina do serviço.

A manutenção técnico-legal será executada nos equipamentos que, de acordo com as

especificações dos regulamentos, tanto de caráter geral, comunitário, nacional ou local, de cumprimento obrigatório, assim o requeiram.

Para efeitos de planejamento, a operação será a mesma que a indicada para a Manutenção Preventiva no parágrafo anterior.

Incluem-se na manutenção técnico-legal as inspeções periódicas a realizar, para o cumprimento das normas vigentes. O IEC assumirá a responsabilidade de planejar e organizar tais inspeções, assim como seu custo.

O IEC será responsável:

Por todas as ações corretivas e sanções que surjam dessas inspeções, e se responsabilizará por aqueles trabalhos que assegurem que os equipamentos alcancem e mantenham os padrões requeridos para satisfazer os requisitos dos testes regulamentares;

Pela modificação total ou parcial dos equipamentos derivadas de qualquer mudança da legislação, durante a vigência do contrato;

Pelos ensaios regulares e rotineiros dos geradores, os encanamentos, alarmes de incêndios, sistemas de iluminação de emergência, avisos de saída e sistemas de distribuição elétrica; os testes e revisões dos extintores e os exames de detecção de legionella;

Por experimentar, etiquetar e verificar todos os equipamentos portáteis de medida, conforme exigido pelas normas correspondentes. Essas medidas incluem o seguinte, mas sem se limitar a elas:

- Calibrar e certificar todos os equipamentos portáteis, manômetros e equipamentos de medição;
- Testar e certificar todos os instrumentos fixos e executar os reparos, alterações e ajustes necessários;
- Garantir que todos os equipamentos tenham sido testados e possuam a correspondente certificação.

Além da legislação e das recomendações destacadas no plano geral detalhado, das obrigações a serem cumpridas pela lei e das boas práticas, levaremos em consideração as políticas da SMS e os procedimentos de documentação.

Executaremos uma gestão técnica do serviço de manutenção mediante um sistema

informatizado adequado. O qual permitirá a gestão dos inventários, a gestão do PMP, a gestão das Solicitações e Ordens de Trabalho, a gestão dos recursos, o suporte documental e o controle da gestão da manutenção.

Permitirá igualmente a gestão dos padrões de serviço, parâmetros e indicadores de cumprimento indicados nestas especificações. Além de possibilitar a elaboração de relatórios do tipo histórico e estatístico.

Para o desenvolvimento das atividades supracitadas o IEC disponibilizará:

Engenheiro Especializado por meio de acompanhamento remoto contínuo dos processos de Engenharia e visitas periódicas a Unidade de saúde;

Supervisão de Engenharia;

Equipamentos específicos para calibração e controle de qualidade de equipamentos médico-hospitalares.

Tais aparelhos serão calibrados anualmente, possibilitando fornecimento de laudos para acreditação nas normas ISO 9000.

Os protocolos de Manutenção Preventiva e Controle de Qualidade estarão baseados em normas e padrões internacionais, já implementados e testados.

Tal serviço será terceirizado devido as especificidades de mão de obra, com profissionais lotados na Unidade.

1.1. Sistematização dos serviços de portaria

Prestação de serviços de portaria conforme discriminado abaixo:

Descrição dos postos:

Ações a serem realizadas pelos colaboradores:

Comunicar imediatamente à Administração da Unidade, bem como ao responsável pelo Posto, qualquer anormalidade verificada, inclusive de ordem funcional, para que sejam adotadas as providências de regularização necessárias;

Observar a movimentação de indivíduos suspeitos nas imediações do Posto, adotando as medidas de segurança conforme orientação recebida da Administração da Unidade, bem como as que entenderem oportunas;

Permitir o ingresso nas instalações somente de pessoas previamente autorizadas e identificadas;

Repassar para o(s) porteiro(s) que está (ão) assumindo o Posto, quando da rendição, todas as orientações recebidas e em vigor, bem como eventual anomalia observada nas instalações e suas imediações;

Colaborar com as Polícias Civil e Militar nas ocorrências de ordem policial dentro das instalações da Administração, facilitando, o melhor possível, a atuação daquelas, inclusive na indicação de testemunhas presenciais de eventuais acontecimentos;

Controlar rigorosamente a entrada e saída de pessoas após o término de cada expediente de trabalho, feriados e finais de semana, anotando em documento próprio o nome, registro ou matrícula, cargo, órgão de lotação e tarefa a executar;

Proibir o ingresso de vendedores, ambulantes e assemelhados às instalações, sem que estes estejam devidos e previamente autorizados pela Administração da Unidade ou responsável pela instalação.

Proibir a aglomeração de pessoas junto ao Posto, comunicando o fato ao responsável pela instalação e à segurança da Administração da Unidade, no caso de desobediência;

Proibir todo e qualquer tipo de atividade comercial junto ao Posto e imediações, que implique ou ofereça risco à segurança dos serviços e das instalações;

Proibir a utilização do Posto para guarda de objetos estranhos ao local, de bens de servidores, de empregados ou de terceiros;

Executar a(s) ronda(s) diária(s) conforme a orientação recebida da Administração da Unidade verificando as dependências das instalações, adotando os cuidados e providências necessárias para o perfeito desempenho das funções e manutenção da tranquilidade, examinando inclusive a integridade de fechaduras, portas e instalações em geral;

Assumir diariamente o Posto, devidamente uniformizado, barbeado, cabelos aparados, limpos e com aparência pessoal adequada;

Apoiar os funcionários do almoxarifado posicionando-se próximo a esses quando da chegada ou distribuição de grandes quantidades de material;

Vigiar a entrada das unidades, de acordo com as normas e procedimentos estabelecidos pela Administração;

Zelar pela integridade das instalações dos órgãos evitando a dilapidação do patrimônio, bem como fiscalizar a entrada e saída de pessoal e material;

Comunicar imediatamente a Administração da Unidade qualquer ocorrência de irregularidade constatada em circuitos elétricos, vazamentos e outros que possam causar danos ao patrimônio, através de registro.

1.2. Sistematização dos serviços de higienização e desinfecção em unidade de saúde

Os serviços de higienização de desinfecção ocupam um lugar de grande importância para os serviços de saúde.

Ao se entrar em uma unidade de saúde, a primeira impressão depende da limpeza do ambiente chegando a ser fundamental nos conceitos sobre a instituição.

A higiene e a ordem são elementos que concorrem decisivamente para a sensação de bem-estar, segurança e conforto.

O serviço de limpeza hospitalar tem particular importância no controle de infecções, por garantir a desinfecção de áreas da unidade de saúde.

Objetivo do serviço: Serviços de limpeza, conforme Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Manual de Higienização e Limpeza da CCIH e Ministério da Saúde – Processamento de artigos e superfícies em estabelecimentos de saúde.

Exemplos de rotinas a serem realizadas:

ÁREAS FÍSICAS MOBILIÁRIAS	PERIODICIDADE	OPERAÇÃO LIMPEZA	O QUE UTILIZAR?
PIA	DIARIAMENTE	LIMPEZA MECÂNICA	ÁGUA E SABÃO + HIPOCLORITO
PISO	DIARIAMENTE	LIMPEZA MECÂNICA	ÁGUA E SABÃO + HIPOCLORITO
PAREDES	SEMANALMENTE	LIMPEZA MECÂNICA	ÁGUA E SABÃO
VIDROS	DIARIAMENTE	LIMPEZA MECÂNICA	ÁGUA E SABÃO



PORTAS	SEMANALMENTE	LIMPEZA MECÂNICA	ÁGUA E SABÃO
PARAPEITO	DIARIAMENTE	LIMPEZA MECÂNICA	ÁGUA E SABÃO
LUMINÁRIAS	SEMANALMENTE	LIMPEZA MECÂNICA	ÁGUA E SABÃO
PERSIANA	DIARIAMENTE	LIMPEZA MECÂNICA	ÁGUA E SABÃO
ARMÁRIO EXTERNO	DIARIAMENTE	LIMPEZA MECÂNICA	ÁGUA E SABÃO + ÁLCOOL 70%
ARMÁRIO INTERNO	QUINZENALMENTE	LIMPEZA MECÂNICA	ÁGUA E SABÃO + ÁLCOOL 70%
MACA	DIARIAMENTE	LIMPEZA MECÂNICA	ÁGUA E SABÃO + ÁLCOOL 70%
POLTRONA	SEMANALMENTE	LIMPEZA MECÂNICA	ÁGUA E SABÃO + ÁLCOOL 70%
LIXEIRA	DIARIAMENTE	LIMPEZA MECÂNICA	ÁGUA E SABÃO + HIPOCLORITO
TUBULAÇÕES DE OXIGÊNIO ELÉTRICAS	SEMANALMENTE	LIMPEZA MECÂNICA	ÁGUA E SABÃO
NEGATOSCÓPIO	DIARIAMENTE	LIMPEZA MECÂNICA	ÁGUA E SABÃO + ÁLCOOL 70%

OBS: DIARIAMENTE - manhã – às 7:00

Apresentação do funcionário a chefia do setor;

Repor banheiros, com papel toalha, sabão para as mãos e papel higiênico;

Recolher o lixo, caso não tenha sido recolhido no plantão anterior;

Limpar todos os banheiros de acordo com a necessidade dos mesmos;

Fazer higienização e desinfecção de acordo com as necessidades e prioridades do setor.

Produtos a serem utilizados no processamento

Para execução das atividades contidas nessa sistematização serão empregados somente produtos que atendam as normas de Controle de Infecção Hospitalar, estabelecidas pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar da Unidade, conforme determinação do Conselho Federal de Medicina. Para tanto, a empresa contratada deverá utilizar somente produtos que possuam registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Relatório de acompanhamento dos serviços

Relatório Gerencial contendo no mínimo: Check-list dos serviços realizados de acordo com as rotinas estabelecidas no Plano de Higienização: Análise estatística dos serviços executados setor e/ou outros indicadores considerados relevantes pelo Gestor da Unidade e pelo Enfermeiro de CCIH. Essa análise servirá de subsídio para um melhor controle dos serviços por setor na Unidade, visando o planejamento, a programação e o controle dos mesmos.

Controle de avaliação dos serviços

A avaliação da atuação do serviço será feita através do monitoramento diário das rotinas pela líder da higienização, assim como pela enfermeira de CCIH em formulário que será aplicado mensalmente nos locais de execução dos serviços com o objetivo de verificar o grau de satisfação, à rapidez do atendimento, ao prazo de execução e à qualidade dos serviços prestados.

Cronograma para Implantação do Processo de Higienização e Desinfecção

Item	Etapas Execução	De	Mês 01	Mês 02	Mês 03	Mês 04	Mês 05	Mês 06	Mês 07	Mês 08	Mês 09	Mês 10	Mês 11	Mês 12
1	Reunião de planejamento													
2	Treinamento e implantação do Programa Serviços de Limpeza													
3	Aquisição de EPIs													
4	Monitorização e avaliação da implantação do Programa de Limpeza													
5	Acompanhamento dos indicadores desempenho setorial													

	Período de Execução													
--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1.3. Sistematização do processo de lavanderia hospitalar

Prestação de serviços de lavagem de roupas das Unidades será realizada por empresa contratada. A mesma deverá ser capacitada para processamento, bem como fornecimento de produtos, materiais, mão de obra e transporte, necessários ao desempenho das atividades e execução continuada dos serviços, que compreendem inicialmente:

Retirada de roupa suja da unidade geradora e seu acondicionamento;

Coleta e transporte da roupa suja até à unidade de processamento;

Recebimento, pesagem, separação, e classificação da roupa suja;

Processo de lavagem da roupa suja;

Centrifugação;

Secagem, calandragem, ou prensagem ou passadora da roupa limpa;

Separação, dobra, embalagem da roupa limpa;

Armazenamento, transporte e distribuição da roupa limpa;

Costura reparadora, quando necessário.

Serviços a serem realizados

A empresa prestadora de serviços executará de forma plena e cabal, todos os serviços constantes nesta sistematização, obedecendo às normas constantes do “Manual de Processamento de Roupas de Serviços de Saúde” do Ministério da Saúde (ANVISA - 2007), da Associação Brasileira das Normas Técnicas (ABNT), do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) e do Serviço de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT).

Produtos a serem utilizados no processamento

Para execução das atividades contidas nessa sistematização serão empregados somente produtos que atendam as normas de Controle de Infecção Hospitalar, estabelecidas pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar da Unidade, conforme determinação do Conselho Federal de Medicina. Para tanto, a empresa contratada deverá utilizar somente produtos que possuam registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Relatório de acompanhamento dos serviços

Relatório para faturamento mensal da mão de obra contendo:

Planilha de custos contratada; Cópia do cartão de ponto dos profissionais contemplados na Planilha de Custos Contratada;

Planilha-resumo contendo o nome de todos os empregados terceirizados que prestam serviços para a Contratada, com as seguintes informações: nome completo, número de CPF, função exercida, salário, adicionais, gratificações, benefícios recebidos e sua quantidade (vale-transporte, auxílio-alimentação), horário de trabalho, férias, licenças, faltas, ocorrências, horas extras trabalhadas.

Relatório Gerencial contendo no mínimo: Check-list dos serviços realizados de acordo com as rotinas estabelecidas no Plano de Lavagem: Análise estatística dos serviços executados por grupo, setor e/ou outros indicadores considerados relevantes pelo Gestor do Contrato. Essa análise servirá de subsídio ao Gestor do Contrato para um melhor controle da incidência de tipos de serviços por setor na Unidade, visando o planejamento, a programação e o controle dos mesmos.

Controle de avaliação dos serviços

A avaliação da atuação da empresa será feita pela fiscalização em formulário que será aplicado mensalmente nos locais de execução dos serviços com o objetivo de verificar o grau de satisfação dos solicitantes com relação à rapidez do atendimento, ao prazo de execução e à qualidade dos serviços prestados.

Cronograma para Processo de Contratação da Empresa Prestadora de Serviços de Lavanderia

Item	Etapas de Execução	De	Mês 01	Mês 02	Mês 03	Mês 04	Mês 05	Mês 06	Mês 07	Mês 08	Mês 09	Mês 10	Mês 11	Mês 12
1	Reunião de planejamento													
2	Estudo de Mercado e Análise Curricular das empresas candidatas													

3	Contratação de empresas Terceirizadas												
4	Treinamento e implantação do Programa Serviços de Limpeza												
5	Aquisição de EPIs												
6	Monitorização e avaliação da implantação do Programa de Limpeza												
7	Acompanhamento dos indicadores de desempenho setorial												
	Período de Execução												

1.4. Sistematização dos serviços de informática

Este serviço é responsável por coordenar e gerir os sistemas de informação da unidade, formular diretrizes de informação e de informatização, e dar suporte às demais unidades. São suas atribuições gerais:

Coordenar as atividades das áreas integrantes e analisar sob o ponto de vista econômico-financeiro, propostas para execução de serviços por terceiros;

Estabelecer políticas e diretrizes relativas à informatização e informação das áreas da unidade;

Coordenar a geração e disseminação de informações assistenciais e gerenciais, entre as diversas unidades da Instituição;

Elaborar, manter e garantir a execução das atividades de Planejamento Estratégico de Informática.

As atribuições específicas de Suporte Técnico são:

Proporcionar atendimento às requisições dos usuários da Instituição;

Proporcionar Atendimento Telefônico e registro de solicitações no sistema Help Desk;

Acionar empresa de manutenção dos equipamentos em caso de necessidade de reparo, posicionando a Coordenação Administrativa e Financeira;

Desenvolver programas de capacitação em informática a todo pessoal vinculado à Instituição;

Executar treinamentos informativos sobre temas discutidos e acordados entre a o corpo dirigente e as demais áreas da Instituição;

Elaborar apostilas de temas técnicos e específicos para aplicação nos Treinamentos Informativos.

As atribuições específicas da administração da Rede e do Banco de Dados são:

Realizar a manutenção da rede existente na unidade, garantindo a correta transmissão de dados e informações da Instituição;

Colaborar nos planos de expansão da rede de informações, analisando tecnicamente a necessidade de infraestrutura adequada para a Instituição;

Garantir a segurança e a integridade dos dados e informações geradas pela Instituição;

Garantir a segurança e o controle sobre o acesso dos usuários aos sistemas existentes na Instituição.

As atribuições específicas de desenvolvimento são:

Garantir o desenvolvimento e utilização dos sistemas de natureza central, que contemplam procedimentos que devam ser executados de maneira uniforme em todas as áreas e serviços da unidade, provendo para tais recursos próprios ou subcontratados;

Participar de seminários e palestras sobre novos sistemas de informações;

Coordenar os projetos a serem desenvolvidos para as várias áreas e serviços e garantir uniformidade em sua atuação e obediência às políticas, diretrizes e normas da Instituição.

1.5. Sistematização de esterilização de materiais hospitalares

A Central de Material e Esterilização - CME é um setor destinado à limpeza, ao acondicionamento, à esterilização, à guarda e à distribuição dos produtos para a saúde. A RDC 15 de 2012 dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde, estabelecendo os requisitos de boas práticas para o funcionamento dos serviços que realizam o processamento de produtos para a saúde visando à segurança do paciente e dos profissionais envolvidos.

Em seu artigo 4º, define: III - centro de material e esterilização - CME: unidade funcional destinada ao processamento de produtos para saúde dos serviços de saúde;

Segundo a RDC 50, as atividades que devem ser desenvolvidas na CME, são:

Receber, desinfetar e separar os produtos para a saúde;

Lavar esses produtos;

Realizar o empacotamento;

Esterilizar esses produtos por meio de métodos físicos;

Realizar o controle microbiológico e o prazo de validade de esterilização desses produtos;

Acondicionar e distribuir os instrumentais e as roupas esterilizadas;

Zelar pela segurança e proteção dos funcionários desse setor;

A empresa contratada deverá dispor dos três tipos de tecnologia de esterilização e atender a todos os requisitos legais.

Óxido de Etileno (ETO)

Amplamente utilizado para esterilização de produtos médicos termo sensíveis para a área hospitalar e industrial, é extremamente eficaz devido ao seu alto poder de penetrabilidade. Método de esterilização à baixa temperatura (abaixo de 60°C) e regulado por normas nacionais e internacionais.

A utilização da esterilização por ETO só poderá ser realizada em empresas processadoras, não sendo permitido nas unidades hospitalares conforme legislações vigentes.

Peróxido de hidrogênio

Este processo é feito através da difusão de peróxido de hidrogênio no interior da câmara, seguida da agitação das moléculas de peróxido de hidrogênio até que atinjam o estado de plasma. Todas as fases do ciclo de esterilização, incluindo a fase de plasma, são executadas num ambiente seco, a temperaturas baixas, não danificando os instrumentos sensíveis ao calor e à umidade. É um processo menos complexo que o óxido de etileno e possui uma abrangência menor de utilização.

Vapor saturado

É o método mais utilizado, pois é extremamente seguro e não deixa resíduos. Normalmente são realizados ciclos com temperatura entre 121°C e 134°C e tempo de exposição entre 4 minutos e 30 minutos dependendo do tipo de carga, equipamentos e validação do processo. Este método é utilizado para esterilizar artigos médicos termorresistentes.

Cronograma de Implantação dos Serviços de Esterilização

Item	Etapas de Execução	De	Mês 01	Mês 02	Mês 03	Mês 04	Mês 05	Mês 06	Mês 07	Mês 08	Mês 09	Mês 10	Mês 11	Mês 12
1	Reunião de planejamento													
2	Estudo de Mercado e Analise Curricular das empresas candidatas													
3	Contratação de empresas terceirizadas													
4	Treinamento e implantação dos Serviços de Maqueiros													
5	Monitorização e avaliação da implantação dos Serviços de Maqueiros													
6	Acompanhamento dos indicadores de desempenho setorial													

Período de Execução														
----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1.6. Serviços de coleta de resíduos

Prestação de serviços de Coleta, Transporte e Destinação Final dos Resíduos em conformidade com a Resolução RDC 306/2014 – ANVISA, gerados em suas instalações.

Resíduo	Frequência	Equipamento	Local / Coleta	Destinação
Resíduo Comum (Extraordinário)	3 coletas semanais	Containers de 240 litros por coleta	UNIDADE	Aterro Sanitário Licenciado
Resíduo Biológico (Grupo A e E)	3 coletas semanais	Mínimo de 10 containers de 240 litros por coleta	UNIDADE	Autoclave
Resíduo Químico (Grupo B)	Por demanda	Bombona Padrão	UNIDADE	Incineração

O recipiente para acondicionar os resíduos infectantes e/ou perfuro cortantes deverá atender as normas da ABNT, e deve ser adquirida pelo contratante.

Conforme a resolução RDC 306/2004 da ANVISA, os resíduos descartados não poderão ultrapassar 2/3 do recipiente coletor.

Devido à exigência dos órgãos competentes, é necessário a entrega do manifesto pelo GERADOR dos resíduos no ato da coleta (maiores informações podem ser obtidas junto ao INEA / www.inea.rj.gov.br).

Cronograma de Implantação dos Serviços de Coleta de Resíduo

Item	Etapas de Execução	De	Mês 01	Mês 02	Mês 03	Mês 04	Mês 05	Mês 06	Mês 07	Mês 08	Mês 09	Mês 10	Mês 11	Mês 12
1	Reunião de planejamento													
2	Estudo de Mercado e Análise Curricular das empresas candidatas													
3	Contratação de empresas terceirizadas													

4	Treinamento e implantação de Serviços de Maqueiros												
5	Monitorização e avaliação da implantação de Serviços de Maqueiros												
6	Acompanhamento dos indicadores de desempenho setorial												
	Período de Execução												

1.7. Processos de Gases Medicinais

O IEC irá contratar uma empresa para fornecer gases medicinais, Oxigênio com cilindros em alumínio atendendo a normativa da DOT-3AL2015, nos tamanhos de 0,5 (3,5 litros) a 1m³ (7litros) e os 3m³ (20 litros) a 6m³ (40 litros) que devem atender a normativa da ISO9809-1;

Os cilindros deverão ficar alocados junto às viaturas e os reservas nas bases;

O abastecimento dos cilindros deverá ser realizado sempre que necessário e acordado com a empresa que prestará serviço;

Os cilindros deverão atender à necessidade dos atendimentos de todas as unidades móveis;

Os gases terapêuticos, ou medicinais, são medicamentos. Sendo utilizados para ventilar, oxigenar ou anestésiar um paciente, aliviar a dor em um procedimento doloroso, além de tratar as infecções respiratórias agudas.

1.8. Laboratório de Análises Clínicas



O atendimento laboratorial para diagnósticos de patologia clínica funcionará em regime de urgência e emergência, 24 horas por dia. O laboratório poderá ser terceirizado mantendo um posto de coleta e processamento dentro de cada unidade, atendendo às

demandas.

A empresa deverá ter coletadores.

Além disso, deverá haver bioquímicos/ biomédicos para a emissão dos laudos. Os profissionais estarão dispostos em escala para atender à demanda.

Será feito no local o processo de coleta, processamento e liberação de resultados, executado por profissionais treinados e habilitados para tal. O tempo de entrega de resultados será o de aproximadamente duas horas, respeitando os limites operacionais, bem como o número de pacientes atendidos diariamente. A coleta se dará de maneira ininterrupta, funcionando nas 24 horas.

No transporte de material biológico será garantida a segurança e integridade, sendo acondicionado em caixas térmicas e embalagens ideais, devidamente identificadas, segregadas de acordo com a natureza de compatibilidade do tipo de material de acordo com o proposto na Resolução ANTT N° 420 de 12 de fevereiro de 2004 e na portaria N° 472 de 09 de março de 2009 – Resolução GMC N° 50/08 – Transporte de substâncias infecciosas e Amostras biológicas.

A qualidade de um exame laboratorial depende da boa execução de três fases: pré-analítica, analítica e pós-analítica.

Os métodos em uso são revistos anualmente, de acordo com recomendações internacionais do College of American Pathologists (CAP).

Amostras inadequadas dificultam ou impossibilitam um diagnóstico correto, completo e preciso.

Especificações do Serviço:

- f) Todos os serviços prestados e transporte de material biológico estão regulados de acordo com o que dispõe a legislação sanitária vigente buscando a adequação ao

regulamento técnico da resolução da diretoria colegiada da ANVISA -RDC 302 de 13 de outubro de 2005 e ANVISARDC 20/2014 respectivamente ou outras que vierem a substituí-las.

- g) Todos os serviços prestados estão em rigorosa observação das especificações técnicas e das condições de execução.
- h) Os resultados dos exames serão entregues por meio eletrônico e/ou impresso na unidade hospitalar nos prazos estipulados.
- i) A Secretaria de Saúde poderá a qualquer momento, solicitar a implantação de novas tecnologias para melhoria da qualidade dos serviços.
- j) Acondicionamento, fixação e envio de amostras para exames anatomopatológicos e citológico.

Objetivos:

- Propor à instituição a melhor forma para implantação do serviço de anatomopatológico e citológico na unidade;
- Garantir a prestação de serviços de apoio diagnóstico laboratorial de análises clínicas, anatomia patológica e citologia, incluindo o fornecimento de todos os itens necessários para coleta e transporte das amostras, processamento dos exames, emissão e entrega dos laudos.

Objetivo Específico:

- Garantir ao corpo clínico resultados precisos no Diagnóstico.
- Servir ao corpo clínico o que há de melhor em tecnologias diagnósticas.
- Respeitar integralmente a dignidade da pessoa humana destinatária de seus serviços.

Condições Gerais:

Todo material destinado ao exame histopatológico deverá ser acondicionado de maneira adequada ao tipo de exame para o qual se destina. A qualidade do laudo está diretamente relacionada a diversos fatores, como dados clínicos corretamente informados.

Orientações sobre a conduta, acondicionamento e envio das amostras:

- As amostras devem ser tratadas e manuseadas com todo o cuidado;
- As amostras devem estar acondicionadas em recipientes próprios, corretamente identificados e fechados, para evitar acidentes durante o transporte, como: derrame da amostra e quebra das lâminas;
- Respeitar o tempo de entrega de material determinado pelo laboratório. Mesmo no fixador o material tem um tempo ideal até ser processado. Tempos prolongados comprometem a qualidade da amostra inviabilizando exames complementares.

Técnicas de biossegurança no transporte de material biológico:

- As amostras enviadas para exame anatomopatológico devem ser fixadas e acondicionadas corretamente em recipientes adequados;
- Se as amostras são enviadas de locais mais distantes devem estar corretamente acondicionadas para evitar vazamentos, e para que não fiquem soltas protegendo contra impactos. As requisições devem estar protegidas e separadas dos frascos para não molharem.

1.9. Tecnologia da Informação

O IEC irá implantar o serviço de Tecnologia da Informação, incluindo RAAS – Registro Ambulatorial de Ações em Saúde; BPA – Boletim de Produção Ambulatorial – para utilização institucional, bem como participar da geração de arquivos ou informações em webservice para utilização nos Sistemas de Informação oficiais.

Todas as unidades de saúde sob nossa gestão terão todos os postos de trabalho informatizados, com conectividade e Prontuário Eletrônico em funcionamento.

O IEC proverá para as unidades sob sua gestão o suporte em tecnologia da informação (TI) e treinamento às equipes para sua utilização.

Garantindo o funcionamento do prontuário eletrônico nas unidades de saúde sob gestão durante todo o horário de funcionamento das unidades. Para tanto iremos garantir medidas que possibilitem manter o prontuário em pleno funcionamento, como redundância de conectividade e servidores locais e deve oferecer suporte de TI a todas as unidades sob sua gestão.

A resposta aos chamados de suporte que devem ser atendidos em até 24 horas; Todos os

impressos oficiais e padronizados devem ser preferencialmente preenchidos e impressos a partir do prontuário eletrônico, salvo impossibilidade de adequação do sistema; disponibilizar serviços, infraestrutura e treinamento de Tecnologia da Informação (TI) para desenvolvimento das atividades da rede de atenção psicossocial do município, no que tange aos registros de dados de atendimento dos serviços e prontuário dos pacientes. Caracteriza-se como disponibilização de infraestrutura: o Implantação e manutenção da rede de computadores o Disponibilização de conectividade com a Internet em link de no mínimo 20 MBps o Disponibilização e manutenção de servidores de rede, aplicação e banco de dados o Disponibilização de equipamentos de informática para unidades de saúde caracteriza-se como disponibilização de treinamento: Capacitação das equipes para utilização dos Prontuário. Capacitação das equipes para utilização dos sistemas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde/DATASUS.

E. ATIVIDADES ADMINISTRATIVAS FINANCEIRAS;

Atividades Administrativas e Financeiras: detalhar a estrutura, as rotinas e processos de controle, especificando normas e as áreas de abrangência.

O Instituto Elisa de Castro, fará a implantação do **MANUAL DE ROTINAS PARA ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA**, contemplando a transformação digital nas unidades contempladas no Edital.

1. MANUAL DE ROTINAS PARA ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA

1.1. Sistema De Controle Financeiro De Produção

Controle Financeiro

- Controle de contas a pagar e adiantamentos a fornecedor e não fornecedor;
- Previsões de contas a pagar;
- Controle de impostos;
- Realização de pagamentos;
- Prestação de contas de fornecedor e não fornecedor
- Controle de contas a receber e de recibos e realização de recibos;
- Pagamento entre empresas;
- Controle de lotes de remessa (envio);
- Lançamentos de extratos;
- Controle de conta corrente de fornecedor e cliente;
- Controle de devolução de estoque integrado com pagamento (baixa);
- Realização de conciliação bancária.

A implantação de centros de Custos é uma metodologia de fácil aplicação e a apuração é possível a partir da segmentação da unidade em centros de custos.

Dessa forma, a segmentação em áreas especializadas é facilmente identificada, como, serviços assistenciais, lavanderia, nutrição, administração, laboratório, etc. Os custos destes recursos podem ser estimados e comparados com os custos finais do atendimento. O sistema de custeio por absorção controla o custo e o desempenho da entidade e dos centros de custos (áreas de

atividades específicas), podendo comparar os custos estimados, com os valores orçados.

1.2. Estruturação dos Tipos de Centros de Custos:

Para identificar os serviços, seções e/ou setores que formarão os centros de custos, toma-se por base, além do organograma da instituição, os serviços de maior interesse, seja pelo conhecimento de seus custos, seja pela relevância de despesas efetuadas e/ou pela produção e importância na estrutura da instituição.

1.2.1. Centro de Custos Administrativo:

Centros de custos relacionados com as atividades de natureza administrativa.

- Grupo Administração – reúne os centros de custos relacionados com as atividades administrativas e de direção (diretoria administrativa e financeira, diretoria de áreas: medicina, enfermagem, gerência de recursos humanos, contabilidade, faturamento e etc.).
- Grupo Informática – reúne os centros de custos relacionados às atividades de informática (área de apoio a clientes e redes, desenvolvimento de sistemas, suporte e produção).
- Grupo Condomínio – reúne os centros de custos relacionados com a infraestrutura (segurança, telefonia, coleta de resíduos e transportes).
- Grupo Suprimento – reúne os centros de custos que desenvolvem atividades de controle de estoque e fornecimento de insumos (almoxarifado, compras, farmácia, nutrição parenteral gases medicinais).
- Grupo engenharia e Manutenção – reúne todos os centros de custos relacionados com atividades de engenharia e manutenção (engenharia clínica, engenharia civil e infraestrutura e manutenção).

1.2.2. Centro de Custos Intermediário:

Centro de custos que executa atividade complementar àquelas desenvolvidas nos centros de custos finais.

- Grupo Apoio à Assistência – reúne todos os centros de custos que prestam apoio Assistencial (serviço social).
- Grupo Imagem – reúne os centros de custos relacionados à área de Imagem (radiologia).
- Grupo laboratório – reúne todos os centros de custos que executam atividades de laboratório (laboratório de especialidades, análises clínicas, anatomia patológica).
- Grupo Métodos gráficos – reúne os centros de custos que desenvolvem atividades gráficas (eletrocardiologia).
- Grupo Apoio geral – reúne centros de custos de apoio geral a todos os outros centros de custos (central de material esterilizado – CME, lavanderia, limpeza, rouparia e costura).
- Grupo Comissões técnicas – reúne todas as comissões técnicas (infecção hospitalar, ética, óbito, outras).
- Grupo nutrição: reúne todos os centros de custos relacionados com a atividade de nutrição e dieta (dietas enterais/parenterais, nutrição dietética).
- Grupo Serviço de Arquivo Médico e estatística (SAME) – reúne os centros de custos relacionados com a atividade de arquivo médico e estatística/internação.

1.3. Metodologias de Alocação dos Gastos:

A literatura contábil identifica dois tipos principais de alocação de gastos. No primeiro, encontra-se a alocação dos gastos indiretos dentro de um mesmo centro de custos com o objetivo de conhecer melhor o custo total da atividade desenvolvida por este centro de custos. O outro tipo é a alocação dos gastos totais de um determinado centro de custos para outro centro de custos.

Ressalta-se que quatro tipos de custos precisam ser identificados:

- Pessoal: ligado direto à produção do centro de custos;
- Material direto: incorporados diretamente ao produto ou sua produção;
- Overhead: todos os outros gastos de produção utilizados para manter o local em

funcionamento onde o serviço é realizado;

- Custo de capital: depreciação referente a aquisições e custos de manutenção associado aos bens imóveis diretamente dedicados à produção do centro de custos. Para realizar esta alocação é preciso definir apenas uma base ou critério de alocação (rateio).

A veracidade e o sucesso de todo o processo de alocação estão vinculados a duas etapas:

- 1) Acumular os gastos diretos para cada centro de custos, e
- 2) Determinar as bases de alocação dos gastos indiretos. Os sistemas de informação sobre pessoal, material, amortização e depreciação devem estar muito bem estruturados para a perfeita coleta da informação sobre os gastos diretos na primeira etapa. Quanto mais gastos identificados como sendo diretos, tanto melhor a identificação do custo verídico dos centros de custos finais.

Para realização da segunda etapa (alocação dos gastos indiretos), faz-se necessário o perfeito conhecimento do processo de trabalho de cada centro de custos administrativo e intermediário, quais seus produtos e como eles são distribuídos ou consumidos pelos demais centros de custos, tanto intermediários como finais. A definição das alternativas de bases de alocação (critério de rateio) depende desse conhecimento.

Na medida do possível, os gastos dos centros de custos devem ser identificados em termos de gastos fixos de variáveis, a fim de permitir sua alocação mais justa entre os diversos centros de custos.

1.3.1. Metodologia de Alocação dos Gastos Indiretos:

Para transferir os gastos indiretos dos centros de custos administrativos e intermediários para os centros de custos finais, destaca-se a metodologia abaixo:

1.3.1.1. Alocação recíproca:

Essa metodologia também é conhecida como alocação matricial. Este método reconhece a reciprocidade entre todos os centros de custos não-produtivos, por isso apresenta melhores

resultados. Entretanto, é um pouco mais complexa do que as últimas duas, por utilizar função algébrica para resolver um conjunto de expressões simultâneas que dispensa a utilização de uma sequência de centros de custos não-produtivos para rateio. Sua grande vantagem é que não teria mais variação nos custos finais dos centros de custos produtivos com a alteração de uma sequência dos centros não- produtivos para alocar os gastos indiretos.

Esta metodologia é a que mais identifica os custos reais dos produtos/serviços finais. Para que os resultados sejam satisfatórios, os centros de custos devem ter uma rede de relacionamentos, ou seja, os departamentos serão relacionados para facilitar a distribuição de seus gastos.

Essa metodologia reconhece que há participação recíproca entre os centros de custos não-produtivos, e leva este fato em consideração antes de efetuar o rateio final entre os centros de custos produtivos.

1.4. Estratégias para Implantação do Sistema de Custos:

Para implantar um sistema de custos em instituições de saúde, precisa-se, em síntese, considerar os diversos setores internos como empresas que prestam serviços umas às outras, de acordo com a atividade de produção exercida.

A implantação de custos pode ser caracterizada como a sistematização da distribuição dos gastos desde os setores administrativos e intermediários, até os finais/produtivos. Ou seja, como o objetivo principal da instituição é o atendimento aos pacientes, é natural que todos os custos gerados nos centros de custos administrativos e intermediários sejam distribuídos aos finais, seguindo determinados critérios de alocação (rateio).

A figura a seguir demonstra resumidamente este fluxo:

Figura 1 – Fluxo da apuração de custos



1.4.1. A apuração sistemática de custos é possível a partir da definição de alguns aspectos:

Sensibilização do nível estratégico

- Considera-se que a operacionalização do sistema de custos e os resultados estarão concentrados nos níveis táticos (gerências) e operacionais (chefias). É extremamente relevante a sensibilização do nível estratégico da organização, haja vista que o sucesso de sua implementação estará condicionado ao envolvimento do corpo diretivo no processo.
- Sensibilização do nível tático e operacional
- A presente etapa consiste na disseminação dos aspectos conceituais e práticos da gestão de custos na instituição, para ressaltar sua importância, apresentar os responsáveis e esclarecer as responsabilidades de todos neste processo.

1.4.2. Institucionalização do serviço:

- A etapa seguinte é a institucionalização do serviço em que são definidas a posição do departamento de custos na estrutura organizacional da instituição e o responsável por conduzir as atividades e suas atribuições. Faz-se necessária, nesse

momento, além da delegação de responsabilidades para a implementação do serviço, a delegação da autoridade para executá-lo.

1.4.3. Diagnóstico situacional:

- Consiste na identificação dos setores que compõem a instituição, bem como a coleta de informação existente nas diversas áreas (formulários utilizados no controle da produção, área física, fluxograma etc.).

1.4.4. Estruturação e agrupamento dos centros de custos:

- Deverá estar de acordo com as necessidades de operação e controle pretendido pela instituição. O processo de dividir a instituição em centros de custos é para facilitar e identificar melhor os custos incorridos e sua respectiva aplicação. Dessa forma, o sistema de apuração de custos terá maior precisão. A inserção ou retirada dos centros de custos poderá ocorrer sempre que necessário.

Não existe necessidade de os centros de custos acompanharem a estrutura formal da instituição (organograma). Muitas vezes é necessário agrupar ou até mesmo separar determinados setores para melhor apuração dos custos.

Como exemplo, podemos citar um Setor de Apoio ao Diagnóstico e Tratamento (SADT), que presta serviços de ultrassonografia e Raio X. Embora no organograma estes serviços estejam incluídos dentro de um mesmo setor, para apropriação de custos pode-se separá-los em dois.

1.4.5. Identificação dos grupos de gastos:

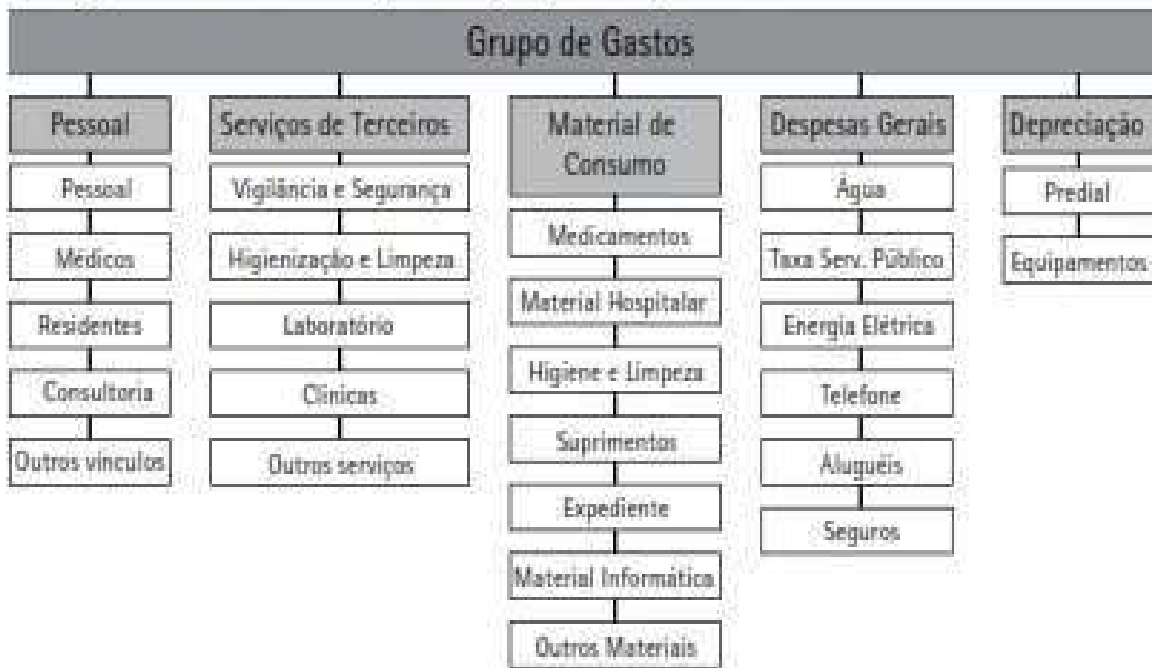
Consiste no agrupamento dos gastos diretos e indiretos de acordo com os elementos similares: pessoal, serviços de terceiros, materiais de consumo, despesas gerais e depreciação.

- Pessoal – itens que estão diretamente relacionados à folha de pagamento, isto é, salários e encargos, provisão de férias, 13.º salário, pró-labore, residentes, docentes e plantonistas. Os valores provisionáveis, como férias, licenças, e 13.º salário

proporcional deverão ser calculados para cada período de custos, a partir dos custos com vencimentos e vantagens. Nos meses em que ocorrer o efetivo pagamento do 13.º salário ou usufruto dos períodos de férias licenças, os valores destas remunerações deverão ser excluídos da folha de pagamento, para efeitos de custos do período, já que foram incluídos em períodos anteriores como provisão.

- Serviços de terceiros – corresponde à compra de serviços específicos não desenvolvidos pelos funcionários da instituição, em um período determinado, tais como lavanderia, remoção, coleta de lixo químico e infectante e outros serviços. Seu pagamento ocorre mediante a apresentação de nota fiscal, recibos etc.
- Materiais de consumo – produtos que podem ser classificados em: artigos de expedientes, tecidos e vestuários, materiais para manutenção e conservação, gases medicinais, materiais radiológicos, materiais laboratoriais, artigos de higiene e limpeza, combustível e lubrificante, material médico cirúrgico, instrumentais, produtos químicos etc.
- Despesas gerais – outras despesas de custeio, tais como: água, taxas de serviços públicos, energia elétrica, seguros, telefone, despesas financeiras (juros de mora, taxas bancárias) etc.
- Depreciação – custo decorrente do desgaste ou da obsolescência dos ativos imobilizados da instituição (máquinas, veículos, móveis, imóveis e instalações).
- A ilustração a seguir demonstra os itens de despesa que compõem os grupos de gastos.

Figura 2 – Identificação dos grupos de gastos



1.4.6. Definição dos formulários de coleta de dados:

Uma vez definido os grupos de gastos e os centros de custos que serão objetos da implantação do sistema de custos, faz-se necessário definir os formulários de coleta de dados e mapear por fluxograma todo o processo de geração e consolidação dos dados que serão utilizados em cada centro de custos, para apuração dos custos finais.

1.4.7. Monitoramento e Avaliação:

O monitoramento e a avaliação objetivam manter os centros de custos atualizados, acompanhar constantemente as informações de custos geradas e os resultados esperados, além de acompanhar o funcionamento do sistema de custos.

O monitoramento proverá informações que serão utilizadas para a avaliação, visa melhorar o sistema de custos e subsidiar decisões gerenciais inteligentes.

1.4.8. Rotina para elaboração das planilhas de custos:

A planilha de custos tem por finalidade demonstrar e apresentar os custos médios unitários por centro de custos. Esta rotina tem como objetivo facilitar o entendimento e a elaboração das planilhas finais de custos.

1.4.8.1. Para elaboração das planilhas será necessário:

- Levantamento e alocação dos gastos: consiste no levantamento de gastos da instituição conforme os itens estipulados nos grupos de gastos (fig. 2). Estão geralmente localizados junto à administração da unidade e devem estar relacionados ao período efetivo da apuração de custos. Exemplo: caso a unidade tenha realizado uma compra de oxigênio no último dia do mês, o valor lançado no sistema de custos não deve ser o da compra, mas sim o valor referente ao consumido no período.
- Levantamento da produção: o levantamento da produção de cada centro de custos deverá ser realizado conforme a unidade de medida padronizada.
- Cálculo do custo direto: consiste na soma dos custos diretos (pessoal, material de consumo e outros) atribuídos a cada centro de custos.
- Lançamento dos dados nas planilhas auxiliares e finais:
 - a) Calcula-se o custo direto do primeiro centro de custos do sistema (centro de custos administrativo);
 - b) Esse custo direto tem que ser distribuído aos demais centros de custos como custo indireto, conforme critério de alocação adotado; calcula-se o custo total do próximo centro de custo (soma do custo direto dele com o custo indireto que veio do administrativo).
 - c) Esse novo custo total será rateado como custo indireto para o próximo centro de custos, até chegar nos centros de custos finais.
 - d) Calcula-se os custos totais de cada centro de custo final (soma do custo direto com os indiretos recebidos dos centros de custos de administrativos e intermediários).

- e) Cálculo do custo médio unitário: consiste na razão entre o custo médio total dividido pela produção do centro de custos.
- f) Conferência e fechamento das planilhas finais.
- g) Análise, comparação e gerenciamento da informação referente aos custos finais de cada serviço/produto.

1.4.8.2. Planilhas de Custos

Como já demonstrado anteriormente, o primeiro passo consiste em lançar os custos diretos identificados nas planilhas auxiliares diretamente nos centros de custos de acordo com sua efetiva utilização.

Na planilha de custo deve ser destinado um local para lançamento dos custos indiretos que serão oriundos dos demais centros de custos de acordo com os rateios definidos. Estes valores devem ser calculados a partir de uma planilha de rateio, de acordo com cada critério, definidos e calculados sempre por meio de divisão proporcional, de acordo com as diversas informações de produção.

1.4.8.3. Estrutura Organizacional

Artigo 1º - A organização e implantação das rotinas de administração financeira e os serviços de gestão de custos da unidade estará sob responsabilidade da Direção Apoio/Administrativo. Isto é, chefiada pelo Gerente Financeiro local, a unidade contará com uma retaguarda de profissionais (administradores, contadores, economistas e financistas) capacitados em cada uma das áreas mencionadas.

Artigo 2º - À Diretoria Administrativa-Financeira compete, especificamente:

- Executar a direção administrativa de todo o Hospital, diretamente ou através de representantes de setores, praticando os atos necessários à boa ordem e eficiência dos serviços;
- Coordenar, controlar, monitorar, acompanhar e avaliar as áreas patrimonial,

orçamentária-financeira e contábil do hospital;

- Estabelecer as ações necessárias para a coordenação das atividades administrativas financeiras da unidade;
- Assessorar as diversas áreas no planejamento e na execução do orçamento;
- Emitir pareceres e relatórios sobre trabalho e estudos de viabilidade conduzidos pelo hospital, sob o enfoque jurídico, contábil, econômico, financeiro e de recursos humanos;
- Dirigir e controlar a orçamentação da unidade como um todo, compreendendo a previsão e o provimento dos recursos financeiros necessários;
- Examinar a conta da qual a unidade for parte integrante;
- Zelar pelo equilíbrio financeiro da unidade através da organização das atividades visando o controle de despesas;
- Assessorar na elaboração e disponibilização de informações relativas à execução orçamentária;
- Consolidar e disponibilizar informações e relatórios gerenciais relativas à execução orçamentária de cada unidade;
- Coordenar a utilização dos sistemas públicos federais de contabilidade, de finanças, de orçamento e patrimonial no âmbito da unidade;
- Coordenar, acompanhar e avaliar os registros contábeis dos fatos de Gestão Administrativa, Orçamentária, Financeira e Patrimonial no âmbito de cada unidade;
- Monitorar e analisar os registros e os relatórios de entrada, de movimentação e de baixa dos bens móveis no âmbito do Hospital;
- Analisar os registros e os relatórios de entrada e de saída de material de consumo e expediente do almoxarifado e farmácia;
- Monitorar e analisar os registros e relatórios de depreciação, amortização dos bens móveis da instituição;
- Elaborar a prestação de contas mensal que contenha todos os elementos para a correta apreciação das atividades gerais no período, envolvendo aspectos

administrativos, sociais e econômico-financeiros;

- Assessorar os gestores na prestação de contas de recursos recebidos.

1.4.8.4. Do Patrimônio:

Artigo 3º - Subordinado ao Diretor Administrativo – Financeiro, obedecendo sempre ao preconizado pelo instrumento máximo desta Instituição, o Regulamento da unidade.

Artigo 4º - Responsável em coordenar, controlar, monitorar, acompanhar e zelar por todo o patrimônio da unidade, tanto os bens móveis, quanto os bens imóveis.

Artigo 5º - Atribuições e competências:

- Controlar o registro e o cadastro de todos os bens móveis da unidade;
- Controlar a distribuição, movimentação e localização de todos os bens móveis no âmbito da unidade;
- Controlar os termos de responsabilidade e os termos de transferências quando ocorrer mudança física dos mesmos ou quando houver alterações do responsável;
- Zelar pelas regras da contabilidade pública de forma a possibilitar a administração dos bens permanentes durante toda sua vida útil;
- Efetuar auditorias patrimoniais dos bens móveis de caráter permanente na unidade;
- Coordenar e efetuar os registros, mantendo o cadastro atualizado de todos os bens móveis da unidade;
- Realizar vistorias periódicas dos bens móveis;
- Coordenar a identificação patrimonial por meio de plaquetas fixadas nos bens móveis de caráter permanente;
- Acompanhar o levantamento dos bens passíveis de alienação;
- Coordenar e instruir o processo de baixa dos bens móveis e propor a doação e/ou alienação dos bens baixados por incredibilidade, bem como acompanhar a retirada desses bens, sempre observando a legislação vigente;

- Fornece toda e qualquer informação ao setor responsável para cessão, alienação, permuta ou baixa de material, equipamento, mobiliários, ou qualquer outro bem, de acordo com a legislação vigente;
- Coordenar rotinas de manutenção e recuperação de bens móveis no âmbito da unidade;
- Coordenar e orientar os procedimentos quanto ao recolhimento e baixa dos bens inservíveis no âmbito hospitalar;
- Elaborar e encaminhar relatórios ao diretor administrativo financeiro, correspondente a movimentação, depreciação e amortização dos bens móveis, assim como, comunicar toda e qualquer alteração no sistema patrimonial para o correspondente registro contábil.

1.4.8.5. Da Execução Orçamentária Financeira:

Artigo 6º - É responsável em gerir a execução orçamentária e financeira dos créditos e recursos disponíveis com transparência e observância dos princípios da Administração Pública, para manter o equilíbrio fiscal e contribuir para eficácia da unidade.

Artigo 7º - Atribuições e competências:

- Coordenar, organizar, monitorar e executar as atividades de execução orçamentária e financeira, no âmbito do hospital, segundo as diretrizes institucionais preconizadas;
- Zelar pela legalidade dos atos que resultem na realização da despesa;
- Auxiliar na elaboração da proposta orçamentária anual da unidade;
- Coordenar a realização dos três estágios da despesa pública (empenho, liquidação pagamento), quando autorizado e em conformidade com legislação vigente;
- Dar suporte na classificação das despesas;
- Preparar e submeter à apreciação superior a execução do desembolso financeiro segundo a disponibilidade dos recursos financeiros;
- Conferir e efetuar o pagamento da folha de pessoal;
- Emitir guias de recolhimento: receitas, devoluções, reembolsos e restituições;

- Observar a legislação, normas e procedimento vigente, quanto à execução orçamentária e financeira;
- Efetuar as retenções (fiscais e contributivas), sobre os pagamentos efetuados de acordo com as legislações vigentes;
- Elaborar e apresentar ao diretor administrativo financeiro relatório e demonstrativos da execução orçamentária-financeira e desempenhar outras atividades definidas por esse;
- Verificar a conformidade documental das despesas, conforme exigida no contrato de prestação de serviço e/ou legislação vigente;
- Verificar a validade e o ateste das notas fiscais ou documento equivalente;
- Verificar antes de qualquer pagamento a situação fiscal do fornecedor ou Prestador de serviço;
- Efetuar o pagamento de: diárias, ajuda de custo, bolsas, auxílios, reembolsos, restituições e outros.

1.4.8.6. Da Contabilidade / Custo:

Artigo 8º - É responsável por garantir a correta contabilização dos fatos, orçamentários, financeiro, patrimonial e de custo da unidade através da aplicação de normas de contabilidade, demonstrando com fidelidade as ações realizadas.

Artigo 9º - Atribuições e competências:

- Orientar e zelar pela aplicação das normas sobre o sistema federal de contabilidade, de finanças, de orçamento e de patrimônio, cumprindo e fazendo cumprir na sua área, as normas e procedimento em vigor;
- Analisar e registrar os relatórios de entrada, de movimentação e de baixa dos bens móveis no hospital;
- Analisar e registrar os relatórios de entrada e de saída de material de consumo e

expediente do almoxarifado;

- Analisar e registrar os relatórios de depreciação, amortização dos bens móveis da instituição;
- Auxiliar os gestores na prestação de contas de recursos recebidos por meio de secretaria de saúde;
- Elaborar as demonstrações contábeis, e dos demais relatórios previstos na legislação, necessários as prestações de contas dos responsáveis;
- Acompanhar e efetuar a regularização das ordens bancárias canceladas;
- Reclassificar as despesas realizadas por meio do suprimento de fundos de acordo com o subitem correto;
- Acompanhar e solicitar o encaminhamento das prestações de contas em atraso;
- Elaborar as demonstrações contábeis, e dos demais relatórios previstos na legislação, necessários às prestações de contas dos responsáveis;
- Analisar os registros de movimentação e de baixa dos bens móveis da unidade;
- Analisar as retenções efetuadas, bem como se estão sendo realizadas corretamente;
- 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;
- Determinar o critério de rateio para cada departamento e/ou setor;
- Cálculo do custo total de cada processo o qual é dividido pelo total da produção, obtendo-se um custo médio por: serviço, sessões, atendimentos ou exames para o período.
- 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), a qual é registrada diária ou semanalmente, sendo preparado, no fim do mês, um demonstrativo dos resultados finais.

II. Rotinas para Administração Financeira

A Divisão Administrativa Financeira a ser implantada no hospital tem como objetivo fundamental fomentar a política de gestão administrativa, orçamentária, financeira e contábil, viabilizando o provimento de recursos materiais, patrimoniais, serviços operacionais e financeiros.

Ressalta-se, portanto, que o IEC centralizará a Divisão Administrativa Financeira, à qual executará as ações e serviços pertinentes à divisão para as unidades.

Compõem a divisão Administrativa Financeira: o Setor de Administração, Setor de Contabilidade e Setor de Orçamentos e Finanças.

Setor de Administração

O Setor de Administração é subordinado à Divisão Administrativa-Financeira e tem como principais atribuições:

- Planejar as contratações de bens e serviços em parceria com os Setores responsáveis pelo abastecimento de cada unidade de saúde;
- Planejar, coordenar e acompanhar as contratações de bens e serviços, em parceria com as Unidades de Apoio Operacional, Compras, Contratos, e Patrimônio;
- Acompanhar o planejamento de contratações de bens e serviços dos Setores responsáveis pelo abastecimento da unidade;
- Prover os serviços comuns de atividade meio essenciais ao bom andamento das atividades nas unidades;
- Proceder, sem prejuízo da competência atribuída a outras áreas, o acompanhamento da gestão de estoques dos Setores de Abastecimento;
- Elaborar relatórios de gestão;
- Participar da realização de diagnósticos, viabilizar e acompanhar a

implantação de propostas que visem melhoria da qualidade dos processos de trabalho do hospital sob sua responsabilidade, bem como da Divisão Administrativa Financeira.

- Participar da realização de diagnósticos institucionais e da formulação de planos para as unidades.

O Setor de Administração é composto por Unidade de Apoio Operacional; Unidade de Compras; Unidade de Contratos e Unidades de Patrimônio.

As Unidades de Apoio Operacional são subordinadas ao Setor de Administração, ligadas hierarquicamente à Divisão Administrativa Financeira das unidades e têm como atribuições:

- I. Elaborar projetos básicos/termos de referência para a aquisição de bens ou serviços relacionados à área administrativa.
- II. Gerir e Fiscalizar a execução contratual de bens ou serviços relacionados à área administrativa.
- III. Gerenciar os serviços de telefonia e protocolo.
- IV. Conduzir procedimentos para notificação aos órgãos competentes sobre as empresas que vendem medicamentos com preços acima da tabela CMED.
- V. Elaborar relatórios de gestão da Unidade de Apoio Operacional.
- VI. Participar da realização de diagnósticos, viabilizar e acompanhar a implantação de propostas que visem à melhoria da qualidade dos processos de trabalho, bem como das Unidades do Setor de Administração.

A Unidade de Compras é subordinada ao Setor de Administração, ligada hierarquicamente à Divisão Administrativa Financeira e tem como atribuições:

- I. Gerir as contratações de bens e serviços.
- II. Processar as demandas de compras.
- III. Realizar pesquisas de preço para contratação de bens e serviços.
- IV. Implantar e manter cadastro de fornecedores atualizado.

- V. Realizar os procedimentos para contratações diretas.
- VI. Fazer as Autorizações de Fornecimento das contratações diretas.
- VII. Manter relatórios atualizados com os dados referentes às aquisições realizadas.
- VIII. Subsidiar o Setor de Administração na elaboração de consultas jurídicas quanto aos temas de sua competência.
- IX. Elaborar relatórios de gestão da Unidade de Compras.
- X. Participar da realização de diagnósticos, viabilizar e acompanhar a implantação de propostas que visem melhoria da qualidade dos processos de trabalho nas unidades , bem como das Unidades do Setor de Administração.

Neste sentido, as compras serão realizadas pela unidades para a realização das aquisições.

A Unidade de Contratos é subordinada ao Setor de Administração, ligada hierarquicamente à Divisão Administrativa Financeira e tem como atribuições:

- I. Promover a gestão dos contratos administrativos firmados, administrando sua vigência, alterações e eventos pertinentes;
- II. Solicitar às áreas demandantes a indicação de fiscais de contrato, mantendo cadastro de fiscais atualizado;
- III. Realizar os procedimentos relativos à apuração e aplicação de sanções administrativas referentes a irregularidades no cumprimento dos contratos;
- IV. Elaborar as minutas dos instrumentos obrigacionais relativos aos bens e serviços contratados;
- V. Manter relatórios atualizados com os dados referentes aos instrumentos obrigacionais firmados;
- VI. Atualizar rotineiramente as informações do Sistema Informatizado e Integrado;
- VII. Subsidiar o Setor de Administração na elaboração de consultas jurídicas quanto aos temas de sua competência;
- VIII. Apresentar informações/relatórios específicos contendo análise da gestão de

contratos do hospital, quando necessários.

A Unidade de Patrimônio é subordinada ao Setor de Administração, ligada hierarquicamente à Divisão Administrativa Financeira e tem como atribuições:

- Coordenar e controlar as atividades de patrimônio, abrangendo as atividades de recebimento, tombamento, distribuição, armazenamento, movimentação, baixa e inventário de bens patrimoniais móveis e imóveis.
- Efetuar e manter em boa ordem os registros analíticos dos bens, com indicação dos elementos necessários para a perfeita caracterização de cada um e dos agentes responsáveis pela sua guarda e conservação, mantendo o arquivamento das cargas patrimoniais, dos inventários e de documentos referentes às suas transferências.
- Emitir e encaminhar os Relatórios Mensais de Bens – RMB à unidade setorial de contabilidade para conciliação dos saldos no Sistema Informatizado e Integrado.
- Cadastramento e atualização dos bens próprios e locados no Sistema Informatizado e Integrado.
- Controlar e manter atualizado o sistema de gestão patrimonial.

1.5. Proposta de Regulamento para o Setor de Administração da Divisão Administrativa Financeira

Capítulo I Disposições iniciais

Art. 1.º Este Regulamento foi elaborado como intuito de organizar, aprimorar, otimizar e padronizar as atividades e rotinas das Unidades sob coordenação do Setor de Administração tendo como foco principal as aquisições, contratações e gestão patrimonial, provendo a unidade com insumos, medicamentos e equipamentos de acordo com o planejamento institucional, pautada nos princípios da Administração Pública.

Art. 2.º O conteúdo deste Regulamento possibilitará o acesso às informações necessárias ao funcionamento do Setor de Administração e Unidades de Apoio Operacional, Compras,

Contratos e Patrimônio, tais como fluxos dos procedimentos e as orientações sobre as condições de trabalho a serem adotadas e compartilhadas entre a equipe.

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

Capítulo II Caracterização

Art. 4.º O Setor de Administração da unidade localiza-se: xxxxxxxx

Capítulo III Responsabilidades

Art. 5.º O Setor de Administração tem por missão garantir a excelência nas aquisições e contratações atendendo aos princípios da Administração Pública por meio de gestão participativa.

Art. 6.º O Setor de Administração tem por visão ser referência em aquisições e contratações alinhado ao planejamento estratégico e organizacional.

Art. 7.º São valores do Setor de Administração:

- I - preceitos ético-legais;
- II - humanização do cuidado;
- III - responsabilidade;
- IV - respeito aos direitos do paciente;
- V - trabalho em equipe;
- VI - eficiência, eficácia e efetividade;
- VII - cooperação e integração;
- VIII - padronização de condutas;
- IX - educação permanente;

Art. 8.º São competências do Setor de Administração:

- I- Planejar e coordenar as contratações de bens e serviços da unidade;
- II- Prover os serviços comuns de atividades essenciais ao bom andamento das rotinas da unidade.

Art. 9.º O Setor de Administração possui unidades subordinadas, elencada a seguir:

- I. Apoio Operacional;
- II. Compras;
- III. Contratos;
- IV. Patrimônio.

Art. 10.º Compete a Unidade de Apoio Operacional:

- I. elaborar projetos básicos/termos de referência (TRs) para a aquisição de bens ou serviços relacionados à área administrativa;
- II. confeccionar Pedido de Material e Serviço (PMS) das áreas administrativas;
- III. gerenciar e fiscalizar a execução contratual de bens ou serviços relacionados à área administrativa;
- IV. gerenciar e coordenar o serviço de protocolo;
- V. elaborar relatórios de gestão da Unidade de Apoio Operacional;
- VI. participar da realização de diagnósticos, viabilizando e acompanhando a implantação de propostas que visem melhoria da qualidade dos processos de trabalho da unidade.

Art. 11.º Compete a Unidade de Compras:

- I. gerenciar as contratações de bens e serviços;
- II. processar as demandas de compras por dispensa e inexigibilidade em tempo hábil; III - realizar pesquisas de preço para contratação de bens e serviços;
- III. manter cadastro de fornecedores atualizado;
- IV. realizar os procedimentos para contratações diretas;



- V. manter relatórios atualizados com os dados referentes às aquisições realizadas;
- VI. subsidiar o Setor de Administração na elaboração de consultas jurídicas quanto aos temas de sua competência;
- VII. elaborar relatórios de gestão da Unidade de Compras;
- VIII. participar da realização de diagnósticos, viabilizando e acompanhando a implantação de propostas que visem melhoria da qualidade dos processos de trabalho da unidade.

Art. 12.º Compete a Unidade de Contratos:

- I. realizar o gerenciamento dos contratos administrativos firmados, administrando sua vigência, alterações e eventos pertinentes;
- II. solicitar às áreas demandantes a indicação de fiscais de contrato, mantendo cadastro de fiscais atualizado;
- III. realizar os procedimentos relativos à apuração e aplicação de sanções administrativas referentes a irregularidades no cumprimento dos contratos;
- IV. elaborar as minutas dos instrumentos obrigacionais relativos aos bens e serviços contratados;
- V. confeccionar e manter relatórios atualizados com os dados referentes aos instrumentos obrigacionais firmados;
- VI. atualizar as informações constantes do Sistema Informatizado e Integrado;
- VII. subsidiar o Setor de Administração na elaboração de consultas jurídicas quanto aos temas de sua competência;
- VIII. apresentar informações/relatórios específicos contendo análise da gestão de contratos quando necessários;
- IX. elaborar relatórios de gestão da Unidade de Contratos;
- X. participar da realização de diagnósticos, viabilizando e acompanhando a implantação de propostas que visem melhoria da qualidade dos processos de trabalho .

Art. 13.º Compete a Unidade de Patrimônio:

- I. coordenar e controlar as atividades de patrimônio, abrangendo as atividades de recebimento, tombamento, distribuição, armazenamento, movimentação,

baixa e inventário de bens patrimoniais móveis e imóveis.

- II. efetuar e manter em boa ordem os registros analíticos dos bens, com indicação dos elementos necessários para a perfeita caracterização de cada um e dos agentes responsáveis pela sua guarda e conservação, mantendo o arquivamento das cargas patrimoniais, dos inventários e de documentos referentes às suas transferências.
- III. emitir e encaminhar os Relatórios Mensais de Bens (RMB) à unidade setorial de contabilidade para conciliação dos saldos no Sistema Informatizado e Integrado.
- IV. controlar e manter atualizado o sistema de gestão patrimonial.

Art. 14.º Constituem produtos/serviços do Setor de Administração e Unidades de Apoio Operacional, Compras, Contratos e Patrimônio:

- I. aquisições e contratações;
- II. contratos e demais instrumentos obrigacionais oriundos das aquisições formalizados;
- III. fiscalização de contratos da área administrativa;
- IV. apoio a fiscalização de contratações e aquisições de bens e serviços;
- V. disponibilizar bens permanentes.

Art. 15.º São clientes internos e externos do Setor de Administração e Unidades de Apoio Operacional, Compras, Contratos e Patrimônio toda unidade organizacionais, fornecedores, órgãos públicos e profissionais.

Funções Operacionais

Art. 16.º Constituem funções operacionais da Unidade de Apoio Operacional:

- I. solicitar pedidos de materiais de escritório e limpeza no sistema informatizado e integrado para atender todas as Unidades;
- II. execução de procedimentos relativos a formalização de processos destinados a apuração de irregularidades relativas a prática de preços acima da tabela da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos – CMED

(consulta no sítio eletrônico da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa, formalização da denúncia junto à CMED e envio de cópia ao Ministério Público Federal e Estadual);

- III. gerenciar e coordenar o serviço de protocolo;
- IV. receber e processar as demandas relacionadas aos serviços de telefonia do (solicitação de ramais, reparos, etc);
- V. fiscalizar os contratos administrativos no âmbito da Divisão Administrativa e Financeira, monitorando a qualidade, a efetividade e agilidade dos serviços comuns de atividade essenciais ao funcionamento da unidade, tais como, vigilância, controle de pragas, dentre outros;
- VI. orientar os fiscais de contratos administrativos no âmbito do hospital quanto às boas práticas da fiscalização contratual;
- VII. elaborar projetos básicos/termos de referência para a aquisição de bens ou serviços relacionados à sua área de atuação;
- VIII. conduzir procedimentos para apuração de eventuais irregularidades na execução contratual, sob demanda dos fiscais de contratos
- IX. Implantar e avaliar os protocolos, diretrizes e POPs afetos aos serviços desenvolvidos nas Unidades de saúde;
- X. Identificar necessidades e propor ações de educação permanente das equipes multiprofissionais;
- XI. Participar das atividades de educação permanente desenvolvidas na Instituição e na rede de atenção à saúde;
- XII. Participar de Grupos de Trabalho, Comissões e Reuniões Administrativas determinadas pela Instituição;
- XIII. Realizar as avaliações de desempenho dos servidores e empregados, juntamente com os coordenadores, na presença do funcionário, conforme legislação;
- XIV. Auxiliar na construção e gerenciamento do centro de custo das Unidades;
- XV. Conferir e aprovar as escalas de trabalho, a programação de férias e as solicitações de afastamentos, conforme normativas legais;
- XVI. Conferir e assinar os Registros de Ponto dos trabalhadores;
- XVII. Manter a página da O.S.S atualizada a em sítio eletrônico, conforme determina a Lei de Acesso à Informação contendo, no mínimo, os seguintes

dados: identificação, horário de atendimento, localização, telefone e e-mail, nome dos membros que compõem a equipe e cargos ocupados, descrição de histórico do serviço (opcional), competências, descrição das atividades desenvolvidas, relatórios de produção e escalas de trabalho;

Art. 17.º Constituem funções operacionais da Unidade de Compras:

- I. pesquisa de preços dos itens solicitados seguindo a instrução normativa vigente;
- II. elaboração da planilha comparativa de preços fazendo a análise dos preços obtidos;
- III. ampla pesquisa de mercado com fornecedores e de outros entes públicos, realizando acotação eletrônica quando necessário;
- IV. solicitação de documentação específica para o fornecedor;
- V. Gerir as contratações de bens e serviços;
- VI. Processar as demandas de compras;
- VII. Realizar pesquisas de preço para contratação de bens e serviços;
- VIII. Registrar contatos de fornecedores e mantê-los atualizados;
- IX. Manter relatórios atualizados com os dados referentes às aquisições realizadas;
- X. Subsidiar o Setor de Administração na elaboração de consultas jurídicas quanto aos temas de sua competência.
- XI. Implantar e avaliar os protocolos, diretrizes e POPs afetos aos serviços desenvolvidos na Unidade;
- XII. Identificar necessidades e propor ações de educação permanente das equipes multiprofissionais;
- XIII. Participar das atividades de educação permanente desenvolvidas na Instituição e na rede de atenção à saúde;
- XIV. Participar de Grupos de Trabalho, Comissões e Reuniões Administrativas determinadas pela Instituição;
- XV. Realizar as avaliações de desempenho dos servidores e empregados públicos, juntamente com os coordenadores, na presença do funcionário, conforme legislação;
- XVI. Auxiliar na construção e gerenciamento do centro de custo das Unidades;
- XVII. Manter a página da O.S.S. atualizada no sítio eletrônico, conforme determina a Lei de Acesso à Informação contendo, no mínimo, os seguintes dados:

identificação, horário de atendimento, localização, telefone e e-mail, nome dos membros que compõem a equipe e cargos ocupados, descrição de histórico do serviço (opcional), competências, descrição das atividades desenvolvidas, relatórios de produção e escalas de trabalho;

XVIII. Definir processos de trabalho no âmbito das Unidades, de acordo com as exigências institucionais, proporcionando retorno adequado à alta gestão e à sua equipe;

Art. 18.º Constituem funções operacionais da Unidade de Contratos:

- I. execução de procedimentos relativos à formalização de contratos (colher assinaturas da contratada e contratante, publicação, cronograma, vinculação de fiscal, envio de cópia do contrato para a contratada, envio da documentação para o fiscal do contrato e outros procedimentos necessários);
- II. expedição de memorando às unidades demandantes solicitando a indicação de fiscais de contratos;
- III. expedição e envio para assinatura de Portaria de nomeação de fiscal de contratos;
- IV. solicitação de senha no Sistema Informatizado Integrado para os fiscais de contratos;
- V. acompanhamento, atualização e alimentação da planilha de contratos e termos aditivos (incluir os dados dos contratos e termos aditivos);
- VI. envio de memorando aos fiscais de contratos informando o término do prazo de vigência dos contratos;
- VII. execução de procedimentos relativos a prorrogação de contratos administrativos (solicitar manifestação do fiscal e da contratada, consulta a documentação relativa a regularidade fiscal da contratada, pesquisa de preços de mercado, assinatura do ordenador de despesa e autoridade competente, cálculo do reajuste, dotação orçamentária, solicitar manifestação do setor jurídico, colher assinaturas, publicação, envio para a contratada e fiscal do contrato, e outros procedimentos necessários);
- VIII. pesquisas dos preços praticados no mercado com vista a verificação da vantajosidade ou não da prorrogação dos contratos firmados;
- IX. cadastramento de contratos novos e inclusão de termos aditivos no sistema informatizado e integrado;

- X. prestar informações acerca das atividades quando solicitadas;
- XI. execução de procedimentos relativos a formalização de processos destinados a apuração de irregularidades no decorrer da execução dos contratos (negociação prévia, indicação de irregularidades e sanção, envio de notificação, análise resposta fornecedor, finalização, envio de resposta ao fornecedor e solicitante);
- XII. execução de procedimentos relativos a análise de pedidos de restabelecimento do equilíbrio econômico-financeiro de contrato (pesquisa de preços de mercado, negociação com o fornecedor, solicitação de manifestação do setor jurídico, expedição de apostila ou termo aditivo, envio de resposta ao fornecedor);
- XIII. execução de procedimentos relativos a análise de solicitações de troca de marca, Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ) e outros;

Art. 19.º Constituem funções operacionais da Unidade de Patrimônio:

- I. recebimento de bem;
- II. acompanhamento da conferência do bem por parte do solicitante;
- III. incorporação, identificação e entrega do bem;
- IV. guarda, controle, movimentação do bem entre setores e atualização dos termos derresponsabilidade;
- V. recolhimento e baixa dos bens ociosos ou inservíveis;
- VI. inventário de bens móveis;
- VII. tombamento de bens oriundos de doações;
- VIII. controle de bens em comodato;
- IX. levantamento patrimonial;
- X. elaboração de planilhas para desfazimento patrimonial;
- XI. conferência do mapa mensal e elaboração do inventário anual;
- XII. cadastramento e atualização dos bens próprios e locados no Sistema Informatizado e Integrado.

Capítulo IV Capital Humano

Art. 20.º O Setor de Administração e Unidades de Apoio Operacional, Compras, Contratos e Patrimônio deverão manter colaboração recíproca e intercâmbio de informações com a finalidade de permitir, da melhor forma, a consecução dos objetivos da unidade.

Art. 21.º São deveres gerais dos trabalhadores lotados no Setor de Administração e Unidades de Apoio Operacional, Compras, Contratos e Patrimônio:

- comparecer ao trabalho trajado adequadamente;
- usar o crachá;
- tratar a todos com urbanidade;
- cumprir os procedimentos operacionais padrão (POPs), referentes às tarefas para as quais forem designados;
- acatar as ordens recebidas de seus superiores hierárquicos, com zelo, presteza e pontualidade;
- observar rigorosamente os horários de entrada e saída e de refeições, determinados pela chefia e por lei;
- comunicar ao chefe imediato, com antecedência, a impossibilidade de comparecer ao serviço;
- utilizar os Equipamentos de Proteção Individual (EPI), sempre que necessário, e acatar as normas de segurança da Instituição;
- acatar as normas operacionais da Instituição, sob pena de sanções administrativas;
- participar dos programas de capacitação para os quais for convocado;
- compartilhar conhecimentos obtidos em cursos ou eventos patrocinados pela Instituição;
- participar de reuniões periódicas para revisão de serviços, sugestões operacionais e reciclagem de conhecimentos a serem definidos pela chefia;
- zelar pelo patrimônio da unidade prevenindo quaisquer tipos de danos materiais aos equipamentos, instalações ou qualquer outro patrimônio, e informar/registrar possíveis danos assim que identificar ou tomar

conhecimento dos mesmos;

- manter seus registros funcionais atualizados;
- guardar sigilo sobre informações de caráter restrito, de que tenha conhecimento em razão de cargo, emprego ou função;
- submeter-se aos exames médicos ocupacionais (admissional, periódico, retorno ao trabalho) ou quando determinado pelo Serviço de Saúde Ocupacional do Trabalhador;
- observar e cumprir o Código de Ética da profissão e os Regulamentos inerentes aos seus vínculos na Instituição.

Capítulo V Organização Interna

Do Funcionamento

Art. 22.º O Setor de Administração funcionará nos seguintes horários: de segunda a sextas 8h às 12h e das 13 às 17 horas.

Art. 23.º As escalas de trabalho são de responsabilidade de cada unidade que compõe o Setor, devendo ser elaboradas até o dia 10.º dia do mês anterior ao mês descrito na escala, para análise e aprovação da Chefia e obrigatoriamente publicizadas no sítio eletrônico das Instituições/OSS, conforme determina a Lei de Acesso à Informação.

Art. 24.º Os afastamentos e férias deverão ser inicialmente avaliados pela Chefia para posterior encaminhamento à Alta Gestão para deliberação e seguirão os normativos dos Serviços de Recursos Humanos de cada categoria dos trabalhadores do Setor, referentes à matéria.

Do Conselho Gestor

Art. 25.º O Setor de Administração e Unidades de Apoio Operacional, Compras, Contratos e Patrimônio estarão representados no Conselho Gestor, de natureza consultiva e deliberativa, de caráter permanente, constituído pelas chefias dos Setores de Administração, Contabilidade e Orçamento e Finanças, pelos chefes

substitutos como suplentes e um representante de cada segmento que compõe o Conselho Gestor, com a finalidade de auxiliá-la na tomada de decisões, relacionadas à funcionalidade do serviço.

Art. 26.º São objetivos do Conselho Gestor:

- I. promover o alinhamento das ações das diretrizes estratégicas do Setor de Administração;
- II. promover e apoiar a priorização de projetos a serem atendidos para dar suporte às necessidades estratégicas de planejamento do Setor de Administração;
- III. implementar oportunidades de melhorias para que o Setor de Administração possa se adaptar rapidamente a mudanças de circunstâncias tecnológicas ou de gestão e a novas demandas operacionais.

Art. 27.º Compõem o Conselho Gestor:

- I. o responsável do Conselho Gestor como coordenador do Conselho;
- II. os chefes dos setores de Administração,
- III. Contabilidade e Orçamento e Finanças;
- IV. um representante de cada segmento do setor;
- V. um representante do serviço de secretariado.

§ 1.º Nas ausências e impedimentos legais (como férias, licenças-saúde, afastamentos para capacitação, etc) da chefia da Divisão Administrativa Financeira, assumirá a coordenação do conselho seu substituto legal.

§ 2.º O secretário do conselho será escolhido dentre os representantes de cada segmento da DAF representado no conselho, na ausência do serviço de secretariado.

Art. 28.º Caberá ao secretário do Conselho:

- I. organizar a ordem do dia;
- II. receber e protocolar os processos e expedientes;

- III. manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser examinados e/ou reexaminados nas reuniões do Conselho;
- IV. providenciar o cumprimento das diligências determinadas;
- V. lavrar termos de abertura e encerramento dos livros de ata, de protocolo, de registro de atas, e de registro de deliberações, rubricando-os e mantendo-os sob vigilância;
- VI. lavrar e assinar as atas de reuniões do Conselho;
- VII. elaborar relatório mensal das atividades do Conselho;
- VIII. providenciar, por determinação do coordenador, a convocação das sessões ordinárias e extraordinárias, que deverá conter a pauta das reuniões;
- IX. realizar outras funções determinadas pelo coordenador, relacionadas ao Conselho.

Art. 29.º São competências do Conselho Gestor:

- I. elaborar, revisar e propor atualização do regulamento interno e demais documentos normativos do Setor, quando necessário;
- II. apreciar o Plano Anual de Investimento do Setor, para o exercício subsequente;
- III. definir as diretrizes de planejamento, organização e execução das atividades do Setor;
- IV. definir prioridades na formulação e execução de planos e projetos relacionados à expansão do Setor;
- V. estabelecer um cronograma de reuniões e de atividades do Conselho para o exercício, quando do início das atividades;
- VI. dar andamento as ações propostas no Plano Diretor Estratégico (PDE) institucional para o Setor;
- VII. propor a criação de Grupos de Trabalho para:
 - a) auxiliarem nas decisões do Conselho Gestor, definindo sua composição, objetivos e prazo para conclusão dos trabalhos;
 - b) comporem o centro de custo do Setor, com o objetivo de fazer levantamento das demandas de materiais de consumo e permanente, gerir e controlar estoque, bem como acompanhar o andamento das aquisições.

Das Reuniões

Art. 30.º As reuniões ordinárias do Setor de Administração serão realizadas pela Chefia, juntamente com o Conselho Gestor, e acontecerão mensalmente, com agendamento prévio de 5 (cinco) dias úteis e registro em ata.

Parágrafo único. Reuniões extraordinárias poderão ser convocadas a qualquer momento, com antecedência mínima de 24 horas, seja pela Chefia ou pela subscrição de 2/3 de seus membros do Conselho Gestor, de acordo com a demanda do serviço.

Art. 31.º As decisões do conselho serão tomadas pela maioria simples presente à reunião, cabendo ao coordenador o voto de desempate.

Art. 32.º A definição das condutas a serem tomadas inerentes ao Setor de Administração será determinada pela Chefia, em conjunto com o Conselho Gestor, seguindo as exigências da unidade e obedecendo as normas legais.

Capítulo VI - Indicadores de Gestão

Art. 33.º São indicadores de gestão do Setor de Administração dispostos no quadro abaixo:

Indicadores de Produção	Especificação
Percentual de processos de compra finalizados	Demonstra a quantidade relativa de processos de compra finalizados em relação ao total de processos de compra iniciados em determinado período (Ano, Trimestre, Mês). Interpretação: Quanto Maior Melhor.
Tempo médio de execução de processos de compra	Indica o tempo médio em dias decorrido entre o início e o final dos processos compra. Interpretação: Quanto Menor Melhor.

Capítulo VII - Disposições finais

Art. 34.º O funcionamento do Setor de Administração e Unidades de Apoio Operacional, Compras, Contratos e Patrimônio, além dos critérios, regras e recomendações contidas neste Regulamento, deve observar a legislação brasileira pertinente, assim como as regras estabelecidas internamente pelo hospital.

§ 1.º Assuntos referentes a normas e rotinas do Setor de Administração e Unidades de Apoio Operacional, Compras, Contratos e Patrimônio devem ser tratados em documento próprio (manual de normas e rotinas e/ou POPs).

§ 2.º O descumprimento das determinações previstas neste Regulamento é passível de sanções, em conformidade com os Regimentos Internos e Legislações aplicáveis a cada vínculo dos trabalhadores.

Art. 35º. Os casos omissos deverão ser objeto de discussão e deliberação do Conselho Gestor com a chefia imediata, bem como com a chefia imediatamente superior.

Art. 36.º O presente Regulamento entra em vigor na data de sua publicação.

F. APRESENTAÇÃO DE REGULAMENTO PRÓPRIO CONTENDO OS PROCEDIMENTOS QUE ADOTARÁ PARA A CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS E OBRAS NECESSÁRIOS À EXECUÇÃO DO CONTRATO DE GESTÃO, BEM COMO PARA COMPRAS COM EMPREGO DE RECURSOS PROVENIENTES DO PODER PÚBLICO;

O Instituto Elisa de Castro – IEC apresentará no ANEXO II – O REGULAMENTO PRÓPRIO DE CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS, OBRAS E COMPRAS.

G. APRESENTAÇÃO DA POLÍTICA DE GESTÃO DE PESSOAS A SER PRATICADA, INCLUSIVE COM OS CRITÉRIOS QUE SERÃO UTILIZADOS PARA A SELEÇÃO DE PESSOAL;

O Instituto Elisa de Castro – IEC apresentará no ANEXO III – O REGULAMENTO PRÓPRIO DE SELEÇÃO E CONTRATAÇÃO DE PESSOAL.

Neste item o **Instituto Elisa de Castro – IEC** descreverá a Política de Gestão de Pessoas: detalhar mecanismos de recrutamento, seleção e ambientação de colaboradores, bem como as formas de avaliação de desempenho, controle de assiduidade e pontualidade. Descrever a implantação de Programa de Segurança no Trabalho e Qualidade de Vida em linha com a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho PNSST.

1. Política de Recursos Humanos

O IEC, acredita que as Pessoas constituem o maior patrimônio da empresa e o principal instrumento de realização de sua missão e visão organizacional. Por essa razão, desde o início vem buscando estabelecer políticas inovadoras na Gestão de Pessoas a fim de promover cada vez mais a valorização e o reconhecimento de seus profissionais.

O Plano de Recursos Humanos, aplicado através da Gestão de Pessoas, propõe alinhar-se de forma compartilhada para as melhorias de resultados, baseando-se em orientação e na construção de atitudes positivas com os clientes internos e externos do IEC.

De forma estruturada, são delegadas às coordenações e direções, objetivos e responsabilidades, que buscam permanentemente facilitar uma abordagem mais próxima dos gestores e equipes para:

- Orientações e apoio às lideranças;
- Identidade de gerenciamento participativo, num modelo de liderança empreendedora;
- Fortalecimento da importância de motivar pessoas e reter talentos que agreguem valor aos resultados;
- Estimular um ambiente criativo e inovador.

Nossas diretrizes sobre Recursos Humanos se expressam através de:

- Competência e profissionalismo na seleção, contratação, integração, alocação e promoção dos Recursos Humanos;
- Busca constante da excelência dos serviços prestados aos clientes, por programas sistematizados de acompanhamento e avaliação de resultados;
- Manutenção de programas de treinamento, reciclagem e desenvolvimento técnico gerencial que proporcionem conhecimentos profissionais aprimorados e atualizados;
- Prioridade aos integrantes do seu quadro de provimento de funções mais complexas, desde que demonstrem a qualificação e as competências necessárias;
- Busca de melhoria da qualidade de vida pela manutenção de programas de benefícios sociais;
- Promoção e manutenção do bom ambiente de trabalho e suprimento dos meios adequados à execução dos trabalhos.



As responsabilidades da gestão dos processos, projetos e programas estão inseridas nas ações da Gerência de Gestão de Pessoas e na Gerência de Administração de Pessoal, voltadas para as atividades de: Recrutamento e Seleção, Treinamento e Desenvolvimento, Avaliação de Desempenho, Cargos e Salários, Benefícios, Admissão e Rescisão, Remuneração, Saúde e Segurança do Trabalhador, além das ferramentas que possibilitam analisar os indicadores da

área.

Adotando um conceito de parceria com as lideranças, a área desenvolve, avalia e implementa os programas alinhados as metas e objetivos do IEC nos seguintes segmentos:

1.1. Plano de cargos e salários

O Plano de Cargos e Salários da Organização Social Instituto Elisa de Castro preza pela organização de um RH estratégico, que se forma, a partir da missão e atribuições essenciais de cada cargo e suas respectivas grades de classe e nível salarial, trazendo mobilidade e com foco nas competências profissionais.

De forma prática, afirma-se que, com o Plano de Cargos e Salários se garante:

- Desenho do perfil e competências necessárias para desenvolver o escopo salarial horizontal e vertical;
- Definição da Política Salarial e os modelos estratégicos de remuneração baseados em competências;
- Equilíbrio no escopo de responsabilidades, cargos e resultados esperados com consequente satisfação profissional.

1.1.1. Metodologia Estrutural

A configuração para a construção dos cargos e salários de nossa atividade meio segue a seguinte metodologia estrutural:

- Separação de funcionários em pequenos grupos multidisciplinares com objetivos específicos;
- Conjunto de atividades de natureza semelhantes, amplas e estratégicas, permitindo flexibilidade no exercício de atribuições corporativas, com igual responsabilidade e flexibilidade. Possibilita a diminuição de desvios de função e a facilidade na administração;

- Evolução funcional por competência.

Para todos os contratos vigentes o IEC segue a tabela anexada na proposta do contrato de gestão.

1.1.2. Gratificação

- **Gratificação Funcional**

Conforme a geração de responsabilidades e volume de experiência para as especificidades da função e do negócio.

- **Gratificação por Habilidade**

Gratificação que está ligada à natureza de incentivo à qualificação dos profissionais. Poderá vincular aos níveis de especialização, direcionando a formação para suprir as necessidades organizacionais.

- **Percentuais estipulados**

Os percentuais pagos giram em torno de 30% a 50% mediante nível de especialização e experiência na função.

1.1.3. Criação de Novos Cargos

Com o objetivo decorrente da necessidade de ampliação dos serviços, de demandas tecnológicas e/ou de novas possibilidades mercadológicas e de estrutura gerencial, novos cargos poderão ser criados no escopo raiz da tabela de cargos e salários ou dentro dos aditivos de contrato acordados entre CONTRATANTE E CONTRATADO.

1.4. Política de Recrutamento e Seleção

- A Política para execução do processo seletivo compreende divulgação em larga escala, período de inscrição, homologação e etapas de seleção, os quais devem atender os

princípios da transparência, da moralidade e da economicidade, devidamente compatibilizado com a natureza e os termos da lei das organizações sociais, com os padrões de mercado e com a necessidade de serviço.

- A área de Gestão de Pessoas do IEC é responsável pela execução e coordenação dos Processos de Recrutamento e Seleção.
- O Processo Seletivo é pautado em critérios objetivos de avaliação e poderá realizar-se-á com, pelo menos, duas etapas – prova e entrevista, atendendo os princípios constitucionais da administração pública e será documentado através de Edital.
- O IEC convocará os candidatos para a contratação de acordo com a ordem final de classificação, dentro do prazo de validade do Processo Seletivo.
- No caso de impossibilidade de convocação do candidato por ausência de dados suficientes ou sua inconsistência, o mesmo será desclassificado do Processo Seletivo e será convocado o candidato subsequente.
- A área de gestão de pessoas do IEC cuidará para que não haja contratações de colaboradores em detrimento à ordem de classificação de Processos Seletivos em aberto. Constará expressamente em todas as informações do Processo Seletivo Público a data de sua divulgação no meio elegido pelo Edital.
- Será assegurado aos portadores de necessidades especiais direito de reserva de percentual de vagas do Processo de Recrutamento e Seleção, sempre que a natureza da função permitir.
- Não será exigido Processo Seletivo Público para contratação de cargos de chefia, direção e confiança.
- O IEC poderá contratar terceiros para organizar e realizar o Processo de Seletivo Externo e poderá cobrar taxa de inscrição destinada ao custeio dos processos seletivos públicos.
- A execução e coordenação dos processos seletivos deverão ser de responsabilidade da Área de Gestão de Pessoas, que selecionará os profissionais que demonstrarem maior qualificação e capacidade para o exercício do segmento de carreira e/ou função a ser preenchido, através de um conjunto de técnicas previamente selecionadas e ajustadas à

melhor forma de avaliação dos requisitos definidos para cada cargo. Entretanto em qualquer processo seletivo a chefia requisitante deverá participar desde a definição / complementação dos requisitos da vaga, ao acompanhamento das etapas de avaliação e na decisão final da escolha dos profissionais.

- No provimento, através de recrutamento e seleção externa, de qualquer posição, o enquadramento salarial, como regra, ocorrerá nos moldes de valores desenhados na proposta presente neste edital, podendo excepcionalmente ser aprovado pela área de Gestão de Pessoas em conjunto com a Direção, o enquadramento em degrau superior, quando houver comprovação da necessidade de profissional com devida especialização, valores diferenciados e experiência anterior de alto interesse para a organização e atender plenamente aos critérios de qualificação profissional para o cargo.

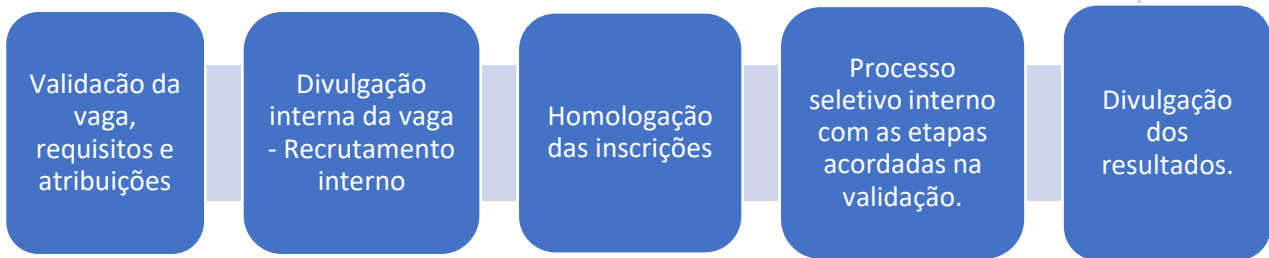
1.4.1. Processo Seletivo Interno

A fim de dar ação aos valores institucionais a OS IEC utiliza das diretrizes institucionais, aliadas aos objetivos de toda a gestão, para gerar possibilidades de crescimento e retenção de talentos em sua equipe de trabalho. Desta forma, o processo seletivo interno é valorizado e possui suas regras de aplicabilidade e de participação:

Regras de aplicabilidade	- Análise da vaga e possibilidades internas.
Regras de participação	<ul style="list-style-type: none"> - Tempo de empresa (1 ano); - Tempo na função (6 meses); - Avaliação de Desempenho; - Registros de Feedback; - Avaliação de faltas, advertências/suspensões; - Cumprimento dos requisitos exigidos para a vaga em aberto.

As regras reforçam à importância do foco nas competências para a sustentabilidade organizacional e os princípios de transparência, impessoalidade e economicidade.

- **Etapas**



1.4.2. Processo Seletivo para Médico

O caso dos médicos, como há baixa adesão aos processos seletivos públicos no modelo citado, há necessidade de adotar estratégias para garantir o quadro de equipes completas. Desta forma, as vagas são divulgadas em sites dos conselhos médicos, redes sociais, hospitais e instituições de ensino.

Contamos também com a atividade de Hunting ativo na captação de profissionais médicos, divulgando presencialmente nas principais universidades, participamos de congressos na área da saúde e eventos como colação de grau, onde divulgamos nossos programas, ofertando as vagas disponíveis. Interagimos com outras OSS onde há uma ajuda mútua na captação dos profissionais médicos.

No processo de Recrutamento e Seleção utilizamos critérios pré-estabelecidos de perfis que atendam às expectativas internas e dos usuários.

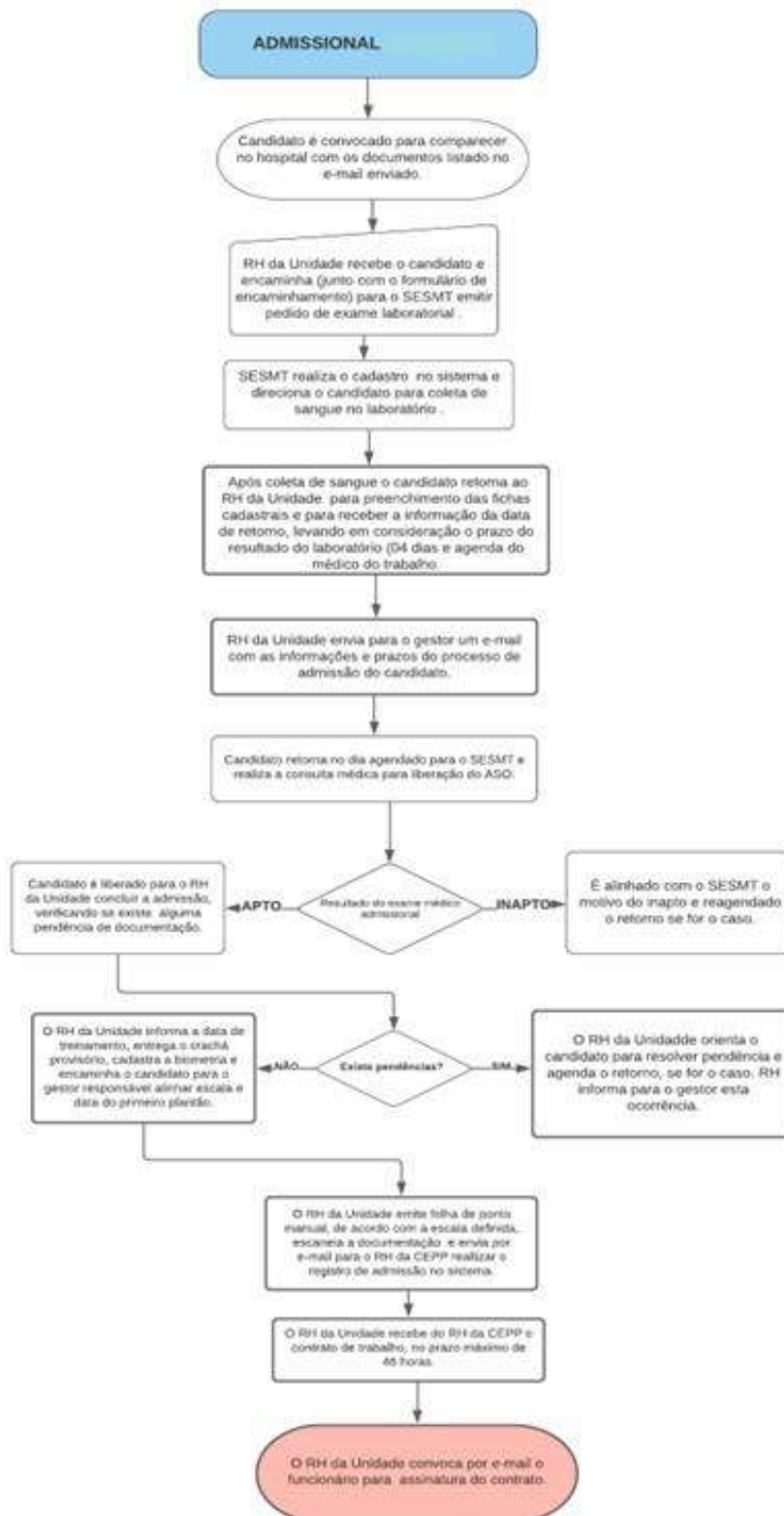
Priorizamos o perfil de profissionais com foco em atendimento humanizado, acolhedor e com competências técnicas exigidas para exercer tal função. Utilizamos ferramentas que nos auxiliam numa análise mais assertiva do perfil comportamental, objetivando a qualidade dos serviços prestados e a retenção desses profissionais.

Todos os profissionais médicos passam por uma dupla avaliação, técnica e comportamental, e são apresentados aos programas antes da oficialização da contratação, para que conheçam a realidade da Unidade de saúde. Desta forma, o IEC consegue captar com agilidade e eficiência profissionais compatíveis ao perfil pelo cargo e garantir que as equipes estejam sempre completas.

1.4.3. Processo admissional

A importância da organização e planejamento nos processos admissionais se apresenta na comunicação e formatação entre as áreas parceiras a fim de oferecer clareza, objetividade e cumprimento dos procedimentos necessários durante todo o percurso desta etapa.

A proposta para o fluxo de admissão apresenta as ações necessárias para a qualidade do processo:



1.4.4. Orientação e ambientação do Novo Colaborador

A fim de atender as necessidades específicas da contratação 2, a Área de Gestão de Pessoas é responsável por conduzir a integração dos novos colaboradores e treinar os representantes de Gestão de Pessoas da unidade.

O novo colaborador é recepcionado pela Área de Gestão de Pessoas recebendo, como principais orientações:

NÍVEL INSTITUCIONAL	NÍVEL FUNCIONAL GERAL	NÍVEL FUNCIONAL ESPECÍFICO
<ul style="list-style-type: none"> • Histórico e atuação do IEC; • Estrutura Organizacional do IEC e da unidade; • Ferramentas informativas para o colaborador; • Benefícios e regras institucionais; • Ferramentas de avaliação; • Processos e procedimentos institucionais; • Mapeamento dos setores. 	<ul style="list-style-type: none"> • Diretrizes do SUS; • Ética Profissional; • Mapeamento dos setores. • Treinamento de Higienização de mãos e paramentação e desparamentação. 	<ul style="list-style-type: none"> • Visita ao setor de atuação; • Apresentação à equipe e responsáveis hierárquicos; • Especificidade e funcionalidade dos setores de trabalho, com a apresentação dos Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) específicos para a função a ser exercida.

1.5. Ponto biométrico

O objetivo do ponto biométrico é oferecer, através da automatização, o melhor controle da jornada de trabalho, acompanhando, com maior fidedignidade e praticidade, a frequência de toda a equipe de profissionais e a garantia da segurança e melhor qualidade da informação no processo de documentação, pagamentos e registros, conforme previsto na legislação vigente no município do Rio de Janeiro (Decreto Nº 33.536 de 25 de março de 2011).



1.6. Segurança da informação

A garantia da fidedignidade das informações se apresenta na implantação de câmeras de segurança em pontos estratégicos próximos ao local do ponto biométrico.

1.7. Estratégias permanentes a serem utilizadas para manter as equipes completas 7 dias/semana 24h/dia

Uma equipe de alta performance é caracterizada por ser composta de pessoas que compartilham da mesma visão e valores, trabalhando de forma integrada a fim de elevar a empresa e conquistar os melhores resultados.

Uma das estratégias que iremos utilizar será de um programa de retenção de talentos que concede meios atrativos de crescimento, incentivo e desenvolvimento profissional e pessoal, valorizando, reconhecendo e motivando os nossos colaboradores, fortalecendo o vínculo do IEC com os nossos colaboradores a fim de diminuir a perda de recursos qualificados para outras instituições, obter melhores resultados organizacionais, reduzir o turnover, os custos e gerar maior credibilidade e confiança da instituição perante os colaboradores.

A retenção de talentos inicia-se desde o momento da admissão, onde o colaborador é acolhido e orientado através do Programa de Integração do Novo Colaborador. O intuito é proporcionar uma inserção eficaz que lhe possibilite efetuar o seu desenvolvimento e a sua aculturação aos valores éticos, profissionais e à missão do IEC. Posteriormente ele é supervisionado por um

profissional mais experiente, que será responsável por orientá-lo durante a execução de suas atividades nos primeiros meses de trabalho, assim como ajudá-lo a se inserir socialmente na empresa.

A área de Gestão de Pessoas cria condições para a retenção de talentos a partir do momento em que proporciona aos colaboradores pleno conhecimento das oportunidades de crescimento profissional dentro do IECna divulgação de todos os processos seletivos públicos externos e internos.

Buscamos valorizar, reconhecer, motivar e encorajar o colaborador na exploração de sua capacidade potencial em busca de maior conhecimento e desenvolvimento através do Programa de Avaliação e Acompanhamento de Resultados. Esta ferramenta permite identificar aspectos de natureza interpessoal, organizacional, ambiental que influenciam no desempenho dos colaboradores.

O programa possibilita avaliar e acompanhar o desempenho dos trabalhos das equipes envolvidas e da eficácia organizacional, definir metas e objetivos dos colaboradores com o seu superior imediato e levantar os dados necessários para tornar efetiva a promoção dos colaboradores. Possibilita, ainda, apontar os índices de qualidade de vida, condições de trabalho e as necessidades de treinamento.

Através do levantamento de necessidade de treinamento é possível definir os investimentos necessários no desenvolvimento das competências estratégicas para atender aos objetivos organizacionais a curto, médio e longo prazo.

Incentivamos a multiplicação de palestras ou treinamentos realizados pelos próprios colaboradores sobre temas que dominam, reconhecendo e destacando mensalmente os melhores funcionários.

Promovemos, ainda, reuniões periódicas entre gestores para multiplicação de boas práticas e encontros com o presidente para discussão do Planejamento Estratégico da organização e apresentação de críticas e sugestões.

Adotamos práticas de visitas semanais às unidades, onde aplicamos o check list com os Gerentes e colaboradores, para que tenhamos um retrato fiel da realidade daquela unidade e

possamos corrigir e ajudar nas soluções dos problemas levantados. Realizamos uma breve pesquisa de clima com colaboradores externos e com usuários a fim de descobrir como estão suas expectativas, intensificar a credibilidade da organização e ouvir sugestões de melhoria.

Por fim, no intuito de integrar as pessoas, possuímos um canal direto de comunicação com a área de gestão de pessoas, onde os funcionários podem debater sobre assuntos diversos, tirar dúvidas, fazer críticas, sem a obrigatoriedade de identificação.

O nosso maior objetivo é garantir satisfação no ambiente de trabalho onde o equilíbrio entre as obrigações profissionais e pessoais estejam presentes.

O caso dos médicos, como há baixa adesão aos processos seletivos públicos no modelo citado, há necessidade de adotar estratégias para garantir o quadro de equipes completas. Desta forma, as vagas são divulgadas em sites dos conselhos médicos, redes sociais, hospitais e instituições de ensino.

Contamos também com a atividade de Hunting ativo na captação de profissionais médicos, divulgando presencialmente nas principais universidades, participamos de congressos na área da saúde e eventos como colação de grau, onde divulgamos nossos programas, ofertando as vagas disponíveis. Interagimos com outras OSS onde há uma ajuda mútua na captação dos profissionais médicos.

Listamos a seguir algumas estratégias que serão utilizadas com as equipes de saúde da unidade:

- Conheça seus profissionais: Essa é uma atitude que contribui diretamente para a formação de uma equipe de alta performance, uma vez que as tarefas podem ser distribuídas com mais efetividade, e o aperfeiçoamento profissional, incentivado de maneira correta;
- Defina metas: Quando estabelecidas em conformidade com a realidade, os colaboradores veem a real possibilidade de alcançar os resultados e trabalham mais motivados, geralmente apresentando um desempenho acima da média;
- Compartilhe os planos de ação: ao compartilhar os planos de ação, o time consegue entender como o seu trabalho é fundamental para o bom resultado e, conseqüentemente, melhora os níveis de engajamento;

- Mantendo a equipe alinhada. O objetivo é que todos estejam cientes do andamento do trabalho, resultados atingidos e que conheçam as próximas metas. O diálogo e a transparência são fundamentais na construção de uma equipe de alta performance;
- Motive seu time. O segredo para um time motivado é iniciar o processo já na seleção, escolhendo os candidatos com visão e valores compatíveis com a empresa, para que assim possam trabalhar juntos em um só objetivo;
- Construa uma relação de confiança com a equipe. É importante que os líderes construam uma relação de confiança com os liderados, e adotem uma postura coerente é requisito básico para que isso aconteça. Se o objetivo é fazer a equipe perceber quão alinhada está, é importante que o líder aja de acordo com o que exige dos colaboradores;
- Dê e receba feedback. Para manter uma equipe de alta performance, é necessário que ela saiba como anda seu desempenho e o quanto a empresa está feliz com os resultados obtidos. O feedback serve justamente para isso. Assim, os colaboradores continuam com o trabalho que está dando certo e adéqua o que precisa ser melhorado;
- Estimule e desafie sua equipe. É preciso que haja estímulos constantes para que isso aconteça. Algumas ações como murais de recados com frases motivacionais e os princípios da empresa; treinamentos periódicos e reconhecimento público de atitudes positivas, como uma ideia inovadora dada por um colaborador;
- Quando os colaboradores notam que suas ideias podem ser aceitas e que a empresa está disposta a investir no seu potencial, sentem-se estimulados e desafiados a darem o melhor de si;
- Implemente programas de recompensas: mesmo que a sua empresa conte com uma gestão de benefícios bastante atrativa para aproximar e reter talentos, a manutenção de uma equipe de alta performance depende das recompensas recebidas pelo bom trabalho desempenhado. Para isso, não bastam apenas elogios. O reconhecimento deve ser acompanhado da recompensa, que pode variar de acordo com as demandas e gostos dos funcionários, assim como as condições financeiras da organização. Um dos grandes desafios é a manutenção da equipe de plantões nos finais de semana;
- Passagem de plantão é uma estratégia elementar para garantia do princípio elementar da

continuidade do cuidado de forma segura tanto para o paciente quanto para o profissional;

- Dentre as principais variáveis intervenientes nos métodos de dimensionamento de pessoal de enfermagem, a determinação de um índice para a cobertura das ausências dos trabalhadores ao serviço constitui-se um aspecto extremamente importante, em decorrência das implicações que a redução da equipe acarreta na quantidade e na qualidade da assistência prestada ao paciente, especialmente nas unidades que funcionam ininterruptamente;
- Estudo de variação dos Índices de Segurança Técnica no Hospital serão realizadas avaliações sistemáticas das ausências da equipe de enfermagem, assim como de se identificarem índices específicos das unidades, como subsídio para a avaliação do quadro de pessoal da unidade.

1.8. Estratégias para melhorar a gestão de escala

Planejar a escala de plantão antecipadamente

Uma das principais questões para se ter uma melhor gestão de escala em hospital é planejar a escala de plantão com antecedência, de modo a evitar transtornos que podem ser prevenidos.

Para isso, é necessário elaborar uma tabela com fatores como férias e licença dos plantonistas que devem ser levados em consideração durante os próximos meses de trabalho.

Nesse planejamento, deve-se analisar todas as atividades necessárias para o atendimento dos pacientes, adequando e organizando a escala sempre que acontecer algum imprevisto.

Analisar o desempenho e a produtividade

Além de planejar a escala de plantão antecipadamente, é essencial analisar o desempenho e a produtividade dos profissionais médicos para verificar o andamento do trabalho e adequar os médicos em escalas com melhores dinâmicas.

Por exemplo, há profissionais que são mais produtivos no período noturno, outros têm muitas

ausências nesse horário. Utilize algumas informações, como número de pacientes atendidos e satisfação dos clientes, para construir uma melhor escala de plantão médico.

Ter substitutos

Outra boa orientação para melhorar a gestão de escala é contar com substitutos, de maneira que se previnam situações problemáticas, como o adoecimento de algum médico ou, até mesmo, o impedimento de chegar ao local, na hora marcada, por causa do trânsito.

O ideal é que os substitutos fiquem de sobreaviso para atuarem imediatamente, de modo que a unidade de saúde não fique sem atendimento e tenha prejuízos.

Usar uma solução tecnológica de gestão de escalas

Por fim, usar um sistema como o On-line para uma melhor gestão de plantões e equipes médicas - beneficiando-se de todo o potencial que a tecnologia tem para oferecer. Trata-se de uma solução para buscar profissionais e contribuir com uma escala mais eficiente.

Gestão de escalas eficiente

Com o uso da solução On-line, você tem uma gestão de escalas eficiente, pois o software permite gerar a escala do mês inteiro e com todos os revezamentos configurados. Além disso, o gestor não precisa se preocupar com conflitos de horários, deslocamentos e excesso de horas, já que o sistema controla todas essas informações, bem como ainda pode identificar atrasos.

Vontade dos médicos é considerada para reduzir o absenteísmo.

Outro benefício da solução On-line para a gestão hospitalar é que ela leva em consideração a vontade dos médicos, o que contribui imensamente para reduzir o absenteísmo. Além de os profissionais poderem utilizar o aplicativo para trocar plantões entre si, quando alguém não poder fazer o plantão, a comunicação para que a procura por um substituto seja feita rapidamente é agilizada.

1.8.1. Programa de Desenvolvimento Humano, Técnico e Gerencial

O objetivo do Programa é definir diretrizes para o Desenvolvimento de Pessoas do IEC, estabelecer estratégias e explicitar aos colaboradores os critérios que os norteiam.

Anualmente o IEC realizará o Levantamento das Necessidades de Treinamento a fim de elaborar o Plano de Desenvolvimento de Pessoas (PDP), que se define pelo conjunto de programas de treinamento planejados para o decorrer do ano, com custos e com cronograma da realização das atividades.

1.8.2. Plano de Avaliação de Competências

O plano inicia-se com o processo de levantamento de necessidades que resultará em um conjunto de informações relativas ao quadro de pessoal, tais como:

Justificativa das necessidades;

Pessoas envolvidas no processo;

Tipos de ações possíveis;

Prioridade de atendimento;

Sugestões de instituições patrocinadoras do evento;

Matriz de Competências, Perfil ocupacional de entrada x Qualificação Profissional: Síntese das responsabilidades, escolaridade, experiência, conhecimentos básicos, habilidades e requisitos desejáveis para o ocupante do cargo e a qualificação de cada colaborador neste perfil;

Diagnóstico: Análise das causas de déficits de desempenho ou da diferença entre o nível real e o nível desejado das competências profissionais dos colaboradores do IEC. O diagnóstico irá abranger dois níveis:

I. Organizacional – Análise em nível macro organizacional das necessidades de treinamento, voltado ao atendimento dos objetivos estratégicos;

II. Individual e de Equipe – Voltado para o estabelecimento das competências necessárias para cada colaborador ou para cada área, com vistas ao Plano Estratégico estabelecido pelo IEC.

2. Proposta de implementação do sistema de remuneração e incentivo ao desempenho

Introdução

As organizações estão inseridas em ambientes competitivos e dinâmicos, onde precisam se adaptar às transformações que muitas vezes são rápidas e agressivas. Em busca de maior eficiência, as técnicas e mecanismos de avaliação de desempenho vêm se transformando em importantes instrumentos de medição e controle da gestão contemporânea, servindo como apoio aos gestores em suas tomadas de decisão.

Segundo Nelly (2002), A avaliação do desempenho é um tópico muitas vezes discutido, mas raramente definido. Literalmente, consiste no processo de quantificar a ação passada, em que a avaliação é o processo de quantificação e a ação passada determina o desempenho atual.

De acordo com Pereira (1993) Avaliar desempenho constitui um processo complexo que incorpora, além das características informativas necessárias para se julgar adequadamente um desempenho, requisitos essenciais para se integrar ao processo de gestão, em suas fases de planejamento, execução e controle. Dutra e Ensslin (2008), citam algumas ferramentas de avaliação de desempenho disponíveis como o BSC – Balanced Scorecard, os critérios da FNQ e o EVA – Economic Value Added, entre outros.

Van Bellen (2002) afirma que o objetivo principal dos indicadores é o de agregar e quantificar informações de uma maneira que sua significância fique mais aparente. Os indicadores simplificam as informações sobre fenômenos complexos tentando melhorar com isso o processo de comunicação.

As metodologias de avaliação de desempenho passaram a ter uma fundamental importância no cotidiano das organizações, principalmente em face das mudanças no ambiente.

Dutra (2003) a conceitua como uma das funções essenciais da prática ‘gerenciar’, pois não existe gerenciamento efetivo sem que o gestor de uma organização utilize um processo de medição do desempenho organizacional.

Quando descrevemos um cargo específico, atribuímos a ele os deveres e responsabilidades a

serem cumpridos por seus ocupantes, porém nem sempre aquilo que o colaborador faz corresponde ao que se espera dele, pode ocorrer o um hiato entre o desempenho real e o esperado, é o que chamamos de: “discrepância de desempenho”.

A grande questão é: qual o nível ou extensão desta “discrepância de desempenho” para cada colaborador e seu reflexo para o alcance dos objetivos organizacionais?

A identificação e correção dos problemas de desempenho serão obtidas através da resposta a este questionamento. A avaliação de desempenho ajuda a identificar as causas do desempenho deficiente e/ou insatisfatório, possibilitando sua correção com a participação do colaborador avaliado. Além disso, ela possibilita: definir o grau de contribuição de cada colaborador, identificar a eficácia dos programas de treinamento, obter subsídios para promoção e remuneração, obter subsídios para elaboração de planos de ação para desempenhos insatisfatórios, promover autodesenvolvimento e autoconhecimento dos colaboradores, obter subsídio para elaboração de planos de ação para corrigir desempenhos insatisfatórios.

Entre os benefícios da avaliação de desempenho podemos citar: melhora a produtividade do indivíduo à medida em que é aceita pelo funcionário e pela organização; analisa o desempenho do colaborador dentro do cargo ocupado, contribuindo assim para o alcance das metas e objetivos estabelecidos.

O IEC entende que a avaliação de desempenho focada na qualidade da assistência é uma necessidade de qualquer instituição de saúde, entretanto, é preciso mudar “*mind set*”, rever rotinas e comportamentos, estabelecer processos que estimulem a ampliação da visão, traçar planos de desenvolvimento das equipes, lançar mão de novas experiências e tecnologias e conhecer profundamente as tendências e seus impactos. Na área hospitalar, o engajamento do corpo clínico é uma das tarefas mais desafiadoras para os gestores. É fundamental utilizar de estratégias para este engajamento.

De acordo com o Luiz De Luca, superintendente do Hospital Samaritano, em São Paulo, “É impossível falar de gestão sem falar de desempenho”.

Portanto a avaliação de desempenho deve ser encarada como um meio para o desenvolvimento dos Recursos Humanos e para estimular a melhoria constante dos resultados da organização.

Objetivo

Contribuir para ampliação da performance global constante deste edital, através de uma gestão permanente do desempenho individual e organizacional, proporcionando uma melhoria consistente nos indicadores assistenciais e, conseqüentemente, uma alta satisfação dos nossos clientes.

Definições e embasamento teórico

Conceitos de avaliação de desempenho

Segundo Dessler (2003), a avaliação de desempenho pode ser definida como a avaliação da relação entre o desempenho atual ou passada de um funcionário e seus padrões de desempenho. A avaliação de desempenho também presume que os padrões de desempenho foram estabelecidos e que você dará feedback ao funcionário para ajudá-lo a eliminar deficiências de desempenho ou a manter seu bom nível de desempenho.

Para Chiavenato (2004), a avaliação de desempenho é um processo de redução de incerteza e, ao mesmo tempo, de busca de consonância. A avaliação reduz a incerteza do funcionário ao proporcionar retroação a respeito do seu desempenho. Ela busca consonância na medida em que proporciona a troca de ideias e concordância de conceitos entre o funcionário e seu gerente.

De acordo com Lucena (1992), o conceito de avaliação abrange como premissa básica a confrontação de algo que aconteceu (resultado) com algo que foi estabelecido antes (meta). Do ponto de vista da avaliação de desempenho no trabalho, este conceito assume outra dimensão, ou seja, não se trata apenas de confrontar o resultado alcançado com o objetivo estabelecido e chegar a uma conclusão positiva ou negativa. A organização, por meio da ação gerencial no dia-a-dia de trabalho, precisa assegurar que o desempenho produza o resultado esperado, atuando pro ativamente no sentido de identificar os desvios de desempenho e agir sobre as causas que provocaram os desvios.

Por que avaliar o desempenho?

Para Chiavenato (2004), toda pessoa precisa receber retroação a respeito de seu desempenho para saber como está fazendo seu trabalho. Sem essa retroação, as pessoas caminham às cegas. Também a organização precisa saber como as pessoas desempenham suas atividades

para ter uma ideia de suas potencialidades. Assim, pessoas e organizações precisam conhecer algo a respeito de seu desempenho.

De acordo com Dessler (2003), os chefes avaliam o desempenho de seus funcionários por três razões principais: primeiro a avaliação traz informações importantes para as decisões sobre promoções e aumento de salário. Segundo, permite que chefes e funcionários desenvolvam um plano para corrigir qualquer deficiência que possa ter sido revelada por ela e também permite o reforço dos pontos positivos do desempenho dos funcionários. Finalmente, as avaliações podem ser úteis para o planejamento de carreira, pois oferecem a oportunidade de revisar os planos de carreira dos funcionários à luz das forças e fraquezas demonstradas.

Quem deve avaliar o desempenho?

Autores como Dessler (2003) e Chiavenato (2004), afirmam que a avaliação pode ser feita pela própria pessoa (autoavaliação), pelo gerente, pela pessoa e o gerente, pela equipe de trabalho, pelos parceiros ao redor (360°), para cima, pelo órgão de RH ou pela comissão de avaliação.

Autoavaliação – É o próprio indivíduo o responsável pelo seu desempenho e sua monitoração, com a ajuda do seu superior. Cada pessoa se avalia constantemente quanto à sua performance, eficiência e eficácia, tendo em vista determinados parâmetros fornecidos pelo seu superior ou pela tarefa;

O gerente – O supervisor geralmente está na melhor posição para observar e avaliar o desempenho do seu funcionário, além de ser o responsável por esse desempenho;

O indivíduo e o gerente – Nessa alternativa, o gerente funciona como o elemento de guia e orientação, enquanto o funcionário avalia seu desempenho em função da retroação fornecida pelo gerente. Um intercâmbio no qual cada um contribui com algo para obtenção de resultados;

A equipe de trabalho – Nesta modalidade, é a própria equipe de trabalho que avalia o desempenho de cada um de seus membros e programa com cada um as providências necessárias para a sua melhoria. Esse tipo de avaliação tem se tornado mais popular e podem ser efetivas;

Avaliação 360° – Com a avaliação 360°, as informações sobre o desempenho são coletadas de todas as pessoas ao redor do funcionário: seus supervisores, funcionários, colegas e clientes internos ou externos. Em geral, avaliação 360° é usada para desenvolvimento, não para aumentos salariais. O processo normal é fazer com que várias pessoas preencham pesquisas de avaliação sobre um indivíduo; sistemas computadorizados compilam os dados em relatórios individualizados que são apresentados à pessoa que está sendo avaliada. Ela pode então se reunir com seu supervisor para desenvolver um plano de autodesenvolvimento;

Avaliação para cima – Algumas empresas fazem com que os funcionários avaliem o desempenho dos seus supervisores um processo que muitos chamam de feedback ascendente. Esse feedback pode ajudar os gerentes a diagnosticar estilos de gerenciamento, identificar potenciais problemas pessoais e executar ações corretivas com determinados gerentes quando for necessário;

Comissão de avaliação – Um comitê de avaliação é geralmente composto pelo supervisor imediato do funcionário e por três ou quatro outros supervisores. O uso de múltiplos avaliadores pode ser vantajoso, pois pode anular problemas como os vieses individuais dos avaliadores. Pode ser também uma maneira de avaliar as diferentes facetas do desempenho de um funcionário observadas por diferentes avaliadores. É provavelmente por isso que as avaliações compostas tendem a serem mais confiáveis, justas e validas do que aquelas feitas por apenas um supervisor;

O órgão de RH – Nesta alternativa, o órgão de RH assume totalmente a responsabilidade pela avaliação do desempenho de todas as pessoas da organização. Quase sempre, as informações sobre o desempenho são obtidas com cada gerente e processadas e interpretadas, gerando relatórios ou programas de providências que são coordenados pelo órgão de RH.

Métodos de avaliação de desempenho

Métodos tradicionais de avaliação de desempenho

Segundo Chiavenato (2004), avaliar o desempenho de um grande número de pessoas dentro das organizações utilizando critérios de equidade e de justiça e, ao mesmo tempo, estimulando

as pessoas, não é tarefa fácil. Por esta razão, muitas organizações constroem seus próprios sistemas de avaliação ajustados às características peculiares de seu pessoal.

Método de escalas gráficas

De acordo com Dessler (2003), o método de escalas gráficas relaciona uma série de aspectos e suas respectivas escalas de desempenho. São listados os aspectos (como qualidade e confiabilidade) e uma escala de valores de desempenho (este caso, de insatisfatório a excelente) para cada aspecto. O supervisor avalia cada funcionário assinalando a classificação que melhor descreve o desempenho desde em cada aspecto. A pontuação final de todos os aspectos é então totalizada.

Segundo Chiavenato (2004), o método das escalas gráficas avalia o desempenho das pessoas através de fatores de avaliação previamente definidos e graduados. Para tanto, utiliza um formulário de dupla entrada, no qual as linhas horizontais representam os fatores e avaliação do desempenho, enquanto as colunas verticais representam os graus de variação daqueles fatores. Os fatores serão previamente selecionados e escolhidos para definir em cada pessoa as qualidades que se pretende avaliar. Cada fator é definido com uma descrição sumária, simples e objetiva. Quanto melhor esta descrição, tanto maior a precisão do fator.

Método de classificação alternativa

Para Dessler (2003), classificar os funcionários segundo um ou vários aspectos é outro método de avaliação popular. Como é geralmente mais fácil distinguir entre os piores e os melhores funcionários do que pontuá-los, o método de classificação alternada é útil. Nele, usa-se um formulário para indicar o melhor funcionário quanto ao aspecto medido e também o que é o pior, alternando entre melhor e pior até que todos os funcionários tenham sido colocados.

Método de comparação entre pares

Segundo Dessler (2003), com o método de comparação entre colegas, todos os funcionários a serem avaliados são comparados com cada um dos demais funcionários em cada aspecto. Por exemplo, suponha que haja cinco funcionários a serem classificados por esse método. Um quadro mostra todos os possíveis pares de funcionários para cada aspecto. Então, para cada

funcionário, o supervisor indica (com sinal de mais ou de menos) se ele é melhor ou pior que cada um dos demais funcionários naquele aspecto. Em seguida, soma-se o número de vezes que um funcionário foi classificado como melhor.

Método de escolha forçada

Segundo Pontes (1996), o método parte do pressuposto que deve existir, em uma empresa, uma curva normal de desempenho, isto é, alguns funcionários com desempenhos ruins, certo número de funcionários com desempenhos bons e alguns outros com desempenhos excelentes. Consiste, portanto, na distribuição dos funcionários de uma empresa nesses grupos predefinidos de desempenho.

De acordo com Chiavenato (2004), o método consiste em avaliar o desempenho das pessoas através de frases descritivas que focalizam determinados aspectos do comportamento. Cada bloco é composto de duas, quatro ou mais frases. O avaliador deve escolher forçosamente apenas uma ou duas frases de cada bloco que mais se aplicam ao desempenho do funcionário avaliado. Ou então, escolher a frase que mais representa o desempenho do funcionário e a frase que mais se distancia dele.

Método dos incidentes críticos

Segundo Dessler (2003), no método dos incidentes críticos, faz-se um registro de exemplo excepcionalmente bons ou indesejáveis dos comportamentos de trabalho de um funcionário e revisa-se esse registro com esse funcionário em períodos determinados. O método de incidentes críticos é frequentemente usado para suplementar um método de classificação. Ele garante que o supervisor pense sobre a avaliação do funcionário durante o ao todo, já que os incidentes precisam ser registrados; assim, a avaliação não reflete apenas o desempenho mais recente do funcionário. Uma lista de incidentes críticos pode também fornecer exemplos concretos do que os funcionários podem fazer especificamente para eliminar deficiências de desempenho.

Para Pontes (1996), o método dos incidentes críticos tem como pressuposto que no comportamento dos indivíduos existem certas características que podem levar a resultados

normais, muito positivos, ou muito negativos. O método não tem a preocupação de avaliar as situações normais, mas, sim, os extremos de comportamento, tantos positivos quanto negativos no trabalho. O método pressupõe observação e registro sistemático, tanto dos fatos positivos quanto dos negativos, por parte do líder, sobre o comportamento das pessoas de sua equipe, nas situações de trabalho. A finalidade é encontrar as exceções entre os membros das equipes de trabalho.

Críticas aos métodos tradicionais de avaliação

Os métodos tradicionais são burocratizados, rotineiros e repetitivos, tratando as pessoas como de forma homogênea e padronizada e, por essa razão, as empresas vêm buscando novos métodos, mais participativos e impulsionadores da avaliação.

A desburocratização nos processos de avaliação se reflete principalmente na redução de formulários e de material impresso. As avaliações vêm se tornando mais simples e descontraídas, menos formais e sem critérios complicados e genéricos impostos por um órgão centralizador e burocrático.

Os métodos modernos fazem uma nova abordagem da matéria, com maior participação do colaborador no planejamento de desenvolvimento pessoal, com foco no futuro e na melhoria contínua do desempenho.

Métodos modernos de avaliação de desempenho

Conforme Chiavenato (2004), as limitações dos métodos tradicionais de avaliação do desempenho têm levado as organizações a buscar soluções criativas e inovadoras. Estão surgindo novos métodos de avaliação do desempenho que se caracterizam por uma colocação totalmente nova do assunto: autoavaliação e auto direção das pessoas, maior participação do funcionário em seu próprio planejamento de desenvolvimento pessoal, foco no futuro e na melhoria contínua do desempenho.

Administração por objetivos (apo)

De acordo com Pontes (1996), na APO os objetivos são definidos como os alvos que os indivíduos ou as organizações procuram alcançar em um determinado período. Portanto, os objetivos podem ser individuais, departamentais ou organizacionais. Quando, as organizações, os departamentos e as pessoas têm objetivos definidos, estes contribuem para o aumento da

produtividade, qualidade dos produtos e serviços da empresa e, por outro lado, aumentam a motivação e o poder de realização dos indivíduos no trabalho.

Para Dessler (2003), o método de administração por objetivos (management by objectives) requer que o gerente estabeleça metas mensuráveis para cada funcionário e discuta periodicamente o processo deste em direção as metas. O termo APO em geral se refere a um programa de estabelecimento de metas e avaliações que abrange toda a empresa composta por seis etapas:

Estabelecer as metas da organização;

Estabelecer as metas departamentais;

Discutir as metas departamentais;

Definir resultados esperados;

Conduzir revisões de desempenho e medir os resultados;

Dar feedback.

Avaliação Participativa por Objetivos (APPO)

Ainda segundo Chiavenato (2004), na moderna concepção, a avaliação do desempenho começa não pela apreciação do passado, mas pela focalização no futuro. Ou melhor, está mais orientada para o planejamento do desempenho futuro do que para o julgamento do desempenho passado. E não fica somente nisso: procura orientar o desempenho para fins e objetivos previamente negociados e fixados cerca-lo de todos os recursos necessários para a sua adequada consecução, medi-lo com medições adequadas e comparativas e, sobretudo, procura dar-lhe consistência através de constante retroação e avaliação contínua. Tudo para assegurar um desempenho conforme as necessidades da organização e os objetivos de carreira do avaliado.

Chiavenato (2004) define seis etapas da avaliação do desempenho dentro da APPO:

- Formulação de objetivos consensuais;
- Comprometimento pessoal quanto ao alcance dos objetivos conjuntamente formulados;
- Negociação com o gerente sobre a locação dos recursos e meios necessários para o alcance

dos objetivos;

- Desempenho;
- Constante monitoração dos resultados e comparação com os objetivos formulados;
- Retroação intensiva e contínua avaliação conjunta.

Avaliação por competências

Competências são conhecimentos, habilidades e atitudes, independentes ou não entre si, que, afetando as atividades realizadas por uma pessoa ou por uma equipe, têm efeito sobre seu desempenho, podendo ser medidas por meio de padrões definidos e aperfeiçoadas por meio de treinamento e desenvolvimento.

A avaliação por competências visa ampliar a capacidade dos colaboradores, acrescentando algumas e aumentando as já existentes.

Procura identificar as competências essenciais para a eficácia profissional e as lacunas de qualificação do colaborador para a execução de suas tarefas e fornecer recursos para seu aperfeiçoamento.

Começa-se mapeando as competências para o bom desempenho das atividades e o perfil do colaborador quanto a estas competências, dividindo-as em três blocos:

Conceituais (conhecimentos - conceitos e teorias que embasam as competências técnicas – informações, conceitos, ideias, experiências);

Técnicas (habilidades - métodos e ferramentas específicas para determinada área de trabalho – saber fazer);

Interpessoais (atitudes – formas de agir e valores pessoais que permitem que as pessoas se comuniquem e interajam de forma eficaz).

Baseia-se observar que, dependendo de sua abrangência, as competências podem ser classificadas de várias outras formas. Exemplos:



Escopo

Definição

Implementar um sistema de avaliação de desempenho que envolva toda a organização e que consiga mensurar o impacto do desempenho individual na qualidade da assistência, englobando indicadores assistenciais complementares aos propostos para o contrato de gestão e possibilitando estabelecer parâmetros para melhoria contínua da gestão.

Método a ser aplicado

Os programas de avaliação de desempenho vêm, nos últimos tempos, sendo objeto de inúmeros aperfeiçoamentos, convivendo hoje nas organizações alguns modelos bastante tradicionais com outros mais evoluídos.

Para melhor atender a complexidade de uma unidade de saúde e ao mesmo tempo ter um alinhamento estratégico com os indicadores assistenciais definidos para o contrato de gestão, utilizaremos um modelo híbrido que engloba os métodos de Administração por Objetivos e Avaliação por Competências.

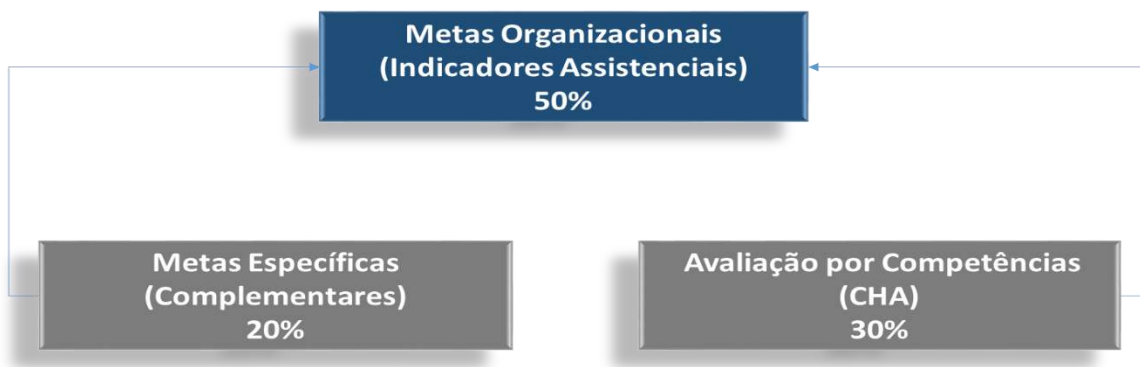
No método de Administração por Objetivos as macros metas / organizacionais são estabelecidas para toda a organização antecipadamente, a exemplo das metas definidas no contrato de gestão e disseminadas para todas áreas da empresa.

Entretanto, consideramos de vital importância avaliar também as Competências, ou seja, Conhecimentos, Habilidades e Atitudes (CHA) de cada indivíduo, que impactam no desempenho da equipe / departamento e, conseqüentemente, nas macros metas / organizacionais.

Metas do contrato de gestão x avaliação de desempenho

Composição das metas para avaliação de desempenho

Na avaliação de desempenho as metas estarão divididas em três blocos, com pesos / impactos diferentes para composição do resultado final da avaliação de desempenho, conforme abaixo:



Metas Organizacionais (Peso 50%): É o conjunto de metas definidas para os indicadores assistenciais estabelecidos no contrato de gestão.

Metas Específicas (Peso 20%): É conjunto de metas complementares que são diretamente impactadas por uma função, equipe específica ou equipe multidisciplinar.

Avaliação de Competências - CHA (Peso 30%): são conhecimentos, habilidades e atitudes fundamentais para alcance das metas organizacionais e específicas, fazendo uso de escalas gráficas. No entanto, as competências não serão agrupadas nos três grupos CHA, mas sim em áreas de competência, tanto quanto possíveis independentes entre si.

Isso vai possibilitar a identificação de pontos a serem fortalecidos para melhora do desempenho individual e é de simples e rápida implementação. Além disso, poderá ser avaliado também o potencial de evolução de cada colaborador, gestor ou não, ou seja, sua capacidade para assumir maiores responsabilidades a curto, médio e longo prazo.

Indicadores e metas estabelecidas para o contrato de gestão:

Parte variável 01 - incentivo institucional à gestão junto à RUE;

Parte variável 02 - incentivo Institucional à unidade de saúde;

Parte variável 03 - incentivo à equipe de saúde.

Este componente da variável 3 é objeto deste processo ora apresentado, onde o recurso pago trimestralmente, dentro desta rubrica, após aferição por parte da CTA e SMS deverão ser distribuídos à equipe técnica da Unidade conforme plano de aplicação elaborado pela SMS.

Os recursos, visam o repasse como **incentivo a performance** da equipe assistencial. Com o objetivo de qualificar os processos assistenciais, tendo como base as premissas dispostas no presente edital. O IEC se compromete com o cumprimento dos indicadores relacionados e seguirá o pré-estabelecido no presente edital.

Ao receber a parte variável o IEC elaborará um Plano para a Aplicação da Variável, a ser submetido à Secretaria Municipal de Saúde para validação. Caberá a Comissão Técnica de Avaliação – CTA aprovar o Plano de Aplicação da variável, garantindo assim a destinação orçamentária para o valor em questão.

A seguir o quadro com os indicadores que serão monitorados na Variável 3.

VARIÁVEL 03 – INCENTIVO À EQUIPE

	INDICADOR	FÓRMULA	Fonte	META	% a incidir sobre a variável 03	% a incidir sobre o total do contrato
1	Índice de Queda	$\frac{\text{Número de quedas}}{\text{Número de pacientes-dia}} \times 1000$	PEP	$\leq 5 / 1000$ pacientes dia	25%	0,50%
2	Índice de questionários preenchidos	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Questionários preenchidos}}{\text{Total}}$	Relatório	$\geq 30\%$	8%	0,16%

	pelos pacientes em observação.	de pacientes em observação x 100				
3	Percentual de usuários Satisfeitos / Muito Satisfeitos.	Nº de Conceitos satisfeito e muito satisfeito x Total de Respostas efetivas x 100	Relatório	>85%	8%	0,16%
4	Índice de Indicação	Número de pacientes entrevistados que indicariam a unidade para algum familiar/ Total de pacientes entrevistados x 100	Pesquisa de Satisfação - Ouvidoria	>85%	9%	0,18%
					100%	2,00%

Indicadores da avaliação de competência

Descrição dos indicadores de competência – gestores

A	Capacidade de gestão	
A 1	Capacidade de Mobilização	Mobiliza, envolve e compromete seus colaboradores, visando a realização dos objetivos e metas definidas e estimulando a equipe a valorizar o que faz.
A 2	Delegação / Feedback	Delega e compartilha responsabilidades, tarefas e decisões. Exerce o feedback, praticando o elogio e a crítica, reconhecendo e compartilhando resultados com a equipe.
A 3	Monitoramento	Interpreta e repassa informações recebidas, com agilidade, confiabilidade e clareza. Comunica-se com a equipe, visando monitorar seu desempenho e atingir os objetivos pretendidos. Mantém a equipe a par de problemas que possam afetar os processos da área e de suas consequências, estimulando a proposição de sugestões para solução dos mesmos.
A 4	Visão Estratégica	Influencia estratégias e viabiliza sua aplicação, considerando as tendências dos ambientes interno e externo e as expectativas dos públicos envolvidos. Antecipa e gerencia riscos e oportunidades.
A 5	Desenvolvimento / Formação de Sucessores	Auxilia os colaboradores no desenvolvimento dos seus potenciais, gera um clima organizacional favorável ao desenvolvimento e desempenho dos profissionais e forma sucessores.
A 6	Tratamento de Conflitos	Trata conflitos, ouvindo, avaliando e decidindo com imparcialidade, dando espaço para a equipe discordar e influenciar em decisões e processos.

B Preparo e qualificação		
B1	Capacidade de Orientação	Conhece as atividades e processos da área, assegurando corretas orientações para a sua equipe. Facilita a introdução de novas tarefas ou processos, esclarecendo dúvidas. Acompanha os trabalhos, intervindo quando necessário, explicando detalhes e orientando sobre o solicitado.
B2	Planejamento	Estrutura e sistematiza processos visando o planejamento, acompanhamento e organização das atividades e do ambiente de trabalho para melhor utilização dos recursos.
B3	Comunicação	Escuta atentamente e expressa suas ideias, verbalmente e por escrito, usando uma linguagem clara e objetiva e certificando-se do entendimento das mensagens transmitidas ou recebidas. Adota o meio de comunicação adequado ao conteúdo e contexto da informação.
B4	Capacidade de Negociação	Negocia com habilidade com fornecedores, prestadores de serviços e usuários, observando regras, acordos e contratos.
B5	Geração de Conhecimento	Busca, sistematiza, registra e dissemina o conhecimento, de modo a transformá-lo em vantagem para a entidade.
B6	Autodesenvolvimento	Procura evoluir pessoal, profissional e intelectualmente, buscando aperfeiçoamento e atualização contínua de seus conhecimentos.

C Capacidade de trabalho em equipe		
C1	Interação	Interage e mantém bom relacionamento com seus pares, superiores e outras equipes, contribuindo para o trabalho das outras áreas. Atende ao cliente interno e externo, de forma prestativa, segura e com competência técnica, dando resposta aos seus pedidos e sugestões, de modo a valorizar o relacionamento.
C2	Interlocução	Expressa-se de maneira clara e objetiva, ouve os outros e dá respostas consistentes e educadas. Escuta e transmite ideias de forma efetiva, utilizando procedimentos formais e informais e proporcionando dados concretos para apoiar observações e conclusões.
C3	Cooperação	Coopera no compartilhamento de ideias, atividades e soluções com os membros da equipe e das demais áreas. Põe-se à disposição espontaneamente para executar outros serviços e auxiliar colegas, de acordo com as necessidades e possibilidades.
C4	Motivação	Demonstra capacidade de motivar seus colegas e colaboradores.

D Compromisso com resultados		
D1	Orientação para Eficiência e Eficácia	Concretiza com eficácia e eficiência os objetivos de seu trabalho, cumprindo as tarefas que lhe são atribuídas com qualidade, sem erros e nos prazos estipulados. Preocupa-se com os custos e atua para o uso racional dos recursos da entidade, atendendo ao padrão final de qualidade, sem desperdícios de material e nos prazos pactuados.
D2	Foco em Objetivos e Metas	Estabelece prioridades, organiza as atividades e as executa adequadamente, de forma metódica e no prazo previsto, para assegurar os objetivos. Define indicadores (prazos, informações, qualidade), objetivos e metas para os processos em que atua e/ou que dependem de sua ação gerencial, com o objetivo de alcançar os resultados esperados.
D3	Capacidade Analítica	Faz apreciações minuciosas, com discernimento e critério. Tem senso crítico e ponderação, reconhecendo as variáveis envolvidas, as ameaças e aproveitando as oportunidades que repercutem na efetividade do negócio. Elabora soluções e toma decisões considerando as variáveis e os riscos inerentes. Identifica causas de problemas existentes e potenciais para ação preventiva.
D4	Busca de Orientação	Busca orientação para solucionar problemas/dúvidas do dia-a-dia diante de situações imprevistas.
D5	Foco em Superação	Esforça-se sempre para superar os resultados estabelecidos previamente, levando em consideração recursos, prazos, custos e qualidade.

E Visão institucional		
E1	Interesse pela Instituição	Procura conhecer a estrutura e funcionamento da entidade e os principais produtos e serviços por ela oferecidos. Compreende seu papel nos processos da entidade e tem uma visão global da dinâmica organizacional e das relações entre os processos. Conhece os impactos de seu trabalho nas atividades dos outros colegas/áreas.
E2	Compromisso com Valores	Compromete-se com os valores e princípios da entidade e com sua disseminação.
E3	Visão dos Clientes	Identifica e compreende as necessidades dos clientes e suas expectativas com relação à qualidade dos produtos e serviços da entidade. Busca alternativas para atender participantes e outras partes interessadas, sempre observando as leis, contratos e regulamentos pertinentes.
E4	Articulação	Articula-se com a equipe e promove a melhoria do relacionamento profissional com as outras áreas, buscando parcerias internas e externas para solução de problemas e consecução dos objetivos da entidade.
E5	Normas	Demonstra conhecimento das normas e procedimentos da entidade e compreende a importância de seu cumprimento e atua nesse sentido.

F			Características comportamentais		
F1	Equilíbrio	Realiza seu trabalho de forma equilibrada e convive bem com adversidades, pressões, imprevistos, obstáculos e conflitos. Recebe bem críticas e as trata adequadamente, admitindo erros sem "caçar culpados", apresentando baixo índice de desculpas ou pretextos.			
F2	Relacionamento Interpessoal	Trata a todos com respeito, simpatia, presteza e educação, independentemente da hierarquia e do público, buscando um clima de harmonia, confiança e cooperação. Demonstra paciência e capacidade de conviver com diferenças (ritmo, estilo, pensamentos, etc). Tem habilidade para dizer "o que precisa ser dito".			
F3	Iniciativa	Antecipa-se, tirando proveito de oportunidades e não deixando acontecer falhas que possam ser evitadas. Demonstra iniciativa diante de imprevistos e pressões.			
F4	Automotivação	Demonstra capacidade de automotivação e apresenta energia para implantação de mudanças.			
F5	Inovação	Está aberto às inovações e melhores práticas do mercado, visando implementar novas técnicas e procedimentos em sua área. Propõe ideias e soluções inovadoras e possíveis de executar e administra eventuais dificuldade para sua implantação.			
F6	Empatia	Consegue colocar-se no lugar do outro para compreendê-lo sob o ponto de vista dele.			
F7	Discrição	Trata com confidencialidade os dados da entidade.			

ÁREA DECOMPETÊNCIA	Capacidade de gestão	Preparo e qualificação	Capacidade de trabalho em equipe	Compromisso com resultados	Visão institucional	Características comportamentais
INDICADORES DE COMPETÊNCIA	Capacidade de Mobilização	Capacidade de Orientação	Interação	Orientação para Eficiência e Eficácia	Interesse pela Instituição	Equilíbrio
	Delegação / Feedback	Planejamento	Interlocução	Foco em Objetivos e Metas	Compromisso com Valores	Relacionamento Interpessoal
	Monitoramento	Comunicação	Cooperação	Capacidade Analítica	Visão dos Clientes	Iniciativa
	Visão Estratégica	Capacidade de Negociação	Motivação	Busca de Orientação	Articulação	Automotivação
	Desenvolvimento / Formação de Sucessores	Geração de Conhecimento		Foco em Superação	Normas	Inovação
	Tratamento de Conflitos	Autodesenvolvimento				Empatia

Descrição dos indicadores de competência – não gestores



B		
Preparo e qualificação		
B 1	Conhecimento Técnico	Detém os conhecimentos, habilidades e experiência necessários às suas atividades, aplicando recursos teóricos e práticos para sua realização. Expressa autoconfiança nas informações, atividades e serviços prestados sob a sua responsabilidade.
B 2	Capacidade Analítica	Identifica, interpreta e avalia diferentes tipos de dados, relacionando-os de forma lógica e com sentido crítico. Sabe como avaliar a qualidade dos registros internos.
B 3	Organização	Planeja e organiza adequadamente suas tarefas, materiais, documentos e outros que utiliza para realização de seu trabalho.
B 4	Comunicação	Escuta atentamente e expressa suas ideias, verbalmente e por escrito, usando uma linguagem clara e objetiva e certificando-se do entendimento das mensagens transmitidas ou recebidas. Adota o meio de comunicação adequado ao conteúdo e contexto da informação.
B 5	Capacidade de Negociação	Negocia com habilidade com fornecedores, prestadores de serviços e usuários, observando regras, acordos e contratos.
B 6	Introdução de Novas Práticas	Executa atividades de forma crítica, sugere e implanta novas práticas de trabalho visando a melhoria das atividades e processos.
B 7	Geração de Conhecimento	Busca, sistematiza, registra e dissemina o conhecimento, de modo a transformá-lo em vantagem para a entidade.
B 8	Autodesenvolvimento	Procura evoluir pessoal, profissional e intelectualmente, buscando aperfeiçoamento e atualização contínua de seus conhecimentos.

C		
Capacidade de trabalho em equipe		
C 1	Interação	Interage e mantém bom relacionamento com seus pares, superiores e outras equipes, contribuindo para o trabalho das outras áreas. Atende aos clientes interno e externo, de forma prestativa, segura e com competência técnica, dando resposta aos seus pedidos e sugestões, de modo a valorizar o relacionamento.
C 2	Interlocução	Expressa-se de maneira clara e objetiva, ouve os outros e dá respostas consistentes e educadas. Escuta e transmite ideias de forma efetiva, utilizando procedimentos formais e informais e proporcionando dados concretos para apoiar observações e conclusões.
C 3	Cooperação	Coopera no compartilhamento de ideias, atividades e soluções com os membros da equipe e das demais áreas. Põe-se à disposição espontaneamente para executar outros serviços e auxiliar colegas, de acordo com as necessidades e possibilidades.
C 4	Motivação	Demonstra capacidade de motivar seus colegas e colaboradores.

D		
Compromisso com resultados		
D 1	Orientação para Eficiência e Eficácia	Concretiza com eficácia e eficiência os objetivos de seu trabalho, cumprindo as tarefas que lhe são atribuídas com qualidade, sem erros e nos prazos estipulados. Preocupa-se com os custos e atua para o uso racional dos recursos da entidade, atendendo ao padrão final de qualidade, sem desperdícios de material e nos prazos pactuados.
D 2	Busca de Orientação	Busca orientação para solucionar problemas/dúvidas do dia-a-dia diante de situações imprevistas.
D 3	Foco em Superação	Esforça-se sempre para superar os resultados estabelecidos previamente, levando em consideração recursos, prazos, custos e qualidade.

E		
Visão institucional		
E 1	Interesse pela Instituição	Procura conhecer a estrutura e funcionamento da entidade e os principais produtos e serviços por ela oferecidos. Compreende seu papel nos processos da entidade e tem uma visão global da dinâmica organizacional e das relações entre os processos. Conhece os impactos de seu trabalho nas atividades dos outros colegas/áreas.
E 2	Compromisso com Valores	Compromete-se com os valores e princípios da entidade e com sua disseminação.
E 3	Visão dos Clientes	Identifica e compreende as necessidades dos clientes e suas expectativas com relação à qualidade dos produtos e serviços da entidade. Busca alternativas para atender participantes e outras partes interessadas, sempre observando as leis, contratos e regulamentos pertinentes.
E 4	Articulação	Articula-se com a equipe e promove a melhoria do relacionamento profissional com as outras áreas, buscando parcerias internas e externas para solução de problemas e consecução dos objetivos da entidade.

F	Características comportamentais	
F 1	Equilíbrio	Realiza seu trabalho de forma equilibrada e convive bem com adversidades, pressões, imprevistos, obstáculos e conflitos. Recebe bem críticas e as trata adequadamente, admitindo erros sem "caçar culpados", apresentando baixo índice de desculpas ou pretextos.
F 2	Relacionamento Interpessoal	Trata a todos com respeito, simpatia, presteza e educação, independentemente da hierarquia e do público, buscando um clima de harmonia, confiança e cooperação. Demonstra paciência e capacidade de conviver com diferenças (ritmo, estilo, pensamentos, etc). Tem habilidade para dizer "o que precisa ser dito".
F 3	Iniciativa	Antecipa-se, tirando proveito de oportunidades e não deixando acontecer falhas que possam ser evitadas. Demonstra iniciativa diante de imprevistos e pressões.
F 4	Automotivação	Demonstra capacidade de automotivação e apresenta energia para implantação de mudanças.
F 5	Empatia	Consegue colocar-se no lugar do outro para compreendê-lo sob o ponto de vista dele.
F 6	Discrição	Trata com confidencialidade os dados da entidade.
F 7	Disciplina	Apresenta-se em seu local de trabalho no horário. Cumpre as normas da entidade e os compromissos de trabalho (reuniões, treinamentos, etc). Zela pelos bens da entidade.
F 8	Capacidade de Concentração	Mantém, durante o tempo necessário, a atenção focada nos processos e nos assuntos que estão sendo tratados.

ÁREA DE COMPETÊNCIA	Preparo e qualificação	Capacidade de trabalho em equipe	Compromisso com resultados	Visão institucional	Características comportamentais
INDICADORES DE COMPETÊNCIA	Conhecimento Técnico	Interação	Orientação para Eficiência e Eficácia	Interesse pela Instituição	Equilíbrio
	Capacidade Analítica	Interlocução	Busca de Orientação	Compromisso com Valores	Relacionamento Interpessoal
	Organização	Cooperação	Foco em Superação	Visão dos Clientes	Iniciativa
	Comunicação	Motivação		Articulação	Automotivação
	Capacidade de Negociação				Empatia
	Introdução de Novas Práticas				Discrição
	Geração de Conhecimento				Disciplina
	Autodesenvolvimento				Capacidade de Concentração

Níveis de escala da avaliação de desempenho

ACIMA DE	NÍVEL	
9	Excelente	Excelente (9 a 10) - Supera as expectativas quanto ao padrão esperado de desempenho definido para a competência. Excede ao padrão esperado, demonstrando desempenho além das expectativas. Agrega melhorias e resultados visíveis, reconhecidos e confirmados no âmbito da entidade.
7	Bom	Bom (7 a 8) - Atende às expectativas quanto ao padrão esperado de desempenho definido para a competência avaliada. Alcança o padrão esperado, demonstrando resultado de desempenho plenamente satisfatório. Na maioria das vezes o gestor apenas valida o atendimento da competência em relação ao padrão.
5	Regular	Regular (5 a 6) - Atende parcialmente às expectativas quanto ao padrão esperado de desempenho definido para a competência avaliada. O desempenho alterna entre atendimento e não atendimento. Precisa melhorar o desempenho. Necessita de interferência do gestor com alguma frequência.
0	Insatisfatório	Insatisfatório (1 a 4) - Não atende ou atende minimamente às expectativas quanto ao padrão esperado de desempenho, definido para a competência avaliada. Precisa desenvolver-se total ou quase que totalmente na competência. Necessita de interferência permanente do gestor.

AVALIAÇÃO	NÍVEL	DESCRIÇÃO
1	Insatisfatório	Não atende às expectativas de desempenho. As evidências são claras sobre o não atendimento aos indicadores avaliados. Apresenta total desinteresse em melhorar a competência avaliada.
2	Insatisfatório	Muito abaixo das expectativas de desempenho. São raras as evidências de atendimento aos indicadores avaliados. Apresenta muito pouco interesse para melhorar a competência avaliada.
3	Insatisfatório	Abaixo das expectativas de desempenho. Há poucas evidências de atendimento aos indicadores avaliados. Apresenta pouco interesse para melhorar a competência avaliada.
4	Insatisfatório	Ainda abaixo das expectativas de desempenho. As evidências de atendimento aos indicadores ainda são insuficientes. Apresenta algum interesse e empenho para melhorar a competência avaliada. O desempenho oscila entre Insatisfatório e Regular.
5	Regular	Demonstra resultado de desempenho abaixo do esperado. As evidências de atendimento aos indicadores avaliados deixam a desejar. Apresenta pouco empenho para desenvolver-se na competência.
6	Regular	Demonstra resultado de desempenho parcialmente satisfatório. As evidências de atendimento aos indicadores avaliados, ora apresentam-se conforme esperado, ora deixam a desejar. Apresenta empenho para desenvolver-se na competência. O desempenho oscila entre Regular e Bom.
7	Bom	Demonstra resultado de desempenho satisfatório. Faz normalmente o que se espera. As evidências de atendimento aos indicadores avaliados revelam alcance das expectativas quanto ao padrão esperado de desempenho.
8	Bom	Demonstra resultado de desempenho plenamente satisfatório. Faz sempre o que se espera. As evidências são claras e objetivas e confirmam o atendimento pleno às expectativas quanto ao padrão esperado de desempenho para os indicadores avaliados, cujo empenho indica possibilidade de mover-se para o nível seguinte. Por vezes realiza mais do que se espera. O desempenho oscila entre Bom e Excelente.
9	Excelente	Demonstra resultado de desempenho acima do esperado. Faz normalmente mais do que se espera. Há evidências claras e objetivas de que excede às expectativas quanto ao padrão esperado de desempenho para os indicadores avaliados. Revela uma ótima qualidade de desempenho nos resultados apresentados.
10	Excelente	Demonstra resultado de desempenho muito acima do esperado. Faz sempre mais do que se espera. Há evidências claras e objetivas de que supera constantemente e consistentemente as expectativas quanto ao padrão esperado de desempenho para os indicadores avaliados. Desempenho especialmente relevante. Revela uma excelente qualidade de desempenho nos resultados apresentados e potencial para assunção de novas responsabilidades e novos desafios.

Desempenho geral e orientação

A matriz de orientação será apresentada no Comitê Gestor pelo RH, para apoiar a diretoria nas tomadas de decisões sobre investimentos da variável 3 e outras ações necessárias.

Matriz de orientação

Potencial de evolução	Alto	Verificar Outras Atividades	Aumentar Desafios	Verificar Nova Posição
	Médio	Verificar Outras Atividades	Desenvolver (Treinamento)	Aumentar Desafios
	Baixo	Colocar em Observação	Desenvolver (Treinamento)	Desenvolver (Treinamento)
		Baixo	Médio	Alto
Desempenho na competência				

Potencial de evolução	C	3	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10
	B	2	B1	B2	B3	B4	B5	B6	B7	B8	B9	B10
	A	1	A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7	A8	A9	A10
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Desempenho na competência

Orientação

ID	ORIENTAÇÃO	ID	ORIENTAÇÃO
A1	Colocar em Observação	B6	Desenvolver(Treinamento)
A2	Colocar em Observação	B7	Desenvolver(Treinamento)
A3	Colocar em Observação	B8	AumentarDesafios
A4	Desenvolver(Treinamento)	B9	AumentarDesafios
A5	Desenvolver(Treinamento)	B10	AumentarDesafios
A6	Desenvolver(Treinamento)	C1	Verificar Outras Atividades
A7	Desenvolver(Treinamento)	C2	Verificar Outras Atividades
A8	Desenvolver(Treinamento)	C3	Verificar Outras Atividades
A9	Desenvolver(Treinamento)	C4	AumentarDesafios
A10	Desenvolver(Treinamento)	C5	AumentarDesafios
B1	Verificar Outras Atividades	C6	AumentarDesafios
B2	Verificar Outras Atividades	C7	AumentarDesafios
B3	Verificar Outras Atividades	C8	Verificar NovaPosição
B4	Desenvolver(Treinamento)	C9	Verificar NovaPosição
B5	Desenvolver(Treinamento)	C10	Verificar NovaPosição

Quem avalia?

A avaliação será realizada pelo colaborador e seu gestor, posteriormente apreciada pela Gerência / Diretoria da área, tudo com o apoio do órgão de RH.

Ao final de todas avaliações realizadas, será apresentada pelo RH no Comitê Gestor um painel comparativo de todas avaliações para definição de plano de investimento da Variável 3 e

correção de eventuais distorções.

Quem participará da avaliação?

Funcionários com 6 ou mais meses de empresa

Não poderão participar:

Funcionários com mais de 6 meses de afastamento no período.

Funcionários em aviso prévio no período da avaliação

Cronograma / etapas da avaliação

- a. O primeiro ciclo de avaliações terá a duração de 6 meses e suas etapas sejam conduzidas pela área de recursos humanos.
- b. Nos primeiros 3 meses será feito um “Pit Stop” para que o acompanhamento do desempenho de cada funcionário pelo seu gestor seja contínuo ao longo do tempo. Deve-se realizar uma reunião formal entre cada funcionário e seu gestor para analisar o desempenho observado e identificar a necessidade de medidas corretivas (reunião de feedback). O resultado de cada uma dessas reuniões será objeto de registro em formulário de avaliação.
- c. No final dos 6 meses o funcionário, gestor ou não, irá realizar, uma autoavaliação, tendo como foco as competências definidas.
- d. Também a cada 6 meses, o gestor deve preencher as avaliações de competência relativas a seus subordinados. Para tanto, deve analisar, previamente, a ficha de autoavaliação preenchida pelo funcionário. Logo após, fará uma reunião de feedback com cada avaliado para finalizar essa fase do processo.
- e. Após a etapa acima, os gestores discutirão com a Diretoria as avaliações de seus subordinados (autoavaliação x avaliação feita pelo gestor).
- f. Concluída esta fase os resultados serão consolidados pelo RH, para apresentação do painel de desempenho, a matriz de orientação e a orientação para cada funcionário avaliado, no comitê Gestor, que fará a análise final dos resultados e definirá o plano de ação da variável 3, de acordo com os resultados alcançados. Serão discutidos também as oportunidades de melhoria a serem implementadas no próximo ciclo e necessidades de desenvolvimento.

g. Divulgação dos resultados: Será de responsabilidade de cada diretoria a divulgação dos resultados finais e feedbacks em sua área.

Plano de Desenvolvimento e Capacitação

A área de Educação Permanente do IEC, tem por finalidade promover a melhoria da qualidade da assistência, buscando oportunidades de ensino, mediante o desenvolvimento dos profissionais do corpo assistencial.

A importância da educação permanente do profissional no local de trabalho facilitará a transformação do potencial em comportamento e atitudes objetivas, através, de constantes reciclagens e atualizações, gerando melhorias e otimizando os resultados da assistência e todas as demais áreas.

A Educação Permanente é o componente essencial dos programas de formação e desenvolvimento de recursos humanos das instituições. O desenvolvimento da equipe de saúde é um dos fatores que deve assegurar a qualidade do atendimento ao usuário e a sobrevivência da unidade de saúde neste cenário de mudanças e competitividade.

A garantia da qualidade dos serviços prestados se dá através de programas de capacitação bem organizados com monitorização e avaliação dos resultados dos cuidados, com declínio de riscos através da padronização do processo e equipes adequadamente treinadas.

Desta forma percebemos a necessidade de incorporar na prática o eixo pedagógico que se trata de uma mudança paradigmática, no sentido de perceber o trabalhador na sua totalidade, compreendendo que este necessita estar continuamente em processo de crescimento pessoal e profissional, elaborando um diagnóstico do perfil da sua práxis. A busca pelo aprimoramento daqueles que trabalham nas unidades de saúde dar-se-á não apenas pela oferta de educação continuada, mas também pela oportunidade dos profissionais sentirem-se agentes do seu próprio aprendizado.

Proporcionar o desenvolvimento pessoal e profissional da equipe, ampliando seus conhecimentos e habilidades técnicas, através de um cronograma de treinamentos teóricos e

práticos, bem como selecionar e capacitar pessoas para atender e levar ao paciente a assistência de qualidade.

Estruturar um serviço que atenda às necessidades dos profissionais da assistência.

Conscientizar da importância do desenvolvimento prático, qualificando e capacitando profissionais buscando reter talentos para a empresa.

Desta forma, percebendo a necessidade de incorporar na prática o eixo pedagógico que se trata de uma mudança paradigmática, o responsável de cada setor se encarregará de levantar as necessidades de treinamentos buscando abranger os seguintes critérios:

- Rotinas de trabalho relacionadas ao setor e rotinas sistêmicas, que serão aplicáveis a toda organização;
- Demandas identificadas nas Avaliações de Desempenho de cada colaborador;
- Comportamentais;
- Treinamentos obrigatórios por Lei;
- Melhoria de processos referentes os indicadores de resultado, relatos de não conformidade, pesquisa de satisfação do cliente interno e pesquisa de clima.

No modelo de Gestão IEC, a educação é fundamentada pela prática, através de estágios curriculares, visitas técnicas, pós-graduação, estarão em constante atualização, seja através de literatura especializada, problematização em serviço, ensino à distância, participação em congressos e outros eventos relacionados. Mantendo os colaboradores atualizados, os profissionais deverão estudar a aplicabilidade dos novos conceitos ou tecnologias no âmbito da saúde hospitalar e coletiva.

Neste contexto, propomos um Setor de Educação Permanente, especificamente para promover ensino, pesquisa e atividade de extensão.

A qualificação do cuidado e a ampliação do acesso estão entre os principais temas trabalhados pelo IEC. Pensando na qualificação dos profissionais e dos processos de trabalho e do cuidado em saúde, propomos a realização de atividades formativas para discussão de temas relevantes

ao Sistema Único de Saúde e ao município, listados a seguir:

Acolhimento e Humanização: Política Nacional de Humanização e integralidade no cuidado à saúde. Esta atividade visa ampliar o acesso aos serviços de saúde, qualificando o acolhimento realizado pelas equipes, principalmente para os profissionais que atuam na recepção e triagem, fortalecendo, assim, o vínculo usuário-serviço-trabalhador;

Acidentes com perfurocortantes: prevenção de acidentes com perfurocortantes, reforçando as diretrizes treinamento da NR32;

DSTs: protocolos de atendimento, diagnóstico e testes rápidos, acompanhamento e encaminhamento na rede;

ABC de Feridas: Definição, tipos, classificação, causas, diagnóstico, tratamento, infecção, processo fisiológico de cicatrização e cuidado de enfermagem, aspectos fundamentais que norteiam os curativos, além de tipos e técnicas para realização dos mesmos em seus aspectos teórico-prático.

Classificação de risco segundo Protocolo de Manchester. Esta atividade visa qualificar o atendimento na Emergência, diminuindo o tempo de espera para atendimento, bem como a orientação do usuário;

Protocolos clínicos do atendimento de urgência e emergência (identificação de sintomas clínicos, atendimento e encaminhamento na rede): AVC, dor torácica, IAM e politrauma;

Protocolos clínicos de atendimento: infecção de vias aéreas superiores, infecção de trato urinário, isolamento e infecção hospitalar, passagem de sonda, úlcera por pressão, prevenção de queda e percepção de riscos;

Protocolos, fluxos e rotinas: comunicação de óbito, alta hospitalar, registro e organização do prontuário;

Indicadores de saúde e faturamento;

Lavagem de mãos: campanha de conscientização para o correto procedimento de lavagem de mãos. Essa atividade visa atuar no controle de infecção hospitalar;

Assistência farmacêutica: Uso de medicamentos específicos (antibióticoterapia), fluxos de

medicamentos não atendidos pela REMUME, medicamentos com condições específicas de prescrição e dispensa.

A avaliação da eficácia dos treinamentos e capacitações deverá ser realizada pela liderança do colaborador que participou do evento. Objetiva verificar a aplicação dos conteúdos apreendidos. Trata-se de averiguar até que ponto o treinamento produziu as modificações desejadas e se os resultados obtidos contribuíram efetivamente para os objetivos do IEC.

Para efeito de análise, deverão ser considerados:

- Avaliações do aprendizado;
- Avaliação de satisfação;
- Produtividade alcançada antes e depois;
- Resultado da avaliação de desempenho;
- Clima de trabalho;
- Relacionamento interpessoal;
- Aplicação dos conhecimentos obtidos.

Premissas metodológicas do programa

O processo de mudança organizacional é estruturado na educação construtivista, na consultoria de procedimentos, nos valores individuais e na convergência dos objetivos.

A Alta administração – Diretor, Gerência, Coordenação, Corpo Clínico devem estar cientes e comprometidas com a proposta, cedendo um tempo para isto, tendo vontade para promover mudança e se responsabilizem por todo o processo, sendo este um fator crítico de sucesso.

O aprendizado é baseado na experiência e não só em conhecimentos intelectualizados; As atividades serão orientadas para a ação dentro da Organização, tendo o coordenador como um facilitador do processo e a organização como o sujeito das ações, ou seja, vivenciamos os

métodos e ferramentas e as pessoas da organização praticam e concretizam as ações de mudanças. Há ênfase em mudar atitudes e comportamentos.

Objetivo geral

- Capacitar todas as forças produtivas para o desenvolvimento de um processo planejado de mudanças organizacionais, envolvendo gestão estratégica, humanização do atendimento, gestão do ambiente e processos.
- Anualmente o IEC realizará o Levantamento das Necessidades de Treinamento a fim de elaborar o Plano de Desenvolvimento de Pessoas (PDP), que se define pelo conjunto de programas de treinamento planejados para o decorrer do ano, com custos e com cronograma da realização das atividades.

Objetivos específicos

- Contribuir ativamente para a modernização e desenvolvimento do setor saúde;
- Proporcionar o desenvolvimento científico, gerencial, técnico e emocional dos profissionais;
- Contribuir para a oferta de serviços eficazes, capazes de satisfazer as reais necessidades dos pacientes;
- Identificar, compreender e facilitar os processos e fatores críticos presentes na relação entre profissionais e administração;
- Refletir sobre os fatores intra e interpessoais que afetam as relações humanas;
- Desenvolver um sistema de gestão do ambiente que promova o bem-estar, a segurança e satisfação dos usuários;
- Desenvolver um sistema de gestão de processos com vistas à melhoria contínua;

Estrutura Necessária

O programa de educação permanente contará com uma área dedicada ao Ensino e pesquisa e contará com apoio de um comitê científico constituído por todos os gerentes e responsáveis de serviço que fazem parte da nossa equipe. Este Núcleo será responsável por todo o Programa de Educação Permanente.

Perfil técnico da liderança em educação permanente

- Experiência e Domínio em métodos de Gestão pela Qualidade;
- Domínio ferramentas de qualidade, Ciclo de Aprendizagem e condução de reuniões;
- Habilidade e conhecimento científico/técnico na aplicação de diversos modelos de intervenção, conforme as fases e os ciclos da organização e do indivíduo;
- Conhecimento e prática na aplicação de dinâmicas e técnicas vivenciais de grupo;
- Habilidades para lidar com estratégias e atitudes comportamentais e com os conflitos existentes entre grupos x organização;
- Conhecimento científico e técnico em modelos de intervenção de educação construtivista;
- Habilidade interpessoal e experiência na resolução de conflitos e métodos de tomadas de decisão.

Dinâmica Inicial de trabalho

De acordo com a metodologia sugerida, a liderança em questão seguirá os passos:

- Entrevista com Diretoria Geral e Gerência operacional e administrativa de cada lote.
- Entrevista com os Coordenadores e demais profissionais do hospital.
- Visita in loco, às instalações da unidade, visando observar a estrutura física, os processos de trabalho, e a cultura organizacional.
- Reunião para apresentação das percepções levantadas pela liderança em Educação permanente durante o processo de diagnóstico.

Levantamento de Necessidades de Treinamento

O processo de levantamento de necessidades resultará em um conjunto de informações relativas ao treinamento e desenvolvimento de pessoal, tais como:

- Justificativa das necessidades;
- Pessoas envolvidas no processo;
- Tipos de ações possíveis;
- Prioridade de atendimento;
- Sugestões de instituições patrocinadoras do evento;
- Matriz de Competências, Perfil ocupacional de entrada x Qualificação Profissional: Síntese das responsabilidades, escolaridade, experiência, conhecimentos básicos, habilidades e requisitos desejáveis para o ocupante do cargo e a qualificação de cada colaborador neste perfil;

Diagnóstico: Análise das causas de déficits de desempenho ou da diferença entre o nível real e o nível desejado das competências profissionais dos colaboradores do IEC. O diagnóstico irá abranger dois níveis:

- I. Organizacional – Análise em nível macro organizacional das necessidades de treinamento, voltado ao atendimento dos objetivos estratégicos;
- II. Individual e de Equipe – Voltado para o estabelecimento das competências necessárias para cada colaborador ou para cada área, com vistas ao Plano Estratégico estabelecido pelo IEC.

Avaliação de Eficácia do programa

É posterior a realização da ação. É realizada pela liderança do colaborador que participou do evento. Objetiva verificar a aplicação dos conteúdos apreendidos.

Trata-se de averiguar até que ponto o treinamento produziu as modificações desejadas e se os resultados obtidos contribuíram efetivamente para os objetivos do IEC. Para efeito de análise, deverão ser considerados:

- Avaliações do aprendizado;
- Avaliação de satisfação;
- Produtividade alcançada antes e depois;
- Resultado da avaliação de desempenho;
- Clima de trabalho;
- Relacionamento interpessoal;
- Aplicação dos conhecimentos obtidos.

Prazo

O prazo esperado para a obtenção dos primeiros resultados é em torno do primeiro semestre de treinamento em Serviço. Este prazo é necessário, já que nos primeiros meses as lideranças estarão em contato com toda a unidade, promovendo palestras, encontros e discussões, percebendo as demandas de cada setor, para então obter os resultados em conjunto.

2.1. Programa Jovem Aprendiz

O IEC em cumprimento do Decreto Lei 8.622/46 aderiu ao Programa Jovem Aprendiz com o fim de propiciar ao Jovem a formação necessária para a qualificação profissional, com conhecimentos gerais e tecnológicos para o desempenho das atividades administrativas do mercado de trabalho. Esta parceria é realizada pelo SENAC, referência em programas de aprendizagem no país e atualmente o IEC conta com a participação de 129 jovens aprendizes.

Nosso Programa tem como objetivo proporcionar conhecimento prático alinhado ao teórico, além de responsabilidades através das atividades, tais como: prestar apoio logístico às rotinas administrativas na unidade de saúde e sede, auxiliar na execução das rotinas administrativas e apoio aos gestores das unidades.

2.2. Benefícios

Entendemos que os benefícios são formas de remuneração indireta que visam oferecer aos

colaboradores uma maior satisfação para atender suas necessidades tanto profissionais quanto pessoais.

Principais vantagens

- Colaboradores comprometidos com o objetivo do negócio;
- Atrair e reter talentos;
- Diminuir rotatividade e absenteísmo;
- Aumentar a motivação.

Benefícios compulsórios

Os benefícios Compulsórios são aqueles exigidos pela legislação trabalhista, previdenciária ou por convenções coletivas entre sindicatos. O IEC tem por princípio o cumprimento integral de todos os benefícios compulsórios.

Vale transporte

Fornecemos o benefício de transporte quando o deslocamento entre a casa do empregado e a empresa é superior a dois quilômetros. A legislação prevê o desconto de até 6% do salário do colaborador, desde que este percentual não ultrapasse o valor do benefício pago pela empresa.

Refeição

Nas unidades geridas pelo IEC com estrutura para refeitório / restaurante são oferecidas alimentação, sem custo adicional para os trabalhadores.

FGTS

Cumprimos a determinação legal, efetuando o pagamento mensal para todos os colaboradores regidos pela CLT, conforme determina a lei e também fiscaliza todos os prestadores de serviços com mão-de-obra alocada na Unidade. O valor é depositado em uma conta bancária vinculada, à qual o colaborador não tem acesso. O depósito equivale a 8% do valor do salário pago ou devido ao trabalhador e 2% para os menores aprendizes.

Férias remuneradas

Concedemos férias a todos os colaboradores CLT, nos prazos e períodos definidos legalmente e também fiscaliza os prestadores de serviços com mão-de-obra alocada na Unidade.

Décimo terceiro salário

O IEC anualmente, efetua o pagamento do 13º salário em dois períodos, 50% do salário a título de antecipação até o dia 30 de novembro e o restante até o dia 20 dezembro, conforme previsto na CLT. O valor é proporcional aos meses trabalhados durante o ano: para cada mês, 1/12 de salário.

Adicional noturno

Pagamos a todos os colaboradores que trabalham entre as 22h e às 5h na proporção mínima de 20% (vinte por cento) sobre o valor da hora diurna, conforme previsto na CLT, exceto condições mais benéficas previstas em acordo, convenção coletiva ou sentença normativa.

Benefícios Espontâneos

Os benefícios espontâneos são aqueles concedidos de forma natural sem exigência legal. São oferecidos na forma de vantagens ou facilidades para os funcionários, que tem por objetivo prover para o empregado e sua família qualidade de vida.

Vale Alimentação x Vale Refeição

Em todos os projetos geridos pelo IEC, em que as unidades não possuem infraestrutura para refeitório local, é oferecido o Vale Alimentação em cartão, com a possibilidade de opção do colaborador por Vale Refeição, cujo o valor facial / diário, considera as possibilidades orçamentárias do projeto e a prática / custo da região aonde a Unidade está inserida.

Parcerias com empresas para desconto em compras/serviços:

O IEC busca, através de parcerias, oferecer a todos os seus colaboradores, descontos em serviços e comércio em geral. Academias, drogarias, alimentação, cursos são alguns exemplos de segmentos que negociamos parcerias de desconto. Os descontos poderão ser para a região

do contrato ou no nível mais abrangente.

Vantagens dos Benefícios para o dia a dia do colaborador

Alimentação Saudável	Qualidade de vida	Melhoria da Produtividade	Redução dos índices de rotatividade	Aprendizado que gera crescimento	Motivação através de novas possibilidades
-----------------------------	--------------------------	----------------------------------	--	---	--

2.3. Saúde do trabalhador

O IEC tem por objetivo fornecer aos seus colaboradores e clientes um ambiente seguro e saudável. As estratégias, procedimentos e ações adotadas no IEC visam alcançar os seguintes objetivos, atendo as políticas das NRs, incluindo:

- Comprometer-se com a saúde, a segurança e o bem-estar de nossos colaboradores, clientes e parceiros;
- Incentivar a participação dos colaboradores nas ações e programas de segurança e saúde no trabalho;
- Gerenciar custos, riscos e qualidade nos ambientes de trabalho;
- Estar em conformidade com as legislações vigente relativa à segurança e saúde do trabalhador;
- Buscar sempre a melhoria contínua e a qualidade das atividades relacionadas à Segurança do Trabalho e a Saúde Ocupacional.

A Gestão de Saúde do Trabalhador compete orientar as atividades de prevenção e danos, de promoção e de proteção à saúde, reintegração ao trabalho, assim como promover a qualidade de vida no trabalho.

Projeto de Qualidade de Vida no Trabalho

O IEC acredita que colaboradores motivados, capacitados e bem remunerados passem a ter um desempenho acima da média, reduzindo custos e apresentando melhores resultados. O

Programa de Qualidade de Vida no Trabalho atua de forma preventiva junto aos fatores relacionados ao trabalho, que possam interferir na vida do colaborador, seja no lado profissional – diminuição da produtividade, absenteísmo, turnover – quanto no lado pessoal – doenças, insatisfação, conflitos internos entre outros.

Eixos norteadores das ações quanto a saúde do trabalhador

Programa Qualidade de Vida é alicerçado em quatro linhas de atuação, que são as seguintes:

Organizacional – Ações que valorizem a imagem, postura e o relacionamento da Instituição com os colaboradores; alternância das atividades funcionais

Social – Ações que ofereçam benefícios sociais obrigatórios e espontâneos e criem oportunidades de lazer e cultura;

Biológica – Ações que promovam a saúde, que controlem os riscos ambientais no trabalho e atendam às necessidades físicas com valorização dos princípios ergonômicos;

Psicológica e emocionais – Ações que promovam a autoestima e o desenvolvimento das capacidades pessoais e profissionais dos colaboradores.

Propostas de ações quanto a saúde do trabalhador

- 1) qualificação do ambiente de trabalho (conforto, instalações e equipamentos ergonômicos);
- 2) evitar situações estressoras ocupacionais relacionadas à jornada, repressão à iniciativa profissional, má comunicação entre níveis hierárquicos, falta de perspectiva de ascensão pessoal, etc.; orientação sobre cuidados com a saúde física e emocional
- 3) controle dos riscos ocupacionais conforme e aderente as normas regulamentadoras oficiais da área;
- 4) promoção, prevenção e proteção às doenças e anomalias clínicas comuns como obesidade, tabagismo, alcoolismo, diabetes e hipertensão arterial, junto a promoção de hábitos saudáveis como atividade física, lazer, alimentação correta;
- 5) promoção do cuidado com a saúde bucal: segundo a Organização Mundial de Saúde, cerca de 20% das faltas ao trabalho no setor industrial tem vinculação com problemas de saúde bucal.

Além disso, o trabalhador saudável contribui para que toda a empresa seja considerada “empresa saudável” por respeitar as normas de saúde e segurança do trabalho e, com isso, receber selos de certificação de qualidade

6) oferta de programas de educação financeira, preparação para aposentadoria, envelhecimento saudável, apoio à mãe trabalhadora.

Normas de Acidentes Biológicos, Proteção de Riscos (ANVISA e MTE)

Todas as ações do setor de segurança e saúde do trabalho do IEC estão devidamente dispostas nos Procedimentos Operacionais Padrões (POP). Estes foram criados pelo setor em conformidade com as normas vigentes no país, principalmente com as Normas Regulamentadoras do MTE.

Anualmente, são realizadas campanhas de prevenção e conscientização através da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA).

A principal função deste grupo é prevenir acidentes, realizar inspeções, organizar e promover a Semana Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho (SIPAT).

Todos os colaboradores são representados pela CIPA que é formada por representantes dos empregados e do empregador. Ao longo dos anos foram implantadas as CIPAS nas unidades sob gestão do IEC, obedecendo a Norma Regulamentadora 05 (NR-05) do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), monitorando as condições de saúde e segurança da unidade, alertando ao gestor e aos demais colaboradores dos riscos existentes, realizando o registro dos eventos em ata de reunião e promovendo saúde e segurança em seu local de trabalho.

Também são agregadas as atividades de saúde e segurança do trabalho a realização de inspeções periódicas, a fim de garantir boas condições ergonômicas, ambientais e de segurança, cumprindo as resoluções da Norma Regulamentadora NR32.

Com o objetivo de propiciar um ambiente de trabalho saudável, o IEC realiza ações multidisciplinares de segurança, integrando as equipes e atuando nos fatores que influenciam a qualidade de vida do trabalhador.

Principais Ações:

- Implantação de CIPA;
- Assessoria aos membros da CIPA;
- Acompanhamento das reuniões da CIPA;
- Implementação do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA);
- Implementação do Programa de Controle Médico da Saúde Ocupacional (PCMSO);
- Elaboração do Laudo de Insalubridade;
- Elaboração do Laudo Técnico das Condições Ambientais de Trabalho (LTCAT);
- Elaboração do Perfil Profissiográfico Previdenciário (PPP);
- Inspeções periódicas nos ambientes de trabalho;
- Realização de treinamentos para todos os colaboradores (Integração, Acidentes de Trabalho, Biossegurança, Prevenção e Combate à Incêndio, Equipamento de Proteção Individual, Fluxos do Setor de Saúde e Segurança do Trabalho e Comissão Interna de Prevenção de acidentes);
- Adequação do sistema de prevenção e combate a incêndio;
- Controle das condições dos equipamentos de prevenção e combate a incêndio;
- Realização de compra e recarga dos equipamentos de prevenção e combate a incêndio;
- Participar da elaboração de Plano de Prevenção de Riscos de Acidentes com Materiais Perfuro cortantes.
- Investigação dos incidentes do trabalho caracterizando ou não em acidentes do trabalho, realizando a comunicação dos órgãos competentes mediante a emissão da CAT;
- Acompanhamento da dosimetria dos colaboradores expostos a radiação;
- Elaboração de Plano de Proteção Radiológica – PPR;

- Fiscalização do cumprimento das normas e procedimentos

A Equipe de Segurança do Trabalho atua nos conjuntos de medidas que visam prevenir os acidentes de trabalho bem como as doenças ocupacionais e de infecção hospitalar, possibilitando maior integridade e a capacidade de trabalho do profissional.

Equipamento de proteção - Medidas obrigatórias de proteção ao profissional:

O equipamento é um dispositivo que visa a proteção tanto individual ou coletiva (EPI ou EPC, destinado a eliminar ou minimizar riscos diários a segurança e/ou sua saúde do profissional.

Principais atribuições da equipe de segurança do Trabalho:

- Orientar e treinar os profissionais no uso adequado destes equipamentos;
- Realizar visitas periódicas às unidades, a fim de acompanhar e orientar as atividades fundamentais para a prevenção de acidentes.
- Realizar todos os registros necessários para geração de indicadores e análise das oportunidades de melhoria.

Medicina Ocupacional

- Visando a prevenção e promoção da saúde, a área de Medicina Ocupacional está sempre voltada para a integridade física e mental do profissional, respeitando as regras e as necessidades da organização e da legislação vigente.

Principais atribuições do setor:

- Avaliar e acompanhar o acidente de trabalho.
- Receber e avaliar os atestados médicos.
- Monitorar os exames médicos admissionais, periódicos e demissionais.
- Realizar encaminhamento e acompanhamento previdenciário.
- Apresentar os indicadores da medicina ocupacional.

Acidente de Trabalho

Acidente de trabalho é o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho.

Apresentamos, a seguir, o fluxo dos três tipos de acidente de trabalho que podem ocorrer com os direcionamentos necessários a serem cumpridos pelo acidentado, pela equipe de segurança do trabalho, pela medicina ocupacional e pelo gestor/coordenador/diretor da unidade.

Programa de qualidade de vida no trabalho

O IEC acredita que colaboradores motivados, capacitados e bem remunerados passem a ter um desempenho acima da média, reduzindo custos e apresentando melhores resultados. O Programa de Qualidade de Vida no Trabalho atua de forma preventiva junto aos fatores relacionados ao trabalho, que possam interferir na vida do colaborador, seja no lado profissional – diminuição da produtividade, absenteísmo, turnover – quanto no lado pessoal – doenças, insatisfação, conflitos internos entre outros.

Programa Qualidade de Vida é alicerçado em quatro linhas de atuação, que são as seguintes:

Organizacional – Ações que valorizem a imagem e o relacionamento da Instituição com os colaboradores;

Social – Ações que ofereçam benefícios sociais obrigatórios e espontâneos e criem oportunidades de lazer e cultura;

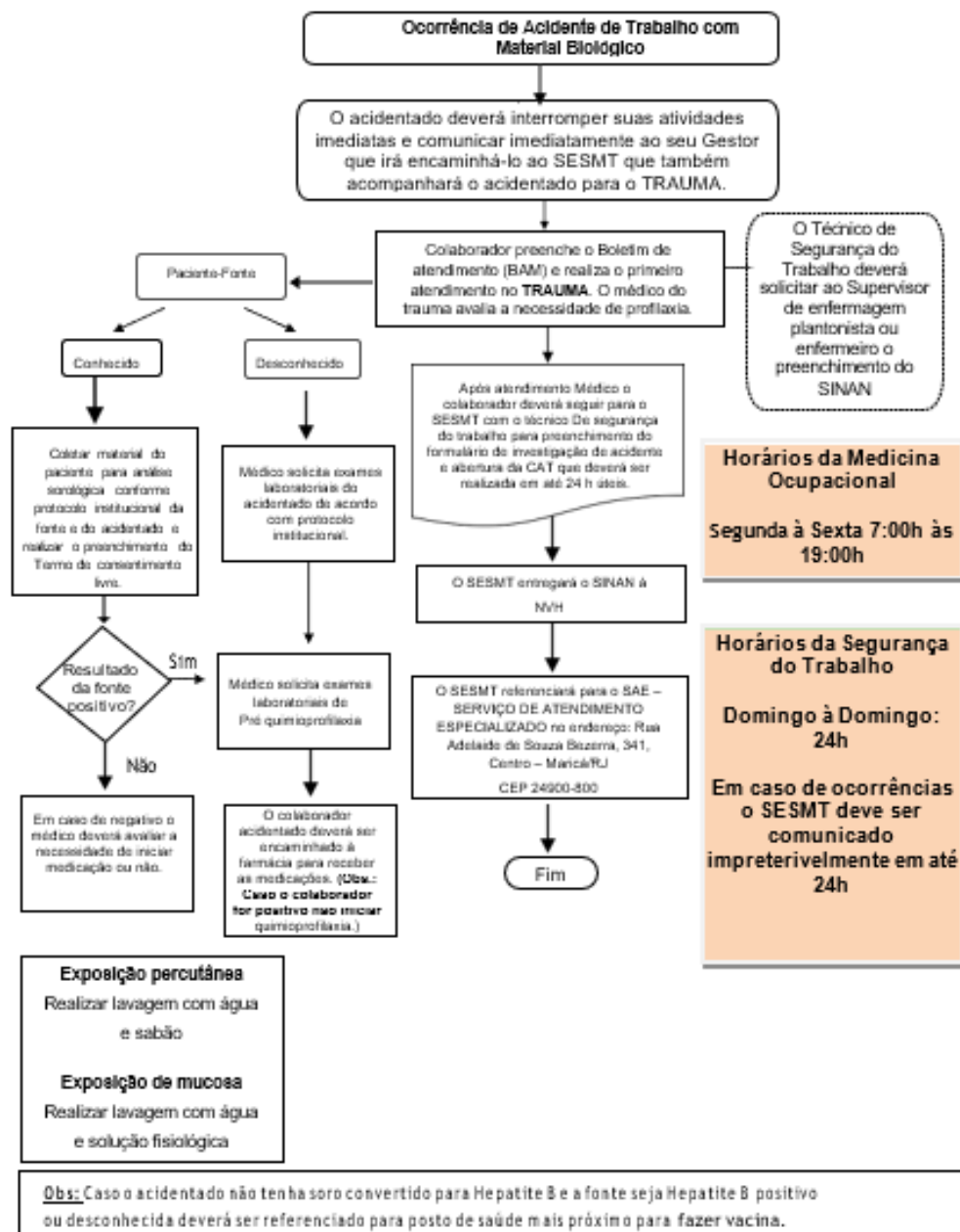
Biológica – Ações que promovam a saúde, que controlem os riscos ambientais no trabalho e atendam às necessidades físicas;

Psicológica – Ações que promovam a autoestima e o desenvolvimento das capacidades pessoais e profissionais dos colaboradores.

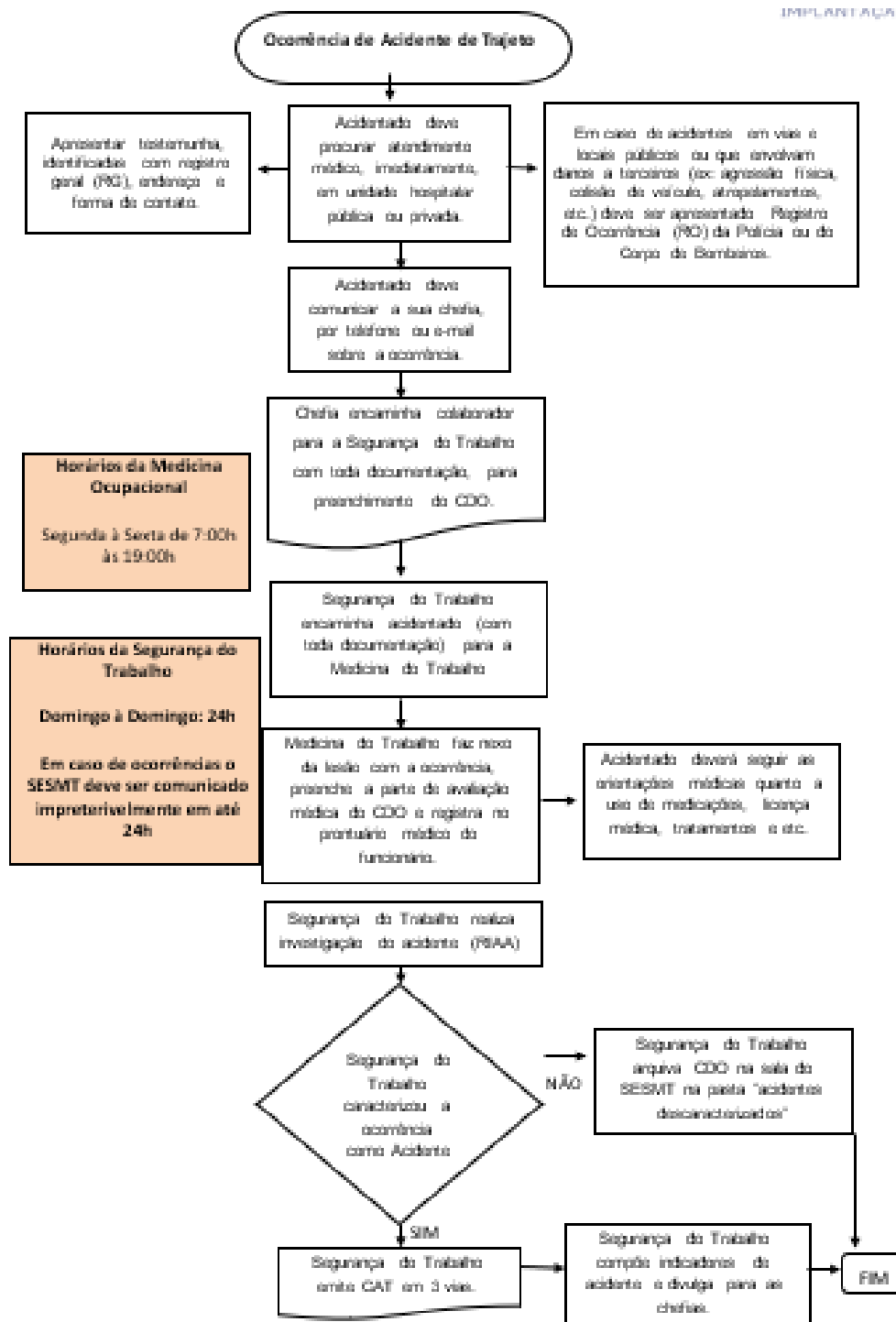
Propostas de ações quanto a saúde ocupacional

1) qualificação do ambiente de trabalho (conforto, instalações e equipamentos ergonômicos);

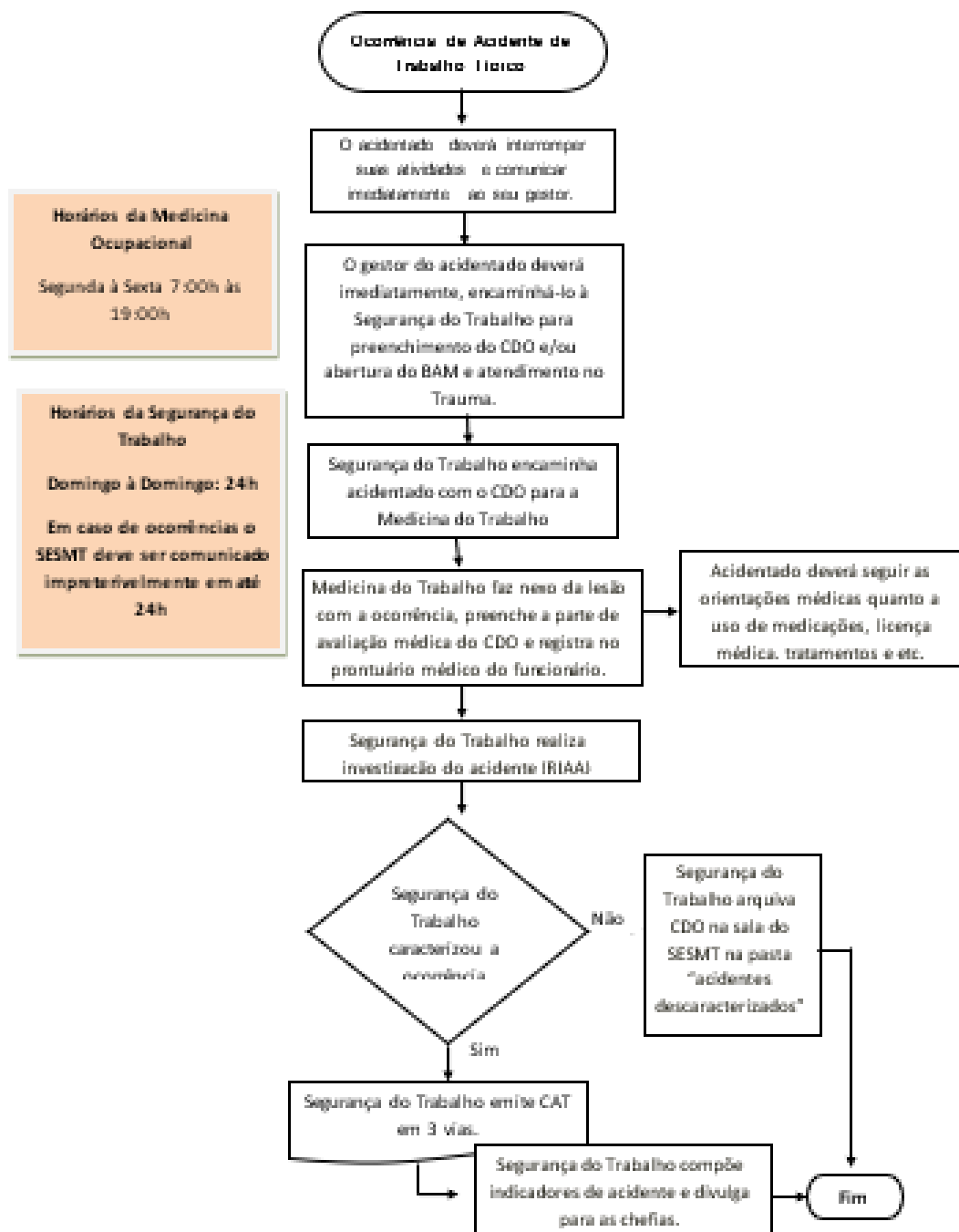
- 2) evitar situações estressoras ocupacionais relacionadas à jornada, repressão à iniciativa profissional, má comunicação entre níveis hierárquicos, falta de perspectiva de ascensão pessoal, etc.;
- 3) controle dos riscos ocupacionais conforme e aderente as normas regulamentadoras oficiais da área;
- 4) promoção, prevenção e proteção às doenças e anomalias clínicas comuns como obesidade, tabagismo, alcoolismo, diabetes e hipertensão arterial, junto a promoção de hábitos saudáveis como atividade física, lazer, alimentação correta;
- 5) oferta de programas de educação financeira, preparação para aposentadoria, envelhecimento saudável, apoio à mãe trabalhadora.



Fluxo de Acidente biológico



Fluxo de Acidente de Trabalho



Fluxo de Acidente Típico

Todas as ações do setor de segurança e saúde do trabalho do IEC estão devidamente dispostas nos Procedimentos Operacionais Padrões (POP). Estes foram criados pelo setor em conformidade com as normas vigentes no país, principalmente com as Normas **Regulamentadoras do MTE.**

Anualmente, são realizadas campanhas de prevenção e conscientização através da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA).

A principal função deste grupo é prevenir acidentes, realizar inspeções, organizar e promover a Semana Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho (SIPAT).

Todos os colaboradores são representados pela CIPA que é formada por representantes dos empregados e do empregador. Ao longo dos anos foram implantadas as CIPAS nas unidades sob gestão do IEC, obedecendo a Norma Regulamentadora 05 (NR-05) do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), monitorando as condições de saúde e segurança da unidade, alertando ao gestor e aos demais colaboradores dos riscos existentes, realizando o registro dos eventos em ata de reunião e promovendo saúde e segurança em seu local de trabalho.

Também são agregadas as atividades de saúde e segurança do trabalho a realização de inspeções periódicas, a fim de garantir boas condições ergonômicas, ambientais e de segurança, cumprindo as resoluções da Norma Regulamentadora NR32.

Com o objetivo de propiciar um ambiente de trabalho saudável, o IEC realiza ações multidisciplinares de segurança, integrando as equipes e atuando nos fatores que influenciam a qualidade de vida do trabalhador.

Principais Ações:

- Implantação de CIPA;
- Assessoria aos membros da CIPA;
- Acompanhamento das reuniões da CIPA;
- Implementação do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA);

- Implementação do Programa de Controle Médico da Saúde Ocupacional (PCMSO);
- Elaboração do Laudo de Insalubridade;
- Elaboração do Laudo Técnico das Condições Ambientais de Trabalho (LTCAT);
- Elaboração do Perfil Profissiográfico Previdenciário (PPP);
- Inspeções periódicas nos ambientes de trabalho;
- Realização de treinamentos para todos os colaboradores (Integração, Acidentes de Trabalho, Biossegurança, Prevenção e Combate à Incêndio, Equipamento de Proteção Individual, Fluxos do Setor de Saúde e Segurança do Trabalho e Comissão Interna de Prevenção de acidentes);
- Adequação do sistema de prevenção e combate a incêndio;
- Controle das condições dos equipamentos de prevenção e combate a incêndio;
- Realização de compra e recarga dos equipamentos de prevenção e combate a incêndio;
- Participar da elaboração de Plano de Prevenção de Riscos de Acidentes com Materiais Perfuro cortantes.
- Investigação dos incidentes do trabalho caracterizando ou não em acidentes do trabalho, realizando a comunicação dos órgãos competentes mediante a emissão da CAT;
- Acompanhamento da dosimetria dos colaboradores expostos a radiação;
- Elaboração de Plano de Proteção Radiológica – PPR;
- Fiscalização do cumprimento das normas e procedimento.

2.4. Controle de Absenteísmo

O IEC desenvolve ações a fim de diminuir o índice de absenteísmo, os atestados recebidos são validados através da área de Medicina e Saúde no Trabalho, realizando assim o mapeamento das causas de afastamento do trabalho.

Na gestão da Unidade, teremos um Analista de Gestão de Pessoas que acompanhará todos os casos dos colaboradores com alto índice de absenteísmo. Este profissional tem como missão ouvir, conversar, acolher e encaminhar a consultoria de medicina e saúde do trabalhador para uma consulta de assistência e monitoramento do seu bem-estar.

A ausência dos trabalhadores diminui a produção, o que reflete de forma negativa nos indicadores tanto de qualidade quanto financeiro da empresa.

Adotaremos algumas medidas preventivas, que são:

Medidas preventivas orientadas para o indivíduo:

Ex.: Exames médicos periódicos, vacinação, equipamento de proteção individual contra os riscos ocupacionais, educação para a saúde;

Medidas preventivas orientadas para o ambiente de trabalho físico e psicossocial:

Ex.: Criação de um ambiente de trabalho saudável, seguro e produtivo, incentivo à participação na organização do trabalho e na gestão, participação no sistema de gestão de pessoas;

Medidas processuais, administrativas ou disciplinares:

Ex.: Perda de vencimento e/ou de prêmios de assiduidade, exames de alta feitos pelo médico do trabalho.

2.5. Relatórios de recursos humanos

Mensalmente, o setor de RH da sede emite relatórios de acompanhamento dos números e atividades realizadas em cada contrato de sua gestão.

Os principais objetivos do relatório é apresentar os números dos contratos referentes aos indicadores de absenteísmo, turnover e treinamentos realizados.

Em todos os relatórios é apresentada todas as ações corretivas, melhorias realizadas e comparações em percentual relativas ao relatório do mês anterior.

Essa ação visa trazer transparência e visibilidade do escopo dos nossos recursos humanos e possibilidades de novas ações individuais, por setor e por função.

Provisões

O IEC fará aportes mensais a título de provisionamento de acordo com as previsões legais e os mais recentes estudos que norteiam o tema.

O montante de recursos previstos para provisionamento será transferido para conta específica para este fim, preferencialmente conta de poupança, e só será movimentada com prévia autorização da Subsecretaria de Gestão, vedada a utilização desses recursos para custear despesas que não sejam oriundas de processos rescisórios ou de provisionamentos obrigatórios.

O total por mês de reserva de provisionamento será de **35,028%** (trinta e cinco vírgula zero vinte e oito por cento) sobre o salário bruto. Detalhamos abaixo os itens de provisionamento previstos na presente proposta.

ENCARGOS PATRONAIS		36,80%
INSS	% FIXO	20,00%
SESI/SESC	% FIXO	1,50%
SENAI/SENAC	% FIXO	1,00%
INCRA	% FIXO	0,20%
SALÁRIO	% FIXO	2,50%
EDUCAÇÃO	% FIXO	2,00%
SAT / FAP	% FIXO	2,00%
SEBRAE	% FIXO	0,60%
PIS	% FIXO	1,00%
FGTS	% FIXO	8,00%

TOTAL DE RESERVA DE PROVISIONAMENTO POR MÊS		35,028%
FÉRIAS + 1/3	DESCRIÇÃO	17,732%
FÉRIAS INTEGRAIS COM	1/12 MESES = 8,33%	8,330%



REPOSIÇÃO DE QUADRO ABONO DE FÉRIAS FÉRIAS PROPORCIONAIS ACUMULADAS EM CASO DE DEMISSÃO COLETIVA FÉRIAS E ABONO CONSTITUCIONA L SOBRE LEI Nº 12.506/11 ENCARGOS PATRONAIS SOBRE FÉRIAS	ABONO DE FÉRIAS (8,33%) / 3 = 2,78% TRATA-SE DA POSSIBILIDADE DE AO FINAL DE CINCO ANOS DE CONTRATO DE GESTÃO, HAVER ATÉ 11/12 AVOS DE FÉRIAS PROPORCIONAIS A SEREM PAGAS (1/60x100=1,666%) FÉRIAS + ABONO CONSTITUCIONAL(1/3) SOBRE LEI 12506/11 (ACRÉSCIMO DE 1/12 AVOS APÓS CINCO ANOS DE SERVIÇO PRESTADOS NA MESMA EMPRESA). ((1)+(1/3) X (1/12)/60 = 0,185%. INCIDÊNCIA DOS ENCARGOS PATRONAIS SOBRE O PROVISIONAMENTO DE FÉRIAS. 36,8% X 12,96% = 4,77%	2,780% 1,667% 0,185% 4,770%
--	---	--

13º SALÁRIO	DESCRIÇÃO	11,586%
13º SALÁRIO	1/12 MESES = 8,33%	8,330%
13º SALÁRIO (LEI Nº 12.506/11)	(1/12)/60. 13º SOBRE LEI 12506/11(ACRÉSCIMO DE 1/12 AVOS APÓS CINCO ANOS DE SERVIÇO PRESTADOS NA MESMA EMPRESA).	0,139%
ENCARGOS PATRONAIS SOBRE 13º SALÁRIO	INCIDÊNCIA DOS ENCARGOS PATRONAIS SOBRE O PROVISIONAMENTO DO 13º SALÁRIO. 36,8% X 8,47% = 3,117%	3,117%

RESCISÓRIOS	DESCRIÇÃO	5,710%
MULTA/FGTS	MULTA FGTS RESCISORIA (50% DOS FUNCS). 50% / 12 MESES	4,000%
AVISO PRÉVIO INDENIZADO	1/ 12 MESES X ESTIMATIVA DE 5% DE FUNCIONÁRIOS= 0,42% (CONSIDERA-SE QUE AO FINAL DO CONTRATO, 5%	0,417%



AVISO PRÉVIO (DIAS EXTRAS LEGAIS)	DOS FUNCIONÁRIOS POSSAM SER DEMITIDOS SEM AVISO PRÉVIO TRABALHADO) (1/12 X (30/3))/100 = 0,833%. AVISO PRÉVIO LEI 12.506/11(ACRÉSCIMO 3 DIAS POR ANO DE SERVIÇO PRESTADO NA MESMA EMPRESA PROPORCIONAL, ATÉ NO MÁXIMO 60 DIAS.	0,833%
ENCARGOS PATRONAIS SOBRE RESCISÃO	INCIDÊNCIA DOS ENCARGOS PATRONAIS SOBRE O PROVISIONAMENTO RESCISÓRIO. 36,8% X 1,25% = 0,46%	0,460%

2.6. Incentivos

Avaliação de desempenho

A avaliação de desempenho é uma, importante e eficaz, ferramenta de apoio no desenvolvimento dos profissionais e balizador para tomada de decisões organizacionais. A metodologia utilizada pelo IEC preza pela competência necessária para o desenvolvimento das atribuições de cada profissional.

Benefícios

Para o profissional	Conhecer as competências que são valorizadas no seu dia a dia profissional; Obter um feedback dos seus pontos fortes e oportunidades de desenvolvimento; Visualizar as prioridades e seu foco de atuação; Manter abertura com gestão para trocas sobre suas atribuições e melhoria contínua.
Para a liderança	Possibilitar, com a metodologia, a neutralização da subjetividade;



	<p>Permitir propostas para a melhoria contínua;</p> <p>Esclarecer possibilidades de alinhamento profissional;</p> <p>Manter-se aberto e em articulação com sua equipe de trabalho.</p>
Para a organização	<p>Acompanhar e analisar os potenciais e possibilidades de visão macro em relação à talentos e competências diferenciadas;</p> <p>Avaliar à curto/médio/longo prazo o desenvolvimento dos setores, equipes e profissionais;</p> <p>Identificar necessidades de suporte e reconfigurações.</p>

Periodicidade

Prazo de Experiência – Aplicação anterior aos 45 e 90 dias

Durante o contrato – Anualmente

Formato

A formatação aplicada possui a estrutura on-line, possibilitando resultados e geração de gráficos e relatórios com maior agilidade e assertividade.

A régua de avaliação possui 4 conceitos com suas respectivas legendas para que a pontuação traga mais fidedignidade e idoneidade no escopo geral da avaliação.

Para pontuações finais abaixo de 2.5 abre-se um campo de observações, no qual o avaliador deverá registrar os motivos que trazem a média abaixo do esperado e possíveis negociações com o avaliado.

Principais competências avaliadas

As competências possuem o cenário técnico, quando da avaliação do trabalho e de cunho

comportamental, onde o processo de articulação e inteligência emocional transpassa em todas as relações profissionais.

COMPETÊNCIA TÉCNICA	Informações Técnicas
	Capacidade Analítica
	Comunicação
COMPETÊNCIA COMPORTAMENTAL	Colaboração
	Orientação para Resultados
	Busca de Orientação
	Adaptação às Mudanças
	Relacionamento Interpessoal
	Organização
	Ética
	Cumprimento de Acordos Institucionais

Resultados

A ferramenta de avaliação de desempenho apresenta-se junto à ferramentas de gestão da informação e torna capaz a geração de dados e gráficos a fim de trazer insumos para a elaboração de relatórios diferenciados.

Programa de retenção de talentos

O programa concede meios atrativos de crescimento, incentivo e desenvolvimento profissional e pessoal, valorizando, reconhecendo e motivando os nossos colaboradores, fortalecendo o vínculo do IEC com os nossos colaboradores a fim de diminuir a perda de recursos qualificados para outras instituições, obter melhores resultados organizacionais, reduzir o turnover, os custos e gerar maior credibilidade e confiança da instituição perante os colaboradores.

A retenção de talentos inicia-se desde o momento da admissão, onde o colaborador é acolhido e orientado através do Programa de Integração do Novo Colaborador. O intuito é proporcionar uma inserção eficaz que lhe possibilite efetuar o seu desenvolvimento e a sua aculturação aos valores éticos, profissionais e à missão do IEC. Posteriormente ele é supervisionado por um profissional mais experiente, que será responsável por orientá-lo durante a execução de suas atividades nos primeiros meses de trabalho, assim como ajudá-lo a se inserir socialmente na empresa.

A área de Gestão de Pessoas cria condições para a retenção de talentos a partir do momento

em que proporciona aos colaboradores pleno conhecimento das oportunidades de crescimento profissional dentro do IEC na divulgação de todos os processos seletivos públicos externos e internos.

Buscamos valorizar, reconhecer, motivar e encorajar o colaborador na exploração de sua capacidade potencial em busca de maior conhecimento e desenvolvimento através do Programa de Avaliação e Acompanhamento de Resultados. Esta ferramenta permite identificar aspectos de natureza interpessoal, organizacional, ambiental que influenciam no desempenho dos colaboradores.

O programa possibilita avaliar e acompanhar o desempenho dos trabalhos das equipes envolvidas e da eficácia organizacional, definir metas e objetivos dos colaboradores com o seu superior imediato e levantar os dados necessários para tornar efetiva a promoção dos colaboradores. Possibilita, ainda, apontar os índices de qualidade de vida, condições de trabalho e as necessidades de treinamento.

Através do levantamento de necessidade de treinamento é possível definir os investimentos necessários no desenvolvimento das competências estratégicas para atender aos objetivos organizacionais a curto, médio e longo prazo.

Incentivamos a multiplicação de palestras ou treinamentos realizados pelos próprios colaboradores sobre temas que dominam, reconhecendo e destacando mensalmente os melhores funcionários.

Promovemos, ainda, reuniões periódicas entre gestores para multiplicação de boas práticas e encontros com o presidente para discussão do Planejamento Estratégico da organização e apresentação de críticas e sugestões.

Adotamos práticas de visitas semanais às unidades, onde aplicamos o check list com os Gerentes e colaboradores, para que tenhamos um retrato fiel da realidade daquela unidade e possamos corrigir e ajudar nas soluções dos problemas levantados. Realizamos uma breve pesquisa de clima com colaboradores externos e com usuários a fim de descobrir como estão suas expectativas, intensificar a credibilidade da organização e ouvir sugestões de melhoria.

Por fim, no intuito de integrar as pessoas, possuímos um canal direto de comunicação com a área de gestão de pessoas, onde os funcionários podem debater sobre assuntos diversos, tirar dúvidas, fazer críticas, sem a obrigatoriedade de identificação.

O nosso maior objetivo é garantir satisfação no ambiente de trabalho onde o equilíbrio entre as obrigações profissionais e pessoais estejam presentes.

Mecanismo de aferição de cumprimento de carga horária

O IEC, utiliza o sistema de ponto eletrônico biométrico, em conformidade com a portaria 1510 do Ministério do Trabalho, suportado por controles internos e aferição / autorização dos níveis de gestão direta e indireta, com acompanhamento e auditoria do setor de Recursos Humanos e monitorado por câmeras de vigilância com gravação das imagens.

Responsabilidade do Setor de Recursos Humanos

Registrar a digital do funcionário e liberar o relógio para início das marcações;

Dar todas as instruções aos funcionários sobre o processo legal e interno sobre a marcação da jornada de trabalho;

- Analisar todas as marcações de pontos e comunicar os gestores eventuais necessidades de ajustes;
- Analisar todas as justificativas dos funcionários, aprovadas pelos gestores, de eventuais abonos legais;
- Gerar o arquivo para alimentação do sistema de folha de pagamento.

Responsabilidade do Funcionário

- Efetuar o registro da marcação do ponto, conforme determinação legal e normas internas;
- Comunicar ao gestor, conforme determinação legal, as eventuais necessidades de ausências, justificando através de formulário justificativa.

Responsabilidade do Gestor

- Acompanhar / controlar as marcações de ponto de seus funcionários;

- Comunicar ao setor de Recursos Humanos eventuais distorções de marcação de ponto pelos funcionários e necessidades de medidas disciplinares;
- Aprovar as justificativas informadas por seus funcionários, obedecendo as normas legais, no formulário de justificativa.

2.7. Folha de pagamento

O Setor de Folha de Pagamento tem como principais responsabilidades mensais o pagamento salarial de toda a força de trabalho, pagamento de autônomo, envio e pagamento de FGTS e INSS, recolhimento de INSS e IRRF, pagamento de PIS e envio das informações de admissão e demissão através do CAGED.

Como obrigações anuais o setor deve declarar todos os Recolhimentos Tributáveis à Receita Federal (DIRF) e a Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) para o Ministério do Trabalho.

Todo o empregado deverá receber seu salário até o 5º (quinto) dia útil do mês seguinte ao trabalhado, mediante crédito em conta salário ou corrente aberta no processo admissional.

Demonstrativo Salarial – O demonstrativo salarial será disponibilizado, mensalmente, em página de segurança no extranet do IEC, até o 10º dia útil do mês. Todo novo colaborador recebe, em seu e-mail, através do setor de Comunicação, a mensagem com todos os procedimentos necessários para acesso à página.

3. Cópia do Manual do Colaborador do IEC

A seguir o Instituto Elisa de Castro apresentará o Manual do Colaborador de 2023, que é aplicado no nosso contrato de gestão na Unidade de Pronto Atendimento de Itaguaí – UPA 24H.

Apresentamos como modelo a ser utilizado também nas Unidade.



Manual do Colaborador

2023
Upa24h/Itaguaí



Instituto
Elisa de Castro





Palavra do Presidente

“Este Manual do Colaborador deve ser visto como um guia para sabermos o que fazer, como e quando agir no nosso dia a dia.

Assumir o compromisso de cumpri-lo é premissa fundamental para manter a integridade e a confiabilidade de nossa Entidade, fortalecendo assim sua imagem garantindo o pleno cumprimento de regras e legislações para ambos os lados.

E lembre-se, sempre que você tiver qualquer dúvida sobre qual atitude deve ser tomada ou como conduzir uma situação, leve-a a seu superior ou encaminhe-a aos canais de ouvidoria de nossa Entidade”.



Regulamento Interno Departamento de Recursos Humanos

DO REGULAMENTO

Art. 1 - O INSTITUTO ELISA DE CASTRO - IEC, associação de direito privado sem fins lucrativos, de natureza filantrópica com sede de sua matriz no município do Rio de Janeiro - RJ, institui o presente REGULAMENTO INTERNO DOS RECURSOS HUMANOS, o qual determina as normas específicas disciplinadoras das relações de trabalho entre o empregador e o empregado, doravante denominado colaborador.

Art. 2 - Ficam sujeitos a este regulamento todos os colaboradores, sem distinção de qualquer natureza.

Art. 3 - O ingresso de qualquer colaborador na Entidade implica a aceitação do presente Regulamento.

Parágrafo Único - A obrigatoriedade de seu cumprimento permanece por todo o tempo de duração do contrato de trabalho, não sendo permitido a quaisquer colaboradores alegar seu desconhecimento.

DA ADMISSÃO

Art. 4 - As admissões devem atender aos critérios estabelecidos pelo departamento de Recursos Humanos do IEC de acordo com o Edital de Seleção de Pessoas do IEC.

Parágrafo 1º - As contratações ocorrem somente dentro dos limites orçamentários e financeiros previstos e se existir vaga no quadro funcional com autorização.

Parágrafo 2º - O candidato é admitido mediante aprovação em processo seletivo e exame médico no Serviço de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT).



Parágrafo 3º - Tratando-se de admissão para o exercício de função técnica ou especializada, o candidato deve exibir também documento comprobatório de habilitação profissional correspondente, quando for provisório fica o funcionário responsável de entregar o definitivo. E, tratando de admissão para qualquer outra função, o candidato deve atender aos requisitos contidos no manual de descrição de cargos da Entidade.

Parágrafo 4º - A admissão de candidato no quadro do pessoal é feita a título de experiência de 90 (noventa) dias, que se dividem em dois períodos de 45 (quarenta e cinco) dias.

DO HORÁRIO DE TRABALHO

Art. 5 - O horário de trabalho estabelecido deve ser cumprido rigorosamente por todos os colaboradores, podendo, entretanto, ser alterado conforme necessidade do serviço, com aviso prévio da chefia imediata.

Art. 6 - Os colaboradores devem apresentar-se nos respectivos locais à hora inicial do trabalho, não sendo permitidos atrasos, exceto se as justificativas apresentadas estiverem em consonância com as normas internas da Entidade.

Art. 7 - A troca de roupas e preparativos em geral devem ser realizados antes e depois do horário inicial e final de trabalho, nos locais determinados.

Art. 8 - Nos casos de trabalhos extraordinários, desde que autorizados previamente pela chefia, deve-se utilizar o banco de horas, através do qual o excesso de horas trabalhadas em um dia deverá ser compensado pela correspondente redução de horas em outro dia, de maneira que não excedam, no período máximo de 6 meses para compensar, sendo carga horária diarista, sendo plantão compensação de 24 horas.



Todo procedimento deve ser formalizado pela chefia no Departamento de Recursos Humanos do Projeto, com concordância expressa do colaborador, conforme Acordo Coletivo Consolidações das Leis do Trabalho (CLT) - Art. 59, Parágrafo 2º.

Parágrafo Único: O horário de intervalo é fixado conforme o Art. 71 da CLT e consta no contrato de trabalho do colaborador. Está assim previsto: 24h - 4 horas de descanso (1h de almoço e 3h de repouso ou descanso). 12/36 horas de trabalho: 01 (uma) hora de descanso; 8 horas de trabalho: 01 (uma) hora de descanso; 6 horas de trabalho: 15 (quinze) minutos de descanso; 4 horas de trabalho: não possui direito ao descanso.

Art. 9 - Os colaboradores contratados em regime de escala e/ou plantonistas poderão ter seu horário de trabalho alterado a qualquer tempo com prévia comunicação da chefia e serem escalados para trabalhar em sábados, domingos e feriados.

Art. 10 - "(..) o trabalho noturno terá remuneração superior à do diurno e, para esse efeito, sua remuneração terá um acréscimo de 40% (quarenta por cento) sobre a hora diurna, (...) Considera-se noturno para efeito desse artigo, o trabalho executado entre as 22 (vinte e duas) horas de um dia e as 05 (cinco) horas do dia seguinte." (CLT, Art.73 e Parágrafo 2º)

Parágrafo Único - Salvo os casos de acordo coletivos específico.

DA MARCAÇÃO DO PONTO

Art. 11 - Conforme o Art. 74, Parágrafo 2º da CLT, todos os colaboradores, obrigatoriamente, marcam o ponto, sendo que a marcação pode ser feita por meio eletrônico ou similar, ou livro de ponto.

Art. 12 - Conforme preceitua o art. 58, Parágrafo 19, da CLT: "Não serão descontadas nem computadas como jornada extraordinária as variações de horário no registro de ponto não excedentes de cinco minutos, observado o limite máximo de dez minutos diários."

Art. 13 - Cabe ao colaborador, pessoalmente registrar a sua presença, no início e término da jornada.

Parágrafo 1º - É expressamente proibido marcar cartão de ponto de outrem, e é falta grave registrar o ponto e não comparecer o local de trabalho, ficando sujeito as penalidades do Art. 482 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).



Parágrafo 2º - Os eventuais enganos na marcação de ponto devem ser comunicados imediatamente ao Departamento de Recursos Humanos, com ciência da chefia.

Art. 14 - A critério da chefia, pode ser concedido ou não, o máximo de 03 (três) abonos (entrada e/ou saída) no controle de frequência durante o mês.

Parágrafo Único - Todos os controles de frequência devem ser assinados obrigatoriamente pelo funcionário e chefia, mensalmente.

DAS AUSÊNCIAS E ATRASOS

Art. 15 - O colaborador que se atrasar ao serviço, sair antes do término da jornada ou faltar por qualquer motivo deve justificar o fato ao superior imediato verbalmente ou por escrito quando solicitado.

Parágrafo 1º - A entidade, cabe descontar os períodos relativos aos atrasos, saídas antecipadas, faltas ao serviço e o consequente repouso semanal, com exceção das faltas e ausências legais.

Parágrafo 2º - O colaborador que deixar, momentaneamente, seu local de trabalho deve solicitar antecipadamente esse fato a sua chefia imediata.

Parágrafo 3º - Os colaboradores que não comprovarem, as faltas dadas em serviços ficam sujeitos as penalidades do ART.32 deste regulamento.



DAS LICENÇAS

- a) Licença Médica - Exceto as licenças por motivo de cirurgia plástica reparadora, o colaborador que se ausentar do trabalho por motivo de saúde, deve entregar seu atestado médico no Departamento de Recursos Humanos até 48h (2 dias) úteis a contar do primeiro dia de afastamento, sendo que, na impossibilidade de comparecer pessoalmente, poderá enviar por terceiros a devida documentação.
- b) **Licença nojo** - O colaborador terá direito a 03 (três) dias consecutivos, em caso de falecimento do cônjuge, ascendentes e descendentes diretos, irmãos ou pessoas que, declarada na CTPS (Carteira de Trabalho e Previdência Social), viva sob a sua dependência econômica. Para tanto o colaborador deverá apresentar a certidão de óbito ao Departamento de Recursos Humanos no prazo de 06 (seis) dias úteis. A declaração do sepultamento não tem valor legal para abonar a falta referente à licença nojo, servindo apenas como justificativa até a entrega da certidão de óbito;
- c) **Doação de sangue** - O colaborador tem direito a 01 (um) dia a cada 12 meses, mediante apresentação de documento comprobatório;
- d) **Licença gala** - O colaborador tem direito a 05 (cinco) dias consecutivos de licença a partir da data do casamento no civil. Deverá apresentar junto ao Departamento de Recursos Humanos, a certidão no prazo de 08 (oito) dias a contar da data do casamento;
- e) **Licença paternidade** - o colaborador terá direito a 05 (cinco) dias consecutivos a partir da data do nascimento do filho (a). Para isso, deverá apresentar a certidão de nascimento ao Departamento de Recursos Humanos no prazo de 08 (oito) dias úteis;
- f) **Licença maternidade** - A colaboradora gestante terá 120 (cento e vinte) dias consecutivos a partir da data do nascimento do filho ou a partir da 37^a (trigésima sétima) semana de gestação. Ao receber de seu médico o atestado de licença maternidade, a colaboradora deverá solicitar a assinatura de sua chefia e encaminhar o documento no mesmo dia ao Departamento de Recursos Humanos, onde receberá informações e orientações a respeito do afastamento;



- g) Licença adoção** - A colaboradora deverá trazer o documento da guarda judicial, o qual deverá ser entregue ao Departamento de Recursos Humanos, juntamente com a certidão de nascimento da criança. Os prazos de licença são distribuídos da seguinte forma:

Adoção até 01 (um) ano de idade 120 (cento e vinte) dias. Mais de 01 (um) ano até 04 (quatro) anos de idade 60 (sessenta) dias. Mais de 04 (quatro) anos até 08 (oito) anos de idade 30 (trinta) dias.

- h)** Até 02 (dois) dias consecutivos ou não, para o fim de se alistar eleitor;

DAS FÉRIAS

Art. 22 - Admitido na empresa, o colaborador adquire o direito de férias após 12 meses trabalhados (período aquisitivo), conforme CLT, Art. 130.

Parágrafo 1º - As férias são concedidas por ato do empregador, nos meses subsequentes à data em que o colaborador tiver adquirido o direito, não podendo ser acumulados 02 (dois) períodos aquisitivos.

Parágrafo 2º - A Solicitação de férias deverá ser comunicada ao Departamento de Recursos Humanos, com antecedência de 60 (sessenta) dias.

Parágrafo 3º - Caso o colaborador tenha férias marcadas e tenha que entrar em qualquer tipo de licença, a chefia deverá comunicar imediatamente ao Departamento de Recursos Humanos.

Parágrafo 4º - O colaborador plantonista terá que sair de férias no dia do plantão correspondente.

Art. 23 - O colaborador perderá o direito a férias, quando tiver ficado em afastamento por período superior a 180 (cento e oitenta) dias contínuos ou descontínuos.

Porém, no afastamento de até 180 (cento e oitenta) dias, o colaborador terá integralmente assegurado o direito a férias, sem nenhuma redução, considerando que não houve faltas no serviço conforme CLT, ARTS. 131 A 133



Parágrafo Único - A duração das férias, conforme Art. 130 da CLT será:

- a) De 20 ou 30 dias, quando o colaborador não tiver mais de 05 (cinco) faltas injustificadas durante o período aquisitivo;
- b) De 24 dias, para aquele que tiver de 06 (seis) a 14 (quatorze) faltas injustificadas;
- c) De 18 dias, para quem tiver de 15 (quinze) a 23 (vinte e três) faltas injustificadas;
- d) De 12 dias, no caso de 24 (vinte e quatro) a 32 (trinta e duas) faltas injustificadas;
- e) Com mais de 32 faltas injustificadas, o colaborador não terá férias do período aquisitivo em questão.

DOS BENEFÍCIOS

Art. 24 - É Benefício do colaborador no curso do contrato de trabalho:

- a) **Vale-Transporte** - A Entidade oferece mensalmente a cota do vale transporte (VT) aos seus funcionários.
- b) **Alimentação** - no Local de trabalho.

DAS PROMOÇÕES

Art. 25 - As promoções se regulam segundo as seguintes prioridades:

- a) As promoções somente ocorrem dentro dos limites orçamentários e financeiros previstos, e se houver vaga no quadro funcional, salvo autorização expressa do Gestor do Projeto;
- b) Cumprir todas as exigências do cargo pretendido, conforme o manual de descrição de cargos do IEC;
- c) Avaliação de desempenho;
- d) Tempo de serviço (em caso de empate);
- e) Aprovação em processo seletivo interno.

Parágrafo Único. Quanto melhor o conceito do empregado, tanto maior a possibilidade de promoção.



DAS TRANSFERÊNCIAS

Art. 26 - As transferências de setores devem ocorrer seguindo os seguintes critérios:

- a) Concordância entre ambas as chefias;
- b) Existência de vaga no quadro funcional;
- c) Atendimento ao perfil profissional no cargo da área de destino;
- d) Preenchimento de movimentação de pessoal com as devidas assinaturas (chefias e funcionários).

DOS DEVERES DO EMPREGADO

Art. 27 - Além da disciplina e do bom andamento do serviço, o colaborador é obrigado a atender, rigorosamente, as seguintes disposições:

- a) Cumprir os compromissos expressamente assumidos no contrato individual de trabalho, com zelo, atenção e competência profissional;
- b) Realizar anualmente os exames médicos periódicos exigidos por lei;
- c) Zelar pela boa conservação das instalações, equipamentos e máquinas, comunicando as anormalidades notadas;
- d) Zelar pela ordem e asseio no local de trabalho;
- e) Manter na vida profissional conduta compatível com a dignidade do cargo ocupado e com a reputação do quadro de pessoal da empresa;
- f) Usar os equipamentos de segurança do trabalho E.P.I Conforme NR (Óculos, máscaras, calçados, capacetes etc.);
- g) Prestar toda colaboração à empresa e aos colegas, cultivando o espírito de cooperação e trabalho em equipe na realização do serviço em prol dos objetivos da empresa;
- h) Informar ao Departamento de Recursos Humanos sobre qualquer modificação em seus dados cadastrais, tais como: estado civil, endereço residencial, número de telefone, cursos, escolaridade, dependentes, etc.
- i) Exibir o crachá de identificação e os volumes ou pacotes portados, quando solicitado;
- j) Manter uma postura respeitosa em seu ambiente de trabalho;

- i) Utilização de uniformes e privativos;
- m) Submeter-se as normas, procedimentos e rotinas vigentes na Entidade por meio de manuais, circulares, comunicação interna, bem como descrição de funções;
- n) Manter em sigilo sobre assuntos e atividades da instituição, bem como, relacionados diretamente as rotinas de serviços;
- o) Responder por prejuízos causados a empresa, que por dolo ou culpa (negligência, imperícia ou imprudência), caracterizando-se a responsabilidade por:
 - Sonegação de valores e objetos confiados;
 - Danos em materiais sob sua guarda ou sujeitos a sua fiscalização;
 - Erro doloso de cálculo contra a Empresa.

Art. 28 - São deveres especiais em benefício direto do colaborador:

- a) Sugerir ideias no sentido do aperfeiçoamento ou desenvolvimento de produção e seu rendimento quando aos métodos de trabalho;

DAS PROIBIÇÕES

Art. 29 - É expressamente proibido:

- a) Ingressar ou permanecer em setores estranhos ao serviço, sem motivo de trabalho;
- b) Incontinência de conduta ou mau procedimento, (ex: ocorre quando o empregado comete ofensa ao pudor, pornografia ou obscenidade, desrespeito);
- c) Negociação habitual, isto é, quando o colaborador comumente negocia em concorrência com a atividade da empresa, sem autorização da mesma;
- d) Condenação criminal do colaborador passado em julgado, caso não tenha havido suspensão da execução da pena;
- e) Desídia no desempenho das respectivas funções (ex: mesmo após advertências e suspensão o empregado continuar desleixando - atrasos e faltas contínuas e injustificadas);
- f) Embriaguez habitual ou em serviço;
- g) Violação de segredo de empresa;
- h) Ato de indisciplina ou de insubordinação;

Art. 30 - São punidos com a pena de dispensa os que insuflarem movimento ou agitações que prejudiquem, em qualquer sentido, a ordem interna ou o bom andamento do serviço.

DAS PENALIDADES

Art. 31 - A transgressão de qualquer disposição deste Regulamento ou estatuída na CLT - (Consolidação das Leis do Trabalho) importa a aplicação criteriosa e justa da penalidade cabível.

Art. 32 - São seguintes as penalidades:

- a) Advertência verbal;
- b) Advertência escrita;
- c) Suspensão;;
- d) Rescisão por justa causa.

Parágrafo Único - As penalidades acima mencionadas poderão ser aplicadas independente de sua ordem de indicação, tendo em vista a reincidência ou gravidade de falta cometida.

Art. 33 - As respectivas chefias devem elaborar relatório escrito e circunstanciado em todos os casos, principalmente quando tratar-se de rescisão por justa causa.

Art. 34 - São consideradas irregularidades, como tal, sujeitas também à perda do descanso semanal remunerado e feriados as seguintes:
Saídas antes do horário estabelecido sem motivo justificável ou previsto em lei; Deixar de marcar o cartão de ponto na saída ou entrada.

DOS ACIDENTES DE TRABALHO

Art.35 - Em caso de acidente de trabalho o colaborador deverá comunicar ao seu superior imediato e este, ao SESMT e Departamento de Recursos Humanos, mesmo que não apresente gravidade, a fim de serem tomadas as providências que o caso exigir.



Art. 36 - O colaborador acidentado deve seguir as indicações determinadas para o seu tratamento e, quando lhe for dada a alta médica, apresentar-se **IMEDIATAMENTE** ao Departamento de Recursos Humanos.

Art. 37 - Nos casos de acidente com objetos perfuro cortante, o colaborador deverá procurar imediatamente o CCIH - (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar) e comunicar ao Departamento de Recursos Humanos, no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas, preencher o CIAT (Comissão Interna de Acidente de Trabalho) e anexar o atestado ou declaração do médico que lhe prestou atendimento logo após o acidente.

DA CESSAÇÃO DAS RELAÇÕES DE TRABALHO

Art. 38 - A rescisão do contrato de trabalho poderá resultar de:

- a) Livre e espontânea vontade do empregado (pedido de demissão);
- b) Vontade unilateral do empregador:
 - I. Rescisão sem justa causa;
 - II. Rescisão por justa causa.

Art. 39 - Constituem justa causa para rescisão do contrato de trabalho pelo empregador (Art.482 da CLT):

Art. 40 - O colaborador deverá fazer médico demissional tanto para pedido de demissão quanto para dispensa em justa causa.

Art. 41 - Do cumprimento do aviso prévio:

- a) Para pedido de demissão o cumprimento do aviso prévio é facultado ao colaborador, estando este ciente de que o não cumprimento poderá acarretar descontos previstos em lei.
- b) Para dispensa sem justa causa o aviso prévio trabalhando o colaborador, deverá cumprir todos os dias com a opção de redução de 02 (duas) horas diárias ou 07 (sete) dias corridos e as demais faltas e/ou atrasos poderão ser descontados conforme previsto em lei.

Parágrafo Único - Para efeito de aviso prévio considera-se 30 (trinta) dias corridos.



DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 42 - O motorista, além da responsabilidade pelos danos causados aos veículos de propriedade da Entidade, responderá solidariamente pelos prejuízos ocasionados a terceiros quando resultantes da imperícia, negligência e imprudência de sua parte na condução dos veículos ou de infração do Código de Trânsito.

Art. 43 - Quaisquer objetos e dinheiro por ventura perdidos por pessoa dentro do recinto da empregadora devem, uma vez encontrados, serem entregues no Departamento de Recursos Humanos.

Se não forem procurados pelo legítimo dono dentro de um razoável período de tempo, não inferior a trinta dias, os objetos ou dinheiro achados serão devolvidos à pessoa que os encontrou.

Art. 44 - O eventual acobertamento de falta praticada por subordinado implica em falta idêntica pelo superior e conseqüências decorrentes.

DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 45 - O presente Regulamento Interno entra em vigor a partir de sua publicação.

Art. 46 - Os casos omissos ou não previstos neste Regulamento Interno serão resolvidos pela Diretoria de Recursos Humanos juntamente com os responsáveis os quais esta Diretoria julgar necessário.

Art. 47 - O presente Regulamento pode ser substituído por outro, sempre que a Entidade julgar conveniente, em consequência de alteração na legislação.



CÓDIGO DE CONDUTA DOS COLABORADORES DO INSTITUTO ELISA DE CASTRO - IEC

O INSTITUTO ELISA DE CASTRO - IEC, Sociedade sem fins lucrativos, com sede de sua matriz no Rio de Janeiro - RJ, baixa o presente CÓDIGO DE CONDUTA DOS COLABORADORES, o qual determina as normas específicas de conduta das relações de trabalho.

O Código de Conduta é apresentado aos colaboradores por meio de treinamento e comunicações internas. Espera-se do colaborador um comportamento em perfeita harmonia com este Código, sem exceções.

1. Relações Institucionais e Representações

A postura do funcionário em relação aos colegas deve pautar na cortesia e respeito, pelo espírito de equipe, ou seja, comprometimento irrestrito com o trabalho e respeito ao trabalho alheio, contribuindo da melhor maneira para a plena realização das tarefas diárias.

Alguns exemplos de condutas eticamente corretas:

- Redirecionamento de correspondências endereçadas erroneamente;
- Democratização/divulgação de informações úteis ao trabalho de toda a equipe, entre outros.

2. Relação com o público

A atitude e o comportamento do colaborador contribuem para a imagem positiva ou negativa que a Entidade projeta.

Essa responsabilidade requer que todo funcionário tenha uma postura de integridade e de comprometimento com os valores da Entidade.

O relacionamento com o público deve ter por base a integridade e o respeito a todas as pessoas, independentemente de classe social, religião, cor, sexo, origem, idade ou incapacidade física.

Todo esforço deve ser feito para atender as legítimas expectativas do



CÓDIGO DE CONDUTA DOS COLABORADORES DO INSTITUTO ELISA DE CASTRO - IEC

público e até superá-las.

Todos devem ser atendidos com cordialidade, simpatia e educação, encaminhados com presteza e objetividade, procurando evitar esperas desnecessárias.

Na impossibilidade de atendimento imediato, avisar o visitante o tempo estimado de espera.

Oferecer informações claras e objetivas (precisas), com cortesia e eficiência. Mesmo se a resposta for negativa, ela deve ser dada de forma adequada e rápida.

Evitar tratamento preferencial a quem quer que seja, por interesse ou sentimento pessoal.

O atendimento deve privilegiar pessoas idosas, grávidas, pessoas com deficiência, pessoas com criança de colo, de acordo com os bons costumes em qualquer sociedade desenvolvida e lei nº 10048 de 08/Nov/2000.

3. Postura do funcionário em relação aos colegas

Os colaboradores devem estar engajados na busca permanente de mais eficiência, contribuindo para o constante crescimento da Entidade e, conseqüentemente, para sua própria carreira.

Os colaboradores do Projeto, devem estar perfeitamente conscientes de seus deveres para com a Instituição, o trabalho, seus pares e chefias e das obrigações da Entidade para com eles.

Cabe ao gestor de pessoas a função de informar e esclarecer sobre esses assuntos.

Os colaboradores do IEC devem ter participação ativa e criativa, que deve ser recebida pelos superiores sem preconceitos, na análise, na crítica e na solução de problemas.

Isso é essencial para manter a Entidade inovadora e o pessoal motivado para o melhor desempenho.



CÓDIGO DE CONDUTA DOS COLABORADORES DO INSTITUTO ELISA DE CASTRO - IEC

4. Postura do superior hierárquico em relação a seus subordinados e vice-versa

O superior hierárquico deve ter em mente que seus colaboradores o tomarão como exemplo, assim, suas ações devem ser modelo de conduta para equipe.

Jamais deve usar o cargo para solicitar favores ou serviços pessoais a subordinados que não estejam de acordo com suas funções específicas.

É fundamental que reconheça o trabalho de cada um e proporcione igualdade de acesso as oportunidades de desenvolvimento profissional.

Não deve admitir nenhuma decisão que afete a carreira profissional de subordinados baseada apenas em relacionamento pessoal.

Deve fazer com que seus colaboradores entendam que a gestão exige austeridade para que a Entidade possa alcançar o desenvolvimento, oferecendo novas oportunidades para todos, reconhecendo a competência, dedicação, criatividade e desenvolvimento pessoal.

O superior deve adotar, sempre que possível, política de portas abertas, permitindo a expressão dos colaboradores e evitando arbitrariedades.

Vítimas de arbitrariedades passam a considerá-las naturais e acabam repetindo esse comportamento, fonte de ineficiência em qualquer organização. O superior hierárquico deve assumir a integral responsabilidade decorrente de atos praticados no exercício do cargo ou da função. Isso implica não se omitir ou transferir a responsabilidade de tomar decisões.



CÓDIGO DE CONDUTA DOS COLABORADORES DO INSTITUTO ELISA DE CASTRO - IEC

5. Recursos financeiros

Os recursos financeiros disponibilizados pela Entidade devem ser utilizados com zelo, de acordo com as normas e procedimentos específicos para cada caso, visando transparência, e otimização de resultados.

A escolha e a contratação de fornecedores devem ser baseadas em critérios técnicos, profissionais, éticos e nas necessidades da Entidade conduzidas por meio de processos predeterminados - tais como concorrência ou cotação de preços, que garantam a melhor relação custo benefício.

6. Recursos Físicos

Deve-se zelar pela conservação, segurança e racionalidade na utilização dos recursos físicos, tais como equipamentos, materiais, instalação etc.

Deve-se lembrar que estes recursos facilitam ou viabilizam a execução das atividades.

A fim de alcançar maior produtividade na execução de suas tarefas, os colaboradores e demais prestadores de serviço devem contribuir com sugestões para a contínua melhoria dos recursos disponíveis e seu maior aproveitamento e seguir os procedimentos constantes do manual (Normas e procedimentos - Patrimônio).

7. Segurança

Não é permitido adentrar áreas de acesso restrito sem prévia autorização do responsável. Comunicar imediatamente ao seu superior hierárquico se notar o ingresso de pessoas não autorizadas a essas áreas. Não conceder, sob hipótese alguma, seu código de acesso, crachá ou senha a outros colaboradores.



CÓDIGO DE CONDUTA DOS COLABORADORES DO INSTITUTO ELISA DE CASTRO - IEC

8. Informações confidenciais

Os colaboradores são responsáveis pela guarda de documentos relativos as suas atividades e devem certificar-se de que documentos confidenciais não estão expostos a outros colaboradores ou a terceiros em trânsito pela área em períodos de ausência de seu posto de trabalho.

Ao final do expediente, os papéis de trabalho e documentos em especial os confidenciais, devem ser retirados de cima de sua mesa e guardados em lugar seguro; papéis e documentos não mais necessários devem ser destruídos ou enviados para arquivo morto, conforme o caso.

Não podem ser feitos quaisquer comentários ou revelações a outros colaboradores, ou a terceiros, sobre informações que devem ser usadas apenas no contexto de suas responsabilidades profissionais.

9. Conflito de interesses, presentes/brindes

Não se devem aceitar ou oferecer presentes, direta ou indireta, ou favores de caráter pessoal, que resultem de relacionamento com a Entidade e possam influenciar decisões, facilitar negócios ou beneficiar terceiros. Em hipótese alguma poderá ser recebida qualquer importância em dinheiro ou crédito de valores, de cliente ou terceiros, a título de presente ou gratificação.

Como regra geral, não se deve aceitar presentes de valor econômico algum.

Havendo intransigência da parte de quem estiver oferecendo ou forte motivo que impeça a rejeição no momento, o fato deve ser informado imediatamente e por escrito ao Diretor Administrativo, que orientará caso a caso.

Da mesma forma, não se deve participar de viagens, eventos ou congressos patrocinados por terceiros, sem aprovação prévia da chefia.



CÓDIGO DE CONDUTA DOS COLABORADORES DO INSTITUTO ELISA DE CASTRO - IEC

10. Uso do E-mail

Todas as mensagens distribuídas pelo sistema da empresa, até e-mails pessoais, são de propriedade do Instituto Elisa de Castro - IEC. O funcionário não deve manter quaisquer expectativas de privacidade sobre quaisquer mensagens criadas, armazenadas, enviadas ou recebidas através do sistema de e-mail da Empresa.

Seus e-mails podem ser monitorados sem prévia notificação se a Empresa assim achar necessários. Se existir quaisquer evidências que o funcionário não está aderindo as regras citadas nessa política, a Empresa se reserva ao direito de tomar medidas disciplinares, incluindo demissão e/ou ação judicial.

Se você tem alguma dúvida ou comentários sobre essa Política de uso de e-mail, por favor, entre em contato com seu supervisor.

11. Condutas não aceitáveis

Serão punidas severamente atitudes nas relações de trabalho, que discriminem pessoas, motivadas por cor, sexo, religião, origem, classe social, idade ou dificuldade física.

Usar equipamentos e outros recursos da Entidade para fins particulares não autorizados.

Manifestar-se em nome da Entidade quando não autorizado ou habilitado para tal.

Envolver-se em atividades remuneradas, fora da Instituição, que entrem em conflito com suas funções na Entidade assim como fornecer informações erradas de forma consciente.

É vedado divulgar informações não oficiais ('boatos') de qualquer espécie.



CÓDIGO DE CONDUTA DOS COLABORADORES DO INSTITUTO ELISA DE CASTRO - IEC

12. Condutas esperadas

Avaliar cuidadosamente situações que possam caracterizar conflito entre seus interesses e os da Entidade e/ou conduta não aceitável do ponto de vista ético.

Reconhecer honestamente os erros e comunicá-los imediatamente ao seu superior.

Questionar orientações contrárias aos princípios da Instituição.

Apresentar críticas construtivas e sugestões com o objetivo de aprimorar a qualidade do trabalho.

Ao vivenciar momentos críticos, faça ao menos as seguintes perguntas:

- A medida a ser tomada é legal?
- É correta?
- Quem será afetado?
- Está de acordo com os valores da instituição?
- Como ela apareceria na imprensa?
- Terá reflexos negativos para a imagem da Instituição?

Por fim: se você sabe que é errado, não faça, em hipótese alguma.



CÓDIGO DE CONDUTA DOS COLABORADORES DO INSTITUTO ELISA DE CASTRO - IEC

TERMO DE ADESÃO E COMPROMISSO

Declaro que tomei ciência do **Manual do Colaborador do IEC**, li e entendi o seu conteúdo e cumprirei as regras contidas neste documento.

Assumo o compromisso de reportar à área de Recursos Humanos do IEC qualquer comportamento ou situação que esteja ou pareça estar em desacordo com as diretrizes e recomendações prevista neste Manual.

Assumo, ainda, compromisso de avaliar meus processos internos a fim de adequá-los às diretrizes dispostas neste Manual.

Assinatura

Nome completo: _____

Cargo/Função: _____

Local/Data: _____



SEJA BEM VINDO!

INSTITUTO ELISA DE CASTRO





4. Contrato de Trabalho

Resumo		
1	Nome do (a) empregado (a)	
2	Data de admissão	
3	Função	
4	Setor	
5	Horário da jornada de trabalho	
6	Intervalo para refeição	1 (uma) hora
7	Nº de horas semanais	
8	Nº de horas mensais	
10	Local da prestação de serviços	
11	Salário mensal	R\$, ()
12	Dados bancários	- BCO/AG. - C/C

EMPREGADORA

Nome	-
CNPJ	
Endereço	, - -
Representante legal	A pessoa abaixo identificada mediante carimbo.

EMPREGADO (A)

Nome	
Nacionalidade	
Estado civil	
Profissão	
RG	
CPF	
CTPS e Série	-
End. Residencial	- - -
Tels. Residencial e celular	

CONDIÇÕES

1. O (A) EMPREGADO (A) exercerá a função acima mencionada, que poderá ser desempenhada em qualquer local onde atua ou venha a atuar a EMPREGADORA.
2. A jornada de trabalho é a acima indicada. As partes acordam a realização do regime de compensação de horas. (Art. 59, § 2º., CLT)

A EMPREGADORA pagará o salário mensal acima mencionado na forma e prazo estabelecidos pela legislação.

3. O (a) EMPREGADO (A) autoriza o pagamento do salário por meio de depósito bancário a ser efetuado na conta corrente acima mencionada, da qual é titular.

O salário será reajustado na forma estabelecida pelas normas sindicais e legais. PRAZO

Este contrato de experiência é celebrado para vigorar por 45 (quarenta e cinco) dias, podendo ser prorrogado uma vez por período igual. Vencida a prorrogação o contrato passará a vigorar por prazo indeterminado.

OBRIGAÇÕES

1. Obriga-se o (a) EMPREGADO (A) a:
 - 1.1. Manter sigilo absoluto quanto às informações a que tenha acesso por força de suas atribuições funcionais, constituindo-se a sua violação falta grave passível de aplicação das penalidades cabíveis.
 - 1.2. Tomar ciência por escrito de regulamentos internos, normas, circulares, avisos e medidas disciplinares e a obedecê-los rigorosamente, pois eles integram este contrato.
 - 1.3. Usar os uniformes e EPIs (equipamentos de proteção individual) que lhe forem entregues, devendo devolvê-los nas mesmas condições em que os recebeu, ressalvado o desgaste natural do uso, sob pena de ressarcimento dos seus custos, quando da rescisão deste contrato ou quando a EMPREGADORA solicitar.
 - 1.4. Trabalhar em regime de alteração de turno e revezamento, conforme as necessidades da EMPREGADORA, podendo ser remanejado (a) de jornada

diurna para noturna ou vice-versa, garantidos os adicionais legalmente cabíveis.

- 1.5. Realizar as horas extras autorizadas previamente pela EMPREGADORA. (Art. 61, CLT)
- 1.6. Aceitar todas as atividades que lhe forem atribuídas, desde que elas sejam compatíveis com a sua qualificação profissional e condição pessoal.

DISPOSIÇÕES GERAIS

1. O (A) EMPREGADO (A) autoriza a descontar de seu salário qualquer importância da qual ele venha a se tornar devedor em razão de convênios, refeições, participação de planos de benefícios, adiantamentos e outros benefícios.
2. Independentemente da aplicação de sanções disciplinares, conforme a gravidade do ato, o (a) EMPREGADO (A) responderá civilmente por quaisquer danos e prejuízos materiais ou morais que, direta ou indiretamente, por culpa ou dolo, causar à EMPREGADORA ou a terceiros, ficando esta autorizada a ressarcir-se mediante desconto do valor total apurado em folha de pagamento, com o que concorda e autoriza aquele (a).
3. A não aplicação de qualquer cláusula deste contrato não implica em renúncia, novação ou alteração contratual, sendo ato de mera liberalidade e tolerância da EMPREGADORA, mantendo-se intacto o aqui pactuado.
4. O excesso de horas trabalhadas em um dia pode ser compensado pela correspondente diminuição em outro dia, respeitados os limites de 10 (dez) horas diárias e 44 (quarenta e quatro) semanais, dispensado o acréscimo de salário. (Art. 59, § 2º., CLT)

A EMPREGADORA poderá alterar os horários de início e término de cada expediente e dos intervalos para descanso, respeitados os limites legais.

O (A) EMPREGADO (A) cede à EMPREGADORA, em caráter irrevogável e irretratável, de forma total e exclusiva, o uso de todo e qualquer trabalho por ele (a) criado e os direitos patrimoniais de autor relativamente a produtos material e/ou intelectual eventualmente resultante deste contrato. A cessão de direitos patrimoniais é efetuada de forma onerosa, em contrapartida ao salário garantido ao EMPREGADO (A) pela EMPREGADORA, não podendo aquele exigir o pagamento de quaisquer outros valores além dos que lhe serão pagos em razão deste contrato.

Local e data: , / / .

5. Avaliação De Desempenho Anual Com Foco Em Competência

A avaliação de desempenho com foco em competência é um retrato fiel da realidade no trabalho, uma vez que identifica se o profissional e o cargo estão alinhados a estratégia da empresa. Esta ferramenta busca melhorar a atuação do potencial do colaborador, identificando e desenvolvendo as competências técnicas ou comportamentais.

A avaliação de desempenho será encaminhada e realizada pela Linha de Comando no mês em que o colaborador completar 1 ano da sua admissão. Esta metodologia oportuniza temponecessário para avaliar o colaborador em seu desempenho em cada indicador de competência definida para a sua função, baseada em sua descrição de cargos/atividades.

Optou-se por este método visando o acompanhamento programado, iniciando a avaliação com o processo de seleção, seguindo com a avaliação de experiência (45 dias e 90 dias) e por fim, a avaliação de desenvolvimento anual.

A avaliação de desempenho obedecerá este critério de realização em virtude da importânciaem manter uma linha de continuidade ao processo: Seleção, Avaliação de experiência e Avaliação de Desempenho Anual. A intenção é proporcionar o tempo necessário para a identificação e o desenvolvimento das ações ao colaborador a cada etapa do processo.

A avaliação adotada será formal (formulário pré-estabelecido), direta (realizado pela chefia imediata) e acompanhada de feedback (retorno da avaliação ao funcionário), pois considera-se que este é um bom momento para o líder reforçar uma relação de confiança com o liderado, comunicando as suas percepções e expectativas referente a atuação e o desempenho do funcionário, uma vez que o principal objetivo é o DESENVOLVIMENTO de pessoas.

Vale ressaltar que a **Avaliação de Desempenho** é uma importante ferramenta de Gestão de Pessoas que corresponde a uma análise sistemática do desempenho do profissional em função das atividades que realiza, das metas estabelecidas, dos resultados alcançados e doseu potencial de desenvolvimento, tendo como objetivo a promoção do crescimento pessoal e profissional do funcionário e fornecer informações importantes para a tomada de decisões acerca de salários, promoções, demissões,

treinamento e planejamento de carreira, bem como proporcionando o crescimento e o desenvolvimento da pessoa avaliada, além de estimular resultados de cunho administrativo, motivacionais e de comunicação, dentre elas:

- A identificação de pontos de melhoria a empresa no que concerne a atenção ao colaborador – futuros projetos para o Grupo de Humanização em parceria com o RH;
- A identificação de diferenças e ritmos individuais;
- O estímulo ao Feedback;
- O desenvolvimento da Linha de Comando;
- O estímulo a comunicação e ao relacionamento interpessoal;
- O direcionamento do funcionário na busca do auto-desenvolvimento;
- O auxílio na verificação de aprendizagem, pois a Avaliação de Desempenho permite a evidência do GAP individual;
- A motivação e satisfação do colaborador com o seu trabalho e com a empresa; e
- Apoio as Pesquisas de Clima Organizacional.

PRINCÍPIOS BÁSICOS PARA A AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

- O processo de Avaliação de Desempenho obedecerá às rotinas estabelecidas e conforme IT.RH.005;

O formulário será encaminhado pelo RH, via e-mail até o 15º dia útil do mês em que o colaborador completar 1 ano da sua admissão, o qual deverá ser preenchido, justificado, impresso e devidamente assinado pelos envolvidos. O prazo de devolução do formulário impresso ao RH será até o último dia do referido mês, o qual será arquivado e encaminhado, em casos de deficiências, ao NEP para programação e definição do PDI;

- O avaliador deverá levar em consideração algumas observações:
- Conhecer e compreender bem o significado dos critérios avaliados;
- Conhecer cada funcionário que está sob sua responsabilidade;
- Conhecer a atividade desenvolvida pelo avaliado;
- Avaliar de forma: Clara e objetiva; isenta de interferências pessoais;

PRINCÍPIOS BÁSICOS PARA A AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

baseada em fatos concretos e sem julgamentos de valores.

- Após o preenchimento da avaliação de desempenho, o Avaliador da área realizará feedback com o avaliado - colaborador, mantendo uma comunicação bilateral, com retorno motivacional e desenvolvedor, ressaltando os pontos fortes e pontuando os pontos fracos. Após o feedback, o avaliador ouvirá as considerações do avaliado e discutirá e acordará com o mesmo os principais pontos a serem desenvolvidos.
- Atenção: Após avaliação do 1 ciclo de Avaliação de Desempenho (2011), identificou-se alguns pontos frágeis, ao qual foram sugeridos ações ou medidas corretivas. Dentre eles a sugestão de um cronograma diferenciado de datas de entrega e devolução das avaliações de desempenho a equipe de enfermagem (DENF), visando garantir a eficácia do feedback e por consequência garantir os objetivos da Avaliação de Desempenho. A sugestão deste cronograma deu-se pela observação de constantes atrasos na devolução da avaliação a partir do mês de junho e consequente dificuldade de realização e compreensão do avaliador e avaliado quanto a esta ferramenta em sua importância e benefícios. Os meses de junho concentra aproximadamente 33,33% dos colaboradores contratados para esta área, tendo em vista ser o mês que antecedeu a inauguração deste hospital, o que tornou difícil e justifica as dificuldades encontradas no primeiro ciclo de avaliações de desempenho por este grupo. Abaixo, o cronograma proposto de entrega e devolução das avaliações a enfermagem a partir do 2 ciclo de avaliações. Estas datas poderão ser modificadas mediante a necessidade e número de profissionais.
 - Janeiro - Entrega: dia 15/ Devolução: dia 31



- Fevereiro - Entrega: dia 15/ Devolução: dia 28 ou 29
- Março - Entrega: dia 15/ Devolução: dia 31
- Abril - Entrega: dia 15/ Devolução: dia 30
- Maio - Entrega: dia 15/ Devolução: dia 31
- Junho - Entrega: dia 15 de junho/ Devolução: dia 31 de julho
- Julho - Entrega: dia 1 de agosto/ Devolução: dia 15 de agosto
- Agosto - Entrega: dia 15/ Devolução: dia 31
- Setembro - Entrega: dia 15/ Devolução: dia 30
- Outubro - Entrega: dia 15/ Devolução: dia 31
- Novembro - Entrega: dia 15/ Devolução: dia 30
- Dezembro - Entrega: dia 15/ Devolução: dia 31

Com base no mapeamento de competências e metodologia especificada, criamos critérios de pontuação para melhor compreensão do avaliado e avaliador e maior eficácia na mensuração dos dados. Portanto:

Competências Comportamentais - Foco no cliente, Foco nos resultados e Gestão de Pessoas:

- 4 – Máxima (Forte evidência da competência avaliada);
- 3 – Alta (Boa evidência da competência avaliada);
- 2 – Baixa (Pouca evidência da competência avaliada); e
- 1 – Inexistente (Não há evidências da competência avaliada).

Competências Técnicas:

- 4 – Máxima (Domínio do conhecimento e da prática);
- 3 – Alta (Bom conhecimento e consegue por em prática);
- 2 – Baixa (Conhecimento Insuficiente para por em prática); e
- 1 – Inexistente (Não conhece).

Os resultados das avaliações serão tabulados para a definição do Plano de Desenvolvimento de Competências (PDC). Em casos, de deficiências ou lacunas apresentadas pelo colaborador, entre o esperado e o atingido (GAPs), estas informações serão repassadas ao Núcleo de Educação Permanente (NEP), o qual

definirá o Plano de Desenvolvimento Individual (PDI) para cada colaborador, visando o desenvolvimento frente ao desempenho e a satisfação do colaborador no exercício de sua função e, por conseguinte, a valorização dos objetivos e estratégias organizacionais e melhorias nos resultados.

Desenvolvimento com foco em Competência

Na sequência da avaliação de desempenho com foco na competência, o PDI é uma importante ferramenta que apresenta as condições atuais de cada colaborador e ao mesmo tempo, mostra o que pode (ou deve) ser realizado no seu desenvolvimento.

O Plano de Desenvolvimento Individual (PDI) será realizado com a finalidade de suprir eventuais *gaps*, entre o que se entende ser necessário para cada colaborador e o que efetivamente se apresenta dentro do conceito de competências essenciais e específicas para o exercício da função.

A partir da correta identificação das competências essenciais e específicas o *NEP* avaliará a melhor forma de encaminhar os planos de desenvolvimento e criar estratégias que não, necessariamente, podem ser TREINAMENTOS.

Podemos e devemos recorrer a todos os tipos de trabalhos para desenvolver os GAPS, tais como:

- Grupos de estudos,
- Workshop,
- Seminários,
- Teatros,
- Sessões de filmes,
- Dinâmicas de grupo,
- Dentre outros.

Após definição de cronograma, as convocações serão realizadas pelo NEP através de e-mails, linhas de comando e convites individuais entregues pessoalmente a cada colaborador convocado.

Como medida preventiva os PDIs serão abertos a todos os colaboradores interessados em aprimorar-se independentemente do apontamento na avaliação de desempenho anual. Nesta, poderão participar ainda funcionários que tiveram apontamentos em avaliações

de experiência. Estas informações serão pontuadas pelo RH ou chefia imediata.

Incentivos de carreira com foco em competências

Os incentivos, carreiras e sucessão ocorrerão tendo como base para análise da Avaliação de Desempenho do ano corrente, o progresso e o histórico funcional. Para casos de carreira e sucessão, será inclusa também a análise de compatibilidade dos pré-requisitos do colaborador e da vaga. Para todos os casos, o mínimo de tempo exigido pela empresa é que o colaborador tenha pelo menos 03 meses de permanência no cargo atual na condição de contrato por tempo indeterminado ou determinado.

PRINCÍPIOS BÁSICOS PARA O INCENTIVO DE CARREIRA

- RH deverá auxiliar a direção no que concerne ao dimensionamento de pessoal, de acordo com as especificidades de cada diretoria setorial, disponibilizando seus relatórios mensais atualizados, informando as admissões, demissões e afastamentos, com quantitativos reais;
- Para o incentivo de carreira o colaborador deverá apresentar os requisitos estabelecidos para o cargo e desejável fazer parte do quadro funcional da empresa no mínimo de três meses;
- Será considerada também para análise prévia as informações do histórico funcional (pontualidade, assiduidade, medidas disciplinares, dentre outros);
 - A avaliação de experiência será utilizada como ferramenta de análise até seis meses da data de admissão. Após os seis meses a avaliação de desempenho anual será antecipada na data de envio e devolução, sendo considerada a nova data de emissão para as próximas avaliações de desempenho anual;
 - A avaliação de Desempenho anual será válida até 11 meses após sua realização para efeitos de análise;
 - O incentivo de carreira será considerado para casos de crescimento profissional na ascendência de nível hierárquico, considerando as atribuições e responsabilidades diferenciadas e salário superior;
 - Para cargos de mesmo nível hierárquico e responsabilidades, atribuições e salários semelhantes será necessário apenas a análise do histórico funcional e o mínimo de três meses de permanência na empresa, sendo considerada mudança de função simples;

- Caso o incentivo de carreira ou mudança de função simples seja efetivado o colaborador terá como nova data de emissão para as próximas avaliações de desempenho anual a data efetiva da mudança de função;
- O incentivo de carreira poderá ocorrer no máximo até duas vezes em um período de 12 meses. Contudo, será necessário que haja o mínimo de três meses na função atual para se ter um tempo mínimo para a avaliação. Neste caso poderá ser utilizada para a segunda análise de promoção a avaliação de desempenho anual, a qual será antecipada a data de entrega e devolução, sendo considerada a nova data de emissão para as próximas avaliações de desempenho anual;
- O tempo de empresa será um pré-requisito básico para análise prévia do colaborador em caso de incentivo de carreira e mudança de função simples. Contudo, este requisito somente será flexível em casos esporádicos devidamente justificados e aprovados pela diretoria registrado em avaliações de experiência ou desempenho anual.

Os profissionais, poderão ser contatados pela Convecção das Leis Trabalhistas – CLT e pelo Regime de Pessoa Jurídica - PJ.

A Organização Social adotará as Rotinas estabelecidas pela Secretaria de Saúde respeitando a de legislação de funcionários públicos do Estado. Todos os funcionários ativos serão cadastrados no CNES.

CRITÉRIOS PARA O INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

IDENTIFICAÇÃO DO AVALIADO

FATORES DE AVALIAÇÃO
5 (ÓTIMO), 4 (BOM), 3 (REGULAR/SATISFATÓRIO), 2 (INSUFICIENTE), 1 (RUIM)

DISCIPLINA

Assiduidade/ Pontualidade - Comparece regularmente ao local de trabalho/mês e nos horários preestabelecidos. Permanecendo até o final do expediente

NOTA 1 – Não comparece no horário determinado ou; Acima de 6 faltas justificadas, a partir de 1 injustificada ou justificada sem comunicação prévia 24h;

NOTA 2 – Mais que 3 atrasos acima de 30 minutos no mês ou; Até 6 faltas justificadas;

NOTA 3 – Até 3 atrasos até 30 minutos no mês ou; Até 3 faltas justificadas;

NOTA 4 – Até 15 minutos de atrasos no mês ou; Até 1 falta justificada;

NOTA 5 – Comparece eficientemente sem atrasos ou Freqüente.

Postura / Aparência Habitual - É educado, respeita as pessoas mantendo-se calmo e paciente em situações difíceis. É adequado nos trajés, no uso de adereços e na higiene pessoal.

NOTA 1 – apresenta-se inadequadamente;

NOTA 2 – tem dificuldades para apresentar-se adequadamente;

NOTA 3 – tem dificuldades e esforça-se para apresentar-se adequadamente;

NOTA 4 – Apresenta-se satisfatoriamente;

NOTA 5 – Apresenta-se adequadamente.

Trabalho em equipe – Capacidade de Interagir com os demais membros da equipe e saber ouvir posições contrárias, cooperar e contribuir para atuação positivas.

NOTA 1 – Não interage;

NOTA 2 – Interage insatisfatoriamente;

NOTA 3 – Interage parcialmente;

NOTA 4 – Interage satisfatoriamente;

NOTA 5 – Interage eficientemente.



Disciplina - Cumpre todas as normas, rotinas, regimentos e regulamentos no local de trabalho, possuindo bom comportamento.

NOTA 1 – Não cumpre;

NOTA 2 – Cumpre insatisfatoriamente;

NOTA 3 – Cumpre parcialmente;

NOTA 4 – Cumpre satisfatoriamente;

NOTA 5 – Cumpre eficientemente.

RELACIONAMENTO

Relacionamento Interpessoal - Possui capacidade no relacionamento com os colegas e superiores hierárquicos. É atencioso, acolhedor e confiável. Cooperar e colaborar com as pessoas e permite a colaboração dos demais. .

NOTA 1 – Relaciona-se pouco;

NOTA 2 – Relaciona-se com dificuldade;

NOTA 3 – Tem facilidade para relacionar-se;

NOTA 4 – Relaciona-se satisfatoriamente com as pessoas;

NOTA 5 – Relaciona-se perfeitamente com as pessoas.

Relacionamento com os Usuários - Possui bom relacionamento com usuários, sendo sempre atencioso, acolhedor e confiável.

NOTA 1 – Relaciona-se pouco;

NOTA 2 – Relaciona-se com dificuldade;

NOTA 3 – Tem facilidade para relacionar-se;

NOTA 4 – Relaciona-se satisfatoriamente com as pessoas;

NOTA 5 – Relaciona-se perfeitamente com as pessoas.



Comunicação Oral e Escrita – Comunica-se com clareza, de forma sucinta, com linguagem e tom de voz adequado à situação, fala e escreve corretamente e possui caligrafia legível.

NOTA 1 – Não se comunica;

NOTA 2 – Comunica-se insatisfatoriamente;

NOTA 3 – Comunica-se parcialmente;

NOTA 4 – Comunica-se satisfatoriamente;

NOTA 5 – Comunica-se eficientemente.

Equilíbrio emocional - Possui capacidade de manter seu equilíbrio emocional em situações específicas.

NOTA 1 – Não se equilibra;

NOTA 2 – Equilibra-se insatisfatoriamente;

NOTA 3 – Equilibra-se parcialmente;

NOTA 4 – Equilibra-se satisfatoriamente;

NOTA 5 – Equilibra-se eficientemente.

HABILIDADES / ENVOLVIMENTO / COMPROMETIMENTO

Interesse - Busca conhecimento para facilitar e favorecer seu desempenho profissional e pessoal. Participa e acompanha as mudanças. Preocupa-se em manter-se atualizado, solicitando quando necessário o apoio institucional.

NOTA 1 – Não tem interesse;

NOTA 2 – Limita-se as tarefas de rotina;

NOTA 3 – Mantém-se interessado pelo trabalho;

NOTA 4 – Possui interesse eficiente;

NOTA 5 – Possui interesse excepcional.

Criatividade - É capaz de sugerir inovações, solucionar problemas e adaptar-se às situações quando necessário e adaptar-se às situações quando necessário. Busca realizar inovações no seu trabalho, visando melhorá-lo constantemente.

NOTA 1 – Não utiliza-se de sua criatividade;

NOTA 2 – Utiliza-se insatisfatoriamente de sua criatividade;

NOTA 3 – Utiliza-se parcialmente de sua criatividade;

NOTA 4 – Utiliza-se satisfatoriamente de sua criatividade;

NOTA 5 – Utiliza-se eficientemente de sua criatividade.

Iniciativa – Adota melhores soluções em tempo hábil, mediante identificação de problemas.

NOTA 1 – Não tem iniciativa;

NOTA 2 – Tem dificuldade de agir com iniciativa;

NOTA 3 – Iniciativa satisfatória;

NOTA 4 – Iniciativa mais que satisfatória;

NOTA 5 – Iniciativa eficiente.

Conhecimento da Relação Território / Recursos – Demonstra consciência das necessidades da população, respeitando os recursos públicos.

NOTA 1 – não compreende;

NOTA 2 – apresenta dificuldades para compreender;

NOTA 3 – compreende parcialmente;

NOTA 4 – compreende satisfatoriamente;

NOTA 5 – compreende perfeitamente.



Responsabilidade – É consciente de seus atos, assumindo-os de acordo com princípios éticos e legais. Cumpre com os compromissos firmados. Tem segurança no desempenho de minhas atividades conseguindo conhecer minhas limitações e dificuldades. Assume conscientemente seu território bem como os problemas da população de sua Abrangência. Incorpora e desenvolve seu trabalho e seu papel, intra e extra-muros, com seriedade e atenção.

NOTA 1 – Não assume tampouco incorpora;

NOTA 2 – Assume e incorpora insatisfatoriamente;

NOTA 3 – Assume e incorpora parcialmente;

NOTA 4 – Assume e incorpora satisfatoriamente;

NOTA 5 – Assume e incorpora eficientemente.

Desenvolvimento Profissional – Aproveita as oportunidades de realizar trabalhos novos ou participar de cursos, colaborando no contexto da unidade.

NOTA 1 – não aproveita a oportunidade;

NOTA 2 – aproveita insatisfatoriamente;

NOTA 3 – aproveita parcialmente;

NOTA 4 – aproveita satisfatoriamente;

NOTA 5 – aproveita eficientemente.

Flexibilidade / Adaptabilidade - Reage bem às mudanças. Tenho facilidade para adaptar-me às necessidades e mudanças na rotina do meu trabalho.

NOTA 1 – não adapta-se nem reage bem às mudanças;

NOTA 2 – apresenta dificuldades para adapta-se e tem dificuldades para aceitar as mudanças;

NOTA 3 – adapta-se parcialmente e reage indiferentemente às mudanças;

NOTA 4 – adapta-se satisfatoriamente e está atento às mudanças;

NOTA 5 – adapta-se e reage eficientemente às mudanças.

EFICIÊNCIA



Resolutividade – resolve os problemas e conclui seu trabalho de forma efetiva.

NOTA 1 – não resolve;

NOTA 2 – apresenta dificuldades;

NOTA 3 – resolve parcialmente;

NOTA 4 – resolve satisfatoriamente;

NOTA 5 – resolve eficientemente.

Produtividade - Apresenta qualidade e quantidade de trabalho dentro dos padrões exigidos em seu cargo. Realiza suas atividades de forma completa e criteriosa, atendendo os padrões de qualidade esperados.

NOTA 1 – Não apresenta boa produtividade;

NOTA 2 – Produtividade insatisfatória;

NOTA 3 – Produtividade parcial;

NOTA 4 – Produtividade satisfatória;

NOTA 5 – produtividade excelente.

Desenvolvimento das atividades nos Prazos estabelecidos – Executa os trabalhos dentro dos prazos estabelecidos.

NOTA 1 – não executa;

NOTA 2 – apresenta dificuldades para executar;

NOTA 3 – executa parcialmente;

NOTA 4 – executa satisfatoriamente;

NOTA 5 – executa eficientemente.

Organização – Sabe organizar e priorizar as atividades. Conduz suas ações de modo a favorecer a continuidade da assistência e do trabalho em equipe. Utiliza adequadamente os recursos disponíveis, evitando desperdícios e mantém a ordem do local de trabalho. Atua de forma planejada e organizada, otimizando tempo e recursos materiais.

NOTA 1 – Tem dificuldade de atuar;

NOTA 2 – Atua insatisfatoriamente;

NOTA 3 – Atua parcialmente;

NOTA 4 – Atua satisfatoriamente;

NOTA 5 - Atua eficientemente.

Conhecimento Específico - Possui domínio técnico pertinente à sua competência e mantém-se atualizado. Desenvolve as atividades com segurança e eficiência.

NOTA 1 – Conhecimento insuficiente;

NOTA 2 – Conhecimento insatisfatório;

NOTA 3 – Conhecimento parcial;

NOTA 4 – Conhecimento satisfatório;

NOTA 5 – Conhecimento eficiente/atualizado.

Instrumento de Auto-avaliação de Desempenho Individual

Nível Funcional

IDENTIFICAÇÃO DO AVALIADO

Nome:	
Cargo/Função:	Unidade de Trabalho:
Categoria Funcional: () CONTRATO DEFINITIVO () TEMPORÁRIO- vide contrato	

PERÍODO DA AUTO-AVALIAÇÃO - FUNCIONÁRIO



1º Período 60 dias - /..... /..... a /..... /.....	Data da Conclusão /..... /.....
2º Período 180 dias - /..... /..... a /..... /.....	Data da Conclusão /..... /.....
3º Período 365 dias - /..... /..... a /..... /.....	Data da Conclusão /..... /.....

Instruções

Preencher os campos IDENTIFICAÇÃO DO AVALIADO e PERÍODO DE AUTO-AVALIAÇÃO

Avaliar os fatores com valores inteiros 1 (mínimo) e 5 (máximo) anotando nas colunas da direita (PONTUAÇÃO).

Somar na vertical (TOTAL DE PONTOS) e fazer o cálculo da NOTA

Caso achar conveniente, descreva observações adicionais no VERSO deste Instrumento de Avaliação de Desempenho

FATORES DE AVALIAÇÃO	PONTUAÇÃO		
	1ºPERÍODO	2ºPERÍODO	3ºPERÍODO

DISCIPLINA

1a - Assiduidade / Pontualidade - Cumpro a jornada de trabalho preestabelecida, tanto no aspecto horário como em frequência. Comunico aos meus superiores quando há atraso falta ou saída antecipada.

() () ()

1b - Postura / Aparência Habitual - Sou educado, respeito as pessoas mantendo-me calmo e paciente em situações difíceis. Sou adequado nos trajes, no uso de adereços e na higiene pessoal.

() () ()

1c – Trabalho em Equipe – Possuo habilidade de interagir com os demais membros da equipe e saber ouvir posições contrárias. Estou sempre disposto a cooperar e contribuir para atuação positiva.

() () ()

1d - Disciplina - Cumpro todas as normas, rotinas, regimento e regulamentos no local de trabalho e possuo bom comportamento.

() () ()

RELACIONAMENTO

2a - Relacionamento Interpessoal - Tenho capacidade no relacionamento com os colegas e superiores hierárquicos. Sou atencioso, acolhedor e confiável. Coopero e colaboro com as pessoas e permito a colaboração dos demais. .

() () ()



4c – Desenvolvimento das Atividades nos Prazos Estabelecidos - Executo os trabalhos dentro dos prazos estabelecidos. () () ()

4d - Organização - Sei organizar e priorizar as atividades. Conduzo minhas ações de modo a favorecer a continuidade da assistência e do trabalho em equipe. Utilizo adequadamente os recursos disponíveis, evitando desperdícios e mantenho a ordem do local de trabalho. () () ()

4e - Conhecimento Específico / Técnico Científico – Possuo domínio técnico pertinente à minha competência e mantenho-me atualizado. Desenvolvo as atividades com segurança e eficiência.

() () ()

TOTAL DE PONTOS

NOTA (IADF 1) NOTA 1ºPERÍODO () NOTA 2ºPERÍODO () NOTA 3ºPERÍODO () Divida o
TOTAL DE PONTOS por VINTE e escreva no espaço acima

...../...../.....

Assinatura do Avaliado

Observações:



CIENTE,

...../...../.....

Assinatura do Gerente

6. Estratégias Para Combater o Absenteísmo

O absenteísmo é um problema para a organização, seja ele causado por motivos de saúde ocupacional (acidentes típicos de trabalho, de trajeto, doenças do trabalho ou doenças ocupacionais) ou assistencial (doenças comuns, tratamentos médicos ou odontológicos, gravidez de risco, cirurgias) ou ainda por motivos que não por saúde (doação de sangue, gala, acompanhamento médico, luto ou por motivos de ordem legal).

Uma das grandes preocupações dos dirigentes é como evitar que os profissionais falem, já que o absenteísmo (ausência no ambiente de trabalho) prejudica não apenas a um único colaborador, mas também pode ter efeitos significativos sobre o desempenho de uma equipe.

O IEC incentiva a presença e desestimula as ausências ao trabalho através de práticas gerenciais e culturais que privilegiam a participação, ao mesmo tempo em que desenvolvem atitudes, valores e objetivos dos colaboradores favoráveis a participação. Gerando assim maior satisfação da parte dos colaboradores.

Ações que podem auxiliar as organizações a diminuir os percentuais de falta dos colaboradores.

1 - Não há nada mais desagradável para uma pessoa do que conviver em um ambiente que não tenha as mínimas condições de limpeza. Por isso, quando a empresa mantém um constante processo de manutenção que assegure a limpeza, muitos afastamentos como licença médica podem ser evitados.

2 - Durante eventos comemorativos, aproveitando a oportunidade dos profissionais estarem em um momento de integração, a companhia tem a alternativa de promover ações voltadas à qualidade de vida do trabalhador.

3 - Não são poucos os casos de afastamentos por licenças médicas em decorrência de doenças provocadas pelo esforço repetitivo. Estimular seus funcionários a praticarem exercícios laborais que a princípio podem ser conduzidos por educadores especializados. Depois que os profissionais abraçam a ideia, sem dúvida alguma a melhoria da qualidade devida no trabalho será valorizada.

4 - A promoção de campanhas de conscientização sobre a importância do trabalho de cada um colaborador faz um diferencial significativo. Isso porque o profissional passa a entender a importância que as atividades que ele desenvolve têm, de fato, valor para a companhia. Isso, por sua vez, pode estimulá-lo a trabalhar novas competências técnicas e comportamentais.

5 - A presença de gestores despreparados ou, então, de pessoas que chegam ao extremo de usar a autoridade para humilhar os liderados, é um dos fatores que levam profissionais a se ausentarem do trabalho ou mesmo procurar outra oportunidade no mercado. Dizer "Não" aos líderes tiranos é dizer "SIM" para uma equipe motivada.

6 - A concepção de individualismo já não faz parte da cultura de uma empresa globalizada. Nesse sentido, a gestão deve focar ações específicas para o estímulo ao espírito de equipe. Quando se atua em uma companhia, onde as pessoas entendem que unidas vão "mais longe", a vontade de atender às expectativas da empresa aumenta.

7 - Muitos profissionais chegam atrasados no expediente porque enfrentam diariamente o trânsito caótico dos centros urbanos. Existe também quem perca horas de trabalho (considerando-se o período de seis meses, por exemplo), porque a empresa onde atua é de difícil acesso. Seja pela carência de transporte coletivo ou devido à região onde a instituição instalou-se, quando a organização tem recursos para investir no transporte dos colaboradores, observa que esse investimento vale a pena quando é realizado um levantamento das horas de ausência versus a manutenção do veículo.

8 - A presença do profissional de Recursos Humanos em todos os departamentos da companhia serve de termômetro para avaliar o clima, identificar falhas de gestão e encontrar soluções, antes que a empresa sofra algum tipo de prejuízo.

9 - A adoção de ferramentas como pesquisa de clima organizacional ou mesmo de avaliação de desempenho, permite que a organização identifique os pontos fortes e

fracos que precisam ser trabalhados no profissional. Quando isso ocorre, é possível dar um feedback ao colaborador e ele, por sua vez, entenderá que a empresa não o vê apenas como um "número" a ser adicionado à folha de pagamento.

10 - Sem uma política de comunicação interna clara, os funcionários ficam sujeitos a receberem informações distorcidas como, por exemplo, demissão em massa, corte de benefícios etc. Através dos canais de comunicação, a empresa passa tranquilidade aos profissionais e esses conseguem cumprir suas responsabilidades com mais eficácia. As chances de profissionais conscientes se ausentarem do trabalho caem significativamente.

PREMISSAS BÁSICAS

Por acreditar na capacidade de promover o desenvolvimento de pessoas, o hospital define e estabelece a política de Gestão de Pessoas, porém considerando algumas premissas básicas:

- Cumprir todas as exigências, normas, leis e convenções legais pertinentes às relações e ambiente de trabalho e aplicáveis às nossas atividades;
- Assumir o compromisso público de defesa e proteção aos Direitos Humanos, Direitos da Criança e Direitos Fundamentais do Trabalho, em alinhamento a Princípios, Padrões e Tratados proclamados nacional e internacionalmente;
- Respeitar a diversidade e dignidade do ser humano, preservando a individualidade e privacidade, não admitindo a prática de atos discriminatórios de qualquer natureza: no ambiente de trabalho com público interno e externo;
- Assegurar o bom relacionamento entre todos os profissionais da empresa, mantendo um ambiente de trabalho seguro e saudável e propiciar condições para níveis ótimos de desempenho e produtividade;
- Assegurar a segurança e saúde ocupacional e contribuir para melhoria da qualidade de vida dos colaboradores;
- Promover o constante desenvolvimento e aperfeiçoamento das potencialidades técnicas e comportamentais de nossos colaboradores e disponibilizar mecanismos favoráveis que lhes permitam administrar seu plano de crescimento, pessoal e profissional, a fim de garantir a melhoria contínua dos processos de gestão;
- Garantir prioridade de oportunidades para o crescimento profissional das pessoas, pelo investimento e desenvolvimento das competências, pela

valorização e respeito ao conhecimento e formação profissional, estes adquiridos ao longo da carreira.

CRONOGRAMA DE AÇÕES PARA A IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA GESTÃO POR COMPETÊNCIAS

AÇÕES	PERÍODO DE REALIZAÇÃO	AÇÕES COMPLEMENTARES
1.Mapeamento do Perfil de Competências Organizacionais	Jan	-
2.Mapeamento e mensuração de Competências do Cargo	Jan a mar	-
3.Elaboração da Política de Gestão de Pessoas	Mar a abr	-
4.Avaliação de Desempenho com foco em Competências	A partir de abril	- Treinamento aos líderes com foco em Gestão por Competências. Reunião com a Liderança com Foco na Avaliação de Desempenho. - Com os resultados da avaliação, definir o plano de desenvolvimento de competências dos colaboradores(PDC).
5.Treinamento e Desenvolvimento de Competências	A partir de maio	- Definir o plano de desenvolvimento individual (PDI) com base no PDC. - Realizar ações para o

		desenvolvimento do colaborador conforme definição do PDI.
6. Seleção por Competências	A partir de maio	- Alteração das Instruções de trabalho e formulários adaptando-os ao modelo gerencial de gestão por competências.
7. Incentivos e Mudança de função com foco em competências.	A partir de maio	- Alteração das Instruções de trabalho e formulários adaptando-os ao modelo gerencial de gestão por competências.
8. Descrição de Cargos e Competências	Sempre que necessário	- Atualizar a descrição de cargos e mapear as competências sempre que houver alterações, inclusões ou exclusões de cargos.
9. Política de Gestão de Pessoas	Anualmente	- Atualizar a Política de Gestão de Pessoas anualmente, tendo como base o diagnóstico realizado após fechamento de cada ciclo de avaliações.

7. Proposta de Registro e Controle de Pessoal e Modelo para Escalas de Trabalho

a). PONTO ELETRÔNICO

O hospital utilizará o ponto eletrônico conforme a Portaria 1510 do MTE. Esta consiste

basicamente em utilizar um aparelho e sistema de ponto eletrônico inviolável e homologado por este órgão, em que permite a emissão de comprovantes de registro de marcação do colaborador a cada registro realizado pelo mesmo. Caberá o colaborador registrar rigorosamente os seus horários – entrada e saída - realizando o seu horário de trabalho de acordo com a escala de trabalho mensal. A tolerância permitida será para a antecipação de horários, atrasos e saídas em até 10 minutos diários.

O colaborador que cumprirá sobreaviso, conforme definição em escala, sempre que acionado para comparecer ao hospital deverá registrar os seus horários de entrada e saída, bem como em casos de colaboradores que cumprirão horas extras, as quais ocorrerão somente com a autorização previa do responsável pelo setor/área mediante justificativa

b). REGISTRO DE PONTO

Conforme exposto no artigo da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT):

Art. 74 – O horário do trabalho constará de quadro, organizado conforme modelo expedido pelo Ministro do Trabalho e afixado em lugar bem visível. Esse quadro será discriminativo no caso de não ser o horário único para todos os empregados de uma mesma seção ou turma.

§ 1º - O horário de trabalho será anotado em registro de empregados com a indicação de acordos ou contratos coletivos porventura celebrados.

§ 2º – Para os estabelecimentos de mais de dez empregados será obrigatória a anotação da hora de entrada e de saída, em registro manual, mecânico ou eletrônico, conforme instruções a serem expedidas pelo Ministério do Trabalho, devendo haver pré-assinalação do período de repouso.

Todos os funcionários devem registrar seu ponto, com exceção dos Diretores e Consultores, mediante comunicado do Diretor Geral do serviço formalizado junto ao Departamento Pessoal.

O registro da presença do funcionário se realiza por meio de ponto eletrônico biométrico. Atende ao preconizado pela Portaria TEM 1.510 de 2009, que regulamenta o Sistema de Registro de Ponto.

A assiduidade e pontualidade são consideradas pela instituição condições fundamentais para não prejudicar as rotinas e não comprometer as atividades desenvolvidas.

Em situações de Férias, Auxílio-Doença, Acidente de Trabalho, Licença Maternidade, Adoção ou Paternidade, o registro de ponto permanecerá em branco e as devidas anotações serão realizadas no Tratamento de Ponto, para impressão do Espelho do Ponto.

Alterações de horários de trabalho somente podem ser realizadas com previa autorização do Gestor.

O Espelho de Ponto deverá ser assinado exclusivamente pelo funcionário. FALTAS

São consideradas faltas, conforme a situação:

Faltas abonadas: Licença Médica, Licença Nojo (Falecimento pai, mãe, filhos e irmãos.), Licença Gala, Licença Paternidade, Participação em Processos na Justiça, Serviço Militar, dentre outros conforme disposto no art. 473 da CLT.

Faltas Justificadas: São aquelas que não estão contempladas na CLT ou em Instrumento Coletivo de Trabalho, mas que necessitam de comprovante ou declaração de comparecimento e o empregado é descontado em Folha de Pagamento sem perda do período de gozo de férias e 13º. Salário.

Faltas Injustificadas: São aquelas faltas sem nenhum tipo de comprovante, portanto, geram desconto em Folha de Pagamento, quando superior a 05 (cinco) faltas dentro do Período Aquisitivo, com perda no 13º. Salário e período de gozo de férias.

c). AFASTAMENTOS - INSS

Auxílio Doença e Acidente de Trabalho: Em caso de afastamento superior a 15 (quinze) dias, o empregado é encaminhado ao INSS para dar entrada no Auxílio Doença.

Licença Maternidade: O artigo 392 da CLT – Consolidação das Leis do Trabalho, prevê que a partir do 8º (oitavo) mês de gestação, mediante apresentação de atestado médico de 120 (cento e vinte) dias, a empregada poderá gozar do benefício, que é pago pela Instituição em Folha de Pagamento e deduzido na Guia de Recolhimento da Previdência Social. A licença maternidade também é garantida para gestantes que perderem o feto acima da 23ª semana de gestação.

Licença Adoção: De acordo com a Lei 12.873 – Art. 71-A: Ao segurado ou segurada da Previdência Social que adotar ou obtiver guarda judicial para fins de adoção de

criança é devido salário-maternidade pelo período de 120 (cento e vinte) dias.

INTRUÇÃO PARA REGISTRO DE PONTO

Objetivo: Incluir colaborador no sistema de ponto e orientar sobre critérios a serem observados e cumpridos no que diz respeito ao registro de ponto dos colaboradores.
Documentos Complementares: Abono de faltas, atraso e troca de plantão. Autorização de Horas Extras Orientação Formal
Definições e Siglas: DP: Departamento Pessoal
Setores Relacionados: Todos
Descrição da Instrução de Trabalho:

AÇÃO	RESPONSÁVEL	FORMULÁRIO/MATERIAL	DESCRIÇÃO DA AÇÃO
1. Cadastrar no sistema de ponto.	DP	Sistema eletrônico	Cadastrar os dados do colaborador no sistema com: matrícula, nome, setor, função, horário, escala e PIS.
2. Cadastrar digital	DP	Relógio Ponto Biométrico	Cadastrar digital do colaborador no relógio ponto.
3. Registrar o Ponto	DP	Relógio Ponto Biométrico	Explicar e mostrar visualmente como posicionar o dedo corretamente no relógio confirmando o registro da jornada de



			trabalho.
4. Informar horários	DP		<p>Confirmar o horário de trabalho para registrar corretamente a jornada, informar a necessidade de se ter 04 registros sendo registro de entrada e saída do intervalo de refeição, entrada e saída do expediente.</p> <p>Sempre frisar a obrigatoriedade em cumprir o intervalo de Intrajornada, para jornada de até 06 horas diárias intervalo de 15 minutos e mais de 06 horas diárias 01 ou até 02 horas de intervalo.</p>
5. Medidas Disciplináveis	D.P e Gestor		<p>O colaborador deverá cumprir rigorosamente a jornada de trabalho. No caso de Horas extras realizadas sem justificativa e autorização da Diretoria, será pago o valor devido na folha</p>



			de pagamento, porém poderá sofrer medidas disciplinares como; Orientação formal (até 03), Advertência Formal (até 03), Suspensão e demissão.
6. Esquecer de registrar ponto, solicitar	DP		O colaborador deverá preencher um formulário por data e tipo de ocorrência, solicitando a

troca de plantão, abonar faltas			correção do evento mediante assinatura do gestor imediato.
7. Corrigir a divergência do ponto	DP		Entregar ao DP o formulário devidamente preenchido e autorizado para abonar a divergência especificada dentro do prazo de fechamento do ponto.



8. Autorizar Horas Extras	Diretoria Adm.		Gestor deverá preencher formulário disponível no SAS, e entregar o relatório devidamente autorizado pela Diretoria ao DP até dia 20 de cadamês.
---------------------------	----------------	--	---

troca de plantão , abonar faltas			correção do evento mediante assinatura do gestor imediato.
7. Corrigir a divergência do ponto	DP		Entregar ao DP o formulário devidamente preenchido e autorizado para abonar a divergência especificada dentro do prazo de fechamento do ponto.
8. Autorizar Horas Extras	Diretoria Adm.		Gestor deverá preencher formulário disponível no SAS, e entregar o relatório devidamente autorizado pela Diretoria ao DP até dia 20 de

			cadamês.
--	--	--	----------

d). ESCALA DE TRABALHO


As escalas de trabalho mensais serão elaboradas pela chefia imediata, respeitando o limite e regras estabelecidos por lei (informadas anteriormente). As mesmas serão entregues ao setor de RH até 15 de antecedência do mês de competência. Desta forma, o colaborador estará ciente e apondo a sua assinatura na escala de trabalho conhecendo os seus horário e folgas com pelo menos 15 dias de antecedência.

Somente em situações de extrema necessidade será permitida a troca de plantão (horário de trabalho ou dia de serviço) com outro colega. Para tanto, a troca de plantão deverá respeitar algumas regras. A primeira refere-se à troca de dias de serviço, a qual deverá ocorrer entre o dia 1º e o dia 30 do mês da troca, visando o melhor acompanhamento do colaborador e da chefia imediata e a realização de carga horária mensal. A segunda regra refere-se à solicitação de troca, a qual deverá ser realizada com a antecedência mínima de 72 horas e mediante formulário próprio para trocas de plantão, a qual deverá ser preenchida em todos os campos, justificada e assinada pelos dois colaboradores envolvidos. A terceira regra refere-se à validade da solicitação de troca que ocorrerá somente se autorizada pelo responsável do setor/área, o qual fará o encaminhamento ao setor de RH.

Em caso de falta, o colaborador que se comprometeu a fazer o plantão do colega será responsabilizado e sofrerá o desconto em seu salário.

MODELO DE ESCALA:

ESCALA DE PLANTÃO



Instituto
Elisa de Castro

LOGO HOSPITAL: _____

Sector: _____ Mês: _____

NOME	FUNÇÃO	HORÁRIO	Nº COREN	Mês																															
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
Turno manhã				S	O	S	T	Q	Q	S	S	O	S	T	Q	Q	S	S	O	S	T	Q	Q	S	S	O	S	T	Q	Q	S	S	O	S	
Turno Tarde																																			
Noite 01																																			
Noite 02																																			

LEGENDA

SD - SERVIÇO DIURNO 12 HORAS
M - MANHÃ PLANTÃO 6 HORAS
T - TARDE PLANTÃO 6 HORAS
NN - SERVIÇO NOTURNO 12 HORAS
D - DIURNO 8 HORAS
F - FÉLIXIA
LM - LICENÇA MÉDICA
FERIAS - MESCLAR LINHA

Assinatura do Responsável: _____ Recursos Humanos: _____

O processo de Gestão de Pessoas ou Gestão de Recursos Humanos está estruturado de forma a garantir a qualificação e as competências adequadas aos colaboradores que desenvolverão suas atividades e competências de forma segura, eficiente e eficaz.

A política de Gestão de Pessoas do IEC é pautada e desenvolvida através de estratégias que garantam o alinhamento, com a missão, visão, valores da instituição, com o contratante, com a legislação e principalmente com o respeito aos seres humanos.

A área de Gestão de Pessoas é composta por:

- Administração de Pessoal;
- Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT);
- Desenvolvimento organizacional;

- Núcleo de Educação Permanente.

8. Política de Segurança no Trabalho e Prevenção de Acidentes

Saúde do trabalhador

O IEC tem por objetivo fornecer aos seus colaboradores e clientes um ambiente seguro e saudável. As estratégias, procedimentos e ações adotadas no IEC visam alcançar os seguintes objetivos, atendo as políticas das NRs, incluindo:

- Comprometer-se com a saúde, a segurança e o bem-estar de nossos colaboradores, clientes e parceiros;
- Incentivar a participação dos colaboradores nas ações e programas de segurança e saúde no trabalho;
- Gerenciar custos, riscos e qualidade nos ambientes de trabalho;
- Estar em conformidade com as legislações vigente relativa à segurança e saúde do trabalhador;
- Buscar sempre a melhoria contínua e a qualidade das atividades relacionadas à Segurança do Trabalho e a Saúde Ocupacional.

A Gestão de Saúde do Trabalhador compete orientar as atividades de prevenção e danos, de promoção e de proteção à saúde, reintegração ao trabalho, assim como promover a qualidade de vida no trabalho.

Projeto de Qualidade de Vida no Trabalho

O IEC acredita que colaboradores motivados, capacitados e bem remunerados passem a ter um desempenho acima da média, reduzindo custos e apresentando melhores resultados. O Programa de Qualidade de Vida no Trabalho atua de forma preventiva junto aos fatores relacionados ao trabalho, que possam interferir na vida do colaborador, seja no lado profissional – diminuição da produtividade, absenteísmo, turnover – quanto no lado pessoal – doenças, insatisfação, conflitos internos entre outros.

Eixos norteadores das ações quanto a saúde do trabalhador

Programa Qualidade de Vida é alicerçado em quatro linhas de atuação, que são as seguintes:

- Organizacional – Ações que valorizem a imagem, postura e o relacionamento da Instituição com os colaboradores; alternância das atividades funcionais
- Social – Ações que ofereçam benefícios sociais obrigatórios e espontâneos e criem oportunidades de lazer e cultura;
- Biológica – Ações que promovam a saúde, que controlem os riscos ambientais no trabalho e atendam às necessidades físicas com valorização dos princípios ergonômicos;
- Psicológica e emocionais – Ações que promovam a autoestima e o desenvolvimento das capacidades pessoais e profissionais dos colaboradores.

Propostas de ações quanto a saúde do trabalhador

- 1) qualificação do ambiente de trabalho (conforto, instalações e equipamentos ergonômicos);
- 2) evitar situações estressoras ocupacionais relacionadas à jornada, repressão à iniciativa profissional, má comunicação entre níveis hierárquicos, falta de perspectiva de ascensão pessoal, etc.; orientação sobre cuidados com a saúde física e emocional
- 3) controle dos riscos ocupacionais conforme e aderente as normas regulamentadoras oficiais da área;
- 4) promoção, prevenção e proteção às doenças e anomalias clínicas comuns como obesidade, tabagismo, alcoolismo, diabetes e hipertensão arterial, junto a promoção de hábitos saudáveis como atividade física, lazer, alimentação correta;
- 5) promoção do cuidado com a saúde bucal: segundo a Organização Mundial de Saúde, cerca de 20% das faltas ao trabalho no setor industrial tem vinculação com problemas de saúde bucal. Além disso, o trabalhador saudável contribui para que toda a empresa seja considerada “empresa saudável” por respeitar as normas de saúde e segurança do trabalho e, com isso, receber selos de certificação de qualidade

- 6) oferta de programas de educação financeira, preparação para aposentadoria, envelhecimento saudável, apoio à mãe trabalhadora.

Normas de Acidentes Biológicos, Proteção de Riscos (ANVISA e MTE)

Todas as ações do setor de segurança e saúde do trabalho do IEC estão devidamente dispostas nos Procedimentos Operacionais Padrões (POP). Estes foram criados pelo setor em conformidade com as normas vigentes no país, principalmente com as Normas Regulamentadoras do MTE.

Anualmente, são realizadas campanhas de prevenção e conscientização através da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA).

A principal função deste grupo é prevenir acidentes, realizar inspeções, organizar e promover a Semana Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho (SIPAT).

Todos os colaboradores são representados pela CIPA que é formada por representantes dos empregados e do empregador. Ao longo dos anos foram implantadas as CIPAS nas unidades sob gestão do IEC, obedecendo a Norma Regulamentadora 05 (NR-05) do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), monitorando as condições de saúde e segurança da unidade, alertando ao gestor e aos demais colaboradores dos riscos existentes, realizando o registro dos eventos em ata de reunião e promovendo saúde e segurança em seu local de trabalho.

Também são agregadas as atividades de saúde e segurança do trabalho a realização de inspeções periódicas, a fim de garantir boas condições ergonômicas, ambientais e de segurança, cumprindo as resoluções da Norma Regulamentadora NR32.

Com o objetivo de propiciar um ambiente de trabalho saudável, o IEC realiza ações multidisciplinares de segurança, integrando as equipes e atuando nos fatores que influenciam a qualidade de vida do trabalhador.

Principais Ações:

- Implantação de CIPA;
- Assessoria aos membros da CIPA;
- Acompanhamento das reuniões da CIPA;
- Implementação do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA);

- Implementação do Programa de Controle Médico da Saúde Ocupacional (PCMSO);
- Elaboração do Laudo de Insalubridade;
- Elaboração do Laudo Técnico das Condições Ambientais de Trabalho (LTCAT);
- Elaboração do Perfil Profissiográfico Previdenciário (PPP);
- Inspeções periódicas nos ambientes de trabalho;
- Realização de treinamentos para todos os colaboradores (Integração, Acidentes de Trabalho, Biossegurança, Prevenção e Combate à Incêndio, Equipamento de Proteção Individual, Fluxos do Setor de Saúde e Segurança do Trabalho e Comissão Interna de Prevenção de acidentes);
- Adequação do sistema de prevenção e combate a incêndio;
- Controle das condições dos equipamentos de prevenção e combate a incêndio;
- Realização de compra e recarga dos equipamentos de prevenção e combate a incêndio;
- Participar da elaboração de Plano de Prevenção de Riscos de Acidentes com Materiais Perfuro cortantes.
- Investigação dos incidentes do trabalho caracterizando ou não em acidentes do trabalho, realizando a comunicação dos órgãos competentes mediante a emissão da CAT;
- Acompanhamento da dosimetria dos colaboradores expostos a radiação;
- Elaboração de Plano de Proteção Radiológica – PPR;

Fiscalização do cumprimento das normas e procedimentos

A Equipe de Segurança do Trabalho atua nos conjuntos de medidas que visam prevenir os acidentes de trabalho bem como as doenças ocupacionais e de infecção hospitalar, possibilitando maior integridade e a capacidade de trabalho do profissional.

Equipamento de proteção - Medidas obrigatórias de proteção ao profissional:

O equipamento é um dispositivo que visa a proteção tanto individual ou coletiva (EPI ou EPC, destinado a eliminar ou minimizar riscos diários a segurança e/ou sua saúde do profissional.

Principais atribuições da equipe de segurança do Trabalho:

- Orientar e treinar os profissionais no uso adequado destes equipamentos;
- Realizar visitas periódicas às unidades, a fim de acompanhar e orientar as atividades fundamentais para a prevenção de acidentes.
- Realizar todos os registros necessários para geração de indicadores e análise das oportunidades de melhoria.

Medicina Ocupacional

Visando a prevenção e promoção da saúde, a área de Medicina Ocupacional está sempre voltada para a integridade física e mental do profissional, respeitando as regras e as necessidades da organização e da legislação vigente.

Principais atribuições do setor:

- Avaliar e acompanhar o acidente de trabalho.
- Receber e avaliar os atestados médicos.
- Monitorar os exames médicos admissionais, periódicos e demissionais.
- Realizar encaminhamento e acompanhamento previdenciário.
- Apresentar os indicadores da medicina ocupacional.

Acidente de Trabalho

Acidente de trabalho é o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho.

Apresentamos, a seguir, o fluxo dos três tipos de acidente de trabalho que podem ocorrer com os direcionamentos necessários a serem cumpridos pelo acidentado, pela equipe de segurança

do trabalho, pela medicina ocupacional e pelo gestor/coordenador/diretor da unidade.

Programa de qualidade de vida no trabalho

O IEC acredita que colaboradores motivados, capacitados e bem remunerados passem a ter um desempenho acima da média, reduzindo custos e apresentando melhores resultados. O Programa de Qualidade de Vida no Trabalho atua de forma preventiva junto aos fatores relacionados ao trabalho, que possam interferir na vida do colaborador, seja no lado profissional – diminuição da produtividade, absenteísmo, turnover – quanto no lado pessoal – doenças, insatisfação, conflitos internos entre outros.

Programa Qualidade de Vida é alicerçado em quatro linhas de atuação, que são as seguintes:

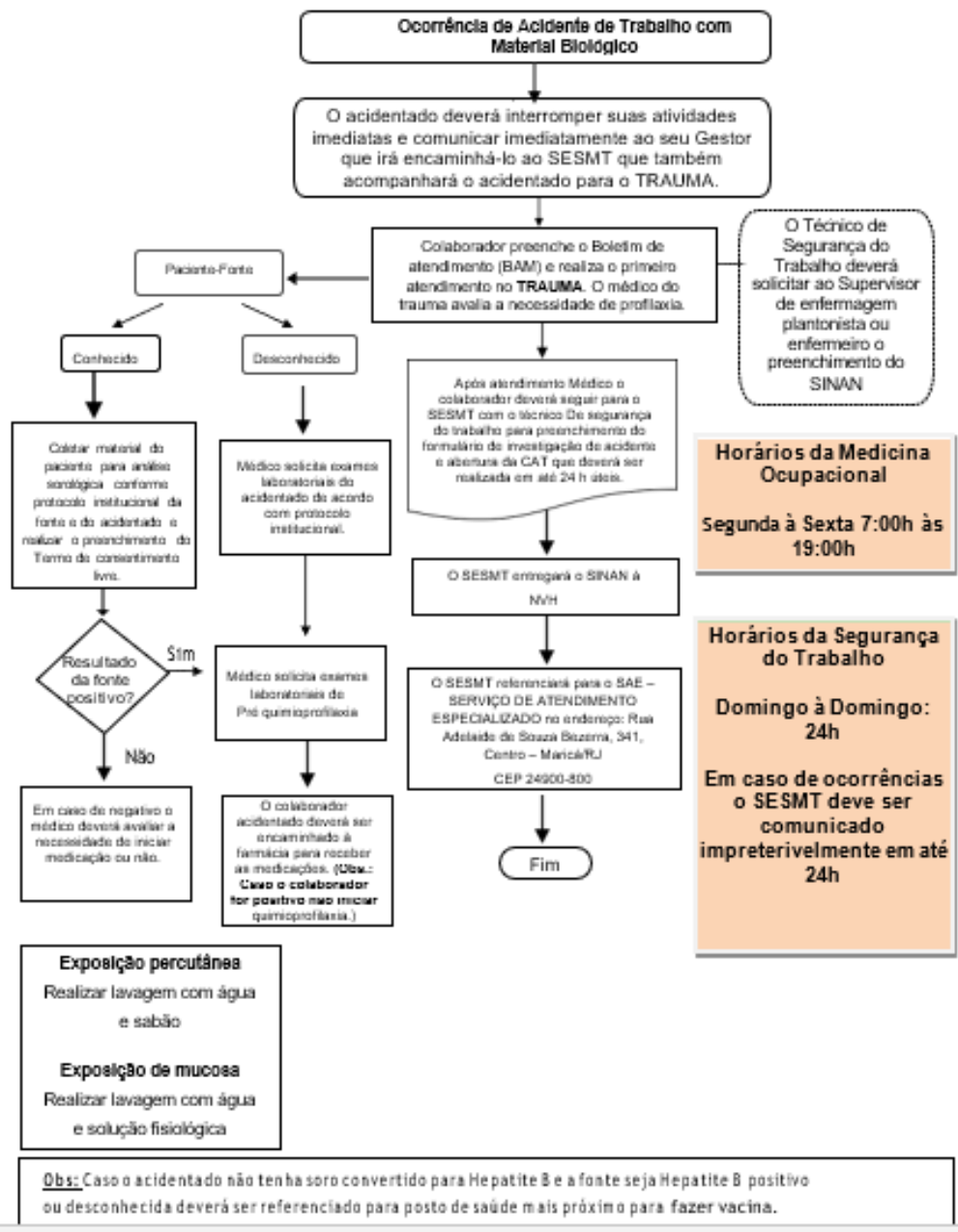
- Organizacional – Ações que valorizem a imagem e o relacionamento da Instituição com os colaboradores;
- Social – Ações que ofereçam benefícios sociais obrigatórios e espontâneos e criem oportunidades de lazer e cultura;
- Biológica – Ações que promovam a saúde, que controlem os riscos ambientais no trabalho e atendam às necessidades físicas;
- Psicológica – Ações que promovam a autoestima e o desenvolvimento das capacidades pessoais e profissionais dos colaboradores.

Propostas de ações quanto a saúde ocupacional

- 1) qualificação do ambiente de trabalho (conforto, instalações e equipamentos ergonômicos);
- 2) evitar situações estressoras ocupacionais relacionadas à jornada, repressão à iniciativa profissional, má comunicação entre níveis hierárquicos, falta de perspectiva de ascensão pessoal, etc.;
- 3) controle dos riscos ocupacionais conforme e aderente as normas regulamentadoras oficiais da área;
- 4) promoção, prevenção e proteção às doenças e anomalias clínicas comuns como

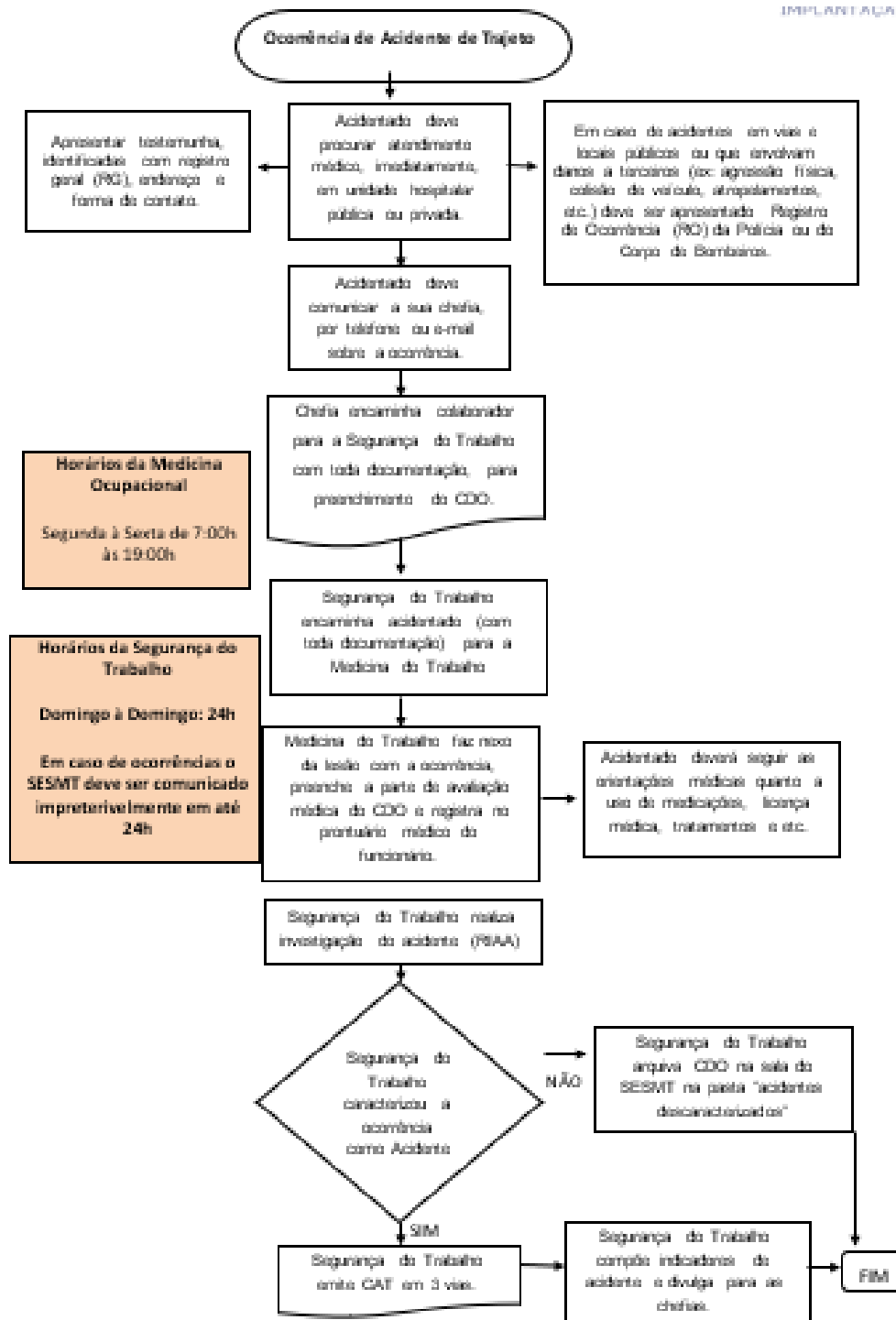
obesidade, tabagismo, alcoolismo, diabetes e hipertensão arterial, junto a promoção de hábitos saudáveis como atividade física, lazer, alimentação correta;

- 5) oferta de programas de educação financeira, preparação para aposentadoria, envelhecimento saudável, apoio à mãe trabalhadora.



Fluxo de Acidente biológico

IMPLANTAÇÃO



- Fluxo de Acidente de Trabalho

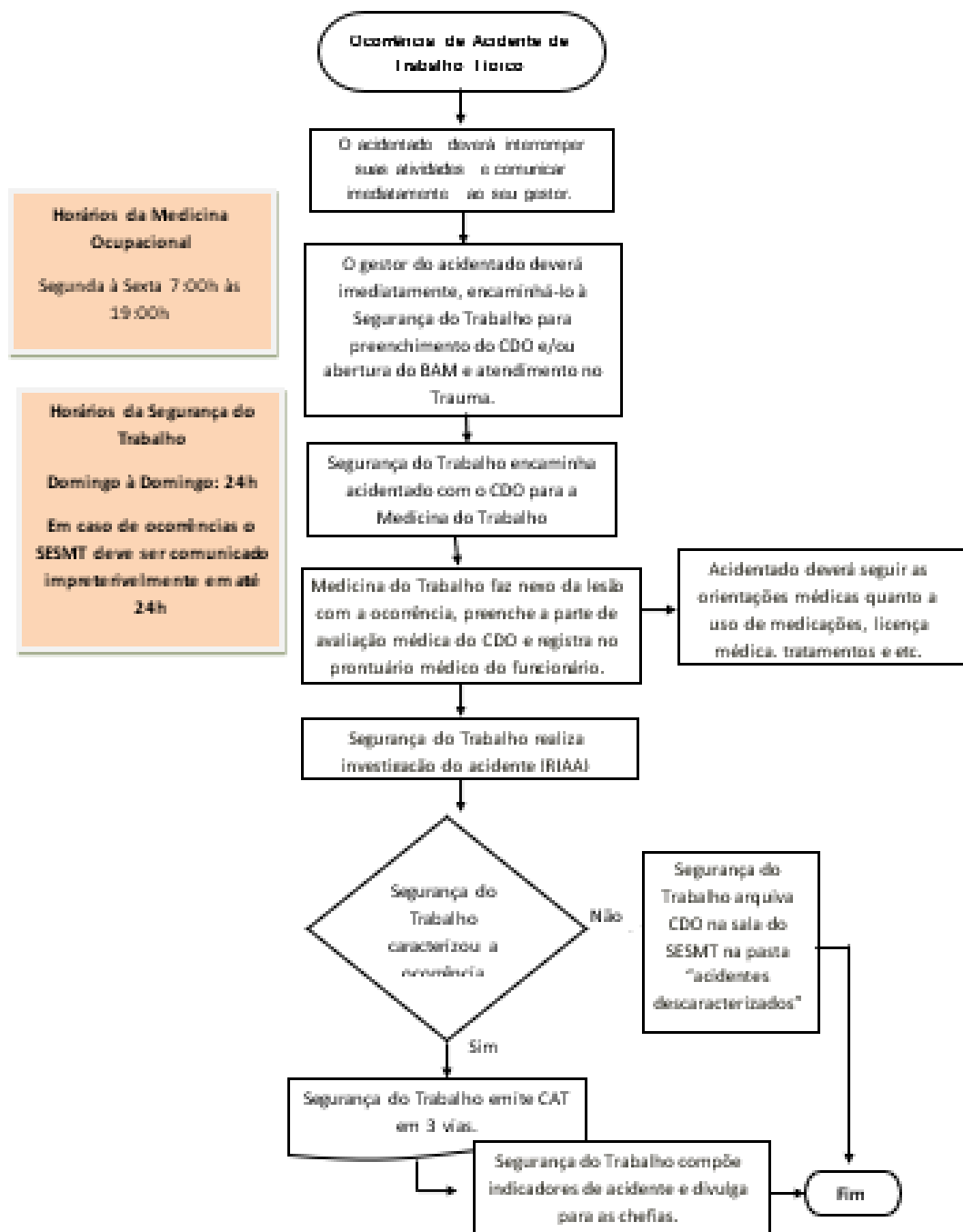


Figura 1 - Fluxo de Acidente Típico

Todas as ações do setor de segurança e saúde do trabalho do IEC estão devidamente dispostas nos Procedimentos Operacionais Padrões (POP). Estes foram criados pelo setor em conformidade com as normas vigentes no país, principalmente com as Normas Regulamentadoras do MTE.

Anualmente, são realizadas campanhas de prevenção e conscientização através da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA).

A principal função deste grupo é prevenir acidentes, realizar inspeções, organizar e promover a Semana Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho (SIPAT).

Todos os colaboradores são representados pela CIPA que é formada por representantes dos empregados e do empregador. Ao longo dos anos foram implantadas as CIPAS nas unidades sob gestão do IEC, obedecendo a Norma Regulamentadora 05 (NR-05) do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), monitorando as condições de saúde e segurança da unidade, alertando ao gestor e aos demais colaboradores dos riscos existentes, realizando o registro dos eventos em ata de reunião e promovendo saúde e segurança em seu local de trabalho.

Também são agregadas as atividades de saúde e segurança do trabalho a realização de inspeções periódicas, a fim de garantir boas condições ergonômicas, ambientais e de segurança, cumprindo as resoluções da Norma Regulamentadora NR32.

Com o objetivo de propiciar um ambiente de trabalho saudável, o IEC realiza ações multidisciplinares de segurança, integrando as equipes e atuando nos fatores que influenciam a qualidade de vida do trabalhador.

Principais Ações:

- Implantação de CIPA;
- Assessoria aos membros da CIPA;
- Acompanhamento das reuniões da CIPA;
- Implementação do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA);
- Implementação do Programa de Controle Médico da Saúde Ocupacional (PCMSO);
- Elaboração do Laudo de Insalubridade;
- Elaboração do Laudo Técnico das Condições Ambientais de Trabalho (LTCAT);
- Elaboração do Perfil Profissiográfico Previdenciário (PPP);

- Inspeções periódicas nos ambientes de trabalho;
- Realização de treinamentos para todos os colaboradores (Integração, Acidentes de Trabalho, Biossegurança, Prevenção e Combate à Incêndio, Equipamento de Proteção Individual, Fluxos do Setor de Saúde e Segurança do Trabalho e Comissão Interna de Prevenção de acidentes);
- Adequação do sistema de prevenção e combate a incêndio;
- Controle das condições dos equipamentos de prevenção e combate a incêndio;
- Realização de compra e recarga dos equipamentos de prevenção e combate a incêndio;
- Participar da elaboração de Plano de Prevenção de Riscos de Acidentes com Materiais Perfuro cortantes.
- Investigação dos incidentes do trabalho caracterizando ou não em acidentes do trabalho, realizando a comunicação dos órgãos competentes mediante a emissão da CAT;
- Acompanhamento da dosimetria dos colaboradores expostos a radiação;
- Elaboração de Plano de Proteção Radiológica – PPR;
- Fiscalização do cumprimento das normas e procedimento.

8.1. Constituição da Comissão de Prevenção De Acidentes -CIPA

A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) está subordinada a Gerência de RH. Cabe a CIPA garantir a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, bem como o bom funcionamento da unidade, a qual compete:

- Identificar os riscos do processo de trabalho e elaborar o Mapa de Riscos, com a participação do maior número de trabalhadores, com assessoria da Segurança e Saúde Médica do Trabalho (SESMT);
- Elaborar plano de trabalho que possibilite a ação preventiva na solução de problemas de segurança e saúde no trabalho;

- Realizar, periodicamente, verificações nos ambientes e condições de trabalho, visando à identificação de situações que venham trazer riscos para a segurança e saúde dos colaboradores;
- Divulgar aos colaboradores informações relativas à segurança e saúde no trabalho;
- Divulgar e promover o cumprimento das Normas Regulamentadoras, bem como cláusulas de acordos e convenções coletivas de trabalho, relativas à segurança e saúde do trabalho;
- Promover, anualmente, em conjunto com o SESMT, a Semana Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho (SIPAT).

A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) é um instrumento que os trabalhadores dispõem para tratar da prevenção de acidentes do trabalho, das condições do ambiente do trabalho e de todos os aspectos que afetam sua saúde e segurança. A CIPA é regulamentada pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) nos artigos 162 a 165 e pela Norma Regulamentadora 5 (NR-5), contida na portaria

3.214 de 8 de Junho de 1978 baixada pelo Ministério do Trabalho.

A constituição de órgãos dessa natureza dentro das empresas foi determinada pela ocorrência significativa e crescente de acidentes e doenças típicas do trabalho em todos os países que se industrializaram.

A CIPA será composta de representantes do empregador e dos empregados, de acordo com o dimensionamento previsto, ressalvadas as alterações disciplinadas em atos normativos para setores econômicos específicos.

O objetivo básico da CIPA é fazer com que empregadores e empregados trabalhem conjuntamente na tarefa de prevenir acidentes e melhorar a qualidade do ambiente de trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador.

A CIPA também tem por atribuição identificar os riscos do processo de trabalho

e elaborar o mapa de risco, com a participação do maior número de trabalhadores e de especialistas em Segurança do Trabalho.

Os representantes da CIPA terão como atribuições:

- Divulgar aos trabalhadores informações relativas à segurança e saúde no trabalho;
- Divulgar e promover o cumprimento das normas regulamentadoras;
- Colaborar no desenvolvimento e implementação do PCMSO e PPRA;
- Promover anualmente, a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho - SIPAT;
- Garantir a disposição, aos agentes de inspeção do trabalho, das atas de reuniões da comissão;
- Garantir a assinatura de todos os membros e a divulgação das atas para todos os presentes nas reuniões.

CIPA é uma comissão formada por empregados da empresa para trabalhar em busca de saúde e segurança do trabalho. O foco da comissão é trabalhar para evitar acidentes de trabalho e doença do trabalho.

Representantes: A CIPA tem representantes dos empregados e do empregador.

Representantes do empregador: São indicados por ele.

Representantes dos empregados: São eleitos por eles através de eleição feita na própria empresa.

A norma que regulamenta a CIPA (Comissão Interna de Prevenção de Acidentes) nas empresas é a NR 5.

O membro da CIPA é um funcionário que divide o seu tempo de trabalho entre exercer a função para o qual foi contratado e exercer o trabalho voluntário de prevenção. Para conseguir realizar esse nobre trabalho a CIPA usa várias ferramentas, veremos sobre

elas no decorrer desse artigo.

Os membros da CIPA através de reuniões mensais debatem os problemas de segurança do trabalho que foram encontrados na empresa e buscam soluções diretamente com o empregador e com o setor de segurança do trabalho da empresa (se houver).

Segundo a NR – 05 a constituição da CIPA fica definida dessa forma:

A CIPA – Comissão Interna de Prevenção de Acidentes deve ser constituída por estabelecimento, definido como cada uma das unidades da empresa funcionando em locais diferentes como: fábrica, refinaria, oficina, escritório, etc. Há situações que essa definição é complexa, portanto sempre o órgão regional do MTE deve ser consultado;

São obrigadas a constituir CIPA e manter em 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;

A empresa que possuir no mesmo município dois ou mais estabelecimentos, deverá garantir a integração das CIPA e dos designados, conforme o caso, com o objetivo de harmonizar as políticas de segurança e saúde no trabalho;

Com o objetivo de promover as ações preventivas para evitar acidentes e doenças relacionadas ao trabalho as empresas instaladas em centros comerciais ou industriais, estabelecerão, através das CIPA ou designados mecanismos de integração;

A NR-05 foi criada para regulamentar os artigos 163, 164 e 165 da CLT, isto significa que os estatutários e as cooperativas que não possuir empregados regidos pela CLT, estão isentas de constituir CIPA. A obrigatoriedade da constituição da CIPA e de mantê-la cabe às empresas onde tiverem empregados regidos pela CLT;

Nos órgãos públicos, onde trabalhem funcionários estatutários e funcionários regidos pela CLT, a CIPA deverá ser constituída e dimensionada de acordo com o número de funcionários regidos pela CLT e é somente esses que poderão votar e serem candidatos.

Quando se tratar de empreiteiras ou empresas prestadoras de serviços deve-se considerar o local ou estabelecimento onde o funcionário atuará e não onde o mesmo esteja registrado. Deve-se observar ainda os itens 5.47, 5.48, 5.49 e 5.50 da NR – 05;

Em algumas situações a constituição da CIPA torna-se um tanto quanto complexa e sendo assim o órgão regional do ministério do Ministério do Trabalho deve ser consultado, pois cabe a ele dirimir todas as dúvidas referente à constituição da CIPA assim como a aplicação da NR – 05 e demais Normas Regulamentadoras de Segurança e Medicina do Trabalho

Dimensionando a CIPA

A CIPA será composta de representantes do empregador e representantes dos empregados em igual número de membros titulares e membros suplentes.

O dimensionamento será feito com base no Quadro – I da NR – 05, ressalvadas as alterações disciplinares em atos normativos para setores econômicos específicos, cuja legislação específica deve prevalecer sobre a NR – 05 devendo, portanto, não haver conflito, como por exemplo o que ocorre com as NR – 18, NR – 22 e NR 29.

A CIPA não é mais dimensionada com base na graduação de risco da empresa, porém o grau de risco continua sendo usado para outras normas, como o dimensionamento do SESMET na NR – 04.

O dimensionamento da CIPA – Comissão Interna de Prevenção de Acidentes é feito com base em:

Número de empregados do estabelecimento dentro do prazo legal estabelecido para o processo eleitoral;

Número do CNAE – Código Nacional de Atividade Econômica;

O Quadro I da NR – 05 estabelece a obrigatoriedade da CIPA para empresas que possuam 20 ou mais empregados. A empresa que possuir número inferior de empregados deve designar um responsável para cumprimento dos objetivos da NR – 05 conforme estabelece o item 5.6.4 da NR – 05).

Introdução ao Roteiro de Implantação da CIPA

Conhecendo a quantidade necessária e legal de integrantes para a formação da CIPA da sua empresa, teremos abaixo o roteiro de implantação da CIPA com toda a documentação necessária, incluindo os modelos de documentos prontos em formato DOC para que você possa utilizar.

Visando mais objetividade, o roteiro de implantação foi subdividido em etapas, considerando todos os aspectos legais e estruturais para a Implantação da CIPA - Comissão Interna de Prevenção de Acidentes.

Etapa 01: Comunicado ao Sindicato da Categoria

O processo eleitoral para escolha dos representantes dos empregados deve ser iniciado com prazo mínimo de 60 dias antes do término da gestão. Prazo esse que poderá ser ampliado, mas nunca reduzido, dependendo da vontade do IEC, que é a responsável pela convocação das eleições para a CIPA.

Será protocolado junto ao sindicato da categoria majoritária da empresa um comunicado informando o processo de eleição para a CIPA - Comissão Interna de Prevenção de Acidente. (Mínimo de 60 dias)

Etapa 02: Criação da CE - Comissão Eleitoral

Nessa etapa, a CIPA com gestão em curso e através do presidente e vice-presidente em conjunto com os demais membros titulares deverão constituir a CE – Comissão Eleitoral. Deverá haver consenso entre os membros da CIPA e presidente e vice-presidente para a escolha dos integrantes da CE, cuja quantidade será definida a critério do presidente e vice-presidente. Geralmente o presidente e vice-presidente da CIPA integram a CE.

Inclua na pauta da próxima reunião ordinária ou convoque uma reunião extraordinária para a constituição da CE - Comissão Eleitoral. (A partir de 55 dias)

Como ainda não existe a CIPA na unidade em questão, ou seja, a CIPA será implantada pela 1ª vez, a CE deverá ser indicada pelo empregador. Depois de formada a CE, caberá a esta toda a

autoridade em se tratando de eleição, ficando sobre sua responsabilidade as seguintes atribuições:

Datas para início e fim das inscrições dos candidatos, rubrica nas cédulas, data e horário da votação, divulgação dos inscritos, resultados, resolução de qualquer problema atrelado ao processo eleitoral, guarda das cédulas, etc.

Etapa 03: Preparação da Ficha de Inscrição e Edital de Inscrição

Nessa etapa, deverá ser preparada a ficha de inscrição e o edital de inscrição comunicando que estão abertas as inscrições aos interessados em se candidatar para uma vaga na CIPA - Comissão Interna de Prevenção de Acidentes da sua empresa.

A publicação e divulgação do Edital de Inscrição deverá ocorrer no prazo mínimo de 45 dias antes do término da gestão em curso ou do início da primeira CIPA (se for o caso) e deverá ser feita de modo a possibilitar que todos os interessados possam participar.

Etapa 04: Inscrição dos Candidatos

Conforme estabelece a NR-05, as inscrições para candidatos à CIPA devem ficar abertas pelo período mínimo de 15 dias, visando dessa forma garantir a oportunidade de participação de todos os interessados.

Os empregados que se candidatarem à CIPA deverão receber um comprovante de inscrição, pois é obrigatório, e nele deverá conter a data da efetivação do ato e a assinatura de quem a recebeu.

Pelo período mínimo de 15 dias, os interessados deverão se inscrever como candidatos à CIPA.

O emprego deverá ser garantido a todos os inscritos até o fim do processo eleitoral, pois segundo o artigo 10 do ADCT determina a garantia de emprego aos cipeiros desde sua inscrição até um ano após o mandato e como até o fim do processo eleitoral não sabemos quem serão os eleitos, todos devem ter essa garantia.

Etapa 05: Edital de Convocação de Eleição

Nessa etapa será preparado e divulgado o edital de convocação de eleição, com no mínimo 45 dias antes do término da gestão em curso. O referido edital deverá ser fixado em local de fácil acesso e visível a todos os empregados da empresa, pois a participação, depende dessa divulgação.

Etapa 06: Listagem de Empregados, Cédula, Urna e definir o Secretário e Presidente da Mesa

Dando continuidade ao processo de implantação da CIPA, nessa etapa, deverá ser preparada a listagem dos empregados para assinatura, a cédula de votação e urna, definir quem será o presidente e o secretário da mesa.

Etapa 07: Eleição

A eleição deverá ser realizada no prazo mínimo de 30 dias antes do término da gestão em curso. A eleição deverá ocorrer em dia normal de trabalho na empresa, respeitando os horários de turnos e em horário que possibilite a participação do maior número de empregados da empresa. O voto é secreto.

Etapa 08: Apuração dos Votos

A apuração dos votos deverá ocorrer em dia normal de trabalho com acompanhamento de representantes do empregador e dos empregados, em número que deverá ser definido pela CE - Comissão Eleitoral.

Havendo participação inferior a 50% dos empregados na votação, a apuração não deverá ser feita. Ao se detectar essa possível situação a comissão eleitoral deverá providenciar nova eleição para no máximo dez dias contados à partir da eleição cancelada. Dessa forma os empregados deverão ser comunicados e providencias devem ser tomadas para que os empregados deixem de votar novamente.

Não havendo possibilidade de apuração dos votos no mesmo dia das eleições, a CE deverá providenciar sua guarda segura e inviolável.

Etapa 09: Ata de Eleição dos Representantes dos Empregados

Nessa etapa, você deverá elaborar a ata de eleição dos representantes dos empregados da CIPA contendo o resultado das votações e possíveis ocorrências durante o processo de votação.

O resultado da eleição deverá ser fixado em local visível a todos os empregados do Instituto Multi Gestão de modo que todos possam tomar conhecimento dos resultados e dos eleitos.

Etapa 10: Representantes do Empregador.

O Instituto Multi Gestão deverá designar (escolher) os representantes (titulares e suplentes) do empregador para compor a CIPA - Comissão Interna de Prevenção de Acidentes. Vale lembrar que os membros que representam o empregador deverão ser escolhidos, em igual quantidade dos membros que representam os empregados.

Os designados pelo empregador para compor a CIPA poderão ocupar essa função por vários mandatos consecutivos, inclusive o presidente.

Etapa 11: Treinamento para Membros da CIPA.

Essa é uma importante etapa, o treinamento para a nova CIPA do Instituto Multi Gestão. Conforme estabelece o item 5.32 da NR-05, a empresa deverá promover treinamento para os membros da CIPA, titulares e suplentes, antes da posse.

O treinamento deverá ser repetido quando o trabalhador for novamente membro eleito ou indicado ou ainda quando o mesmo já tiver participado e concluído o treinamento.

Etapa 12: Reunião para Instalação e Posse da CIPA.

Nessa etapa, deverá ocorrer a reunião para instalação e posse da nova ou da primeira Comissão Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho da empresa. A nova comissão terá mandato de 01 anos a contar da data da posse em questão.

Etapa 13: Indicação do Secretário e Substituto e Confecção do Calendário Anual de Reuniões Ordinárias.

Instalada e devidamente empossada a CIPA - Comissão Interna de Prevenção de Acidentes, deverá ser indicado o Secretário e Substituto, preferencialmente não membro da comissão, e criado o Calendário Anual das Reuniões Ordinárias.

As RO - Reuniões Ordinárias da CIPA deverão ocorrer em horário de funcionamento normal da empresa e de trabalho dos membros titulares de modo que seja observado o melhor horário comum, visando facilitar a presença dos membros da CIPA sem alteração brusca de suas funções na empresa, garantindo dessa forma a qualidade de sua participação.

As datas e horários das reuniões mensais da CIPA deverão ser estabelecidas e cumpridas a rigor.

A CIPA deixa de possuir um registro e conseqüente número;

Não há mais a obrigatoriedade de se manter um livro de atas, porém, a obrigatoriedade de lavrar as atas da CIPA permanece. A novidade é que elas poderão ser datilografadas, digitadas e impressas e posteriormente assinadas não havendo mais a necessidade de serem manuscritas;

Após cada posse da CIPA, a empresa levará até às DRT's ou postos da DRT cópia das atas de eleição, posse e do Calendário Anual das Reuniões Ordinárias. Os originais receberão um carimbo de protocolização e as cópias arquivadas no órgão;

Toda a documentação relacionada à CIPA - Comissão Interna de Prevenção de Acidentes deverá ser guardada em arquivo próprio pelo período de 05 anos e ficar à disposição da fiscalização do Ministério do Trabalho.



Cronograma do Processo Eleitoral da CIPA.

Dias	Ação
60 Dias	Convocação das Eleições
55 Dias	Constituição da Comissão Eleitoral
45 Dias	Publicação e Divulgação do Edital
15 dias	Inscrição de Candidatos
30 Dias	Início da Eleição
00 Dias	Término do Mandato Anterior

H. APRESENTAÇÃO DO DIMENSIONAMENTO DE RECURSOS HUMANOS ESTIMADOS, COM O PREENCHIMENTO DO QUADRO ABAIXO, CONFORME O TERMO DE REFERÊNCIA.

O Instituto Elisa de Castro – IEC apresentará no **ANEXO V – DIMENSIONAMENTO DE RECURSOS HUMANOS ESTIMADOS, COM O PREENCHIMENTO DO QUADRO ABAIXO, CONFORME O TERMO DE REFERÊNCIA.**

ANEXO I

PROCOLOS

ASSSTENCIAIS E

ROTINAS

OPERACIONAIS

APRESENTAÇÃO

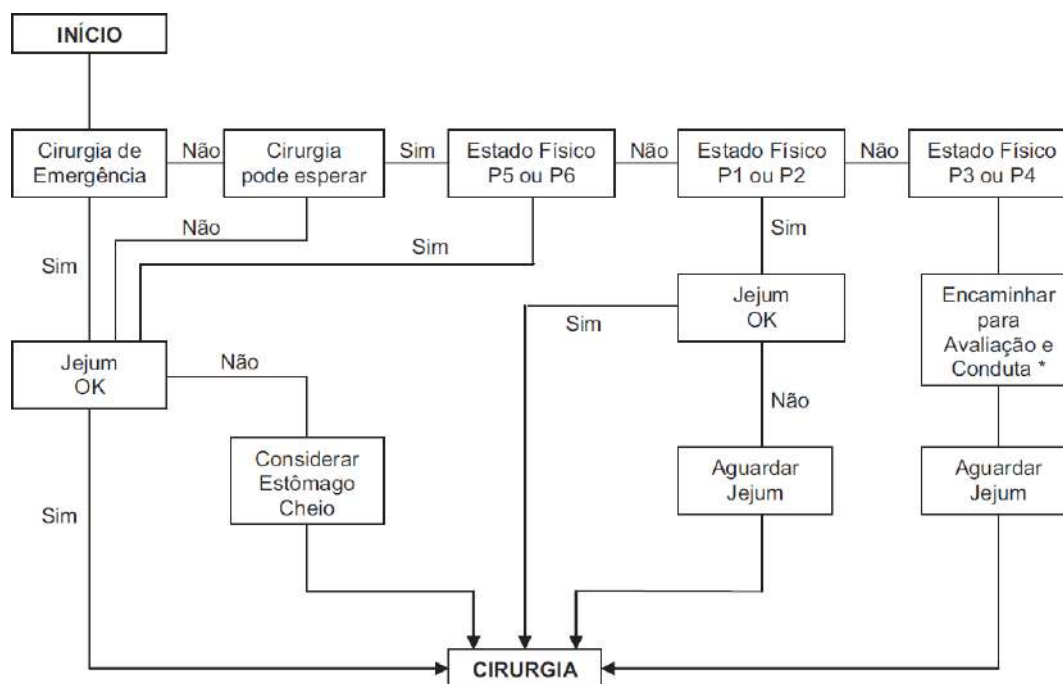
Estes Protocolos se destinam aos colaboradores do IEC, em especial àqueles que trabalham na área médica.

Esses protocolos são guias de orientação sucinta para auxiliar na prática diária e foram construídos a partir da colaboração principal dos Coordenadores das áreas técnicas, respaldado pela literatura científica Nacional.

Sabe-se da necessidade da padronização de condutas, idealmente respaldadas em evidências científicas, e, para isto, é preciso um envolvimento de todos os atores, desde os servidores das Unidades de Saúde até o Gestor maior.

Cabe ao sistema público de saúde e a gestão dos contratos propiciarem os recursos e meios para o exercício de boas práticas em saúde. Assim, é importante que cada elo desta cadeia cumpra sua parte da melhor forma.

1.0 ROTINAS DE ANESTESIA



* ENCAMINHAR À CARDIOLOGIA OU CLÍNICA MÉDICA (AUSÊNCIA DE CARDIOLOGIA)

- 1) HAS de difícil controle terapêutico
 - PAS > 180 mmHg
 - PAD > 110 mmHg
 - PAD > 100 mmHg associada insuficiência
- 2) Infarto prévio do miocárdio
- 3) ICC classe funcional II e III
- 4) Angina
- 5) Cardiopatia congênita
- 6) Valvopatia grave
- 7) Revascularização miocárdica
- 8) Cirurgia cardíaca prévia

** Deverá constar na avaliação resultados de exames **

CONDUTA EM HIPERTENSÃO ARTERIAL

- PAS > 180 mmHg
- PAD > 110 mmHg

Não administrar Nefedipina sublingual ou similar

Não administrar captopril ou outro inibidor do Sistema Renina Angiotensina Não administrar diurético

Não promover queda brusca da pressão arterial (> 30% da basal)

Se necessário controlar a pressão arterial com Beta Bloqueador ou Alfa 2 Agonista (Clonidina ou dexmedetomidina).

s

CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO FÍSICO



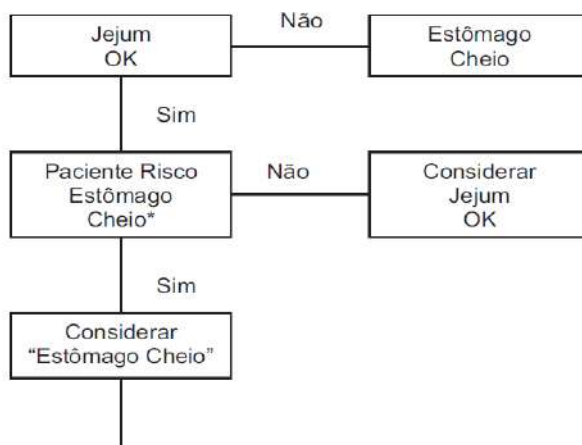
CLASSE	DESCRIÇÃO
P1	Paciente normal sem doença
P2	Paciente com doença sistêmica leve
P3	Paciente com doença sistêmica grave
P4	Paciente com doença sistêmica que representa ameaça constante à vida
P5	Paciente moribundo, sem expectativa de vida a menos que seja operado
P6	Paciente com morte cerebral, onde os órgãos serão removidos para doação
E	Sufixo colocado após a classificação para designar emergência

DEFINIÇÃO DO TEMPO DE JEJUM PRÉ-OPERATÓRIO

IDADE	SÓLIDO (Refeição leve – torrada e chá)	SÓLIDO (Refeição completa – gorduras, carnes)	LEITE NÃO HUMANO	LEITE MATERNO	LÍQUIDO CLARO
RN					
< 6 meses			6 horas	4 horas	2 horas
6 - 36 meses	6 horas	8 horas	6 horas	4 horas	2 horas
> 36 meses	6 horas	8 horas	8 horas		2 horas
Adulto	6 horas	8 horas	8 horas		2 horas

Líquido claro: água, suco de fruta sem polpa, chá claro, bebidas isotônicas, bebidas carbonatadas (refrigerantes).

ESTÔMAGO CHEIO



Nos pacientes de risco, introduzir profilaxia medicamentosa (gastrocinéticos como a metoclopramida, antiácidos não particulados como o citrato de sódio e antagonistas do receptor H2 como ranitidina) e associar indução seqüencial rápida. Quando o paciente já estiver em uso de sonda nasogástrica esta deve ser aspirada e não deve ser removida.

* Pacientes de risco estômago cheio: falta de jejum, refluxo gastroesofágico, acalasia, neuropatia autonômica diabética, divertículo de Zencker, estenose CA de esôfago, diminuição do tônus do EEI, TCE, isquemia cerebral, distúrbios neuromusculares, distrofias musculares, dor, estenose intestinal, ascite: de grande volume, gestação, uremia, hipo e acloridria gástrica.

DIABETES MELLITUS

- Hipoglicemiante oral de longa duração suspender com antecedência se possível.
- Hipoglicemiante oral de curta duração suspender no dia
- Avaliação da glicemia deve ser feita no dia da cirurgia
- Glicemia entre 150 e 200 mg % evitar insulina pelo risco de hipoglicemia
- Glicemia até 250 mg/dL não contraindica cirurgia
- Insulina deve ser utilizada no controle pré-operatório (ver esquema a seguir)
- Evitar estresse e situações que desencadeiam reações catabólicas e hiperglicemia, sempre que possível prescrever medicação pré-anestésica, planejar analgesia pós-operatória.

Obs.: Paciente diabético pode ter uma maior dificuldade para intubação traqueal.

Cuidados Específicos

Em caso de pacientes compensados com dieta:

- Realizar glicemia capilar de 6/6 horas até o retorno da alimentação;
- Evitar infusões de grandes volumes de soluções com glicose.

Em caso de pacientes compensados com hipoglicemiante oral:

- Suspender hipoglicemiante;
- Manter dextro de 6/6 horas na véspera, no intra o pós-operatório até a suspensão do jejum e o retorno do hipoglicemiante oral.

Em caso de paciente compensado com insulina:

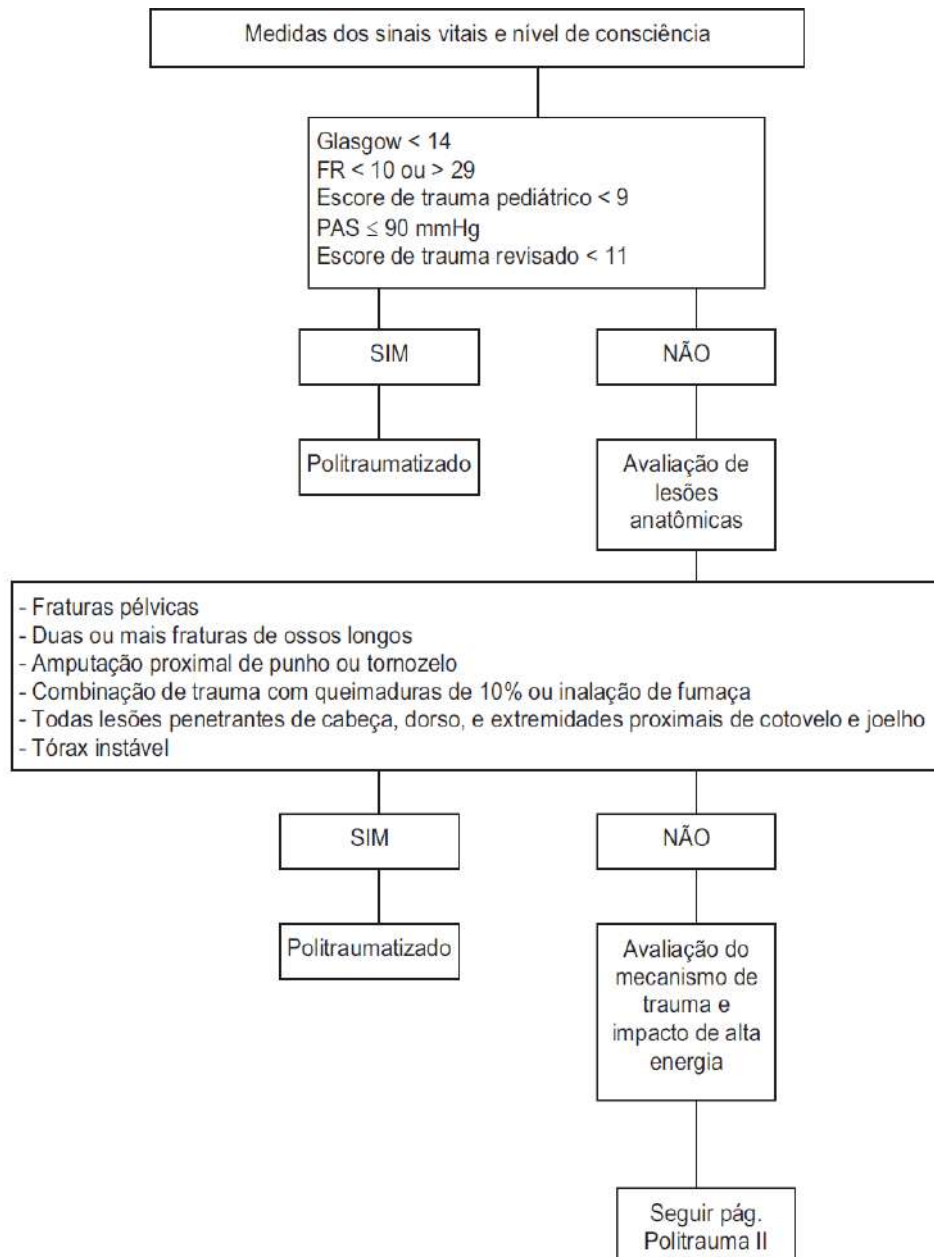
- Em uso de insulina ultralenta a mesma deverá ser suspensa 3 dias antes da cirurgia e substituí-la por insulina NPH e regular, se possível;
- Manter dextro de 6/6 horas e insulina se necessário, além da infusão de solução glicosada a 5%, durante o período de jejum;
- Nos pacientes com insulina NPH, administrar 1/3 da dose habitual na manhã da cirurgia e manter com solução glicosada a 5%.

MEDICAÇÕES QUE DEVEM SER SUSPENSAS ANTES DO PROCEDIMENTO ANESTÉSICO QUANDO POSSÍVEL

DROGA	TEMPO PREVIO DE SUSPENSÃO
Antidepressivo tricíclico – ADT (quando utilizando forma aguda menos de 4 semanas e ou utilizado doses elevadas)	15 a 21 dias
Inibidores da MAO (quando clinicamente viável)	15 dias
Hipoglicemiante oral	8 a 12 horas
Hipoglicemiante oral de longa duração	24 a 72 horas
Inibidores do apetite	15 dias
AAS	7 dias
ticlopidina	10 dias
clopidogrel	7 dias
Inibidores da GP IIb/IIIa	Bloqueio neuraxial não recomendado, monitorizar função plaquetária se punção for necessária
Heparina não-fractionada	Bloqueio neuraxial ou remoção do cateter peridural pode ser realizado 1h antes ou 2-4h depois da dose de heparina
Heparina de baixo peso molecular	Bloqueio neuraxial ou remoção do cateter peridural pode ser realizado 10-20h após baixas doses ou 24h após altas doses e reiniciar a terapia 2-4h depois do bloqueio.
Anticoagulantes orais	Monitorizar INR, se $\leq 1,4$ pode ser realizado bloqueio neuraxial; para cirurgias eletivas suspensão 1 a 3 dias antes e observar TP = 20% do valor normal e retornar com tratamento 1 a 7 dias após cirurgia.

2.0 POLITRAUMATIZADO

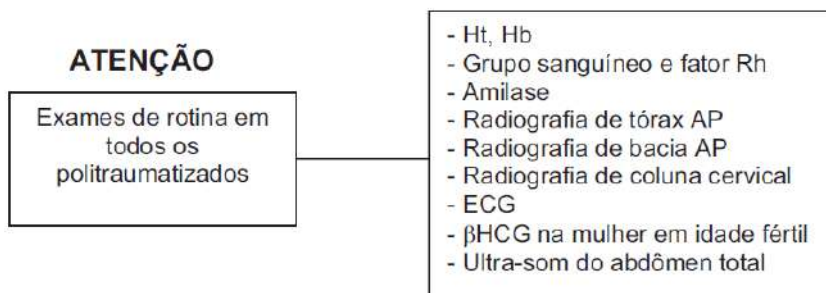
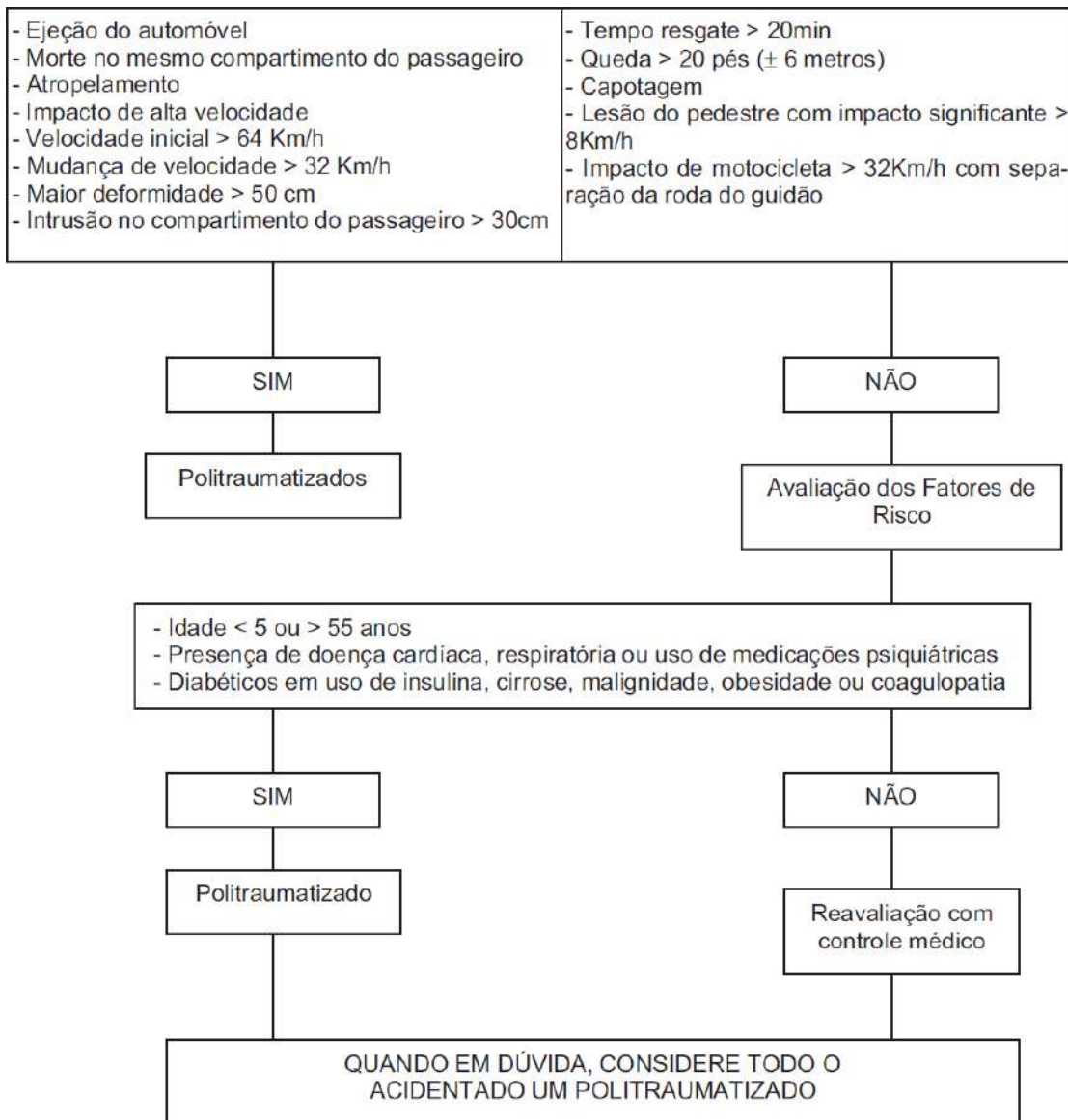
2.1 POLITRAUMATIZADO – I (IDENTIFICAÇÃO)



São politraumatizados os pacientes com um ou mais traumas significativos de cabeça, tórax, abdome, trato urinário, pelve ou coluna e extremidades.

FR = Frequência Respiratória
PAS = Pressão Sistólica

2.2 POLITRAUMATIZADO II (IDENTIFICAÇÃO)



2.3 ESCORE DE TRAUMA ADULTO

VARIÁVEIS		ESCORE
Frequência Respiratória	10 a 24	4
	25 a 35	3
	> 36	2
	1 a 9	1
	0	0
Pressão Sistólica mm Hg	> 89	4
	70 a 89	3
	50 a 69	2
	1 a 49	1
	0	0
Escala de Coma Glasgow	13 a 15	4
	09 a 12	3
	06 a 08	2
	04 a 05	1
	< 04	0

2.4 ESCORE DE TRAUMA PEDIÁTRICO

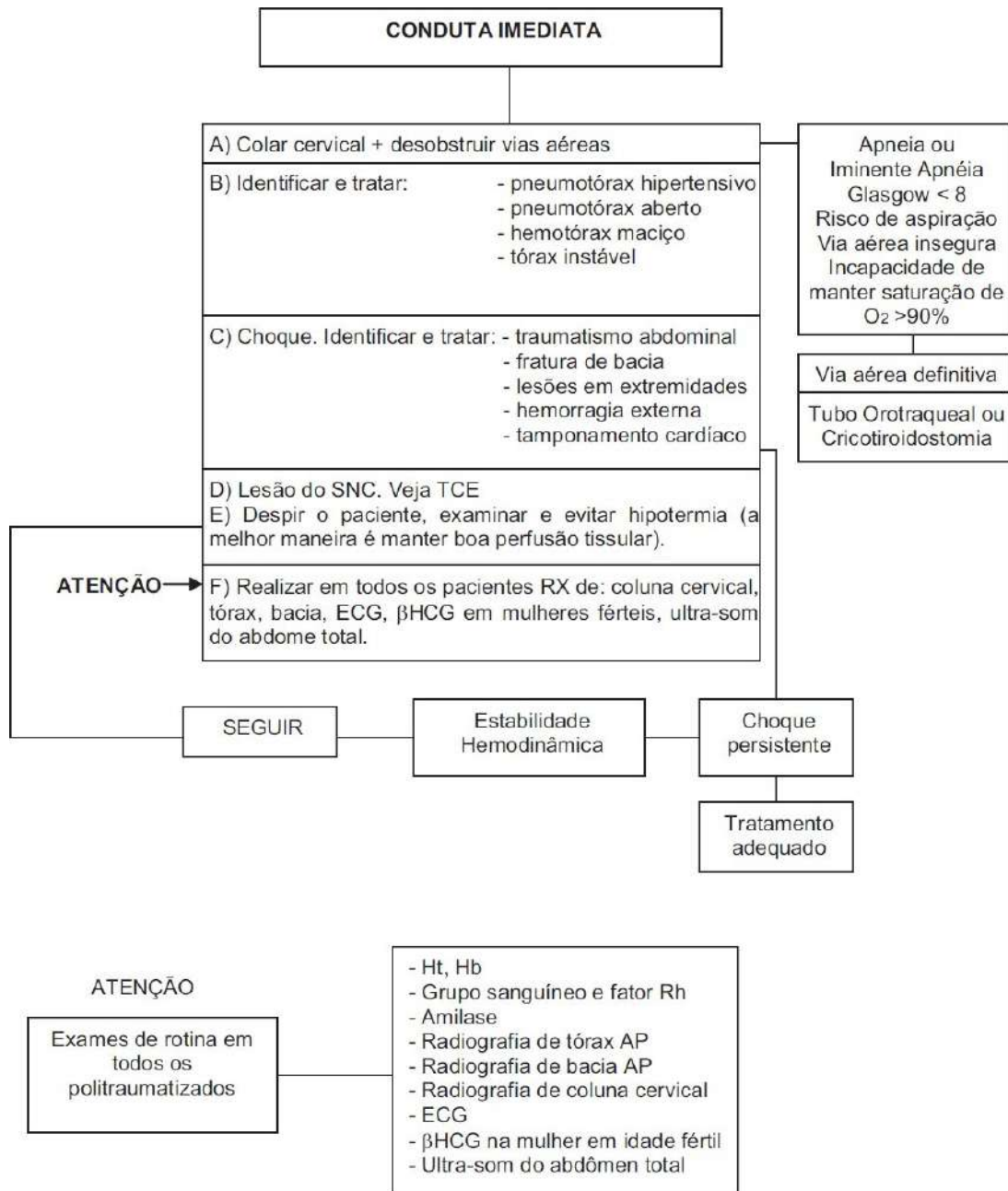
AVALIAÇÃO	ESCORE		
	+2	+1	-1
PESO	>20kg	10 a 20Kg	< 10Kg
Vias aéreas	Normal	Via aérea nasal ou oral	Intubação ou Traqueostomia
Pressão arterial	> 90mmHg	50 a 90mmHg	< 50mmHg
Nível de consciência	Completamente desperto	Obnubilado ou qualquer perda da consciência	Comatoso
Lesões abertas	Nenhuma	Menor	Maior ou penetrantes
Fraturas	Nenhuma	Menor	Múltiplas ou penetrantes

2.5 ESCALA DE COMA DE GLASGOW

VARIABLES		ESCORE
Abertura ocular	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Resposta verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensivas	2
	Nenhuma	1
Resposta motora	Obedece comandos	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1

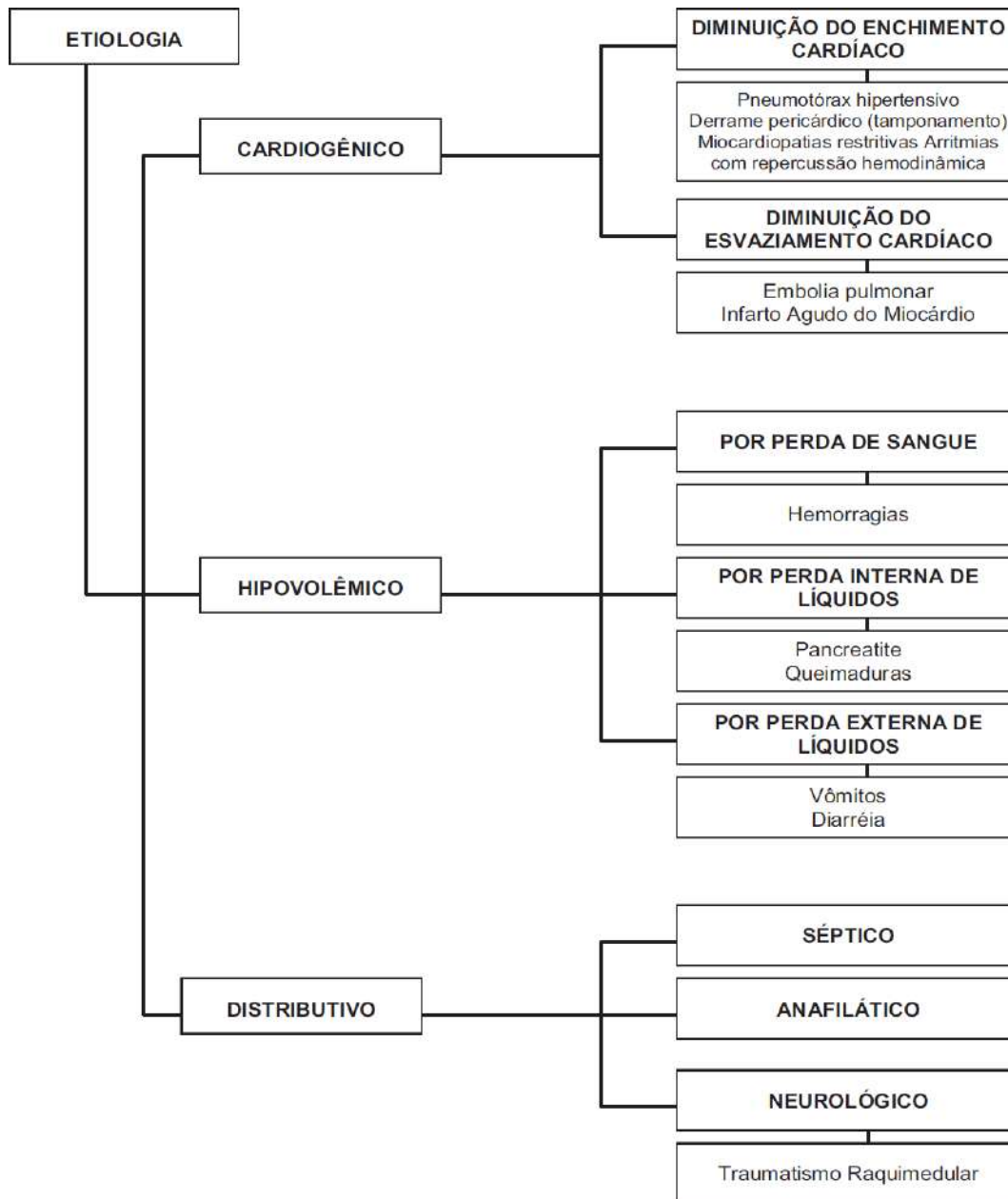
TOTAL MÁXIMO	TOTAL MÍNIMO	INTUBAÇÃO
15	3	8

2.6 POLITRAUMATISMO

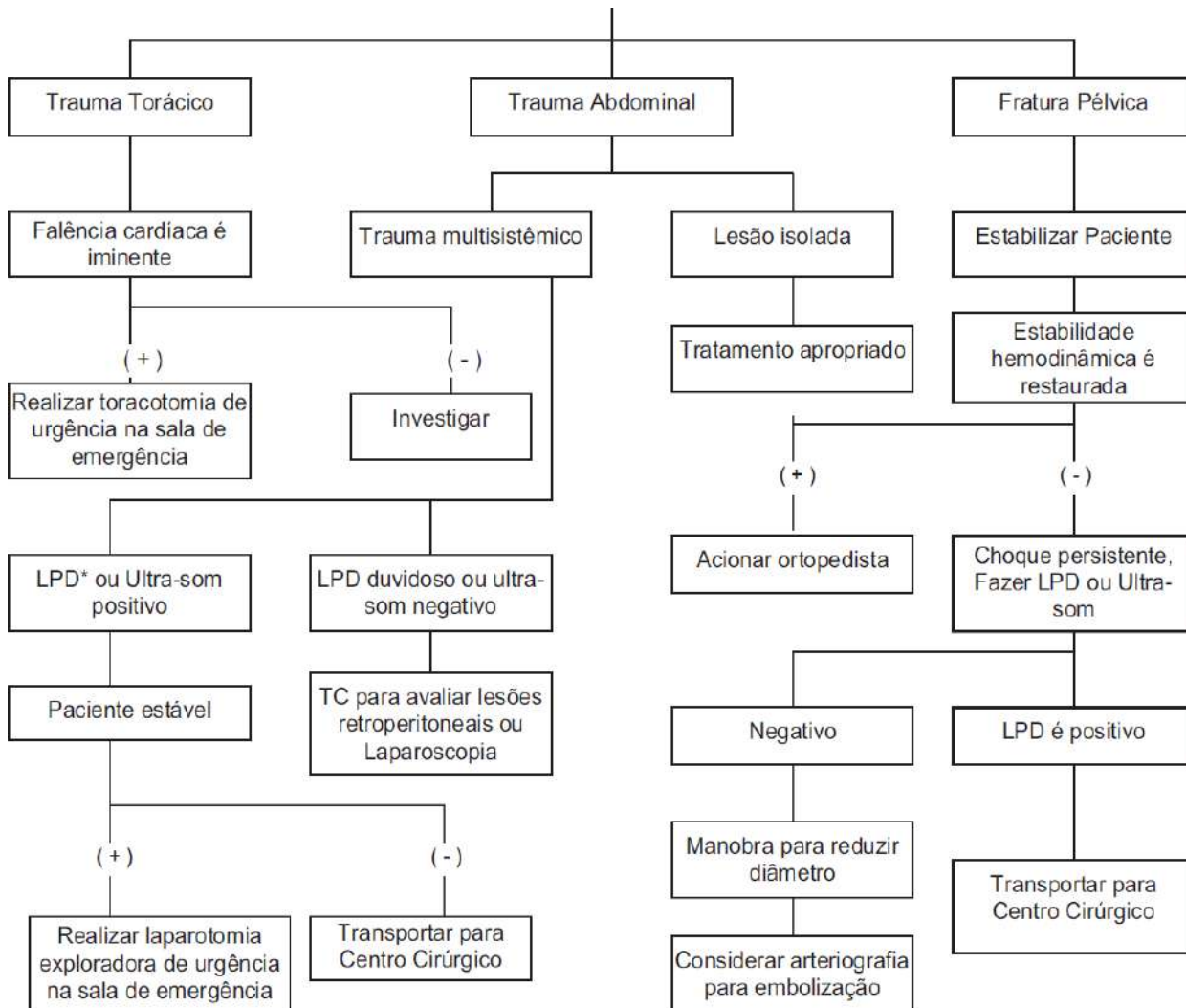


3.0 CHOQUE

DESEQUILÍBRIO ENTRE OFERTA E CONSUMO DE OXIGÊNIO EM DECORRÊNCIA DE MÁ PERFUSÃO PERIFÉRICA



3.1 CHOQUE HIPOVOLÊMICO I



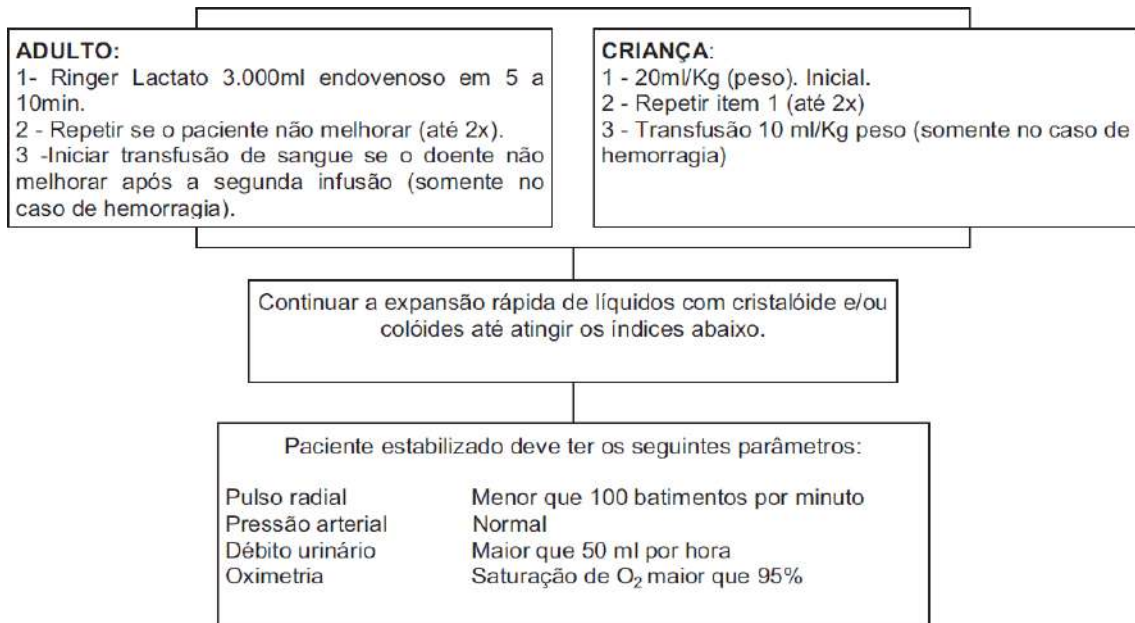
(-) Não
(+) Sim

TRATAMENTO

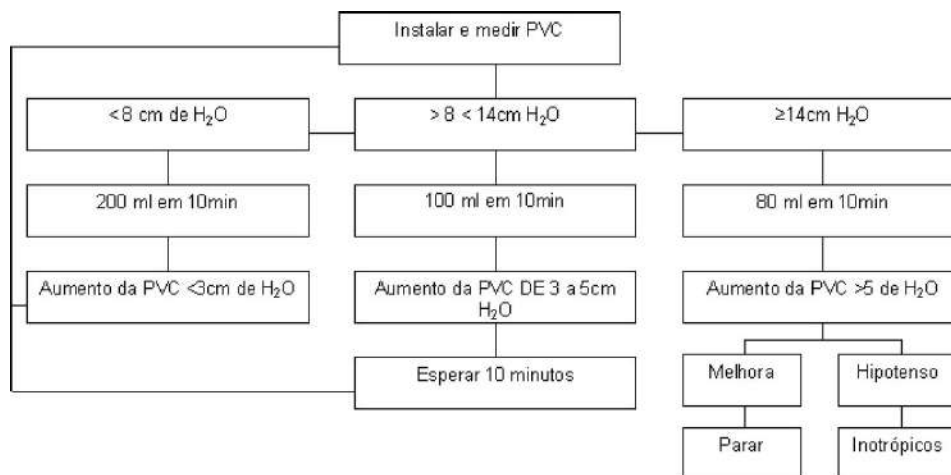
Dois cateteres (jelco 14 ou 16) em veias periféricas calibrosas
 Cristalóides – Adulto – 3.000ml da solução cristalóide (correr aberto),
 Se necessário infundir mais 3.000ml.
 Crianças – 20 a 40ml/Kg da solução cristalóide
 Não melhorou, usar sangue

*LPD – Lavagem Peritoneal Diagnóstica

3.2 CHOQUE HIPOVOLÊMICO II REPOSIÇÃO DE VOLUME NO CHOQUE HIPOVOLÊMICO



REPOSIÇÃO DE VOLUME EM PACIENTE CARDIOPATA PRESSÃO COLOIDSMÓTICA DEVE ESTAR NORMAL



ATENÇÃO:

OBSERVAR:

- 1 - Dois (2) acessos venosos periféricos com Jelco 14.
- 2 - Pacientes com hipoalbuminemia necessitam albumina humana associada ao cristalóide, desde o início.
- 3 - Pacientes cardiopatas podem necessitar de cardiotônicos.
- 4 - Monitorização da PVC: queimados, sépticos, neurológicos, cardiopatas.
- 5 - Pacientes diabéticos ou com insuficiência hepática não devem fazer uso de Ringer Lactato.

3.3 CHOQUE HIPOVOLÊMICO EM CRIANÇAS

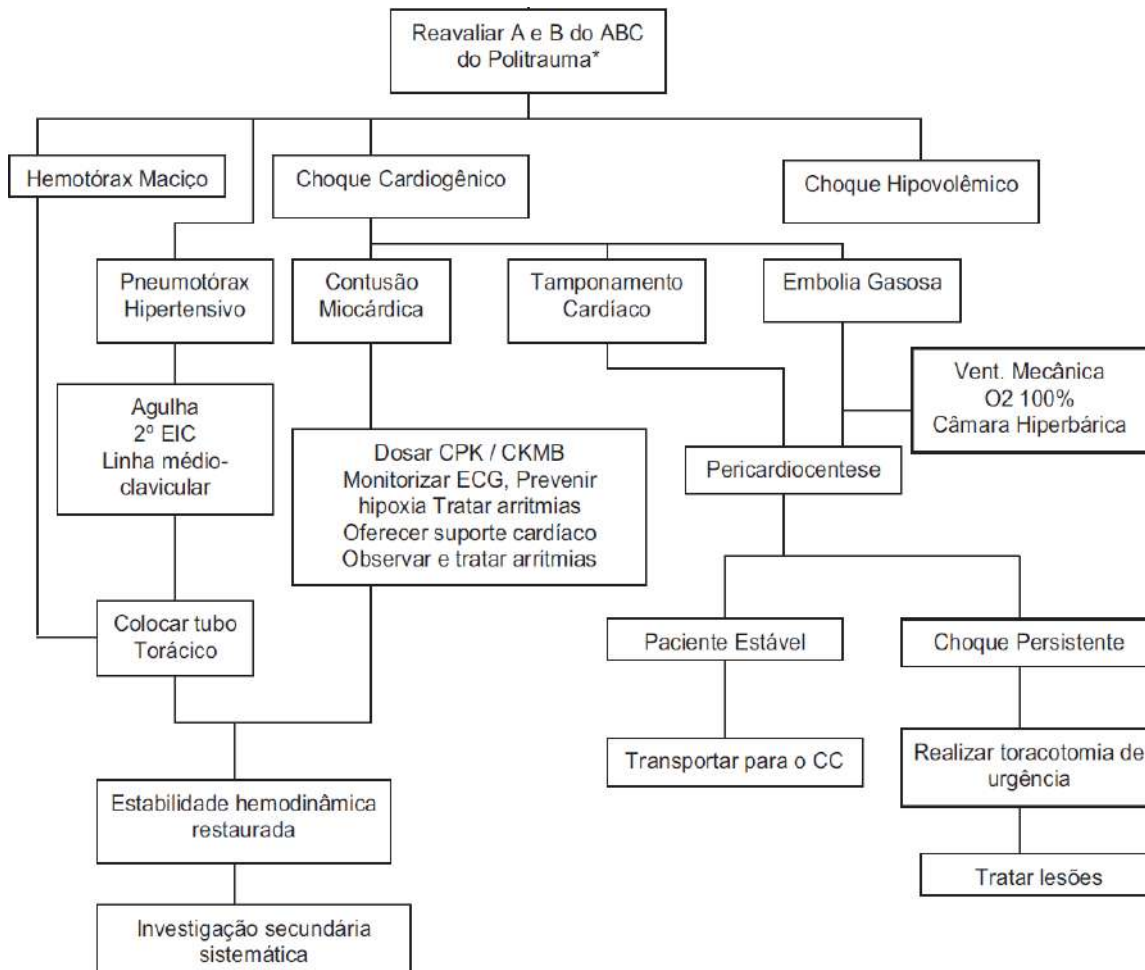
RESPOSTA SISTÊMICA À PERDA SANGUÍNEA EM PACIENTES PEDIÁTRICOS

	PERDA DE VOLUME SANGUÍNEO		
	< 25%	25 a 45%	> 45%
Cardíaco	Pulso fraco, aumento da FC	Aumento da FC	Hipotensão Taquicardia para bradicardia
SNC	Letárgico, irritável, confuso	Mudança de nível de consciência, resposta à dor	Comatoso
Pele	Fria, pegajosa	Cianótica, enchimento capilar diminuído, extremidades frias	Pálida e fria
Rins	Débito urinário diminuído, aumento de densidade	Débito urinário mínimo	Sem débito urinário

SINAIS VITAIS NORMAIS EM CRIANÇAS

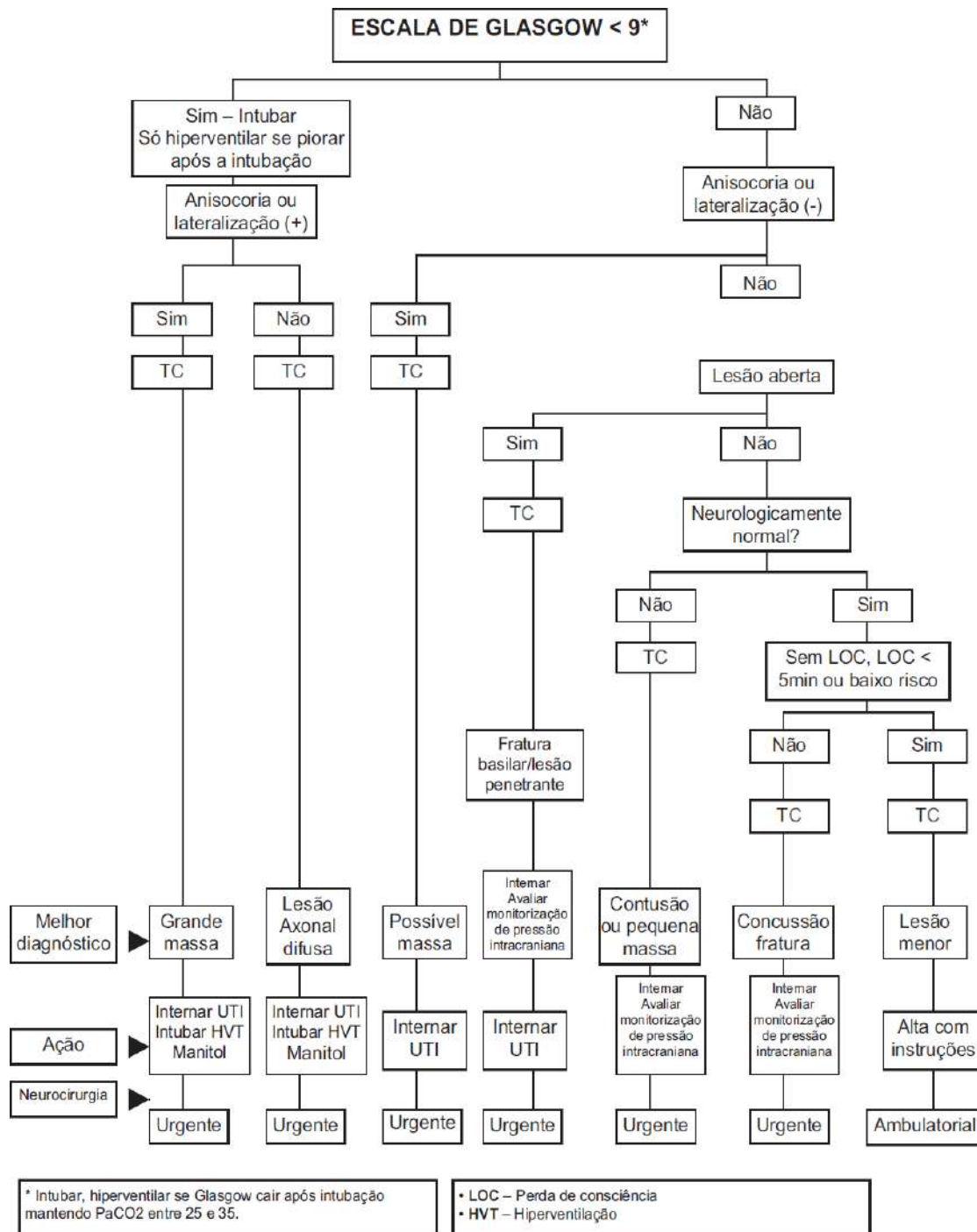
	Freqüência máxima de pulso (bat/min)	Limite inferior da PA sistólica (mmHG)	Freqüência máxima respiratória (inc./min)
Infantes	160	80	40
Pré-escolares	120	90	30
Adolescentes	100	100	20

3.4 CHOQUE PERSISTENTE



*Abertura das vias aéreas com controle e estabilização da coluna cervical;
Boa ventilação e respiração que assegurem uma troca gasosa e perfusão adequadas;
Controle da circulação através do controle de hemorragias, e se necessário, infusão de soluções;
Déficit neurológico deve ser pesquisado através de exame sumário apenas para confirmarmos e associá-los a outros sinais clínicos;
Exposição completa do paciente, retirando suas vestes, porém prevenindo-se a hipotermia.

4.0 TRAUMATISMO CRÂNIOENCEFÁLICO (TCE)



4.1 RISCO RELATIVO DE LESÃO INTRACRANIANA GRUPO DE RISCO

BAIXO	MODERADO	ALTO
Assintomático	Mudança de consciência	Consciência deprimida
Cefaléia	Cefaléia progressiva	Sinal focal
Tontura	Intoxicação por álcool ou outras drogas	Fratura com afundamento
Consciência deprimida	Idade < 2 anos	
Laceração de couro cabeludo	Convulsão	
Contusão de couro cabeludo	Vômito	
Ausência de critério moderado a alto risco	Amnésia	
	Trauma múltiplo	
	Lesão facial séria	
	Sinais de fratura basilar	
	Possível penetração cerebral	
	Possível fratura com afundamento	
	Suspeita de agressão infantil	

4.2 TCE: LEVE, MODERADO E GRAVE NACRIANÇA

ATENDIMENTO INICIAL

O atendimento inicial deve seguir as recomendações preconizadas pelo Pediatric Advanced Life Support (PALS) e pelo Advanced Trauma Life Support (ATLS).

A escala de coma de Glasgow (ECGL 1 e 2) permite classificar os pacientes e, a partir dessa definição, determina-se a conduta adequada:

- Trauma craniano leve: ECGL – 15 a 14;
- Trauma craniano moderado: ECGL – 13 a 9;
- Trauma craniano grave: ECGL – 8 a 3.

Controle da hipertensão intracraniana na admissão

- PALS / ATLS;
 - Manutenção da estabilidade hemodinâmica e respiratória;
 - Manter a cabeça e a coluna cervical em posição neutra.
1. Decúbito elevado a 30°, se não houver instabilidade hemodinâmica.
 2. Sedação (tiopental 3 a 5 mg/kg) e eventual curarização (Atracúrio 0,3 a 0,5 mg/kg).
 3. Manitol a 20% - 0,25 g/kg em bolo.

Se normovolêmico, restrição de líquidos 60 a 70% da manutenção normal e administração de furosemida (Lasix®) 1 mg/kg EV.

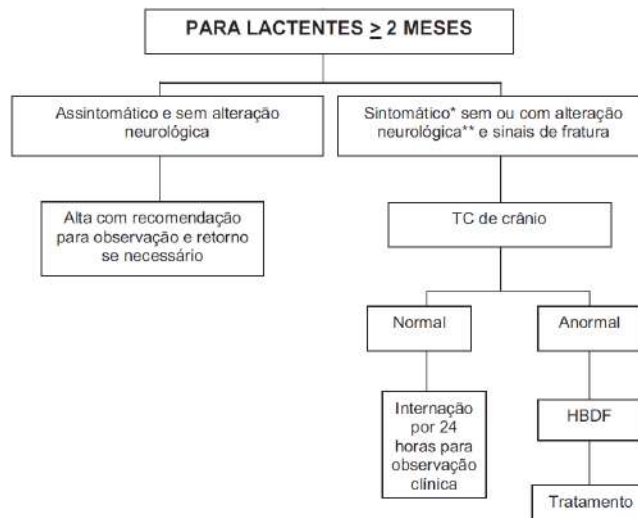
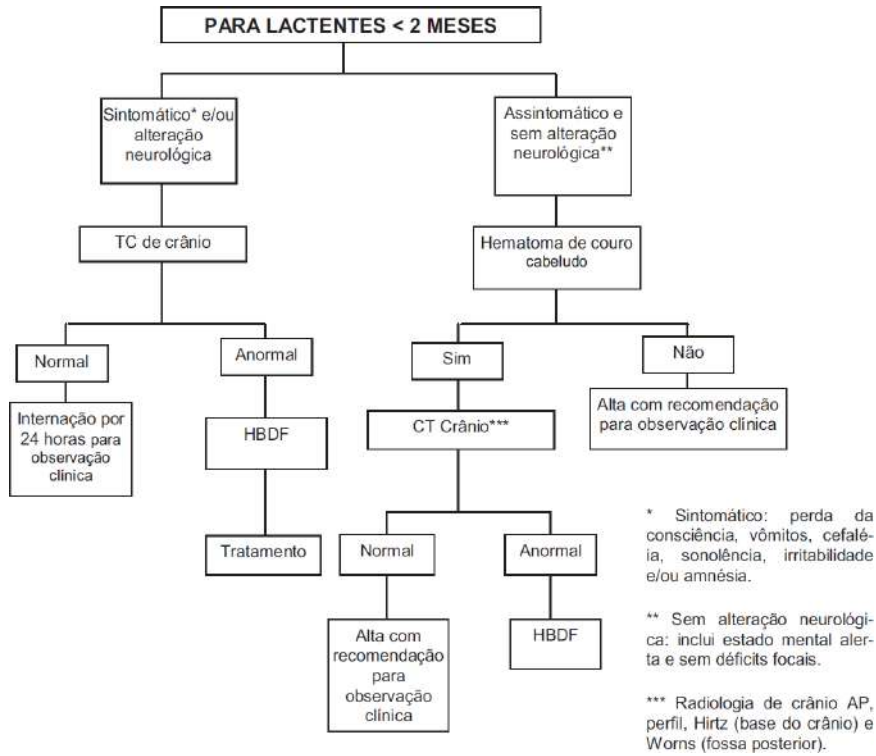
4. Fenitoína – ataque de 15 a 20 mg/kg e manutenção de 5 mg/kg/dia, profilaxia das convulsões.
5. Tratamento das lesões associadas.



ESCALA DE COMA DE GLASGOW MODIFICADA PARA CRIANÇAS		
Resposta	Forma	Escore
Abertura ocular	Espontânea	4
	Ordem verbal	3
	Estímulo doloroso	2
	Não abre	1
Melhor resposta verbal	Balucio	5
	Choro irritado	4
	Choro à dor	3
	Gemido à dor	2
	Não responde	1
Melhor resposta motora	Movimento espontâneo e normal	6
	Reage ao toque	5
	Reage à dor	4
	Flexão anormal-decorticação	3
	Extensão anormal-descerebração	2
	Nenhuma	1
	Total	15

Fatores preditivos de lesão intracraniana (LIC)	
<ul style="list-style-type: none">• Mecanismo de trauma;• Idade inferior a 2 anos com hematoma de couro cabeludo;• Fontanela tensa e abaulada;• Amnésia prolongada;• Perda da consciência maior que 5 minutos;• Déficits neurológicos;• Vômitos incoercíveis;• Cefaléia intensa ou moderada;	<ul style="list-style-type: none">• Fratura craniana e fratura de base do crânio (sinal de Battle: equimose da região mastóide; "olhos de guaxinim": equimose periorbitária);• Rinorréia, otorréia e hemotímpano;• Alteração do diâmetro pupilar;• Suspeita de maus-tratos. <p>Observação Pode ocorrer uma lesão intracraniana em 3 a 7% dos pacientes pediátricos sintomáticos com TCE neurologicamente normais.</p>

4.3 TCE LEVE (GLASGOW 15-14)

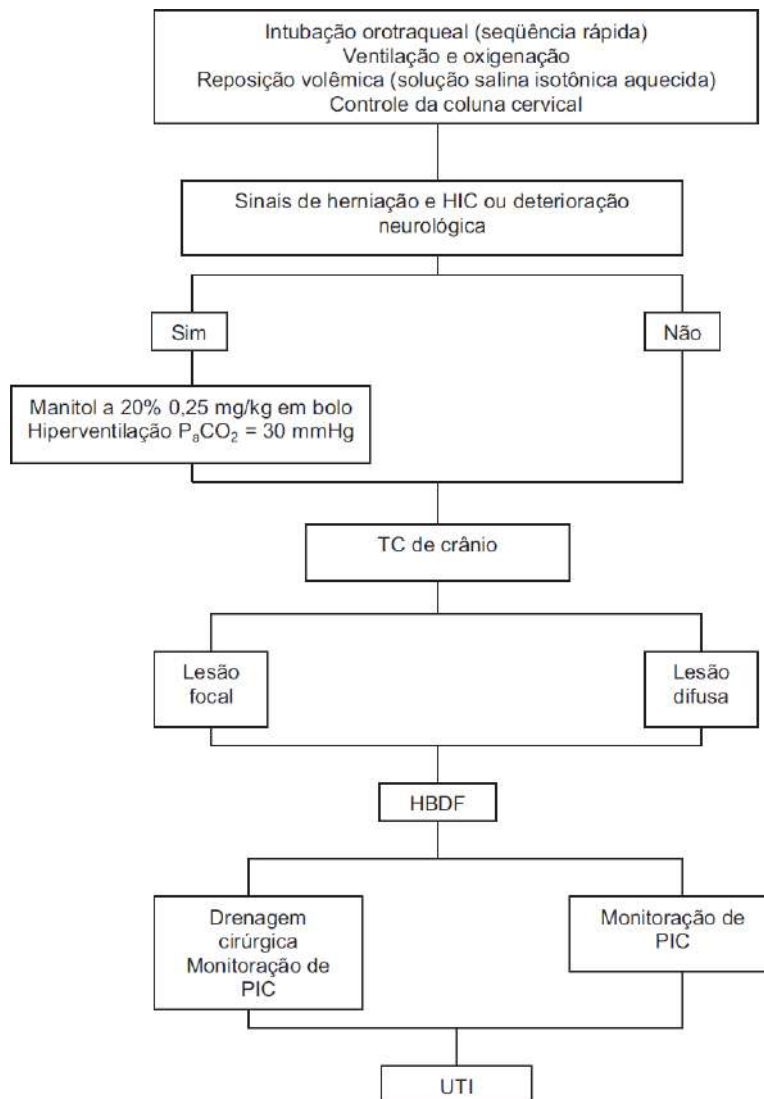


4.4 TCE MODERADO (GLASGOW 13-9)

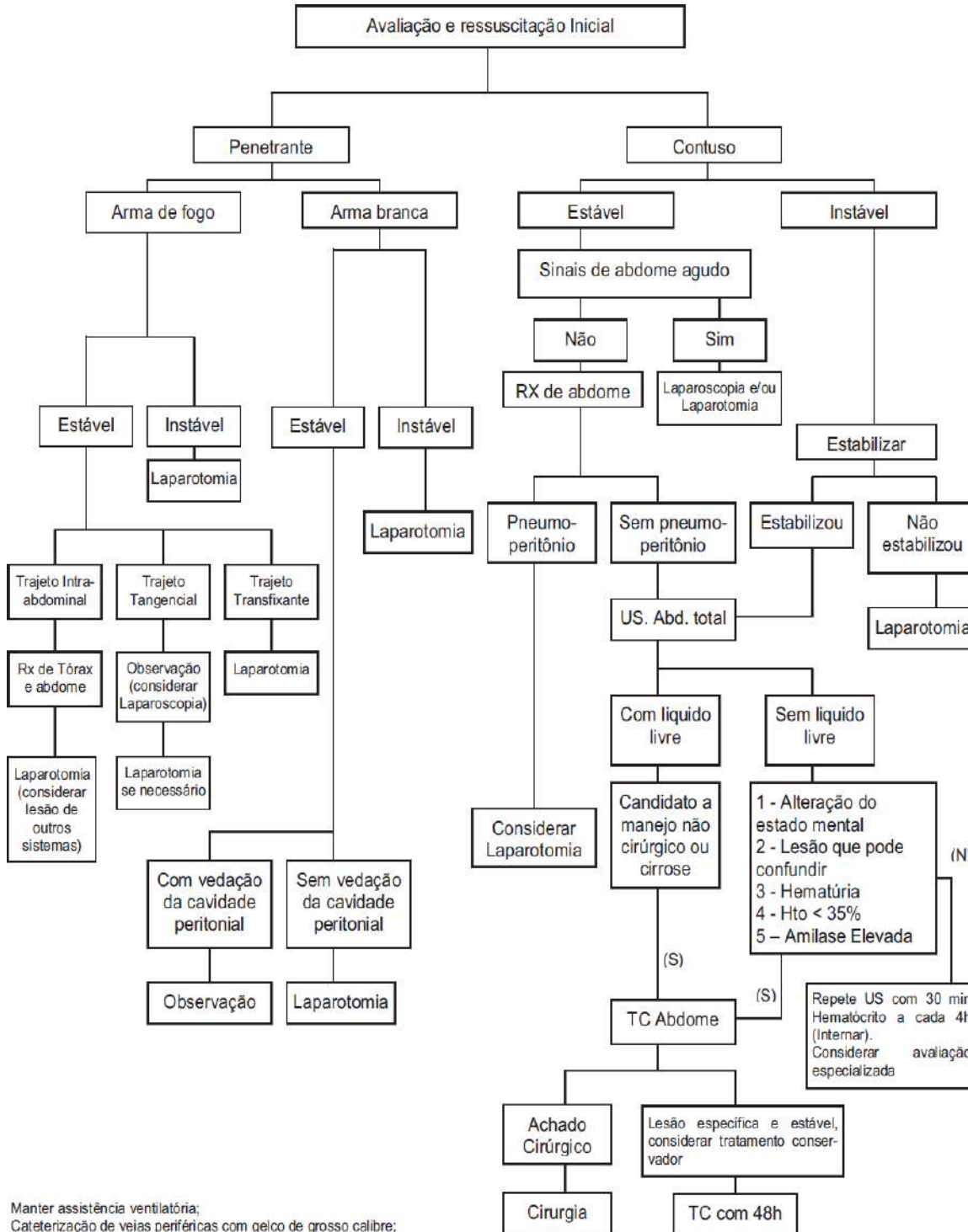
TCE MODERADO – ECG = 13 A 9

- Atendimento inicial: ABC – PALS/ATLS (no hospital referente ao primeiro atendimento);
- Internação e tomografia de crânio para todos os casos – HBDF;
- Deteriorização clínica, considerar TCE grave – HBDF.

4.6 TRAUMA DE CRÂNIO GRAVE ECGL 8 A 3



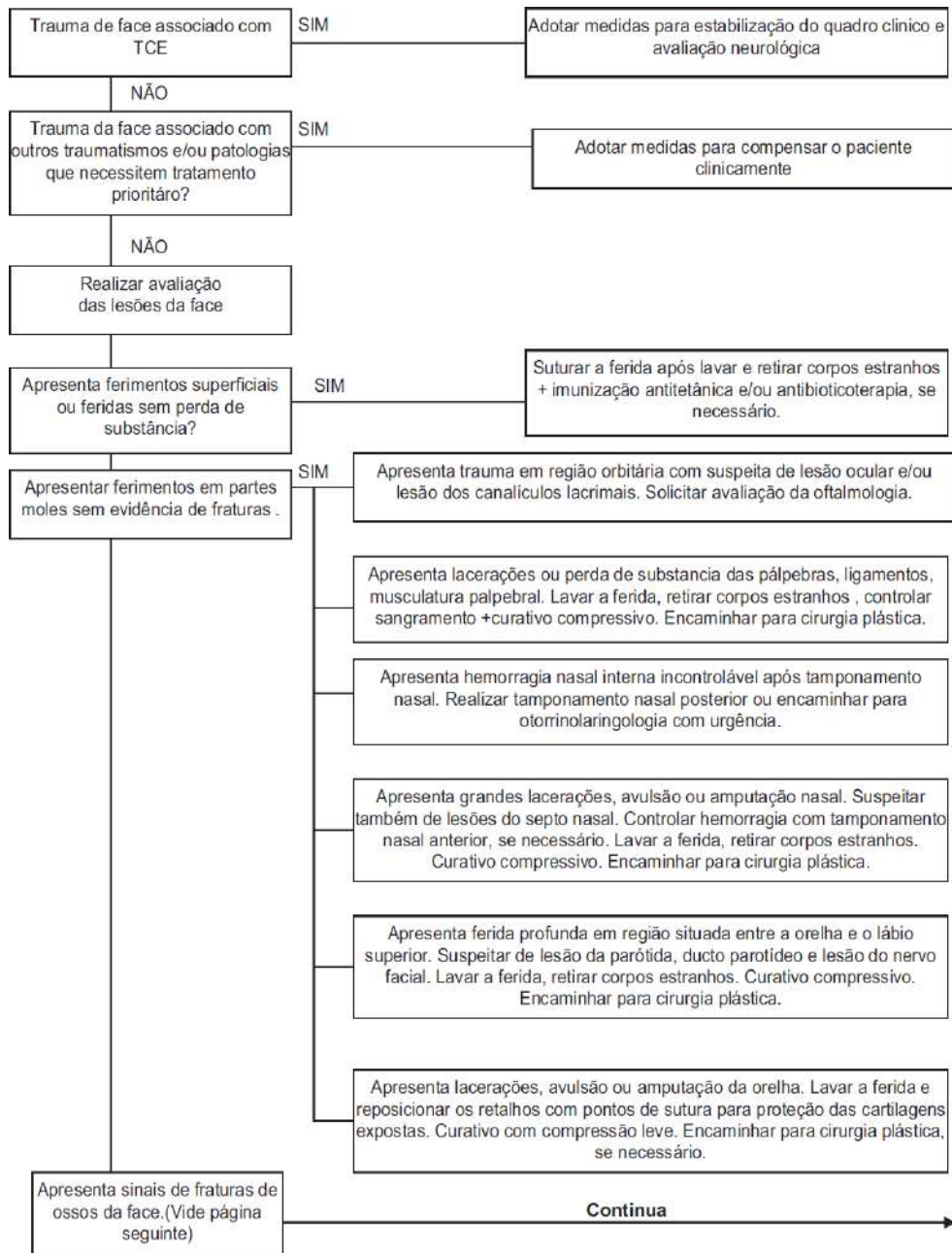
5.0 TRAUMATISMO ABDOMINAL

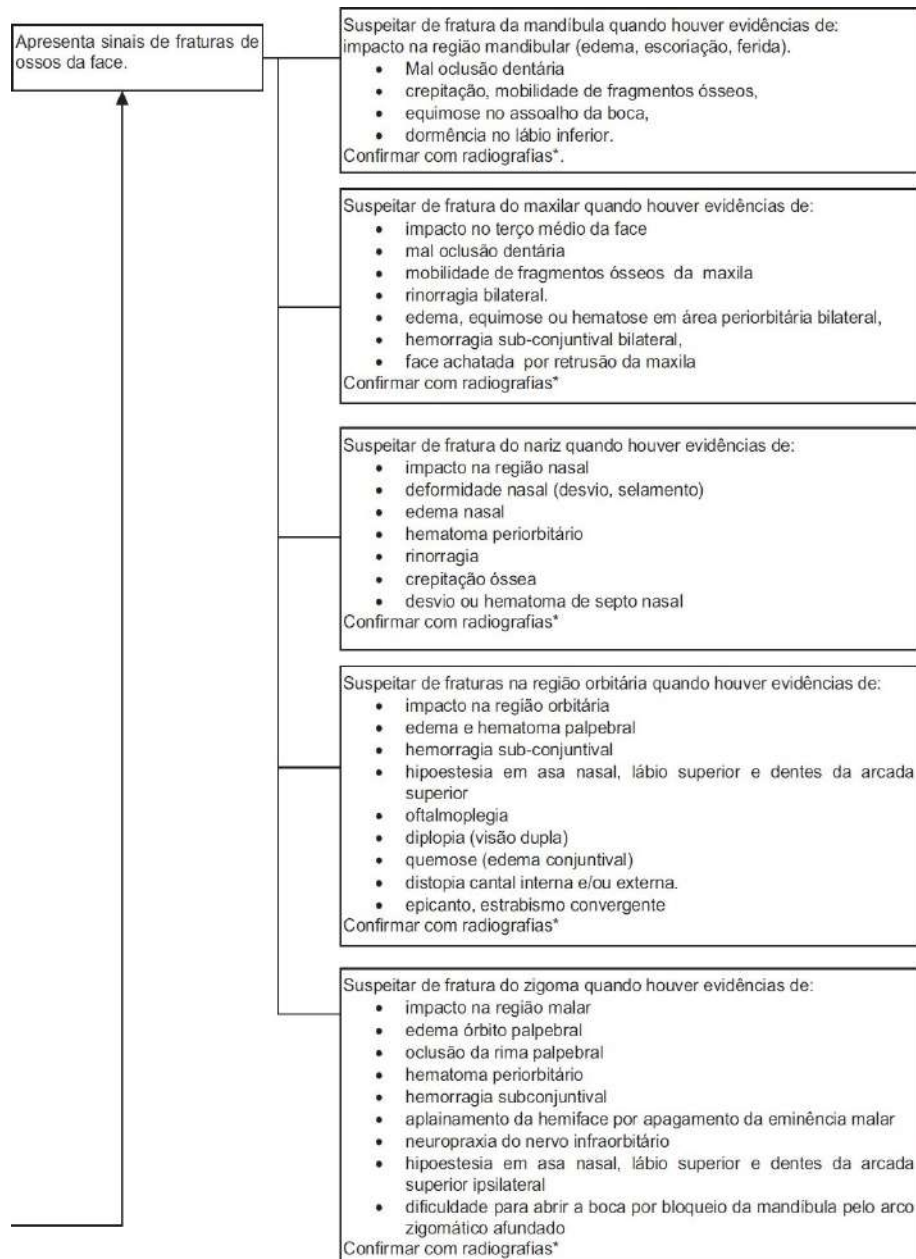


Manter assistência ventilatória;
Cateterização de veias periféricas com gelco de grosso calibre;
Prevenir e tratar o choque;
Sondagem vesical de demora;
Sonda Nasogástrica

Obs: passar sonda vesical antes da realização de lavado e/ou punção abdominal.
Observar contra-indicações para passagens de sonda vesical

6.0 TRAUMATISMO DE FACE (PARTES MOLES E FRATURAS)





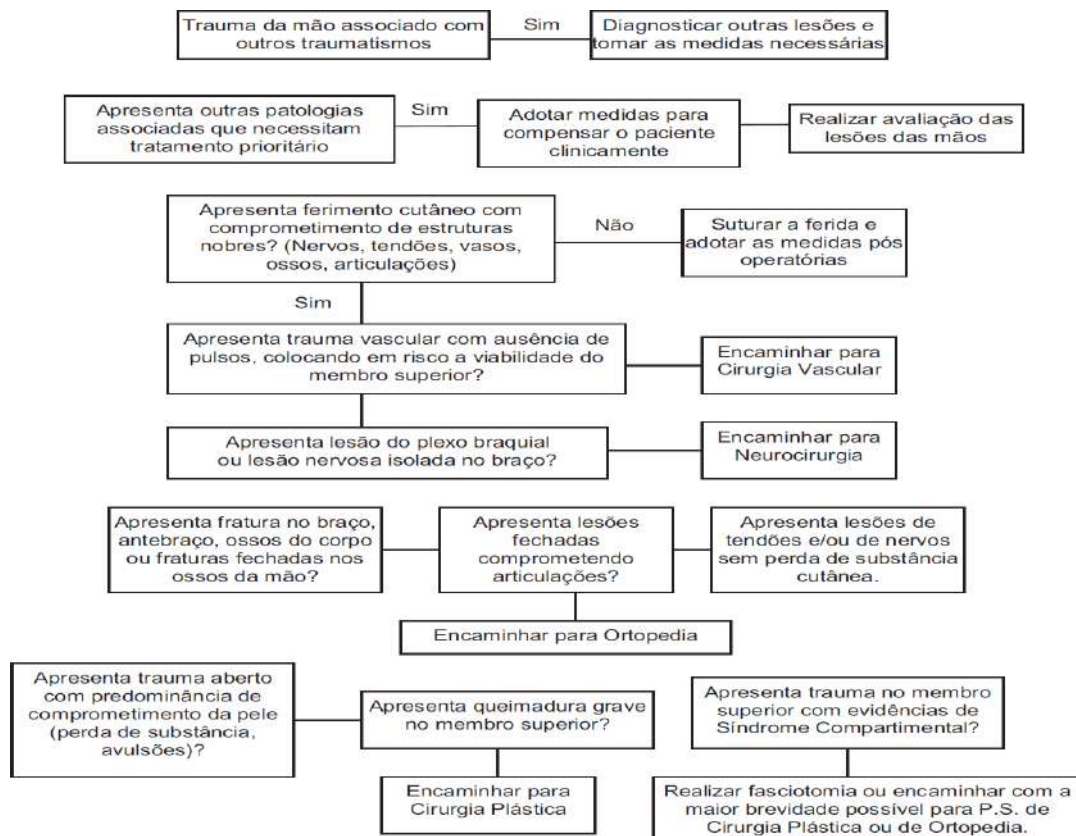
7.0 RADIOGRAFIAS DO TRAUMATISMO DA FACE

As incidências mais comumente empregadas para o diagnóstico das fraturas de face são:

- Occiptomentoniana de Waters – mostra o esqueleto facial de forma geral (órbitas, zigomas, maxilas, seios maxilares e processos frontais da maxila);
- Fronto naso de Caldwell – ideal para seio frontal, células etmoidais, reborda orbitária, sutura zigomática-frontal e ramos da mandíbula;
- Perfil – estudo da parede anterior do seio frontal, paredes laterais da órbita, perfil de ossos próprios do nariz, maxila e mandíbula;
- Oblíqua lateral da mandíbula (Bellot) – visualização lateral da mandíbula, principalmente corpo;
- Towne modificada – para condílio;
- Axial de Hirtz para arco zigomático.

Poderão ser utilizadas ainda as tomografias lineares, computadorizadas e em 3 dimensões.

8.0 TRAUMATISMO DE MÃO





9.0 PADRONIZAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO NEUROLÓGICA DA LESÃO MEDULAR

	MOTOR MÚSCULO-CHAVE		SENSITIVO TOQUE LEVE		SENSITIVO AGULHA		EXAME
	DIREITA	ESQUERDA	DIREITA	ESQUERDA	DIREITA	ESQUERDA	
C2							Protuberância Occipital
C3							Fossa Supraclavicular
C4							Borda Superior Acromioclavicular
C5							Flexores do Cotovelo
C6							Extensores do Punho
C7							Flexor Profundo 3º Qd
C8							Dedo mínimo
T1							Borda Medial Fossa Antecubital
T2							Ápice da Axila
T3							Terceiro Espaço Intercostal
T4							Quarto Espaço Intercostal
T5							Quinto Espaço Intercostal
T6							Sexto Espaço Intercostal
T7							Sétimo Espaço Intercostal
T8							Oitavo Espaço Intercostal
T9							Nono Espaço Intercostal
T10							Décimo Espaço Intercostal
T11							Décimo Primeiro Espaço Intercostal
T12							Ponto Médio Ligamento Inguinal
L1							½ distância entre T12 e L2
L2							Terço Médio Anterior da Coxa
L3							Côndilo Femoral Medial
L4							Maléolo Medial
L5							Dorso do pé – 3º art. Metatarsofalangeana
S1							Bordo Externo do Calcâneo
S2							Linha Média da Fossa Poplíteia
S3							Tuberosidade Isquiática
S45							Área Perianal
TOTAL							

(Máximo)	(50)	(50)	(56)	(56)	(56)	(56)
Índice Motor			Índice Sensitivo com Agulha			Índice Sensitivo com Toque
(Máximo)	(100)			(112)		(112)
Contração voluntária anal (sim/não) <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>			Qualquer sensibilidade anal (sim/não) <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>			

MOTOR	SENSIBILIDADE
0 – Paralisia total	0 – Ausente
1 – Contração visível ou palpável	1 – Comprometido
2 – Movimento ativo sem oposição da força da gravidade	2 – Normal
3 – Movimento ativo contra a força da gravidade	NT – Não testável
4 – Movimento ativo contra alguma resistência	
5 – Movimento ativo contra grande resistência	
NT – Não testável	



9.1 ÍNDICES SENSITIVOS E MOTORES NÍVEIS

ESCALA DE DEFICIÊNCIA AIS

NÍVEL: _____

A – Completa

Não há função motora ou sensitiva preservada nos segmentos sacros S4-S5

B – Incompleta

Há função sensitiva porém não motora preservada abaixo do nível neurológico estendendo-se até os segmentos sacros S4-S5

C – Incompleta

Há função motora preservada abaixo do nível neurológico e a maioria dos músculos chave abaixo do nível neurológico tem um grau muscular inferior a 3

D – Incompleta

Há função motora preservada abaixo do nível neurológico e pelo menos a metade dos músculos chaves abaixo do nível neurológico tem um grau muscular maior ou igual a 3

E – Normal

As funções sensitivas e motoras são normais

MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL

Níveis: 7 – Independência Total 6 – Independência Total Aparelhada 5 – Supervisão 4 – Assist. Mínima (Capacidade: 75% ou +) 3 – Assist. Moderada (Capacidade: 50% ou +) 2 – Assist. Máxima (Capacidade: 25% ou +)	Cuidados Pessoais	Admissão	Alta	Controle dos Esfincteres	Admissão	Alta	Locomoção	Admissão	Alta
	Alimentação			Controle vesical			Caminhar,		
	Cuidados com aparência			Controle esfíncter anal			Cadeira de rodas		
	Banhos			Mobilidade	Admissão	Alta	Escada		
	Vestir parte superior do corpo			Transferência:			Comunicação	Admissão	Alta
	Vestir parte inferior do corpo			Cama, Cadeira de rodas			Compreensão		
	Asseio			Banheiro			Expressão		
				Banheira, Chuveiro			Cognição social		
							Interação social		
							Solução problemas		
						Memória			

MIF TOTAL: _____

9.2 ESCORES DE TRAUMA

Obs: Servem para triagem pré-hospitalar, comunicação inter-hospitalar e na comparação de resultados de protocolos e atendimentos.

9.3 ESCORE DE TRAUMA REVISADO

GCS*	BPM*	FR*	Valor*
13-15	>89	10-29	04
09-12	76-89	>29	03
06-08	50-75	06-09	02
04-05	01-49	01-05	01
03	00	00	00

O valor final é obtido pela fórmula:

$$*ETR = 0,9368 \times GCS + 0,7359 \times BPM + 0,2908 \times FR$$

Para um valor total máximo de 7,84

*GCS - Glasgow

*BPM - Batimentos por minuto

*FR = Frequência Respiratória

*ETR = Escore de Trauma Revisado

IMPORTÂNCIA:

Criados para fins de triagem na cena do acidente, comparação de resultados entre instituições e dentro das mesmas ao longo do tempo (controle de qualidade) e para avaliar probabilidade de sobrevivência.

9.4 ESCALA ABREVIADA DE LESÕES (AIS - ABREVIATE INJURY SCALE)

- Pontua lesões em diversos segmentos corpóreos de acordo com a gravidade (de 1 a 6).
- Crânio/pescoço, face, tórax, abdome/pelve, extremidades/pelve óssea e geral externa, pela AIS, são elevados ao quadrado e somados.

9.5 ÍNDICE DE GRAVIDADE DA LESÃO (ISSINJURY SEVERITY SCORE)

- Índice derivado da escala abreviada de lesões (*AIS - Abreviate Injury Scale*).
- Três valores mais altos em segmentos corpóreos diferentes.
- Os valores variam de 3 a 75.
- Se o AIS for igual a 6 em qualquer segmento o ISS é 75 automaticamente.

CÁLCULO DO ISS:

Paciente com lesões nas seguintes regiões:

REGIÃO	AIS DA LESÃO	AIS DA LESÃO
Crânio e pescoço	2	3
Face	4	-
Tórax	1	4
Abdome/pelve	2	3
Esquelética	3	4
Geral	1	-

Calculo do ISS = 4 + 4 + 4 ? ISS = 16 + 16 + 16 = 48 ? ISS = 48

LIMITAÇÕES

Não considera a presença de múltiplas lesões em determinado segmento como determinantes de maior gravidade - de ao aproveitar apenas a lesão mais grave. (Exemplo: Mortalidade p/ ISS = 16 é de 14,3% (4,0,0) e p/ ISS = 19 é de 6,8%(3,3/1).

Taxas de mortalidade variam muito, comparando-se valores de AIS semelhantes em diferentes segmentos corpóreos. Idade e doenças associadas são desconsideradas e têm importância prognóstica quanto do trauma.

Atenção: não pode ser utilizada como índice de trauma isoladamente!

9.6 ESCALA ABREVIADA DE LESÕES (OIS – ORGAN INJURY SCALE)

PONTUA LESÕES EM DIVERSOS SEGMENTOS CORPÓREOS DE ACORDO
COM A GRAVIDADE:

- 1 – Menor
- 2 – Moderado
- 3 – Sério
- 4 – Severo (ameaça a vida)
- 5 – Crítico
(sobrevida incerta)
- 6 – Não sobrevivente

URETRA			
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO		AIS - 90
1	CONTUSÃO	Sangue no meato uretral uretrografia normal	2
2	Lesão maior	Tração da uretra sem extravasamento na uretografia	2
3	Laceração parcial	Extravasamento do contraste no local da lesão com visualização do contraste na bexiga	2
4	Laceração completa	Extravasamento do contraste no local da lesão sem visualização da bexiga. Separação da uretra menor que 2cm	3
5	Laceração completa	Transecção com separação dos segmentos maior que 2cm ou extensão para próstata ou vagina	4

Obs: em situação de lesões múltiplas considere um grau acima.

BEXIGA			
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO		AIS – 90
1	Hematoma Laceração	Contusão, hematoma intramural, thickness parcial	2
2	Laceração	Laceração da parede extraperitoneal menos de 2cm	3
3	Laceração	Laceração da parede extraperitoneal mais de 2cm ou intraperitoneal menos de 2cm	4
4	Laceração	Laceração da parede intraperitoneal mais de 2cm	4
5	Laceração	Laceração que se estende até o colo vesical ou trígono	4

Obs: em situação de lesões múltiplas considere um grau acima

URETER			
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO		AIS – 90
1	Hematoma	Contusão ou hematoma sem desvascularização	2
2	Laceração	Transecção menor que 50%	2
3	Laceração	Transecção maior que 50%	3
4	Laceração	Transecção completa com desvascularização de 2cm	3
5	Laceração	Transecção completa com desvascularização maior que 2cm	3

Obs: em situação de lesões múltiplas considere um grau acima

DIAFRAGMA			
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO		AIS – 90
1	Contusão		2
2	Laceração de 2cm ou menos		3
3	Laceração de 2 a 10cm		3
4	Laceração maior que 10cm com perda de tecido maior que 25 cm quadrados		3



5	Laceração com perda de tecido maior que 25cm quadrados	3
---	--	---

Obs: em situação de lesões bilaterais considere um grau acima

PAREDE TORACICA			
GRAU	DESCRIÇÃO DE LESAO		AIS - 90
1	Contusão Laceração Fratura	Qualquer localização	1
		Pele e subcutâneo	1
		Menos de 3 costelas, fechada	1-2
		Clavícula alinhada e fechada	2
2	Laceração Fratura	Pele, subcutânea e músculo	1
		3 ou mais costelas, fechada	2-3
		clavícula aberta ou desalinhada	2
		Esterno alinhada, fechada	2
3	Laceração Fratura	Corpo da escápula	2
		Total, incluindo pleura	2
		Esterno, aberta, desalinhada ou instável	2
4	Laceração Fratura	Menos de 3 costelas com segmento instável	3-4
		Avulsão dos tecidos da parede com fratura exposta de costela.	4
5	Fratura	3 ou mais costelas com tórax instável unilateral	3-4
		Tórax instável bilateral	5

Obs: Em situação de lesões bilaterais considere um grau acima

PULMAO			
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO		AIS - 90
1	Contusão	Unilateral, menos que in lobo	3
2	Contusão	Unilateral in lobo	3
	Laceração	Pneumotórax simples	3
3	Contusão Laceração Hematoma	Unilateral, mais que in lobo	3
		Escape persistente de via aérea distal mais de 72 horas	3-4
		Intraparenquimatoso sem expansão	3-4
4	Laceração Hematoma Vascular	Escape de via aérea maior (segmento ou lobar)	4-5
		Intraparenquimatoso em expansão	4-5
		Rotura de vaso intrapulmonar ramo primário	3-5
5	Vascular	Rotura de vaso hilar	4
6	Vascular	Transecção total do hilo pulmonar sem contenção	4

Obs: em situação de lesões bilaterais considere um grau acima Hemotórax está na tabela de lesões de vasos intratorácicos

FIGADO			
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO		AIS - 90
1	Hematoma Laceração	Subcapsular, menos que 10% da área de superfície	2
		Fissura capsular com menos de 1cm de profundidade	2
2	Hematoma Laceração	Subcapsular, 10 a 50% da área de superfície	2
		Intraparenquimatoso com menos de 10cm de diâmetro	2
		1 a 3cm de profundidade com até 10cm de comprimento	2
3	Hematoma Laceração	Subcapsular, maior que 50% de área de superfície ou em expansão	3
		Hematoma subcapsular ou parenquimatoso roto	3
		Hematoma intraparenquimatoso maior que 10cm ou em expansão	3
4	Laceração	Maior que 3cm de profundidade	3
		Rutura de parênquima hepático envolvendo 25 a 75% de lobo hepático ou 1 a 3 segmentos de Coinaud em um lobo	4



5	Laceração Vascular	Rutura de parênquima hepático envolvendo mais de 75% de lobo hepático ou mais de 3 segmentos de Coinaud em um lobo Lesões justahepáticas, i.é, veia cava retrohepática e veias centrais maiores	5 5
6	Vascular	Avulsão hepática	6

Obs: em situação de lesões múltiplas considere um grau acima, acima do grau 3.

BAÇO			
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO		AIS – 90
1	Hematoma	Subcapsular, menos que 10% da área de superfície	2
	Laceração	Fissura capsular com menos de 1cm de profundidade	2
2	Hematoma	Subcapsular, 10 a 50% da área de superfície	2
	Laceração	Intraparenquimatoso com menos de 5cm de diâmetro 1 a 3cm de profundidade sem envolver veia do parênquima	2 2
3	Hematoma	Subcapsular, maior que 50% de área de superfície ou em expansão.	3
		Hematoma subcapsular ou parenquimatoso roto	3
	Laceração	Hematoma Intraparenquimatoso maior que 5cm ou em expansão Maior que 3cm de profundidade ou envolvendo veias trabeculares	3
4	Laceração	Laceração de veias do hilo ou veias segmentares produzindo maior desvascularização (>25% do baço)	4
5	Laceração	Destruição total do baço	5
	Vascular	Lesão do hilo vascular com desvascularização do baço	5

Obs: em situação de lesões múltiplas considere um grau acima, acima do grau 3.

RIM			
GR AU	DESCRIÇÃO DA LESÃO		AIS – 90
1	Contusão	Hematúria macro ou microscópica com avaliação urológica normal	2
	Hematoma	Subcapsular, sem expansão e sem laceração do parênquima	2
2	Hematoma Laceração	Hematoma perirenal sem expansão confinado ao retroperitônio renal	2
		Profundidade no parênquima renal menor que 1cm sem extravasamento de urina	2
3	Laceração	Profundidade do parênquima maior que 1cm, sem ruptura do sistema coletor ou extravasamento de urina	3
4	Laceração Vascular	Laceração que se estende através da córtex renal, medular e sistema coletor	4
		Lesão da artéria ou veia principais com hemorragia contida	5
5	Laceração Vascular	Destruição renal total	5
		Avulsão do hilo renal com desvascularização renal	5

Obs: em situação de lesões múltiplas considere um grau acima.

VASCULATURA INTRA-ABDOMINAL		
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO	AIS – 90
1	Ramos inominados das artérias e veias mesentérica superior Ramos inominados das artérias e veias mesentérica inferior Artéria e veia frênicas Artéria e veia lombar Artéria e veia gonadal Artéria e veia ovariana Outras artérias e veias inominadas que requeiram ligadura	0



2	Artéria hepática comum, direita ou esquerda	3
	Artéria e veia esplênicas	3
	Artéria gástrica esquerda ou direita	3
	Artéria gastroduodenal	3
	Artéria e veia mesentérica inferior	3
	Ramos primários da artéria e veia mesentérica	3
	Outro vaso abdominal nominado que necessite de ligadura	3
3	Artéria mesentérica superior	3
	Artéria e veias renais	3
	Artéria e veias ilíacas	3
	Artéria e veias hipogástricas	3
	Veia cava infra-renal	3
4	Artéria mesentérica superior	3
	Eixo celíaco	3
	Veia cava supra-renal, infra-hepática	3
	Aorta infra-renal	3
5	Veia porta	3
	Veia hepática extraparenquimal	3-5
	Veia cava retro ou supra-hepática	5
	Aorta supra-renal subdiafragmática	5

VASCULATURA INTRATORÁCICA		
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO	AIS-90
1	Artéria e veia intercostal	2
		-
		3
	Artéria e veia mamária interna	2
		-
		3
	Artéria e veia brônquica	2
	Artéria e veia esofágica	-
		3
		2
	-	
	3	
2	Artéria e veia hemiázigos	2
		-
		3
	Artéria e veia inominada	2
		-
		3
		-
		4
	Veia inominada	3
		-
	4	
3	Veia ázigos	2
		-
		3
	Veia jugular interna	2
	Veia subclávia	-
		3
		3
	-	
	4	
3	Artéria carótida	3
		-
		5
	Artéria inominada	3
		-
	4	
	3	
	-	
	4	
	4	
	-	
	5	



4	Veia cava inferior intratorácica	3
	Primeiro ramo intraparenquimatoso da artéria pulmonar	-
		4
	Primeiro ramo intraparenquimatoso da veia pulmonar	3
5	Aorta torácica ascendente e arco	5
	Veia cava superior	3
	Artéria pulmonar, tronco principal	-
		4
	Veia pulmonar, tronco principal	4
6	Transseção total incontida da aorta torácica	5
	Transseção total incontida do hilo pulmonar	4

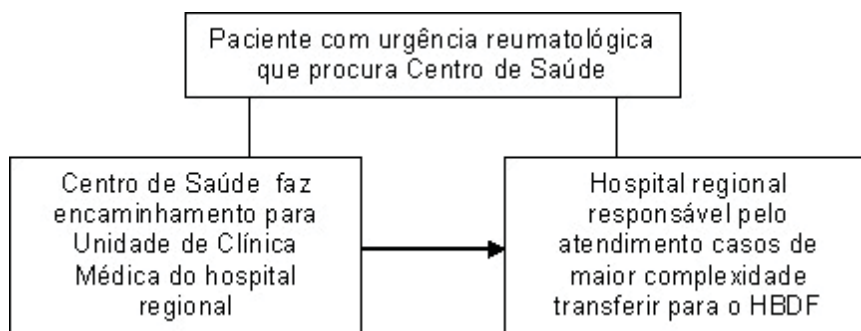
10.0 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM REUMATOLOGIA

Todo atendimento reumatológico que ficar caracterizado como de Urgência em atenção primária, deverá ser transferido para a Unidade de Emergência da Clínica Médica de um Hospital Regional secundário, para diagnóstico e tratamento inicial. Na impossibilidade de permanecer internado, ou na existência de uma enfermidade de maior complexidade, o paciente será transferido para a Unidade terciária (HBDF).

A avaliação clínica e o exame físico detalhado são bases do diagnóstico em Reumatologia. Assim, a tarefa do médico que faz o atendimento inicial é definir seu diagnóstico, antes de encaminhar em seu parecer ou ficha de atendimento para o serviço de emergência do hospital regional e desse, em casos de alta complexidade, para o HBDF, obedecendo aos seguintes critérios:

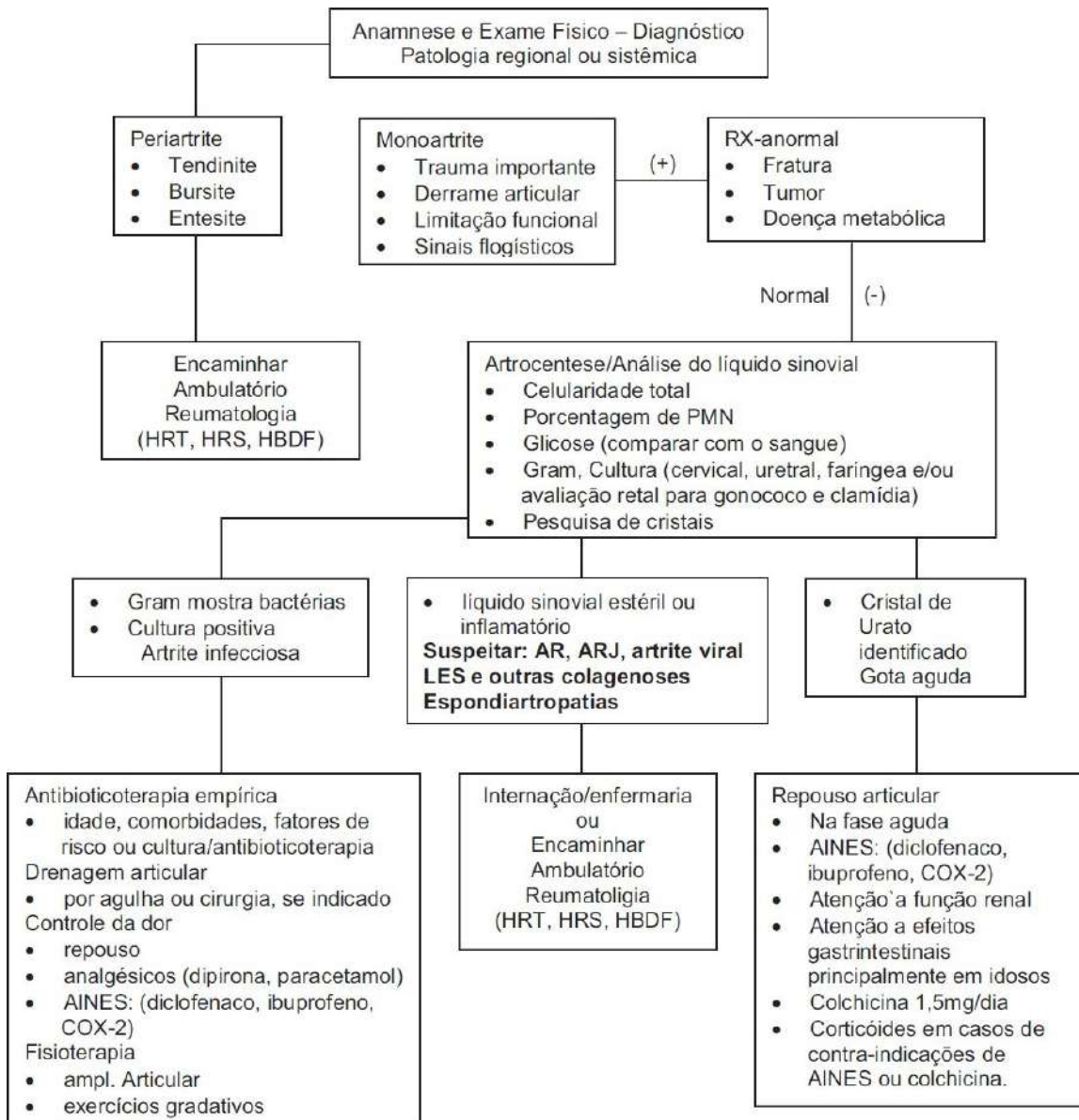
- Se o paciente apresenta doença reumática articular ou óssea localizada, regional ou generalizada;
- Se a doença reside em estruturas não-ósseas e não-articulares – por exemplo: tecidos moles (partes moles), neste caso, pertencendo ao grupo de problemas que se identificam como enfermidades extra-articulares;
- Se a doença reumática é sistêmica ou generalizada;
- Se o problema inclui mais de uma dessas possibilidades.

10.1 ATENDIMENTO EM CASOS DE URGÊNCIA EM REUMATOLOGIA

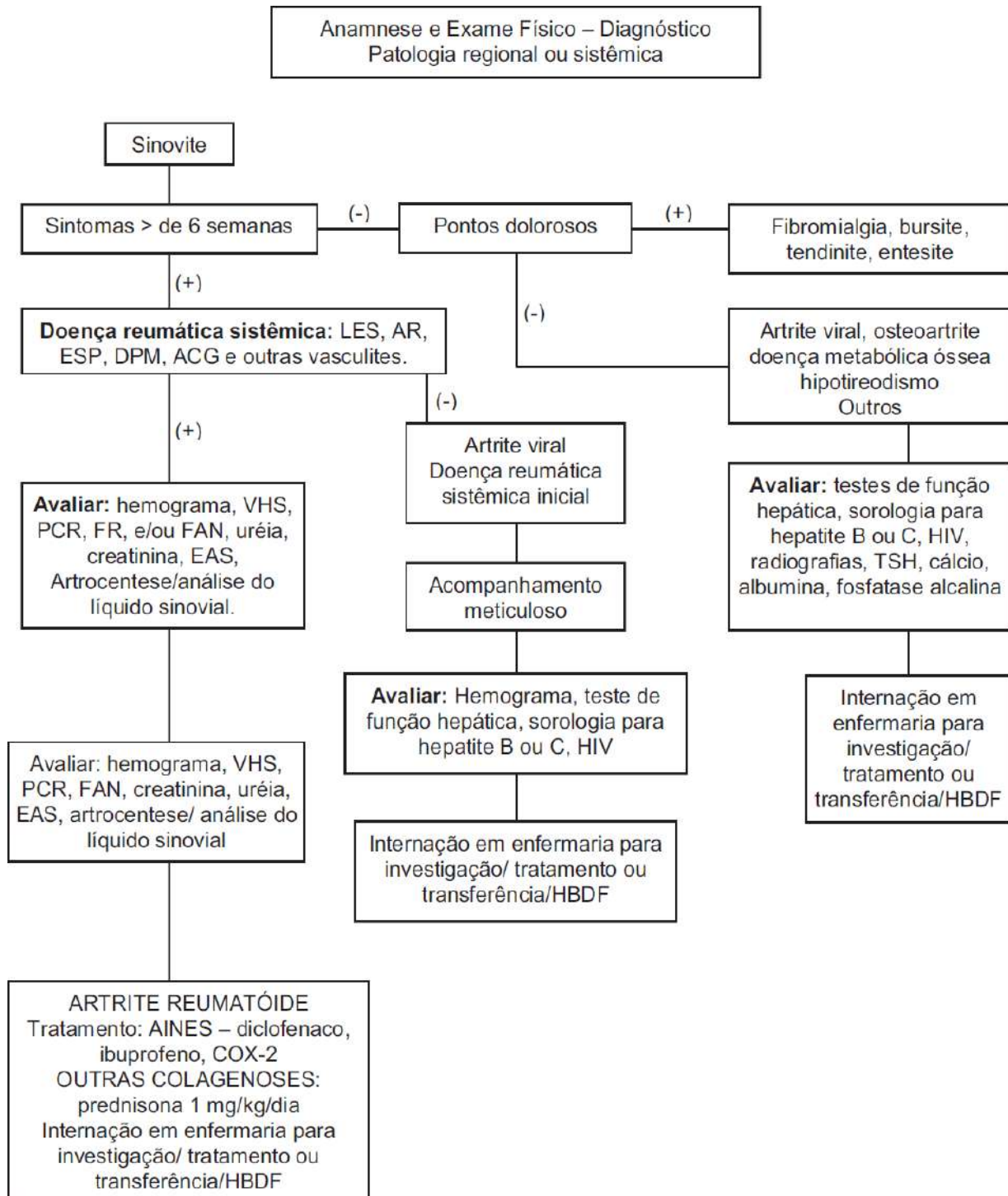


ENCAMINHAMENTO	CONTEUDO DO ENCAMINHAMENTO
História clínica:	<ul style="list-style-type: none"> Encaminhar com história concisa informando o tipo de dor, evolução, articulações acometidas e tipo de acometimento: monoarticular, oligoarticular ou poliarticular e sintomas sistêmicos associados.
Exame físico:	<ul style="list-style-type: none"> Relatar os achados importantes em especial, a presença de sinais flogísticos articulares, atrofia e deformidades.
Exames complementares essenciais:	<ul style="list-style-type: none"> Hemograma completo, bioquímica, ácido úrico, VHS, PCR, fator reumatóide, FAN, radiografias das articulações acometidas e contralaterais e de tórax (PA e perfil). Análise do líquido sinovial + cultura. Relatar exames anteriores.
Hipótese diagnóstica:	<ul style="list-style-type: none"> Enumerar. Definir se patologia localizada, regional ou sistêmica.
Tratamento:	<ul style="list-style-type: none"> Detalhar os tratamentos realizados anteriormente e os medicamentos e doses em uso atualmente.
Motivo do encaminhamento:	<ul style="list-style-type: none"> Detalhar os motivos do encaminhamento ao médico clínico ou especialista.
Contra-referência:	<ul style="list-style-type: none"> Retorno à UBS para acompanhamento com relatório do médico clínico ou especialista.

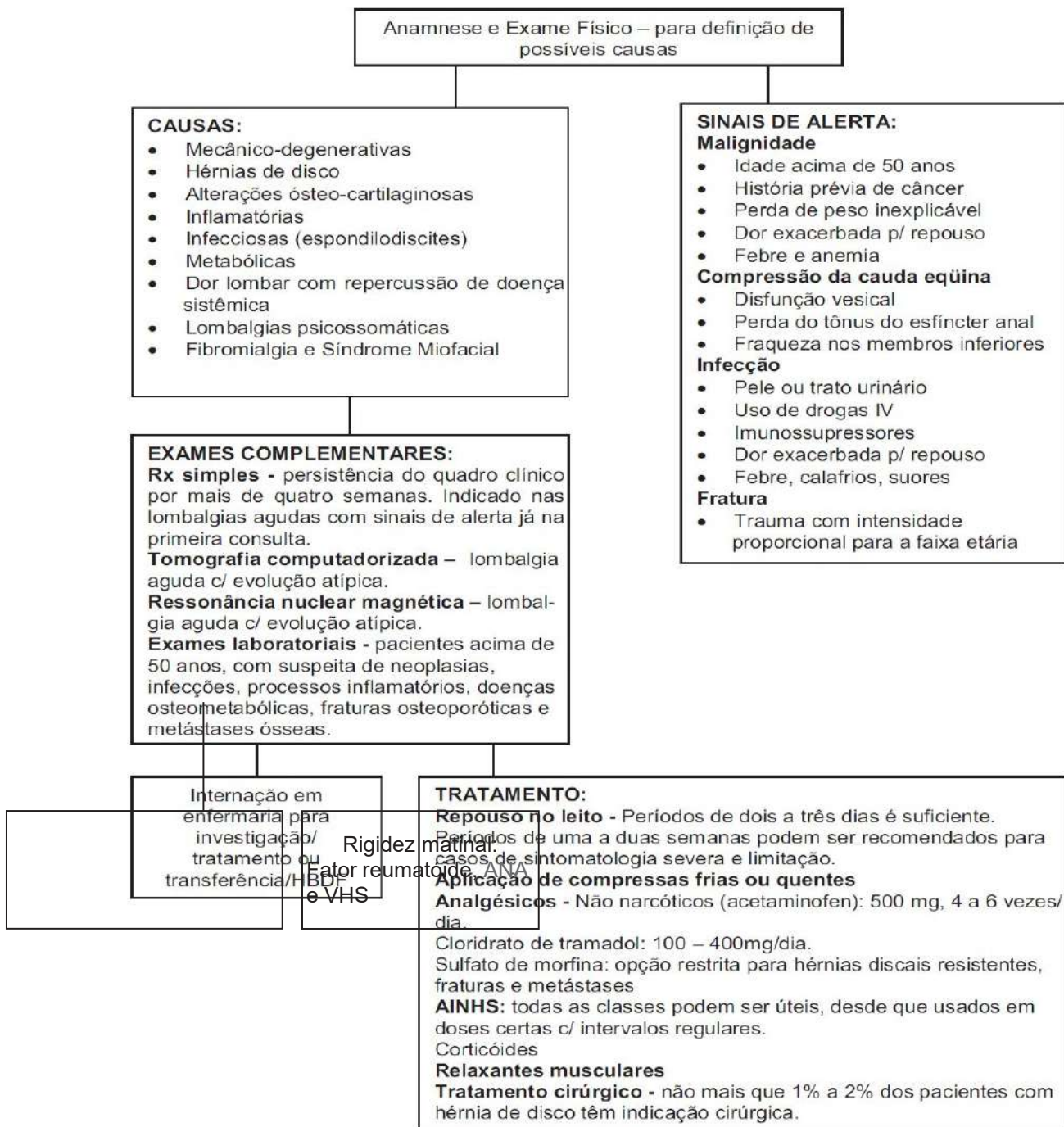
10.2 MONOARTRITE AGUDA



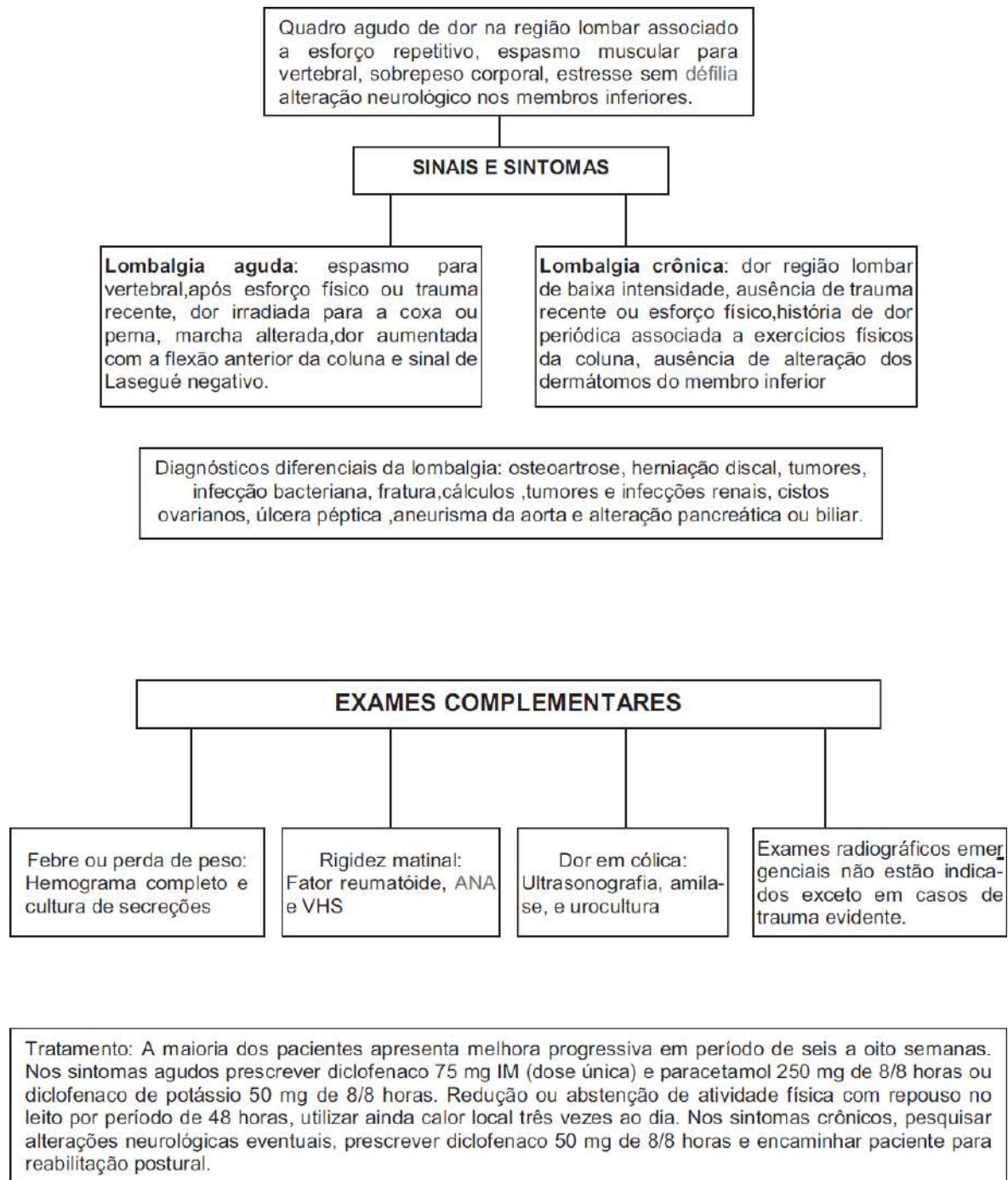
10.3 POLIARTRALGIAS OU POLI-ARTRITES AGUDAS



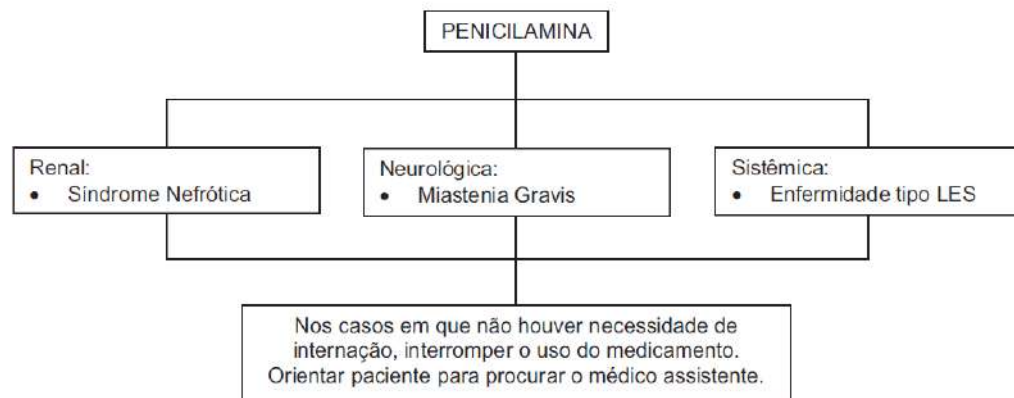
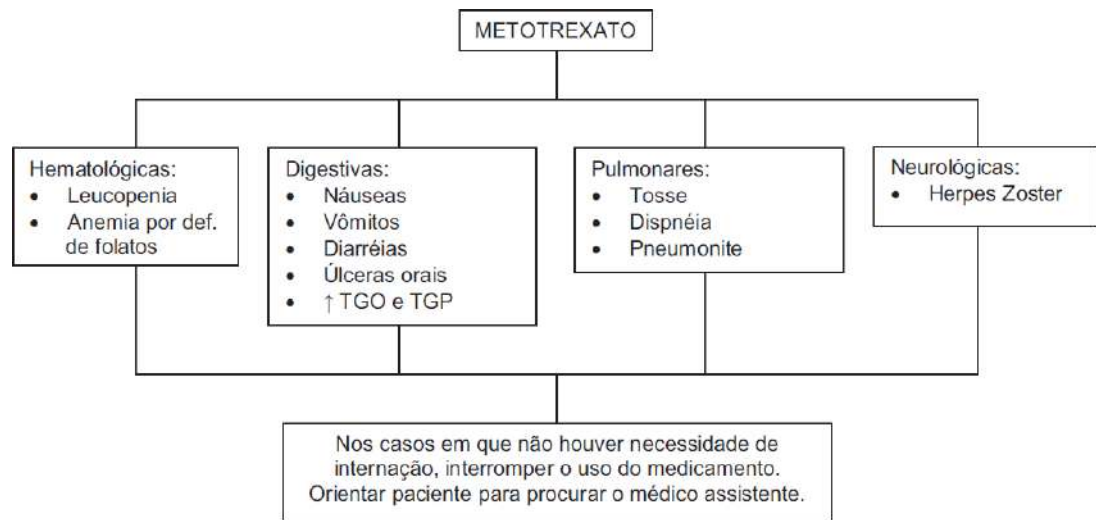
10.4 LOMBALGIA AGUDA



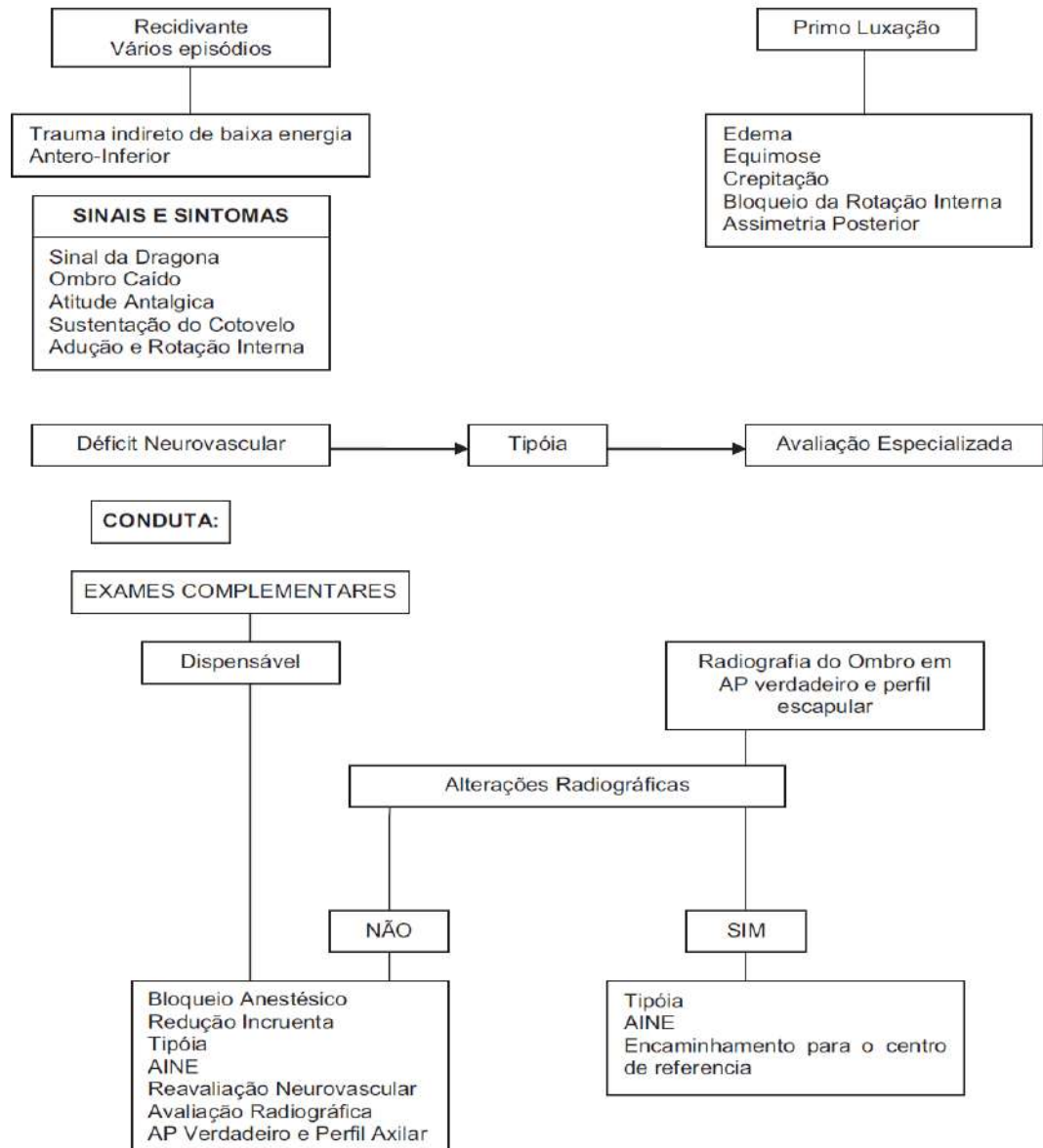
10.5 LOMBALGIA POSTURAL



10.6 REAÇÕES ADVERSAS AOS MEDICAMENTOS REUMATOLÓGICOS



11.0 LUXAÇÃO DE OMBRO



11.1 ENTORSEDOJOELHO

MECANISMO
Torsional
Trauma Direto
Queda de Altura
Hiperflexão
Hiperextensão
Valgo / Varo

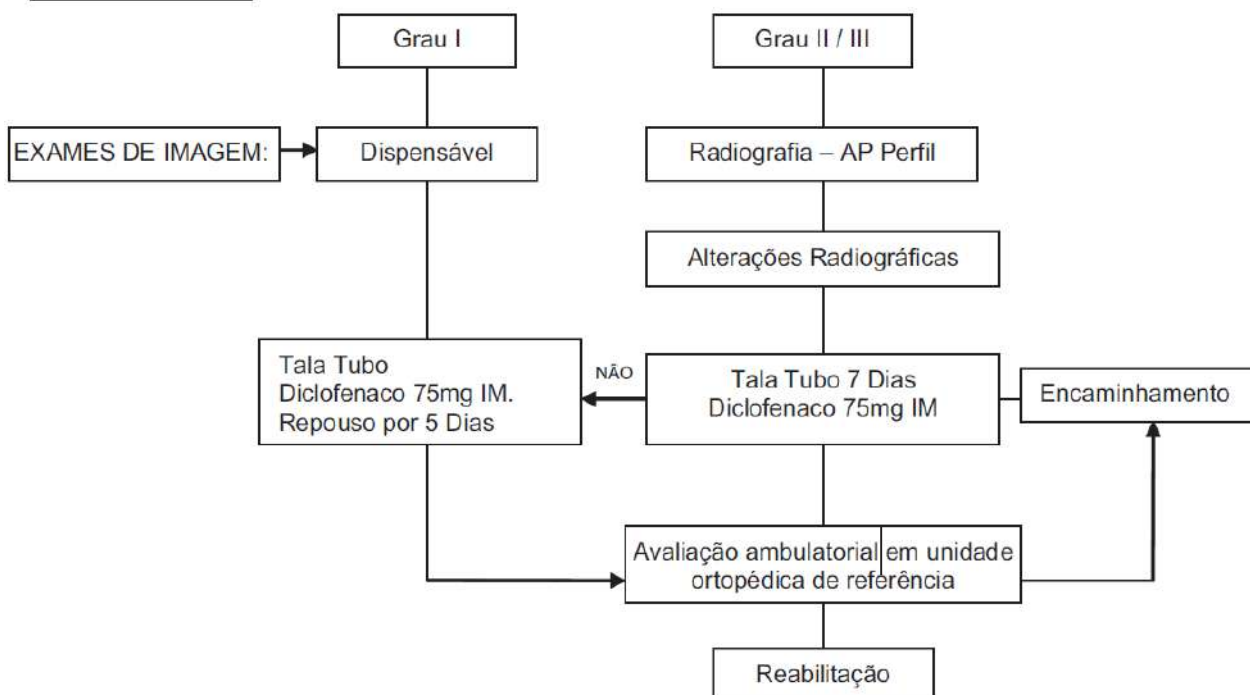
AVALIAÇÃO

Grau I – **Leve**: Suporta Carga; Sem Derrame articular.

Grau II – **Moderado**: Não suporta carga; Derrame moderado.

Grau III – **Grave**: Não suporta carga; Sensação de “Estalido”. Derrame acentuado com sinal de Rechaço patelar.

CONDUTA:



11.2 ENTORSE DO TORNOZELO LESÃO CÁPSULO – LIGAMENTAR

MECANISMO
Torsional Inversão Eversão

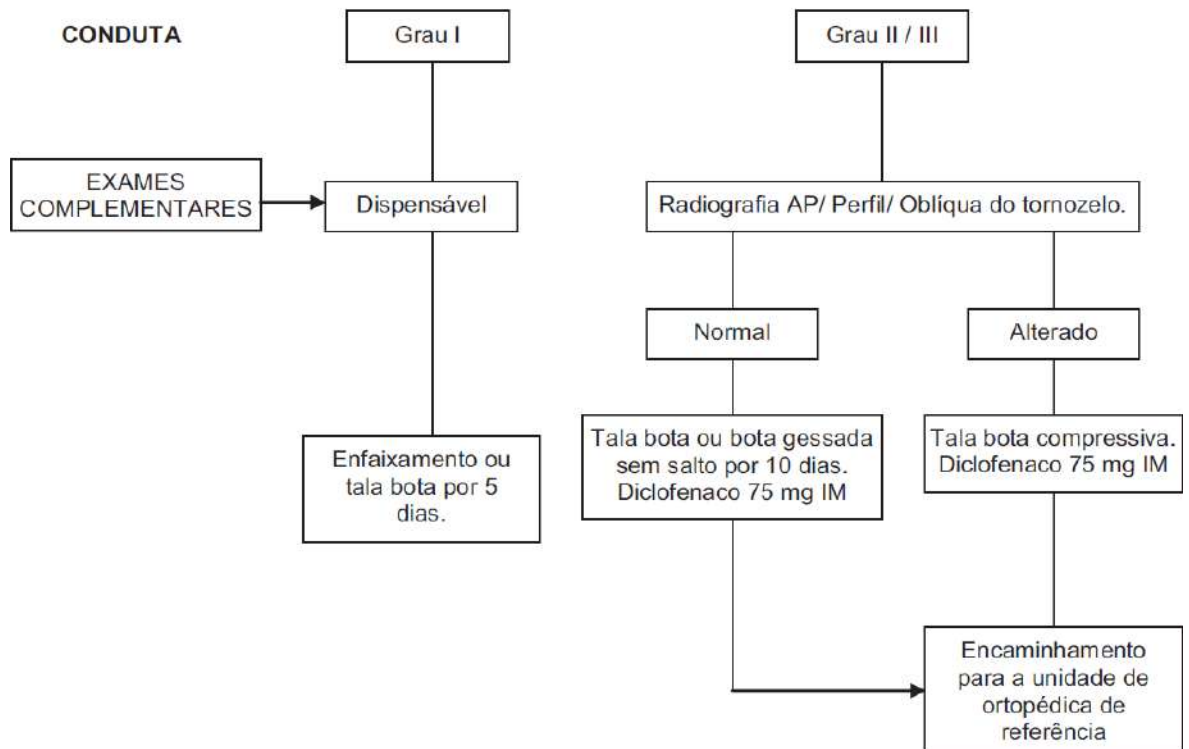
AVALIAÇÃO

Grua I – **Leve**: Discreto edema, sem equimose, suporta carga.

Grua II – **Moderado**: Edema perimaleolar. Pode suportar carga. Discreta equimose após 24 horas

Grua III – **Grave**: Edema difuso. Não suporta carga. Equimose após 24 horas

CONDUTA



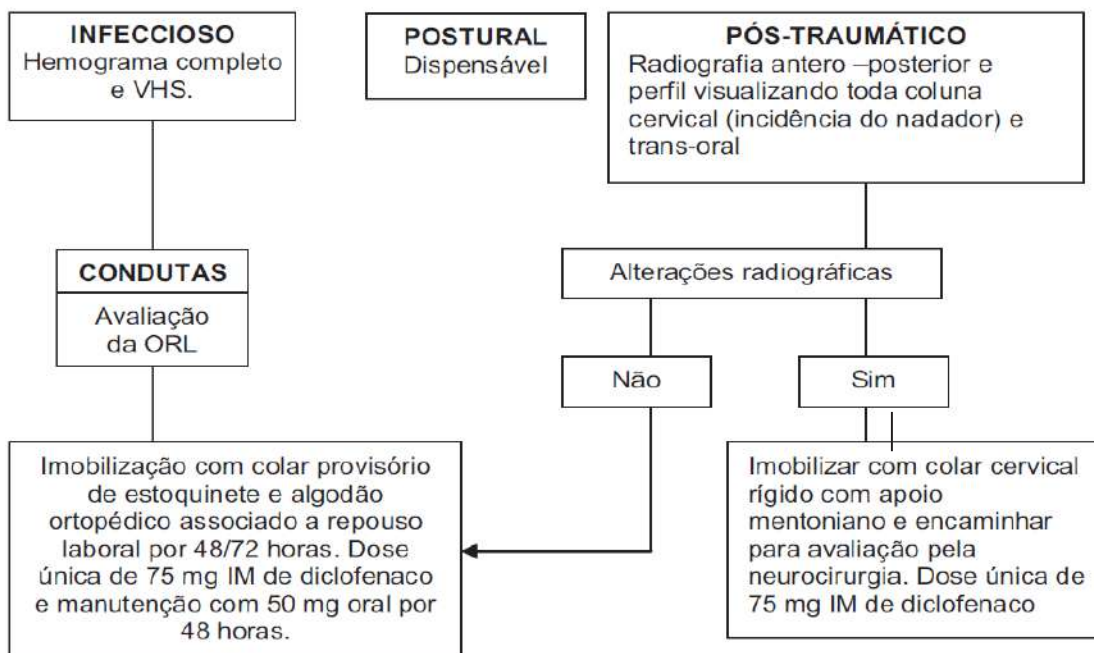
11.3 TORCICOLO

Definido como quadro antálgico da coluna cervical, associado a contratura muscular. A etiologia pode ser atitude postural viciosa, pós-traumática de baixa energia e infecciosa.

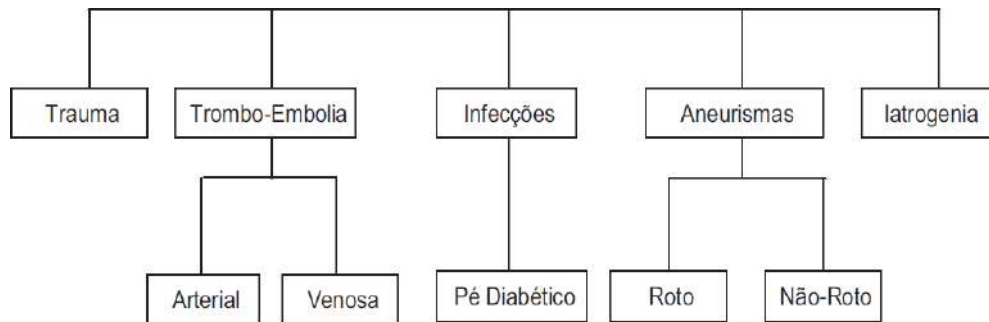
SINAIS E SINTOMAS

Dor a flexão e ou rotação da coluna cervical, matinal ou esforços laborais caracterizado por episódio de dor a palpação na bainha do músculo esterno cleido mastóideo, ou eretores da nuca trauma -faríngeo. Presença de intenso espasmo muscular com limitação evidente dos movimentos cervicais e dor ocasional irradiada para membro superior. Ausência de déficit neurológico.

EXAMES COMPLEMENTARES



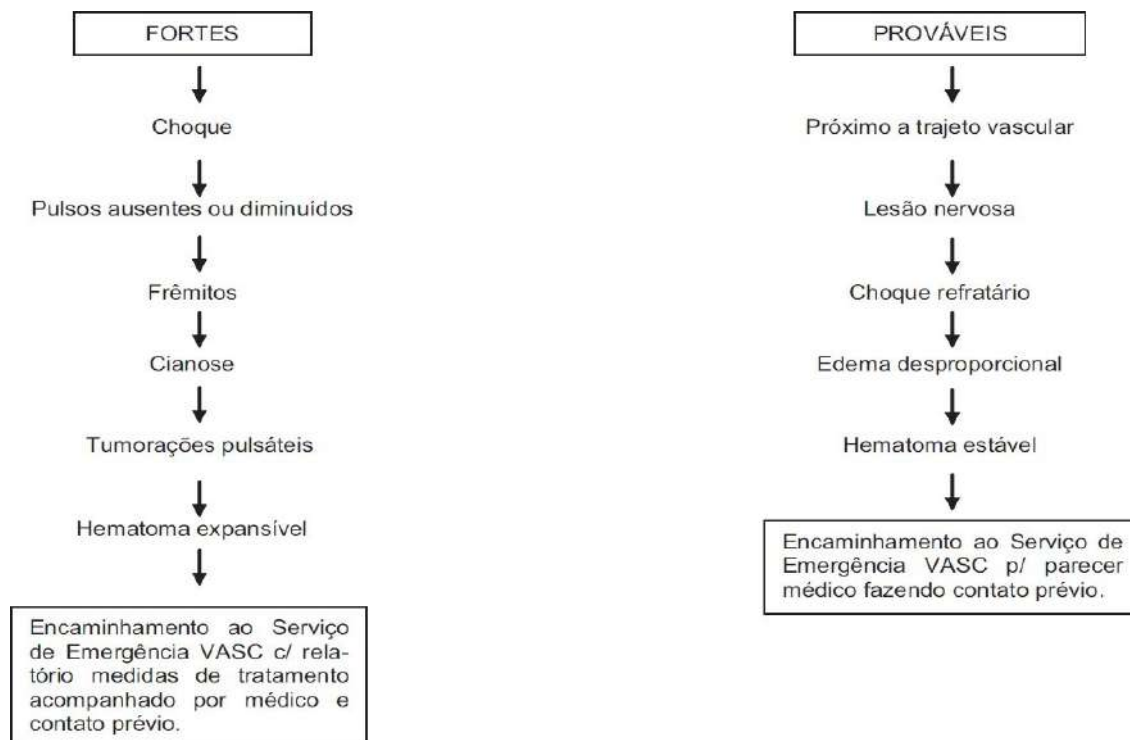
12.0 URGÊNCIAS VASCULARES



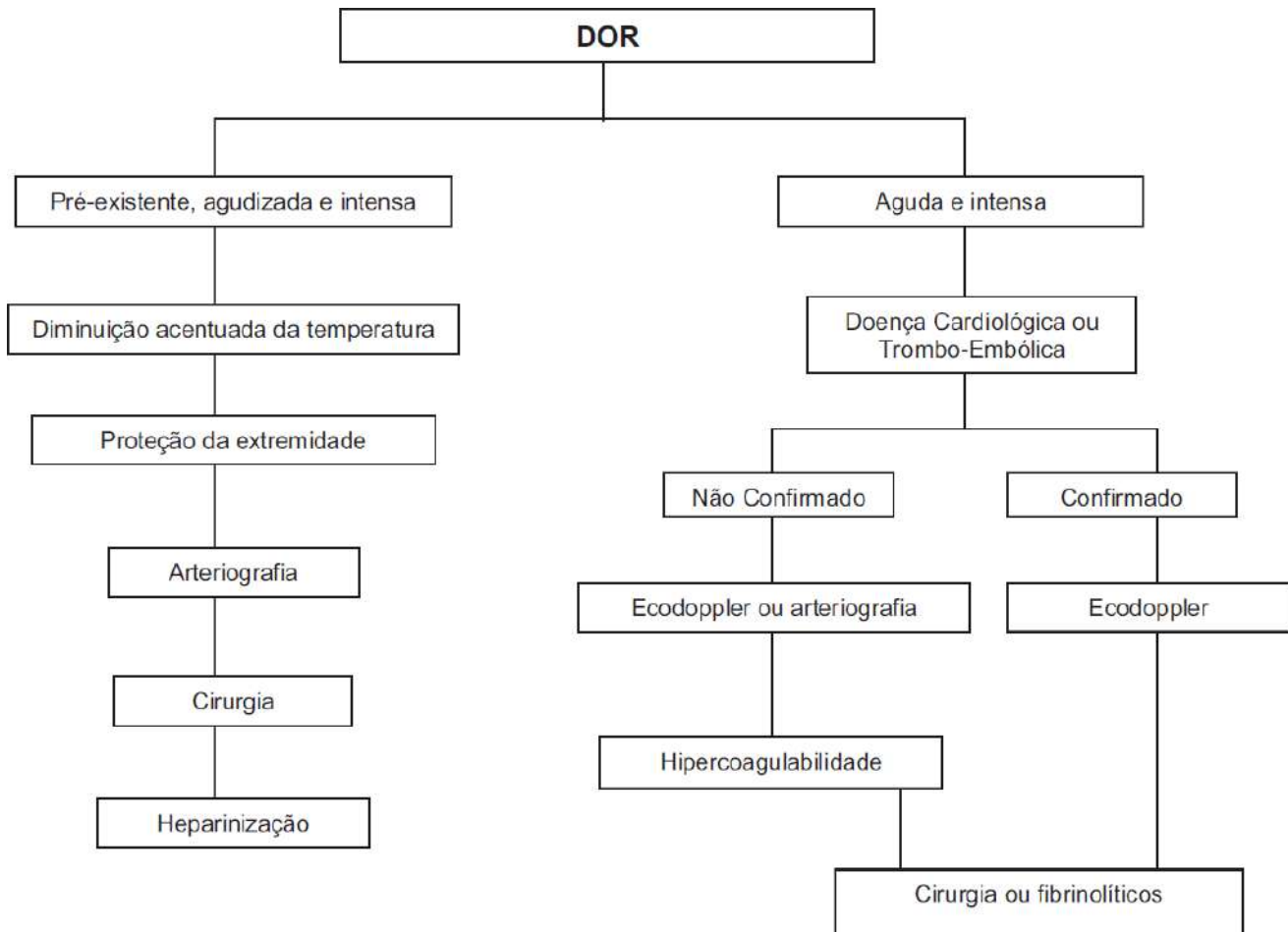
Os serviços de cirurgia vascular da SES/DF são encontrados nos seguintes hospitais:
HBDF (Emergência 24 horas) – Ambulatório;
HRT – Ambulatório (Pareceres);
HRC – Ambulatório (Pareceres);
HRS – Ambulatório (Pareceres).

12.1 TRAUMAS VASCULARES

SINAIS



12.2 TROMBOEMBOLIA ARTERIAL

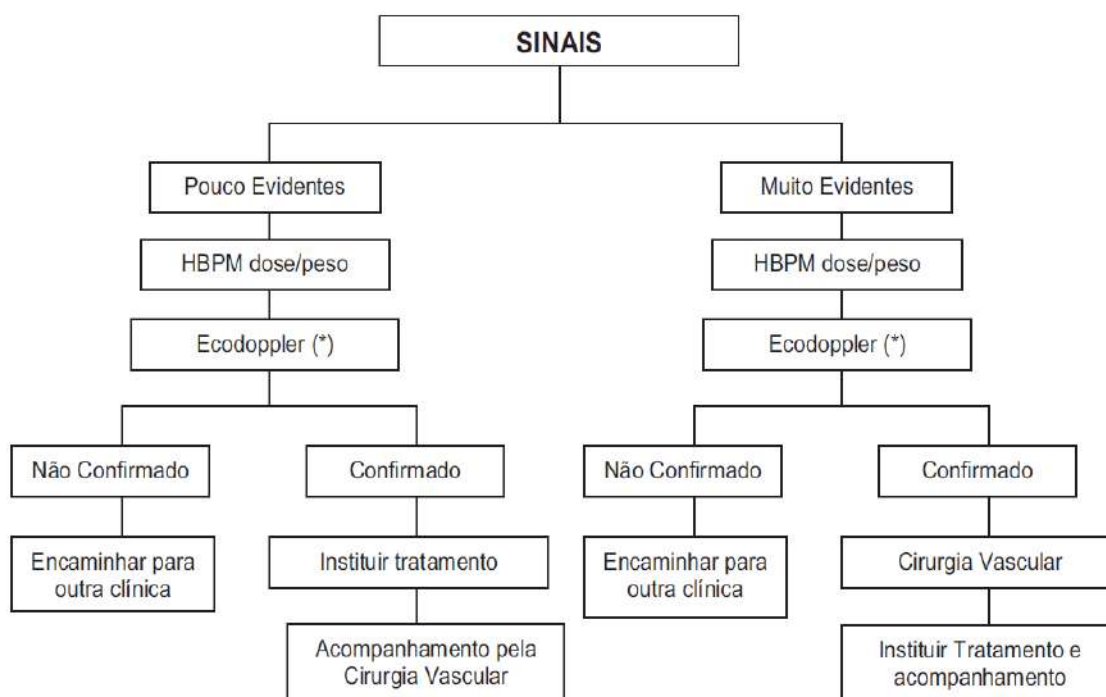


SINAIS E SINTOMAS

Dor	Presente
Edema	Ausente
Temperatura	Diminuída
Perfusão	Diminuída
Imobilização	Sim
Empastamento Muscular	Não
Cianose/Palidez	Sim
Sensibilidade	+++
Insuficiência Funcional	Sim
Início	Súbito

OBS: Encaminhar o paciente ao serviço de emergência urgente.

12.3 TROMBOSE VENOSA PROFUNDA TVP



TVP - SINAIS E SINTOMAS

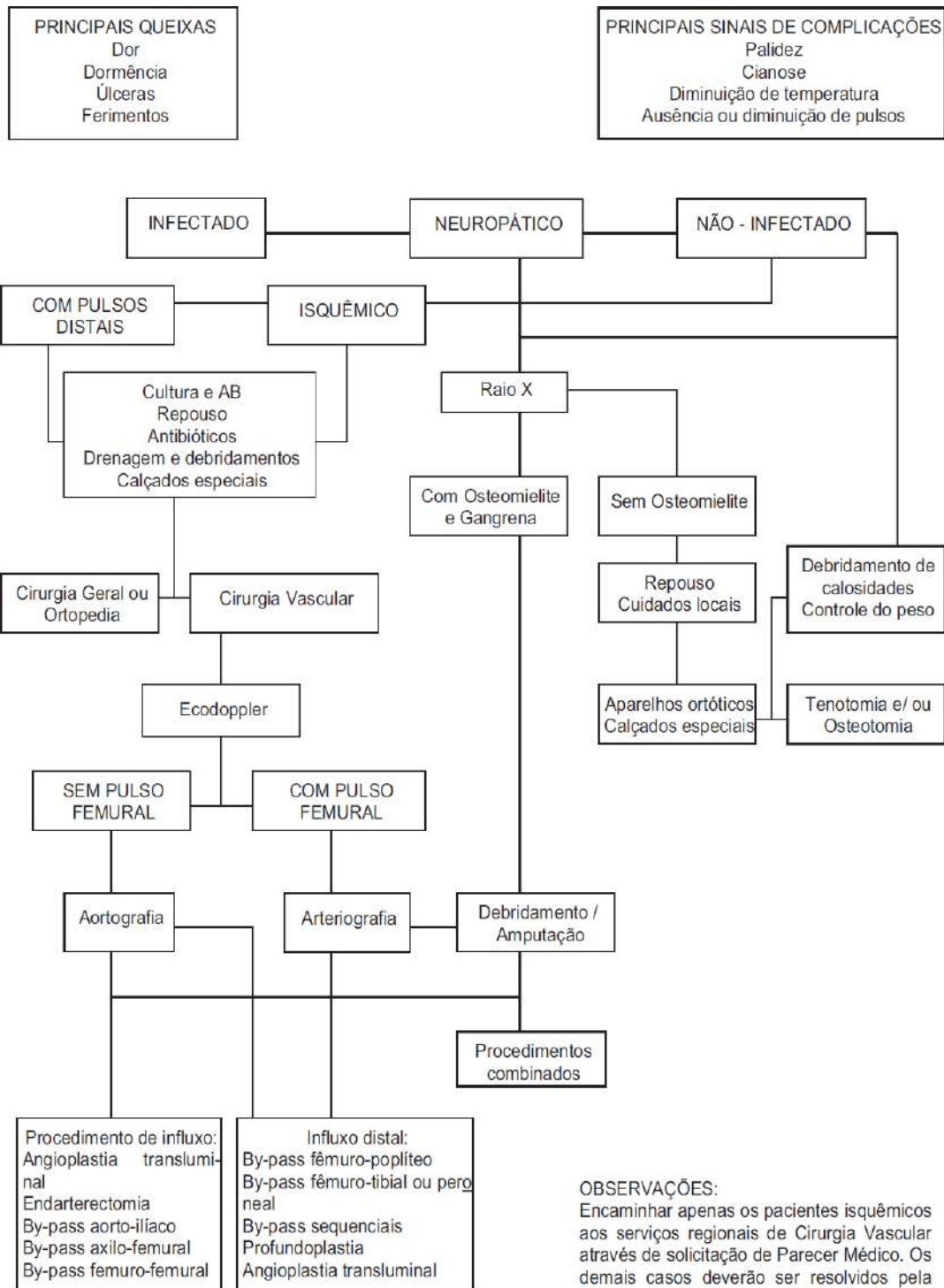
Dor	Presente
Edema	Presente
Temperatura	Normal / Aumentada
Perfusão	Normal
Imobilização	Não
Empastamento Muscular	Sim
Cianose/Palidez	Não
Sensibilidade	+
Insuficiência Funcional	Não
Início	Lento

OBS:

(*) Ecodoppler poderá ser realizado em qualquer regional que possua médico especialista (radiologista ou cirurgião vascular) e aparelho, para confirmação ou não do diagnóstico. Procurar encaminhar os pacientes aos ambulatórios das regionais que possuam especialistas (cirurgiões vasculares) para seguimento e controle preferencialmente no período diurno (segundas a sextas-feiras) em face de não haver plantonistas de ecodoppler à noite ou finais de semana.

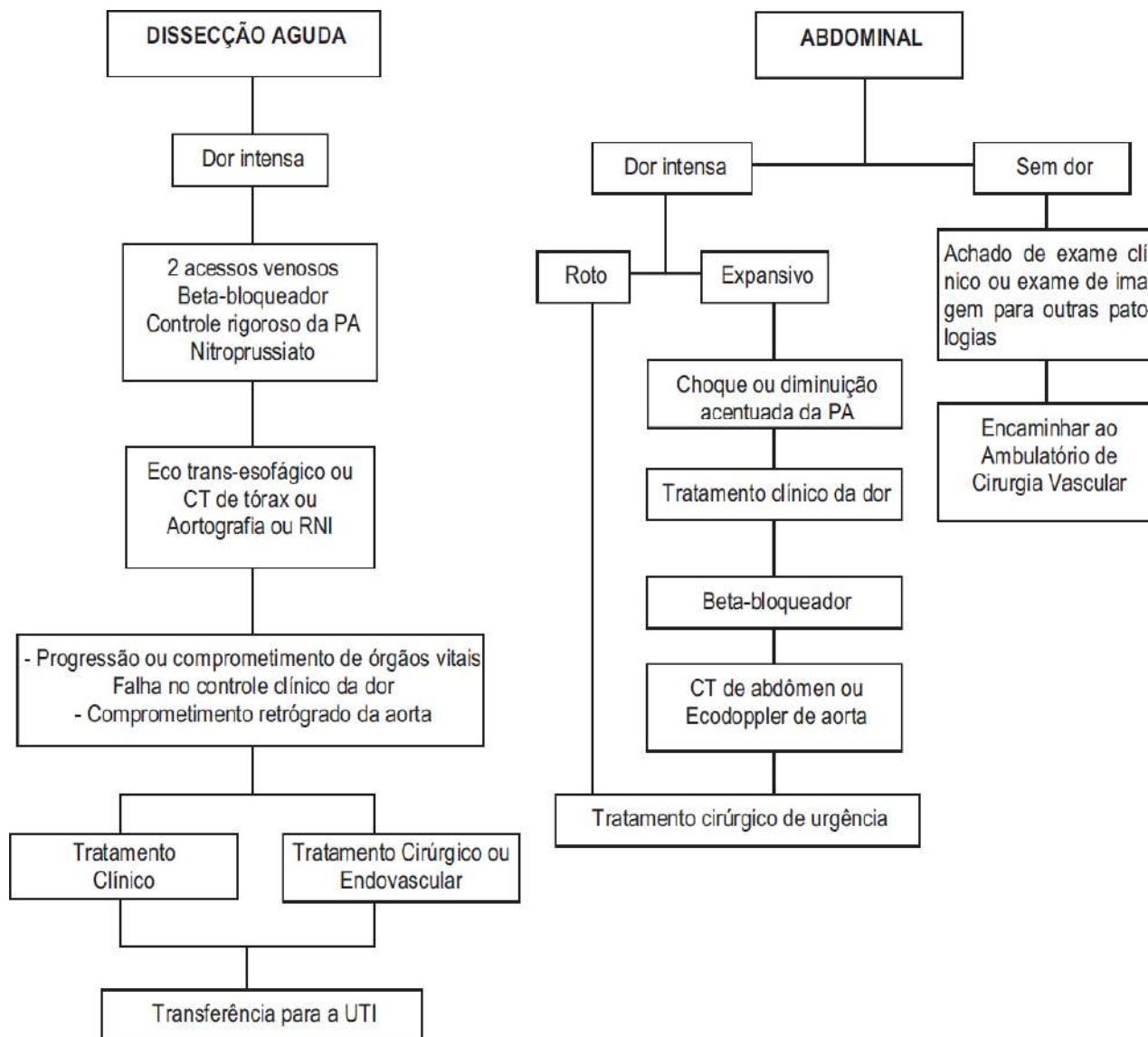
(*) HBPM - Heparina de Baixo Peso Molecular

12.4 PÉ DIABÉTICO

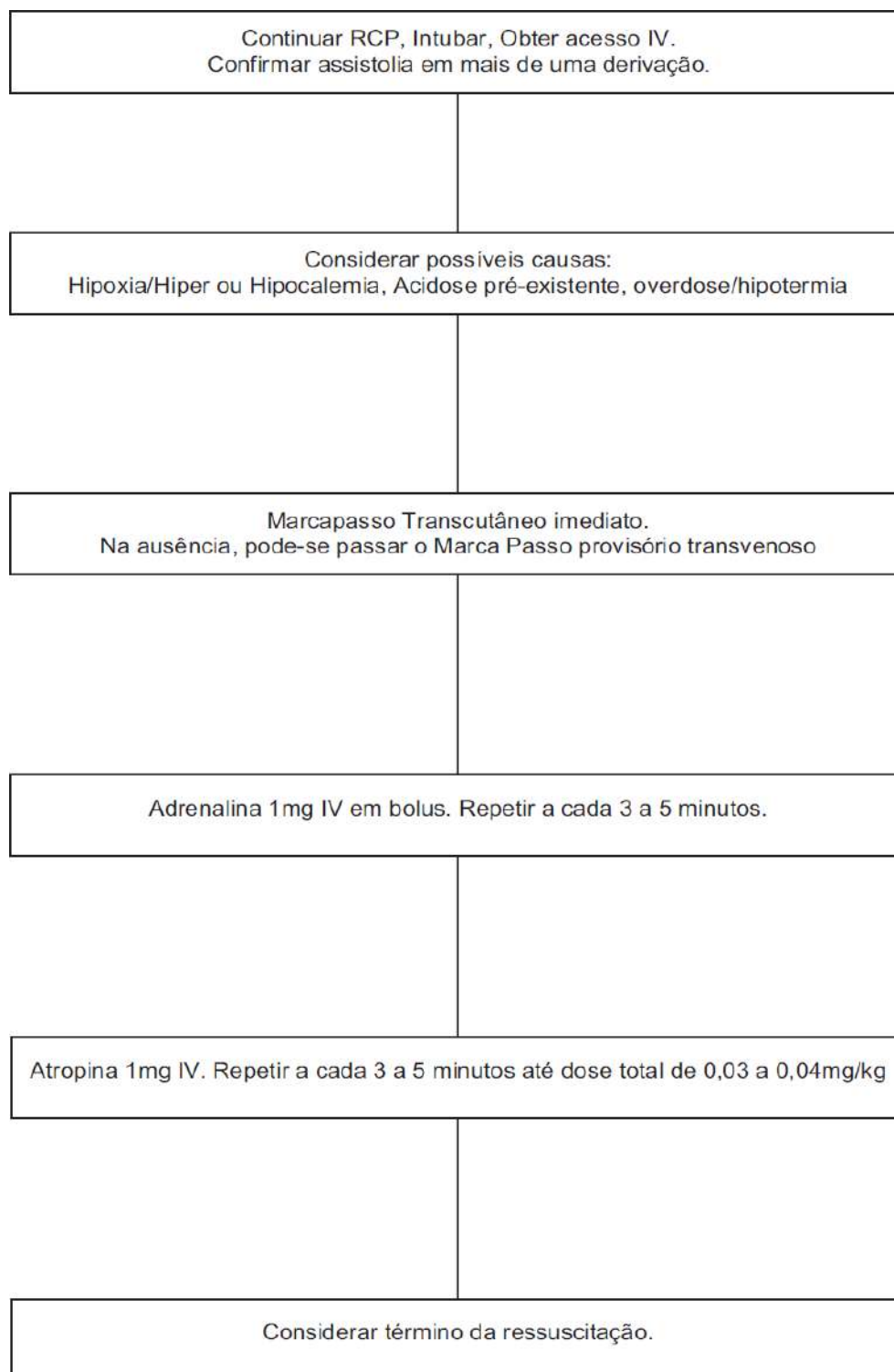


OBSERVAÇÕES:
Encaminhar apenas os pacientes isquêmicos aos serviços regionais de Cirurgia Vascular através de solicitação de Parecer Médico. Os demais casos deverão ser resolvidos pela Cir. Geral, Ortopedia ou Endocrinologia – Serviços de Pé Diabético das regionais de origem.

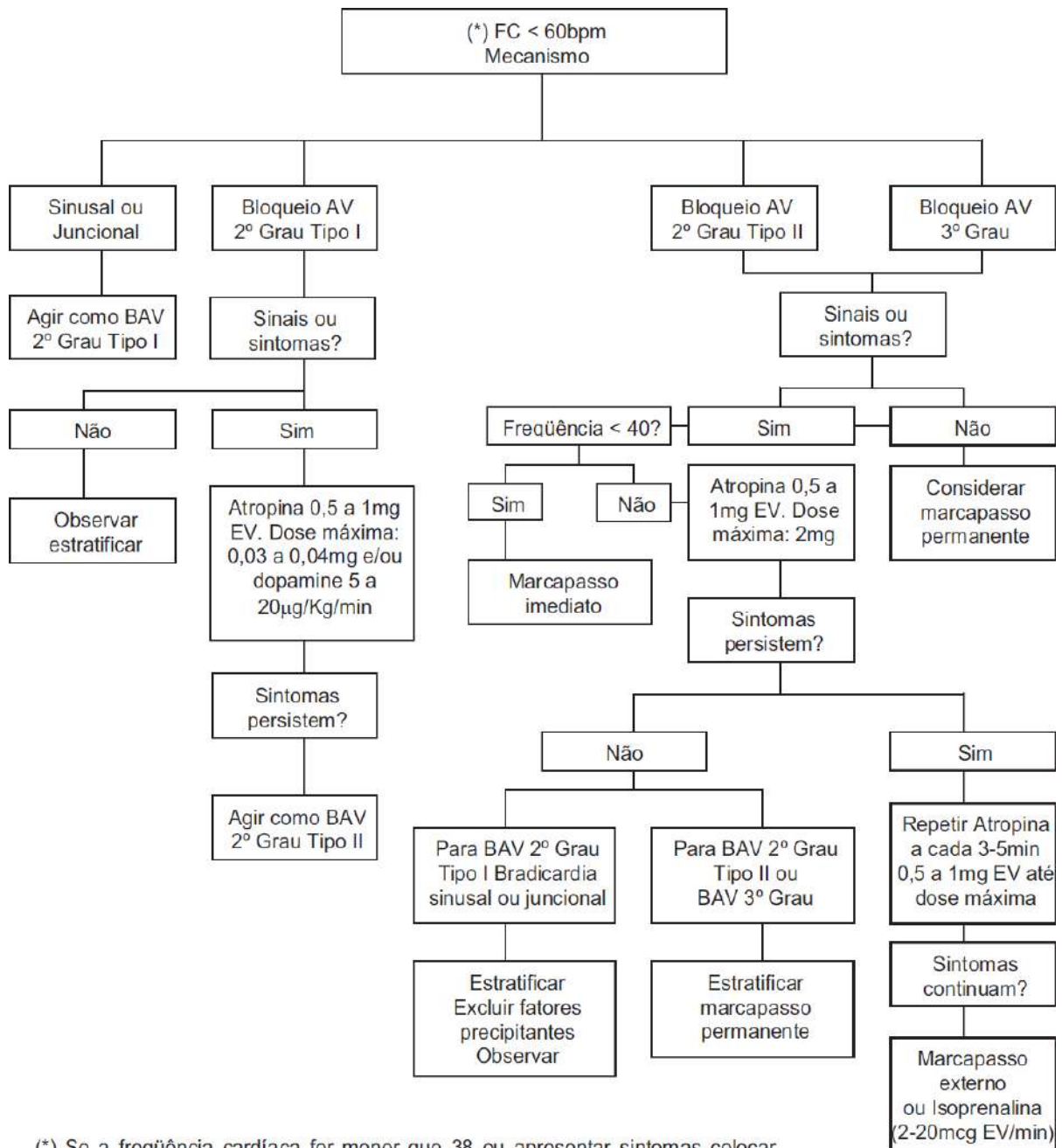
13.0 ANEURISMAS



16.0 ASSISTOLIA



16.1 BRADIARRITMIA



(*) Se a frequência cardíaca for menor que 38 ou apresentar sintomas colocar marca passo externo.

ATENÇÃO:

As extra-sístoles ventriculares no BAV de terceiro grau não são de risco e contribuem para manutenção do débito. O seu desaparecimento pode ser acompanhado de desestabilização do paciente e necessidade de marca passo imediato.

16.2 TAQUICARDIAS VENTRICULARES

As taquicardias com complexo QRS largos (QRS > 120 ms) constituem um desafio na prática clínica.

É de suma importância para uma correta conduta terapêutica antiarrítmica (AA) o diagnóstico diferencial entre uma Taquicardia Ventricular (TV) e uma Taquicardia Supraventricular com condução aberrante. As taquicardias com complexos largos podem ocorrer em 4 situações distintas:

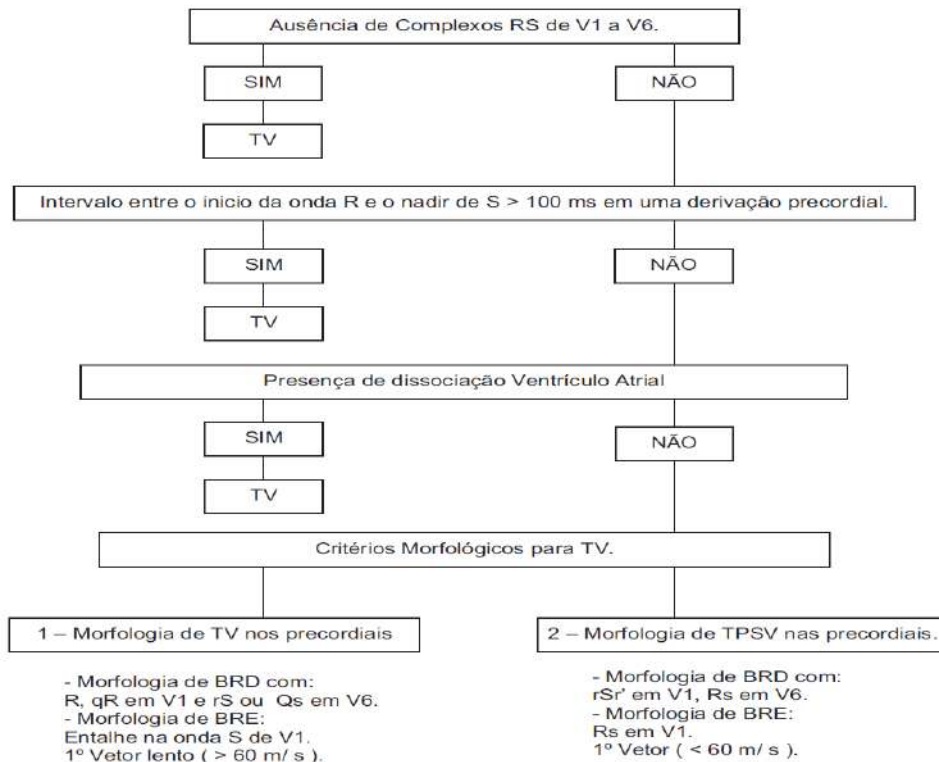
TPSV com bloqueio de ramo funcional

TPSV na vigência de bloqueio de ramo pré-existente.

TPSV com condução anterógrada através de uma via acessória.

Taquicardia Ventricular.

DIAGNÓSTICOS DAS TAQUICARDIAS DE QRS LARGO CRITÉRIOS DE BRUGADA.



DROGAS ANTIARRITMICAS

1– IAM – Fase Aguda

- Lidocaína 2% - (1,0 a 1,5 mg / kg em bolus, seguido de 0,5 a 0,75 mg / kg em bolus a cada 5 a 10 min. Com dose máxima de 3 mg / kg. Associando a infusão contínua de 30 a 50 mg / kg / min.

2 – IAM – Fase Crônica – MCC

- Procainamida (1 gr / 5 minutos);
- Amiodarona (150 mg IV em bolus em 10 minutos); (1,0 mg / min. Por 6 h., seguido de 0,5 mg / min. Contínuo);
- Propafenona (70 mg IV / 5 min.);

CVE Sincronizado

- Sulfato de Magnésio (IV – 2 gr em 100 ml até atingir níveis séricos de 2 mEq / kg).

3– Taquicardia Ventricular Helicoidal.

- Infusão de Sulfato de Magnésio Aumentar;
- FC = Marca Passo Provisório Isoprotenol (1 – 3 mg / min. IV).

4– Taquicardia Ventricular Incessante.

- Ablação Cirurgia.

OBS.: Nos pacientes com disfunção de VE: 1ª opção Amiodarona
2ª opção Lidocaína.

5– Flutter Ventricular ou Fibrilação Ventricular.

- Desfibrilação – 360J sem sincronização.



16.3 TAQUICARDIAS SUPRAVENTRICULARES COM QRS ESTREITO

As TPSV^S são arritmias nas quais os átrios e / ou a junção atrioventricular participam da origem e na manutenção da taquicardia. Essas arritmias (TPSV) apresentam características eletrocardiográficas típicas que durante a análise do ECG da crise sugerem o seu diagnóstico, na maioria dos pacientes. Entretanto em alguns casos o seu diagnóstico e seu mecanismo só podem ser detectados pelo estudo eletrofisiológico invasivo (EEF).

Essas arritmias (TPSV^S) apresentam-se com FC acima de 100 bpm e com duração do complexo QRS < 120 m/s.

CLASSIFICAÇÃO DAS TPSV:

Taquicardias Atriais.
Taquicardia por Reentrada Nodal.
Taquicardia por reentrada usando uma via acessória. Taquicardia Juncional Paroxística.
Flutter Atrial.
Fibrilação Atrial.

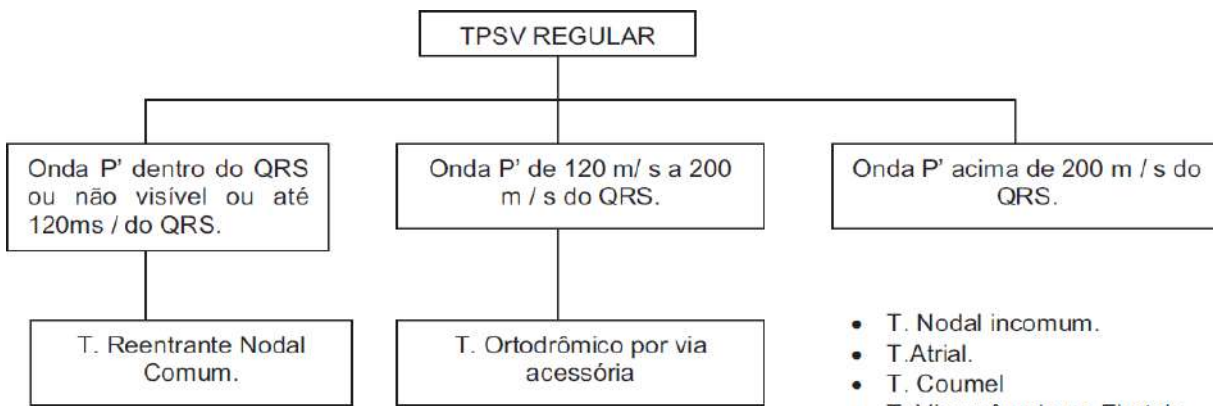
I – TPSV COM R – R REGULAR E QRS ESTREITO.

TIPOS:

1. Taquicardia Reentrante Nodal Comum;
2. Taquicardia Átrio-ventricular mediado por via anômala de Kent;
3. Taquicardias atriais, Reentrante Nodal incomum, Coumel e via anômala no EBSTEIN; 4 Flutter Atrial;

COMO DIAGNOSTICAR:

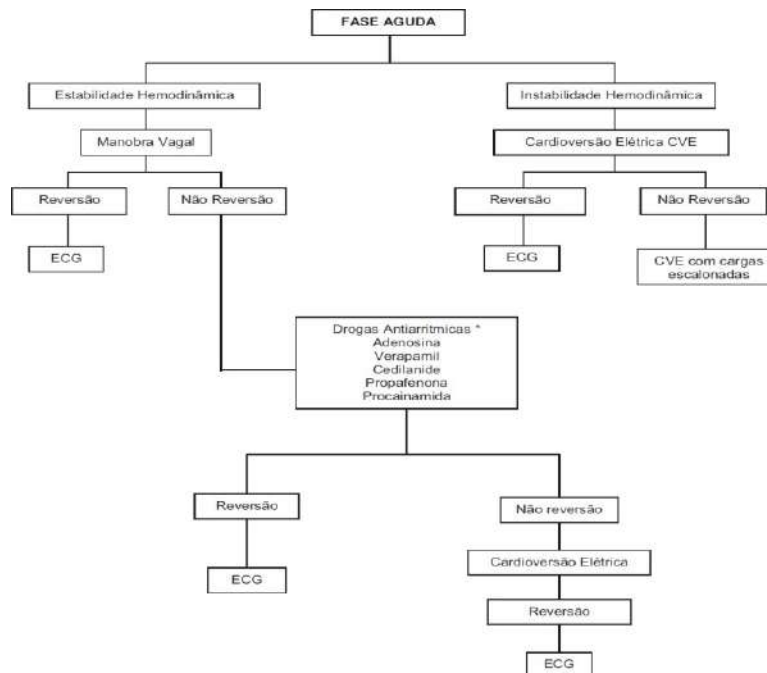
Observar a onda P' (P retrogrado).



- A – 1 – Onda P em relação ao QRS:
 A – 2 – Morfologia da Onda P:
 A – 3 – Frequência da onda P's em relação ao QRS:
 A – 4 – Alternância elétrica do QRS:

TRATAMENTO NA FASE AGUDA

REVERSÃO DAS CRISES TRATAMENTO DAS TPSV



DROGAS ANTI-ARRITMICAS PARA REVERSÃO

- 1 - Taquicardia Reentrante Nodal Comum.
 2 – Taquicardias Atriais, reentrante nodal incomum, Coumel, via anômala no Ebstein. 3 - Flutter Atrial com bloqueio A-V 2:1 Fixo.

Tipos – Preferências

Verapamil (10 mg + 10 ml de soro) EV, 5 minutos	Tipo 1 e 3
Adenosina (de 8 a 12 mg) EV bolus	Tipo 1
Cedilanide (0,8 mg diluído) EV em 5 minutos.	Tipo 1 e 3
Propafenona (70 mg) EV em 5 minutos.	Tipo 1, 2, 3 e 4.

Tipo 2 – TPSV – Mediada por via anômala do tipo KENT. Propafenona (70 mg) EV em 5 minutos.
 Procainamida (1 g) EV em 5 minutos.

16.4 TAQUICARDIA COM RR IRREGULAR E QRS ESTREITO. FIBRILAÇÃO ATRIAL (FA)

- No momento a FA está sob intensa investigação clínica e eletrofisiológica.
- É a arritmia mais frequente na prática clínica e nas salas de emergência.
- Sua prevalência aumenta significativamente com a idade chegando a atingir 10% da população entre a 7ª e a 8ª décadas de vida.

SINTOMAS:

- Estão relacionados:
- Elevação da resposta ventricular
- Comprometimento hemodinâmico.

É a desordem do ritmo cardíaco que mais comumente provoca acidentes Tromboembólicos Sistêmicos.

- A duração dos episódios é menor ou igual a 7 dias (a maioria < 24 hs) 2 - Duração maior que 7 dias;
- Cardioversão mal sucedida ou não realizada;
- FA paroxística ou persistente pode ser recidivante.


ADENDO

Existem várias classificações para a FA Classificação baseada na relevância clínica.

16.7 FA

PAROXÍSTICA	Resolução Espontânea.
PERSISTENTE	Resolução Não Espontânea.
PERMANENTE	Longa duração (mais de 1 ano), em que a cardioversão não foi realizada ou não houve manutenção do ritmo sinusal .

Classificação em relação a duração da arritmia.

FA de início recente  FA que se instalou com menos de 48 hs. FA com mais de 48 hs e/ou tempo indeterminado.

FA > 48h OU TEMPO INDETERMINADO.
FA Paroxística ou FA Permanente.

CONTROLE DA FC.



DROGAS *

OBS:

Pacientes com disfunção ventricular - Usar Amiodarona.
Pacientes sem disfunção ventricular – Usar como 1ª escolha – Diltiazem.

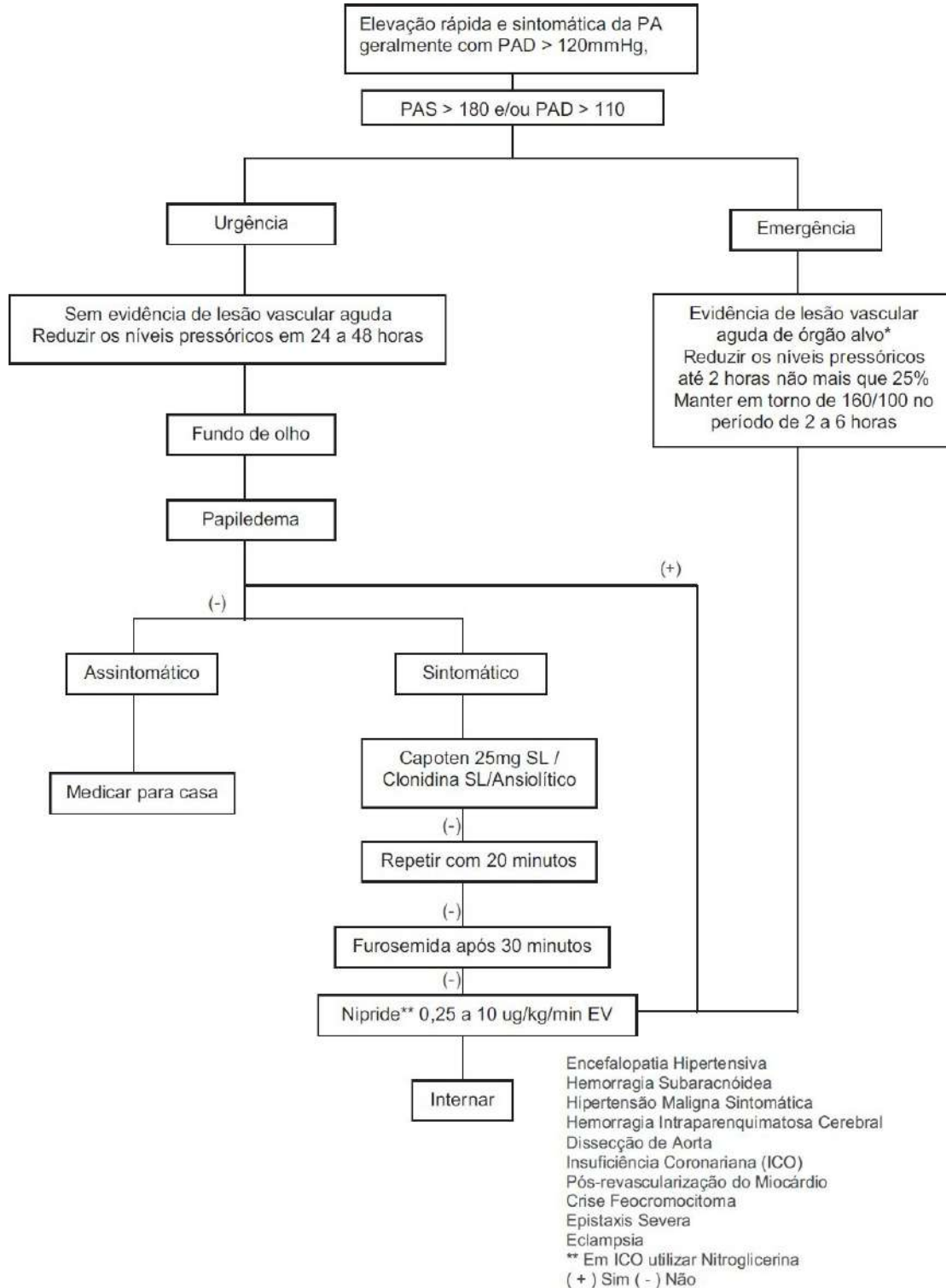
DROGAS QUE PODEM SER UTILIZADAS PARA CONTROLE DA FC (Controle da Frequência Ventricular).	
CEDILANIDE	0,04 mg IV, bolus.
ESMOLOL	(10 mg / ml) – 0,5 mg / kg 1 min e dripping de 0,05mg / kg / min.
METOPROLOL	(1mg / ml) - 5mg IV lento em intervalos de 5min. Até 15mg.
DILTIAZEM	(5 mg / ml) – 0,25 mg / kg (15 a 20 mg IV – 2 min.), repetir 15 min. após 0,35 mg / kg.
VERAPAMIL	(2,5 mg / ml) – 2,5 a 5,0 mg IV - 2 min., repetir 5 a 10 mg / 15 a 30 min. ou 5mg / 15 min.

Objetivos do Tratamento de FA.

- Controle da FC;
- Restauração e manutenção do Ritmo Sinusal;
- Prevenção de Recorrências;
- Prevenção de tromboembolismo.

TRATAMENTO DE PACIENTES COM FA

18.0 CRISE HIPERTENSIVA



EMERGÊNCIAS HIPERTENSIVAS: Quando há risco de vida em potencial e deteriorização de órgão- alvo, requerendo redução imediata da PA em minutos.

URGÊNCIAS HIPERTENSIVAS: Quando há risco de vida em potencial e é mais remoto a deteriorização de órgão-alvo, requerendo redução mais lenta da PA em 24hs

PSEUDO-CRISE HIPERTENSIVA: Elevação acentuada da PA, sem sinais de deteriorização de órgão-alvo, geralmente desencadeada por dor, desconforto, ansiedade, etc.

18.1 EMERGÊNCIAS HIPERTENSIVAS

H.A. Maligna (Acelerada):

Meta: redução da PAD para níveis de 100 – 110 mmHg em 2 a 6 hs.

Tratamento: Nitroprussiato de Na. 0,25 mcg – 10 mcg (infusão contínua) 50 – 100mg (1 a 2 ampolas) em SG 250ml.

Encefalopatia Hipertensiva

Meta: redução da PAD a níveis de 120 mmHg em hipertensos crônicos. Tratamento: Nitroprussiato de Na. (Vide dosagem anterior).

Hemorragia Intracerebral

Meta: redução da PAS a 160 – 140 mmHg, não excedendo. Intervir quando PAS > 170 mmHg.

Tratamento: Nitroprussiato de Na. (Vide dosagem anterior).

Hemorragia Subaracnóidea

Meta: redução de 20% - 25% da PAS (cuidado com a redução da PA pois a elevação pode ser devida a vasoespasm cerebral – Reflexo de Cushing em pacientes normotensos).

Tratamento: Nitroprussiato de Sódio.

Dissecção Aguda da Aorta

Meta: redução da PAS a 120 – 100 mmHg, ou seja, o máximo tolerável.

Tratamento: Nitroprussiato de Na. Beta bloqueador injetável: metropolol 5mg EV repetir a cada 10 min, até um total de 20 mg. Propanolol 1 – 3 mg EV; repetir após 20 min.

ICC com EAP

Meta: redução da PAD para 100 mmHg.

Tratamento: Diuréticos de Alça venoso: Furosemide 20 a 60 mg EV
Nitroglicerina EV 5 – 100 mcg/min., 50 mg (01 ampola em 500 ml de AD ou SG 5%) em frasco de vidro + morfina.

IAM

Meta: redução da PAD para 100 mmHg.

Tratamento: Nitroglicerina ou nitroprussiato de Na. Betabloqueador venoso. (Vide acima).

Insuficiência Renal rapidamente progressiva

Meta e Tratamento: Nitroprussiato de Na.

Crises Adrenérgica graves e uso de drogas ilícitas (cocaína, crack, LSD)

Meta: redução da PAS a 120 – 100 mmHg se for tolerado.

Tratamento: Nitroprussiato de na, Propanolol ou Metropolol (vide acima) Verapamil 5 – 10 mg EV lento.

Eclampsia

Meta: redução da PAD quando ultrapassar 100 mmHg.

Tratamento: Hidralazina venosa. 10 – 20 mg EV ou 10 – 40 mg IM cada 6h, Sulfato de Mg por 24 hs (de acordo com avaliação obstétrica).

H.A. Perioperatória

Meta: redução de 20% - 25% da PAM.



18.2 URGÊNCIAS HIPERTENSIVAS

H.A. ACELERADA SEM PAPIEDEMA

Tratamento: IECA, Inibidor de Ca (Nifedipina fracionada) Captopril 25 mg SL, repetir após 1 hora
Nifedipina 5 a 10 mg SL fracionada.

ICO

Tratamento: Betabloqueador, IECA.
Propranolol 40 mg VO ou metropolol 50 mg VO. Captopril 25 mg VO ou SL.

ICC

Tratamento: Diuréticos, IECA,
Furosemide 40 a 80 mg EV
Captopril 25mg VO ou SL, Nifedipina 5 a 10 mg fracionada.

ANEURISMA DE AORTA

Tratamento: Betabloqueador, IECA.
Propranolol 40 mg VO ou metropolol 50 mg VO.

AVC NÃO COMPLICADO

Meta: Intervir quando PAS > 190 mmHg ou PAD > 110 mmHg. Tratamento: Captopril 25 mg VO ou SL.

CRISES RENAIAS

Tratamento: Clonidina, IECA (cuidado com hiper-reninismo podendo ocorrer diminuição acentuada da PA). Clonidina 0,1 a 0,2 mg VO até 0,6 mg, Captopril 25 mg VO ou SL.

PERIOPERATÓRIO

Tratamento: IECA, Clonidina, betabloqueador. Captopril 25 mg VO ou SL, Propranolol 40mg VO
Clonidina 0,1 a 0,2 mg VO.

CRISES ADRENÉRGICAS MODERADAS

Tratamento: IECA, Clonidina.
Captopril 25 mg VO ou SL, Propranolol 40 mg VO Clonidina 0,1 a 0,2 mg VO.

21.0 ASMA

CLASSIFICAÇÃO DA INTENSIDADE DA CRISE DE ASMA EM ADULTOS E CRIANÇAS

ACHADO *	LEVE/MODERADA	GRAVE	MUITO GRAVE
Pico de fluxo (% melhor ou previsto)	>50%	30-50%	<30%
Gerai	Normais	Normais	Cianose, sudorese exaustão.
Dispneia	Ausente/leve	Moderada	Grave
Fala	Frases completas	Frases incompletas/ parciais. Lactente choro curto, dificuldade de alimentar	Frases curtas/monossilábicas Lactente: Maior dificuldade de alimentar
Estado mental	Normal	Normal	Agitação, confusão, sonolência.
Musculatura acessória	Retração intercostal ausente ou leve	Retrações subcostais e/ou esternocleidomastóideas acentuadas	Retrações acentuadas ou em declínio (exaustão)
Sibilos	Ausentes com MV normal/localizados ou difusos	Localizados ou difusos	Ausentes com MV τ , localizados ou difusos.
Frequência Respiratória (irpm)**	Normal ou τ	τ	τ
Frequência Cardíaca (bpm)	≤ 110	110-140	>140 ou bradicardia
SaO₂ (ar ambiente)	> 95%	91-95%	$\leq 90\%$
PaO₂ (ar ambiente)	Normal	60 mmHg	< 60mmHg
PaCO₂ (ar ambiente)	< 40 mmHg	< 40 mmHg	>45 mmHg

*A presença de vários parâmetros, mas não necessariamente todos, indicam a classificação geral da crise.

**FR em crianças normais: < 2 meses: <60 irpm; 2-11 meses: <50 irpm;

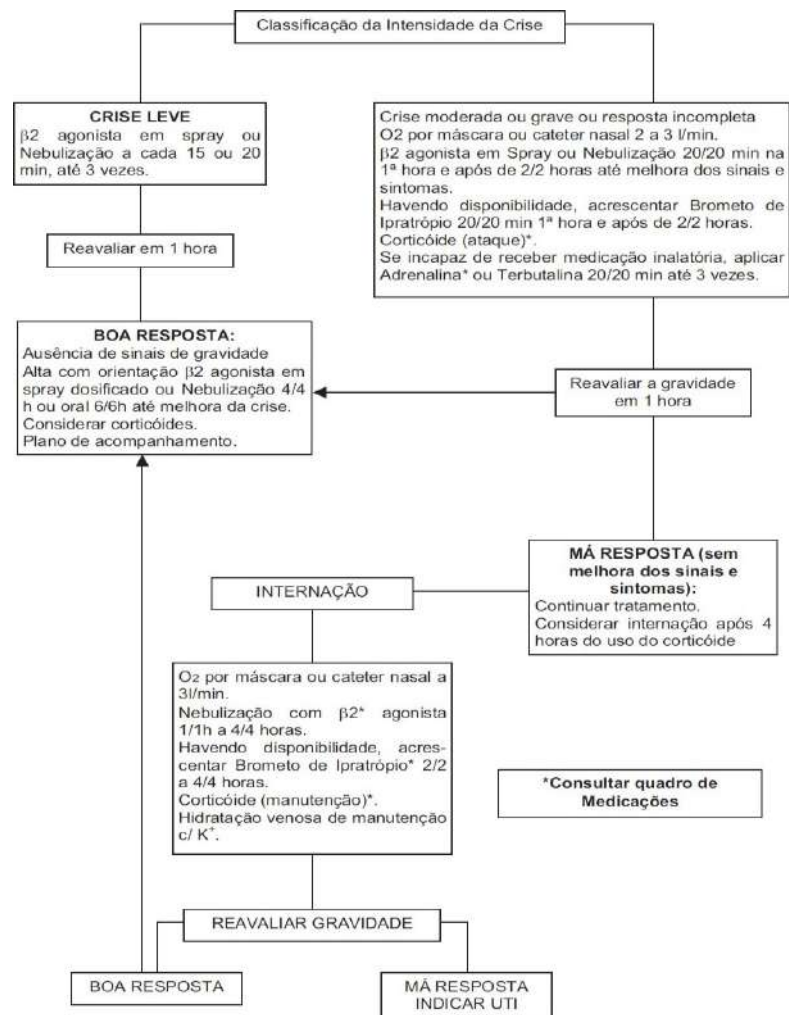
1 a 5 anos: <40 irpm; 6 a 8 anos: < 30 irpm

> 8 anos = adulto

Exames complementares:

1. Gasometria (sinais de gravidade, PFE < 30% após tratamento ou SaO₂ ≤ 93%)
2. Radiografia do tórax (possibilidade de pneumotórax, pneumonia ou necessidade de internação por crise grave);
3. Hemograma (suspeita de infecção. Neutrófilos aumentam quatro horas após o uso de corticosteróides sistêmicos);
4. Eletrólitos (coexistência com doenças cardiovasculares, uso de diurético ou de altas doses de β2 agonistas, especialmente se associados a xantinas e corticosteróides)

21.1 MANEJO DA CRISE DE ASMA



21.2 INDICAÇÕES DE INTERNAÇÃO NA UTI

- PaCO₂ > 40 mmHg PO₂ < 60 mmHg;
- Saturação O₂ < 90 mmHg em FiO₂ > 60 %

Piora dos parâmetros clínicos: dificuldade em falar, uso intenso da musculatura acessória, exaustão, cianose e inconsciência

- Pico de fluxo < 30% do basal Acidose metabólica;
- Pulso Paradoxal > 18 mmHg (adolescente) e > 10 mmHg (criança);
- Pneumotórax/ Pneumomediastino;
- Alteração do ECG.

NA UTI

Terapias não convencionais: Magnésio EV, Mistura de gases oxigênio e hélio, Quetamina e Anestésicos por inalação



Características de pacientes asmáticos de alto risco

- Três ou mais visitas à emergência ou duas ou mais hospitalizações por asma nos últimos 12 meses;
- Uso freqüente de corticosteróide sistêmico;
- Crise grave prévia, necessitando de intubação;
- Uso de dois ou mais tubos de aerossol dosimetrado de broncodilatador/mês Problemas psicossociais (ex: depressão);
- Co-morbidades – doença cardiovascular ou psiquiátrica;
- Asma lábil, com marcadas variações de função pulmonar (> 30% do PFE ou do VEF previstos);
- Má percepção do grau de obstrução.

Recomendações Importantes

- Utilizar O₂ a 3 l/min sob cateter nasal, quando Sat.= 95%;
- Dar preferência ao uso do β₂ agonista por via inalatória. O efeito por nebulização a jato é o mesmo que obtido por aerossol dosimetrado com espaçador, mesmo em casos de crise muito grave e pode resultar em reversão mais rápida da obstrução;
- Brometo de Ipratrópio associar na nebulização ao β₂ agonista, quando crise grave;
- Corticóide oral ou parenteral tem efeito equivalente, portanto dar preferência à via oral. Prescrever a via parenteral a pacientes incapazes de deglutir;
- Os corticóides sistêmicos devem ser utilizados precocemente na Emergência;
- Não sedar;
- Aminofilina: Não tem indicação como tratamento inicial. Em pacientes muito graves, hospitalizados, poderá ser considerada como tratamento adjuvante;
- Uso de corticóide em casa, por 5 a 10 dias, em pacientes com história de:
 - ✓ Asma corticóide-dependente;
 - ✓ Duração da crise > 6 horas;
 - ✓ Crises severas anteriores;
 - ✓ Insuficiência respiratória durante crise anterior ou nesta crise;
 - ✓ Internações anteriores;
 - ✓ Ausência de resposta à Adrenalina ou a nebulizações.

MEDICAÇÕES DA ASMA

MEDICAMENTOS	CRIANÇAS	ADULTOS
β₂-agonista: Spray Dosimetrado	200 a 300 µg/dose, limite de dose: FC>120 bpm, tremores e arritmias, a cada 20 minutos, até 1 hora + aerocâmara.	400 a 500g ,até 800 mg/dose até 15/15 minutos ou 1 jato/minuto + espaçador de grande
Nebulizador de jato: Adicionar soro fisiológico 3 a 5 ml e O ₂ 6 l/min, com máscara bem adaptada à face	0,1 a 0,15 mg/Kg/dose mínimo: 5 gotas máximo:5 mg/dose (20 gotas)	2,5 mg a 5 mg (10 a 20 gotas/dose)
Solução	Contínua: 5 mg/Kg/h (máx.10 mg/h).	



Comprimido	0,6mg/ mg/kg/dia 6/6 h (1 ml/kg/dia) (máximo = 2mg = 5ml/dose)	1 cp (2mg) 6/6 horas
Endovenoso	Ataque: 10 mcg/kg em 30 minutos Manutenção: 0,3mcg/Kg/min*	Ataque: 250 mcg em 10 minutos Manutenção: 3 a 20 mcg/min**
Anti-colinérgico: Brometo de Ipratrópio	250-500mcg/dose (20 a 40 gotas)	250 - 500 mcg/dose (20 a 40 gotas)

Corticóides Sistêmicos Hidrocortisona EV Dose de Ataque Dose de Manutenção	20 mg/Kg/dose 20 mg/Kg/dia 6/6 h	200 mg /dose 200 mg 6/6 h
Metilprednisolona EV Dose de Ataque Dose de Manutenção	1 a 2 mg/ Kg/dose 1 a 2 mg/ Kg/dia 6/6 h	40 a 60 mg/dose 40 a 60 mg 6/6 h
Prednisona ou Prednisolona Dose de Ataque Dose de Manutenção	1 a 2 mg/Kg até 40 mg/dia 1 a 2 mg/ Kg/dia 1 a 2 x / dia	1 a 2 mg/ Kg até 40 a 60 mg/dose 40 a 60 mg/dia
Aminofilina (amp. 24mg/ml) Dose de Ataque	Infusão contínua: 1 a 6 meses = 0,5 mg/kg/h 6 m a 1 ano = 1 mg/kg/h 1 a 9 anos = 1,5 mg/kg/h	5-6mg, se não usou nas últimas 24h (50% desta nos demais).
Dose de Manutenção	10 a 16 anos = 1,2 mg/kg/h	Depuração: Normal – 0,6 mg/Kg/hora Aumentada- 0,9 mg/Kg/hora Reduzida- 0,3 mg/Kg/hora
Adrenalina (1:1000) SC ou IM	0,01 ml/kg/dose, de 20/20 min, até 3 doses (máx. 0,3 ml/dose)	

*Aumentar 0,1 mcg/Kg a cada 30 min até melhora clínica ou queda da PaCO₂ (dose máxima 8 mcg/Kg/min). Reduzir taxa de infusão se ocorrer queda da PaCO₂ > 10 mmHg, FC > 200 bpm, arritmia cardíaca ou hipotensão. Iniciar desmame após 12 horas de uso de taxa de infusão considerada ótima, melhora clínica, PaCO₂ < 40 mmHg. Reintroduzir \square 2 agonista sob nebulização.

** Ajustar de acordo com a resposta e FC

Solução 10 ampolas em 500 ml de S.F.- (10 mcg/ml) 1 ampola = 500mcg/ml

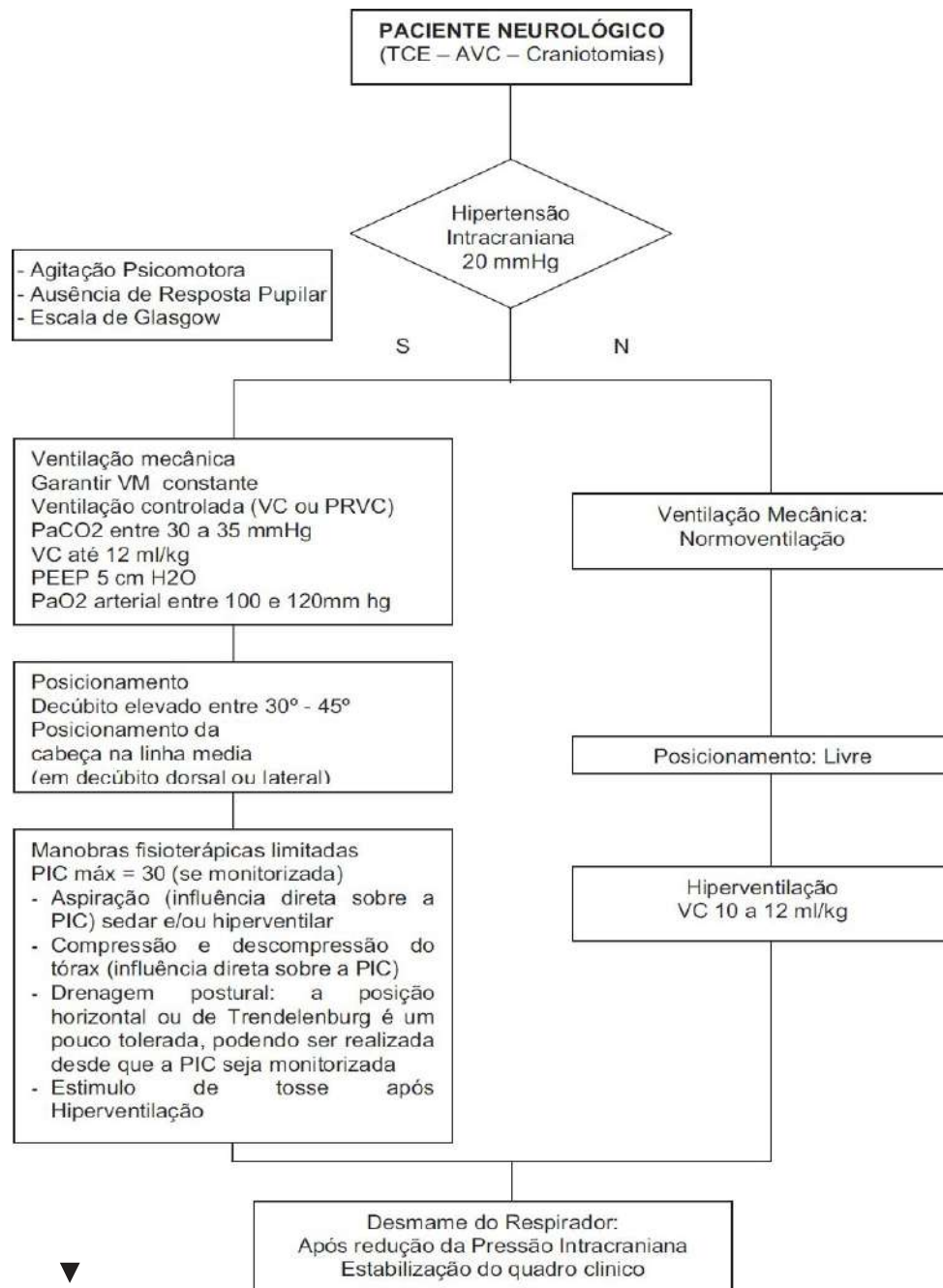
Erros e Deficiências mais comuns nas Emergências

- ✓ Uso de mucolíticos ou fluidificantes VO ou inalados.
- ✓ Uso de dexametasona via inalatória.
- ✓ Nebulização com álcool ou vodka ou água destilada.
- ✓ Tapotagem.
- ✓ Percepção inadequada da gravidade da crise por parte do paciente e/ou médico.
- ✓ História e exames físicos inadequados
- ✓ Hiperhidratação.
- ✓ Falta de reposição de potássio.
- ✓ Uso de aminofilina como tratamento central. Demora ou não indicação de corticosteróides.
- ✓ Antibióticos derotina.
- ✓ Uso de sedativos.

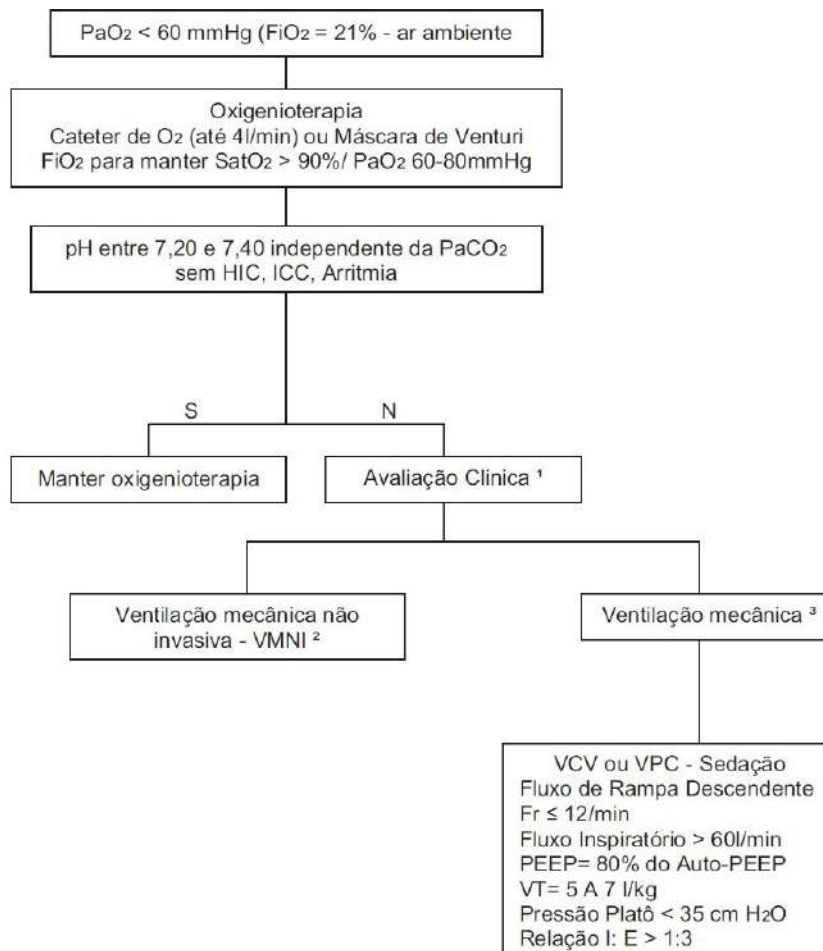
- ✓ Falta de suplementação de oxigênio.
- ✓ Alta precoce do pronto-socorro ou hospital.
- ✓ Falta de intensificação no tratamento após a alta.
- ✓ Não informar ao paciente ou responsável sobre o diagnóstico adequado da Crise de Asma usando termos como Bronquite ou Chiado no peito;
- ✓ Falta de medidas funcionais para avaliação da gravidade e da resposta ao tratamento; Uso incorreto de medicações;
- ✓ Entregar a receita sem o total entendimento do uso da medicação;
- ✓ Não fazer a Classificação da Gravidade da Asma e encaminhamento inadequado aos Centros de Referência do Programa de Asma.

“A crise de asma é como um incêndio: quanto mais cedo se apaga, menores as perdas e danos e menos água se gasta.”

34.0 VENTILAÇÃO MECÂNICA EM PACIENTE NEUROLÓGICO



34.1 VENTILAÇÃO MECÂNICA EM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA

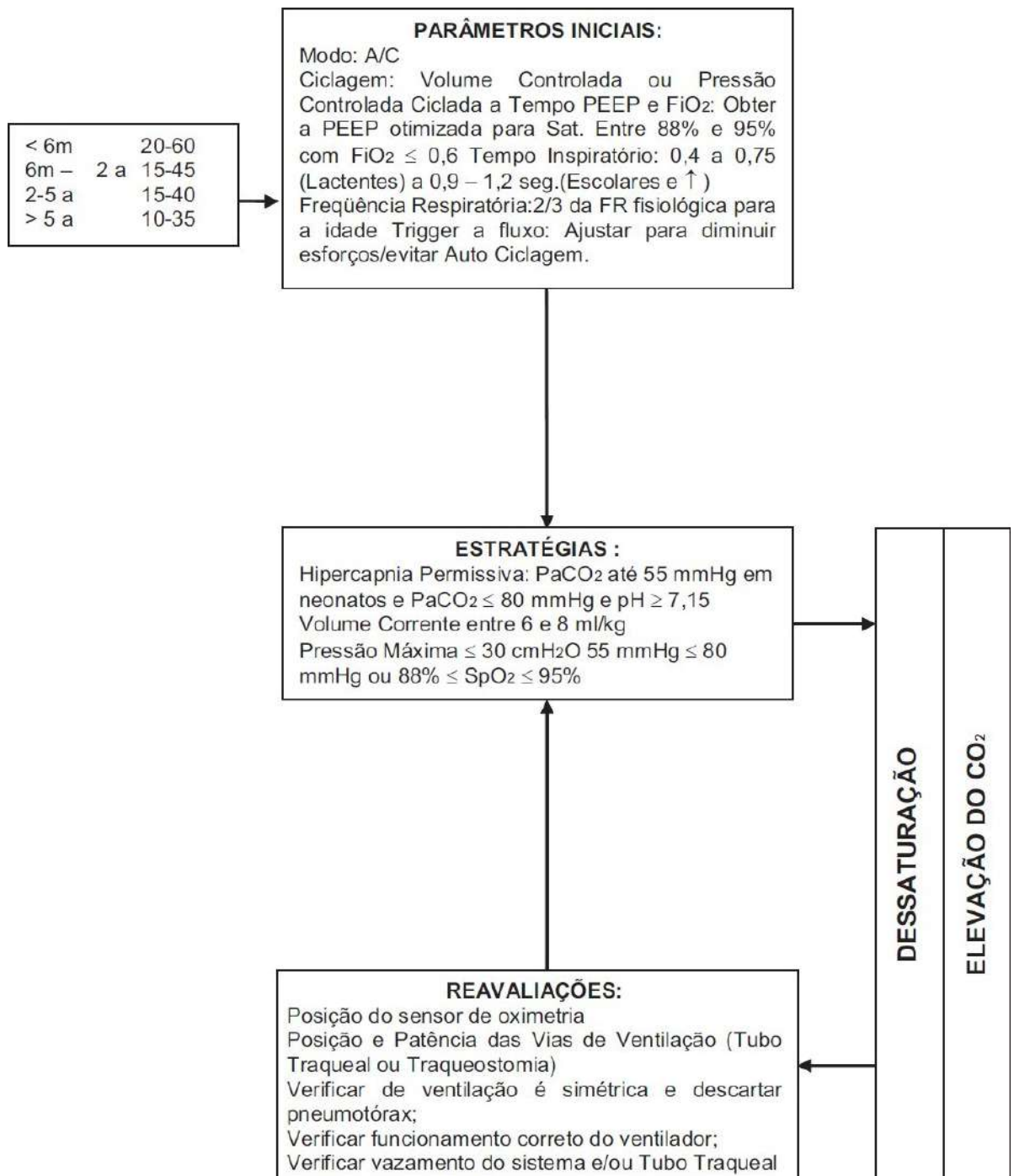


1 Avaliação Clínica
Nível de consciência do paciente
Padrão Respiratório
Instabilidade Hemodinâmica

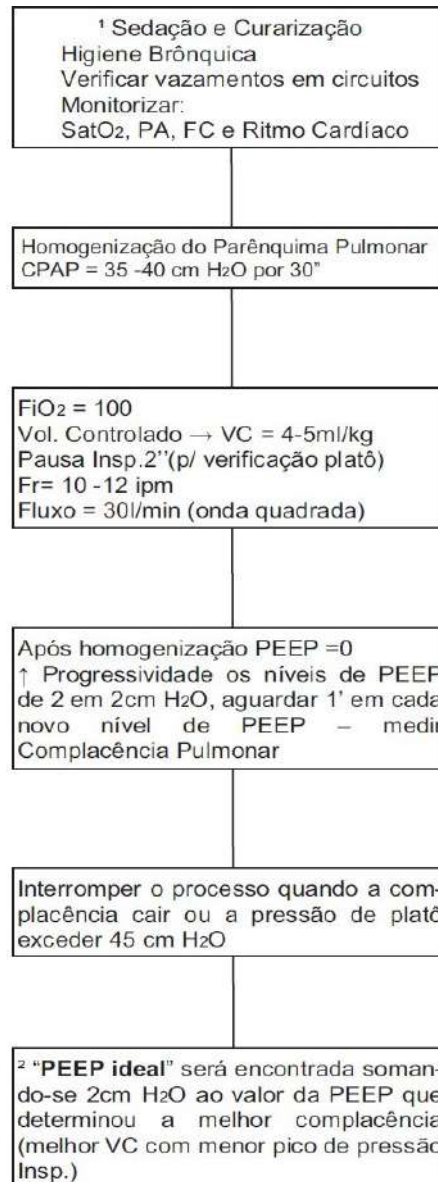
2 Critérios para utilização de VMNI
Paciente colaborativo
Desconforto respiratório com Dispnéia moderada a severa / Fr < 35
Utilização de Musculatura Acessória
Estabilidade Hemodinâmica
Nível de consc. rebaixado por Hipercapnia sem instabilidade Hemodinâmica

3 Critérios para IOT
Glasgow ≤ 8, agitação, não colaborativo com VMNI
PCR
Instabilidade Hemodinâmica
Hipersecreção Pulmonar

34.2 VENTILAÇÃO MECÂNICA NA SDRA E CHOQUE SÉPTICO



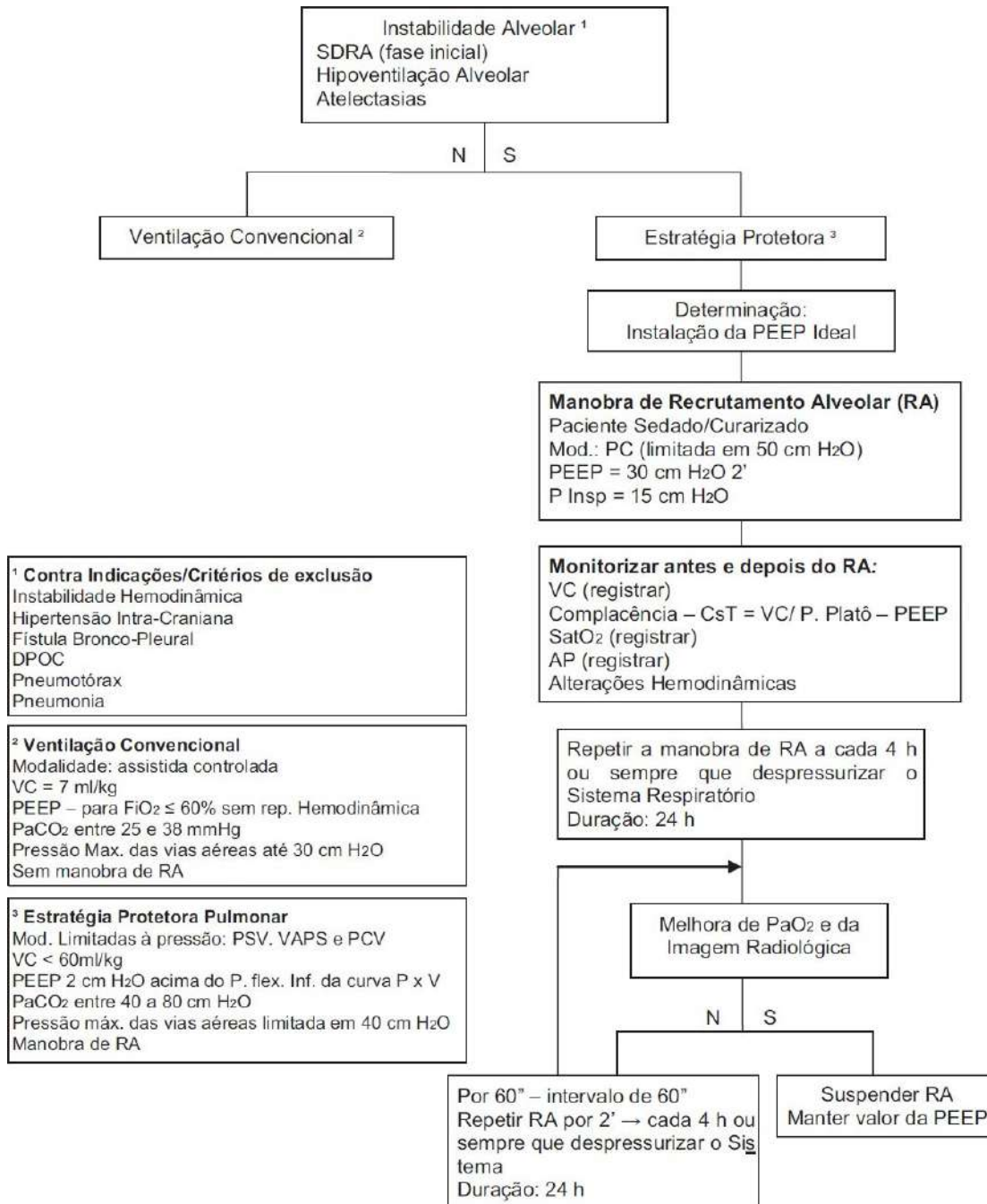
34.3 CÁLCULO DE CURVA DE PRESSÃO/VOLUME NO ADULTO



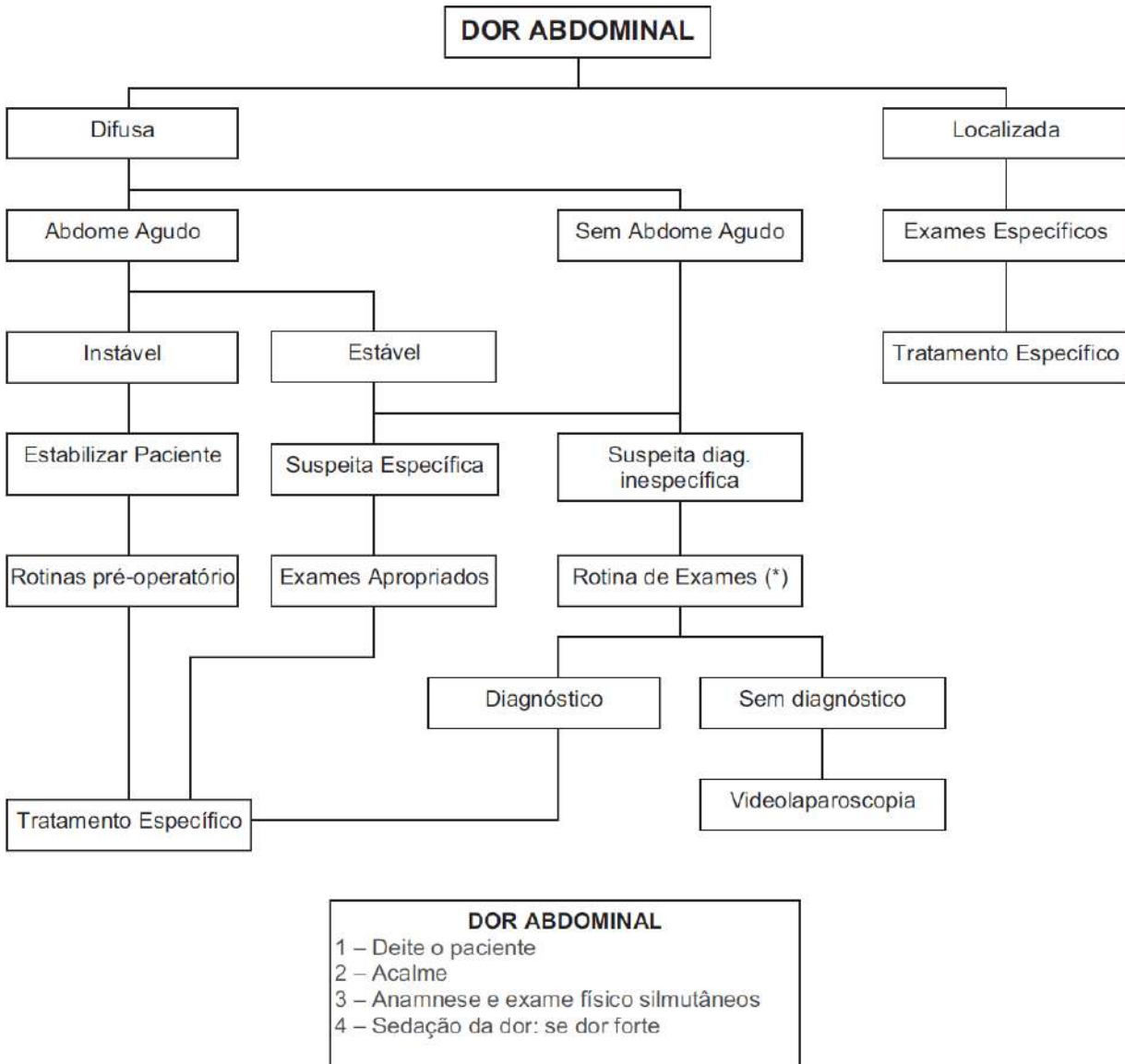
¹ Contra Indicações/ Critérios de exclusão:
Instabilidade Hemodinâmica (PAM ≤ 140 hpm/ arritmias)
Hipertensão Intracraniana
DPOC
Ocorrência de Pneumotórax e Fístula Bronco-pleural até pelo menos 48 hs
Situações onde está contra-indicado Hipercapnia

$$^2 \text{ Complacência} = \frac{\text{VC}}{\text{Platô} - \text{PEEP}}$$

34.4 MANOBRA DE RECRUTAMENTO ALVEOLAR (RA) NO ADULTO



35.0 DOR ABDOMINAL AGUDA



(*) Rotina de Exames

Homem:

Hemograma; sumário de urina; amilase; RX. de tórax PA de pé; RX. de abdome PA de pé e deitado; Ultra Sonografia (US) de abdome total (após ver RX.)

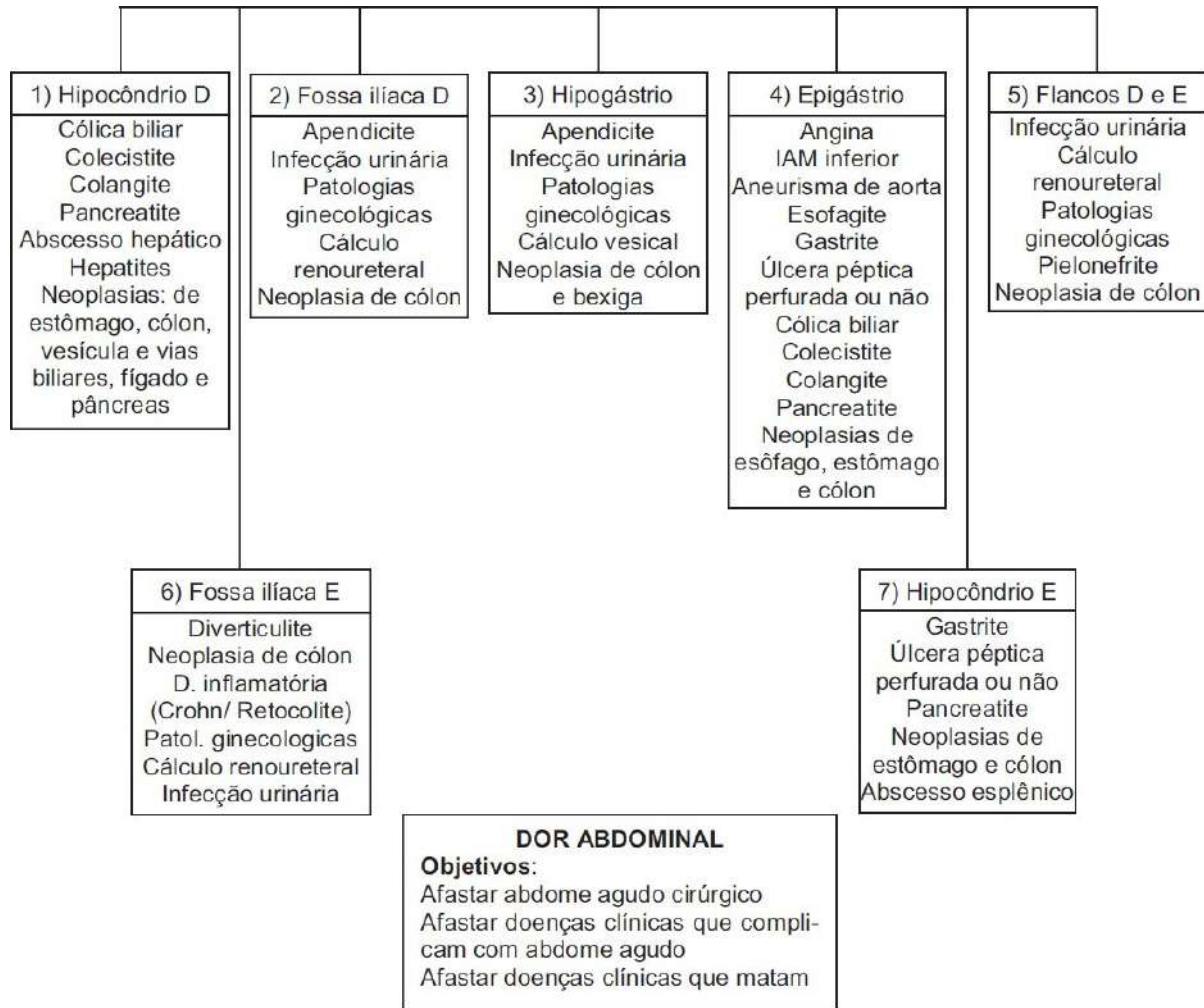
Mulher em idade fértil (Até 45 anos ou com ciclos presentes mesmo com laqueadura tubária.)

Hemograma; sumário de urina; amilase; US de abdome total e pelve (antes ou depois da radiografia a depender do quadro clínico); Beta HCG, se Beta HCG neg.; RX. de tórax PA de pé; RX. de abdome AP de pé e deitado.

Mulher fora da idade fértil

Rotina de exames p/ homem com US total e pelve

35.1 CAUSAS DA DOR ABDOMINAL LOCALIZADA

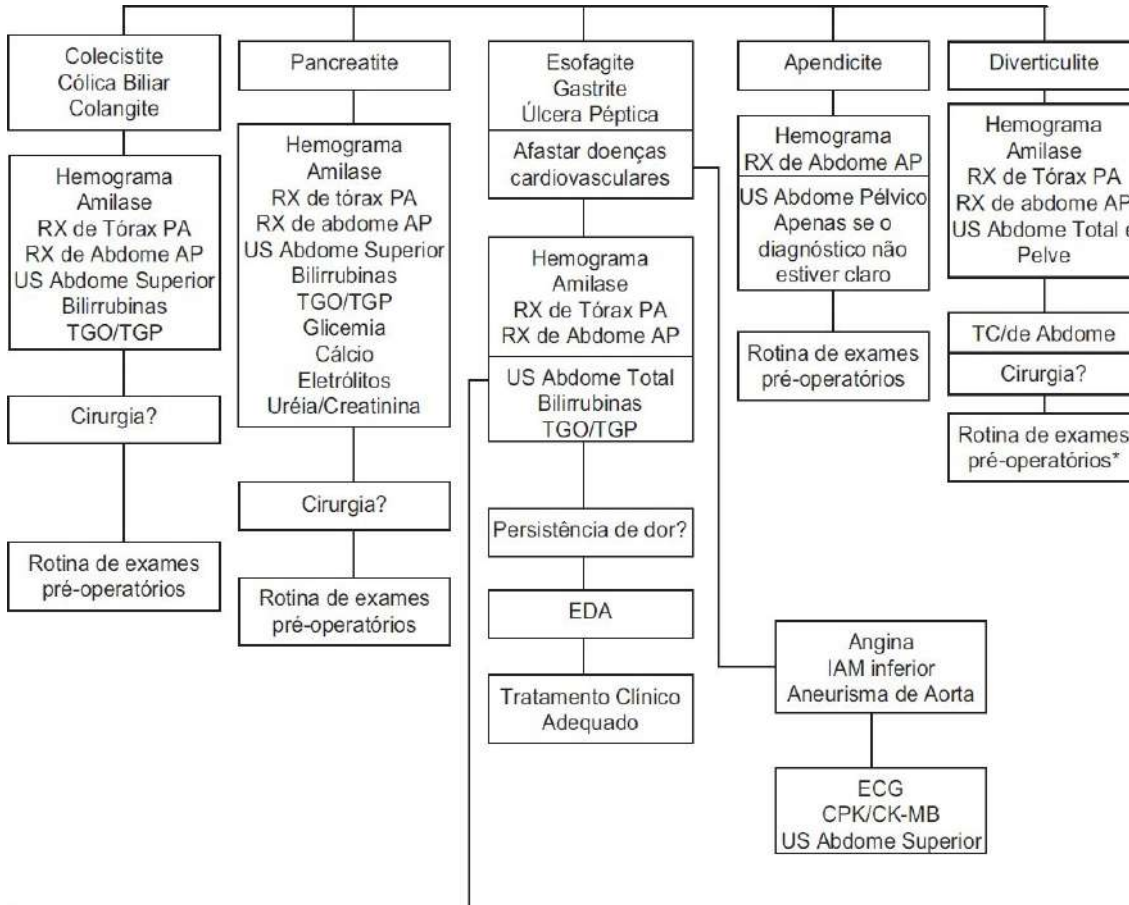


A rotina de exames visa a não deixar descoberto doenças graves protelando assim seu diagnóstico e tratamento.
 Dor abdominal de início recente pode ser referida e migrar.
 A víscera acometida pode estar localizada em região topográfica abdominal diferente daquela localização da parede abdominal em que a dor se iniciou. A víscera acometida geralmente está na localização correspondente em que a dor passou a se localizar após a migração.

ROTINA DE EXAMES

- 1 – Hemograma completo, TGO, TGP, amilase
- 2 – EAS
- 3 – Ecografia abdominal superior ou total.

35.2 ROTINAS DE EXAME NA DOR ABDOMINAL LOCALIZADA



CONSIDERE APENAS EM SITUAÇÕES DE DÚVIDA:

- 1 - Se não há história de d. Péptica Prévia
- 2 - Se não há ingestão de Anti-Inflamatório Não Hormonal.
- 3 - Se na história há patologia de vias biliares como diagnóstico diferencial

DOR ABDOMINAL

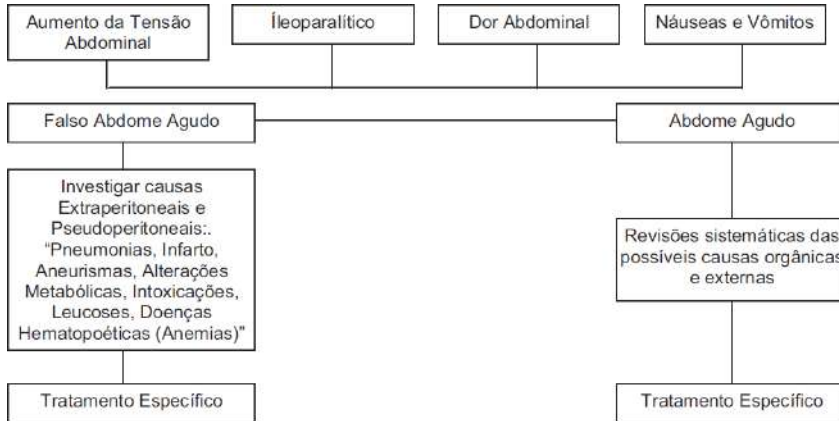
Objetivos:

Afastar Abdom Agudo Cirúrgico.
Afastar doenças clínicas que complicam com Abdom Agudo.
Afastar doenças clínicas que matam.

ROTINA PRÉ – OPERATÓRIA:

Hemograma Completo
Glicemia
Creatinina
Coagulograma.
EAS
Ecografia Abdominal Superior ou Total.
Parecer Cardiológico

37.0 ABDOME AGUDO DIAGNÓSTICOS

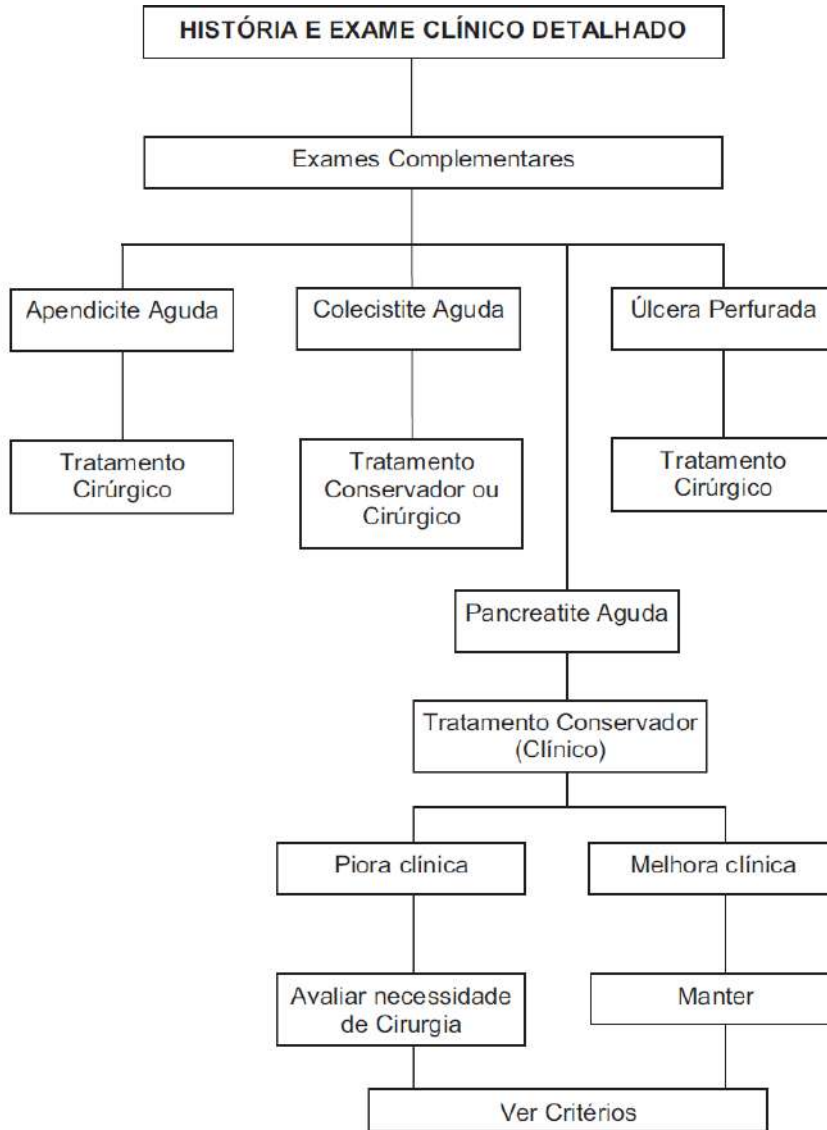


OBS:

Durante a fase de elucidação diagnóstica, deve-se prevenir o choque;

Exames Complementares: Hemograma, EAS e Rotina Radiológica para abdome agudo: Rx simples em AP, Rx Abdome em Decúbito Horizontal e Ortostase devem ser solicitados para todos os casos. Outros exames de valor Diagnóstico e Prognóstico devem ser solicitados de acordo com a necessidade.

37.1 ABDOME AGUDOINFLAMATÓRIO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

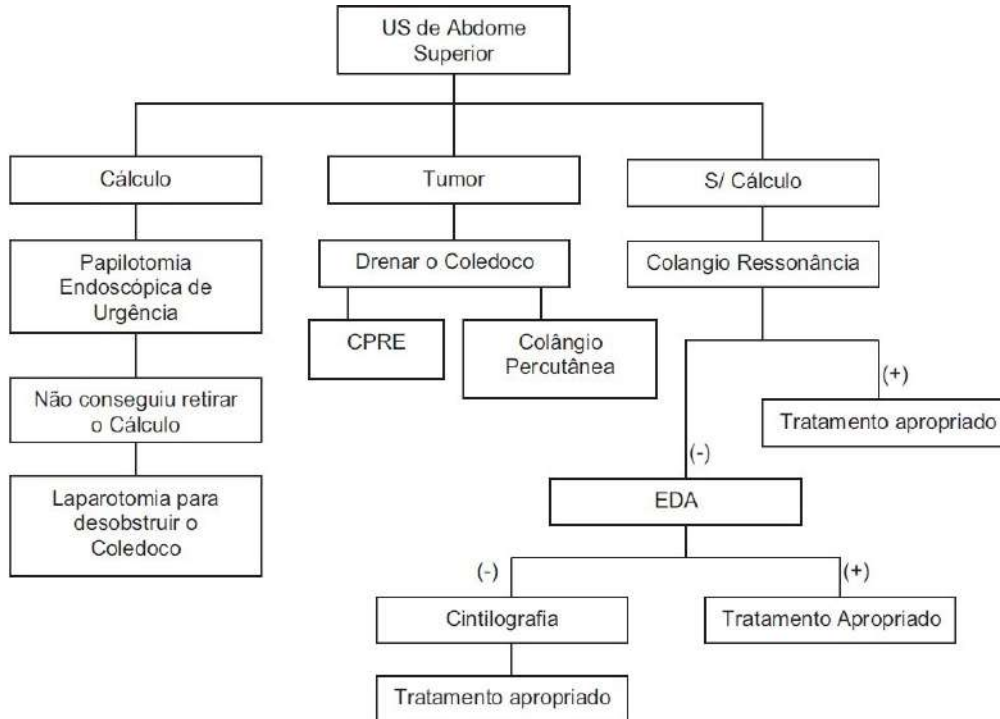


OBS:

Prevenir o choque

Fazer exames de rotina para abdome agudo para todos os casos e exames específicos quando indicado.

43.0 COLANGITE



- 1- Tratamento cirúrgico
- 2- Antibioticoterapia
- 3- Manter diurese > ou = 70ml/hora
- 4- Estimular diurese
- 5- Proteção mucosa gástrica
- 6- Tratar alterações hemodinâmicas

Colangite tóxica: Desobstruir

Após estabilização 12 a 24h:

Cálculo e/ou Áscaris → Papilotomia

Tumores e ou estenoses → Descompressão Transparietal → Tratamento Apropriado

Amicacina + Metronidazol + (Ciprofloxacina ou Ampicilina Subactan)

Reposição Hídrica Isosmolar + Dopamina + Dourético)Pam >80)

Bloqueador H2

Intra-Cath – Hidratação

SNG se indicado (Distensão Abdominal/Vômitos)

Sonda Vesical

Débito Urinário > 70ml/h

Ht > 30 Hb > 10 Alb > 3.5

PaO2 > 70

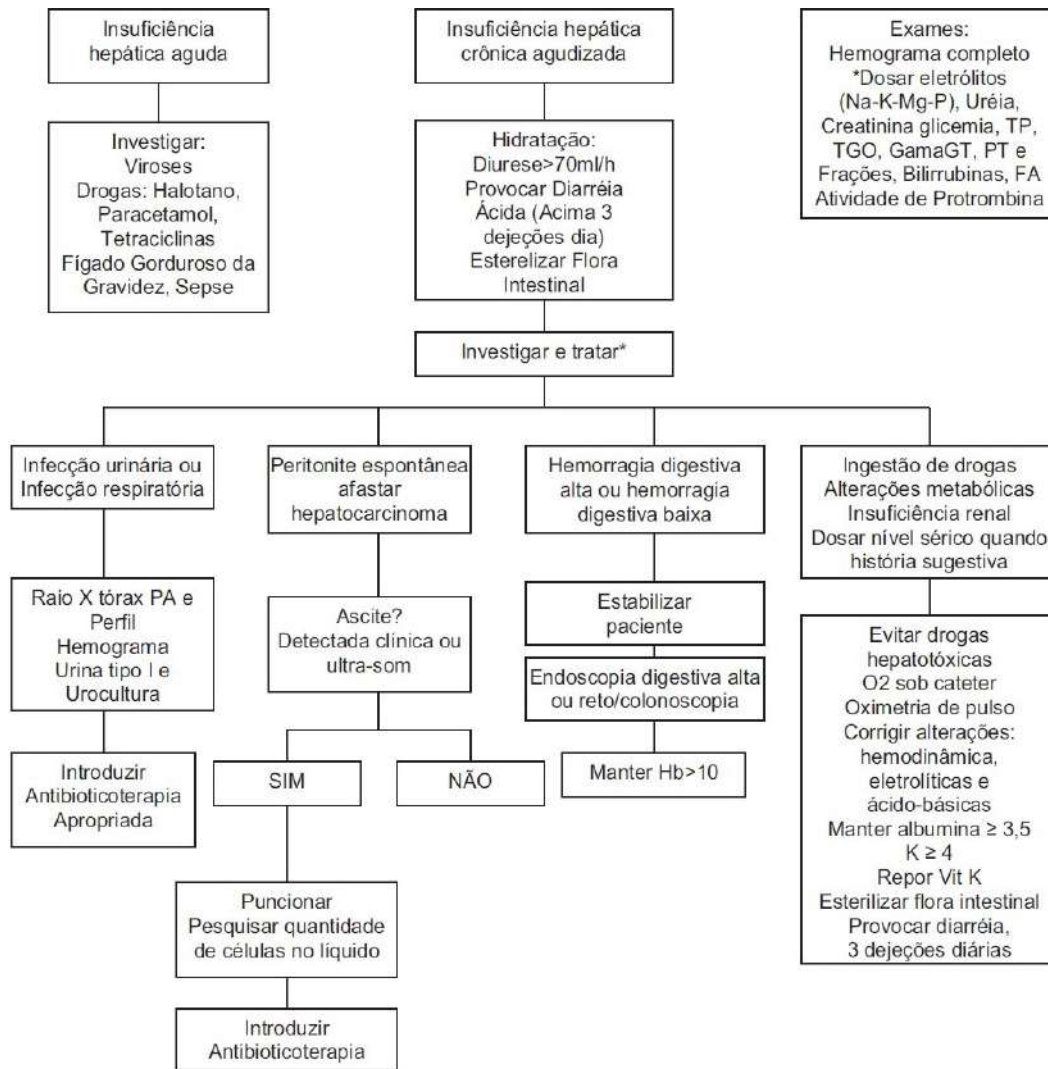
Exames: Hemograma, Plaquetas, TP, Na, K, TGO, TGP, Gama GT, FA, Bilirrubinas,

Ur, Cr, Amilase, PT e Frações

Tratamento Apropriado, Drenagem

(*) Desobstrução – CPRE – Derivação Cirúrgica - Punção

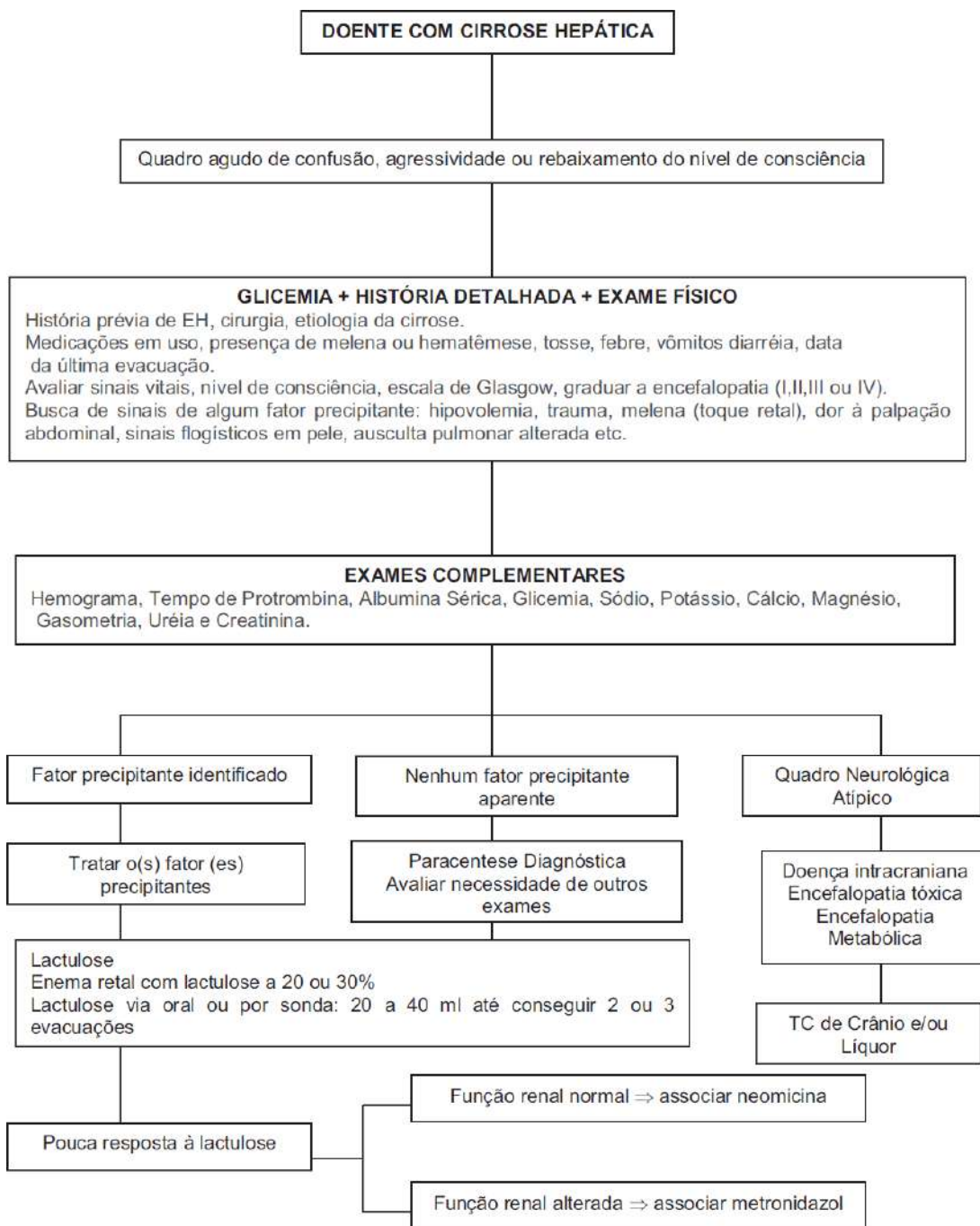
44.0 INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA



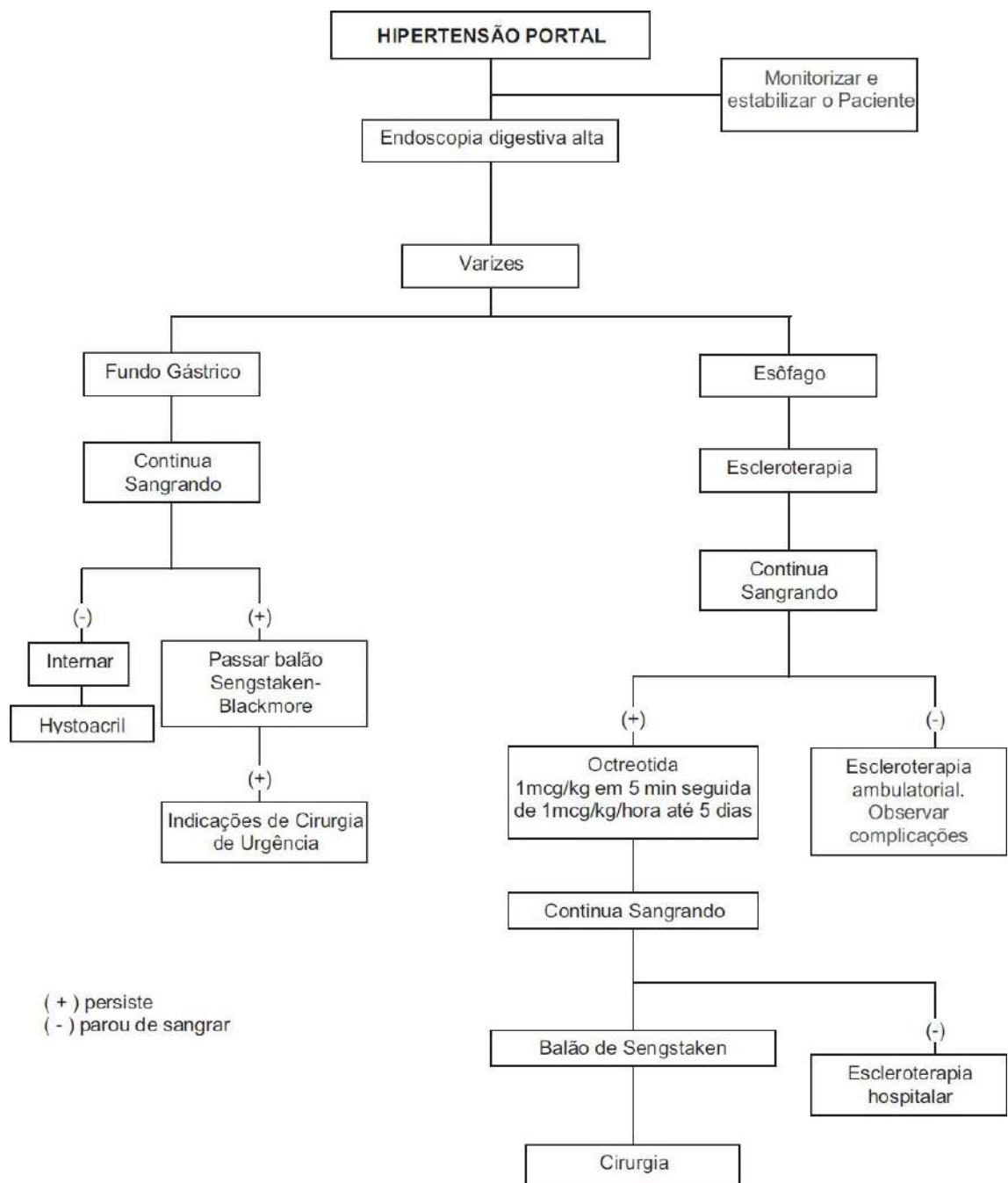
CLASSIFICAÇÃO DE CHILD TURCOTTE			
GRUPOS:	A	B	C
Bilirrubinas (mg/dl)	< 2.0	2.0 - 3.0	> 3.0
Albumina (g/dl)	> 3.5	3.0 - 3.5	< 3.0
Ascite	Não	Facilmente controlável	De difícil controle
Alterações neurológicas	Não	Leves	Acentuadas
Estado nutricional	Bom	Regular	Mal

*Paciente com hipoalbuminemia necessita utilizar colóides + cristalóides para estabilização hemodinâmica por sangramento.

44.1 ABORDAGEM DA ENCEFALOPATIA HEPÁTICA



45.1030 HEMORRAGIA DIGESTIVA



45.1031 HEMORRAGIA DIGESTIVA

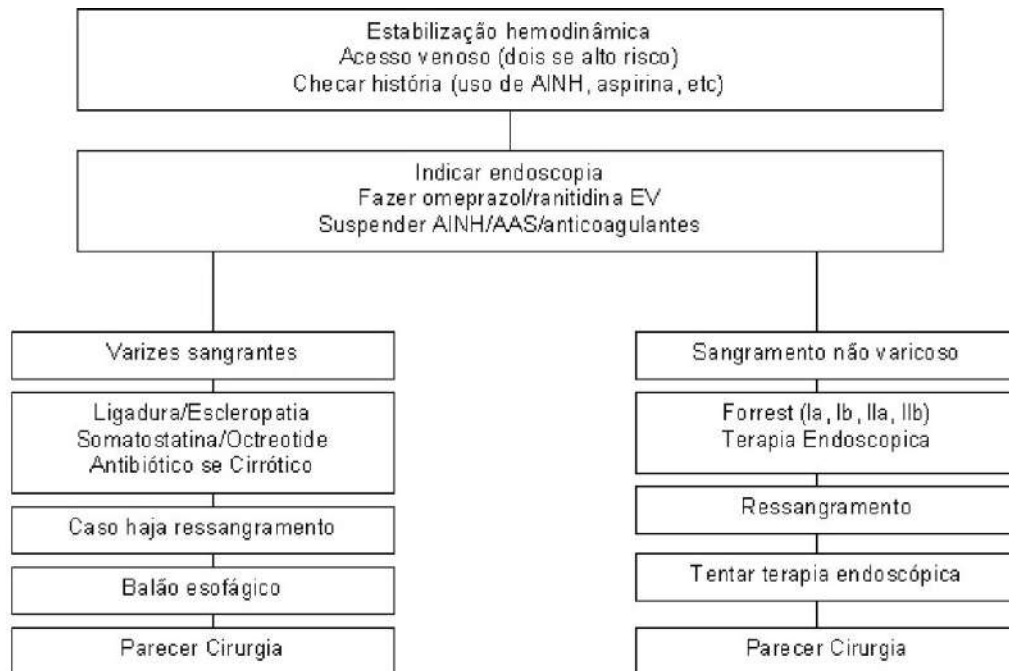
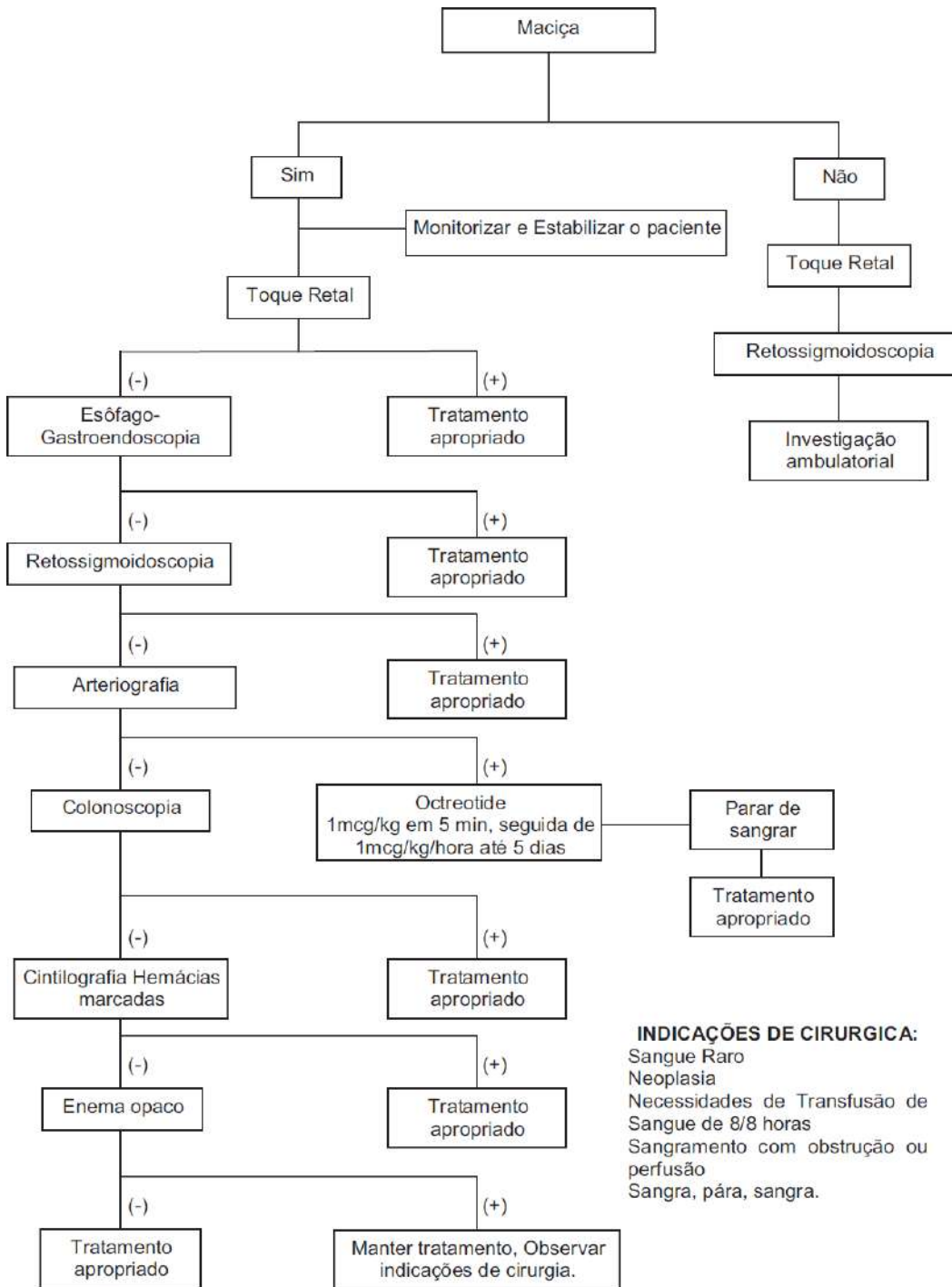


TABELA 1 – FATORES DE RISCO PARA PROGNÓSTICO RUIM
Idoso (>60 anos) Comorbidades Sangramento ativo (hematemese, sangue vivo na SNG, hematoquezia) Hipotensão ou choque Transfusão = unidades Paciente internado antes do sangramento Coagulopatia Severa

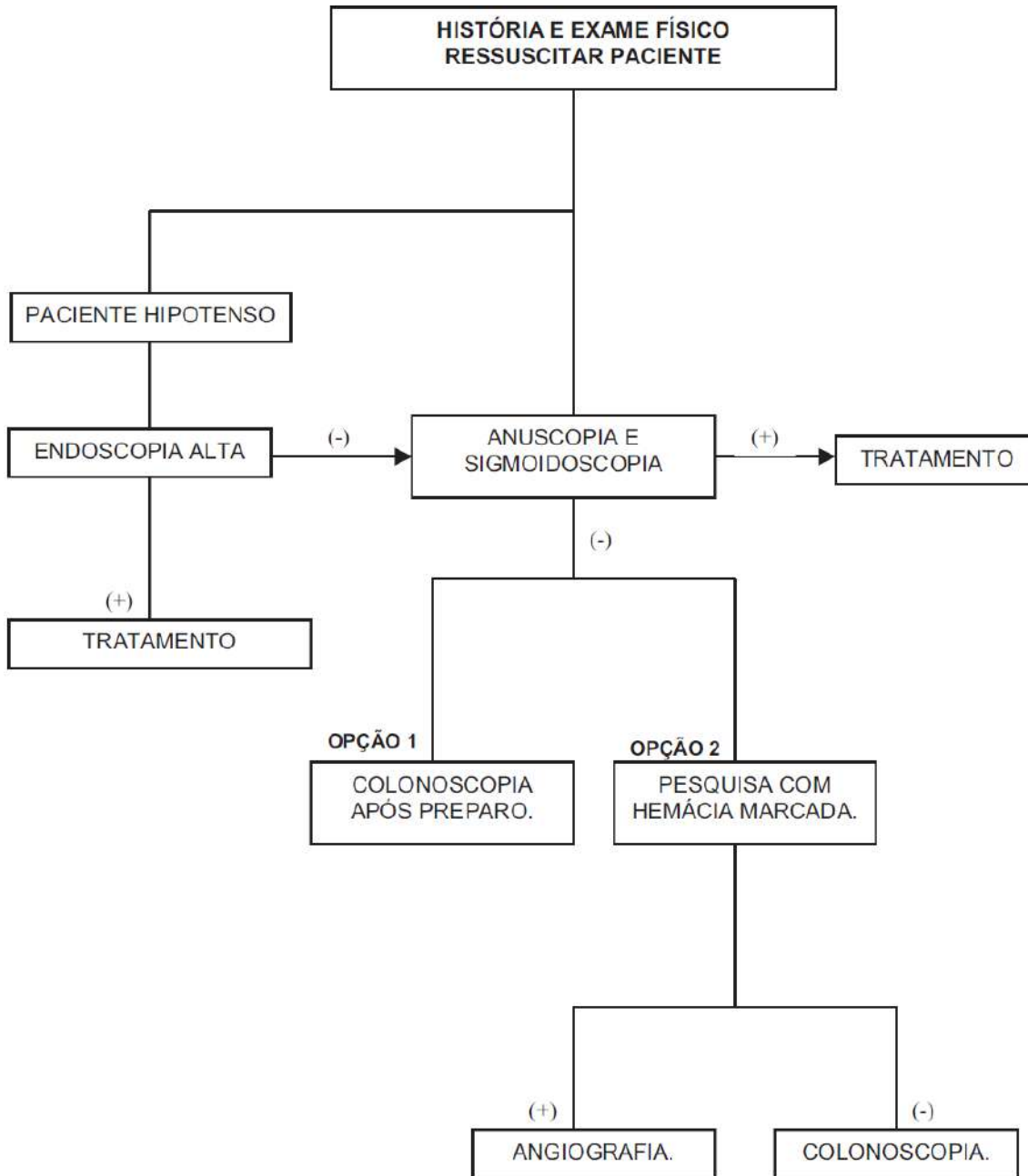
TABELA 2: ESTIGMAS DE ULCERA HOMORRÁGICA E RISCO DE RESSANGRAMENTO SEM TERAPIA ENDOSCÓPICA	
Estigmas (Class. Forrest)	Risco de ressangramento sem terapia endoscópica
Sangramento arterial ativo (spurting) F-I	Aproximadamente 100%
Vaso visível não sangrante F – Iia	Até 50%
Coágulo aderente, não sangrante F – IIa	30 – 35%
Úlcera (sem outros estigmas) F # C	10 – 27%
Úlcera base limpa / F – III	<3%

45.3 HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA



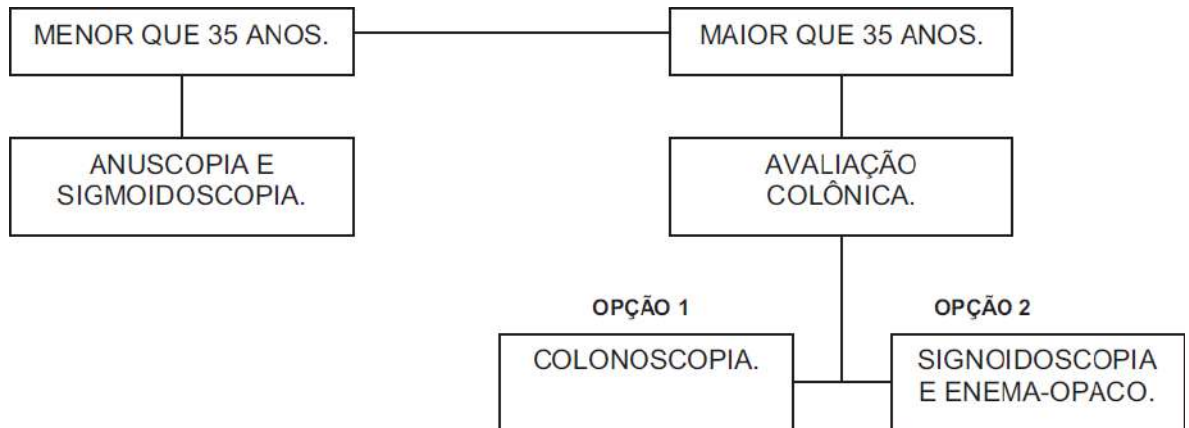
INDICAÇÕES DE CIRURGIA:
 Sangue Raro
 Neoplasia
 Necessidades de Transfusão de Sangue de 8/8 horas
 Sangramento com obstrução ou perfusão
 Sangra, pára, sangra.

45.4 HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA SEVERA

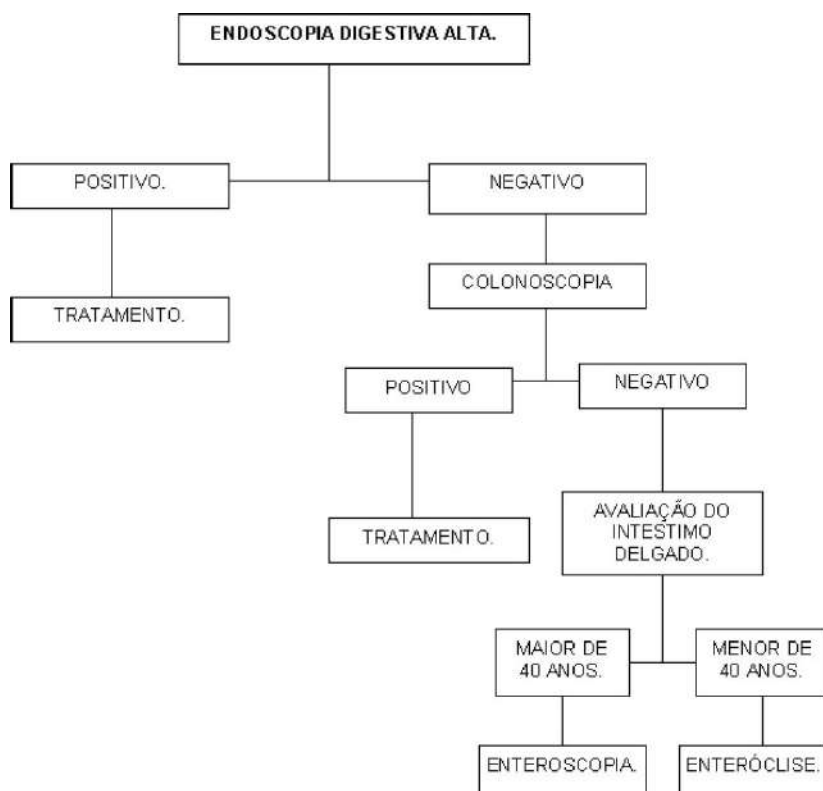


* O Tratamento Cirúrgico estará intimamente relacionado com o diagnóstico etiológico; Topografia da Lesão e Experiência do Serviço.

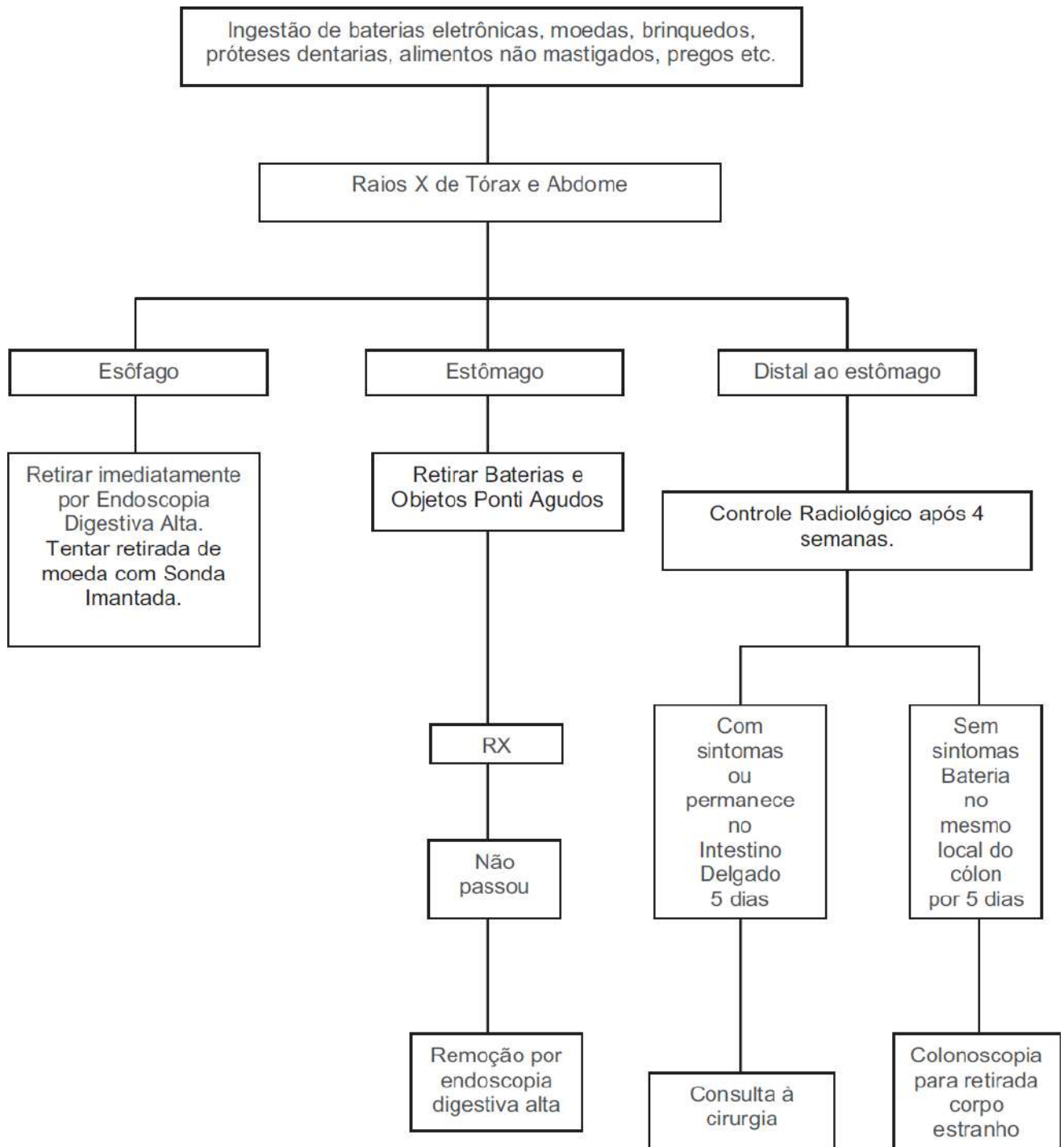
45.5 HEMATOQUEZIA



45.6 MELENA

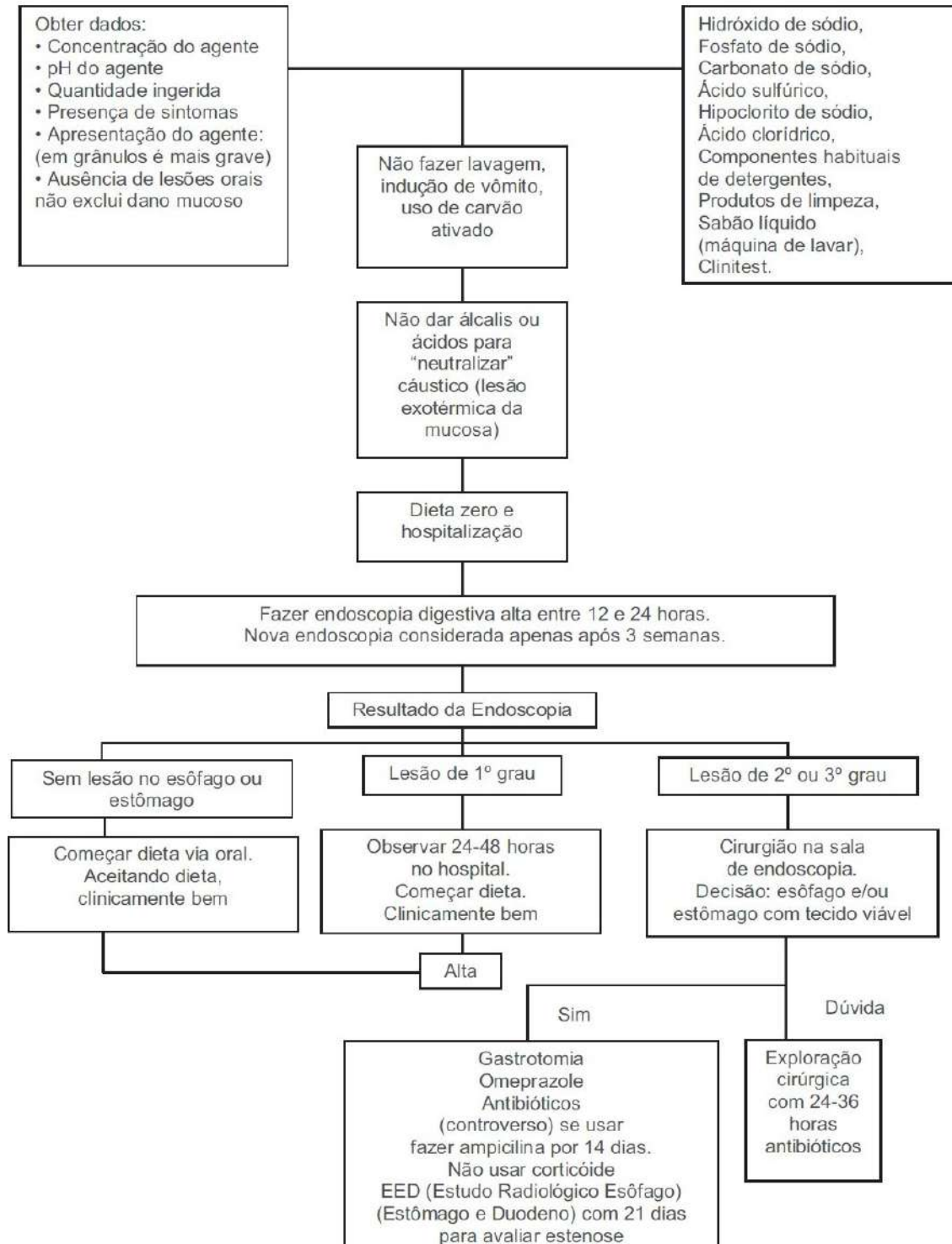


46.0 INGESTÃO DE CORPO ESTRANHO



47.0 INGESTÃO DE CÁUSTICOS

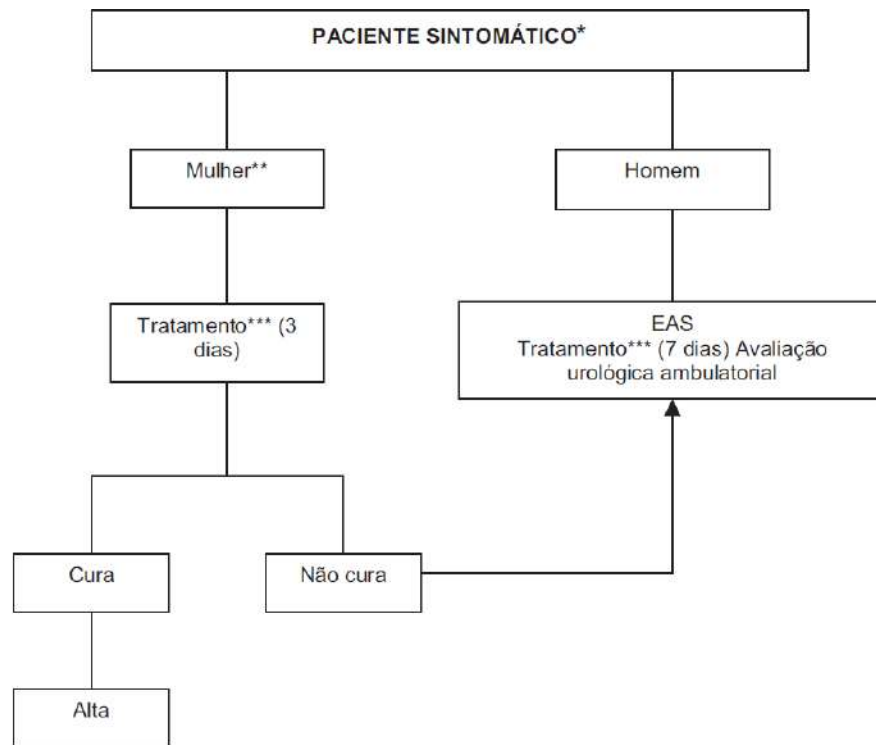
INGESTÃO DE CÁUSTICOS



53.0 INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO

A infecção do trato urinário (ITU) é a infecção bacteriana mais comum no ser humano, ocorre em todas as faixas etárias, em ambos os sexos, sendo mais freqüente nas mulheres (10 a 20% delas apresentarão um episódio em suas vidas). A ITU pode se apresentar de duas formas: não-complicadas (sem alterações anatômicas ou doenças associadas sistêmicas) e complicadas (com o trato genitourinário anormal, seja de modo funcional ou estrutural). Além disso, dividem-se baixa e alta, sendo a primeira com quadro clínico de disúria, polaciúria, urgência miccional e dor suprapúbica, enquanto a segunda se caracteriza por dor no flanco, febre, náuseas, vômitos e punho percussão presente. O diagnóstico é feito pelo quadro clínico acima descrito associado ao achado de urocultura positiva (mais de 100mil unidades formadoras de colônia – UFC – por ml).

53.1 INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO BAIXO



* Sintomas:disúria. Polaciúria, urgência miccional e dor suprapúbica

**Em caso de mulheres gestantes, encaminhar para avaliação obstétrica imediata.

Em caso de recidiva solicitar exames (EAS, urocultura e antibiograma) e tratar conforme o Antibiograma. Após, encaminhar para avaliação urologia ambulatorial.

***Quinolomas, fluorquinolonas e sulfa - trimetoprim.

Em caso de pacientes idosos e/ou com co-morbidades (EX. diabetes, Imunossupressão)



PROCOLOS DAS ROTINAS E PROCEDIMENTOS DA ENFERMAGEM

Apresentamos a seguir os procedimentos, rotinas, manuais e fluxos propostos para a equipe de enfermagem nos principais setores da unidade.

❖ POP ACOLHIMENTO

Definição

É uma ação técnico-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade.

É um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, executar e das respostas mais adequadas aos usuários.

Objetivo

Prestar atendimento com resolutividade e responsabilização orientando quando necessário a outros serviços de saúde para dar continuidade da assistência, estabelecendo articulações com estes serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos.

Executante



Enfermeiro e/ou técnico de enfermagem.

Procedimento

- ✓ Recepcionar o cliente;
- ✓ Perguntar qual sua queixa;
- ✓ Utilizando o sistema registrar o nome, data de nascimento, queixa e pré classificá-lo de acordo com sua queixa em azul, verde, amarelo, laranja e vermelho.

❖ POP CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

PRIORIDADE	COR	CLASSIFICAÇÃO	INTERVENÇÃO MÉDICA	REAVLIAÇÃO DE ENFERMAGEM
I	VERMELHO	Ressuscitação	Intervenção médica imediata – sinal sonoro	Cuidados contínuos
II	LARANJA	Emergência	Aval. médica <15 minutos – sem sinal sonoro	A cada 15 minutos
III	AMARELO	Urgência	Aval. médica <30 minutos Será atendido no consultório médico ou no leito da sala de observação	A cada 60 minutos
IV	VERDE	Menor urgência	Aval. médica +/- 60 minutos Será atendidos somente após todos os classificados como amarelo	A cada 120 minutos.
V	AZUL	Não urgente	Aval. médica no mesmo dia ou no dia seguinte (sem sofrimento agudo ou caso social deverá ser preferencialmente atendido na UBS; se desejar, pode ser atendido após todos os classificados como verde, amarelo, laranja e vermelho)	A cada 240 minutos.

Definição

Mudança na lógica do atendimento, permitindo que o critério de padronização da atenção seja o agravo e/ou grau de sofrimento e não mais a ordem de chegada.

Objetivo

- ✓ Garantir o atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado;



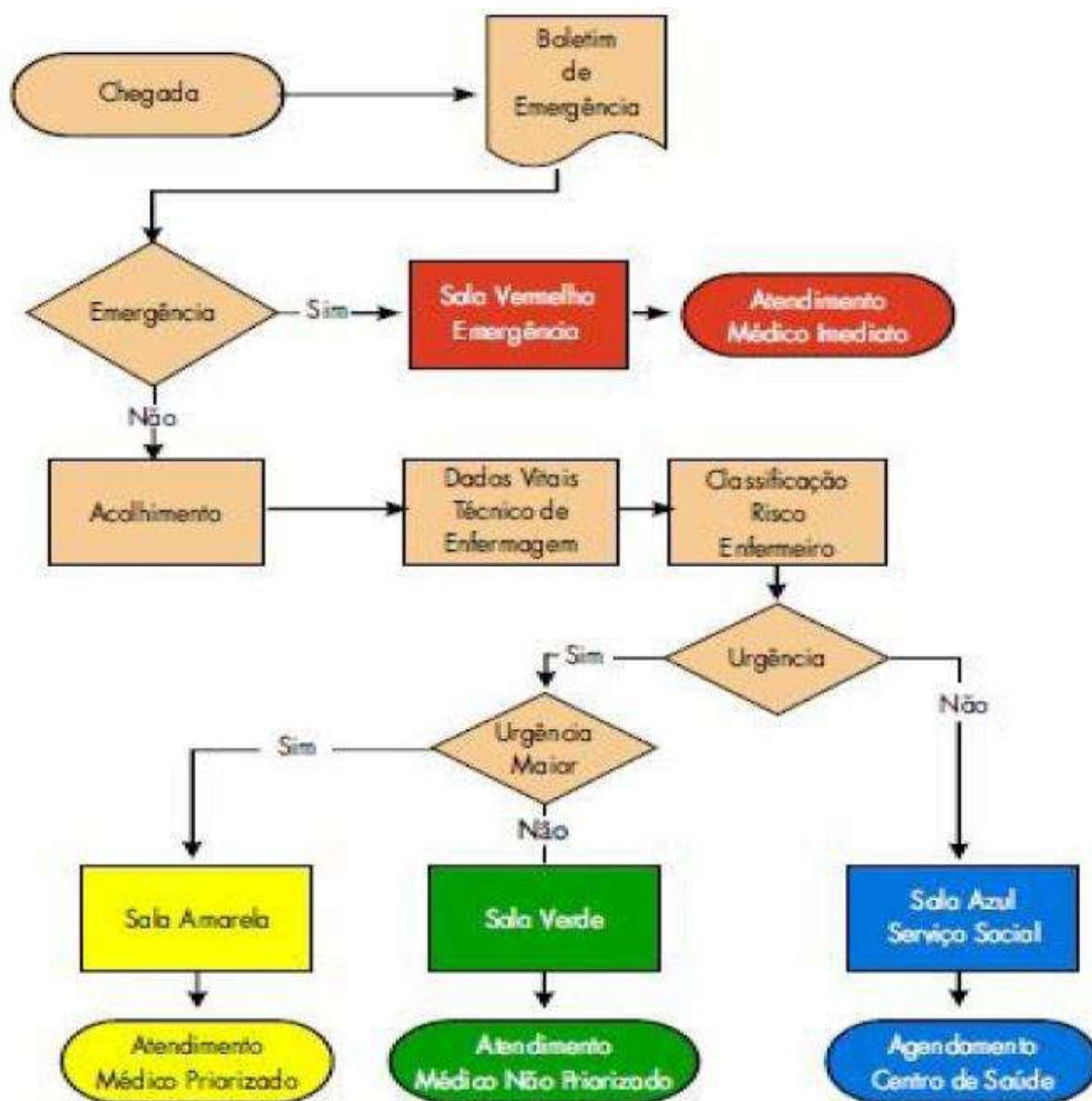
- ✓ Informar o usuário que não corre o risco imediato, assim como seus familiares, sobre o tempo provável de espera;
- ✓ Promover o trabalho em equipe por meio de avaliação contínua do processo;
- ✓ Aumentar a satisfação do usuário e, principalmente, possibilitar e instigar a pactuação e a construção de redes internas e externas;
- ✓ Compreender os princípios e diretrizes do SUS e as diretrizes e dispositivos ofertados pela PNH;
- ✓ Avaliar o usuário logo na sua chegada ao Pronto Socorro humanizando o atendimento;
- ✓ Descongestionar o Pronto Socorro;
- ✓ Reduzir o tempo para o atendimento médico, fazendo com que o usuário seja visto precocemente de acordo com a sua gravidade;
- ✓ Determinar a área de atendimento primário, devendo o usuário ser encaminhado diretamente às especialidades conforme protocolo;

Executante

A classificação de risco é realizada por profissional de enfermagem de nível superior, que se baseia em consensos estabelecidos conjuntamente com a equipe médica para avaliar a gravidade ou o potencial de agravamento dos casos, assim como o grau de sofrimento do usuário. (Cartilha Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência e Emergência. Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão - MS – 2009).

Procedimento

1. Ouvir a queixa do usuário;
2. Verificar sinais vitais;
3. Avaliar o usuário através do exame físico;
4. Priorizar atendimento quando necessário;
5. Realizar redirecionamentos dos usuários quando necessário;
6. Classificar os usuários conforme protocolo pré-estabelecido.



Processo de Acolhimento e Classificação de Risco

O usuário ao procurar o Pronto Atendimento deverá direcionar-se à Central de Acolhimento que terá como objetivos:

- ✓ Direcionar e organizar o fluxo por meio da identificação das diversas demandas do usuário;
- ✓ Determinar as áreas de atendimento em nível primário (ortopedia, suturas, consultas);
- ✓ Acolher usuários e familiares nas demandas de informações do processo de atendimento, tempo e motivo de espera;
- ✓ Avaliação primária, baseada no protocolo de situação queixa, encaminhando os casos que necessitam para a Classificação de Risco pelo enfermeiro.

Importante destacar que esta avaliação pode dar-se por explicitação dos Usuários ou pela observação de quem acolhe, sendo necessária capacitação específica para este fim, não se entende aqui processo de triagem, pois não se produz conduta e sim direcionamento à Classificação de Risco.

Após o atendimento inicial, o usuário é encaminhado para o consultório de enfermagem onde a classificação de risco é feita baseada nos seguintes dados:

- ✓ Situação/Queixa/Duração (QPD);

- ✓ Uso de medicações;
- ✓ Verificação de sinais vitais;
- ✓ Exame físico sumário buscando sinais objetivos;
- ✓ Verificação da glicemia, eletrocardiograma se necessário.

A classificação de risco se dará nos seguintes níveis

VERMELHO: PRIORIDADE ZERO – emergência, necessidade de atendimento imediato. Pacientes que deverão ser encaminhados diretamente à Sala Vermelha (emergência) devido à necessidade de atendimento imediato.

LARANJA: PRIORIDADE 1 – emergência, atendimento o mais rápido possível. Pacientes que necessitam de atendimento médico e de enfermagem o mais rápido possível, porém não correm riscos imediatos de vida. Deverão ser encaminhados diretamente à sala de consulta de enfermagem para classificação de risco.

AMARELO: PRIORIDADE 2 – urgência, atendimento o mais rápido possível. Pacientes que necessitam de atendimento médico e de enfermagem o mais rápido possível, porém não correm riscos imediatos de vida. Deverão ser encaminhados diretamente à sala de consulta de enfermagem para classificação de risco.

VERDE: PRIORIDADE 3 – prioridade não urgente. Pacientes em condições agudas (urgência relativa) ou não agudas atendidos com prioridade sobre consultas simples – espera até 30 minutos.

AZUL: PRIORIDADE 4 – consultas de baixa complexidade – atendimento de acordo com o horário de chegada. Pacientes nas demais condições não enquadradas nas situações/queixas acima.

Obs.: a identificação das prioridades pode ser feita mediante adesivo colorido colado no canto superior direito do Boletim de Emergência.

Critérios de Classificação

- ✓ Apresentação usual da doença;
- ✓ Sinais de alerta (choque, obstrução de vias aéreas, respiração inadequada, hipoglicemia e convulsão.);
- ✓ Situação – queixa principal;
- ✓ Pontos importantes na avaliação inicial: sinais vitais – Sat. de O₂ – escala de dor - escala de Glasgow – doenças preexistentes – idade – dificuldade de comunicação (droga, álcool, retardo mental, etc.);
- ✓ Reavaliar constantemente poderá mudar a classificação;
- ✓ O tempo máximo de espera de acordo com os critérios do PROTOCOLO DE MANCHESTER não pode ultrapassar 240 minutos. Havendo condição, que os atendimentos relativos a cada cor poderão acontecer antes do tempo pré-

- ✓ É importante que o sistema Manchester de classificação de risco prevê auditoria. O tempo médio da classificação deve girar em torno de 3 minutos e o paciente não deve aguardar mais de 10 minutos entre a chegada do mesmo no serviço e a classificação do risco clínico. Portanto o horário do início e do término da classificação, além do nome e registro profissional do classificador deve fazer parte dos registros obrigatórios.

Avaliação do Paciente

Dados coletados pela equipe de acolhimento.

- ✓ Queixa principal;
- ✓ Início – evolução – tempo de doença;
- ✓ Estado físico do paciente;
- ✓ Escala de dor e de Glasgow;
- ✓ Classificação de gravidade;
- ✓ Medicamentos em uso, doenças preexistentes, alergias e vícios;
- ✓ Dados vitais: pressão arterial, temperatura, saturação de O₂ e glicemia capilar.

Prioridades

- **Atendimento Imediato (Vermelho- tempo zero)**

Área devidamente equipada e destinada ao recebimento, avaliação e estabilização das urgências e emergências clínicas e traumáticas. Após a estabilização, estes pacientes serão encaminhados para as seguintes áreas: Laranja, Amarela e Verde.

Emergência: em morte iminente. (exemplo: politrauma parada cardiorrespiratória, infarto, choque hipovolêmico, etc.). Encaminhar diretamente para a sala de ressuscitação e avisar a equipe médica. Não perder tempo com classificação.

➤ **Emergência (Laranja – < 15 minutos)**

História de trauma crânio encefálico, história discordante, déficit neurológico novo, adulto quente, história de convulsão, dor moderada, imunossupressão conhecida, distúrbio de coagulação, erupção ou vesículas disseminadas.

➤ **Urgente (Amarela – < 30 minutos)**

História de trauma crânio encefálico, história discordante, déficit neurológico novo, adulto quente, história de convulsão, dor moderada, imunossupressão conhecida, distúrbio de coagulação, erupção ou vesículas disseminadas.

Área destinada à assistência de pacientes críticos e semicríticos já com terapêutica de estabilização iniciada.

➤ **Pouco Urgente (Verde- 120 minutos)**

Área destinada a pacientes não críticos, em observação ou internados aguardando vagas nas unidades de internação ou remoções para outros hospitais de retaguarda.

Pouco urgente, atendimento em até 120 minutos. Reavaliar periodicamente. Encaminhar para consulta médica. Sem risco de morte. (exemplo: febril, cefaleia, dor leve recente e evento recente).

➤ **Não Urgente (Azul – 240 minutos)**

Consulta de baixa complexidade. Tempo de espera pode variar até 240 minutos. O paciente pode ser orientado a procurar uma Unidade Básica de Saúde ou Unidade de Pronto Atendimento. Exemplo: Evento não recente.

Avaliação Inicial

Avaliação Rápida – ABCD

A: Vias Aéreas

B: Respiração

C: Circulação

D: Avaliação Neurológica.

Parada Cardiorrespiratória Iminente – Atendimento imediato (Vermelha)

- ✓ Respiração com ruídos;
- ✓ Taquipnéia ou bradipnéia, FR > 35 IRPM ou <10 IRPM. Grande esforço respiratório, cianose;
- ✓ Taquicardia ou bradicardia, FC >140 BPM ou <60 BPM, pulso radial não palpável, pulso carotídeo fino;
- ✓ Letárgico, em coma, não responde a estímulo.

Descompensado – Urgência e Emergência (Laranja /Amarela)

- ✓ Ansioso, conversa pouco;
- ✓ Taquipnéia leve FR: 30-35 IRPM, esforço respiratório, cianose;
- ✓ Taquicardia leve, FC: 120-140 BPM, pulso radial fino, pulso carotídeo normal;
- ✓ Normal, confuso, agitado, responde à dor.

Compensado – Pouco Urgente (Verde)

- ✓ Conversa;
- ✓ Taquipnéia leve FR: 20-30 IRPM;
- ✓ Taquicardia leve FC: 100-120 BPM, pulso radial normal;

- ✓ Normal, confuso, responde ao comando verbal.

Consciente – Não Urgente (Azul)

- ✓ Consciente;
- ✓ Com queixas crônicas. Exemplo: Rinite, Artrite, Bursite e Retorno de Exames.

Escalas Utilizadas na Classificação

Escala de Glasgow:

VARIÁVEIS		ESCORE
Abertura Ocular	Espontânea	4
	Estímulo Verbal	3
	Estímulo Doloroso	2
	Nenhuma	1
Resposta Verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras Inapropriadas	3
	Sons e Palavras Incompreensivas	2
	Nenhuma	1

Resposta Motora	Obedece a Comandos	6
	Localiza a Dor	5
	Movimento de Retirada	4
	Flexão Anormal	3
	Extensão Anormal	2
	Nenhuma	1
	Total Máximo	Total Mínimo
15	3	8

Escala de Dor:



Sinais de Alerta em caso de trauma

- ✓ Acidentes com veículos motorizados acima de 35 km/h;

- ✓ Forças de desaceleração, tais como quedas ou explosões;
- ✓ Perdas de consciência, mesmo que momentâneas após acidentes;
- ✓ Acidentes com ejeção do veículo;
- ✓ Negação violenta das óbvias injúrias graves, pensamentos de fuga e alteração do discurso, respostas inapropriadas;
- ✓ Fraturas de 1ª e 2ª costelas;
- ✓ Fraturas da 9ª, 10ª e 11ª costela ou mais de três costelas;
- ✓ Possível aspiração;
- ✓ Possível contusão pulmonar;
- ✓ Acidentes com óbito no local;
- ✓ Atropelamento de pedestre ou ciclista;
- ✓ Vômitos após TCE.

Obs.: Poderá haver piora repentina.

❖ **POP SALA DE MEDICAÇÃO / NEBULIZAÇÃO (HIPODERMIA)**

Definição

É o local destinado ao atendimento imediato do usuário que já foi consultado pelo médico, fará uso de medicação oral ou injetável, seguindo prescrição médica.

Objetivos

Execução de atividades protocoladas visando um atendimento padrão e de qualidade para o usuário.

Executante

Técnico de Enfermagem

Procedimento

- ✓ Conferir estoque de material / medicação, solicitando reposição dos mesmos em impresso próprio ao volante;
- ✓ Fazer registro no livro de ordens e ocorrências: Via de administração de medicação, NBZ, HGT e coleta de laboratório de acordo com o gráfico estabelecido;
- ✓ O horário das refeições deverá ocorrer em sistema de rodízio, evitando deixar o setor descoberto;
- ✓ Manter o setor organizado, bancadas limpas;

- ✓ Arquivar, datar, identificar e arquivar prescrição médica;
- ✓ Atentar para os itens da prescrição. Não realizá-los em caso de dúvidas.
Procurar a supervisão de enfermagem;
- ✓ Após a administração da medicação o usuário, em alguns casos, necessitará retornar ao consultório médico que o atendeu inicialmente para reavaliação do seu estado geral. Assim, será dispensado ou ficará em observação na unidade em salas próprias.

❖ POP PUNÇÃO VENOSA PERIFÉRICA

Definição

Puncionar uma veia periférica geralmente nos MMSS, Jugulares, cefálica ou MMII.

Objetivo

Obter acesso ao sistema venoso para administração de líquidos e medicamentos, através de cânulas específicas (jelco ou scalp).

Executante

Enfermeiro e Técnico de enfermagem.

Procedimento

- ✓ Separar todo material necessário para o procedimento como luva de procedimento, garrote, algodão ou gaze, álcool 70%, cânula específica, polifix

preenchido com SF 0,9% ou água destilada, esparadrapo ou micropore para fixação;

- ✓ Lavar as mãos antes de realizar o procedimento;
- ✓ Escolher o local para puncionar como condição da veia, tipo e duração da terapia EV, idade do usuário e outros;
- ✓ Garrotear o local escolhido e inspecionar a veia (firme, elástica, ingurgitada e arredondada);
- ✓ Realizar assepsia do local escolhido, geralmente com álcool 70%;
- ✓ Realizar a punção com a cânula escolhida;
- ✓ Conectar o polifix e injetar a solução desejada;
- ✓ Fixar o cateter de forma segura e datá-lo;
- ✓ Realizar a troca do acesso venoso a cada 72 horas ou em caso de perda e sinais flogísticos.

❖ POP SALA DE SUTURA

Definição

Sala destinada a procedimento de sutura. Sutura é o procedimento usado para manter unido pele, músculos, vasos sanguíneos e outros tecidos do corpo devido rompimento por trauma ou cirurgia.

Objetivo

Prestar atendimento imediato, e em local específico, a lesões corto-contusas a fim de diminuir e/ou evitar contaminação.

Executante

Técnico de Enfermagem Volante, Dentista e Médico Plantonista.

Procedimento

Após acolhimento, registro e classificação do risco:

- ✓ Receber o usuário cordialmente;
- ✓ Realizar a limpeza primária do ferimento;
- ✓ Comunicar o médico para que o mesmo possa avaliar;
- ✓ Oferecer material apropriado e estéril ao médico; e
- ✓ Realizar o curativo ao fim do procedimento.

Observação: Nos casos de urgência o usuário é encaminhado diretamente para a sala de sutura e após resolução do caso faz-se o registro do mesmo. Manter o material sempre estéril de reserva, para que o atendimento possa ser rápido e o usuário não perca o intervalo de tempo (.t) entre o horário do início da lesão e o atendimento.

❖ POP SALA AMARELA DE OBSERVAÇÃO (PEDIÁTRICA)

Objetivos

Cuidar de forma eficaz, realizando condutas que contribuam para melhora do quadro clínico do usuário, no menor espaço de tempo possível, até que o mesmo tenha alta ou seja transferida.

Definição

Sala preparada para receber crianças provenientes do acolhimento, classificação de risco e meios próprios.

Executante:

Equipe multidisciplinar:

- ✓ Médico Pediatra;
- ✓ Enfermeiro;
- ✓ Técnico de enfermagem;
- ✓ Assistente social.

Procedimentos

- ✓ Recepcionar a criança de forma cordial, acomodar no leito, realizar exames físicos e procedimentos;
- ✓ Orientar os responsáveis quanto aos procedimentos prescritos a serem realizados e como a mesma poderá ajudar;
- ✓ Cumprir rigorosamente a prescrição médica;
- ✓ Atentar para evolução ou involução do quadro clínico;
- ✓ Visualizar a criança como um todo;
- ✓ Realizar registros tais como: evolução, prescrição, checagem, anotações de sinais vitais e qualquer alteração ocorrida;
- ✓ Realizar controle de livro próprio, tais como: admissão, alta, transferência, diagnóstico e responsável;
- ✓ Realizar checagem de check List;
- ✓ Realizar ou auxiliar o responsável, nos cuidados de higiene;
- ✓ Responsabilizar-se por documentos e exames a serem enviados durante transferência ou alta.

Observação

Nos casos de altas, transferências ou óbitos o procedimento será o mesmo das sala adulto. Ressaltar a equipe de Técnicos em Enfermagem, que todo procedimento invasivo (exceto punção periférica) é privativo dos enfermeiros.

❖ POP SALA AMARELA DE OBSERVAÇÃO (ADULTO)

Definição

Sala preparada para receber usuários semicríticos, provenientes do acolhimento, classificação de risco e meios próprios, após agravamento do estado clínico, durante a avaliação médica.

Objetivos

Prestar assistência de forma dinâmica e sistematizada até estabilização hemodinâmica, resultando em alta para residência ou transferência hospitalar, caso necessite de acompanhamento clínico exames diagnósticos e intervenções cirúrgicas.

Executante

Equipe multidisciplinar:

- ✓ Médico;
- ✓ Enfermeiro;
- ✓ Assistente Social;

- ✓ Técnico de Enfermagem.

Procedimentos

- ✓ Assumir o plantão leito a leito, tomando ciência das ordens e ocorrências do setor;
- ✓ Ao admitir o usuário, recolher pertences e entregar imediatamente ao familiar, pessoa responsável, acompanhante ou, nos casos que o mesmo estiver sozinho, ao serviço social, relatando no livro de ocorrências do setor;
- ✓ Monitorá-lo caso seja necessário, verificar sinais vitais e evoluir em impresso próprio;
- ✓ Verificar e registrar no mínimo de 6/6h os sinais vitais, independente da prescrição médica (folha de sinais vitais);
- ✓ Realizar os cuidados específicos prescritos para cada usuário (folha de plano de cuidados);
- ✓ Realizar PA horária em todos os usuários em uso de Nitroprussiato de sódio (Nipridi), Nitroglicerina (Tridil) e Aminas (Noradrenalina, Dobutamina e Dopamina), a enfermeira deve avaliar a necessidade do controle rigoroso da PA em casos de hipertensão;
- ✓ Realizar HGT horário em todos os usuários com dripping de insulina, a enfermeira deve avaliar a necessidade do controle rigoroso da glicemia em casos de hiperglicemia;

- ✓ Conferir estoque de material/medicação, solicitando a reposição dos mesmos, ao volante;
- ✓ Conferir as medicações ao chegar da farmácia (principalmente antibióticos), verificar as faltas e comunicar ao médico plantonista, para que seja feita substituição;
- ✓ Seguir criteriosamente a prescrição médica, atentando para os horários aprazados pelo enfermeiro;
- ✓ Realizar checagem e evolução de todos os procedimentos realizados;
- ✓ Manter o setor organizado, com os leitos devidamente arrumados;
- ✓ Solicitar ao funcionário da rouparia, a retirada do Hamper, quando este estiver cheio;
- ✓ Arquivar os prontuários da alta em pasta própria, recolher os BAMs e entregar para recepcionista. Os mesmos serão arquivados em local próprio na unidade (SAME) sob responsabilidade do gerente administrativo;
- ✓ O horário das refeições dos colaboradores deverá ocorrer em sistema de rodízio, evitando deixar o setor descoberto;
- ✓ Após a alta do usuário, solicitar a limpeza terminal do mesmo, arrumando-o em seguida;
- ✓ Manter monitorizados clientes instáveis;

- ✓ Na alta / transferência dos usuários, entregar todos os resultados de exames (laboratório, RX, ECG);
- ✓ Atentar para o preparo e administração de medicações conforme rotina estabelecida. Verificando prazos de validade dos mesmos e datando equipos, punções, soluções e curativos;
- ✓ O técnico de enfermagem deve realizar coleta de sangue para exames laboratoriais, procedendo à identificação conforme rotina. A Punção Arterial deve ser realizada pelo enfermeiro ou pelo médico, assim como punção de jugular e cateterismo vesical;
- ✓ Realizar higiene (aspersão e/ou leito) em usuários com mais de 12 horas de internação;
- ✓ Fazer registro no livro de ordens e ocorrências: Nome do usuário, leito, horário e data da internação, horário de saída e destino;
- ✓ Fazer conferência dos equipamentos (monitores, HGT, rede de gases e umidificadores) em relação ao funcionamento e quantidade em check list próprio. Comunicar a falta de qualquer um desses itens para a coordenação, para que providências sejam tomadas;
- ✓ A alimentação dos usuários (conforme dieta da folha de prescrição) e de seu acompanhante deverá ser comunicada ao Serviço de nutrição em tempo hábil;
- ✓ Observar secreções e providenciar cuidados higiênicos e de conforto;

- ✓ Prestar ao usuário assistência de forma dinâmica até sua estabilização hemodinâmica ou transferência hospitalar, instalando totais medidas de segurança e conforto;
- ✓ Preparar corpo, caso óbito;
- ✓ Providenciar limpeza terminal após alta, transferência ou óbito.

Observação

As transferências, óbitos e altas seguem mesmo padrão da sala vermelha.

❖ POP SALA VERMELHA

Definição

Sala preparada para receber usuários críticos e semicríticos, provenientes do acolhimento, classificação de risco, sala amarela, meios próprios e ambulâncias, após agravamento do estado clínico, para estabilização (tratamento intensivo).

Objetivos

Prestar assistência de forma dinâmica e sistematizada até estabilização hemodinâmica ou transferência hospitalar.

Executante

Equipe multidisciplinar:

- ✓ Médico;
- ✓ Enfermeiro;
- ✓ Técnico de Enfermagem.

Procedimentos

- ✓ Checar equipamentos em relação ao funcionamento carga/bateria e quantidade. Realizar check list pré-estabelecido. (Desfibrilador, respirador, monitor, eletrocardiógrafo, laringoscópio, lâminas, âmbú, circuitos de oxigênio, vácuo e aspiração;
- ✓ Inspeccionar carro de PCR quanto a quantidade de insumos necessários e medicações. Realizar check list pré-estabelecido;
- ✓ Organizar e manter 02 (dois) leitos preparados para receber usuários em PCR ou vítimas de trauma. (Ambú adaptado ao circuito de oxigênio com umidificador, laringoscópio, material para acesso venoso, prancha, material para intubação orotraqueal, material para aspiração de VAS...);
- ✓ Certificar-se que a monitorização continua dos sinais vitais é eficaz, ajustando o monitor (horário de verificação da pressão arterial, derivação de ECG e alarmes);

- ✓ Manter registros atualizados tais como: checagem da prescrição, evolução e sinais vitais;
- ✓ Atentar para visualização e identificação de alteração do quadro clínico do usuário;
- ✓ Atentar para validade das soluções e infusões mantendo as mesmas devidamente identificadas;
- ✓ Manter acessos venosos devidamente identificados com data, nº do jelco e profissional;
- ✓ Observar secreções e providenciar cuidados higiênicos e de conforto;
- ✓ Prestar ao usuário grave, assistência de forma dinâmica até sua transferência hospitalar, instalando totais medidas de segurança e conforto;
- ✓ Preparar corpo, caso óbito;
- ✓ Providenciar limpeza terminal após alta, transferência ou óbito;
- ✓ A transferência será solicitada pelo profissional médico através do serviço social (central de regulação de vagas). Para tal avaliar: condições da ambulância, profissional de enfermagem que acompanhará na remoção, reposição de material utilizado, exames necessários e anotar no livro do setor;
- ✓ Nos casos de alta, o usuário será encaminhado para sala de observação (Amarela) para depois ser liberado;

- ✓ Nos casos de óbito, o atestado será preenchido pelo profissional médico (declaração de óbito), o corpo preparado pela equipe de enfermagem e encaminhado ao morgue. O serviço social fará contato com familiares e o médico comunicará o ocorrido.

❖ **POP IMPRESSO CONTROLE DA P.A. E DA GLICEMIA CAPILAR**

Objetivos

- ✓ Instrumentalizar e estimular a interdisciplinaridade dos profissionais envolvidos na atenção a saúde, para que se possa otimizar a assistência;

Obs: A possibilidade de associação das duas doenças (HÁ e DM) é da ordem de 50%, o que requer, na grande maioria dos casos, o manejo das duas patologias num mesmo usuário.

- ✓ Orientar e sistematizar medidas de detecção e controle dos hipertensos e diabéticos;
- ✓ Promover controle rigoroso para evitar complicações;
- ✓ Proporcionar o acompanhamento da evolução do usuário;
- ✓ Comunicar os cuidados aos outros profissionais.

Materiais

Impresso Controle da P.A. e da Glicemia Capilar.

Procedimentos

- ✓ A pressão arterial - PA - deverá ser aferida quando o examinador avaliar e julgar necessário;
- ✓ O Impresso Controle da P.A. e da Glicemia Capilar deverá ser preenchido completamente (nome do usuário, data, carimbo, assinatura, hora da aferição);
- ✓ Se necessário, a reavaliação do usuário deverá ser feita após o usuário ter sido medicado.

Observações

- ✓ É importante que se avalie sinais e sintomas sugestivos de lesão em órgãos-alvo e/ou causas secundárias de HÁ (para as quais um exame clínico bem conduzido pode ser decisivo – causas renovasculares, pesquisa de feocromocitoma, etc.);
- ✓ Segundo o Ministério da Saúde é importante diferenciar das situações de crise hipertensiva os quadros de alterações pressóricas que ocorrem em situações de estresse emocional. Também não constituem urgências hipertensivas a elevação da pressão arterial desacompanhada de sintomas, onde um simples ajuste terapêutico poderá, nesses casos, promover o adequado controle da pressão arterial.

❖ POP CATETERISMO NASOENTÉRICO (CNE)

Definição

Introdução da sonda nasoentérica através do nariz e passada pelo esôfago, estômago até o trato intestinal.

Objetivo

- ✓ Inserir alimentação diretamente no intestino;
- ✓ Aspirar conteúdo intestinal de forma a impedir a distensão intestinal;
- ✓ Inseridas profilaticamente na noite anterior a uma cirurgia GI para prevenir obstrução no pós-operatório.

Executante

Enfermeiro

Procedimentos

- ✓ Separar todo o material para realizar o procedimento como sonda nasoentérica, par de luva de procedimento, gel lubrificante (lidocaína), coletor, gaze, esparadrapo para fixação, estetoscópio e seringa;
- ✓ Lavar as mãos antes de iniciar o procedimento;
- ✓ Identificar o usuário no qual irá ser realizado o procedimento e explicá-lo como e porquê do procedimento;
- ✓ Posicionar o usuário corretamente em posição Fowler com a cabeça para frente;
- ✓ Realizar a mensuração da sonda nasoentérica colocando a extremidade distal da sonda na ponta do nariz, estenda a sonda até o trago da orelha, a seguir estenda a sonda até o apêndice xifóide e depois até a crista ilíaca. Neste ponto marque a sonda;
- ✓ Lubrifique a sonda e comece a inserir pela fossa nasal escolhida de forma leve e contínua até chegar na marcação efetuada anteriormente;
- ✓ Confirme o posicionamento correto da sonda com realização de Rx de tórax e abdome, ausculta da área epigástrica ou aspirando resíduo gástrico;
- ✓ A cada vez que for usada a sonda deve ser verificada se está na posição correta com as maneiras explicadas no item acima (exceto o Rx que deverá ser realizado apenas na primeira vez).

❖ **POP CATETERISMO NASOGÁSTRICO (CNG)**

Definição

É a inserção de uma sonda plástica ou de borracha no estômago através da fossa nasal direita ou esquerda.

Objetivo

O cateterismo, ou sondagem nasogástrica pode estar em gavagem (entrada de material no estômago) ou sifonagem (retirada de material do estomago), e pode ser realizada para diversas funções como:

- ✓ Administrar medicação e alimentos;
- ✓ Descomprimir o estômago e remover gás e líquidos;
- ✓ Lavar o estômago e remover substâncias tóxicas ingeridas;
- ✓ Tratar uma obstrução;
- ✓ Comprimir o local de sangramento;
- ✓ Aspirar conteúdo gástrico para análise.

Executante

Enfermeiro

Procedimentos

- ✓ Separar todo o material para realizar o procedimento como sonda nasogástrica, par de luva de procedimento, gel lubrificante (lidocaína), coletor, gaze, esparadrapo para fixação, estetoscópio e seringa;
- ✓ Identificar o usuário no qual irá ser realizado o procedimento e explicá-lo como e porquê do procedimento;
- ✓ Lavar as mãos antes de iniciar o procedimento;
- ✓ Posicionar o usuário corretamente em posição Fowler com a cabeça para frente;
- ✓ Realizar a mensuração da sonda nasogástrica colocando a extremidade distal da sonda na ponta do nariz, estenda a sonda até o trago da orelha, a seguir estenda a sonda até o apêndice xifóide. Neste ponto marque a sonda;
- ✓ Lubrifique a sonda e comece a inserir pela fossa nasal escolhida de forma leve e contínua até chegar na marcação efetuada anteriormente;
- ✓ Confirme o posicionamento correto da sonda com realização de Rx de tórax e abdome, ausculta da área epigástrica ou aspirando resíduo gástrico;
- ✓ A cada vez que for usada a sonda deve ser verificada se está na posição correta com as maneiras explicadas no item acima (exceto o Rx que deverá ser realizado apenas na primeira vez).

❖ POP CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO (CVA)

Definição

É a drenagem artificial contínua da urina, através de um cateter inseridos diretamente na bexiga do usuário de forma estéril.

Objetivos

- ✓ Drenar toda a urina do usuário em caso de retenção urinária;
- ✓ Colher urina para exame, em caso de usuário com incontinência urinaria e diurese em fralda.

Executante

Enfermeiro

Procedimentos

- ✓ Separar todo o material necessário para o procedimento como 02 pares de luva estéril, sonda de aspiração, soluções antisépticas (degermante e tópica), gel lubrificante (lidocaína), seringa, gaze estéril, coletor de urina para exame;
- ✓ Lavar as mãos antes de iniciar o procedimento;

- ✓ Identificar o usuário no qual irá ser realizado o procedimento e explicá-lo como e porquê do procedimento, além de posicioná-lo em decúbito dorsal;
- ✓ Realizar limpeza e assepsia do local com as soluções degermantes e tópicas;
- ✓ Abrir todo o material mantendo-o de forma estéril;
- ✓ Colocar luva estéril;
- ✓ Lubrificar a sonda de forma satisfatória (em caso de sondagem em mulher) ou injetar o gel lubrificante na uretra (em caso de sondagem masculina);
- ✓ Introduzir a sonda de forma cautelosa e contínua;
- ✓ Realizar a coleta da urina em coletor específico e drenar toda a urina;
- ✓ Retira a sonda com cuidado.

❖ **POP CATETERISMO VESICAL DE DEMORA (CVD)**

Definição

É a drenagem artificial contínua da urina, através de um cateter inseridos diretamente na bexiga do usuário de forma estéril.

Objetivos

- ✓ Alívio da obstrução do trato intestinal;

- ✓ Auxiliar com a drenagem pós-operatória, principalmente das cirurgias urológicas;
- ✓ Monitorizar com exatidão o débito urinário, geralmente em usuários críticos;
- ✓ Drenar a urina em usuários com disfunção neurogênica da bexiga e retenção urinária;
- ✓ Prevenir o extravasamento em usuários com úlceras de decúbito em estágio III ou IV.

Executante

Enfermeiro e Médico.

Procedimentos

- ✓ Separar todo o material necessário para o procedimento como 02 pares de luva estéril, sonda vesical foley, soluções antisépticas (degermante e tópica), gel lubrificante (lidocaína), seringa, água destilada, gaze estéril, coletor fechado e bandeja de cateterismo vesical;
- ✓ Lavar às mãos antes de iniciar o procedimento;
- ✓ Identificar o usuário no qual irá ser realizado o procedimento e explicá-lo como e porque do procedimento, além de posicioná-lo em decúbito dorsal;
- ✓ Realizar limpeza e assepsia do local com as soluções degermantes e tópicas;

- ✓ Abrir a bandeja de cateterismo e todo o material mantendo-os de forma estéril;
- ✓ Colocar luva estéril;
- ✓ Lubrificar a sonda de forma satisfatória (em caso de sondagem em mulher) ou injetar o gel lubrificante na uretra (em caso de sondagem masculina);
- ✓ Introduzir a sonda de forma cautelosa e contínua;
- ✓ Ao iniciar a saída da urina, insuflar o balonete com água destilada (quantidade variada de acordo com o fabricante) pelo ejetor lateral e conectar ao coletor fechado.

Observações

- ✓ Caso não haja saída de urina, introduzir completamente a sonda e após insuflar o balonete;
- ✓ Quando for retirar a sonda vesical de demora, antes é necessário desinsuflar o balonete completamente para não haver trauma de uretra, e após puxar a sonda com cuidado até sua retirada completa.

❖ POP GASOMETRIA ARTERIAL

Definição

Consiste em coletar, de forma asséptica, uma amostra de sangue arterial em uma seringa heparinizada e levar ao laboratório para análise.

Objetivo

Identificar a análise ácido-básico específico e o grau de compensação ocorrido no sangue arterial.

Executante

Médico e Enfermeiro.

Procedimentos

- ✓ Separar material necessário para a coleta de sangue arterial como par luva de procedimento, algodão com álcool 70%, seringa com agulha e heparina;
- ✓ Identificar o usuário e explicá-lo o procedimento (caso esteja consciente);
- ✓ Coletar amostra de sangue arterial de forma asséptica;
- ✓ Após coleta, pressionar o local por um tempo médio de 10 minutos;
- ✓ Levar a amostra de sangue arterial para o laboratório para ser efetuado a leitura por um equipamento específico.

❖ **POP DISTRIBUIÇÃO DA MÁSCARA N95**

Objetivos

- ✓ Manter controle de distribuição das máscaras N95;
- ✓ Proteção ocupacional do funcionário da unidade em caso de exposição a contaminantes por aerossóis;
- ✓ Incentivo ao uso da proteção individual.

Materiais

- ✓ Planilha de controle contendo o nome completo do funcionário, data de aquisição, data de validade, assinatura do recebedor;
- ✓ Máscaras N95, individualizadas;
- ✓ Caixa plástica para armazenamento, localizada no almoxarifado;
- ✓ Caixa do material para distribuição.

Procedimentos

- ✓ Distribuição das máscaras pelo almoxarife, em caso de contaminante por aerossóis na unidade;
- ✓ Assinatura do recebedor em planilha própria;

- ✓ Orientação ao funcionário sobre a data de validade da máscara (3 meses, ou, em caso de danos ao material como, respingos de material orgânico, perfurações, entre outros) e armazenamento em local limpo e seco;
- ✓ Orientar ao funcionário que esta máscara é individualizada, e deve ficar em seu poder durante o período de validade da mesma;
- ✓ Esclarecer ao funcionário que no almoxarifado tem disponível local para armazenamento da máscara própria, com identificação, a fim de evitar o esquecimento da mesma.

Observações

- ✓ Todos os almoxarifes serão orientados sobre a forma de distribuição mediante acordo com Gerente administrativo da Unidade;
- ✓ Será disponibilizado local para armazenamento das máscaras individualizadas, de forma opcional para o funcionário, a fim de evitar o esquecimento desta;
- ✓ Será feito uma reserva de 10 máscaras, para serem disponibilizadas para acompanhantes (caso maior de 60 anos ou menor de 18 anos) e funcionários que por algum motivo estão sem a proteção individual.

❖ POP CHECK LIST

Definição

Instrumento utilizado para verificação de materiais e medicamentos, permanentes e de consumo.

Objetivo

Controlar todos os materiais permanentes e de consumo do setor a cada plantão (12/12 horas).

Executante

Enfermeiro e Técnico de enfermagem.

Procedimentos

- ✓ Receber o plantão as 07:00 ou 19:00 horas;
- ✓ Em impresso próprio conferir material e medicamentos em estoque nas respectivas salas (vermelha, amarela adulta, amarela infantil, sutura, hipodermia e classificação de risco);
- ✓ Em média 02 (duas) horas antes do término do plantão listar o que foi gasto em cada setor, anotar e encaminhar a folha para volante entregar ao setor responsável pela diminuição (saldo) e reposição dos mesmos mantendo a quantidade pré determinada;

- ✓ Após conferência, o profissional que a realizou deverá assinar logo abaixo da conferência do dia;
- ✓ A folha de materiais é encaminhada ao almoxarifado, a de medicamentos à farmácia diariamente 01 (uma) vez a cada plantão e a de materiais permanentes e equipamentos fica na classificação de risco, pois tem durabilidade de 31 dias e após é entregue à coordenação de enfermagem.

❖ **POP IMPRESSO DA EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM**

Objetivos

- ✓ Organizar o trabalho da enfermagem, quanto ao método e instrumento, de modo que seja possível a realização do processo de enfermagem;
- ✓ Constituir uma série de ações pensadas, tendo em vista o cuidado de enfermagem, tendo como características: sistematização, dinamicidade, base teórica, flexibilidade;
- ✓ Estar em conformidade com a resolução COFEN 272/2002, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE – nas instituições brasileiras (Art. 2º a implementação da SAE deve ocorrer em toda instituição da

saúde, pública e privada. Art. 3º a SAE deverá ser registrada formalmente no prontuário do usuário...);

- ✓ Proporcionar o acompanhamento da evolução do usuário;
- ✓ Comunicar os cuidados aos outros profissionais;
- ✓ Proporcionar base para avaliação da qualidade do cuidado;
- ✓ Criar um documento legal, que possa ser usado também epidemiologicamente.

Materiais

Impresso da Evolução de Enfermagem.

Procedimentos

- ✓ Após avaliação criteriosa do estado geral do usuário, preencher Impresso da Evolução de Enfermagem, fazendo as observações devidas;
- ✓ Utilizando método próprio baseado na metodologia científica, não mais fundada no empirismo;
- ✓ O mesmo impresso (ao longo das 24h) deverá ser utilizado por ambas as equipes, para facilitar a comunicação entre as mesmas (SD e SN).
- ✓ A evolução deverá ficar anexada ao prontuário do usuário.

Observações

- ✓ É imprescindível que todo o corpo de enfermagem tenha conhecimento do impresso a fim de desenvolver um processo interativo com a equipe e os usuários;
- ✓ Será disponibilizado local para armazenamento das máscaras individualizadas, de forma opcional para o funcionário, a fim de evitar o esquecimento desta;
- ✓ Será feito uma reserva de 10 máscaras, para serem disponibilizadas para acompanhantes (caso maior de 60 anos ou menor de 18 anos) e funcionários que por algum motivo estão sem a proteção individual.

❖ **POP SALA DE ESTERILIZAÇÃO E DESINFECÇÃO**

Definição

É o processo que promove completa eliminação ou destruição de todas as formas de microrganismos presentes: vírus, bactérias, fungos, protozoários, esporos, para um aceitável nível de segurança. O processo de esterilização pode ser físico, químico, físico-químico.

Objetivos

- ✓ Prover e manter abastecida a unidade de material esterilizado, em quantidade, qualidade e em condições adequadas para o uso;

- ✓ Proceder limpeza e/ou a desinfecção do material fornecido, responsabilizando por perdas e danos indevidos;
- ✓ Manter o setor em ordem, com materiais armazenados e identificados corretamente;
- ✓ Encaminhar material danificado ao departamento administrativo;
- ✓ Solicitar orientação do enfermeiro ou coordenador sempre que houver dúvida no desenvolvimento das atividades.

Executante

Técnico de enfermagem

Procedimentos

- ✓ Receber o material encaminhado pelos setores;
- ✓ Proceder a limpeza do material conforme a rotina técnica;
- ✓ Verificar o estado de conservação do material;
- ✓ Encaminhar o material para área de preparo;
- ✓ Registrar no livro a saída do material, hora e setor para quem foi dispensado;
- ✓ Lavar as mãos e friccionar álcool glicerinado a 70% antes e após as atividades;

- ✓ Fazer desinfecção das bancadas com álcool a 70% a cada turno e quando necessário usar EPI;
- ✓ Executar o processo de esterilização na autoclave conforme instrução do fabricante;
- ✓ Realizar teste confirmatório de funcionamento do equipamento;
- ✓ Controlar o funcionamento das autoclaves registrando todos os parâmetros de cada ciclo da esterilização, verificando se o processo está dentro do padrão estabelecido;
- ✓ Comunicar a gerencia de enfermagem e/ou administrativa qualquer falha nos equipamentos;
- ✓ Montar a carga de acordo com as orientações básicas;
- ✓ Adequar o número de pacotes, tamanho à autoclave;
- ✓ Evitar que o material encoste nas paredes da câmara;
- ✓ Deixar espaço entre um pacote e outro para permitir a penetração do vapor;
- ✓ Utilizar no máximo 85% da capacidade da autoclave;
- ✓ Entre abrir a porta da autoclave ao final do ciclo de esterilização e aguardar 15 minutos para retirar o material;
- ✓ Após o esfriamento dos pacotes, encaminhá-los ao arsenal;
- ✓ Confeccionar os pacotes conforme a técnica do envelope;

- ✓ Identificar os pacotes colocando no rótulo: Nome do pacote de acordo com a padronização, data da esterilização, validade e assinatura legível do funcionário que preparou o pacote.

Instrumentais

- ✓ Separar as pinças e pontas traumáticas e lavar separadamente, evitando acidentes;
- ✓ Imergir o instrumental aberto na solução de água e detergente (conforme orientação do fabricante), para remoção dos resíduos de matéria orgânica;
- ✓ Lavar o instrumental peça por peça, cuidadosamente com escova, realizando movimentos no sentido das serrilhas;
- ✓ Enxaguar rigorosamente o instrumental em água corrente, abrindo e fechando as articulações;
- ✓ Enxugar as peças com compressas ou pano macio e limpo, em toda sua extensão;
- ✓ Avaliar a limpeza feita, revisando-o cuidadosamente;
- ✓ Empacotar conforme a técnica do envelope;
- ✓ Encaminhar o pacote à área de esterilização.

Macro e Micro nebulizadores

- ✓ Desconectar as peças dos nebulizadores, lavando cada uma cuidadosamente com água e detergente;
- ✓ Imergir todas as peças em solução de hipoclorito a 1% por 30 minutos no recipiente opaco e com tampa, conforme orientação da CCIH;
- ✓ Retirar as peças da solução com luvas de procedimento e /ou pinça longa;
- ✓ Enxaguar as peças rigorosamente com água corrente;
- ✓ Secar com pano limpo e seco;
- ✓ Guardar as peças montadas em recipiente tampado;
- ✓ Desprezar a solução de hipoclorito, enxaguar e secar o recipiente.

Almotolias

- ✓ Esvaziar as almotolias, desprezando a solução na pia;
- ✓ Lavar externamente, incluindo a tampa, com solução de água e detergente usando a esponja de limpeza;
- ✓ Enxaguar abundantemente por dentro e por fora em água corrente;
- ✓ Imergir as almotolias em solução de hipoclorito sódico a 1% por 30 minutos (somente recipiente plástico);
- ✓ Enxaguar rigorosamente em água corrente e deixar escorrer sobre pano limpo e seco;

- ✓ Borrifar álcool à 70% e deixar secar novamente;
- ✓ Guardar em recipiente com tampa ou reabastecer para uso devidamente datadas.

Umidificador de oxigênio

- ✓ Esvaziar os umidificadores, desprezando a solução na pia;
- ✓ Lavar externamente, incluindo a tampa e tubo metálico com solução de água e detergente usando a esponja de limpeza;
- ✓ Enxaguar abundantemente por dentro e por fora em água corrente;
- ✓ Imergir as almotolias em solução de hipoclorito de sódio a 1% por 30 minutos (somente recipiente plástico);
- ✓ Enxaguar rigorosamente em água corrente e deixar escorrer sobre pano limpo e seco;
- ✓ Friccionar álcool a 70% na parte metálica que acompanha o umidificador;
- ✓ Guardar em recipiente com tampa ou reabastecer para uso.

Lâminas de laringoscópio

- ✓ Friccionar álcool a 70% na lâmina;
- ✓ Limpar o cabo do laringoscópio com solução de água e detergente;
- ✓ Remover com água e deixar secar. Friccionar álcool a 70% no cabo;

- ✓ Montar o laringoscópio testando seu funcionamento.

Ambú

- ✓ Desmontar o ambú;
- ✓ Lavar a bolsa ventilatória, a máscara e as conexões externamente com água e sabão. Evitar a penetração de água no interior da bolsa;
- ✓ Enxaguar em água corrente e secar;
- ✓ Imergir em solução de hipoclorito a 1% por 30 minutos;
- ✓ Retirar da solução deixar secar naturalmente e guardar em recipiente tampado.

Observações

A desinfecção com hipoclorito é necessária somente em presença de matéria orgânica.

❖ **POP SALA DE EXPURGO**

Definição

É o processo que promove completa eliminação ou destruição de todas as formas de microrganismos presentes: vírus, bactérias, fungos, protozoários, esporos, para um aceitável nível de segurança. O processo de esterilização pode ser físico, químico, físico-químico.

Objetivos

- ✓ Prover e manter abastecida a unidade de material esterilizado, em quantidade, qualidade e em condições adequadas para o uso;
- ✓ Proceder limpeza e/ou a desinfecção do material fornecido, responsabilizando por perdas e danos indevidos;
- ✓ Manter o setor em ordem, com materiais armazenados e identificados corretamente;
- ✓ Encaminhar material danificado ao departamento administrativo;
- ✓ Solicitar orientação do enfermeiro ou coordenador sempre que houver dúvida no desenvolvimento das atividades.

Executante

Técnico de enfermagem

Descrição do Processo

É de responsabilidade do profissional de enfermagem do expurgo:

- ✓ Organizar a sala;
- ✓ Realizar limpeza concorrente (com água e sabão nas superfícies e após realizar desinfecção com álcool a 70%) no início do plantão;

- ✓ Solicitar a equipe de limpeza que realize diariamente limpeza concorrente e semanalmente limpeza terminal;
- ✓ Abastecer as salas com recipientes com tampa, contendo; água e detergente, para as salas de procedimentos e hipoclorito a 1% para a sala de inalação. Os recipientes devem ser trocados uma vez por plantão;
- ✓ Lavar os materiais criteriosamente, retirando os resíduos, usando equipamentos de proteção individual (Luvas de borracha, máscara, óculos, avental e sapatos fechados), em seguida enxaguá-los em água corrente e colocá-los sobre um campo limpo;
- ✓ Secar o material com pano limpo;
- ✓ Observar durante a lavagem e secagem as condições de uso dos materiais e comunicar ao enfermeiro necessidade de conserto e/ ou reposição;
- ✓ Manter a sala limpa, organizada e abastecida;
- ✓ Realizar lavagem das caixas térmicas de coleta de material, no mesmo dia que retornar do laboratório;
- ✓ Realizar contagem / pesagem de roupas que são encaminhadas e recebidas da lavanderia (profissional avo ou maqueiro).

❖ ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS

Objetivo

Manter as vias aéreas pérvias, removendo secreções do paciente.

Material Necessário

- Vidro de aspiração;
- Látex;
- EPI (Gorro, máscara, luvas de procedimento e óculos de proteção);
- Bandeja auxiliar;
- 01 par de luvas de procedimento;
- 01 sonda de aspiração (calibre 04 para crianças e 10 a 14 para adultos);
- Soro fisiológico a 0,9% com transfix;
- Gazes estéreis;
- Saco plástico para lixo.

Cuidados a serem observados

- Higienização das mãos conforme), deve-se friccionar as mãos com álcool;
- Explicar o procedimento e a finalidade do mesmo ao paciente;

- Checar todo material;
- Colocar EPI: (Gorro, máscara, luvas de procedimento e óculos de proteção);
- Verificar sinais vitais (Fr, FC e SpO2).

Descrição do Procedimento

AÇÃO	RESPONSÁVEL	DESCRIÇÃO DA AÇÃO
01. Conectar o látex ao ar comprimido	Enfermeiro	Conectar o látex ao ar comprimido
02. Ligar o ar	Enfermeiro	Ligar o ar comprimido;
03. Calçar as luvas	Médico	Calçar luvas
04. Eleger mão dominante	Médico	Eleger a mão dominante para conectar a sonda de aspiração ao látex
05. Pré Oxigenar paciente	Médico	Pré-oxigenar caso esteja em ventilação mecânica

<p>06. Desconectar suporte</p>	<p>Médico</p>	<p>Desconectar o suporte (VM, BIPAP, CPAP, 02) com a mão dominante;</p>
<p>07. Introduzir sonda de aspiração</p>	<p>Médico</p>	<p>Introduzir a sonda de aspiração com o látex previamente pinçado, até perceber a resistência ou provocar os receptores da tosse, com a mão dominante no tubo endotraqueal ou traqueóstomo.</p>
<p>08. Despressionar látex</p>	<p>Médico</p>	<p>Despressionar o látex para sucção realizando movimentos circulares, sem</p>

		ultrapassar os 15 segundos.
09.Reconectar suporte	Médico	Reconectar ao suporte (VM, BIPAP, CPAP, 02) com a mão não dominante.
10.Repetir operações se necessário	Médico	Repetir as operações quantas vezes for necessário de acordo com as condições clínicas do paciente.
11.Lavar látex	Técnico de Enfermagem	Lavar o látex com soro fisiológico a 0,9% com transofix;
12.Desprezar material	Técnico de Enfermagem	Desprezar material em saco plástico apropriado colocando-o em seguida no lixo contaminando;

13. Anotar no prontuário	Médico e Enfermeiro	- Anotar no prontuário o procedimento e eventuais anormalidades.
--------------------------	---------------------	--

Intercorrências

Durante a aspiração, caso haja redução da FC e/ou arritmias, interromper o procedimento e retornar ao suporte (VM, BIPAP, CPAP, O2)

Complicações mais comuns

- Hipoxemia;
- Broncoespasmo;
- Atelectasia;
- Parada cardíaca e respiratória;
- Infecção (paciente e/ou profissional);
- Aumento da PIC.

MANUAL DE PROCEDIMENTOS OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM

POP 1 - CONTENÇÃO DO PACIENTE

POP 2 - IRRIGAÇÃO VESICAL

POP 3 - ASSISTÊNCIA A ENFERMAGEM NO AUXÍLIO A ALIMENTAÇÃO

POP 4 - CATETERISMO VESICAL

POP 5 - MONITORIZAÇÃO HEMODINÂMICA NÃO INVASIVA

POP 6 – OXIGENOTERAPIA

POP 7 - TESTE DE EQUIPAMENTOS

POP 8 - TRANSPORTE DO PACIENTE

POP 9 - VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO INVASIVA

POP 10- ATENDIMENTO AO PACIENTE VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL

POP 11 - COLETA DE URINA

POP 12 - AFERIÇÃO DE SINAIS VITAIS

POP 13 - COLETA DE SANGUE VENOSO

POP 14 - TROCA DA BOLSA DE COLOSTOMIA

POP 15 - PUNÇÃO VENOSA PERIFÉRICA

POP 16 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO POR VIA PERCUTÂNEA (SC, ID, IM)

POP 17 -ADMINISTRAÇÃO DE OXIGÊNIO – CATETER NASAL E MÁSCARA DE OXIGÊNIO

POP 18 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

POP 19- VIA ORAL ATRAVÉS DE SONDAS (NASOGASTRICA OU NASOENTERAL)

POP 20 - ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

POP 21- ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO BANHO DE ASPERSÃO E NO LEITO

POP 22 - ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO ASSISTENCIAL E DO ENFERMEIRO

LÍDER

POP 23 - SONDAGEM GÁSTRICA

POP 24 -SUTURA

POP 25 - TROMBÓLISE

POP 26- HIGIENE ORAL DO PACIENTE INTUBADO SOB VENTILAÇÃO MECÂNICA

POP 27 -COLETA DE SANGUE E URINA

POP 28 - ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS SUPERIORES E NA ASPIRAÇÃO DE VIAS

AEREAS INFERIORES

POP 29 – ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

POP 30 - ATENDIMENTO INICIAL PELA ENFERMAGEM AO PACIENTE

POLITRAUMATIZADO

POP 31 - ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA INTUBAÇÃO DE ADULTOS

POP 32 – DEVOLUÇÃO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS HOSPITALARES

POP 33 - MONTAGEM E SUBSTITUIÇÃO DA CAIXA DE MATERIAL PERFURO

CORTANTE

POP 34 – ABORDAGEM AO POLITRAUMATIZADO

POP 35 - SEQUENCIA RAPIDA DE INTUBAÇÃO

POP 36 – ASSISTENCIA DA ENFERMAGEM NO MOMENTO DA INTUBAÇÃO

POP 37 – ROTINA DE TROCAS DE DISPOSITIVOS E ARQUIVOS

POP 38 - USO DE EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL E ROTINAS DE ISOLAMENTOS/PRECAUÇÕES.

POP 1 - CONTENÇÃO DO PACIENTE

OBJETIVO

Orientar os profissionais de saúde sobre as necessidades de utilização da contenção física no qual deve ser utilizada somente quando todas as opções terapêuticas de abordagem se mostrar insuficientes no paciente, bem como a utilização de técnica adequada, fazendo necessário assim uma avaliação criteriosa e global da situação em que o paciente se encontra.

Proteger o paciente com alterações de comportamento ou consciência contra lesões e traumas tipo: (Quedas, contaminação de cateteres, dispositivos, feridas, extubação; deslocamento de dispositivos usados no tratamento, como sondas, drenos, cateteres, etc.) provocados por ele mesmo ou a outros e que gera a interrupção do tratamento a que vem sendo submetido.

Visar à integralidade física, psíquica e moral dos pacientes e dos profissionais de saúde, que prestam assistência a esse paciente. E que o procedimento seja realizado de forma normativa, sequenciada, protocolizada e humanizada.

PROCESSOS RELACIONADOS

- Atendimento Ambulatorial/Atendimento;
- Atendimento em Assistência Fisioterápica
- Atendimento em Assistência Psicológica;
- Atendimento em Emergência Adulto;
- Internação Adulto;

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

ATIVIDADES PRIMORDIAIS ANTES DA CONTENÇÃO

As Técnicas de contenção física que envolve o uso de dispositivos manuais para limitar as ações do paciente, quando esse oferece perigo para si e para terceiros. Devem seguir as seguintes etapas:

- Observar o paciente:

Diante de situações de agressividade ou de comportamento de risco, deve-se considerar e particularizar os fatores ambientais, recursos físicos, técnicos e humanos

disponíveis em cada unidade para atendimento às situações de urgência;

Diagnosticar a etiologia do comportamento agressivo avaliando de forma rigorosa e global a situação de crise.

–Abordar o paciente:

Abordar o paciente com manifestação de comportamento agressivo com técnicas de comunicação clara, firme, transmitindo o desejo de ajudá-lo, estimulando-o a falar sobre seus sentimentos, tentando acalmá-lo; Procurar manter distância adequada para proteção de ambos, pois independentemente do diagnóstico a violência pode representar um movimento defensivo do paciente contra sentimentos como o medo, fragilidade, desproteção, desamparo, violação ou abuso físico;

Manter a intervenção verbal antes, durante e após todo o processo de contenção, explicando ao paciente o que está sendo feito, o motivo, os objetivos de tal procedimento. A comunicação terapêutica contribui para a excelência da prática da e cria oportunidade de aprendizagem para o paciente podendo estimular sentimentos de confiança entre ele e a equipe, permitindo-lhe experimentar a sensação de segurança e apoio;

Preservar a privacidade do paciente durante todo o procedimento de contenção física;
Manter o paciente contido em ambiente terapêutico em companhia permanente do acompanhante (quando possível) e sob supervisão da equipe de enfermagem para minimizar sua agressividade e tranquilizá-lo; Prestar cuidados de enfermagem como: vigilância constante do paciente, proporcionando conforto e proteção, avaliação de sinais vitais, avaliação da perfusão sanguínea, avaliação da presença de comorbidades clínicas, eficácia da restrição, presença e necessidade de manutenção ou associação de outras medidas terapêuticas, de 30 em 30 minutos;

A retirada da contenção física deve ser realizada na presença de vários membros da equipe (após orientar o paciente e na presença do acompanhante, se possível);

As informações relativas à indicação e a técnica de contenção física, utilizada e todo plano assistencial e as ações da equipe multidisciplinar, devem ser detalhadamente registradas no prontuário do paciente, como sinais vitais, condições de conforto, segurança e eventuais intercorrências durante todo o procedimento (em impresso próprio); Sabendo-se que a contenção física é um evento Adverso.

INDICAÇÃO DA CONTENÇÃO

A contenção física deverá ser realizada após discussão e avaliação da equipe presente quando da situação de urgência sendo prescrita pelo enfermeiro no prontuário do paciente, sendo prescrito pelo médico na prescrição e prontuário do paciente.

Identificar lesões e/ou edemas e reavaliar necessidade da manutenção da contenção, caso necessário, modificar local da contenção;

Comunicar intercorrências ao médico plantonista;

Pacientes com agitação psicomotora, confusão mental, agressividade/violência em relação a si próprio e/ou a outros (membros da equipe, familiares, e outros pacientes que não responderam as intervenções menos restritivas);

Imobilização para prevenção de quedas após sedações (prescrita pelo médico) ou quadros de confusão mental; Alto risco de degradação do ambiente como janela, mobiliários, equipamentos, dentre outros;

Por solicitação do próprio paciente e ou família para garantir diagnóstico e tratamento adequados, quando há agitação psicomotora ou risco dela;

Para evitar quedas, seja em crianças, idosos, pacientes agitados, semiconscientes, inconscientes ou com convulsões; Nos casos de agitação pós-

operatória, como em craniotomia;

Para pacientes não colaborativos na manutenção oxigênio terapia, sondas, cateteres, drenos, curativos, em usode Ventilação Mecânica Invasiva ou não Invasiva, etc.

ABORDAGEM E AVALIAÇÃO INICIAL AO PACIENTE AGITADO

- Colher o máximo de informações a respeito do paciente antes de abordá-lo;
- -Estar alerta a riscos de violência iminente;
- Manter outra pessoa presente durante a entrevista com o paciente;
- Procurar criar aliança terapêutica com o paciente;
- Tudo para ser evitada a contenção.

A avaliação inicial

Inclui anamnese, exame físico e do estado mental. Deve-se pesquisar o histórico de alergias, reações adversas a medicamentos, doenças de base e uso de substâncias (lícitas e ilícitas), além de pesquisar o histórico pessoal e familiar para transtornos

mentais; Deve-se desta forma investigar a causa da agitação, alguns sinais são indicativos e reforçam a hipótese de causa orgânica para a agitação, como ausência de transtornos psiquiátricos prévios, início agudo do quadro, flutuação do nível de consciência, desorientação temporal ou espacial e doença clínica subjacente conhecida (Lindenmayer e cols., 2004).

Anamnese

- ✓ Avaliação Psiquiátrica inicial: pelo menos diagnóstico diferencial dos grandes grupos nosológicos;(Orgânico, sintomático, álcool e drogas, distúrbio psiquiátrico primário) Sinais vitais;
- ✓ História pregressa, exame físico, prontuário, familiares, outros informantes;Sinais vitais.
- ✓ Intervenção inicial (Enfermeiro e Psicologia);
- ✓ Escuta e acolhimento do paciente;
- ✓ Tentativa de continência pela palavra e por outros recursos como mudança de ambiente (quando possível), privacidade, retirar dos agentes estressores como familiares a fim de manter um ambiente terapêutico, ter um cuidado específico nos casos de contenção em crianças e adolescentes;

- ✓ Avaliar se o paciente está em risco de passagem ao ato, agressividade e agitação intensa;
- ✓ Considerar os seguintes recursos frente ao risco de passagem ao ato de agressividade; Abordagem pela palavra;
- ✓ Limitar o espaço físico;
- ✓ Tranquilização rápida preferencialmente medicamentos; Contenção física.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PARA TÉCNICA DE CONTENÇÃO FÍSICA

Seguem-se 10 etapas para a contenção física:

1. A contenção física é um procedimento limite utilizado unicamente para a segurança do paciente, da equipe e dos outros pacientes. Considerado um evento, será monitorado na unidade pelo preenchimento do Formulário de Notificação de Risco, Incidente sem dano e Evento Adverso. Tal procedimento deve ser realizado dentro de uma lógica clínica com responsabilização coletiva, respeito pelos pacientes e familiares. Sua utilização implicará na discussão pelas equipes, no sentido de esclarecer o procedimento para cada paciente, suas consequências do mesmo e seus efeitos;

2. Compete ao psicólogo, enfermeiro, auxiliares/técnicos de enfermagem orientar ao paciente, aos familiares ou acompanhantes quanto à necessidade da contenção física.
3. A contenção apenas será realizada a partir de prescrição médica e por tempo determinado, mudando a contenção ou decúbito a cada 2 horas.
4. Nomear o condutor do processo de preferência um profissional experiente e Enfermeiro sendo esta referênciapara o paciente. É o único profissional que se dirige ao paciente, explicando-lhe o que está ocorrendo, o porquê de tal medida, sempre abordando verbalmente o paciente;
5. Necessário a presença dos profissionais para a realização da contenção, de preferência (enfermeiro e técnico), se responsabilizando por um membro. O enfermeiro condutor do processo de contenção é responsável por proteger a cabeça do paciente, monitorar vias aéreas e dados vitais, durante todo o procedimento.

A contenção poderá ser realizada de 4 a 5 pontos da seguinte forma abaixo:

Contenção de tórax:

- ✓ Dobrar o lençol em diagonal e redobrá-lo até formar uma faixa;
- ✓ Colocar a faixa sob as costas do paciente passando-a pelas axilas;
- ✓ Cruzar as pontas sob o travesseiro e amarrá-las no estrado da cabeceira da cama.

Contenção do abdome:

- ✓ Pegar dois lençóis, dobrar em diagonal, redobrando-os até formar duas faixas;
- ✓ Colocar um dos lençóis sobre o abdome e o outro sob a região lombar;
- ✓ Unir as pontas dos lençóis e torcê-las;
- ✓ Amarrar as pontas dos lençóis no estrado da cama.

Contenção dos joelhos:

- ✓ Passar a ponta do lençol em diagonal do lado direito sobre o joelho direito e por baixo do esquerdo;
- ✓ Passar a ponta do lado esquerdo sobre o joelho esquerdo e por baixo do joelho direito;

- ✓ Amarrar as pontas nos estrados, nas laterais da cama.

Contenção de punhos e tornozelos – MMSS E MMII:

- ✓ Utilizar ataduras para conter os pacientes. Pegar as pontas pelos dois centros;
- ✓ Formar com as mesmas um laço com nó;
- ✓ Fixar as pontas da faixa no estrado da cama.

Contenção das mãos – Luva ou Mitene

- ✓ Colocar o algodão na parte interna das mãos;
- ✓ Fechar a mão do paciente;
- ✓ Proceder ao enfaixamento com crepom.

Deixar o cliente confortável e o ambiente em ordem

- ✓ Avaliar a necessidade de elevação da cabeceira da cama nas seguintes condições. Pacientes em quadro de confusão mental;

- ✓ Pacientes sedados com sobrepeso, apresentando roncos ou com dificuldades respiratórias;

Avaliar nesses casos a possibilidade de também conter o paciente na posição de decúbito lateral direito ou esquerdo para evitar a aspiração e a asfixia (contenção de apenas um MS e um MI);

- ✓ Monitoramento dos dados vitais, perfusão sanguínea, observação do local da restrição (dor, calor, edema e ferimento) do paciente contido no ato da contenção, 30 minutos após e no ato da retirada da contenção;
- ✓ A Enfermagem deverá registrar todos os dados no prontuário, relatando os fatos com clareza e objetividade (quadro apresentado, medidas tomadas, hora de contenção, cuidados prestados e hora da retirada da contenção);

Registros:

Os registros devem permanecer junto a cada posto de Enfermagem da unidade, na Sala dos Supervisores de Enfermagem; Anotação da enfermagem.

CONTENÇÃO DOS PACIENTES NO LEITOMATERIAL

- ✓ Compressas de algodão ortopédico; Loção ou creme hidratante (s/n);
- ✓ Atadura crepe;
- ✓ Esparadrapo ou fita hipoalergênica (s/n).

PRÉ - EXECUÇÃO

- ✓ Avaliar a necessidade de contenção do paciente;
- ✓ Orientar o paciente e familiares/acompanhante quanto ao uso de contenção, as razões do seu uso, duração e possíveis complicações;
- ✓ Higienizar as mãos;
- ✓ Reunir o material;
- ✓ Inspecionar a região onde será feita a contenção.

EXECUÇÃO

Restrição Física

Imobilizar fisicamente o paciente com auxílio da equipe, evitando causar traumas ao paciente.

Restrição Mecânica

- ✓ Lavar e secar a área a ser restringida;
- ✓ Aplicar loção ou creme hidratante sobre a pele (s/n);
- ✓ Dobrar a compressa do algodão em três no sentido do comprimento e enrolar com atadura ao redor do punho ou tornozelo do paciente;
- ✓ Prender o conjunto com outra atadura, pegar as pontas pelos dois centros, formando um laço com um nó e prender as pontas soltas da atadura na cama.

PÓS EXECUÇÃO

Avaliar o paciente periodicamente a cada duas horas quanto ao seu comportamento, eficácia da restrição, presença de complicações e necessidade de manutenção ou associação de outras medidas terapêuticas; anotar no prontuário do paciente informação com motivo das restrições, horário e tipo das restrições, reação do paciente, cuidados com as restrições e os membros restritos.

DEFINIÇÃO

Não se aplica.

OBSERVAÇÕES GERAIS

- ✓ Prescrever a contenção do paciente no leito.
- ✓ Avaliar as restrições no mínimo 1 vez no plantão e troca as contenções 1 vez ao dia ou se estiver suja, ajudar o paciente em relação a suas necessidades de nutrição, excreção, hidratação, higiene e etc;
- ✓ Monitorar as condições de pele e circulação nos locais e membros contidos, retirar as restrições do paciente.

POP 2 - IRRIGAÇÃO VESICAL

OBJETIVO

Remover sedimentos, coágulos, urina em decomposição ou fins terapêuticos.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Material:

- ✓ Bandeja;
- ✓ Frasco graduado;
- ✓ Folha de papel;
- ✓ 1 (um) par de luvas estéreis;
- ✓ Recipiente para lixo;
- ✓ Bolas de algodão embebidas em álcool 70%;
- ✓ Seringa de 50ml;
- ✓ Soro fisiológico de 250ml ou conforme prescrição;
- ✓ Pacote de irrigação (cuba rim e cúpula).

Descrição Técnica:

- ✓ Fazer o planejamento;Lavar as mãos;
- ✓ Reunir o material na bandeja, levar à unidade do paciente, colocá-lo sobre a mesa de cabeceira;
- ✓ Colocar o frasco graduado e a comadre sobre o papel na mesa de mayo;
- ✓ Expor a conexão da sonda com prolongamento;

- ✓ Colocar o pacote de irrigação sobre a cama próxima conexão;
- ✓ Abrir o pacote de irrigação, colocando a sonda vesical e parte do prolongamento sobre a extremidade do campo estéril;
- ✓ Colocar a solução fisiológica na cuba rim;
- ✓ Abrir o pacote da seringa, colocando-a no campo. Calçar as luvas;
- ✓ Retirar a cúpula de dentro da cuba rim; Montar a seringa;
- ✓ Desconectar a sonda, colocando sua extremidade proximal dentro da cuba rim e a extremidade do prolongamento sobre o campo estéril, atrás da cuba rim;
- ✓ Aspirar com a seringa a solução fisiológica e proceder a lavagem da sonda, injetando o soro e aspirando em seguida;
- ✓ Repetir a operação quantas vezes forem necessárias;
- ✓ Conectar cuidadosamente a sonda ao prolongamento;
- ✓ Transferir o líquido da cuba rim para o frasco graduado;
- ✓ Retirar as luvas;
- ✓ Reunir o material e levá-lo coberto ao expurgo;
- ✓ Proceder às anotações de enfermagem.

DEFINIÇÃO

É a lavagem da mucosa que reveste a bexiga POI: Pós Operatório Imediato.

OBSERVAÇÕES GERAIS

- ✓ Sinais de obstrução como distensão abdominal, dor, e não drenagem na bolsa coletora. Comunicar ao médico, realizar medidas para desobstrução e registrar o ocorrido.
- ✓ Em prescrição médica de retirada da irrigação, o procedimento deve ser estéril, e após a assepsia da conexão deve ser colocado uma tampa para oclusão da terceira via da sonda.
- ✓ Não deixar muito lento a irrigação no POI (de acordo com a prescrição médica);
- ✓ Atentar para trocar o frasco de solução antes que ele fique completamente vazio;
- ✓ Realizar balanço hídrico.

POP 3 - ASSISTÊNCIA A ENFERMAGEM NO AUXÍLIO A ALIMENTAÇÃO

OBJETIVO

Auxiliar na alimentação do paciente que encontra-se incapacitado de alimentar-se

sem ajuda, fornecendo dadieta e favorecendo sua aceitação.

PROCESSOS RELACIONADOS

Cuidados Assistenciais de Enfermagem

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Materiais para a dieta:

- ✓ Cuba rim;
- ✓ Bacia;
- ✓ Jarro com água;
- ✓ Sabonete
- ✓ Escova e dentifrício;
- ✓ Toalha;
- ✓ Mesinha de refeição.

Descrição do procedimento

- ✓ Lavar as mãos;

- ✓ Colocar o paciente em posição confortável (cabeceira elevada);
- ✓ Oferecer material para higiene das mãos;
- ✓ Proteger o paciente com guardanapo;
- ✓ Conferir a dieta;
- ✓ Colocar os alimentos sobre a mesa de refeição;
- ✓ Servir os alimentos de forma atraente;
- ✓ Oferecer alimentos devagar e em pequenas quantidades;
- ✓ Secar ao redor da boca do paciente, sempre que necessário;
- ✓ Oferecer material para higiene oral;
- ✓ Organizar o ambiente;
- ✓ Lavar as mãos;
- ✓ Realizar anotação de enfermagem.

OBSERVAÇÕES GERAIS

São fatores que favorecem o apetite:

- ✓ Ambiente limpo;
- ✓ Conforto físico e mental;
- ✓ Temperatura adequada e aparência agradável do alimento;
- ✓ Adequar à preferência do cardápio (respeitando preferências individuais).

São fatores que afetam o apetite:

- ✓ Restrição de certos alimentos na dieta;
- ✓ Sabor do alimento;
- ✓ Alteração na atividade do paciente (soro, tração em membros);
- ✓ Ambiente sujo ou com odor desagradável;
- ✓ A alimentação tem como finalidade: a reposição das perdas calóricas e a adaptação dieta x doença.

DEFINIÇÃO

Os processos vitais de um organismo vivo dependem de uma boa nutrição.

Nutrição é o processo pelo qual o organismo utiliza o alimento para sua sobrevivência e para a manutenção de suas funções. Os nutrientes contidos nos alimentos fornecem energia para o trabalho celular, para a formação e a restauração dos tecidos e para o equilíbrio necessário ao bom funcionamento celular.

Por ser uma das necessidades básicas do ser humano, a alimentação é considerada de fundamental importância no tratamento e na evolução de uma doença.

POP 4 - CATETERISMO VESICAL

OBJETIVO

- ✓ Possibilitar controle hídrico. Monitorar débito urinário;
- ✓ Obter amostra de urina para exames. Tratar retenção urinária.

PROCESSOS RELACIONADOS

Cuidados Assistenciais de Enfermagem

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

PROCEDIMENTOS:

Materiais para o procedimento:

- ✓ Luva estéril;
- ✓ Bandeja de cateterismo vesical;
- ✓ Sonda folley adequada ao tamanho da paciente. Sonda uretral;
- ✓ Gel anestésico (xylocaína a 2%);
- ✓ -Ampola de água destilada. Seringa;

- ✓ Solução anti-séptica;
- ✓ Fita adesiva;
- ✓ Coletor de urina sistema fechado;
- ✓ Recipiente para lixo;
- ✓ Compressa de gazePinça;
- ✓ Campo fenestradoBiombo.

Técnica para cateterismo no sexo feminino:

- ✓ Explicar à paciente o procedimento que será realizado (se lúcida) separando seu leito com biombo;
- ✓ Realizar higiene íntima se necessário;
- ✓ Lavar as mãos, conforme protocolo, com água e sabão líquido, por 30 segundos. Secar e após friccionar álcool a 70% glicerinado por 30 segundos;
- ✓ Colocar a paciente em decúbito dorsal, com os joelhos flexionados, e os pés apoiados sobre a cama e as pernas afastadas;
- ✓ Abrir as ampolas de água destilada, deixando-as fora do campo com a sonda vesical estéril e bolsa dedrenagem urinária estéril;
- ✓ Abrir a bandeja de cateterismo vesical;

- ✓ Retirar a seringa da embalagem original, dispondo sobre este campo juntamente com a agulha;
- ✓ Expor a região perineal;
- ✓ Despejar o anti-séptico na cuba redonda. Calçar luvas estéreis com técnica asséptica;
- ✓ Aspirar para o interior da seringa o volume necessário de água destilada indicada na sonda para introduzir nobalonete, cuidado para não contaminar as luvas. Deixar sobre o campo estéril;
- ✓ Retirar a sonda vesical da embalagem e colocar sobre o campo estéril (sem contaminar ambos). Com a pinça, gaze embebida em anti-séptico fazer anti-sepsia da região perineal;
- ✓ Afastar os lábios da vagina com a mão sem pinça, utilizando o polegar e o primeiro ou segundo dedos (com uma gaze em cada lado para não deslizar);
- ✓ Friccionar o anti-séptico iniciando pelos grandes lábios e meato uretral, utilizando gaze por vez, aplicando duplamente em direção ao ânus; esperar secar;
- ✓ Desprezar a pinça;
- ✓ Colocar o campo fenestrado sobre a paciente, de maneira a permitir a visualização do meato urinário através da janela;
- ✓ Colocar a cuba rim, próxima as nádegas da paciente, para receber o fluxo

de urina que drenará pela sondavesical;

- ✓ Lubrificar a ponta da sonda com anestésico (xilocaína 2%), estéril;
- ✓ Introduzir a sonda vesical, até iniciar drenagem de urina e então avançar a sonda cerca de 03 cm. Insuflar o balonete, com a quantidade de água destilada indicada na sonda;
- ✓ Conectar a sonda vesical ao sistema da bolsa de drenagem urinária. Fixar o cateter com a fita adesiva na face interna da coxa;
- ✓ Retirar o campo fenestrado e as luvas;
- ✓ Fixar na cama do paciente a bolsa de drenagem urinária, em nível inferior ao da bexiga. Anotar na bolsa de diurese a data do cateterismo;
- ✓ Recolher o material utilizado e encaminhar ao centro de material;
- ✓ Registrar o procedimento, dificuldades, sangramentos, quantidade de urina drenada;
- ✓ Técnica para cateterismo no sexo masculino;
- ✓ Explicar ao paciente o procedimento que será realizado (se lúcido) separando seu leito com biombo;
- ✓ Realizar higiene íntima se necessário;
- ✓ Lavar as mãos, conforme protocolo, com água e sabão líquido, por 30 segundos. Secar e após friccionar álcool a 70% glicerinado por 30 segundos;
- ✓ Colocar o paciente em decúbito dorsal, com as pernas estendidas;

- ✓ Abrir as ampolas de água destilada, deixando-as fora do campo com a sonda vesical estéril e bolsa de drenagem urinária estéril;
- ✓ Abrir a bandeja de cateterismo vesical;
- ✓ Retirar a seringa da embalagem original, dispondo sobre este campo juntamente com a agulha;
- ✓ Expor a região pubiana e pênis. Despejar o anti-séptico na cuba redonda;
- ✓ Calçar luvas estéreis com técnica asséptica;
- ✓ Aspirar para o interior da seringa o volume necessário de água destilada indicada na sonda para introduzir o balonete, cuidado para não contaminar as luvas. Deixar sobre o campo estéril;
- ✓ Retirar a sonda vesical da embalagem e colocar sobre o campo estéril (sem contaminar ambos). Com a pinça, gaze embebida em anti-séptico fazer anti-sepsia na seguinte sequência;
- ✓ Meato urinário, glândula (abaixar o prepúcio), pênis e região pubiana. Segurar o corpo do pênis (com a mão não-dominante) elevando-o a uma posição quase vertical;
- ✓ Colocar o campo fenestrado sobre o paciente, de maneira a expor o pênis. Colocar a cuba rim, próxima a região peniana;
- ✓ Lubrificar a ponta da sonda com anestésico (xilocaína 2%), estéril;
- ✓ Introduzir a sonda vesical na uretra; caso haja resistência no esfíncter

externo, aumentar levemente a tração sobre o pênis e solicitar ao paciente (se lúcido) que faça um leve esforço para ajudar a relaxar o esfíncter;

- ✓ Insuflar o balonete, com a quantidade de água destilada indicada na sonda. Conectar a sonda vesical ao sistema ao sistema da bolsa de drenagem urinária;
- ✓ Fixar o cateter com a fita adesiva na parte lateral da coxa (região inguinal) ou na região inferior da parede abdominal;
- ✓ Retirar o campo fenestrado e as luvas;
- ✓ Fixar na cama do paciente a bolsa de drenagem urinária, em nível inferior ao da bexiga. Anotar na bolsa de diurese a data do cateterismo;
- ✓ Recolher o material utilizado e encaminhar ao centro de material;
- ✓ Registrar o procedimento no prontuário via sistema, as dificuldades, se houve sangramentos, a quantidade de urina drenada.

OBSERVAÇÕES GERAIS

Não se aplica.

DEFINIÇÃO

O cateterismo vesical consiste na introdução de um cateter estéril na bexiga, através da uretra, com técnica asséptica com a finalidade de drenar a urina.

POP 5 - MONITORIZAÇÃO HEMODINÂMICA NÃO INVASIVA

OBJETIVO

Destina-se a todas as condições em que arritmias, alterações pressóricas ou hipoxemia que colocam a vida do paciente em risco, apresentem uma possibilidade de serem um sintoma ou uma complicação.

Ex.: Síndrome Coronariana Aguda (SCA), suspeita de SCA, ressuscitação recente de PCR, insuficiência cardíaca, choque de qualquer causa, intoxicações, miocardite, crise hipertensiva e alterações do padrão respiratório.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Explicar o procedimento ao paciente e ao acompanhante;
2. Lavar as mãos;
3. O paciente deve estar em posição confortável, de preferência em leito horizontal e em decúbito dorsal;
4. Deve-se observar a superfície torácica e retirar sujidades ou possíveis pelos que venham atrapalhar a aderência dos dispositivos e suas respectivas leituras. Para essa limpeza sugere-se fricção local com álcool egaze

5. Mudar os eletrodos a cada 24 a 48 h e examinar a pele quanto à presença de irritação e aplicar os eletrodos sobre áreas diferentes a cada vez que são mudados;

6. Considerando cabos com 5 derivações:
 - 1° Eletrodo na região infra clavicular Esquerda – cor BRANCO
 - 2° Eletrodo na região infra clavicular Direita– cor VERDE
 - 3° Eletrodo na região infra mamária esquerda em espaço intercostal – cor VERMELHO
 - 4° Eletrodo na região infra mamária direita em espaço intercostal - cor PRETO
 - 5° Eletrodo na região mediastinal espaço central – cor AMARELO ou AZUL
 - Ligar o aparelho pressionando a tecla liga e desliga;
 - Selecionar a derivação (geralmente DII é a derivação mais solicitada);
 - Selecionar a velocidade (geralmente de 25 a 50);
 - Observar o traçado ECG, e certificar se o traçado do monitor não apresenta alterações que podem ser causadas por posicionamento inadequado dos eletrodos, defeito no aparelho ou interferência de outros aparelhos;
 - Adequar os níveis de alarme do aparelho às necessidades do paciente;

- Manter o alarme sempre ligado;
- Comunicar aos plantonistas alterações detectadas no monitor e registrar no plano terapêutico;
- Realizar a troca dos eletrodos sempre que necessário;
- Lavar as mãos.

6° O manguito de PNI (Pressão Não – Invasiva) deve ser devidamente conectado ao seu canal correspondente e acomodado no braço do paciente. Nele encontramos uma seta que deve apontar para o leito anatômico da artéria braquial.

7° As mensurações da tensão arterial podem ser configuradas no próprio monitor para o intervalo de tempo de preferência do profissional;

8° O oxímetro de pulso deve estar devidamente conectado ao seu canal correspondente e configurado. A oximetria é percebida através de um terminal colocado em algum dedo da mão, dedo do pé, septo nasal ou lóbulo da orelha sendo transmitido por um cabo de fibra óptica que a traduz em ondas digitais. A oximetria representa o percentual de saturação de oxigênio pela hemoglobina.

9° O terminal de oximetria não deve ser colocado no mesmo membro em que

há o manguito de PNI e muitas vezes a presença de artefatos na unha devem ser retirados, pois podem prejudicar a leitura. (Ex.: esmalte, unhas artificiais, etc.).

10° Para a mensuração da frequência respiratória bastam os eletrodos estarem perfeitamente conectados no tórax do paciente. Eles são sensíveis às variações da expansão torácica, considerando uma excursão respiratória o intervalo médio dessas variações. As variações de expansão torácica podem ser visualizadas em ondas digitais no monitor caso esteja configurado.

OBSERVAÇÕES GERAIS

O eletrodo descartável já é provido da quantidade suficiente de gel condutor, no entanto o uso contínuo e a redução desta quantidade de gel podem sugerir alterações no traçado, que desaparecem quando esta situação é corrigida.

DEFINIÇÃO

Trata-se de um método contínuo de registro das condições hemodinâmicas do paciente em plataforma digital, incluindo frequência cardíaca, pressão arterial, saturação de oxigênio e frequência respiratória.

POP 6 - OXIGENOTERAPIA

OBJETIVO

Administração de oxigênio em uma concentração maior do que a encontrada na atmosfera, com intuito de elevar ou manter a saturação de oxigênio acima de 90%, corrigindo os danos da hipoxemia.

PROCESSOS RELACIONADOS

- ✓ Cuidados Assistenciais Clínicos – Pediátrico;
- ✓ Cuidados Assistenciais de Enfermagem.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

EXECUTANTE

Enfermeiro/ Técnico de enfermagem

INDICAÇÃO E CONTRA-INDICAÇÃO

Indicação

Paciente com prescrição médica

Contra-indicação

Taquicardia, tremores e ansiedade

ORIENTAÇÃO AO PACIENTE PRÉ-PROCEDIMENTO

Informar ao paciente o procedimento a ser realizado conforme o nível de compreensão.

MATERIAL NECESSÁRIO

1. Copo nebulizador;
2. Máscara;
3. Medicação prescrita;
4. Conexão para tubo orotraqueal (Peça T).

DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

Pré-procedimento

1. Lavar as mãos;
2. Explicar o procedimento a ser realizado;
3. Higienizar as mãos;
4. Reunir os materiais necessários e encaminhá-los a unidade

5. Paramentar-se com os EPIs;
6. Preparar a medicação prescrita no copo nebulizador, observando a dose, nome paciente, data e hora;
7. Checar a pulseira de identificação do paciente;
8. Caso o paciente esteja entubado, conectar a peça T ao Tubo orotraqueal.

Procedimento

1. Regular o fluxo (5 a 10 litros/ min);
2. Orientar sobre a colocação da máscara na face do paciente;
3. Orientar o paciente a manter respiração nasal durante a inalação do medicamento.

Pós- procedimento

1. Ao término, oferecer papel toalha para o paciente secar a umidade do rosto;
2. Colocar copo e máscara de nebulização para lavagem e desinfecção;
3. Lavar as mãos.
4. Anotar, assinar e carimbar em prontuário/ receituário/via sistema, comunicando ao médico prescritor, caso haja necessidade de avaliação após

procedimento.

5. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

PONTOS CRÍTICOS

Avaliar o nível de compreensão do paciente para realização deste procedimento.

Caso o paciente esteja entubado, deverá redobrar a tenção quanto a conexão do micronebulizador, para que não haja extubação acidental. Após utilização, deverá realizar desinfecção do equipamento

CUIDADOS PÓS – PROCEDIMENTOS

A troca do equipamento deverá ocorrer há cada 24 horas e o extensor (chicote) deve ser limpo com álcool 70% diariamente. Orientar o paciente e acompanhantes a não fumar (risco de explosão) e observar rigorosamente o volume de oxigênio prescrito.

RESULTADOS ESPERADOS

Permeabilidade respiratória

REGISTRO

Registrar o procedimento no impresso de evolução de enfermagem e/ou via

sistema.

OBSERVAÇÕES GERAIS

Itens de verificação para administração segura de medicamentos:

Paciente certo

- ✓ Perguntar ao paciente, o nome completo dele, antes de administrar o medicamento e utilize no mínimo dois identificadores para confirmar o paciente certo;
- ✓ Verificar se o paciente corresponde ao Nome identificado na pulseira, no leito e no prontuário;
- ✓ Evitar dentro do possível, que dois pacientes com o mesmo nome fiquem internados simultaneamente no mesmo quarto ou enfermaria.

Obs: Caso o paciente apresente baixo nível de consciência, impossibilitando-o de confirmar o nome completo, a equipe assistencial deverá conferir o nome do paciente descrito na prescrição com a pulseira de identificação, devendo associar pelo menos mais dois identificadores diferentes.

Medicamento certo

- ✓ Receber os medicamentos dispensados pela farmácia conferindo juntamente se o nome do medicamento que tem em mãos é o que está prescrito;
- ✓ O nome do medicamento deve ser confirmado com a prescrição antes de ser administrado;
- ✓ Conferir se o paciente não é alérgico ao medicamento prescrito;
- ✓ Identificar o paciente alérgico no prontuário, na placa de identificação e na pulseira de alergia.

Via Certa

- ✓ Identificar a via de administração prescrita.
- ✓ Verificar se a via de administração prescrita é a via tecnicamente recomendada para administrar determinado medicamento.
- ✓ Lavar as mãos antes do preparo e administração do medicamento.
- ✓ Verificar se o diluente (tipo e volume) foi prescrito e se a velocidade de infusão foi estabelecida, analisando sua compatibilidade com a via de administração e com o medicamento em caso de administração de por via

endovenosa.

- ✓ Avaliar a compatibilidade do medicamento com produtos para a saúde utilizados para a sua administração (seringas, cateteres, sondas, equipes e outros).
- ✓ Identificar no paciente qual a conexão correta para a via de administração prescrita.
- ✓ Realizar a antissepsia do local da aplicação para administração de medicamentos por via parenteral, quando for o caso.
- ✓ Esclarecer todas as dúvidas com a supervisão de enfermagem, prescritor ou farmacêutico.

Hora Certa

- ✓ Preparar o medicamento de modo a garantir a sua administração seja feita sempre no horário correto, para garantir adequada resposta terapêutica;
- ✓ Preparar o medicamento no horário oportuno e de acordo com as recomendações do fabricante, assegurando-lhe estabilidade;
- ✓ A antecipação ou o atraso da administração em relação ao horário

predefinido somente poderá ser feito como consentimento do enfermeiro e do prescrito;

Obs: levar a medicação em bandejas separadas por paciente.

Dose Certa

- ✓ Conferir atentamente a dose prescrita para o medicamento;
- ✓ Certificar de que a infusão programada é a prescrita para aquele paciente;
- ✓ Verificar a unidade de medida utilizada na prescrição;
- ✓ Conferir a velocidade de gotejamento, a programação e o funcionamento das bombas de infusão contínua em caso de medicamentos em infusão contínua;
- ✓ Realizar dupla checagem dos cálculos para o preparo e programação de bomba para administração de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância;
- ✓ Em caso de dúvidas ou medidas imprecisas (colher de chá, colher de sopa, ampola), consultar o prescritor e solicitar a prescrição de uma unidade de medida do sistema métrico.

Obs: Não deverão ser administrados medicamentos em caso de prescrições vagas. (Solicitar complementação do prescritor em caso de orientações vagas, tais como “fazer se necessário”, “conforme ordem médica” ou “a critério médico”.)

Registro certo da administração

- ✓ Registrar na prescrição o horário da administração do medicamento;
- ✓ Checar o horário da administração do medicamento a cada dose;
- ✓ Registrar todas as ocorrências relacionadas aos medicamentos (adiamentos, cancelamentos, desabastecimento, recusa do paciente e eventos adversos).

Orientação correta

- ✓ Orientar e instruir o paciente sobre qual medicamento está sendo administrado (nome), justificativa da indicação, efeitos esperados e aqueles que necessitam de acompanhamento e monitorização;
- ✓ Garantir ao paciente o direito de conhecer o aspecto (cor e formato) dos medicamentos que está recebendo, a frequência com que será ministrado;

- ✓ Esclarecer dúvidas sobre a razão da indicação do medicamento, sua posologia ou outra informação antes de administrá-lo ao paciente junto ao prescritor.

Forma Certa

- ✓ Checar se o medicamento a ser administrado possui a forma farmacêutica e via de administração prescrita e se elas estão apropriadas à condição clínica do paciente.
- ✓ Sanar as dúvidas relativas à forma farmacêutica e a via de administração prescrita junto ao enfermeiro, farmacêutico ou prescritor.

Resposta Certa

- ✓ Manter clara a comunicação com o paciente e/ou cuidador;
- ✓ Observar cuidadosamente o paciente e relato do mesmo e/ou cuidador para identificar, se o medicamento teve o efeito desejado, incluindo respostas diferentes do padrão usual;
- ✓ Registrar em prontuário e informar ao prescritor, todos os efeitos diferentes (em intensidade e forma) do esperado para o medicamento;

- ✓ Registrar todos os parâmetros de monitorização adequados (sinais vitais, glicemia capilar).

4. DEFINIÇÃO

É uma máscara facial acoplada no fluxômetro de oxigênio com o objetivo de trazer um maior conforto ao paciente em crises respiratórias e administrar medicamentos prescritos.

POP 7 - TESTE DE EQUIPAMENTOS

OBJETIVO

Avaliar o funcionamento dos equipamentos para que estejam disponíveis e em condições de uso sempre que necessário.

PROCESSOS RELACIONADOS

- ✓ Cuidados Assistenciais de Enfermagem;
- ✓ Gestão da Estrutura Físico Funcional;
- ✓ Gestão de Equipamentos e Tecnologia Médico-Hospitalar.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Teste de Equipamentos:

- ✓ Ventilador de pressão/volume;
- ✓ Ligar e checar fonte de oxigênio;
- ✓ Checar integridade e montagem dos circuitos e traqueias;
- ✓ Checar se o aparelho está ciclando;
- ✓ Fazer anotações necessárias.

Monitor Cardíaco:

- ✓ Conectar os eletrodos aos cabos;
- ✓ Ligar o aparelho e observar traçados e registro numérico no visor;
- ✓ Checar integridade dos cabos;
- ✓ Realizar anotações necessárias.

Aspirador:

- ✓ Checar conexão de borracha e a sonda de aspiração;
- ✓ Trocar a água do frasco de sucção, quantidade de 100ml (master vácuo descartável);
- ✓ Ligar e checar pressão do vácuo;

- ✓ Realizar anotações necessárias.

Eletrocardiógrafo:

- ✓ Conectar os cabos, eletrodos e “pêra”;
- ✓ Ligar e calibrar o aparelho;
- ✓ Checar traçado da agulha, cabos e eletrodos;
- ✓ Checar fita de ECG e fazer anotações necessárias.

Cardioversor

- ✓ Checar pás e cabos;
- ✓ Ligar e proceder a seleção da energia em 30 joules;
- ✓ Pressionar a carga e aguardar, quando a luz acender, disparar a carga observando a descarga;
- ✓ Desligar o aparelho e fazer anotações necessárias.
- ✓ Todos os equipamentos checados deverão ter impresso próprio com data, hora e assinatura;
- ✓ Quando detectado problema, registrar e encaminhar à chefia do setor;
- ✓ O cardioversor deverá ser testado sempre com 30 joules de carga para não danificar o equipamento.

Os equipamentos deverão ser checados diariamente.

OBSERVAÇÕES GERAIS

Identificar possíveis falhas nos equipamentos médico-hospitalares, realizando a manutenção preventiva dos mesmos.

DEFINIÇÃO

A necessidade de realizar manutenção e calibragem nos equipamentos médicos, são apresentados por razões de segurança, normas médicas, éticas e econômicas. A atenção das instituições da área da saúde deve ser dedicada à inspeção dos equipamentos médicos hospitalares, com intuito de evitar acidentes que coloquem em risco a vida do paciente e/ou operador.

Para realizar o trabalho de manutenção, calibração e realizar testes em equipamentos médicos, o prestador de serviço tem que ser qualificado e certificado para atender às normas específicas e executar com eficiência o trabalho. Com o tempo, o desempenho e a funcionalidade dos equipamentos podem ser comprometidos, por isso é imprescindível fazer a verificação do instrumento utilizado a fim de prevenir ou seja, evitar algum dano.

POP 8 - TRANSPORTE DO PACIENTE

OBJETIVO

Transportar o paciente em cadeira de rodas, maca ou leito com a técnica adequada e segura nas dependências da unidade.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

PROCESSOS RELACIONADOS

- ✓ Cuidados Assistenciais de Enfermagem;
- ✓ Gestão de Acesso;
- ✓ Segurança do Paciente.

Transporte em cadeira de rodas, maca ou leito:

Responsabilidade do maqueiro:

- ✓ Calçar luvas de procedimento;
- ✓ Fazer o transporte acompanhado da equipe de enfermagem e/ou médica;
- ✓ Conduzir o paciente empurrando a cadeira de rodas, maca ou leito lentamente até o local desejado;
- ✓ Travar as rodas da cadeira de rodas, maca ou leito ao parar;
- ✓ Auxiliar a saída do paciente da cadeira de rodas, maca ou leito;

- ✓ Retirar luvas de procedimento.

Responsabilidade da enfermagem:

- ✓ Identificar o paciente;
- ✓ Orientar o paciente explicando a finalidade do procedimento e solicitar sua colaboração;
- ✓ Calçar luvas de procedimento;
- ✓ Verificar a permeabilidade de drenos, sondas, cateteres, soro e etc;
- ✓ Prender bolsas coletoras à tubulação da cadeira de rodas, maca ou leito;
- ✓ Certificar da acomodação do paciente na cadeira de rodas, maca ou leito:
mãos, braços, pernas e pés apoiados devidamente;
- ✓ Levantar as grades quando transportar em maca ou leito;
- ✓ Assegurar a integridade física do paciente e a necessidade de cobri-lo com lençol durante o transporte;
- ✓ Retirar luvas de procedimento.

DEFINIÇÃO

É a transferência do paciente de um local para o outro, utilizando-se de cadeira de rodas, maca ou leito, de acordo com a demanda e a necessidade do paciente.

OBSERVAÇÕES GERAIS

- ✓ Trave as portas vaivém, antes de ultrapassá-las;
- ✓ Certifique-se durante o transporte os drenos, sondas e soros estão bem fixados;
- ✓ Avalie o nível de consciência do paciente;
- ✓ Não deixe o paciente sozinho na cadeira de rodas ou maca;
- ✓ Atentar para o risco de queda / contusões.

POP 9 - VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO INVASIVA

OBJETIVO

Fornecer oxigênio por fluxo contínuo para pacientes apresentando desconforto respiratório.

PROCESSOS RELACIONADOS

- ✓ Cuidados Assistenciais Clínicos – Pediátrico;
- ✓ Cuidados Assistenciais de Enfermagem.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

EXECUTANTE

Médico / Enfermeiro

INDICAÇÃO E CONTRA-INDICAÇÃO

Indicação:

Hipoventilação pulmonar, expansibilidade torácica reduzida, sons pulmonares reduzidos ou abolidos, crepitações finais no final da inspiração, discinesia diafragmática, condições de imobilização, pós- operatório de cirurgia torácica ou abdominal alta, atelectasia pulmonar, presença de doença neuromuscular

comprometendo a musculatura respiratória e possibilidade de extubação precoce.

Contra-indicação:

Parada respiratória, Instabilidade cardiovascular, Paciente não-colaborador, pós-operatório recente de cirurgia facial, esofágica ou gástrica, Trauma / queimadura facial, Risco de aspiração / dificuldade de manipulação de secreções, Incapacidade de manter permeabilidade de vias aéreas, Alterações anatômicas da nasofaringe.

ORIENTAÇÃO AO PACIENTE PRÉ-PROCEDIMENTO

Informar ao paciente o procedimento a ser realizado conforme o nível de compreensão.

MATERIAL NECESSÁRIO

- ✓ Ventilador mecânico;
- ✓ Luvas de procedimento;
- ✓ Esparadrapo.

Máscaras nasais, oro-nasal e facial total Suportes de fixação das máscaras

Oxímetro de pulso

DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

Pré-procedimento

- ✓ Lavar as mãos;
- ✓ Explicar o procedimento a ser realizado e sua finalidade ao cliente;
- ✓ Paramentar-se com os EPI (máscara, avental, luvas de procedimento e óculos)
- ✓ Ligue o ventilador mecânico e certifique-se sobre os parâmetros para iniciar a

ventilação não invasiva. Ajuste os seguintes parâmetros:

Pressão de pico < 35 cm H₂O; Volume corrente 8 – 10 ml/kg;

PEEP – aposte em 5 cm H₂O (inicialmente), de modo que possibilite SatO₂ > 92%, com uma FiO₂ < 50%; Freqüência respiratória do aparelho = 0 (zero); PSV 10 – 20 cmH₂O; FiO₂ ≤ 50%.

- ✓ Ajustar alarmes de segurança; Back up de apnéia de 10 segundos;
- ✓ Reavaliar na primeira hora de aplicação.

Procedimento

Aproxime de maneira calma e cautelosa a máscara de encontro a face do

paciente, afim de evitar surpresas esensações de fobia.

Inicialmente não fixe a máscara com suporte (cabresto), pois essa atitude a princípio pode levá-lo a agonia. Deixe o paciente sentir segurança e conforto com o procedimento.

Estabeleça sempre que possível de maneira amigável o tempo de aplicação da VMNI, lembrando que esse tempo varia de acordo com o quadro clínico e objetivo principal da aplicação. Utilize o maior tempo possível,principalmente nas primeiras 24 horas.

Pós- procedimento

- ✓ Paciente que não apresentar melhora na primeira hora de uso raramente se beneficia com VMNI.Recompor o ambiente;
- ✓ Lavar as mãos;
- ✓ Realizar anotações de enfermagem.

PONTOS CRÍTICOS

Pacientes que não apresentam melhora na PRIMEIRA HORA de uso RARAMENTE vão beneficiar-se da VNI.

CUIDADOS PÓS – PROCEDIMENTOS

Piora das condições clínicas e/ou trocas gasosas, Aparecimento de qualquer um dos critérios listados como contra-indicação.

RESULTADOS ESPERADOS

Conforto para o paciente

REGISTRO

Registrar o procedimento no impresso de evolução de enfermagem e /ou via sistema.

OBSERVAÇÕES GERAIS

Não se aplica.

DEFINIÇÃO

Consiste na administração de oxigênio suplementar por máscara facial conectada ao ventilador mecânico.

POP 10- ATENDIMENTO AO PACIENTE VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL

OBJETIVO

Garantir atendimento a vítima que sofreu violência sexual para redução dos agravos, permitindo, assim, acesso imediato aos cuidados de saúde, à prevenção de doenças e gravidez indesejada.

PROCESSOS RELACIONADOS

Internação Obstétrica

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Materiais e Medicamentos

- ✓ Consultório, respeitando a privacidade da paciente;
- ✓ SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação).
- ✓ Medicamentos

Tarefas

Realizar classificação de risco

- Coletar histórico da vítima:

- ✓ Local, dia e hora aproximada da violência;

- ✓ Tipo de violência sofrida;
- ✓ Forma de constrangimento;
- ✓ Tipificação do número de autores;
- ✓ Órgão que realizou o encaminhamento;
- ✓ Realizar Classificação de Risco pelo ACCR Obstetrico;
- ✓ Encaminhar para atendimento médico pela equipe da Obstetria para a realização do exame físico e ginecológico, garantindo prioridade e privacidade;
- ✓ Providenciar a anticoncepção de emergência; Realizar profilaxia antiHIV;
- ✓ Providenciar profilaxia para DST's;
- ✓ Encaminhar para realizar profilaxia para anti hepatite B;
- ✓ Orientar a vítima à delegacia para lavrar a ocorrência, após atendimento;
- ✓ Fica a critério da delegacia encaminhar a vítima ao IML para submeter-se a exame pericial e coleta de material, após atendimento;
- ✓ Se necessário encaminhar para o atendimento psicológico ambulatorial;

- ✓ Orientar e encaminhar para unidade básica de atendimento para acompanhamento.

DEFINIÇÃO

Suspeita ou confirmação de violência.

Considera-se violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002). Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intra familiar, sexual, auto provocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extra familiar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.(SINAM/2015).

OBSERVAÇÕES GERAIS

Qualquer vítima de violência sexual do sexo feminino ao ser acolhida na Classificação de Emergência deverá ser encaminhada para o Atendimento Médico

pela Obstetria.

Anticoncepção de emergência: desnecessária se a mulher estiver usando método anticoncepcional eficaz. Realizar o quanto antes possível no limite de 5 dias;

Profilaxia para DSTs não virais: gonorréia, sífilis, infecção por clamídia, tricomoníase e cancro mole podem ser prevenidos com eficácia. Quando ocorrer uso de preservativo em todo o crime sexual, não se recomenda esta profilaxia. Para evitar o uso concomitante de diversas medicações que poderia levar a intolerância gástrica e baixa adesão, deve-se optar pela via parenteral para administrar antibióticos, os quais devem ser administrados no primeiro dia de atendimento. Pelo baixo impacto da tricomoníase na saúde da mulher e por apresentar reações adversas e interações significativas, a administração profilática de metronidazol é facultativa ou pode ser postergada.

Profilaxia para hepatites:

Vacinação

Mulheres imunizadas contra hepatite B, com esquema vacinal completo, não

necessitam de reforço ou do uso de imunoglobulina humana contra hepatite B (IGHAHB);

Mulheres não imunizadas ou que desconhecem seu status vacinal devem receber a primeira dose da vacina e completar o esquema posteriormente, considerando o intervalo de um e seis meses;

Mulheres com esquema vacinal incompleto devem completar as doses recomendadas;

A vacina deve ser aplicada no músculo deltóide (0, 1 e 6 meses após a violência sexual);

Imunoglobulina Humana Anti-Hepatite B (IGHAHB)

Receber dose única de IGHAHB 0,06 ml/kg em glúteos. Se o volume ultrapassar 5ml, deve-se dividir a aplicação em 2 áreas corporais diferentes. Pode ser administrada até 14 dias após a violência, embora seja recomendada nas primeiras 48 horas. A administração de IGHAHB está indicada para todas as mulheres em situação de violência sexual, não imunizadas, com esquema vacinal incompleto ou que desconhecem seu status vacinal;

A gravidez em qualquer idade gestacional, não contra indica a imunização para a hepatite B e nem a oferta de IGHAB;

Não deverão receber a imunoprofilaxia contra hepatite B: exposição repetida ao mesmo agressor, uso de preservativos.

Profilaxia anti-HIV

Recomenda quando violência sexual com penetração vaginal e/ou anal desprotegida com ejaculação sofrida há menos de 72 horas;

A profilaxia ARV do HIV deve ser considerada uma emergência e iniciada imediatamente após a violência, ainda nas primeiras 24 horas. O esquema deve ser mantido sem interrupção por quatro semanas consecutivas.

Atenção: Qualquer exposição é considerada agravo!

POP 11 - COLETA DE URINA PARA COLETA

OBJETIVO

-Detectar e identificar a presença de microorganismos patogênicos.

PROCESSOS RELACIONADOS

-Internação Obstétrica

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- ✓ Materiais e Medicamento 01 cuba rim ou bandeja; Álcool à 70%;
- ✓ Álcool glicerinado à 70%; Luvas de procedimento;
- ✓ Material para higiene genital, preferencialmente clorexidine degermante;
Etiqueta de identificação do material;
- ✓ 01 seringa de 20 ml estéril para coleta da urina, quando necessário;
- ✓ Agulha estéril para coleta de urina, quando necessário (preferencialmente agulha 30x7); -Material para cateterismo vesical intermitente, se necessário;
- ✓ Requisição do exame devidamente preenchido pelo profissional médico.
Tarefas;
- ✓ Ler o pedido de exame do paciente;
- ✓ Fazer a etiqueta de identificação do material contendo nome completo do paciente, registro, enfermaria, leito, data e hora da coleta;
- ✓ Realizar higienização das mãos com água e sabão; Separar uma bandeja ou cuba rim para o procedimento;
- ✓ Fazer desinfecção da bandeja com gaze embebida em álcool 70%;

unidirecional, repetindo o movimento trêsvezes e aguardando a secagem espontânea;

- ✓ Higienizar as mãos com álcool glicerinado 70%;
 - ✓ Separar o material para o procedimento, colocando-o na bandeja;
 - ✓ Colocar a etiqueta de identificação no frasco de coleta do material. Não colocar na tampa;Levar a bandeja até a unidade do paciente e colocá-la na mesa de cabeceira;
 - ✓ Checar os dados de identificação na pulseira do paciente; Avaliar a capacidade do paciente para realizar o procedimento;Orientar o paciente;
 - ✓ Promover privacidade;
 - ✓ Posicionar adequadamente o paciente para o procedimento;Higienizar as mãos com álcool glicerinado;
 - ✓ Calçar as luvas de procedimentos, se indicador;Realizar higiene genital;
 - ✓ Desprezar o primeiro jato de urina e fornecer o jato intermediário;
 - ✓ O paciente deve ser orientado a urinar diretamente no coletor de urina
- Desprezar o material utilizado nos locais apropriados;

- ✓ Realizar higienização das mãos com água e sabão;
- ✓ Realizar as anotações necessárias, incluindo as características da urina, assinando e carimbando o relato.

DEFINIÇÃO

Não se aplica

OBSERVAÇÕES GERAIS

O procedimento deve ser realizado com técnica asséptica, quando observar contaminação, repetir o procedimento com novo material.

Quando a amostra do material tiver uma quantidade insuficiente deve-se repetir o procedimento.

POP 12 - AFERIÇÃO DE SINAIS VITAIS

OBJETIVO

Verificar os sinais vitais (pulso, temperatura, frequência respiratória e pressão arterial), obtendo valores fidedignos para embasamento das ações de enfermagem, classificação de risco e condutas de enfermagem e médicas.

PROCESSOS RELACIONADOS

- ✓ Assistência Hemoterápica;
- ✓ Atendimento Ambulatorial Atendimento Cirúrgico;
- ✓ Atendimento em Emergência Adulto Atendimento em Emergência Obstétrico
Atendimento em Emergência Pediátrico Atendimento Neonatal;
- ✓ Diagnóstico por Imagem Internação Adulto Internação Obstétrica Internação
Pediátrica;
- ✓ Método Diagnósticos e Terapêuticos Método Endoscópicos e Videoscópicos
- ✓ Prevenção e Controle de Infecção Hospitalar Processamento de Materiais e
Esterilização;
- ✓ Processos Pré Analíticos, Analíticos e Pós Analíticos Terapia Dialítica;
- ✓ Tratamento Intensivo Adulto Tratamento Intensivo Pediátrico Triagem de
Doadores e Coleta.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

ATIVIDADES:

- ✓ Higienizar as mãos;
- ✓ Reunir o material; Identificar o paciente;
- ✓ Explicar ao paciente sobre o procedimento; Colocar o paciente em posição confortável.

AFERIÇÃO DE TEMPERATURA

- ✓ Realizar a desinfecção do termômetro com algodão embebido em álcool a 70% na direção da Ponta para o bulbo em movimento único;
- ✓ Secar a região axilar do cliente se necessário;
- ✓ Colocar o bulbo do termômetro na região axilar do cliente, dobrando seu braço sobre o peito;
- ✓ Manter o termômetro por 3 a 5 minutos ou até que seja emitido sinal sonoro do equipamento; Realizar a leitura da temperatura;
- ✓ Realizar a desinfecção do termômetro com álcool a 70% e guardá-lo em local adequado.

AFERIÇÃO DO PULSO

braquial, carótida, femoral, pediosa);

- ✓ Não pressionar o local da artéria, apenas apoiar os dedos para senti-la;
- ✓ Contar o pulso durante 1 minuto;
- ✓ Sinalizar em caso de eventuais anormalidades, tais como: arritmias, taquicardias, bradicardias entre outras anormalidades relacionadas ao pulso;
- ✓ Se necessário, aferir a frequência apical com estetoscópio posicionado acima do ápice do coração por um minuto.

AFERIÇÃO DA FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA

- ✓ Contar durante 1 minuto os movimentos respiratórios;
- ✓ Sinalizar em caso de eventuais anormalidades, tais como: assimetria, bradipnéia, taquipnéia, apnéia, entre outras anormalidades relacionadas à frequência respiratória.

AFERIÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL

- ✓ -Certificar-se de que o paciente não está:
- ✓ Com a bexiga cheia, se praticou exercícios físicos há pelo menos 60 Minutos,

ingeriu bebidas alcoólicas, café, alimentos ou fumou nos 30 minutos anteriores e nesses casos, deverá deixá-lo em repouso por 30 minutos;

Instruir o paciente a não conversar durante a medida;

- ✓ Posição do paciente: sentado, pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado e relaxado, braço na altura do coração (nível médio do esterno ou 4º espaço intercostal), apoiado, com a palma da mão voltado para cima e cotovelo ligeiramente fletido;
- ✓ Selecionar o manguito: Largura da bolsa de borracha 40% da circunferência do braço, Comprimento deve envolver pelo menos 80%;
- ✓ Posicionar a circunferência aproximadamente no meio do braço;
- ✓ Posicionar 2 a 3 cm acima da fossa cubital, Centralizar a parte compressiva do manguito sobre a artéria braquial e insuflar através do dispositivo apropriado;
- ✓ Posicionar o estetoscópio na altura da artéria braquial, na fossa cubital.
- ✓ Inflar 20 a 30 MMHG do nível estimado da sistólica e em seguida proceder à deflação;
- ✓ Determinar a sistólica pela ausculta do primeiro som (fase I de korotkoff);

- ✓ Determinar a pressão diastólica no desaparecimento dos sons (fase V de Korotkoff);
- ✓ Auscultar cerca de 20 a 30 MMHG abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento. Anotar valores da sistólica/diastólica.;
- ✓ Informar valores ao paciente, registrar e realizar desinfecção do estetoscópio.

DEFINIÇÃO

Os sinais vitais (SSVV) são indicadores do estado de saúde e da garantia das funções circulatórias, respiratória, neural e endócrina do corpo. Podem servir como mecanismos de comunicação universal sobre o estado do paciente e da gravidade da doença.

OBSERVAÇÕES GERAIS

Não se aplica

POP 13 - COLETA DE SANGUE VENOSO

OBJETIVO

-Coleta de amostra de sangue para avaliação laboratorial.

PROCESSOS RELACIONADOS

- ✓ Atendimento em Emergência Adulto Atendimento em Emergência Obstétrico
Atendimento em Emergência PediátricoAtendimento Neonatal;
- ✓ Internação Adulto Internação ObstétricaInternação Pediátrica;
- ✓ Processos Pré Analíticos, Analíticos e Pós AnalíticosSegurança do Paciente;
- ✓ Tratamento Intensivo Adulto Tratamento Intensivo Pediátrico Triagem de
Doadores e Coleta.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Materiais e Medicamentos

- ✓ Bandeja
- ✓ Luvas de procedimento não estéril;Cateter intravenoso;
- ✓ Bolas de algodão embebidas em álcool a 70%;Garrote;
- ✓ Uma gaze;
- ✓ Equipamentos de proteção individual Curativo

transparente/micropore/esparadrapo;

- ✓ Cateter ou sistema a vácuo (suporte e agulha descartável) Pinça para desconexão de agulha ou material compatível Tubos para coleta;
- ✓ Grade ou recipiente para acondicionamento dos tubos Requisição dos exames;
- ✓ Etiquetas para identificação dos tubos ações e complicações (hematoma e equimose)Vasos mais calibroso;
- ✓ Local de maior conforto e segurança;
- ✓ Evitar locais com possíveis fatores de risco (cateteres pré-existentes, deformidade anatômica);
- ✓ É proibida a punção de membros com esvaziamento ganglionar (mastectomizadas) , fístula arterio-venosa e veia esclerosada.

Tarefas

- ✓ Explicar o procedimento ao paciente;
- ✓ Identificar o paciente e os exames solicitados, proceder à identificação dos tubos
- ✓ Calçar luvas de procedimento;

- ✓ Garrotear 5 cm acima do local de coleta, pedir ao paciente para fechar a mão e escolher a veia mais proeminente apalpando-a (mediana, basílica, cefálica);
- ✓ Fazer a assepsia, esperar secar, fixar a veia (distendendo a pele do paciente).
Introduzir a agulha de uma só vez atingindo o interior da veia;
- ✓ Pedir a paciente para abrir a mão e colher o volume desejado. Soltar o garrote e só depois retirar a agulha;
- ✓ Fazer compressão com o algodão distribuir o sangue nos frascos adequados;
- ✓ Homogeneizar o tubo por inversão de 5 a 8 vezes suavemente, mantendo o tubo em posição vertical por 30 minutos em grade para acondicionamento;
- ✓ Desprezar o material adequadamente;
- ✓ Encaminhar as amostras de acordo com os fluxos estabelecidos.

A ordem nos casos de coleta à vácuo:

- ✓ Tubo com gel (Bioquímica);
- ✓ Tubo com anticoagulante (roxo)3- tubo com citrato (azul).

DEFINIÇÃO

Não se aplica

OBSERVAÇÕES GERAIS

- Coletar amostra de sangue para:

- ✓ Determinar compatibilidade de grupo e fatores sanguíneos;
- ✓ Obter material para análise bioquímica hormonal e hematológica;
- ✓ Realizar dosagem sérica de drogas;
- ✓ Auxiliar no diagnóstico e avaliar a terapêutica implementada.

POP 14 - TROCA DA BOLSA DE COLOSTOMIA

OBJETIVO

- ✓ Controlar o débito da drenagem e proteger a pele contra a ação dos sucos digestivos;
- ✓ Possibilitar a drenagem do conteúdo intestinal e criar uma ostomia para controlar os sintomas e tratar ou evitar as complicações.

PROCESSOS RELACIONADOS

- ✓ Atendimento Cirúrgico Atendimento em Emergência Adulto;
- ✓ Cuidados Assistenciais de Enfermagem Tratamento Intensivo Adulto.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Material:

- ✓ Kit de bolsa de colostomia; Luva estéril;
- ✓ Máscara;
- ✓ Soro fisiológico 0,9%; Pacotes de gaze; Biombo

Ação:

- ✓ Higienizar as mãos;
- ✓ Reunir o material na bandeja, colocar o carro de curativos e leva-lo ao quarto do paciente; Confirmar o paciente e o procedimento a ser realizado;
- ✓ Explicar o procedimento ao paciente;
- ✓ Promover a privacidade do paciente, colocando o bímbo e/ou fechando a porta do quarto; Higienizar as mãos;

- ✓ Posicionar o paciente em decúbito dorsal;
- ✓ Colocar a máscara e calce as luvas de procedimento; Esvazear a bolsa, se houver fezes, em comadre;
- ✓ Remover a bolsa coletora, descolando uma pequena parte do adesivo na parte superior. Ampare a pele com gaze umedecida com água morna e descole suavemente o adesivo e a barreira protetora de cima para baixo; Descarte o material em lixeira de saco branco;
- ✓ Limpar o estoma e a pele ao redor com gaze umedecida em água morna e sabonete, removendo todas as fezes e resíduos de placa da pele;
- ✓ Secar toda área da pele, ao redor do estoma;
- ✓ Aparar os pêlos, em pele próxima ao estoma, utilizando tesoura ou tricomatizador, se necessário;
- ✓ Medir o estoma com escala de medição de estoma, régua ou faça um molde, colocando um plástico sobre o estoma, desenhando seu contorno;
- ✓ Desenhar o molde, da medida do estoma sobre o papel protetor da placa adesiva;
- ✓ No sistema coletor de 1 peça, afaste a parte plástica da bolsa da placa adesiva,

- ✓ Recortar a placa adesiva de acordo com o desenho do molde;Retirar o papel que protege a barreira;
- ✓ Coletor de 1 peça: Ajustar a placa ao estoma, segurando-a pela borda da barreira ou adesivo. Se houver a partedrenável da bolsa, deve estar voltada para os pés (em pacientes que deambulam) ou voltada para o flanco do mesmo lado do estoma ou em sentido diagonal (em pacientes acamados);
- ✓ Coletor de 2 peças: Ajustar a placa ao estoma, segurando -a pela borda da barreira ou adesivo, se houver. Deve-se encaixar a sobre o flange da placa , segurando-a pela pestana com a abertura voltada para os pés (empacientes que deambulam) ou voltada para o flanco do mesmo lado do estoma ou em sentido diagonal (em pacientes acamados), fazendo pressão sobre o aro da bolsa coletora e a flange da placa. Na flange flutuante,coloca-se os dedos sob esta e ospolegares sobre o aro da bolsa para finalizar o encaixe da bolsa na placa.
- ✓ Fazer pressao suave sobre a placa adesiva para melhor aderir a pele;
- ✓ Retirar o papel que protege o adesivo microporoso, se houver e faça leve pressão sobre este, para melhor aderir à pele;

extremidade desta sobre a haste interna da presilha;

- ✓ Deixar o paciente confortável;
- ✓ Recolher o material do quarto, mantendo a unidade organizada;
- ✓ Encaminhar o material permanente e os resíduos para o expurgo, descartando - os adequadamente; Lavar a bandeja com água e sabão, seque com papel toalha e aplique álcool 70;
- ✓ Higienizar as mãos;
- ✓ Checar a prescrição de enfermagem e anotar o procedimento realizado registrando o aspecto do estoma, pele ao redor e do efluente drenado no espaço de anotação de enfermagem na prescrição de enfermagem.

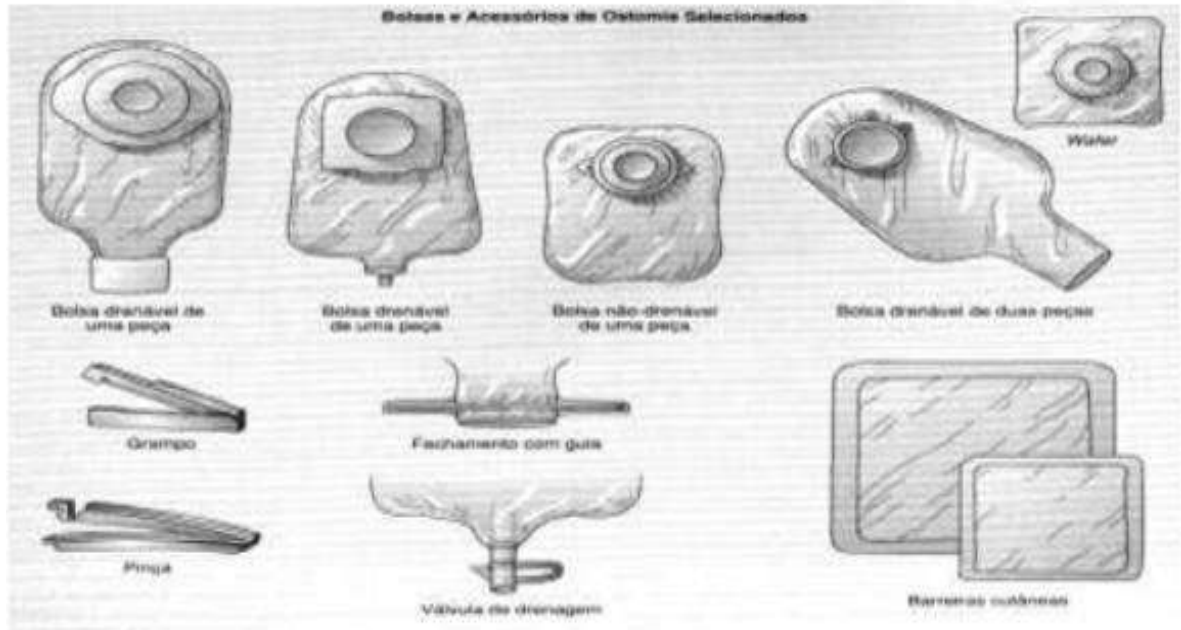
DEFINIÇÃO

A colostomia é uma abertura cirúrgica do cólon, permanente ou transitória, através da parede abdominal.

OBSERVAÇÕES GERAIS

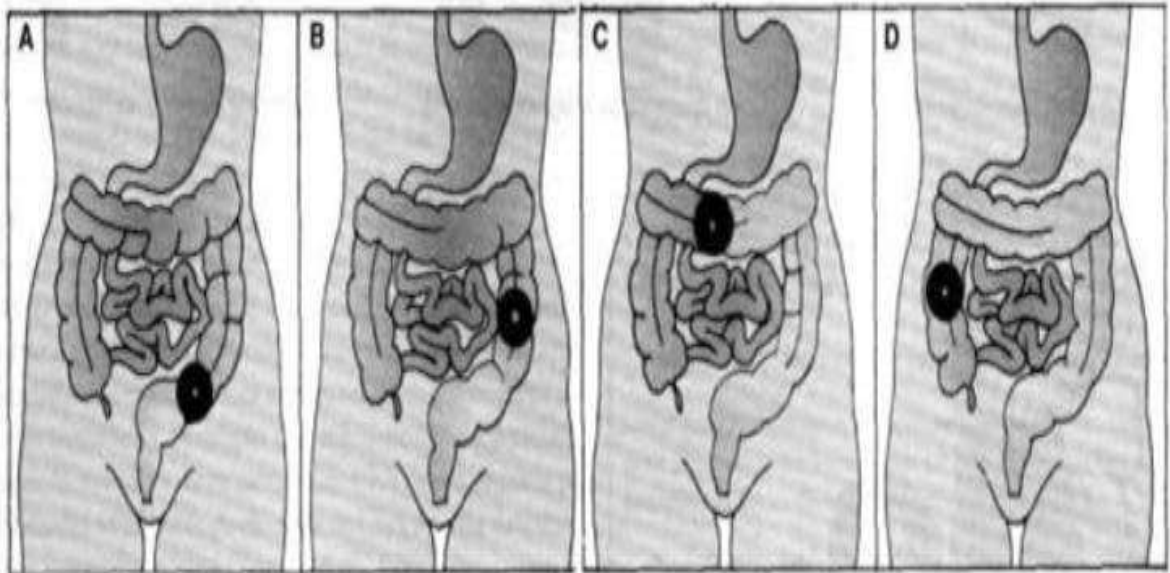
Deve ser estabelecido um esquema regular para trocar a bolsa, antes que ocorra o vazamento. Trocar um dispositivo de colostomia é necessário para evitar o

extravasamento.



São necessários cuidados com o estoma para manter os tecidos saudáveis, pois a região em torno da abertura fica em contato com fezes líquidas ou semilíquidas. O paciente com colostomia não tem controle esfinteriano.

No estômago, pode haver problemas de: vazamento, odor desagradável e irritação da área circunjacente. Há vários locais comuns de colostomia, variando de acordo com a porção ressecada do intestino:



Com uma colostomia de sigmóide (A), as fezes são sólidas. Com uma colostomia descendente (B), as fezes são formadas. Com uma colostomia transversa (C), as fezes são semi líquidas. Com uma colostomia ascendente (D), as fezes são líquidas.

Complicações:

Ao realizar a troca da bolsa, deve-se estar sempre atento a possíveis complicações como: necrose, dermatite periestomal, edema, infecção, hemorragia, retração, colapso e distensão abdominal, bem como parada de eliminação de flatos e conteúdo intestinal.

Aplicação da Bolsa de Colostomia tem por finalidade: Controlar o débito da drenagem; e proteger a pele contra a ação dos sucos digestivos.

A bolsa deve ser trocada sempre que houver saturação da barreira protetora de pele ao redor do estoma (placa começa a descolar da pele);

Nunca esperar que a bolsa descole ou apresente vazamento;

O esvaziamento da bolsa devem ser realizados, sempre que as fezes ocupem um terço da capacidade da bolsa; Para o procedimento não é necessário material e técnica estéreis. Utilizar preferencialmente material não estéril;

A troca da bolsa coletora deve ser realizada distante dos horários das refeições;

Durante a higienização, remova todo o resíduo de sabonete na pele evitando assim, dermatite química. Não utilize antissépticos ou solventes na pele ao redor do estoma;

Não utilize lâmina de barbear tipo gilette, para remoção de pêlos, pois tal ação predispõe a formação de foliculite.

Seque bem a pele próxima ao estoma, pois a placa não tem boa aderência em pele úmida, além de evitar amaceração.

O estoma encontra-se edemaciado nas primeiras 6 a 8 semanas de formação, regredindo do tamanho após esse período;

O recorte da placa não deve ultrapassar 3 mm entre o estoma e a placa adesiva de bolsa coletora, evitando assim o contato com as fezes na pele;

Barreira protetora de pele em pó deve ser usada em presença de lesão de pele exsudativa ao redor do estoma (dermatites) para permitir adesão do dispositivo

coletor.

Barreira de pele em pasta pode ser usada para corrigir irregularidade da pele e em casos nos quais a aderência do dispositivo é dificultada por complicações da pele ou estoma, ou por localização inadequada.

O suporte de alça (dispositivo que permanece até décimo dia do pós-operatório em estoma em alça) deve ser acomodado dentro da bolsa coletora. Atentar para que a barreira não seja colocada sobre o suporte.

A fístula mucosa (boca distal em estomas em bocas separadas) deve ser protegida com gaze umedecida, não há necessidade de adaptação de bolsa coletora

POP 15 - PUNÇÃO VENOSA PERIFÉRICA

OBJETIVO

Proporcionar acesso venoso periférico para administração de drogas, reposição de volume e hemoderivados, sendo o último realizado apenas em unidades de referência.

PROCESSOS RELACIONADOS

- ✓ Cuidados Assistenciais de Enfermagem;
- ✓ Segurança do Paciente.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Material/Equipamentos a ser utilizado:

- ✓ Bandeja;
- ✓ Dispositivo intravenoso, compatível com o acesso venoso do paciente:
 Agulhado (scalp) ou sobre agulha (jelco);
- ✓ Garrote;
- ✓ Gaze ou bolas de algodão;
- ✓ Luva de procedimento;
- ✓ Solução anti-séptica álcool a 70% ou clorexidina solução alcoólica (0,5%);
- ✓ Adesivo para fixação do cateter (indica-se em ordem preferencial o
 curativo transparentesemipermeável estéril, micropore e esparadrapo);
- ✓ Foco de luz (opcional);
- ✓ Oleado (opcional);
- ✓ Tala (evitar);
- ✓ Tesoura;
- ✓ Sabão líquido e papel toalha;

- ✓ Equipamento de proteção individual (máscara cirúrgica, óculos de proteção e luva de procedimento);
- ✓ Extensor de 20 cm (ou polifix preferencialmente de duas vias infantil);
- ✓ Seringa de 10 mL;
- ✓ 01 flaconete de soro fisiológico a 0,9%.

Descrição Técnica

- ✓ Ler a prescrição médica;
- ✓ Higienizar as mãos com água e sabão;
- ✓ Separar o material necessário;
- ✓ Realizar a desinfecção da bandeja ou cuba rim com álcool a 70%;
- ✓ Realizar a higienização das mãos com álcool a 70% glicerinado;
- ✓ Preparar o material, preencher o extensor com soro fisiológico e manter seringa com a solução acoplada;
- ✓ Apresentar-se ao paciente e acompanhante;
- ✓ Checar a identificação do paciente;
- ✓ Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;

- ✓ Posicionar o paciente em decúbito dorsal de modo confortável, com a área de punção exposta e sobreum protetor impermeável (preferencialmente);
- ✓ Inspeccionar e palpar a rede venosa dando preferência as veias mais proeminentes, firmes e menos tortuosas, priorizando a porção distal em sentido ascendente. Pode ser necessário garrotear o membro para facilitar a visualização da rede venosa. O garroteamento deve impedir o retorno venoso, mas não deve ocluir o fluxo arterial, é importante controlar o tempo do garroteamento e quando necessário soltar o garroteamento temporariamente;
- ✓ Colocar os equipamentos de proteção individual: a máscara cirúrgica e óculos de proteção;
- ✓ Higienizar as mãos com álcool glicerinado;
- ✓ Calçar as luvas de procedimento;
- ✓ Abrir a embalagem do cateter de forma estéril, deixando-o protegido;
- ✓ Garrotear o local para melhor visualizar a veia, 4 a 6 polegadas (10 a 15 cm) acima do local de inserção proposto;

- ✓ Realizar punção com o cateter escolhido, sempre com o bisel voltado para cima, introduzir a agulha no ângulo de 30 a 45;
- ✓ Ao visualizar o refluxo sanguíneo, estabilize o cateter com uma mão e solte o garroteamento com a outra mão. Aplique uma leve pressão com o dedo médio da mão não dominante 3 cm acima do local de inserção;
- ✓ Retirar o guia do dispositivo sobre agulha (jelco);
- ✓ Acoplar o polifix preenchido com solução fisiológica à 0,9% conjugado à seringa ao cateter;
- ✓ Testar o fluxo do acesso venoso, injetando solução fisiológica a 0,9%. Quando observar infiltração do acesso ou obstrução total do cateter, remover o cateter e repetir novo procedimento, com outro dispositivo;
- ✓ Salinizar o acesso com solução fisiológica a 0,9% e fechar o extensor. Caso seja indicado, conectar a hidratação venosa;
- ✓ Realizar fixação adequada com adesivo disponível;
- ✓ Identificar a punção: data, tipo/nº do dispositivo, hora do procedimento, nome e registro do profissional;

- ✓ Recolher o material, descartando os perfurantes em recipiente adequado.

Deixar o ambiente em ordem;

- ✓ Retirar as luvas;
- ✓ Higienizar as mãos com água e sabão;
- ✓ Realizar as anotações do procedimento, assinando e carimbando o relato.

OBSERVAÇÕES GERAIS

Indicação:

Administração de líquidos, medicamentos e para manutenção do acesso venoso no paciente. O acesso venoso periférico pode ser utilizado também para coleta de sangue para exames, apenas na primeira punção, e para a administração de hemoderivados e hemocomponentes, entretanto o paciente deve ser transferido para unidade de referência para realizá-lo.

Contra-indicação

- ✓ Absoluta: fístula arteriovenosa, esvaziamento ganglionar (mastectomia),
veia esclerosada
- ✓ Relativa: braço ou mão edemaciado ou que apresentem algum tipo de

comprometimento, presença de queimadura, plegias no membro a ser punccionado e área de fossa cubital.

- ✓ Os locais preferidos para a punção venosa periférica são as veias cefálicas e basílicas no antebraço; os locais que devem ser evitados são as veias da perna e do pé, por causa do maior risco de tromboflebite e infecção. As veias antecubitais podem ser utilizadas se não existir outro acesso venoso disponível;
- ✓ As venopunções subsequentes não devem ser realizadas próxima a uma veia previamente utilizada, ou lesionada;
- ✓ Ao perfurar a veia deve-se inserir o cateter por método direto (diretamente sobre a veia) para agulha de pequeno calibre, veias frágeis e ou tortas devem ser evitadas. O método indireto (na pele ao longo do lado da veia inserindo o cateter em seu ponto distal) pode ser usado em todas as punções;
- ✓ Pode-se proteger a área do garroteamento com gaze não estéril ou tecido fino (ex. manga da camisola) para proteção da pele frágil em pacientes pediátricos;

- ✓ Os últimos estudos científicos preconizam o uso de coberturas estéreis com membrana transparente semipermeável, quando não possível indica-se o uso do micropore;
- ✓ Quando utilizada cobertura não impermeável deve-se proteger o sítio de inserção do cateter com plástico durante o banho;
- ✓ Deve-se escolher um local de punção que não interfira nas atividades diárias do paciente ou procedimentos planejados, como exemplo preservar o membro com plegia para a realização da fisioterapia motora em pacientes hemiplégicos;
- ✓ Investigar a presença de alergia ao látex do cliente;
- ✓ O uso de cateter com agulha de aço deve ser limitado à administração de dose única e coleta de amostrade sangue para análise clínica;
- ✓ Quando utilizado o cateter com agulha de aço não é necessário do uso de extensor. De acordo com recomendações da ANVISA (2010) deve-se trocar o dispositivo em até 96 horas;

- ✓ Em pacientes pediátricos os cateteres não devem ser trocados rotineiramente e devem permanecer até completar a terapia intravenosa, a menos que indicado clinicamente (flebite ou infiltração);
- ✓ Sempre que possível, indica-se cateteres periféricos providos de sistema de segurança para prevenir acidentes;
- ✓ Durante a escolha da veia, não faça uso de fricção vigorosa ou de múltiplas “batidinhas” para dilatar a veia. Isto pode causar hematoma e/ou constrição venosa, especialmente em crianças;
- ✓ Para promover a distensão venosa pode-se massagear a extremidade da região distal para a proximal (abaixo do local proposto para a punção venosa) e aplicar aquecimento à extremidade por alguns minutos (compressa morna);
- ✓ Deve-se monitorar diariamente o acesso venoso periférico, a fim de avaliar a presença de infecção no sítio de inserção do cateter.

Preconiza-se a utilização da escala de flebite da INS (Infusion Nursing Society / 2006):

GRAU	SINAIS CLÍNICOS
0	Sem sinais clínicos
1	Presença de eritema, com ou sem dor local
2	Presença de dor, com eritema e ou edema, com endurecimento e cordão fibroso palpável
3	Presença de dor, com eritema e ou edema, com endurecimento cordão fibroso palpável maior que 2,5cm de comprimento, drenagem purulenta

Escala de infiltração e extravasamento (INS, 2006):

GRAU	SINAIS CLINICOS
0	Sem sinais clínicos
1	Pele fria e pálida, edema menor que 2,5cm em qualquer direção, com ou sem dor local
2	Pele fria e pálida, edema entre 2,5 cm e 15 cm em qualquer direção, com ou sem dor local.
3	Pele fria, pálida e translúcida, edema maior que 15 cm em qualquer direção, dor local variando de média a moderada possível diminuição da sensibilidade.
4	Pele fria, pálida, translúcida, edema maior que 15 cm em qualquer direção, dor local variando de moderada a severa, diminuição da sensibilidade, comprometimento circulatório. Ocorre na infiltração de derivados sanguíneos, substâncias irritantes ou vesicantes

DEFINIÇÃO

Consiste na introdução de um cateter venoso na luz de uma veia superficial, de preferência de grande calibre. Envolve a seleção de um dispositivo para venopunção e um local de inserção dependendo do tipo de solução a ser utilizada; da frequência e duração da infusão, da localização de veias acessíveis; da idade e do estado da criança; e, sempre que possível, serão levadas em consideração as preferências da criança.

POP 16 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO POR VIA PERCUTÂNEA (SC, ID, IM)

OBJETIVO

Administração percutânea de medicamentos, conforme prescrição médica de acordo com o tratamento do paciente.

PROCESSOS RELACIONADOS

Atendimento em Emergência Adulto
Atendimento em Emergência Obstétrico
Atendimento em Emergência Pediátrica

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Materiais e

Medicamentos:

- ✓ Prescrição médica legível; Bandeja ou cuba rim não estéril; Medicamento preparado;
- ✓ Luva de procedimento Gaze não estéril;
- ✓ Almotolia com álcool a 70%;
- ✓ Almotolia com álcool a 70% glicerinado;
- ✓ Equipamentos de proteção individual (gorro, máscara cirúrgica, óculos de proteção);, Caixa para descarte de material perfuro cortante;
- ✓ Agulha Seringa.

Tarefas:

- ✓ Ler a prescrição do paciente
- ✓ Separar uma bandeja ou cuba rim para o procedimento;
- ✓ Fazer desinfecção da bandeja com gaze embebida em álcool 70%, unidirecional, repetindo o movimento três vezes e aguardando a secagem espontânea;
- ✓ Higienizar as mãos com álcool a 70% glicerinado; 5.Separar o medicamento preparado anteriormente; 6.Acrescentar identificação em medicamento

preparado;

- ✓ Checar duas vezes a medicação (dose, via de administração, diluição, volume);
- ✓ Certificar-se da agulha adequada para realizar a administração, de acordo com a via prescrita e o paciente;
- ✓ Promover privacidade;
- ✓ Posicionar adequadamente o paciente para o procedimento;
- ✓ Higienizar as mãos com álcool 70% glicerinado;
- ✓ Colocar equipamentos de proteção individual: o gorro, a máscara cirúrgica, óculos de proteção e as luvas de procedimento;
- ✓ Realizar antissepsia da pele com álcool a 70% onde será administrada a medicação;
- ✓ Introduzir a seringa do medicamento com agulha, colocando o bisel lateralizado e utilizando o ângulo indicado para cada via de administração;
- ✓ Aspirar o líquido para certificar-se da ausência de vasos, quando administração for por via IM;
- ✓ Aplicar o conteúdo da seringa lentamente no local adequado;
- ✓ Retirar a seringa com agulha do local de aplicação, descartando-a no coletor perfurocortante sem desconectar o conjunto;
- ✓ Desprezar os demais materiais utilizados em local apropriado;
- ✓ 19. Retirar a luva de procedimento;

- ✓ Realizar a higienização das mãos com álcool glicerinado à 70%;
- ✓ Realizar as anotações necessárias, incluindo o medicamento administrado, a dose, a via (o local de administração), a data, o horário administrado e assinatura/matricula (carimbo c/COREN) do responsável pela execução do procedimento.

DEFINIÇÃO

OBSERVAÇÕES GERAIS

Contra indicações:

- ✓ Presença de lesão ou edema na área de administração do medicamento, presença de fístula arterio-venosa, quantidade reduzida de massa muscular e plaquetopenia.
- ✓ Atentar para os 9 certos (paciente certo, medicamento certo, dose certa, via de administração certa, horário certo, registro certo, devolução certa, orientação e informação certa ao paciente, compatibilidade certa);
- ✓ Os sinais vitais do paciente devem ser verificados antes da administração de medicamentos que possam afetá-los (ex: Antiarrítmicos, betabloqueadores,

digitálicos, hipotensores, entre outros);

- ✓ Registrar as reações adversas que sobrevierem no prontuário e prescrição (farmacovigilância); 4. Atentar para alergias do paciente, destacando no prontuário e prescrição;
- ✓ Recomendação específica para cada uma das vias percutâneas:

INJEÇÕES SUBCUTÂNEAS

Aplicação de medicamentos no tecido conjuntivo frouxo sob a derme, sendo que, a absorção do medicamento é realizada de forma lenta em comparação com a via intramuscular, em decorrência da menor quantidade de fluxo sanguíneo. Não é necessário aspirar após introduzir a seringa no local de administração do medicamento devido a pequena quantidade de vasos sanguíneos.

É recomendada a administração de pequenas doses de medicamentos hidrossolúveis, em decorrência do tecido ser sensível a soluções irritantes e grandes volumes de medicamentos. O volume a ser infundido não deve ultrapassar a 2 ml.

O peso corporal do paciente deve ser avaliado na escolha da agulha e do ângulo de inserção do medicamento; Recomenda-se o uso de seringas de 1 a 3 ml com agulha

25X7 com o ângulo de 45° ou para paciente com um peso médio pode ser utilizado a agulha 13X4,5 inserindo-a em um ângulo de 90°.

As regiões indicadas para injeções subcutâneas são: face posterior externa do braço, o abdome desde abaixo das margens costais até as cristas ilíacas, e as faces anteriores das coxas. Outros locais alternativos incluem as áreas escapulares das costas e as regiões glúteas ventrais ou dorsais superiores.

POP 17 - ADMINISTRAÇÃO DE OXIGÊNIO – CATETER NASAL E MÁSCARADE OXIGÊNIO

OBJETIVO

- ✓ Fornecer concentração adicional de oxigênio para facilitar adequada oxigenação tecidual.
- ✓ Promover a umidificação das secreções das vias aéreas, facilitar expectoração e promover broncodilatação.

PROCESSOS RELACIONADOS

Atendimento em

Emergência Adulto;

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Materiais e Medicamentos:

- ✓ Fonte de oxigênio (unidade fixa na parede e/ou cilindro);
- ✓ 01 bandeja e/ou cuba rim;
- ✓ 01 fluxômetro de O₂;
- ✓ 01 umidificador ou 01 macronebulizador completo;
- ✓ Almotolia com álcool a 70%;
- ✓ 01 conexão de látex;
- ✓ 01 frasco de água destilada 250 ml;
- ✓ Cateter nasal ou máscara de oxigênio compatível com o paciente;
- ✓ Gaze não estéril;
- ✓ Esparadrapo e/ou micropore;
- ✓ Luvas de procedimento;
- ✓ Lubrificante hidrossolúvel.

Tarefas:

- ✓ Ler a prescrição do paciente;
- ✓ Realizar higienização das mãos com água e sabão;
- ✓ Separar uma bandeja ou cuba rim para o procedimento;
- ✓ Fazer desinfecção da bandeja com gaze embebida em álcool 70%, unidirecional, repetindo o movimento três vezes e aguardando a secagem espontânea;
- ✓ Higienizar as mãos com álcool glicerinado 70%;
- ✓ Separar o material para o procedimento, colocando-o na bandeja;
- ✓ Preparar o umidificador, colocando água destilada entre os níveis mínimo e máximo;
- ✓ Orientar o paciente;
- ✓ Posicionar adequadamente o paciente para o procedimento.
- ✓ Higienizar as mãos com álcool glicerinado;
- ✓ Calçar as luvas de procedimentos;
- ✓ Avaliar os sinais de hipóxia e presença de secreção em vias aéreas, aspirando-o se necessário.
- ✓ Instalar oximetria de pulso, registrando o resultado inicial, se disponível;

- ✓ Elevar a cabeceira do leito do paciente entre 30° a 45° ;
- ✓ Instalar o fluxômetro na fonte de O2 e realizar o teste de funcionamento;
- ✓ Conectar o umidificador ao fluxômetro;
- ✓ Colocar o cateter nasal ou máscara de oxigênio.

Cateter Nasal (nasofaringe):

- ✓ Medir a distância do cateter entre a ponta do nariz e o lóbulo da orelha, identificando com esparadrapo para saber até que ponto o cateter será introduzido;
- ✓ Lubrificar a ponta do cateter, antes da introdução, com lubrificante hidrossolúvel;
- ✓ Introduzir o cateter nasal até local marcado;
- ✓ Fixar o cateter com esparadrapo e/ou micropore sobre a testa ou face do paciente, garantindo que o mesmo se sinta confortável.

Máscara de Oxigênio

- ✓ Colocar a máscara sob o nariz, a boca e o queixo;
- ✓ Puxar a faixa elástica para trás da cabeça e do pescoço e ajustá-la na lateral

da face, até o ajuste confortável ao
rosto e boca do paciente;

- ✓ Conectar o cateter ou máscara na extensão do umificador;
- ✓ Ajustar o volume de litros de O₂ conforme prescrição médica;
- ✓ Desprezar o material utilizado nos locais apropriados;
- ✓ Na ausência do médico e/ou prescrição médica ofertar até 41/ min;
- ✓ Realizar higienização das mãos;
- ✓ Realizar as anotações necessárias, assinando e carimbando o relato no prontuário do paciente.

DEFINIÇÃO

Administração de oxigênio, a uma pressão maior que a encontrada no ar ambiente, para aliviar e/ou impedir hipóxia tecidual.

OBSERVAÇÕES GERAIS

- ✓ Inserir o cateter sem forçar e, em caso de resistência não prosseguir;
- ✓ Proceder à troca do cateter de narina a cada 12 horas, se o oxigênio for contínuo, evitando ferimentos na mucosa nasal e obstrução do cateter por secreção;

- ✓ Avaliar os efeitos da oxigenioterapia em cada paciente. O oxigênio é uma medicação e tem efeitos colaterais perigosos como atelectasia e toxicidade do oxigênio;
- ✓ Trocar a água do umidificador de seis em seis horas ou sempre que necessário, desprezando toda a água residual do copo umidificador;
- ✓ Nunca completar o reservatório, aproveitando a quantidade de água que esteja no umidificador; Trocar o sistema de máscara de O₂ a cada 24 horas.

POP 18 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

OBJETIVO

Padronizar condutas relacionadas às técnicas de aplicação de medicamentos por vias endovenosa, auricular, nasal, retal, intramuscular, intradérmica, ocular, oral, tópica e subcutânea; Relacionar os procedimentos necessários para a administração de medicamentos; Melhorar a segurança do cliente, minimizando erros na administração de medicamentos; Fornecer subsídios para implementação e acompanhamento da terapêutica medicamentosa.

PROCESSOS RELACIONADOS

- ✓ Cuidados Assistenciais de Enfermagem;
- ✓ Cuidados Assistenciais Clínicos – Pediátricos.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO VIA ENDOVENOSA

Descrição do procedimento:

Material

- ✓ Seringa (de acordo com a quantidade de medicação a ser preparada);
- ✓ Agulha 40x12 (diluição) e 30x7 ou 25x7 (aplicação);
- ✓ Fita crepe para identificação;
- ✓ Bandeja;
- ✓ Algodão;
- ✓ Álcool;
- ✓ Luvas de procedimento;
- ✓ Medicamento prescrito;
- ✓ Prescrição médica.

PROCEDIMENTO

- ✓ Lavar as mãos;
- ✓ Checar medicação prescrita, data, dose, via, nome do paciente;
- ✓ Selecionar a ampola ou frasco, observando nome, validade, alteração de cor e presença de resíduos;
- ✓ Escolher seringa de acordo com a quantidade de líquidos a ser administrado;
- ✓ Fazer o rótulo do medicamento contendo: nome do cliente, número do leito (se for o caso), nome do medicamento, dose, via e horário;
- ✓ Lavar as mãos;
- ✓ Instalar os EPI's;
- ✓ Fazer assepsia nas ampolas com auxílio do algodão e álcool 70%;
- ✓ Abrir a seringa e conectar a agulha 40x12;
- ✓ Preparar medicação, conforme técnica descrita;
- ✓ Realizar a substituição da agulha;
- ✓ Confirmar a identificação do paciente na pulseira de identificação, na prescrição médica e no rótulo do medicamento/ hemocomponente

- ✓ Explicar ao paciente o procedimento que será realizado;
- ✓ Calçar as luvas;
- ✓ Realizar antissepsia do conector do dispositivo;
- ✓ Posicionar seringa;
- ✓ Administrar a medicação lentamente, observando o retorno venoso, o paciente e as reações apresentadas;
- ✓ Retirar a seringa e colocar na bandeja o material a ser descartado - Nunca reencapar a agulha utilizada;
- ✓ Descartar material de acordo com a rotina de gerenciamento de resíduos.
- ✓ Retirar as luvas;
- ✓ Lavar as mãos;
- ✓ Realizar anotação de enfermagem no prontuário do cliente ou via sistema.

Atenção!

Em pediatria, faz se necessário a confirmação do nome do acompanhante (Genitora, Genitor e etc.) antes da administração de medicamentos e prestação de cuidados gerais.

Observar a ocorrência de:

- ✓ Hematomas;
- ✓ Flebites;
- ✓ Choques pirogênicos;
- ✓ Soroma.

Via Auricular

Material

- ✓ Bandeja de inox;
- ✓ Medicação a ser administrada;
- ✓ Pacote de gaze estéril;
- ✓ Luvas de procedimentos.

PRODEDIMENTO

- ✓ Lavar as mãos;
- ✓ Checar medicação prescrita, data, dose, via, nome do paciente;
- ✓ Reunir o material e levar ao leito do cliente;
- ✓ Checar a pulseira de identificação do paciente, prescrição médica e rótulo do medicamento;
- ✓ Orientar o cliente e/ou o acompanhamento sobre o que será feito;
- ✓ Calçar as luvas de procedimento;
- ✓ Colocar o cliente em decúbito dorsal com a cabeça lateralizada, deixando para cima o ouvido quereceberá a medicação;
- ✓ Com a mão não-dominante, puxar suavemente a aurícula para cima e para trás (para maiores de 3anos) e para baixo para trás (para menores de 3 anos);
- ✓ Descansar o punho da mão dominante do lado da face do cliente próximo a área temporal, gotear onumero receitado de gotas no canal do ouvido sem tocar este com o frasco;
- ✓ Soltar o ouvido e remover o excesso de medicação ao redor do mesmo com a compressa de gazeestéril;

- ✓ Retirar as luvas e desprezá-las;
- ✓ Orientar o cliente a permanecer na posição por 3-5 minutos para absorção da medicação;
- ✓ Recompôr a unidade e recolher o material;
- ✓ Lavar as mãos;
- ✓ Anotar procedimento, em impresso próprio no prontuário do cliente ou via sistema.

Via Intramuscular

Material

- ✓ Bandeja de inox;
- ✓ Luvas de procedimento;
- ✓ Medicação a ser administrada;
- ✓ Seringa identificada com nome do cliente, nome da medicação, leito e horário;
- ✓ Agulha encapada (adultos 30x7 ou 30x8);
- ✓ Almotolia com álcool 70%;
- ✓ Algodão;
- ✓ Biombos;

- ✓ Fita adesiva.

PRODEDIMENTO

- ✓ Lavar as mãos;
- ✓ Checar medicação prescrita, data, dose, via, nome do paciente;
- ✓ Realizar o preparo da medicação no posto de enfermagem;
- ✓ Reunir o material e levar ao leito do cliente;
- ✓ Checar a pulseira de identificação do paciente, prescrição médica e rótulo do medicamento;
- ✓ Orientar o cliente e/ou o acompanhante sobre o que será feito;
- ✓ Colocar os EPI's;
- ✓ Preparar o ambiente solicitando a saída de acompanhantes e/ou posicionando o biombo de maneira que favoreça a privacidade do cliente, dependendo da área escolhida para aplicação;
- ✓ Selecionar a área para a aplicação, preferencialmente a região glútea por ser um músculo de maiores proporções. O músculo deltoide será escolhido no caso de rodízio, ou de pequenos volumes. Evitar o músculo vasto lateral (aplicações

costumam ser mais dolorosas) a não ser

que seja necessário em caso de falta de opção de rodízio de locais;

- ✓ Posicionar o cliente de maneira confortável e de fácil visualização da área de injeção;
- ✓ Limpar a área com algodão embebido com álcool 70% com movimento único unidirecional de cima para baixo;
- ✓ Retirar a tampa da agulha;
- ✓ Colocar o dedo indicador da mão não dominante de um lado do local escolhido e o dedo polegar do outro lado formando um V;
- ✓ Afastar os dedos, tensionando a pele;
- ✓ Rapidamente, inserir a agulha em ângulo 90° com a mão dominante;
- ✓ Com os dedos que tensionam a pele, soltar a pele e segurar o corpo da seringa;
- ✓ Puxar o êmbolo para trás, com a mão dominante, e observar retorno sanguíneo (caso ocorra retirar a agulha, pois um vaso foi atingido). Reiniciar o procedimento neste caso, orientando o cliente sobre o motivo da nova administração
- ✓ Se não for observado retorno sanguíneo, empurrar o êmbolo suavemente enquanto se comunica com o cliente, para diminuir a ansiedade;

- ✓ Remover a agulha em movimento rápido e seguro em ângulo de 90°
- ✓ Aplicar pressão firme no local com algodão embebido com álcool 70%;
- ✓ Colocar a seringa na bandeja, sem encapar a agulha;
- ✓ Recompôr o cliente e a unidade;
- ✓ Descartar o material em caixa de perfuro cortante.
- ✓ Lavar as mãos;
- ✓ Anotar o procedimento no prontuário eletrônico do cliente ou via sistema.

Via Nasal

Material

- ✓ Bandeja de inox;
- ✓ Luvas de procedimento;
- ✓ Medicação a ser administrada;
- ✓ Pacote de gaze estéril.

PRODEDIMENTO

- ✓ Lavar as mãos;
- ✓ Checar medicação prescrita, data, dose, via, nome do paciente;
- ✓ Reunir o material e levar ao leito do cliente;
- ✓ Checar a pulseira de identificação do paciente, prescrição médica e rótulo de medicação;
- ✓ Orientar o cliente e/ou acompanhante sobre o que será feito;
- ✓ Colocar os EPI's;
- ✓ Orientar o cliente a assoar suavemente o nariz com a gaze estéril, caso não seja contra indicado;
- ✓ Colocar o cliente em decúbito dorsal, elevado 45° com a cabeça ligeiramente inclinada para trás;
- ✓ Apoiar a mão não dominante na testa do cliente, enquanto levanta a narina;
- ✓ Segurar o frasco de medicação próximo ao nariz em direção ao septo nasal com a mão dominante;
- ✓ Instalar o numero de gotas indicado;
- ✓ Orientar o cliente a permanecer na posição por 3-6 minutos;
- ✓ Recompôr a unidade a recolher o material

- ✓ Retirar as luvas;
- ✓ Lavar as mãos;
- ✓ Anotar procedimento em impresso próprio, no prontuário do cliente ou via sistema.

Via Oral

- ✓ Material
- ✓ Bandeja de inox;
- ✓ Copo pequeno descartável, com medicação a ser administrada (Se a medicação estiver fora da embalagem), identificar com nome do cliente, nome da medicação, leite e horário;
- ✓ Copo com água filtrada;
- ✓ Canudinho, se necessário;
- ✓ Macerador de comprimido, se necessário;
- ✓ EPI's.

POP 19 - VIA ORAL ATRAVÉS DE SONDAS (NASOGASTRICA OU NASOENTERAL)

Material

- ✓ Seringa descartável de 20ml;
- ✓ Água filtrada para lavagem;
- ✓ Luvas de procedimento;
- ✓ Medicamento a ser administrado;
- ✓ Estetoscópio;
- ✓ Copo descartável com 50ml de água filtrada.

PRODEDIMENTO

- ✓ Absorção e início dos efeitos: cerca de 30 minutos;
- ✓ Lavar as mãos;
- ✓ Checar medicação prescrita, data, dose, via, nome do paciente;
- ✓ Reunir o material e levar ao leito do cliente

- ✓ Checar a pulseira de identificação do paciente e prescrição médica;
- ✓ Orientar o cliente e/ou o acompanhante sobre o que será feito;
- ✓ Colocar o cliente em decúbito dorsal, elevado 45°;
- ✓ Colocar os EPI's;
- ✓ Oferecer ao cliente a medicação conforme orientação em prescrição;
- ✓ Oferecer água ou líquido indicado ao cliente, orientando para este colocar a medicação na boca;
- ✓ Permanecer com o cliente até que toda medicação seja tomada;
- ✓ Recompor o cliente e a unidade;
- ✓ Recolher o material;
- ✓ Retirar as luvas;
- ✓ Realizar a lavagem das mãos;
- ✓ Verificar após 30-60 minutos em média, a ocorrência de efeitos desejados e colaterais;
- ✓ Anotar o procedimento em Impresso próprio, no prontuário do cliente ou via sistema

VIA ORAL ATRAVÉS DE

SONDAS (NASOGASTRICA OU NASOENTERAL)

- ✓ Lavar as mãos;
- ✓ Identificar-se;
- ✓ Checar medicação prescrita, data, dose, via, nome do paciente;
- ✓ Orientar o cliente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- ✓ Calçar as luvas;
- ✓ Elevar o decúbito do cliente;
- ✓ -Retirar o protetor da sonda e dobrá-la para fechar, conectar uma seringa com ar, injetar o ar enquanto ausculta o borbulhar do mesmo, com o estetoscópio na região epigástrica.
- ✓ Dobrar a sonda para fechá-la, retirando a seringa utilizada para o teste;
- ✓ Conectar a seringa com a medicação e administrá-la lentamente;
- ✓ Lavar a sonda com a mesma seringa, aspirando água filtrada do copo e administrando quantidade compatível com tipo e tamanho da sonda;
- ✓ Fechar a sonda;
- ✓ Em caso de cliente com drenagem gástrica, abrir a sonda após 30 minutos;

- ✓ Manter o cliente confortável;
- ✓ Quando SNG: verificar se não há conteúdo gástrico com dieta do horário anterior aspirando com aseringa de 20ml e verificando retorno (teste de refluxo);
- ✓ Ao termino da medicação, realizar higienização da sonda através de lavagem com água filtrada emseringa ou por gavagem (atentar para restrições hídricas);
- ✓ Anotar ou checar o procedimento no sistema próprio e comunicar intercorrências ao enfermeiro deplântão.

Via Retal

Material

- ✓ Bandeja de inox;
- ✓ Medicação a ser administrada;
- ✓ Pacote de gaze estéril;
- ✓ Luvas de procedimentos e EPI's;
- ✓ Biombo, se necessário.

PROCEDIMENTO

- ✓ Lavar as mãos;

- ✓ Reunir o material e levar ao leito do cliente;
- ✓ Checar a pulseira de identificação do paciente e prescrição médica;
- ✓ Orientar o cliente e/ou o acompanhante sobre o que será feito;
- ✓ Preparar o ambiente solicitando a saída de acompanhantes e/ou posicionando o biombo de maneira que favoreça privacidade ao cliente;
- ✓ Calçar luvas de procedimentos e os EPI's;
- ✓ Posicionar o cliente em decúbito lateral com a perna superior em abdução;
- ✓ Remover o supositório do invólucro com uma gaze;
- ✓ Se a ponta estiver afiada, esfregar levemente com uma gaze para que esta fique arredondada;
- ✓ Afastar as nádegas com a mão não dominante;
- ✓ Orientar o cliente a respirar lenta e profundamente pela boca para facilitar relaxamento da musculatura;
- ✓ Inserir o supositório no reto, segurando com uma gaze, até se perceber o fechamento do ânus;

- ✓ Retirar e descartar as luvas de procedimentos;
- ✓ Orientar o cliente a comprimir as nádegas por 2-4 minutos e permanecer na mesma posição por 15-20 minutos para diminuir estímulo de soltar o supositório;
- ✓ Recompôr a unidade e recolher o material;
- ✓ Retirar as luvas;
- ✓ Lavar as mãos;
- ✓ Anotar o procedimento realizado em impresso próprio, no prontuário.

Via Subcutânea

Material

- ✓ Luvas de procedimentos;
- ✓ Bandeja de inox;
- ✓ Medicação a ser administrada;
- ✓ Seringa de 1 ml ou 3 ml identificada: nome do cliente, nome da medicação, leito e horário;
- ✓ Agulha 13 x 4,5;

- ✓ Bola de algodão;
- ✓ Biombo, se necessário.

PROCEDIMENTO

- ✓ Lavar as mãos;
- ✓ Checar medicação prescrita, data, dose, via, nome do paciente;
- ✓ Reunir o material e levar ao leito do cliente;
- ✓ Checar a pulseira de identificação do paciente e prescrição médica;
- ✓ Orientar o cliente e/ou o acompanhante sobre o que será feito;
- ✓ Preparar o ambiente solicitando a saída de acompanhantes e/ou posicionando o biombo de maneira que favoreça privacidade ao cliente; dependendo da área escolhida para a aplicação;
- ✓ Colocar os EPI's;
- ✓ Selecione um local de injeção apropriado (abdome, braços, coxa ou glúteo) observando o rodízio;
- ✓ Com a sua mão não dominante, agarre a pele ao redor do ponto de injeção

firmemente para elevar o tecido

subcutâneo, formando uma dobra de gordura de 2,5cm;

- ✓ Segurando a seringa com a mão dominante, insira a bainha da agulha entre os dedos anular e mínimo da sua outra mão enquanto agarra a pele ao redor do ponto da injeção. Puxe para trás a seringa com a sua mão dominante para descobrir a agulha agarrando a seringa como um lápis. Não troque a agulha;
- ✓ Posicione a agulha com o bisel para cima;
- ✓ Insira a agulha rapidamente em um único movimento. Libere a pele do cliente para evitar a injeção da medicação em um tecido comprimido e irritar as fibras nervosas;
- ✓ Após a injeção, remova a agulha delicadamente (mas de forma rápida) na mesma angulação utilizada para a inserção;
- ✓ Cubra o local com um chumaço de algodão seco e massageie delicadamente (a menos que você tenha injetado uma medicação que contra indique a massagem como a heparina e a insulina) para distribuir a medicação e facilitar a absorção;
- ✓ Colocar a seringa na bandeja, sem encapar a agulha;
- ✓ Recompôr o cliente e a unidade;

- ✓ Descartar o material em caixa de perfuro cortante;
- ✓ Retirar as luvas;
- ✓ Lavar as mãos;
- ✓ Anotar procedimento no prontuário eletrônico do paciente.

Via Tópica

Material

- ✓ Bandeja de inox;
- ✓ Luvas de procedimentos;
- ✓ Medicação a ser administrada;
- ✓ Biombos, se necessário;
- ✓ EPI's.

PROCEDIMENTO

- ✓ Lavar as mãos;
- ✓ Checar medicação prescrita, data, dose, via, nome do paciente;

- ✓ Reunir o material e levar no leito do cliente;
- ✓ Checar a pulseira de identificação do paciente e prescrição médica;
- ✓ Orientar o cliente e/ou o acompanhante o que será feito;
- ✓ Preparar o ambiente solicitando a saída do acompanhante e/ou posicionando o biombo de maneira que favoreça privacidade ao cliente;
- ✓ Calçar as luvas de procedimento;
- ✓ Posicionar o cliente, expondo a região a ser aplicada o creme;
- ✓ Colocar a quantidade prescrita na superfície palmar;
- ✓ Espalhar levemente com os dedos ou palmas, massageando levemente a região até o produto ser absorvido ou de acordo com as orientações do medicamento ou da prescrição;
- ✓ Recompôr a unidade e o cliente;
- ✓ Retirar e desprezar as luvas
- ✓ Lavar as mãos;
- ✓ Anotar o procedimento realizado no prontuário do cliente.

Via Intradérmica

Material

- ✓ Bandeja de inox;
- ✓ Medicação a ser administrada;
- ✓ Luvas de procedimentos;
- ✓ Seringa de 1ml;
- ✓ Agulha 13x45;
- ✓ Fita para identificação.

PROCEDIMENTO

- ✓ Lavar as mãos;
- ✓ Checar medicação prescrita, data, dose, via, nome do paciente;
- ✓ Realizar o preparo da medicação no posto de enfermagem;
- ✓ Reunir o material e levar ao leito do cliente;
- ✓ Checar a pulseira de identificação do paciente e prescrição médica;
- ✓ Orientar o cliente e/ou o acompanhante sobre o que será feito;
- ✓ Colocar os EPI's;

- ✓ Colocar o cliente em posição confortável e adequada;
- ✓ Expor a área de aplicação;
- ✓ Firmar a pele com o dedo polegar e indicador da mão não dominante;
- ✓ Com a mão dominante, segurar a seringa quase paralela à superfície da pele (15°) e com o bisel voltado para cima, injetar o conteúdo;
- ✓ Retirar a agulha, sem friccionar o local;
- ✓ Colocar algodão seco somente se houver sangramento ou extravasamento da droga;
- ✓ Colocar a seringa na bandeja, sem encapar a agulha;
- ✓ Fazer o curativo no local de punção;
- ✓ Reconstituir o cliente e a unidade;
- ✓ Descartar o material em caixa de perfuro cortante;
- ✓ Retirar as luvas;
- ✓ Lavar as mãos;
- ✓ Anotar o procedimento no prontuário eletrônico do cliente;.

OBSERVAÇÕES

GERAIS

Itens de verificação para administração segura de medicamentos:

- Paciente certo
- ✓ Perguntar ao paciente, o nome completo dele, antes de administrar o medicamento e utilize no mínimo dois identificadores para confirmar o paciente certo;
- ✓ Verificar se o paciente corresponde ao Nome identificado na pulseira, no leito e no prontuário;
- ✓ Evitar dentro do possível, que dois pacientes com o mesmo nome fiquem internados simultaneamente no mesmo quarto ou enfermaria.

Obs: Caso o paciente apresente baixo nível de consciência, impossibilitando-o de confirmar o nome completo, a equipe assistencial deverá conferir o nome do paciente descrito na prescrição com a pulseira de identificação, devendo associar pelo menos mais dois identificadores diferentes.

- Medicamento certo
- ✓ Receber os medicamentos dispensados pela farmácia conferindo juntamente se o

nome do medicamento que tem em mãos é o que está prescrito.

- ✓ O nome do medicamento deve ser confirmado com a prescrição antes de ser administrado.
- ✓ Conferir se o paciente não é alérgico ao medicamento prescrito.
- ✓ Identificar o paciente alérgico no prontuário, na placa de identificação e na pulseira de alergia.
- Via Certa
 - ✓ Identificar a via de administração prescrita;
 - ✓ Verificar se a via de administração prescrita é a via tecnicamente recomendada para administrar determinado medicamento;
 - ✓ -Lavar as mãos antes do preparo e administração do medicamento.;
 - ✓ - Verificar se o diluente (tipo e volume) foi prescrito e se a velocidade de infusão foi estabelecida, analisando sua compatibilidade com a via de administração e com o medicamento em caso de administração de por via endovenosa;
 - ✓ Avaliar a compatibilidade do medicamento com produtos para a saúde utilizados para a sua administração (seringas, cateteres, sondas, equipes e outros);

- ✓ Identificar no paciente qual a conexão correta para a via de administração prescrita;
- ✓ -Realizar a antissepsia do local da aplicação para administração de medicamentos por via parenteral, quando for o caso;
- ✓ -Esclarecer todas as dúvidas com a supervisão de enfermagem, prescritor ou farmacêutico.

- Hora Certa

- ✓ Preparar o medicamento de modo a garantir a sua administração seja feita sempre no horário correto, para garantir adequada resposta terapêutica;
- ✓ Preparar o medicamento no horário oportuno e de acordo com as recomendações do fabricante, assegurando-lhe estabilidade;
- ✓ A antecipação ou o atraso da administração em relação ao horário predefinido somente poderá ser feito como consentimento do enfermeiro e do prescritor.

Obs: levar a medicação em bandejas separadas por paciente.

- Dose Certa

- ✓ Conferir atentamente a dose prescrita para o medicamento;

- ✓ Certificar de que a infusão programada é a prescrita para aquele paciente.;
- ✓ Verificar a unidade de medida utilizada na prescrição;
- ✓ Conferir a velocidade de gotejamento, a programação e o funcionamento das bombas de infusão contínua em caso de medicamentos em infusão contínua;
- ✓ Realizar dupla checagem dos cálculos para o preparo e programação de bomba para administração de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância;
- ✓ Em caso de dúvidas ou medidas imprecisas (colher de chá, colher de sopa, ampola), consultar o prescritor e solicitar a prescrição de uma unidade de medida do sistema métrico.

Obs: “Não deverão ser administrados medicamentos em caso de prescrições vagas. (Solicitar complementação do prescritor em caso de orientações vagas”, tais como “fazer se necessário”, “conforme ordem médica” ou “a critério médico”).

- Registro certo da administração
- ✓ Registrar na prescrição o horário da administração do medicamento;
- ✓ Checar o horário da administração do medicamento a cada dose;

www.institutoelisadecastro.org

INSTITUTO ELISA DE CASTRO - CNPJ: 05.624.609/0001-55

- ✓ -Registrar todas as ocorrências

relacionada aos medicamentos (adiamentos, cancelamentos, desabastecimento, recusa do paciente e eventos adversos).

- Orientação correta

- ✓ -Orientar e instruir o paciente sobre qual medicamento está sendo administrado (nome), justificativa da indicação, efeitos esperados e aqueles que necessitam de acompanhamento e monitorização;

- ✓ -Garantir ao paciente o direito de conhecer o aspecto (cor e formato) dos medicamentos que está recebendo, a frequência com que será ministrado;

- ✓ Esclarecer dúvidas sobre a razão da indicação do medicamento, sua posologia ou outra informação antes de administrá-lo ao paciente junto ao prescritor.

- Forma Certa

- ✓ Checar se o medicamento a ser administrado possui a forma farmacêutica e via de administração prescrita e se elas estão apropriadas à condição clínica do paciente;

- ✓ Sanar as dúvidas relativas à forma farmacêutica e a via de administração prescrita junto ao enfermeiro, farmacêutico ou prescritor.
- Resposta Certa
 - ✓ Manter clara a comunicação com o paciente e/ou cuidador;
 - ✓ Observar cuidadosamente o paciente e relato do mesmo e/ou cuidador para identificar, se o medicamento teve o efeito desejado, incluindo respostas diferentes do padrão usual;
 - ✓ Registrar em prontuário e informar ao prescritor, todos os efeitos diferentes (em intensidade e forma) inesperado para o medicamento;
 - ✓ Registrar todos os parâmetros de monitorização adequados (sinais vitais, glicemia capilar).

DEFINIÇÃO

É um conjunto de procedimentos e cuidados que tem por finalidade preparar e administrar os medicamentos prescritos por via de escolha, a um paciente sob tratamento médico, com o máximo de segurança e controle de riscos.

POP 20 - ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

OBJETIVO

Padronizar os registros de enfermagem visando à melhoria na comunicação interdisciplinar.

PROCESSOS RELACIONADOS

- ✓ Cuidados Assistenciais de Enfermagem;
- ✓ Sistema de Informação do Paciente;
- ✓ Segurança do Paciente.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- ✓ Registrar os dados no sistema de informação da unidade;
- ✓ Caso ocorra problema no sistema de informação realizar os registros em impresso próprio utilizando caneta, letra legível e sem rasuras. Não é aconselhável pular linha, deixar parágrafo ou manter espaço em branco entre o ponto final e a assinatura;
- ✓ Usar caneta azul ou preta no plantão diurno e caneta vermelha no plantão noturno;

- ✓ Checar o apazamento da prescrição médica com o nome por extenso e não rubrica;
- ✓ Preencher ou completar o cabeçalho, inclusive a data;
- ✓ Indicar o horário toda vez que anotação for realizada;
- ✓ Ler a anotação anterior antes de realizar o novo registro;
- ✓ Realizar a anotação em seguida à prestação do cuidado, à observação de intercorrências, informação recebida ou conduta tomada, registrando-se à hora exata do evento;
- ✓ Registrar os fatos de forma descritiva, completa, exata e objetiva, evitando-se julgamentos;
- ✓ Evitar palavras desnecessárias como “paciente”, pois a folha de anotação é individualizada e, portanto, já indica que é dele;
- ✓ Anotar a presença de acompanhante;
- ✓ Atentar para não rasurar a anotação, tendo em vista o caráter legal de toda a documentação do paciente;
- ✓ É contraindicada a utilização do corretor para retificar erros na anotação.

Recomenda-se a utilização da palavra diogo entre vírgulas, redigindo-se a

www.institutoelisadecastro.org

INSTITUTO ELISA DE CASTRO - CNPJ: 05.624.609/0001-55

informação correta;

- ✓ Registrar a anotação de enfermagem de forma organizada mantendo tal sequência: Sinais vitais (alterações), queixas, sono e repouso, desjejum, avaliação neurológica (lúcido, orientado), sinais e sintomas, hidratação venosa, eliminações, procedimentos realizados;
- ✓ Evitar anotações como “segue em observação de enfermagem”, que não fornece nenhuma informação;
- ✓ Registrar anotações de enfermagem no mínimo 2 vezes ao dia e intercorrências – 10 e 22 horas;
- ✓ Assinar e carimbar a anotação.

OBSERVAÇÕES GERAIS

Não se aplica.

DEFINIÇÃO

A anotação de enfermagem é o meio utilizado pela enfermagem para informar sobre a assistência prestada, uma fonte disponível para avaliação da eficiência e

eficácia dessa assistência. Assim,

demanda clareza em relação a sua forma e conteúdo, a fim de garantir à compreensão a legibilidade da informação.

POP 21- ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO BANHO DE ASPERSÃO E NO LEITO

OBJETIVO

Promover higiene e conforto do paciente e manter a integridade cutânea.

PROCESSOS RELACIONADOS

- ✓ Cuidados Assistenciais de Enfermagem;
- ✓ Prevenção e Controle de Infecção Hospitalar.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

MATERIAL/ EQUIPAMENTO A SER UTILIZADO:

- ✓ Luvas de procedimentos;
- ✓ Biombos (se necessário);
- ✓ Hampe

- ✓ Água;
- ✓ Bacias (em caso de banho no leito);
- ✓ sabonetes líquidos;
- ✓ Shampoo (quando necessário);
- ✓ Luvas de banho/pano;
- ✓ Gazes;
- ✓ Toalhas;
- ✓ Cremes hidratantes;
- ✓ Roupas de camas;
- ✓ Roupas para o paciente vestir;
- ✓ Fralda descartável (se necessário);
- ✓ Travesseiros e/ou coxins;
- ✓ Protetores de calcâneos (se necessário);
- ✓ Escova de cabelo/pente.

BANHO DE ASPERSÃO AOS PACIENTES SEMI DEPENDENTES

- ✓ Lavar as mãos;

- ✓ Explicar ao paciente o que será feito; Reunir o material e levar ao banheiro;
- ✓ Encaminhar o paciente ao banheiro (portas e janelas fechadas);
- ✓ Abrir o chuveiro, regular a temperatura da água e orientar o paciente sobre o manuseio da torneira; Ajudar o paciente a se despir, caso não consiga fazer sozinho;
- ✓ Iniciar o banho e se a situação permitir, deixando o paciente sozinho;
- ✓ Enxugar ou ajudar o paciente a fazê-lo, observando as condições da pele e a reação do banho; Vestir e pentear o paciente caso não consiga fazê-lo sozinho;
- ✓ Conduzir o paciente a sua unidade, colocando-o em posição confortável na cadeira;
- ✓ -Arrumar o leito e deixar a unidade em ordem;
- ✓ Colocar tudo no lugar e chamar o auxiliar de serviços gerais para proceder limpeza do banheiro; Lavar as mãos;
- ✓ Anotar no prontuário.

BANHO DE ASPERSÃO DOS PACIENTES INDEPENDENTES

- ✓ Encaminhar o paciente ao banheiro;
- ✓ Entregar roupas para os pacientes independentes; Arrumar o leito e deixar a unidade em ordem;
- ✓ Colocar tudo no lugar e chamar o auxiliar de serviços gerais para proceder limpeza do banheiro;Lavar as mãos;
- ✓ Anotar no prontuário;
- ✓ Entregar clorohexedine degermante 4% em caso de paciente em precaução de contato em casos confirmadosde Staphylococcus Aureus Resistente a Meticilina (MRSA).

BANHO DE LEITO NOS PACIENTES DEPENDENTES

- ✓ Lavar as mãos e calçar as luvas de procedimentos;Explicar ao paciente o que será feito;
- ✓ Trazer o carro de banho e o hamper próximo ao leito;Fechar as portas e janelas;
- ✓ Proteger a unidade do paciente com biombos;
- ✓ Desprender a roupa de cama, iniciando do lado oposto onde permanecer;Fazer higiene oral do paciente e lavar a cabeça, se necessário;
- ✓ Trocar a água do banho, obrigatoriamente, após a lavagem da cabeça;Lavar os

olhos, limpando o canto

interno para o externo, usando gaze; Lavar, enxaguar e enxugar o rosto, orelhas e pescoço;

- ✓ Remover a camisola ou camisa do pijama, mantendo o tórax protegido com o lençol;
- ✓ Lavar e enxugar os braços e mãos do lado oposto ao que se está trabalhando, depois o mais próximo, com movimentos longos e firmes, do punho a axila;
- ✓ Lavar e enxugar o tórax e abdome, com movimentos circulares, ativando a circulação, observando as condições da pele e mamas;
- ✓ Cobrir o tórax com lençol limpo, abaixando o lençol em uso, até a região genital;
- ✓ Lavar, enxaguar e enxugar as pernas e coxas, do tornozelo até a raiz da coxa, do lado oposto ao que se está trabalhando, depois o mais próximo;
- ✓ Colocar a bacia sob os pés e lavá-los, principalmente nos interdígitos, observando as condições dos mesmos e enxugar bem;
- ✓ Trocar a água da bacia e a luva de pano, obrigatoriamente; Fazer higiene íntima do paciente, de acordo com a técnica;

- ✓ Virar o paciente em decúbito lateral, colocando a toalha sob as costas e nádegas, mantendo a posição com o auxílio de outra pessoa;
- ✓ Lavar e enxugar as costas, massageando-as, incluindo nádegas e cóccix do paciente;
- ✓ Deixar o paciente em decúbito lateral, empurrando a roupa úmida para o meio do leito, enxugando o colchão; Trocar de luvas;
- ✓ Proceder a arrumação do leito, com o paciente em decúbito lateral; Virar o paciente sobre o lado pronto do leito;
- ✓ Retirar a roupa suja e desprezá-la no hamper; Terminar a arrumação do leito;
- ✓ Hidratar a pele do paciente; Vestir o paciente;
- ✓ Pentear os cabelos do paciente;
- ✓ Utilizar travesseiros e/ou coxins para ajeitar o paciente no decúbito mais adequado;
- ✓ Colocar protetores de calcâneos (quando necessário);
- ✓ Recompôr a unidade do paciente, colocando tudo no lugar; Retirar as luvas e

lavar as mãos;

- ✓ Anotar no prontuário o que foi feito e as anormalidades detectadas, se houverem.

DEFINIÇÃO

O banho é uma parte do cuidado de higiene, com fins terapêuticos ou de limpeza. Proporciona bem-estar e higiene, estimular a circulação, oportunizar exercícios ativos/passivos, viabilizar a inspeção corporal e oportunizar educação para a saúde. Ele deve ser realizado em pacientes acamados, sendo estes totalmente dependentes ou não da enfermagem.

OBSERVAÇÕES GERAIS

Entregar clorohexedine degermante 4% para o banho, inclusive utilizá-lo no couro cabeludo, em caso de paciente em precaução de contato em casos confirmados de *Staphylococcus Aureus* Resistente a Meticilina (MRSA), nas unidades que possuem rotina de coleta de Swab ou segundo orientação do Serviço de Controle de Infecção Pré-Hospitalar (SCIPH) ou Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH).

OBJETIVO

- ✓ Dirigir as ações dos profissionais de enfermagem lotados na unidade. Padronizar as ações desempenhadas pelos enfermeiros na unidade nas 24 horas. Identificar novas estratégias para dinâmica laboral nas Unidades;
- ✓ Monitorar a cultura do feedback;
- ✓ Orientar ações e programas de desenvolvimento em serviço. Orientar os processos de trabalho;
- ✓ Identificar as necessidades de aperfeiçoamento profissional. Proporcionar um atendimento humanizado e de qualidade. Garantir a continuidade da Assistência de Enfermagem;
- ✓ Garantir a resolução COFEN 358 de 2009 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
- ✓ Garantir a execução do Exercício Profissional – Lei nº 7.498, de junho de 1986.

PROCESSOS RELACIONADOS

- ✓ Assistência Hemoterápica;
- ✓ Atendimento Ambulatorial;
- ✓ Atendimento Cirúrgico;
- ✓ Atendimento em Emergência Adulto;
- ✓ Atendimento em Emergência Obstétrico;
- ✓ Atendimento em Emergência PediátricoAtendimento Neonatal;
- ✓ Diagnóstico por Imagem;
- ✓ Internação Adulto;
- ✓ Internação Obstétrica;
- ✓ Internação Pediátrica;
- ✓ Método Diagnósticos e Terapêuticos;
- ✓ Método Endoscópicos e Videoscópicos;
- ✓ Prevenção e Controle de Infecção Hospitalar;
- ✓ Processamento de Materiais e Esterilização;
- ✓ Processos Pré Analíticos, Analíticos e Pós Analíticos;
- ✓ Terapia Dialítica;
- ✓ Tratamento Intensivo Adulto;

- ✓ Tratamento Intensivo Pediátrico;
- ✓ Triagem de Doadores e Coleta.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO ASSISTENCIAL:

- ✓ Receber o plantão no horário estabelecido, de leito em leito, tomando ciência do estado do paciente e intercorrências;
- ✓ Tomar conhecimento de relatórios, avisos e livro de ordens e ocorrências;
Conferir a organização de todos os leitos da unidade, no início do plantão;
Coordenar, supervisionar a equipe de enfermagem;
- ✓ Realizar escala diária de atividades dos funcionários;
- ✓ Realizar o Plano de Cuidados de Enfermagem e Assistência de Enfermagem Sistematizada, evoluindo todos os pacientes sob seus cuidados em prontuário, imprimindo, carimbando e anexando em ordem no prontuário; Conferir o material de intubação diariamente;
Checar diariamente o desfibrilador do setor; Assistir diretamente os pacientes graves;

- ✓ Realizar junto ao técnico de enfermagem, o banho no leito dos pacientes graves e com risco de vida;
- ✓ Realizar o cuidado ao paciente portador de ferida crônica ou portador de feridas em estágio III e IV, atuando junto à comissão de curativo, avaliando e prescrevendo coberturas na ausência desta, bem como coordenar e supervisionar a equipe de enfermagem na prevenção e cuidado às feridas de baixa complexidade;
- ✓ Realizar todos os procedimentos invasivos, de responsabilidade do Enfermeiro;
- ✓ Supervisionar e orientar o preparo das medicações;
- ✓ Realizar o preparo e administração dos drippings;
- ✓ Conferir e fechar o balanço hídrico dos pacientes internados, sempre que houver prescrição ou indicação destes, a cada 12h;
- ✓ Realizar coleta de sangue para rotina laboratorial de todos os pacientes com dispositivo para monitorização da Pressão Arterial Média (PAM) e dos pacientes de difícil acesso venoso periférico;
- ✓ Colher hemoculturas e urinoculturas quando solicitados, protocolando sua entrega, bem como realizar o controle de swabs, registrando em livro próprio;

- ✓ Solicitar raio x para controle de cateter enteral, bem como solicitação de swab à admissão dos pacientes e também para controle;
- ✓ Instalar Nutrição Parenteral Total quando prescrito;
- ✓ Supervisionar a reposição e entrega de materiais esterilizados nos setores;
- ✓ Supervisionar a solicitação da dieta;
- ✓ Responsabilizar-se pela coleta de pertences do paciente e entregar aos familiares ou ao setor responsável, inclusive após o óbito, protocolando-os em livro próprio;
- ✓ Participar do processo de transporte do paciente no ambiente intra-hospitalar, provendo equipamentos necessários à assistência durante o transporte, definindo qual profissional de Enfermagem assistirá o paciente durante o transporte ou acompanhando o transporte em caso de pacientes graves;
- ✓ Informar previamente todas as transferências de setor ao Enfermeiro que receberá o paciente, sinalizando as informações necessárias para a continuidade da assistência, encaminhando junto ao paciente seus pertences e medicamentos oriundos da farmácia;

- ✓ Conferir os medicamentos recebidos da farmácia, sinalizando qualquer não-conformidade imediatamente a farmácia e ao médico prescritor, registrando o nome do funcionário que recepcionou a informação e do médico prescritor em livro de ordens e ocorrências do setor;
- ✓ Solicitar e sinalizar os leitos com necessidade de limpeza terminal aos profissionais do setor de limpeza. Manter o leito pronto para admissão do paciente;
- ✓ Recepcionar e inspecionar todos os pacientes no setor, certificando-se do correto preenchimento dos impressos próprios, prontuário, pulseiras de identificação e exames pertinentes ao paciente, auxiliando na transferência do paciente para o leito, observando o correto posicionamento de cateteres, sondas e drenos, quando existirem;
- ✓ Supervisionar a devolução na farmácia dos medicamentos no momento da alta, óbito ou transferência registrando as medicações em impresso próprio e atuar junto à equipe médica na realização de todos os procedimentos realizados com os pacientes sob seus cuidados bem como comunicar qualquer intercorrência o

alteração do quadro clínico;

- ✓ Cumprir e fazer cumprir as rotinas estabelecidas pela CCIH, bem como as normas, rotinas e protocolos do setor;
- ✓ Participar das discussões clínicas da equipe multidisciplinar, bem como dos rounds promovidos pelos Enfermeiros líderes e rotinas do setor;
- ✓ Checar a programação dos pacientes previamente;
- ✓ Fazer com que os pedidos de exames sejam encaminhados com rapidez;
- Cumprir o fluxo de óbito;
- ✓ Providenciar a manutenção de equipamentos junto aos setores competentes, na ausência do Enfermeiro Rotina;
- ✓ Conferir o carrinho de parada cardiorrespiratória, testando o desfibrilador, diariamente, registrando sempre em impresso próprio, assinando com letra legível, nome completo, categoria e registro profissional ou carimbo e abastecê-lo sempre ao uso;
- ✓ Realizar relato em livro de ordens e ocorrências, assinando com letra legível, de caneta preta ou azul, nome completo, categoria e registro profissional ou carimbo, bem como assinar ou carimbar de igual maneira todos os registros.

realizados;

- ✓ Assumir a responsabilidade das intercorrências técnicas ao delegar suas atividades;
- ✓ Conferir as checagens dos procedimentos realizados pelos técnicos de enfermagem, assim como medicação a cada horário padrão da instituição. Supervisionando os prontuários para certificar-se da administração do medicamento. Principalmente após os horários padrões de realização da medicação. E obrigatoriamente na passagem de plantão;
- ✓ Preencher corretamente e por completo o formulário de passagem de plantão;
- ✓ Auxiliar o enfermeiro Líder em suas Atribuições Privativas, quando necessário ou solicitado; Cumprir com os protocolos criados pelas comissões da instituição;
- ✓ Cumprir os protocolos de ACCR;
- ✓ Desenvolver satisfatoriamente, de acordo com a sua formação profissional e capacitação técnica especializada, as atividades determinadas pelo superior hierárquico;

secretário

administrativo;

- ✓ Notificar o Enfermeiro Líder ou rotina do setor sobre quaisquer intercorrências;
- ✓ Estar presente no local de trabalho durante todo o tempo de desenvolvimento normal das atividades que corresponderá ao horário de expediente das 7:00 às 19:00 e das 19:00 às 7:00 em turno de 12 horas e/ ou de acordo com a escala de serviço.
- ✓ Salvo os casos de troca de plantão, devidamente documentados em livro próprio.

ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO ROTINA DO PLANTÃO:

- ✓ Cobrar do enfermeiro plantonista o preenchimento da passagem de plantão;
- ✓ Fazer leitura e anotações em livro de Ordens e Ocorrências desde o último dia de trabalho na unidade; Verificar diariamente a atualização e aprazamento das prescrições médicas e de enfermagem;
- ✓ Realizar avaliação dos pacientes bem como seus registros em prontuários, incluindo evolução de enfermagem; Supervisionar o cumprimento de protocolos e checklists pelo enfermeiro plantonista;
- ✓ Realizar diariamente preenchimento dos escores indicadores, pertinentes

setor ou conforme rotina

estabelecida, realizando entrega mensal;

- ✓ Checar a programação de exames dos pacientes diariamente;
- ✓ Examinar diariamente a unidade do paciente corrigindo falhas quando houver;
Realizar avaliação das lesões diariamente e solicitar parecer para comissão de curativo;
- ✓ Verificar se todos os pacientes estão com pulseira de identificação, acesso venoso, soluções, bombas infusoras e coletores devidamente identificados;
- ✓ Verificar os setores e pacientes antes da visita;
- ✓ Assegurar o cumprimento das normas de condutas dos acompanhantes nas unidades hospitalares. Supervisionar as ações dos profissionais da equipe de enfermagem;
- ✓ Atuar e coordenar o atendimento em situações de emergências;
- ✓ Receber e transmitir as normas administrativas e operacionais para o enfermeiro e técnico de enfermagem; Participar das discussões clínicas da equipe multiprofissional e repassar para a equipe de enfermagem; Prover educação continuada ministrando treinamentos e encaminhando as evidências ao

coordenador do setor;Fazer pedido de

insumos almoxarifado diariamente;

- ✓ Controlar o estoque de setor devolvendo ao almoxarifado itens em excesso;
- ✓ Supervisionar o setor, cobrando do técnico da rotina a organização do setor e guarda do material e na ausência mesmo, fazê-lo;
- ✓ Zelar pela organização e limpeza dos setores bem como dos leitos vagos;
Solicitar e fiscalizar cronograma de limpeza;
- ✓ Orientar e avaliar a equipe na utilização adequada de equipamentos, materiais permanentes e roupas,solicitando manutenção e reposição quando necessário;
- ✓ Verificar e comunicar falhas no funcionamento dos gases, equipamentos e funcionamento da iluminação do setor;
- ✓ Providenciar a manutenção de equipamentos junto os setores competentes;
- ✓ Notificar toda e qualquer ocorrência administrativa e/ou ocorrências adversas a coordenação; Supervisionar, orientar e participar com a equipe de enfermagem, das transferências, altas e óbitos;Aplicar o processo de Enfermagem (SAE) dos pacientes internados;
- ✓ Na ausência do Enfermeiro Plantonista solicitar desinfecção terminal em caso d

óbito, alta ou transferência; Solicitar e

zelar pelo material de consumo e permanente da Unidade;

- ✓ Realizar conferência mensal do carro de PCR, maleta de SOS e maleta de transporte até o 10º dia de cadamês;
- ✓ Substituir o enfermeiro coordenador quando necessário e solicitado pela Gerência de enfermagem ou na ausência do mesmo.

ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO COORDENADOR:

- ✓ Organizar, dirigir, supervisionar, orientar e avaliar todas as atividades de enfermagem no setor; Manter a liderança de toda equipe sob o seu comando;
- ✓ Controlar e disciplinar as condutas do pessoal de enfermagem;
- ✓ Coordenar, supervisionar e avaliar a implantação de novas técnicas de trabalho;
- ✓ Realizar avaliação da equipe de enfermagem periodicamente, enviando-as à Gerência;
- ✓ Participar de reuniões, quando convocado;
- ✓ Participar de reuniões regulares e extraordinárias com a Gerência de Enfermagem;

- ✓ Convocar e presidir reuniões mensais com os enfermeiros e periódicas com a equipe de enfermagem;
Participar de reuniões e comissões de integração com equipes multidisciplinares administrativas e assistenciais;
- ✓ Supervisionar os treinamentos encaminhando as evidências ao centro de estudos, setor de qualidade e gerência de enfermagem no prazo máximo de 10 dias;
- ✓ Apurar todas as denúncias escritas e verbalizadas, solicitando as devidas providências, nas ocorrências de serviço que se encontram superiores ao seu poder resolutivo;
- ✓ Confeccionar escalas mensais;
- ✓ Revisar junto a Gerência de enfermagem a escala mensal até o dia 20 de cada mês;
- ✓ Controlar e verificar a presença do funcionário do setor, conferindo faltas, atrasos, licenças, relocando na escala de serviço sempre que necessário;
- ✓ Enviar a comunicação interna para a gerência de enfermagem imediatamente a qualquer movimentação dos colaboradores;

- ✓ Revisar ausências com a secretária da gerência conforme agendamento; Ler as anotações dos livros de relatórios, ocorrências e quadros de avisos; Solicitar materiais e equipamentos para o bom funcionamento da unidade;
- ✓ Avaliar materiais danificados, apurar as ocorrências e encaminhar a manutenção;
- ✓ Promover e manter condições favoráveis à recuperação do paciente, colaborando na prevenção de infecção; Adotar as medidas de biossegurança;
- ✓ Cumprir e fazer com que sejam cumpridas as normas e rotinas do setor e da unidade;
- ✓ Cumprir e fazer as normas estabelecidas pela CCIH;
- ✓ Atuar e coordenar atendimentos em situações de urgência;
- ✓ Supervisionar o cumprimento dos registros nos impressos de conferência de equipamentos, materiais e medicamentos especiais;
- ✓ Atuar junto à chefia médica do setor e participar das discussões clínicas da equipe multidisciplinar;
- ✓ Realizar discussões clínicas com a equipe de Enfermagem, envolvendo os

profissionais de todas as categorias;

Consolidar os indicadores mensais e encaminhar ao setor responsável.

DEFINIÇÃO

-Não se aplica.

OBSERVAÇÕES GERAIS

- ✓ - O presidente da república, após avaliação do artigo 81, item iii, da constituição, e tendo em vista o disposto no art. 25 da lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, sobre o exercício da enfermagem, decreta no art. 8º quais são as atribuições privativas do enfermeiro (decreto n 94.406/87).
- ✓ - A enfermagem tem se destacado como a “ciência do cuidar”, tendo como principal objetivo restaurar a saúde do paciente e realizar assistência integral quando a doença não responde ao tratamento curativo. É uma das poucas profissões na área da saúde que mescla o humano com o científico, cuidando do paciente quando enfermo, na prevenção de doenças e na produção de pesquisas preventivas. Seu foco de atuação no ambiente hospitalar é garantir a melhora da qualidade de vida, tanto para o paciente, como para seus familiares.

POP 23 - SONDAGEM GÁSTRICA

OBJETIVO

A sondagem gástrica tem como objetivo administrar soluções eletrolíticas e medicamentos nos pacientes que não podem ou não conseguem fazê-lo por via oral ou contraste, aliviar a distensão abdominal, drenar o conteúdo gástrico ou remover drogas e toxinas, medir o resíduo gástrico, detectar hemorragias do trato digestivo alto e mal formações digestivas (atresia de esôfago e coanas, entre outras), colher material para exames laboratoriais e alimentos, nos casos de unidades que estão habilitadas a realizarem .

PROCESSOS RELACIONADOS

- Atendimento Cirúrgico;
- Atendimento em Emergência Adulto;
- Internação Adulto;
- Internação Obstétrica;
- Prevenção e Controle de Infecção Hospitalar

- Tratamento Intensivo Adulto.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Material Utilizado:

- Sonda gástrica de adultos de acordo com tamanho; Seringa de 10 mL ou 20 mL;
- Gaze;
- Luva de procedimentos; Fita adesiva;
- Linha ou fita (cadarço); Estetoscópio;
- Fita métrica;
- Cuba rim ou coletor;
- Água destilada (ou Lidocaína gel);
- Lençol para imobilização (somente se necessário).

Procedimento de sondagem gástrica:

- ✓ Lavar as mãos e reunir os materiais; Explicar o procedimento ao paciente

- ✓ Calçar as luvas e higienizar boca e nariz do paciente;
- ✓ Posicionar o paciente em decúbito dorsal com a cabeça levemente fletida;
- ✓ Abrir a sonda, medir a sonda a partir do lóbulo da orelha até a ponta do nariz e deste até o apêndice xifóide emarcar com fita (se for sonda curta medir a partir da sua extremidade, e se for longa a partir do último orifício no sentido do proximal-distal).
- ✓ Manter a sonda enrolada na mão deixando 5 cm da parte distal livre e lubrificá-la com água destilada ou lidocaína gel, utilizando uma gaze estéril;
- ✓ Segurar firme a cabeça do paciente e introduzir a sonda lentamente e sem forçar: quando pela narina, deslizar a sonda ao longo da base do nariz, direcionando-a para baixo; pela boca, introduzi-la direcionando-a para parte posterior da faringe;
- ✓ Flexionar a cabeça quando a sonda alcançar a faringe, pedindo para o paciente engolir;-Só restringir se o paciente não cooperar, mesmo após o preparo para o procedimento;
- ✓ Se houver resistência, presença de cianose, tosse, bradicardia ou apnéia retirar a sonda e recomeçar;

- ✓ Testar a posição da sonda aspirando ao suco gástrico, injetando ar e auscultando os ruídos hidroaéreos (20 mL para adultos) e mergulhando a sonda em um copo com água para identificar borbulhas (se presente, a sonda pode estar locada nos pulmões);
- ✓ Fixar sonda, após certificar-se da sua localização, com a fita adesiva e/ou cadarço. O cadarço é amarrado à sonda e preso com fita adesiva ao nariz, no caso de sonda nasogástrica, ou acima do lábio superior, se orogástrica;
- ✓ Medir a parte externa da sonda a partir da narina ou boca ate a ponta distal e registrar na evolução de enfermagem.

DEFINIÇÃO

Procedimento invasivo onde uma sonda nasogástrica é introduzida pela narina ou pela boca com técnica própria posicionando-se a proximidade distal no estômago.

OBSERVAÇÕES GERAIS

Cuidados de Enfermagem com a sonda gástrica:

- ✓ A sondagem gástrica poderá ser pela via de acesso nasal (nasogástrica) ou oral (orogástrica) que deverá seravaliado o tempo de permanência proposto para

sondagem e a facilidade no

manuseio;

- ✓ Tranqüilizar o paciente na hora da execução do procedimento, obtendo-se também maior colaboração e estabelecer vínculos;
- ✓ Manter sempre a higienização do procedimento para diminuir os microorganismos e evitar infecções, economizando tempo e movimentos;
- ✓ Cuidados com a manutenção das sondas de curta permanência com a troca a cada 72 horas, rodízio das narinas, fazer higiene oral e da narina junto à sonda;
- ✓ Se for o caso de sonda aberta, posicionar o coletor de secreções na altura da cabeça; no caso de sonda fechada, verificar o resíduo gástrico antes de administrar medicações ou dietas;
- ✓ Sempre checar a posição da sonda antes de administrar as medicações que deve ser feita lentamente e paradietas lentamente ou pela ação da gravidade ou gota-gota;
- ✓ Lavar a sonda após administrar a dieta e/ou medicamento com água filtrada (20 mL para adultos); Pinçar a sonda sempre que conectar ou desconectar equipos e/ou seringas;
- ✓ Lubrificar lábios e narinas com frequência;

a dieta; - No momento da remoção da

sonda, pinçá-la e retirá-la rapidamente;

- ✓ Assim que acabar o procedimento recolher o material utilizado, lavar as mãos saindo do leito e checar o procedimento anotando as observações, intercorrências e reações.

POP 24-SUTURA

OBJETIVO

É promover o fechamento das bordas, para que ocorra a cicatrização dos tecidos moles que foram incisados, como também das estruturas subjacentes. Se o retalho não for aproximado, a área cirúrgica estará sujeita à ação de fatores irritantes que poderão prejudicar a homeostasia da região.

PROCESSOS RELACIONADOS

- ✓ Atendimento Cirúrgico;
- ✓ Atendimento em Emergência Adulto;
- ✓ Atendimento em Emergência Obstétrico;

- ✓ Atendimento em Emergência
Pediátrico;
- ✓ Atendimento Neonatal;
- ✓ Internação Adulto;
- ✓ Internação Obstétrica;
- ✓ Internação Pediátrica
- ✓ Processos Pré Analíticos, Analíticos e Pós Analíticos;
- ✓ Segurança do Paciente;
- ✓ Tratamento Intensivo Adulto;
- ✓ Tratamento Intensivo Pediátrico.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

O processo deve ser realizado por equipe multiprofissional composta por:

Técnico em enfermagem

- ✓ Acolhe e orienta o fluxo aos pacientes, familiares e/ou responsável;
- ✓ Encaminha paciente a sala de classificação de risco;
- ✓ Acolhe o paciente e o encaminha a sala de sutura juntamente com o Maqueir

quando necessário;

- ✓ Realiza a limpeza do ferimento e preparo da mesa com materiais necessários para a realização do procedimento;
- ✓ Comunicado o clínico ou pediatra sobre o paciente;
- ✓ Auxilia o médico na realização do procedimento;
- ✓ Orienta o fluxo aos pacientes e /ou familiares;
- ✓ Realiza a identificação do paciente com pulseira;
- ✓ Realizam o registro de informações do usuário no sistema;
- ✓ Entregam o B.A.M. manual em caso de queda do sistema para a classificação de risco.

Enfermeiro

- ✓ Realiza avaliação do ferimento na classificação de risco ou na sala de sutura;
- ✓ Realiza a classificação de risco;
- ✓ Realiza aferição de sinais vitais e demais exames de apoio quando necessário.

Médico

- ✓ Realiza a consulta médica de forma holíst

- ✓ Avalia o ferimento e a possibilidade de realizar o procedimento na unidade.;
- ✓ Solicita exames de acordo com indicação clínica;
- ✓ Reavalia paciente após realização do procedimento;
- ✓ Orienta os pacientes a buscarem UBS pra retirada de pontos.

Maqueiros

- ✓ Transportam o paciente conforme orientação do técnico do acolhimento;
- ✓ Encaminham o paciente para a classificação de risco e sala de sutura.

PROCEDIMENTO

- ✓ Paciente entra com corte necessitando de sutura, o mesmo deverá ser acolhido prontamente e acompanhado para a sala de sutura pelo técnico de enfermagem que se encarregará de chamar o técnico volante para conduzir o caso. É de extrema importância a aferição de PA desse Paciente seja no acolhimento ou na sala de sutura;
- ✓ Caso o paciente não possa fornecer os dados a equipe deverá solicitar os dados ao acompanhante para realização do cadastro;

- ✓ Caso o paciente esteja sozinho o auxiliar administrativo deverá ser chamado até a sala de sutura a fim de colher os dados para realização do cadastro. É de extrema importância acolher esse cliente para que possa gerar BAM e o médico possa registrar seu atendimento;
- ✓ Na sala de sutura a enfermagem deverá preencher o livro de sutura de forma padrão a seguir:
 1. Nome completo do Paciente (Sem abreviatura);
 2. Número do BAM: Hora do atendimento;
 3. Data Nascimento;
 4. Idade;
 5. Local, tipo da lesão e fio utilizado;
 6. Nome do profissional que realizou a sutura;
 7. Destino do cliente;
 8. Observações Importantes.
- ✓ Realizar o Check List da sala de sutura para melhor controle dos materiais.

DEFINIÇÃO

União cirúrgica dos bordos de uma ferida ou de uma solução de continuidade de tecidos ou de outras estruturas orgânicas, executada com fios de diferentes tipos e materiais, ou ainda por meio de agrafes.

OBSERVAÇÕES GERAIS

Não se aplica.

POP 25 - TROMBÓLISE

OBJETIVO

Promover a dissolução do trombo sanguíneo através de um fármaco.

PROCESSOS RELACIONADOS

- ✓ Atendimento Cirúrgico;
- ✓ Atendimento em Emergência Adulto;
- ✓ Atendimento em Emergência Obstétrico;

✓ Atendimento em Emergência

Pediátrico;

✓ Atendimento Neonatal;

✓ Internação Adulto;

✓ Internação Obstétrica;

✓ Internação Pediátrica;

✓ Processos Pré Analíticos, Analíticos e Pós Analíticos;

✓ Tratamento Intensivo Adulto;

✓ Tratamento Intensivo Pediátrico.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Indicação e Contraindicação

Indicação:

Infarto Agudo do Miocárdico

Contraindicação:

Assim como todos os agentes trombolíticos, o trombolítico, não deve ser usado nos casos em que houver alto risco de hemorragia

ORIENTAÇÃO AO

PACIENTE

PRÉ-

PROCEDIMENTO

Não se aplica.

MATERIAL NECESSÁRIO

- ✓ Luvas de procedimento;
- ✓ Agulhas descartáveis;
- ✓ Seringas descartáveis;
- ✓ Bomba infusora;
- ✓ Equipo da mesma.

DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES ALTEPLASE

- ✓ Realizar o procedimento somente na SALA VERMELHA;
- ✓ O Acesso venoso te que ser exclusivo, não pode ser administrado com outras drogas.

DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES – PREPARO DO MEDICAMENTO

- ✓ Cuidados de armazenamento:
 - ✓ *Frasco fechado:* temperatura ambiente;

- ✓ *Solução* *preparada:* até 24 horas na geladeira de 2 a 8 graus ou 8 horas fora da geladeira na temperatura inferior a 30 graus.

- ✓ Reconstituição da solução:
 - ✓ Dois frascos de 50 mg;
 - ✓ Dissolver o conteúdo de 01 frasco de Alteplase liofilizado (50mg) com 50 ml de água para injeção esterilizado. O frasco já vem com o diluente próprio;
 - ✓ Retirar a proteção de uma da extremidade da cânula para inseri-la primeiramente no frasco contendo o diluente pra a uniformização da solução;
 - ✓ A seguir, retirar a proteção de outra extremidade da cânula para conectar o frasco contendo Alteplase;
 - ✓ Inverter a posição do frasco conectado, de modo a transferir todo o diluente para o frasco contendo Alteplase;
 - ✓ Após a transferência, desconectar o frasco do diluente e a cânula, e agitar suavemente para uniformizar

- ✓ Não agitar o frasco vigorosamente para evitar formação de espuma;
- ✓ Observação: a solução reconstituída pode ser diluída com solução salina fisiológica estéril (0,9%) até a concentração de 0,2 mg/ml de Alteplase;
- ✓ A solução reconstituída não pode ser diluída em soro glicosado ou água para injeção, devido a formação de turbidez.

DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES – ADMINISTRAÇÃO DO MEDICAMENTO

INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO ADMINISTRAÇÃO ACELERADA

(até 6 horas após o início dos sintomas)

Em pacientes com peso corpóreo > ou = a 65 kg Dose total: 100mg em 90 min.

- ✓ Administrar 15ml (15mg) da solução de alteplase em bolus por via exclusiva endovenosa de 1 a 2 minutos; guardar os 35 mg restantes;
- ✓ Infundir 50 ml (50mg) da solução de alteplase endovenosa durante 30 minutos em bomba infusora;
- ✓ Administrar os 35 ml (35mg) restantes do 1 frasco durante 60 minutos em bomba

infusora.

ADMINISTRAÇÃO ACELERADA

(até 6 horas após o IAM)

Em pacientes com peso corpóreo, < a 65 kg

Dose total: 15mg+ 0,75mg/kg+0,50mg/kg até 100 mg em 90 min.

- ✓ Administrar 15ml (15mg) da solução de alteplase em bolus por via exclusiva endovenosa de 1 a 2 minutos;
- ✓ Infundir 0,75mg/kg (não exceder 50mg) durante 30 minutos em bomba infusora;
- ✓ Administrar 0,50mg/kg (não exceder a 35mg) durante 60 minutos em bomba infusora.

ADMINISTRAÇÃO CONVENCIONAL

(Entre 6 a 12 horas após o início dos sintomas) Dose total: 100mg durante 3 horas.

- ✓ Administrar 10ml (10mg) da solução de alteplase em bolus, por via exclusiva endovenosa de 1 a 2 minutos;
- ✓ Infundir 50ml(50mg) do frasco em 60 minutos em bomba infusora;
- ✓ Infundir 40ml(40mg) do frasco em 120 minutos em bomba infusora.

METALYSE / TENECTEPLASE

É um ativador recombinante do plasminogênio específico para fibrina, derivado do ativador do plasminogênio tecidual (t-PA) humano por meio de modificações nas posições T, N e K da estrutura proteico (figura 1). O tenecteplase liga se à fibrina do coágulo e, seletivamente converte o plasminogênio em plasmina, a qual degrada a matriz de fibrina do coágulo. Esta molécula apresenta maior especificidade à fibrina e maior resistência à inativação por seu inibidor endógeno (PAI - 1) comparado ao t-PA humano, o que aumenta sua meia-vida plasmática.

METAS DE TEMPO

Trombólise pode ser realizada em até 12 horas do início dos sintomas, mas quanto antes melhor. TEMPO É MÚSCULO!

- ✓ Meta de tempo porta-agulha: 30 minutos;
- ✓ METALYSE pode ser aplicado no ambiente pré-hospitalar.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- ✓ Dor torácica;
- ✓ ECG indicando IAM com supra de ST ou novo BRE (bloqueio de ramo esquerdo).

CONTRAINDICAÇÕES ABSOLUTAS

- ✓ AVC hemorrágico;
- ✓ AVC isquêmico nos últimos 6 meses;
- ✓ Lesão, neoplasia de SNC ou má formação atriventricular;
- ✓ Grande trauma/cirurgia/lesão craniana nas últimas 3 semanas;
- ✓ Sangramento gastrointestinal no último mês;
- ✓ Hemorragia ativa (exceto menstruação);
- ✓ Dissecção de aorta;
- ✓ Biópsia em local não estancável nas últimas 24h (ex. fígado).

CONTRAINDICAÇÕES RELATIVAS

- ✓ AIT nos últimos 6 meses;
- ✓ Anticoagulação oral;
- ✓ Gestação;

- ✓ Hipertensão refratária (PAS > 180 e/ou

PAD >110 mmHg);

- ✓ Doença hepática avançada;
- ✓ Endocardite infecciosa;
- ✓ Úlcera péptica.

CUIDADOS PÓS-TROMBÓLISE

- ✓ Garantir a estabilidade hemodinâmica do paciente e avaliar a reperfusão;
- ✓ Monitorar sinais vitais como frequência cardíaca, pressão arterial e saturação arterial de oxigênio;
- ✓ Avaliar a dor torácica: atenção para melhora ou piora;
- ✓ Repetir o ECG: a cada 30 até 90 minutos após a administração de fibrinolítico ou em qualquer momento de alteração clínica na intensidade da dor;
- ✓ A reperfusão do vaso é acompanhada de um ou mais sinais como: melhora da dor, redução de pelo menos 50% do supradesnivelamento do segmento ST ao ECG, ou melhora de arritmias;

hemodinâmica,

persistência de dor e

supra de ST ao ECG após 90 minutos ou ainda arritmia grave e refratária.

Peso do Paciente (KG)	Tenecteplase (U)	Tenecteplase (MG)	Volume correspondente à solução reconstituída (mL)
< 60	6.000	30	6
60 a <70	7.000	35	7
70 a <80	8.000	40	8
80 a <90	9.000	45	9
>_ 90	10.000	50	10

*ESCOLHA A APRESENTAÇÃO DE 40 mg OU 50 mg DE ACORDO COM O PESO DO PACIENTE.

PONTOS CRÍTICOS

- ✓ A Pressão arterial deverá ser aferida durante e até 24 horas após o tratamento;

www.institutoelisadecastro.org

INSTITUTO ELISA DE CASTRO - CNPJ: 05.624.609/0001-55

- ✓ Atentar para o risco de hemorragia;

RESULTADOS ESPERADOS

- ✓ Reversão do quadro clínico.

REGISTRO

- ✓ Registrar o procedimento realizado no prontuário/folha de prescrição e/ou via sistema e no livro de ocorrências da sala vermelha.

DEFINIÇÃO

Administração de trombolítico por via venosa no tratamento Infarto Agudo do Miocárdico.

OBSERVAÇÕES GERAIS

Itens de verificação para administração segura de medicamentos:

Paciente certo

- ✓ Perguntar ao paciente, o nome completo dele, antes de administrar o

medicamento e utilize no mínimo dois
identificadores para confirmar o paciente certo;

- ✓ Verificar se o paciente corresponde ao Nome identificado na pulseira, no leito e no prontuário;
- ✓ Evitar dentro do possível, que dois pacientes com o mesmo nome fiquem internados simultaneamente no mesmo quarto ou enfermaria.

Obs: Caso o paciente apresente baixo nível de consciência, impossibilitando-o de confirmar o nome completo, a equipe assistencial deverá conferir o nome do paciente descrito na prescrição com a pulseira de identificação, devendo associar pelo menos mais dois identificadores diferentes.

Medicamento certo

- Receber os medicamentos dispensados pela farmácia conferindo juntamente se o nome do medicamento que tem em mãos é o que está prescrito;
- O nome do medicamento deve ser confirmado com a prescrição antes de ser administrado;
- Conferir se o paciente não é alérgico ao medicamento prescrito;
- Identificar o paciente alérgico no prontuário, na placa de identificação e na pulseira de alergia.

- Via Certa
- ✓ Identificar a via de administração prescrita;
- ✓ Verificar se a via de administração prescrita é a via tecnicamente recomendada para administrar determinado medicamento;
- ✓ Lavar as mãos antes do preparo e administração do medicamento;
- ✓ Verificar se o diluente (tipo e volume) foi prescrito e se a velocidade de infusão foi estabelecida, analisando sua compatibilidade com a via de administração e com o medicamento em caso de administração de por via endovenosa;
- ✓ Avaliar a compatibilidade do medicamento com produtos para a saúde utilizados para a sua administração (seringas, cateteres, sondas, equipes e outros);
- ✓ Identificar no paciente qual a conexão correta para a via de administração prescrita;
- ✓ -Realizar a antisepsia do local da aplicação para administração de medicamentos por via parenteral, quando for o caso;

- ✓ -Esclarecer todas as dúvidas com a supervisão de enfermagem, prescritor ou farmacêutico.

Hora Certa

- ✓ Preparar o medicamento de modo a garantir a sua administração seja feita sempre no horário correto, para garantir adequada resposta terapêutica;
- ✓ Preparar o medicamento no horário oportuno e de acordo com as recomendações do fabricante, assegurando-lhe estabilidade;
- ✓ A antecipação ou o atraso da administração em relação ao horário predefinido somente poderá ser feito como consentimento do enfermeiro e do prescritor;
- ✓ Obs: levar a medicação em bandejas separadas por paciente.
- Dose Certa
 - ✓ Conferir atentamente a dose prescrita para o medicamento;
 - ✓ Certificar de que a infusão programada é a prescrita para aquele paciente;

- ✓ Verificar a unidade de medida utilizada na prescrição;
- ✓ Conferir a velocidade de gotejamento, a programação e o funcionamento das bombas de infusão contínua em caso de medicamentos em infusão contínua;
- ✓ Realizar dupla checagem dos cálculos para o preparo e programação de bomba para administração de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância;
- ✓ Em caso de dúvidas ou medidas imprecisas (colher de chá, colher de sopa, ampola), consultar o prescritor e solicitar a prescrição de uma unidade de medida do sistema métrico.

Obs: “Não deverão ser administrados medicamentos em caso de prescrições vagas. (Solicitar complementação do prescritor em caso de orientações vagas”, tais como “fazer se necessário”, “conforme ordem médica” ou “a critério médico”).

- Registro certo da administração
- ✓ Registrar na prescrição o horário da administração do medicamento;
- ✓ Checar o horário da administração do medicamento a cada dose;

- ✓ Registrar todas as ocorrências relacionadas aos medicamentos (adiamentos, cancelamentos, desabastecimento, recusa do paciente e eventos adversos).

- Orientação correta
 - ✓ -Orientar e instruir o paciente sobre qual medicamento está sendo administrado (nome), justificativa da indicação, efeitos esperados e aqueles que necessitam de acompanhamento e monitorização;
 - ✓ Garantir ao paciente o direito de conhecer o aspecto (cor e formato) dos medicamentos que está recebendo, a frequência com que será ministrado;
 - ✓ Esclarecer dúvidas sobre a razão da indicação do medicamento, sua posologia ou outra informação antes de administrá-lo ao paciente junto ao prescritor.

- Forma Certa
 - ✓ Checar se o medicamento a ser administrado possui a forma farmacêutica e via de administração prescrita e se elas estão apropriadas à condição clínica do paciente

- ✓ Sanar as dúvidas relativas à forma farmacêutica e a via de administração prescrita junto ao enfermeiro, farmacêutico ou prescriptor.
- Resposta Certa
- ✓ -Manter clara a comunicação com o paciente e/ou cuidador;
- ✓ Observar cuidadosamente o paciente e relato do mesmo e/ou cuidador para identificar, se o medicamento teve o efeito desejado, incluindo respostas diferentes do padrão usual;
- ✓ Registrar em prontuário e informar ao prescriptor, todos os efeitos diferentes (em intensidade e forma) inesperado para o medicamento;
- ✓ Registrar todos os parâmetros de monitorização adequados (sinais vitais, glicemia capilar).

POP 26- HIGIENE ORAL DO PACIENTE INTUBADO SOB VENTILAÇÃO MECÂNICA

OBJETIVO

- ✓ Evitar infecções nos pacientes reduzindo a quantidade de microorganismos bucais;

- ✓ -Prevenir e controlar a contaminação da traquéia;
- ✓ Manter a integridade da mucosa bucal;Proporcionar conforto ao paciente;
- ✓ Prevenir a formação de úlceras.

PROCESSOS RELACIONADOS

- Atendimento em Emergência Adulto;
- Atendimento em Emergência Obstétrico;
- Atendimento em Emergência Pediátrico;
- Internação Adulto;
- Internação Cirúrgica;
- Internação Obstétrica;
- Internação Ortopédica;
- Internação Pediátrica;
- Tratamento Intensivo Adulto;
- Tratamento Intensivo Pediátrico.

DESCRIÇÃO DO	PROCEDIMENTO
--------------	--------------

Material utilizado para higiene oral:

- Bandeja ou cuba rim Álcool à 70%;
- Álcool glicerinado à 70%;
- Solução antisséptica;
- Espátulas envoltas em gazes;
- Seringa 10cc;
- Copo com água (caso o paciente esteja consciente);
- Sonda para aspiração compatível com o paciente;
- Gaze não estéril;
- Cânula de Guedel (caso necessário);
- Luvas de procedimentos;
- Cadarço;
- Papel toalha;
- Lâmina de bisturi;
- Equipamentos de proteção individual (EPI): gorro, máscara cirúrgica, óculos de

proteção Avental ou

capote não-estéril;

- Água destilada ou soro fisiológico;

- Aparelho de aspiração portátil ou fonte de vácuo em rede;

- Frasco de vidro de aspiração;

- Válvula redutora de pressão para rede de vácuo;

- Frasco coletor de secreções descartável preferencialmente e na sua ausência a extensão descartável para aspiração (borracha de aspiração).

Procedimento:

- Ler a prescrição do paciente;

- Realizar higienização das mãos com água e sabão; Separar uma bandeja ou cuba rim para o procedimento;

- Fazer desinfecção da bandeja com gaze embebida em álcool 70%, unidirecional, repetindo o movimento três vezes e aguardando a secagem espontânea;

- Higienizar as mãos com álcool a 70% glicerinado;

- Separar o material para o procedimento, colocando-o na bandeja;

- Levar a bandeja até a unidade do paciente e colocá-la na mesa de cabeceira;

- Apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante;
- Checar os dados de identificação na pulseira do paciente;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Promover privacidade, utilizando biombos, se necessário;
- Posicionar adequadamente o paciente para o procedimento, colocando-o em semi-fowler quando consciente ou lateralizando a cabeça quando inconsciente;
- Higienizar as mãos com álcool a 70% glicerinado;
- Colocar equipamentos de proteção individual: capote, gorro, máscara, óculos e luva de procedimento;
- Proteger o tórax do paciente com papel toalha;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Verificar se o Cuff da cânula endotraqueal está rigorosamente insuflado, e se há presença de sangramento;
- Retirar o cadarço cuidadosamente, se necessário utilizar a lâmina de bisturi;
- Colocar cânula de Guedel (se necessário);

- Limpar língua, bochechas, palato, lábios, dentes e gengivas;
- Abrir o invólucro da sonda de aspiração, mantendo-a dentro da embalagem;
- Conectar a sonda ao sistema de aspiração;
- Abrir a fonte de vácuo ou ligar o aparelho portátil de aspiração;
- Instalar solução antisséptica diluída em água, utilizando seringa;
- Realizar a aspiração da cavidade oral, introduzindo a sonda com o sistema de aspiração pinçado;
- Realizar a aspiração da cavidade oral, em movimentos suaves, regulares e circulares não superiores há 30 segundos;
- Lavar o sistema com 20ml de água destilada para manter a permeabilidade;
- Desprezar a sonda utilizada;
- Fechar a fonte de vácuo ou desligar o aparelho portátil de aspiração;
- Enxugar os lábios e região perilabial;
- Retirar os EPI's utilizados;
- Higienizar as mãos com álcool à 70% glicerinado;
- Deixar o paciente confortável;

- Recolher o material, desprezar o material em local apropriado, organizar a unidade e o paciente;
- Realizar higienização das mãos com água e sabão;
- Realizar as anotações necessárias, assinando e carimbando o relato no prontuário do paciente.

POP 28- ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS SUPERIORES E NA ASPIRAÇÃO DE VIAS AEREAS INFERIORES

OBJETIVO

- Retirar secreções das vias aéreas superiores e inferiores;
- Prevenir complicações respiratórias;
- Remover secreções brônquicas;
- Manter a permeabilidade das vias aéreas;
- Aumentar a eficiência respiratória e promover conforto do paciente.

PROCESSOS RELACIONADOS

- Atendimento Cirúrgico;
- Atendimento em Emergência Adulto;

- Atendimento em Emergência

Pediátrico;

- Internação Adulto;

- Internação Cirúrgica;

- Internação Obstétrica;

Internação Ortopédica;

- Internação Pediátrica;

- Prevenção e Controle de Infecção Hospitalar;

Processos Pré Analíticos, Analíticos e Pós Analíticos.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Material utilizado para aspiração de vias aéreas superiores:

- Bandeja ou cuba rim Álcool à 70%;

- Álcool glicerinado à 70% Luva de procedimento;

- Sonda de aspiração compatível com o paciente Gaze não estéril;

- Água destilada ou soro fisiológico;

- Equipamentos de proteção individual (EPI): gorro, máscara cirúrgica, óculos de proteção, Avental ou capote não-estéril;

- Toalha de rosto ou papel toalha;

- Aparelho de aspiração portátil ou fonte de vácuo em rede Frasco de vidro de aspiração

(anexo 1);

- Válvula redutora de pressão para rede de vácuo (anexo 1);
- Frasco coletor de secreções descartável (anexo 2) preferencialmente e na sua ausência a extensão descartável para aspiração (borracha de aspiração - anexo 3);

DESCRIÇÃO TÉCNICA

- Ler a prescrição do paciente;
- Realizar higienização das mãos com água e sabão; Separar uma bandeja ou cuba rim para o procedimento;
- Fazer desinfecção da bandeja com gaze embebida em álcool 70%, unidirecional, repetindo o movimento três vezes e aguardando a secagem espontânea;
- Higienizar as mãos com álcool a 70% glicerinado;
- Separar o material para o procedimento, colocando-o na bandeja;
- Levar a bandeja até a unidade do paciente e colocá-la na mesa de cabeceira; - Apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante;
- Checar os dados de identificação na pulseira do paciente; Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Promover privacidade, utilizando biombos, se necessário;
- Higienizar as mãos com álcool a 70%

glicerinado;

- Colocar equipamentos de proteção individual: capote, gorro, máscara, óculos e luva de procedimento; Proteger o tórax do paciente com papel toalha;
- Abrir o invólucro da sonda de aspiração, mantendo-a dentro da embalagem; Calçar as luvas de procedimento;
- Mensurar o tamanho da sonda para realização da aspiração nasofaríngea da ponta do lóbulo da orelha a pontado nariz;
- Conectar a sonda ao sistema de aspiração;
- Abrir a fonte de vácuo ou ligar o aparelho portátil de aspiração;
- Introduzir a sonda na cavidade nasal, com a extensão (borracha) de aspiração pinçada a fim de evitar trauma, seguindo o curso natural das narinas, inclinando ligeiramente a sonda para baixo e avançando para a parte posterior da laringe;
- Despinçar a extensão e realizar a aspiração na cavidade nasal em movimentos suaves, regulares e circulares. Não permanecer com a sonda dentro da cavidade nasal por mais de 10 a 15 segundos;
- Irrigar a sonda e o circuito com 20 ml de água destilada para limpeza da mesma;
- Realizar a aspiração da cavidade oral, introduzindo a sonda com o sistema de aspiração pinçado;
- Realizar a aspiração da cavidade oral, em movimentos suaves, regulares e circulares

não superiores há

30 segundos;

- Lavar o sistema com 20ml de água destilada para manter a permeabilidade; Desprezar a sonda utilizada;
- Fechar a fonte de vácuo ou desligar o aparelho portátil de aspiração; Retirar os EPI's utilizados;
- Higienizar as mãos com álcool à 70% glicerinado; Deixar o paciente confortável;
- Manter a organização da unidade do paciente;
- Desprezar o material utilizado nos locais apropriados;
- Realizar higienização das mãos com água e sabão;
- Realizar as anotações necessárias, assinando e carimbando o relato no prontuário do paciente.

Material utilizado para aspiração de vias aéreas inferiores - (TOT) e (TQT) - SISTEMA

ABERTO:

- Bandeja retangular e /ou cuba rim;
- Luva estéril;
- Luva de procedimento Gaze estéril;
- Gaze não estéril Álcool 70%;
- Álcool 70% glicerinado.
- Cateteres de aspiração de acordo com o tamanho do TOT ou TQT Água destilada ou

www.institutoelisadecastro.org

INSTITUTO ELISA DE CASTRO - CNPJ: 05.624.609/0001-55

Soro Fisiológico 0,9%;

- Equipamentos de proteção individual (EPI): gorro, máscara cirúrgica, óculos de proteção, Avental ou capote não-estéril;
- Biombo;
- Aparelho de aspiração portátil ou fonte de vácuo em rede;
- Frasco de vidro de aspiração (anexo 1) Válvula redutora de pressão para rede de vácuo (anexo 1);
- Frasco coletor de secreções descartável (anexo 2) preferencialmente e na sua ausência a extensão descartável para aspiração (borracha de aspiração - anexo 3);
- Papel toalha;
- Oxímetro de pulso Estetoscópio;
- Bolsa ventilatória manual (AMBU) conectada ao sistema de oxigênio (extensão de silicone/látex, fluxômetro de oxigênio, copo umidificador com água destilada), se necessário.

DESCRIÇÃO TÉCNICA

- Ler a prescrição do paciente;
- Realizar higienização das mãos com água e sabão; Separar uma bandeja ou cuba rim para o procedimento;
- Fazer desinfecção da bandeja com gaze embebida em álcool 70%, unidirecional,

repetindo o movimento três vezes e

aguardando a secagem espontânea;

- Higienizar as mãos com álcool glicerinado 70%;
- Separar o material para o procedimento, colocando-o na bandeja; Preparar o material;
- Levar a bandeja até a unidade do paciente e colocá-la na mesa de cabeceira;
- Apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante;
- Checar os dados de identificação na pulseira do paciente;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Promover privacidade, utilizando biombos, se necessário;
- Posicionar adequadamente o paciente para o procedimento com cabeceira da cama 30° a 45°;
- Higienizar as mãos com álcool glicerinado 70%;
- Calçar as luvas de procedimentos;
- Colocar equipamentos de proteção individual: gorro, máscara cirúrgica descartável, óculos de proteção e avental/capote não estéril;
- Instalar oxímetro de pulso;
- Colocar papel toalha na região do tórax para apoio do circuito do ventilador mecânico ou para proteção do tórax em relação a secreção;
- Realizar aspiração das vias aéreas superiores, como já descrito acima;
- Retirar a luva de procedimento e desprezar junto com a sonda de aspiração;

- Proceder à higienização das mãos com álcool glicerinado 70%;
- Expor os materiais (sonda de aspiração e gaze estéril) em campo estéril, que podese o invólucro da luva cirúrgica;
- Calçar a luva estéril;
- Com a mão dominante pegar a sonda e conectar na extensão do frasco coletor de secreções; Abrir a válvula redutora de pressão do vácuo e manter a pressão entre 80 e 120 mmHg;
- Com a outra mão não dominante desconectar a cânula de TQT ou TOT do ventilador mecânico e apoiar a extremidade do circuito do respirador no papel toalha, caso esteja realizando o procedimento sozinho. Sempre que possível solicitar que outro profissional faça esta atividade;
- Com a mão dominante, introduzir a sonda no TOT ou TQT com o extensor do sistema de aspiração pinçado, introduzi-la até sentir resistência ou o paciente tossir, neste momento recuar 1 cm;
- Despinçar o extensor do sistema e aspirar as secreções com movimentos suaves, circulares e regulares; Não exceder cada período de aspiração por mais de 15 segundos, para não provocar hipóxia;
- Após o procedimento, realizar lavagem do sistema de aspiração com 20 ml de água destilada; Fechar a fonte de vácuo;

- Retirar a sonda de aspiração do sistema de aspiração, deixando a extremidade do sistema protegido, pode ser com a embalagem da sonda de aspiração;
- Realizar limpeza de secreções, caso existam, ao redor do óstio da TQT ou da fixação do TOT com gaze estéril; Verificar fixação do TOT ou TQT;
- Retirar luva estéril e óculos de proteção individual; Higienizar as mãos com álcool glicerinado à 70%;
- Retirar e guardar o capote observando a técnica adequada; Deixar o paciente confortável;
- Manter a organização da unidade do paciente; Desprezar o material utilizado nos locais apropriados; Realizar higienização das mãos com água e sabão;
- Realizar as anotações necessárias (incluindo a descrição do aspecto, características, coloração, quantidade e possíveis intercorrências), assinando e carimbando o relato no prontuário do paciente.
- Material utilizado para aspiração de vias aéreas inferiores - (TOT) e (TQT) – SISTEMA FECHADO: 01 par de Luvas de procedimento;
- Ampola de água destilada para lavar o sistema; Seringa de 20 ml
- Equipamentos de proteção individual (EPI): gorro, máscara cirúrgica, óculos de proteção, avental ou capote não-estéril;
- Aparelho de aspiração portátil ou fonte de vácuo em rede; Frasco de vidro de aspiração

(anexo 1);

- Válvula redutora de pressão para rede de vácuo (anexo 1);
 - Frasco coletor de secreções descartável (anexo 2) preferencialmente e na sua ausência a extensão descartável para aspiração (borracha de aspiração - anexo 3);
 - Papel toalha;
 - Sistema fechado de aspiração para TOT ou para TQT (anexo 4) Oxímetro de pulso
- Estetoscópio.

DESCRIÇÃO TÉCNICA:

- Ler a prescrição do paciente;
- Realizar higienização das mãos com água e sabão;
- Separar uma bandeja ou cuba rim para o procedimento;
- Fazer desinfecção da bandeja com gaze embebida em álcool 70%, unidirecional, repetindo o movimento três vezes e aguardando a secagem espontânea;
- Higienizar as mãos com álcool glicerinado 70%;
- Separar o material para o procedimento, colocando-o na bandeja;
- Preparar o material;
- Levar a bandeja até a unidade do paciente e colocá-la na mesa de cabeceira;
- Apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante;
- Checar os dados de identificação na pulseira do paciente;

- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Promover privacidade, utilizando biombos, se necessário;
- Posicionar adequadamente o paciente para o procedimento com cabeceira da cama 30° a 45°;
- Higienizar as mãos com álcool glicerinado 70%;
- Calçar as luvas de procedimentos;
- Colocar equipamentos de proteção individual: gorro, máscara cirúrgica descartável, óculos de proteção e avental/capote não estéril;
- Instalar oxímetro de pulso;
- Colocar papel toalha na região do tórax para apoio do circuito do ventilador mecânico ou para proteção do tórax em relação a secreção;
- Realizar aspiração das vias aéreas superiores, como já descrito acima; Retirar a luva de procedimento e desprezar junto com a sonda de aspiração;

Proceder à higienização das mãos com álcool glicerinado:

- Calçar a luva de procedimento;
- Na instalação do sistema fechado adaptar a conexão da sonda de aspiração do sistema à extremidade do TOTou da TQT e a outra extremidade ao sistema de vácuo, identificar com a data da instalação;

- Destruar a válvula de aspiração do sistema fechado;
- Introduzir a sonda até sentir resistência ou o paciente tossir, neste momento recuar 1 cm;
- Realizar a aspiração, utilizando a válvula de aspiração do sistema fechado;
- Não exceder cada aspiração por um período superior a 15 segundos;
- Após o procedimento, realizar lavagem da sonda do sistema fechado com 20ml de água destilada, utilizando o injetor lateral do sistema;
- Travar a válvula de aspiração do sistema fechado;
- Deixar a unidade em ordem, recolher o material utilizado encaminhando-o para o local adequado; Retirar luva de procedimento;
- Higienizar as mãos com álcool a 70% glicerinado; Deixar o paciente confortável;
- Manter a organização da unidade do paciente; Desprezar o material utilizado nos locais apropriados; Retirar os EPI's utilizados;
- Realizar higienização das mãos com água e sabão;
- Realizar as anotações necessárias, descrevendo aspecto, característica, coloração, quantidade de secreção e possíveis intercorrências, assinando e carimbando o relato no prontuário do paciente.

DEFINIÇÃO

Aspiração de vias

aéreas superiores:

- Consiste na remoção do excesso de secreções existentes na cavidade oral, na cavidade nasal e na nasofaringe;

- Aspiração de vias aéreas inferiores - tubo orotraqueal (TOT) e traqueostomia (TQT):

Consiste na remoção de secreções das vias aéreas inferiores facilitando a oxigenação e prevenção da broncoaspiração.

OBSERVAÇÕES GERAIS

Na aspiração de vias aéreas superiores:

Indicação:

- Pacientes com acúmulo de secreções em vias aéreas superiores;

Contra-indicação:

- Passagens nasais ocluídas, traumas de crânio, face, pescoço e coagulopatias, Na aspiração de vias aéreas inferiores - (TOT) e (TQT):

Indicação:

- Pacientes secretivos em uso TOT ou TQT.

Contra-indicação:

- Não existe uma contraindicação, mas deve ser diminuída sua frequência nos casos de discrasias sanguíneas;
- O sistema de aspiração precisa ser conectado a uma fonte de vácuo em rede ou aspirador portátil de secreções para o seu funcionamento;
- O sistema de aspiração compreende a válvula redutora de pressão para rede de vácuo e o frasco de vidro de aspiração (anexo 1) conectados preferencialmente ao frasco coletor de secreção de vias aéreas descartável (anexo 2) e na sua ausência a extensão descartável para aspiração (anexo 3). Quando não estiverem em uso devem ter sua extremidade protegida;
- O sistema de aspiração deve ser trocado após 24h horas de uso, quando persistir secreções que obstruam e impeçam o seu funcionamento adequado conforme orientações da CCIH ou na alta do paciente;
- O frasco coletor de secreção de vias aéreas descartável deve ser trocado sempre que atingir dois terços de sua capacidade e/ou junto com o sistema de aspiração;
- Na ausência do frasco coletor de secreção de vias aéreas descartável, o frasco de vidro de aspiração deve ser esvaziado sempre que atingir cerca de dois terços de sua capacidade, substituindo-o por um outro frasco;
- Atentar para o uso do equipamento de proteção (luva de procedimento, máscara cirúrgica, óculos de proteção e avental não-estéril) a fim de evitar contaminação do

profissional;

- Atenção especial para a pressão adequada do vacuômetro/válvula redutora de pressão entre 80 e 120 mmHg. A frequência da aspiração é determinada pelo acúmulo de secreções sendo dependente da avaliação do profissional de saúde a partir da identificação de alterações no padrão respiratório;

- O calibre da sonda é definido de acordo como calibre do tubo orotraqueal, a sonda deve ter a metade do diâmetro interno do TOT ou TQT;

- O tamanho correto do cateter minimiza a chance de criar uma pressão negativa, o que pode levar atelectasia;

- Para lactentes ou criança traqueostomizados deve-se posicionar em decúbito dorsal com o pescoço levemente estendido, o que permite que a sonda de aspiração siga mais facilmente a curvatura natural da traquéia;

- A sonda deve ser inserida para aspiração durante a inspiração do paciente, sempre que possível; Instituir higiene oral com dentífrício e solução antisséptica, conforme a prescrição de enfermagem;

- Para crianças recomenda-se que o calibração do aparelho de aspiração ou manômetro esteja ajustada entre 80a 100 mmHg, pois uma pressão excessiva pode causar mudança na pressão negativa para os pulmões e promover um pneumotórax;

- Não é indicado a instilação de solução salina antes da aspiração para fluidificar as secreções, porque pode deslocar as bactérias para as vias respiratórias inferiores,

favorecendo

infecções pulmonares;

- No caso de PEEP elevado (acima do fisiológico maior que 5 cm de H₂O) regredi-lo até o fisiológico antes de desconectar a prótese ventilatória do ventilador;

- Antes e durante o procedimento de aspiração, deve-se aumentar a FiO₂ do ventilador mecânico para 100% para hiperoxigenar ou para o dobro do valor inicial por cerca de três minutos conforme prescrição médica, e após o término do procedimento retornar ao valor inicial gradativamente ;

- Realizar a ausculta pulmonar antes e após o procedimento para avaliar os ruídos adventícios (roncos);

- Manter a bolsa ventilatória manual (AMBÚ) com bolsa reservatória de oxigênio, conectada ao sistema de oxigênio umidificado (12 a 15 litros/min em adultos) e, utilizá-la caso o cliente apresente desconforto respiratório e permanência da hipóxia entre as aspirações, mesmo após a conexão da cânula ao ventilador;

- Monitorar os sinais vitais e a saturação de O₂ durante o procedimento de aspiração, atentando para alterações da frequência cardíaca de 20 batimentos por minuto para mais ou menos e a saturação de oxigênio menor que 90%;

- Recomenda-se a trocar do sistema de aspiração fechado a cada 72 horas;

- Não é necessário interromper a infusão da dieta gástrica/enteral (para as unidades de saúde que utilizam dieta gástrica/enteral) para realizar a aspiração das vias aéreas superiores, quando é realizado o controle do resíduo gástrico antes da instalação da

dieta.

Imagem 1 - Frasco de vidro de aspiração e válvula redutora de pressão para rede de vácuo.

Fonte: Googleimagens acesso maio/2014



Imagem 2 - Frasco de aspiração de vias aéreas descartável.

Fonte: Google imagens acesso maio/2014.



Imagem 3 - Extensão (borracha) descartável para aspiração.

Fonte: Google imagens < extensão para aspiração > acesso maio/2014.



Imagem 4 - Modelo de sistema fechado de aspiração.


Fonte: Google imagens < sistema fechado de aspiração Trach care > acesso maio/2014.

POP 29 - ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

OBJETIVO

Sistematizar o fluxo da entrada do paciente na Unidade até seu atendimento pelo médico, promovendo um atendimento qualificado, organizado e humanizado, definindo prioridades de acordo com o grau de complexidade apresentado pelos usuários dos serviços de urgência e emergência.

PROCESSOS RELACIONADOS

- Atendimento em Emergência Adulto;
- Atendimento em Emergência Obstétrico; 
- Atendimento em Emergência Pediátrico;

- Cuidados Assistenciais de

Enfermagem;

- Internação Adulto;
- Internação Cirúrgica;
- Internação Obstétrica;
- Internação Ortopédica;
- Internação Pediátrica;
- Tratamento Intensivo Adulto;
- Tratamento Intensivo Pediátrico.

2. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO


A Ç Ã O	RESPONSÁVE L	R E G I S T R O	DESCRIÇÃO DA AÇÃO

A c o l h i m e n t o	Enfermagem		<p>Inicialmente ouvir e avaliar a necessidade apresentada pelo paciente que procura a unidade, utilizando ferramentas como escuta sensível, olhar clínico e conhecimento científico; para então definir qual será o melhor serviço a ser prestado e avaliar a gravidade inicial do mesmo.</p> <p>Após esse contato inicial, o paciente será encaminhado ao setor de registro para que sejam preenchidos os dados do mesmo no boletim de emergência.</p>
---	------------	--	---

C h a m a n d o p a ci e nt e/ In ici a	Enfermeiro		<p>Após ser acolhido e registrado, o paciente será encaminhado via sistema à fila da classificação de risco. O enfermeiro deverá utilizar a tela Classificação de Risco Atendimento e clicar em Atendimentos Pendentes para ter acesso à fila.</p> <p>Ao entrar na fila, o enfermeiro deverá clicar no ícone para chamar o paciente.</p>
---	------------	--	--

n d o at e n di m e nt o			
--	--	--	--

			<p>Neste momento, o nome do paciente será sinalizado no painel de chamadas. Quando o mesmo entrar na sala de Classificação de Risco, identifique-se e informe-o que realizará a triagem e a aferição de sinais vitais, além</p>
--	--	--	---

			<p>de orienta-lo quanto ao fluxo e adinâmica da Classificação de Risco.</p> <p>No sistema, inicie o atendimento clicando no botão preencher ficha.</p> <p>Caso o paciente não responda ao chamado, esse procedimento deverá ser repetido. Após três tentativas sem êxito, o sistema apresentará o ícone , que retira o paciente da fila após a confirmação de que o mesmo não encontra-se na unidade ou desistiu do atendimento.</p>
--	--	--	---

<p>Inform an doAlergi a</p>	<p>Enfermeiro</p>		<p>O primeiro campo a ser preenchido no sistema, é o campo de alergia, então antes de perguntar sobre o motivo do atendimento/queixa do paciente, o enfermeiro deve questionar se ele possui algum tipo de alergia. Se positivo, inserir clicando no botão e preencher as informações pertinentes.</p> <p>Faz se necessário, a identificação da alergia também no paciente com a etiqueta.</p>
---------------------------------	-------------------	--	--

Q ueix	Enfermeiro		Após a informação da alergia, questione o paciente quanto ao motivo que o levou a procurar atendimento na
-----------	------------	--	--

<p>a</p> <p>dopaciete/Si</p> <p>nais Vitai</p> <p>s</p>			<p>unidade, sua principal queixa e afira seus sinais vitais. Insira essas informações no sistema.</p>
<p>Inf</p> <p>or</p> <p>m</p> <p>ar</p>	<p>Enfermeiro</p>		<p>Questione ao paciente quanto ao uso frequente de algum medicamento por conta de comorbidades ou não e informe no sistema. Caso o paciente não possua</p>

uso de medicamentos / Comorbida			de e não faça uso diário de algum medicamento, informar no sistema: nega uso de medicamentos e comorbidades (Garantindo que esta informação foi questionada).
---------------------------------	--	--	---

<p>Es ca la de gl as go w</p>	<p>Enfermeiro</p>		<p>O sistema possui uma calculadora de índice de Glasgow, que nos permite medir e avaliar o nível de consciência de um paciente. Basta selecionar as informações referentes ao estado/resposta do paciente, que o sistema calculará automaticamente.</p>
<p>Es ca la de D or</p>	<p>Enfermeiro</p>		<p>A escala de dor também encontra-se presente no sistema, sob a escala de Glasgow. Selecione de acordo com a intensidade da dor de cada paciente.</p>

<p>Fluxograma / As</p>	<p>Enfermeiro</p>		<p>A última etapa da classificação, é seguir o fluxograma baseado e adaptado no protocolo de Manchester para definir o risco do paciente.</p> <p>Neste fluxograma, o primeiro passo é selecionar a queixa do paciente/protocolo dentre as opções da lista. Logo após, responder as perguntas/justificativas referentes ao fluxograma selecionado.</p> <p>As perguntas estão separadas por grupo de risco, de acordo com a gravidade do sintoma apresentado (vermelho, amarelo, verde e azul).</p>
------------------------	-------------------	--	---

so ci an do Ri sc o			<p>Quando o profissional responder sim para alguma pergunta, automaticamente o sistema definirá a core/ou risco do paciente.</p> <p>Caso a resposta seja não para todas as perguntas, ao final do fluxograma será apresentada a cor azul, indicando que o paciente não apresenta gravidade para atendimento em emergência. Vale ressaltar que o mesmo será atendido, porém o risco dele será o menor dentre os demais pacientes e por conta disso seu atendimento ocorrerá quando todos os outros riscos forem atendidos.</p>
---------------------------------------	--	--	---

<p>En ca mi nh an do Pa ci en te</p>	<p>Enfermeiro</p>		<p>Após atribuir um risco ao paciente, o sistema solicitará que seja escolhida uma seção de encaminhamento.</p> <p>Esses poderão ser encaminhados aos consultórios adultos/ pediátricos.</p>
--	-------------------	--	--

DEFINIÇÃO

Acolhimento:

É uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), que não tem local e nem hora certa para acontecer, nem um profissional específico para fazê-lo: faz parte de todos os encontros do serviço de saúde. O acolhimento possui uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo

processo de saúde e

adoecimento, e na

responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes. É o ato de acolher, ou recepcionar o usuário a um atendimento que o auxilia, protege ou socorre, que nos leva a entender a mudança de relacionamento entre o usuário e o profissional de saúde, através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como pessoa participante ativa no processo de produção da saúde.

Classificação de risco:

É um processo dinâmico utilizado nos serviços de urgência/emergência que visa avaliar e identificar os pacientes que necessitam de atendimento prioritário, de acordo com a sua gravidade clínica e potencial de risco.

OBSERVAÇÕES GERAIS

Alguns grupos de pacientes serão atendidos como situações especiais, são eles: idosos, deficientes físicos, deficientes mentais, acamados, pacientes com dificuldade de locomoção, gestantes, algemados, escoltados ou envolvidos em ocorrência policial, vítimas de abuso sexual. Esses pacientes devem merecer atenção especial da equipe de Classificação de Risco e, dentro do possível a sua avaliação deve ser priorizada, respeitando a situação clínica dos outros pacientes que aguardam atendimento.

Deverá ser utilizado as pulseiras de identificação, de acordo com a gravidade:



TEMPO DETERMINADO:

Vermelho - Atendimento imediato;

Laranja – Atendimento em menos que 15 min;

Amarelo - Atendimento em até 30 minutos;

Verde - Atendimento em até 60 minutos;

Azul - Atendimento no mesmo dia.

POP 30 - ATENDIMENTO INICIAL PELA ENFERMAGEM AO PACIENTE

POLITRAUMATIZADO

1. OBJETIVO

- Melhorar a qualidade e agilizar de forma organizada o atendimento ao politraumatizado.

2. PROCESSOS RELACIONADOS

- Atendimento em Emergência Adulto Cuidados Assistenciais de Enfermagem.

3. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

INICIAR PROTOCOLO DE TRAUMA QUANDO:

Parâmetros Vitais:

- ECG < 14 ou deterioração neurológica. (AVDI) - PAS < 90; - FR < 10 ou > 29 ou IOT no APH.

Anatomia da Lesão:

- Ferimento penetrante craniano, cervical, torácico, abdominal, extremidades

proximaisao cotovelo;

- Suspeita de instabilidade de pelve ou de 2 ou mais ossos longos;
- Paralisia de um ou mais membros;
- Amputação completa ou incompleta proximal ao punho ao cotovelo.

Cinemática do

Trauma: (TODA VÍTIMA REMOVIDA PELO GSE);

- Ejeção do veículo;
- Queda de duas vezes a altura da vítima;
- Capotamento do veículo;
- Morte de um ocupante;
- Colisão do automóvel com $v > 60$ km/h; atropelamento de pedestre ou

ciclista;

- PAF, PAB, lesão por corrente elétrica.

O QUE FAZER:

- ✓ Iniciar avaliação primária ABCDE, e acionar cirurgião geral, ortopedista e clínico A deairway (ou via aérea) Checar se o paciente está com as vias aéreas desobstruídas.
- ✓ É importante verificar se não há corpos estranhos impedindo a respiração,

fraturas de face ou qualquer lesão na coluna cervical.

- ✓ Todo o processo deve ser tátil, verificando sinais de edemas ou sangramentos e observando se a vítima não emite qualquer som durante a respiração, tosse ou apresenta alguma agitação.
- ✓ Garantida a permeabilização, o colar cervical deve ser colocado. B de breathing (ou respiração) Respiração eventilação;
- ✓ Depois de garantir a permeabilidade das vias respiratórias, é preciso aferir se o cidadão está, de fato, respirando bem;
- ✓ Nesse ponto, é necessário observar os movimentos do tórax, fazer ausculta a fim de eliminar qualquer lesão torácica e, se necessário, utilizar métodos de ventilação mecânica para reestabelecer a função C de circulation(ou circulação);
- ✓ Circulação com controle de hemorragia;
- ✓ Após os primeiros procedimentos, é preciso impedir que a vítima entre em quadros como a hipovolemia (diminuição anormal do volume do sangue de um indivíduo), que podem trazer como consequência o choque hemorrágico.;

- ✓ Assim, apalpar, verificar o dorso e identificar de onde surgiu a hemorragia é o primeiro passo para sua contenção. Impedir que o cidadão continue perdendo sangue durante o atendimento pode ser decisivo para que o óbito não aconteça.

Nessa etapa também são aferidos o nível de consciência, a coloração da pele, a frequência e a amplitude do pulso, a perfusão periférica, a pressão arterial e do pulso, ainda notando se há sudorese D de disability ou (ou incapacidade) Exame neurológico sumário. Uma avaliação primária do nível de consciência da vítima deve ser determinada no momento do primeiro atendimento para que, depois, seja encaminhada e classificada pela Escala de Glasgow.

A primeira verificação deve ser feita pelo método AVDI: Alerta, resposta a estímulo Verbal, resposta a estímulo Doloroso ou inconsciente aos estímulos.

Depois da primeira classificação, o paciente deve passar por um novo teste ao chegar na unidade de atendimento. E de exposure (ou exposição) Exposição com controle da hipotermia. Para identificar fraturas e hemorragias, a vítima deve ser despida.

Para facilitar o trabalho e impedir novos traumas, corta-se a roupa. Nesse procedimento, é comum que a temperatura do corpo baixe, deixando os cidadãos mais suscetíveis à hipotermia. Com isso, outros problemas podem surgir.

Assim, antes da remoção da vítima para o atendimento, é preciso garantir que sua temperatura esteja estável. Por isso, é preciso ter mantas térmicas sempre à mão.

DEFINIÇÃO

Não se aplica.

OBSERVAÇÕES GERAIS

Não se aplica

POP 31- ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA INTUBAÇÃO DE ADULTOS

OBJETIVO

- ✓ Promover via aérea artificial para tratamento da Insuficiência Respiratória Aguda;
- ✓ Promover proteção de via aérea nos casos de rebaixamento do nível de consciência;
- ✓ Promover via aérea artificial para os casos de indução anestésica para cirurgias por inalação.

PROCESSOS RELACIONADOS

- ✓ Médico Fisioterapeuta
- ✓ Enfermagem

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Indicações:

- Isolar a via aérea em pacientes com risco de aspiração;
- Pacientes que serão submetidos a cirurgias sob anestesia geral;
- Pacientes com dificuldade de ventilação por máscara facial ou laríngea;
- Insuficiência Respiratória Aguda ou crônica agudizada com contra-indicação de

ventilação não-invasiva.

Complicações:

Complicações da intubação orotraqueal:

- Intubação esofágica, levando à hipóxia e morte;
- Intubação seletiva, normalmente do brônquio-fonte direito, resultando em ventilação seletiva, colapsopulmonar contralateral e pneumotórax;
- Incapacidade para intubar, resultando em hipóxia e morte;
- Indução de vômito, levando à aspiração, hipóxia e morte;
- Luxação da mandíbula;
- Laceração de partes moles das vias aéreas, faringe posterior, epiglote e/ou laringe;
- Trauma sobre a via aérea resultando em hemorragia e possível aspiração;
- Fratura ou arrancamento de dentes (causados por movimento de alavanca);
- Ruptura ou vazamento do balonete do tubo, resultando em perda de vedação durante a ventilação;
- Lesão da coluna cervical por movimentação da cabeça durante o

procedimento, convertendo uma possível lesão sem déficit neurológico.

Complicações durante a laringoscopia e intubação orotraqueal:

- Traumatismo de lábios, língua, dentes, faringe, articulação temporomandibular;
- Hipertensão arterial, taquicardia, arritmia, hipertensão intracraniana e intraocular, hipoxemia e hipercarbia;
- Trauma da coluna cervical;
- Lesões ou perfurações das vias aéreas e esôfago;
- Intubação esofágica;
- Aspiração pulmonar de conteúdo gástrico.

Complicações na presença do tubo:

- Intubação endobrônquica;
- Extubação acidental;
- Isquemia da mucosa traqueal pelo balonete muito insuflado;
- Broncoespasmo.

Complicações após extubação:

- Laringoespasma;
- Aspiração;
- Faringite e laringite;
- Edema laríngeo e subglótico;
- Ulceração da mucosa traqueal;
- Estenose traqueal;
- Pneumonia;
- Paralisia das cordas vocais (raro).

Materiais Necessários:

- EPI (luva estéril, máscara, óculos de proteção individual);
- Fluxômetro de oxigênio;
- Monitor cardíaco e oxímetro de pulso;
- Cabo de Laringoscópio com bateria nova;
- Lâminas retas ou curvas de tamanhos infantil e adulto;
- Tubos endotraqueais com cuff intacto: tamanhos variados infantil e adulto;
- Tubos 7,0 a 8mm: mulheres adultas;
- Tubos 8 a 9mm: para homens adultos;

- Pinça de Magill: Intubação nasotraqueais
- Fonte de oxigênio testada;
- AMBU (Airway Maintenance Breathing Unit) com máscara facial transparente e reservatório;
- Material para aspiração;
- Guia estéril;
- Material para Broncoscopia e Traqueostomia;
- Seringa;
- Cuffômetro;
- Material para coletar amostra de secreção para cultura;
- Medicamentos para sedação e/ou bloqueio neuromuscular;
- Anestésico local;
- Lubrificante hidrossolúvel sem vasoconstrictor;
- Pilhas extras e lâmpadas de reserva;
- Dispositivos de detecção de CO₂ no ar expirado;
- Material para fixação do tubo;
- Estetoscópio;
- Ventilador mecânico testado e funcionando;

Procedimento:

AÇÃO	RESPON SÁVEL	R E G I S T R O	DESCRIÇÃO DA AÇÃO
01. Lavar as Mãos	Enfermei ro	P C. Cl H. 02 1- 1	Lavando as mãos, prevenindo assim infecção;
02. Reunir material	Enfermei ro		- Seleção do material

			<p>apropriado em função das características anatômicas e da doença de base do paciente.</p>
<p>03. Testar laringoscópio</p>	<p>Enfermeiro</p>		<p>Teste do cabo do laringoscópio, verificando a intensidade da luz ;</p>
<p>04. Testar funcionamento aspirador</p>	<p>Enfermeiro</p>		<p>Testar a funcionalidade do aspirador, usando a sonda de aspiração de tamanho</p>

			adequado;
05. Orientar paciente	Enfermei ro		Orientação ao paciente sobre o procedimento, mesmo estando sedado, estabelecendo relacionamento pessoal de confiança;
06. Monitori zar paciente	Enfermei ro		Monitorizar o paciente com monitor cardíaco e oxímetro de pulso, avaliando a função respiratória;

<p>07.</p> <p>Posicionar o paciente</p>	<p>Enfermeiro</p>		<p>Posicionar o médico de modo que o médico fique junto a sua cabeça, alinhamento do eixo oro-faringo-laríngeo e restringi-lo se necessário, facilitando o procedimento;</p>
<p>08.</p> <p>Oferecer médicos os EPIs</p>	<p>Enfermeiro Técnico ou enfermeira</p>		<p>Oferecer ao médico paramentação com luvas e óculos;</p>

<p>09.</p> <p>Oferecer oxigenação o</p>	<p>Enfermeiro</p>		<p>Pré-oxigenação a 100% (3-5 minutos);</p>
<p>9. Administrar sedativos</p>	<p>Enfermeiro</p>		<p>Administração de sedativos e relaxantes musculares;</p>
<p>10.</p> <p>Mantendo o pescoço do paciente adeq</p>	<p>Enfermeiro</p>		<p>Manter o pescoço do paciente levemente estendido com o queixo anteriorizado. A extensão extrema do pescoço pode provocar</p>

uado			obstrução das vias aéreas e interferir na visualização da laringe;
11. Conectar o oxigênio	Enfermeiro		Conectar a borracha de látex na fonte de oxigênio ao ambu e máscara, se necessário, assegurando o funcionamento adequado do ambu e da máscara;
13. Fornecer material	Enfermeiro		Fornecimento do material para que o

			médico realize o procedimento;
4. Realizar procedimento	Médico		<p>- Abertura da cavidade oral e introdução do laringoscópio pelo lado direito da boca;</p> <p>- Deslocamento da língua pela esquerda;</p> <p>- Se lâmina reta: Após a introdução, retirá-la gradualmente até que as cordas vocais tornem-se visíveis (elevação</p>

			<p>da epiglote pela lâmina);</p> <p>- Se lâmina curva:</p> <p>Introdução gradual até que a epiglote seja visível e a lâmina inserida na valécula (tração da epiglote pela lâmina);</p> <p>- Suave pressão ao nível da cricóide pode ser necessária (Manobra de Sellick), para facilitar a visualização e diminuir o risco de</p>
--	--	--	--

			<p>aspiração;</p> <p>- Importante</p> <p>manter uma tração</p> <p>ao longo do eixo do</p> <p>corpo do</p> <p>laringoscópio (sem</p> <p>movimentação do</p> <p>punho e apoio no</p> <p>lábio</p> <p>superior);</p>
			<p>- Inserção do tubo</p> <p>à direita da lâmina</p> <p>(não obstruir a</p> <p>concavidade da</p> <p>lâmina);</p> <p>- Confirmar</p> <p>posicionamento</p> <p>adequado:</p>

			<p>Detecção de CO2</p> <p>ou Ausculta:</p> <p>epigástrico => HTE</p> <p>=> HTD fixação</p> <p>adequada.</p>
5. Administrar os medicamentos	Enfermeiro		<p>Administração de Medicamentos conforme prescrição médica;</p>
6. Observar expansibilidade e torácica	Enfermeiro		<p>7. Observar expansibilidade torácica e estabilizaçãodos sinais vitais do paciente;</p>
8. Registrar o procedimento	Enfermeiro		<p>Registro do procedimento em livropróprio</p>

Cuidados a serem observados:

- O procedimento de intubação não deve ultrapassar 30 segundos;
- Monitorar durante todo o procedimento: SpO₂, PA e FC;
- Oxigenar o paciente (FiO₂ 100%) após as tentativas de intubação sem sucesso (SpO₂ < ou = 90);
- Após a intubação, insuflar o cuff (+ ou – 10ml de ar);
- Confirmar posicionamento adequado do tubo;
- Fixar o tubo endotraqueal adequadamente;
- Trocar a fixação da cânula a cada 24 horas, examinar a pele e a mucosa oral;
- Manter cânula centralizada;
- Manter a pressão do cuff em torno de 20 a 25mmHg; monitorar a cada 06 horas;
- Afrouxar os fixadores da cânula pelo menos 01 vez ao dia e oferecer cuidados à pele;
- Manter via de insuflação do cuff livre da fixação;
- Confirmar posicionamento adequado da cânula após troca da fixação, procedimentos de mobilização, ou transporte;
- Manter cânula livre de peso do circuito ventilatório;
- Conter pacientes com agitação psicomotora e não cooperativos.

Ações em caso de não conformidade:

- Oxigenar o paciente (FiO₂ 100%) após as tentativas de intubação sem sucesso (SpO₂ < ou = 90). Registrar no formulário de notificação de risco o possível evento para Exturbação Acidental.

DEFINIÇÃO:

EPI: Equipamento de Proteção Individual.

OBSERVAÇÕES:

- Sempre manter o carro de emergência em regiões próximas;
- O ventilador mecânico deverá ser previamente montado e testado e instalado com os parâmetros determinados pelo médico.

POP 32 - DEVOLUÇÃO DE MEDICAMENTOS E MATERIAL HOSPITALAR

OBJETIVO

- Padronizar devoluções dos medicamentos não utilizados nas salas.

PROCESSOS RELACIONADOS

- Assistência Farmacêutica;
- Gestão de Suprimentos.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

AÇÃO	RESPONSÁVEL	REGISTRO	DESCRIÇÃO DA AÇÃO
Devolução de medicamentos	Enfermagem	sistema	Caso tenha medicamentos a serem devolvidos a enfermagem identificará por paciente e motivo. Não é permitido estoque de medicamentos no setor, pois são fontes importantes para ocorrência de evento

			adverso, como por exemplo erro de administração de medicamento.
Identificação dos medicamentos	Técnico de Enfermagem em		Separa os medicamentos que não foram administrados nos seus devidos horários de aprazamento, imediatamente logo após a 'não administração' identificando por paciente e motivo da devolução.

<p>Devolução no Sistema</p>	<p>Enfermeiro</p>	<p>sistema</p>	<p>Enfermeiro acessará o sistema para efetuar as devoluções na tela “Devolução de Produto”.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Devolução para Seção – Seção que concedeu os medicamentos; 2) Tipo da Devolução – Devolução para paciente. 3) Informar o número do boletim e salvar; (Anexo I) 4) Clicar em Incluir Itens – Selecionar a data e pesquisar, localizar no resultado da pesquisa
-----------------------------	-------------------	----------------	---

			<p>os medicamentos a serem devolvidos é informar a quantidade da devolução e o motivo, para</p>
			<p>concluir a devolução clicar em 'adicionar itens na devolução';(Anexo II)</p> <p>5) Acessar a aba 'devolução pendente' e imprimir a requisição.</p> <p>(Anexo III)</p>
<p>Devolução para Farm</p>	<p>Farmacêutico</p>		<p>Farmacêutico estará se direcionando ao posto de enfermagem durante os horários de entrega</p>

<p>ácia</p>			<p>de medicamentos e verificando ao mesmo tempo se há devoluções identificadas e lançadas no sistema.</p>
<p>Conferência das Devoluções</p>	<p>Farmacêutico / Auxiliar</p>	<p>sistema</p>	<p>Iniciará a conferência das devoluções recebidas fisicamente com o sistema, caso esteja divergente irá informar a enfermagem para repor o item faltante. Caso esteja tudo correto recolherá as medicações imediatamente, evitando estoques no setor.</p>

<p>Confirmação do das Devoluções no Sistema</p>	<p>Farmacêutico / Auxiliar</p>	<p>sistema</p>	<p>Irá acessar o sistema na tela 'devolução de produto':</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Acessar aba devoluções pendentes e clicar no botão aguardar recebimento; 2) Após conferência dos medicamentos recebidos fisicamente acessar a aba 'aguardando recebimento', clicar em carregar para abrir a requisição; (Anexo IV) 3) clicar em 'confirmar o recebimento'. (Anexo V)
---	--------------------------------	----------------	--

			Assinará relatório confirmando recebimento.
Devol uções aprop riadas para uso	Farmacêu tico / Auxiliar	PRN.ADM .001	Irá verificar se as devoluções estão apropriadas para uso, se estiverem irá incluir nos BINS para uso normal da unidade. caso não estejam será descartado conforme PGRSS. Irá relacionar o nome da enfermeira que devolveu e o motivo,

			para no final do mês gerar relatório de devoluções impróprias para consumo. (criar e gerar numeração)
--	--	--	--

DEFINIÇÃO

Não se aplica.

OBSERVAÇÕES GERAIS

ANEXO I - DEVOLUÇÃO PARA SEÇÃO, TIPO DEVOLUÇÃO E NÚMERO DO
BOLETIM:

POP 33 – MONTAGEM E SUBSTITUIÇÃO DA CAIXA DE MATERIAL

PERFURO CORTANTE

OBJETIVO

- Estabelecer critérios para a montagem e substituição de caixa de materiais

perfuro-cortantes, a fim de reduzir a frequência de acidente e risco de contrair doenças infecto contagiosas.

PROCESSOS RELACIONADOS

- Cuidados Assistenciais de Enfermagem;
- Tratamento Intensivo Adulto;
- Tratamento Intensivo Pediátrico.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Enfermagem:

- ✓ Ter precaução ao manuseio e desprezo de material perfuro-cortante na caixa;
- ✓ Lavar as mãos antes e após o procedimento e paramentar-se;
- ✓ Manter rigorosamente os limites máximos indicados na caixa, não excedendo os limites. Fechar a caixa para solicitar a substituição.
- ✓ Comunicar o serviço de coleta para recolhimento da caixa;
- ✓ Após montagem da caixa, datar e assinar.

DEFINIÇÃO

- Condicionar adequadamente material perfuro-cortante, diminuindo assim o risco de transmissão de agentes infecciosos ocorridos através de acidentes ocupacionais com esse tipo de material.

OBSERVAÇÕES GERAIS

- Uso obrigatório de EPI's;
- Comunicar a enfermeira da necessidade de substituição;
- Não deixar faltar caixas apropriadas para descarte de materiais perfurocortante.

POP 34– ABORDAGEM AO POLITRAUMATIZADO

OBJETIVO

- Diminuir Morbimortalidade das vítimas de ausentes envolvendo alta energia cinética (politraumatizados) que são removidos.

PROCESSOS RELACIONADOS

- Cuidados Assistenciais de Enfermagem;
- Internação Adulto;
- Internação Cirúrgica;

- Internação Ortopédica.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- ✓ O Trauma responde por 10% de todas as causas de morte e pela maioria de incapacidades permanentes segundo a OMS;
- ✓ Baseado no ATLS, padronizou-se diretrizes para o acionamento de especialistas médicos envolvidos no atendimento pleno ao trauma e exames de imagem mínimos preconizados;
- ✓ Diretrizes para Abertura do Protocolo de Trauma;
- ✓ ECG < 14 ou deterioração neurológica. (AVDI) PAS < 90; FR < 10 ou > 29 ou IOT no APH.

Anatomia da lesão:

- Ferimento penetrante craniano, cervical, torácico, abdominal, extremidades proximais ao cotovelo;
- Suspeita de instabilidade de pelve ou de 2 ou mais ossos longos;
- Paralisia de um ou mais membros;
- Amputação completa ou incompleta proximal ao punho ao Cinemática do Trauma:(TODA VÍTIMA REMOVIDA PELO GSE);

- Ejeção do veículo;
- Queda de duas vezes a altura da vítima; Capotamento do veículo;
- Morte de um ocupante;
- Colisão do automóvel com $v > 60$ km/h; atropelamento de pedestre ou ciclista;

PAF, PAB, lesão por corrente elétrica.

- Na existência de trauma associado a um fator apenas de cada diretriz é acionado
- o - Protocolo de Trauma.

Iniciado avaliação primária ABCDE, Cirurgião Geral, Ortopedista e Clínico

acionados => Exames => Decisão clínica

- O atendimento ao paciente com múltiplos ferimentos (politraumatizado) conserva a regra mnemônica do ABCDE:

A – Airway

–Via aérea e controle da coluna cervical:

- Proteção da via aérea contra obstrução (vômito, corpo estranho, desabamento da língua etc.) e controle da coluna cervical (imobilização temporária, que pode ser realizado simplesmente segurando a cabeça do paciente).

B – Breathing

– Respiração e Ventilação:

Avaliação da expansibilidade pulmonar, que pode estar prejudicada por hemotórax ou pneumotórax fraturas múltiplas de costelas (tórax instável) etc.

Avaliar necessidade de VNI ou via aérea definitiva.

C – Circulation

–Circulação Sanguínea e controle da Hemorragia: Avaliação e (se possível) controle de perda sanguínea por hemorragias, lesões cardíacas e outras causas de baixo débito cardíaco. Realizar acesso venoso calibroso e no mesmo ato realizar coleta de sangue para no mínimo 3 tubos (hemograma, glicose, uréia, creatinina, sódio, potássio e coagulograma). Tipagem sanguínea com fator Rh devem ser solicitados conforme avaliação inicial. CPK deve ser sempre solicitado em traumas musculares extensos pelo risco de rabdomiólise (lesões por esmagamento, politraumas contusos, múltiplas fraturas, amputações traumáticas, queimaduras elétricas por alta tensão e grandes queimados).

D – Disability

- Déficit Neurológico;

- Exame neurológico sumário:

- Avaliar lesões de tecido nervoso (intracraniano prioritariamente). Nessa fase usa-se a Escala de Coma de Glasgow.

E – Exposure

- Exposição com controle da hipotermia. Para identificar fraturas e hemorragias, a vítima deve ser despida. Para facilitar o trabalho e impedir novos traumas, corta-se a roupa. Nesse procedimento, é comum que a temperatura do corpo baixe, deixando os cidadãos mais suscetíveis à hipotermia. Com isso, outros problemas podem surgir. Assim, antes da remoção da vítima para o atendimento, é preciso garantir que sua temperatura esteja estável. Por isso, é sugerido a

Resposta Verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensíveis	2
	Nenhuma	1
Resposta Motora	Obedece comandos	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1
Pupilar	Inexistente - Nenhuma pupila reage ao estímulo de luz	2
	Parcial - Ao menos uma pupila reage ao estímulo de luz	1
	Completa: As duas pupilas reagem ao estímulo de luz	0
TOTAL MÁXIMO	TOTAL MÍNIMO	INTUBAÇÃO
15	1	8
OBS: RESULTADO FINAL DA ECG = A SOMA DA RESPOSTA OCULAR, VERBAL E MOTORA (MENOS) A SOMA DO RESULTADO PUPILAR		

utilização de mantas térmicas.

Transporte seguro do Trauma para Centro Cirúrgico:

Equipe: médico + enfermeiro

MCC + VM com autonomia de bateria *Oxigênio (cilindro + acesso de VAS)

Maleta de RCP

Acionamento do NIR

Transporte Seguro para leito avançad

- Equipe de Pronto Socorro / MCC + Trauma check por 6 horas / Equipe de Pronto Socorro.

Resposta Verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensivas	2
	Nenhuma	1
Resposta Motora	Obedece comandos	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1
Pupilar	Inexistente - Nenhuma pupila reage ao estímulo de luz	2
	Parcial - Ao menos uma pupila reage ao estímulo de luz	1
	Completa: As duas pupilas reagem ao estímulo de luz	0
TOTAL MÁXIMO	TOTAL MÍNIMO	INTUBAÇÃO
15	1	8
OBS: RESULTADO FINAL DA ECG = A SOMA DA RESPOSTA OCULAR, VERBAL E MOTORA (MENOS) A SOMA DO RESULTADO PUPILAR		

DEFINIÇÃO

ECG: Escala de Coma de Glasgow é uma escala neurológica com é método confiável e cujo objetivo de registrar o nível de consciência de uma pessoa, para avaliação inicial e contínua após um traumatismo craniano. Seu valor indica eventuais sequelas.

IOT: Intubação Orotraqueal

APH: Atendimento Pré Hospitalar AVDI: Alerta Verbal Dor Inconciente

ATLS: Advanced Trauma Life Support -Suporte Avançado de Vida no Trauma

PAS: Pressão Sistólica

OBSERVAÇÕES GERAIS

- Sobre o atendimento e fluxo dos pacientes politraumatizados, estes deverão ser atendidos e avaliados na sala de trauma. A avaliação da ortopedia deverá ser feita após a admissão da vítima na sala de trauma pelo cirurgião, conforme aviso via campainha.
- O paciente não deverá ser transportado para qualquer outro setor para avaliação médica. Portanto o paciente após a avaliação primária só irá sair da sala de trauma para realizarem exames complementares ou encaminhado ao centro cirúrgico.

POP 35 – SEQUÊNCIA RÁPIDA DE INTUBAÇÃO

OBJETIVO

- Realizar uma intubação sob anestesia e bloqueio neuromuscular, tornando o procedimento mais fácil, rápido e menos traumático.

PROCESSOS RELACIONADOS

- Cuidados Assistenciais de Enfermagem;

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Passo 1:

Anamnese breve + Exame físico orientado

A alergias

M medicações

P passado médico

L Líquidos e última refeição

E eventos que levaram à necessidade de TOT

Passo 2:

Preparação Equipamentos:

Oxímetro de pulso

Material para oferta de oxigênio (ambú e máscara) Cateter para aspiração de secreções, vômitos e sangue Tubo endotraqueal.

Passo 3:

Monitorização

Monitorização cardio-respiratória contínua. Oxímetro de pulso.

Determinações intermitentes de PA.

Passo 4:

Pré-oxigenação

Oxigene bem o paciente antes de administrar a medicação e efetuar a intubação, porque permite que um paciente sedado e com bloqueio neuromuscular, permaneça bem oxigenado e tolere bem o breve período de apneia que é produzido durante o procedimento de intubação.

Durante a SRI (Seq. Rápida de Intubação), evite a ventilação com pressão positiva, se possível. Esta pode causar distensão gástrica, o que aumenta o risco de aspiração do conteúdo gástrico.

Aplice a pressão cricóide antes de iniciar a ventilação com bolsa-máscara e a mantenha até haver completada a intubação.

Passo 5:

Pré-medicação

- Administre agentes adjuvantes para minimizar as respostas fisiológicas potencialmente perigosas que podem ocorrer durante a laringoscopia: taquicardia, hipertensão intracraniana, aumento da pressão intra-ocular e estimulação vagal

profunda nos lactentes e crianças pequenas;

- Agentes anticolinérgicos: ATROPINA;

- Minimizam as respostas desfavoráveis (bradicardia e assistolia) à estimulação vagal que pode resultar da laringoscopia, hipóxia ou administração de succinilcolina;

- Diminuem secreções bucais. Indicados para:

Menores de 1 ano;

Criança de 1-5 a que receberam succinilcolina.

* Considere os anti-colinérgicos para toda criança que esteja bradicárdico no momento da intubação. Dose : 0,01 – 0,02 mg / Kg IV (min = 0,01mg e máx 1mg)

Administre 1 – 2min antes da intubação.

Proteção contra o aumento da PIC: LIDOCAÍNA

Reduz o aumento da PIC que é produzido durante a laringoscopia Dose: 1 – 2mg

/ Kg IV em bolus.

Administre 2 – 5min antes da laringoscopia

Defasciculação

- A defasciculação é a administração de uma dose pequena de um bloqueador neuromuscular (BNM) não despolarizante, quando o BNM escolhido é a

succinilcolina.

- Este passo inibe as fasciculações musculares provocadas pela despolarização das membranas das células musculares, que acontece ao administrar succinilcolina.

Dose: 10% da dose de Vecurônio ou Pancurônio utilizada pra bloqueio neuromuscular
Vecurônio = 0,01mg / Kg

Administrar de 1 – 3 min antes da succinilcolina

Passo 6:

Sedação Benzodiazepínico Midazolam (5mg / ml) Dose: 0,1 – 0,2mg / Kg IV

Administrar 2 – 3 min antes do BNM

Diazepam (5mg / ml) Dose: 0,1 – 0,2mg / Kg IV

Administrar 2 – 4 min antes do BNM

Sedação profunda dissociativa Ketamina (50mg/ml)

- É o único agente capaz de produzir analgesia, sedação rápida e anamnésia, enquanto preserva o impulso respiratório e os reflexos protetores das vias aéreas.

- Efeitos diversos: HAS, aumento da PIC e PIO, alucinações, aumento das secreções em vias aéreas.

- O pré-tratamento com atropina ajuda a diminuir as secreções em vias aéreas

e o uso de benzodiazepínicosalivia o risco de alucinações.

Dose: 1 – 4mg / Kg IV ou IM

BarbitúricosTiopental

- São agentes sedativo-hipnóticos de ação rápida e efeito curto. Possui um efeito protetor do cérebro: diminua taxa metabólica cerebral e a demanda cerebral de oxigênio e podem diminuir a PIC.

- São os sedativos de eleição para os pacientes com: TCE, mal epilético ou HIC.

Efeitos colaterais: depressão miocárdica e hipotensão. (Evitar em pacientes hipovolêmicos ou com hipotensão). Causa também broncoespasmo e laringoespasmo => não usar em pacientes com asma aguda.

Dose: 2 – 4mg / Kg IV

Propofol

- É um sedativo hipnótico capaz de induzir anestesia geral;

- É insolúvel em água, sendo administrado em uma emulsão lipídica.

Efeitos colaterais:

hipotensão e dor no momento da administração. Dose: 2mg / Kg IV

Passo 7:

Pressão cricóide + ventilação assistida

- Se o paciente necessitar de ventilação com bolsa e máscara, você deve realizar a manobra de Sellick (pressão contínua sobre a cartilagem cricóide). Antes de iniciar a ventilação com bolsa e máscara para evitar distensão gástrica.

Passo 8:

Bloqueio Neuromuscular Rocurônio : 0,6 – 1,2mg / Kg IV Vecurônio : 0,1 – 0,2mg

/ Kg IV

(Você deve ser capaz de abrir completamente a boca do paciente, sem resistência)

Passo 9:

Intubação Traqueal

Passo 10:

Observação e Monitorização pós-intubação

Passo 11: Manutenção da sedação e do bloqueio neuromuscular

DEFINIÇÃO

Não se aplica.

OBSERVAÇÕES GERAIS

Não se aplica.

POP 36 – ASSISTENCIA DA ENFERMAGEM NA INTUBAÇÃO EM ADULTOS

OBJETIVO

- Promover via aérea artificial para tratamento da Insuficiência Respiratória

Aguda;

- Promover proteção de via aérea nos casos de rebaixamento do nível de

consciência;

- Promover via aérea artificial para os casos de indução anestésica para cirurgias

por inalação.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Indicações:

- ✓ Isolar a via aérea em pacientes com risco de aspiração;

- ✓ Pacientes que serão submetidos a cirurgias sob anestesia geral;
- ✓ Pacientes com dificuldade de ventilação por máscara facial ou laríngea;
- ✓ Insuficiência Respiratória Aguda ou crônica agudizada com contra-indicação de ventilação não-invasiva.

Complicações

- ✓ Complicações da intubação orotraqueal:
 - Intubação esofágica, levando à hipóxia e morte.
- ✓ Intubação seletiva, normalmente do brônquio-fonte direito, resultando em ventilação seletiva, colapsopulmonar contra-lateral e pneumotórax.
- ✓ Incapacidade para intubar, resultando em hipóxia e morte;
- ✓ Indução de vômito, levando à aspiração, hipóxia e morte;
- ✓ Luxação da mandíbula;
- ✓ Laceração de partes moles das vias aéreas, faringe posterior, epiglote e/ou laringe;
- ✓ Trauma sobre a via aérea resultando em hemorragia e possível aspiração;
- ✓ Fratura ou arrancamento de dentes (causados por movimento de alavanca);
- ✓ Ruptura ou vazamento do balonete do tubo, resultando em perda de vedação durante a ventilação;

- ✓ Lesão da coluna cervical por movimentação da cabeça durante o procedimento, convertendo uma possível lesão sem déficit neurológico.

Complicações durante a laringoscopia e intubação orotraqueal:

- Traumatismo de lábios, língua, dentes, faringe, articulação temporomandibular;
- Hipertensão arterial, taquicardia, arritmia, hipertensão intracraniana e intra-ocular, hipoxemia e hiper carbia;
- Trauma da coluna cervical;
- Lesões ou perfurações das vias aéreas e esôfago;
- Intubação esofágica;
- Aspiração pulmonar de conteúdo gástrico.

Complicações na presença do tubo:

- Intubação endobrônquica;
- Extubação acidental;
- Isquemia da mucosa traqueal pelo balonete muito insuflado;
- Broncoespasmo.

Complicações após extubação:

- Laringoespasmo

- Aspiração;
- Faringite e laringite;
- Edema laríngeo e subglótico;
- Ulceração da mucosa traqueal;
- Estenose traqueal;
- Pneumonia;
- Paralisia das cordas vocais (raro).

Materiais Necessários:

- EPI (luva estéril, máscara, óculos de proteção individual);
- Fluxômetro de oxigênio
- Monitor cardíaco e oxímetro de pulso;
- Cabo de Laringoscópio com bateria nova;
- Lâminas retas ou curvas de tamanhos infantil e adulto;
- Tubos endotraqueais com cuff intacto: tamanhos variados infantil e adulto;
- Tubos 7,0 a 8mm: mulheres adultas;
- Tubos 8 a 9mm: para homens adultos;
- Pinça de Magill: Intubação nasotraqueais
- Fonte de oxigênio testada;

- AMBU (Airway Maintenance Breathing Unit) com máscara facial transparente e reservatório;
- Material para aspiração;
- Guia estéril;
- Material para Broncoscopia e Traqueostomia;
- Seringa;
- Cuffômetro;
- Material para coletar amostra de secreção para cultura;
- Medicamentos para sedação e/ou bloqueio neuromuscular;
- Anestésico local;
- Lubrificante hidrossolúvel sem vasoconstrictor;
- Pilhas extras e lâmpadas de reserva;
- Dispositivos de detecção de CO₂ no ar expirado;
- Material para fixação do tubo;
- Estetoscópio;
- Ventilador mecânico testado e funcionando;

Procedimento:

AÇÃO	RESPONSÁVEL	REGISTRO	DESCRIÇÃO DA AÇÃO
Lavar as Mãos	Enfermeiro		Lavando as mãos, prevenindo assim infecção;
Reunir o material	Enfermeiro		- Seleção do material apropriado em função das características anatômicas e da doença de base do paciente.
Testar o laringoscópio	Enfermeiro		Teste do cabo do laringoscópio, verificando a intensidade da luz ;
Testar o	Enfermeiro		Testar

funcionament o do aspirador	eiro		funcionalidadedo aspirador, usando a sonda de aspiração de tamanho adequado;
Orientar o paciente	Enferm eiro		Orientação ao paciente sobre o procedimento, mesmo estando sedado, estabelecendo
			Relacionamento pessoal de confiança;
Monitorizar o paciente	Enferm eiro		Monitorizar o paciente com monitor cardíaco e oxímetro de pulso, avaliando a função respiratória;

<p>Posicionar o paciente</p>	<p>Enfermeiro</p>		<p>Posicionar o médico de modo que o médico fique junto a sua cabeça, alinhamento do eixo oro-faringo-laríngeo e restringi-lo se necessário, facilitando o procedimento;</p>
<p>Oferecer aos médicos os EPIs</p>	<p>Enfermeiro e Técnico de enfermagem</p>		<p>Oferecer ao médico paramentação com luvas e óculos;</p>
<p>Oferecer pré oxigenação</p>	<p>Enfermeiro</p>		<p>- Pré-oxigenação a 100% (3-5 minutos);</p>

<p>Administrar sedativos</p>	<p>Enfermeiro</p>		<p>- Administração de sedativos e relaxantes musculares;</p>
<p>Manter o pescoço do paciente adequado</p>	<p>Enfermeiro</p>		<p>Manter o pescoço do paciente levemente estendido com o queixo anteriorizado. A extensão extrema do pescoço pode provocar obstrução das vias aéreas e interferir na visualização da laringe;</p>
<p>Conectar o oxigênio</p>	<p>Enfermeiro</p>		<p>Conectar a borracha de látex na fonte de oxigênio ao ambu e</p>

			<p>máscara , se necessário, assegurando o funcionamento adequado do ambu e da máscara;</p>
<p>Fornecer material</p>	<p>Enfermeiro</p>		<p>Fornecimento do material para que o médico realize o procedimento;</p>
<p>Realizar procedimento</p>	<p>Médico</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Abertura da cavidade oral e introdução do laringoscópio pelo lado direito da boca; - Deslocamento da língua pela esquerda; - Se lâmina reta: Após a introdução, retirá-la

			<p>gradualmente até que as cordas vocais tornem-se visíveis (elevação da epiglote pela lâmina);</p> <p>- Se lâmina curva: Introdução gradual até que a epiglote seja visível e a lâmina inserida na valécula (tração da epiglote pela lâmina);</p> <p>- Suave pressão ao nível da cricóide pode ser necessária (Manobra de Sellick), para facilitar a visualização e</p>
--	--	--	--

			<p>diminuir o risco de aspiração;</p>
			<p>- Importante manter uma tração aolongo do eixo do corpo do laringoscópio (sem movimentação do punho e apoio no lábio superior);</p> <p>- Inserção do tubo à direita da lâmina (não obstruir a concavidade da lâmina);</p>

			- Confirmar posicionamento adequado: Detecção de CO2 ou Ausculta: epigástrio => HTE => HTD fixação adequada.
Administrar os Medicamentos	Enfermeiro		Administração de medicamentos conforme prescrição médica;
Observar expansibilidade torácica	Enfermeiro		Observar expansibilidade torácica e estabilização dos sinais vitais do paciente;
Registrar o	Enfermeiro		Registro do

procedimento	eiro		procedimento em livro próprio
--------------	------	--	----------------------------------

CUIDADOS A SEREM OBSERVADOS:

- O procedimento de intubação não deve ultrapassar 30 segundos;
- Monitorar durante todo o procedimento: SpO₂, PA e FC;
- Oxigenar o paciente (FiO₂ 100%) após as tentativas de intubação sem sucesso (SpO₂ < ou = 90);
- Após a intubação, insuflar o cuff (+ ou – 10ml de ar);
- Confirmar posicionamento adequado do tubo;
- Fixar o tubo endotraqueal adequadamente;
- Trocar a fixação da cânula a cada 24 horas, examinar a pele e a mucosa oral;
- Manter cânula centralizada;
- Manter a pressão do cuff em torno de 20 a 25mmHg; monitorar a cada 06 horas;
- Afrouxar os fixadores da cânula pelo menos 01 vez ao dia e oferecer cuidados à pele;
- Manter via de insuflação do cuff livre da fixação;
- Confirmar posicionamento adequado da cânula após troca da fixação,

procedimentos de mobilização, outtransporte;

- Manter cânula livre de peso do circuito ventilatório;
- Conter pacientes com agitação psicomotora e não cooperativos.

AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE:

- Oxigenar o paciente (FiO₂ 100%) após as tentativas de intubação sem sucesso (SpO₂ < ou = 90). Registrar no formulário de notificação de risco o possível evento para Exturbação Acidental.

DEFINIÇÃO

- Nasotraqueal e Orotraqueal;
- É a inserção de uma cânula através da boca ou narina, chegando até a traqueia.

EPI: Equipamento de Proteção Individual.

OBSERVAÇÕES GERAIS

Sempre manter o carro de emergência em regiões próximas

O ventilador mecânico deverá ser previamente montado e testado e instalado com os parâmetros determinados pelo médico

POP 37 - ROTINA DE TROCAS DE DISPOSITIVOS E ARTIGOS

OBJETIVO

- Oferecer um importante instrumento de apoio para a prevenção e redução das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), como as Infecções do Trato Respiratório, Trato Urinário, Corrente Sanguínea e Sítio Cirúrgico, contribuindo para a redução de riscos nos serviços da unidade. Sendo uma importante ferramenta para o profissional de saúde para melhor assistência ao nosso paciente.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- OBS: O executor dos procedimentos será a equipe de Multiprofissionais.

MATERIAL	FREQUÊN CIA DE TROCA	OBSERVAÇÃO
----------	----------------------------	------------

Almotolias	72 horas (3 dias)	Evitar completar o volume sem desprezar o resíduo.
Ambú		Em uso individual trocar em caso de sujidade visível
Acesso intraósseo	72 a 96 horas	Trocar curativo a cada 48 horas ou quando sujo
Cateter de oxigênio	Seco: 72 horas Úmido: 24 horas	Trocar na presença de sujidade.
Cateter para Monitoração da Pressão Arterial (PAM)	A cada 96 horas	Não trocar rotineiramente, troca de transdutor a cada 96 horas juntamente com seus acessórios e soluções para flush.
Conectores	A cada 96 horas	A cada 96 horas de acordo com a recomendação do

		fabricante.
Cateter para Hemodiálise		Sem troca programada, apenas com suspeita de infecção.
Cateter venoso central de curta permanência	Não há indicação de troca pré-programada; tempo máximo de 30 dias.	Trocar se: <ul style="list-style-type: none"> 1) Secreção purulenta no local de inserção. 2) Suspeita de IPCS com instabilidade hemodinâmica ou IPCS confirmada. 3) Mau funcionamento.
Cateter semi-implantável	Não há indicação de troca pré-	Trocar se: <ul style="list-style-type: none"> 1) Secreção purulenta no túnel ou em sítio de inserção com falha

	<p>programada</p>	<p>do tratamento sistêmico.</p> <p>2) IPCS suspeita com instabilidade hemodinâmica ou IPCS confirmada.</p> <p>3) Mau funcionamento.</p>
<p>Cateter venoso periférico / Jelcos e Scalps</p>	<p>Troca a cada 72 a 96 horas</p>	<p>Sem rotina de troca em pacientes com acesso venoso difícil, neonatos e crianças.</p>
<p>Cateter de Curta Permanência Central de Inserção Periférica (PICC)</p>	<p>Não há troca rotineiramente desse cateter</p>	<p>Trocar se:</p> <p>1) Secreção purulenta no local de inserção.</p> <p>2) IPCS suspeita com instabilidade hemodinâmica ou IPCS confirmada.</p> <p>3) Mau</p>

		<p>funcionamento.</p> <p>Previr necessidade por >21 dias, preferir utilizar cateter de médio longa permanência.</p>
Cateter Periférico		<p>Não deve ser trocado em um período inferior a 96 horas (avaliar o sitio de punção 1 vez por turno).</p> <p>OBS: Em crianças e em RN não deverão ser trocados rotineiramente se faz necessário a avaliação do sitio de punção 2 vezes por turno.</p>
Cateter vesical de demora		<p>O intervalo é determinado pelo fabricante, devido a desgaste do material,</p>

		obstrução ou presença de excesso de grumos no circuito.
Circuito de Ventiladores		Só se tiver visivelmente sujo ou malfuncionamento.
Circuito de respirador	Trocar a cada 7 dias	Ou sempre que houver sujidade visível ou mau funcionamento do mesmo.
Curativo de acesso venoso profundo	Micropore e gaze: 24 hs Filme transparente: 5 a 7 dias	Micropore e gaze: em caso de apresentar sujidade, má aderência ou estiver úmido. Filme transparente: de acordo com a orientação do fabricante ou em caso de apresentar sujidade, má aderência ou sangramento. Em pediatria e neonatal,

		considerar apenas sujidade, má aderência ou sangramento. Colocar a data de realização do curativo e o nome do responsável.
Coletor de urinário sistema aberto (jontex +sacola plástica)	Cada 24 horas	Caso haja necessidade.
Cânulas do sistema endovenoso (torneirinhas)	72 a 96 horas	A presença de coágulos requer troca imediata
Equipo para administração intermitente de medicamentos(ex.: antibióticos)e bureta.	A cada 24 horas	O sistema de infusão deve ser trocada na suspeitade IPCS.

<p>Equipo de hemoderivados e quimioterápicos</p>	<p>A troca a cada etapa</p>	<p>A cada infusão, utilizar equipo único parahemoderivados. O tempo de infusão não poderá exceder mas de 4 horas.</p>
<p>Equipo para infusão: Contínua (macrogotas /microgotas PVC / bomba de infusão</p>	<p>72 a 96 horas (Maximo 4 dias)</p>	<p>Utilizar equipo único para NPP/NPT, ou lípides e trocar a cada etapa.</p>
<p>Equipo de nutrição enteral</p>	<p>Troca a cada 24 horas</p>	<p>Utilizar equipo único, trocar em caso de obstrução.</p>
<p>Equipo de Emulsões Lipídicas</p>	<p>A cada frasco</p>	<p>Utilizar equipo único para Emulsões Lipídicas.</p>

Extensores	72 a 96 horas	A presença de coágulos requer troca imediata.
Flebotomia		Não há recomendação para esta via de forma rotineira
Frasco / vidro e borracha de aspiração	12 horas	Ou se necessário
Macronebulizador	A cada 24 horas	Ou se necessário
Micronebulizador	A cada 12 horas	Ou se necessário
Sistema fechado de aspiração	Preconiza pelo fabricante	A cada 72 horas ou quando houver sujidade.
SwanGanz	5 dias	Não usar o introdutor como via de acesso

Termômetro	Não aplicado	Após cada uso, fazer desinfecção com álcool 70%. Guardar em vidrossecos.
Umidificadores	A cada 24 horas	Ou se necessário

DEFINIÇÃO

- AI - Boa evidência que sustente a recomendação e Evidência de >1 estudos randomizados e controlados
- CCIH - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.
- PAM – Cateter para Monitoração da Pressão Arterial
- PICC – Cateter Central de Inserção Periférica

OBSERVAÇÕES GERAIS

- Antes e após a cada procedimento, realizar a higienização das mãos e observar o uso adequado dos EPIs.
- Todo o procedimento deve ser identificado com o nome do profissional que realizou a troca e datado. Com o objetivo de prevenir a admissão de pacientes com colonização e/ou infecção em cateteres que tenham sido introduzidos em

outra instituição hospitalar orientamos a troca dos mesmos, exceto em pacientes com acesso venoso difícil, neonatos e crianças. O paciente proveniente de outra instituição em uso de cateter gástrico, vesical, venoso (periférico e profundo) e tubo endotraqueal, os referidos dispositivos devem ser trocados, a não ser que comprometa o estado geral do paciente.

POP 38 – USO DE EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL E ROTINAS DE ISOLAMENTOS/ PRECAUÇÕES

OBJETIVO

- Oferecer segurança aos funcionários, evitando e minimizando os riscos à saúde, uma vez que o histórico médico pode não identificar com total confiabilidade todos os pacientes portadores de doenças infecciosas transmissíveis, seja por via sanguínea (como HIV, hepatites B e C, etc) ou por patógenos de transmissão por via respiratória (tuberculose, sarampo, etc). Portanto, precauções baseadas na forma de transmissão devem ser tomadas para TODOS os pacientes no contato com SANGUE E SECREÇÕES CORPÓREAS.

PROCESSOS RELACIONADOS

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRECAUÇÃO BASEADA EM TRANSMISSÃO

Precaução Padrão:

Indicação:

- Devem ser seguidas para TODOS os pacientes, independente da suspeita ou não de infecções. Recomendações:

- Higienize as mãos;
- 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 pacientes diferentes;
- use óculos, máscara e/ou avental quando houver risco de contato de sangue ou secreções, para proteção da mucosa dos olhos, boca, nariz, roupa e superfícies corporais;
- descarte, em recipientes apropriados, seringas e agulhas, sem desconectá-las ou reencapá-las.

Precaução de Contato:

Indicações:

- infecção ou colonização por Pseudomonas e Acinetobacter resistentes a carbapenêmicos , Staplylococcus aureus resistentes a oxacilina (MRSA), Enterococcus resistentes a vancomicina (VRE), varicela, infecções de pele e tecidos moles com secreções não contidas no curativo, impetigo, herpes zoster disseminado ou em imunossuprimido, entre outros.

Recomendações:

- 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 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 estetoscópios devem ser de uso exclusivo do paciente e higienizados após o uso;
- Evitar acúmulo de 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 em secreções não contidas, como traqueostomia, diarreia em incontinente (consultar SCIH). Quando não houver disponibilidade de quarto privativo, a distância mínima entre dois leitos deve ser de um metro.

Precaução para Gotículas:

Indicações:

- meningites bacterianas, coqueluche, difteria, caxumba, influenza, rubéola, etc.

Recomendações:

- Higienize as mãos antes e após o contato com o paciente; use óculos e avental quando houver risco de contato com sangue ou secreções e descarte adequadamente os perfuro cortantes;
- Utilize máscara cirúrgica sempre que for prestar assistência;

- Quando não houver disponibilidade de quarto privativo, o paciente pode ser internado com outros infectados pelo mesmo microrganismo. A distância mínima entre os 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.

Precaução para Aerossóis:

Indicações:

- Suspeita ou confirmação de tuberculose pulmonar ou laríngea, varicela ou zoster disseminado, sarampo.

Recomendações:

- Higienize as mãos antes e após o contato com o paciente; use óculos e avental quando houver risco de contato com sangue ou secreções e descarte adequadamente os perfuro cortantes;
- O profissional de saúde usa máscara PFF2 ou N95 sempre;
- Quando não houver disponibilidade de quarto privativo, o paciente pode ser internado com outros infectados pelo mesmo microrganismo. A distância mínima entre os 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 e o profissional que o acompanha continua utilizando a máscara PFF2 ou N95.

DEFINIÇÃO

- Não se aplica.

OBSERVAÇÕES GERAIS

Equipamentos:

- Uniforme: Será fornecido o uniforme para áreas restritas (calça e túnica), que deverão ser utilizados durante a assistência aos pacientes. Não pode ser utilizado fora das áreas para as quais se destinam (ex: centro cirúrgico);
- Sapato: fechado e limpo. Poderá ser o mesmo utilizado fora do ambiente hospitalar. Considerar a possibilidade de sapato de uso apenas no local do trabalho se houver condições de guarda adequada. De acordo com a NR 32 do Ministério do Trabalho recomenda-se o uso de sapatos fechados na assistência à saúde;
- Máscara cirúrgica: utilizada para precaução padrão e precaução por

gotículas pelos profissionais da saúde e nos pacientes na suspeita ou confirmação de doenças transmitidas de forma respiratória (por aerossóis ou gotículas);

- Máscaras com filtro biológico (n95, PFF2): são de uso exclusivo do profissional da saúde para precaução com aerossóis. As máscaras PFF2 não têm tempo definido de uso, podendo ser reutilizadas não estiver suja, úmida ou dobrada, para tanto, sugerimos que se guarde na embalagem original, preferencialmente em saco plástico poroso, sem lacre para evitar a umidade e proliferação de micro-organismos. Seu uso é sempre individual;
- Luvas de procedimento: devem ser usadas pelos profissionais da saúde, e trocadas após contato com cada paciente ou entre os diversos procedimentos em um mesmo paciente, ao manusear objetos ou superfícies sujas de sangue e/ou líquidos, para punções venosas e outros procedimentos. É proibido o uso coletivo de luvas com os pacientes, por exemplo, quando se vai verificar sinais vitais. É proibida a lavagem das luvas. É proibido o uso de luvas de procedimento para limpeza hospitalar. Sempre que for executar os serviços, seguir a regra de tipos de luvas: procedimentos, estéreis ou de borracha dependendo do procedimento.
- Luvas de borracha: manter a luva de borracha sempre seca interna e

externamente. Observar a lavagem das luvas após o uso por dentro e por fora, secar com pano e lembrar-se de lavar as mãos após a retirada das mesmas.

Devem ser utilizadas em limpeza geral e de materiais.

- Aventais: Utilizar sempre que houver risco de contato com materiais biológicos.

O avental na situação de precaução de contato deve ser colocado apenas se houver contato direto com o paciente.

O avental em situação de precaução de contato, desde que não esteja úmido ou com secreções, pode ser reutilizado no mesmo paciente (deixá-lo pendurado no quarto do paciente, sendo de uso individual para cada profissional e nos cuidados de cada paciente em precaução).

Avental impermeável: usar quando estiver lavando os materiais e instrumentais na área suja. Avental plástico: usar para procedimentos com grande quantidade de sangue e/ou secreções.

- Óculos de proteção para os olhos: Devem ser usadas em procedimentos que gerem respingos de sangue ou secreções (líquidos), evitando-se assim exposição da mucosa dos olhos. Por exemplo, no momento de aspiração de secreções. Podem ser utilizados sobre os óculos de grau.
- Outros EPI(s) como botas, aventais plásticos deverão ser utilizados de acordo

com a situação de risco.

ANEXO II

REGULAMENTO DE COMPRAS E CONTRATAÇÃO DE OBRAS E SERVIÇOS DO IEC – ITEM C1. F



INSTITUTO ELISA DE CASTRO - IEC

REGULAMENTO PARA AQUISIÇÃO E ALIENAÇÃO DE BENS E PARA A CONTRATAÇÃO DE OBRAS E SERVIÇOS

Capítulo I

DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º - Este regulamento estabelece normas, rotinas e critérios para a aquisição e alienação de bens, e para a contratação de serviços terceirizados e especializados e obras para o Instituto Elisa de Castro – IEC.

§ 1º – O presente regulamento aplica-se a todas as aquisições, alienações e contratações do IEC, especialmente àquelas que forem realizadas com recursos de origem pública.

§ 2º – As unidades do IEC, mesmo que tenham infraestrutura administrativa, não estão autorizadas a efetuar qualquer contratação sem que a Diretoria Administrativa esteja envolvida, salvo autorização expressa da Presidência.

Art. 2º - Na aplicação deste Regulamento, serão observados os princípios da legalidade, da impessoalidade, da moralidade, da publicidade, da eficiência, do interesse público, da probidade administrativa, da igualdade, do planejamento, da transparência, da eficácia, da segregação de funções, da motivação, da vinculação ao edital, do julgamento objetivo, da segurança jurídica, da razoabilidade, da competitividade, da proporcionalidade, da celeridade, da economicidade e do desenvolvimento nacional sustentável, assim como no que couber as disposições da Lei Federal nº 14.133, de 1º de abril de 2021 e do Decreto-Lei nº 4.657, de 4 de setembro de 1942 (Lei de Introdução às Normas do Direito Brasileiro).

§ 1º – A aquisição de bens e a contratação de serviços e obras estarão condicionadas à previsão orçamentária do IEC, independentemente de seu valor, exceto no caso de emergência, nos termos do § 1º do art. 5º, e do disposto no parágrafo abaixo.

§ 2º - A aquisição de bens e a contratação de serviços e obras que não tenham previsão orçamentária deverão ser precedidas de justificativa e aprovadas pela Diretoria Administrativa.

§ 3º - A depender do valor da aquisição de bens e da contratação de serviços e obras que não tenham previsão orçamentária, também haverá necessidade de aprovação pela Presidência, de acordo os valores estipulados pela Diretoria.

Art. 3º - O cumprimento das normas deste regulamento destina-se a selecionar, dentre as propostas apresentadas, a mais vantajosa para o IEC e assegurar tratamento isonômico aos interessados, mediante julgamento objetivo.



Capítulo II

DA SELEÇÃO DE FORNECEDORES

Art. 4º - A aquisição e alienação de bens e a contratação de serviços e obras efetuar-se-ão mediante Seleção de Fornecedores.

§ 1º – Fica dispensado o procedimento de Seleção de Fornecedores nos seguintes casos:

I – contratação de organizações sem fins lucrativos incumbidas estatutariamente da pesquisa, do ensino ou do desenvolvimento institucional;

II - complementação de serviços ou obras e aquisição de bens para substituição ou ampliação, já padronizados pelo IEC;

III – divulgação em mídia especializada e/ou de cobertura nacional;

IV – vistoria, amostras ou orçamento prévios de serviços, sem os quais não se obterá certeza da melhor contratação ou do melhor preço;

V – transporte e hospedagem de colaboradores no caso de realização de viagens curtas a serviço;

VI - contratação pelo regime de emergência, nos termos do § 1º e § 2º do art. 5º deste regulamento;

VII - para contratação que mantenha todas as condições definidas em procedimentos de seleção de fornecedores realizada há menos de 1 (um) ano, quando se verificar que naquela seleção:

a) não surgiram proponentes interessados ou não foram apresentadas propostas válidas;

b) as propostas apresentadas consignaram preços manifestamente superiores aos praticados no mercado ou incompatíveis com os fixados pelos órgãos oficiais competentes;

VIII - aquisição de medicamentos destinados exclusivamente ao tratamento de doenças raras definidas pelo Ministério da Saúde;

IX - para pequenas compras ou prestação de serviços de pronto pagamento, assim entendidos aqueles de valor não superior a R\$ 11.441,66 (onze mil quatrocentos e quarenta e um reais e sessenta e seis centavos). Deverão ser observadas as atualizações dos valores conforme o art. 95, §2º, da Lei Federal nº 14.133/2021

§ 2º - É inexigível o procedimento de Seleção de Fornecedores quando houver inequívoca inviabilidade de competição, especialmente nos seguintes casos:

I - aquisição de materiais, de equipamentos ou de gêneros ou contratação de serviços que só possam ser fornecidos por produtor, empresa ou representante comercial exclusivos;

Avenida Ayrton Senna, 2.500 – Bloco I – Salas 314 a 322 – Barra da Tijuca – Rio de Janeiro – RJ –
CEP: 22.775-003.

www.institutoelisadecastro.org

CNPJ: 05.624.609/0001-77



II - suprimento de energia elétrica, telefonia, água e gás;

III - contratação de serviços técnicos profissionais especializados, nos termos do art. 29 deste regulamento;

IV – locação de imóvel destinado ao atendimento das finalidades do IEC, cujas necessidades de instalação e localização condicionem a sua escolha, bem como para a realização das adaptações necessárias para seu pronto uso;

§ 3º – Para fins do disposto no inciso I, do §2º, deverá ser demonstrada a inviabilidade de competição mediante atestado de exclusividade, contrato de exclusividade, declaração do fabricante ou outro documento idôneo capaz de comprovar que o objeto é fornecido ou prestado por produtor, empresa ou representante comerciais exclusivos.

§ 4º – A Seleção de Fornecedores será processada pelos Setores de Compras e de Contratos, subordinados à Diretoria Administrativa.

Art. 5º - O procedimento de Seleção de Fornecedores inicia-se com a solicitação de aquisição ou alienação de bens ou de contratação de serviços e obras, a qual deverá conter:

I – a indicação da razão pela qual se faz necessária a aquisição ou alienação de bens, ou a contratação de serviço ou obras demandada;

II – a descrição pormenorizada do material ou bem a ser adquirido ou alienado, ou do serviço ou obra a ser contratado;

III – as especificações técnicas, quando couber;

IV - a quantidade a ser adquirida, quando se tratar de compras;

V – o regime de seleção, que poderá ser de rotina ou emergência.

§ 1º - Considera-se emergência:

I – a imediata necessidade de utilização de bem inexistente no estoque ou serviço;

II - a urgência de atendimento de situação que possa ocasionar prejuízos ao IEC ou comprometer a segurança de pessoas, obras, serviços ou equipamentos.

§ 2º - O setor requisitante deverá apresentar, juntamente com a solicitação, uma nota contendo os motivos que justifiquem a necessidade de regime de emergência, competindo a Diretoria Administrativa a análise da procedência ou não do pedido.

§ 3º - No caso de a Diretoria Administrativa considerar não haver motivo para o regime de emergência, dará ao procedimento de aquisição ou alienação de bens ou de contratação de serviços e obras o regime de rotina, devendo informar ao requisitante tal decisão.

Art. 6º - A realização de Seleção de Fornecedores não obriga ao IEC a formalizar o contrato, podendo o procedimento ser revogado ou anulado.

Avenida Ayrton Senna, 2.500 – Bloco I – Salas 314 a 322 – Barra da Tijuca – Rio de Janeiro – RJ –
CEP: 22.775-003.

www.institutoelisadecastro.org

CNPJ: 05.624.609/0001-77



Art. 7º - A Seleção de Fornecedores será realizada em duas modalidades:

I - Pedido de Cotação; ou

II - Coleta de Preços.

Parágrafo único – É obrigatória a documentação, em meio físico e/ou eletrônico, de todas as etapas do procedimento de aquisição e alienação de bens, e contratação de serviço ou obra, em ambas as modalidades de Seleção de Fornecedores, bem como nos casos de dispensa ou inexigibilidade.

Seção I

DO PEDIDO DE COTAÇÃO

Art. 8º – Consiste o Pedido de Cotação em modalidade de Seleção de Fornecedores, por meio da qual é feita tomada de preços simplificada, quando os valores forem:

I – para contratação que envolva valores inferiores a R\$ 114.416,65 (cento e quatorze mil quatrocentos e dezesseis reais e sessenta e cinco centavos), no caso de obras e serviços de engenharia ou de serviços de manutenção de veículos automotores, vedada a aplicação dessa hipótese para fracionamento de aquisições ou contratações. Deverão ser observadas as atualizações dos valores conforme o art. 75, I, da Lei Federal nº 14.133/2021;

II - para contratação que envolva valores inferiores a R\$ 57.208,33 (cinquenta e sete mil duzentos e oito reais e trinta e três centavos), no caso de outros serviços e compras, vedada a aplicação dessa hipótese para fracionamento de aquisições ou contratações. Deverão ser observadas as atualizações dos valores conforme o art. 75, II, da Lei Federal nº 14.133/2021

§1º O valor previamente estimado da contratação deverá ser compatível com os valores praticados pelo mercado, considerados os preços constantes de bancos de dados públicos e as quantidades a serem contratadas, observadas a potencial economia de escala e as peculiaridades do local de execução do objeto.

§ 2º No processo de seleção para aquisição de bens e contratação de serviços em geral, conforme este regulamento, o valor estimado será definido com base no melhor preço aferido por meio da utilização dos seguintes parâmetros, adotados de forma combinada ou não:

I - composição de custos unitários menores ou iguais à mediana do item correspondente no painel para consulta de preços ou no banco de preços em saúde disponíveis no Portal Nacional de Contratações Públicas (PNCP);

II - contratações similares feitas pela Administração Pública, em execução ou concluídas no período de 1 (um) ano anterior à data da pesquisa de preços, inclusive mediante sistema de registro de preços, observado o índice de atualização de preços correspondente;



III - utilização de dados de pesquisa publicada em mídia especializada, de tabela de referência e de sítios eletrônicos especializados ou de domínio amplo, desde que contenham a data e hora de acesso;

IV - pesquisa direta com no mínimo 3 (três) fornecedores, mediante solicitação formal de cotação;

§ 3º No processo de seleção para contratação de obras e serviços de engenharia, conforme este regulamento, o valor estimado, acrescido do percentual de Benefícios e Despesas Indiretas (BDI) de referência e dos Encargos Sociais (ES) cabíveis, será definido por meio da utilização de parâmetros na seguinte ordem:

I - composição de custos unitários menores ou iguais à mediana do item correspondente do Sistema Nacional de Pesquisa de Custos e Índices de Construção Civil (Sinapi), para as obras e serviços de engenharia que envolvam recursos da União;

II - utilização de dados de pesquisa publicada em mídia especializada, de tabela de referência formalmente aprovada e de sítios eletrônicos especializados ou de domínio amplo, desde que contenham a data e a hora de acesso;

III - contratações similares feitas pela Administração Pública, em execução ou concluídas no período de 1 (um) ano anterior à data da pesquisa de preços, observado o índice de atualização de preços correspondente;

§ 4º Nas contratações para obras e serviços de engenharia realizadas com recursos dos Municípios, Estados e Distrito Federal, o valor previamente estimado da contratação poderá ser definido por meio da utilização de outros sistemas de custos adotados pelo respectivo ente federativo, por exemplo o Boletim e Catálogo de Preços de Referência da Empresa de Obras Públicas do Estado do Rio de Janeiro – EMOP.

§ 2º – Uma vez finalizado o procedimento, e selecionada a melhor proposta, a compra ou contratação será autorizada pela Diretoria Administrativa.

Art. 9º – O Pedido de Cotação poderá ser feito por todos os meios válidos de comunicação, tais como internet, fax, e-mail, carta ou, no caso de emergência, telefone, levando-se a termo as cotações obtidas.

Art. 10 – O IEC poderá utilizar a modalidade de Pedido de Cotação para a aquisição e alienação de bens, e a contratação de serviços e obras de qualquer valor realizadas com recursos que não sejam de origem pública.

Seção II

DA COLETA DE PREÇOS

Art. 11 – Consiste a Coleta de Preços em modalidade de Seleção de Fornecedores, por meio da qual é feito o chamamento, mediante divulgação de ato convocatório denominado Convocação, onde serão fornecidas as instruções e condições de participação, de qualquer interessado em fornecer ou adquirir bens e serviços ou em realizar obra para IEC, quando o valor estimado destes for superior a R\$ 114.416,65 (cento e quatorze mil quatrocentos e dezesseis reais e

Avenida Ayrton Senna, 2.500 – Bloco I – Salas 314 a 322 – Barra da Tijuca – Rio de Janeiro – RJ –
CEP: 22.775-003.

www.institutoelisadecastro.org

CNPJ: 05.624.609/0001-77



sessenta e cinco centavos), no caso de obras e serviços de engenharia ou de serviços de manutenção de veículos automotores, e R\$ 57.208,33 (cinquenta e sete mil duzentos e oito reais e trinta e três centavos), no caso de outros serviços e compras.

§1º - Deverão ser observadas as atualizações dos valores conforme o art. 75, I e II, da Lei Federal nº 14.133/2021.

§ 2º - A Convocação estabelecerá, em cada caso, os procedimentos a serem utilizados para apresentação das propostas pelos participantes interessados e a forma de seleção do fornecedor, podendo também ser utilizados meios eletrônicos e a internet.

§ 3º - O IEC dará ampla publicidade à Convocação, devendo disponibilizá-la na página da entidade na internet e, se necessário, publicá-la em jornal de grande circulação.

Seção III

DO REGISTRO DE PREÇOS

Art. 12. O IEC poderá utilizar a modalidade de Coleta de Preços para registro de preços relativos à prestação de serviços e aquisição de bens para contratações futuras.

§ 1º. O registro de preços poderá ser utilizado nas seguintes hipóteses:

- I - quando for mais conveniente a aquisição de bens com previsão de entregas parceladas;
- II - quando, pelas características do bem ou do serviço, houver necessidade de aquisições frequentes;
- III - quando não for possível estabelecer, previamente, o quantitativo exato para o atendimento das necessidades.

Art. 13. A Convocação para registro de preços conterà, no mínimo:

- I - a descrição do objeto, que deve conter o conjunto de elementos necessários e suficientes para a caracterização do bem ou serviço;
- II - a estimativa de quantidades a serem adquiridas no prazo de validade do registro;
- III - a quantidade mínima de unidades a ser cotada, por item, no caso de bens;
- IV - as condições quanto aos locais, prazos de entrega, forma de pagamento e, complementarmente, nos casos de serviços, quando cabíveis, a frequência, periodicidade, características do pessoal, materiais e equipamentos a serem fornecidos e utilizados, procedimentos a serem seguidos, cuidados, deveres, disciplina e controles a serem adotados;
- V - o prazo de validade do registro de preço.

Parágrafo único. O prazo de vigência da ata de registro de preços será de 1 (um) ano e
Avenida Ayrton Senna, 2.500 – Bloco I – Salas 314 a 322 – Barra da Tijuca – Rio de Janeiro – RJ –
CEP: 22.775-003.



poderá ser prorrogado, por igual período, desde que comprovado o preço vantajoso, nos termos do art. 84 da Lei 14.133/2021.

Art. 14. Apurada a melhor proposta para registro de preços, o participante que ofertou o preço a ser registrado será convocado para assinar um termo de compromisso de fornecer os bens ou prestar os serviços na medida das necessidades que lhe forem apresentadas.

Parágrafo único. O resultado do procedimento de Coleta de Preços para registro de preços deverá ser registrado em documento vinculativo, obrigacional e com característica de compromisso para futura contratação, onde se registrem os preços, fornecedores e condições a serem praticadas, conforme as disposições contidas na Convocação e propostas apresentadas.

Art. 15. A existência de preços registrados não obriga o IEC a firmar as contratações que deles poderão advir, ficando-lhe facultada a utilização de outros meios, respeitado o previsto neste regulamento.

Art. 16. Caso o fornecedor detentor do menor preço registrado não tenha condições de atender toda a demanda solicitada, o IEC poderá contratar com outra empresa participante do procedimento, desde que respeitada a ordem de classificação.

Art. 17. O preço registrado poderá ser revisto em decorrência de eventual redução daqueles praticados no mercado, ou de fato que eleve o custo dos serviços ou bens registrados, cabendo ao Setores de Compras e de Contratos promover as necessárias negociações junto aos fornecedores.

§ 1º. Quando o preço inicialmente registrado, por motivo superveniente, tornar-se superior ao preço praticado no mercado os Setores de Compras e de Contratos deverão:

I - convocar o fornecedor visando a negociação para redução de preços e sua adequação ao praticado pelo mercado;

II - frustrada a negociação, liberar o fornecedor do compromisso assumido; e

III - convocar os demais fornecedores visando igual oportunidade de negociação.

§ 2º. Quando o preço de mercado tornar-se superior aos preços registrados e o fornecedor, mediante requerimento devidamente comprovado, não puder cumprir o compromisso, os Setores de Compra e de Contrato poderão:

I - liberar o fornecedor do compromisso assumido, confirmando a veracidade dos motivos e comprovantes apresentados, se a comunicação ocorrer antes do pedido de fornecimento; e

II - convocar os demais fornecedores visando igual oportunidade de negociação.

Art. 18. O participante deixará de ter o seu preço registrado quando:

III - descumprir as condições previstas na Convocação ou assumidas no termo de compromisso por ele assinado;



IV - não aceitar reduzir o preço registrado, quando se tornar superior ao praticado pelo mercado;

V - quando, justificadamente, não for mais do interesse do IEC.

Seção IV

DO JULGAMENTO DAS PROPOSTAS

Art. 19 - No julgamento das propostas para aquisição de bens e a contratação de serviços e obras, o IEC poderá utilizar os seguintes critérios:

I - adequação das propostas ao objeto da seleção;

II – qualidade;

III – preço;

IV - prazos de fornecimento ou de conclusão dos serviços;

V - condições de pagamento;

VI – custos de transporte e seguro até o local da entrega, quando for o caso;

VII - eventual necessidade de treinamento de pessoal;

VIII - garantia de manutenção, reposição de peças, assistência técnica e atendimento de urgência, quando for o caso;

IX – segurança e durabilidade dos bens adquiridos e dos serviços e obras prestados;

X - outros critérios previstos na solicitação ou na Convocação.

§ 1º - No julgamento das propostas para alienação de bens, serão considerados os critérios dispostos nos incisos III e V do *caput*.

§ 2º - A Convocação indicará quais e o peso que será dado a cada um dos critérios previstos no *caput* deste artigo para o cálculo da pontuação.

§ 3º - Serão desclassificadas as propostas que não atenderem às exigências da solicitação ou da Convocação.

Art. 20 - A melhor oferta será considerada a que resultar em menor custo para o IEC, sendo este calculado pela verificação e comparação do somatório dos critérios estipulados no art. 19.

§ 1º - Previamente à aprovação de uma proposta, o IEC poderá exercer o direito de negociar seus valores, permitindo aos proponentes ofertarem descontos adicionais.



§ 2º - Quando todas as propostas recebidas apresentarem preços manifestamente superiores aos praticados no mercado, será prorrogado o prazo para coleta e recebimento de novas propostas.

Art. 21 - A melhor oferta apurada, nos termos do art. 20 do presente regulamento, será apresentada à Diretoria Administrativa ou a quem esta delegar a prática de atos administrativos, a quem competirá a aprovação da realização da aquisição ou alienação do bem ou contratação do serviço ou obra.

§ 1º - No caso da modalidade Coleta de Preços, aprovada a melhor proposta, dará os Setores de Compra e de Contrato publicidade ao ato, devendo divulgar na página da entidade na internet, durante o período de 6 meses, o nome do fornecedor e o objeto contratado.

§ 2º - Quando o responsável pela proposta vencedora, por qualquer razão, não assinar o contrato no prazo estabelecido, é facultado ao IEC convocar os participantes remanescentes, obedecendo a ordem de classificação, para fazê-lo em iguais condições da proposta vencedora ou revogar a apuração de preços.

Seção V

DOS RECURSOS

Art. 22 - Das decisões decorrentes da aplicação deste regulamento cabe recurso, no prazo de 3 (três) dias úteis, contados a partir da data de ciência ou publicação da decisão recorrida.

Parágrafo único - O recurso será dirigido à Diretoria Administrativa, a qual proferirá decisão no prazo de 15 (quinze) dias úteis.

Art. 23 - Os recursos serão recebidos sem efeito suspensivo, salvo quando, por sua relevância, a Diretoria Administrativa entender conveniente a suspensão dos efeitos da decisão recorrida.

Capítulo III

DOS INSTRUMENTOS CONTRATUAIS

Art. 24 - O instrumento de contrato é obrigatório no caso de Coleta de Preços, bem como nas dispensas e inexigibilidades cujos valores estejam compreendidos no limite desta modalidade de Seleção de Fornecedores, sendo que nas demais hipóteses o IEC poderá optar pela emissão de outros instrumentos hábeis, como Autorização de Fornecimento ou Ordem de Serviço ao contratado.

Parágrafo único - Na aquisição de bens o IEC não será obrigado a celebrar contratos, podendo substituí-los pela Autorização de Fornecimento, salvo nos casos que advirem obrigações futuras ao contratado.

Avenida Ayrton Senna, 2.500 - Bloco I - Salas 314 a 322 - Barra da Tijuca - Rio de Janeiro - RJ -
CEP: 22.775-003.

www.institutoelisadecastro.org

CNPJ: 05.624.609/0001-77



Art. 25 – São cláusulas necessárias em todos os contratos celebrados pelo IEC as que estabeleçam:

I – o objeto e seus elementos característicos;

II – a qualificação das partes;

III – o preço e as condições de pagamento;

IV – o prazo de vigência do contrato;

V - o comprometimento do fornecedor com relação aos aspectos de responsabilidade social, tais como, o respeito à legislação atual que proíbe o trabalho de menores, fora dos limites determinados no Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei 8.069/90), salvo a condição de aprendizagem; o trabalho escravo; qualquer discriminação negativa e limitativa ao acesso na relação de emprego ou a sua manutenção; e a legislação ambiental.

Capítulo IV

DAS COMPRAS

Art. 26 - Para fins do presente regulamento, considera-se compra toda aquisição remunerada de bens de consumo e materiais permanentes, para fornecimento de uma só vez ou parceladamente, com a finalidade de suprir o IEC com os materiais necessários ao desenvolvimento de suas atividades.

Parágrafo único – O procedimento de compras compreende o cumprimento das etapas a seguir especificadas:

I – solicitação aprovada pelo requerente;

II - seleção de fornecedores;

III - escolha da melhor proposta;

IV - emissão da Autorização de Fornecimento ou Ordem de Serviço.

Art. 27 – O recebimento dos bens e materiais será realizado pelo setor requisitante, o qual procederá à conferência dos materiais, a partir das especificações contidas na proposta do fornecedor ou pedido de compra, e encaminhará de imediato a Nota Fiscal aos Setores de Compra ou de Contrato.

Capítulo V

DA CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS

Avenida Ayrton Senna, 2.500 – Bloco I – Salas 314 a 322 – Barra da Tijuca – Rio de Janeiro – RJ –
CEP: 22.775-003.

www.institutoelisadecastro.org

CNPJ: 05.624.609/0001-77

4



Art. 28 – Para fins do presente regulamento considera-se serviço a prestação de qualquer trabalho de qualquer natureza, quando não integrantes de execução de obra, aí incluídos, mas não limitados a, conserto, instalação, montagem, operação, conservação, reparação, adaptação, manutenção, transporte, locação de bens, publicidade, seguro, consultoria, assessoria e serviços técnicos especializados.

Art. 29 – Para fins do presente regulamento, consideram-se serviços técnicos especializados de natureza predominantemente intelectual os de profissionais ou empresas de notória especialização, relativos a:

I - estudos técnicos, planejamentos, projetos básicos ou projetos executivos;

II - pareceres, perícias e avaliações em geral;

III - assessorias ou consultorias técnicas e auditorias financeiras ou tributárias;

IV - fiscalização, supervisão ou gerenciamento de obras ou serviços;

V - patrocínio ou defesa de causas judiciais ou administrativas;

VI - treinamento e aperfeiçoamento de pessoal;

VII - restauração de obras de arte e de bens de valor histórico;

VIII- controles de qualidade e tecnológico, análises, testes e ensaios de campo e laboratoriais, instrumentação e monitoramento de parâmetros específicos de obras e do meio ambiente e demais serviços de engenharia que se enquadrem no disposto neste inciso;

§ 1º Para fins do disposto neste artigo, considera-se de notória especialização o profissional ou a empresa cujo conceito no campo de sua especialidade, decorrente de desempenho anterior, estudos, experiência, publicações, organização, aparelhamento, equipe técnica ou outros requisitos relacionados com suas atividades, permita inferir que o seu trabalho é essencial e reconhecidamente adequado à plena satisfação do objeto do contrato.

§ 2º - O Requerente deverá informar a necessidade dos serviços, selecionar criteriosamente o prestador de serviços técnicos profissionais especializados, que poderá ser pessoa física ou jurídica, considerando a idoneidade, a experiência e a especialização do contratado, dentro da respectiva área.

§ 3º - A contratação do prestador de serviços técnicos profissionais especializados deverá ser precedida de justificativa da escolha da empresa ou profissional e do preço cobrado, o que poderá ser feito por meio de comparação dos preços praticados por prestadores que forneçam serviços na mesma área, quando possível, ou comprovação dos preços praticados pelo mesmo prestador em trabalhos semelhantes.

Art. 30 – Sem prejuízo do disposto no art. 25, são cláusulas necessárias em todos os contratos de prestação de serviços as que estabeleçam:

I - os direitos e as responsabilidades das partes;



II - o regime de execução e a forma de fornecimento;

III – o cronograma de atividades contendo a descrição e prazos de execução de cada fase de trabalho, quando houver;

IV – a previsão de apresentação de relatórios parciais, quando for o caso, e finais sobre o andamento e/ou a entrega dos serviços;

V - a liberação dos pagamentos à verificação dos serviços prestados, conforme previsto no art. 31;

VI – a data-base e periodicidade do reajustamento de preços, se for o caso;

VII - as penalidades cabíveis e os valores das multas;

VIII - os casos de rescisão.

Art. 31 – A verificação da conformidade dos serviços prestados com os contratados será realizada pelo setor requisitante, o qual procederá à conferência destes a partir dos dispositivos do contrato de prestação de serviços e dos relatórios elaborados pelo prestador, cabendo ao setor rejeitar os serviços que não correspondam às condições e especificações estabelecidas.

Capítulo VI

DA CONTRATAÇÃO DE OBRAS

Art. 32 - Para fins do presente regulamento, considera-se obra toda atividade estabelecida, por força de lei, como privativa das profissões de arquiteto e engenheiro que implica intervenção no meio ambiente por meio de um conjunto harmônico de ações que, agregadas, formam um todo que inova o espaço físico da natureza ou acarreta alteração substancial das características originais de bem imóvel.

Art. 33 – Para a contratação de obras deverão ser elaborados previamente os projetos básico e executivo, bem como o cronograma físico-financeiro, assim considerados:

I – projeto básico: conjunto de elementos necessários e suficientes, com nível de precisão adequado para definir e dimensionar a obra ou o serviço, ou o complexo de obras ou de serviços objeto da licitação, elaborado com base nas indicações dos estudos técnicos preliminares, que assegure a viabilidade técnica e o adequado tratamento do impacto ambiental do empreendimento e que possibilite a avaliação do custo da obra e a definição dos métodos e do prazo de execução;

II – projeto executivo: conjunto de elementos necessários e suficientes à execução completa da obra, com o detalhamento das soluções previstas no projeto básico, a identificação de serviços, de materiais e de equipamentos a serem incorporados à obra, bem como suas especificações técnicas, de acordo com as normas técnicas pertinentes;

III – cronograma físico-financeiro: documento contendo a previsão de prazo de execução de cada etapa da obra e respectivo desembolso financeiro.

Avenida Ayrton Senna, 2.500 – Bloco I – Salas 314 a 322 – Barra da Tijuca – Rio de Janeiro – RJ –
CEP: 22.775-003.

www.institutoelisadecastro.org

CNPJ: 05.624.609/0001-77



Art. 34 – Na elaboração dos projetos básico e executivo deverão ser considerados os seguintes requisitos:

- I – segurança, acessibilidade e sustentabilidade ambiental;
- II – funcionalidade e adequação ao interesse público;
- III – economia na execução, conservação e operação;
- IV – possibilidade de emprego de mão-de-obra, materiais, tecnologia e matérias-primas existentes no local para execução, conservação e operação, como também ecologicamente sustentáveis;
- V – facilidade na execução, conservação e operação, sem prejuízo da durabilidade da obra ou do serviço;
- VI – adoção das normas técnicas adequadas;
- VII – avaliação de custo, definição de métodos e prazo de execução.

Art. 35 – Sem prejuízo do disposto no art. 25, são cláusulas necessárias em todos os contratos de obras as que estabeleçam:

- I – os direitos e as responsabilidades das partes, sendo que deverá constar expressamente a obrigação do contratado de manter, durante toda a execução do contrato, todas as condições existentes na seleção;
- II – o regime de execução e a forma de fornecimento;
- III – os prazos de início de etapas de execução, de conclusão, de entrega, de observação e de recebimento definitivo, conforme o caso;
- IV – os critérios de reajustamento de preços e de atualização monetária, quando for o caso;
- V – as penalidades cabíveis e os valores das multas;
- VI – os casos de rescisão.

Art. 36 - A Diretoria Administrativa indicará pessoa, física ou jurídica, do próprio IEC ou especialmente contratada para esta finalidade, que será responsável por fiscalizar a execução da obra de modo sistemático e permanente, de maneira a fazer cumprir rigorosamente os prazos, condições e especificações previstas no contrato e no projeto de execução.

Parágrafo único – Caberá à fiscalização:

- I – rejeitar os serviços ou materiais que não correspondam às condições e especificações estabelecidas;
- II – verificar se os valores cobrados correspondem aos serviços efetivamente executados;



III– acompanhar o ritmo da execução da obra, informando a Diretoria Administrativa as irregularidades detectadas;

IV – emitir parecer final, ao término da obra, recomendando ou não sua aceitação.

Capítulo VII

DA ALIENAÇÃO

Art. 37 – A alienação de bens pertencentes ao IEC será sempre precedida de avaliação de seu valor de mercado, efetuada por comissão indicada para este fim pela Diretoria Administrativa ou por profissional ou empresa contratada.

Art. 38 - Fica dispensada a Seleção de Fornecedores para alienação de bens pertencentes ao IEC nas hipóteses previstas no § 1º do art. 4º deste regulamento, no que couber, e para:

I - doação em pagamento;

II - doação, permitida exclusivamente para órgãos públicos ou entidade sem fins lucrativos de interesse social, educacional ou científico.

Art. 39 – A transferência de tecnologia pelo IEC dependerá de autorização prévia da Presidência.

Art. 40 – É vedada a alienação de bens imóveis pertencentes ao IEC sem prévia autorização do Conselho de Administração, caso em que os recursos oriundos da alienação somente poderão ser empregados em investimentos na própria entidade.

Capítulo VIII

DA HABILITAÇÃO

Art. 41 - A habilitação é a fase da contratação em que se verifica o conjunto de informações e documentos necessários e suficientes para demonstrar a capacidade do proponente de realizar o objeto da contratação, dividindo-se em:

I - Jurídica;

II - Técnica;

III - Fiscal, social e trabalhista;

IV - Econômico-financeira.

Avenida Ayrton Senna, 2.500 – Bloco I – Salas 314 a 322 – Barra da Tijuca – Rio de Janeiro – RJ –
CEP: 22.775-003.

www.institutoelisadecastro.org

CNPJ: 05.624.609/0001-77



Art. 42 - Na fase de habilitação das contratações serão observadas as seguintes disposições:

I - poderá ser exigida dos proponentes a declaração de que atendem aos requisitos de habilitação, e o declarante responderá pela veracidade das informações prestadas, na forma da lei;

II - será exigida a apresentação dos documentos de habilitação apenas pelo proponente vencedor, exceto quando a fase de habilitação anteceder a de julgamento;

III - serão exigidos os documentos relativos à regularidade fiscal, em qualquer caso, somente em momento posterior ao julgamento das propostas, e apenas do proponente mais bem classificado;

IV - será exigida do proponente declaração de que cumpre as exigências de reserva de cargos para pessoa com deficiência e para reabilitado da Previdência Social, previstas em lei e em outras normas específicas.

§ 1º Constará do documento convocatório de contratação cláusula que exija dos proponentes, sob pena de desclassificação, declaração de que suas propostas econômicas compreendem a integralidade dos custos para atendimento dos direitos trabalhistas assegurados na Constituição Federal, nas leis trabalhistas, nas normas infralegais, nas convenções coletivas de trabalho e nos termos de ajustamento de conduta vigentes na data de entrega das propostas.

§ 2º Quando a avaliação prévia do local de execução for imprescindível para o conhecimento pleno das condições e peculiaridades do objeto a ser contratado, o documento convocatório de contratação poderá prever, sob pena de inabilitação, a necessidade de o proponente atestar que conhece o local e as condições de realização da obra ou serviço, assegurado a ele o direito de realização de vistoria prévia.

§ 3º Para os fins previstos no § 2º deste artigo, o documento convocatório de contratação sempre deverá prever a possibilidade de substituição da vistoria por declaração formal assinada pelo responsável técnico do proponente acerca do conhecimento pleno das condições e peculiaridades da contratação.

§ 4º Para os fins previstos no § 2º deste artigo, se os proponentes optarem por realizar vistoria prévia, o IEC deverá disponibilizar data e horário diferentes para os eventuais interessados.

Art. 43 - Após a entrega dos documentos para habilitação, não será permitida a substituição ou a apresentação de novos documentos, salvo em sede de diligência, para:

I - complementação de informações acerca dos documentos já apresentados pelos licitantes e desde que necessária para apurar fatos existentes à época da abertura do certame;

II - atualização de documentos cuja validade tenha expirado após a data de recebimento das propostas.

§ 1º Na análise dos documentos de habilitação, a comissão de licitação poderá sanar erros ou falhas que não alterem a substância dos documentos e sua validade jurídica,

Avenida Ayrton Senna, 2.500 - Bloco I - Salas 314 a 322 - Barra da Tijuca - Rio de Janeiro - RJ -
CEP: 22.775-003.

www.institutoelisadecastro.org

CNPJ: 05.624.609/0001-77



mediante despacho fundamentado registrado e acessível a todos, atribuindo-lhes eficácia para fins de habilitação e classificação.

§ 2º Quando a fase de habilitação anteceder a de julgamento e já tiver sido encerrada, não caberá exclusão de licitante por motivo relacionado à habilitação, salvo em razão de fatos supervenientes ou só conhecidos após o julgamento.

Art. 44. As condições de habilitação serão definidas no edital ou no Termo de Referência quando se tratar de seleção simplificada.

§ 1º As empresas criadas no exercício financeiro da licitação deverão atender a todas as exigências da habilitação e ficarão autorizadas a substituir os demonstrativos contábeis pelo balanço de abertura.

§ 2º A habilitação poderá ser realizada por processo eletrônico de comunicação a distância, nos termos dispostos em regulamento.

Art. 45. Habilitação Jurídica:

A habilitação jurídica visa a demonstrar a capacidade de o proponente exercer direitos e assumir obrigações, e a documentação a ser apresentada por ele limita-se à comprovação de existência jurídica da pessoa e, quando cabível, de autorização para o exercício da atividade a ser contratada. Por exemplo, contrato social, estatuto social, etc.

Art. 46. Habilitações Fiscal, Social e Trabalhista:

- Inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ);
- Certidão Negativa de Débitos de Tributos Federais;
- Certidão Negativa de Débitos de Tributos Estaduais;
- Certidão Negativa de Débitos de Tributos Municipais;
- Comprovação de regularidade perante a Seguridade Social;
- Comprovação de regularidade perante o Conselho Nacional de Justiça (CNJ);
- Comprovação de regularidade perante o Tribunal de Contas do Estado (TCE);
- Comprovação da regularidade perante o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço – FGTS (emitido pela Caixa Econômica Federal – CEF, no site www.caixa.gov.br);



Art. 46. A documentação relativa à qualificação técnico-profissional e técnico-operacional será restrita a:

I - apresentação de profissional, devidamente registrado no conselho profissional competente, quando for o caso, detentor de atestado de responsabilidade técnica por execução de obra ou serviço de características semelhantes, para fins de contratação;

II - certidões ou atestados, regularmente emitidos pelo conselho profissional competente, quando for o caso, que demonstrem capacidade operacional na execução de serviços similares de complexidade tecnológica e operacional equivalente ou superior ao objeto a ser contratado;

III - indicação do pessoal técnico, das instalações e do aparelhamento adequados e disponíveis para a realização do objeto da contratação, bem como da qualificação de cada membro da equipe técnica que se responsabilizará pelos trabalhos;

IV - prova do atendimento de requisitos previstos em lei especial, quando for o caso;

V - registro ou inscrição na entidade profissional competente, quando for o caso;

VI - declaração de que o proponente tomou conhecimento de todas as informações e das condições locais para o cumprimento das obrigações objeto da contratação.

§ 1º A exigência de atestados será restrita às parcelas de maior relevância ou valor significativo do objeto da contratação, assim consideradas as que tenham valor individual igual ou superior a 4% (quatro por cento) do valor total estimado da contratação.

§ 2º Observado o disposto no *caput* e no § 1º deste item, será admitida a exigência de atestados com quantidades mínimas de até 50% (cinquenta por cento) das parcelas de que trata o referido parágrafo, vedadas limitações de tempo e de locais específicos relativas aos atestados.

§ 3º Salvo na contratação de obras e serviços de engenharia, as exigências a que se referem os incisos I e II do *caput* deste item, a critério do IEC, poderão ser substituídas por outra prova de que o profissional ou a empresa possui conhecimento técnico e experiência prática na execução de serviço de características semelhantes, hipótese em que as provas alternativas aceitáveis deverão ser previstas no documento convocatório.

§ 4º Serão aceitos atestados ou outros documentos hábeis emitidos por entidades estrangeiras quando acompanhados de tradução para o português, salvo se comprovada a inidoneidade da entidade emissora.

§ 5º Em se tratando de serviços contínuos, o documento convocatório poderá exigir certidão ou atestado que demonstre que o proponente tenha executado serviços similares ao objeto da contratação, em períodos sucessivos ou não, por um prazo mínimo, que não poderá ser superior a 3 (três) anos.



§ 6º Os profissionais indicados pelo proponente na forma dos incisos I e III do *caput* deste item deverão participar da obra ou serviço objeto da contratação, e será admitida a sua substituição por profissionais de experiência equivalente ou superior, desde que aprovada pelo IEC.

§ 7º Sociedades empresárias estrangeiras atenderão à exigência prevista no inciso V do *caput* deste item por meio da apresentação, no momento da assinatura do contrato, da solicitação de registro perante a entidade profissional competente no Brasil.

§ 8º Será admitida a exigência da relação dos compromissos assumidos pelo licitante que importem em diminuição da disponibilidade do pessoal técnico referido nos incisos I e III do *caput* deste item.

§ 9º O documento convocatório poderá prever, para aspectos técnicos específicos, que a qualificação técnica seja demonstrada por meio de atestados relativos a potencial subcontratado, limitado a 25% (vinte e cinco por cento) do objeto a ser contratado, hipótese em que mais de um proponente poderá apresentar atestado relativo ao mesmo potencial subcontratado.

§ 10. Em caso de apresentação por proponente de atestado de desempenho anterior emitido em favor de consórcio do qual tenha feito parte, se o atestado ou o contrato de constituição do consórcio não identificar a atividade desempenhada por cada consorciado individualmente, serão adotados os seguintes critérios na avaliação de sua qualificação técnica:

I - caso o atestado tenha sido emitido em favor de consórcio homogêneo, as experiências atestadas deverão ser reconhecidas para cada empresa consorciada na proporção quantitativa de sua participação no consórcio, salvo nas contratações de serviços técnicos especializados de natureza predominantemente intelectual, em que todas as experiências atestadas deverão ser reconhecidas para cada uma das empresas consorciadas;

II - caso o atestado tenha sido emitido em favor de consórcio heterogêneo, as experiências atestadas deverão ser reconhecidas para cada consorciado de acordo com os respectivos campos de atuação, inclusive nas contratações de serviços técnicos especializados de natureza predominantemente intelectual.

§ 11. Na hipótese do § 10 deste item, para fins de comprovação do percentual de participação do consorciado, caso este não conste expressamente do atestado ou da certidão, deverá ser juntada ao atestado ou à certidão cópia do instrumento de constituição do consórcio.

§ 12. Na documentação de que trata o inciso I do *caput* deste artigo, não serão admitidos atestados de responsabilidade técnica de profissionais que, na forma de regulamento, tenham dado causa à aplicação de sanções em decorrência de orientação proposta, de prescrição técnica ou de qualquer ato profissional de sua responsabilidade.

Art. 47. A habilitação econômico-financeira visa a demonstrar a aptidão econômica do proponente para cumprir as obrigações decorrentes do futuro contrato, devendo ser comprovada de forma objetiva, por coeficientes e índices

Avenida Ayrton Senna, 2.500 - Bloco I - Salas 314 a 322 - Barra da Tijuca - Rio de Janeiro - RJ -
CEP: 22.775-003.

www.institutoelisadecastro.org

CNPJ: 05.624.609/0001-77



econômicos previstos no documento convocatório, devidamente justificados no processo, e será restrita à apresentação da seguinte documentação:

I - Balanço patrimonial, demonstração de resultado de exercício e demais demonstrações contábeis do último exercício social;

II - Certidão negativa de feitos sobre falência expedida pelo distribuidor da sede do proponente.

§ 1º A critério do IEC, poderá ser exigida declaração, assinada por profissional habilitado da área contábil, que ateste o atendimento pelo proponente dos índices econômicos previstos no documento convocatório.

§ 2º Para o atendimento do disposto no *caput* deste item, é vedada a exigência de valores mínimos de faturamento anterior e de índices de rentabilidade ou lucratividade.

§ 3º É admitida a exigência da relação dos compromissos assumidos pelo proponente que importem em diminuição de sua capacidade econômico-financeira, excluídas parcelas já executadas de contratos firmados.

§ 4º O IEC, nas compras para entrega futura e na execução de obras e serviços, poderá estabelecer no documento convocatório a exigência de capital mínimo ou de patrimônio líquido mínimo equivalente a até 10% (dez por cento) do valor estimado da contratação.

§ 5º É vedada a exigência de índices e valores não usualmente adotados para a avaliação de situação econômico-financeira suficiente para o cumprimento das obrigações decorrentes da contratação.

§ 6º Os documentos referidos no inciso I do *caput* deste item limitar-se-ão ao último exercício no caso de a pessoa jurídica ter sido constituída há menos de 2 (dois) anos.

47.1. A documentação referida neste item poderá ser:

I - apresentada em original, por cópia ou por qualquer outro meio expressamente admitido pelo IEC;

II - substituída por registro cadastral emitido por órgão ou entidade pública, desde que previsto no documento convocatório e que o registro tenha sido feito em obediência ao disposto na Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021;

III - dispensada, total ou parcialmente, nas contratações para entrega imediata, nas contratações em valores inferiores a 1/4 (um quarto) do limite para dispensa de licitação para compras em geral e nas contratações de produto para pesquisa e desenvolvimento até o valor de R\$ 300.000,00 (trezentos mil reais).



Capítulo VIII

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 48 – Somente poderão fornecer, prestar serviços e realizar obras para o IEC, no caso de empresas, aquelas que estiverem legalmente constituídas e regulares com suas obrigações.

§ 1º - A comprovação de regularidade de constituição da empresa e sua regularidade fiscal dar-se-á antes da celebração do contrato ou da emissão da Autorização de Fornecimento/Ordem de Serviço, mediante a apresentação dos seguintes documentos:

I - cópia do CNPJ;

II - certidões de regularidade fiscais mencionadas no Art. 47;

III - outros documentos eventualmente necessários à completa avaliação do contratado, a critério da Diretoria Administrativa.

§ 2º - O IEC poderá exigir a apresentação da lista e currículo das empresas participantes e de seu pessoal técnico, que serão responsáveis pelo fornecimento de bens ou realização de serviços e obras, como pré-condição para habilitação dos concorrentes.

Art. 49 – Na aquisição de produtos médicos, químicos e substâncias perigosas é necessário que os Setores de Compra ou de Contrato verifiquem se a empresa contratada está cumprindo as regulamentações governamentais para produção, transporte e manuseio das mesmas.

§ 1º - Os Setores de Compra ou de Contrato deverão adotar medida de segurança a fim de assegurar a aquisição de medicamentos idôneos e de procedência conhecida, bem como observar as normas expedidas pela Vigilância Sanitária.

§ 2º - Deverão ser exigidos da empresa fornecedora de medicamentos:

I – cópia autenticada do registro dos medicamentos;

II – cópia autenticada da licença de funcionamento expedido pela Vigilância Sanitária;

III – carta de credenciamento do fabricante.

Art. 50 – A contratação de serviços de profissionais autônomos para qualquer das modalidades previstas neste regulamento, inclusive serviços técnico-profissionais especializados, deverá ser feita mediante a emissão de recibo e a apresentação de cópia dos seguintes documentos:

I – RG;

II – CPF;

III – PIS/PASEP;

IV - comprovante de endereço.

Avenida Ayrton Senna, 2.500 – Bloco I – Salas 314 a 322 – Barra da Tijuca – Rio de Janeiro – RJ –
CEP: 22.775-003.

www.institutoelisadecastro.org

CNPJ: 05.624.609/0001-77



Art. 51 - Os casos omissos neste regulamento serão decididos pela Presidência.

Art. 52 - O presente regulamento revoga qualquer regulamento anterior, bem como entra em vigor a partir da data da sua assinatura.

Rio de Janeiro, 02 de outubro de 2023.



José Antônio Guimarães Cunha
Presidente

ANEXO III

**REGULAMENTO DE SELEÇÃO E
CONTRATAÇÃO DE PESSOAL DO IEC –
ITEM C1. G.**



**REGULAMENTO DE CONTRATAÇÃO
E SELEÇÃO DE PESSOAL, DO
INSTITUTO ELISA DE CASTRO.**

REGULAMENTO DE CONTRATAÇÃO E SELEÇÃO DE PESSOAL

O presente dispõe do Regulamento de Seleção Contratação de Pessoal do Instituto Elisa de Castro, instituto sem fins lucrativos, inscrito no CNPJ sob o nº 05.624.609/0001-55, com sede na Avenida Ayrton Senna, 2.500 – Bloco I – Salas 314 a 322 – Barra da Tijuca – Rio de Janeiro – RJ – CEP: 22.775-003, sem fins econômicos, portanto, sem fins lucrativos, filantrópica, de caráter assistencial e social, de duração por tempo indeterminado, com autonomia patrimonial, jurídica, administrativa e financeira em relação aos seus associados, eventuais mantenedores e quaisquer entidades públicas ou privadas, com atuação no âmbito nacional e internacional.

1 - INTRODUÇÃO

1.1 - O presente regulamento tem por finalidade estabelecer normas e critérios para o recrutamento, seleção, contratação e avaliação de desempenho de profissionais, bem como fixação de diretrizes para o estabelecimento de normas para plano de cargos, salários e benefícios do **INSTITUTO ELISA DE CASTRO**.

1.2 - Todas as normas aplicáveis ao recrutamento, seleção, contratação e avaliação de pessoal para integrarem os quadros do **INSTITUTO ELISA DE CASTRO** reger-se-ão pelos princípios básicos da moralidade e boa-fé, probidade, impessoalidade, economicidade e eficiência, isonomia, publicidade, legalidade, razoabilidade e busca permanente de qualidade e competência de profissionais, bem como pela adequação aos objetivos da entidade.



1.3 - Observadas as vedações e exigências do presente Regulamento, qualquer pessoa, independente de origem, cor, raça, religião, sexo ou idade poderá participar do processo de seleção que obedecerá aos princípios impessoalidade, moralidade, publicidade, eficiência, economicidade, isonomia, moralidade, transparência, lisura, ética, sigilo, boa fé e probidade para a contratação de pessoal.

1.4 - Todo o processo de recrutamento, seleção, contratação e avaliação de pessoal de que trata este regulamento deve estar devidamente documentado, a fim de facilitar o acompanhamento, o controle e a fiscalização das instâncias pertinentes.

2 – DESENVOLVIMENTO DO RECRUTAMENTO E SELEÇÃO

2.1 Requisição de Pessoal - O procedimento de contratação de pessoal terá início mediante a solicitação dos Gerentes e/ou Coordenadores interessados na contratação dos serviços, que será operacionalizada por meio da requisição de pessoal.

Parágrafo único: As requisições de pessoal podem ser abertas nos seguintes casos:

I - substituição;

II - aumento de quadro, desde que contemplado no orçamento e/ou aprovado previamente pela Diretoria Executiva.

2.2 - Seja para substituição de pessoal, como para novas contratações, a abertura de vaga do recrutamento será divulgada, preferencialmente através do meio de divulgação do site do **INSTITUTO ELISA DE CASTRO**, ou por outro meio ao seu critério e conterà resumidamente, a(s) função(es) a ser(em) preenchida(s), número(s) de vaga(s), eventual(is) prazo(s), as condições para participação dos(as) candidatos(as), perfil do(a) profissional (formação, grau de escolaridade, etc.) cronograma do processo seletivo e local/telefone para informações.

3 – DO PROCESSO SELETIVO



3.1 - Os candidatos interessados em participar de processos seletivos conduzidos pelo **INSTITUTO ELISA DE CASTRO**, deverão observar os critérios e requisitos ora fixados neste Regulamento.

3.2 - DAS INSCRIÇÕES.

3.2.1 - Os candidatos poderão inscrever-se:

I. Preenchendo o cadastro (trabalhe conosco) junto com o envio do currículo no site do IEC: institutoelisadecastro.org

Preencha o formulário abaixo e nós entraremos em contato em breve.

Nome*	
Email*	
Assunto*	-Escolha uma opção-
-Escolha uma opção-	Cep*
Logradouro	
Bairro	
Cidade	Estado*
Complemento	Número
Telefone Fixo - (DD)2***-****	Celular - (DD)9***-****
Enviar Currículo	
<input type="button" value="Escolher arquivo"/> Nenhum arquivo escolhido	
<input type="button" value="ENVIAR"/>	

II. Entregando pessoalmente o Currículo no endereço do **INSTITUTO ELISA DE CASTRO**, respeitando o horário de funcionamento.

3.3 - Será assegurado aos portadores de deficiência o direito de participação no Recrutamento e Seleção, de acordo com as proporções estabelecidas no artigo 93 da Lei 8.213/91.

4 - DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO E SELEÇÃO DE PESSOAL

4.1 - O Processo de avaliação e seleção de pessoal será dividido nas seguintes etapas:

I – A seleção dos profissionais que irão atuar nos projetos do Instituto será realizada de maneira contínua, através de link específico no site do mesmo, onde disponibiliza a opção de upload de currículos para análise e possível futura contratação.

II - Análise do Currículo e documentos comprobatórios de experiência, escolaridade e outros dados fornecidos pelos candidatos para avaliação frente aos requisitos mínimos exigidos pela vaga e convocação destes para participação no processo de avaliação;

III – A avaliação dos candidatos convocados na Etapa I será realizada, mediante pertinência técnica e juízo de conveniência do avaliador, conforme o procedimento seguinte: entrevistas, aplicação de testes e dinâmicas de grupo.

IV – Os candidatos aprovados na Etapa II do processo seletivo serão convocados para entrevista final;

V – Preencherão as vagas disponíveis os candidatos aprovados na entrevista final e passarem satisfatoriamente pelo exame médico admissional, a critério do **INSTITUTO ELISA DE CASTRO**.

Parágrafo Primeiro: O candidato deve respeitar o prazo informado para apresentação da documentação requerida, sob pena de perder a vaga.



Parágrafo Segundo: A critério do **INSTITUTO ELISA DE CASTRO** e consoante a especificidade dos cargos a serem selecionados, as etapas anteriores poderão ser ampliadas ou reduzidas, para melhor adequação ao processo seletivo desses profissionais.

Parágrafo Terceiro: O **INSTITUTO ELISA DE CASTRO** poderá excluir qualquer participante a qualquer tempo, sem aviso prévio e sem que este ato gere direito a indenizações de qualquer espécie.

Parágrafo Quarto: Em hipótese alguma, o cancelamento ou a escolha de outro concorrente gerará direito à indenização, de qualquer natureza, ao candidato deficitário.

5 – DOS CARGOS, SALÁRIOS E BENEFÍCIOS

5.1 - A estrutura dos cargos, salários e benefícios deverá observar as normas técnicas aplicáveis e a legislação trabalhista vigente, de tal sorte a assegurar remunerações compatíveis com as atividades exercidas pelos profissionais, pela competitividade do mercado e por outras variáveis que impactarem as dimensões econômicas, administrativas e jurídicas, dentre outras.

5.2 - Os empregados serão admitidos sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), conforme carga horária previamente informada para cada cargo/função.

5.3 - A abertura e fechamento de vagas é uma decisão da equipe administrativa do **INSTITUTO ELISA DE CASTRO**, bem como a especificação do perfil de cada vaga.

5.4 - Terá seu contrato de trabalho extinto o empregado que, dentre outras hipóteses legais ou regulamentares, não cumprir a jornada de trabalho, carga horária semanal, não apresentar bom desempenho em suas atividades profissionais ou não cumprir as metas estabelecidas.



6 - DOS SERVIÇOS DE CONSULTORIA

6.1 - Por serviços de consultoria entendem-se aqueles que exigem conhecimentos específicos comprovados dos responsáveis por sua execução, com objeto definido, valores, parâmetros e prazos de execução previamente determinados.

6.2 - Prioritariamente os serviços de consultoria devem ser contratados com pessoas jurídicas, sempre observando entre outros, o princípio da economicidade.

6.3 - A contratação de consultores na condição de pessoa jurídica será sempre feita diretamente pelo **INSTITUTO ELISA DE CASTRO**, mediante processo competitivo, com no mínimo 03 (três) participantes, devendo ficar evidenciado ser a contratada aquela que reúne as melhores condições, em termos de experiência, qualidade dos serviços e preço.

6.4 - A contratação de serviços de consultoria pessoa física será, preferencialmente, feita com base na análise de no mínimo de 03 (três) currículos profissionais, através dos quais possa se aferir que o contratado é aquele que de fato reúne as melhores condições para execução do trabalho.

6.5 - A única exceção à exigência de um processo competitivo dar-se-á quando houver notória especialização do prestador de serviços, devidamente comprovada ou em casos fortuitos ou de força maior.

7 - DISPOSIÇÕES FINAIS

7.1 - A admissão de ex colaboradores do **INSTITUTO ELISA DE CASTRO** somente poderá ocorrer após do decurso do prazo de 06 (seis) meses entre o desligamento e a readmissão, devendo referido profissional ser submetido ao processo seletivo supra descrito.

7.2 - Caso a readmissão seja para serviço ou função diferente da anterior, o candidato deverá ser avaliado pelo novo requisitante e possuir os pré-requisitos definidos no desenho de cargo.

7.3 - Não é realizada a contratação de menores de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre, assim como, menores de 16 (dezesesseis) anos, salvo em condição de aprendiz.

7.4 - Os casos omissos ou duvidosos na interpretação deste Regulamento serão resolvidos pela Diretoria.

7.5 - Os empregados admitidos pela Entidade não podem estar enquadrados nas seguintes hipóteses: serem agentes políticos, membro do Ministério Público, dirigente de órgão ou entidade da Administração Pública celebrante ou que possua vinculação de parentesco até segundo grau, sendo: cônjuge, companheiro(a), direta, colateral ou por afinidade.

7.6 - Os candidatos aprovados na entrevista final e que não forem contratados em razão do número de vagas disponíveis, ficarão cadastrados no Banco de Currículos por um período de até 12 (doze) meses e poderão ser aproveitados quando do surgimento de novas oportunidades.

O presente Regulamento entrará em vigor a partir da data da sua publicação e pode ser aditado ou retificado a exclusivo critério da Organização Social.

Rio de Janeiro, 03 de julho de 2023



José Antônio Guimarães Cunha

Presidente

ANEXO V

ITEM C1 – H - DIMENSIONAMENTO DE RECURSOS HUMANOS ESTIMADOS, COM O PREENCHIMENTO DO QUADRO ABAIXO, CONFORME O TERMO DE REFERÊNCIA.

H. APRESENTAÇÃO DO DIMENSIONAMENTO DE RECURSOS HUMANOS ESTIMADOS, COM O PREENCHIMENTO DO QUADRO ABAIXO, CONFORME O TERMO DE REFERÊNCIA.

O Instituto Elisa de Castro – IEC apresentará no a seguir o **DIMENSIONAMENTO DE RECURSOS HUMANOS ESTIMADOS, COM O PREENCHIMENTO DO QUADRO ABAIXO, CONFORME O TERMO DE REFERÊNCIA.**

Salientamos que a Remuneração Total apresentada consiste na soma do salário base com os encargos trabalhistas nas contratações por regime de CLT (Consolidação da Lei do Trabalho).

O Dimensionamento de Recursos Humanos apresentado pelo Instituto Elisa de Castro – IEC respeitou a legislação, preceitos éticos e determinações vigentes, pertinentes a cada categoria profissional, de forma a apresentar o quantitativo elencado no Termo de Referência.

Em consonância ao padrão de preenchimento da Planilha de Cargos e Remuneração, o IEC apresenta no formato exigido, os cargos e sua respectiva remuneração, composta de salários, gratificações e benefícios.

De igual modo, destacamos na planilha o tipo de vínculo (CLT ou pessoa jurídica) e o quantitativo necessário de profissionais que serão contratados para exercer suas atividades nas unidades e serviços de saúde.

Apresentaremos a seguir as Planilhas de Dimensionamento de RH do **Pronto Socorro Municipal Dr. José Seve Neto, conforme Edital de Seleção nº 03/2024.**

PLANILHA DE RECURSOS HUMANOS (CLT)
INSTITUTO ELISA DE CASTRO
Pronto Socorro Municipal Drº Jose Seve Neto - PSMJSN

CATEGORIA PROFISSIONAL	CH / SEMANA	Quantidade de Profissionais	Salário Base	Insalubridade	Adicional Noturno	Gratificação	Salário Total
Coordenador Técnico	40	1	R\$ 15.000,00	R\$ 282,40	R\$ -	R\$ 1.000,00	R\$ 16.282,40
Coordenação de Enfermagem	40	1	R\$ 8.000,00	R\$ 282,40	R\$ -	R\$ 1.000,00	R\$ 9.282,40
Coordenador Administrativo	40	1	R\$ 8.000,00	R\$ 282,40	R\$ -	R\$ -	R\$ 8.282,40
Controlador de Acesso	40	8	R\$ 1.536,29	R\$ 282,40	R\$ 167,60	R\$ -	R\$ 15.890,32
Assistente Administrativo	40	1	R\$ 2.007,11	R\$ 282,40	R\$ -	R\$ -	R\$ 2.289,51
Almoxarife	40	1	R\$ 2.800,00	R\$ 282,40	R\$ -	R\$ -	R\$ 3.082,40
Auxiliar Administrativo	40	6	R\$ 1.645,80	R\$ 282,40	R\$ 179,54	R\$ -	R\$ 12.646,44
Recepcionista	40	8	R\$ 1.412,00	R\$ 282,40	R\$ 154,04	R\$ -	R\$ 14.787,52
Auxiliar de Farmácia	40	8	R\$ 1.875,86	R\$ 282,40	R\$ 204,64	R\$ -	R\$ 18.903,20
Técnico de Raio X	24	7	R\$ 2.551,98	R\$ 564,80	R\$ 222,72	R\$ -	R\$ 23.376,50
Técnico de Enfermagem - Plantonista	40	52	R\$ 3.325,00	R\$ 282,40	R\$ 362,73	R\$ -	R\$ 206.446,76
Técnico de Enfermagem – CME (12h diurno)	40	2	R\$ 3.325,00	R\$ 282,40	R\$ -	R\$ -	R\$ 7.214,80
Técnico de Enfermagem para Apoio Domiciliar	40	6	R\$ 3.325,00	R\$ 282,40	R\$ -	R\$ -	R\$ 21.644,40
Técnico de Informática	40	2	R\$ 1.993,70	R\$ 282,40	R\$ -	R\$ -	R\$ 4.552,20
Técnico de Laboratório - Diurno	40	4	R\$ 1.993,70	R\$ 282,40	R\$ -	R\$ -	R\$ 9.104,40
Técnico de Laboratório - Noturno	40	2	R\$ 1.993,70	R\$ 282,40	R\$ 217,49	R\$ -	R\$ 4.987,18
Técnico de Segurança do Trabalho	40	1	R\$ 2.800,00	R\$ 282,40	R\$ -	R\$ -	R\$ 3.082,40
Motorista	40	1	R\$ 2.300,00	R\$ 282,40	R\$ -	R\$ -	R\$ 2.582,40
Maqueiro	40	8	R\$ 1.412,00	R\$ 282,40	R\$ 154,04	R\$ -	R\$ 14.787,52
Auxiliar de Serviços Gerais	40	24	R\$ 1.587,00	R\$ 282,40	R\$ 173,13	R\$ -	R\$ 49.020,72
SUBTOTAL		144					R\$ 448.245,87

ENCARGOS E PROVISIONAMENTO			
		%	VALOR
INSS - Empresa		20,0000%	R\$ 89.649,17
INSS - Terceiros + FAP		5,8000%	R\$ 25.998,26
SAT		2,0000%	R\$ 8.964,92
PIS		1,0000%	R\$ 4.482,46
FGTS		8,0000%	R\$ 35.859,67
13º SAL.		8,3300%	R\$ 37.338,88
Abono de Férias		2,7800%	R\$ 12.461,24
Férias proporcionais acumuladas em caso de demissão coletiva		1,6667%	R\$ 7.470,76
Férias integrais com reposição de quadro		0,2700%	R\$ 1.210,26
Aviso Prévio indenizado		0,4200%	R\$ 1.882,63
Aviso Prévio (dias extras legais)		0,8333%	R\$ 3.735,38
13o salário (Lei nº 12.506/11)		0,1390%	R\$ 623,06
Férias e Abono Constitucional sobre Lei nº 12.506/11		0,1850%	R\$ 829,25
Multa/FGTS		4,0000%	R\$ 17.929,83
Encargos Patronais		1,2919%	R\$ 5.790,71
Outros Encargos & Provisionamento (REPOSIÇÃO PROFISSIONAL)		0,0000%	R\$ -
Total Provisões		19,9159%	R\$ 89.272,02
Total Encargos		36,8000%	R\$ 164.954,48
SUBTOTAL (Encargos + Provisões)		56,7159%	R\$ 254.226,50
BENEFÍCIOS			
VALE TRANSPORTE	22	R\$ 9,50	R\$ 24.076,80
SUBTOTAL			R\$ 24.076,80
TOTAL GERAL (SALARIOS + ENCARGOS + PROVISÃO + BENEFÍCIOS)			R\$ 726.549,17

PLANILHA DE RECURSOS HUMANOS - PESSOA JURÍDICA (PJ)
INSTITUTO ELISA DE CASTRO
Pronto Socorro Municipal Drº Jose Seve Neto - PSMJSN

CATEGORIA PROFISSIONAL	CH / SEMANA	Quantidade de Profissionais	Salário Base	Custo Por Profissional	Custo Total
Médico Clínico - Dia de Semana	24	25	R\$ 11.000,00	R\$ 14.974,14	R\$ 374.353,39
Médico Clínico - Dia de Semana	12	5	R\$ 5.500,00	R\$ 7.487,07	R\$ 37.435,34
Médico Clínico - Final de Semana	24	10	R\$ 12.000,00	R\$ 16.335,42	R\$ 163.354,21
Médico Clínico - Final de Semana	12	2	R\$ 6.000,00	R\$ 8.167,71	R\$ 16.335,42
Médico Ortopedista - Dia de Semana	12	5	R\$ 5.500,00	R\$ 7.487,07	R\$ 37.435,34
Médico Ortopedista - Final de Semana	12	2	R\$ 6.000,00	R\$ 8.167,71	R\$ 16.335,42
Médico Especialista - Sobreaviso	24	7	R\$ 4.200,00	R\$ 5.717,40	R\$ 40.021,78
Médico Rotina - Semana*	6	10	R\$ 3.000,00	R\$ 4.083,86	R\$ 40.838,55
Médico Rotina - Final de Semana*	6	4	R\$ 3.800,00	R\$ 5.172,88	R\$ 20.691,53
Assistente Social	30	3	R\$ 3.238,64	R\$ 4.408,71	R\$ 13.226,12
Farmacêutico	30	6	R\$ 4.318,18	R\$ 5.878,28	R\$ 35.269,66
Enfermeiro Plantonista	40	20	R\$ 4.318,18	R\$ 5.878,28	R\$ 117.565,53
Enfermeiro CCIH	40	1	R\$ 4.750,00	R\$ 6.466,10	R\$ 6.466,10
Enfermeiro Diarista	40	1	R\$ 4.750,00	R\$ 6.466,10	R\$ 6.466,10
Enfermeiro para Apoio Domiciliar	30	1	R\$ 3.562,50	R\$ 4.849,58	R\$ 4.849,58
Nutricionista	30	3	R\$ 3.238,64	R\$ 4.408,71	R\$ 13.226,12
Fisioterapeuta	30	6	R\$ 4.318,18	R\$ 5.878,28	R\$ 35.269,66
Biólogo	40	1	R\$ 4.750,00	R\$ 6.466,10	R\$ 6.466,10
Psicólogo	30	3	R\$ 3.238,64	R\$ 4.408,71	R\$ 13.226,12
TOTAL GERAL (PRESTAÇÃO DE SERVIÇO ASSISTÊNCIAL EM FORMATO PJ)					R\$ 998.832,08

ANEXO VI

**ITEM 4 – PROPOSTA FINANCEIRA
COM DESPESAS DE CUSTEIO
E PLANILHA DE
INVESTIMENTO (EQUIPAMENTOS)
CONFORME ANEXO D DO TERMO DE
REFERÊNCIA.**

4. PROPOSTA FINANCEIRA (C4)

A Proposta Financeira do IEC esta apresentada conforme o quadro de Despesas de Custeio e Investimento conforme **Anexo D do Termo de Referência**, apontando o volume de recursos financeiros alocados para cada tipo de despesa ao longo de cada mês de execução do Contrato de Gestão.

Salientamos que nossa proposta contém a relação de equipamentos que serão objeto das Despesas de Investimento, por necessitar de reposição ou incorporação tecnológica, de forma a atender a RDC 07 de 24/02/2010 da ANVISA.

Cabe ressaltar que contemplamos a estrutura prevista nesta proposta, com o detalhamento do volume de recursos financeiros destinados a cada tipo de despesa, respeitando o cronograma de desembolso mensal, o cronograma de implementação e execução das atividades previstas.

O Instituto Elisa de Castro - IEC, utiliza-se desta Proposta Técnica e Financeira para criar a visão do futuro, estruturada em fatores ambientais externos e fatores internos onde definimos os valores, visões e missão da organização neste projeto.

Sendo assim, apresentamos a seguir os valores conforme Planilha Orçamentária:

VALOR DE CUSTEIO MENSAL: R\$ 2.691.581,25 (dois milhões, seiscentos e noventa e um mil, quinhentos e oitenta e um reais e vinte e cinco centavos).

VALOR DE CUSTEIO ANUAL: R\$ 32.298.974,99 (trinta e dois milhões,duzentoa e noventa e oito mil, novecentos e setenta e quatro reais e noventa e nove centavos).

VALOR GLOBAL DE INVESTIMENTO: R\$ 5.025.000,01 (cinco milhões, vinte e cinco mil e um centavo).

VALOR ANUAL DO CONTRATO (custeio anual + investimento ano):

R\$ 33.303.974,99 (trinta e três milhões, trezentos e três mil, novecentos e setenta e quatro reais e noventa e nove centavos).

INSTITUTO ELISA DE CASTRO
PLANILHA ORÇAMENTÁRIA - CUSTO MENSAL E GLOBAL - Pronto Socorro Municipal Drº Jose Seve Neto - PSMJSN

DESCRIÇÃO		VALOR MENSAL	1 ANO	5 ANOS
1. PESSOAL				
1.1	Salários	R\$ 448.245,87	R\$ 5.378.950,44	R\$ 26.894.752,20
1.2	Encargos Mensais	R\$ 164.954,48	R\$ 1.979.453,76	R\$ 9.897.268,81
1.3	Provisionamentos	R\$ 89.272,02	R\$ 1.071.264,24	R\$ 5.356.321,20
1.4	Benefícios	R\$ 24.076,80	R\$ 288.921,60	R\$ 1.444.608,00
1.5	Outras formas de contratação (a especificar)	R\$ 998.832,08	R\$ 11.985.984,95	R\$ 59.929.924,76
1.6	Outras (a especificar)	R\$ -	R\$ -	R\$ -
Total Parcial (1)		R\$ 1.725.381,25	R\$ 20.704.574,99	R\$ 103.522.874,96
2. INSUMOS				
2.1	Materiais médico-hospitalares	R\$ 105.000,00	R\$ 1.260.000,00	R\$ 6.300.000,00
2.2	Medicamentos	R\$ 115.000,00	R\$ 1.380.000,00	R\$ 6.900.000,00
2.3	Gases Medicinais e industriais	R\$ 22.000,00	R\$ 264.000,00	R\$ 1.320.000,00
2.4	Material de limpeza	R\$ 25.000,00	R\$ 300.000,00	R\$ 1.500.000,00
2.5	Material de escritório e consumo	R\$ 4.000,00	R\$ 48.000,00	R\$ 240.000,00
2.6	Outras (a especificar)	R\$ -	R\$ -	R\$ -
Total Parcial (2)		R\$ 271.000,00	R\$ 3.252.000,00	R\$ 16.260.000,00
3. SEGUROS				
3.1	Seguro Predial	R\$ 8.500,00	R\$ 102.000,00	R\$ 510.000,00
3.2	Outros (a especificar)	R\$ -	R\$ -	R\$ -
Total Parcial (3)		R\$ 8.500,00	R\$ 102.000,00	R\$ 510.000,00
4. SERVIÇOS DE APOIO (TERCEIRIZAÇÕES)				
4.1	Despesas com concessionária de energia	R\$ 50.000,00	R\$ 600.000,00	R\$ 3.000.000,00
4.2	Despesas com concessionária de água	R\$ 9.500,00	R\$ 114.000,00	R\$ 570.000,00
4.3	Alimentação para pacientes, funcionários e acompanhantes.	R\$ 76.000,00	R\$ 912.000,00	R\$ 4.560.000,00
4.4	Nutrição Enteral e Parenteral.	R\$ 20.000,00	R\$ 240.000,00	R\$ 1.200.000,00
4.5	Enxoval (reposições)	R\$ 7.000,00	R\$ 84.000,00	R\$ 420.000,00
4.6	Serviços de laboratório de análises clínicas	R\$ 73.000,00	R\$ 876.000,00	R\$ 4.380.000,00
4.7	Serviços de exames por imagem.	R\$ 61.000,00	R\$ 732.000,00	R\$ 3.660.000,00

4.8	Locação de gerador de energia	R\$ 12.000,00	R\$ 144.000,00	R\$ 720.000,00
4.9	Serviços de internet banda larga	R\$ 1.000,00	R\$ 12.000,00	R\$ 60.000,00
4.10	Serviços de lavanderia hospitalar.	R\$ 15.000,00	R\$ 180.000,00	R\$ 900.000,00
4.11	Locação de equipamentos de tecnologia	R\$ 18.000,00	R\$ 216.000,00	R\$ 1.080.000,00
4.12	Locação de equipamentos médicos e de enfermagem	R\$ 30.000,00	R\$ 360.000,00	R\$ 1.800.000,00
4.13	Prontuário Eletrônico	R\$ 11.000,00	R\$ 132.000,00	R\$ 660.000,00
4.14	Manutenção de equipamentos médicos e de enfermagem	R\$ 20.000,00	R\$ 240.000,00	R\$ 1.200.000,00
4.15	Serviços de manutenção predial	R\$ 38.000,00	R\$ 456.000,00	R\$ 2.280.000,00
4.16	Locação de ambulância (Tipo D).	R\$ 37.000,00	R\$ 444.000,00	R\$ 2.220.000,00
4.17	Locação de veículo administrativo	R\$ 3.500,00	R\$ 42.000,00	R\$ 210.000,00
4.18	Combustíveis	R\$ 4.500,00	R\$ 54.000,00	R\$ 270.000,00
4.19	Material Gráfico	R\$ 3.000,00	R\$ 36.000,00	R\$ 180.000,00
4.20	Serviços de telefonia fixa e móvel	R\$ 1.200,00	R\$ 14.400,00	R\$ 72.000,00
4.21	Uniformes (Reposição)	R\$ 1.500,00	R\$ 18.000,00	R\$ 90.000,00
4.22	Manutenção preventiva e corretiva de sistemas de refrigeração	R\$ 11.000,00	R\$ 132.000,00	R\$ 660.000,00
4.23	Serviços de manutenção preventiva e corretiva de equipamentos de segurança e tecnologia	R\$ 4.500,00	R\$ 54.000,00	R\$ 270.000,00
4.24	Serviços de medicina do trabalho	R\$ 8.000,00	R\$ 96.000,00	R\$ 480.000,00
4.25	Educação Continuada	R\$ 12.000,00	R\$ 144.000,00	R\$ 720.000,00
4.26	Serviços de Hemodiálise (A ser implantado)	R\$ 25.000,00	R\$ 300.000,00	R\$ 1.500.000,00
4.27	Serviços de Esterilização	R\$ 14.000,00	R\$ 168.000,00	R\$ 840.000,00
Total Parcial (4)		R\$ 566.700,00	R\$ 6.800.400,00	R\$ 34.002.000,00
5. CUSTO OPERACIONAL				
5.1	Custo Operacional da OS	R\$ 120.000,00	R\$ 1.440.000,00	R\$ 7.200.000,00
Total Parcial (5)		R\$ 120.000,00	R\$ 1.440.000,00	R\$ 7.200.000,00
Total Geral de Custeio (1+2+3+4+5)		R\$ 2.691.581,25	R\$ 32.298.974,99	R\$ 161.494.874,96
6. INVESTIMENTOS				
6.1	Mobiliário e Equipamentos	R\$ 33.750,00	R\$ 405.000,00	R\$ 2.025.000,01
6.2	Reformas, ampliação e manutenção visual	R\$ 50.000,00	R\$ 600.000,00	R\$ 3.000.000,00
6.3	Outros (a especificar)	R\$ -	R\$ -	R\$ -
Total Parcial (6)		R\$ 83.750,00	R\$ 1.005.000,00	R\$ 5.025.000,01
Total Geral das Despesas: Custeio + Investimento => (1+2+3+4+5+6)		R\$ 2.775.331,25	R\$ 33.303.974,99	R\$ 166.519.874,97
Total Geral em 5 anos				R\$ 166.519.874,97

PLANILHA DE RECURSOS HUMANOS (CLT)							
INSTITUTO ELISA DE CASTRO							
Pronto Socorro Municipal Drº Jose Seve Neto - PSMJSN							
CATEGORIA PROFISSIONAL	CH / SEMANA	Quantidade de Profissionais	Salário Base	Insalubridade	Adicional Noturno	Gratificação	Salário Total
Coordenador Técnico	40	1	R\$ 15.000,00	R\$ 282,40	R\$ -	R\$ 1.000,00	R\$ 16.282,40
Coordenação de Enfermagem	40	1	R\$ 8.000,00	R\$ 282,40	R\$ -	R\$ 1.000,00	R\$ 9.282,40
Coordenador Administrativo	40	1	R\$ 8.000,00	R\$ 282,40	R\$ -	R\$ -	R\$ 8.282,40
Controlador de Acesso	40	8	R\$ 1.536,29	R\$ 282,40	R\$ 167,60	R\$ -	R\$ 15.890,32
Assistente Administrativo	40	1	R\$ 2.007,11	R\$ 282,40	R\$ -	R\$ -	R\$ 2.289,51
Almoxarife	40	1	R\$ 2.800,00	R\$ 282,40	R\$ -	R\$ -	R\$ 3.082,40
Auxiliar Administrativo	40	6	R\$ 1.645,80	R\$ 282,40	R\$ 179,54	R\$ -	R\$ 12.646,44
Recepcionista	40	8	R\$ 1.412,00	R\$ 282,40	R\$ 154,04	R\$ -	R\$ 14.787,52
Auxiliar de Farmácia	40	8	R\$ 1.875,86	R\$ 282,40	R\$ 204,64	R\$ -	R\$ 18.903,20
Técnico de Raio X	24	7	R\$ 2.551,98	R\$ 564,80	R\$ 222,72	R\$ -	R\$ 23.376,50
Técnico de Enfermagem - Plantonista	40	52	R\$ 3.325,00	R\$ 282,40	R\$ 362,73	R\$ -	R\$ 206.446,76
Técnico de Enfermagem – CME (12h diurno)	40	2	R\$ 3.325,00	R\$ 282,40	R\$ -	R\$ -	R\$ 7.214,80
Técnico de Enfermagem para Apoio Domiciliar	40	6	R\$ 3.325,00	R\$ 282,40	R\$ -	R\$ -	R\$ 21.644,40
Técnico de Informática	40	2	R\$ 1.993,70	R\$ 282,40	R\$ -	R\$ -	R\$ 4.552,20
Técnico de Laboratório - Diurno	40	4	R\$ 1.993,70	R\$ 282,40	R\$ -	R\$ -	R\$ 9.104,40
Técnico de Laboratório - Noturno	40	2	R\$ 1.993,70	R\$ 282,40	R\$ 217,49	R\$ -	R\$ 4.987,18
Técnico de Segurança do Trabalho	40	1	R\$ 2.800,00	R\$ 282,40	R\$ -	R\$ -	R\$ 3.082,40
Motorista	40	1	R\$ 2.300,00	R\$ 282,40	R\$ -	R\$ -	R\$ 2.582,40
Maqueiro	40	8	R\$ 1.412,00	R\$ 282,40	R\$ 154,04	R\$ -	R\$ 14.787,52

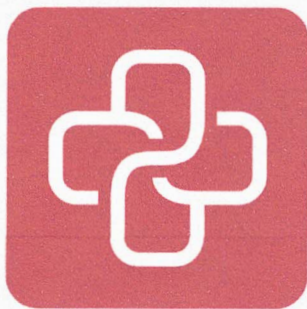


Auxiliar de Serviços Gerais	40	24	R\$	1.587,00	R\$	282,40	R\$	173,13	R\$	-	R\$	49.020,72	
SUBTOTAL		144									R\$	448.245,87	
ENCARGOS E PROVISIONAMENTO													
											%	VALOR	
INSS - Empresa											20,0000%	R\$ 89.649,17	
INSS - Terceiros + FAP											5,8000%	R\$ 25.998,26	
SAT											2,0000%	R\$ 8.964,92	
PIS											1,0000%	R\$ 4.482,46	
FGTS											8,0000%	R\$ 35.859,67	
13º SAL.											8,3300%	R\$ 37.338,88	
Abono de Férias											2,7800%	R\$ 12.461,24	
Férias proporcionais acumuladas em caso de demissão coletiva											1,6667%	R\$ 7.470,76	
Férias integrais com reposição de quadro											0,2700%	R\$ 1.210,26	
Aviso Prévio indenizado											0,4200%	R\$ 1.882,63	
Aviso Prévio (dias extras legais)											0,8333%	R\$ 3.735,38	
13o salário (Lei nº 12.506/11)											0,1390%	R\$ 623,06	
Férias e Abono Constitucional sobre Lei nº 12.506/11											0,1850%	R\$ 829,25	
Multa/FGTS											4,0000%	R\$ 17.929,83	
Encargos Patronais											1,2919%	R\$ 5.790,71	
Outros Encargos & Provisionamento (REPOSIÇÃO PROFISSIONAL)											0,0000%	-	
Total Provisões											19,9159%	R\$ 89.272,02	
Total Encargos											36,8000%	R\$ 164.954,48	
SUBTOTAL (Encargos + Provisões)											56,7159%	R\$ 254.226,50	
BENEFÍCIOS													
VALE TRANSPORTE											22	R\$ 9,50	R\$ 24.076,80
SUBTOTAL													R\$ 24.076,80
TOTAL GERAL (SALARIOS + ENCARGOS + PROVISÃO + BENEFÍCIOS)													R\$ 726.549,17

PLANILHA DE RECURSOS HUMANOS - PESSOA JURÍDICA (PJ)					
INSTITUTO ELISA DE CASTRO					
Pronto Socorro Municipal Drº Jose Seve Neto - PSMJSN					
CATEGORIA PROFISSIONAL	CH / SEMANA	Quantidade de Profissionais	Salário Base	Custo Por Profissional	Custo Total
Médico Clínico - Dia de Semana	24	25	R\$ 11.000,00	R\$ 14.974,14	R\$ 374.353,39
Médico Clínico - Dia de Semana	12	5	R\$ 5.500,00	R\$ 7.487,07	R\$ 37.435,34
Médico Clínico - Final de Semana	24	10	R\$ 12.000,00	R\$ 16.335,42	R\$ 163.354,21
Médico Clínico - Final de Semana	12	2	R\$ 6.000,00	R\$ 8.167,71	R\$ 16.335,42
Médico Ortopedista - Dia de Semana	12	5	R\$ 5.500,00	R\$ 7.487,07	R\$ 37.435,34
Médico Ortopedista - Final de Semana	12	2	R\$ 6.000,00	R\$ 8.167,71	R\$ 16.335,42
Médico Especialista - Sobreaviso	24	7	R\$ 4.200,00	R\$ 5.717,40	R\$ 40.021,78
Médico Rotina - Semana*	6	10	R\$ 3.000,00	R\$ 4.083,86	R\$ 40.838,55
Médico Rotina - Final de Semana*	6	4	R\$ 3.800,00	R\$ 5.172,88	R\$ 20.691,53
Assistente Social	30	3	R\$ 3.238,64	R\$ 4.408,71	R\$ 13.226,12
Farmacêutico	30	6	R\$ 4.318,18	R\$ 5.878,28	R\$ 35.269,66
Enfermeiro Plantonista	40	20	R\$ 4.318,18	R\$ 5.878,28	R\$ 117.565,53
Enfermeiro CCIH	40	1	R\$ 4.750,00	R\$ 6.466,10	R\$ 6.466,10
Enfermeiro Diarista	40	1	R\$ 4.750,00	R\$ 6.466,10	R\$ 6.466,10
Enfermeiro para Apoio Domiciliar	30	1	R\$ 3.562,50	R\$ 4.849,58	R\$ 4.849,58
Nutricionista	30	3	R\$ 3.238,64	R\$ 4.408,71	R\$ 13.226,12
Fisioterapeuta	30	6	R\$ 4.318,18	R\$ 5.878,28	R\$ 35.269,66
Biólogo	40	1	R\$ 4.750,00	R\$ 6.466,10	R\$ 6.466,10
Psicólogo	30	3	R\$ 3.238,64	R\$ 4.408,71	R\$ 13.226,12
TOTAL GERAL (PRESTAÇÃO DE SERVIÇO ASSISTÊNCIAL EM FORMATO PJ)					R\$ 998.832,08

Finalizamos esta Proposta Técnica e Financeira com a convicção de que a **GESTÃO, GERENCIAMENTO E EXECUÇÃO DE AÇÕES E SERVIÇOS NAS UNIDADES DE SAÚDE: no PRONTO SOCORRO MUNICIPAL DR. JOSÉ SEVE NETO** serão executados com excelência pelo Instituto Elisa de Castro - IEC.

Rio de Janeiro, 24 de maio de 2024.



Instituto Elisa de Castro

CNPJ: 05.624.609/0001-55

RCPJ: 201635

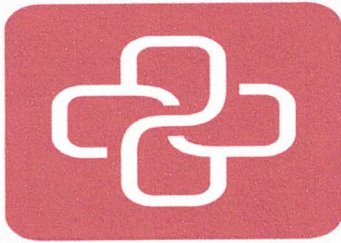
EDITAL DE CONVOCAÇÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

O Presidente do Instituto Elisa de Castro, no uso das suas atribuições que lhe confere o Estatuto, convoca todos os membros associados do Conselho de Administração, no dia 23 de maio de 2024, no endereço situado à Avenida Embaixador Abelardo Bueno, nº 3.180 – Salas 701 a 710 – Jacarepaguá – Rio de Janeiro – RJ – CEP: 22.775-040, conforme aviso afixado na sede, às 09:30 horas em primeira convocação, com metade mais um dos associados e às 10:00 horas, em segunda e última convocação, com qualquer número de associados, para deliberarem sobre as seguintes ordens do dia:

1ª - Aprovação da participação do Instituto Elisa de Castro no Edital de Chamamento Público 03/2024, a ser realizado pela Secretaria Municipal de Licitações Contratos e Convênios, a interesse da Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Pedro da Aldeia, e aprovação expressa das Propostas técnica e de preço do referido edital;

Rio de Janeiro, 15 de maio de 2024.


José Antônio Guimarães Cunha
Presidente



Instituto Elisa de Castro

ATA DA REUNIÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

CNPJ: 05.624.609/0001-55

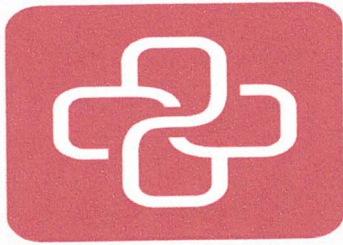
Matrícula RCPJ: 201635

Aos 23 dias do mês de maio de dois mil e vinte e quatro (23/05/2024), o Presidente, bem como os associados Membros do Conselho de Administração do Instituto Elisa de Castro, instituto sem fins lucrativos, inscrito no CNPJ sob o nº 05.624.609/0001-55, com sede na Avenida Embaixador Abelardo Bueno, nº 3.180 – Salas 701 a 710 – Jacarepaguá – Rio de Janeiro – RJ – CEP: 22.775-040, reuniram-se, às 10hs, em segunda e última convocação, em Reunião do Conselho de Administração, cumprindo o Edital de Convocação, fixado no quadro de aviso, na sede do Instituto. Foi aberta a Reunião com a seguinte ordem do dia: 1º - Aprovação da participação do Instituto Elisa de Castro no Edital de Chamamento Público 03/2024, a ser realizado pela Secretaria Municipal de Licitações Contratos e Convênios, a interesse da Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Pedro da Aldeia, e aprovação expressa das Propostas técnica e de preço do referido edital. Estavam presentes na reunião os associados: José Antônio Guimarães Cunha, Ana Cristina dos Santos Silva, Adriano de Sena Moraes, Wesley Xavier da Silva, Leandro Marques Nobrega, que participou de forma remota e Leonardo Alves de Barros Paz, que participou de forma remota. Tendo um total de 6 (seis) associados presentes e, portanto, quórum necessário para realização da reunião. Foi instalada a sessão pelo Presidente, José Antônio Guimarães Cunha, que convidou a mim, Ana Cristina dos Santos Silva, para secretariar e lavrar a presente Ata, o que foi de pronto aceito. Constituída a mesa, o Senhor Presidente determinou que fosse feita a leitura do Edital de Convocação e a recontagem dos membros presentes, examinando a situação de cada um com direito a voto. A seguir, o Presidente retomou a palavra, saudou

Avenida Embaixador Abelardo Bueno, nº 3.180 – Salas 701 a 710 – Jacarepaguá – Rio de Janeiro – RJ – CEP: 22.775-040

www.institutoelisadecastro.org

CNPJ: 05.624.609/0001-77



Instituto Elisa de Castro

a todos, agradeceu a presença. Dando início aos trabalhos, leu o 1º item – **Aprovação da participação do Instituto Elisa de Castro no Edital de Chamamento Público 03/2024, a ser realizado pela Secretaria Municipal de Licitações Contratos e Convênios, a interesse da Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Pedro da Aldeia, e aprovação expressa das Propostas técnica e de preço do referido edital** - Foi exposto pelo Presidente a intenção de participação do Edital de Chamamento Público 03/2024, a ser realizado pela Secretaria Municipal de Licitações Contratos e Convênios, a interesse da Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Pedro da Aldeia, cujo objeto é a Seleção da melhor Proposta Técnica e Financeira para a assinatura de CONTRATO DE GESTÃO com Entidade de direito privado sem fins lucrativos, qualificada como Organização Social da área da Saúde, no âmbito do Município de São Pedro da Aldeia, para a operacionalização dos serviços de saúde no Pronto Socorro Municipal Dr. Jose Seve Neto - PSMJSN. Ao final foi posto em votação e aprovado por unanimidade pelos associados presentes, tanto a participação, tal como as Propostas técnica e Financeira a serem apresentadas no referido certame, não havendo nada mais a ser tratado, foram encerrados os trabalhos. Eu, Ana Cristina dos Santos Silva, secretária da Reunião, lavrei a presente Ata, que vai por mim assinada, conjuntamente com o Presidente da Reunião, José Antônio Guimarães Cunha. Rio de Janeiro, 23 de maio de 2024.

José Antônio Guimarães Cunha

Presidente

Ana Cristina dos Santos Silva
Ana Cristina dos Santos Silva

Secretaria da Reunião

Avenida Embaixador Abelardo Bueno, nº 3.180 – Salas 701 a 710 – Jacarepaguá – Rio de Janeiro – RJ – CEP: 22.775-040

www.institutoelisadecastro.org

CNPJ: 05.624.609/0001-77

De: Leonardo Paz <leonardotstpaz@hotmail.com>
Enviado em: quinta-feira, 23 de maio de 2024 14:01
Para: juridico@institutoelisadecastro.org
Assunto: Reunião do Conselho de Administração

Prezados, boa tarde!

Eu Leonardo Alves Paz, membro do Conselho de Administração do Instituto Elisa de Castro, venho através deste ratificar a minha participação de forma remota na Reunião do Conselho de Administração realizada em 23/05/2024 na sede do Instituto Elisa de Castro.

Desta forma, segue o meu voto relativo ao item posto em votação na Reunião do Conselho de Administração realizada na data de 23/05/2024:

Manifesto meu voto no sentido de aprovar o item posto em votação na reunião, qual seja:

1ª - Aprovação da participação do Instituto Elisa de Castro no Edital de Chamamento Público 03/2024, a ser realizado pela Secretaria Municipal de Licitações Contratos e Convênios, a interesse da Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Pedro da Aldeia, e aprovação expressa das Propostas técnica e de preço do referido edital;

Att,
Leonardo Alves Paz
Conselheiro do Instituto Elisa de Castro



De: Leandro Marques Nóbrega <lmnobrega@gmail.com>
Enviado em: quinta-feira, 23 de maio de 2024 15:12
Para: juridico@institutoelisadecastro.org
Assunto: Reunião do dia 23/05/2024.

Prezados, boa tarde!

Eu, Leandro Marques Nóbrega, membro do Conselho de Administração do Instituto Elisa de Castro, venho através deste ratificar a minha participação de forma remota na Reunião do Conselho de Administração realizada em 23/05/2024 na sede do Instituto Elisa de Castro.

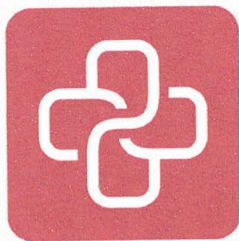
Desta forma, segue o meu voto relativo ao item posto em votação na Reunião do Conselho de Administração realizada na data de 23/05/2024:

Manifesto meu voto no sentido de aprovar o item posto em votação na reunião, qual seja:

1ª - Aprovação da participação do Instituto Elisa de Castro no Edital de Chamamento Público 03/2024, a ser realizado pela Secretaria Municipal de Licitações Contratos e Convênios, a interesse da Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Pedro da Aldeia, e aprovação expressa das Propostas técnica e de preço do referido edital.

Att,
Leandro Marques Nóbrega
Conselheiro do Instituto Elisa de Castro

Enviado pelo meu iPhone



Instituto Elisa de Castro

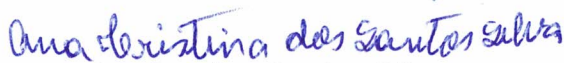
CNPJ: 05.624.609/0001-55

Lista de Presença na Reunião do Conselho de Administração

Estiveram presentes a Reunião do Conselho de Administração de vinte e três de maio de dois mil e vinte e quatro (23/05/2024) que se realizou na sede, situada à Avenida Embaixador Abelardo Bueno, nº 3.180 – Salas 701 a 710 – Jacarepaguá – Rio de Janeiro – RJ – CEP: 22.775-040, às 10:00 horas, cumprindo o edital de convocação, fixado no quadro de aviso na sede do Instituto, em segunda e última convocação. Foi aberta a Reunião do Conselho de Administração do Instituto Elisa de Castro, inscrito no CNPJ sob o nº 05.624.609/0001-55, em sua sede localizada à Avenida Embaixador Abelardo Bueno, nº 3.180 – Salas 701 a 710 – Jacarepaguá – Rio de Janeiro – RJ – CEP: 22.775-040, os seguintes associados: Ana Cristina dos Santos Silva, Adriano de Sena Moraes, Wesley Xavier da Silva, Leandro Marques Nobrega que participou de forma remota, Leonardo Alves de Barros Paz que participou de forma remota., tendo portanto, quórum suficiente para a instalação da reunião do Conselho de Administração.

Rio de Janeiro, 23 de maio de 2024.


José Antônio Guimarães Cunha
Presidente



Ana Cristina dos Santos Silva

Leandro Marques Nobrega



Wesley Xavier da Silva

Leonardo Alves de Barros Paz



Adriano de Sena Moraes

Avenida Embaixador Abelardo Bueno, nº 3.180 – Salas 701 a 710 – Jacarepaguá – Rio de Janeiro – RJ – CEP: 22.775-040

www.institutoelisadecastro.org

CNPJ: 05.624.609/0001-77

3. QUALIFICAÇÃO TÉCNICA DA OS E/OU DA EQUIPE TÉCNICA. (C3)

A. CERTIFICAR COMPROVAÇÃO, ATRAVÉS DA DOCUMENTAÇÃO LEGAL, DE QUE A ORGANIZAÇÃO SOCIAL POSSUI NO SEU QUADRO DIRETIVO FUNCIONAL, RESPONSÁVEL TÉCNICO DA ÁREA DA SAÚDE, DETENTOR DE ATESTADO(S) EMITIDO(S) POR PESSOA(S) JURÍDICA(S) DE DIREITO PÚBLICO/PRIVADO REGISTRADO(S) NO CONSELHO PROFISSIONAL COMPETENTE, QUE COMPROVE(M) TER REALIZADO OU PARTICIPADO DA ADMINISTRAÇÃO E GERENCIAMENTO, POR NO MÍNIMO 06 (SEIS) MESES EM UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA/PRIVADA.

O Instituto Elisa de Castro – IEC apresentará as documentações comprobatórias desse item no **ANEXO IV (A) – RESPONSÁVEL TÉCNICO DA ÁREA DA SAÚDE.**

B. CERTIFICAR COMPROVAÇÃO, ATRAVÉS DE DOCUMENTAÇÃO LEGAL, DE QUE A ORGANIZAÇÃO SOCIAL E/OU CORPO DIRIGENTE, POSSUI ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA EMITIDO POR PESSOA JURÍDICA DE DIREITO PÚBLICO/PRIVADO.

O Instituto Elisa de Castro – IEC apresentará as documentações comprobatórias desse item no **ANEXO IV (B) – ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL OU CORPO DIRIGENTE.**

C. CERTIFICAR COMPROVAÇÃO, ATRAVÉS DE CURRÍCULUM VITAE E DOCUMENTAÇÃO COMPROBATÓRIA, DE QUE A ORGANIZAÇÃO SOCIAL POSSUI EM SEU QUADRO DIRETIVO FUNCIONAL E/OU DE CONSULTORES CONTRATADOS, PROFISSIONAIS DE EXPERIÊNCIA COMPROVADA, MÍNIMA DE 02 (DOIS) ANOS EM GESTÃO DE SAÚDE NO ÂMBITO MUNICIPAL, ESTADUAL E/OU FEDERAL QUE COMPROVE(M) TER REALIZADO OU PARTICIPADO DA ADMINISTRAÇÃO E GERENCIAMENTO DE UNIDADE DE SAÚDE EQUIVALENTES OU SEMELHANTES AO OBJETO DA PRESENTE SELEÇÃO.

O Instituto Elisa de Castro – IEC apresentará as documentações comprobatórias desse item no **ANEXO IV (C) – DOCUMENTAÇÃO COMPROBATÓRIA DE QUE POSSUI EM SEU QUADRO DIRETIVO FUNCIONAL CONSULTORES CONTRATADOS, COM EXPERIÊNCIA MÍNIMA DE 2 ANOS EM GESTÃO MUNICIPAL.**

D. CERTIFICAR COMPROVAÇÃO, ATRAVÉS DE CURRÍCULUM VITAE E DOCUMENTAÇÃO COMPROBATÓRIA, POSSUIR, EM SEU QUADRO DIRETIVO FUNCIONAL E/OU CONSULTORES CONTRATADOS, 02 (DOIS) PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR DA ÁREA DA SAÚDE COM ESPECIALIZAÇÃO EM QUALQUER ÁREA DA GESTÃO EM SAÚDE (SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA, ATENÇÃO BÁSICA OU URGÊNCIA E EMERGÊNCIA), CUJA CERTIFICAÇÃO ESTEJA DEVIDAMENTE REGISTRADA NO MINISTÉRIO COMPETENTE.

O Instituto Elisa de Castro – IEC apresentará as documentações comprobatórias desse item no **ANEXO IV (D) – DOCUMENTAÇÃO COMPROBATÓRIA DE QUE POSSUI EM SEU QUADRO DIRETIVO FUNCIONAL 02 (DOIS) PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR DA ÁREA DA SAÚDE COM ESPECIALIZAÇÃO EM QUALQUER ÁREA DA GESTÃO EM SAÚDE.**

ANEXOS:

ANEXOS DO CRITÉRIO 1 – C1:

ANEXO I – PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS – ITEM C1. B.

ANEXO II – REGULAMENTO DE COMPRAS E CONTRATAÇÃO DE OBRAS E SERVIÇOS DO IEC – ITEM C1. F.

ANEXO III – REGULAMENTO DE SELEÇÃO E CONTRATAÇÃO DE PESSOAL DO IEC – ITEM C1. G.

ANEXO V – DIMENSIONAMENTO DE RECURSOS HUMANOS ESTIMADOS, COM O PREENCHIMENTO DO QUADRO ABAIXO, CONFORME O TERMO DE REFERÊNCIA – ITEM C1.H.

ANEXOS DO CRITÉRIO 3 – C3:

ANEXO IV– CERTIFICAR COMPROVAÇÃO, ATRAVÉS DA DOCUMENTAÇÃO LEGAL, DE QUE A ORGANIZAÇÃO SOCIAL POSSUI NO SEU QUADRO DIRETIVO FUNCIONAL, RESPONSÁVEL TÉCNICO DA ÁREA DA SAÚDE, DETENTOR DE ATESTADO(S) EMITIDO(S) POR PESSOA(S) JURÍDICA(S) DE DIREITO PÚBLICO/PRIVADO REGISTRADO(S) NO CONSELHO PROFISSIONAL COMPETENTE, QUE COMPROVE(M) TER REALIZADO OU PARTICIPADO DA ADMINISTRAÇÃO E GERENCIAMENTO, POR NO MÍNIMO 06 (SEIS) MESES EM UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA/PRIVADA.

ANEXO IV– CERTIFICAR COMPROVAÇÃO, ATRAVÉS DE DOCUMENTAÇÃO LEGAL, DE QUE A ORGANIZAÇÃO SOCIAL E/OU CORPO DIRIGENTE, POSSUI ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA EMITIDO POR PESSOA JURÍDICA DE DIREITO PÚBLICO/PRIVADO.

ANEXO IV– CERTIFICAR COMPROVAÇÃO, ATRAVÉS DE CURRÍCULUM VITAE E DOCUMENTAÇÃO COMPROBATÓRIA, DE QUE A ORGANIZAÇÃO SOCIAL POSSUI EM SEU QUADRO DIRETIVO FUNCIONAL E/OU DE CONSULTORES CONTRATADOS, PROFISSIONAIS DE EXPERIÊNCIA COMPROVADA, MÍNIMA DE 02 (DOIS) ANOS EM GESTÃO DE SAÚDE NO ÂMBITO MUNICIPAL, ESTADUAL E/OU FEDERAL QUE COMPROVE(M) TER REALIZADO OU PARTICIPADO DA ADMINISTRAÇÃO E

GERENCIAMENTO DE UNIDADE DE SAÚDE EQUIVALENTES OU SEMELHANTES AO OBJETO DA PRESENTE SELEÇÃO.

ANEXO IV - CERTIFICAR COMPROVAÇÃO, ATRAVÉS DE CURRÍCULUM VITAE E DOCUMENTAÇÃO COMPROBATÓRIA, POSSUIR, EM SEU QUADRO DIRETIVO FUNCIONAL E/OU CONSULTORES CONTRATADOS, 02 (DOIS) PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR DA ÁREA DA SAÚDE COM ESPECIALIZAÇÃO EM QUALQUER ÁREA DA GESTÃO EM SAÚDE (SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA, ATENÇÃO BÁSICA OU URGÊNCIA E EMERGÊNCIA), CUJA CERTIFICAÇÃO ESTEJA DEVIDAMENTE REGISTRADA NO MINISTÉRIO COMPETENTE.

ANEXOS DA PROPOSTA FINANCEIRA – ITEM 4:

ANEXO VI – PLANILHAS QUE COMPÕEM A PROPOSTA ECONÔMICA DO IEC.

ATA DE APROVAÇÃO DO PLANO DE TRABALHO PELO CONSELHO DE ADMINSTRAÇÃO DO IEC.

MATRIZ DE PONTUAÇÃO DA PROPOSTA TÉCNICA E FINANCEIRA DO IEC:

MATRIZ DE PONTUAÇÃO DE SÃO PEDRO DA ALDEIA DO IEC							LOCALIZAÇÃO DA PÁGINAS NO PROJETO DO IEC
ITEM	CRITÉRIO	AValiação e Julgamento	VALOR ITEM	VALOR MAX.	IEC		
1	Proposta de Modelo Gerencial/Assistencial	Organograma	3	30	3	30	A PARTIR DA PÁG. 21
		Protocolos e Organização de Atividades Assistenciais	5		5		A PARTIR DA PÁG. 45 E ANEXO I
		Protocolos e Organização do Serviço de Farmácia	3		3		A PARTIR DA PÁG. 139
		Atividades de Apoio	3		3		A PARTIR DA PÁG. 188
		Atividades Administrativas e Financeiras	3		3		A PARTIR DA PÁG. 247
		Apresentação de regulamento próprio contendo os procedimentos que adotará para a contratação de serviços e obras necessários à execução do Contrato de Gestão, bem como para compras com emprego de recursos provenientes do Poder Público	4		4		ANEXO II
		Apresentação da política de gestão de pessoas a ser praticada, inclusive com os critérios que serão utilizados para a seleção de pessoal	4		4		A PARTIR DA PÁG. 281 E ANEXO III
		Apresentação do dimensionamento de recursos humanos estimados	5		5		ANEXO V
2	Proposta de Atividades Voltadas à Qualidade do Serviço	Proposta de funcionamento das Comissões Técnicas que implantará nas Unidades	2	30	2	30	A PARTIR DA PÁG. 430



		Organização do Serviço de Arquivo de Prontuários do Usuário	3		3		A PARTIR DA PÁG. 507
		Monitoramento de indicadores de desempenho de qualidade e de produtividade	4		4		A PARTIR DA PÁG. 513
		Sistemáticas de aplicação de ações corretivas de desempenho a partir do monitoramento acima	4		4		A PARTIR DA PÁG. 542
		Proposta de serviço de atendimento ao usuário e pesquisa de satisfação	4		4		A PARTIR DA PÁG. 583
		Proposta de Educação Permanente	3		3		A PARTIR DA PÁG. 615
		Sustentabilidade ambiental quanto ao descarte de resíduos	3		3		A PARTIR DA PÁG. 629
		Sistemática de monitoramento e garantia da qualidade da informação	4		4		A PARTIR DA PÁG. 662
		Outras iniciativas e programas de qualidade implantados ou em desenvolvimento pela Organização Social	3		3		A PARTIR DA PÁG. 729
3	Qualificação Técnica da Organização Social e/ou da Equipe Técnica	Certificar comprovação, através da documentação legal, de que a Organização Social possui no seu quadro diretivo funcional, Responsável Técnico da área da saúde, detentor de atestado(s) emitido(s) por pessoa(s) jurídica(s) de direito público/privado registrado(s) no Conselho Profissional competente, que comprove(m) ter realizado ou participado da administração e	10	40	10	40	ANEXO IV



	gerenciamento, por no mínimo 06 (seis) meses em Unidade de Saúde Pública/privada.				
	Certificar comprovação, através de documentação legal, de que a organização social e/ou corpo dirigente, possui atestado de Capacidade Técnica emitido por Pessoa Jurídica de direito público/privado.	10		10	ANEXO IV
	Certificar comprovação, através de Curriculum Vitae e documentação comprobatória, de que a Organização Social possui em seu quadro diretivo funcional e/ou de consultores contratados, profissionais de experiência comprovada, mínima de 02 (dois) anos em Gestão de Saúde no âmbito municipal, estadual e/ou federal que comprove(m) ter realizado ou participado da administração e gerenciamento de Unidade de Saúde equivalentes ou semelhantes ao objeto da presente seleção.	10		10	ANEXO IV
	Certificar comprovação, através de Curriculum Vitae e documentação	10		10	ANEXO IV

	comprobatória, possuir, em seu quadro diretivo funcional e/ou consultores contratados, 02 (dois) profissionais de nível superior da área da saúde com especialização em qualquer área da Gestão em Saúde (Serviços de Saúde Pública, Atenção Básica ou Urgência e Emergência), cuja certificação esteja devidamente registrada no Ministério competente.			
PONTUAÇÃO TOTAL		100	100	100

Cabe ressaltar que contemplamos a estrutura prevista nesta proposta, com o detalhamento do volume de recursos financeiros destinados a cada tipo de despesa, respeitando o cronograma de desembolso mensal, o cronograma de implementação e execução das atividades previstas.

O Instituto Elisa de Castro - IEC, utiliza-se desta Proposta Técnica e Financeira para criar a visão do futuro, estruturada em fatores ambientais externos e fatores internos onde definimos os valores, visões e missão da organização neste projeto.

As ações definidas neste Plano de Trabalho serão colocadas em prática nas unidades de saúde do município de Seropédica após assinatura do contrato de gestão.

É importante ressaltar que as ações serão atualizadas e revistas se necessário, continuamente a fim de que a resolutividade assistencial, o alcance de metas e objetivos do convênio sejam atingidas, respeitando todas as premissas contratuais bem como a cogestão firmada.

Finalizamos esta Proposta Técnica e Financeira com a convicção de que a GESTÃO COMPARTILHADA PARA O GERENCIAMENTO E OPERACIONALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO PRONTO SOCORRO MUNICIPAL DR. JOSÉ SEVE NETO - PSMJSN, será executada com excelência pelo Instituto Elisa de Castro - IEC.

Validade da Proposta de 120 (cento e vinte) dias após recebimento da mesma.



Anexo IV

(C3) Qualificação Técnica da Organização Social e/ou da equipe Técnica

3. Qualificação Técnica da Organização Social e/ou da equipe técnica (C3)

e) Comprovação, através da documentação legal, de que a Organização Social possui no seu quadro diretivo funcional, Responsável Técnico da área da saúde, detentor de atestado(s) emitido(s) por pessoa(s) jurídica(s) de direito público ou privado registrado(s) no Conselho Profissional competente, que comprove(m) ter realizado ou participado da administração e gerenciamento, por no mínimo 06 (seis) meses em Unidade de Saúde Pública ou Privada.

PROFISSIONAIS:

- **ROQUE ANDERSON GUIMARÃES LOPES (RT Médico) PÁGINA 1283**
- **ISIS REGINA UNFER PEREIRA (RT Enfermeira CCIH) PÁGINA 1310**

f) Comprovação, através de documentação legal, de que a organização social e/ou corpo dirigente, possui atestado de Capacidade Técnica emitido por Pessoa Jurídica de direito público/privado.

- **ATESTADOS E CONTRATOS DA Organização Social..... PÁGINA 1385**

g) Comprovação, através de Curriculum Vitae e documentação comprobatória, de que a Organização Social possui em seu quadro diretivo funcional e/ou de consultores contratados, profissionais de experiência comprovada, mínima de 02 (dois) anos em Gestão de Saúde no âmbito municipal, estadual e/ou federal que comprove(m) ter realizado ou participado da administração e gerenciamento de Unidade de Saúde equivalentes ou semelhantes ao objeto da presente seleção.

PROFISSIONAIS:

- **ROQUE ANDERSON GUIMARÃES LOPES (RT Médico)PÁGINA 1383**
- **ISIS REGINA UNFER PEREIRA (Enfermeira CCIH e Mestre)PÁGINA 1310**

h) Comprovação, através de Curriculum Vitae e documentação comprobatória, possuir, em seu quadro diretivo funcional e/ou consultores contratados, pelo menos 02 (dois) profissionais de nível superior da área da saúde com especialização em qualquer área da Gestão em Saúde (Serviços de Saúde Pública, Atenção Básica ou Urgência e Emergência), cuja certificação esteja devidamente registrada no Ministério competente.

PROFISSIONAIS:

- **ISIS REGINA UNFER PEREIRA (RT Enfermeira - MBA GESTÃO DE SAÚDE E CCIH) PÁGINA 1310**
- **GRAZIELE DA COSTA SILVA (Enfermeira - MBA GESTÃO DE SAÚDE E CCIH)PÁGINA 1375**
- **DEISE DOS SANTOS (Farmacêutica - MBA GESTÃO DA SAÚDE E ADM. HOSPITALAR) PÁGINA 1350**

3. Qualificação Técnica da Organização Social e/ou da equipe técnica (C3)

comprovação do atendimento aos itens: e – g

**ROQUE ANDERSON GUIMARÃES LOPES
(RT Médico)**



Roque Anderson Guimaraes Lopes

Endereço para acessar este CV: <https://lattes.cnpq.br/1079213716822003>

Última atualização do currículo em 15/08/2023

Resumo informado pelo autor

Médico e Executivo em Saúde, com atuação em Gestão de Serviços e Sistemas de Saúde, com experiência nos Setores Público, Privado e Terceiro Setor. Graduado pela Universidade de Valença - UNIFAA, MBA em Gestão, Inovação e Serviços em Saúde - PUCRS. Possui vasta experiência em gestão pública de saúde, coordenação de serviços médicos, gestão de pessoas, gerenciamento e implantação de projetos estratégicos da saúde, desenvolvimento de lideranças e gestão da qualidade com foco na segurança do paciente. Atualmente é coordenador médico - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE ITAGUAÍ, diretor médico do Instituto Elisa de Castro e gerente médico do HOSPITAL ESTADUAL ADÃO PEREIRA NUNES.

(Texto informado pelo autor)

Nome civil

Nome Roque Anderson Guimaraes Lopes

Dados pessoais

Filiação Jose Antônio cunha Lopes e Elma Rodrigues Guimaraes

Nascimento 27/07/1984 - Brasil

Carteira de Identidade 205219595 ssp - RJ - 30/03/2007

CPF 110.624.617-97

Endereço residencial Avenida Embaixador Abelardo Bueno - de 1502 ao fim - lado par
Barra da Tijuca - Rio de Janeiro
22775040, RJ - Brasil
Telefone: 21 993983427
Celular 21 993983427

Endereço eletrônico E-mail para contato : roqueanderson28@gmail.com

Formação acadêmica/titulação

2023 Especialização em MBA em Gestão, Inovação e Serviços de Saúde.
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, PUCRS, Porto Alegre, Brasil

2013 - 2019 Graduação em Medicina.
Centro Universitário de Valença - UNIFAA, UNIFAA, Valença, Brasil, Ano de obtenção: 2019
Orientador: NAO TEM

Atuação profissional

1. CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS - CEPP

Vínculo institucional

2020 - 2021 Vínculo: Pessoa Jurídica , Enquadramento funcional: Coordenador Médico , Carga horária: 20, Regime: Parcial
Outras informações:
Responsável Técnico Médico pela UPA 24H de Itaguaí, responsável por gerir toda equipe de médica da unidade, bem como por todos os fluxos e rotinas do serviço de urgência e emergência clínica e pediátrica, executando mais de 10 mil atendimentos mês.

2. HOSPITAL ESTADUAL ADÃO PEREIRA NUNES - HEAPN

Vínculo institucional

2022 - Atual Vínculo: Pessoa Jurídica , Enquadramento funcional: Gerente Médico , Carga horária: 20, Regime: Parcial
Outras informações:
Gerente Médico do Hospital Estadual Adão Pereira Nunes, responsável por toda equipe médica da unidade e pela gestão dos 240 leitos, sendo: leitos clínicos e cirúrgico adulto, pediátrico; Unidade de Terapia Intensiva, obstétrico e neonatal

3. Instituto Elisa de Castro - IEC

**Vínculo
institucional**

2021 - Atual Vínculo: Pessoa Jurídica , Enquadramento funcional: Diretor Médico , Carga horária: 20, Regime: Parcial
Outras informações:
Responsável Técnico médico pelas unidades geridas pela instituição, elaboração das linhas de cuidados dos projetos, gerenciamento técnico de todo o corpo clínico da instituição, bem como por todos os fluxos e rotinas dos serviços

4. UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE ITAGUAÍ - UPA ITAGUAÍ

**Vínculo
institucional**

2021 - Atual Vínculo: Pessoa Jurídica , Enquadramento funcional: Coordenador Médico , Carga horária: 20, Regime: Parcial
Outras informações:
Responsável Técnico Médico pela UPA 24H de Itaguaí, responsável por gerir toda equipe de médica da unidade, bem como por todos os fluxos e rotinas do serviço de urgência e emergência clínica e pediátrica, executando mais de 10 mil atendimentos mês.

5. VITAE - VITAE

**Vínculo
institucional**

2022 - 2023 Vínculo: Pessoa Jurídica , Enquadramento funcional: Diretor Médico , Carga horária: 20, Regime: Parcial
Outras informações:
Responsável técnico médico pelas unidades geridas pela instituição.

6. MEDPLUS - MEDPLUS

**Vínculo
institucional**

2022 - Atual Vínculo: Pessoa Jurídica , Enquadramento funcional: Gerente Médico , Carga horária: 20, Regime: Parcial
Outras informações:
Responsável médico da MEDPLUS, gerencia a equipe médica contratada e na tomada de decisões da empresa e do seu corpo clínico, elabora os protocolos, fluxos e as rotinas dos projetos geridos pela empresa.

Áreas de atuação

1. Medicina

Página gerada pelo sistema Currículo Lattes em 15/08/2023 às 08:36:49.

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Contrato que entre si celebram a **INSTITUTO ELISA DE CASTRO**, associação civil sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 05.624.609/0001-55, situado na Ayrton Senna, 2.500 – Bloco I – Salas 314 a 322 – Barra da Tijuca – Rio de Janeiro – RJ – CEP: 22.775-003, neste ato, representado pelo seu Presidente **Ronaldo José dos Passos**, Brasileiro, casado, advogado, natural do Rio de Janeiro, portador da CNH nº 276927326, inscrito no CPF sob o número 447.685.247-53, doravante denominada **CONTRATANTE** e de outro lado, a **ROQUE ANDERSON GUIMARÃES LOPES**, brasileiro, médico, solteiro, nascido em 27/07/1984, portador da carteira de identidade 52-0114768-4/RJ, expedida pelo Conselho Regional de Medicina, inscrito no CPF sob o número 110.624.617-97, residente e domiciliado na Rua Mário Agostinelli, nº 105 – Bloco 02 – Apto. 2023 – Jacarepaguá – Rio de Janeiro – RJ – CEP: 22.775-046, doravante denominado **CONTRATADO**, têm entre si, justo e acordado, o presente contrato de prestação de serviços, que se regerá pelas cláusulas, condições e termos descritos no presente.

DO OBJETO

CLÁUSULA 1ª. O presente contrato formaliza e disciplina a prestação de serviços entre as partes, tendo por objeto a prestação de serviços como responsável pela assistência médica, coordenação e supervisão dos serviços médicos no Instituto (Responsável Técnico), exercida pelo *Dr. Roque Anderson Guimarães Lopes*, portador do CPF Nº 110.624.617-97 e do CRM/RJ : 52.0114768-4/RJ para a **CONTRATANTE**.

DO PRAZO

CLÁUSULA 2ª. O prazo de duração deste contrato será de 12 (doze) meses, tendo início em 03 de maio de 2023 a 02 de maio de 2024. Decorrido referido prazo e sem que haja manifestação das partes opondo-se a sua continuidade, o mesmo será automaticamente renovado por prazo indeterminado, podendo ser rescindido a qualquer momento pelas partes, mediante envio de notificação com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.



DA FORMA DE PRESTAÇÃO DO SERVIÇO

CLÁUSULA 3ª. O **CONTRATADO** deverá, durante a vigência deste contrato, atender as solicitações de serviços da **CONTRATANTE** que estejam inseridas no Objeto do presente Contrato, relativamente às regras que lhes forem apresentadas.

Parágrafo 1º. Poderá o **CONTRATADO**, se assim lhe for conveniente, prestar os serviços ora pactuados na sede da **CONTRATANTE**, onde poderá utilizar-se da infraestrutura existente no local.

Parágrafo 2º. Caso o **CONTRATADO** opte pela utilização da infraestrutura da **CONTRATANTE**, está desobrigada a cumprir qualquer tipo de carga horária mínima ou máxima, obrigando-se unicamente com realização satisfatória do serviço previamente acordado, devendo apenas ser observado a escala de atendimento e os procedimentos de horário comercial de funcionamento desta, ou seja, entre às 08:00hrs até às 17:00hrs.

DA REMUNERAÇÃO DOS SERVIÇOS

CLÁUSULA 4ª. Pela prestação dos serviços indicados na **CLÁUSULA 1ª**, a **CONTRATANTE** pagará ao **CONTRATADO**, mensalmente até o dia 15 (quinze), ou primeiro dia útil subsequente, o valor de **R\$ 5.000,00** (cinco mil reais), realizadas no mês anterior e comprovadas por meio de relatórios de evolução, preenchidos e assinados.

Parágrafo 1º. O pagamento será realizado por meio de transferência bancária para a conta corrente da **CONTRATADA**, do Banco Bradesco (237), Agência No.1975 e Conta Corrente N° 582569-5, até o dia 15 (quinze) do mês subsequente a prestação de serviços.

Parágrafo 3º. Os encargos tributários incidentes sobre os valores pagos ao **CONTRATADO** são de responsabilidade desta.

Parágrafo 4º. Por ocasião dos pagamentos, a **CONTRATANTE** efetuará os descontos legais que incidirem sobre as importâncias a serem pagas ao **CONTRATADO**.

DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

CLÁUSULA 5ª. O **CONTRATADO** obriga-se a:

1. Realizar os serviços que constam na Cláusula 1ª deste contrato;



2. Ser responsável pela assistência médica, coordenação e supervisão dos serviços médicos relativos aos contratos celebrados pelo Instituto Elisa de Casto
3. Cumprir rigorosamente os deveres de observância de sigilo e da ética profissional, fazendo as recomendações oportunas e desenvolvendo todos os demais atos e funções, necessárias ou convenientes ao bom cumprimento das atribuições contratadas;
4. Manter o caráter sigiloso das informações às quais tiver acesso em função deste contrato, tomando todas as medidas cabíveis para que tais informações somente sejam divulgadas àquelas pessoas que delas dependam para a execução dos serviços objeto deste contrato;
5. Prestar os serviços de acordo com a legislação, de maneira responsável e eficiente, sempre seguindo as orientações da **CONTRATANTE** e as melhores práticas em direito;

Parágrafo 1º: A infração às obrigações previstas neste instrumento acarretará a aplicação de multa no valor de 2 (duas) parcelas mensais devidas, sem prejuízo da responsabilização cível e criminal pelos prejuízos causados.

DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

CLÁUSULA 6ª. A **CONTRATANTE** obriga-se a:

1. Oferecer ao **CONTRATADO** todas as condições necessárias ao fiel cumprimento do presente contrato, sem as quais não se responsabilizará pela fiel execução dos serviços;
2. Fornecer todas as informações, bem como o material necessário para o cumprimento da prestação do serviço pelo **CONTRATADO**;
3. Efetuar o pagamento mensal, conforme descrito na **CLÁUSULA 4ª**, pela prestação dos serviços executados pelo **CONTRATADO**;
4. Disponibilizar para o **CONTRATADO** um ambiente de trabalho digno e saudável.

DO SIGILO E CONFIDENCIALIDADE

CLÁUSULA 7ª. O **CONTRATADO** obriga-se a manter absoluto sigilo e confidencialidade sobre as Informações Confidenciais, de propriedade da





CONTRATANTE que lhe forem confiadas para a prestação dos serviços ora contratados ou por empresa que ela indicar, abrangendo esta obrigação a todos os eventuais funcionários, prepostos e contratados que venham a precisar conhecer as informações confidenciais em decorrência da participação no projeto.

Parágrafo 1º. Os compromissos previstos nesta cláusula de sigilo e confidencialidade são assumidos em caráter irrevogável e irretroatável, e sobreviverão ao término de qualquer vínculo comercial ou outro existente entre as **PARTES** pelo prazo de 02 (dois) anos.

Parágrafo 2º. A não observância dos compromissos assumidos nesta cláusula importará no pagamento, pela **PARTE** que der causa, de multa no valor de 5 (cinco) vezes o valor mensal bruto fixado na **CLÁUSULA 4ª**, sem prejuízo da responsabilização cível e criminal pelos prejuízos causados.

CLÁUSULA 8ª. Entende-se por “Informação Confidencial” todas aquelas informações, know-how e dados verbais ou não, sejam de caráter técnico ou não, que venham a ser fornecidos pela **CONTRATANTE** para o **CONTRATADO**, que não sejam de conhecimento público, incluindo, porém sem a isto se limitar, aquelas relativas a dados de projetos, croquis, estratégias de atuação, dados contábeis, sistemas de informação, projetos de investimento, fornecedores, fotografias, desenhos, amostras de ideias, procedimentos, modelos, preços e custos, processos, plantas de localização ou de qualquer natureza, especificações, amostras de ideia, clientes, nomes de revendedores e/ou distribuidores, definições e informações mercadológicas, invenções, incluindo informações financeiras, projeções, análises, compilações, estudos e *business plans*, procedimentos administrativos e operacionais (“Informações Confidenciais”).

CLÁUSULA 9ª. As estipulações e obrigações constantes do presente instrumento não serão aplicadas a nenhuma informação que:

1. Seja de conhecimento do público no momento da revelação;
2. Torne-se disponível ao público em geral por atos de terceiros, não decorrente de ação ou omissão do **CONTRATADO**, empregados, agentes ou prepostos (“Representantes”);
3. Devam ser reveladas pelo **CONTRATADO** em razão de uma ordem válida emitida por órgão administrativo ou judiciário com jurisdição sobre a **CONTRATANTE**, somente até a extensão de tal ordem.



CLÁUSULA 10ª. Na hipótese de que haja utilização indevida das Informações Confidenciais fornecidas, ficará o **CONTRATADO** ainda obrigada ao pagamento de indenização referente às perdas e danos apurados, servindo o presente acordo como título executivo extrajudicial, sem prejuízo da aplicação da multa prevista no parágrafo 2º da Cláusula Sétima. O **CONTRATADO** responderá solidariamente por atos de seus funcionários, consultores ou agentes.

Parágrafo 1º. Em nenhuma hipótese, mesmo após rescisão deste contrato, o **CONTRATADO** poderá transferir, reproduzir e/ou reaproveitar os trabalhos realizados para a **CONTRATANTE** ou parceiros que esta indicar, bem como as informações referentes a ela e/ou às empresas por ela administradas, obtidas durante a prestação de serviço.

DAS REGRAS DE COMPLIANCE

CLÁUSULA 15ª. O **CONTRATADO**, seus empregados, prepostos e/ou subcontratados, declaram que realizarão suas atividades em observância das leis aplicáveis, incluindo especificamente a Lei nº 12.846, de 1º de agosto de 2013, o U.S. Foreign Corrupt Practices Act (FCPA) e outras leis anticorrupção aplicáveis.

CLÁUSULA 16ª. O **CONTRATADO**, seus empregados, prepostos e/ou subcontratados, declaram que respeitam as regras de Compliance, inserindo em suas atividades a criação de políticas anticorrupção e procedimentos eficazes na prevenção e detecção de violações da legislação aplicável, incluindo a FCPA e outras legislações.

DA RESCISÃO

CLÁUSULA 17ª. O presente contrato poderá ser rescindido por qualquer das **PARTES**, a qualquer tempo, sem quaisquer ônus ou penalidades, desde que a outra **PARTE** seja notificada, por escrito com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

CLÁUSULA 18ª. Este **CONTRATO** será considerado automaticamente rescindido, de pleno direito, independentemente de notificação judicial ou extrajudicial, se qualquer das



PARTES infringirem alguma das cláusulas ou condições ora estipuladas ou tiver decretada sua falência, requerer plano de recuperação judicial, liquidação judicial ou extrajudicial e propor plano de recuperação extrajudicial.

CLÁUSULA 19ª. Qualquer que seja a forma de rescisão deste contrato, a **CONTRATANTE** estará obrigada apenas ao pagamento do período de serviços efetivamente prestados, nos termos da **CLÁUSULA 4ª**, de forma integral ou pró-rata, como for o caso.

DA AUSÊNCIA DE VÍNCULO EMPREGATÍCIO E DE RESPONSABILIDADE TRABALHISTA

CLAUSÚLA 20ª. Necessário destacar que o **CONTRATADO** prestará serviços consoante estipulado por ela mesmo neste contrato, nos dias e horários que melhor que convém, sem qualquer espécie de subordinação.

CLÁUSULA 21ª. O **CONTRATADO** possui plena ciência que o presente contrato se trata de prestação de serviços, inexistindo qualquer vínculo empregatício/trabalhista, excluindo as obrigações previdenciárias e os encargos sociais, que são de inteira responsabilidade do **CONTRATADO**, ficando evidente que o presente contrato se refere à prestação de serviço, inexistindo entre o **CONTRATADO** e a **CONTRATANTE** qualquer tipo de relação de subordinação.

CLÁUSULA 22ª. O **CONTRATADO** deverá executar o Contrato sob sua total responsabilidade jurídica e empresarial, devendo cumprir todas as obrigações impostas pela legislação vigente, responsabilizando-se pela prática das mesmas, assim como, pelas consequências que derivem do seu descumprimento. O presente contrato não cria qualquer vínculo empregatício, societário, associativo, de representação, agenciamento, consórcio, joint-venture ou assemelhados entre as Partes, arcando cada qual com as respectivas obrigações nos termos do ordenamento jurídico em vigor.



CLÁUSULA 23ª. A prestação de serviços ora contratados não estabelecerá qualquer relação ou vínculo empregatício dos empregados do **CONTRATADO** em relação à **CONTRATANTE**, que permanecerá livre de qualquer responsabilidade ou obrigação com relação ao **CONTRATADO** ou terceiros vinculados a ela e envolvidos na prestação dos serviços, direta ou indiretamente.

RESPONSABILIDADE CIVIL

CLÁUSULA 24ª. O **CONTRATADO** responsabiliza-se integralmente pelas obrigações que vier a contrair perante terceiros, durante e em virtude da execução do Contrato, isentando a **CONTRATANTE** de quaisquer responsabilidades decorrentes desse fato.

CLÁUSULA 25ª. O **CONTRATADO** será o único e exclusivo responsável por qualquer ação ou omissão de seus sócios ou prepostos que venham a gerar danos à terceiros, inclusive a seus próprios funcionários, devendo substituir a **CONTRATANTE** no polo passivo de qualquer ação que lhe venha a ser movida com base em fatos de responsabilidade do **CONTRATADO** e/ou ressarcir integralmente a **CONTRATANTE** caso esta venha a ser condenada por sentença transitada em julgado a indenizar terceiros por fatos decorrentes de atos praticados pelos sócios ou prepostos do **CONTRATADO**.

DAS CONDIÇÕES GERAIS

CLÁUSULA 26ª. A tolerância de uma **PARTE** com a outra, relativamente a qualquer violação ou descumprimento das obrigações ora assumidas, não será considerada moratória, novação ou renúncia a qualquer direito, constituindo mera liberalidade, que não impedirá a **PARTE** tolerante de exigir da outra o fiel cumprimento deste **CONTRATO**, a qualquer tempo.

CLÁUSULA 27ª. Este **CONTRATO** sobrepõe-se a qualquer outro acordo celebrado entre as **PARTES**, sejam os mesmos orais ou escritos em relação ao objeto deste **CONTRATO**.

CLÁUSULA 28ª. Quaisquer alterações no presente contrato deverão ser realizadas por Termo Aditivo devidamente assinado pelas **PARTES** contratantes.



DO FORO

CLÁUSULA 29ª. Fica eleito o Foro da Capital do Rio de Janeiro para dirimir quaisquer dúvidas ou conflitos oriundos do presente contrato, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E, assim, por estarem as **PARTES** justas e contratadas, assinam este instrumento em 02 (duas) vias de igual teor, na presença de duas testemunhas abaixo assinadas, para que produza todos os seus efeitos jurídicos.

Rio de Janeiro, 05 de maio de 2023.

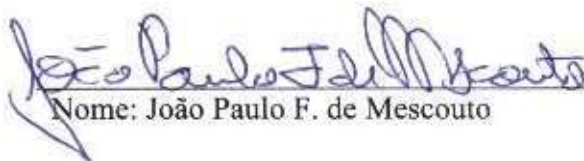


INSTITUTO ELISA DE CASTRO



ROQUE ANDERSON GUIMARÃES LOPES

Testemunhas:


Nome: João Paulo F. de Mescouto

C.P.F.: 095.824.067-12


Nome: Marcus Vinicius Bernardo da Silva

C.P.F.: 937.271.277-91



Instituto
Elisa de Castro

1º TERMO ADITIVO AO CONTRATO CELEBRADO ENTRE O INSTITUTO ELISA DE CASTRO COMO CONTRATANTE E ROQUE ANDERSON GUIMARÃES LOPES, COMO CONTRATADO, NA FORMA ABAIXO.

O **INSTITUTO ELISA DE CASTRO**, associação civil sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 05.624.609/0001-55, situado na Avenida Embaixador Abelardo Bueno, nº 3.180 – Salas 701 a 710 - Jacarepaguá – Rio de Janeiro – RJ – CEP: 22.775-040, neste ato, representado pelo seu Presidente **José Antônio Guimarães Cunha** – Brasileiro, casado, nascido em 07/12/1976, natural do Rio de Janeiro, advogado, portador da carteira de identidade nº 198.146 expedida em 18/04/2015 pela OAB/RJ, inscrito no CPF/MF sob o número 032.820.967-80, residente e domiciliado à Rua Madre Filomena, nº 65 – Apto. 302 – Centro – Barra Mansa – RJ – CEP: 27.330-350 e a Empresa **ROQUE ANDERSON GUIMARÃES LOPES**, brasileiro, médico, solteiro, nascido em 27/07/1984, portador da carteira de identidade 52-0114768-4/RJ, expedida pelo Conselho Regional de Medicina, inscrito no CPF sob o número 110.624.617-97, residente e domiciliado na Rua Mário Agostinelli, nº 105 – Bloco 02 – Apto. 2023 – Jacarepaguá – Rio de Janeiro – RJ – CEP: 22.775-046, resolvem celebrar o presente **TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS COMO RESPONSÁVEL PELA ASSISTÊNCIA MÉDICA, COORDENAÇÃO E SUPERVISÃO DOS SERVIÇOS MÉDICOS NO INSTITUTO ELISA DE CASTRO - RESPONSÁVEL TÉCNICO**, que se regerá pelas cláusulas e condições seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA – VIGÊNCIA

1.1 - O presente Termo de Contrato será prorrogado por 12 (doze) meses, com início na data de 03/05/2024 e encerramento em 02/05/2025.

Avenida Embaixador Abelardo Bueno, nº 3.180 – Salas 701 a 710 - Jacarepaguá – Rio de Janeiro – RJ – CEP: 22.775-040

www.institutoelisadecastro.org

CNPJ: 05.624.609/0001-77



1.2 - Fica estabelecido que, findo o prazo de vigência do presente contrato celebrado entre as partes será extinto de pleno direito, independente de prévia notificação.

1.3 - Antes do término prazo de vigência, o presente contrato poderá ser rescindido por qualquer das Partes, a qualquer tempo, por qualquer motivo, mediante prévia notificação, com 30 (trinta) dias de antecedência, hipótese em que não haverá a cominação de nenhuma multa ou indenização, a nenhum título e sob nenhuma rubrica, com o que concordam expressamente as partes, sendo devido apenas os valores correspondentes aos serviços executados até o dia da efetiva rescisão.

As demais cláusulas permanecem inalteradas, sendo certo que por estarem justas e contratadas as partes assinam o presente Termo Aditivo, em 02 (duas) vias de igual teor e forma na presença de 02 (duas) testemunhas, que também assinam para um só e mesmo efeito de direito.

Rio de Janeiro, 29 de abril de 2024.



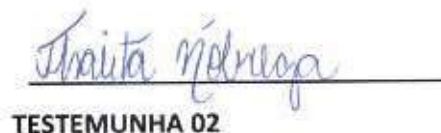
Documento assinado digitalmente
JOSE ANTONIO GUIMARAES CLINHA
Data: 29/04/2024 16:10:09-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

INSTITUTO ELISA DE CASTRO


ROQUE ANDERSON GUIMARÃES LOPES


TESTEMUNHA 01

Nome: Marcus Vinícius Bernardo Silva
CPF: 937.271.277-91


TESTEMUNHA 02

Nome: Thalita Hanny Correa Pinto Nobrega
CPF: 106.726.467-14

Avenida Embaixador Abelardo Bueno, nº 3.180 – Salas 701 a 710 - Jacarepaguá – Rio de Janeiro – RJ – CEP: 22.775-040

www.institutoelisa.decastro.org

CNPJ: 05.624.609/0001-77





CREMERJ
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO



CERTIFICADO **de Regularidade de Inscrição de Pessoa Jurídica**

Inscrito no CRM-PJ nº	52-0120684-2	
Data da Inscrição -	26/09/2019	
Razão Social -	INSTITUTO ELISA DE CASTRO	
Nome Fantasia -		
CNPJ -	05.624.609/0001-55	
Endereço -	AVENIDA EMBAIXADOR ABELARDO BUENO, 3180 SALAS 701 A 710	CEP:22.775-040
Bairro -	BARRA DA TIJUCA	
Município -	RIO DE JANEIRO	
Classificação -	PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS TERCEIRIZADOS	
Porte	-----	
Tipo	-----	Sub-tipo -----
Diretor Técnico -	ROQUE ANDERSON GUIMARÃES LOPES - CRM nº 52-0114768-4	

Validade deste Certificado
26/09/2025

Este certificado atesta a REGULARIDADE da inscrição do estabelecimento acima neste Conselho Regional de Medicina, em cumprimento à Lei nº 6.839, de 30/10/1980 e às Resoluções CFM nº 997 de 23/05/1980 e 1.980/2011 de 07/12/2011.

Ressalvada a ocorrência de alteração nos dados acima, esta Certidão é válida até 26/09/2025. Este certificado deverá ser afixado em local visível ao público e acessível à fiscalização.

Rio de Janeiro - RJ, 15 de Abril de 2024.

Conselheira KATIA TELLES NOGUEIRA
Diretora Primeira Tesoureira

A autenticidade deste Certificado poderá ser verificada no endereço:
<https://www.cremerj.org.br/servicomédico/validar/cartcertificado>
Código: **397671**. A autenticação para o código acima deverá ser: **5f1f1051d8**



CERTIDÃO

O **CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de Setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045 de 19 de Julho de 1958, alterada pela lei nº 11.000, de 15 de Dezembro de 2004, e pelo decreto nº 6.821, de 14 de Abril de 2009, sendo responsável pela fiscalização do exercício da Medicina em todo o Estado do Rio de Janeiro, **CERTIFICA** que o(a) médico(a) **ROQUE ANDERSON GUIMARÃES LOPES** é registrado(a) neste Conselho sob o CRM nº 52.0114768-4, CPF nº 110.624.617-97, RG nº 205219595, inscreveu-se neste Conselho em 27/06/2019, não havendo, até a presente data, nenhum impedimento ao pleno exercício profissional, estando quite com as anuidades até o ano de 2024. A presente certidão tem validade de 60(sessenta) dias.

Rio de Janeiro, 26 de Abril de 2024

Certidão emitida às 26/04/2024 11:16:35. Válida até o dia 25/06/2024

Esta certidão é expedida gratuitamente.

Para garantir a veracidade deste documento, acesse a seção "Validar Documento / Certidão Negativa" no menu "Para os Médicos" do site do CREMERJ (www.cremerj.org.br/servicomedico/validar/certidaonegativa), com as seguintes

Código: 631425

(Digite este código no campo solicitado)

A autenticação para o código acima deverá ser: **039e7f17-5**

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
 CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA - RIO DE JANEIRO
 CÉDULA DE IDENTIDADE DE MÉDICO



NOME
 ROQUE ANDERSON GUILMARÃES
 LOPES

CRM/UF
 52-0114768-4/RJ



FILIAÇÃO
 ELMA RODRIGUES GUILMARÃES
 JOSÉ ANTONIO DA CUNHA LOPES



DATA DE INSCRIÇÃO
 27/06/2019

VIA
 01



ASSINATURA DO PORTADOR

CPF 110.624.617-97	IDENTIDADE/ÓRGÃO EMISSOR 205219595 / DIC-RJ	
TÍTULO DE ELEITOR 124297110302	SEÇÃO 260	ZONA 180
DATA DE NASCIMENTO 27/07/1984	NATALIDADE MARABÁ-PA	
LOCAL E DATA DE EXPEDIÇÃO RIO DE JANEIRO-RJ 01/07/2019		
488294		
		
<hr style="width: 50%; margin: 0 auto;"/> ASSINATURA DO PRESIDENTE DO CRM		

NÃO É UMA ÚNICA PROVA DE IDENTIDADE PARA QUALQUER

CREMERJ

Conselho Regional de Medicina
do Estado do Rio de Janeiro

CRM 52-0114768-4 em 27/06/2019

Nome:
ROQUE ANDERSON GUIMARÃES LOPES

Filiação:
ELMA RODRIGUES GUIMARÃES
JOSÉ ANTONIO DA CUNHA LOPES

Nacionalidade: BRASILEIRA
Naturalidade: MARABÁ-PA
Data Nascimento: 27/07/1984

Identidade: 205219595 - DIC/RJ
CPF: 110.624.617-97

Diplomado pela CENTRO DE ENSINO
SUPERIOR DE VALENÇA - CESVA em
26/06/2019

MÉDICO

102092

Assinatura do Portador

Roque Anderson G. Lopes



POLEGAR DIREITO



Centro de Ensino Superior de Valença
Fundação Educacional Dom André Arcoverde



O Diretor Geral do Centro de Ensino Superior de Valença/CESVA,
no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de Graduação em MEDICINA
em 26 de junho de 2019 e colação de grau em 26 de junho de 2019, confere o grau de
Médico a

Roque Anderson Guimarães Lopes

brasileiro, natural do Estado do PERNAMBUCO, nascido em 27 de julho de 1984, RG 20.521.959-5/SECC-RJ,
filho de José Antonio da Cunha Lopes e Elina Rodrigues Guimarães
e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Valença/RJ, 26 de junho de 2019

Roque Anderson G. Lopes
Diplomado(a)

Anna Cristina Gasparetti Dológan
Secretária Geral

Jose Roberto Moura - Moura
Jose Roberto Moura de Almeida Neto
Diretor do CESVA

CENTRO DE ENSINO SUPERIOR DE VALENÇA - CESVAFAA

Reconhecido pela Portaria Ministerial nº 881, de 01/03/2015, publicada no Diário Oficial da União de 02/03/2015.

CURSO DE GRADUAÇÃO SUPERIOR EM MEDICINA - BACHARELADO,

Reconhecido pelo Portaria nº 73.470 de 16/01/1974, publicado no D.O.U de 17/01/1974, Renovação de Reconhecimento pela Portaria nº 301 de 06/06/2017, publicada no Diário Oficial da União de 07/06/2017

UVA

UNIVERSIDADE

VALENÇA

UNIVERSIDADE VEGA DE ALMEIDA

Antares Educacional S.A.

CNPJ: 14.195.306/0001-61

Reconhecimento sob a Portaria nº 1.725, de 20/11/2002, publicada no D.O.U. em 23/11/2002, Seção 1, pág. 16.

Reconhecimento sob a Portaria nº 513, de 06/07/2012, publicada no D.O.U. em 09/07/2012, Seção 1, pág. 35.

Diploma registrado de acordo com o disposto no §1º do art. 48 da Lei 9.394, de 20 de dezembro de 1996.

Registro nº 649

Livro nº 1

Fl. 082

Data: 26 / 09 / 2019

Justina B. Leão Reis
Secretária-Geral

Sandra Soares de França Oliveira
Supervisora de Registro



Fundação Educacional Dom André Arcoverde
Centro de Ensino Superior de Valença

CERTIDÃO

Ana Cristina Gasparete Daldegan,
Secretária Geral do Centro de Ensino
Superior de Valença, da Fundação
Educaçãol D. André Arcoverde, no
uso de suas atribuições regimentais,

Certifica,

que **ROQUE ANDERSON GUIMARÃES LOPES**, filho de **JOSÉ ANTONIO DA CUNHA LOPES** e **ELMA RODRIGUES GUIMARÃES**, nascido em 27 de Julho de 1984, brasileiro, natural do Estado do PARA, portador da carteira de identidade nº. 20.521.959-5, expedida pelo SECC-RJ, concluiu no ano de 2019 o Curso de Graduação em **MEDICINA**, com habilitação em Médico, tendo colado grau em sessão pública no Centro de Ensino Superior de Valença, da Fundação Educacional Dom André Arcoverde, em 26 de Junho de 2019.

Valença/RJ, 26 de Junho de 2019.

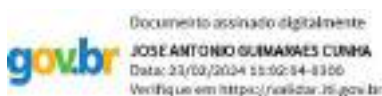



Ana Cristina Gasparete Daldegan
Secretária Geral

Declaração

Atesto para os devidos fins que o Dr. Roque Anderson Guimarães Lopes, inscrito no CPF sob o número 110.624.617-97 e CRM 52-0114768-4, atua como Diretor Médico e Responsável Técnico do Instituto Elisa de Castro desde 02/05/2023, atuando ativamente na Gestão e Operacionalização da Unidade Municipal de Pronto Atendimento 24 horas – UPA 24 Horas – Porte III, localizada na Rodovia Prefeito Abeilard Goulart de Souza, nº 1.498 – Jardim América – Itaguaí – RJ, em virtude do contrato de Gestão 249/2021, celebrado entre o Instituto Elisa de Castro e o Município de Itaguaí até a presente data.

Rio de Janeiro, 22 de fevereiro de 2024.



José Antônio Guimarães Cunha
Presidente – Instituto Elisa de Castro

Declaração

Declaro para os devidos fins que o Dr. Roque Anderson Guimarães Lopes, inscrito no CPF sob o número 110.624.617-97 e CRM 52-0114768-4, prestou serviços na Unidade Municipal de Pronto Atendimento 24 horas – UPA 24 Horas – Porte III, localizada na Rodovia Prefeito Abeilard Goulart de Souza, nº 1.498 – Jardim América – Itaguaí – RJ, no período de 18/12/2021 até a presente data, exercendo a função de Coordenador Médico da Unidade.

Itaguaí, 26 de dezembro de 2023.

CARLOS EDUARDO
CARNEIRO
ZOIA:04249731626

Assinado de forma digital por
CARLOS EDUARDO CARNEIRO
ZOIA:04249731626
Dados: 2023.12.27 11:28:21 -03'00'

Carlos Eduardo Carneiro Zoia

Secretário Municipal de Saúde

Município de Itaguaí - RJ



19.402.975/0001-74

EMPRESA PÚBLICA DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO S/A
RIOSAUDE

RUA GAGO COUTINHO, 52 - 5º ANDAR

LARANJEIRAS - CEP 22.221-670

RIO DE JANEIRO - RJ

EMPRESA PÚBLICA DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO – RIOSAUDE

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o Sr. Roque Anderson Guimaraes Lopes, CPF 110.624.617-97 exerceu a função de Médico Pediatra na Unidade de Pronto atendimento – UPA da Cidade de Deus, durante o período de 01/12/2019 a 08/01/2021.

19.402.975/0001-74
RIOSAUDE S/A
UPA CIDADE DE DEUS
Rua Edgard Wernick, S/N
Cidade de Deus - CEP 22763-010
RIO DE JANEIRO - RJ

Rio de Janeiro, 25 de fevereiro de 2021.

Priscila S. Seguro A. Pinho
Assistente Administrativo
Mat: 40030.961-7

EMPRESA PÚBLICA DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO – RIOSAUDE

CNPJ – 19.402.975/0001-74

DECLARAÇÃO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS



MEDIPLUS SERVICOS MEDICOS LTDA., pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 27.243.049/0001-21, com sede na Rua Maria Curupaiti, nº 441 – sala 6005G, Vila Ester, São Paulo/SP – CEP: 02452-001, e-mail: juridico@medplus.med.br, por meio de seu Diretor Executivo, **Sr. AGUINALDO PORTO CORRÊA**, inscrito no CPF/ME sob o nº 301.248.590-20, **DECLARA** que o **Dr. Roque Anderson Guimaraes Lopes**, inscrito no CRM sob o nº 521147684, inscrito no CPF sob o nº 110.624.617-97, portador da célula de identidade RG nº 20.521.959-5, presta serviços Médicos, como gerente médico, por intermédio desta empresa, na unidade Hospital Municipal Adão Pereira Nunes, localizada no município de Duque de Caxias/SP de maio de 2022 até a presente data.

São Paulo, 29 de novembro de 2023


MEDIPLUS SERVICOS MEDICOS LTDA

CNPJ nº 27.243.049/0001-21

SP
R. Maria Curupaiti, 441 - Sala 6005 G
Vila Ester (Zona Norte) - São Paulo/SP
Tel.: 11 3682.7308

MG
Av. Cristiano Machado, 1648 - Sala 607
Bairro Cidade Nova - Belo Horizonte/MG
Tel.: 31 3118.4931

Email: contato@medplus.med.br

 @medplus.servicos
www.medplus.med.br

Declaração de Prestação de Serviços - Roque Anderson Guimaraes Lopes.docx

Documento número 841d52d3-343d-4b3c-8da4-68808313c70e



Assinaturas



Aguinaldo Porto Correa
Assinou

Pontos de autenticação:

Assinatura na tela

IP: 177.79.107.100 / Geolocalização: -23.429140, -47.415527

Dispositivo: Mozilla/5.0 (iPhone; CPU iPhone OS 17_1_1 like Mac OS X) AppleWebKit/605.1.15 (KHTML, like Gecko)

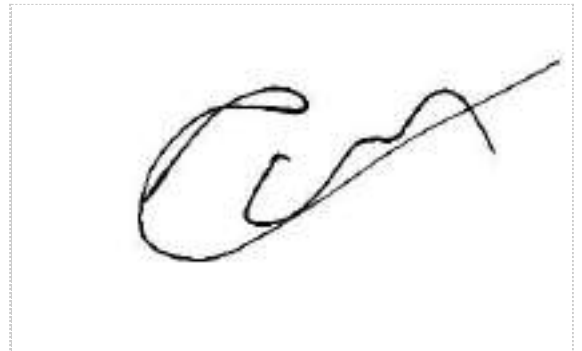
Version/17.1.1 Mobile/15E148 Safari/604.1

Data e hora: Novembro 29, 2023, 11:43:14

E-mail: aguilaldo.correa@medplus.med.br

Telefone: + 5511964962061

ZapSign Token: ff1b171a-****-****-****-6aecbba754d4



Assinatura de Aguinaldo Porto Correa



Hash do documento original (SHA256):

1f6f7ffcab2e02e05679a3df2c1e1755fe012d823f61831b87a0d7c9a970237f

Verificador de Autenticidade:

<https://app.zapsign.com.br/verificar/autenticidade?doc=841d52d3-343d-4b3c-8da4-68808313c70e>

Integridade do documento certificada digitalmente pela ZapSign (ICP-Brasil):

<https://zapsign.com.br/validacao-documento/>



Este Log é exclusivo e parte integrante do documento de identificação 841d52d3-343d-4b3c-8da4-68808313c70e, conforme os Termos de Uso da ZapSign em zapsign.com.br

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o Dr. Roque Anderson Guimarães Lopes, inscrito no CPF sob o nº110.624.617-97 e CRM 52-0114768-4, prestou serviços na Unidade de Pronto Atendimento 24h de Queimados no período de 01/07/2019 à 20/05/2020 exercendo a função de Chefe de Equipe Médica.

Queimados, 05 de março de 2021.



Rosângela Machado Oliveira
Coordenadora Administrativa
UPA 24h

Rosângela Machado Oliveira
Rosângela Machado de Oliveira
Coordenadora Administrativa
Upa 24h Queimados

Cartório do 1º Ofício de Queimados Assunto: Mário Sérgio Gerhard
Rua Marly Pereira de Araujo, 22, Lj 0203 e 5ts 101/104 - Telefone: 2665.2604 266104403404

Reconhecido por semelhança a Firma de ROSANGELA MACHADO DE OLIVEIRA (L-547134U) (X0880088B4R0)
Queimados - 08 de março de 2021 Conf: _____

<input checked="" type="checkbox"/>	EM TEST	Cart	5
	da verdade	TJ+ISS	4
	Substituto	Total	9

EDSC-24797 HOG/Consulte em <https://ajud3.tjrj.jus.br/eilapublica>

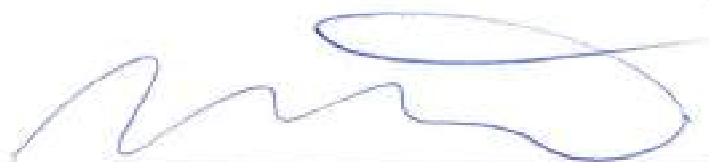


DECLARAÇÃO POR TEMPO DE SERVIÇO

Declaramos para os devidos fins que o (a) Sr. (a) ROQUE ANDERSON GUIMARAES LOPES, inscrito (a) no CPF sob o nº 110.624.617-97, foi funcionário (a) desta empresa, exercendo a função de COORDENADOR(A) MÉDICA, de 15/05/2020 até a presente data, lotado(a) na UPA ITAGUAÍ.

Por ser verdade, assinamos a presente declaração.

Rio de Janeiro, 24 de Fevereiro de 2021.



João Paulo Castello Branco Diniz
Diretor Executivo

CENTRO DE EXCELÊNCIA EM POLÍTICAS PÚBLICAS

Diretoria Executiva



17º Ofício de Notas
DA CAPITAL

Reconheço por SEMELHANÇA a firma de:
JOÃO PAULO CASTELLO BRANCO DINIZ

Rio de Janeiro, 4 de março de 2021. Em test.

Luiz José Vieira - Escrivão

Documento R\$600 T.A.P. Função R\$ 2,40 TOTAL R\$ 6,00
Selo: EDQ63280-RPL
consulte em <https://www3.tj.rj.jus.br/letrados>

Ofício de Notas
Luiz José Vieira
Rua 111, 101, N. 501 - Leblon

08807447437635

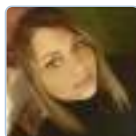
33.927.377/0001-40
CENTRO DE EXCELÊNCIA EM
POLÍTICAS PÚBLICAS - CEPP
Rua da Assembleia, 77 Sala 1701
Centro - CEP: 20011-001
Rio de Janeiro - RJ

3. Qualificação Técnica da Organização Social e/ou da equipe técnica (C3)

comprovação do atendimento aos itens: e – g - h

ISIS REGINA UNFER PEREIRA

(RT Enfermeira - MBA GESTÃO DE SAÚDE E CCIH)



Isis Regina Unfer Pereira

Endereço para acessar este CV: <https://lattes.cnpq.br/6537149567027769>

Última atualização do currículo em 14/08/2023

Resumo informado pelo autor

Enfermeira e Mestre, com atuação há 13 anos em Gestão de Serviços e Sistemas de Saúde, com experiência nos três níveis de atenção à saúde (Primário, Secundário e Terciário) nos setores Público, Privado e Terceiro Setor. Mestre em Biotecnologia e Inovação em Saúde, Pós-Graduada em Enfermagem Médico Cirúrgica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro- UNIRIO, Residência em Enfermagem pela Marinha do Brasil - Hospital Naval Marcílio Dias - HNMD, MBA em Gestão Estratégica da Saúde - UGF, Analista de Acreditação em Saúde pela Fundação Getúlio Vargas- FGV e MBA de Gestão em Saúde e Controle de Infecção - FACEAT. Graduada em Enfermagem e Obstetrícia. Exerceu cargo de Diretora de Qualidade do Hospital Metropolitano, hospital referência em neurocirurgia e cirurgia cardíaca. Foi Diretora Geral do Hospital Geral de Mamanguape. Implantou e atuou como e Diretora Assistencial do Hospital Geral de Mamanguape, sendo idealizadora do projeto SPA Gestacional que concorreu ao prêmio HUMANIZASUS. Foi Gerente de Qualidade do CER Leblon. Realizou a implantação do Hospital Municipal Evandro Freire, Coordenação de Emergência Regional Ilha do Governador e Coordenação de Emergência Regional do Centro (Município do Rio de Janeiro), exercendo a Gerencia Assistencial das Unidades e Responsabilidade Técnica pela Enfermagem. Já atuou como Gerente Administrativa da Unidade de Pronto Atendimento - UPA Madureira, após ser Coordenadora de Enfermagem desta unidade. Estruturou as portas de entradas da Rede de Atenção Básica de Saúde do Município de Lagarto Aracajú. Executou o Gerenciamento das Equipes de Implantação e desdobramento de 7 unidades de saúde. Atualmente exerço o cargo de Gerente de Projetos e Responsável Técnica pela enfermagem no Instituto Elisa de Castro. Experiência em Implantação de Serviços de Saúde, Análise de Indicadores, Relatórios Gerenciais, Gerenciamento de Projetos Estratégicos, Desenvolvimento de Lideranças e Gestão da Qualidade com ênfase em interface de processos e na segurança do paciente.

(Texto informado pelo autor)

Nome civil

Nome Isis Regina Unfer Pereira

Dados pessoais

Filiação José Joaquim Pereira Filho e Regina Helena Unfer Pereira

Nascimento 12/07/1984 - São Paulo/SP - Brasil

Carteira de Identidade 39178 CBMERJ - RJ - 06/10/2009

CPF 106.335.477-35

Endereço residencial Rua Professor Hermes Lima - 1651 - apartamento 107
Recreio dos Bandeirantes - Rio de Janeiro
22795061, RJ - Brasil
Telefone: 021 972970712

Endereço eletrônico E-mail para contato : isisunfer@hotmail.com
E-mail alternativo isisunfer@gmail.com

Formação acadêmica/titulação

- 2015 - 2018** Mestrado em Biotecnologia e Inovação em Saúde.
Universidade Anhanguera de São Paulo, UNIAN/SP, Valinhos, Brasil
Título: A Importância da Detecção Precoce das Cardíacas Congênitas, Ano de obtenção: 2018
Orientador: Michele Salles
- 2019 - 2020** Especialização em MBA em Gestão e Controle de Infecção Hospitalar.
Faculdade Centro de Estudo Avançado e Tecnologia, FACEAT, Brasil
Título: O Sistema Único de Saúde e a Gestão por Organizações Sociais.
Orientador: Thalita Gomes do Carmo
- 2011 - 2013** Especialização em MBA - Gestão Estratégica da Saúde.
Universidade Gama Filho, UGF, Rio De Janeiro, Brasil
Título: Implantação do Modelo de Gestão por Organização Social na cidade do Rio de Janeiro
Orientador: Ricardo José Oliveira
- 2008 - 2010** Especialização em Enfermagem Clínica e Cirúrgica Médica.
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, UNIRIO, Rio De Janeiro, Brasil
Título: A Angústia Espiritual no Paciente Oncológico: Utilização do Diagnóstico de Enfermagem como Norteador do Cuidado a esta Clientela
Orientador: Márcio Martins da Costa
Bolsista do(a): Ministério da Defesa
- 2008 - 2010** Especialização - Residência médica .
Instituto de Pesquisas Biomédicas do Hospital Naval Marcílio Dias, IPB, Rio De Janeiro, Brasil
Título: A Angústia Espiritual no Paciente Oncológico: Utilização do Diagnóstico de Enfermagem como Norteador do Cuidado a esta Clientela
Bolsista do(a): Ministério da Defesa
- 2012 - 2014** Graduação em Analista em Acreditação em Saúde.
Fundação Getúlio Vargas, FGV, Rio De Janeiro, Brasil
- 2004 - 2007** Graduação em Enfermagem.
Universidade Gama Filho, UGF, Rio De Janeiro, Brasil
Título: Assistência de enfermagem ao paciente com dor aguda e crônica
Orientador: Manuel Pedro Cortés

Formação complementar

- 2014 - 2014** Analista em Acreditação em Saúde. . (Carga horária: 120h), Fundação Getúlio Vargas, FGV, Rio De Janeiro, Brasil
- 2013 - 2013** CAPACITAÇÃO EPIMED MONITOR. . (Carga horária: 3h), EPIMED SOLUTIONS, EPIMED, Brasil
- 2010 - 2010** Curso de curta duração em TREINAMENTO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. (Carga horária: 10h), HOSPITAL MUNICIPAL DR MOACYR RODRIGUES DO CARMO, HMDMR, Brasil
- 2010 - 2010** Curso de curta duração em LIDERENÇA PARA ENFERMEIROS. (Carga horária: 10h), INSTITUTO DE ATENÇÃO BÁSICA E AVANÇADA À SAÚDE, IABAS, Brasil
- 2007 - 2007** Curso de curta duração em Curso Teórico-Prático de Reanimação Cardiorespiratória. Hospital Pan Americano, PAN, Brasil
- 2007 - 2007** Palestra sobre Choque Hipovolêmico. . Hospital Pan Americano, PAN, Brasil
- 2007 - 2007** Curso de curta duração em Curso de Parada Cardiorespiratória e Leitura de Eletrocardiograma. Universidade Gama Filho, UGF, Rio De Janeiro, Brasil
- 2007 - 2007** Curso de curta duração em Assistência de Enfermagem ao Paciente Portador de Feridas. Universidade Gama Filho, UGF, Rio De Janeiro, Brasil
- 2007 - 2007** Curso de curta duração em Curso de Nutrição Enteral e Parenteral. Hospital Pan Americano, PAN, Brasil
- 2007 - 2007** Curso de curta duração em Curso de Assistência de Enfermagem ao Paciente no Pós e Pré Opeatório. Hospital Pan Americano, PAN, Brasil
- 2005 - 2005** Curso de curta duração em Curso de Consulta de Enfermagem para Pacientes Portadores de Pé Diabético. Colégio Brasileiro de Cirurgiões, CBC, Rio De Janeiro, Brasil

Atuação profissional

1. Instituto Elisa de Castro - IEC

Vínculo institucional

- 2022 - Atual** Vínculo: Celetista , Enquadramento funcional: Gerente de Projetos e Qualidade , Carga horária: 20, Regime: Parcial
Outras informações:
Elaboração de relatórios de apoio a gestão; execução das respostas para a comissão técnica de avaliação; estudo da viabilidade do contrato e indicadores de qualidade; elaboração dos documentos institucionais (POPs, protocolos, rotinas e manuais); análise dos indicadores e Responsável Técnica de Enfermagem do IEC.
- 2022 - Atual** Vínculo: Celetista , Enquadramento funcional: Gerente de Projetos e Qualidade , Carga horária: 20, Regime: Parcial
Outras informações:
Elaboração de relatórios de apoio a gestão; execução das respostas para a comissão técnica de avaliação; estudo da viabilidade do contrato e indicadores de qualidade; elaboração dos documentos institucionais (POPs, protocolos, rotinas e manuais); análise dos indicadores e Responsável Técnica de Enfermagem do IEC.

2. Hospital Municipal Albert Schweitzer - HMAS

Vínculo institucional

- 2019 - Atual** Vínculo: Celetista , Enquadramento funcional: Enfermeira , Carga horária: 30, Regime: Parcial

3. UPA 24H Vila Kennedy - UPA

Vínculo institucional

- 2019 - 2019** Vínculo: Celetista , Enquadramento funcional: Gerente Administrativa , Carga horária: 40, Regime: Integral

4. Hospital Metropolitano Dom José Maria Pires - HMDJMP

Vínculo institucional

- 2017 - 2019** Vínculo: Celetista , Enquadramento funcional: Diretora da Qualidade , Carga horária: 40, Regime: Integral
Outras informações:
Responsável por definir a diretriz do setor de gestão da qualidade e segurança. Atuação na coordenação da equipe gerindo os processos relacionados à área de controle da qualidade, através da análise da satisfação dos clientes internos e externos. Também está sob as responsabilidades atuar com avaliação e definição do método de controle de qualidade e aprovação do relatório de gestão Conforme o sistema de gestão da qualidade analisar o atendimento ao cliente, elaborar e revisar o treinamento relativo à qualidade do produto, aplicar o treinamento ao funcionário sobre o assunto da qualidade quando necessário, fazer a avaliação e a aprovação técnica dos protocolos/fluxos e instruções realizar auditoria da qualidade interna e externa em fornecedor, controlar e administrar o assunto regulatório, manter o controle de mudança, de gestão de melhoria e de reclamação do cliente, prestar suporte à avaliação técnica inicial dos processos produtivos, correção ou melhoria contínua relacionada aos requisitos técnicos de produto junto a fornecedores, de forma a assegurar fornecimentos confiáveis.

5. Hospital Municipal Evandro Freire - HMEF

Vínculo institucional

- 2012 - 2013** Vínculo: Celetista , Enquadramento funcional: Gerente Assistencial , Carga horária: 40, Regime: Integral
Outras informações:
-Gerente Assistencial e responsável técnica pelo corpo de enfermagem do HMEF, CER Centro e CER Ilha. -Responsável pelo gerenciamento da área assistencial, das seguintes categorias: Enfermagem,

Fisioterapia, Serviço Social, Psicologia, Terapia Ocupacional e Nutrição. -Gestão da implantação das três unidades sobre gestão do CEJAM, bem como a gerência de projetos da implantação do sistema informatizado no HMEF e CER Ilha. -Implantação da política de acolhimento com classificação de risco nas três unidades de saúde geridas pela SMSRJ. -Membro integrante do Grupo Técnico Gestor (GTG), cuja função envolve: Planejamento, discussão e votação de todas as diretrizes institucionais e protocolos gerenciais da estrutura do CEJAM no Rio de Janeiro (Hospital Municipal Evandro Freire, CER Ilha e CER Centro) com intuito de favorecer as tomadas de decisões assistenciais, administrativas e financeiras. - Responsável em conjunto com as demais gerências pelo cumprimento das diretrizes contratuais estipuladas entre a Secretaria Municipal de Saúde e o Centro de Estudos e Pesquisa Dr. João Amorim – CEJAM; -Responsável pelo planejamento estratégico da instituição, no município do Rio de Janeiro e seu desdobramento; -Responsável juntamente com o grupo diretivo do hospital e das unidades de pronto atendimento em propor e aprovar as modificações necessárias para as diversas áreas e atividades, garantindo a melhoria da qualidade e segurança do paciente, colaboradores e ambiente; -Responsável Técnica junto ao órgão de classe pelo Hospital Municipal Evandro Freire. -Responsável pelo acompanhamento dos projetos de infraestrutura predial, aquisição de insumos, equipamentos médico-hospitalares e mobiliário, gerenciamento dos processos de recrutamento e seleção de pessoas, validação de fluxos, rotinas e protocolos desenvolvidos pelas coordenações assistenciais das unidades a serem inauguradas.

6. Coordenação de Emergência Regional do Leblon - CER LEBLON

Vínculo institucional

2013 - 2015 Vínculo: Celetista , Enquadramento funcional: Gerente de Qualidade , Carga horária: 40, Regime: Integral
Outras informações:
- Responsável por definir a diretiva do setor de gestão da qualidade e segurança. - Membro da Comissão do Núcleo de Segurança do Paciente, atendendo a RDC 36. - Responsável em instituir ações para promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde da unidade. - Atuação na coordenação da equipe gerindo os processos relacionados à área de controle da qualidade, através da análise da satisfação dos clientes internos e externos. - Avaliação e definição do método de controle de qualidade da instituição. - Elaboração e aprovação dos indicadores de qualidade e das metas qualitativas da unidade. - Implantar, treinar e avaliar o programa de segurança do paciente. - Alinhamento das equipes as políticas, valores e estratégias da instituição. - Preparar os processos e os profissionais da instituição para participação do processo de acreditação.

7. Hospital Geral de Mamanguape - HGM

Vínculo institucional

2015 - 2017 Vínculo: Celetista , Enquadramento funcional: Diretora Geral , Carga horária: 40, Regime: Integral
Outras informações:
- Dirigir o Hospital Geral de Mamanguape com as seguintes especialidades: Maternidade, centro obstétrico, pediatria, clínica médica, clínica cirúrgica, urgência e emergência 24h de obstetria, pediatria e clínica médica; centro cirúrgico, UTI e todas as atividades de apoio técnico logístico durante 24h de funcionamento. - Presidir e coordenar as reuniões; - Buscar e realizar sempre que houver delegação para tal, acordos, convênios, contratos e outros instrumentos de interesse do Hospital; - Verificar, sistematicamente, a situação econômica, financeira e operacional do Hospital juntamente com a Gerência financeira e outras instâncias envolvidas; - Exercer o poder disciplinar de acordo com o que preceitua o Regulamento do Pessoal docente e do Pessoal Técnico Administrativo; - Atuar junto às Diretorias setoriais no sentido de assegurar o alcance dos objetivos comuns e o desenvolvimento harmônico e eficiente dos programas docente-assistenciais; - Baixar Portarias e Instruções de Serviço regulamentando a lotação do pessoal, as normas regimentais; - Cumprir e fazer cumprir normas e diretrizes da Administração Superior e do Regimento interno; - Nomear comissões necessárias para o bom desempenho do Hospital.

2014 - 2015 Vínculo: Celetista , Enquadramento funcional: Diretora Assistencial , Carga horária: 40, Regime: Integral
Outras informações:
- Dirigir o Hospital Geral de Mamanguape com as seguintes especialidades: Maternidade, centro obstétrico, pediatria, clínica médica, clínica cirúrgica, urgência e emergência 24h de obstetria, pediatria e clínica médica; centro cirúrgico, UTI e todas as atividades de apoio técnico logístico durante 24h de funcionamento. - Dirigir e coordenar o Corpo Assistencial da instituição; - Supervisionar a execução das atividades de assistência do HGM; - Participar da elaboração do Regimento do Corpo assistencial, bem como os POPs da unidade; - Zelar pelo fiel cumprimento do Regimento Interno do Corpo Clínico do HGM; - Definir as diretrizes básicas das atividades de assistência hospitalar; - Zelar pelo cumprimento das rotinas e propor modificações sempre que se fizer necessário; - Propor a criação, implantação ou supressão de serviços médicos; - Cumprir e fazer cumprir o Código de Ética e a legislação pertinente às atividades desenvolvidas; - Exercer outras atividades compatíveis com a natureza de suas funções e que lhe forem atribuídas pela autoridade competente.

8. Hospital Estadual Carlos Chagas - HECC

Vínculo institucional

2009 - 2014 Vínculo: Celetista formal , Enquadramento funcional: Enfermeira , Carga horária: 32, Regime: Parcial
Outras informações:
Atuação como enfermeira assistencial na sala de trauma do hospital. Posteriormente convidada a assumir a supervisão do Pronto Socorro, onde atuei durante 01 ano e 02 meses desenvolvendo o trabalho de supervisão em todas as salas de atendimento de emergência do PS, com destaque a sala de trauma, sala vermelha, grande emergência (sala amarela), sala de medicação, sala de sutura e a porta de entrada. Sendo responsável também pela educação permanente dos funcionários da grande emergência.

9. Hospital Naval Macílio Dias - HNMD

Vínculo institucional

2007 - 2010 Vínculo: Residência , Enquadramento funcional: Enfermeira residente , Carga horária: 40, Regime: Dedicado exclusiva
Outras informações:
A residência em enfermagem médico-cirúrgica, originou uma capacitação profissional, para obter o título de especialista, passando pela etapa em que conjuga a parte prática e a teórica. Durante dois anos de residência passei por todos os setores do Hospital Naval Macílio Dias atuando como enfermeira assistencial, tais como: SETORES: Emergência, Unidade de Pacientes Graves, Medicina Hiperbárica, Unidade Coronariana, Unidade de Terapia Intensiva, Unidade de Pós Operatório, Centro Cirúrgico, Central de Material Esterilizado, Hemoterapia, Hemodiálise, Ambulatório de Pé Diabético e Supervisão. UNIDADE DE INTERNAÇÃO: Ortopédica, Cirurgia Vascul, Cirurgia Geral, Cirurgia Plástica, Oncologia, Cardiologia, Otorrinolaringologia, Ginecologia, Pediatria, Clínica Médica e Urologia. EDUCAÇÃO CONTINUADA: Desenvolvimento de trabalhos científicos e publicações, Cursos e treinamentos para profissionais militares de nível médio e superior.

10. Pré Hospitalar Fixo Xerém - PHF XERÉM

Vínculo institucional

2009 - 2010 Vínculo: Celetista formal , Enquadramento funcional: Enfermeira , Carga horária: 36, Regime: Parcial
Outras informações:
Planejar, organizar, supervisionar, executar e avaliar todas as atividades de enfermagem, em pacientes idosos, adultos, mulheres, adolescentes e crianças; Planejar as ações e atuar na Assistência de Enfermagem de Média e Alta Complexidade; Assistir a vítima em situação de urgência/emergência nos âmbitos hospitalar e pré-hospitalar, visando a manutenção da vida, prevenindo danos e sequelas; Conhecer e atuar nas áreas de Terapia Intensiva e Urgência/Emergência com conhecimentos específicos (Protocolo de Classificação Manchester) para ser capaz de desenvolver as atividades gerenciais e assistenciais, visando a melhoria do cuidado ao paciente em situação de urgência/emergência; Realizar o transporte intra e extrahospitalar de pacientes críticos e/ou com risco de morte; Realizar as atribuições de Enfermeiro e demais atividades inerentes ao emprego.

11. INSTITUTO DE ATENÇÃO BÁSICA E AVANÇADA À SAÚDE - IABAS

Vínculo institucional

2010 - 2012 Vínculo: Celetista , Enquadramento funcional: GERENTE ADMINISTRATIVO , Carga horária: 40, Regime: Integral
Outras informações:
atuar com avaliação dos serviços, conferir o atendimento aos pacientes, liderar equipe, garantir o adequado funcionamento dos setores de enfermagem, através do controle dos processos, visando à qualidade e humanização do atendimento, realizar treinamento e supervisão da assistência técnica prestada pela equipe de enfermagem, manter o sistema de avaliação contínua e realizar reuniões periódicas com os departamentos sob sua responsabilidade, avaliar, solicitar e realizar as demissões e contratações de profissionais da equipe de enfermagem, fazer escalas da equipe, auxiliar nas rotinas e procedimentos das áreas, elaborar relatórios gerenciais, gerenciar o atendimento a pacientes em assistência domiciliar, avaliar, solicitar e realizar demissões e contratações de profissionais da equipe de enfermagem, avaliar o atendimento aos pacientes, emitir parecer técnico referente ao processo de padronização, aquisição, distribuição, instalação e utilização de materiais, coordenar o SCIH, ministrar treinamentos, avaliar a qualidade do atendimento assistencial, realizar auditoria de prontuários e elaborar relatórios, conhecer o setor hospitalar e sua logística, aplicar avaliação de desempenho, realizar o controle de solicitações e liberações de materiais, controle de orçamento e indicadores da área.

2010 - 2010 Vínculo: Celetista , Enquadramento funcional: COORDENADORA DE ENFERMAGEM , Carga horária: 40, Regime: Integral
Outras informações:
Atribuição principal de implanta normas e sistemas de trabalho, discutindo periodicamente com a equipe de trabalho, aplicando a revisão das rotinas e elaboração de novos projetos, bem como aprimorar os já existentes, visando o bom desenvolvimento da área.

2009 - 2010 Vínculo: Celetista , Enquadramento funcional: ENFERMEIRA ROTINA , Carga horária: 40, Regime: Integral
Outras informações:
Planejar, organizar, coordenar, executar e avaliar o processo e os serviços de assistência de enfermagem; Planejar, organizar, coordenar e avaliar as atividades técnicas e auxiliares de enfermagem nas unidades assistenciais; Elaborar, executar e participar dos eventos de capacitação da equipe de enfermagem; Implementar ações para a promoção da saúde; Participar da elaboração e execução de planos assistenciais de saúde do idoso, do adulto, do adolescente, da mulher e da criança nos âmbitos hospitalar e ambulatorial; Prestar assistência direta aos pacientes de maior complexidade técnica, graves com risco de morte e/ou que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas; Participar e atuar nos programas de prevenção e controle sistemático de infecção hospitalar; Realizar e participar da prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causadas aos pacientes durante a assistência de enfermagem; Participar de projetos de construção ou reforma de unidades assistenciais; Realizar demais atividades inerentes ao emprego.

12. Unidade de Pronto Atendimento - UPA

Vínculo institucional

2008 - 2008 Vínculo: Celetista , Enquadramento funcional: Enfermeira Plantonista , Carga horária: 36, Regime: Parcial
Outras informações:
Planejar, organizar, coordenar, executar e avaliar o processo e os serviços de assistência de enfermagem; Planejar, organizar, coordenar e avaliar as atividades técnicas e auxiliares de enfermagem nas unidades assistenciais; Elaborar, executar e participar dos eventos de capacitação da equipe de enfermagem; Implementar ações para a promoção da saúde; Participar da elaboração e execução de planos assistenciais de saúde do idoso, do adulto, do adolescente, da mulher e da criança nos âmbitos hospitalar e ambulatorial; Prestar assistência direta aos pacientes de maior complexidade técnica, graves com risco de morte e/ou que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas; Participar e atuar nos programas de prevenção e controle sistemático de infecção hospitalar; Realizar e participar da prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causadas aos pacientes durante a assistência de enfermagem; Participar de projetos de construção ou reforma de unidades assistenciais; Realizar demais atividades inerentes ao emprego.

Áreas de atuação

1. Enfermagem em Saúde da Mulher
2. Enfermagem em Saúde do Adulto e do Idoso
3. Enfermagem em Saúde Coletiva


Idiomas

Inglês Compreende Bem , Fala Bem , Escreve Razoavelmente , Lê Razoavelmente

Produção

Produção bibliográfica

Apresentação de trabalho e palestra

1.  PEREIRA, I. R. U. **A Importância da Detecção Precoce das Cardiopatias Congênitas**, 2018. (Congresso, Apresentação de Trabalho)
2. PEREIRA, I. R. U. **SAP GESTACIONAL**, 2015. (Conferência ou palestra, Apresentação de Trabalho)
3. PEREIRA, I. R. U. **ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM INFARTO DO MIOCARDIO**, 2009.


Produção técnica

Entrevistas, mesas redondas, programas e comentários na mídia

1.  PEREIRA, I. R. U.
Farmácia Viva, 2015
2.  PEREIRA, I. R. U.
SAP Gestacional, 2015

Educação e Popularização de C&T

Apresentação de trabalho e palestra

1.  PEREIRA, I. R. U.
A Importância da Detecção Precoce das Cardiopatias Congênitas, 2018. (Congresso, Apresentação de Trabalho)
2. PEREIRA, I. R. U.
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM INFARTO DO MIOCARDIO, 2009.
(Outra, Apresentação de Trabalho)

Participação em eventos, congressos, exposições, feiras e olimpíadas

1. XXXVIII Congresso Norte Nordeste de Cardiologia, 2018. (Congresso)
A Importância da Detecção Precoce das Cardiopatias Congênitas.

Eventos

Eventos

Participação em eventos

1. XXXVIII Congresso Norte Nordeste de Cardiologia, 2018. (Congresso)
A Importância da Detecção Precoce das Cardiopatias Congênitas.
2. VI SEMINÁRIO TERCEIRO SETOR E PARCERIAS NA ÁREA DE SAÚDE, 2014. (Seminário)
3. I SEMANA DE CLINICA AMPLIADA EM SUA INTEGRALIDADE, 2013. (Outra)
4. XI CONFERÊNCIA MUNICIPLA DE SAÚDE, 2011. (Outra)
5. III Semana de Enfermagem do Hospital Naval Marcílio Dias, 2010. (Outra)
6. SEMA DE PREVENÇÃO CONTRA INCÊNCIOS, 2010. (Outra)
7. XIV Jornada de Enfermagem do Hospital Naval Marcílio Dias, 2010. (Outra)
8. XV Jornada de Enfermagem do Hospital Naval Marcílio Dias, 2010. (Outra)
9. Assistência de Enfermagem em Quimioterapia, 2009. (Outra)
10. III Simpósio de Esterilização e Centro Cirúrgico do Hospital Naval Marcílio Dias, 2009. (Simpósio)
11. Simpósio na Disciplina de Didática do Curso de Pós Graduação, 2008. (Simpósio)
12. I Conferência de Unificação de Enfermagem ECG e PCR, 2007. (Outra)
13. I Congresso Estudantil e Unificação da Enfermagem, 2007. (Congresso)
14. III Jornada de Cuidados Paliativos e Dor do INCA, 2007. (Outra)
15. VIII Congresso Estadual Sindical dos Enfermeiros, 2007. (Congresso)
16. I Simpósio Fluminense de Controle de Infecção Hospitalar, 2006. (Simpósio)
17. II Encontro de Atenção ao Pé Diabético, 2005. (Encontro)
18. IV Enfermagem em Foco: Bioética e modos de ser na Enfermagem, 2005. (Outra)

Totais de produção

Produção bibliográfica

Apresentações de trabalhos (Conferência ou palestra)	1
Apresentações de trabalhos (Congresso)	1
Apresentações de trabalhos (Outra)	1

Produção técnica

Programa de Rádio ou TV (entrevista)	2
--------------------------------------	---

Eventos

Participações em eventos (congresso)	3
Participações em eventos (seminário)	1
Participações em eventos (simpósio)	3
Participações em eventos (encontro)	1
Participações em eventos (outra)	10

Outras informações relevantes

- 1 Implantação do Hospital Metropolitano Dom José Maria Pires PB2018
Implantação do Hospital Geral de Mamanguape PB 2014
Implantação do Hospital Municipal Evandro Freire RJ 2012
Coordenação de Emergência Regional da Ilha do Governador RJ 2012
Coordenação de Emergência Regional do Centro RJ 2011
Unidade de Pronto Atendimento de Madureira RJ 2010
Unidade de Pronto Atendimento do Complexo do Alemão RJ 2009
Unidade de Pronto Atendimento da Ilha do Governador 2008
Implantação de protocolos institucionais e revisão anual HGM
Responsável pela certificação do Hospital Amigo da Criança pelo MS HGM
Responsável pela gestão dos processos de acreditação JCI HGM
Implantação da ala/enfermaria de álcool e drogas do Hospital Evandro Freire RJ
Implantação do Projeto Sepsis na Coordenação de Emergência Regional Leblon
Responsável pelo desenvolvimento e gerenciamento do projeto de implantação do Hospital Municipal Evandro Freire Rio de Janeiro e da Unidade de Pronto Atendimento CER Ilha, sob gestão de Organização Social
Responsável pela implantação da política de Acolhimento com Classificação de Risco no Hospital Municipal Evandro Freire, CER Ilha e CER Centro
Responsável pelo desenvolvimento e gerenciamento do projeto de implantação da Unidade de Pronto Atendimento Centro Rio de Janeiro sob gestão de Organização Social
Gerente do Projeto de Implantação do Sistema informatizado de Gestão Hospitalar do Hospital Municipal Evandro Freire Rio de Janeiro e da Unidade de Pronto Atendimento CER Ilha, sob gestão de Organização Social
Membro do Comitê Técnico Gestor da Organização Social, Centro de Estudos e Pesquisa Dr. João Amorim
Responsável pela elaboração e implantação do Plano de Gerenciamento dos Resíduos de Serviço de Saúde das unidades sob a gestão de Organização Social
Supervisora Técnica da Empresa de Consultoria e Capacitação em saúde – FOCO Capacitação
Desenvolvimento do Protocolo da Atenção Básica SE

Página gerada pelo sistema Currículo Lattes em 14/08/2023 às 13:18:22.



Carteira de Trabalho Digital

Dados Pessoais

Data de emissão: **03/05/2021**

Nome Civil: **ISIS REGINA UNFER PEREIRA**

CPF: **106.335.477-35**

Data de Nascimento: **12/07/1984**

Sexo: **Feminino**

Nacionalidade: **Brasileira**

Nome da Mãe: **REGINA HELENA UNFER PEREIRA**

Contratos de Trabalho

- 01/07/2022 - Aberto

INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTACAO, SAUDE, EDUCACAO & SUSTENTABILIDADE

CNPJ RAIZ: 26.466.038

Endereço: **AVENIDA JULIO DE CASTILHOS 596 CONJ**

Ocupação **223505 - ENFERMEIRO**

Tipo de contrato: **Prazo indeterminado**

Tipo de admissão: **Admissão**

Salário contratual: **R\$ 249,86**

Remuneração inicial: **R\$ 239,10**

Última remuneração informada: **R\$ 249,86** (04/2024)

Relação de trabalho: **Empregado**

Fonte da informação: **ESOCIAL**

Anotações:

01/08/2023 - Salário definido para R\$ 249,86

01/08/2023 - Tipo de contrato definido para Prazo indeterminado

01/07/2022 - Admissão

Observações:



Carteira de Trabalho Digital

● 01/04/2022 - Aberto

INSTITUTO ELISA DE CASTRO

CNPJ RAIZ: 05.624.609

Endereço: **AVENIDA EMBAIXADOR ABELARDO BUENO 03180 SALA 0701 SALA 0702 SALA**

Ocupação **223505 - ENFERMEIRO**

Tipo de contrato: **Prazo indeterminado**

Tipo de admissão: **Admissão**

Salário contratual: **R\$ 5.000,00**

Remuneração inicial: **R\$ 9.500,00**

Última remuneração informada: **R\$ 5.000,00** (04/2024)

Relação de trabalho: **Empregado**

Fonte da informação: **ESOCIAL**

Anotações:

02/05/2023 - Férias de 20 dia(s) com previsão de encerramento em 21/05/2023

01/05/2023 - Salário definido para R\$ 5.000,00

01/05/2023 - Tipo de contrato definido para Prazo indeterminado

01/05/2023 - Ocupação alterada para ENFERMEIRO

01/04/2022 - Admissão

Observações:

● 01/06/2021 - Aberto

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CHAVANTES

CNPJ RAIZ: 73.027.690

Endereço: **RUA MARIA FERREIRA**

Ocupação **223505 - ENFERMEIRO**

Tipo de contrato: **Prazo indeterminado**

Tipo de admissão: **Admissão**

Salário contratual: **R\$ 4.318,18**

Remuneração inicial: **R\$ 3.158,00**

Última remuneração informada: **R\$ 4.318,18** (03/2024)

Relação de trabalho: **Empregado**

Fonte da informação: **ESOCIAL**

Anotações:

01/04/2024 - Férias de 30 dia(s) com previsão de encerramento em 30/04/2024

01/03/2024 - Salário definido para R\$ 4.318,18

01/09/2023 - Salário definido para R\$ 3.221,16

01/09/2023 - Tipo de contrato definido para Prazo indeterminado

03/04/2023 - Férias de 30 dia(s) com previsão de encerramento em 02/05/2023



Carteira de Trabalho Digital

Anotações:

01/06/2021 - Admissão

Observações:

-
- 01/10/2019 - 12/05/2021

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA FILIAL DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

CNPJ: 07.345.851/0009-72

Endereço: **RUA NILOPOLIS**

Ocupação **142105 - GERENTE ADMINISTRATIVO**

Tipo de contrato: -

Tipo de admissão:

Salário contratual:

Remuneração inicial: **R\$ 4.744,38**

Última remuneração informada: **R\$ 13.500,00** (04/2021)

Relação de trabalho: **Empregado**

Fonte da informação: **CNIS**

Anotações:

12/05/2021 - Rescisão Contratual

01/01/2021 - Ocupação alterada para GERENTE ADMINISTRATIVO

01/10/2019 - Admissão

Observações:

-
- 14/03/2019 - 11/06/2019

INSTITUTO BRASIL SAUDE

CNPJ: 09.652.823/0018-14

Endereço: **PC DOLOMITAS 0**

Ocupação **142105 - GERENTE ADMINISTRATIVO**

Tipo de contrato: -

Tipo de admissão:

Salário contratual:

Remuneração inicial: **R\$ 7.100,02**

Última remuneração informada: **R\$ 2.404,37** (06/2019)

Relação de trabalho: **Empregado**

Fonte da informação: **CNIS**

Anotações:

11/06/2019 - Rescisão Contratual

14/03/2019 - Admissão

Observações:



Carteira de Trabalho Digital

● 01/11/2014 - 08/03/2019

INSTITUTO POSITIVA SOCIAL

CNPJ: 33.981.408/0001-40

Endereço: **RUA MARIA EUGENIA**

Ocupação **121005 - DIRETOR DE PLANEJAMENTO ESTRATEGICO**

Tipo de contrato: -

Tipo de admissão:

Salário contratual:

Remuneração inicial: **R\$ 10.000,00**

Última remuneração informada: **R\$ 5.710,73** (03/2019)

Relação de trabalho: **Empregado**

Fonte da informação: **CNIS**

Anotações:

08/03/2019 - Rescisão Contratual

01/06/2015 - Ocupação alterada para DIRETOR DE PLANEJAMENTO ESTRATEGICO

01/05/2015 - Ocupação alterada para DIRETOR GERAL DE EMPRESA E ORGANIZACOES (EXCETO DE

01/03/2015 - Ocupação alterada para DIRETOR ADMINISTRATIVO

01/01/2015 - Ocupação alterada para DIRETOR GERAL DE EMPRESA E ORGANIZACOES (EXCETO DE

01/11/2014 - Admissão

Observações:

● 26/11/2013 - 26/03/2015

SOCIEDADE ESPANHOLA DE BENEFICENCIA

CNPJ: 33.005.638/0001-74

Endereço: **RUA RIACHUELO**

Ocupação **391205 - INSPETOR DE QUALIDADE**

Tipo de contrato: -

Tipo de admissão:

Salário contratual:

Remuneração inicial: **R\$ 5.678,23**

Última remuneração informada: **R\$ 1.097,27** (03/2015)

Relação de trabalho: **Empregado**

Fonte da informação: **CNIS**

Anotações:

26/03/2015 - Rescisão Contratual

26/11/2013 - Admissão

Observações:



Carteira de Trabalho Digital

● 02/04/2012 - 18/10/2013

CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS DR JOAO AMORIM

CNPJ: 66.518.267/0011-55

Endereço: **RUA REPUBLICA ARABE DA SIRIA 451 SALA**

Ocupação **142205 - GERENTE DE RECURSOS HUMANOS**

Tipo de contrato: -

Tipo de admissão:

Salário contratual:

Remuneração inicial: **R\$ 8.124,40**

Última remuneração informada: **R\$ 5.097,36** (10/2013)

Relação de trabalho: **Empregado**

Fonte da informação: **CNIS**

Anotações:

18/10/2013 - Rescisão Contratual

02/04/2012 - Admissão

Observações:

● 10/04/2010 - Aberto

INSTITUTO BRASIL SAUDE

CNPJ: 09.652.823/0002-57

Endereço: **AVENIDA LUIS CARLOS PRESTES 00350 SAL**

Ocupação **142105 - GERENTE ADMINISTRATIVO**

Tipo de contrato: -

Tipo de admissão:

Salário contratual:

Remuneração inicial: **R\$ 5.000,00**

Última remuneração informada: **R\$ 7.730,03** (01/2012)

Relação de trabalho: **Empregado**

Fonte da informação: **CNIS**

Anotações:

01/01/2011 - Ocupação alterada para GERENTE ADMINISTRATIVO

10/04/2010 - Admissão

Observações:



Carteira de Trabalho Digital

● 23/11/2009 - 13/03/2014

SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE - SES

CNPJ: 42.498.717/0001-55

Endereço: **RUA BARAO DE ITAPAGIPE**

Ocupação **223505 - ENFERMEIRO**

Tipo de contrato: -

Tipo de admissão:

Salário contratual:

Remuneração inicial: **R\$ 1.500,00**

Última remuneração informada: **R\$ 677,42** (03/2014)

Relação de trabalho: **Empregado**

Fonte da informação: **CNIS**

Anotações:

13/03/2014 - Rescisão Contratual

01/11/2010 - Ocupação alterada para ENFERMEIRO

01/12/2009 - Ocupação alterada para DIRIGENTE DO SERVICO PUBLICO FEDERAL

23/11/2009 - Admissão

Observações:

● 27/07/2009 - 24/07/2012

NUCLEO DE SAUDE E ACAO SOCIAL - SALUTE SOCIALE

CNPJ: 32.088.890/0001-21

Endereço: **AVENIDA AMARAL PEIXOTO 305 SALAS 208 E**

Ocupação **223505 - ENFERMEIRO**

Tipo de contrato: -

Tipo de admissão:

Salário contratual:

Remuneração inicial: **R\$ 2.593,00**

Última remuneração informada: **R\$ 355,42** (07/2012)

Relação de trabalho: **Empregado**

Fonte da informação: **CNIS**

Anotações:

24/07/2012 - Rescisão Contratual

27/07/2009 - Admissão

Observações:



Carteira de Trabalho Digital

- 13/03/2008 - Aberto

COMANDO DA MARINHA

CNPJ: 00.394.502/0438-97

Endereço: **PC BARAO DE LADARIO-ILHA DAS COBRAS S/N ED 23 DO AMRJ**

Ocupação **519905 - CARTAZEIRO**

Tipo de contrato: -

Tipo de admissão:

Salário contratual:

Remuneração inicial: **R\$ 1.916,45**

Última remuneração informada: **R\$ 1.916,45** (01/2010)

Relação de trabalho: **Empregado**

Fonte da informação: **CNIS**

Anotações:

13/03/2008 - Admissão

Observações:



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
Conselho Federal de Enfermagem

Inscrição - COREN RJ **998.204.194**
ENFERMEIRA

NOME CIVIL
INIS REGINA UNFER PEREIRA ALVES
NATURALEZA / UF / NACIONALIDADE
SÃO PAULO SP BRASILEIRA



Inis Regina Unfer Pereira V **18627218**

FUNDO
**JOSÉ JOAQUIM PEREIRA FILHO
REGINA HELENA UNFER PEREIRA**

CPF **106.335.477-35** DATA DE EMISSÃO **19/06/2019**

DATA DE NASCIMENTO **12/07/1984** DATA DE VALIDADE **19/06/2024**

QUANTIDADE **29.465.346-4**

ORGAO EMISSOR
DTC



Inis Regina U. P. Alves

***ANEXO EMPTRO: TERRITÓRIO NACIONAL



CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO DE JANEIRO

Autarquia Federal criada pela Lei N. 5.905 de 12/07/1973

CERTIDÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

A Anotação de Responsabilidade Técnica foi registrada pelo Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro, conforme a resolução Cofen 509/2016, de acordo com os dados abaixo:

ANOTAÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

Nr. do Registro: 0569/24

Livro: 36

Folha: 569

Data do Registro: 19/04/2024

Data do Vencimento: 19/04/2025

Característica das Atividades: GESTÃO DE ÁREA TÉCNICA

DADOS DO LOCAL DE ATUAÇÃO

Razão Social: INSTITUTO ELISA DE CASTRO

Nome Fantasia: *****

CNPJ: 05624609000155 **Natureza Jurídica:** ENTIDADES EMPRESARIAIS

Endereço: AV EMBAIXADOR ABELARDO BUENO 3180 SALAS 701 A 710. BARRA DA TIJUCA.
CEP: 22775040. RIO DE JANEIRO-RJ

DADOS DO(A) ENFERMEIRO(A) RESPONSÁVEL TÉCNICO(A)

Nome Social: ---

Nome Civil: ISIS REGINA UNFER PEREIRA ALVES

Inscrição Coren-RJ: 204194-ENF

CPF: 10633547735

Setor: ADMINISTRATIVO SEDE

Jornada de Trabalho: SEGUNDA A SEXTA - 16 AS 20 H

Carga Horária Total Semanal (horas): 20

Daniele Rosa Monteiro Bittencourt

Chefe do Setor CRT/RE

COREN-RJ Matrícula 000.384

Competência delegada pela Portaria Coren-RJ nº523/2019

ASPECTOS JURÍDICOS E TÉCNICOS DE VALIDADE DA CERTIDÃO

A autenticidade deste comprovante poderá ser confirmada na Sede ou nas Subseções do COREN-RJ.

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.

Código de Controle da Certidão: 2024101204976



5365233

Avenida Presidente Vargas, 502 - 3º, 4º, 5º e 6º andares
Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP 20071-000 Telefone/Fax: (21) 3232-8730 / (21) 2516-1353
www.coren-rj.org.br



CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO DE JANEIRO

Autarquia Federal criada pela Lei N. 5.905 de 12/07/1973

CERTIDÃO

Certidão Número: 2024101220353

Validade: Esta certidão tem validade até 19/07/2024.

Nome Social: —

Nome: ISIS REGINA UNFER PEREIRA ALVES

CPF: 106.335.477-35

Inscrição: 204194-ENF

Livro: 552

Folha: 19

Data do Registro/Cofen: 02/02/2010

Categoria: ENFERMEIRO(A)

Tipo da Inscrição: PRINCIPAL

O Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro certifica que o(a) profissional supracitado(a) é ENFERMEIRO(A), inscrito(a) sob o n.º 204194-ENF, com INSCRIÇÃO DEFINITIVA ATIVA desde 02/08/2013.

Certifica, ademais, que não consta Processo Ético ativo em seu nome na presente data.

Certifica, ainda, que o(a) profissional ESTÁ QUITO com a situação eleitoral perante o COREN/RJ até a presente data.

Ressalvado o direito do Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro cobrar e inscrever quaisquer dívidas de responsabilidade do sujeito passivo acima identificado que vierem a ser apuradas, é certificado que NÃO CONSTAM pendências em seu nome, relativas às anuidades devidas ao Conselho Regional de Enfermagem - COREN/RJ.

Certidão emitida em 21/05/2024 às 10:30:00.

ASPECTOS JURÍDICOS E TÉCNICOS DE VALIDADE DA CERTIDÃO

Esta certidão atesta a situação cadastral, ética e financeira do profissional de enfermagem, sendo emitida gratuitamente e apenas mediante requerimento do inscrito no Coren/RJ, nos termos do artigo 205 da Lei 5.172/1966.

A utilização desta Certidão está condicionada à verificação digital de autenticidade através do site: <http://servicos.coren-rj.org.br>
Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.



5412495

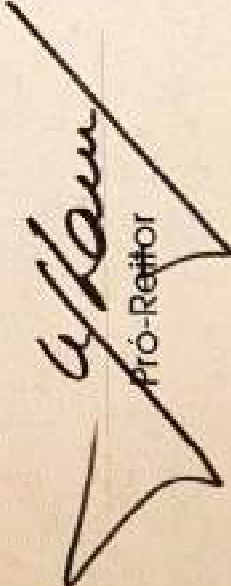
Sede: Avenida Presidente Vargas, 502 - 3º, 4º, 5º e 6º andares
Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP 20071-000 Telefone: (21) 3232-3232
www.coren-rj.org.br



Universidade Gama Filho

O Reitor da Universidade Gama Filho, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de *Enfermagem*, em *29 de janeiro de 2008*, confere o título de *Enfermeiro* a *Isis Regina Unzer Pereira* identidade nº *39.178 EBENEZ*, de nacionalidade *Brasileira*, natural do *Estado de São Paulo*, nascido (a) em *12 de julho de 1984*, e outorga-lhe o presente diploma a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Rio de Janeiro, RJ, *09* de *Julho* de *2009*.


Pró-Reitor

Isis Regina Unzer Pereira.
Diplomado


Reitor

UNIVERSIDADE GAMA FILHO

Associação de Ensino Superior de Direito Federal nº 70.330, de 24 de março de 1972. D.O.U. de 27 de março de 1972.

Curso de Enfermagem e Obstetrícia

Resoluções pela Portaria nº 201, de 23/02/1981, publicado no D.O.U. de 25/02/1981.

Prof. Gilberto Chaves
Pró - Rector de Saúde

Maria José Wehling
Reitora



Universidade Gama Filho
DIVISÃO DE ASSUNTOS ESTUDANTIS

Registro de Diplomas nos termos do Art. 48 § 1º, da Lei nº 9.394 de 20/12/96.
Diploma Registrado sob o nº 39715 localização 23 / 244.3
no Sistema Informatizado de Registro de Diplomas em 09 / 07 / 2009
processo nº Doc 136147/2008.

Rio de Janeiro, RJ, 09 / 07 / 2009

Denise Santos de Oliveira
Diretora

Profª Denise Santos de Oliveira
Diretora de Assuntos Estudantis
UFGF



República Federativa do Brasil

FACULDADE CENTRO DE ESTUDOS AVANÇADOS E TECNOLOGIA – FACEAT



Credenciada pela Portaria MEC nº 916, de 17 de Agosto de 2016, DOU de 18/08/2016

CERTIFICADO

A Diretora Geral da Faculdade CEAT – FACEAT, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do curso de Pós-Graduação, nível Lato Sensu denominado MBA GESTÃO DE SAÚDE E CONTROLE DE INFECÇÃO realizado no período de 08 de Março de 2019 a 15 de Agosto de 2020, confere o título de Pós Graduação à

Isis Regina Unfer Pereira

Brasileiro (a), natural de São Paulo/SP, Nascido (a) em 12/07/1984, RG: 29.465.346-4

e outorga-lhe o presente certificado, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais, lei 9.394/96, e as disposições legais da Resolução CES/CNE, nº 01/18 do Conselho Nacional de Educação.

São Paulo, 21 de Setembro de 2020.

Prof. Dr. Teresinha Covas Lisboa
Diretora Geral

Isis Regina Unfer Pereira
Concluinte

Antônio Tadeu Fernandes
Professor(a) Coordenador(a)

A Faculdade Centro de Estudos Avançados e Tecnologia - FACEAT
Credenciada pela Portaria MEC n.º 916, de 17 de agosto de 2016, DOU de 18/08/2016
Certificado registrado sob o N.º 415 Livro: 003 Folha: 004, nos termos da Resolução CES/CNE n.º 1,
de 6 de abril de 2018, do Conselho Nacional de Educação.

São Paulo, 01 de setembro de 2020



Aldeny Monteiro F. de Medeiros
Secretária de Pós Graduação

Nível:	Pós-Graduação		Modalidade:	Lato Sensu	
Curso:	MBA Gestão de Saúde e Controle de Infecção			Período:	08/03/2019 A 15/08/2020
Aluno(a):	ISIS REGINA UNFER PEREIRA			Nascimento:	12/07/1984
Natural do Estado:	São Paulo - SP			Nacionalidade:	Brasileira
Identidade:	29.465.346-4	CPF:	106.335.477-35	UF:	RJ


DISCIPLINA	C.H	CONCEITO	FREQUENCIA
1 GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E O CONTROLE DE INFECÇÃO Profº Mestre - Waldomiro Faderighi	60	9,0	83%
2 AS EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS, RECURSOS HUMANOS E A PRÁTICA DO CONTROLE DE INFECÇÃO Profº Mestre - Antonio Tadeu Fernandes	60	9,0	75%
3 INTRODUÇÃO AO CONTROLE DE INFECÇÃO E EPIDEMIOLOGIA DAS INFECÇÕES HOSPITALARES Profº Mestre - Antonio Tadeu Fernandes	60	9,5	100%
4 ANTIBIÓTICOS, ESTERILIZAÇÃO, DESINFECÇÃO E ANTISSEPSIA E MICROBIOLOGIA APLICADAS AO CONTROLE DE INFECÇÃO Profº Doutora - Kazuko U. Ohashi	60	10,0	75%
5 DIAGNÓSTICO E PROFILAXIA DAS INFECÇÕES HOSPITALARES E MEDIDAS DE PRECAUÇÕES E ISOLAMENTO Profº Doutora - Julia Yanko Kawagoe	60	9,5	100%
6 SEGURANÇA DO PACIENTE, GESTÃO AMBIENTAL, DE RISCO E DAS ÁREAS DE APOIO Profº Doutora - Cristiane Schmitz	60	9,5	100%
7 MONOGRAFIA		9,5	

CARGA HORÁRIA TOTAL: 360

Título da Monografia:
O SUS E A GESTÃO POR ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO.

Declaramos que o curso atendeu as disposições gerais da Resolução CES/ CNE, nº 1, de 6 de abril de 2018, do Conselho Nacional de Educação.

Faculdade FACEAT, 21 de setembro de 2020.


Aldery Monteiro de Medeiros
Secretária de Pós-Graduação





Universidade Anhanguera de São Paulo - UNIAN

Anhanguera

A Diretora da Universidade Anhanguera de São Paulo-UNIAN, mantida pela Anhanguera Educacional, no uso de suas atribuições, e tendo em vista a aprovação do curso de *Pós Graduação Stricto Sensu em Biotecnologia e Inovação em Saúde*, regulamentado pela Portaria Normativa nº 0589, de 19 de junho de 2009 e renovado o Reconhecimento pela Portaria nº 0656 de 27 de julho de 2017, e homologado pelo Parecer CNE/CES 288/2015, confere a portadora o grau de

MESTRA em BIOTECNOLOGIA E INOVAÇÃO EM SAÚDE a ISIS REGINA UNFER PEREIRA

natural de São Paulo- SP, de nacionalidade brasileira, nascida em 12 de julho de 1984, portadora da identidade 29.465.346-4 DETRAN/RJ, outorga-lhe o presente diploma para que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

São Paulo, 05 de julho 2018

Christiane M V Barros De Rensis
Diretora (a)

Isis Regina Umfer Pereira.

Diplomado (a)

UNIVERSIDADE ANHANGUERA DE SÃO PAULO -UNIAN

CREDENCIADA PELA PORTARIA Nº 48 DE 14/01/1994 E PUBLICADO PELO DOU EM 17/01/1994

CURSO: MESTRADO em BIOTECNOLOGIA E INOVAÇÃO EM SAÚDE

Curso Renovado e Reconhecimento pela Portaria nº 0656 de 27 de julho de 2017, homologado pelo

Primeiro CMECEES 288/2018.

CONCLUSÃO DO CURSO: 25/04/2018.

PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO STRICTO SENSU

Diploma registrado Sob o nº 68 no livro 03 na Folha 05.

Este Diploma foi expedido de acordo com o disposto nº1/2007 do Conselho Nacional de Educação

São Paulo, 03 de julho de 2018


Flávia de Melo Quessada
Secretaria Acadêmica (a)

HISTÓRICO ESCOLAR STRICTO SENSU

 Nome: **ISIS REGINA UNFER PEREIRA** RG: 29.465.346-4 DETRAN/RJ Matrícula: 201527000 CPF: 106.335.477-35

Data de Nascimento: 12/07/1984 Naturalidade: São Paulo UF:SP Pai: José Joaquim Pereira Filho Mãe: Regina Helena Unfer Pereira

DADOS DO CURSO

 Curso: **MESTRADO EM BIOTECNOLOGIA E INOVAÇÃO EM SAÚDE** Área de Conhecimento: Saúde

Atos Normativos: Reconhecimento pela PORTARIA Nº 0051 de 27/01/2014, com Renovação do Reconhecimento pela PORTARIA

Nº 0656 de 27 de julho de 2017, homologada pelo Parecer CNE/CES 288/2015.

Código do Curso no CAPES:33107017008M0

Nota do Curso: 3 Forma de Ingresso: Seleção de PÓS-GRADUAÇÃO Mês/Ano Inicial:Março/2015 Mês/Ano Saída: Abril/2018

Disciplinas/Atividades Cursadas/Cursando

Corpo Docente	Titulação	Disciplina	Nº de Horas	Frequência	Crédito	Conceito
José Agustín Pablo Quincoces Suárez	Doutorado	Metodologia de Pesquisa	90	100%	6	B
Suzana Nogueira Diniz	Doutorado	Biologia Celular e Molecular	120	100%	8	A
Simone dos Santos Grecco	Doutorado	Bioestatística	90	100%	6	B
Regina Mara Silva Pereira	Doutorado	Desenvolvimento de produtos biotecnológicos	90	100%	6	B
Júlia Alejandra Pezuk	Doutorado	Metódos Analíticos aplicados a Biotecnologia	90	100%	6	B
Waleska Kerllen Martins Gardesani	Doutorado	Nanotecnologia	90	100%	6	B
Regina Mara Silva Pereira	Doutorado	Seminários Avançados em Biotecnologia	120	100%	8	A
José Agustín Pablo Quincoces Suárez	Doutorado	Modelos de avaliação biológicas	45	100%	3	B
Júlia Alejandra Pezuk	Doutorado	Engenharia tecidual eBiocompatibilidade	90	100%	6	A
Simone dos Santos Grecco	Doutorado	Fundamentos da Pesquisa clínica	90	100%	6	A
Regina Mara Silva Pereira	Doutorado	Pesquisa clínica aplicada.	90	100%	6	B
José Agustín Pablo Quincoces Suárez	Doutorado	Avaliação pré-clínica de produtos biotecnológicos	45	100%	3	A
Waleska Kerllen Martins Gardesani	Doutorado	Tópicos especiais em Biotecnologia	90	100%	6	B
Simone dos Santos Grecco	Doutorado	Gestão e Empreendedorismo	45	100%	3	A
Regina Mara Silva Pereira	Doutorado	Bioética e Biosegurança	90	100%	6	B
Júlia Alejandra Pezuk	Doutorado	Políticas Públicas em Saúde	90	100%	6	B
Dissertação: A Importância da Detecção Precoce das Cardiopatias Congênitas na Paraíba.						
Orientador: Prof. Dra Waleska Martins Gardesani.						

OBSERVAÇÃO: Este Histórico foi expedido de acordo com o disposto na Resolução nº 1/2007 do Conselho Nacional de Educação. O critério adotado para avaliação do aproveitamento foi o de provas definidas pelo Plano de Estudos de cada disciplina e as conclusões sobre o rendimento do aluno foram expressas obedecendo ao Regimento Geral da

UNIVERSIDADE ANHANGUERA DE SÃO PAULO-UNIAN, utilizando os seguintes conceitos: A - Ótimo; B - Bom;

C - Regular; D - Insatisfatório; FF - Falta Frequência.


 Dra Alejandra Hortenja Miranda Gonzalez
 Coordenadora do Curso
 UNIVERSIDADE ANHANGUERA DE SÃO PAULO - UNIAN
 Alejandra Hortenja Miranda Gonzalez
 Coordenadora do Curso



Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO

CERTIFICADO

CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU



Certificamos que **ISIS REGINA UNFER PEREIRA**

Nacionalidade **Brasileira** com assiduidade e Naturalidade **São Paulo** Nascido (a) **12.07.1984** Identidade nº **39.178 CBMERJ**
concluiu com este Certificado, de acordo com a Resolução nº **01**, de **08.06.07** do Conselho Nacional de Educação.

ENFERMAGEM NOS MOLDES DE RESIDÊNCIA CLÍNICA E CIRÚRGICA GERAL

no período de **04.02.2008 a 26.02.2010** com carga horária de **5.580** horas, pelo que lhe é conferido este Certificado, de acordo com a Resolução nº **01**, de **08.06.07** do Conselho Nacional de Educação.

Rio de Janeiro, 10 de Janeiro de 2014.

Prof. Dr. Paulo Cavalcante de Oliveira Junior
Diretor de Pós-Graduação

Prof. Dir. Ricardo Silva Cardoso
Pró-Reitor de Pós-Graduação e Pesquisa

ISIS REGINA UNFER PEREIRA
Pós-Graduado(a)

PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO E REGISTRO UNIVERSITÁRIO

REGISTRADO SOB O Nº 18842

LIVRO Nº 019 FOLHAS

Em, 31 de fevereiro de 2014.

[Assinatura]
Chefe do Serv. Doc. e Reg. Universitário

23023



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO

Centro de Ciências Biológica e da Saúde – CCBS

Escola de Enfermagem Alfredo Pinto – EEAP

Curso de Pós-Graduação em Nível de Especialização, Sob a Forma de Treinamento em Serviço para Enfermeiros, nos Moldes de Residência.

HISTÓRICO ESCOLAR (Pós-Graduação *lato sensu*)

NOME DO (A) ALUNO (A): ISIS REGINA UNFER PEREIRA

PERÍODO: INÍCIO - 04/FEVEREIRO/2006 — TÉRMINO - 26/FEVEREIRO/2010

TOTAL DE HORAS: 5.580 h - 124 CRÉDITOS

Nº DOS CONVÊNIOS: 002/07 = MS-ERERJ/UNIRIO/EEAP; 04/09 = MS-ERERJ/UNIRIO/SES-RJ; 048/06 = MS-ERERJ/UNIRIO/SMS-RJ/
85/04 = MARINHA DO BRASIL/HNMD e 01/2000 COMANDO DA AERONÁUTICA/DIRSA/RJ

DISCIPLINA E DOCENTE COM RESPECTIVA TITULAÇÃO	CONCEITO OU GRAU	CARGA HORÁRIA	CRÉDITOS
<u>POLÍTICA DE SAÚDE - ENF3001</u> Gicélia Lombardo Pereira - M	8,6	45	01
<u>PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO DE SAÚDE - ENF 3002</u> Beatriz Gerbassi Costa Aguiar - D	8,6	45	01
<u>RELAÇÕES INTERPESSOAIS - ENF3004</u> Sonia Regina de Souza - D Rosane Mello - D	9,0	45	01
<u>METODOLOGIA DA ASSISTÊNCIA - ENF3005</u> Ana Cristina Silva Pinto - M	9,0	90	02
<u>DIDÁTICA - DID3001</u> Beatriz Gerbassi Costa Aguiar - D	8,3	90	02
<u>METODOLOGIA DA PESQUISA - MP3001</u> Ângela La Cava - D Beatriz Gerbassi Costa Aguiar - D	8,8	90	02
<u>EPIDEMIOLOGIA - ENF3003</u> Gicélia Lombardo Pereira - M	9,4	45	01
<u>ADMINISTRAÇÃO EM ENFERMAGEM - ENF3006</u> Beatriz Gerbassi Costa Aguiar - D Gicélia Lombardo Pereira - M	8,2	90	02
<u>SEMINÁRIO DE PRODUÇÃO CIENTÍFICA - ENF3007</u> Beatriz Gerbassi Costa Aguiar - D Ângela La Cava - D	9,5	90	02
<u>TÓPICOS AVANÇADOS EM ENFERMAGEM - ENF3008</u> Denise de Assis Correa Sória - D Gicélia Lombardo Pereira - M	9,0	180	04
<u>ATIVIDADES DE PESQUISA</u>	9,3	540	12
<u>ATIVIDADES DE EXTENSÃO</u>	9,0	315	07
<u>ATIVIDADES ASSISTENCIAIS</u>	9,4	3.915	87

MONOGRAFIA: 10 — CONCEITO: E

Titulo da monografia: "A angústia espiritual no paciente oncológico: Utilização do diagnóstico de enfermagem como norteador do cuidado a esta clientela".

OBSERVAÇÃO: O Curso cumpriu todas as disposições da Resolução CES nº 01, de 08/06/2007.

AVALIAÇÃO: Conceitos: E = Excelente (9,0 a 10,0); MB = Muito Bom (8,0 a 8,9); B = Bom (7,0 a 7,9); I = Insuficiente (0,0 a 6,9), em trabalhos, provas e/ou monografia final.

Rio de Janeiro, 29 de novembro de 2013.


 Coordenação do Curso
 Profa Gicélia Lombardo Pereira
 Coordenadora
 Residência em Enfermagem UNIRIO
 Mat. 0398756



**F U N D A Ç Ã O
GETULIO VARGAS**

Número do registro da IES: C-2025/08

O Instituto de Desenvolvimento Educacional da Fundação Getúlio Vargas confere a

ISIS REGINA UNFER PEREIRA ALVES

Natural de Rio de Janeiro - RJ, nascido(a) em 12 de julho de 1984, cart. de identidade no 39178 - CBMERJ

O Certificado do Curso

ANALISTA DE ACREDITAÇÃO EM SAÚDE

Nível Capacitação, com 120 horas-aula, oferecido pelo Programa FGV Management, concluído em 31 de maio de 2014.


Rio de Janeiro, 16 de outubro de 2014.

Paulo Mattos de Lemos
Diretor Executivo

Núcleo RJ, SP e DF da Rede FGV Management

1ª Via




Selma da Silva Pereira
Secretaria Acadêmica

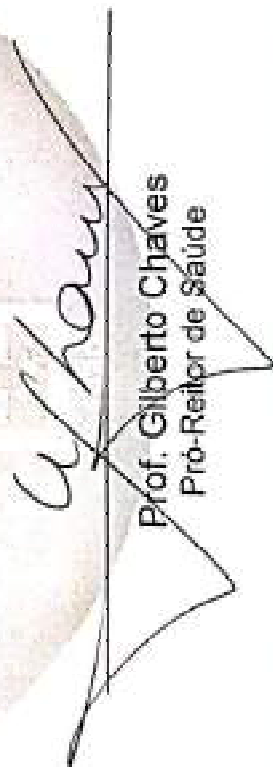
C 202508

CERTIFICADO

PIM
Programa
Institucional
de Monitoria

.....
ISIS REGINA UNFER PEREIRA, aprovado(a) em processo seletivo, participou com aproveitamento do Programa Institucional de Monitoria da Universidade Gama Filho, na qualidade de *Monitor(a)* da disciplina *ENF369 – SEMIOLOGIA E SEMIOTÉCNICA*, no *primeiro* semestre de *2006*.

Rio de Janeiro, 29 de agosto de 2006.



Prof. Gilberto Chaves
Pró-Reitor de Saúde

O Programa Institucional de Monitoria da Universidade Gama Filho (Resolução Nº 588, de 13 de fevereiro de 2006, do Conselho de Ensino e Pesquisa), tem por objetivos:

- Estimular o desenvolvimento da vocação para o magistério nos alunos que apresentam excelência em seu rendimento escolar;
- Propiciar condições institucionais para o atendimento à melhoria do processo de ensino-aprendizagem;
- Despertar vocações para o magistério e, para o exercício de atividades auxiliares de ensino;
- Proporcionar a aprendizagem de técnicas e métodos de ensino, assim como, estimular o desenvolvimento do pensamento científico e da criatividade;
- Estimular professores a engajarem, no processo acadêmico, alunos de destacado desempenho;
- Melhorar a qualidade do ensino e da aprendizagem.

As atribuições desempenhadas pelos monitores do Programa Institucional de Monitoria são:

- Auxiliar docentes na realização de trabalhos práticos e experimentais, na preparação de aulas, de atividades de laboratório e de preparação de materiais didáticos e de apoio, bem como na fiscalização e no acompanhamento da provas e trabalhos escolares;
- Organizar e orientar grupos de estudos formados por alunos matriculados na disciplina, visando o melhor aproveitamento dos conteúdos programáticos já ministrados;
- Elaborar relatório bimensal, com vistas à avaliação pelo professor orientador.

Importante - É vedado ao aluno participante do Programa Institucional de Monitoria ministrar aulas teóricas, bem como executar tarefas de aulas práticas, sem a presença do professor da disciplina.

Universidade Gama Filho
Programa Institucional de Monitoria
Registro nº 629 Fís 14 Livro 01
Rio de Janeiro, 29 de agosto de 2006.

Secretaria PIM


PIM

Programa
Institucional
de Monitoria

CERTIFICADO

.....
ISIS REGINA UNFER PEREIRA, aprovado(a) em processo seletivo, participou com aproveitamento do Programa Institucional de Monitoria da Universidade Gama Filho, na qualidade de **Monitor(a)** da disciplina **ENF369 - SEMIOLOGIA E SEMIOTÉCNICA**, no **segundo** semestre de **2006**.

Rio de Janeiro, 15 de março de 2007.



Prof. Gilberto Chaves
Pró-Reitor de Saúde

O Programa Institucional de Monitoria da Universidade Gama Filho (Resolução Nº 588, de 13 de fevereiro de 2006, do Conselho de Ensino e Pesquisa), tem por objetivos:

- Estimular o desenvolvimento da vocação para o magistério nos alunos que apresentem excelência em seu rendimento escolar;
- Propiciar condições institucionais para o atendimento à melhoria do processo de ensino-aprendizagem;
- Despertar vocações para o magistério e, para o exercício de atividades auxiliares de ensino;
- Proporcionar a aprendizagem de técnicas e métodos de ensino, assim como, estimular o desenvolvimento do pensamento científico e da criatividade;
- Estimular professores a engajarem, no processo acadêmico, alunos de destacado desempenho;
- Melhorar a qualidade do ensino e da aprendizagem.

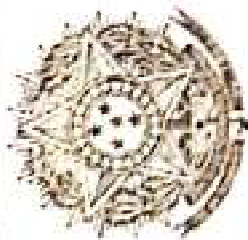
As atribuições desempenhadas pelos monitores do Programa Institucional de Monitoria são:

- Auxiliar docentes na realização de trabalhos práticos e experimentais, na preparação de aulas, de atividades de laboratório e de preparação de materiais didáticos e de apoio, bem como na fiscalização e no acompanhamento da provas e trabalhos escolares;
- Organizar e orientar grupos de estudos formados por alunos matriculados na disciplina, visando o melhor aproveitamento dos conteúdos programáticos já ministrados;
- Elaborar relatório bimensal, com vistas à avaliação pelo professor orientador.

Importante - É vedado ao aluno participante do Programa Institucional de Monitoria ministrar aulas teóricas, bem como executar tarefas de aulas práticas, sem a presença do professor da disciplina.

Universidade Gama Filho
Programa Institucional de Monitoria
Registro nº 720 Fis 17 Livro 01
Rio de Janeiro, 15 de março de 2007.

Secretaria PIM



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO DE JANEIRO
CERTIDÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

VALIDADE: DE 20/04/2013 A 20/04/2014

COREN-RJ expede, em 3 (três) vias, sem rasuras, o presente documento que reproduz resumidamente o Ato de anotação, no livro específico, da designação / contratação de Enfermeiro(a) para a Direção / Chefia de Serviço / Unidade de enfermagem / Departamentos similares de estabelecimento prestador de assistência de saúde mantido / conveniado por instituição ou empresa, pública ou privada, ou a ela pertencente, e a responsabilidade técnica pelas respectivas atividades de enfermagem:

ANOTAÇÃO: nº 137/2013

Data: 20/04/2013

Fls: 35 / LIVRO 25

CHEFIA GERAL

INSTITUIÇÃO / EMPRESA OU UNIDADE: **HOSPITAL MUNICIPAL EVANDRO FREIRE**

DENOMINAÇÃO DO ESTABELECIMENTO: **CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS "DR. JOÃO AMORIM"**

Endereço: **ESTRADA DO GALEÃO, 2920 - I DO GOVERNADOR - RIO DE JANEIRO**

NOME DO(A) ENFERMEIRO(A): **Dra. Isis Regina Unfer Pereira Alves**

Nº de inscrição: **COREN-RJ 204194**

Carga horária: **40 horas semanais - segunda à sexta, de 08:00 às 17:00**

Rio de Janeiro, ...20..... de abril..... de2013.....

Presidente do COREN-RJ

- Obs.: 1) Este documento será obrigatoriamente afixado no estabelecimento de saúde, em local visível ao público;
2) O presente documento tem valor exclusivamente no período de validade supra indicado e corresponde a ANOTAÇÃO cujo requerimento será renovado anualmente, até o dia 31 de março, ou sempre que houver mudança do Chefe do Serviço ou da Unidade a que se refere;
3) Esta Certidão também perdura o valor sempre que for renovada a ANOTAÇÃO.



DECLARAÇÃO

Atesto para fins de comprovação, que a Sra. Isis Regina Unfer Pereira, portadora do **RG: 29.465.346-4**, **Detran** e **CPF: 106.335.477-35**, foi funcionária do Instituto de Atenção Básica e Avançada à Saúde (IABAS), sediado no Rio de Janeiro, de **07/2009 a 02/2012**, a mesma ocupou os seguintes cargos:

Gerente Administrativo – Período: 01/11/2010 a 12/02/2012 – Principais Atividades da Função:

Atuou na área de gestão, promovendo a orientação, coordenação e direção das atividades da UPA, sempre respondendo pelo bom andamento e pela regularidade do serviço, visando adequar, programar e supervisionar as normas e rotinas operacionais, acompanhamento dos indicadores, com base em resultados e custos, satisfação, desenvolvimento organizacional e processos internos da unidade. Foi a responsável direta pelo zelo, segurança e controle patrimonial dos bens permanentes da Instituição. Gerenciou todo desempenho dos serviços terceirizados através de indicadores de produção, qualidade e satisfação dos clientes, estabelecidos em contrato. Orientava e supervisionava as coordenações da unidade quanto às atividades pertinentes às suas atribuições e elaborou diversos relatórios sobre estes serviços. Acompanhou diretamente as informações providas das comissões técnicas (óbito, prontuário e infecção) que nortearam ações e garantiram o controle de avaliação dos registros e da qualidade prestada, bem como as captações e articulações realizadas com os diversos níveis de atenção. Foi responsável pelo processo de implantação de um sistema de comunicação que promovia o autodesenvolvimento e amplitude do compromisso social dos profissionais.

Coordenadora de Enfermagem – Período: 01/09/2010 a 30/10/2010 – Principais Atribuições:

Responsável pela elaboração do processo seletivo para admissões de enfermeiros, técnicos de enfermagem para as UPAS e dos cursos e treinamentos com enfoque no sistema de acolhimento e classificação de risco nas unidades de pronto atendimento. Participou da criação do procedimento operacional padrão para toda parte de desinfecção e esterilização das UPAs do IABAS. Elaborando as rotinas adotadas na sala de expurgo, sala de utilidades, sala de esterilização e sala de desinfecção. Realizava a escala diária e mensal da equipe de enfermagem. Controlava todo estoque de material, insumos e medicamentos das salas. Como responsável técnica da UPA Madureira, atuou como membro das comissões de revisão de prontuários, de controle de infecção hospitalar, comissão de óbito e serviço de atendimento ao usuário e realizou estatísticas dos atendimentos ocorridos neste período. Gerenciou o plano de educação continuada da unidade, palestrando cursos e treinamentos, a fim de gerar qualidade na assistência prestada ao usuário. Realizou a implantação e a estruturação das UPAs do Complexo do Alemão e de Madureira.

Enfermeira Rotina – Período: 01/07/2009 a 30/08/2010 – Principais Atribuições:

Enfermeira com atuação em emergência adulta e pediátrica, conforme sistema de acolhimento e classificação de risco e supervisão nas salas de observação da unidade. Supervisionava todo o cuidado ao paciente, o serviço de enfermagem em emergência e monitorava a equipe de enfermagem. Liderava o plano de cuidados e evolução dos pacientes registrando no prontuário. Atuava diretamente com a equipe médica na execução dos procedimentos diversos.



Caracterização da Unidade Atuarante:

A UPA 24h gerenciada pelo IABAS é uma unidade pré-hospitalar fixa de porte III que se propõe ao pronto atendimento de urgência e emergência 24 horas. A unidade possui 19 leitos para atendimentos dos pacientes em observação, sendo 09 (nove) Sala Amarela Adulto, 04 (quatro) Sala Amarela Infantil, 04 (quatro) Sala Vermelha e 02 (dois) Salas de Observação Individual, com uma média de 12.000 atendimentos mensal. Deve funcionar de modo ininterrupto, possuir equipe multiprofissional interdisciplinar compatível com seu porte, tendo entre suas principais competências acolher os usuários e seus familiares sempre que buscarem atendimento. Prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica e de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, de modo a definir, em todos os casos, a necessidade ou não de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade.

Declaro que em todos os setores a profissional supracitada demonstrou competência, criatividade e total responsabilidade. A mesma sempre cumpriu com as normas da Instituição e toda a sua conduta foi satisfatória e eficaz para o desenvolvimento da empresa.

Atenciosamente

Beatriz C. de Oliveira
Gerente Administrativa

Beatriz Carvalho
Gerente Administrativa – IABAS

09.652.823/0001-76
UPA MADUREIRA
Praça dos Lavadores, s/nº
Madureira - CEP 21310-150
Rio de Janeiro - RJ



HOSPITAL ESPANHOL

DECLARAÇÃO

Declaramos que a Sr (a). **ISIS REGINA UNFER PEREIRA ALVES**, portadora da Carteira Profissional de nº 0255150 de série nº 0020 RJ, fez parte do quadro de funcionários desta Instituição, com admissão em 26 de novembro de 2013 à 26 de março de 2015, exercendo a função de **GERENTE DE QUALIDADE**, com uma jornada de 160:00 horas mensais, locada no setor de **ADMINISTRAÇÃO**.

Rio de Janeiro, 13 de Janeiro de 2016.


Isis Regina Unfer Pereira Alves
Gerente de Qualidade
Setor de Qualidade
-0255150-15

DECLARAÇÃO

Atesto para finalidade de comprovação de experiência técnica que a Sra. Isis Regina Unfer Pereira, portador do RG 29.465.346-4 DETRAN e CPF 106.335.477-35, foi funcionário do Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim, sede regional do Rio de Janeiro, ocupando a função de Gerente Assistencial de 02/04/2012 a 18/10/2013, responsável pela Gestão e Gerenciamento das atividades Assistenciais e de Implantação nas unidades de saúde: Hospital Municipal Evandro Freire, Coordenação de Emergência Regional da Ilha do Governador e Coordenação de Emergência Regional do Centro, da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e responsável técnica da unidade Hospital Municipal Evandro Freire, garantindo o adequado funcionamento dos setores de enfermagem e demais, através do controle dos processos, visando à qualidade e humanização do atendimento, realizando treinamento e supervisão da assistência técnica prestada pela equipe, mantendo o sistema de avaliação contínua, elaborando relatórios gerenciais, ministrando treinamentos, controle de orçamento e indicadores das áreas.

Porte das Unidades:

- Coordenação de Emergência Regional da Ilha do Governador – média de 10.000 atendimentos mês;
- Coordenação de Emergência Regional do Centro – média de 10.000 atendimentos mês;
- Hospital Municipal Evandro Freire – de porte médio para atendimentos à Urgência e Emergência de atendimentos a média e alta complexidade, com 103 leitos de Clínica

Médica e suas especialidades, Cirurgia Geral, Traumatologia, Ortopedia, Saúde Mental e Terapia Intensiva (30 leitos), com média de 350 internações/mês.

Rio de Janeiro, 03 de novembro de 2016.

Atenciosamente,



Kamila Conde Coelho
Gerente Administrativa
CEJAM

Kamila Conde Coelho

Gerente Administrativa – Sede Regional CEJAM - RJ

66.518.267 / 0011-551
CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS
"DR. JOÃO AMORIM"
R. República Árabe da Síria, 451 Sala 203
PORTUGUESA - CEP 21931-370
RIO DE JANEIRO - RJ

3. Qualificação Técnica da Organização Social e/ou da equipe técnica (C3)

comprovação do atendimento ao item h

DEISE DOS SANTOS

**(Farmacêutica - MBA GESTÃO DE SAÚDE E ADMINISTRAÇÃO
HBOSPITALAR)**

Deise dos Santos

Farmacêutica – 36 anos

Rua Oiticica, 95 – Jardim da Posse – Nova Iguaçu – RJ.

(21) 99902-7102 e-mail: deise.tsantos@gmail.com

Link ID Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3967827575593044>

Objetivo:

Realizar as tarefas com qualidade e eficiência, seguindo os princípios éticos e os princípios qualitativos conforme conduta necessária ao momento.

Compartilhar conhecimentos e experiências sempre que solicitado e/ou que seja observada a necessidade.

Aprimorar a prestação de assistência sempre visando, primordialmente, o princípio de segurança do paciente, com a maior eficácia, eficiência e menor custo operacional associado.

Formação Acadêmica:

- **MBA em Acreditação e Gestão da Qualidade em Saúde.**

Instituição: Universidade Estácio de Sá.

Conclusão: Abril 2022

- **MBA em Gestão em saúde e Administração Hospitalar.**

Instituição: Universidade Estácio de Sá.

Conclusão: Abril 2021.

- **Graduação em Farmácia.**

Instituição: Centro Universitário Augusto Motta – UNISUAM.

Conclusão: Janeiro de 2011.

Cursos:

- **Preparação de Avaliadores do Sistema Brasileiro de Acreditação**

Instituição: **Organização Nacional de Acreditação – ONA.**

Carga Horária: 80 horas

- Ferramentas de Gestão

Instituição: **Berkley Educacional**.

Carga Horária: 4 Horas

- Auditoria e consultoria de contas médicas.

Carga Horária: 16 Horas

- ERG – Elaboração de Relatório de Gestão.

Carga Horária: 16 Horas

- Capacitação para Implantação da Qualidade: Programa 5S.

Carga Horária: 8 Horas

- Capacitação em utilização de trombolíticos em emergência.

Carga Horária: 8 Horas

Atividades Acadêmicas

- **Monitora de Química Geral e Inorgânica I (2008.1 e 2008.2)**
- **Monitora de Química Orgânica II (2009.1 e 2009.2)**
- **Monitora de Farmacologia I (2010.1 e 2010.2)**
- **Estágio extracurricular:** Hospital Arthur de Siqueira Cavalcante (HEMORIO)
– Período: agosto de 2008 a março de 2009.
- **Iniciação científica:** Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas (IPEC– FIOCRUZ). Período: junho de 2008 a dezembro de 2010. Financiamento Acadêmico Bolsista: CNPQ.

Experiências profissionais:

- **Instituto Elisa de Castro**

Período: Julho de 2023 até presente data.

Função: Assessora de Projeto

Responsável pelo apoio ao gerenciamento e operacionalização das unidades as quais a instituição possui Contrato de Gestão.

- **CLJ Empresarial Relações Públicas e Privadas.**

Período: Janeiro de 2020 até presente data.

Função: Assessora Técnica em Saúde / Coordenação de Farmácia.

Acompanhamento das rotinas operacionais das unidades de saúde atendidas pela CLJ EMPRESARIAL quanto aos processos de suprimentos, incluindo: planejamento, implantação e gestão de práticas para melhoria da rentabilidade e qualidade dos serviços; Estruturação do setor de farmácia e suprimentos, redesenho dos processos melhorando os fluxos internos e otimizando a utilização dos recursos; Implantação dos processos relacionados as 6 metas de segurança do paciente; Implantação e treinamento dos colaboradores quanto a meta 3 de segurança de medicamentos e suporte no treinamento das demais metas; Implantação de processos de qualidade relacionados a certificação 5S; Preparo das unidades para Processo de Certificação de Qualidade ISO; Implantação de fluxos e rotinas relacionadas a assistência farmacêutica na unidade referência COVID19 no município de Maricá (Hospital Municipal Dr. Ernesto Che Guevara); Aprimoramento de processos de assistência farmacêutica e operacional para farmácia e os demais setores no Hospital da Mulher Mariska Ribeiro; Modernização de processo de gestão de estoque e implantação de processos de qualidade em suprimentos no Hospital Municipal Nossa Senhora de Nazareth; Implantação e acompanhamento de indicadores, comissões e rotinas operacionais e gerenciais na Unidade de Pronto Atendimento Itaguai; Padronização de fluxo assistencial farmacêutico nas 26 unidades integrantes da AP 5.3; Implantação de rotina operacional relacionada ao controle de medicamentos de alto custo; Criação de fluxo de dispensação segura de medicamentos de alta vigilância; Execução de rotinas inerentes a regularização de todas as unidades junto ao Conselho Regional de Farmácia – CRF e Vigilância sanitária.

- **Instituto Unir Saúde.**

Período: Maio de 2018 até Janeiro de 2020.

Função: Coordenadora de Farmácia e Almoxarifado.

Atividades desenvolvidas: Respostas às demandas oriundas da SES/RJ; participação em comissões de CCIH, CFT, NSP e outras; Revisão e adequação de pedido de reabastecimento semanal de materiais e medicamentos com base em consumo de 15 dias; Confecção de proposta de trabalho para participação de processos licitatórios; participação e organização de treinamentos realizados na SES/RJ; Gestão de processos de 11 unidades de saúde sendo 10 UPA's e uma unidade Hospitalar; Implantação e desenvolvimento de processos; Apuração de inventário realizado semanalmente nas unidades; Avaliação de fornecedores; Elaboração de POP's e PRS's ; Gestão de estoque; Análise de movimento de insumos; Validação legal de processos referentes a portaria 344/98; Manuseio do sistema *Stok, Klinikos, Ti Med, Vitai*; Implantação de rotina operacional relacionada ao controle de medicamentos de alto custo; Criação de fluxo de dispensação segura de medicamentos de alta vigilância; Execução de rotinas inerentes a regularização de todas as unidades junto ao Conselho Regional de Farmácia – CRF e Vigilância sanitária.

- **Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus - OSS HMTJ (UPA Jacarepaguá e UPA Copacabana).**

Período: janeiro de 2016 até Abril de 2018. (Com participação na certificação ISO 9001/2015 da UPA Copacabana).

Função: Coordenadora de farmácia e almoxarifado.

Atividades desenvolvidas: Preparo e participação ativa no processo de certificação ISO 9001/2015 na Unidade de Pronto Atendimento Copacabana, única UPA com a certificação do Estado do Rio de Janeiro; Solicitação de pedido de reabastecimento mensal de materiais e medicamentos com base em consumo de 45 dias, Indicadores de qualidade (acuracidade de estoque, tempo médio de giro de estoque, erros de dispensação, erros de prescrição, adesão aos protocolos de antimicrobianos); Prestação de contas Mensal a SES; controle de medicamentos controlados Port 344/98; inventário e movimentação de estoque; Membro da CCIH, membro CFT, Membro NSP, membro CROP; Manuseio do sistema TOTVS, RM, NUCLEUS; Confecção de POP's e PRS's; Planejamento, programação, implantação e treinamento de rotinas para cumprimento de exigências ISO 9001/2015, 5S e TopQuality com excelência.

- **Hospital Municipal Rocha Faria (OSS IABAS).**

Período: Junho de 2016 até Julho de 2017.

Cargo: Farmacêutica plantonista noturno.

Atividades desenvolvidas: Solicitação de pedido de reabastecimento diário de materiais e medicamentos com base em consumo de 36 horas, supervisionamento de técnicos e auxiliares de farmácia, Prestação de contas diária, controle de medicamentos controlados Port 344/98, inventário e movimentação de estoque, triagem de prescrições, controle de medicamentos de alto custo, acompanhamento de fluxo de dispensação de medicamentos de alta vigilância, membro das comissões de CCIH e CFT, manuseio do sistema RMSAÚSE.

- **Carrefour Comércio e Indústria LTDA.**

Período: Setembro de 2015 a fevereiro de 2016.

Cargo: Farmacêutica responsável Técnica.

Atividades desenvolvidas: Solicitação de pedido de reabastecimento com base em orçamento disponível na unidade, supervisionamento de balconistas, Prestação de contas diária, controle de medicamentos controlados Port 344/98, inventário e movimentação de estoque, Lançamento no sistema SNGPC.

- **Hospital J Badim SA (Hospital Badim)**

Período: novembro de 2011 a Abril de 2015.

Cargo: Farmacêutica plantonista e farmacêutica clínica.

Atividades desenvolvidas: Solicitação de pedido de reabastecimento diário de materiais e medicamentos com base em consumo de 36 horas, supervisionamento de técnicos e auxiliares de farmácia, Prestação de contas diária, controle de medicamentos controlados Port 344/98, inventário e movimentação de estoque, triagem de prescrições para dispensação de medicamentos por dose unitária, acompanhamento de fluxo de dispensação, supervisionamento de montagem de kits de dispensação e fracionamento de medicamentos sólidos e líquidos orais, Manuseio do sistema WPD.

Habilidades:

- Atuação na implantação do Hospital Municipal Dr. Ernesto Che Guevara - Campanha Covid 19.
- Habilidade com elaboração de relatórios e produção de indicadores.
- Facilidade para trabalhar com e em grupo.
- Boa atuação em gerenciamento de conflitos.
- Excelente senso de liderança.
- Boa prática em implantação e iniciação de rotinas operacionais.
- Boa prática em farmacoeconomia para aquisições de medicamentos, insumos e correlatos.
- Prática Operacional em Apoio cotações, curva ABC e XYZ, implantação de rastreabilidade, Palivizumabe, TARV'S, manutenção de estoque de segurança, elaboração de ponto de resuprimento ideal e estoque mínimo necessário.

Rio de Janeiro, Abril de 2024.

Deise Santos
CRF: 16783 -RJ



CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Contrato que entre si celebram a **INSTITUTO ELISA DE CASTRO**, associação civil sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 05.624.609/0001-55, situado na Ayrton Senna, 2.500 – Bloco I – Salas 314 a 322 – Barra da Tijuca – Rio de Janeiro – RJ – CEP: 22.775-003, neste ato, representado pelo seu Presidente **José Antônio Guimarães Cunha** – Brasileiro, casado, nascido em 07/12/1976, natural do Rio de Janeiro, advogado, portador da carteira de identidade nº 198.146 expedida em 18/04/2015 pela OAB/RJ, inscrito no CPF/MF sob o número 032.820.967-80, residente e domiciliado à Rua Madre Filomena, nº 65 – Apto. 302 – Centro – Barra Mansa – RJ – CEP: 27.330-350, doravante denominada **CONTRATANTE** e de outro lado, **DEISE DOS SANTOS**, brasileira, farmacêutica, solteira, nascida em 29/05/1985, portadora da carteira de identidade 11.899.898/8, expedida pelo DIC/RJ, inscrita no CPF sob o número 052.955.027-08, residente e domiciliado na Rua Oiticica, nº 95 – Posse – Nova Iguaçu – RJ – CEP: 26.021-070, doravante denominada **CONTRATADA**, têm entre si, justo e acordado, o presente contrato de prestação de serviços, que se regerá pelas cláusulas, condições e termos descritos no presente.

DO OBJETO

CLÁUSULA 1ª. O presente contrato formaliza e disciplina a prestação de serviços entre as partes, tendo por objeto a prestação de serviços como assessora de projetos, para estruturação e organização dos contratos de Gestão firmados pelo Instituto Elisa de Castro.

DO PRAZO

CLÁUSULA 2ª. O prazo de duração deste contrato será de 12 (doze) meses, tendo início em 01 de julho de 2023 a 30 de junho de 2024. Decorrido referido prazo e sem que haja manifestação das partes opondo-se a sua continuidade, o mesmo será automaticamente renovado por prazo indeterminado, podendo ser rescindido a qualquer momento pelas partes, mediante envio de notificação com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

DA FORMA DE PRESTAÇÃO DO SERVIÇO



CLÁUSULA 3ª. A **CONTRATADA** deverá, durante a vigência deste contrato, atender as solicitações de serviços da **CONTRATANTE** que estejam inseridas no Objeto do presente Contrato, relativamente às regras que lhes forem apresentadas.

Parágrafo 1º. Poderá a **CONTRATADA**, se assim lhe for conveniente, prestar os serviços ora pactuados na sede da **CONTRATANTE**, onde poderá utilizar-se da infraestrutura existente no local.

Parágrafo 2º. Caso a **CONTRATADA** opte pela utilização da infraestrutura da **CONTRATANTE**, está desobrigada a cumprir qualquer tipo de carga horária mínima ou máxima, obrigando-se unicamente com realização satisfatória do serviço previamente acordado, devendo apenas ser observado a escala de atendimento e os procedimentos de horário comercial de funcionamento desta, ou seja, entre às 08:00hrs até às 17:00hrs.

DA REMUNERAÇÃO DOS SERVIÇOS

CLÁUSULA 4ª. Pela prestação dos serviços indicados na **CLÁUSULA 1ª**, a **CONTRATANTE** pagará a **CONTRATADA**, mensalmente até o dia 15 (quinze), ou primeiro dia útil subsequente, o valor de **R\$ 4.500,00** (quatro mil e quinhentos reais), realizadas no mês anterior e comprovadas por meio de relatórios decorrentes da prestação dos serviços, preenchidos e assinados.

Parágrafo 1º. O pagamento será realizado por meio de transferência bancária para a conta corrente da **CONTRATADA**, do Banco Bradesco (237), Agência No.0406 e Conta Corrente Nº 522071-5 até o dia 15 (quinze) do mês subsequente a prestação de serviços.

Parágrafo 3º. Os encargos tributários incidentes sobre os valores pagos a **CONTRATADA** são de responsabilidade desta.

Parágrafo 4º. Por ocasião dos pagamentos, a **CONTRATANTE** efetuará os descontos legais que incidirem sobre as importâncias a serem pagas a **CONTRATADA**.

DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

CLÁUSULA 5ª. A **CONTRATADA** obriga-se a:



1. Acompanhar todos os atos relacionados com o serviço de assessoria descrito na Cláusula 2ª, executando as tarefas necessárias para solução de problemas, de forma preventiva ou paliativa, nos moldes dos parágrafos seguintes.:

Parágrafo primeiro. A CONTRATADA se obriga a utilizar técnicas condizentes com o serviço de assessoria a ser prestado, utilizando-se de todos os esforços para a sua consecução.

Parágrafo segundo. A CONTRATADA se obriga a efetuar viagens por todo o território nacional para realização dos atos de assessoria que se fizerem necessários.

Parágrafo terceiro. A CONTRATADA se obriga ainda ao fornecimento de relatório estatístico, constando os resultados e técnicas apresentados durante todo o período contratual, até o 10º (décimo) dia útil de cada mês.

2. Cumprir rigorosamente os deveres de observância de sigilo e da ética profissional, fazendo as recomendações oportunas e desenvolvendo todos os demais atos e funções, necessárias ou convenientes ao bom cumprimento das atribuições contratadas:

3. Manter o caráter sigiloso das informações às quais tiver acesso em função deste contrato, tomando todas as medidas cabíveis para que tais informações somente sejam divulgadas àquelas pessoas que delas dependam para a execução dos serviços objeto deste contrato;

5. Prestar os serviços de acordo com a legislação, de maneira responsável e eficiente, sempre seguindo as orientações da CONTRATANTE e as melhores práticas em direito;

Parágrafo 1º: A infração às obrigações previstas neste instrumento acarretará a aplicação de multa no valor de 2 (duas) parcelas mensais devidas, sem prejuízo da responsabilização cível e criminal pelos prejuízos causados.

DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

CLÁUSULA 6ª. A CONTRATANTE obriga-se a:

1. Oferecer a CONTRATADA todas as condições necessárias ao fiel cumprimento do presente contrato, sem as quais não se responsabilizará pela fiel execução dos serviços;



2. Fornecer todas as informações, bem como o material necessário para o cumprimento da prestação do serviço pela **CONTRATADA**;
3. Efetuar o pagamento mensal, conforme descrito na **CLÁUSULA 4ª**, pela prestação dos serviços executados pela **CONTRATADA**;
4. Disponibilizar para a **CONTRATADA** um ambiente de trabalho digno e saudável.

DO SIGILO E CONFIDENCIALIDADE

CLÁUSULA 7ª. A **CONTRATADA** obriga-se a manter absoluto sigilo e confidencialidade sobre as Informações Confidenciais, de propriedade da **CONTRATANTE** que lhe forem confiadas para a prestação dos serviços ora contratados ou por empresa que ela indicar, abrangendo esta obrigação a todos os eventuais funcionários, prepostos e contratados que venham a precisar conhecer as informações confidenciais em decorrência da participação no projeto.

Parágrafo 1º. Os compromissos previstos nesta cláusula de sigilo e confidencialidade são assumidos em caráter irrevogável e irretroatável, e sobreviverão ao término de qualquer vínculo comercial ou outro existente entre as **PARTES** pelo prazo de 02 (dois) anos.

Parágrafo 2º. A não observância dos compromissos assumidos nesta cláusula importará no pagamento, pela **PARTE** que der causa, de multa no valor de 5 (cinco) vezes o valor mensal bruto fixado na **CLÁUSULA 4ª**, sem prejuízo da responsabilização cível e criminal pelos prejuízos causados.

CLÁUSULA 8ª. Entende-se por "Informação Confidencial" todas aquelas informações, know-how e dados verbais ou não, sejam de caráter técnico ou não, que venham a ser fornecidos pela **CONTRATANTE** para a **CONTRATADA**, que não sejam de conhecimento público, incluindo, porém sem a isto se limitar, aquelas relativas a dados de projetos, croquis, estratégias de atuação, dados contábeis, sistemas de informação, projetos de investimento, fornecedores, fotografias, desenhos, amostras de ideias, procedimentos, modelos, preços e custos, processos, plantas de localização ou de qualquer natureza, especificações, amostras de ideia, clientes, nomes de revendedores e/ou distribuidores, definições e informações mercadológicas, invenções, incluindo informações financeiras, projeções, análises, compilações, estudos e *business plans*, procedimentos administrativos e operacionais ("Informações Confidenciais").



CLÁUSULA 9ª. As estipulações e obrigações constantes do presente instrumento não serão aplicadas a nenhuma informação que:

1. Seja de conhecimento do público no momento da revelação;
2. Torne-se disponível ao público em geral por atos de terceiros, não decorrente de ação ou omissão da **CONTRATADA**, empregados, agentes ou prepostos ("Representantes");
3. Devam ser reveladas pela **CONTRATADA** em razão de uma ordem válida emitida por órgão administrativo ou judiciário com jurisdição sobre a **CONTRATANTE**, somente até a extensão de tal ordem.

CLÁUSULA 10ª. Na hipótese de que haja utilização indevida das Informações Confidenciais fornecidas, ficará a **CONTRATADA** ainda obrigado ao pagamento de indenização referente às perdas e danos apurados, servindo o presente acordo como título executivo extrajudicial, sem prejuízo da aplicação da multa prevista no parágrafo 2º da Cláusula Sétima. A **CONTRATADA** responderá solidariamente por atos de seus funcionários, consultores ou agentes.

Parágrafo 1º. Em nenhuma hipótese, mesmo após rescisão deste contrato, a **CONTRATADA** poderá transferir, reproduzir e/ou reaproveitar os trabalhos realizados para a **CONTRATANTE** ou parceiros que esta indicar, bem como as informações referentes a ela e/ou às empresas por ela administradas, obtidas durante a prestação de serviço.

DAS REGRAS DE COMPLIANCE

CLÁUSULA 15ª. A **CONTRATADA**, declara que realizará suas atividades em observância das leis aplicáveis, incluindo especificamente a Lei nº 12.846, de 1º de agosto de 2013, o U.S. Foreign Corrupt Practices Act (FCPA) e outras leis anticorrupção aplicáveis.

CLÁUSULA 16ª. A **CONTRATADA**, declara que respeita as regras de Compliance, inserindo em suas atividades a criação de políticas anticorrupção e procedimentos



eficazes na prevenção e detecção de violações da legislação aplicável, incluindo a FCPA e outras legislações.

DA AUSÊNCIA DE VÍNCULO EMPREGATÍCIO E DE RESPONSABILIDADE TRABALHISTA

CLÁUSULA 17ª. Necessário destacar que a **CONTRATADA** prestará serviços consoante estipulado por ela mesmo neste contrato, nos dias e horários que melhor que convém, sem qualquer espécie de subordinação.

CLÁUSULA 18ª. A **CONTRATADA** possui plena ciência que o presente contrato se trata de prestação de serviços, inexistindo qualquer vínculo empregatício/trabalhista, excluindo as obrigações previdenciárias e os encargos sociais, que são de inteira responsabilidade da **CONTRATADA**, ficando evidente que o presente contrato se refere à prestação de serviço, inexistindo entre a **CONTRATADA** e a **CONTRATANTE** qualquer tipo de relação de subordinação.

CLÁUSULA 19ª. A prestação de serviços ora contratados não estabelecerá qualquer relação ou vínculo empregatício dos empregados da **CONTRATADA** em relação à **CONTRATANTE**, que permanecerá livre de qualquer responsabilidade ou obrigação com relação a **CONTRATADA** ou qualquer de seus empregados, ou terceiros vinculados a ela e envolvidos na prestação dos serviços, direta ou indiretamente.

RESPONSABILIDADE CIVIL

CLÁUSULA 20ª. A **CONTRATADA** responsabiliza-se integralmente pelas obrigações que vier a contrair perante terceiros, durante e em virtude da execução do Contrato, isentando a **CONTRATANTE** de quaisquer responsabilidades decorrentes desse fato.

DAS CONDIÇÕES GERAIS

CLÁUSULA 21ª. A tolerância de uma **PARTE** com a outra, relativamente a qualquer violação ou descumprimento das obrigações ora assumidas, não será considerada



Instituto
Elisa de Castro

moratória, novação ou renúncia a qualquer direito, constituindo mera liberalidade, que não impedirá a **PORTE** tolerante de exigir da outra o fiel cumprimento deste **CONTRATO**, a qualquer tempo.

CLÁUSULA 22ª. Quaisquer alterações no presente contrato deverão ser realizadas por Termo Aditivo devidamente assinado pelas **PARTES** contratantes.

DO FORO

CLÁUSULA 23ª. Fica eleito o Foro da Capital do Rio de Janeiro para dirimir quaisquer dúvidas ou conflitos oriundos do presente contrato, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E, assim, por estarem as **PARTES** justas e contratadas, assinam este instrumento em 02 (duas) vias de igual teor, na presença de duas testemunhas abaixo assinadas, para que produza todos os seus efeitos jurídicos.

Rio de Janeiro, 30 de junho de 2023.



INSTITUTO ELISA DE CASTRO



DEISE DOS SANTOS

Testemunhas:



Nome: Thaisa Hanni C. Pinto Nobrega

C.P.F.: 106.726.467-14



Nome: Marcus Vinicius Bernardo da Silva

C.P.F.: 937.271.277-91

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA
CÉDULA DE IDENTIDADE

CRF/RJ
16783 / RJ

NOME
DR. DEISE DOS SANTOS

CATEGORIA PROFISSIONAL
FARMACÊUTICO

DATA DE NASCIMENTO
29/05/1985

DATA DE CONCLUSÃO
24/01/2011

NACIONALIDADE
BRASILEIRA

DIPLOMADO PELA
UNISUAM

NATURALIDADE/UF
RIO DE JANEIRO / RJ

Deise Santos
ASSINATURA DO PORTADOR




CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

FILIAÇÃO
OSVALDO SABINO DOS SANTOS
MARIA DAS GRACAS PEREIRA

RG
11.899.898-8 DIC RJ

DATA DE EXPEDIÇÃO
28/03/2007

CPF
052.955.027-08

TÍTULO DE ELEITOR
158540980213

ZONA
157

SEÇÃO
0118

GRUPO SANGÜINEO
A

FATOR Rh
POSITIVO

OBSERVAÇÕES

LOCAL
BRASÍLIA

DATA DE EXPEDIÇÃO
06/09/2016

Marcus Vinicius Romano Athila
MARCUS VINICIUS ROMANO ATHILA
PRESIDENTE DO CRF / RJ

VÁLIDA COMO PROVA DE IDENTIDADE, PARA QUALQUER EFETO, DE ACORDO COM A LEI N.º 6.106/75.






CENTRO UNIVERSITÁRIO AUGUSTO MOTTA

O *Reitor do Centro Universitário Augusto Motta*, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do curso de **Farmácia**

em **24 de janeiro de 2011**, confere o título de **Bacharel em Farmácia**

Deise dos Santos

nascida(a) **29 de maio de 1985**, nacionalidade **Brasileira**, natural **Rio de Janeiro**

identificada **11.899.898-8 - Diretoria de Identificação Civil / Rio de Janeiro**

e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

[Signature]
Reitor

Rio de Janeiro, **06** de **junho** de **2011**

[Signature]
Reitor

[Signature]
Assistente

CURSO DE FARMÁCIA
Reconhecido pelo Portaria nº 511 de
25/08/2008. Publicada no D.O.U. de
28/08/2008

Prof. Carlos Alberto Figueiredo da Silva
Pró-Reitor de Ensino

Prof. Arapuan Medeiros da Hora Netto
Reitor

CENTRO UNIVERSITÁRIO AUGUSTO MOTA
PRÓ-REITORIA DE ENSINO
PRÓ-REITORIA DE OPERAÇÕES E REGISTROS ACADÊMICOS
COMISSÃO DE REGISTRO DE DIPLOMAS

Edição Proposta em 08/08/2018
Livro 22, No. 112 em 08/08/2018
Protocolo nº 1112/2018

De acordo com o Registro de Arquivamento em 1999 de 24/11/99,
publicado no D.O.U. nº 87 de 24/11/99, página 88.

Rua de Janeiro, 20.300-231

Pró-Reitor de Operações e Registros Acadêmicos
Prof. Paulo Passalunga
Pró-Reitor de Operações e Registros Acadêmicos

Pró-Reitor de Ensino
Prof. Carlos Alberto Figueiredo da Silva
Pró-Reitor de Ensino

Conselho Regional de Farmácia do
Estado do Rio de Janeiro - Cofar/RJ
Registado sob nº 023442, à Ex.
_____, do Livro nº _____ de
10/05/2011

Presidente

Secretário-Geral

Nº 021549

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ



CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO CERTIFICADO

Certificamos que DEISE DOS SANTOS, portador(a) da cédula de identidade 11.899.898-8, órgão expedidor DIC/RJ, concluiu o Curso de MBA EM GESTÃO DA SAÚDE E ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR, realizado no período de 03 de Maio de 2019 a 19 de Abril de 2021, com carga horária total de 360 horas.

Rio de Janeiro - RJ, 30 de Novembro de 2021.

FLÁVIO MURILO OLIVEIRA DE GOUVÊA
Reitor(a)



Estácio

MARCOS ANTÔNIO DE SOUZA LIMA
Vice-Reitor(a)

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ

Credenciada pela portaria N° 592, de 29/11/1988, publicada no D.O.U de 30/11/1988 Recredenciada pela Portaria MEC N° 1095, de 31/08/2012, publicada no D.O.U de 04/09/2012

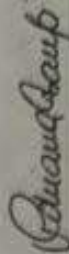
O curso foi realizado em cumprimento ao disposto na Resolução n° 1 da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação. Publicada no D.O.U. em 09/04/2018.

Área de Conhecimento : SAÚDE PÚBLICA

APOSTILA

Curso objeto de convênio de cooperação técnico-pedagógica entre a Universidade Estácio de Sá e Harvard *Business Publishing*, editora afiliada da Harvard *Business School*.

Certificado registrado sob o n° 68288 em 30/11/2021.



ADRIANA SILVA ARALUJO
Secretário(a) de Registro de Diplomas

0000008470



Certificado

Certificamos que **Deise Santos** participou do Curso **Elaboração do Relatório da Gestão**
- **ERG** no dia 29 de Julho de 2019, com duração de **08h**.

Rio de Janeiro, 29 de Julho de 2019.

Meirelane Rosa
Coordenadora Executiva
Núcleo de Qualidade e Excelência em Gestão RJ

Luiz Fernando Bergamini de Sá
Coordenador Geral
Núcleo de Qualidade e Excelência em Gestão RJ

CERTIFICADO

Certificamos que

DEISE DOS SANTOS

**Obteve aprovação no Curso do Preparação de Avaliadores - 70 horas.
Turma Abril/21, promovido pela Organização Nacional de Acreditação.**

São Paulo, 20 de Junho de 2021.


Gilvane Lolato
Gerente de Educação


Dr. Fabio Leite Gastal
Presidente da ONA

Validade: 5 anos.





Instituto
Unir Saúde

DECLARAÇÃO

Declaramos que a Sr^a **DEISE DOS SANTOS**, portador do CPF: **052.955.027-08**, foi funcionário do Instituto no período de **02/07/2018 a 25/01/2020**, encontrando – se nesse período registrado sob o nº **00128**, possuiu contrato de trabalho sob o regime CLT pelo prazo indeterminado, exercendo o cargo de **COORDENADOR TÉCNICO DE SAÚDE**. Não consta nada em nossos arquivos que desabone a sua conduta.

Duque de Caxias, 04 de Setembro de 2019.

INSTITUTO UNIR SAÚDE - UNIR

00.083.837/0001-41

INSTITUTO UNIR SAÚDE - UNIR

**Rua Almirante Grenfall, 405 Blc. 2
7º Andar VL. São Luiz- CEP: 25.085-135**

Duque de Caxias - RJ

INSTITUTO UNIR SAÚDE – UNIR
Rua Almirante Grenfall, Nº 405 – Bloco Vermelho – 7º andar – Centro Empresarial Washington Luiz
Duque de Caxias- Rio de Janeiro
CNPJ.: 00.083.837/0001-41
Tel.: (0XX21)3550-7070



Carteira de Trabalho Digital

Dados Pessoais

Data de emissão: **05/03/2021**

Nome Civil: **DEISE DOS SANTOS**

CPF: **052.955.027-08**

Data de Nascimento: **29/05/1985**

Contratos de Trabalho

- 09/08/2021 - 30/01/2023

FARMACIA RECREIO TERREIRAO LTDA

CNPJ RAIZ: 25.203.314

Endereço: **RUA ARQUITETO**

Ocupação inicial: **223405 - FARMACEUTICO**

Tipo de contrato: **Prazo indeterminado**

Tipo de admissão: **Admissão**

Salário contratual: **R\$ 3.158,96**

Remuneração inicial: **R\$ 3.158,96**

Última remuneração informada: **R\$ 3.158,96** (01/2023)

Relação de trabalho: **Empregado**

Fonte da informação: **ESOCIAL**

Anotações:

30/01/2023 - Rescisão Contratual

09/08/2021 - Admissão

Observações: -



Carteira de Trabalho Digital

● 02/07/2018 - 25/01/2020

Data da projeção do aviso prévio indenizado: **25/01/2020**

INSTITUTO UNIR SAUDE - UNIR

CNPJ RAIZ: 83837

Endereço: **RUA ALMIRANTE GRENFALL 405 BLOCO 02 7 ANDAR SALA 701 A**

Ocupação inicial: **223405 - FARMACEUTICO**

Tipo de contrato: **Prazo indeterminado**

Tipo de admissão: **Admissão**

Salário contratual: **R\$ 3.158,96**

Remuneração inicial: **R\$ 4.634,76**

Última remuneração informada: **R\$ 5.493,82** (01/2020)

Relação de trabalho: **Empregado**

Fonte da informação: **ESOCIAL**

Anotações:

25/01/2020 - Rescisão Contratual

02/07/2018 - Admissão

Observações: -

● 13/06/2017 - 25/09/2017

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

CNPJ: 21.583.042/0007-68

Endereço: **RUA SIQUEIRA CAMPOS**

Ocupação inicial: **223405 - FARMACEUTICO**

Tipo de contrato: -

Tipo de admissão: -

Salário contratual: -

Remuneração inicial: **R\$ 4.519,68**

Última remuneração informada: **R\$ 8.760,62** (09/2017)

Relação de trabalho: **Empregado**

Fonte da informação: **CNIS**

Anotações:

25/09/2017 - Rescisão Contratual

13/06/2017 - Admissão

Observações: -



Carteira de Trabalho Digital

● 11/01/2017 - Aberto

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

CNPJ: 21.583.042/0006-87

Endereço: **RUA ANDRE ROCHA**

Ocupação inicial: **223405 - FARMACEUTICO**

Tipo de contrato: -

Tipo de admissão: -

Salário contratual: -

Remuneração inicial: **R\$ 3.608,41**

Última remuneração informada: **R\$ 5.345,58** (03/2018)

Relação de trabalho: **Empregado**

Fonte da informação: **CNIS**

Anotações:

11/01/2017 - Admissão

Observações: -

● 14/11/2011 - 01/04/2015

J BADIM S/A

CNPJ: 27.901.222/0001-31

Endereço: **RUA SAO FRANCISCO XAVIER**

Ocupação inicial: **223405 - FARMACEUTICO**

Tipo de contrato: -

Tipo de admissão: -

Salário contratual: -

Remuneração inicial: **R\$ 2.116,87**

Última remuneração informada: **R\$ 2.717,68** (10/2016)

Relação de trabalho: **Empregado**

Fonte da informação: **CNIS**

Anotações:

01/04/2015 - Rescisão Contratual

01/09/2013 - Ocupação alterada para FARMACEUTICO

01/07/2013 - Ocupação alterada para FISIOTERAPEUTA GERAL

01/01/2013 - Ocupação alterada para FARMACEUTICO

14/11/2011 - Admissão

Observações: -



Carteira de Trabalho Digital

● 01/04/2011 - Aberto

PHENIXX 2008 FARMACIA E PERFUMARIA LTDA

CNPJ: 10.798.859/0001-41

Endereço: **EST MANOEL FERREIRA CAMPAR 547 LOJA LOTE 63 QUADRA A**

Ocupação inicial: **223405 - FARMACEUTICO**

Tipo de contrato: -

Tipo de admissão: -

Salário contratual: -

Remuneração inicial: **R\$ 1.589,92**

Última remuneração informada: **R\$ 1.718,70** (03/2013)

Relação de trabalho: **Empregado**

Fonte da informação: **CNIS**

Anotações:

01/04/2011 - Admissão

Observações: -

3. Qualificação Técnica da Organização Social e/ou da equipe técnica (C3)

comprovação do atendimento ao item h

GRAZIELE DA COSTA SILVA

(Enfermeira - MBA GESTÃO DE SAÚDE E CCIH)

Graziele da Costa Silva

Perfil

Fluência verbal, facilidade de comunicação interpessoal, responsabilidade, dinamismo e determinação na obtenção de resultados positivos, boa apresentação pessoal, facilidade de envolvimento e comprometimento, postura voltada para melhoria contínua e boa capacidade de iniciativa.

Objetivo:

Enfermeira.

Formação Acadêmica:

- **Graduação em Enfermagem.**
Universidade Bezerra de Araújo.
Conclusão - 12/2011.
- **Pós-Graduação e MBA – Em Gestão e CCIH.**
Competência em Controle de Infecção Hospitalar - Dr. Antônio Tadeu Fernandes
Conclusão - 07/2018.
- **Pós-Graduação - Em Saúde Estética e Cosmetologia** Universidade Bezerra de Araújo
Conclusão – 12/2022

Experiência Profissional:

- **Casa de Saúde Nossa Senhora do Carmo.**
Cargo: Enfermeira. (Plantonista / Rotina) 01/2013 - 11/2017.
- **Casa de Saúde Nossa Senhora do Carmo.**
Cargo: Coordenadora de Enfermagem 11/2017 - 07/2021.
- **Prefeitura do Município de Itaguaí.**
Cargo: Enfermeira 09/2020 a 02/2021.
- **UPA Itaguaí - início 01/2022 – atualmente.**

Habilidades:

Curso de Hemodiálise. - Capacita Coren.

Urgência e Emergência - Capacita Coren.

Curativo - Capacita Coren.

Curso NR 23 e SBV Suporte básico de vida

Sistemas:

- Sistema ERP Tasy – Philips (Gestão Hospitalar – Prontuário eletrônico.)
- Sistemas de gestão de Ponto e Recrutamento e Seleção (Sênior)
- Pacote Office



Carteira de Trabalho Digital

Dados Pessoais

Data de emissão: **02/09/2021**

Nome Civil: **GRAZIELE DA COSTA SILVA**
CPF: **110.347.767-62**
Data de Nascimento: **12/05/1985**
Sexo: **Feminino**
Nacionalidade: **Brasileira**
Nome da Mãe: **MARIA CELIA DA COSTA SILVA**

Contratos de Trabalho

- 01/01/2022 - Aberto

INSTITUTO ELISA DE CASTRO

CNPJ RAIZ: 05.624.609

Endereço: **AVENIDA EMBAIXADOR ABELARDO BUENO 03180 SALA 0701 SALA 0702 SALA 0703 SALA**

Ocupação inicial: **223505 - ENFERMEIRO**

Tipo de contrato: **Prazo indeterminado**

Tipo de admissão: **Admissão**

Salário contratual: **R\$ 3.158,93**

Remuneração inicial: **R\$ 3.607,71**

Última remuneração informada: **R\$ 3.521,04** (04/2024)

Relação de trabalho: **Empregado**

Fonte da informação: **ESOCIAL**

Anotações:

04/09/2023 - Férias de 30 dia(s) com previsão de encerramento em 03/10/2023

01/01/2022 - Admissão

Observações:



Carteira de Trabalho Digital

● 21/09/2020 - Aberto

MUNICIPIO DE ITAGUAI

CNPJ: 29.138.302/0001-02

Endereço: **R GENERAL BOCAIUVA 636 PREF MUNICIPAL**

Ocupação inicial: **223505 - ENFERMEIRO**

Tipo de contrato: -

Tipo de admissão:

Salário contratual:

Remuneração inicial: **R\$ 2.432,64**

Última remuneração informada: **R\$ 2.432,64** (02/2021)

Relação de trabalho: **Empregado**

Fonte da informação: **CNIS**

Anotações:

21/09/2020 - Admissão

Observações:

● 09/01/2013 - 05/07/2021

Data da projeção do aviso prévio indenizado: **27/08/2021**

CASA DE SAUDE NOSSA SENHORA DO CARMO LTDA

CNPJ RAIZ: 33.756.768

Endereço: **RUA JAGUARUNA**

Ocupação inicial: **131210 - GERENTE DE SERVICOS DE SAUDE**

Tipo de contrato: **Prazo indeterminado**

Tipo de admissão: **Admissão**

Salário contratual: **R\$ 4.741,04**

Remuneração inicial: **R\$ 2.073,81**

Última remuneração informada: **R\$ 826,84** (07/2021)

Relação de trabalho: **Empregado**

Fonte da informação: **ESOCIAL**

Anotações:

05/07/2021 - Rescisão Contratual

10/05/2021 - Férias de 15 dia(s) com previsão de encerramento em 24/05/2021

01/09/2020 - Férias de 30 dia(s) com previsão de encerramento em 30/09/2020

09/09/2019 - Férias de 20 dia(s) com previsão de encerramento em 28/09/2019

10/07/2019 - Férias de 10 dia(s) com previsão de encerramento em 19/07/2019

01/03/2019 - Salário definido para R\$ 4.741,04

01/01/2019 - Salário definido para R\$ 4.568,36

17/09/2018 - Férias de 14 dia(s) com previsão de encerramento em 30/09/2018

01/08/2018 - Salário definido para R\$ 4.547,11



Carteira de Trabalho Digital

Anotações:

01/08/2018 - Tipo de contrato definido para Prazo indeterminado

02/04/2018 - Férias de 16 dia(s) com previsão de encerramento em 17/04/2018

09/01/2013 - Admissão

Observações:

● 03/12/2007 - 04/09/2010

DENTOTEC CLINICA ODONTOLOGICA LTDA

CNPJ: 05.631.884/0001-04

Endereço: **RUA CORONEL AGOSTINHO 76 SALA**

Ocupação inicial: **411005 - AUXILIAR DE ESCRITORIO EM GERAL**

Tipo de contrato: -

Tipo de admissão:

Salário contratual:

Remuneração inicial: **R\$ 564,00**

Última remuneração informada: **R\$ 99,75** (09/2010)

Relação de trabalho: **Empregado**

Fonte da informação: **CNIS**

Anotações:

04/09/2010 - Rescisão Contratual

03/12/2007 - Admissão

Observações:



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
Conselho Federal de Enfermagem

Inscrição - COREN RJ 008.335.417

ENFERMEIRA

NOME CIVIL
GRAZIELE DA COSTA SILVA

NATURALIDADE / UF - NACIONALIDADE
RIO DE JANEIRO
RJ
BRASILEIRA



Grazielle da Costa Silva

RELACAO
RONALDO FIGUEIREDO SILVA

MARIA CELIA DA COSTA SILVA

CPF DATA DE EMISSAO
110.347.767-62 23/05/2023

DATA DE NASCIMENTO DATA DE VALIDADE
12/05/1985 23/06/2028

IDENTIFICACAO
03796943572

ORGANIZACAO
DETRAN



Grazielle da C. Silva

VALIDAR EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

PROIBIDO PLASTIFICAR

X 39074384

VALE COMO DOCUMENTO DE IDENTIFICACAO
E TEM FE PUBLICA (ART. 15, INCISO VII, LEI 5.001
DE 12/07/2013 E LEI 6.206 DE 09/06/2006)



Faculdade Bezerra De Araújo

FABZA

Faculdade Bezerra de Araújo

A Diretora Geral da Faculdade Bezerra de Araújo, no uso de suas atribuições, e tendo em vista a conclusão do Curso de Graduação em ENFERMAGEM, em 16 de dezembro de 2011, confere o título de BACHAREL EM ENFERMAGEM

a **Grazielle da Costa Silva**

carteira de identidade nº 20007521-6 órgão expedidor DICRJ, nascida 12/05/1985, natural do Rio de Janeiro e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Rio de Janeiro, 04 de setembro de 2012.

Angela Maria Drey Lusa Gomes
Secretária

Maria José Bezerra de Araújo
Diretora

Grazielle da Costa Silva
Diplomando

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Diploma Registrado sob nº 1039 no livro FOA-2 Folha nº 1104 Processo nº 3379/12 por delegação de competência do Ministério da Educação nos termos da Portaria MEC DAU nº 71, de 21/10/77.

SR. 13 de setembro de 2012

Helena Bimpeu de Lima

Chefe da SR

Gláucia J. Barbosa de Sousa

Diretor da D.R.A.

FACULDADE BEZERRA DE ARAUJO - FABA
Rua Viva Dantas, 501 - Campo Grande
Rio de Janeiro - RJ - CEP 23052-090
CURSO: Graduação em Enfermagem
REC. Portaria MEC nº 1, de 06/01/2012
D.O nº 06 de 06/01/2012 - Seção 1 - pág. 19-43





República Federativa do Brasil

Instituto Nacional de Ensino Superior e Pesquisa

Credenciada pela Portaria nº 703, de 3 de março de 2005, DOU de 04/03/2005



Faculdade
INESP

CERTIFICADO

O Diretor Geral do Instituto Nacional de Ensino Superior e Pesquisa, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do curso de Pós-Graduação, nível Lato Sensu denominado **MBA GESTÃO DE SAÚDE E CONTROLE DE INFECÇÃO**, realizado no período de Fevereiro de 2017 a Julho de 2018, confere o título de Pós-Graduação à

Grazielle Da Costa Silva

Brasileira, natural de Rio de Janeiro - RJ, Nascida em 12/05/1985, RG: 20.007.521-6

e outorga-lhe o presente certificado, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais e as disposições gerais da Resolução CES/CNE, nº 01/07 do Conselho Nacional de Educação.

Jacareí, 26 de Março de 2019.

Prof. Dr. Alvaro Ferreira Lisboa Júnior
Diretor Geral

Grazielle Da Costa Silva
Concluinte

Prof. Dr. Antônio Tadeu Fernandes
Professor Coordenador



Faculdade
INESP

Instituto Nacional de Ensino Superior e Pesquisa
Credenciada pela Portaria nº 703, de 3 de março de 2005, D.O.U de 04/03/2005
Reconhecida pela Portaria SERES nº 371 de 18/05/2015- D.O.U de 19/05/2015

Certificado registrado sob o N. 5458 Livro 014 Folha: 064, nos termos da Resolução CES/CNE nº 1, de 8 de junho de 2007, do Conselho Nacional de Educação.

Jacareí, 26 de maço de 2019.

Aldeny M.F. de Medeiros
Secretaria de Pós Graduação



3. Qualificação Técnica da Organização Social e/ou da equipe técnica (C3)

comprovação do atendimento ao item: f

EXPERIÊNCIA ANTERIOR DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL

**ATESTADOS DE CAPACIDADE TÉCNICA
CONTRATOS DE GESTÃO**

Rio de Janeiro, 15 de dezembro de 2023.

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos, para todos os fins de direito, que o Instituto Elisa de Castro, inscrita no CNPJ sob nº 05.624.609/0001-77, com sede na Av. Ayrton Sena, 2500 - OFFICE 1, 3º andar, SALA 320, Barra da Tijuca, Rio de Janeiro, RJ CEP: 22.775-003, tendo como Responsável Técnico o Sr. Roque Anderson Guimarães Lopes, inscrito no CRM/RJ sob nº 52-0114768-4, presta o Serviço de Gerenciamento, Operacionalização e Execução dos Serviços de Saúde da Unidade Municipal de Pronto Atendimento – UPA 24H – Itaguaí – Porte III, localizada na Rodovia Prefeito Abeilard Goulart de Souza, 1498 - Jardim América, Itaguaí - RJ, 23810-304, na forma do Contrato de Gestão n.º 249/21, firmado com a Secretaria Municipal de Saúde de Itaguaí/RJ, no dia 18/12/2021, até a presente data.

Neste período foi realizado o total de 238.857 (duzentos e trinta e oito mil, oitocentos e cinquenta e sete) atendimentos médicos. Segue tabela para verificação:

SÉRIE HISTÓRICA DOS ATENDIMENTOS MÉDICOS - UPA24H - ITAGUAÍ												
MÊS	ANO: 2021			ANO: 2022			ANO: 2023			TOTAL		TOTAL
	CLÍNICA MÉDICA	PEDIATRIA	TOTAL	CLÍNICA MÉDICA	PEDIATRIA	TOTAL	CLÍNICA MÉDICA	PEDIATRIA	TOTAL	CLÍNICA MÉDICA	PEDIATRIA	
JANEIRO	0	0	0	9.749	3.095	12.844	7.586	1.555	9.141	17.335	4.650	21.985
FEVEREIRO	0	0	0	5.696	2.477	8.173	7.219	1.972	9.191	12.915	4.449	17.364
MARÇO	0	0	0	7.230	4.340	11.570	9.325	3.306	12.631	16.555	7.646	24.201
ABRIL	0	0	0	5.607	3.448	9.055	8.366	3.563	11.929	13.973	7.011	20.984
MAIO	0	0	0	6.519	3.377	9.896	9.080	4.207	13.287	15.599	7.584	23.183
JUNHO	0	0	0	6.846	2.480	9.326	7.738	3.156	10.894	14.584	5.636	20.220
JULHO	0	0	0	6.079	1.950	8.029	7.560	2.282	9.842	13.639	4.232	17.871
AGOSTO	0	0	0	5.822	2.117	7.939	7.253	2.294	9.547	13.075	4.411	17.486
SETEMBRO	0	0	0	6.061	2.026	8.087	7.457	3.047	10.504	13.518	5.073	18.591
OUTUBRO	0	0	0	7.123	2.377	9.500	8.168	3.551	11.719	15.291	5.928	21.219
NOVEMBRO	0	0	0	7.776	2.082	9.858	9.051	3.386	12.437	16.827	5.468	22.295
DEZEMBRO	3.367	1.657	1.657	6.773	1.661	8.434	0	0	0	10.140	3.318	13.458
TOTAL	3.367	1.657	1.657	81.281	31.430	112.711	88.803	32.319	121.122	173.451	65.406	238.857

Assinado de forma digital
 por CARLOS EDUARDO
 CARNEIRO
 ZOI:04249731626
 Dados: 2023.12.15 16:30:25
 -03'00'

Itaguaí é um município da Região Metropolitana do Rio de Janeiro, no estado do Rio de Janeiro, no Brasil. Localiza-se a 73 quilômetros de distância da capital do estado. Ocupa uma área de 271 563 km², e sua população foi estimada no ano de 2019 em 133.019 habitantes pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, sendo o 25º mais populoso do estado e o primeiro de sua microrregião.

SERVIÇOS DISPONÍVEIS NA UPA



Declaro para os devidos fins, que o Instituto Elisa de Castro – IEC cumpre com excelência a execução do Contrato de Gestão nº 249/21, nada tendo que a desabone.

CARLOS EDUARDO
CARNEIRO
ZOIA:04249731626

Assinado de forma digital por
CARLOS EDUARDO CARNEIRO
ZOIA:04249731626
Dados: 2023.12.15 16:31:23 -03'00'

Carlos Eduardo Carneiro Zoia
Secretário Municipal de Saúde
Município de Itaguaí - RJ

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos para os devidos fins, de acordo com Decreto n.º 4.592 de 26/05/2021, que delegou atribuição de qualificar, bem como as atribuições da Comissão Técnica de Avaliação e Fiscalização da Gestão do Contrato da Unidade de Pronto Atendimento - UPA, conforme relatórios de análise das prestações de contas apresentadas, referente ao 1º ano do Contrato n.º 249/2021, que o **INSTITUTO ELISA DE CASTRO**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ N.º 05.624.609/0001-55, estabelecida na Av. das Américas n.º 7.935 – Bloco 01, sala 711 – Barra da Tijuca – Rio de Janeiro/RJ, CEP 22.793-081, presta serviço à Prefeitura Municipal de Itaguaí, através da Secretaria Municipal de Saúde, CNPJ N.º 11.855.524/0001-80, estabelecida na Rua Prefeito Isoldakson Cruz de Brito, 18745, CEP 23821840, Vila Margarida – Itaguaí- RJ, detém qualificação técnica, onde atendeu as demandas da UPA – Unidade de Pronto Atendimento, Administrada pela Secretaria Municipal de Saúde, realizadas através de Processo Administrativo n.º 3.988/2021 - Edital de Chamada Pública n.º 004/2021.

Itaguaí, 01 de junho de 2023.


Carlos Eduardo Carneiro Zóia
Secretário Municipal de Saúde
Matrícula 45944

Carlos Eduardo Carneiro Zóia
Secretário Municipal de Saúde
Matrícula 45.944

CONTRATO DE GESTÃO Nº 249/2021

CONTRATO DE GESTÃO Nº 249/2021, QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE ITAGUAÍ E PESSOA JURÍDICA DE DIREITO PRIVADO, QUALIFICADA COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL NO MUNICÍPIO DE ITAGUAÍ NA ÁREA DE SAÚDE, PARA GESTÃO, GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DA UNIDADE MUNICIPAL DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA 24H ITAGUAÍ - PORTE III.

O **MUNICÍPIO DE ITAGUAÍ**, neste ato representado pelo **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAGUAÍ – CNPJ nº. 11.855.524/0001-80** – situada na Av. Prof. Isoldackson Cruz de Brito, 18.745 - Vila Margarida, Itaguaí - RJ, CEP: 23825-840; e pela **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**, doravante denominado **CONTRATANTE**, representado neste ato pelo Ordenador de Despesa e Secretário Municipal de Saúde, **Sr. Carlos Eduardo Carneiro Zóia**, brasileiro, portador do documento de identidade nº CRM8630425, e inscrito no CPF/MF sob o nº. 042.497.316-26 e a entidade **INSTITUTO ELISA DE CASTRO**, situada na Avenida das Américas, 7935, Sala 711, Barra da Tijuca, Rio de Janeiro/RJ, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 05.624.609/0001-55, daqui por diante denominada **CONTRATADA**, representada neste ato por **Daniel Eleuterio dos Santos**, identidade nº 10.095.490-8 DETRAN/RJ, CPF nº 032.634.597-32, resolvem celebrar o presente **CONTRATO PARA SERVIÇOS DE GESTÃO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA 24HORAS – PORTE III, PARA ATENDER AS DEMANDAS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, POR UM PERÍODO DE 12 (DOZE) MESES**, com fundamento no processo administrativo nº **3988/2021**, que se regerá pelas normas da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1.993 e alterações, Lei Estadual nº 287, de 04 de dezembro de 1.979, Decretos Municipais nº 42.225/2010 e 42.301/2010 e ainda o que dispõe a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, a Lei Municipal n.º 370/2011, regulamentada pelo Decreto Municipal n.º 232, 28 de outubro de 2015, considerando o Edital de Chamada Pública n.º 004/2021 e o correspondente ato de ratificação de dispensa publicado no Diário Oficial da União, Diário Oficial do Estado, Jornal Oficial do Município e Jornal de Grande Circulação (O Dia), inserido nos autos do respectivo processo administrativo, em conformidade com as diretrizes e normas do Sistema Único de Saúde – SUS, emanadas do Ministério da Saúde – MS, resolvem celebrar o presente **CONTRATO DE GESTÃO** referente ao apoio ao gerenciamento e execução das atividades e serviços de saúde a serem desenvolvidos na Unidade Municipal de Pronto Atendimento - UPA 24h Itaguaí, ficando permitido o uso dos respectivos equipamentos de saúde pelo período de vigência do presente Contrato de Gestão, mediante as seguintes cláusulas e condições do instrumento convocatório, aplicando-se a este contrato suas

disposições irrestrita e incondicionalmente, bem como pelas cláusulas e condições seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA: DO OBJETO

1.1. O presente **CONTRATO DE GESTÃO** tem por objeto a gestão, o gerenciamento, a operacionalização e execução dos serviços de saúde, bem como a administração de toda infraestrutura hospitalar, inclusive sua manutenção, a ser prestado pela **CONTRATADA** na Unidade de Pronto Atendimento 24 Horas de Itaguaí – UPA Itaguaí – fica localizada à Avenida Rodovia Prefeito Abeilard Goulart de Souza, nº 1498 - Jardim America, Itaguaí – RJ, em tempo integral, que assegure assistência universal e gratuita à população.

1.2 A execução do presente **CONTRATO DE GESTÃO** dar-se-á pela **CONTRATADA**, desde que observadas todas as condições propostas pela **CONTRATADA** no Projeto de Trabalho, no Edital e demais diplomas legais.

1.3 Fazem parte integrante deste **CONTRATO DE GESTÃO** o Edital de Seleção e todos seus Anexos.

CLÁUSULA SEGUNDA: DO PRAZO

O prazo de vigência do presente Contrato de Gestão será de 12 (doze) meses, contados a partir da sua assinatura, sem prejuízo da publicação do seu extrato no Jornal Oficial do Município.

PARÁGRAFO ÚNICO – O prazo contratual poderá ser prorrogado, observando-se o limite previsto no art. 57, II, da Lei nº 8.666/93, desde que a proposta da **CONTRATADA** seja mais vantajosa para o **CONTRATANTE**.

CLÁUSULA TERCEIRA: DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE

Constituem obrigações do **CONTRATANTE**

- a) Acompanhar e fiscalizar a execução do contrato, bem como atestar na Nota Fiscal a efetiva execução do objeto;
- b) Designar servidor ou Comissão para proceder ao recebimento definitivo do objeto credenciado, ou rejeitá-lo;
- c) Efetuar os pagamentos devidos à **CONTRATADA**, nas condições estabelecidas no item "Das condições de Pagamento" neste termo;
- d) Fornecer à **CONTRATADA** documentos, informações e demais elementos que possuir e pertinentes à execução do objeto;
- e) Aplicar à **CONTRATADA** as sanções administrativas regulamentares contratuais cabíveis;
- f) Notificar a **CONTRATADA**, por escrito, a ocorrência de eventuais falhas ou imperfeições na prestação de serviços, fixando prazo para sua correção;
- g) A Administração não responderá por quaisquer compromissos assumidos pela **CONTRATADA** com terceiros, ainda que vinculados à execução do Contrato, bem como por qualquer dano causado a terceiros em decorrência de ato da **CONTRATADA**, de seus empregados, prepostos ou subordinados.

CLÁUSULA QUARTA: DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

Constituem obrigações da **CONTRATADA**:

- a) Conduzir os serviços de acordo com as normas do serviço e as especificações técnicas e, ainda, com estrita observância do instrumento convocatório, deste Termo de Referência, e da legislação vigente;
- b) Prover os serviços ora contratados, com pessoal adequado e capacitado em todos os níveis de trabalho;
- c) Iniciar e concluir os serviços nos prazos estipulados;
- d) Comunicar ao Fiscal do contrato, por escrito e tão logo constatado problema ou a impossibilidade de execução de qualquer obrigação contratual, para a adoção das providências cabíveis;
- e) Responder pelos serviços que executar, na forma do ato convocatório e da legislação aplicável;
- f) Reparar, corrigir, remover ou substituir, no todo ou em parte e às suas expensas, bens ou prestações objeto do contrato em que se verificarem vícios, defeitos ou incorreções resultantes de execução irregular ou do emprego ou fornecimento de materiais inadequados ou desconformes com as especificações;
- g) Elaborar relatório sobre a prestação dos serviços, dirigido ao fiscal do contrato, relatando todos os serviços realizados, eventuais problemas verificados e qualquer fato relevante sobre a execução do objeto contratual;
- h) Manter, durante toda a duração deste contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, as condições de habilitação e qualificação exigidas para participação na licitação;
- i) Cumprir todas as obrigações e encargos sociais trabalhistas e demonstrar o seu adimplemento;
- j) Indenizar todo e qualquer dano e prejuízo pessoal ou material que possa advir, direta ou indiretamente, do exercício de suas atividades ou serem causados por seus prepostos à CONTRATANTE, aos usuários ou terceiros.

CLÁUSULA QUINTA: DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

As despesas com a execução do presente Termo de Gestão correrão à conta das seguintes dotações orçamentárias:

MANUT/OPERAC DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24H - UPA

Programa de Trabalho: 11.02.10.302.0084.2.036

Natureza da Despesa: 33.90.39

Fonte de Recurso: 48, 92 e 112

PARÁGRAFO ÚNICO – As despesas relativas aos exercícios subsequentes correrão por conta das dotações orçamentárias respectivas, devendo ser empenhadas no início de cada exercício.

CLÁUSULA SEXTA: VALOR DO CONTRATO DE GESTÃO

Dá-se a este Contrato de Gestão o valor total de R\$ 17.453.026,20 (dezessete milhões quatrocentos e cinquenta e três mil, vinte e seis reais e vinte centavos).



Estado do Rio de Janeiro
Prefeitura Municipal de Itaguaí
Secretaria de Licitações e Contratos

Processo 3988/2021

Folhas: _____

Itens de Contas	UPA 24h Itaguaí												Total Anos I				
	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12					
Processo																	
Salários	341.066,59	341.066,59	341.066,59	341.066,59	341.066,59	341.066,59	341.066,59	341.066,59	341.066,59	341.066,59	341.066,59	341.066,59	341.066,59	341.066,59	341.066,59	341.066,59	4.092.799,00
Energia	121.075,61	121.075,61	121.075,61	121.075,61	121.075,61	121.075,61	121.075,61	121.075,61	121.075,61	121.075,61	121.075,61	121.075,61	121.075,61	121.075,61	121.075,61	121.075,61	1.482.097,32
Provisionamento (13º salário e férias)	76.122,26	76.122,26	76.122,26	76.122,26	76.122,26	76.122,26	76.122,26	76.122,26	76.122,26	76.122,26	76.122,26	76.122,26	76.122,26	76.122,26	76.122,26	76.122,26	913.657,13
Provisionamento (Retenções)	25.081,70	25.081,70	25.081,70	25.081,70	25.081,70	25.081,70	25.081,70	25.081,70	25.081,70	25.081,70	25.081,70	25.081,70	25.081,70	25.081,70	25.081,70	25.081,70	300.680,40
Diversos	3.722,31	3.722,31	3.722,31	3.722,31	3.722,31	3.722,31	3.722,31	3.722,31	3.722,31	3.722,31	3.722,31	3.722,31	3.722,31	3.722,31	3.722,31	3.722,31	44.657,72
Outros Itens de Contratação (P) (P)	356.223,21	356.223,21	356.223,21	356.223,21	356.223,21	356.223,21	356.223,21	356.223,21	356.223,21	356.223,21	356.223,21	356.223,21	356.223,21	356.223,21	356.223,21	356.223,21	4.276.679,52
Total (a)	923.291,68	923.291,68	923.291,68	923.291,68	923.291,68	923.291,68	923.291,68	923.291,68	923.291,68	923.291,68	923.291,68	923.291,68	923.291,68	923.291,68	923.291,68	923.291,68	11.079.808,16
Medicamentos																	
Medicamentos	68.712,29	68.712,29	68.712,29	68.712,29	68.712,29	68.712,29	68.712,29	68.712,29	68.712,29	68.712,29	68.712,29	68.712,29	68.712,29	68.712,29	68.712,29	68.712,29	824.547,48
Material de consumo	77.161,02	77.161,02	77.161,02	77.161,02	77.161,02	77.161,02	77.161,02	77.161,02	77.161,02	77.161,02	77.161,02	77.161,02	77.161,02	77.161,02	77.161,02	77.161,02	925.932,34
Material odontológico	4.048,62	4.048,62	4.048,62	4.048,62	4.048,62	4.048,62	4.048,62	4.048,62	4.048,62	4.048,62	4.048,62	4.048,62	4.048,62	4.048,62	4.048,62	4.048,62	48.593,44
Material químico	5.844,27	5.844,27	5.844,27	5.844,27	5.844,27	5.844,27	5.844,27	5.844,27	5.844,27	5.844,27	5.844,27	5.844,27	5.844,27	5.844,27	5.844,27	5.844,27	70.151,24
Total (b)	155.766,20	155.766,20	155.766,20	155.766,20	155.766,20	155.766,20	155.766,20	155.766,20	155.766,20	155.766,20	155.766,20	155.766,20	155.766,20	155.766,20	155.766,20	155.766,20	1.869.104,40
Área de Apoio																	
Alimentação	59.580,00	59.580,00	59.580,00	59.580,00	59.580,00	59.580,00	59.580,00	59.580,00	59.580,00	59.580,00	59.580,00	59.580,00	59.580,00	59.580,00	59.580,00	59.580,00	714.560,00
Crédito de salários liquidados	1.002,00	1.002,00	1.002,00	1.002,00	1.002,00	1.002,00	1.002,00	1.002,00	1.002,00	1.002,00	1.002,00	1.002,00	1.002,00	1.002,00	1.002,00	1.002,00	12.084,00
Esterilização	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	24.000,00
Itens de limpeza e de higiene	50.193,27	50.193,27	50.193,27	50.193,27	50.193,27	50.193,27	50.193,27	50.193,27	50.193,27	50.193,27	50.193,27	50.193,27	50.193,27	50.193,27	50.193,27	50.193,27	602.319,24
Lavanderia	7.590,00	7.590,00	7.590,00	7.590,00	7.590,00	7.590,00	7.590,00	7.590,00	7.590,00	7.590,00	7.590,00	7.590,00	7.590,00	7.590,00	7.590,00	7.590,00	90.000,00
Limpeza	45.755,09	45.755,09	45.755,09	45.755,09	45.755,09	45.755,09	45.755,09	45.755,09	45.755,09	45.755,09	45.755,09	45.755,09	45.755,09	45.755,09	45.755,09	45.755,09	549.031,08
Manutenção Predial	25.029,91	25.029,91	25.029,91	25.029,91	25.029,91	25.029,91	25.029,91	25.029,91	25.029,91	25.029,91	25.029,91	25.029,91	25.029,91	25.029,91	25.029,91	25.029,91	308.388,02
Manutenção Preventiva e Corretiva (engenharia elétrica)	32.700,00	32.700,00	32.700,00	32.700,00	32.700,00	32.700,00	32.700,00	32.700,00	32.700,00	32.700,00	32.700,00	32.700,00	32.700,00	32.700,00	32.700,00	32.700,00	392.400,00
Segurança Patrimonial e Vigilância	3.270,00	3.270,00	3.270,00	3.270,00	3.270,00	3.270,00	3.270,00	3.270,00	3.270,00	3.270,00	3.270,00	3.270,00	3.270,00	3.270,00	3.270,00	3.270,00	39.240,00
Transporte Avulsos - Ambulância	25.000,00	25.000,00	25.000,00	25.000,00	25.000,00	25.000,00	25.000,00	25.000,00	25.000,00	25.000,00	25.000,00	25.000,00	25.000,00	25.000,00	25.000,00	25.000,00	300.000,00
Uniformes	5.657,97	5.657,97	5.657,97	5.657,97	5.657,97	5.657,97	5.657,97	5.657,97	5.657,97	5.657,97	5.657,97	5.657,97	5.657,97	5.657,97	5.657,97	5.657,97	67.895,64
Gases Medicais	18.977,25	18.977,25	18.977,25	18.977,25	18.977,25	18.977,25	18.977,25	18.977,25	18.977,25	18.977,25	18.977,25	18.977,25	18.977,25	18.977,25	18.977,25	18.977,25	227.727,00
Gasóleos	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	96.000,00

PARÁGRAFO PRIMEIRO: os preços contratados são fixos e irrevogáveis no prazo de um ano contado da data limite para a apresentação das propostas.

PARÁGRAFO SEGUNDO: dentro do prazo de vigência do contrato e mediante solicitação da contratada, os preços contratados poderão sofrer reajuste após o interregno de um ano, aplicando-se o **IPCA** exclusivamente para as obrigações iniciadas e concluídas após a ocorrência da anualidade.

CLÁUSULA SÉTIMA: DA EXECUÇÃO, DO RECEBIMENTO E DA FISCALIZAÇÃO DO TERMO DE GESTÃO

O serviço deverá ser executado fielmente, de acordo com as cláusulas avençadas, nos termos do instrumento convocatório, do Projeto Básico e da legislação vigente, respondendo o inadimplente pelas consequências da inexecução total ou parcial.

PARÁGRAFO PRIMEIRO - As condições de execução dos serviços constam dos contratos, observadas as regras gerais abaixo registradas.

PARÁGRAFO SEGUNDO - Qualquer material, equipamento ou medicamento utilizado por parte da CONTRATADA no atendimento ao paciente, será providenciado, cobertos estes custos por conta do mesmo, com observância das regras postas neste Termo de Referência.

PARÁGRAFO TERCEIRO - A **CONTRATADA** é responsável pelos encargos trabalhista, fiscal, previdenciário e comercial resultantes da execução do contrato.

PARÁGRAFO QUARTO - A execução e controle dos serviços credenciados serão avaliados pela CONTRATANTE, mediante supervisão direta ou indireta dos procedimentos realizados.

PARÁGRAFO QUINTO - É vedado a **CONTRATADA** exigir que o usuário assine fatura ou guia de atendimento ou quaisquer papéis em branco.

PARÁGRAFO SEXTO - Fica dispensado o recebimento provisório, devendo o recebimento ocorrer mediante recibo, com base no disposto no art. 74, Inc. II e parágrafo único, da Lei n.º 8.666/93.

PARÁGRAFO SÉTIMO - Os serviços poderão ser rejeitados, no todo ou em parte, quando em desacordo com as especificações constantes neste termo de referência, devendo ser corrigidos/refeitos/substituídos no prazo fixado pelo fiscal do contrato, às custas da **CONTRATADA**, sem prejuízo da aplicação de penalidades.

PARÁGRAFO OITAVO - O recebimento definitivo do objeto do Contrato não exclui a responsabilidade da **CONTRATADA** pelos prejuízos resultantes da incorreta execução do mesmo.

PARÁGRAFO NONO - A **CONTRATADA** é responsável por danos causados a **CONTRATANTE** ou a terceiros, decorrentes de culpa ou dolo na execução do contrato, não excluída ou reduzida essa responsabilidade pela presença de fiscalização ou pelo acompanhamento da execução por órgão da Administração.

CLÁUSULA OITAVA: DA RESPONSABILIDADE

A **CONTRATADA** é responsável por danos causados ao **CONTRATANTE** ou a terceiros, decorrentes de culpa ou dolo na execução do Termo de Credenciamento, não excluída ou reduzida essa responsabilidade pela presença de fiscalização ou pelo acompanhamento da execução por órgão da Administração.

PARÁGRAFO PRIMEIRO – A **CONTRATADA** é responsável por encargos trabalhistas, inclusive decorrentes de acordos, dissídios e convenções coletivas, previdenciários, fiscais e comerciais oriundos da execução do Termo de Credenciamento, podendo o **CONTRATANTE**, a qualquer tempo, exigir a comprovação do cumprimento de tais encargos, como condição do pagamento dos créditos da **CONTRATADA**.

PARÁGRAFO SEGUNDO – A **CONTRATADA** será obrigada a re apresentar a Certidão Conjunta Negativa de Débitos relativos a Tributos Federais e à Dívida Ativa da União, ou Certidão Conjunta Positiva com efeito negativo, expedida pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) e Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN), que abrange, inclusive, as contribuições sociais previstas nas alíneas a a d, do parágrafo único, do art. 11, da Lei nº 8.212, de 1991, da comprovação de regularidade fiscal em relação aos tributos incidentes sobre atividade objeto deste contrato e do Certificado de Regularidade perante o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), assim como a Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT), sempre que expirados os respectivos prazos de validade.

PARÁGRAFO TERCEIRO – A ausência da apresentação dos documentos mencionados no **PARÁGRAFO SEGUNDO** ensejará a imediata expedição de notificação à **CONTRATADA**, assinalando o prazo de 10 (dez) dias para a cabal demonstração do cumprimento das obrigações trabalhistas e previdenciárias e para a apresentação de defesa, no mesmo prazo, para eventual aplicação da penalidade de advertência, na hipótese de descumprimento total ou parcial destas obrigações no prazo assinalado.

PARÁGRAFO QUARTO – Permanecendo a inadimplência total ou parcial o contrato será rescindido.

PARÁGRAFO QUINTO – No caso do parágrafo quarto, será expedida notificação à **CONTRATADA** para apresentar prévia defesa, no prazo de 5 (cinco) dias úteis, para dar início ao procedimento de rescisão contratual e de aplicação da penalidade de suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com a Administração Pública do Município de Itaguaí, pelo prazo de 1 (um) ano.

CLÁUSULA NONA: DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

PARÁGRAFO PRIMEIRO - O pagamento será realizado até o 10º dia de cada mês, após atesto do Fiscal de contrato com base na análise dos relatórios mensais emitidos pela Comissão Técnica de Avaliação e Fiscalização da Gestão da UPA e serão efetuados, obrigatoriamente, por meio de crédito em conta corrente, cujo número e agência deverão ser informados pelo adjudicatário até a assinatura do contrato.

PARÁGRAFO SEGUNDO - O pagamento será realizado mediante apresentação da Nota Fiscal no Setor de Protocolo da Prefeitura Municipal de Itaguaí, situado à Rua General Bocaiúva, 636 – Centro – Itaguaí, acompanhada das certidões de regularidade fiscal e trabalhista da contratada e demais documentos que vierem a ser exigidos pelo Órgão de Controle Municipal, devidamente atestada pelos servidores designados como fiscais.

PARÁGRAFO TERCEIRO - A nota fiscal / fatura deverá ser emitida em nome do FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAGUAÍ – CNPJ nº: 11.855.524/0001-80 – Av. Prefeito Isoldackson Cruz de Brito, 18.745 – Vila Margarida, Itaguaí/RJ.

PARÁGRAFO QUARTO - A CONTRATANTE reserva-se o direito de reter o pagamento de valores para satisfação de penalidades pecuniárias aplicadas à CONTRATADA para ressarcir danos a terceiros.

PARÁGRAFO QUINTO - Para receber seus créditos a contratada deverá comprovar as regularidades fiscal e trabalhista que lhe foram exigidas quando da habilitação.

PARÁGRAFO SEXTO - Em caso de devolução da nota fiscal / fatura para correção, o prazo de pagamento passará a fluir após a sua reapresentação. A nota fiscal / fatura deverá ser emitida pela própria CONTRATADA, obrigatoriamente, com o número de inscrição no CNPJ apresentado nos documentos de habilitação e das propostas de preços, bem como da nota de empenho, não se admitindo notas fiscais / faturas emitidas com outro CNPJ.

PARÁGRAFO SÉTIMO - A nota fiscal isenta de erros deverá ser previamente atestada pelo fiscal do contrato e servidores designados pelo ordenador de despesas, após análise da Comissão Técnica de Avaliação e Fiscalização da Gestão da UPA 24h.

PARÁGRAFO OITAVO - Os relatórios deverão ser encaminhados à Comissão Técnica de Avaliação e Fiscalização da Gestão da UPA, para apreciação, mensalmente, no 2º dia útil, para posterior atesto das notas pelo fiscal do contrato. A comissão realizará a análise dos dados apresentados, para emissão da nota fiscal, em 4 dias e posterior liberação para pagamento que será realizado, após análise dos relatórios e atesto do fiscal do contrato.

PARÁGRAFO NONO - O prazo de pagamento da Nota Fiscal será de até 30 (trinta) dias a partir da data final do período de adimplemento e mediante sua apresentação juntamente com os demais documentos ao Protocolo Geral Municipal;

PARÁGRAFO DÉCIMO - No caso de a CONTRATADA estar estabelecida em localidade que não possua agência da instituição financeira CONTRATADA pelo Município ou caso verificada pela CONTRATANTE a impossibilidade de a CONTRATADA, em razão de negativa expressa da instituição financeira CONTRATADA pelo Município, abrir ou manter conta corrente naquela instituição financeira, o pagamento poderá ser feito mediante crédito em conta corrente de outra instituição financeira. Nesse caso, eventuais ônus financeiros e/ou contratuais adicionais serão suportados exclusivamente pela CONTRATADA.

PARÁGRAFO DÉCIMO PRIMEIRO - Caso se faça necessária a reapresentação de qualquer fatura por culpa do credenciado, o prazo de 30 (trinta) dias ficará suspenso, prosseguindo a sua contagem a partir da data da respectiva reapresentação.

PARÁGRAFO DÉCIMO SEGUNDO - Os pagamentos eventualmente realizados com atraso, desde que não decorram de ato ou fato atribuível à CONTRATADA, sofrerão a incidência de atualização financeira pelo IPCA e juros moratórios de 0,5% ao mês, calculado *pro rata die*, e aqueles pagos em prazo inferior ao estabelecido neste edital serão feitos mediante desconto de 0,5% *pro rata die*.

CLÁUSULA DÉCIMA: DA ALTERAÇÃO DO CONTRATO DE GESTÃO

O presente contrato poderá ser alterado, com as devidas justificativas, desde que por força de circunstância superveniente, nas hipóteses previstas no artigo 65, da Lei nº 8.666/93, mediante termo aditivo.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA: DA RESCISÃO

O presente contrato poderá ser rescindido por ato unilateral do **CONTRATANTE**, pela inexecução total ou parcial de suas cláusulas e condições, nos termos dos artigos 77 e 80 da Lei n.º 8.666/93, sem que caiba à CONTRATADA direito a indenizações de qualquer espécie.

PARÁGRAFO PRIMEIRO – Os casos de rescisão contratual serão formalmente motivados nos autos do processo administrativo, assegurado a CONTRATADA o direito ao contraditório e a prévia e ampla defesa.

PARÁGRAFO SEGUNDO – A declaração de rescisão deste contrato, independentemente da prévia notificação judicial ou extrajudicial, operará seus efeitos a partir da publicação em Jornal Oficial.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA: DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS E DEMAIS PENALIDADES

A inexecução dos serviços, total ou parcial, a execução imperfeita, a mora na execução ou qualquer inadimplemento ou infração contratual, sujeitará a **CONTRATADA**, sem prejuízo da responsabilidade civil ou criminal que couber, às seguintes penalidades, que deverá(ão) ser graduada(s) de acordo com a gravidade da infração:

- a) advertência;
- b) multa administrativa;
- c) suspensão temporária da participação em licitação e impedimento de contratar com a Administração Pública do Município de Itaguaí;
- d) declaração de inidoneidade para licitar e contratar com a Administração Pública.

PARÁGRAFO PRIMEIRO – A sanção administrativa deve ser determinada de acordo com a natureza e a gravidade da falta cometida.

PARÁGRAFO SEGUNDO – Quando a penalidade envolver prazo ou valor, a natureza e a gravidade da falta cometida também deverão ser considerados para a sua fixação.

PARÁGRAFO TERCEIRO – A imposição das penalidades deve ser aplicada em processo administrativo no qual se assegurem o contraditório e a ampla defesa, na forma abaixo descrita:

- a) a advertência e a multa, previstas nas alíneas a e b, do caput, serão impostas pelo Ordenador de Despesa;
- b) a suspensão temporária da participação em licitação e impedimento de contratar com a Administração, previstos na alínea c, do caput, serão impostos pelo Ordenador de Despesa, devendo, neste caso, a decisão ser submetida à apreciação do Chefe do Executivo.
- c) a aplicação da sanção prevista na alínea d, do caput, é de competência exclusiva do Chefe do Executivo.

PARÁGRAFO QUARTO – A multa administrativa, prevista na alínea b, do caput:

- a) corresponderá ao valor de até 20% (vinte por cento) sobre o valor deste termo, aplicada de acordo com a gravidade da infração e proporcionalmente às parcelas não executadas;
- b) poderá ser aplicada cumulativamente a qualquer outra;
- c) não tem caráter compensatório e seu pagamento não exime a responsabilidade por perdas e danos das infrações cometidas;
- d) deverá ser graduada conforme a gravidade da infração;
- e) nas reincidências específicas, deverá corresponder ao dobro do valor da que tiver sido inicialmente imposta, observando-se sempre o limite de 20% (vinte por cento) do valor do contrato ou do empenho.

PARÁGRAFO QUINTO – Dentre outras hipóteses, a pena de advertência será aplicada à CONTRATADA quando não apresentada a documentação exigida no parágrafo segundo da cláusula oitava, no prazo de 10 (dez) dias da sua exigência, o que configura a mora.

PARÁGRAFO SEXTO – A suspensão temporária da participação em licitação e impedimento de contratar com a Administração, previstos na alínea c, do caput:

- a) não poderão ser aplicadas em prazo superior a 2 (dois) anos;
- b) sem prejuízo de outras hipóteses, deverão ser aplicadas quando o adjudicatário faltoso, sancionado com multa, não realizar o depósito do respectivo valor, no prazo devido;
- c) será aplicada, pelo prazo de 1 (um) ano, conjuntamente à rescisão contratual, no caso de descumprimento total ou parcial do objeto, configurando inadimplemento, na forma prevista no parágrafo sexto, da cláusula oitava.

PARÁGRAFO SÉTIMO – A declaração de inidoneidade para licitar e contratar com a Administração Pública, prevista na alínea d, do caput, perdurará pelo tempo em que perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, que será concedida sempre que o contratado ressarcir a Administração Pública pelos prejuízos causados.

PARÁGRAFO OITAVO – A reabilitação referida pelo parágrafo sétimo poderá ser requerida após 2 (dois) anos de sua aplicação.

PARÁGRAFO NONO – O atraso injustificado no cumprimento das obrigações contratuais sujeitará a CONTRATADA à multa de mora de 1% (um por cento) por dia útil que exceder o prazo estipulado, a incidir sobre o valor do contrato, danotade empenho ou do saldo não atendido, respeitado o limite do art. 412 do Código Civil, sem prejuízo da possibilidade de rescisão unilateral do contrato pelo CONTRATANTE ou da aplicação das sanções administrativas.

PARÁGRAFO DÉCIMO – Se o valor das multas previstas na alínea b, do caput, e no parágrafo nono, aplicadas cumulativamente ou de forma independente, forem superiores ao valor da garantia prestada, além da perda desta, responderá o infrator pela sua diferença, que será descontada dos pagamentos eventualmente devidos pela Administração ou cobrada judicialmente.

PARÁGRAFO DÉCIMO PRIMEIRO – A aplicação de sanção não exclui a possibilidade de rescisão administrativa do termo, garantido o contraditório e a defesa prévia.

PARÁGRAFO DÉCIMO SEGUNDO – A aplicação de qualquer sanção será antecedida de intimação do interessado que indicará a infração cometida, os fatos e os fundamentos legais pertinentes para a aplicação da penalidade, assim como a penalidade que se pretende imputar e o respectivo prazo e/ou valor, se for o caso.

PARÁGRAFO DÉCIMO TERCEIRO – Ao interessado será garantido o contraditório e a defesa prévia.

PARÁGRAFO DÉCIMO QUARTO - A intimação do interessado deverá indicar o prazo e o local para a apresentação da defesa.

PARÁGRAFO DÉCIMO QUINTO – A defesa prévia do interessado será exercida no prazo de 5 (cinco) dias úteis, no caso de aplicação das penalidades previstas nas alíneas a, b e c, do caput, e no prazo de 10(dez) dias, no caso da alínea d.

PARÁGRAFO DÉCIMO SEXTO – Será emitida decisão conclusiva sobre a aplicação ou não da sanção, pela autoridade competente, devendo ser apresentada a devida motivação, com a demonstração dos fatos e dos respectivos fundamentos jurídicos.

PARÁGRAFO DÉCIMO SÉTIMO – Os licitantes, adjudicatários e contratantes que forem penalizados com as sanções de suspensão temporária da participação em licitação e impedimento de contratar e a declaração de inidoneidade para licitar e contratar por qualquer Ente ou Entidade da Administração Federal, Estadual, Distrital e Municipal ficarão impedidos de contratar com a Administração Pública do Município de Itaguaí enquanto perdurar em os efeitos dar respectiva penalidade.

PARÁGRAFO DÉCIMO OITAVO – As penalidades serão registradas pelo CONTRATANTE no Cadastro de Fornecedores do Município.

PARÁGRAFO DÉCIMO NONO – Após o registro mencionado no parágrafo acima, deverá ser remetido para a Secretaria Municipal de Governo o extrato de publicação no Jornal Oficial do Município do ato de aplicação das penalidades citadas nas alíneas c e

d do caput, de modo a possibilitar a formalização da extensão dos seus efeitos para todos os órgãos e entidades da Administração Pública do Município de Itaguaí.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA: DO RECURSO AO JUDICIÁRIO

As importâncias decorrentes de quaisquer penalidades impostas à CONTRATADA, inclusive as perdas e danos ou prejuízos que a execução deste termo tenha acarretado, quando superiores à garantia prestada ou aos créditos que a CONTRATADA tenha em face da CONTRATANTE, que não comportar em cobrança amigável, serão cobrados judicialmente.

PARÁGRAFO ÚNICO – Caso a CONTRATANTE tenha de recorrer ou comparecer a juízo para haver o que lhe for devido, a CONTRATADA ficará sujeita ao pagamento, além do principal do débito, da pena convencional de 10% (dez por cento) sobre o valor do litígio, dos juros de mora de 1 % (um por cento) ao mês, despesas de processo e honorários de advogado, estes fixados, desde logo, em 20% (vinte por cento) sobre o valor em litígio.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA: DA CESSÃO OU TRANSFERÊNCIA

O presente contrato de gestão não poderá ser objeto de cessão ou transferência no todo ou em parte, anão ser com prévio e expresso consentimento do CONTRATANTE e sempre mediante instrumento próprio, devidamente motivado, a ser publicado no Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro.

PARÁGRAFO PRIMEIRO – O cessionário ficará sub-rogado em todos os direitos e obrigações do cedente e deverá atender a todos os requisitos de habilitação estabelecidos no instrumento convocatório e legislação específica.

PARÁGRAFO SEGUNDO – Mediante despacho específico e devidamente motivado, poderá a Administração consentir na cessão do contrato, desde que esta convenha ao interesse público e o cessionário atenda às exigências previstas no edital da licitação, nos seguintes casos:

I – quando ocorrerem os motivos de rescisão contratual previstos nos incisos I a V e IX a XII do art. 78 da Lei 8.666/93.

II – de declaração de inidoneidade para licitar e contratar com a Administração Pública.

III – Quando tiver sido dispensa da a licitação ou esta houver sido realizada pelas modalidades de convite ou tomada de preços.

PARÁGRAFO TERCEIRO – Em qualquer caso, o consentimento na cessão não importa na quitação, exoneração ou redução da responsabilidade, da cedente-CONTRATADA perante a CONTRATANTE.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA: EXCEÇÃO DE INADIMPLEMENTO

Constitui cláusula essencial do presente contrato, de observância obrigatória por parte da CONTRATADA, a impossibilidade, perante o CONTRATANTE, de opor, administrativamente, exceção de inadimplemento, como fundamento para a interrupção unilateral do serviço.

PARÁGRAFO ÚNICO – É vedada a suspensão do contrato a que se refere o art. 78, XIV, da Lei n° 8.666/93, pela CONTRATADA, sem a prévia autorização judicial.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA: DAS CONDIÇÕES DE HABILITAÇÃO

A **CONTRATADA** se obriga a manter, durante toda a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações por ele assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA: DA PUBLICAÇÃO E CONTROLE DO CONTRATO

Após a assinatura do termo de credenciamento deverá seu extrato ser publicado no Jornal Oficial do Município de Itaguaí, conforme art. 61, parágrafo único c/c art. 26, ambos da Lei nº 8.666/93, devendo ser encaminhado ao Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro, para conhecimento, na forma e no prazo determinado por este.

PARÁGRAFO ÚNICO – O extrato da publicação deve conter a identificação do instrumento, partes, objeto, prazo, valor, número do empenho, fundamento legal do ato e n.º do processo administrativo.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA: DO FORO DE ELEIÇÃO

Fica eleito o Foro da Comarca de Itaguaí, Estado do Rio de Janeiro, para dirimir qualquer litígio decorrente do presente termo que não possa ser resolvido por meio amigável, com expressa renúncia a qualquer outro, por mais privilegiado que seja. E, por estarem assim acordes em todas as condições e cláusulas estabelecidas neste contrato, firmam as partes o presente instrumento em 4 (quatro) vias de igual forma e teor, depois de lido e achado conforme, em presença de testemunhas abaixo firmadas.

Itaguaí, 17 de dezembro de 2021.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CARLOS EDUARDO CARNEIRO ZÓIA
CPF Nº 042.497.316-26
CONTRATANTE



INSTITUTO ELISA DE CASTRO
CNPJ/MF Nº 05.624.609/0001-55
Daniel Eleuterio dos Santos
CPF Nº 032.634.597-32
CONTRATADA

TESTEMUNHAS:

Nome: Thais de Moraes Limentas

CPF: 148.884.898-38

Assinatura: Thais de Moraes Limentas

Nome: Christiane A. R. Lora

CPF: 018.852.97-07

Assinatura: Christiane

1º TERMO ADITIVO PARA PRORROGAÇÃO DE PRAZO

TERMO ADITIVO AO CONTRATO Nº 249/2021, QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE ITAGUAÍ, PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, COMO CONTRATANTE, E O INSTITUTO ELISA DE CASTRO COMO CONTRATADA, COM FULCRO NO art. 9º, § 4º da Lei nº 5.498/2009 e art. 21 do Decreto Estadual nº 42.502/2010, NA FORMA ABAIXO:

O MUNICÍPIO DE ITAGUAÍ, neste ato representado pelo FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAGUAÍ – CNPJ nº. 11.855.524/0001-80 – situada na Av. Prof. Isoldackson Cruz de Brito, 18.745 - Vila Margarida, Itaguaí - RJ, CEP: 23825-840; e pela SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, doravante denominado **CONTRATANTE**, representado neste ato pelo Ordenador de Despesa e Secretário Municipal de Saúde, Sr. Carlos Eduardo Carneiro Zóia, brasileiro, portador do documento de identidade nº CRM8630425, e inscrito no CPF/MF sob o nº. 042.497.316-26 e a entidade **INSTITUTO ELISA DE CASTRO**, situada na Avenida das Américas, 7935, Sala 711, Barra da Tijuca, Rio de Janeiro/RJ, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 05.624.609/0001-55, daqui por diante denominada **CONTRATADA**, representada neste ato por Ronaldo José dos Passos, identidade nº 029279 OAB/RJ, CPF nº 447.685.247-53; resolvem celebrar o presente **TERMO ADITIVO PARA PRORROGAÇÃO DE PRAZO**, com fundamento no art. 9º, § 4º da Lei nº 5.498/2009 e art. 21 do Decreto Estadual nº 42.502/2010, e suas alterações, tendo em vista o contido no Processo Administrativo nº 3988/2021 (Apenso Processo Administrativo 9052/2022), que se regerá pelas cláusulas e condições seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA: (DO OBJETO)

Constitui objeto do presente instrumento a prorrogação do prazo de vigência do Contrato nº 249/2021, relativo a **CONTRATO PARA SERVIÇOS DE GESTÃO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA 24HORAS – PORTE III, PARA ATENDER AS DEMANDAS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**, na forma do Termo de Referência, do instrumento convocatório.

CLÁUSULA SEGUNDA: (DA PRORROGAÇÃO DO PRAZO DE EXECUÇÃO)

Pelo presente instrumento fica prorrogado o prazo de vigência do contrato por 12 (doze) meses dando-se ao contrato o prazo total de 24 (vinte e quatro) meses.

CLÁUSULA TERCEIRA: (DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA)

As despesas com a execução do presente contrato correrão à conta da seguinte dotação orçamentária:

Manutenção e Operacionalização da UPA 24hs

Programa de Trabalho: 11.02.10.302.0084.2.036

Natureza de despesa: 33.90.39

Fonte de recurso: 600 (Federal), 621 (Estadual) e 500 (Municipal)

Detalhamento: 48, 112, 500 e 1002

CLÁUSULA QUARTA: (RATIFICAÇÃO)

As partes contratantes ratificam as demais cláusulas e condições estabelecidas pelo instrumento contratual, não alterado pelo presente Termo Aditivo.

CLÁUSULA QUINTA: (DA PUBLICAÇÃO)

Após a assinatura do contrato deverá seu extrato ser publicado, dentro do prazo de 20 (vinte) dias, no Diário Oficial do Município, correndo os encargos por conta da CONTRATANTE.

E por estarem justas e contratadas, as partes assinam o presente TERMO ADITIVO em 04 (quatro) vias de igual teor e forma na presença de 02 (duas) testemunhas, que também assinam para um só e mesmo efeito de direito.

Itaguaí, 16 de dezembro de 2022.


SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CARLOS EDUARDO CARNEIRO ZÓIA
CPF Nº 042.497.316-26
CONTRATANTE


INSTITUTO ELISA DE CASTRO
CNPJ/MF Nº 05.624.609/0001-55
Ronaldo José dos Passos
CPF Nº 447.685.247-53
CONTRATADA

TESTEMUNHAS:

Nome: Ebiana Rodrigues de Almeida

CPF: 092.342.937-50

Assinatura: Rodrigues

Nome: Carolina da Conceição R. de Almeida

CPF: 159.655.927-63

Assinatura: [Handwritten Signature]

**3º TERMO ADITIVO
DE RERRATIFICAÇÃO DO CONTRATO Nº249/2021.**

1º TERMO ADITIVO DE RERRATIFICAÇÃO DO CONTRATO Nº249/2021 QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE ITAGUAI, PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, COMO CONTRATANTE, E O INSTITUTO ELISA DE CASTRO COMO CONTRATADA, NA FORMA ABAIXO:

O MUNICÍPIO DE ITAGUAI, neste ato representado pelo FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAGUAI – CNPJ nº. 11.855.524/0001-80 – situada na Av. Pref. Isoldackson Cruz de Brito, 18.745 - Vila Margarida, Itaguaí - RJ, CEP: 23825-840; e pela SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, doravante denominado CONTRATANTE, representado neste ato pelo Ordenador de Despesa e Secretário Municipal de Saúde, Sr. Carlos Eduardo Carneiro Zóia, brasileiro, portador do documento de identidade nº CRM8630425, e inscrito no CPF/MF sob o nº. 042.497.316-26 e a entidade INSTITUTO ELISA DE CASTRO, situada na Avenida das Américas, 7935, Sala 711, Barra da Tijuca, Rio de Janeiro/RJ, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 05.624.609/0001-55, daqui por diante denominada CONTRATADA, representada neste ato por Ronaldo José dos Passos, identidade nº 029279 OAB/RJ, CPF nº 447.685.247-53, resolvem celebrar o presente TERMO ADITIVO DE RERRATIFICAÇÃO, com fundamento no processo administrativo nº 3988/2021, que se regerá pelas cláusulas e condições seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO:

O presente Termo Aditivo tem por objeto a retificação do número Termo Aditivo, que passa a incluir a seguinte informação:

"2º TERMO ADITIVO PARA PRORROGAÇÃO DE PRAZO"

CLÁUSULA SEGUNDA – DA RATIFICAÇÃO:

Ficam ratificadas as demais cláusulas constantes do instrumento original, desde que não colidam com o presente termo.

CLÁUSULA TERCEIRA – DA PUBLICAÇÃO E CONTROLE:

Após a assinatura do presente Termo Aditivo, deverá seu extrato ser publicado, dentro do prazo de 20 (vinte) dias, no Jornal Oficial de Itaguaí, correndo os encargos por conta do CONTRATANTE.

E por estarem justas e acordadas, firmam o presente instrumento em 04 (quatro) vias de igual teor e forma para um único efeito, sendo subscrito por 02 (duas) testemunhas.

Itaguai, 06 de janeiro de 2023.

Carlos Eduardo Carneiro Zóia

*Carlos Eduardo Carneiro Zóia
Secretaria Municipal de Saúde
Assinatura: 02023*

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CARLOS EDUARDO CARNEIRO ZÓIA
CPF Nº 042.497.316-26
CONTRATANTE



Documento assinado digitalmente
RONALDO JOSÉ DOS PASSOS
Data: 09/01/2023 16:47:19 -0300
Verifique em <https://verificador.br.br>

INSTITUTO ELISA DE CASTRO
CNPJ/MF Nº 05.624.609/0001-55
Ronaldo José dos Passos
CPF Nº 447.685.247-53
CONTRATADA

TESTEMUNHAS:

Nome: Bustiana A. P. Leal
CPF: 017.725.79.107
Assinatura: [Signature]

Nome: [Signature]
CPF: 127.763.85.485
Assinatura: [Signature]

**4º TERMO ADITIVO
PARA CONCESSÃO DE REAJUSTE**

TERMO ADITIVO AO CONTRATO Nº 249/2021, QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE ITAGUAÍ, PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, COMO CONTRATANTE, E O INSTITUTO ELISA DE CASTRO COMO CONTRATADA COMO CONTRATADA, COM FULCRO art. 40, inc. XI, e art.55, inc.III, da LEI 8.666/93, NA FORMA ABAIXO:

O **MUNICÍPIO DE ITAGUAÍ**, neste ato representado pelo **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAGUAÍ – CNPJ nº. 11.855.524/0001-80** – situada na Av. Prof. Isoldackson Cruz de Brito, 18.745 - Vila Margarida, Itaguai - RJ, CEP: 23825-840; e pela **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**, doravante denominado **CONTRATANTE**, representado neste ato pelo Ordenador de Despesa e Secretário Municipal de Saúde, **Sr. Carlos Eduardo Carneiro Zóia**, brasileiro, portador do documento de identidade nº CRM8630425, e inscrito no CPF/MF sob o nº. 042.497.316-26 e a entidade **INSTITUTO ELISA DE CASTRO**, situada na Avenida das Américas, 7935, Sala 711, Barra da Tijuca, Rio de Janeiro/RJ, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 05.624.609/0001-55, daqui por diante denominada **CONTRATADA**, representada neste ato por **Ronaldo José dos Passos**, identidade nº 029279 OAB/RJ, CPF nº 447.685.247-53; resolvem celebrar o presente **TERMO ADITIVO PARA CONCESSÃO DE REAJUSTE**, com fundamento no art. 40, inc. XI, e art.55, inc.III, da LEI 8.666/93, e suas alterações, tendo em vista o contido no Processo Administrativo nº 21.881/2022, Apenso Processo Administrativo nº 3968/2021, que se regerá pelas cláusulas e condições seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA: (DO OBJETO)

Constitui objeto do presente instrumento a concessão de reajuste do Contrato nº 249/2021, relativo à **CONTRATO PARA SERVIÇOS DE GESTÃO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA 24HORAS – PORTE III, PARA ATENDER AS DEMANDAS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**, na forma do Projeto Básica e do instrumento convocatório, com fundamento no art. 65, alínea 'b', e § 1º, da lei 8.666/93 e Cláusula décima.

CLÁUSULA SEGUNDA: (DO REAJUSTE)

Fica concedido o reajuste conforme atualização da tabela IPCA.

PARÁGRAFO PRIMEIRO – Aplica-se o reajuste de 5,9005% (cinco inteiro e novecentos e cinco mil milionésimos)

PARÁGRAFO SEGUNDO - A anualidade dos reajustes continuará a ser sempre contada a partir da data do fato gerador que deu ensejo ao último reajuste.

CLÁUSULA TERCEIRA: (DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA)

As despesas com a execução do presente contrato correrão à conta das seguintes dotações orçamentárias:

Órgão: 11
Unidade: 11.02
Funcional: 10.302.0084
Projeto/Atividade: 2.036
Elemento da Despesa: 3.3.90.39
Recurso: 0704/0500/0600

PARÁGRAFO ÚNICO – As despesas relativas aos exercícios subsequentes correrão por conta das dotações orçamentárias respectivas, devendo ser empenhadas no início de cada exercício.

CLÁUSULA QUARTA: (DO VALOR DO TERMO ADITIVO)

Dá-se ao termo aditivo o valor reajustado de R\$ 20.331.123,96 (vinte milhões, trezentos e trinta e um mil, cento e vinte e três reais e noventa e seis centavos).

CLÁUSULA QUINTA: (RATIFICAÇÃO)

As partes contratantes ratificam as demais cláusulas e condições estabelecidas pelo instrumento contratual, não alterado pelo presente Termo Aditivo.

CLÁUSULA SEXTA: (DA PUBLICAÇÃO)

Após a assinatura do termo aditivo deverá ser publicado, dentro do prazo de 20 (vinte) dias, no Jornal Oficial de Itaguaí, correndo os encargos por conta da CONTRATANTE.

E por estarem justas e contratadas, as partes assinam o presente TERMO ADITIVO em 04 (quatro) vias de igual teor e forma na presença de 02 (duas) testemunhas, que também assinam para um só e mesmo efeito de direito.

Itaguaí, 20 de março de 2023.

Carlos Eduardo Carneiro Zóia
Secretário Municipal de Saúde
Matrícula: 45944

Carlos Eduardo C. Zóia

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Carlos Eduardo Carneiro Zóia

CPF Nº 042.497.316-26

CONTRATANTE

Documento assinado digitalmente

gov.br

RONALDO JOSE DOS PASSOS
Data: 22/03/2023 10:04:43 -0500
Valifique em <https://validar.ri.gov.br>

INSTITUTO ELISA DE CASTRO

CNPJ/MF Nº 05.624.609/0001-55

Ronaldo José dos Passos

CPF Nº 447.685.247-53

CONTRATADA

TESTEMUNHAS:

Nome:

CPF:

Assinatura:

Quirina Fauty
01772527707
[Assinatura]

Nome:

CPF:

Assinatura:

Maria Cristina P. F. Barbosa
981.492.457-15
[Assinatura]

Art.2º - Designar o servidor comissionado **THIAGO CRIVELARI NUNES CURYTIBA**, matrícula nº 46.084, para atestar a execução supramencionada, em conjunto com o servidor designado na forma do art. 1º desta Portaria.

Art.3º - Revoga-se a Portaria nº 10, de 03 de agosto de 2022.

Art. 4º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

(e)**GILSON STUTZ DE OLIVEIRA JUNIOR**

Secretário Municipal de Seg. Púb., Def. Civil e Trânsito
Matrícula: 46029

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAGUAÍ
ATOS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE
LICITAÇÕES E CONTRATOS

ERRATA

NA PUBLICAÇÃO DO JORNAL OFICIAL DE ITAGUAÍ, EDIÇÃO Nº 1.144 DE 22 DE MARÇO DE 2023, PÁGINA 25, 2º TERMO ADITIVO DE ALTERAÇÃO PARA ACRÉSCIMO DO OBJETO QUANTITATIVA E QUALITATIVA E PRORROGAÇÃO DE PRAZO:

DE SE LÊ:

"EMBRASCON EMPRESA BRASILEIRA DE CONSTRUÇÕES EIRELI – ME"

LEIA-SE:

"S & B SOLUÇÕES EM CONSTRUÇÕES LTDA".

(a) Samuel Moreira da Silva – Secretário Municipal de Licitações e Contratos

EXTRATOS DE CONTRATOS

4º TERMO ADITIVO
PARA CONCESSÃO DE REAJUSTE

TERMO ADITIVO AO CONTRATO Nº 249/2021, QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE ITAGUAÍ, PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, COMO CONTRATANTE, E O INSTITUTO ELISA DE CASTRO COMO CONTRATADA COMO CONTRATADA, COM FULCRO art. 40, inc. XI, e art.55, inc.III, da LEI 8.666/93, NA FORMA ABAIXO:

O MUNICÍPIO DE ITAGUAÍ, neste ato representado pelo FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAGUAÍ – CNPJ nº. 11.855.524/0001-80 – situada na Av. Prof. Isoldackson Cruz de Brito, 18.745 - Vila Margarida, Itaguaí - RJ, CEP: 23825-840; e pela SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, doravante denominado **CONTRATANTE**, representado neste ato pelo Ordenador de Despesa e Secretário Municipal de Saúde, Sr. Carlos Eduardo Carneiro Zóia, brasileiro, portador do documento de identidade nº CRM8630425, e inscrito no CPF/MF sob o nº. 042.497.316-26 e a entidade **INSTITUTO ELISA DE CASTRO**, situada na Avenida das Américas, 7935, Sala 711, Barra da Tijuca, Rio de Janeiro/RJ, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 05.624.609/0001-55, daqui por diante denominada **CONTRATADA**, representada neste ato por **Ronaldo José dos Passos**, identidade nº 029279 OAB/RJ, CPF nº 447.685.247-53; resolvem celebrar o presente **TERMO ADITIVO PARA CONCESSÃO DE REAJUSTE**, com fundamento no art. 40, inc. XI, e art.55, inc.III, da LEI 8.666/93, e suas alterações, tendo em vista o contido no Processo Administrativo nº 21.881/2022, Apenso Processo Adminis-

trativo nº 3988/2021, que se regerá pelas cláusulas e condições seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA: (DO OBJETO)

Constitui objeto do presente instrumento a concessão de reajuste do Contrato nº 249/2021, relativo a **CONTRATO PARA SERVIÇOS DE GESTÃO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA 24HORAS – PORTE III, PARA ATENDER AS DEMANDAS DA SECRETARIA**

MUNICIPAL DE SAÚDE, na forma do Projeto Básica e do instrumento convocatório, com fundamento no art. 65, alínea 'b', e § 1º, da lei 8.666/93 e Cláusula décima.

CLÁUSULA SEGUNDA: (DO REAJUSTE)

Fica concedido o reajuste conforme atualização da tabela IPCA.

PARÁGRAFO PRIMEIRO – Aplica-se o reajuste de 5,9005% (cinco inteiro e novecentos e cinco mil milionésimos)

PARÁGRAFO SEGUNDO - A anualidade dos reajustes continuará a ser sempre contada apartir da data do fato gerador que deu ensejo ao último reajuste.

CLÁUSULA TERCEIRA: (DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA)

As despesas com a execução do presente contrato correrão à conta das seguintes dotações orçamentárias:

Órgão: 11 Unidade:11.02

Funcional: 10.302.0084

Projeto/Atividade: 2.036 Elemento da Despesa: 3.3.90.39Recurso: 0704/0500/0600

PARÁGRAFO ÚNICO – As despesas relativas aos exercícios subsequentes correrão por conta das dotações orçamentárias respectivas, devendo ser empenhadas no início de cada exercício.

CLÁUSULA QUARTA: (DO VALOR DO TERMO ADITIVO)

Dá-se ao termo aditivo o valor reajustado de **R\$ 20.331.123,96** (vinte milhões, trezentos e trinta e um mil, cento e vinte e três reais e noventa e seis centavos).

CLÁUSULA QUINTA: (RATIFICAÇÃO)

As partes contratantes ratificam as demais cláusulas e condições estabelecidas pelo instrumento contratual, não alterado pelo presente Termo Aditivo.

CLÁUSULA SEXTA: (DA PUBLICAÇÃO)

Após a assinatura do termo aditivo deverá ser publicado, dentro do prazo de 20 (vinte) dias, no Jornal Oficial de Itaguaí, correndo os encargos por conta da **CONTRATANTE**.

E por estarem justas e contratadas, as partes assinam o presente **TERMO ADITIVO** em 04 (quatro) vias de igual teor e forma na presença de 02 (duas) testemunhas, que também assinam para um só e mesmo efeito de direito.

Itaguaí, 20 de março de 2023.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

(a)Carlos Eduardo Carneiro Zóia - CPF Nº 042.497.316-26
CONTRATANTE

INSTITUTO ELISA DE CASTRO

CNPJ/MF Nº 05.624.609/0001-55

(a)Ronaldo José dos Passos - CPF Nº 447.685.247-53
CONTRATADA

**5º TERMO ADITIVO
PARA PRORROGAÇÃO DE PRAZO**

TERMO ADITIVO AO CONTRATO Nº 249/2021, QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE ITAGUAÍ, PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, COMO CONTRATANTE, E O INSTITUTO ELISA DE CASTRO, COMO CONTRATADA, COM FULCRO NO ART. 9º, §4º DA LEI Nº 5.498/2009 E ART.21 DO DECRETO ESTADUAL Nº 42.506/2010, NA FORMA ABAIXO:

O MUNICÍPIO DE ITAGUAÍ, inscrito no CNPJ sob o nº 29.138.302/0001-02, com sede situada na Rua General Bocaiuva, 636, Centro, Itaguaí - RJ, pelo FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAGUAÍ - CNPJ nº. 11.855.524/0001-80 - Av. Prof. Isoldackson Cruz de Brito, 18 - Vila Margarida, Itaguaí - RJ, CEP: 23825-840 e pela SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, doravante denominada CONTRATANTE, representada neste ato pelo Secretário Municipal de Saúde, Sr. Carlos Eduardo Carneiro Zóia, brasileiro, portador da cédula de identidade nº CRM8630425, expedida pelo Conselho Regional de Medicina e pelo CPF 042.497.316-26, e a entidade INSTITUTO ELISA DE CASTRO, situada na Avenida das Américas, 7935, Sala 711, Barra da Tijuca, Rio de Janeiro/RJ, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 05.624.609/0001-55, daqui por diante denominada CONTRATADA, representada neste ato por José Antônio Guimarães Cunha, identidade nº 198.146 OAB/RJ, CPF nº 032.820.967-80, resolvem celebrar o presente TERMO ADITIVO, com fundamento no ART. 9º, §4º da Lei nº 5.498/2009 e Art.21 do Decreto Estadual nº 42.506/2010, tendo em vista o contido no Processo Administrativo nº 3988/2021 (Apenso Processo Administrativo 9052/2022), que se regerá pelas cláusulas e condições seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA: (DO OBJETO)

Constitui objeto do presente instrumento a prorrogação do prazo de vigência do Contrato nº 249/2021, relativo à **CONTRATO PARA SERVIÇOS DE GESTÃO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA 24HORAS - PORTE III, PARA ATENDER AS DEMANDAS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**, com fundamento no ART. 9º, §4º da Lei nº 5.498/2009 e Art.21 do Decreto Estadual nº 42.506/2010 e na Cláusula Segunda, Parágrafo Único do contrato.

CLÁUSULA SEGUNDA: (DA PRORROGAÇÃO DO PRAZO DE EXECUÇÃO)

Pelo presente instrumento fica prorrogado o prazo de vigência do contrato por 12 (doze) meses, dando-se ao contrato o prazo total de 36 (trinta e seis) meses.

CLÁUSULA TERCEIRA: (DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA)

As despesas com a execução do presente contrato correrão à conta das seguintes dotações orçamentárias:

Manutenção e Operacionalização da UPA 24 horas.

Programa de Trabalho: 11.02.10.302.0084.2.036

Natureza de Despesa: 33.90.39

Fonte de recurso: 600 (Federal), 621 (estadual) e 500 (Municipal)

Recursos Federais e Estaduais, recebidos por transferência regular e automática,

Fundo a Fundo.

PARÁGRAFO ÚNICO – As despesas relativas aos exercícios subsequentes correrão por conta das dotações orçamentárias respectivas, devendo ser empenhadas no início de cada exercício.

CLÁUSULA QUARTA: (RATIFICAÇÃO)

As partes contratantes ratificam as demais cláusulas e condições estabelecidas pelo instrumento contratual, não alterado pelo presente Termo Aditivo.

CLÁUSULA QUINTA: (DA PUBLICAÇÃO)

Após a assinatura do termo aditivo deverá ser publicado, dentro do prazo de 20 (vinte) dias, no Jornal Oficial do Município, correndo os encargos por conta da CONTRATANTE. E por estarem justas e contratadas, as partes assinam o presente TERMO ADITIVO em 04 (quatro) vias de igual teor e forma na presença de 02 (duas) testemunhas, que também assinam para um só e mesmo efeito de direito.

Itaguaí, 22 de novembro de 2023.

Carlos Eduardo Carneiro Zóia

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CARLOS EDUARDO CARNEIRO ZÓIA
CPF/MF Nº 042.497.316-26
CONTRATANTE

Documento assinado digitalmente

gov.br

JOSE ANTONIO GUIMARAES CUNHA
Data: 22/11/2023 15:57:00-0200
Verifique em: <https://validar.jf.gov.br>

INSTITUTO ELISA DE CASTRO
CNPJ/MF Nº 05.624.609/0001-55
José Antônio Guimarães Cunha
CPF nº 032.820.967-80
CONTRATADA

TESTEMUNHAS:

Nome: *Christiane Pereira*

CPF: 017.253.207

Assinatura: *[assinatura]*

Nome: *M^{te} ADELINA DE S. F. DE SOUZA*

CPF: 419.966.237-53

Assinatura: *[assinatura]*



ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atesto para os devidos fins que o **INSTITUTO ELISA DE CASTRO - IEC**, entidade privada sem fins lucrativos, qualificada como Organização Social, inscrita no CNPJ nº 05.624.609/0001-55, com sede na Avenida Ayrton Senna, 2.500, BLC 1 SALAS 314 A 322, Barra da Tijuca, Rio de Janeiro/RJ, CEP: 22.775, presta serviços de qualidade satisfatória voltados à **Gestão de Serviços de Saúde e atendimento às necessidades do Município de Mangaratiba no âmbito da Atenção Especializada e Rede de Urgência e Emergência**, em conformidade com o contrato nº 099/2021, processo adm nº 6267/2021, firmado entre a organização supracitada e o município de Mangaratiba-/RJ, através da Secretaria Municipal de Saúde, com os seguintes dados:

REPUTAÇÃO ÉTICO PROFISSIONAL

Os profissionais executaram os serviços de forma satisfatória, não havendo em nossos registros nenhum fato que desabone sua conduta ético-profissional e sua responsabilidade em relação às tarefas assumidas.

REPUTAÇÃO ÉTICO PROFISSIONAL DA INSTITUIÇÃO

Inquestionável reputação ético profissional, não apresentando qualquer indicio que comprometa sua idoneidade.

LOCAL DE EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS

Os serviços foram realizados nas Unidades de Saúde escopo deste objeto, em particular no: **HOSPITAL MUNICIPAL VICTOR DE SOUZA BREVES**

PERFIL ASSISTÊNCIA DO HOSPITAL

Hospital Geral de médio porte, conforme CNES nº 2288109, dispendo de 64 leitos habilitados de média/alta complexidade, conforme quadro abaixo:

[Handwritten signature and stamp]



ESPEC - CIRURGICO		
Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
13-ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	7	7
04-ORFEOLOGIA	4	4
23-CIRURGIA GERAL	4	4
	15	15
ESPEC - CLINICO		
Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
23-CLINICA GERAL	27	27
	27	27
OBSTETRICO		
Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
10-OBSTETRICA CIRURGICA	6	6
	6	6
PEDIATRICO		
Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
45-PEDIATRIA CLINICA	10	10
	10	10
OUTRAS ESPECIALIDADES		
Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
47-PSIQUIATRIA	2	2
24-CRÓNICOS	2	2
	4	4
HOSPITAL DIA		
Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
07-CIRURGICO/DIAGNOSTICO/TERAPEUTICO	2	2
	2	2
TOTAL (GERAL MENOS COMPLEMENTAR)	64	64

NATUREZA E PRAZO DE VIGÊNCIA

Contrato de Prestação de Serviços nº 099/2021, iniciado em 18/11/2021, bem como Termos Aditivos 1 e 2 e com prazo de vigência até 18/11/2024.

VALOR CONTRATUAL

Valor mensal: **R\$ 2.812.835,02** (dois milhões, oitocentos e doze mil, oitocentos e trinta e cinco reais e dois centavos).

Valor Global do contrato para os primeiros 12 meses: **R\$ 33.754.020,24** (trinta e três milhões, setecentos e cinquenta e quatro mil e vinte reais e vinte e quatro centavos)

QUALIDADE


A organização manteve equipe técnica de acompanhamento e supervisão dos serviços, cujo pressuposto básico foi garantir a qualidade dos serviços prestados, sempre com foco na melhoria dos serviços de saúde ao usuário.



CUMPRIMENTO DAS OBRIGAÇÕES E PRAZOS

Os prazos foram cumpridos à contento, conforme pactuado com a SMS, bem como as obrigações legais previstas em contrato, não havendo em nossos registros nenhum fato que desabone a conduta da empresa e sua responsabilidade em relação às tarefas assumidas tanto no nível de Gestão quanto no nível assistencial.

Mangaratiba/RJ, 27 de novembro de 2023.


MAIR ARAÚJO BICHARA
Secretário Municipal de Saúde



Rio de Janeiro, 16 de agosto de 2023.

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos, para todos os fins de direito, que o Instituto Elisa de Castro, inscrito no CNPJ sob nº 05.624.609/0001-55, com sede na Av. Ayrton Sena, 2500 - OFFICE 1, 3º andar, SALA 320, Barra da Tijuca, Rio de Janeiro, RJ CEP: 22.775-003, tendo como Responsável Técnico o Dr. Roque Anderson Guimarães Lopes, inscrito no CRM/RJ sob nº 52-0114768-4, realiza a execução na prestação de serviços de saúde na forma do Contrato n.º 099/21, firmado com a Secretaria Municipal de Saúde de Mangaratiba/RJ, no dia 16/11/2021 até a presente data.

Segue abaixo a lista das unidades onde o IEC realiza a Prestação de Serviços Assistenciais de Saúde na rede de saúde do município de Mangaratiba:

UNIDADES MANGARATIBA

ESF SERRA DO PILOTO - CNES 2266628
ESF MURIQUI - CNES 6026230
ESF ITACURUÇA - CNES 6026249
ESF CONCEIÇÃO DE JACAREÍ - CNES 6026257
ESF RANCHITO - CNES 6026265
ESF INGAÍBA - CNES 600188
CASA ROSA - CNES 2986280
CAPS - CNES 5485886
HOSPITAL MUNICIPAL VICTOR SOUZA BREVES - CNES 2288109

A referida empresa cumpriu sempre e pontualmente com as obrigações assumidas, no tocante aos serviços solicitados, pelo que declaramos estar apta a cumprir com o objeto contratado, nada tendo que a desabone.

Dr. Mair Araújo Bichara

Secretário Municipal de Saúde - Mangaratiba/RJ



CONTRATO Nº: 099/2021

Trata o presente da Registro de Preços para a Contratação de Pessoa Jurídica de direito Privado Especializada para prestação de serviços de saúde e atendimento das necessidades apresentadas pelo município de Mangaratiba, os profissionais serão convocados de acordo com as necessidades, sem a obrigatoriedade de serem chamados todos ao mesmo tempo, por isso justifica-se a contratação por Registro de Preços, para suplementar, do atendimento assistencial dentro da lógica da Especializada, Urgência e Emergência a fim de complementar a Rede Municipal de Saúde nos serviços de clínico geral, conforme Termo de Referência Anexo I deste Edital, **QUE ENTRE SI FAZEM O MUNICÍPIO DE MANGARATIBA**, como **CONTRATANTE** e a empresa **INSTITUTO ELISA DE CASTRO** como **CONTRATADA**.

O Município de Mangaratiba, Pessoa Jurídica de Direito Público Interno, com sede na Praça Robert Simões, nº 92, Centro, Mangaratiba - RJ, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 29.138.310/0001-59, e neste ato representada pela **Secretária Municipal de Saúde, Sra. Sandra Castelo Branco Gomes**, brasileira, divorciada, Administradora Hospitalar, portadora da carteira de identidade nº.052973559 DETRAN, sob o nº de CPF 840.277.707-49, doravante denominada **CONTRATANTE** e a empresa **Instituto Elisa De Castro** com sede na Av. das Americas, nº7935, sala 711, Bloco I, Barra da Tijuca/RJ, CEP 22.793-081, inscrita no CNPJ-MF sob o nº 05.624.609/0001-55, neste ato representado por **Sr. Rogerio Da Rocha Pereira**, brasileiro, separado, contador, portador da cédula de identidade nº 08020606 expedida pelo CRCRJ, inscrito no CPF sob o n.º 077.570.297-25 neste ato denominado **CONTRATADO**, resolvem celebrar o presente contrato, com fundamento no **PROCESSO ADMINISTRATIVO 6267/2021** concernente a **LICITAÇÃO PREGÃO PRESENCIAL SRP Nº 055/2021** da modalidade Pregão Presencial, que se regerá pelas normas da Lei nº 10.520 de 17 de julho de 2002, Decreto Municipal nº. 1184, de 04 de agosto de 2006 bem como a Lei 8666/93 e do instrumento convocatório, aplicando-se a este contrato suas disposições irrestrita e incondicionalmente, bem como pelas cláusulas e condições seguintes:



CLÁUSULA PRIMEIRA: DO OBJETO

Contratação de Pessoa Jurídica de direito Privado Especializada para prestação de serviços de saúde e atendimento das necessidades apresentadas pelo município de Mangaratiba, os profissionais serão convocados de acordo com as necessidades, sem a obrigatoriedade de serem chamados todos ao mesmo tempo, por isso justifica-se a contratação por Registro de Preços, para suplementar, do atendimento assistencial dentro da lógica da Especializada, Urgência e Emergência a fim de complementar a Rede Municipal de Saúde nos serviços de clínico geral, conforme tabela a seguir constante constante no Processo Administrativo nº 6267/2021:

FUNÇÃO	QTD	CARGA HORARIA TOTAL MENSAL	VLR HORA	TOTAL MENSAL
ANESTESISTA	7	840	119,16	100.094,40
ANESTESISTA - ROTINA	4	400	88,00	35.200,00
ANESTESISTA - EXTRA FIM DE SEMANA	2	200	11,00	2.200,00
DENTISTA	7	840	41,25	34.650,00
ENFERMEIRO	58	6960	30,85	214.716,00
FARMACEUTICO	4	400	34,75	13.900,00
FISIOTERAPEUTA - HOSPITAL	7	840	28,95	24.318,00
FISIOTERAPEUTA - UBS's	9	1350	23,17	31.279,50
FONOAUDIOLOGO	3	450	23,17	10.426,50
INSTRUMENTADOR CIRURGICO	2	800	6,33	5.064,00
MEDICO ANGIOLOGISTA (EXAME DOPPLER VENOSO)	1	120	119,16	14.299,20
MEDICO CARDIOLOGISTA - AMBULATORIO	3	300	88,00	26.400,00
MEDICO CARDIOLOGISTA (EXAME ECOCARDIOGRAMA)	1	100	88,00	8.800,00
MEDICO CIRURGIAO GERAL	7	840	119,16	100.094,40
MEDICO CIRURGIAO GERAL - EXTRA FIM SEMANA	2	240	9,16	2.198,40
MEDICO CIRURGIAO VASCULAR	1	120	119,16	14.299,20
MEDICO CIRURGIAO VASCULAR - AMBULATORIO	3	300	88,00	26.400,00
MEDICO CLINICO GERAL	42	5040	110,00	554.400,00
MEDICO CLINICO GERAL - EXTRA FIM DE SEMANA	12	1440	9,16	13.190,40
MEDICO CLINICO - ROTINA	3	300	44,00	13.200,00
MEDICO DERMATOLOGISTA	1	100	88,00	8.800,00
MEDICO ENDOCRINOLOGISTA	2	200	88,00	17.600,00
MEDICO GINECOLOGISTA	6	600	88,00	52.800,00
MEDICO GINECOLOGISTA DE CIRURGIA	1	120	110,00	13.200,00
MEDICO HEMATOLOGISTA	1	100	88,00	8.800,00
MEDICO INFECTOLOGISTA	1	100	88,00	8.800,00
MEDICO MANTOLOGISTA	3	300	121,73	36.519,00
MEDICO NEUROLOGISTA - AMBULATORIO	3	300	88,00	26.400,00
MEDICO OPHTALMOLOGISTA	3	300	88,00	26.400,00
MEDICO PEDIATRA - EMERGENCIA	11	6720	29,79	200.168,80
MEDICO PEDIATRA - EXTRA FIM DE SEMANA (P/w)	4	480	9,16	4.396,80
MEDICO PEDIATRA - AMBULATORIO	8	800	88,00	70.400,00
MEDICO PSIQUIATRA - AMBULATORIO	5	500	88,00	44.000,00
MEDICO REUMATOLOGISTA	1	100	88,00	8.800,00
MEDICO OBSTETRA	7	840	119,16	100.094,40
MEDICO OBSTETRA - EXTRA FIM DE SEMANA (P/w)	2	240	9,16	2.198,40

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



MEDICO ORTOPEDISTA - EXTRA FIM DE SEMANA (Plus)	3	360	9,16	3.297,80
MEDICO ORTOPEDISTA	8	960	119,16	114.393,60
MEDICO ORTOPEDISTA - AMBULATORIO	3	300	88,00	26.400,00
PSICOLOGO	9	1350	23,17	31.279,50
COORDENADORES MEDICOS	7	1400	110,00	154.000,00
TOTAL	270			2.203.898,10
CUSTOS INDIRETOS, TRIBUTOS E LUCROS			%	
ADMINISTRAÇÃO CENTRAL			7,60%	167.496,25
ADMINISTRAÇÃO LOCAL			8,99%	198.130,44
IMPOSTOS				
COFINS			3,00%	84.383,65
PIS			0,65%	18.283,43
ISS			5,00%	140.641,75
TOTAL CUSTOS INDIRETOS, TRIBUTOS, E LUCROS				608.936,92
TOTAL GERAL MENSAL			8,65%	2.812.835,02
VALOR TOTAL ANUAL				33.754.020,24

CLÁUSULA SEGUNDA: DO PRAZO

O prazo de vigência do contrato será de **12 (doze) meses**, contados a partir da assinatura deste instrumento que será publicado no Diário Oficial do Município, na forma de extrato.

PARÁGRAFO ÚNICO – O prazo contratual poderá ser prorrogado, observando os limites previsto no inciso II, do parágrafo 1º, c/c parágrafo 2º, ambos do artigo 57, da Lei Federal nº 8.666/93, desde que a proposta seja mais vantajosa para o **CONTRATANTE**.

CLÁUSULA TERCEIRA: DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE

Constituem obrigações do **CONTRATANTE**:

- Realizar os pagamentos devidos à **CONTRATADA**, nas condições estabelecidas neste Contrato;
- Fornecer à **CONTRATADA** documentos, informações e demais elementos que possuir pertinentes à execução do presente Contrato;
- Exercer a fiscalização do Contrato;
- Receber provisória e definitivamente o objeto do Contrato nas formas definidas.
- O **GESTOR** do presente contrato será o **Secretário Municipal de Saúde**.

[Handwritten signature]



CLÁUSULA QUARTA: DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

Constituem obrigações da **CONTRATADA**:

- a) entregar os objetos da licitação, na quantidade, qualidade, local e prazos especificados no Termo de Referência;
- b) entregar o objeto do contrato sem qualquer ônus para o **CONTRATANTE**, estando incluídos no valor do pagamento das e quaisquer despesas, tais como tributos, frete, seguro e descarregamento das mercadorias, inclusive no que diz respeito à implantação do sistema bem como a capacitação dos seus usuários.
- c) Manter durante toda execução do contrato as mesmas condições de habilitação.

CLÁUSULA QUINTA: DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

As despesas com a execução do presente Contrato correrão à conta da seguinte dotação orçamentária nº 02.01.01.10.302.0210.2025.3.3.90.39.99.107 da Secretaria Municipal de Saúde.

PARÁGRAFO ÚNICO – As despesas relativas aos exercícios subsequentes correrão por conta das dotações orçamentárias respectivas, devendo ser empenhadas no início de cada exercício.

CLÁUSULA SEXTA: VALOR DO CONTRATO

Dá-se a este contrato o valor global estimado de R\$ 33.754.020,2 (trinta e três milhões, setecentos e cinquenta e quatro reais mil e vinte reais e dois centavos), tendo sido emitida nota de empenho de N°0356/2021 no valor estimado de R\$4.031.730.23 (quatro milhões, trinta e um mil, setecentos e trinta reais e vinte três centavos), referente à 13 dias do mês de novembro de 2021 e dezembro de 2021.



CLÁUSULA SÉTIMA: DA EXECUÇÃO, DO RECEBIMENTO E DA FISCALIZAÇÃO DO CONTRATO

O Contrato deverá ser executado fielmente, de acordo com as cláusulas avençadas, nos termos do instrumento convocatório e seus anexos, bem como da legislação vigente, respondendo o inadimplente pelas consequências da inexecução total ou parcial

PARÁGRAFO PRIMEIRO – A execução do Contrato será acompanhada e fiscalizada pela Secretaria requisitante, que o nomeará através de Portaria, nos termos do Art. 8º do Decreto Municipal n°3186/2014.

PARÁGRAFO SEGUNDO – O Fiscal do Contrato deverá ser designado pelo respectivo Gestor do Contrato por meio de Portaria, no prazo de 05 (cinco) dias da celebração do contrato ou ainda instrumento a ser fiscalizado, contendo nome completo, identificação funcional, descrição resumida do objeto deste instrumento, bem como o número do Processo Administrativo, que originou a contratação, nos termos do Art. 3º do Decreto Municipal n°3293/2014.

PARÁGRAFO TERCEIRO – A não designação do fiscal do contrato, importará na responsabilidade do Secretária da Pasta.

PARÁGRAFO QUARTO – O objeto do Contrato será recebido em tantas parcelas quantas aquelas determinadas no Termo de Referência. Já casos omissos de acordo com o art. 73 da lei 8666/93.

PARÁGRAFO QUINTO – O representante do **CONTRATANTE**, sob pena de ser responsabilizado administrativamente, anotarà em registro próprio as ocorrências relativas à execução do Contrato, determinando o que for necessário à regularização das faltas ou defeitos observados, No que exceder à sua competência, comunicará o fato à autoridade superior, em 10 (dez) dias, para ratificação.

PARÁGRAFO SEXTO – A **CONTRATADA** declara, antecipadamente, aceitar todas as condições, métodos e processos de inspeção, verificação e controle adotados pela fiscalização,

[Handwritten signature]



obrigando-se a lhes fornecer todos os dados, elementos, explicações, esclarecimentos e comunicações de que este necessitar e que forem julgados necessários ao desempenho de suas atividades.

PARÁGRAFO SÉTIMO – A instituição e a atuação da fiscalização do serviço, objeto do contrato, não exclui ou atenua a responsabilidade da **CONTRATADA**, nem a exime de manter fiscalização própria.

CLÁUSULA OITAVA: DA RESPONSABILIDADE

A **CONTRATADA** é responsável por danos causados ao **CONTRATANTE** ou a terceiros, decorrentes de culpa ou dolo na execução do Contrato, não excluída ou reduzida essa responsabilidade pela presença de fiscalização ou pelo acompanhamento da execução por órgão da Administração.

PARÁGRAFO ÚNICO – A **CONTRATADA** é responsável por encargos trabalhistas, inclusive decorrentes de acordos, dissídios e convenções coletivas, previdenciários, fiscais e comerciais oriundos da execução do Contrato, podendo o **CONTRATANTE**, a qualquer tempo, exigir a comprovação do cumprimento de tais encargos, como condição do pagamento dos créditos da **CONTRATADA**.

CLÁUSULA NONA: CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

Os pagamentos serão efetuados, obrigatoriamente, por meio de crédito em conta corrente do Banco, cujo número e agência deverão ser informados pelo adjudicatário até a assinatura do contrato.

PARÁGRAFO PRIMEIRO – A **CONTRATADA** deverá encaminhar a fatura para pagamento à Secretaria Municipal de Saúde, acompanhada de comprovante de recolhimento mensal do FGTS, INSS e CNDT relativa ao serviço empregado no contrato.

PARÁGRAFO SEGUNDO – O prazo para pagamento é de **30 (trinta) dias**, contados da data da entrada do documento de crédito, isento de erros, na repartição competente,

[Handwritten marks and signatures]



previamente atestado por dois servidores que não o ordenador de despesas, designados para a fiscalização do contrato.

PARÁGRAFO TERCEIRO – Caso se faça necessária a reapresentação de qualquer fatura por culpa da **CONTRATADA**, o prazo de **30 (trinta) dias** reiniciar-se-á a contar da data da respectiva reapresentação.

PARÁGRAFO QUARTO – Os pagamentos eventualmente realizados com atraso, desde que não decorram de ato ou fato atribuível à **CONTRATADA**, sofrerão a incidência de atualização financeira pelo IGP-M e juros moratórios de 0,5% ao mês, calculado *pro rata die*.

PARÁGRAFO QUINTO – Da previsão de descontos por antecipação de pagamento seja inferior a trinta dias, contado a partir da data final do período de adimplemento de cada parcela a contratante terá um desconto de 0,01667% ao dia, alcançando ao mês o Máximo de 0,50%(meio por cento) (Lei federal n.º 10.406/02, art.406). Entende-se por antecipação o prazo que não se exceda a 30 (trinta) dias da apresentação da fatura.

CLÁUSULA DÉCIMA: DA GARANTIA

Fica dispensada a apresentação de garantia nos termos do artigo 56 da Lei Federal nº 8.666/93.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA: DA ALTERAÇÃO DO CONTRATO

O presente contrato poderá ser alterado, com as devidas justificativas, desde que por força de circunstância superveniente, nas hipóteses previstas no artigo 65, da Lei nº 8.666/93, mediante termo aditivo.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA: DA RESCISÃO

O presente Contrato poderá ser rescindido por ato unilateral do **CONTRATANTE**, pela inexecução total ou parcial de suas cláusulas e condições, nos termos dos artigos 77 e 80 da Lei nº 8.666/93, sem que caiba à **CONTRATADA** direito a indenizações de qualquer espécie.



PARÁGRAFO PRIMEIRO – Os casos de rescisão contratual serão formalmente motivados nos autos do processo administrativo, assegurado à **CONTRATADA** o direito ao contraditório e a prévia e ampla defesa.

PARÁGRAFO SEGUNDO – A declaração de rescisão deste Contrato, independentemente da prévia notificação judicial ou extrajudicial, operará seus efeitos a partir da publicação em Diário Oficial do Município.

PARÁGRAFO TERCEIRO – Na hipótese de rescisão do Contrato, além das demais sanções administrativas cabíveis, ficará a **CONTRATADA** sujeita à multa de 10% (dez por cento) incidente sobre o saldo reajustado dos serviços não executados, sem prejuízo da retenção de créditos, e das perdas e danos que forem apurados.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA: DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS E DEMAIS PENALIDADES

No descumprimento de obrigações contratuais, a **CONTRATADA** ficará sujeita às seguintes penalidades:

13.1 Advertência escrita:

a) Considerando o número de advertências e a gravidade do descumprimento, poderá ser encaminhado o caso a autoridade competente, com pedido formal de rescisão do Contrato, sem prejuízo das demais penalidades previstas no Edital, no Contrato / Nota de Empenho e nas Leis n.º 10.520/02 e 8.666/93.

13.2 Multa:

a) Por atraso na entrega do objeto e/ou na substituição do(s) objeto(s) que for(em) rejeitados pela fiscalização, fica a **CONTRATADA** sujeita à multa de 2% (dois por cento) por dia útil de atraso, a ser calculada desde o primeiro dia de atraso até o efetivo cumprimento da obrigação, limitado a 10 (dez) dias úteis.



- b) Multa de 15% (quinze por cento): a) por inexecução parcial do contrato; b) por irregularidades consideradas relevantes pela fiscalização do contrato; c) por atraso na entrega e/ou substituição do(s) objeto(s) que for(em) rejeitados pela fiscalização, por prazo superior a 10 (dez) dias úteis e limitado a 20 (vinte) dias úteis;
- c) Multa de 20% (vinte por cento): a) por inexecução total do contrato; b) por atraso na entrega e/ou substituição do(s) objeto(is) que for(em) rejeitados pela fiscalização; c) por prazo superior a 20 (vinte) dias úteis;
- d) Transcorridos 21 (vinte e um) dias úteis do prazo de entrega do objeto e/ou substituição do(s) equipamento(s) que for(em) rejeitados pela fiscalização, poderá ser aplicada a multa de 25% (vinte e cinco por cento) por inexecução total;

13.3 A ocorrência das hipóteses previstas nas alíneas "c" ou "d" do subitem supra, a CONTRATADA, além da aplicação da multa, por aplicação das disposições contidas na Lei nº 10.520/2002 e, subsidiariamente, da Lei nº 8.666/93, sofrerá as seguintes penalidades:

- a) Suspensão de participar em licitação e impedimento de contratar com a Administração, pelo prazo de 01 ano.
- b) Suspensão de participar em licitação e impedimento de contratar com a Administração, pelo prazo de até 05 anos, e declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade.

13.4 Quem convocado dentro do prazo de validade da sua proposta financeira, não celebrar o Contrato e/ou recusar a receber a Nota de Empenho, deixar de entregar ou apresentar documentação falsa exigida para a licitação, ensejar o retardamento da execução de seu objeto, não mantiver a proposta, falhar ou fraudar na execução do Contrato / Nota de Empenho, comportar-se de modo inidôneo ou cometer fraude fiscal, ficará impedido de licitar e contratar com o Município pelo prazo de até 05 anos, bem como sujeito à multa de 25%, aplicada sobre o valor total da Proposta Financeira / Contrato / Nota de Empenho, atualizado, conforme artigo 7º da Lei nº 10.520/2002.

FE



13.5 Conforme o caso, as multas deverão ser recolhidas dentro do prazo de 05 dias úteis a contar da correspondente notificação ou descontadas do pagamento, ou, ainda, quando for o caso, cobradas judicialmente.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA: EXTINÇÃO UNILATERAL DO CONTRATO

O **CONTRATANTE** poderá denunciar o Contrato por motivo de interesse público ou celebrar, amigavelmente, o seu destrato na forma da lei; a rescisão por inadimplemento das obrigações da **CONTRATADA** poderá ser declarada unilateralmente depois de garantido o devido processo legal, mediante decisão motivada.

PARÁGRAFO PRIMEIRO – A denúncia e a rescisão administrativa deste Contrato, em todos os casos em que admitidas, independem de prévia notificação judicial ou extrajudicial e operarão seus efeitos a partir da publicação do ato no Diário Oficial do Município.

PARÁGRAFO SEGUNDO – Na hipótese de rescisão administrativa, além das demais sanções cabíveis, o Município poderá: a) reter, a título de compensação, os créditos devidos à contratada e cobrar as importâncias por ela recebidas indevidamente; b) cobrar da contratada multa de 10% (dez por cento), calculada sobre o saldo reajustado dos serviços não executados e; c) cobrar indenização suplementar se o prejuízo for superior ao da multa.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA: DO RECURSO AO JUDICIÁRIO

As importâncias decorrentes de quaisquer penalidades impostas à **CONTRATADA**, inclusive as perdas e danos ou prejuízos que a execução do Contrato tenha acarretado, quando superiores à garantia prestada ou aos créditos que a **CONTRATADA** tenha em face do **CONTRATANTE**, que não comportarem cobrança amigável, será cobrado judicialmente.

PARÁGRAFO ÚNICO – Caso o **CONTRATANTE** tenha de recorrer ou comparecer a juízo para haver o que lhe for devido, a **CONTRATADA** ficará sujeita ao pagamento, além do principal do débito, da pena convencional de 10% (dez por cento) sobre o valor de litígio, dos juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, despesas de processo e honorários de advogado, estes fixados, desde logo em 20% (vinte por cento) sobre o valor em litígio.

*



CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA: DA CESSÃO OU TRANSFERÊNCIA

O presente Contrato não poderá ser objeto de cessão ou transferência, no todo ou em parte, a não ser com prévio e expreso consentimento do **CONTRATANTE** e sempre mediante instrumento próprio, devidamente motivado, a ser publicado no Diário Oficial do Município.

PARÁGRAFO ÚNICO – O cessionário ficará sub-rogado em todos os direitos e obrigações do cedente e deverá atender a todos os requisitos de habilitação estabelecidos no instrumento convocatório e legislação específica.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA: EXCEÇÃO DE IMPEDIMENTO

Constitui Cláusula Essencial do presente Contrato, de observância obrigatória por parte da **CONTRATADA**, a impossibilidade perante o **CONTRATANTE**, de opor, administrativamente, exceção de inadimplemento, como fundamento para a interrupção unilateral do serviço.

PARÁGRAFO ÚNICO – A suspensão do Contrato, a que se refere o art. 78, XIV, da Lei nº 8.666/93, se não for objeto de prévia autorização da Administração, de forma a não prejudicar a continuidade da Saúde pública, deverá ser requerida judicialmente, mediante demonstração dos riscos decorrentes da continuidade da execução do Contrato, sendo vedada a sua suspensão por decisão unilateral da **CONTRATADA**.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA: DA PUBLICAÇÃO E CONTROLE DO CONTRATO

Após a assinatura do contrato deverá seu extrato ser publicado no Diário Oficial do Município, até o quinto dia útil do mês seguinte ao de sua assinatura, para ocorrer no prazo de vinte dias daquela data, correndo os encargos por conta da **CONTRATANTE**.

PARÁGRAFO ÚNICO – O extrato da publicação deve conter a identificação do instrumento, partes, objeto, prazo, valor, número do empenho e fundamento do ato.

[Handwritten signatures and initials]



CLÁUSULA DÉCIMA NONA – DO FORO DE ELEIÇÃO

Fica eleito o Foro da comarca de Mangaratiba, para dirimir qualquer litígio decorrente do presente contrato que não possa ser resolvido por meio amigável, com expressa renúncia a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E, por estarem assim acordes em todas as condições e cláusulas estabelecidas neste Contrato, firmam as partes o presente instrumento em 03 (três) vias de igual forma e teor, depois de lido e achado conforme, em presença de 02 (duas) testemunhas abaixo firmadas.

Mangaratiba, 18 de novembro de 2021.

Sandra Castelo Branco Gomes
Secretaria Municipal de Saúde
Mangaratiba - RJ
CPF: 734830146

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
SANDRA CASTELO BRANCO GOMES

Contratante

INSTITUTO ELISA DE CASTRO
ROGERIO DA ROCHA PEREIRA

Contratada

TESTEMUNHAS:

Dina das R. Teixeira
CPF: 150.579.747-75

[Assinatura]
CPF: 808157267-92



1º TERMO DE APOSTILAMENTO AO CONTRATO Nº 099/2021

PROCESSO Nº 6267/2021

CONTRATO Nº: 099/2021

CONTRATADA: INSTITUTO ELISA DE CASTRO com sede na Av. das Américas, nº 7935, sala 711, Bloco I, Barra da Tijuca/RJ, CEP 22.793-081, inscrita no CNPJ-MF sob o nº 05.624.609/0001-55, neste ato representado por Sr. Rogerio Da Rocha Pereira, brasileiro, separado, contador, portador da cédula de identidade nº 08020606 expedida pelo CRCRJ, inscrito no CPF sob o n.º 077.970.297-25.

CONTRATANTE: O MUNICÍPIO DE MANGARATIBA, pessoa jurídica de direito público interno, com sede na Praça Robert Simões, nº 92, Centro, Mangaratiba/RJ, inscrita no CNPJ sob o nº 29.138.310/0001-59, neste ato representado pela Secretária Municipal de Saúde, Sra. Sandra Castelo Branco Gomes, brasileira, divorciada, Administradora Hospitalar, portadora da carteira de identidade nº.052973559 DETRAN, sob o nº de CPF 840.277.707-49.

Considerando a solicitação realizada pela Secretaria Municipal de Saúde, às fls. 659 vinculado ao Processo Administrativo nº 6267/2021, referente a correção da carga horária total mensal e valor hora quanto a função de "Pediatra – Emergencial" contida na planilha anexada na Cláusula Primeira: Do Objeto.

Considerando que as alterações não alteram o escopo do contrato;

Considerando que a correção da carga horária total mensal e valor hora quanto a função de "Pediatra – Emergencial" não implica em acréscimo de preço firmado entre as partes;

Realiza-se o 1º Termo de Apostilamento ao Contrato com a alteração da função "Médico Pediatra – Emergencial" do anexo inserido na Cláusula Primeira do contrato nº 099/2021.

Dessa forma, o Instrumento contratual passa a ter as seguintes redações:

CLÁUSULA SEGUNDA: DO OBJETO

Contratação de Pessoa Jurídica de direito Privado Especializada para prestação de serviços de saúde e atendimento das necessidades apresentadas pelo município de Mangaratiba, os profissionais serão convocados de acordo com as necessidades, sem a obrigatoriedade de serem chamados todos ao mesmo tempo, por isso justifica-se a contratação por Registro de Preços, para suplementar, do atendimento assistencial dentro da lógica



de Especializada, Urgência e Emergência a fim de complementar a Rede Municipal de Saúde nos serviços de clínico geral, conforme tabela a seguir:

FUNÇÃO	QTD	CARGA HORARIA TOTAL MENSAL	VLR HORA	TOTAL MENSAL
ANESTESISTA	7	840	119,16	100.094,40
ANESTESISTA - ROTINA	4	400	88,00	35.200,00
ANESTESISTA - EXTRA FIM DE SEMANA	2	200	11,00	2.200,00
DENTISTA	7	840	41,25	34.650,00
ENFERMEIRO	58	6960	30,85	214.718,00
FARMACEUTICO	4	400	34,75	13.900,00
FISIOTERAPEUTA - HOSPITAL	7	840	28,95	24.315,00
FISIOTERAPEUTA - UBS	8	1350	23,17	31.279,50
FONOAUDIÓLOGO	3	450	23,17	10.426,50
INSTRUMENTADOR CIRURGICO	2	800	6,33	5.064,00
MEDICO ANGIOLOGISTA (EXAME DOPPLER VENOSO)	1	120	119,16	14.299,20
MEDICO CARDIOLOGISTA - AMBULATORIO	3	300	88,00	26.400,00
MEDICO CARDIOLOGISTA (EXAME ECOCARDIOGRAMA)	1	100	88,00	8.800,00
MEDICO CIRURGIÃO GERAL	7	840	119,16	100.094,40
MEDICO CIRURGIÃO GERAL - EXTRA FIM SEMANA	2	240	9,16	2.198,40
MEDICO CIRURGIÃO VASCULAR	1	120	119,16	14.299,20
MEDICO CIRURGIÃO VASCULAR - AMBULATORIO	3	300	88,00	26.400,00
MEDICO CLINICO GERAL	42	5040	110,00	554.400,00
MEDICO CLINICO GERAL - EXTRA FIM DE SEMANA	12	1440	9,16	13.190,40
MEDICO CLINICO - ROTINA	3	300	44,00	13.200,00
MEDICO DERMATOLOGISTA	1	100	88,00	8.800,00
MEDICO ENDOCRINOLOGISTA	2	200	88,00	17.600,00
MEDICO GINECOLOGISTA	6	600	88,00	52.800,00
MEDICO GINECOLOGISTA DE ORUGIA	1	120	110,00	13.200,00
MEDICO HEMATOLOGISTA	1	100	88,00	8.800,00
MEDICO INFECTOLOGISTA	1	100	88,00	8.800,00
MEDICO MASTOLOGISTA	3	300	121,73	36.519,00
MEDICO NEUROLOGISTA - AMBULATORIO	3	300	88,00	26.400,00
MEDICO OFTALMOLOGISTA	3	300	88,00	26.400,00
MEDICO PEDIATRA - EMERGENCIA	14	1680	119,17	200.188,80
MEDICO PEDIATRA - EXTRA FIM DE SEMANA (Plus)	4	480	9,16	4.396,80
MEDICO PEDIATRA - AMBULATORIO	8	800	88,00	70.400,00
MEDICO PSIQUIATRA - AMBULATORIO	5	500	88,00	44.000,00
MEDICO REUMATOLOGISTA	1	100	88,00	8.800,00
MEDICO OBSTETRA	7	840	119,16	100.094,40



MEDICO OBSTETRA - EXTRA FIM DE SEMANA (Plus)	2	240	9,16	2.198,40
MEDICO ORTOPEDISTA - EXTRA FIM DE SEMANA (Plus)	3	360	9,16	3.297,60
MEDICO ORTOPEDISTA	8	960	119,16	114.393,60
MEDICO ORTOPEDISTA - AMBULATORIO	3	300	88,00	26.400,00
PSICOLOGO	9	1.350	23,17	31.279,50
COORDENADORES MEDICOS	7	1.400	110,00	154.000,00
TOTAL	270			2.203.898,10

CUSTOS INDIRETOS, TRIBUTOS E LUCROS			%	
ADMINISTRAÇÃO CENTRAL			7,60%	167.496,28
ADMINISTRAÇÃO LOCAL			6,99%	158.130,44
IMPOSTOS				
COFINS			3,00%	84.385,08
PIS			0,65%	18.283,43
ISS			5,00%	140.641,75
TOTAL CUSTOS INDIRETOS, TRIBUTOS, E LUCROS				608.936,91
TOTAL GERAL MENSAL			8,65%	2.812.835,02

A presente apostila de inclusão do referido contrato ampara-se no artigo artigo 65, inciso I, alínea "a" c/c-inciso II, alínea "b" da Lei 8.666/93, tendo em vista que ocorreu modificação do regime de execução do serviço em face de verificação técnica da inaplicabilidade dos termos contratuais originários.

Mangaratiba, 02 de fevereiro de 2022.

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 Sra. Sandra Castelo Branco Gomes
 Contratante

INSTITUTO ELISA DE CASTRO
 Sr. Rogerio Da Rocha Pereira
 Contratada

TESTEMUNHAS:

Nome: MARCELO ANGELO DE ARAUJO
 CPF: 808.258.267-72

Nome: Paulo Sérgio Alves dos Santos
 CPF: 006.867.657-60

D.O.M.

Diário Oficial do Município de Mangaratiba
 04 de maio de 2022 - Ano XVIII - Nº 1580

Assinatura

Omitido da Edição nº 1522 do Diário Oficial do Município, publicada em 02 de fevereiro de 2022.

EXTRATO DO 1º TERMO DE APOSTILAMENTO AO CONTRATO Nº 099/2021 – PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 6267/2021.

CONTRATANTE: MUNICÍPIO DE MANGARATIBA
CONTRATADO: INSTITUTO ELISA DE CASTRO
OBJETO: Dá-se ao objeto do presente termo apostilamento a correção quanto ao item “Pediatra-Emergencial” contido na planilha anexada na Cláusula Primeira: Do Objeto.
FUNDAMENTAÇÃO LEGAL: O presente Termo tem fundamentação legal no art. 65, I “a” c/e II “b” da lei n.º 8.666/93.

Data da Assinatura: Mangaratiba, 02 de fevereiro de 2022.

EXTRATO DO 1º TERMO DE RERRATIFICAÇÃO AO CONTRATO Nº 111/2021 – PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 6560/2021.

CONTRATANTE: MUNICÍPIO DE MANGARATIBA
CONTRATADA: INOVI DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA
OBJETO: Dá-se ao objeto do presente termo de rerratificação a correção quanto a qualificação da contratada presente no Contrato nº 111/2021.
FUNDAMENTAÇÃO LEGAL: O presente Termo tem fundamentação legal no art. 65 da Lei n.º 8.666/93.

Data da Assinatura: Mangaratiba, 02 de maio de 2022.

Omitido da Edição nº 1535 do Diário Oficial do Município, publicada em 21 de fevereiro de 2022.

EXTRATO DO 1º TERMO DE APOSTILAMENTO AO CONTRATO Nº 016/2020 – PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 12275/2019.

CONTRATANTE: MUNICÍPIO DE MANGARATIBA

CONTRATADO: CLH SERVIÇOS DE COMUNICAÇÃO E MULTIMÍDIA DE INTERNET ME

OBJETO: Dá-se ao objeto do presente termo apostilamento a alteração do fornecimento quanto aos itens contidos na Cláusula Primeira: Do Objeto.
FUNDAMENTAÇÃO LEGAL: O presente Termo tem fundamentação legal no art. 65, I “a” c/e II “b” da lei n.º 8.666/93.

Data da Assinatura: Mangaratiba, 21 de fevereiro de 2022.

Omitido da Edição nº 1553 do Diário Oficial do Município, publicada em 22 de março de 2022.

EXTRATO DO 1º TERMO ADITIVO AO CONTRATO Nº 27/2022 – PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 5656/2021 - PARA FINS DE PUBLICAÇÃO.

CONTRATANTE: MUNICÍPIO DE MANGARATIBA
CONTRATADO: E. LOURENÇO SERVIÇOS E EQUIPAMENTOS DE INFORMÁTICA EIRELI ME
Fundamentação Legal: Artigo 57, §1º, inciso II c/e §2º do mesmo dispositivo legal da Lei 8666/93.

Objeto: O presente termo aditivo tem como objeto a prorrogação do prazo do Contrato de nº 27/2022.

Prazo: O presente instrumento fica prorrogado por 30(trinta) dias.

Data da Assinatura: 22 de março de 2022.

PORTARIA ADM. N.º 1038 DE 03 DE MAIO DE 2022.
 O **SECRETÁRIO MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO**, no uso de suas atribuições legais, por Delegação de competência nos termos do

EXECUTIVO

Chefe de Gabinete Vitor Campos de Faria	Secretaria Municipal de Habitação Maurício Pereira (interim) e Rosângela Cruz
Secretaria Municipal de Saúde Alcides Ribeiro Cavalcanti	Secretaria Municipal de Serviços Públicos Edna Ferraz
Chief of Staff do Prefeito Maurício Pereira (interim) e Rosângela Cruz	Secretaria Municipal de Transportes Flávia Fátima dos Santos
Secretaria Municipal de Governo, Desenvolvimento Econômico e Relações Institucionais Liliane dos Santos (interim)	Secretaria Municipal de Cultura Márcia Pereira
Secretaria Municipal de Educação, Tecnologia e Cidadania Vilmar Carlos de Azevedo	Secretaria Municipal de Finanças e Planejamento Eliziane Aparecida Soares dos Santos
Procurador Geral do Município Leandro Soares Mendes de Almeida	Secretaria Municipal de Assistência Social e Direitos Humanos Ediane Fátima dos Santos
Secretaria Municipal de Administração Leandro Soares Mendes de Almeida	Secretaria Municipal de Meio Ambiente Viviane Melissa de Azevedo
Secretaria Municipal de Controle e Supervisão Márcia Pereira (interim)	Secretaria Municipal de Agricultura e Pesca Márcia Pereira (interim)
Controlador Geral do Município Leandro Soares Mendes de Almeida	Secretaria Municipal de Turismo e Cultura Fernanda Lima Martins de Azevedo
Secretaria Municipal de Defesa e Resiliência Márcia Pereira (interim)	Secretaria Municipal de Energia Fabrício Gustavo de Jesus Macedo

LEGISLATIVO

Presidente Ronaldo José Pereira
Vice Presidente Wladimir de Castro Pereira
1º Secretário Cecília Ribeiro Caldas
2º Secretário Wilson Douglas de Jesus
Vereadores Alcides Ribeiro Cavalcanti Alexandre Portogalo Cecília Ribeiro Caldas Dorivaldo Thomaz de Castro Eduardo Roberto Gonçalves João Felipe de Souza Oliveira José dos Santos Leandro de Castro Márcia Pereira Wilson Douglas de Jesus Wilson Sacramento Ronaldo José Pereira Wladimir de Castro Pereira



1º TERMO ADITIVO AO CONTRATO Nº 099/2021

1º TERMO ADITIVO AO CONTRATO Nº 099/2021 que entre si celebram, de um lado, o **MUNICÍPIO DE MANGARATIBA**, por intermédio da Secretaria Municipal de Saúde, como **CONTRATANTE**, e do outro lado **INSTITUTO ELISA DE CASTRO** como **CONTRATADA**, com fulcro na Lei 8.666/93.

O **MUNICÍPIO DE MANGARATIBA**, pessoa jurídica de direito público interno, com sede na Praça Robert Simões, nº 92, Centro, Mangaratiba/RJ, inscrita no CNPJ sob o nº 29.138.310/0001-59, neste ato representado pela **Secretária Municipal de Saúde, Sra. Sandra Castelo Branco Gomes**, brasileira, divorciada, Administradora Hospitalar, portadora da carteira de identidade nº 052973559 DETRAN, sob o nº de CPF 840.277.707-49, doravante denominada **CONTRATANTE** e a empresa **INSTITUTO ELISA DE CASTRO** com sede na Av. das Américas, nº 7935, sala 711, Bloco I, Barra da Tijuca/RJ, CEP 22.793-081, inscrita no CNPJ-MF sob o nº 05.624.609/0001-55, neste ato representado por **Sr. Rogerio Da Rocha Pereira**, brasileiro, contador, portador da cédula de identidade nº 08020606 expedida pelo CRC-RJ, inscrito no CPF sob o nº 077.970.297-25, neste ato denominado **CONTRATADO**, celebram este termo aditivo de valor ao Contrato nº 099/2021 concernente a Licitação Pregão Presencial SRP nº 055/2021, o qual se vincula ao **Processo Administrativo nº 6267/2021**, observando-se os dispositivos legais da Lei nº 8.666/93, e suas alterações.

CLÁUSULA PRIMEIRA: DO OBJETO

O presente Termo Aditivo tem por objeto o acréscimo de valor ao Contrato nº 099/2021, que tem por escopo a contratação de pessoa jurídica de direito privado especializada para prestação de serviços de saúde e atendimento das necessidades apresentadas pelo município de Mangaratiba.

Como segue na tabela abaixo:

<i>FUNÇÃO</i>	<i>QTD</i>	<i>CARGA HORARIA TOTAL MENSAL</i>	<i>VLR HORA</i>	<i>TOTAL MENSAL</i>
<i>ANESTESISTA - RUTINA</i>	<i>4</i>	<i>400</i>	<i>88,00</i>	<i>35.200,00</i>
<i>DENTISTA</i>	<i>1</i>	<i>120</i>	<i>41,25</i>	<i>4.950,00</i>
<i>ENFERMEIRO</i>	<i>10</i>	<i>1200</i>	<i>30,85</i>	<i>37.020,00</i>
<i>MEDICO CARDIOLOGISTA (EXAME ECOCARDIOGRAMA)</i>	<i>1</i>	<i>100</i>	<i>88,00</i>	<i>8.800,00</i>
<i>MEDICO CIRURGIÃO GERAL</i>	<i>5</i>	<i>600</i>	<i>119,16</i>	<i>71.500,00</i>
<i>MEDICO CIRURGIÃO GERAL - EXTRA FIM SEMANA</i>	<i>1</i>	<i>120</i>	<i>9,16</i>	<i>1.100,00</i>
<i>MEDICO CLINICO GERAL</i>	<i>18</i>	<i>2160</i>	<i>110,00</i>	<i>237.600,00</i>
<i>MEDICO CLINICO GERAL - EXTRA FIM DE SEMANA</i>	<i>7</i>	<i>851,53</i>	<i>9,16</i>	<i>7.800,00</i>



MEDICO CLINICO - ROTINA	4	400	44,00	17.600,00
MEDICO DEMARTOLOGISTA	2	200	88,00	17.600,00
MEDICO GINECOLOGISTA	2	250	88,00	22.000,00
MEDICO GINECOLOGISTA DE CIRURGIA	1	120	110,00	13.200,00
MEDICO NEUROLOGISTA - AMBULATORIO	1	100	88,00	8.800,00
MEDICO OFTALMOLOGISTA	1	100	88,00	8.800,00
MEDICO PEDIATRA - AMBULATORIO	4	400	88,00	35.200,00
COORDENADORES MEDICOS	1	200	110,00	22.000,00
TOTAL	63			549.170,00

CUSTOS INDIRETOS, TRIBUTOS E LUCROS

%

ADMINISTRAÇÃO CENTRAL			7,60%	41.736,91
ADMINISTRAÇÃO LOCAL			8,99%	49.370,38

IMPOSTOS

COFINS			3,00%	21.027,17
PIS			0,65%	4.555,89
ISS			5,00%	35.045,28
TOTAL CUSTOS INDIRETOS, TRIBUTOS, E LUCROS				151.735,63
TOTAL GERAL MENSAL - Aditivado 24,92%				700.905,63

VALOR TOTAL- Aditivo

5.607.245,04

CLÁUSULA SEGUNDA: DO FUNDAMENTO LEGAL

O presente termo aditivo decorreu da autorização do Ordenador de despesas, e encontra amparo legal no artigo 65, inciso I, alínea "b" e/c §1º da Lei nº 8.666/93.

CLÁUSULA TERCEIRA: DO VALOR

Dá-se a este Termo o valor mensal de R\$ 700.905,63 (setecentos mil, novecentos e cinco reais e sessenta e três centavos) equivalente ao acréscimo do preço geral mensal em 24,92% (vinte e quatro vírgula noventa e dois por cento), perfazendo o valor total anual aditivado de R\$ 5.607.245,04 (cinco milhões seiscentos e sete mil, duzentos e quarenta e cinco reais e quatro centavos), com efeitos a partir de 01 de abril de 2022.



CLÁUSULA QUARTA: DO RESPALDO ORÇAMENTÁRIO

As despesas decorrentes do presente termo correrão à conta das seguintes dotações orçamentárias nº 03.01.01.10.302.0007.1002.3.3.90.39.99.102, tendo sido emitida nota de empenho nº24/2022-01 e nota de empenho nº 39/2022-01.

CLÁUSULA QUINTA: DA PUBLICAÇÃO

O CONTRATANTE promoverá a publicação do extrato deste instrumento no Diário Oficial do Município no prazo estabelecido no parágrafo único, do art. 61, da Lei Federal nº 8.666/1993.

CLÁUSULA SEXTA: DA RETIFICAÇÃO DAS CLÁUSULAS

Ficam ratificadas as demais cláusulas e mantidas as condições contidas no Contrato primitivo.

E, para firmeza e validade do que foi pactuado, lavrou-se o presente termo aditivo em 03 (três) vias de igual teor e forma, para que surtam um só efeito, as quais, depois de lidas, são assinadas pelos representantes das partes e pelas testemunhas abaixo.

Mangaratiba, 29 de abril de 2022.

Sandra Castelo Branco Gomes
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Sra. Sandra Castelo Branco Gomes
Contratante

Rogerio Rocha
INSTITUTO ELISA DE CASTRO
Sr. Rogerio Da-Rocha Pereira
Contratada

TESTEMUNHAS:

Nome: *MARCELO ROBERTO DE AMARAL*
CPF: *802.259.267-72*

Nome: *Paulo Sérgio Alves dos Santos*
CPF: *006.851.657-60*

D.O.M.

Diário Oficial do Município de Mangaratiba
 06 de maio de 2022 - Ano XVIII - Nº 1582

Atos da Prefeitura

Omitido da Edição nº 1553 do Diário Oficial do Município, publicada em 22 de março de 2022.

EXTRATO DO 1º TERMO ADITIVO AO CONTRATO Nº 27/2022 - PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 5656/2021 - PARA FINS DE PUBLICAÇÃO.

CONTRATANTE: MUNICÍPIO DE MANGARATIBA

CONTRATADO: E. LOURENÇO SERVIÇOS E EQUIPAMENTOS DE INFORMÁTICA EIRELI ME

Fundamentação Legal: Artigo 57, §1º, inciso II e/c §2º do mesmo dispositivo legal da Lei 8666/93.

Objeto: O presente termo aditivo tem como objeto a prorrogação do prazo do Contrato de nº 27/2022.

Valor: O presente instrumento fica prorrogado por 30(trinta) dias.

Data da Assinatura: 22 de março de 2022.

Omitido da Edição nº 1557 do Diário Oficial do Município, publicada em 28 de março de 2022.

EXTRATO DO 2º TERMO ADITIVO AO CONTRATO Nº 081/2021 - PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 4194/2021 - PARA FINS DE PUBLICAÇÃO.

CONTRATANTE: MUNICÍPIO DE MANGARATIBA

CONTRATADO: SMART LINK SOLUÇÕES EIRELI

Fundamentação Legal: Artigo 65, inciso II, alínea "b" e/c §1º da Lei nº 8.666/93.

Objeto: O presente Termo Aditivo tem por objeto o acréscimo de valor ao Contrato nº 081/2021.

Valor: Dá-se a este Termo o valor de R\$ 32.429,66. (trinta e dois mil quatrocentos e vinte e nove reais e sessenta e seis centavos)

Data da Assinatura: 28 de março de 2022.

EXTRATO DO 1º TERMO ADITIVO AO CONTRATO Nº 099/2021 - PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 6267/2021 - PARA FINS DE PUBLICAÇÃO.

CONTRATANTE: MUNICÍPIO DE MANGARATIBA

CONTRATADO: INSTITUTO ELISA DE CASTRO

Fundamentação Legal: artigo 65, inciso I, alínea "b" e/c §1º da Lei nº 8.666/93.

Objeto: O presente Termo Aditivo tem por objeto o acréscimo de valor ao Contrato nº 099/2021.

Valor: Dá-se a este termo o valor mensal de R\$ 700.903,63 (setecentos mil, novecentos e cinco reais e sessenta e três centavos).

Data da Assinatura: Mangaratiba, 29 de abril de 2022.

EXTRATO DO 2º TERMO ADITIVO AO CONTRATO Nº 039/2020 - PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 16173/2019 - PARA FINS DE PUBLICAÇÃO.

CONTRATANTE: MUNICÍPIO DE MANGARATIBA

CONTRATADO: CICLUS AMBIENTAL DO BRASIL S.A

Fundamentação Legal: Artigo 57, II e/c § 2º e o seu reajuste tem fundamentação no artigo 65, inciso II, alínea d e/c §1º e/c §8 do mesmo artigo da lei 8.666/93.

Objeto: O presente Termo Aditivo tem por objeto a prorrogação do prazo e reajuste de valor ao contrato nº 039/2020.

Prazo: O presente instrumento fica prorrogado por 12(doze) meses.

Valor: Dá-se a este Termo o valor global estimado de R\$ 2.423.700,00 (dois milhões e quatrocentos e vinte três mil e setecentas reais).

Data da Assinatura: 29 de abril de 2022.

ERRATA:

EXECUTIVO

Secretaria Municipal de Educação Mônica Fátima de Almeida e Silva	Secretaria Municipal de Saúde Mônica Fátima de Almeida e Silva	Secretaria Municipal de Serviços Públicos Eduardo Damasceno	Secretaria Municipal de Transportes Eduardo Damasceno	Secretaria Municipal de Turismo Mônica Fátima de Almeida e Silva	Secretaria Municipal de Planejamento Mônica Fátima de Almeida e Silva	Secretaria Municipal de Assistência Social e Proteção Humana Mônica Fátima de Almeida e Silva	Secretaria Municipal de Meio Ambiente Mônica Fátima de Almeida e Silva	Secretaria Municipal de Agricultura e Pecuária Mônica Fátima de Almeida e Silva	Secretaria Municipal de Turismo e Cultura Mônica Fátima de Almeida e Silva	Secretaria Municipal de Economia Mônica Fátima de Almeida e Silva
Secretaria Municipal de Planejamento Mônica Fátima de Almeida e Silva	Secretaria Municipal de Meio Ambiente Mônica Fátima de Almeida e Silva	Secretaria Municipal de Turismo e Cultura Mônica Fátima de Almeida e Silva	Secretaria Municipal de Economia Mônica Fátima de Almeida e Silva	Secretaria Municipal de Meio Ambiente Mônica Fátima de Almeida e Silva	Secretaria Municipal de Turismo e Cultura Mônica Fátima de Almeida e Silva	Secretaria Municipal de Economia Mônica Fátima de Almeida e Silva	Secretaria Municipal de Turismo e Cultura Mônica Fátima de Almeida e Silva	Secretaria Municipal de Economia Mônica Fátima de Almeida e Silva	Secretaria Municipal de Turismo e Cultura Mônica Fátima de Almeida e Silva	Secretaria Municipal de Economia Mônica Fátima de Almeida e Silva

LEGISLATIVO

Presidente Rafael José Pereira	Vice Presidente Wladimir da Cruz de Almeida	1º Secretário Cássia Ribeiro Castro	2º Secretário Nelson Augusto de Jesus	Assessores: Adriano Soares Junior Alexandre Portogal Cássia Ribeiro Castro Divaldo de Almeida da Costa Eduardo de Almeida da Costa Jéssy Felipe de Souza Oliveira José Carlos de Almeida Leandro de Paula Mário Roberto de Almeida Nelson Augusto de Almeida Milton Santiago Rafael José Pereira Wladimir da Cruz de Almeida
--	---	---	---	--



2º TERMO ADITIVO AO CONTRATO Nº 099/2021

2º TERMO ADITIVO AO CONTRATO Nº 099/2021 QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE MANGARATIBA, COMO CONTRATANTE E, A SOCIEDADE EMPRESÁRIA INSTITUTO ELISA DE CASTRO COMO CONTRATADA, COM FULCRO NA LEI 8.666/93.

O MUNICÍPIO DE MANGARATIBA, pessoa jurídica de direito público interno, com sede na Praça Robert Simões nº 92, Centro, Mangaratiba/RJ, inscrito no CNPJ sob o nº 29.138.310/0001-59, ora representado pela **Secretária Municipal de Saúde, Sra. Sandra Castelo Branco Gomes**, brasileira, divorciada, administradora hospitalar, portadora da carteira de identidade nº 052973559 DETRAN/RJ, inscrita no de CPF sob o nº 840.277.707-49, doravante denominado **CONTRATANTE**, e a empresa **INSTITUTO ELISA DE CASTRO** com sede na Av. das Américas, nº 7935, sala 711, Bloco I, Barra da Tijuca/RJ, CEP 22.793-081, inscrita no CNPJ-MF sob o nº 05.624.609/0001-55, ora representada pelo **Sr. Ronaldo Jose dos Passos**, brasileiro, casado, advogado, portador da cédula de identidade nº 0292790ABRJ, inscrito no CPF sob o n.º 447.685.247-53, doravante denominada **CONTRATADA**, celebram este **Termo Aditivo de prazo ao Contrato nº 099/2021**, com fundamento no Processo Administrativo nº 6267/2021, concernente ao Pregão Presencial, que se regerá pela Lei n. 8666/93 e pelas cláusulas e condições a seguir.

CLÁUSULA PRIMEIRA: DO OBJETO

O presente Termo Aditivo tem por objeto a prorrogação do prazo pelo período de 12 (doze) meses ao contrato nº 099/2021, que tem como escopo a contratação de empresa especializada para prestação de serviços de saúde e atendimento das necessidades apresentadas pelo Município de Mangaratiba, do atendimento assistencial dentro da lógica da Especializada, Urgência e Emergência a fim de complementar a Rede Municipal de Saúde nos serviços de clínico geral, conforme Termo de Referência.



CLÁUSULA SEGUNDA: DO PRAZO

Pelo presente instrumento fica prorrogado o prazo de vigência do contrato por **12 (doze) meses** contados a partir da data de vencimento do contrato primitivo, ou seja, com início em 19/11/2022 e término em 19/11/2023, dando-se ao contrato o prazo total de 24 (vinte e quatro) meses.

CLÁUSULA TERCEIRA: DO VALOR

Dá-se a este Termo Aditivo o valor **R\$ 42.164.887,80** (quarenta e dois milhões cento e sessenta e quatro mil oitocentos e oitenta e sete reais e oitenta centavos).

CLÁUSULA QUARTA: DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

As despesas decorrentes da presente contratação correrão pela dotação orçamentária de nº: 03.01.01.10.0007.1002.3.3.90.39.99.102.

Parágrafo Único: As despesas para suportarem os exercícios subsequentes, serão alocadas por ocasião da publicação dos orçamentos correspondentes ou das assinaturas dos respectivos.

CLAUSULA QUINTA: DO FUNDAMENTO LEGAL

O presente termo aditivo de prazo decorre de autorização do Chefe do Executivo, mediante a justificativa em manter a continuidade dos serviços essenciais, encontrando amparo legal no artigo 57, II, da lei 8.666/93.

CLAUSULA SEXTA: DA PUBLICAÇÃO

Após a assinatura do contrato deverá seu extrato ser publicado, dentro do prazo de 20 (vinte) dias, no veículo de comunicação dos atos oficiais do Município, correndo os encargos por conta do CONTRATANTE, devendo ser encaminhada ao Tribunal de Contas do Estado, para conhecimento, cópia autenticada do contrato, na forma e no prazo determinado por este.

CLAUSULA SÉTIMA: DA RATIFICAÇÃO DAS CLÁUSULAS

Ficam ratificadas as demais cláusulas e condições estabelecidas no Contrato Primitivo, firmado entre as partes, não alteradas pelo presente Termo Aditivo.



E por estarem justas e contratadas, as partes assinam o presente TERMO ADITIVO em 03 (três) vias de igual teor e forma na presença de 02 (duas) testemunhas, que também assinam, para um só e mesmo efeito de direito.

Mangaratiba, 18 de novembro de 2022.

Sandra Castelo Branco Gomes
Secretária Municipal de Saúde
MANGARATIBA
GRANDE BARRIL

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Sra. Sandra Castelo Branco Gomes
Contratante

Ronaldo Jose dos Passos

INSTITUTO ELISA DE CASTRO
Sr. Ronaldo Jose dos Passos
Contratado

TESTEMUNHAS

Nome: *S. H.*
CPF: *808.253.267-72*

Nome: *Josef*
CPF: *12446224763*



respectivos usuários junto à Secretaria Municipal de Assistência Social e Direitos Humanos.

Fundamentação legal: Art. 16-A, do Decreto Municipal 3812 de 26 de julho de 2017 e subsidiariamente pela Lei Federal nº 8.666/1993 e suas alterações, bem como Decreto Municipal nº 3445/2015.

Valor: Dá-se o valor da presente adesão o equivalente à 50% (cinquenta pontos percentuais) sobre o valor total da referida ata.

Prazo da Adesão: O prazo de vigência desta adesão é de 12 (doze) meses.

Data da Assinatura: Mangaratiba, 06 de dezembro de 2022.

EXTRATO DA ADESÃO A ATA DE REGISTRO DE PREÇO Nº 10/2022, PREGÃO PRESENCIAL - SRP Nº 013/2022- PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 11957/2022 - ADESÃO Nº 23/2022 - PARA FINS DE PUBLICAÇÃO.

Órgão Gerenciador: Secretaria Municipal de Educação, Esporte e Lazer do Município de Mangaratiba

Fornecedor Registrado: CASTELLO BRANCO DISTRIBUIDORA LTDA

Objeto: O presente instrumento tem por objeto a Adesão a Ata de Registro de Preços nº 10/2022 - PGM da Prefeitura Municipal Mangaratiba oriundo do processo administrativo nº 14316/2021 para futura e eventual contratação de empresa especializada para aquisição de gêneros alimentícios CEREAIS (ESTOCÁVEIS), CARNES E HORTIFRUTIGRANJEIROS quanto aos itens contemplados nº 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 74, 76, 77, 78, 79, 80, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 93 e 99 daquele registro de preços, de acordo com as especificações e detalhamentos constantes no termo de referência, para atender as necessidades do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e seus respectivos usuários junto à Secretaria Municipal de Assistência Social e Direitos Humanos.

Fundamentação legal: Art. 16-A, do Decreto Municipal 3812 de 26 de julho de 2017 e subsidiariamente pela Lei Federal nº 8.666/1993 e suas alterações, bem como Decreto Municipal nº 3445/2015.

Valor: Dá-se o valor da presente adesão o equivalente à 50% (cinquenta pontos percentuais) sobre o valor total da referida ata.

Prazo da Adesão: O prazo de vigência desta adesão é de 12 (doze) meses.

Data da Assinatura: Mangaratiba, 06 de dezembro de 2022.

EXTRATO DO 2º TERMO ADITIVO AO CONTRATO Nº 099/2021 - PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 6267/2021 - PARA FINS DE PUBLICAÇÃO

CONTRATANTE: MUNICÍPIO DE MANGARATIBA

CONTRATADO: INSTITUTO ELISA DE CASTRO

Fundamentação Legal: artigo 57, II, da lei 8.666/93.

Objeto: O presente Termo Aditivo tem por objeto a prorrogação do prazo pelo período de 12 (doze) meses ao contrato nº 099/2021, que tem como escopo a contratação de empresa especializada para prestação de serviços de saúde e atendimento das necessidades apresentadas pelo Município de Mangaratiba, do atendimento assistencial dentro da lógica da Especializada, Urgência e Emergência a fim de complementar a Rede

Municipal de Saúde nos serviços de clínico geral.

Prazo: Dá-se a este termo o prazo de 12 (doze) meses contados a partir do término do contrato primitivo.

Valor: Dá-se a este termo valor R\$ 42.164.887,80 (quarenta e dois milhões cento e sessenta e quatro mil oitocentos e oitenta e sete reais e oitenta centavos).

Dotação Orçamentária: nº 03.01.01.10.0007.1002.3.3.90.39.99.102.

Data da Assinatura: Mangaratiba, 18 de novembro de 2022.

EXTRATO DO 1º TERMO DE APOSTILAMENTO AO CONTRATO Nº 31/2022 - PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 7331/2021.

CONTRATANTE: MUNICÍPIO DE MANGARATIBA

CONTRATADA: G.V BORGES LTDA

OBJETO: Dá-se ao objeto do presente termo de apostilamento a inclusão de rubrica orçamentária de nº 02.08.01.12.361.0009.2048.3.3.90.39.00-101 ao Contrato nº 31/2022.

FUNDAMENTAÇÃO LEGAL: O presente Termo tem fundamentação legal no art. 65, § 8 da lei n.º 8.666/93.

DATA DA ASSINATURA: Mangaratiba, 05 de dezembro de 2022.

PREGÃO PRESENCIAL NO "SISTEMA DE REGISTRO DE PREÇOS" Nº 055/2022

PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 6088/2022

OBJETO RESUMIDO: A presente licitação tem por objeto o Registro de Preços para a Contratação de Empresa especializada para futura e eventual aquisição, conforme necessidade do Departamento Logístico da Guarda Civil Municipal, de materiais a serem utilizados na execução de serviços direcionados para o sistema viário no qual será executado, exclusivamente, pela Secretaria Municipal de Segurança e Trânsito em seu Departamento de Sinalização, incluindo e entrega do material conforme demanda de pedido, para atendimento das necessidades da Secretaria Municipal de Segurança e Trânsito, conforme Termo de Referência Anexo I deste Edital.

TIPO DE LICITAÇÃO: Menor Preço UNITÁRIO

DATA e HORA DA REALIZAÇÃO: 21 de DEZEMBRO de 2022, às 13:00 horas.

LOCAL: A sessão realizar-se-á no CEID - Centro de Educação de Interatividade Educacional, localizado na Rua: Coronel Moreira da Silva nº 232, Centro - Mangaratiba.

LOCAL PARA OBTENÇÃO DO EDITAL: Os interessados em participar deste Pregão poderão examinar e adquirir o respectivo edital na Comissão Permanente de Licitação (CPL), nas dependências da Secretaria Municipal de Compras e Suprimentos, Av. Vereador Célio Lopes, 27 - Centro - Mangaratiba/RJ, de 10 às 16 horas e no site da Prefeitura Municipal de Mangaratiba, Serviços/Licitações link: <http://www.mangaratiba.rj.gov.br/novoportal/licitacoes>. Dúvidas e esclarecimentos no email: cpl@mangaratiba.rj.gov.br e cpl.licitacaomangaratiba@gmail.com. Esta publicação está em consonância ao Art.110 - Parágrafo Único da Lei 8.666/93



3º TERMO ADITIVO AO CONTRATO Nº 099/2021

3º TERMO ADITIVO AO CONTRATO Nº 099/2021 QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE MANGARATIBA, COMO CONTRATANTE E, A SOCIEDADE EMPRESÁRIA INSTITUTO ELISA DE CASTRO COMO CONTRATADA, COM FULCRO NA LEI 8.666/93.

O MUNICÍPIO DE MANGARATIBA, pessoa jurídica de direito público interno, com sede na Praça Robert Simões nº 92, Centro, Mangaratiba/RJ, inscrito no CNPJ sob o nº 29.138.310/0001-59, ora representado pela **Secretário Municipal de Saúde, Sr. Mair Araújo Bichara**, brasileiro, médico, portador do RG de nº: 218942191 DICRJ, e inscrito no CPF sob o nº.120.832.127-70 com domicílio no Paço Municipal, Mangaratiba/RJ, doravante denominado **CONTRATANTE**, e a empresa **INSTITUTO ELISA DE CASTRO** com sede na Av. das Américas, nº 7935, sala 711, Bloco I, Barra da Tijuca/RJ, CEP 22.793-081, inscrita no CNPJ-MF sob o nº 05.624.609/0001-55, ora representado pelo **Sr. José Antônio Guimarães Cunha**, brasileiro, casado, advogado, portador da cédula de identidade nº 198.146 OAB-RJ, inscrito no CPF sob o n.º 032.820.967-80, doravante denominada **CONTRATADA**, celebram este **Termo Aditivo de prazo ao Contrato nº 099/2021**, com fundamento no Processo Administrativo nº 6267/2021, concernente ao Pregão Presencial que se regerá pela Lei n. 8666/93 e pelas cláusulas e condições a seguir.

CLÁUSULA PRIMEIRA: DO OBJETO

O presente Termo Aditivo tem por objeto a prorrogação do prazo pelo período de 12 (doze) meses ao contrato nº 099/2021, que tem como escopo a contratação de empresa especializada para prestação de serviços de saúde e atendimento das necessidades apresentadas pelo Município de Mangaratiba, do atendimento assistencial dentro da lógica da Especializada, Urgência e Emergência a fim de complementar a Rede Municipal de Saúde nos serviços de clínico geral, conforme Termo de Referência.



CLÁUSULA SEGUNDA: DO PRAZO

Pelo presente instrumento fica prorrogado o prazo de vigência do contrato por **12 (doze) meses** contados a partir da data de vencimento do 2º termo aditivo.

CLÁUSULA TERCEIRA: DO VALOR

Dá-se a este Termo Aditivo o valor **RS 42.164.887,80** (quarenta e dois milhões, cento e sessenta e quatro mil, oitocentos e oitenta e sete reais e oitenta centavos).

CLÁUSULA QUARTA: DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

As despesas decorrentes da presente contratação correrão pela dotação orçamentária de nº: 03.01.01.10.302.0007.2004.3.3.90.39.99.

Parágrafo Único: As despesas para suportarem os exercícios subsequentes, serão alocadas por ocasião da publicação dos orçamentos correspondentes ou das assinaturas dos respectivos.

CLAUSULA QUINTA: DO FUNDAMENTO LEGAL

O presente termo aditivo de prazo decorre de autorização do Chefe do Executivo, mediante a justificativa em manter a continuidade dos serviços essenciais, encontrando amparo legal no artigo 57, II, da lei 8.666/93.

CLAUSULA SEXTA: DA PUBLICAÇÃO

Após a assinatura do contrato deverá seu extrato ser publicado, dentro do prazo de 20 (vinte) dias, no veículo de comunicação dos atos oficiais do Município, correndo os encargos por conta do CONTRATANTE, devendo ser encaminhada ao Tribunal de Contas do Estado, para conhecimento, cópia autenticada do contrato, na forma e no prazo determinado por este.

CLAUSULA SÉTIMA: DA RATIFICAÇÃO DAS CLÁUSULAS

Ficam ratificadas as demais cláusulas e condições estabelecidas no Contrato Primitivo, firmado entre as partes, não alteradas pelo presente Termo Aditivo.



E por estarem justas e contratadas, as partes assinam o presente TERMO ADITIVO em 03 (três) vias de igual teor e forma na presença de 02 (duas) testemunhas, que também assinam, para um só e mesmo efeito de direito.

Mangaratiba, 17 de novembro de 2023.

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

Sr. Mair Araújo Bichara
CONTRATANTE

INSTITUTO ELISA DE CASTRO

Sr. José Antônio Guimarães Cunha
Contratado

TESTEMUNHAS:

Nome: *Geovani Rudes Brito de Castro*

CPF: *181.069.927-73*

Nome: *MARCINHO ARAÚJO DE ASSIS*

CPF: *808.152.261-72*

Atos da Prefeitura

EXTRAÍDO DO 3º TERMO ADITIVO AO CONTRATO Nº 099/2021 – PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 6267/2021 - PARA FINS DE PUBLICAÇÃO

LOCATÁRIO: MUNICÍPIO DE MANGARATIBA
LOCADOR: INSTITUTO ELISA DE CASTRO

Fundamentação Legal: Lei n. 8666/93

Objeto: O presente Termo Aditivo tem por objeto a prorrogação do prazo pelo período de 12 (doze) meses ao contrato nº 099/2021, que tem como escopo a contratação de empresa especializada para prestação de serviços de saúde e atendimento das necessidades apresentadas pelo Município de Mangaratiba, do atendimento assistencial dentro da lógica da Especializada, Urgência e Emergência a fim de complementar a Rede Municipal de Saúde nos serviços de clínico geral, conforme Termo de Referência.

Prazo: Dá-se a este termo o prazo de 12 (doze) meses contados a partir da data de vencimento do 2º termo aditivo.

Valor: Dá-se a este termo o valor global de R\$ 42.164.887,80 (quarenta e dois milhões, cento e sessenta e quatro mil, oitocentos e oitenta e sete reais e oitenta centavos).

Dotação Orçamentária: 03.01.01.10.302.0007.2004.3.3.90.39.99

Data da Assinatura: Mangaratiba, 17 de novembro de 2023.

ERRATA:

Na PORTARIA ADM. N.º 3417 DE 27 DE NOVEMBRO DE 2023,

Publicada no D.O.M. Diário Oficial do Município de Mangaratiba – 27 de novembro de 2023 - n.º 1940 – páginas 2 e 3.

Onde se lê:

Art. 3.º Esta portaria entra em vigor, com efeito retroativo a partir de 27 de junho de 2023.

Letra-se:

Art. 3.º Esta portaria entra em vigor, com efeito retroativo a partir de 16 de outubro de 2023.

PORTARIA ADM. N.º 3418 DE 28 DE NOVEMBRO DE 2023

O SECRETÁRIO MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO, no uso de suas atribuições legais, por Delegação de competência nos termos do Decreto nº 4369 de 23 de novembro de 2020, e tendo em vista a Portaria nº 151/2023,

RESOLVE:

Exonerar o(a) Senhora(a) REIDNE ROMANA CEIA, matrícula nº 10913, da

Função Ciratificada – Símbolo FGESP, de ASSESSOR DO DEPARTAMENTO DE LOGÍSTICA, do (a) SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO, ESPORTES E LAZER, com efeito retroativo a 01 de novembro de 2023.

PORTARIA ADM. N.º 3419 DE 28 DE NOVEMBRO DE 2023

O SECRETÁRIO MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO, no uso de suas atribuições legais, por Delegação de competência nos termos do Decreto nº 4369 de 23 de novembro de 2020, e tendo em vista a Portaria nº 10426/2019,

RESOLVE:

Exonerar o(a) Senhora(a) MICHELLE BRITO DE ALMEIDA SANTOS, do Cargo de ASSESSOR DE AÇÃO SOCIAL, símbolo ASSH, da SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTENCIA SOCIAL E DIREITOS HUMANOS, com efeito retroativo a partir de 01 de novembro de 2023.

Registre-se, Publique-se e Cumpra-se
Mangaratiba, 28 de novembro de 2023.

Braz Marcos da Silva Marques
Secretário Municipal de Administração
Portaria nº 0751/2023

PORTARIA N.º 1384 DE 28 DE NOVEMBRO DE 2023

O PREFEITO MUNICIPAL DE MANGARATIBA, no uso de suas atribuições legais,

RESOLVE:

Nomear o(a) Senhora(a) SOLANGE COSTA MOTA, para exercer o Cargo de ASSESSOR DE ATIVIDADES EDUCACIONAIS DAS UNIDADES ESCOLARES, Símbolo ASSH, do(a) SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO, ESPORTES E LAZER, com efeito retroativo a partir de 01 de novembro de 2023.

Registre-se, Publique-se e Cumpra-se
Mangaratiba, 28 de novembro de 2023.

Alan Campos da Costa
Prefeito

Prefeito Alan Campos da Costa	Secretário Municipal de Habitação Antônio Marcos Rodrigues Zenti	Secretário Municipal de Segurança Bruno Soares da Silva	Presidente Renato José Pereira
Vice-Prefeito Alicia Moreira Cavalletti	Secretário Municipal de Serviços Públicos Ailton Soares Junior	Secretário Municipal de Ordem Pública Bruno Soares da Silva (cumulativamente)	Vice-Presidente Nilton Santiago
Chefe Geral de Gabinete Aurélian Marco Aguiar	Secretário Municipal de Transportes Eduardo Estrela dos Santos	Secretário Municipal de Saúde Mar Anjo Siqueira	1º Secretário José dos Santos
Secretário Municipal de Governo, Desenvolvimento Econômico e Relações Institucionais Márcio Estevão Santos	Secretário Municipal de Fazenda Marco Ferreira	Secretário Municipal de Defesa Civil Paulo Rogério Gonçalves Escarzan	2º Secretário Doriedson Thimoteu da Costa
Secretaria Municipal de Ciência e Tecnologia Amanda Carlos Araújo	Secretário Municipal de Finanças e Planejamento Marcos Antônio Sousa de Oliveira	Secretaria Municipal de Educação, Esporte e Lazer Irene da Costa Maia	Vereadores:
Procurador Geral do Município Ademilson Costa	Secretário Municipal de Assistência Social e Direitos Humanos Eduardo Ferreira Jordão	Secretário Municipal de Comunicação Walmir da Silva Ramos	Alexsandro Portugal
Secretaria Municipal de Administração Elioz Milton da Silva Marques	Secretário Municipal de Meio Ambiente Claudio Vinícius Monsorras Passos Maia	Presidente do Instituto José Miguel Ana Paula Soares Brezolis	Davi dos Santos Farias
Secretaria Municipal de Compras e Suprimentos Márcio Sargius Tebago	Secretário Municipal de Agricultura e Pesca Alex Brzeski Barbosa	Presidente da Fundação Mário Peixoto Cecília Ribeiro Coimbra	Doriedson Thimoteu da Costa
Controlador Geral do Município Jaques Barbosa Pereira (cumulativamente)	Secretário Municipal de Turismo e Cultura Fernando Luis Mattos da Matta	Presidente do Instituto de Previdência dos Servidores Municipais de Mangaratiba Anderson da Silva Moreira	Romulo dos Santos Nogueira
Secretaria Municipal de Obras e Urbanismo Marco Souza Gomes	Secretário Municipal de Eventos Roberto Carlos de Assis Mendonça	Presidente da Empresa Pública de Transportes de Mangaratiba Rafaela Ferreira da Rocha	Hugo Dourado Gregório
	Secretário Municipal de Trânsito Bruno Soares da Silva (cumulativamente)		João Felipe de Souza Oliveira
			José dos Santos
			Emilson dos Santos Coelho
			Rodrigo Santos Bonfim
			Nilton Santiago
			Renato José Pereira
			Wladimir da Conceição Pereira



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE ENGENHEIRO PAULO DE FRONTIN
SECRETARIA DE SAÚDE



Uma Frontin para todos


ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos, para todos os fins de direito, que o Instituto Elisa de Castro, inscrito no CNPJ sob nº 05.624.609/0001-55, com sede na Av. Ayrton Senna, 2500 - OFFICE 1, 3º andar, SALA 320, Barra da Tijuca, Rio de Janeiro, RJ CEP: 22.775-003, tendo como Responsável Técnico o Dr. Roque Anderson Guimarães Lopes, inscrito no CRM/RJ sob nº 52-0114768-4, realiza a execução na prestação de serviços de saúde na forma do Contrato n.º 797/2022, firmado com a Secretaria Municipal de Saúde de Engenheiro de Paulo de Frontin/RJ, no dia 26/07/2022 até a presente data.

Segue abaixo a lista das unidades onde o IEC realiza a Prestação de Serviços Assistenciais de Saúde na rede de saúde do município de Engenheiro Paulo de Frontin:

UNIDADES ENGENHEIRO PAULO DE FRONTIN	
Posto de Saúde da Grama	Clinica Cidade Verde
Posto de Saúde da Graminha	Policlínica de Engenheiro Paulo de Frontin
Posto de Saúde de Palmeira da Serra	Hospital Nelson Salles
Posto de Saúde de Palmas	Centro Municipal de Fisioterapia e Reabilitação Dra. Renato Schiavo
Unidade de Saúde da Família da Aguada	Centro Municipal de Fisioterapia e Fonoaudiologia Morro Azul
Unidade de Saúde da Família da Barreira	Farmácia Distrital Antônio de Souza Cara Santa
Unidade de Saúde da Família de Sacra Família	Farmácia Municipal Evandro de Carvalho Mata
Unidade de Saúde da Família do Centro	Unidade de Vigilância Sanitária e Epidemiologia
Unidade de Saúde da Família do Ramalho	Secretaria Municipal de Saúde
Unidade de Saúde da Família Morro Azul	

A referida empresa cumpriu sempre e pontualmente com as obrigações assumidas, no tocante aos serviços solicitados, pelo que declaramos estar apta a cumprir com o objeto contratado, nada tendo que a desabone.


Paulo César de A. M. Soares
Secretário Municipal de Saúde – Engenheiro Paulo de Frontin/RJ
Paulo César de A. M. Soares
Secretário de Saúde de E.P. Frontin
Matrícula 40/6793



Uma Frontin para todos

CONTRATO 21/2022

CONTRATAÇÃO DE PESSOA JURÍDICA DE DIREITO PRIVADO ESPECIALIZADA PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE E ATENDIMENTO DAS NECESSIDADES APRESENTADAS PELO MUNICÍPIO DE ENGENHEIRO PAULO DE FRONTIN QUE ENTRE SI FAZEM O MUNICÍPIO DE ENGENHEIRO PAULO DE FRONTIN/RJ, COMO CONTRATANTE E O INSTITUTO ELISA DE CASTRO COMO CONTRATADA.

A Prefeitura Municipal de Engenheiro Paulo de Frontin, Pessoa Jurídica de Direito Público Interno, com sede administrativa na Praça Roger Malhardes, Centro de Engº Paulo de Frontin - RJ, inscrita no CNPJ sob o nº 29.079.480/0001-00, neste ato representada pelo Prefeito **JOSÉ EMMANOEL RODRIGUES ARTEMENKO**, brasileiro, inscrito no CPF/MF sob o nº 107.893.967-50, portador da cédula de identidade RG nº 13.361.078-2, doravante denominado **CONTRATANTE** e o **INSTITUTO ELISA DE CASTRO** com sede na Avenida das Américas, nº 7935, Sala 711, BL 1- Barra da Tijuca- RJ, CEP.: 22.793-081, inscrita no CNPJ sob o nº 05.624.609/0001-55 neste ato representado por Sr **DANIEL ELEUTÉRIO DOS SANTOS**, brasileiro, solteiro, Empresário, inscrito no CPF sob o nº 032.634.597-32, portador da cédula de identidade nº 10095490-8, neste ato denominado **CONTRATADO**, resolvem celebrar o presente contrato resultante do processo de adesão nº 797/2022, ATA DE REGISTRO DE PREÇO ADERIDA 068/2021, concernente a LICITAÇÃO PREGÃO PRESENCIAL Nº 055/2021 da modalidade Pregão Presencial, que se regerá pelas normas da Lei nº 10.520 de 17 de julho de 2002, bem como a Lei 8666/93 e do instrumento convocatório, aplicando-se a este contrato suas disposições irrestrita e incondicionalmente, bem como pelas cláusulas e condições seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA: DO OBJETO:

CONTRATAÇÃO DE PESSOA JURÍDICA DE DIREITO PRIVADO ESPECIALIZADA PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE E ATENDIMENTOS DAS NECESSIDADES APRESENTADAS PELO MUNICÍPIO DE ENGENHEIRO PAULO DE FRONTIN/RJ

CLÁUSULA SEGUNDA – DO PRAZO:

Jose Emanoel Artemenko
Prefeito Municipal



Uma Frontin para todos

PARÁGRAFO PRIMEIRO – O prazo do CONTRATO será de 12 meses, iniciados a partir de sua assinatura. O prazo de entrega será contado a partir da assinatura deste instrumento que será publicado no Diário Oficial, na forma de extrato.

PARÁGRAFO SEGUNDO – A prestação do serviço ocorrerá de forma integral, conforme solicitações da secretaria requisitante.

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE

Constituem obrigações do CONTRATANTE:

- Realizar o pagamento devidos à CONTRATADA, nas condições estabelecidas neste contrato
- Fornecer à CONTRATADA, documentos informações e demais elementos que possuir pertinentes à execução do presente contrato
- Exercer a fiscalização do Contrato
- Receber provisória e definitivamente o objeto do Contrato nas formas definidas
- O Gestor do presente contrato será o Secretário Municipal de Saúde

CLÁUSULA QUARTA: DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA:

Constituem obrigações da CONTRATADA:

- Entregar os objetos da licitação, na quantidade, qualidade, local e prazo especificados no Termo de Referência
- Entregar o objeto do contrato sem qualquer ônus para CONTRATANTE, estando incluídos no valor do pagamento das quaisquer despesas, tais como tributos, frete, seguro e descarregamento das mercadorias, inclusive no que diz respeito a implantação do sistema bem como a capacitação dos seus usuários
- Manter durante toda execução do contrato as mesmas condições de habilitação

CLÁUSULA QUINTA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

As despesas com a execução do presente Contrato correrão à conta das seguintes dotações orçamentárias:

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
03.001.10.301.2304.3.3.90.39.00.00.0.1.600.00.00
03.001.10.301.2316.3.3.90.39.00.00.0.1.621.00.00
03.001.10.301.2316.3.3.90.39.00.00.0.2.621.00.00

Ass. Municipal de Saúde
Prefeitura Municipal de Engenheiro Paulo de Frontin



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE ENGENHEIRO PAULO DE FRONTIN
SECRETARIA DE PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO



Uma Fronteira para todos

03.001.10.304.2417.3.3.90.39.00.00.00.0.2.600.00.00
03.001.10.302.2308.3.3.90.39.00.00.00.0.1.621.00.00
03.001.10.122.2301.3.3.90.39.00.00.00.0.1.500.00.02
03.001.10.122.2301.3.3.90.39.00.00.00.0.1.635.00.00
03.001.10.122.2301.3.3.90.39.00.00.00.0.1.704.00.00
03.001.10.122.2301.3.3.90.39.00.00.00.0.2.704.00.00
03.001.10.122.2301.3.3.90.39.00.00.00.0.1.501.00.00
03.001.10.301.2305.3.3.90.39.00.00.00.0.1.600.00.00
03.001.10.301.2306.3.3.90.39.00.00.00.0.1.600.00.00
03.001.10.301.2306.3.3.90.39.00.00.00.0.2.600.00.00
03.001.10.301.2418.3.3.90.39.00.00.00.0.2.600.00.00
03.001.10.301.2431.3.3.90.39.00.00.00.0.2.621.00.00
03.001.10.302.2309.3.3.90.39.00.00.00.0.1.600.00.00

PARÁGRAFO ÚNICO – As despesas relativas aos exercícios subsequentes correrão por conta das dotações orçamentárias respectivas, devendo ser empenhadas no início de cada exercício.

CLÁUSULA SEXTA – VALOR DO CONTRATO

Dá-se a este contrato o valor global estimado de R\$ 8.211.691,56 (oito milhões duzentos e onze mil, seiscentos e noventa e um reais e cinquenta e seis centavos).

ITEM	DESCRIÇÃO	QUANT	VALOR MENSAL	VALOR ANUAL
01	Contratação da pessoa de direito público privado especializada para prestação de serviços de saúde e atendimento das necessidades apresentadas pelo município de Engenheiro Paulo de Frontin/RJ	12	R\$ 684.307,63	R\$ 8.211.691,56

CLÁUSULA SÉTIMA – DA EXECUÇÃO, DO RECEBIMENTO E DA FISCALIZAÇÃO DO CONTRATO

O Contrato deverá ser executado fielmente, de acordo com as cláusulas avençadas, nos termos do instrumento convocatório e seus anexos, bem como da legislação vigente, respondendo o inadimplente pelas consequências da inexecução total ou parcial.

Ass. Municipal de Engenheiro Paulo de Frontin
Secretaria de Planejamento



Uma Fronteira para todos

PARÁGRAFO PRIMEIRO – A execução do Contrato será acompanhada e fiscalizada pela Secretaria requisitante, que nomeará Fiscal através de Portaria, nos termos da Lei.

PARÁGRAFO SEGUNDO – O Fiscal do Contrato deverá ser designado pelo respectivo Gestor do Contrato por meio de Portaria, no prazo de 05 (cinco) dias da celebração do contrato ou ainda instrumento a ser fiscalizado, contendo nome completo, identificação funcional, descrição resumida do objeto deste instrumento, bem como o número do Processo Administrativo, que originou a contratação.

PARÁGRAFO TERCEIRO A não designação do fiscal do contrato, importará na responsabilidade do Secretário da Pasta.

PARÁGRAFO QUARTO - O objeto do Contrato será recebido em tantas parcelas quantas aquelas determinadas no Termo de Referência. Já casos omissos de acordo com o art. 73 da lei 8666/93.

PARÁGRAFO QUINTO – O representante do CONTRATANTE, sob pena de ser responsabilizado administrativamente, anotará em registro próprio as ocorrências relativas à execução do Contrato, determinando o que for necessário à regularização das faltas ou déficits observados. No que exceder à sua competência, comunicará o fato à autoridade superior, em 10 (dez) dias, para ratificação.

PARÁGRAFO SEXTO – A CONTRATADA declara, antecipadamente, aceitar todas as condições, métodos e processos de inspeção, verificação e controle adotados pela fiscalização, obrigando-se a lhes fornecer todos os dados, elementos, explicações, esclarecimentos e comunicações de que este necessitar e que forem julgados necessários ao desempenho de suas atividades.

PARÁGRAFO SÉTIMO – A instituição e a atuação da fiscalização do serviço, objeto do contrato, não exclui ou atenua a responsabilidade da CONTRATADA, nem a exime de manter fiscalização própria.

CLÁUSULA OITAVA – DA RESPONSABILIDADE

A CONTRATADA é responsável por danos causados ao CONTRATANTE ou a terceiros, decorrentes de culpa ou dolo na execução do Contrato, não excluída ou reduzida essa responsabilidade pela presença de fiscalização ou pelo acompanhamento da execução por órgão da Administração.

José Luiz de Almeida
Presidente do Conselho Municipal



Uma Fronteira para todos

PARÁGRAFO PRIMEIRO - A **CONTRATADA** é responsável por encargos trabalhistas, inclusive decorrentes de acordos, dissídios e convenções coletivas, previdenciários, fiscais e comerciais oriundos da execução do Contrato, podendo o **CONTRATANTE**, a qualquer tempo, exigir a comprovação do cumprimento de tais encargos, como condição do pagamento dos créditos da **CONTRATADA**.

CLÁUSULA NONA - CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

PARÁGRAFO PRIMEIRO - Os pagamentos serão efetuados, obrigatoriamente, por meio de crédito em conta corrente do Banco, cujo número e agência deverão ser informados pelo adjudicatário até a assinatura do contrato.

PARÁGRAFO SEGUNDO - A **CONTRATADA** deverá encaminhar a fatura para pagamento à Secretaria Municipal de Saúde, sito à Estrada de Sacra Família, 1795 - Aguada-Engenheiro Paulo de Frontin-RJ.

PARÁGRAFO TERCEIRO - O prazo para pagamento é de 30 (trinta) dias, contados da data da entrada do documento de crédito, isento de erros, na repartição competente, previamente atestado por dois servidores que não o ordenador de despesas, designados para a fiscalização do contrato.

PARÁGRAFO QUARTO - Caso se faça necessária a reapresentação de qualquer fatura por culpa da **CONTRATADA**, o prazo de 30 (trinta) dias reiniciar-se-á a contar da data da respectiva reapresentação.

PARÁGRAFO QUINTO - Os pagamentos eventualmente realizados com atraso, desde que não decorram de ato ou fato atribuível à **CONTRATADA**, sofrerão a incidência de atualização financeira pelo IGP-M e juros moratórios de 0,5% ao mês, calculado pro rata die.

PARÁGRAFO SEXTO - Os pagamentos serão realizados de acordo com seus valores unitários e o Percentual de êxito, conforme definido em seu Termo de Referência.

PARÁGRAFO SÉTIMO - Da previsão de descontos por antecipação de pagamento seja inferior a trinta dias, contado a partir da data final do período de adimplemento de cada parcela a contratante terá um desconto de 0,01667% ao dia, alcançando ao mês o Máximo de 0,50% (meio por cento) (Lei federal n.º 10.406/02, art.406). Entende-se por antecipação o prazo que não se exceda a 30 (trinta) dias da apresentação da fatura.

CLÁUSULA DÉCIMA: DA GARANTIA

*Ass. Engenheiro Paulo de Frontin
Secretaria Municipal*



Fica dispensada a apresentação de garantia nos termos do artigo 56 da Lei Federal nº 8.666/93.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA: DA ALTERAÇÃO DO CONTRATO

O presente contrato poderá ser alterado, com as devidas justificativas, desde que por força de circunstância superveniente, nas hipóteses previstas no artigo 65, da Lei nº 8.666/93, mediante termo aditivo.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA RESCISÃO

O presente Contrato poderá ser rescindido por ato unilateral do **CONTRATANTE**, pela inexecução total ou parcial de suas cláusulas e condições, nos termos dos artigos 77 e 80 da Lei nº 8.666/93, sem que caiba à **CONTRATADA** direito a indenizações de qualquer espécie.

PARÁGRAFO PRIMEIRO – Os casos de rescisão contratual serão formalmente motivados nos autos do processo administrativo, assegurado à **CONTRATADA** o direito ao contraditório e a prévia e ampla defesa.

PARÁGRAFO SEGUNDO – A declaração de rescisão deste Contrato, independentemente da prévia notificação judicial ou extrajudicial, operará seus efeitos a partir da publicação em Diário Oficial do Município.

PARÁGRAFO TERCEIRO – Na hipótese de rescisão do Contrato, além das demais sanções administrativas cabíveis, ficará a **CONTRATADA** sujeita à multa de 10% (dez por cento) incidente sobre o saldo reajustado dos serviços não executados, sem prejuízo da retenção de créditos, e das perdas e danos que forem apurados.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS E DEMAIS PENALIDADES

No descumprimento de obrigações contratuais, a **CONTRATADA** ficará sujeita às seguintes penalidades:

13.1 Advertência escrita:

a) Considerando o número de advertências e a gravidade do descumprimento, poderá ser encaminhado o caso a autoridade competente, com pedido formal de rescisão do Contrato, sem prejuízo das demais penalidades previstas no Edital, no Contrato / Nota de Empenho e nas Leis nº 10.520/02 e 8.666/93. 8i88

13.2 Multa:

Ass. Emmanuelle B. de Almeida
Secretaria Municipal



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE ENGENHEIRO PAULO DE FRONTIN
SECRETARIA DE PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO



Uma Fronteira para todos

a) Por atraso na entrega do objeto e/ou na substituição do(s) objeto(s) que for(em) rejeitados pela fiscalização, fica a CONTRATADA sujeita a multa de 2% (dois por cento) por dia útil de atraso, a ser calculada desde o primeiro dia de atraso até o efetivo cumprimento da obrigação, limitado a 10 (dez) dias úteis.

b) Multa de 15% (quinze por cento): a) por inexecução parcial do contrato; b) por irregularidades consideradas relevantes pela fiscalização do contrato; c) por atraso na entrega e/ou substituição do(s) objeto(s) que for(em) rejeitados pela fiscalização, por prazo superior a 10 (dez) dias úteis e limitado a 20 (vinte) dias úteis;

c) Multa de 20% (vinte por cento): a) por inexecução total do contrato; b) por atraso na entrega e/ou substituição do(s) objeto(s) que for(em) rejeitados pela fiscalização; c) por prazo superior a 20 (vinte) dias úteis;

d) Transcorridos 21 (vinte e um) dias úteis do prazo de entrega do objeto e/ou substituição do(s) equipamento(s) que for(em) rejeitados pela fiscalização, poderá ser aplicada a multa de 25% (vinte e cinco por cento) por inexecução total.

13.3 A ocorrência das hipóteses previstas nas alíneas "c" ou "d" do subitem supra, a CONTRATADA, além da aplicação da multa, por aplicação das disposições contidas na Lei nº 10.520/2002 e, subsidiariamente, da Lei nº 8.666/93, sofrerá as seguintes penalidades:

a) Suspensão de participar em licitação e impedimento de contratar com a Administração, pelo prazo de 01 ano.

b) Suspensão de participar em licitação e impedimento de contratar com a Administração, pelo prazo de até 05 anos, e declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade.

13.4 Quem convocado dentro do prazo de validade da sua proposta financeira, não celebrar o Contrato e/ou recusar a receber a Nota de Empenho, deixar de entregar ou apresentar documentação falsa exigida para a licitação, ensejar o retardamento da execução de seu objeto, não mantiver a proposta, falhar ou fraudar na execução do Contrato / Nota de Empenho, comportar-se de modo inidôneo ou cometer fraude fiscal, ficará impedido de licitar e contratar com o Município pelo prazo de até 05 anos, bem como sujeito à multa de 25%, aplicada sobre o valor total da Proposta Financeira / Contrato / Nota de Empenho, atualizado, conforme artigo 7º da Lei nº 10.520/2002.

Engenheiro Paulo de Frontin
SECRETARIA DE PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO



Uma Frontin para todos

13.5 Conforme o caso, as multas deverão ser recolhidas dentro do prazo de 05 dias úteis a contar da correspondente notificação ou descontadas do pagamento, ou, ainda, quando for o caso, cobradas judicialmente.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - EXTINÇÃO UNILATERAL DO CONTRATO

O CONTRATANTE poderá denunciar o Contrato por motivo de interesse público ou celebrar, amigavelmente, o seu destrato na forma da lei; a rescisão por inadimplemento das obrigações da CONTRATADA poderá ser declarada unilateralmente depois de garantido o devido processo legal, mediante decisão motivada.

PARÁGRAFO PRIMEIRO - A denúncia e a rescisão administrativa deste Contrato, em todos os casos em que admitidas, independem de prévia notificação judicial ou extrajudicial e operarão seus efeitos a partir da publicação do ato no Diário Oficial do Município.

PARÁGRAFO SEGUNDO - Na hipótese de rescisão administrativa, além das demais sanções cabíveis, o Município poderá: a) reter, a título de compensação, os créditos devidos à contratada e cobrar as importâncias por ela recebidas indevidamente; b) cobrar da contratada multa de 10% (dez por cento), calculada sobre o saldo reajustado dos serviços não executados e; c) cobrar indenização suplementar se o prejuízo for superior ao da multa.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - DO RECURSO AO JUDICIÁRIO

As importâncias decorrentes de quaisquer penalidades impostas à CONTRATADA, inclusive as perdas e danos ou prejuízos que a execução do Contrato tenha acarretado, quando superiores à garantia prestada ou aos créditos que a CONTRATADA tenha em face do CONTRATANTE, que não comportarem cobrança amigável, será cobrado judicialmente.

PARÁGRAFO ÚNICO - Caso o CONTRATANTE tenha de recorrer ou comparecer a juízo para haver o que lhe for devido, a CONTRATADA ficará sujeita ao pagamento, além do principal do débito, da pena convencional de 10% (dez por cento) sobre o valor do litígio, dos juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, despesas de processo e honorários de advogado, estes fixados, desde logo em 20% (vinte por cento) sobre o valor em litígio.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - DA CESSÃO OU TRANSFERÊNCIA

O presente Contrato não poderá ser objeto de cessão ou transferência, no todo ou em parte, a não ser com prévio e expresse consentimento do CONTRATANTE e sempre mediante instrumento próprio, devidamente motivado, a ser publicado no Diário Oficial do Município.

PARÁGRAFO ÚNICO - O cessionário ficará sub-rogado em todos os direitos e obrigações



Uma Frontin para todos

do cedente e deverá atender a todos os requisitos de habilitação estabelecidos no instrumento convocatório e legislação específica.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – EXCEÇÃO DE IMPEDIMENTO

Constitui Cláusula Essencial do presente Contrato, de observância obrigatória por parte da CONTRATADA, a impossibilidade perante o CONTRATANTE, de opor, administrativamente, exceção de inadimplemento, como fundamento para a interrupção unilateral do serviço.

PARÁGRAFO PRIMEIRO – A suspensão do Contrato, a que se refere o art. 78, XIV, da Lei nº 8.666/93, se não for objeto de prévia autorização da Administração, de forma a não prejudicar a continuidade da Saúde pública, deverá ser requerida judicialmente, mediante demonstração dos riscos decorrentes da continuidade da execução do Contrato, sendo vedada a sua suspensão por decisão unilateral da CONTRATADA.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – DA PUBLICAÇÃO E CONTROLE DO CONTRATO

Após a assinatura do contrato deverá seu extrato ser publicado no Diário Oficial, até o quinto dia útil do mês seguinte ao de sua assinatura, para ocorrer no prazo de vinte dias daquela data, correndo os encargos por conta da CONTRATANTE.

PARÁGRAFO ÚNICO – O extrato da publicação deve conter a identificação do instrumento, partes, objeto, prazo, valor, número do empenho e fundamento do ato.

CLÁUSULA DÉCIMA NONA – DO FORO DE ELEIÇÃO

Fica eleito o Foro da comarca de Engenheiro Paulo de Frontin, para dirimir qualquer litígio decorrente do presente contrato que não possa ser resolvido por meio amigável, com expressa renúncia a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E, por estarem assim acordes em todas as condições e cláusulas estabelecidas neste Contrato, firmam as partes o presente instrumento em 03 (três) via de igual forma e teor, depois de lido e achado conforme, em presença de 02 (duas) testemunhas abaixo firmadas.



JOSÉ EMANOEL RODRIGUES ARTEMENKO
CPF: 107.893.567-59
PREFEITURA MUNICIPAL DE ENGº PAULO DE
FRONTIN
CNPJ: 29.879.480/0001-00

Engenheiro Paulo, de Frontin 28 de julho de 2022.

INSTITUTO ELISA DE CASTRO
CNPJ: 05.624.608/0001-85
DANIEL ELEUTERIO DOS SANTOS
CPF: 032.624.597-32



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE ENGENHEIRO PAULO DE FRONTIN

SECRETARIA DE SAÚDE



ENGENHEIRO
PAULO DE FRONTIN
PREFEITURA

Uma Frontin para todos

EXTRATO DE ADESÃO EXTERNA

Processo de Adesão Externa Nº 003/2022 celebrado entre o município de ENGENHEIRO PAULO DE FRONTIN/RJ e o INSTITUTO ELISA DE CASTRO CNPJ-05.624.609/0001-55, oriundo do Pregão presencial 055/2021, Ata de Registro de Preço 068/2021, da PREFEITURA MUNICIPAL DE MANGARATIBA cujo objeto é Registro de Preço para Contratação de Pessoa Jurídica de Direito Privado Especializada para prestação de serviços de saúde e atendimento das necessidades apresentadas pelo Município de Engenheiro Paulo de Frontin/RJ de acordo com as especificações e quantidades estimadas e condições constante no processo. Valor Global Estimado R\$ 8.211.691,56 (oito milhões, duzentos e onze mil, seiscentos e noventa e um reais e cinquenta e seis centavos). Data de Adesão 28/07/2022, Data de Validade da Ata Aderida 16/11/2022

José Emmanoel Rodrigues Artemenko

Prefeito Municipal



Uma Frontin para todos

EXTRATO DE INSTRUMENTO CONTRATUAL

INSTRUMENTO: Contrato de Prestação de Serviços nº 021/2022.

PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº: 797/2022

FUNDAMENTO LEGAL: Decreto 7892/2013, Capítulo IX, ART 22

CONTRATANTE: Prefeitura Municipal de Engenheiro Paulo de Frontin

CNPJ: 29.079.480/0001-00

CONTRATADO: INSTITUTO ELISA DE CASTRO

CNPJ: 05.624.609/0001-55

OBJETO: Contratação de Empresa de Pessoa Jurídica de Direito Privado Especializada Para Prestação de Serviços de Saúde e Atendimento das Necessidades Apresentadas Pelo Município de Engenheiro Paulo de Frontin/RJ

PRAZO: 12 (doze) meses.

VALOR TOTAL GLOBAL: R\$ 8.211.691,56 (oito milhões duzentos e onze mil, seiscentos e noventa e um reais e cinquenta e seis centavos).

GESTORES: Secretaria Municipal de Saúde

DATA DE ASSINATURA: 28 de julho de 2022.

José Emmanoel Rodrigues Artemenko
Prefeito Municipal

ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE ENGENHEIRO PAULO DE
FRONTIN

SECRETARIA DE PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO
EXTRATO PRIMEIRO TERMO ADITIVO AO CONTRATO 021/2022

EXTRATO

PRIMEIRO TERMO ADITIVO AO CONTRATO Nº 021
(2022)

PROCESSO ADMINISTRATIVO: 797/2022

OBJETO: Trata-se da celebração Do Primeiro Termo Aditivo visando o acréscimo de 25,56% do valor mensal do contrato de prestação de serviços de saúde.

VALOR GLOBAL: R\$ 9.340.257,39 (nove milhões, trezentos e quarenta, duzentos e cinquenta e sete mil e trinta e nove centavos)

CONTRATANTE: Prefeitura Municipal de Engenheiro Paulo de Frontin

CONTRATADO: Instituto Elisa de castro

CNPJ: 05.624.609/0001-55

FUNDAMENTAÇÃO LEGAL: Artigo 65, da Lei 8666/93

Engenheiro Paulo de Frontin, 08 de março de 2023

JOSÉ EMMANOEL RODRIGUES ARTEMENKO
Prefeito Municipal

Publicado por:
Marisa Almeida França da Rocha
Código Identificador:86D9DH87

Matéria publicada no Diário Oficial dos Municípios do Estado do Rio de Janeiro no dia 14/03/2023, Edição 3343
A verificação de autenticidade da matéria pode ser feita informando o código identificador no site:
<http://www.diariomunicipal.com.br/aemrj/>



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE ENGENHEIRO PAULO DE FRONTIN



SECRETARIA MUNICIPAL DE PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO ENGENHEIRO PAULO DE FRONTIN
PREFEITURA

Uma Fronteira para todos

PRIMEIRO TERMO ADITIVO AO CONTRATO Nº 21/2022,
FIRMADO ENTRE O MUNICÍPIO DE ENGENHEIRO PAULO DE
FRONTIN, COM INTERVENIÊNCIA DA SECRETARIA MUNICIPAL
DE SAÚDE E O INSTITUTO ELISA DE CASTRO.

O MUNICÍPIO DE ENGENHEIRO PAULO DE FRONTIN, representado por seu Prefeito, JOSÉ EMMANOEL RODRIGUES ARTEMENKO, brasileiro, casado, inscrito no CPF nº 107.893.967-50, com sede administrativa na Praça Roger Malhardes, Centro, Engenheiro Paulo de Frontin/RJ, com interveniência da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, através de seu Secretário, RIDER SANTIAGO ALCOBA, doravante denominado CONTRATANTE e INSTITUTO ELISA DE CASTRO, doravante denominada CONTRATADA, partes devidamente qualificadas no Contrato Institucional de nº 21/2022, resolvem, aditar o referido contrato de mesmo número, tendo em vista o disposto na Lei nº 8.666/93, considerando os expedientes do Processo Administrativo próprio nº 797/2022, mediante as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA

1.1 - É objeto deste aditivo o acréscimo de 23,56% do valor mensal do contrato de prestação de serviços de saúde e atendimentos das necessidades apresentadas por este município, conforme especificações constantes no Termo de Referência, visto a enorme demanda reprimida por consultas médicas nas estratégias de saúde da família, seja por especialistas médicos sem áreas clínicas e/ou cirúrgicas, nas seguintes unidades: Aguada, Morro Azul, Centro, Ramalho, Barreira, Sacra Família e Policlínica, portanto faz-se necessário crescer pelo período de 7 meses este percentual.

1.2 - Fica aditado o contrato de nº 21/2022 atendendo aos limites prescritos pelo §1º do artigo 65 da Lei 8.666/93, em 23,56% (vinte e cinco por cento) no valor mensal R\$161.223,69 (cento e sessenta e um mil, duzentos e vinte e três reais e sessenta e nove centavos) pelo período de 7 meses totalizando R\$1.128.565,83 (um milhão, cento e vinte e oito mil, quinhentos e sessenta e cinco reais e oitenta e três centavos).

1.3 - Por conseguinte o valor total do contrato vigente é de R\$8.211.691,56 (oito milhões, duzentos e onze mil, seiscentos e noventa e um reais e cinquenta e seis centavos) altera-se então para R\$9.340.257,39 (nove milhões, trezentos e quarenta mil, duzentos e cinquenta e sete reais e trinta e nove centavos).



[Handwritten signature]

PRAÇA ROGER MALHARDES, 75 - ANEXO - CENTRO - ENGENHEIRO PAULO DE
FRONTIN/RJ - CEP 26650-000
TEL/FAX (24) 2463-1522 / 2718



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE ENGENHEIRO PAULO DE FRONTIN



ENGENHEIRO
PAULO DE FRONTIN
PREFEITURA

SECRETARIA MUNICIPAL DE PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO

Uma Fronteira para todos
CLÁUSULA SEGUNDA

2.1 – Justificam este aditivo os expedientes acima contidos no processo administrativo próprio nº 797/2022, ressaltando-se que os valores despendidos com o presente aditivo correm por conta da dotação orçamentária:

03.001.10.122.2301.3.3.90.39.00.00.00.0.1.704.00.00
03.001.10.301.2308.3.3.90.39.00.00.00.0.1.600.00.04
03.001.10.301.2308.3.3.90.39.00.00.00.0.1.621.00.00
03.001.10.301.2318.3.3.90.39.00.00.00.0.1.621.00.00

CLÁUSULA TERCEIRA

3.1 – Permanecem em vigor as demais cláusulas e condições e condições do contrato institucional nº 21/2022, constante no processo administrativo próprio nº 797/2022.

E, para firmeza e validade de tudo quanto ficou estipulado, é o presente instrumento assinado pelas partes interessadas e testemunhas presentes ao ato.

Engenheiro Paulo de Frontin, 08 de março de 2023.

JOSÉ EMMANUEL RODRIGUES ARTEMENKO
Prefeito

RIDER SANTIAGO ALCOBA
Secretário de Saúde

INSTITUTO ELISA DE CASTRO
Contratada

gov.br
Documento assinado digitalmente
RONALDO JOSÉ DOS PASSOS
DIAZ em 08/03/2023 às 14:05:00
Verifique em: portal.trf.gov.br

Testemunhas:

- 1- Rafaela Coutinho Ramos 122.147.667-16
- 2- _____



PRAÇA ROGER MALHARDES, 75 - ANEXO - CENTRO - ENGENHEIRO PAULO DE
FRONTIN/RJ - CEP 26650-000
TEL/FAX (24) 2463-1522 / 2718



Uma Fronteira para

Engenheiro Paulo de Frontin/RJ, 02 de janeiro de 2023.

Excelentíssimo Prefeito

Sr. José Emmanoel Rodrigues Artemenko

Prefeitura Municipal de Engenheiro Paulo Frontin

Considerando o processo de adesão nº 797/2022, ATA DE REGISTRO DE PREÇO ADERIDA 068/2021, concernente a LICITAÇÃO PREGÃO PRESENCIAL Nº 055/2021 da modalidade Pregão Presencial, na qual se baseia o Contrato 21/2022;

Considerando a demanda reprimida por consultas médicas nas Estratégias de Saúde da Família, seja por especialistas médicos em áreas clínicas e/ou cirúrgicas, nas seguintes unidades: Aguada, Morro Azul, Centro, Ramalho, Barreira, Sacra Família e Policlínica;

Considerando a necessidade de suprir o número de cargos e a necessidade de remuneração das horas extras já executadas pelo enfermeiro.

Vimos através desse ofício solicitar aumento das seguintes cargas horárias mensais ocupadas por médicos e enfermeiros, nas seguintes funções e/ou especialidades:

Função	Carga Horária Aditivada	Valor/Hora	Aditivo Mensal
Médico Mastologista	64	R\$ 121,73	R\$ 7.790,72
Médico Ginecologista	64	R\$ 88,00	R\$ 5.632,00
Médico Angiologista	64	R\$ 119,16	R\$ 7.626,24
Médico Otorrinolaringologista	64	R\$ 88,00	R\$ 5.632,00
Médico Clínico Geral	320	R\$ 110,00	R\$ 35.200,00
Cirurgião Dentista	120	R\$ 41,25	R\$ 4.950,00
Médico Infetologista	64	R\$ 88,00	R\$ 5.632,00
Médico Psiquiatra	64	R\$ 88,00	R\$ 5.632,00
Médico Cardiologista	64	R\$ 88,00	R\$ 5.632,00
Médico Pediatra	64	R\$ 88,00	R\$ 5.632,00
Psicólogo	120	R\$ 23,17	R\$ 2.780,40
Enfermeiros	1108	R\$ 30,85	R\$ 34.181,80
VALOR TOTAL DA MÃO DE OBRA			R\$ 126.321,16

[Handwritten signature]

SECRETARIA DE SAÚDE
PREFEITURA MUNICIPAL DE ENGENHEIRO PAULO DE FRONTIN - RJ
02 de Janeiro de 2023



Uma Fronteira para

Engenheiro Paulo de Frontin, 24 de Janeiro de 2023.

Excelentíssimo Prefeito

Sr. José Emmanoel Rodrigues Artemenko

Prefeitura Municipal de Engenheiro Paulo Frontin

Considerando a necessidade de equiparação do valor pago pela hora trabalhada/carga horária mensal pelos médicos plantonistas do Hospital Nelson Salles e da Policlínica, seja em plantões de 12h e/ou 24h, de acordo com processo de adesão nº 797/2022, ATA DE REGISTRO DE PREÇO ADERIDA 068/2021, concernente a LICITAÇÃO PREGÃO PRESENCIAL Nº 055/2021 da modalidade Pregão Presencial, na qual se baseia o Contrato 21/2022;

Considerando a demanda reprimida por consultas médicas nas Estratégias de Saúde da Família, seja por especialistas médicos em áreas clínicas e/ou especializadas, nas seguintes unidades: Aguada, Morro Azul, Centro, Ramalho, Barreira, Sacra Família e Policlínica.

Vimos através desse ofício solicitar:

1. Equiparação do valor pago pela hora médica trabalhada/carga horária pelos médicos plantonistas, de acordo com a ATA aderida.
2. Aumento das seguintes cargas horárias mensais ocupadas por médicos e fisioterapeutas, nas seguintes funções e/ou especialidades:

Função	Carga horária aditivada ¹	Aditivo mensal (R\$) ²
Coordenador Médico	120h	13.200,00
Médico Mastologista	100h	12.100,00
Médico Ortopedista	120h	14.300,00
Médico Clínico Geral Ambulatório	400h	17.600,00
Médico Cardiologista	100h	8.800,00

[Handwritten signature]
SECRETARIA DE SAÚDE
ENGENHEIRO PAULO DE FRONTIN
24 de Janeiro de 2023



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE ENGENHEIRO PAULO DE FRONTIN
SECRETARIA DE SAÚDE



Uma Fronteira para a Saúde

Médico Endocrinologista	100h	8.800,00
Fisioterapeuta	150h	3.475,50
TOTAL MENSAL		133.715,50

1. A carga horária aditivada baseia-se na demanda reprimida atual das unidades de saúde. Ela poderá ser utilizada aditivando-se a carga horária dos profissionais já existentes e/ou contratando-se novos funcionários para prestação dos serviços, resguardadas orientações legais e administrativas vigentes.
2. O valor do aditivo mensal leva em consideração o valor da hora trabalhada pelo profissional no cargo especificado, devendo-se a ele, sobrestar taxas administrativas e impostos incidentes.

O aumento da carga horária dos médicos plantonistas do Hospital Nelson Salles e da Policlínica resultará no impacto financeiro mensal descrito na tabela abaixo:

Função	Carga Horária Semanal Atual	Número de Plantonistas por Dia da Semana	Número Total de Plantonistas	NOVA Remuneração Proposta para Adequação a ATA	NOVA Remuneração TOTAL para Adequação a ATA
Médicos Plantonistas	24h	3	21	R\$ 13.200,00	R\$ 277.200,00

O impacto financeiro total sobre o contrato atual, levando-se em consideração a equiparação da remuneração dos plantonistas associada ao aumento da carga horária dos profissionais e funções descritas acima, ciente que o contrato se finda, inicialmente em julho de 2023, será de:

Função	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	TOTAL
Clinico Plantonista	R\$ 55.440,00	R\$ 55.440,00	R\$ 55.440,00	R\$ 55.440,00	R\$ 55.440,00	R\$ 55.440,00	R\$ 55.440,00	R\$ 389.080,00
Coordenador	R\$ 13.200,00	R\$ 13.200,00	R\$ 13.200,00	R\$ 13.200,00	R\$ 13.200,00	R\$ 13.200,00	R\$ 13.200,00	R\$ 92.400,00
Mastologista	R\$ 12.100,00	R\$ 12.100,00	R\$ 12.100,00	R\$ 12.100,00	R\$ 12.100,00	R\$ 12.100,00	R\$ 12.100,00	R\$ 84.700,00
Ortopedista	R\$ 14.300,00	R\$ 14.300,00	R\$ 14.300,00	R\$ 14.300,00	R\$ 14.300,00	R\$ 14.300,00	R\$ 14.300,00	R\$ 100.100,00
Clinico Geral	R\$ 17.600,00	R\$ 17.600,00	R\$ 17.600,00	R\$ 17.600,00	R\$ 17.600,00	R\$ 17.600,00	R\$ 17.600,00	R\$ 123.200,00
Cardiologista	R\$ 8.800,00	R\$ 8.800,00	R\$ 8.800,00	R\$ 8.800,00	R\$ 8.800,00	R\$ 8.800,00	R\$ 8.800,00	R\$ 61.600,00

[Handwritten signature and stamp]



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE ENGENHEIRO PAULO DE FRONTIN
SECRETARIA DE SAÚDE



Uma Frontin para todos

Endocrinologista	R\$ 8.800,00	R\$ 8.800,00	R\$ 8.800,00	R\$ 8.800,00	R\$ 8.800,00	R\$ 8.800,00	R\$ 8.800,00	R\$ 61.600,00
Fisioterapeuta	R\$ 3.475,50	R\$ 3.475,50	R\$ 3.475,50	R\$ 3.475,50	R\$ 3.475,50	R\$ 3.475,50	R\$ 3.475,50	R\$ 24.328,50
Total Mão de Obra (MO)	R\$ 133.715,50	R\$ 133.715,50	R\$ 133.715,50	R\$ 133.715,50	R\$ 133.715,50	R\$ 133.715,50	R\$ 133.715,50	R\$ 936.008,50
Taxa Administrativa	R\$ 22.183,40	R\$ 22.183,40	R\$ 22.183,40	R\$ 22.183,40	R\$ 22.183,40	R\$ 22.183,40	R\$ 22.183,40	R\$ 155.283,80
MO + Taxa Adm	R\$ 155.898,90	R\$ 155.898,90	R\$ 155.898,90	R\$ 155.898,90	R\$ 155.898,90	R\$ 155.898,90	R\$ 155.898,90	R\$ 1.091.292,30
Impostos	R\$ 14.762,18	R\$ 14.762,18	R\$ 14.762,18	R\$ 14.762,18	R\$ 14.762,18	R\$ 14.762,18	R\$ 14.762,18	R\$ 103.335,26
Total Aditivo	R\$ 170.661,09	R\$ 170.661,09	R\$ 170.661,09	R\$ 170.661,09	R\$ 170.661,09	R\$ 170.661,09	R\$ 170.661,09	R\$ 1.194.627,63
Percentual aditivado	24,94%	24,94%	24,94%	24,94%	24,94%	24,94%	24,94%	24,94%

Aproveitamos a oportunidade para informar que já estamos praticando o aumento da carga horária de alguns profissionais, assim como desejamos promover a equiparação salarial a contar de 02 de janeiro de 2023.

Nestes termos, como o percentual aditivado obedece aos preceitos legais e administrativos vigentes, solicitamos o deferimento de nossas solicitações, evitando descontinuidade e ampliação de serviços prestados aos usuários do SUS em nosso município.

Rider Santiago Alcoba
Secretário Municipal de Saúde
Prefeitura Municipal de Engenheiro Paulo de Frontin



Uma Fronteira para Todos

Engenheiro Paulo de Frontin, 24 de Janeiro de 2023.

Excelentíssimo Prefeito

Sr. José Emmanoel Rodrigues Artemenko

Prefeitura Municipal de Engenheiro Paulo Frontin

Considerando a necessidade de equiparação do valor pago pela hora trabalhada/carga horária mensal pelos médicos plantonistas do Hospital Nelson Salles e da Policlínica, seja em plantões de 12h e/ou 24h, de acordo com processo de adesão nº 797/2022, ATA DE REGISTRO DE PREÇO ADERIDA 068/2021, concernente a LICITAÇÃO PREGÃO PRESENCIAL Nº 055/2021 da modalidade Pregão Presencial, na qual se baseia o Contrato 21/2022;

Considerando a demanda reprimida por consultas médicas nas Estratégias de Saúde da Família, seja por especialistas médicos em áreas clínicas e/ou especializadas, nas seguintes unidades: Aguada, Morro Azul, Centro, Ramalho, Barreira, Sacra Família e Policlínica.

Vimos através desse ofício solicitar:

1. Equiparação do valor pago pela hora médica trabalhada/carga horária pelos médicos plantonistas, de acordo com a ATA aderida.
2. Aumento das seguintes cargas horárias mensais ocupadas por médicos e fisioterapeutas, nas seguintes funções e/ou especialidades:

Função	Carga horária aditivada ¹	Aditivo mensal (R\$) ²
Coordenador Médico	120h	13.200,00
Médico Mastologista	100h	12.100,00
Médico Ortopedista	120h	14.300,00
Médico Clínico Geral Ambulatório	400h	17.600,00
Médico Cardiologista	100h	8.800,00

[Handwritten signature]
Assessoria Jurídica
Engenheiro Paulo de Frontin
2023



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE ENGENHEIRO PAULO DE FRONTIN
SECRETARIA DE SAÚDE



Uma Fronteira para todos

Médico Endocrinologista	100h	8.800,00
Fisioterapeuta	150h	3.475,50
TOTAL MENSAL		133.715,50

1. A carga horária aditivada baseia-se na demanda reprimida atual das unidades de saúde. Ela poderá ser utilizada aditivando-se a carga horária dos profissionais já existentes e/ou contratando-se novos funcionários para prestação dos serviços, resguardadas orientações legais e administrativas vigentes.
2. O valor do aditivo mensal leva em consideração o valor da hora trabalhada pelo profissional no cargo especificado, devendo-se a ele, sobrestar taxas administrativas e impostos incidentes.

O aumento da carga horária dos médicos plantonistas do Hospital Nelson Salles e da Policlínica resultará no impacto financeiro mensal descrito na tabela abaixo:

Função	Carga Horária Semanal Atual	Número de Plantonistas por Dia da Semana	Número Total de Plantonistas	NOVA Remuneração Proposta para Adequação a ATA	NOVA Remuneração TOTAL para Adequação a ATA
Médicos Plantonistas	24h	3	21	R\$ 13.200,00	R\$ 277.200,00

O impacto financeiro total sobre o contrato atual, levando-se em consideração a equiparação da remuneração dos plantonistas associada ao aumento da carga horária dos profissionais e funções descritas acima, ciente que o contrato se finda, inicialmente em julho de 2023, será de:

Função	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maior	Junho	Julho	TOTAL
Clínico Plantonista	R\$ 55.440,00	R\$ 55.440,00	R\$ 55.440,00	R\$ 55.440,00	R\$ 55.440,00	R\$ 55.440,00	R\$ 55.440,00	R\$ 388.080,00
Coordenador	R\$ 13.200,00	R\$ 13.200,00	R\$ 13.200,00	R\$ 13.200,00	R\$ 13.200,00	R\$ 13.200,00	R\$ 13.200,00	R\$ 92.400,00
Mastologista	R\$ 12.100,00	R\$ 12.100,00	R\$ 12.100,00	R\$ 12.100,00	R\$ 12.100,00	R\$ 12.100,00	R\$ 12.100,00	R\$ 84.700,00
Ortopedista	R\$ 14.300,00	R\$ 14.300,00	R\$ 14.300,00	R\$ 14.300,00	R\$ 14.300,00	R\$ 14.300,00	R\$ 14.300,00	R\$ 100.100,00
Clínico Geral	R\$ 17.600,00	R\$ 17.600,00	R\$ 17.600,00	R\$ 17.600,00	R\$ 17.600,00	R\$ 17.600,00	R\$ 17.600,00	R\$ 123.200,00
Cardiologista	R\$ 8.800,00	R\$ 8.800,00	R\$ 8.800,00	R\$ 8.800,00	R\$ 8.800,00	R\$ 8.800,00	R\$ 8.800,00	R\$ 61.600,00

[Handwritten signature and stamp]
Assessoria Municipal
Engenheiro Paulo de Frontin
2023



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE ENGENHEIRO PAULO DE FRONTIN
SECRETARIA DE SAÚDE



Uma Frontin para todos

Endocrinologista	R\$ 8.800,00	R\$ 8.800,00	R\$ 8.800,00	R\$ 8.800,00	R\$ 8.800,00	R\$ 8.800,00	R\$ 8.800,00	R\$ 81.600,00
Fisioterapeuta	R\$ 3.475,50	R\$ 3.475,50	R\$ 3.475,50	R\$ 3.475,50	R\$ 3.475,50	R\$ 3.475,50	R\$ 3.475,50	R\$ 27.804,00
Total Mão de Obra (MO)	R\$ 133.715,50	R\$ 133.715,50	R\$ 133.715,50	R\$ 133.715,50	R\$ 133.715,50	R\$ 133.715,50	R\$ 133.715,50	R\$ 1.108.800,00
Taxa Administrativa	R\$ 22.183,40	R\$ 22.183,40	R\$ 22.183,40	R\$ 22.183,40	R\$ 22.183,40	R\$ 22.183,40	R\$ 22.183,40	R\$ 177.467,20
MO + Taxa Adm	R\$ 155.898,90	R\$ 155.898,90	R\$ 155.898,90	R\$ 155.898,90	R\$ 155.898,90	R\$ 155.898,90	R\$ 155.898,90	R\$ 1.286.267,20
Impostos	R\$ 14.762,18	R\$ 14.762,18	R\$ 14.762,18	R\$ 14.762,18	R\$ 14.762,18	R\$ 14.762,18	R\$ 14.762,18	R\$ 118.105,44
Total Aditivo	R\$ 170.661,09	R\$ 170.661,09	R\$ 170.661,09	R\$ 170.661,09	R\$ 170.661,09	R\$ 170.661,09	R\$ 170.661,09	R\$ 1.404.372,64
Percentual aditivado	24,94%	24,94%	24,94%	24,94%	24,94%	24,94%	24,94%	24,94%

Aproveitamos a oportunidade para informar que já estamos praticando o aumento da carga horária de alguns profissionais, assim como desejamos promover a equiparação salarial a contar de 02 de janeiro de 2023.

Nestes termos, como o percentual aditivado obedece aos preceitos legais e administrativos vigentes, solicitamos o deferimento de nossas solicitações, evitando descontinuidade e ampliação de serviços prestados aos usuários do SUS em nosso município.


Ridelson Frigoso Alcoba
Secretário Municipal de Saúde

Prefeitura Municipal de Engenheiro Paulo de Frontin