



Projeto SPDM para o gerenciamento,
operacionalização e execução das ações e
serviços de saúde, em regime de
24 horas/dia, no

**Hospital Municipal de Barueri
Dr. Francisco Moran**

que assegure assistência universal e gratuita
à população, conforme Seleção Pública
SUPRI/ nº 004/2022

*O prazo de validade do presente projeto é de 180 dias,
contados a partir da data de abertura da Seleção Pública.*

Junho/2022

ÍNDICE

PROPOSTA DE MODELO GERENCIAL	06
F1. ATIVIDADE	12
1.1. IMPLANTAÇÃO DOS FLUXOS	37
1.1.1. Fluxos Operacionais compreendendo circulação dos usuários em atendimento em espera em áreas restritas como salas de atendimento, sala de observação, sala de medicação, sutura e curativo, internação e áreas externas	38
1.1.2. Fluxo operacional para material médico e medicamentos	58
1.1.3. Fluxo unidirecional de materiais esterilizados	61
1.1.4. Fluxo unidirecional para roupas de serviços de saúde	62
1.1.5. Fluxo unidirecional para resíduos de serviços de saúde	66
1.2. IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO	69
1.2.1. Proposta de Educação Permanente em Saúde/Capacitação	70
1.2.2. Proposta de Regimento Interno do Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran	86
1.2.3. Proposta de Regimento do Corpo Clínico	87
1.2.4. Proposta para Regimento do Serviço de Enfermagem	88
1.3. IMPLANTAÇÃO DE PROCESSOS	89
1.3.1. Manual de Protocolos Assistenciais	91
1.3.2. Manual de rotinas administrativas para Faturamento de Procedimentos	107
1.3.3. Manual de Rotinas para Administração Financeira	112
1.3.4. Manual de Rotinas Administrativas para a Gerência de Almoxarifado/Farmácia	137
1.3.5. Manual de Gestão de Patrimônio	155
1.3.6. Manual para Implantação de Logística de Suprimentos	160
1.4. INCREMENTO DE ATIVIDADE	169
1.4.1. Proposta de Atividades Assistenciais	171
1.4.2. Proposição de outros serviços relacionados às atividades do Hospital	174
F2. QUALIDADE	182
2.1. QUALIDADE OBJETIVA	219
2.1.1. Comissão de Revisão de Prontuários (CRP)	223
2.1.1.1. Proposta da Constituição	224
2.1.1.2. Proposta do Regimento Interno	225
2.1.1.3. Cronograma Anual de Atividades	230
2.1.2. Comissão e Revisão de Óbitos (CRO)	231
2.1.2.1. Proposta da Constituição	232
2.1.2.2. Proposta do Regimento Interno	234
2.1.2.3. Cronograma Anual de Atividades	240
2.1.3. Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)	241
2.1.3.1. Proposta da Constituição	242
2.1.3.2. Proposta do Regimento Interno	243
2.1.3.3. Cronograma Anual de Atividades	254
2.1.4. Comissão de Ética Médica	256
2.1.4.1. Proposta da Constituição	257
2.1.4.2. Proposta do Regimento Interno	258
2.1.4.3. Cronograma Anual de Atividades	266
2.1.5. Outras Comissões	267
2.1.5.1. Proposta da Constituição	268
2.2. QUALIDADE SUBJETIVA	328
2.2.1. Acolhimento	329
2.2.1.1. Instrução com indicação das formas de acolhimento na portaria, segurança, recepção, enfermagem, serviço social e apoio psicossocial aos usuários e familiares	330



2.2.1.2. Proposta para implantação do acolhimento com avaliação e classificação de risco dos usuários na unidade, incluindo instrução de fluxo de atendimento para síndrome respiratória/suspeita -----	332
2.2.1.3. Proposta para implantação do acolhimento com avaliação de prioridade de atendimento no ambulatório, atendimento de pré e pós consulta, exames e cirurgias -----	336
2.2.1.4. Instrução com definição de horários, critérios e medidas de controle de risco para as visitas aos usuários internados -----	345
2.2.2. Atendimento -----	346
2.2.2.1. Instrução quanto a conduta e permanência de acompanhantes de crianças, adolescentes, idosos, gestantes e portadores de necessidades especiais conforme previsto na legislação vigente -----	347
2.2.2.2. Serviço de Atendimento ao Usuário (usuário e acompanhantes) -----	351
2.2.2.3. Proposta de pesquisa periódica/contínua de satisfação do usuário, instrumento de pesquisa, frequência, sistemática das ações corretivas -----	354
2.2.2.4. Proposta de pesquisa periódica/contínua de satisfação do colaborador, com definição de uso das informações -----	357
2.2.2.5. Proposição de projetos assistenciais e sociais (relacionamento com a atenção primária, comunidades, campanhas educativas para o usuário, etc) -----	358
F3. QUALIFICAÇÃO TÉCNICA -----	361
3.1. EXPERIÊNCIA ANTERIOR EM GERENCIAMENTO DE UNIDADE HOSPITALAR -----	362
3.1.1. Comprovação de gerenciamento de unidade hospitalar pequeno porte – com menos de 69 leitos de internação, com o mínimo de 1 ano de execução -----	363
3.1.2. Comprovação de gerenciamento de unidade hospitalar médio porte – com 70 a 150 leitos de internação, com o mínimo de 1 ano de execução -----	363
3.1.3. Comprovação de gerenciamento de unidade hospitalar grande porte – com mais de 150 leitos de internação, com o mínimo de 1 ano de execução -----	363
3.2. EXPERIÊNCIA ANTERIOR EM GERENCIAMENTO DE UNIDADE DE SAÚDE -----	364
3.2.1. Comprovação de gerenciamento em unidade de saúde com período de pelo menos 01(hum) ano completo até 01 ano e 11 meses incompletos -----	365
3.2.2. Comprovação de gerenciamento em unidade de saúde com período de pelo menos de 02 (dois) anos completos até 2 anos e 11 meses incompletos -----	365
3.2.3. Comprovação de gerenciamento em unidade de saúde com período acima 03 (três) anos -----	365
3.3. ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DO HOSPITAL MUNICIPAL DE BARUERI – DR. FRANCISCO MORAN -----	366
3.3.1. Comprovação de ser detentora de Certificação de Entidade Beneficente de Assistência Social - CEBAS (de acordo com a Lei n.º 12.101/09) -----	367
3.3.2. Comprovação de Certificação de Acreditação em Serviço Hospitalar Nacional ou Internacional -----	367
3.3.3. Titulação de Especialistas em Administração/Gestão Hospitalar ou Saúde Coletiva/Pública do(s) Membro(s) da Diretoria -----	367
3.3.4. Registro da Entidade no Conselho Federal de Medicina – CFM -----	367
3.3.5. Apresentar Registro de Médico Responsável Técnico da Entidade -----	367
3.3.6. Organograma do “HOSPITAL MUNICIPAL DE BARUERI – DR. FRANCISCO MORAN” até terceiro nível -----	368
3.4. IMPLEMENTAÇÃO DE SERVIÇOS E FUNCIONAMENTO DE EQUIPE INTERDISCIPLINAR --	369
3.4.1. Apresentação de Quadro de Pessoal Médico por área de Atenção compatível com as atividades propostas no Plano de Trabalho, constando forma de vínculo, horário e salário --	370
3.4.2. Apresentação de Quadro de Pessoal Técnico por área de atividade profissional, compatível com as atividades do Plano de Trabalho, constando forma de vínculo, horário e salário -----	371
3.4.3. Protocolos Assistenciais de Atenção Médica e Rotinas Operacionais para os serviços de maior complexidade na medicina como nas emergências e unidade de terapia intensiva, como também enfermarias, centro cirúrgico e ambulatório -----	385

3.4.4. Protocolos de Enfermagem (rotinas por nível de qualificação dos profissionais) na área de emergências e unidade de terapia intensiva, como também enfermarias, centro cirúrgico, central de esterilização, ambulatório, entre outros -----	443
3.5. IMPLEMENTAÇÃO E FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS, FINANCEIROS E GERAIS -----	448
3.5.1. Normas para o funcionamento do Serviço de Administração Geral com especificação de estrutura, normas e rotinas definidas, as áreas de abrangência, horário e equipe mínima e salários -----	449
3.5.2. Descrição de funcionamento da unidade de faturamento e arquivo de prontuário, bem como horários de trabalho, estrutura de chefia, membros, vínculo de trabalho e salários -----	493
3.5.3. Instrução Normativa para realização dos procedimentos de aquisição de materiais (licitação), observadas as fases de construção de banco de dados e fornecedores, consultas de preços, aquisição, recebimento, guarda e distribuição na unidade -----	495
3.5.4. Instrução de estruturação e funcionamento do Serviço de Arquivo Médico (SAME) e de registro de documentos -----	512
3.5.5. Apresentação de instrumento de padronização de medicamentos e materiais médico-hospitalares -----	519
3.5.6. Termos de Referência constando os critérios para a contratação de terceiros para os serviços contratados (ex: Limpeza, Vigilância, entre outros) -----	521
3.6. CIÊNCIA E TECNOLOGIA -----	595
3.6.1. Convênio de cooperação técnica com entidades de ensino para desenvolvimento de estágios curriculares, treinamentos e residências -----	596
3.6.2. Parcerias com instituições para desenvolvimento de projetos de pesquisa na área da assistência hospitalar e/ou de saúde pública -----	600
3.6.3. Apresentação de projeto em educação permanente com vista à capacitação da equipe multidisciplinar da Unidade Hospitalar, apresentando plano de implantação -----	604
3.6.4. Apresentação de projeto de Residência Médica em Clínica Médica e Pediatria, conforme Lei Municipal n° 2.897, de 16 de Fevereiro de 2022 -----	608
3.7. POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS -----	625
3.7.1. Organização dos Recursos Humanos e Implantação da Política de Gestão de Pessoas	626
3.7.2. Proposta para estabelecimento de Normas para Seleção Simplificada de Pessoal, modelo de Contrato de Trabalho, Avaliação de Desempenho, Sugestão de Condutas para combater absenteísmo e estimular produção, plano de carreira -----	630
3.7.3. Registros e Controles de Pessoal. Modelo de escalas com simulação de férias -----	642
3.7.4. Apresentar Projeto para definição da Política de Segurança no Trabalho e Prevenção de Acidentes, Ações de promoção da saúde, prevenção e recuperação de doenças e reabilitação -----	652
PROPOSTA FINANCEIRA (Planilha de Custos/Despesas Mensais) -----	664

CADERNO DE ANEXOS

ANEXO 01 - REGIMENTO INTERNO DO HOSPITAL
ANEXO 02 - REGIMENTO DO CORPO CLÍNICO.....
ANEXO 03 - REGIMENTO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM.....
ANEXO 04 - MANUAL DO PACIENTE.....
ANEXO 05 - PROTOCOLOS ASSISTENCIAS.....
ANEXO 06 - PROCOLOS E ROTINAS CENTRO CIRÚRGICO.....
ANEXO 07 - PROTOCOLOS FISIOTERAPIA
ANEXO 08 - PROTOCOLOS REABILITAÇÃO
ANEXO 09 - PROTOCOLOS EMERGÊNCIA.....
ANEXO 10 - PROTOCOLOS SCIH
ANEXO 11 - PROTOCOLOS ANESTESIA
ANEXO 12 - PROTOCOLOS SADT
ANEXO 13 - PROTOCOLOS DA QUALIDADE
ANEXO 14 - PROTOCOLOS DO CENTRO OBSTÉTRICO
ANEXO 15 - PROTOCOLOS E ROTINAS DA HEMODIÁLISE
ANEXO 16 - PROTOCOLOS PERI OPERATÓRIOS
ANEXO 17 - PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM
ANEXO 18 - PROTOCOLOS DA FARMÁCIA
ANEXO 19 - MODELO DE CONTRATO DE TRABALHO
ANEXO 20 - METAS INTERNACIONAIS DE SEGURANÇA
ANEXO 21 - PROTOCOLOS DO CME
ANEXO 22 - PROTOCOLOS UTI

Two handwritten signatures in black ink, one on the left and one on the right, positioned below the page number.

PROPOSTA DE MODELO GERENCIAL

A Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina – SPDM foi qualificada como Organização Social da Saúde - OSS em 1998. Desde então, gerencia como OSS e através de convênio, 24 Hospitais, 4 Hospitais de campanha, 19 ambulatórios e Centros, entre outras 18 unidades estratégicas como NASF, Equipe de saúde a atenção Bucal, em parceria com as Secretarias Estaduais de Saúde, Secretarias Municipais de Saúde.

Em 1998 foi criada a oportunidade de implantar um modelo de gestão corporativa que permite gerenciar várias unidades assistenciais com diretrizes administrativas e assistenciais as quais foram implantadas nessas unidades assistenciais e são monitoradas através de indicadores de desempenho e qualidade assistencial tanto pela instituição como pela gestão corporativa.

Essas diretrizes foram baseadas na Governança Corporativa, Governança Clínica e na gestão pela qualidade de Donabedian com definições claras da estrutura, dos processos assistenciais e administrativos e resultados institucional de desempenho assistencial.

O modelo assistencial em consonância com modelo de gestão institucional possui como metas: assistência à saúde de excelência, transparência, sustentabilidade financeira e ambiental e uma relação direta com as Secretarias de Saúde regional e Conselhos Municipais de Saúde.

Busca além da inserção na rede de atenção a saúde do território, oferecer à população regional uma assistência à saúde de qualidade com humanização, de acordo com os preceitos do SUS e com os melhores níveis de evidências científicas. Prestando atendimento às demandas ambulatoriais especializadas, atendimento às urgências clínicas, intervenções cirúrgicas e gestantes de alto risco através de porta referenciada, isto é, as unidades municipais de urgência e emergência.

O instrumento jurídico (contrato, convênio) pactuado para a gestão de cada instituição deverá definir o fluxo de atendimento e regulatório sendo ele aberto (porta aberta) para atendimento com Pronto Atendimento e Pronto Socorro ou referenciado através de outro serviço ou ponto de atenção à saúde, observando sempre os perfis de atendimento loco-regional



definido. Os ambulatórios seguem as diretrizes e metas do contrato, sempre pautado nos princípios do Sistema Único de Saúde – SUS.

O Modelo Assistencial da SPDM Afiliadas foi elaborado com base nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), sistema hierarquizado nos três poderes: municipais, estaduais e federais, baseado nos princípios de integralidade, equidade e universalidade.

Desenvolvido em 1999 e buscando aprimoramento de forma periódica, o Modelo Assistencial da SPDM contempla a qualificação proveniente de uma Organização Social de Saúde, prestadora de serviços médicos assistenciais, e por meio de contrato ou outro tipo de instrumento jurídico de prestação de serviços com as Secretarias de Saúde Estadual e Municipal.

O presente Modelo da atenção à saúde leva em conta a estrutura da organização, a saber: Recursos Humanos, Tecnologia, Recursos Financeiros e Recursos de Equipamentos e Recursos Físicos disponíveis, da necessidade de assistência à saúde loco regional, definido pelas Secretarias Municipais de Saúde, Secretaria de Saúde de Estado, Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde e o tipo de Instituição: Unidade Básica de Saúde, Assistência Médica Ambulatorial, Assistência Médica Ambulatorial em Especialidades, Prontos Socorros, Pronto Atendimento, Hospital Geral, Hospital Especializado e Programa de Internação Domiciliar.

O *input* e *output* do paciente, isto é, entrada e saída do paciente em qualquer instituição de saúde da SPDM, estão calcadas na intervenção da saúde e na doença do indivíduo, sobretudo, o paciente inserido na comunidade, nas diversas interfaces com os demais equipamentos de saúde e na humanização do atendimento.

Procura-se manter um elevado padrão de qualidade, focado na segurança do paciente e na satisfação do usuário, com respeito ao bem público, por meio da otimização dos recursos.

A melhoria contínua da cadeia de valor, respeitando o fluxo assistencial do serviço, é garantida pelo entendimento e sensibilização de toda a Instituição, em relação às necessidades de cada fase do atendimento e por meio da implantação dos processos transdisciplinares.



A proposta de gestão do Hospital Municipal de Barueri está focada na otimização dos recursos públicos direcionados aos cuidados de saúde. Uma atuação baseada na melhoria contínua da qualidade e segurança paciente, com foco em um sistema sustentável, na sua mais ampla definição. O respeito aos direitos dos pacientes e à equidade de acesso da assistência para a sociedade é o coração da nossa missão.

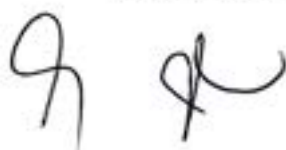
A performance da SPDM está atrelada na sua experiência de 89 anos de gestão de instituições de saúde como o Hospital São Paulo, Hospital Universitário da UNIFESP, de sua propriedade, que abriga 95 programas de residência médica e 66 programas de residência multiprofissional. Um excelente hospital de ensino que alberga ensino de graduação e programas de pós graduação, alguns deles considerados pela CAPES e por outras agências de fomento como os melhores do país. Atualmente no Hospital Municipal de Barueri Dr. Francisco Moran foi iniciado a pactuação com o programa de residência médica junto ao Município de Barueri, o qual foi desenvolvido dois programas de ensino: Programa de Residência em Clínica Médica e Programa de Residência Médica em Pediatria.

Através de estratégias bem estabelecidas, com foco na qualidade do desenho dos processos, buscamos metas que consideramos fundamentais para o uso adequado dos recursos. O tempo de internação é considerado *Key Indicator*, a rotatividade alta dos leitos garante um maior acesso aos cuidados para a população.

A alta é planejada desde a internação, trabalhamos com gestão de leitos através da integração dos processos internos, na busca constante de um fluxo assistencial mais fluido, uma alta mais rápida e mais segura. Para a sociedade isso significa menos dias de internação, menor custo por tratamento e menos sofrimento para o paciente e sua família.

O trabalho rigoroso através de práticas de segurança estabelecidas internacionalmente, levam à diminuição de eventos adversos e da infecção hospitalar, diminuindo o tempo de internação e a mortalidade.

Através de protocolos bem estabelecidos e da busca incansável da melhor evidência científica no atendimento, estabelecemos marcadores de efetividade do cuidado prestado. Nesse



sentido o acompanhamento dos protocolos e das linhas de cuidado, através de times multidisciplinares, vão diminuir reinternações desnecessárias.

Trabalhamos com melhoria contínua do atendimento cirúrgico, monitoração de filas cirúrgicas, assim como garantia da segurança anestésica e da profilaxia para infecções, levando a diminuição de custos e de sofrimento para população.

Através de um programa de fisioterapia construído pelo time multidisciplinar, o paciente retorna as atividades da vida diária e retoma sua autonomia em um tempo mais curto. Menos tempo de absenteísmo no trabalho, mais segurança para o paciente, para a família e para a sociedade.

O monitoramento do acesso às consultas ambulatoriais garante a abordagem precoce de casos que poderiam complicar, melhorando a saúde da população e diminuindo a sobrecarga ao sistema de saúde.

As unidades de suporte seguem modelo de conformidade rigorosa com a legislação assim como buscam de forma contínua práticas para diminuir o desperdício e aumentar a qualidade do serviço prestado.

Nossos processos administrativos seguem regras rigorosas de *compliance* e prevenção de corrupção. Avaliamos qualidade e adequação legal de fornecedores com um Comitê Técnico independente, garantindo um processo transparente de compras.

Nossa preocupação com os recursos utilizados, diminuição na emissão de resíduos tóxicos e gases de efeito estufa ao meio ambiente define nosso modelo como sustentável.

A proposta de gestão do Hospital Municipal de Barueri Dr. Francisco Moran está focada na otimização dos recursos públicos direcionados aos cuidados de saúde. Uma atuação baseada na melhoria contínua da qualidade e segurança do paciente com foco em um sistema sustentável, na sua mais ampla definição. O respeito aos direitos dos pacientes e a equidade de acesso da assistência para a sociedade é a nossa missão.

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização
e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 9



O presente Modelo Assistencial pode facilitar o acesso aos serviços ofertados, sempre acompanhado da dinâmica da política da rede de saúde loco regional.

O **produto** deste Modelo Assistencial significa "Busca contínua ao cuidado à saúde concebido pelo SUS".

Os **objetivos** do Modelo Assistencial:

- Promover a melhoria do acesso dos usuários aos serviços de saúde, mudando a forma burocrática de entrada por filas e ordem de chegada;
- Humanizar as relações entre profissionais de saúde e usuários no que se refere à forma de atender este usuário, seus problemas e demandas;
- Cuidado Centrado no Paciente;
- Realizar abordagem integral a partir de parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania;
- Aperfeiçoar o trabalho em equipe com a integração e complementaridade das atividades exercidas pelas diferentes categorias profissionais, buscando orientar o atendimento dos usuários aos serviços de saúde por riscos apresentados, complexidade do problema, grau de saber e tecnologias exigidas para a solução;
- Aumentar a responsabilidade dos profissionais de saúde em relação aos usuários e elevar o grau de vínculo e confiança entre eles;
- Operacionalizar uma clínica ampliada que implica na abordagem do usuário para além da doença e suas queixas, construir o vínculo terapêutico visando aumentar o grau de autonomia e de protagonismo dos sujeitos no processo de promoção à saúde, e a elaborar o projeto terapêutico individual e coletivo.

E, o **resultado institucional** esperado com o modelo de gestão SPDM:

- Resultados da qualidade assistencial de excelência e certificação externa;
- Satisfação do usuário do SUS, que passa a contar com uma maior resolubilidade;
- Continuidade do tratamento através de orientação e preparo do paciente/familiar antes da alta hospitalar com resultado efetivo;

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização
e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 10



- Continuidade do tratamento através do regime de internação domiciliar, dentro do PID (Programa de Internação Domiciliar);
- Melhoria na oferta de assistência pública de saúde, pelo aumento da capacidade instalada.
- Cumprimento das metas estabelecidas pelo contrato;
- Sustentabilidade financeira e ambiental.

Resultando como **objetivo do HMBFM** a prestação dos serviços de saúde aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS, oferecendo assistência hospitalar de qualidade em Ortopedia, Cirurgia Geral, Clínica Médica, Pediatria, Obstetrícia, Terapia Intensiva (Neonatal, Pediátrica e Adulto), nefrologia e psiquiatria, atendendo o sistema público local na referência e contra referência no que consiste ao atendimento hospitalar dentro da linha de cuidados clínicos e cirúrgicos para adultos, recém nascidos, crianças e adolescentes.





ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O
DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA

"Gestão em Saúde e Educação"

F1. ATIVIDADE

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização
e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 12

F1. ATIVIDADE

O Hospital Municipal de Barueri estruturado para atendimento de baixa e média, com 289 leitos de internação, 11 leitos de observação e unidades de cirurgia distribuídos da seguinte forma:

- Clínica Médica I (23 leitos), Clínica Médica II (24 leitos), Clínica Médica III (24leitos);
- Clínica Cirúrgica I (24 leitos), Clínica Cirúrgica II (24 leitos), Clínica Cirúrgica III (24leitos);
- Clínica Psiquiátrica (12 leitos);
- Clínica Pediátrica I (24 leitos), Clínica Pediátrica II (24 leitos);
- Maternidade (24 leitos), Berçário (22 leitos);
- UTI adulto I (10 leitos), UTI adulto II (10 leitos);
- UTI neonatal (11 leitos), UTI infantil (8 leitos);
- Bloco Cirúrgico com 08 salas cirúrgicas, Centro Obstétrico com 03 salas, Centro de Diagnóstico e unidade de Hemodinâmica.

O Hospital Municipal de Barueri possui também vocação para o ensino e pesquisa, com produção científica nacional e internacional, participando de congressos na área e, mais recentemente credenciado pelo MEC no Programa de Residência Médica em Clínica Médica e Pediatria.

O Hospital apresenta indicadores de satisfação do usuário que atingiram a excelente média de 95% em 2021 o que demonstra a qualidade do serviço oferecido. Além de, apresentar o nível de 96% em atendimento aos requisitos legais atendidos a nível SUS.

Este projeto de gestão contempla as especialidades e necessidades previstas no edital SUPRI/Nº 004/2022, bem como a manutenção de todos os ganhos de qualidade e segurança adquiridos nestes 5 anos de gestão da SPDM.



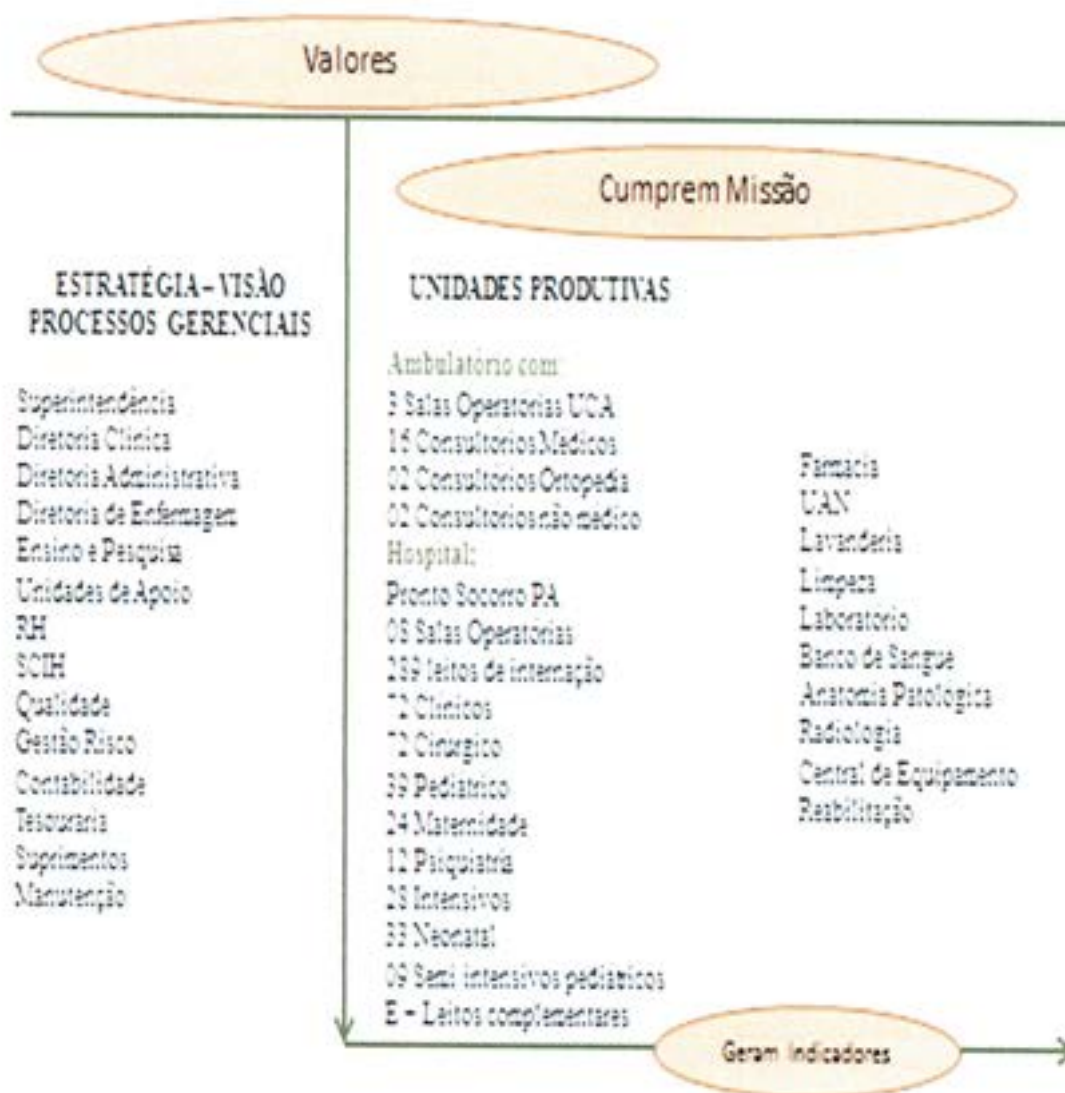
ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS ASSISTENCIAIS

As organizações dos Serviços Assistenciais iniciam-se com a organização do Serviço Médico com o corpo clínico, organização do Serviço de Enfermagem e corpo de enfermagem, organização dos serviços administrativos e organização de outros técnicos como fisioterapia, fonoaudiologia, assistente social, psicóloga e disponibilização da tecnologia, equipamentos médico hospitalares, recursos humanos, suprimentos e todos os processos de apoio para atender às necessidades dos profissionais assistenciais na execução das suas atividades.

Em atenção à Diretriz Gestão Corporativa do Modelo Assistencial, foi adotado a Governança Clínica (contemplado na Modelagem dos Processos citados na gestão da qualidade) com atendimento à qualidade assistencial, conforme recomendação OMS, com desempenho dos profissionais (qualidade técnica), otimização de recursos (eficiência), a gestão de riscos e a satisfação dos pacientes com o serviço prestado.

As unidades assistenciais estão alinhadas ao Planejamento Estratégico da Instituição:





DIRETRIZES CLÍNICAS E GERENCIAIS GERAIS DAS UNIDADES ASSISTENCIAIS

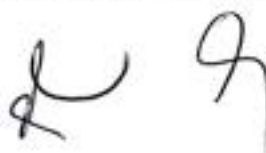
- O HMBFM atenderá o paciente de maneira integral, durante sua permanência na instituição hospitalar, unidades de pronto atendimento, enfermarias, UTI (s), centro cirúrgicos, centro obstétrico e unidades neonatais (UTI, berçário e alojamento conjunto);

- Proverá os materiais e medicamentos necessários para o tratamento durante o tratamento hospitalar, de acordo com a listagem do SUS;
- Procedimentos e cuidados de enfermagem necessários durante a internação;
- Assistência médica especializada;
- Utilização de Centro Cirúrgico e procedimentos de anestesia;
- Material descartável necessário para os cuidados médicos e enfermagem;
- Acomodação na hospitalização em quarto individual em casos de isolamentos e quartos compartilhado, e acompanhante previstas nas legislações que regulamentam o SUS (Sistema Único de Saúde);
- Diárias de UTI, quando necessário;
- Fornecimento de sangue e hemoderivados se for necessário.

Os procedimentos de alto custo, como hemodiálise, fisioterapia, fonoaudiologia, endoscopia e outros que se fizerem necessários ao adequado atendimento e tratamento do paciente, de acordo com a capacidade instalada, respeitando a complexidade do Hospital Municipal de Barueri Dr. Francisco Moran.

AS VISITAS MULTIDISCIPLINARES E ELABORAÇÃO DO PROJETO TERAPÊUTICO

As equipes devem diariamente passar visitas multidisciplinares conforme planejamento da assistência do setor, com revisão sistemática do Plano Terapêutico. Com objetivo de melhorar a previsão das ações, a comunicação com familiares e entre as equipes e a informação aos pacientes e familiares, garantindo a continuidade da assistência durante o processo de internação. O planejamento da assistência deve conter:



- As hipóteses diagnósticas;
- O tratamento previsto;
- As possíveis complicações;
- Os riscos e protocolos específicos;
- As interconsultas;
- A previsão de tempo de internação.

GESTÃO DE LEITOS DA SPDM AFILIADAS – METODOLOGIAS ÁGEIS

A gestão de vagas é um grande desafio hospitalar, praticamente em todos os estados e municípios do país principalmente nos hospitais públicos. Faltam leitos clínicos, intensivos e quando se trata de leitos cirúrgicos eletivos a demanda reprimida dos pacientes no aguardo em realizar a cirurgia pode levar de quatro meses até anos de espera.

Cabe aos gestores hospitalares, gerenciar os leitos clínicos, cirúrgicos e intensivos otimizando racionalmente o uso de cada leito. Em hospitais públicos, além desses fatores citados, procura-se realizar atendimento de um maior número possível de pacientes com a otimização dos recursos e com resultado assistenciais de qualidade, isto é, priorizar a segurança e qualidade do paciente e também para com os profissionais.

A SPDM Afiliadas realiza a gestão de leitos de acordo com o disposto na portaria 3390 do Ministério da Saúde. O gerenciamento dos leitos será realizado na perspectiva da integração da prática clínica no processo de internação e de alta, com o objetivo de aumentar a ocupação de leitos e otimizar a utilização da capacidade instalada, melhorando o atendimento ao usuário.

A SPDM Afiliadas utiliza a ferramenta Kanban, que é uma palavra japonesa que significa literalmente registro, sinal visível ou placa visível. O sistema kanban tem origem na indústria e o objetivo era controlar o movimento de materiais entre centros de trabalho, bem como a produção de novos materiais para recolocar aqueles mandados para o próximo centro de trabalho, usando apenas sinais visuais simples como cartões de informações.

Transferindo esse sistema para um sistema hospitalar, o Kanban pode ser utilizado na gestão de leitos hospitalares, entendido como uma ferramenta de qualificação do gerenciamento

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização
e execução das ações e serviços de saúde
Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 17



das informações de cada unidade de internações em atividades assistenciais. Então, podemos definir através de um quadro branco visível na Unidade Assistencial os leitos, a data de internação e a previsão de alta que já está definida pelo médico no plano terapêutico de entrada do paciente. Dessa maneira, a equipe multidisciplinar pode acompanhar sua evolução, seus exames complementares e prever a alta com o paciente e familiar.

O médico terá um controle do caminhar do tratamento e a equipe uma garantia que haverá continuidade do tratamento, já que a alta está sendo acompanhada desde o momento da internação. Exemplo: Paciente HAN, vai ser submetido a uma herniorrafia inguinal bilateral, o tempo previsto de internação será de 48 horas. O paciente e família são orientados na internação a previsão de alta e o horário de saída. Nesse caso, o familiar deve estar presente no momento da alta para as orientações no cuidado pós-operatório e da saída o mais breve possível, para liberação do leito que deve ser higienizado para a entrada do próximo paciente.

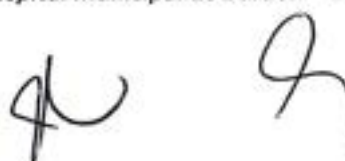
Quando se trata de paciente com sequelas que deverá ser cuidado por um cuidador em casa, durante o período de internação a equipe de cuidadores é acionada (médico, assistente social, enfermeiro e psicólogo) e inicia-se o preparo da família com identificação do cuidador familiar ou não, se o preparo para manuseio com o paciente e no momento da alta está adequado para recebê-lo em sua casa.

Observamos que com a ferramenta Kanban, todos os profissionais estão envolvidos na gestão de leitos e da importância da permanência do paciente somente o período necessário para estabilização clínica ou pós-cirúrgico, e a saída para a residência garantindo sua continuidade do tratamento.

O Hospital gera oportunidades de maior atendimento clínico e/ou cirúrgico e conseqüentemente um tempo de permanência menor.

Bibliografia

- Heisler, PA, Aplicação da Metodologia Kanban como ferramenta adaptada para Gestão de Leitos na Emergência, tese de mestrado, Porto Alegre, 2012.



- Negri, Samira Cristiane O Uso da Ferramenta Kanban para o Controle da Permanência dos Usuários SUS;
- http://www.convibra.com.br/upload/paper/2012/29/2012_29_5191.pdf, acesso 18 de maio de 2014;
- Siddiqi S, Masud N, Nishtar S, Peter OH, Sabri B, Bile KM, et al. Framework for assessing governance of the health system in developing countries: gateway to good governance, Health policy. 2009;90(1):13-25.
- Dieleman M, Shaw DMP, Zwanikken P. Improving the implementation of health workforce policies through governance: a review of case studies. Hum Resour Health 2011; 9:10.

PAPEIS E RESPONSABILIDADES DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DAS UNIDADES ASSISTENCIAIS

Pacientes Críticos: Paciente crítico/grave é aquele que se encontra em risco iminente de perder a vida ou função de órgão/sistema do corpo humano, bem como aquele em frágil condição clínica decorrente de trauma ou outras condições relacionadas a processos que requeiram cuidado imediato clínico, cirúrgico, gineco-obstétrico ou em saúde mental.

(PORTARIA Nº 2.338, DE 3 DE OUTUBRO DE 2011)

Médico - Plano terapêutico e monitorização 24 horas

- Visitas médicas diárias
- Prescrição Médica diária
- Evolução Médica diária
- Discussão com equipe multidisciplinar
- Definição de alta ou transferências

Enfermagem: Sistematização da Assistência de Enfermagem para pacientes críticos:

- Verificar controles e registros sinais vitais de 2 em 2 horas
- Realizar controle e registro balanço hídrico
- Manter decúbito elevado (45 graus)
- Aspirar VAS sempre que necessário

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização
e execução das ações e serviços de saúde
Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 19

- Seguir protocolo estabelecido quanto a classificação de risco sinalizando através das placas de identificação
- Realizar os protocolos estabelecidos
- Realizar Sistematização da Assistência de Enfermagem 24horas

Fisioterapeutas: Plano terapêutico de reabilitação motora e respiratório 24 horas

- Execução dos procedimentos estabelecidos por período
- Evolução por período

Nutrição – Definição do Plano Terapêutico Nutricional

- Definição do Plano Terapêutico Nutricional pelo Nutrólogo EM 24 HS
- Monitorização nutricional diária do paciente pela Nutricionista
- Evolução diária Nutricionista / Nutrólogo

Farmácia – Análise das interações medicamentosas e nutrientes dos pacientes

- Análise diária e nas alterações medicamentosas
- Plano de Orientação Medicamentoso para paciente e familiares na alta hospitalar
- Evolução quando necessário

Serviço Social – Elaborar diagnóstico social do paciente

- Definir plano de ação para o familiar ou cuidador
- Discussão multiprofissional para elaboração de Plano de Alta do Paciente
- Evolução diária

SISTEMA DE GESTÃO CLÍNICA POR CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NAS UNIDADES ASSISTENCIAIS

Área física:

Área Vermelha - Laranja – área devidamente equipada e destinada ao recebimento de pacientes que necessitam de cuidados semi-intensivos.

Área Amarela – área destinada à assistência de pacientes intermediários e alta dependência.

Área Verde – área destinada a pacientes com cuidados mínimos.

CRITÉRIOS DE ADMISSÃO NA SEMI INTENSIVA

1. Transferência do PA (já classificado)
2. Transferência da UTI (já classificado)
3. Transferência do Centro Cirúrgico (já classificado do PA ou Unidade de Internação)
4. Transferência das unidades por intercorrência clínica, de acordo com os critérios para pacientes instáveis de acordo com o protocolo de MEWS.

O tempo de permanência previsto na semi-intensiva definido no plano terapêutico na admissão do paciente.

CRITÉRIOS DE ALTA / TRANSFERÊNCIA – DA SEMI INTENSIVA COM PLANO TERAPÊUTICO MULTIDISCIPLINAR

1. Leitos clínicos ou cirúrgicos de cuidados intermediários ou alta dependência
2. Leitos clínicos ou cirúrgicos de cuidados mínimos
3. Alta domiciliar com cuidadores treinados
4. Hospital de segunda linha

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NOS SEGUINTE NÍVEIS DE ATENDIMENTO AOS CLIENTES:

a) **Vermelho:** leitos destinados:

Destinados aos pacientes com cuidados semi-intensivos: que são pacientes recuperáveis, sem risco eminente de morte, sujeitos à instabilidade de funções vitais que requeiram assistência de enfermagem e médica permanente e especializada (COFEN-189/1996).

- Traqueostomizados necessitando de ventilação mecânica ou oxigenioterapia
- Utilização de medicação de uso contínuo e medicação intermitente > 12 vezes/dia
- Utilização de cateter venoso central/DVE/Dreno de Tórax
- Utilização de cateteres para controle hídrico e/ou administração de dieta

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 21



- Alimentação/hidratação totalmente dependente por SNE ou VO
- Pacientes com Curativos > 5 vezes/dia

Médico - Plano terapêutico e monitorização 24 horas

- Visitas médicas diárias
- Prescrição Médica diária
- Evolução Médica diária
- Discussão com equipe multidisciplinar
- Definição de alta ou transferências

Enfermagem: SAE para pacientes críticos:

- Verificar SSVV de 2 em 2 horas
- Realizar balanço hídrico
- Manter decúbito elevado (45 graus)
- Aspirar VAS sempre que necessário
- Seguir protocolo estabelecido quanto a classificação de riscos
- Evolução diária

Fisioterapeutas: Plano terapêutico de reabilitação motora e respiratório 12 horas

- Execução dos procedimentos estabelecidos por período
- Evolução por período

Nutrição – Definição do Plano Terapêutico Nutricional

- Definição do Plano terapêutico Nutricional pelo Nutrólogo EM 24 HS
- Monitorização nutricional diária do paciente pela Nutricionista
- Evolução diária Nutricionista / Nutrólogo



Farmácia – Análise das interações medicamentosas e nutrientes dos pacientes

- Análise diária e sempre nas alterações medicamentosas
- Plano de Orientação Medicamentosa para Altas para paciente e familiares
- Evolução quando necessário

Serviço Social – Elaborar diagnóstico social do paciente

- Definir plano de ação para o familiar ou cuidador
- Discussão multiprofissional para elaboração de Plano de Alta do Paciente
- Evolução diária

b) Laranja: leitos destinados à cuidados paliativos

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), Cuidados Paliativos são uma abordagem que objetiva a melhoria na qualidade de vida do paciente e seus familiares diante de uma doença que ameaça a vida, através da prevenção e alívio de sofrimento, através da identificação precoce e avaliação impecável, tratamento de dor e outros problemas físicos, psicológicos e espirituais.

c) Amarelo: leitos destinados à cuidados alta dependência

Destinados aos pacientes com alta dependência: são pacientes crônicos que requeiram avaliações médicas e de enfermagem, estável sob ponto de vista clínico, porém com total dependência das ações de enfermagem para o atendimento das necessidades humanas básicas (COFEN-189/1996).

- Pacientes hipertensos; diabéticos em compensação
- Confusos ou agitados com restrição
- Renal fazendo uso de qualquer método dialítico interna ou externa
- Pacientes com controle de diurese com ou sem uso de cateter
- Pacientes em isolamento
- Pacientes em uso de oxigenioterapia



- Pacientes com medicação IV intermitente < ou= 12 vezes/dia
- Pacientes prognóstico reservado
- Pacientes sequelados

Rotinas multidisciplinar

Médico - Plano terapêutico e monitorização 24 horas

- Visitas médicas diárias
- Prescrição Médica diária
- Evolução Médica diária
- Discussão com equipe multidisciplinar
- Definição de alta ou transferências

Enfermagem: SAE para pacientes críticos:

- Verificar SSVV de 4 em 4 horas
- Realizar balanço hídrico
- Manter decúbito elevado (45 graus)
- Aspirar VAS sempre que necessário
- Seguir protocolo estabelecido quanto a classificação de riscos
- Evolução diária

Fisioterapeutas: Plano terapêutico de reabilitação motora e respiratório 6 horas diárias

- Execução dos procedimentos estabelecidos
- Evolução diária

Nutrição – Definição do Plano terapêutico Nutricional

- Definição do Plano terapêutico Nutricional pelo Nutrólogo EM 24 HS

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização
e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 24



- Monitorização nutricional diária do paciente pela Nutricionista
- Evolução diária Nutricionista / Nutrólogo

Farmácia – Análise das interações medicamentosas e nutrientes dos pacientes

- Análise diária e sempre nas alterações medicamentosas
- Plano de Orientação medicamentosa para altas para paciente e familiares
- Evolução quando necessário

Serviço Social – Elaborar diagnóstico social do paciente

- Definir plano de ação para o familiar ou cuidador
- Discussão multiprofissional para elaboração de Plano de Alta do Paciente
- Evolução quando necessária

d) Verde: leitos destinados

Destinados aos pacientes com cuidados intermediários: são pacientes estáveis do ponto de vista clínico e de enfermagem, com parcial dependência de enfermagem para o atendimento das necessidades humanas básicas (COFEN-189/1996).

- Pacientes com antibioticoterapia
- Pós-operatório tardio de cirurgia cardíaca ou tratamento de IAM
- Pacientes hipertensos, diabéticos compensados

Rotinas multidisciplinar

Médico - Plano terapêutico e monitorização 24 horas

- Visitas médicas diárias
- Prescrição Médica diária
- Evolução Médica diária

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização
e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

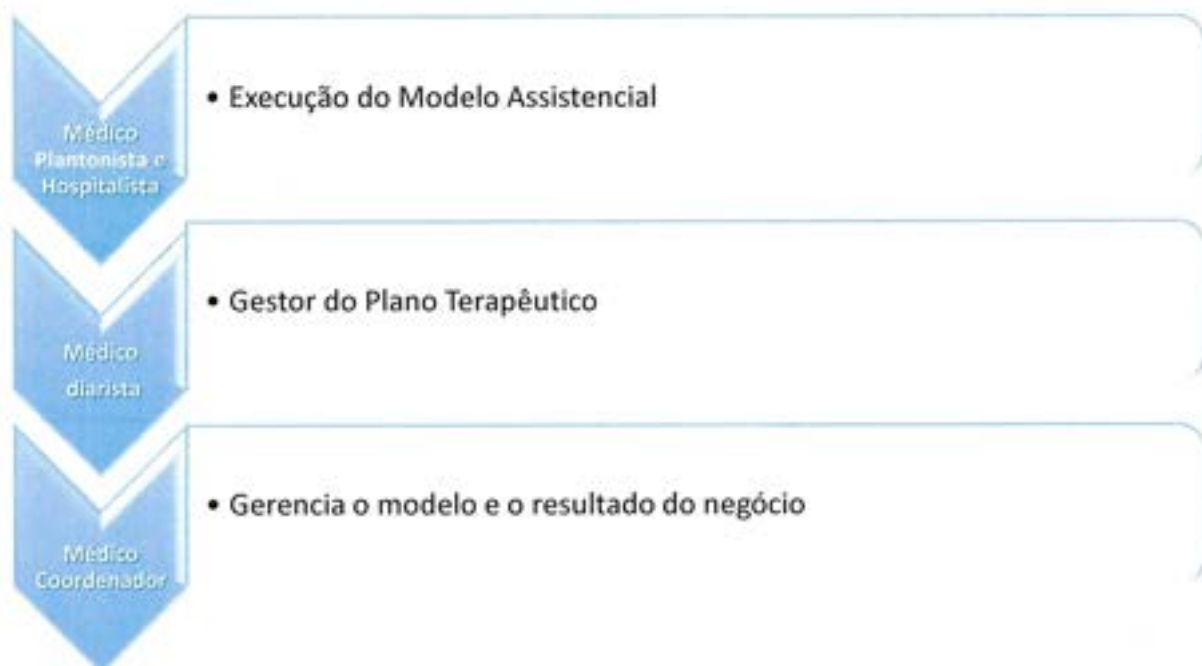
Página 25

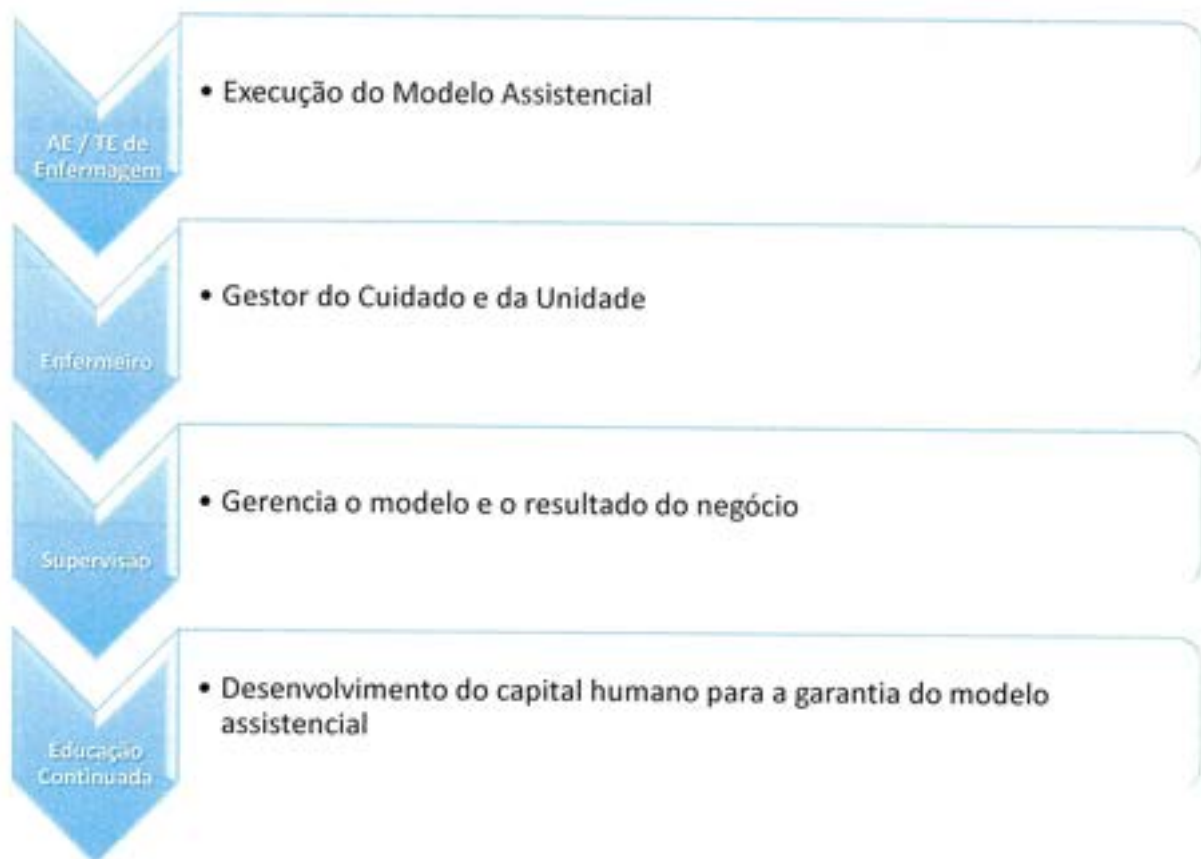


- Discussão com equipe multidisciplinar
- Definição de alta ou transferências

Enfermagem: SAE para pacientes:

- Verificar SSVV de 6 em 6 horas
- Realizar balanço hídrico
- Manter decúbito elevado (45 graus)
- Aspirar VAS sempre que necessário
- Seguir protocolo estabelecido quanto a classificação de riscos
- Evolução diária





ORGANIZAÇÃO DAS UNIDADES ASSISTENCIAIS

As unidades assistenciais, consideradas unidades produtivas, são as que cumprem a missão trabalhando em conjunto com as unidades de apoio como Farmácia, UAN (Unidade de Alimentação e Nutrição), SAME (Serviço de Arquivo Médico), Central de Equipamentos, Central de Material e Esterilização, SADT, Lavanderia, Higiene, respeitando os valores e com a visão definida para a Instituição.

No modelo assistencial proposto, estas unidades, são gerenciadas em consenso entre os profissionais, coordenadores médicos das especialidades e os enfermeiros. Todas as unidades estarão em conformidade com o objetivo da instituição, gerenciando a produtividade, levando a um resultado que alia qualidade assistencial ao desempenho e respeitando a segurança do paciente e dos profissionais.

Torna-se prioridade destes profissionais o gerenciamento dos riscos evitáveis como erros de medicação, infecção hospitalar, úlceras por pressão, quedas, flebites, a imagem da instituição, o controle dos equipamentos hospitalares com a Tecnovigilância, os eventos adversos com a Farmacovigilância, as reações adversas com Hemovigilância e o acompanhamento através de indicadores, do desempenho da unidade e monitoramento contínuo da satisfação dos profissionais e usuários.

Os processos assistenciais estarão descritos nos Manuais de Procedimentos Técnicos, Protocolos Assistenciais Institucionais e Específicos (anexo 05):

1. Protocolos Assistenciais na Emergência e Terapia Intensiva
2. Protocolos Assistenciais no Ambulatório e Enfermaria
3. Protocolos de Enfermagem do Centro Cirúrgico
4. Protocolos de Enfermagem da Central de Material e Esterilização
5. Protocolo de Terapia Medicamentosa

Para garantir a qualidade assistencial, todas as unidades trabalharão com “contratos internos entre cliente e fornecedor”, exemplo: cliente Unidade de Clínica Médica com os fornecedores: Farmácia, UAN, Hotelaria, Portaria, SADT, Manutenção, Central de Equipamentos, CME (Central de Material e Esterilização), Almoxxarifados etc. Estes acordos serão gerenciados através das não conformidades e aprimorados continuamente entre os responsáveis das áreas de apoio e assistencial.

Abaixo estão citados horários e distribuição semanal de atendimento, horário de funcionamento, especialidades, das seguintes unidades assistenciais: ambulatório de especialidade, unidade de cirurgia ambulatorial, unidade de centro cirúrgico, Centro Obstétrico, Reabilitação, Programa de Internação Domiciliar, Serviço de Apoio a Diagnóstico Terapêutico (SADT).



UNIDADE DO AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE

O Ambulatório de Especialidades funcionará de segunda à sábado, das 7 às 19 horas, realizando atendimento de primeiras consultas encaminhadas pela Central de Regulação Municipal e egressos de internações. A unidade possui 16 consultórios médicos e 02 consultórios para profissionais não médicos.

Os atendimentos serão realizados em dois períodos: manhã e tarde, distribuídos em 23 especialidade médicas, 6 especialidades não médicas (bucal maxilo facial, enfermagem, fonoaudiologia, assistente social, psicologia e fisioterapia). As consultas podem ser agendadas, de 15' em 15' ou 30' em 30'. A distribuição semanal das agendas será realizada de acordo com a demanda da Central de Regulação Municipal.

As consultas ambulatoriais da ortopedia serão realizadas de segunda a sexta-feira das 07h às 19h em consultório localizado no Pronto Atendimento.

O atendimento ambulatorial médico e não médico compreende:

4. Primeira consulta e/ ou primeira consulta de egresso;
5. Interconsulta;
6. Consultas subsequentes (retornos).

O agendamento das especialidades não médicas, também serão distribuídas nos dois consultórios, e agendados a cada 15'.

Abaixo apresentamos uma proposta para distribuição semanal das especialidades:

Cons		Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
1	M	Neurologista	Cir. Plástica	Dermatologia	Hematologia Pediátrica	Serviço Social
	T	Cardiologista	Cardiologista	Dermatologia	Cardiologista	Neurologia
2	M	Cir. Plástica	Dermatologia	Proctologia	APA	Neurocirurgia
	T	Cardiologista	Psiquiatria	Clinica Médica	Cirurgia geral	Cir. Plástica
3	M	Cirurgia Geral	Cir. Plástica	Fisiatria	Fisiatria	Psicologia

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 29

Cons		Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
	T	Clinica Médica	Clinica Médica	Enfermagem	Clinica Médica	Hematologia
4	M	APA	Cirurgia geral	Cir. Vascular	Nefrologia	Urologia
	T	Cirurgia Geral	APA	Cardiologista	Cir. Geral	Cir. Pediátrica
5	M	Cirurgia Geral	APA	Cir. Vascular	Endocrinologia Infantil	Psiquiatria
	T	APA	APA	Cir. Tórax	Cir. Pediátrica	Cir. Geral
6	M	Peq. Cirurgia	Peq. Cirurgia	Peq. Cirurgia	Peq. Cirurgia	Peq. Cirurgia
	T	Peq. Cirurgia	Peq. Cirurgia	Neonatologia	Peq. Cirurgia	Peq. Cirurgia
7	M	Oftalmologia	Oftalmologia	Oftalmologia	Oftalmologia	Oftalmologia
	T	Oftalmologia	Oftalmologia	Oftalmologia	Oftalmologia	Oftalmologia
8	M	Oftalmologia	Oftalmologia	Oftalmologia	Oftalmologia	Oftalmologia
	T	Oftalmologia	Oftalmologia	Oftalmologia	Oftalmologia	Oftalmologia
9	M	Cir. Geral	Ginecologia	Nefrologia Infantil	Psicologia	Cirurgia Torácica
	T	Dermatologia	Dermatologia	Neurologia	APA	Pneumologista Infantil
10	M	APA	Neurocirurgia	APA	Cirurgia Infantil	Oncologista
	T	Cir. Vascular	Nutrição	APA	Cirurgia geral	Cir. Plástica
11	M	Neurocirurgia	Enfermagem	Enfermagem	Enfermagem	Enfermagem
	T	Enfermagem	Neurologista	Nefrologia	Oncologia	Pneumologia
12	M	Odontologia	Cirurgia Cardíaca	Cirurgia Cardíaca	Odontologia	Odontologia
	T	Odontologia	Odontologia	Endocrinologia Infantil	Oncologia	Odontologia
13	M	Cir. Vascular	Buco Maxilo	Plástica	Buco Maxilo	Neurologia
	T	Urologia	Oncologia	Urologia	Neurologia	Dermatologia
15	M	Otorrino	Otorrino	Otorrino	Cir. Vascular	Cabeça e Pescoço
	T	Cir. Pediátrica	Cir. Pediátrica	Otorrino	Nefrologia	Nefrologia
16	M	Cirurgia geral	Cir. Vascular	Dermatologia	Dermatologia	Dermatologia
	T	Urologista	Neurologia	Dermatologia	Dermatologia	Dermatologia
G.O 1	M	Ginecologia	Ginecologia	Ginecologia	Ginecologia	Ginecologia
	T	Ginecologia	Obstetria (Pré Natal de Alto Risco)	Ginecologia	Obstetria (Pré Natal de Alto Risco)	Obstetria (Pré Natal de Alto Risco)
G.O 2	M	Cirurgia Geral	Ginecologia	Endocrinologia	Ginecologia	Ginecologia
	T	Cirurgia Geral	Ginecologia	Ginecologia	Ginecologia	Ginecologia
PA1	M	Ortopedia	Ortopedia	Ortopedia Infantil	Ortopedia	Ortopedia
PA1	T	Ortopedia	Ortopedia	Ortopedia	Ortopedia	Ortopedia
PA2	M	Ortopedia	Ortopedia	Ortopedia	Ortopedia	Ortopedia
PA2	T	Ortopedia	Ortopedia	Ortopedia	Ortopedia	Ortopedia

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 30

APA: Anestesiologia Pré Operatória.

Ortopedia e Traumatologia: Coluna Vertebral, Ombro e Cotovelo, Mãos e Punho, Quadril e Pelve, Joelho, Tornozelo e Pé, Ortopedia Infantil.

Oftalmologia: Angiofluorescenografia, Avaliação de Vias Lacrimais, Catarata, Glaucoma, Cirurgia Relativa (LASIK), Córnea, Dacriocistografia, Estrabismo, Farmacoterapia Injeção Intra Vítreo, Pequenas Cirurgias, Plástica Ocular, Retina, Ceratocone.

UNIDADE DE CIRURGIA AMBULATORIAL

A unidade de Cirurgia Ambulatorial realizará cirurgias **eletivas** de segunda à sexta-feira, o **funcionamento da unidade será das 7 às 19 horas**. As cirurgias preferencialmente ocorrerão no período da manhã, e os pacientes ficarão internados em regime de hospital dia para liberação de alta até as 19 horas.

A unidade conta com 3 salas cirúrgicas, além de 12 leitos de hospital dia.

Abaixo apresentamos uma proposta de grade cirúrgica com distribuição das especialidades:

GRADE CIRÚRGICA - UNIDADE DE CIRURGIA AMBULATORIAL					
	SEG	TER	QUA	QUI	SEX
SALA 1	OFTALMO	OFTALMO	UROLOGIA	VASCULAR	ORTOPEDIA
SALA 2	CIRURGIA PEDIÁTRICA	PROCTOLOGIA	CIRURGIA PEDIÁTRICA	PROCTOLOGIA	MEDICINA FETAL
SALA 3	CIRURGIA PLASTICA	ORTOPEDIA	MEDICINA FETAL	ORTOPEDIA	CIRURGIA PLASTICA

UNIDADE DO CENTRO CIRÚRGICO

O Centro Cirúrgico realizará cirurgias **eletivas** de segunda à sexta feira - sábado opcional - das 7 às 19 horas, com 7 salas operatórias totalizando 60 horas semanais cada, para as cirurgias de **urgência** ficará disponível 1 sala operatória 24 horas de segunda a segunda.

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 31

Abaixo apresentamos uma proposta de grade cirúrgica com distribuição das especialidades:

GRADE CIRÚRGICA - CENTRO CIRÚRGICO					
	SEG	TER	QUA	QUI	SEX
SALA 1	CIRURGIA GERAL	CIRURGIA GERAL	CIRURGIA GERAL	CIRURGIA GERAL	CIRURGIA GERAL
SALA 2	ORTOPEDIA	ORTOPEDIA	ORTOPEDIA	ORTOPEDIA	ORTOPEDIA
SALA 3	ORTOPEDIA	ORTOPEDIA	ORTOPEDIA	ORTOPEDIA	ORTOPEDIA
SALA 4	GINECO	VASCULAR	GINECO	VASCULAR	GINECO
SALA 5	OTORRINO	CIRURGIA PLÁSTICA	CABEÇA E PESCOÇO	CIRURGIA PLÁSTICA	OTORRINO
SALA 6	PROCTO	CIRURGIA TORÁCICA	PROCTO	CIRURGIA TORÁCICA	CIRURGIA PEDIÁTRICA
SALA 7	VASCULAR	OTORRINO	NEUROCIRURGIA	CPRE	BUCOMAXILO
SALA 8	URGÊNCIA	URGÊNCIA	URGÊNCIA	URGÊNCIA	URGÊNCIA

As especialidades cirúrgicas serão distribuídas nos horários conforme a demanda cirúrgica necessária para produção esperada.

UNIDADE DO CENTRO OBSTÉTRICO

Atendimento 24 horas de segunda a segunda para partos normais e cesáreas, além de urgências ginecológicas. A unidade possui 03 salas de parto, 05 leitos de pré-parto, 03 leitos de RA e 01 sala de reanimação do RN com 02 leitos.

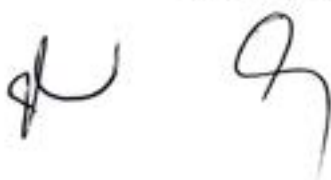
PROGRAMA DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR (PID)

O programa de Internação Domiciliar (PID) tem como objetivo a reorganização do processo de trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar na atenção básica ambulatorial e hospitalar, com vistas a redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou redução do

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 32



período de permanência de usuários internados, a humanização da atenção, a de institucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários.

A atenção domiciliar é um dos componentes da Rede de Atenção às Urgências e deverá ser estruturada de forma articulada e integrada aos outros componentes e à Rede de Atenção à Saúde, a partir dos Planos de Ação, conforme estabelecido na Portaria nº1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011.

Funcionamento das equipes: período manhã e tarde (das 7 às 19 horas de segunda a segunda).

Especificamente, os serviços prestados serão:

- Visitas multidisciplinares domiciliares aos pacientes elegíveis ao PID, em periodicidade definida junto a equipe multiprofissional;
- Elaboração de evolução médica, anotações e prescrição médica aos pacientes internados no PID;
- Atendimento a eventuais intercorrências que ocorram durante as visitas domiciliares;
- Encaminhamento de pacientes a Unidades Hospitalares ou de Pronto Atendimento quando indicado durante visita domiciliar;
- Avaliação da inclusão de pacientes no Programa, quando solicitado pela equipe assistente ou Regulação Municipal.

REABILITAÇÃO

A unidade funciona das 7 às 19 horas de segunda às sextas feiras, as sessões serão agendadas conforme os grupos estabelecidos para terapia proposta. A unidade conta com consultórios e salão para realização das terapias.

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização
e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 33

Two handwritten signatures in black ink, one on the left and one on the right, positioned below the footer text.

SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO – SADT

O Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico SADT oferecerá exames na totalidade aos pacientes internados, em regime de urgência e emergência e atendimento ambulatorial do próprio Hospital e rede de saúde do município através da Central de Regulação Municipal.

O funcionamento do SADT será de segunda a segunda de acordo com a tabelas abaixo:

Serviço Diagnóstico	Horários de atendimento / Observações
Tomografia computadorizada	Pacientes Internados / Urgência: 24 horas (com ou sem contraste). Pacientes eletivos: conforme agendamento.
Radiologia/Escofia	Pacientes Internados / Urgência: 24 horas. Pacientes eletivos: conforme agendamento de Segunda à Sexta-Feira.
Ecocardiograma	Pacientes eletivos: conforme agendamento, sendo disponibilizados horários para atendimento ambulatorial e atendimento de pacientes internados. Urgência: Segunda a Sexta-Feira, em horário diurno. Demais dias e horários profissional disponível a distância.
Eletrocardiograma	Pacientes Internados / Urgência: 24 horas. Pacientes eletivos: conforme agendamento de Segunda à Sexta-Feira.
Eletroencefalograma com ou sem sedação	Pacientes Internados / Urgência: de Segunda a Sexta-Feira Pacientes eletivos: conforme agendamento de Segunda a Sexta-Feira
Endoscopia Endoscopia com esclerose e dilatação esofágica	Pacientes Internados / Urgência: de Segunda a Sexta-Feira, em horário diurno. Demais dias e horários profissional disponível a distância. Pacientes eletivos: conforme agendamento.
Colonoscopia / Retossigmoidoscopia	Pacientes Internados / Urgência: de Segunda a Sexta-Feira, em horário diurno. Demais dias e horários profissional disponível a distância. Pacientes eletivos: conforme agendamento.
Broncoscopia	Pacientes Internados / Urgência: de Segunda a Sexta-Feira, em horário diurno. Demais dias e horários profissional disponível a distância. Pacientes eletivos: conforme agendamento.
MAPA e Holter	Pacientes Internados / Urgência: de Segunda à Sexta-Feira

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 34



Serviço Diagnóstico	Horários de atendimento / Observações
Biópsia de próstata guiada por USG	Pacientes eletivos: conforme agendamento. Urgência não se enquadra.
Análises clínicas e patológica	24 horas para exames urgência e agendamento para coleta ambulatorial de Segunda à Sábado. Contemplando a listagem do edital SUPRI/Nº 004/2022 em sua totalidade.
Eletroneuromiografia	Pacientes internados e eletivos: conforme agendamento. Urgência: Segunda a Sexta-Feira, em horário diurno. Demais dias e horários profissional disponível a distância.
USG Obstétrico e Morfológico	Pacientes Internados / Urgência e eletivos: segunda a sexta feira, 07 as 19hs.
USG Obstétrico com Doppler	Urgência ou pré-parto: 24 horas no Centro Obstétrico. Programada: agendamento no ambulatório do Pré Natal de alto risco (medicina fetal) e agenda para exames eletivos às Segundas e Quintas-Feiras das 08 às 12h.
USG Geral / Doppler arterial e venoso	Pacientes Internados / Urgência: 24 horas. Paciente Eletivos conforme agendamento.
PAAF de tireoide e mama	Conforme agenda. Urgência: Segunda a Sexta-Feira, em horário diurno. Demais dias e horários profissional disponível a distância.
Bera simples e com sedação	Pacientes eletivos: conforme agendamento Urgência: Segunda a Sexta-Feira, em horário diurno. Demais dias e horários profissional disponível a distância.
Histerossalpingografia	Pacientes eletivos: conforme agendamento Urgência: Segunda a Sexta-Feira, em horário diurno. Demais dias e horários profissional disponível a distância.
Audiometria Infantil	Pacientes eletivos: conforme agendamento. Urgência não se enquadra.
Crosslinking	Pacientes eletivos: conforme agendamento. Urgência não se enquadra.
Dacriocistografia	Pacientes eletivos: conforme agendamento. Urgência: Disponível 24h.
Densitometria Óssea	Pacientes eletivos: conforme agendamento. Urgência não se enquadra.

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 35

Serviço Diagnóstico	Horários de atendimento / Observações
Mapeamento de Retina	Pacientes eletivos: Segunda a Sexta-feira Urgência: Segunda a Sexta-Feira, em horário diurno. Demais dias e horários profissional disponível a distância.
Paquimetria	Pacientes eletivos: Segunda a Sexta-feira Urgência: Segunda a Sexta-Feira, em horário diurno. Demais dias e horários profissional disponível a distância.
Punção de Liquor	Pacientes eletivos: Segunda a Sexta-feira Urgência: 24h
Teste de Adaptação de Lente de Contato	Paciente eletivos: Conforme agenda. Urgência: Não se enquadra
Topografia Bilateral	Pacientes eletivos: Segunda a Sexta-feira Urgência: Segunda a Sexta-Feira, em horário diurno. Demais dias e horários profissional disponível a distância.





ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O
DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA
"Cientiamur, Veritas Liberabit"

1.1. IMPLANTAÇÃO DOS FLUXOS

1.1.1. FLUXOS OPERACIONAIS COMPREENDENDO CIRCULAÇÃO DOS USUÁRIOS EM ATENDIMENTO EM ESPERA EM ÁREAS RESTRITAS COMO SALAS DE ATENDIMENTO, SALA DE OBSERVAÇÃO, SALA DE MEDICAÇÃO, SUTURA E CURATIVO, INTERNAÇÃO E ÁREAS EXTERNAS.

Conforme solicitado no Edital Nº Supri/004/2022, apresentamos a seguir proposta de Fluxos Operacionais compreendendo Circulação em Áreas restritas, Externas e Internamente, para o Hospital Municipal de Barueri Dr. Francisco Moran.

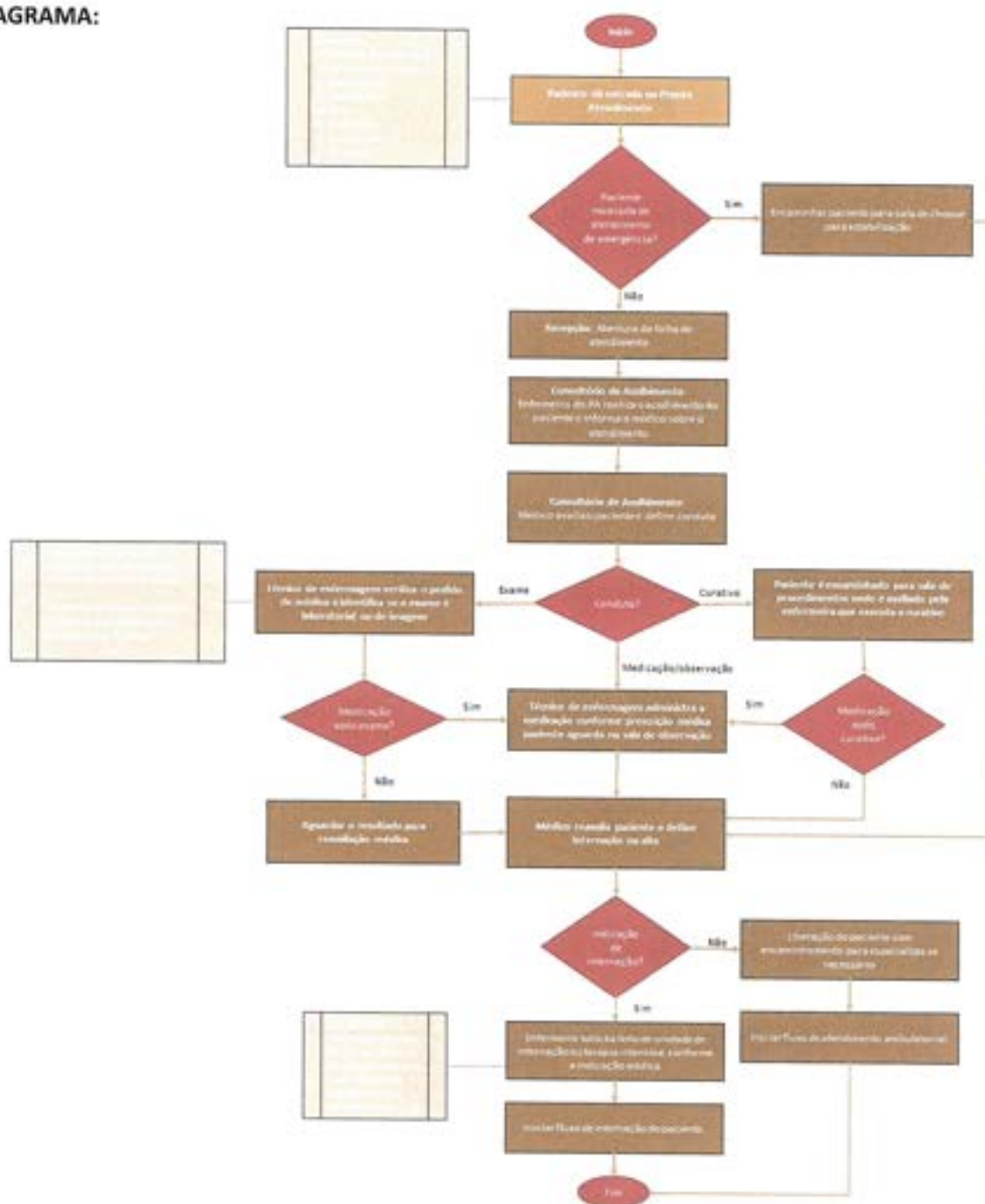
Importante ressaltar que o fluxo ora apresentado poderá sofrer adequação de acordo com as necessidades operacionais do hospital caso a SPDM seja a vencedora desse certame.



FLUXO DE ADMISSÃO NO PRONTO ATENDIMENTO - EMERGÊNCIA

DESCRIPTIVO: A admissão do paciente no pronto atendimento é realizada mediante a abertura de ficha e conferência da veracidade de documentos de identificação, bem como a realização da conferência das guias de encaminhamento, comprovação de vaga cedida via regulação municipal, ou autorização via diretoria médica, conforme o fluxo de entrada descrito em diagrama.

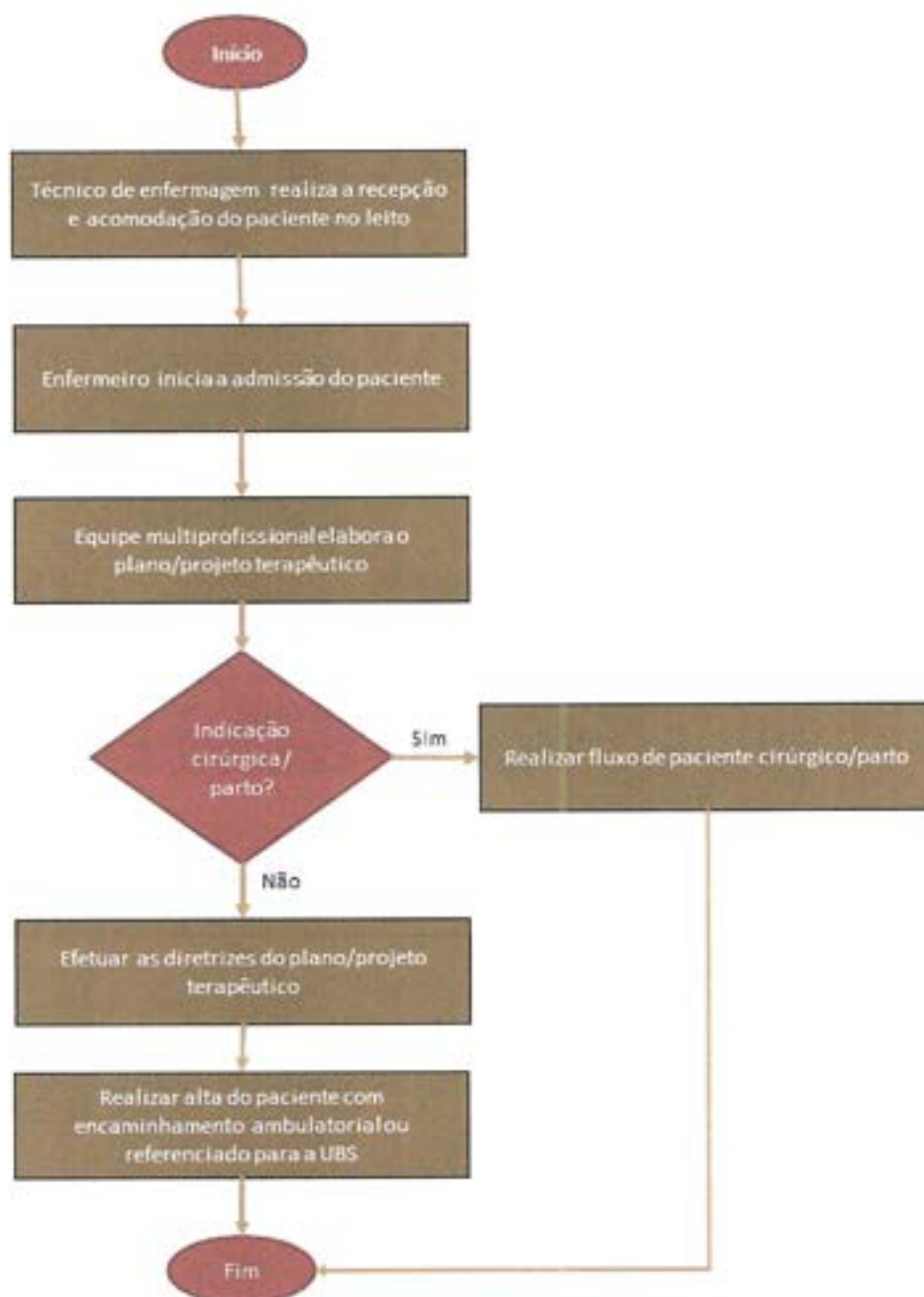
DIAGRAMA:



FLUXO DE ADMISSÃO DE PACIENTE NA UNIDADE DE INTERNAÇÃO PROVINDO DO PRONTO ATENDIMENTO

DESCRITIVO: O paciente é admitido na unidade de internação pela equipe de enfermagem, e é acomodado em leito pré definido pelo setor de internação. O enfermeiro inicia a admissão do paciente a beira leito e a equipe de enfermagem realiza a checagem dos sinais vitais do paciente. O enfermeiro realiza a SAE e a abertura e a confecção do plano terapêutico em conjunto com a equipe multidisciplinar.

DIAGRAMA:



Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde

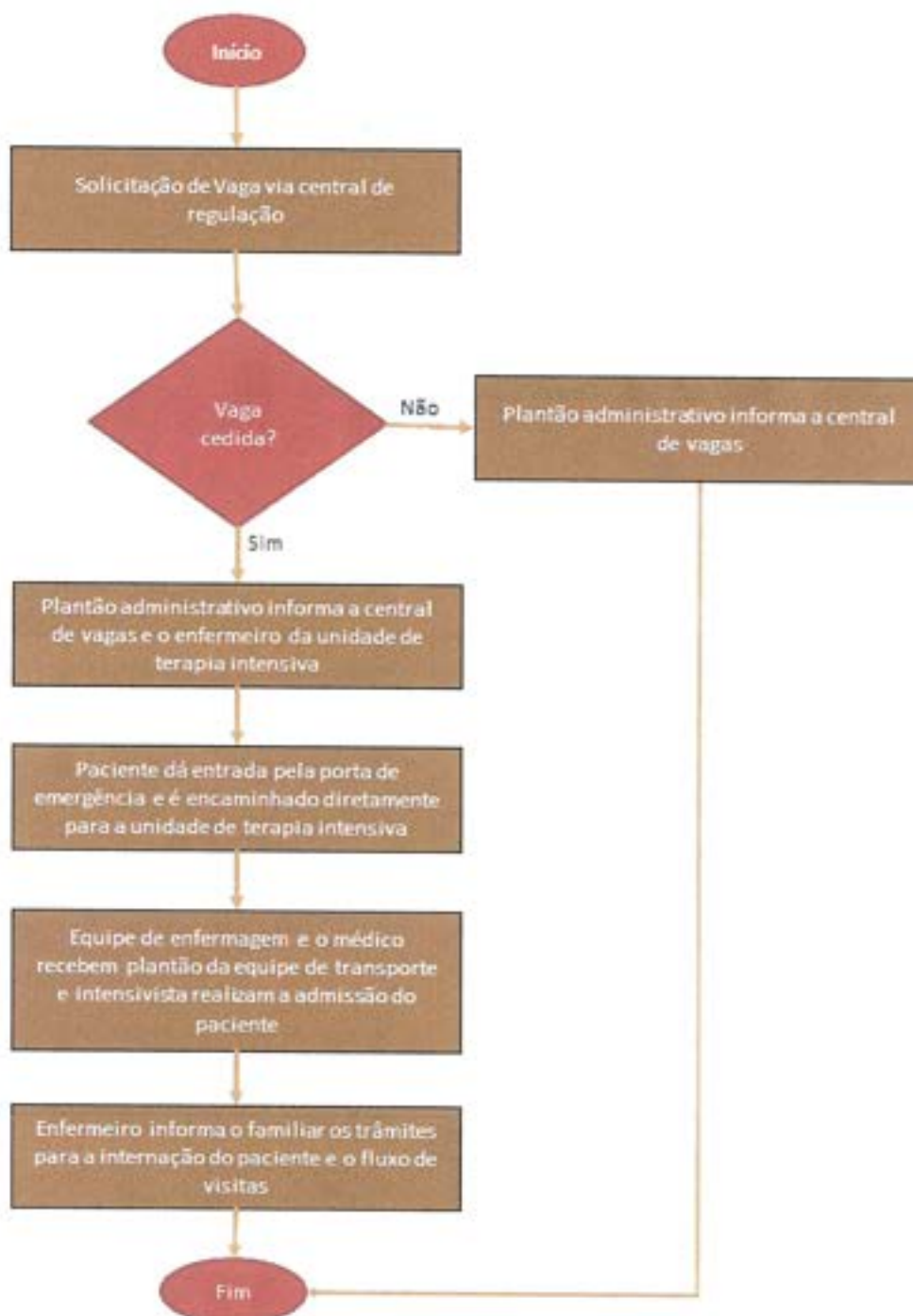
Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 40

FLUXO DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE – VAGA CEDIDA DE TERAPIA INTENSIVA

DESCRITIVO: A solicitação de vaga para a internação e a avaliação médica são enviadas pela Central de Regulação Municipal para o Plantão Administrativo da unidade e, após autorização de vaga cedida o setor é notificado quanto ao perfil do paciente. O paciente é admitido pela equipe local. A equipe de enfermagem e a equipe médica recebem o caso clínico pela equipe de transporte e orientam ao familiar/responsável quanto as normativas da unidade.

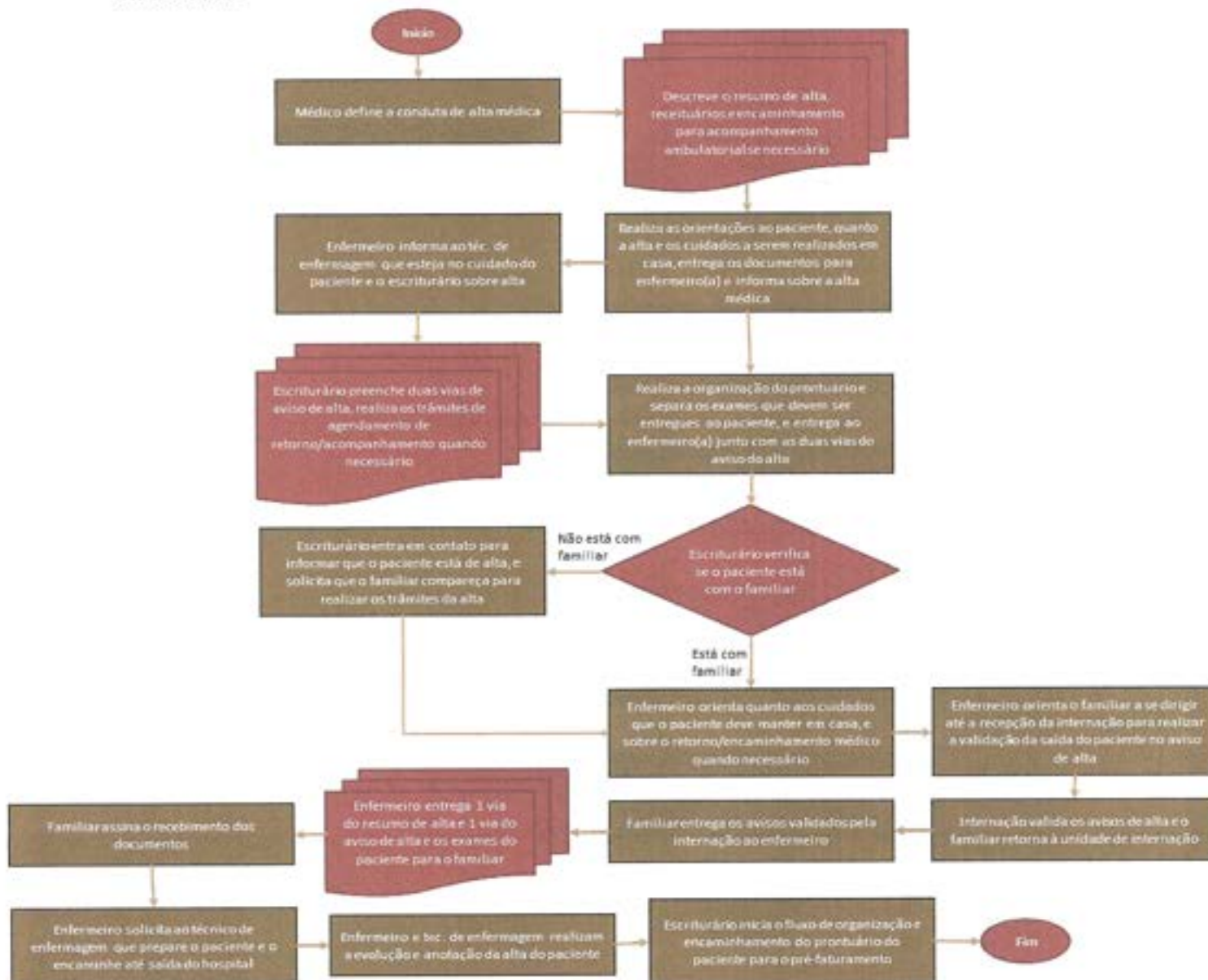
DIAGRAMA:



FLUXO OPERACIONAL – ALTA HOSPITALAR

DESCRIPTIVO: O médico define a conduta de alta médica do paciente em conjunto com o plano terapêutico. O médico disponibiliza o resumo de alta, receituário e encaminhamento para a continuidade do tratamento proposto. O médico orienta ao paciente verbalmente sobre as condutas a serem seguidas. O enfermeiro recebe as documentações preenchidas pelo médico e orienta o paciente quanto aos cuidados de enfermagem. A equipe administrativa realiza a checagem das documentações e realiza o agendamento para retorno médico, se necessário. A equipe administrativa realiza a conferência e organização do prontuário médico para seguimento do arquivo local.

DIAGRAMA:

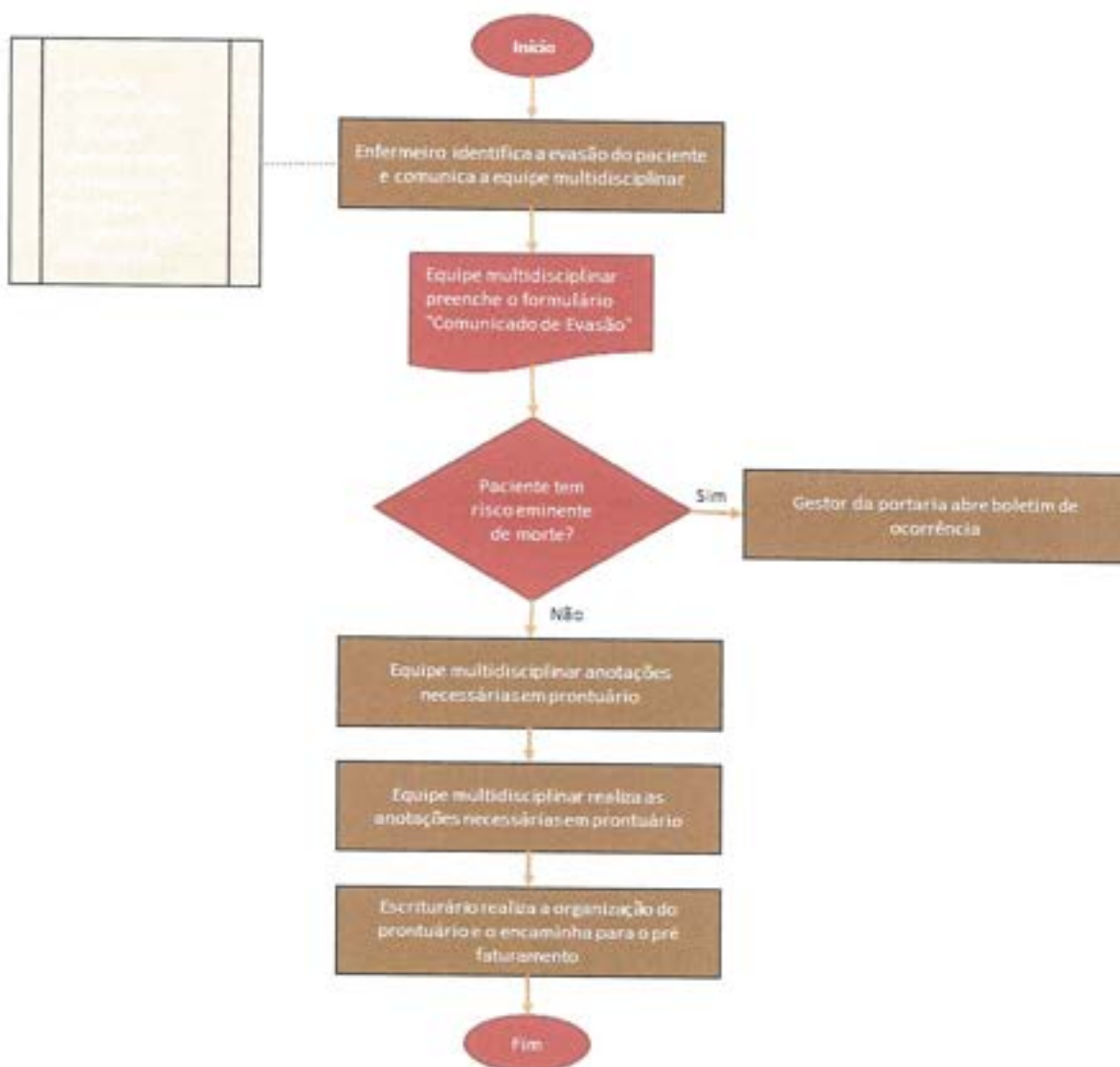


(Assinatura manuscrita)

FLUXO DE EVASÃO DE PACIENTE

DESCRITIVO: A equipe de enfermagem comunica a equipe multidisciplinar quanto a identificação de evasão do paciente. O enfermeiro realiza a abertura do formulário de evasão e aciona o médico responsável de plantão. A escriturária do setor, protocola a entrega do formulário para o Plantão Administrativo, setor responsável por dar seguimento ao fluxo e acionar as demais áreas (portaria/segurança, serviço social). Se o paciente apresentar risco eminente de morte, é realizada a abertura de boletim de ocorrência conforme fluxo descrito.

DIAGRAMA:



Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

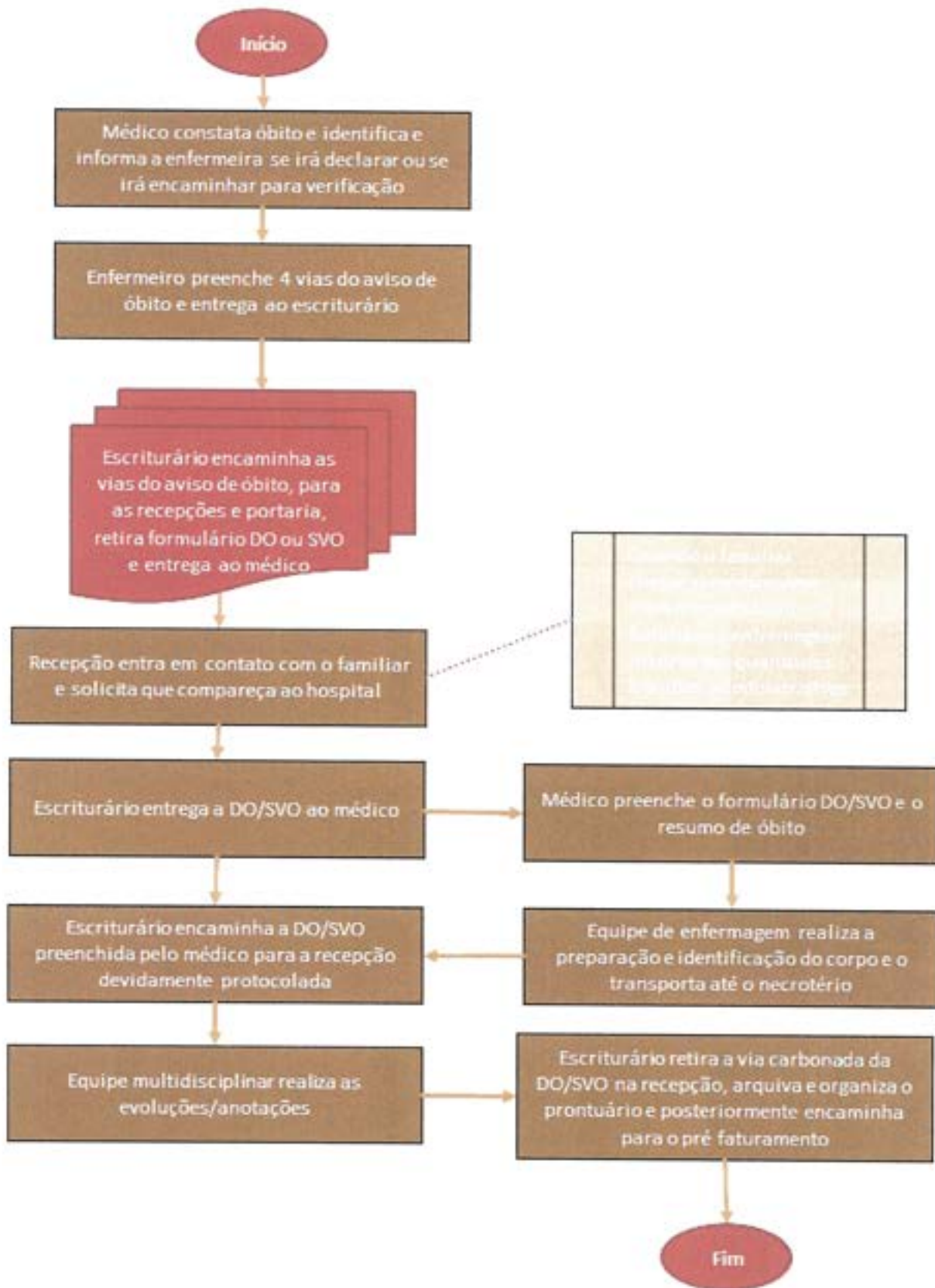
Página 43

FLUXO DE ÓBITO

DESCRITIVO: Após a constatação de óbito pelo médico, o profissional realiza o preenchimento da D.O. (Declaração de Óbito). A escriturária do setor encaminha o aviso de óbito para o setor de internação, em três vias conforme fluxo descrito. O familiar é acionado pela equipe administrativa para comparecer ao Hospital. O médico comunica a notícia de óbito ao familiar/responsável. A equipe administrativa da internação entrega ao familiar a relação de documentos para o reconhecimento e liberação do corpo.



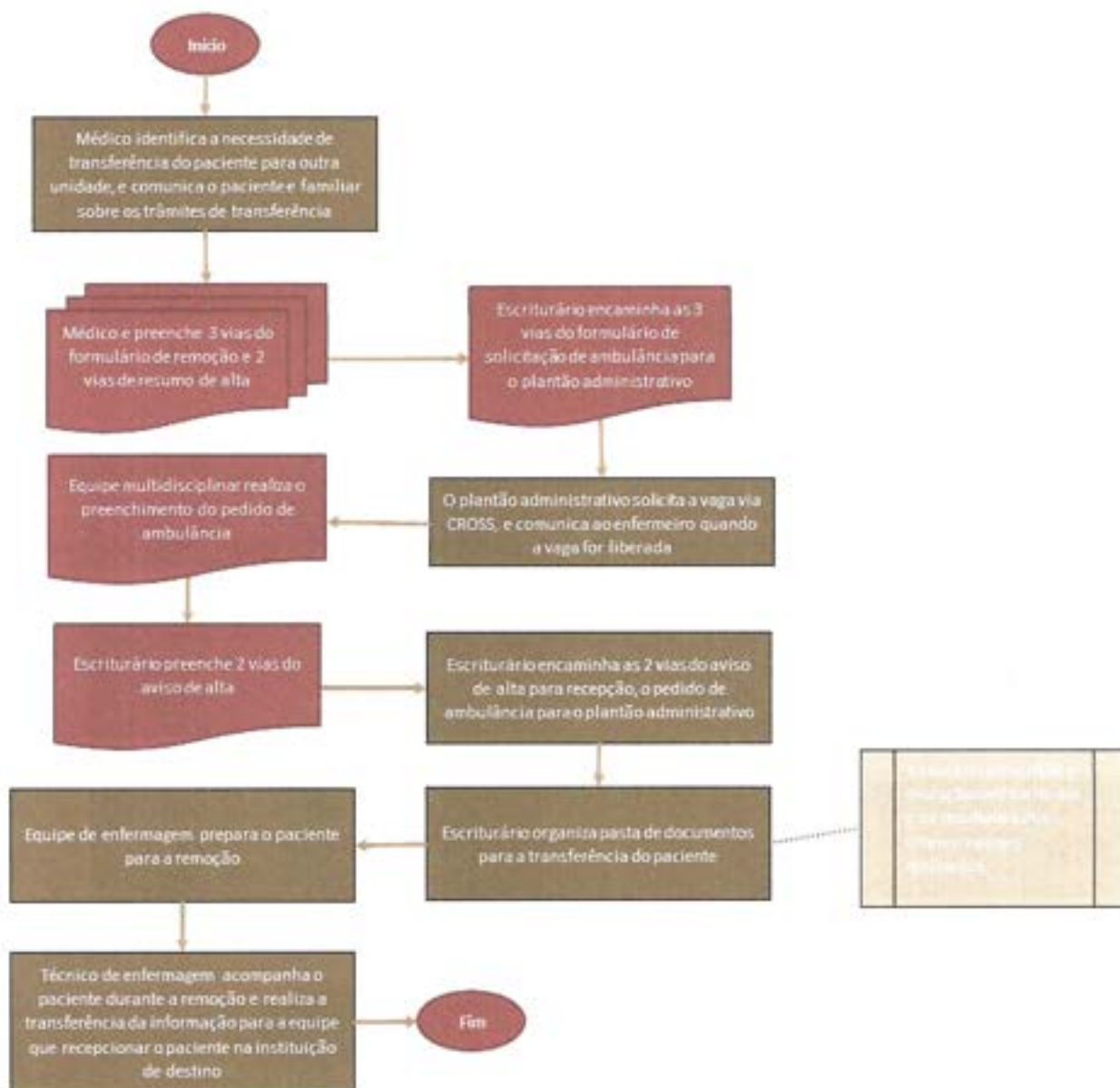
DIAGRAMA:



FLUXO DE TRANSFERÊNCIA EXTERNA DE PACIENTE

DESCRIPTIVO: O médico identifica a necessidade de transferência externa do paciente e realiza o preenchimento da solicitação de transferência. O médico disponibiliza o relatório médico para o Plantão Administrativo da unidade, e orienta o familiar/responsável quanto aos trâmites administrativos para seguimento de transferência particular ou pública (CROSS). Após a definição da unidade de transferência, é realizada a confecção do preenchimento da solicitação de remoção e organização das documentações pela equipe administrativa. A equipe enfermagem segue com o preparo do paciente e acompanhamento até o seu destino final.

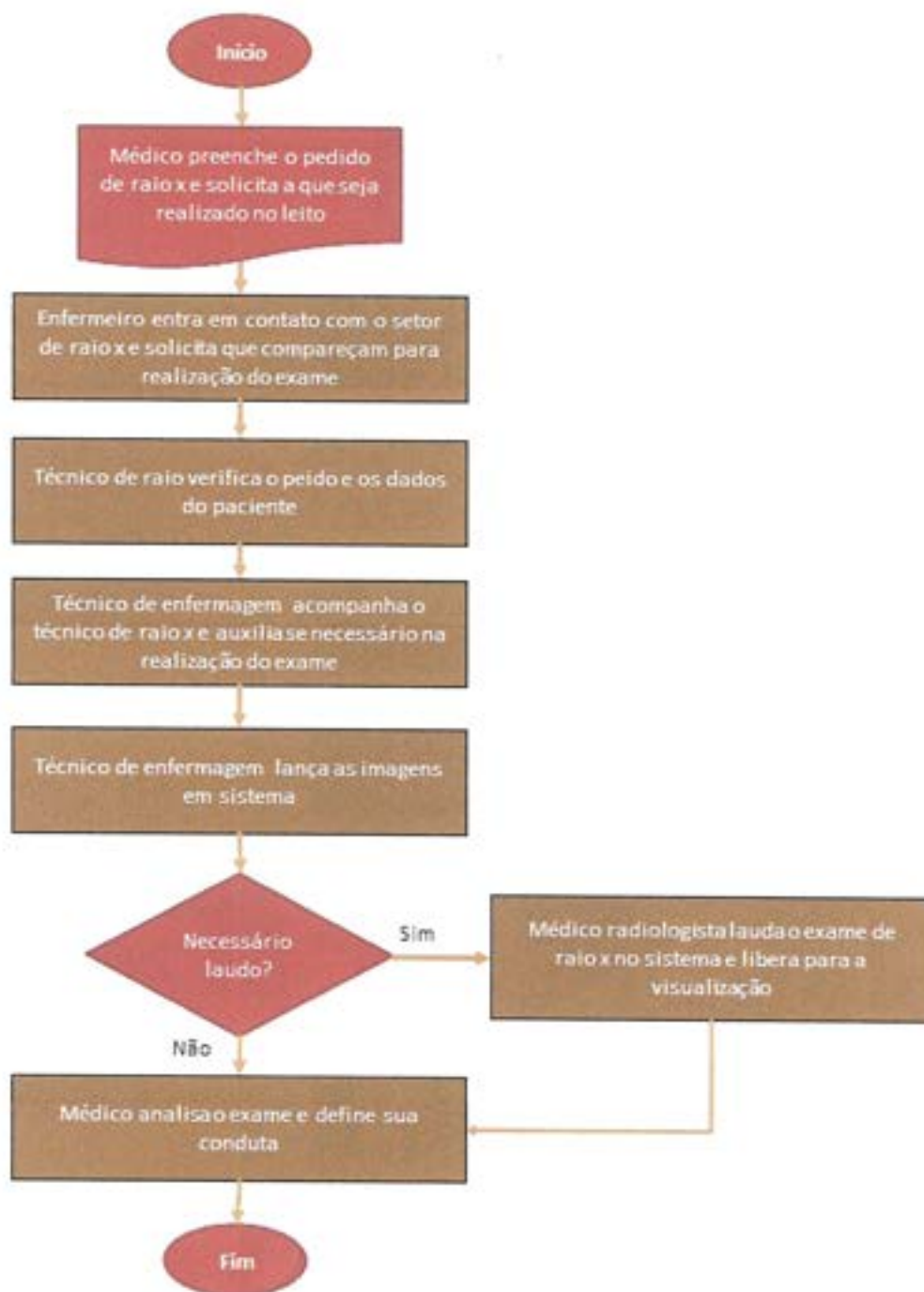
DIAGRAMA:



FLUXO DE SOLICITAÇÃO DE RAIOS X NO LEITO

DESCRITIVO: O médico solicita os exames de raios – x e encaminha o pedido para a equipe de enfermagem. A equipe de enfermagem realiza o contato com o setor de radiologia, o qual evidência o horário da solicitação. O técnico de radiologia se direciona a unidade de internação para a realização do exame beira leito. Após a realização do exame a equipe técnica da radiologia realiza o processamento das imagens de forma digital e disponibiliza para a equipe médica via sistema PACS.

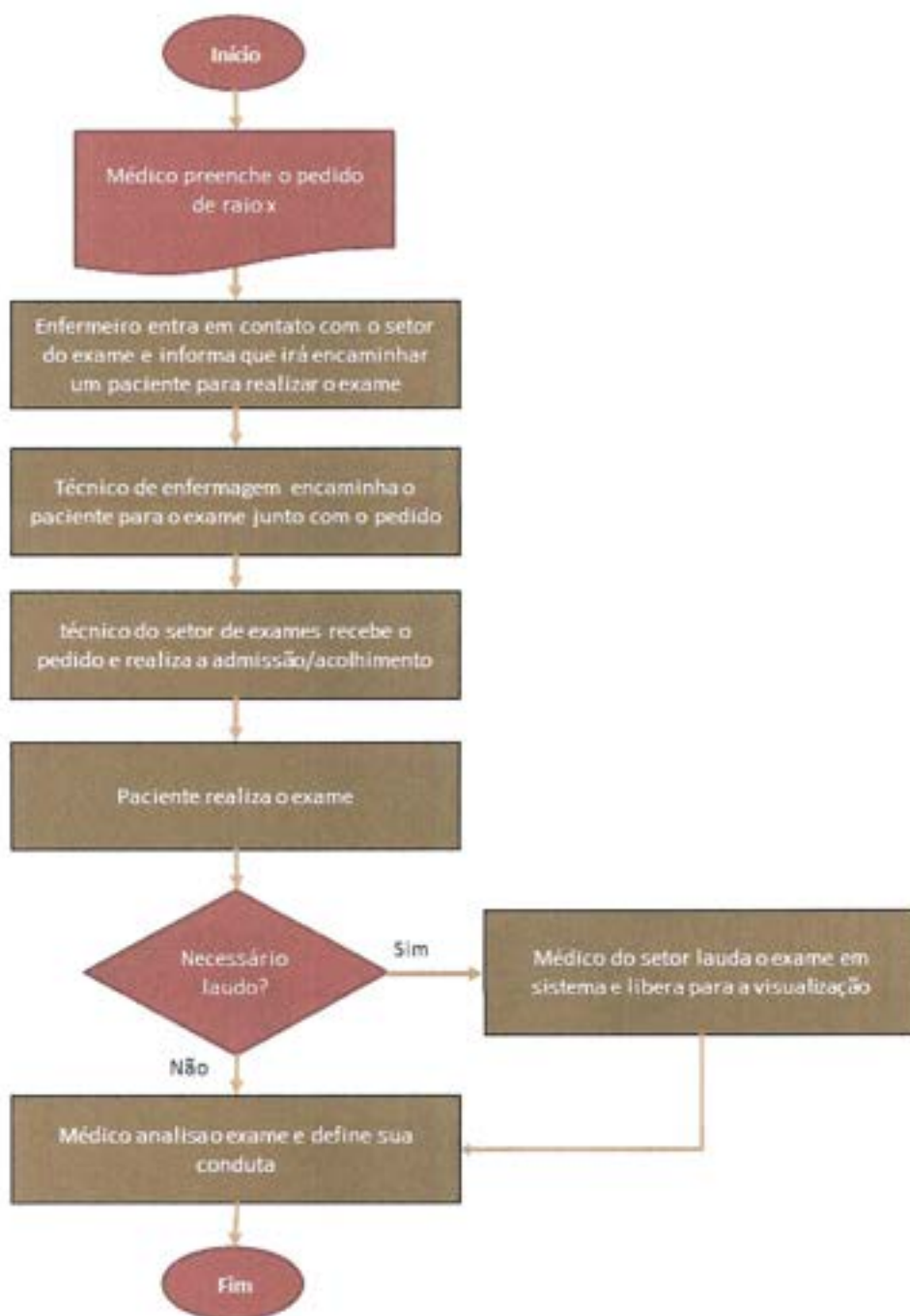
DIAGRAMA:



FLUXO DE SOLICITAÇÃO DE EXAME DE IMAGEM – PACIENTE INTERNADO

DESCRITIVO: O médico solicita os exames de raios x e encaminha o pedido para a equipe de enfermagem. A equipe de enfermagem realiza o contato com o setor de radiologia, o qual evidencia o horário da solicitação. O técnico de radiologia autoriza a locomoção do paciente até o setor de radiologia. Após a realização do exame a equipe técnica da radiologia realiza o processamento das imagens de forma digital e disponibiliza para a equipe médica via sistema PACS.

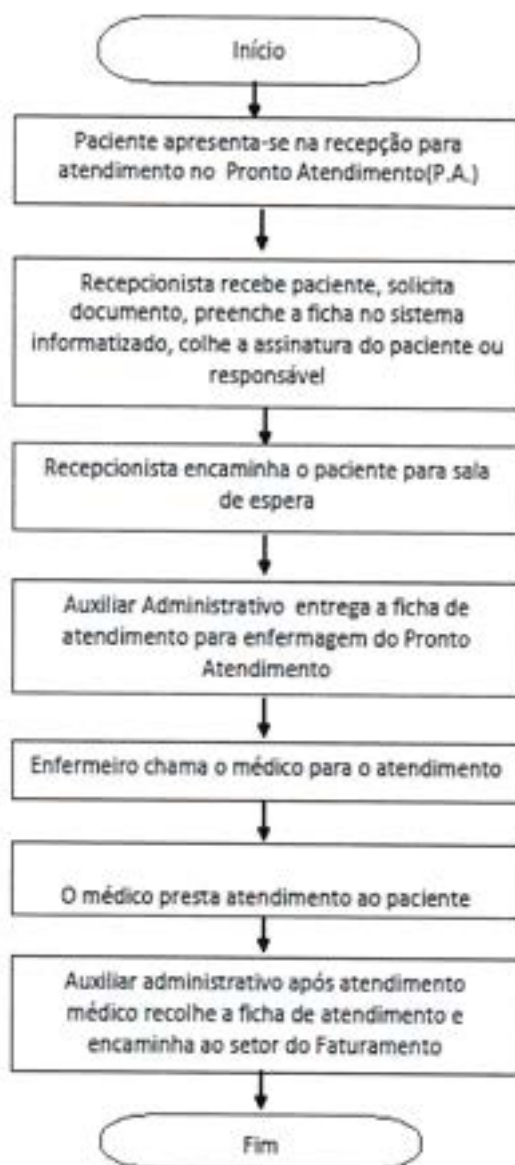
DIAGRAMA:



FLUXOGRAMA OPERACIONAL DE ATENDIMENTO PRONTO-ATENDIMENTO

DESCRITIVO: O paciente apresenta-se na recepção do Pronto Atendimento. A abertura de ficha é realizada conforme as entradas estabelecidas no sistema SISS. O paciente segue para a avaliação médica e posteriormente tomada de decisão: avaliação, exames, observação, internação, avaliação de outra especialidade, ou retorno a origem como contrareferência. Após a alta médica, a equipe administrativa organiza as fichas de atendimento e encaminha ao faturamento.

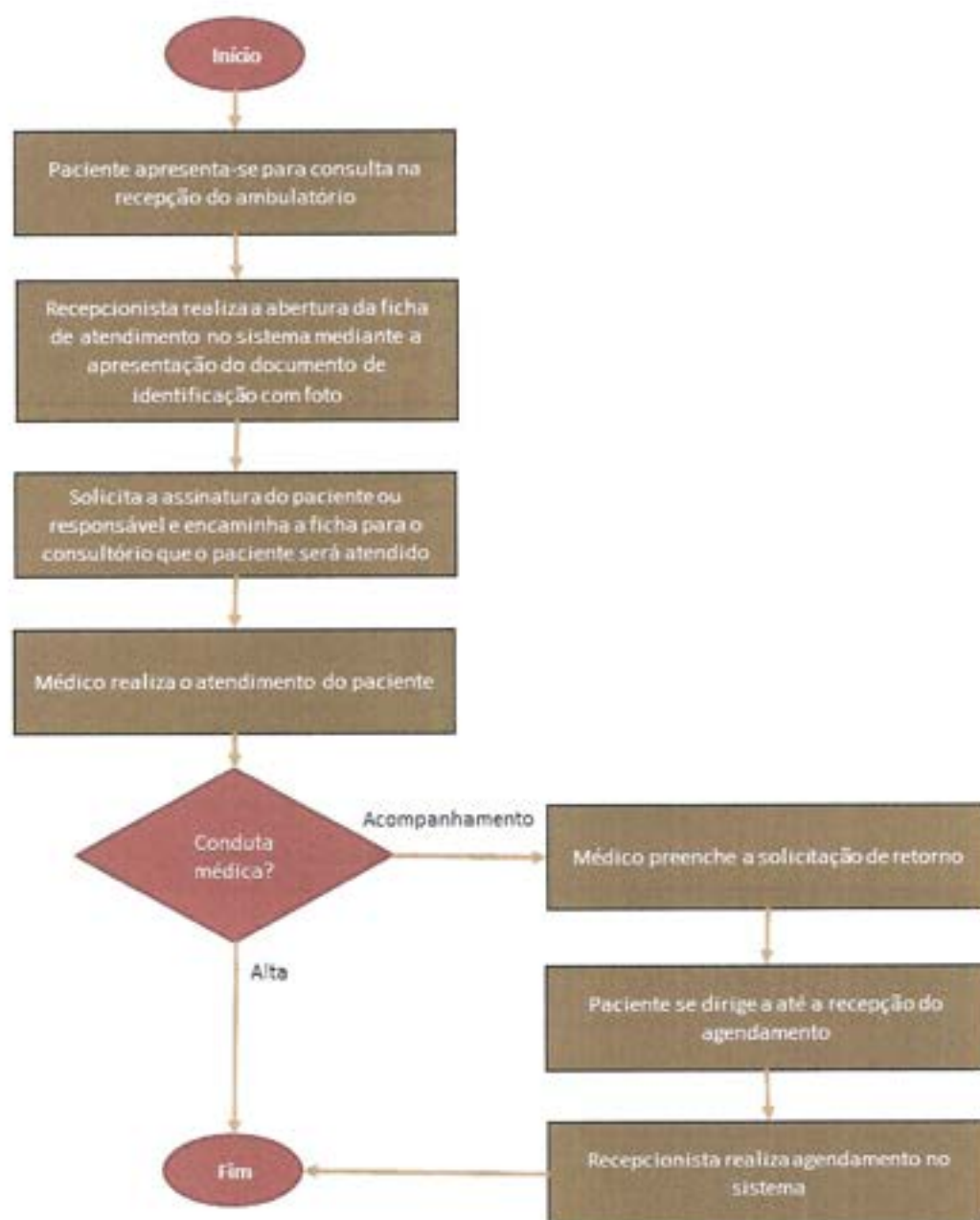
DIAGRAMA:



FLUXO DE CONSULTA AMBULATORIAL

DESCRIPTIVO: O controlador de acesso orienta ao paciente quanto a retirada de senha, no totem do ambulatório para atendimento na recepção. A recepção chama o paciente pela senha e em seguida realiza a validação do documento com foto e preenche a ficha de atendimento no sistema SISS. É realizada a coleta de assinatura do paciente ou responsável. O paciente é encaminhado ao consultório médico. Após o atendimento médico, o paciente recebe alta ou encaminhamento ambulatorial. Se necessário, a recepção realiza os agendamentos solicitados.

DIAGRAMA:



FLUXO DE INTERNAÇÃO ELETIVA DE PACIENTES

DESCRITIVO: Os pacientes que irão se submeter a cirurgias eletivas (procedimentos agendados), são recepcionados pelo setor de internação, com os kits cirúrgicos conferidos com o bate mapa, por horário da grade cirúrgica. O paciente é direcionado pela recepção até o leito disponível. A equipe administrativa protocola a entrega do prontuário com a enfermeira responsável pelo setor, para que prossiga com a admissão do paciente.

DIAGRAMA:



Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde

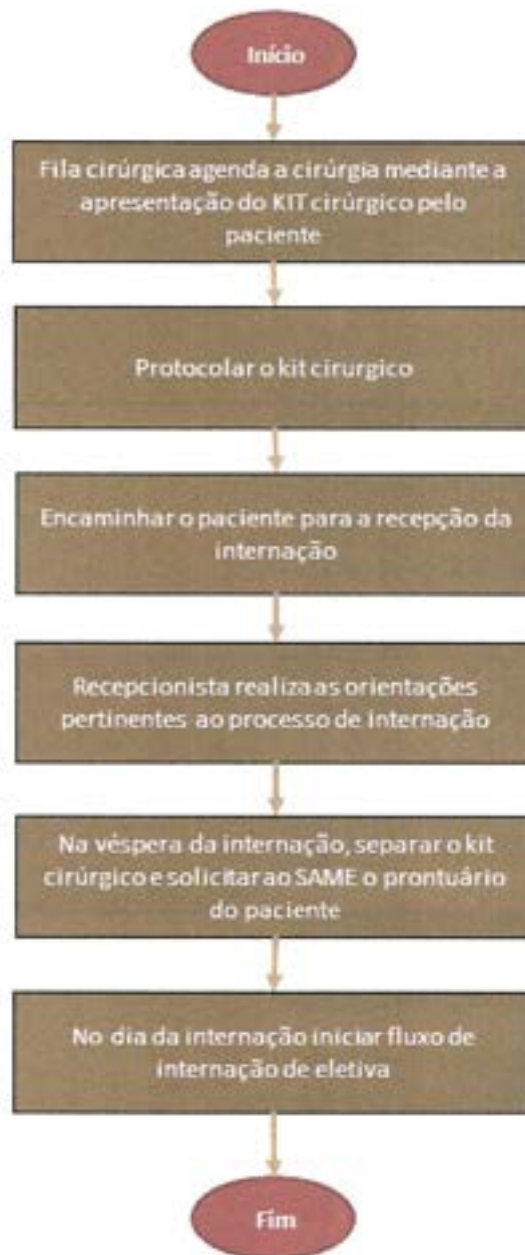
Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 51

FLUXO DE AGENDAMENTO DE CIRURGIA ELETIVA

DESCRITIVO: Após a consulta ambulatorial o paciente é encaminhado ao setor da fila cirúrgica da enfermagem. A enfermeira realiza a consulta de enfermagem, verifica a documentação de solicitação cirúrgica, termos cirúrgicos e anestésicos e avaliação com o anestesista preenchida (APA). A enfermeira verifica a disponibilidade de agendamento cirúrgico e agenda o procedimento conforme data preconizada. A enfermeira da fila cirúrgica realiza as orientações pertinentes a cirurgia, o preparo e o jejum.

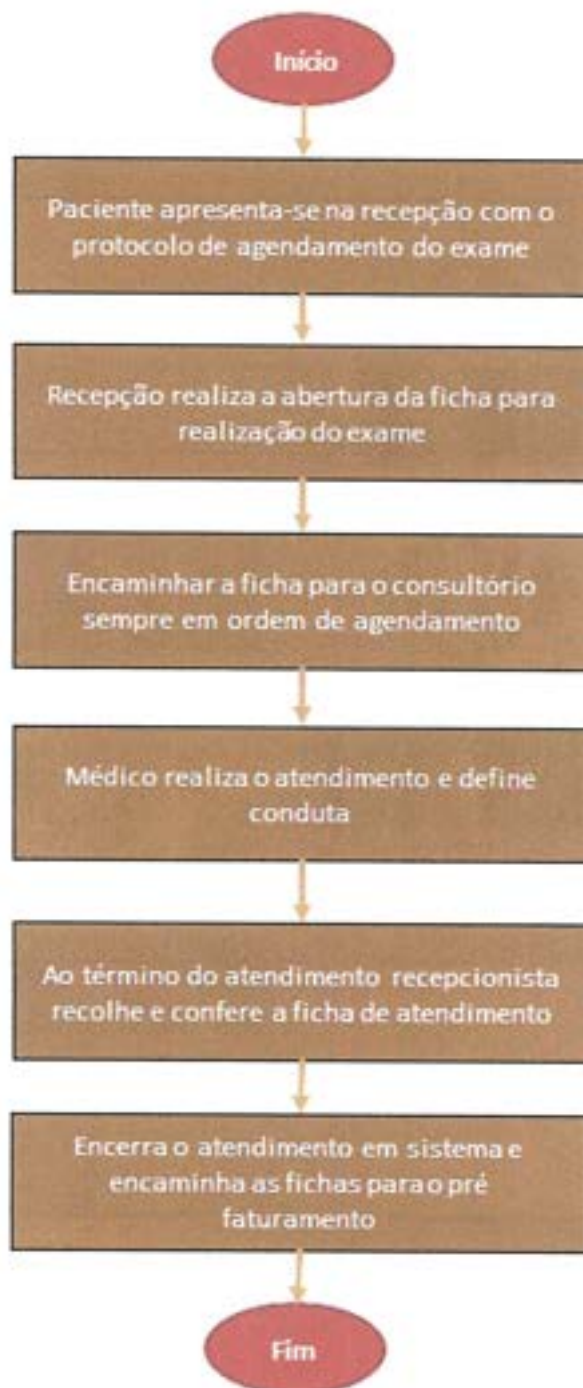
DIAGRAMA:



FLUXO DE ATENDIMENTO DE EXAMES AMBULATORIAL

DESCRITIVO: O paciente se dirige até a recepção para a de abertura de ficha, onde é conferida a veracidade do documento de identificação, guia de solicitação e agendamento prévio. Após a realização dos exames, a recepção retira as guias de encaminhamento e os laudos médicos nos consultórios para serem faturados e, posteriormente arquivados.

DIAGRAMA:



Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde

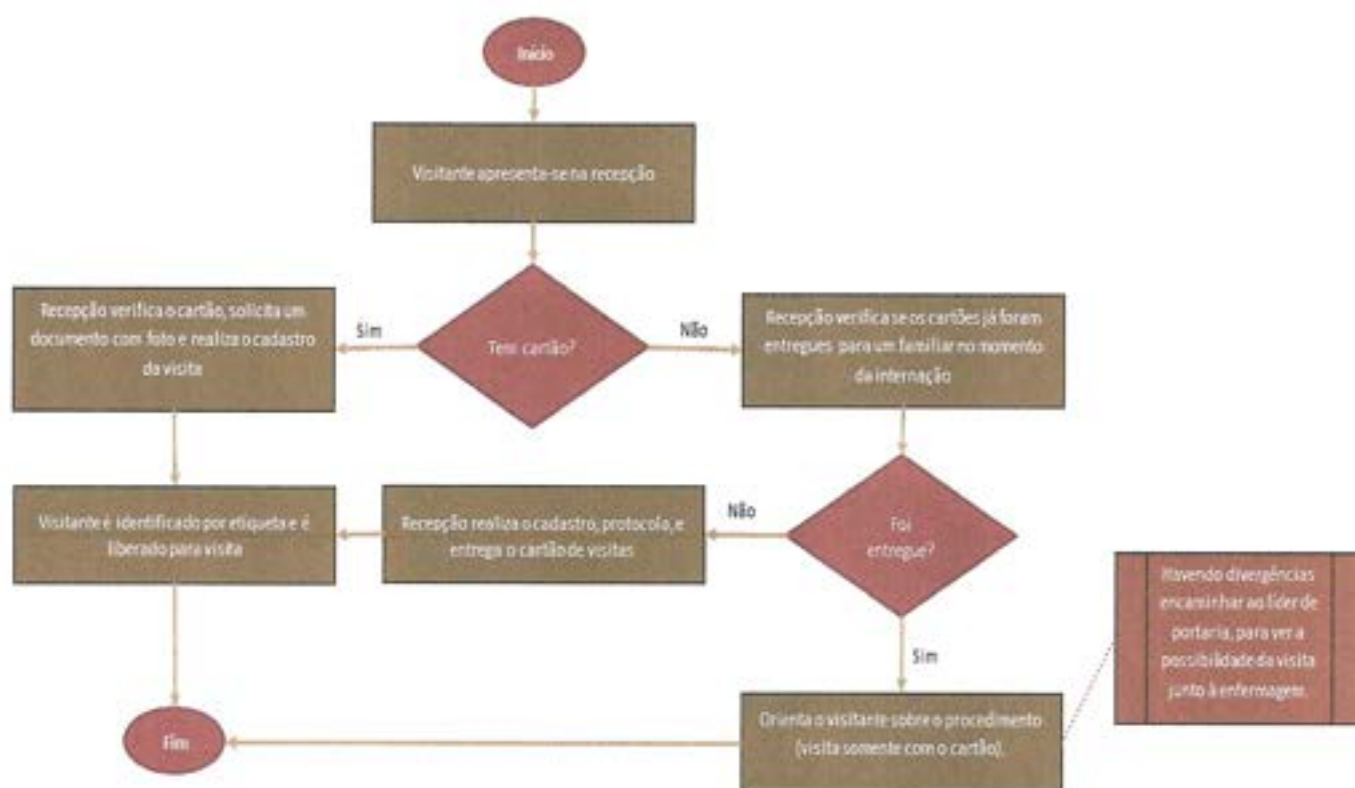
Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 53

FLUXO DE ATENDIMENTO A VISITANTES DE PACIENTES

DESCRIPTIVO: O visitante se apresenta na recepção de visitas. A recepção verifica os dados do visitante e efetua o seu cadastro no sistema SISS. O cadastro do visitante é realizado conforme conferência entre documento e registro no sistema SISS. Após a localização de internação do paciente, o acesso é liberado.

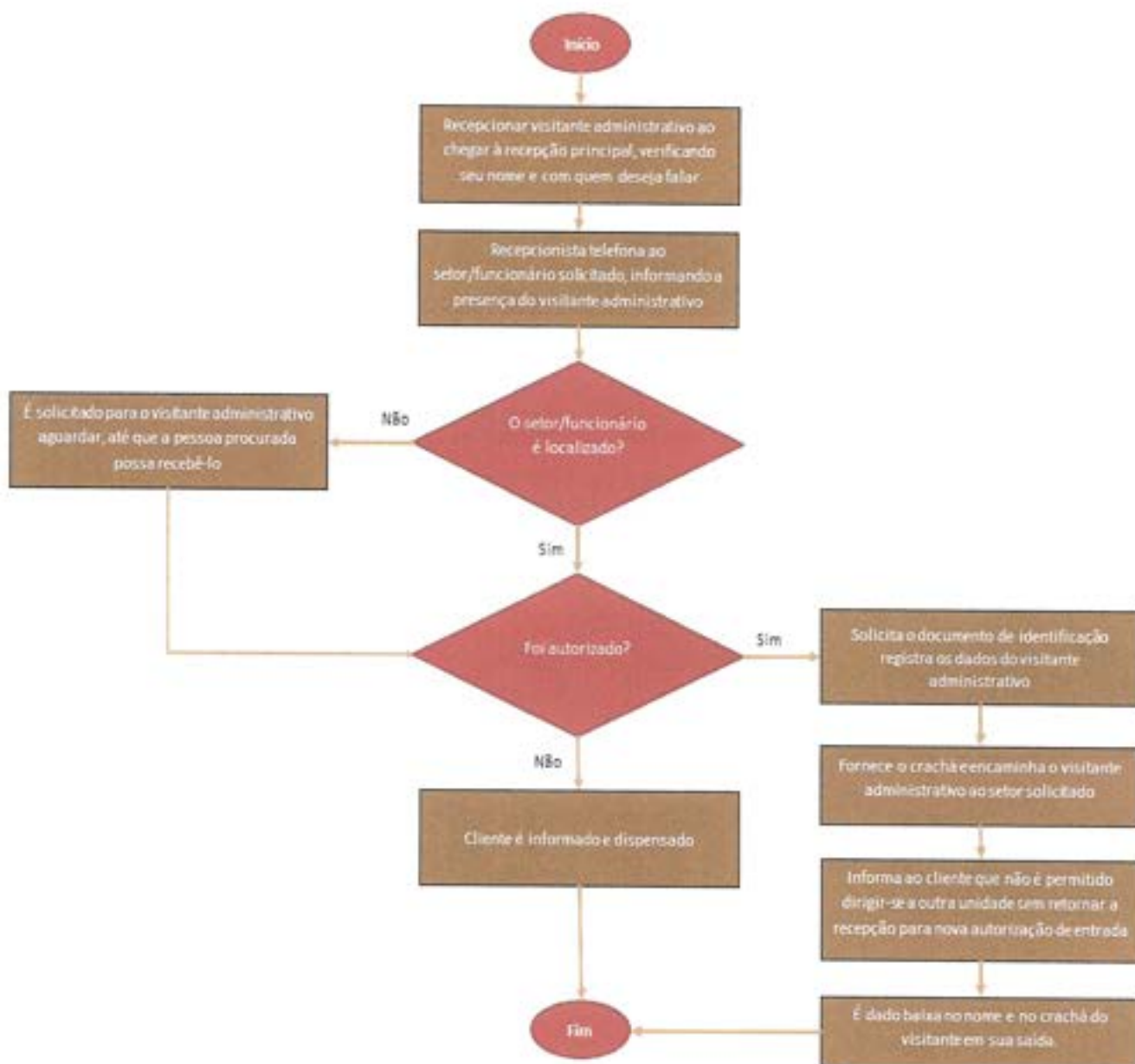
DIAGRAMA:



FLUXO DE ATENDIMENTO A VISITA ADMINISTRATIVA

DESCRITIVO: O visitante se apresenta na recepção de visitas. A recepção verifica os dados do visitante e efetua o seu cadastro no sistema SISS. O cadastro do visitante é realizado conforme conferência entre documento e registro no sistema SISS. É realizado o contato da recepção com o setor administrativo a ser visitado, e após autorização o acesso é liberado.

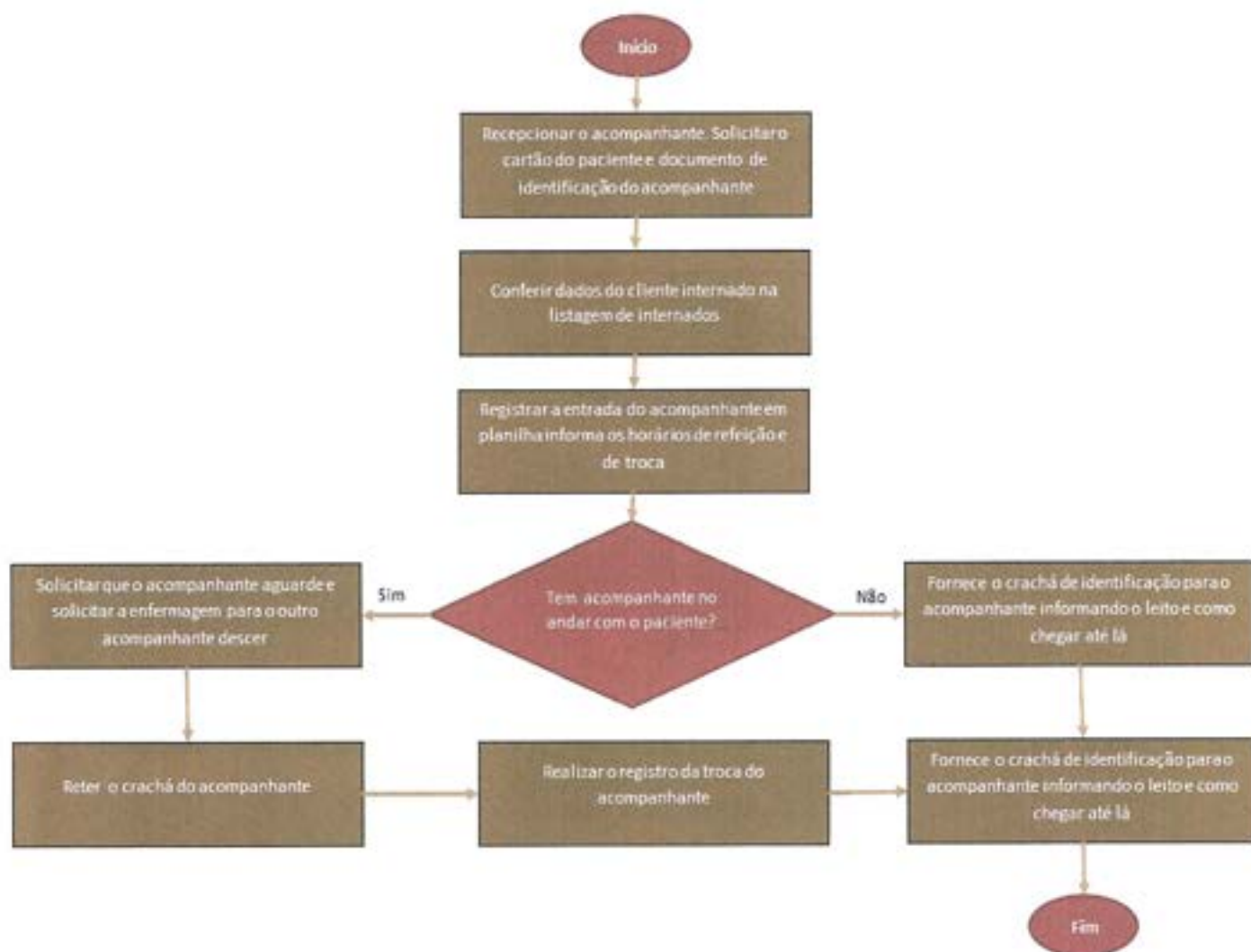
DIAGRAMA:



FLUXO DE ATENDIMENTO AO ACOMPANHANTE

DESCRITIVO: O acompanhante se apresenta na recepção de visitas. A recepção verifica os dados do visitante e realiza a conferência do cartão de visitas. O cadastro do acompanhante é realizado conforme conferência entre documento e registro no sistema SISS. Após a localização de internação do paciente, o acesso é liberado. Havendo a troca de acompanhante, a recepção realiza o contato com o setor/unidade para informar a realização da troca de acompanhantes.

DIAGRAMA:



FLUXOGRAMA QUEIXAS NORMAIS

DESCRITIVO: O paciente ou responsável pela manifestação se dirige até o SAU para realizar a ouvidoria interna (queixas, elogios, reclamação, sugestão). O manifestante poderá registrar a ouvidoria presencialmente ou via e-mail. Após a análise da manifestação, o desfecho é documentado e encaminhado a diretoria responsável. A resposta sobre o manifesto é realizado por e-mail ou telefone de contato do solicitante.

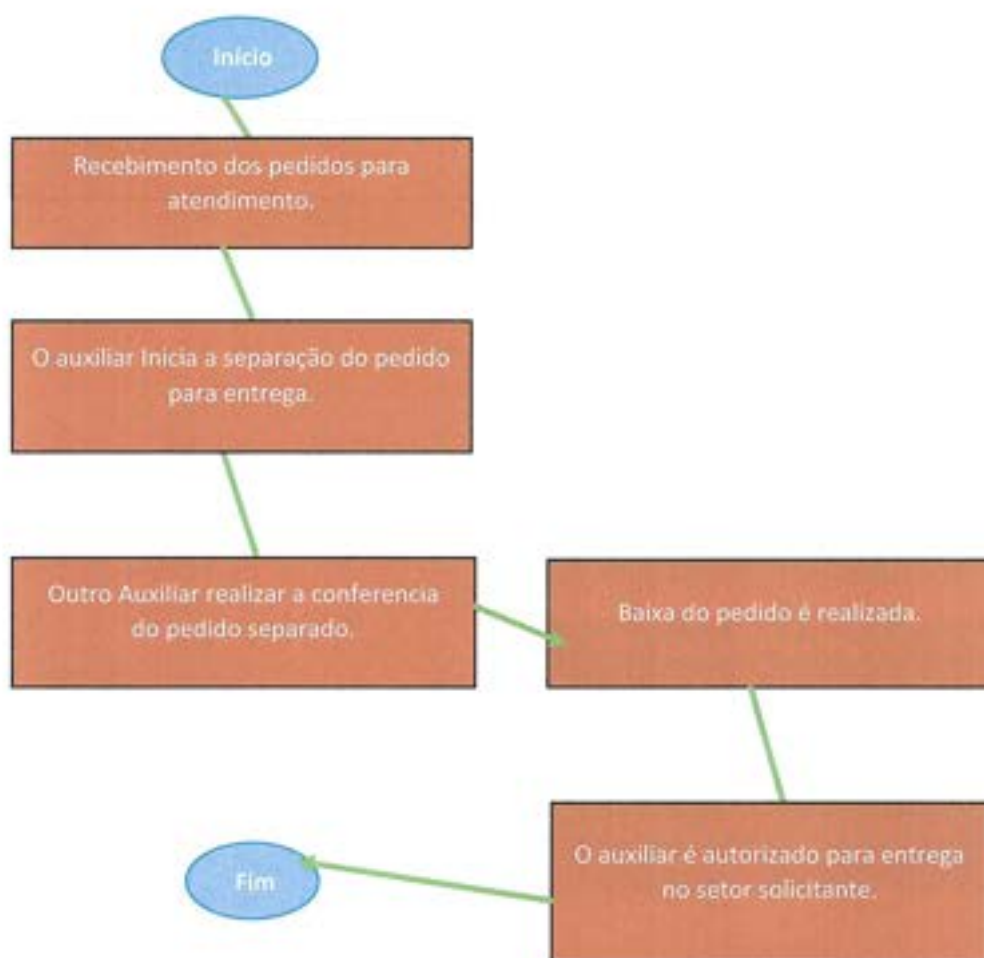
DIAGRAMA:



1.1.2. FLUXO OPERACIONAL PARA MATERIAL MÉDICO E MEDICAMENTOS

DESCRITIVO: O colaborador recebe o pedido do setor solicitante, confere o preenchimento da requisição e inicia a separação dos insumos solicitados. Após separação é realizado a conferência do pedido x físico, assim finalizado é iniciado a baixa da requisição e posteriormente a entrega do material/medicamento ao setor solicitante.

DIAGRAMA:



FLUXO UNIDIRECIONAL DE MEDICAMENTOS

DESCRIPTIVO: Mediante o recebimento das prescrições pela equipe da farmácia, o farmacêutico realiza a análise farmacoterapêutica de cada prescrição e posteriormente encaminha para etapa de separação.

Após a confirmação do registro de saída dos medicamentos em sistema informatizado, é realizada a confecção da tira em embalagens plásticas, separados por horário de administração, conforme aprazamento realizado pela enfermagem na prescrição. As tiras são identificadas com o nome do paciente, clínica, número de registro hospitalar e período em que o medicamento deve ser administrado.

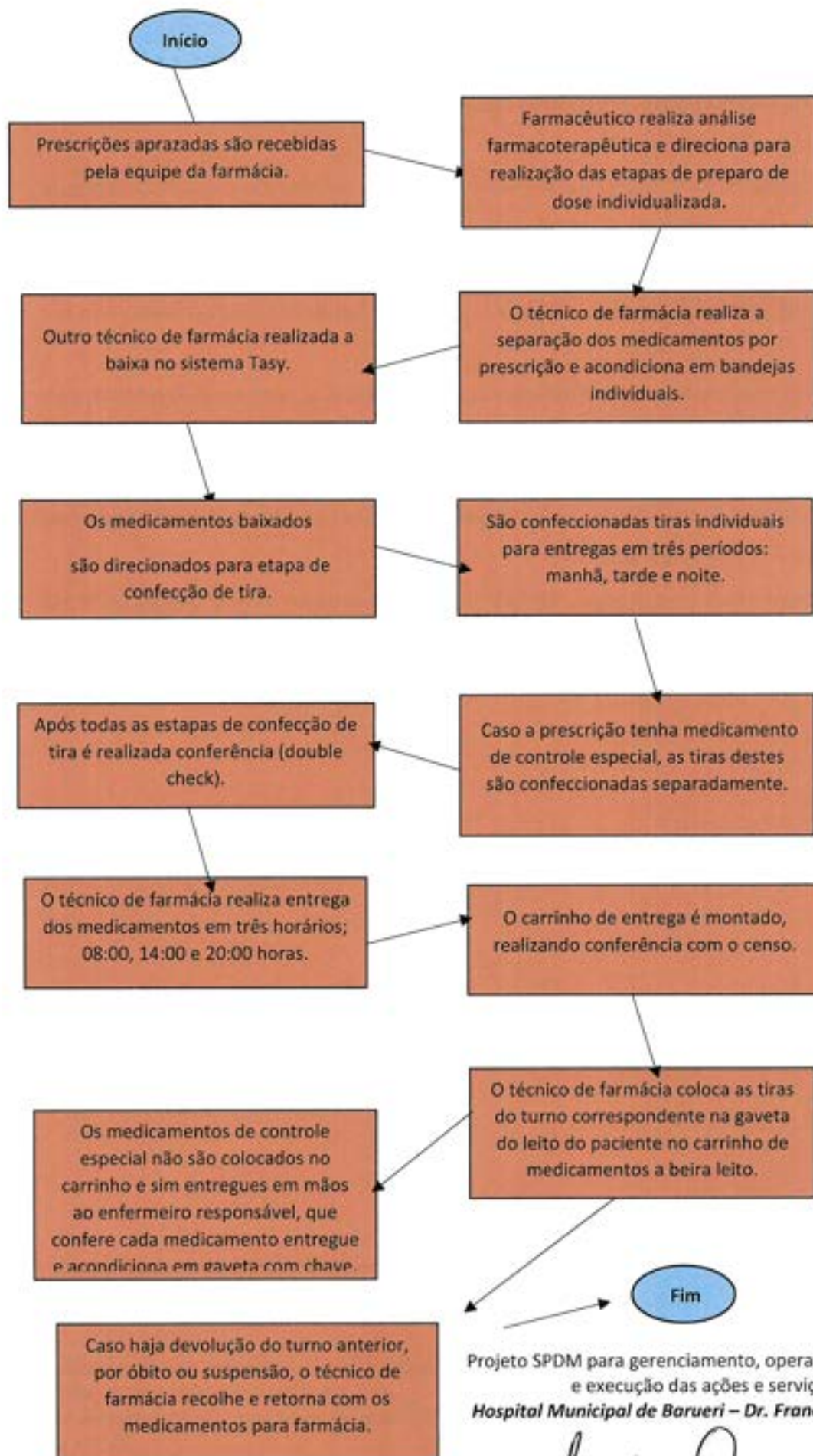
As tiras, após confeccionadas, passam pelo processo de conferência, realizado pelo farmacêutico ou técnico de farmácia.

As entregas são realizadas pela farmácia em três períodos; manhã, tarde e noite. O técnico de farmácia disponibiliza as tiras ao turno correspondente, na gaveta do leito do paciente, conforme o carrinho de medicamentos a beira leito.

Os medicamentos de controle especial, não são colocados no carrinho e sim entregues em mãos ao enfermeiro responsável, que confere cada medicamento entregue e acondiciona em gaveta com chave.

DIAGRAMA:



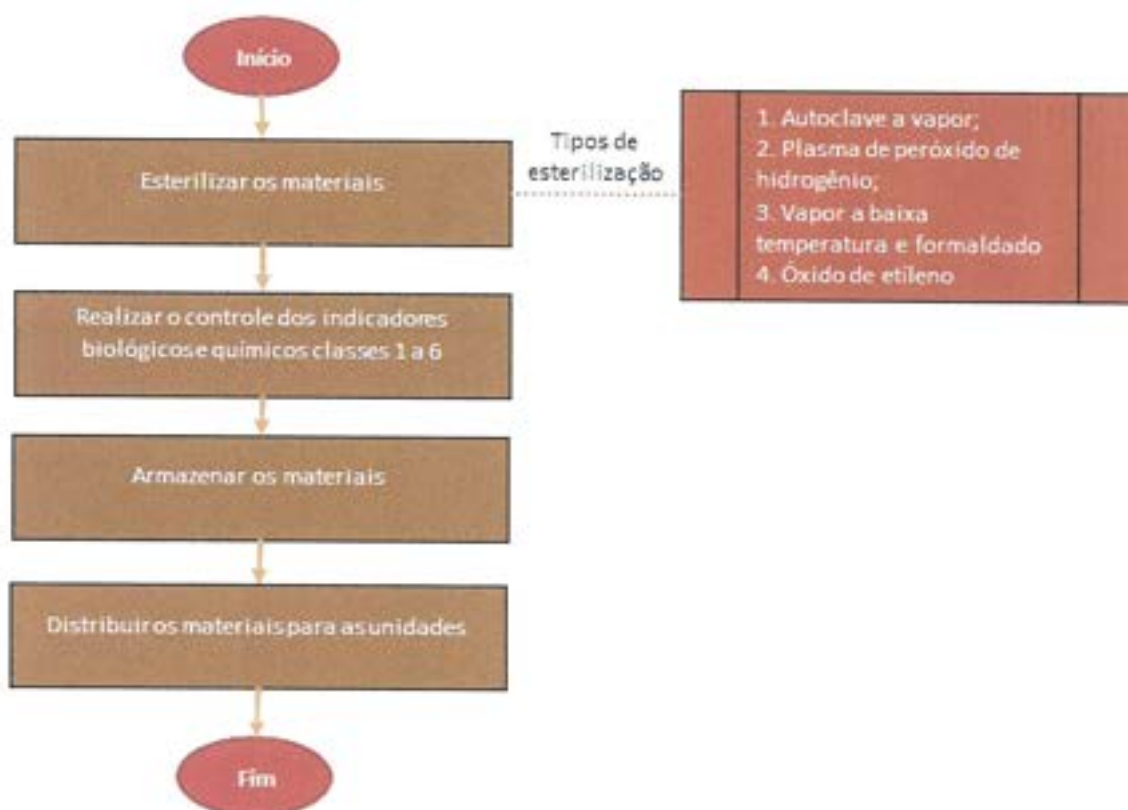


1.1.3. FLUXO UNIDIRECIONAL DE MATERIAIS ESTERELIZADOS

DESCRITIVO: A equipe de enfermagem do CME recebe o material no expurgo do setor para a esterilização do material conforme horário preconizado. Após o processo de limpeza, esterilização e montagem, os materiais esterilizados são novamente encaminhados para as áreas assistenciais.

DIAGRAMA:

MATERIAIS ESTERILIZADOS



9

JK

1.1.4. FLUXO UNIDIRECIONAL PARA ROUPAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

FLUXO DE ROUPA USADA DAS UNIDADES DE GERAÇÃO ATÉ O ABRIGO EXTERNO DE ROUPA USADA

DESCRITIVO: A equipe assistencial coloca o enxoval usado no hamper do setor, e leva até o abrigo temporário interno do andar. A equipe de coleta interna (terceirizada), retira o saco do abrigo e encaminha o enxoval usado para o abrigo externo. A lavanderia terceirizada retira as roupas usadas para processamento de limpeza e desinfecção. No dia posterior, a lavanderia terceirizada entrega o enxoval limpo e conferido.

DIAGRAMA:





FLUXO DA ROUPA HIGIENIZADA DO RECEBIMENTO ATÉ AS UNIDADES ASSISTENCIAIS

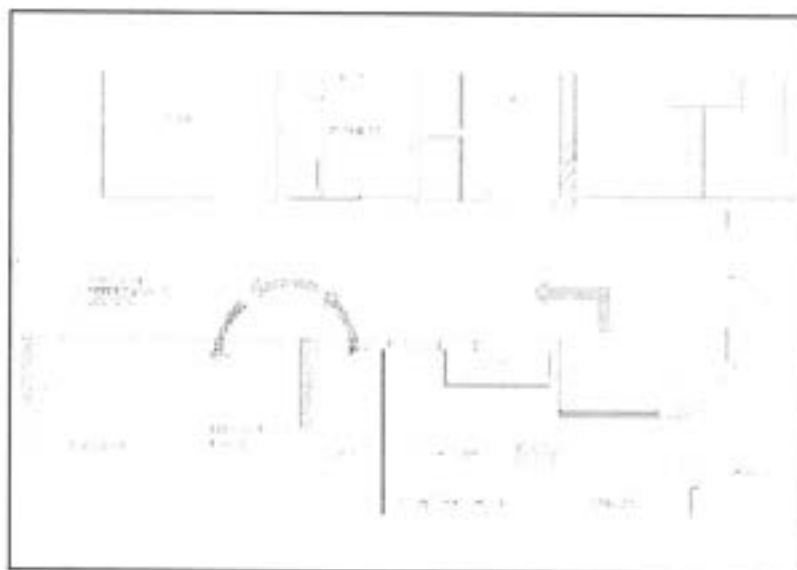
DESCRITIVO: A lavanderia terceirizada realiza a entrega da roupa limpa. A equipe de rouparia local realiza a contagem do enxoval, a organização e a distribuição as unidades assistenciais, conforme horário pré-estabelecidos.

DIAGRAMA:

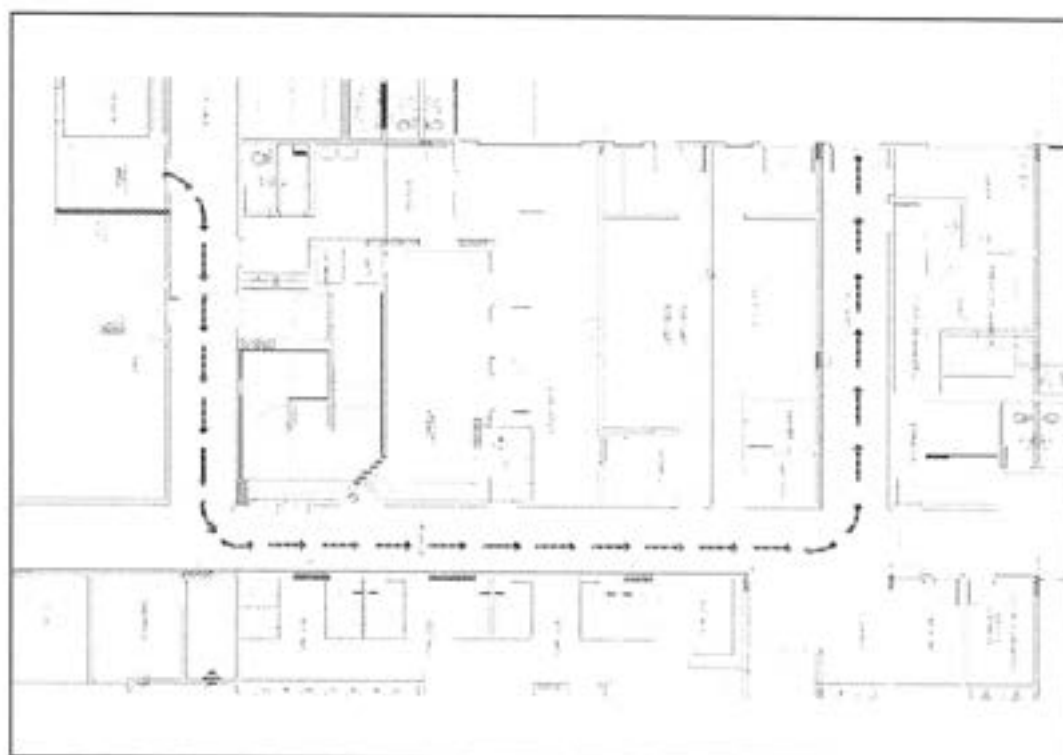


Dois sinais de assinatura manuscritos em tinta preta, localizados na parte inferior da página.

ARMAZENAMENTO DE ROUPA USADA NOS ANDARES



FLUXO DE SAÍDA DA ROUPA USADA NO ANDAR TÉRREO



Two handwritten signatures in black ink are located at the bottom of the page. The signature on the left is a stylized, cursive 'S', and the signature on the right is a more complex, cursive mark.

1.1.5. FLUXO UNIDIRECIONAL PARA RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

FLUXO DE RESÍDUOS DAS UNIDADES DE GERAÇÃO ATÉ O ABRIGO EXTERNO DE RESÍDUOS

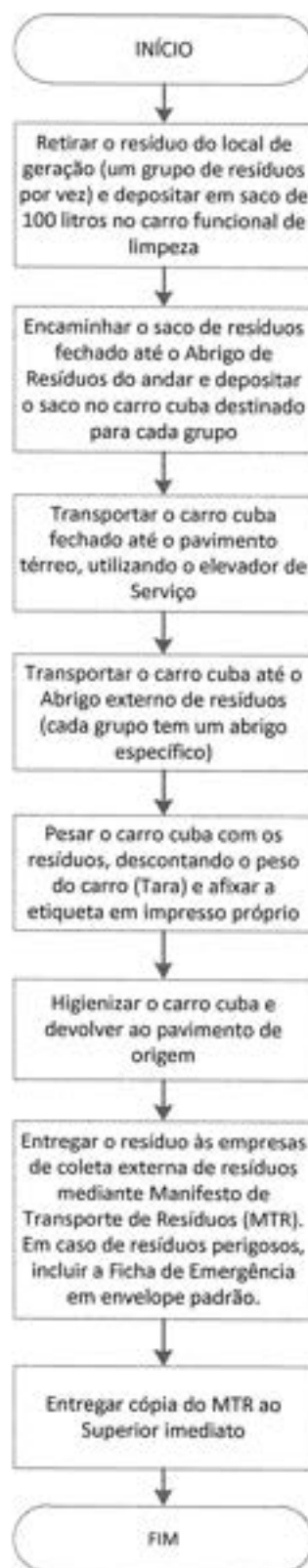
DESCRITIVO: A equipe terceirizada de higienização realiza a coleta dos resíduos separados por grupos e armazena em sacos de lixo (100 L), que são disponibilizados nos carros funcionais da equipe.

A equipe terceirizada de higienização encaminha o resíduo para os carros (cuba), conforme destinação de cada grupo de resíduos, localizados no abrigo interno de uso temporário.

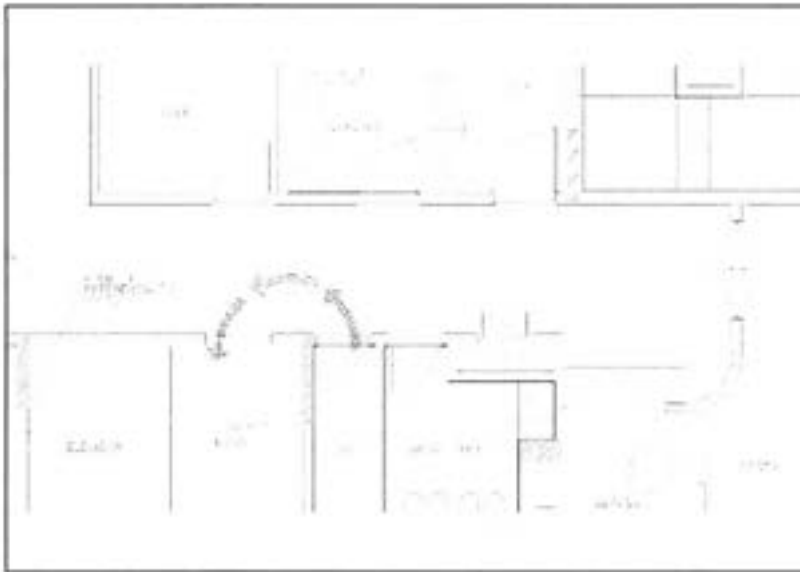
Ao final do processo a equipe de coleta externa retira o resíduo por grupo e realiza a destinação final adequada.

DIAGRAMA:

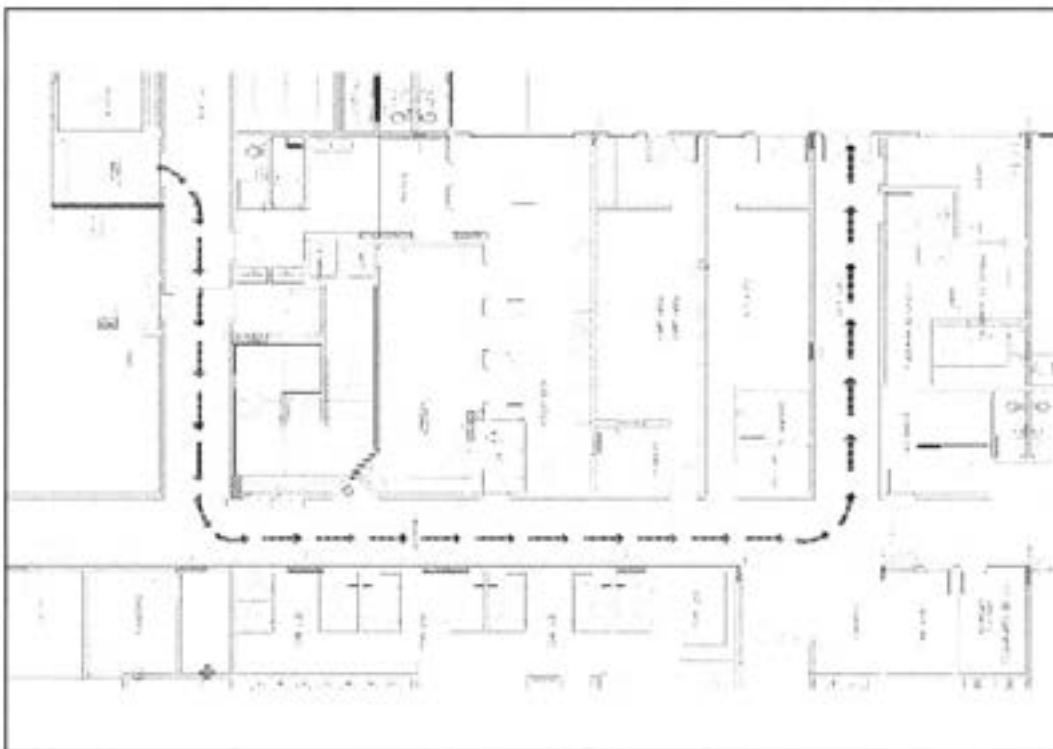




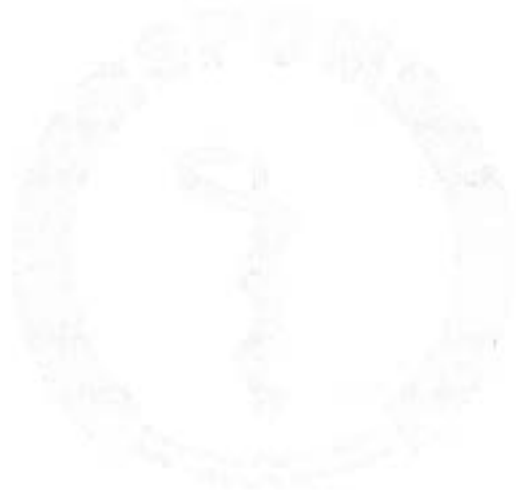
ARMAZENAMENTO DOS RESÍDUOS NOS ANDARES



FLUXO DE SAÍDA DOS RESÍDUOS NO ANDAR TÉRREO



Observação: O fluxo de saída de resíduo e roupa usada é diferente o trânsito de roupa limpa e alimentos destinados aos pacientes.



ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O
DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA

Realizar em Saúde e Desenvolvimento

1.2. IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO

9

1.2.1. PROPOSTA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE/CAPACITAÇÃO

Introdução

A capacitação em saúde da equipe interdisciplinar mantém-se sob a responsabilidade da Educação Permanente Multidisciplinar (EPM), responsável pela qualificação contínua da equipe, com vistas à eficácia da terapêutica, eficiência institucional, viabilizando um vasto campo de aprimoramento profissional.

O serviço de EPM direciona-se ao aprimoramento do pensamento crítico, capacidade de resolução de problemas, habilidade técnica científica e princípios de humanização, orientadas para a melhoria contínua da assistência.

No contexto da saúde a capacitação dos colaboradores exige o uso de diversas estratégias de ensino que viabilizem o processo ensino-aprendizado dos profissionais e estejam em consonância com os preceitos da Andragogia, referencial para o ensino de adultos. Metodologias ativas são adotadas, estimulando o pensamento crítico e reflexivo, e a postura proativa dos sujeitos.

Knowles, um dos idealizadores da Andragogia, ressalta que esta teoria se baseia na premissa de diferenciar e respeitar as peculiaridades inerentes ao ensino dos adultos. Neste sentido, aponta que o educador precisa saber qual a real motivação do adulto em aprender, trabalhar pautado nas experiências prévias dos indivíduos, conceber a aprendizagem como resolução de problemas e ressaltar tópicos com valor imediato aos alunos, levando em consideração que os motivadores mais efetivos são os intrínsecos.

A formação complementar e contínua dos colaboradores, realizada no âmbito dos serviços, faz-se necessária em um contexto em que a qualificação dos profissionais de saúde no mercado apresenta-se cada vez mais pífia. Esta formação deve ocorrer de forma ativa, com profissionais aptos a aprender a aprender, assim as abordagens pedagógicas progressivas de ensino-aprendizagem vêm sendo cada vez mais adotadas. Ensinar exige respeito à autonomia e à dignidade dos sujeitos, base para uma educação que considera o indivíduo como um ser que constrói a sua própria história.



Entende ainda que os processos de capacitação devem ser embasados na problematização das práticas profissionais, da organização do trabalho, objetivando as necessidades de promoção, prevenção, tratamento e recuperação de saúde das pessoas constituem a sua referência.

Detalhes sobre a Política, Produtos e Estruturas necessárias para o funcionamento da EPM está descrito no subitem deste projeto intitulado **Ciência e Tecnologia**.

Objetivos

Objetivo Geral

Implantar e garantir o modelo assistencial através da EPM em um centro hospitalar, através da capacitação dos profissionais nas atividades assistenciais, ensino, pesquisa e gestão, com a perspectiva interdisciplinar, e de acordo com os princípios do SUS e da Política Nacional de Humanização.

Objetivos Específicos

- Recrutamento e seleção de candidatos às vagas disponíveis para compor a equipe de profissional;
- Treinamento admissional para os novos colaboradores com treinamento de técnicas específicas por categoria profissional das que são mais utilizadas na Instituição;
- Implantação do Modelo Assistencial nas Unidades Assistenciais e de Apoio através da capacitação da equipe em relação às normas, rotinas e procedimentos específicos adotados;
- Avaliação de desempenho por competências no período de experiência (45 e 90 dias) e anualmente, com plano de ação individual para cada colaborador
- Introdução e monitoramento dos indicadores assistenciais;
- Desenvolvimento e capacitação dos profissionais em relação aos riscos clínicos, cirúrgicos e implantação de práticas operacionais baseadas em segurança dos pacientes e colaboradores e na qualidade do serviço prestado.



Estratégias de ensino

A escolha da estratégia de ensino para realizar a capacitação dos colaboradores, dependerá do público-alvo, temática, tempo, local e recursos disponíveis. Dentre elas é possível relacionar as seguintes estratégias:

1. Aulas expositivas;
2. Treinamentos participativos;
3. Aulas práticas de simulação em manequim;
4. Simulações realísticas;
5. Casos situacionais;
6. Leitura compartilhada de materiais institucionais, como os manuais de normas, rotinas e procedimentos de enfermagem;
7. Vídeos educativos;
8. Discussão de textos;
9. Dinâmicas;
10. Ensino a distância por meio da plataforma educacional *Moodle*®.

Treinamentos

O cronograma de treinamento é flexível e deve ser programado mediante a necessidade de intervenção pontual ou de forma sistemática.

Treinamentos Pontuais

Inúmeras são as possibilidades para escolha dos treinamentos pontuais, estas abrangem desde a ocorrência de eventos e não conformidades ao treinamento de boas práticas e orientação sobre um novo equipamento.

A necessidade para a realização dos treinamentos pontuais é identificada na prática, cotidiano profissional, e não possui data prevista para o encaminhamento a EPM. Em geral os



treinamentos pontuais relacionam-se a eventos, falhas em processos ou outra demanda emergencial que implique na realização breve de uma intervenção educativa.

A EPM irá fornecer toda a orientação didática pedagógica para compor a melhor estratégia para o desenvolvimento do tema em questão, devendo o gestor local fornecer o conteúdo técnico para a realização do mesmo.

Treinamentos Sistemáticos

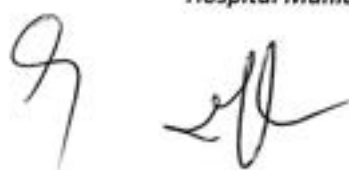
Nos Treinamentos Sistemáticos são padronizadas as condutas a serem tomadas diante das doenças prevalentes bem como a padronização de protocolos clínicos.

Constituem aqueles necessários para manter a qualidade da assistência prestada. São realizados de forma cíclica, isto é, realizados por um multiplicador da EPM, mensalmente, trimestralmente, semestralmente ou anualmente, conforme a necessidade verificada pelo gestor da Unidade. Neste bloco de treinamentos inclui-se os de higienização das mãos, protocolos de prevenção de eventos, drogas de alto alerta, manuseio de equipamentos, atendimento primário a ressuscitação cardiorrespiratória, linha de cuidados, referência e contrarreferência.

Indicadores de Qualidade da Assistência

Os indicadores de qualidade assistencial são utilizados como ferramentas de identificação e necessidade de treinamento.

Existem indicadores de estrutura, processo e resultados. Destaca-se a possibilidade de uso dos indicadores de resultado, sobretudo ressalta-se que o uso não se limita a estes.



Pesquisa de Opinião

Partir da pesquisa de opinião a cada semestre, focando no cliente interno, utilizando como ferramenta o formulário impresso, com a sugestão de temas de treinamento. Este formulário deverá conter questões objetivas, eliminando margens de erro de interpretação durante a análise. Após a coleta de dados, a equipe deverá realizar análise dos temas e estruturação do plano de capacitação.

Procedimentos Técnicos

Os procedimentos técnicos são padronizados pela Diretoria Técnica e Diretoria de Enfermagem ou Médica por meio do Manual de Procedimentos Técnicos. Cabe a EPM, treinar todos os colaboradores de acordo com a especificação de cada área na execução destes procedimentos de maneira uniforme e segura, baseados em evidências científicas.

Auditoria Clínica

A auditoria clínica é uma metodologia de trabalho que avalia toda a linha de cuidado, analisando, de forma multidisciplinar, todos os processos relacionados ao paciente, bem como as suas interações. Para tanto, utiliza como ferramenta o prontuário do paciente.

A implantação dessa metodologia permitirá identificar os pontos críticos na linha do cuidado, estruturar rotinas e políticas institucionais, além de direcionar a capacitação dos profissionais. As auditorias clínicas acontecerão sistematicamente enquanto o paciente estiver internado, e contará com a participação de toda a equipe multidisciplinar envolvida na linha do cuidado.

Doenças Prevalentes e Protocolos Institucionais

A EPM formula um programa de capacitação anual focado nas doenças prevalentes.



Os temas são escolhidos por meio de um relatório de emissão de Autorização para Internação Hospitalar (AIHs), onde as doenças de maior prevalência são identificadas e a capacitação ocorre com a equipe multiprofissional onde cada integrante apresenta as atribuições específicas de sua área.

Nos Treinamentos Permanentes são padronizadas as condutas a serem tomadas diante das doenças prevalentes bem como a padronização de protocolos clínicos e cirúrgicos e a forma de medir sua eficiência e efetividade.

Eventos Adversos e ocorrências

Os profissionais são capacitados para a notificação de Eventos Sentinelas ou Ocorrências Adversas, que ocorrem nas Unidades Assistenciais e Unidades de Apoio.

Avaliação de desempenho por competência.

A avaliação de desempenho por competências é realizada no período de experiência e anualmente.

A avaliação por competência busca levantar as necessidades encontradas entre os indivíduos de cada equipe, bem como, identificar talentos presentes no serviço. A competência tem representado uma forma de repensar as relações com clientes fornecedores. Essa característica se dá devido aos aspectos que podem ser mensurados como as competências conceituais, técnicas e interpessoais. É importante ressaltar que se deve valorizar a aplicação e a síntese do conhecimento, combinando a capacidade para a resolução de problemas, habilidades técnicas, atitudes e ética de cada profissional, promovendo a melhoria constante do desempenho da organização como um todo.

As avaliações por competências são realizadas em duas situações, no período de experiência (aos 45 e 90 dias) e anualmente. Estas avaliações não se limitam a medir se os colaboradores executam as suas atividades, vai além. Trata-se de uma identificação dos pontos



que precisam ser desenvolvidos individualmente, portanto é uma ferramenta relevante para a tomada de decisão e capacitação.

Esse processo de avaliação de desempenho, com foco em competências, inicia-se com um planejamento anual da Gestão de pessoas que divide os colaboradores para avaliação mensal. O gestor direto orienta o colaborador sobre a avaliação que será realizada, entregando o impresso para que realize a autoavaliação. Feito isso, o gestor imediato realiza a avaliação do colaborador, descrevendo os pontos fortes e fracos que necessitam ser trabalhados. Após consenso avaliador/avaliado, a nota final da avaliação é calculada através de média aritmética simples das notas de cada item da avaliação.

Após a validação das competências, o colaborador ingressa no progresso regular de avaliações, ou seja, anual, conforme períodos e critérios definidos.

Cuidando do Cuidador

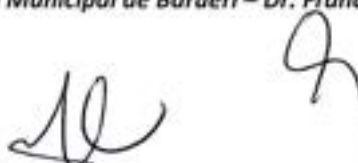
O projeto cuidando do cuidador, parte dos treinamentos sistemáticos, é realizado por um pedagogo, doutor em Práticas Transdisciplinares, que desenvolve atividades de acolhimento, desenvolvimento de liderança e humanização com os colaboradores. Tais medidas fortalecem o vínculo, a capacidade de resiliência e o trabalho em equipe entre as equipes multidisciplinares.

Ainda, há alguns temas, relacionados por categoria profissional, que são treinados sistematicamente conforme relacionado abaixo:

Áreas transversais

Módulo- Práticas integradas


Acompanhamento dos eventos sentinela e eventos adversos.
Biossegurança.
Cuidados paliativos.
Dispositivos intravasculares centrais e periféricos.



Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional.
Isolamentos/ Precauções.
Linhas de cuidado.
Plano terapêutico.
Prevenção de infecção hospitalar.
Prevenção de pneumonia.
Prevenção de quedas.
Prevenção de úlceras por pressão.
Protocolos assistenciais.
Sustentabilidade.
Técnicas de comunicação.
Terapêuticas em sintomas refratários em cuidados paliativos.
Transferência de pacientes interna e externa.

Módulo – Bioética

Bioética clínica: conceitos básicos.
Conceito de vida e morte, comitês de ética.
Saúde como direito: integralidade na atenção neurológica.
Obrigações e responsabilidades dos profissionais de saúde.



Módulo- Gestão em Saúde

Organização em saúde e suas implicações para a gestão.
Organização do trabalho em saúde e do trabalho gerencial.
Planejamento estratégico situacional, tático e operacional.
Qualidade em saúde: conceitos e ferramentas.
Acesso e continuidade do cuidado.
Melhoria da qualidade e segurança do paciente.
Construção e definição de indicadores de qualidade.

Módulo- Educação em saúde

Concepção de ensino-aprendizagem.
Escuta sensível
Interdisciplinaridade.

Módulo- Humanização

Visita aberta.
Acompanhante em tempo integral para crianças, adolescentes e idosos.
Sistema de escuta sistematizada dos trabalhadores - Pesquisa de Clima, Entrevista de desligamento.
Participação dos familiares no projeto terapêuticos dos usuários.
Projeto de capacitação dos cuidadores.
Prontuário único multidisciplinar.
Projeto terapêutico singular.
Gestor do plano de cuidados.
SAU (Serviço de Atendimento ao Usuário).
Pesquisa de opinião participativa- POP.
Pesquisa de satisfação dos usuários.
Projeto de valorização e ações de saúde dos trabalhadores-Viver Bem.

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização
e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 78



Módulo- Cuidado Seguro

Identificação do paciente.
Transferências de informações.
Reconciliação medicamentosa: admissão, transferência interna, alta.
Práticas seguras nos procedimentos cirúrgicos.
Controle de eletrólitos concentrados.
Treinamentos em segurança do paciente.
Higiene das mãos.
Prática segura na utilização de medicamentos.
Administração oportuna de antibióticos profiláticos.
Segurança em narcóticos.
Papéis e responsabilidades da equipe.
Transferência interna.

Áreas Específicas

Módulo- Área específica para corpo clínico

Conhecimento do aporte tecnológico institucional.
Atualização sobre normas e rotinas.
Atuação no plano terapêutico.
Atuação nas linhas de cuidado.
Cultura de qualidade.
Cultura de segurança.
Capacitação de liderança para gestores.
Interdisciplinaridade.

Módulo- Área específica para enfermagem

SAE- Sistematização da Assistência de Enfermagem.



Taxionomias diagnósticas, de intervenção e de resultados de Enfermagem.
Classificação de complexidade dos cuidados em enfermagem – FUGULIN.
<p>Condutas de enfermagem a pacientes com:</p> <p>Trauma Cranioencefálico (TCE)</p> <p>Trauma Raquimedular (TRM);</p> <p>Doenças Cerebrovasculares;</p> <p>Acidente Vascular Cerebral - Isquêmico (AVCI)</p> <p>Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico (AVCH);</p> <p>Malformação Arteriovenosa (MAV);</p> <p>Aneurisma Cerebral;</p> <p>Outras patologias neurológicas;</p> <p>Epilepsia;</p> <p>Tumores Cerebrais;</p> <p>Neuromiopatias;</p> <p>Síndrome de Guillain-Barré;</p> <p>Miastenia Grave;</p> <p>Hidrocefalia;</p> <p>Morte Encefálica.</p>
Condutas de enfermagem com paciente neurocirúrgico.
Cuidados com Derivação Ventricular Externa – DVE.
Farmacoterapia e condutas de enfermagem em quimioterapia.
Cuidados na administração de trombolíticos.
Cuidados na administração de medicamentos.
Cuidados com drogas de alto alerta.
Cuidados na passagem de Sondas Nasogástrica e Nasoenteral.
Cuidados na manutenção de Cateteres Venosos Centrais.
Conduta de enfermagem para a criança e o adolescente com dor.
Curativos e coberturas padronizadas.
Hemodiálise no paciente crítico.
Ventilação mecânica e gasometria arterial no paciente crítico adulto e pediátrico.
Conduta de enfermagem na administração de Hemocomponentes.
Sedação no paciente neurológico crítico adulto.

Complicações clínicas e cirúrgicas no paciente crítico adulto.
Complicações clínicas e cirúrgicas no paciente crítico infantil.
Assistência em parada cardiorrespiratória em adulto e infantil
Coleta de exames e preparo e acompanhamento do cliente para exames.
Condutas de enfermagem para termoterapia e crioterapia.
Preparo do corpo pós-morte.
Gestão de qualidade e gestão de processos.
Liderança, criatividade e comunicação na Enfermagem.
Enfermeiro como Gestor da Unidade e do Cuidado.
Prevenção e controle de sintomas em cuidados paliativos.
Assistência domiciliar.
Enfermagem Clínica.

Módulo- Área específica para Farmácia

Guia terapêutico.
Formas farmacêuticas.
Classes terapêuticas.
Vias de administração.
Dose Unitária.
Drogas de Alto Alertas.
Farmacovigilância.
Interações Fármaco X Fármaco / Interações Fármaco X Nutrientes
Garantia e controle de qualidade- Comissão Técnica de Qualificação de Fornecedores (CTQF).
Dispensação de psicotrópicos.
Descarte de resíduos/ Conferência do carro de emergência/ Dispensação de antimicrobianos.
Preparo de medicamentos.
Farmácia clínica e segurança do paciente.
Logística em farmácia hospitalar.
Gestão em farmácia hospitalar.
Análise farmacoterapêutica.



Módulo- Área específica para Serviço Social

Interfaces entre questão social, adoecimento e tratamento.
Pressupostos para a sistematização das práticas dos assistentes sociais em clínicas cirúrgicas.
Pressupostos para a sistematização das práticas dos assistentes sociais em especialidades clínicas.
Intervenção em cuidados paliativos.
Atividades do Serviço Social com grupos, na perspectiva de garantia de direitos sociais da população usuária do SUS.
Apoio psicossocial e acolhimento de paciente e/ou famílias em situação de urgência/emergência.
Localizar familiares de pacientes, dar suporte, acolher, mediar informações e providenciar onde familiares vão permanecer durante o período de internamento. Disponibilizar Casa de Apoio.
Orientações quanto aos direitos sociais e encaminhamentos às redes de referência do município e região.
Atendimento psicossocial aos familiares de pacientes da UTI com grupo de apoio semanal.
Programação de alta hospitalar juntamente com os familiares, visando adequação do domicílio segundo a necessidade do paciente.
Comunicar alta hospitalar e solicitar transporte adequado.
Realizar visita ao domicílio do paciente para inclusão no programa de atenção domiciliar.

Módulo- Área específica para Psicologia

Avaliação de funções cognitivas como memória, linguagem, percepção visual e auditiva, atenção, orientação temporo espacial, motricidade.
Exame clínico e exames de neuroimagem.
Anamnese familiar/ou responsável para coleta de dados sobre o paciente antes da internação e avaliação de situação e suporte familiar.
Identificar alterações cognitivas visando elaboração do plano de tratamento e/ou reabilitação.



Avaliar o paciente através de instrumentos psicológicos – testes específicos, questionários – Avaliação de alterações cognitivas e comportamentais e capacidades preservadas.
Principais déficits em lesões neurológicas: alteração do nível de consciência, alterações cognitivas, emocionais e comportamentais, déficit motor, de sensibilidade, mobilidade, fala e linguagem, alterações dos sentidos.
Elaboração e início do plano de reabilitação.
Avaliação psicológica das repercussões emocionais em função das mudanças causadas pelas limitações impostas pela lesão ao paciente e sua família.
Avaliação do estado emocional do paciente, observando autoestima, percepção de si, expectativas, motivação, engajamento em relação à reabilitação, entre outros, e acompanhamento psicológico durante internação.
Dor em crianças: aspectos psicológicos.
Acompanhamento da família e paciente na transição Hospital – Domicílio, visando organizar e estimular continuidade do seguimento de acompanhamento psicológico terapêutico e de reabilitação.
Cuidados paliativos.

Módulo- Área específica para Nutrição

Bases teóricas da terapia nutricional.
Terapia nutricional aplicada ao paciente clínico e cirúrgico.
Abordagem farmacológica da nutrição parenteral.
Avaliação nutricional.
Abordagem nutricional ao paciente em tratamento clínico e cirúrgico.
Manipulação de fórmulas lácteas e enterais.
Terapia nutricional ao paciente em cuidados paliativos.
Terapia nutricional enteral e parenteral.
Terapia nutricional a pacientes de atenção domiciliar.

Módulo- Área específica para Fisioterapia

Avaliação fisiofuncional.



Reeducação respiratória e diafragmática.
Técnicas de reexpansão pulmonar.
Técnicas de desobstrução brônquica.
Técnica de desinsuflação pulmonar.
Suporte ventilatório, monitoração respiratória e desmame.
Fisioterapia em terapia intensiva e unidade pós-operatória em neurocirurgia.
Treinamento muscular respiratório.
Treinamento na síndrome do desconforto respiratório agudo.
Fisioterapia em cuidados paliativos.
Cinesioterapia motora e controle postural.
Ventilação mecânica invasiva e não invasiva.

Módulo- Área específica para Fonoaudiologia

Diagnóstico precoce de sintomas de distúrbios fonoaudiológicos.
Intervenção nos distúrbios de comunicação adquiridos durante a internação.
Condutas precoces e preventivas para evitar possíveis danos nos processos fonatórios e cognitivos.
Retorno para alimentação por via oral.
Reabilitação dos órgãos envolvidos com o sistema fonatório.
Restabelecimento das funções orais.
Orientar aqueles não elegíveis ao atendimento fonoaudiólogo hospitalar.

Indicadores de Treinamento

O gerenciamento dos indicadores de treinamento demonstra que os índices são favoráveis para avaliação quantitativa dos dados, porém ainda é um grande desafio para a EPM desenvolver uma avaliação que envolva os resultados qualitativos diretamente relacionados à mudança de comportamento e atitudes na prática assistencial. O indicador de treinamento da EPM é realizado por meio da seguinte fórmula:

Indicadores de Treinamento

$$\frac{[(\text{N}^\circ \text{ de funcionários no curso 1} \times \text{carga horária curso 1}) + (\text{N}^\circ \text{ de funcionários no curso 2} \times \text{carga horária curso 2}) \times 1000]}{(\text{N}^\circ \text{ de horas/homem trabalhadas})}$$

Nº de horas/homem trabalhadas: é o número total de colaboradores da equipe de enfermagem pelo número de horas previstas para cada um, em contrato de trabalho. Os dados são coletados mensalmente e analisados. As metas de horas de treinamento da equipe de enfermagem são analisadas e determinadas anualmente e acompanhadas pela Diretoria responsável.

Referências

- Sala A, Carro ARL, Corrêa AN, Coelho Jr. C, Seixas PHD, Maeda, ST. Parâmetros para o planejamento e dimensionamento da força de trabalho em hospitais gerais. Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. São Paulo: Observatório de Recursos Humanos em Saúde de São Paulo; 2006 [acesso em 31 jan. 2014]. Disponível em http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/SES-SP/Parametros_planejamento.pdf.
- Nogueira SM. A andragogia: que contributos para a prática educativa? [acesso 11 fev 2014] Disponível em: <http://goo.gl/eIU2hR>
- Mitre SM, Siqueira-Batista R, Girardi-de-Mendonça JM, Moraes-Pinto NM, Meirelles CAB, Pinto-Porto C et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. Ciênc. saúde coletiva 2008; 13(Suppl 2): 2133-44.
- Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução Nº 4, DE 6 DE ABRIL DE 2009. [acesso em 20 fev 2014] Disponível em: http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/rces004_09.pdf
- Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Interessado: MEC/Consultoria Jurídica-CONJUR/Coordenação Geral de Assuntos Contenciosos
- UF: DF. Assunto: Defesa prévia da União na Ação Civil Pública 2004.34.00.002888-01/5ª VF/DF, proposta pelo Conselho Federal de Enfermagem-COFEN [acesso em 20 fev 2014] Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/2004/CEB09.pdf>
- Costa CRBSF, Siqueira-Batista R. As teorias do desenvolvimento moral e o ensino médico: uma reflexão pedagógica centrada na autonomia do educando. Rev Bras Edu Méd 2004;28(3):242-50.

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 85



1.2.2. PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DO HOSPITAL MUNICIPAL DE BARUERI – DR. FRANCISCO MORAN

Conforme solicitado no Edital Supri/ N°004/2022, apresentamos proposta de Regimento Interno para o Hospital Municipal de Barueri Dr. Francisco Moran, (anexo 01)

Ressaltamos, que sendo o Regimento um instrumento que regula as ações em todas as esferas do Hospital, e considerando ser um modelo de Regimento Interno, o mesmo poderá ser melhor adequado às necessidades e a lógica operacional do Hospital e revisado sempre que necessário, caso a SPDM seja a vencedora do certame licitatório.



1.2.3. PROPOSTA DE REGIMENTO DO CORPO CLÍNICO

Conforme solicitado no Edital Supri/ Nº004/2022, apresentamos proposta de Regimento do Corpo Clínico para o Hospital Municipal de Barueri Dr. Francisco Moran, (anexo 02).

Ressaltamos, que sendo o Regimento um instrumento que regula as ações em todas as esferas do Corpo Clínico, e considerando ser um modelo de Regimento do Corpo Clínico, o mesmo poderá ser melhor adequado às necessidades e a lógica operacional do Hospital e revisado sempre que necessário, caso a SPDM seja a vencedora do certame licitatório.

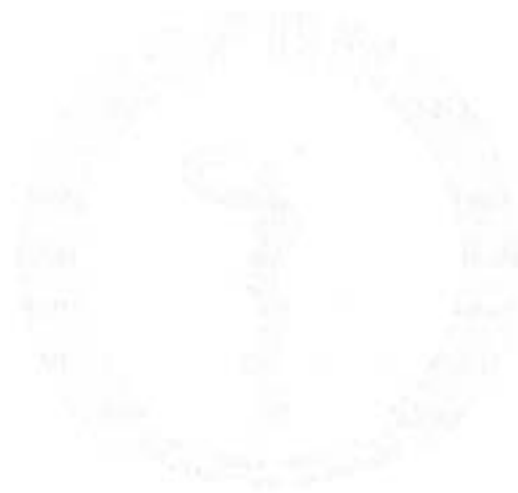


1.2.4. PROPOSTA PARA REGIMENTO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

Conforme solicitado no Edital Supri/ Nº004/2022, apresentamos proposta de Regimento do Serviço de Enfermagem para o Hospital Municipal de Barueri Dr. Francisco Moran, (anexo 03).

Ressaltamos, que sendo o Regimento um instrumento que regula as ações em todas as esferas do Serviço de Enfermagem, e considerando ser um modelo de Regimento do Serviço de Enfermagem, o mesmo poderá ser melhor adequado às necessidades e a lógica operacional do Hospital e revisado sempre que necessário, caso a SPDM seja a vencedora do certame licitatório.





ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O
DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA
"DESENVOLVENDO A SAÚDE E A EDUCAÇÃO"

1.3. IMPLANTAÇÃO DE PROCESSOS

1.3 IMPLANTAÇÃO DE PROCESSOS

IMPLANTAÇÃO DE PROCESSOS DAS UNIDADES ASSISTENCIAIS:

A gestão de processos permite identificar o conjunto de atividades capaz de gerar maior valor ao usuário/cliente que recebe um produto ou serviço, integrar e orientar para resultados as várias unidades organizacionais e auferir recursos e desenvolver competências para a consecução dessas finalidades. A orientação baseada em processos envolve a preocupação constante com a otimização, a partir da incorporação crescente de tecnologias informacionais na busca de melhorias incrementais (orientação típica da qualidade) ou de redefinições radicais (orientação típica da reengenharia), tendo em vista alcançar ou superar padrões referenciais de desempenho (benchmarks) na satisfação das partes interessadas.

A análise de processos é realizada por meio do mapeamento dos processos e é fundamentada na gestão da mudança. Assim, através do mapeamento, os gestores passam a ter maior visibilidade dos processos executados na instituição, de forma a verificar as deficiências e buscar as melhorias.

Implantação

1. Análise detalhada do processo de realização de cada unidade;
2. Adequação de instrumentos e procedimentos documentados para a realização do cuidado;
3. Implantação do modelo de gestão da SPDM;
4. Implantação do modelo assistencial da SPDM;
5. Realização periódica de pesquisa de satisfação do cliente interno e do cliente externo da unidade;
6. Realização de auditorias internas em intervalos planejados para verificação da conformidade com as disposições planejadas e estabelecidas pela SPDM;
7. Medição e acompanhamento contínuo dos produtos e processos da Unidade;
8. Realização periódica da análise crítica completa e detalhada pela alta Direção.



1.3.1. MANUAL DE PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS

O suporte teórico e padronizado fornecerá o melhor exercício profissional visando erradicar imperícia, negligência ou imprudência, podendo ocasionar danos aos clientes, situações legais e éticas aos profissionais e descrédito da classe pela sociedade.

Os Procedimentos Assistenciais também conhecidos como Procedimento Operacional Padrão (POP), são meios de comunicação com os profissionais que executam diariamente técnicas e procedimentos no cuidado direto aos pacientes e favorecem a padronização de condutas. Portanto, são documentos imprescindíveis para a realização da assistência em qualquer instituição de saúde que preza pela qualidade e segurança do cuidado, visto que tem como propósito organizar, padronizar, orientar e comunicar a estrutura e o funcionamento da instituição ou serviço, além de obter uniformidade e redução de custos. Deve obedecer a critérios técnicos, considerando normas e legislação de cada profissão envolvida (MATSUDA, 2010).

Desvantagens também são apontadas sobre o uso de protocolos de assistência, mas a maior parte é decorrente do não atendimento às recomendações de construção de protocolos ou do desconhecimento dos princípios da prática baseada em evidências. O protocolo, terá segurança teórica e prática que justifique sua decisão. A prática baseada em evidências alicerça-se nos princípios: trabalhar com as melhores evidências disponíveis, considerar a experiência do profissional, a realidade local e a preferência do cliente. Assim, não é alienada das condições da realidade, mas propõe que a literatura científica de boa qualidade seja o grande apoio para a tomada de decisão sobre o cuidado.

A existência de protocolo não anula a autonomia profissional – o profissional é sempre responsável pelo que faz ao utilizar ou não um protocolo. Ao optar por não seguir um protocolo institucional, o profissional deve ter bem claro as razões para não fazê-lo, quais evidências científicas dão suporte à essa decisão e compreender que responderá individualmente por sua conduta. Se seguir um protocolo institucional também continuará sendo responsável pelo que faz, mas nesse caso tem o endosso da instituição para fazê-lo.



Protocolos de assistência orientam o cuidado, não orientam questões relacionadas à gestão administrativa ou política.

Definições operacionais

Os padrões assistenciais podem estar descritos em formato de protocolo e ou procedimento assistencial, contendo os requisitos mínimos para determinado cuidado a ser prestado, baseado em evidências científicas e ou na melhor informação disponível. Essencialmente a descrição dos Procedimentos Assistenciais tem como objetivos:

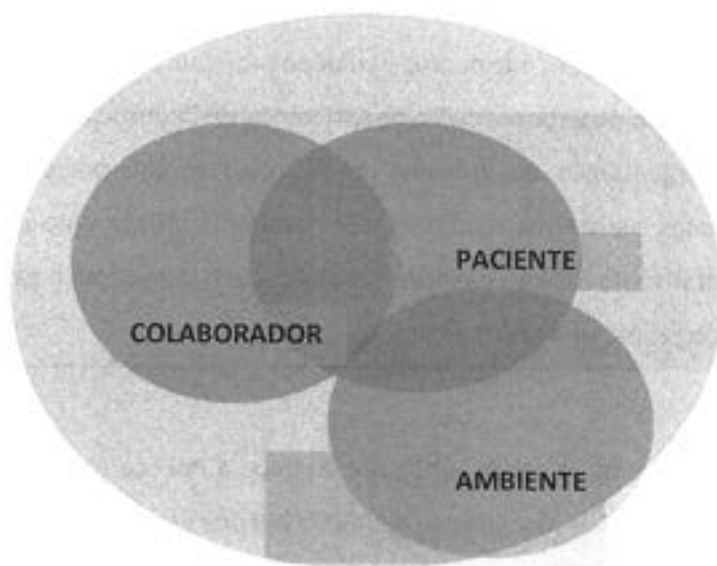
Promover a uniformidade e padronização das condutas e a tomada de decisão pela equipe assistencial garantindo:

- Prevenir e controlar sistematicamente a ocorrência de eventos adversos promovendo a cultura de segurança organizacional;
- Estabelecer e disseminar os requisitos para a segurança do paciente, do colaborador e do meio ambiente;
- Fortalecer a comunicação entre os profissionais;
- Evitar o desperdício de recursos humanos, materiais e tempo, com foco na otimização; dos processos assistenciais e na sustentabilidade organizacional e ambiental;
- Direcionar as ações e conteúdos para as capacitações profissionais;
- Facilitar a conformidade, definindo o padrão ou especificações para medição de qualidade e controle;
- Incentivar cuidados equitativos removendo o viés de conhecimento durante a capacitação, execução e educação, promovendo comunicação assertiva entre pacientes, familiares e profissionais de saúde;
- Melhorar o comportamento, habilidades e conhecimento pessoal e promover mudança de atitude;
- Na perspectiva de modelo de melhoria, um procedimento assistencial documentado fornece a fundamentação para que práticas atuais e anteriores possam ser comparadas, as alterações de melhoria podem ser feitas e os benefícios avaliados e mensurados.



A padronização das rotinas racionaliza a prática e conseqüentemente aumenta a segurança do cuidado, sendo que neste processo é fundamental que o enfermeiro monitore as ações assistenciais de sua equipe tendo como base a visão de integralidade do paciente (ALMEIDA et al., 2011).

Procedimentos Assistenciais. Estabelecer e disseminar os requisitos para a segurança do paciente, colaborador e do ambiente.



Consideramos as competências legais, técnicas e éticas, visto que nem tudo que está regulamentado, o profissional está apto a fazer, porque esta aptidão relaciona-se à competência técnica e não à competência legal, e a atividade somente deve ser executada se houver competência técnica para executar. O profissional de enfermagem responde por toda ação por ele praticada, ficando sujeito às penalidades legais e éticas previstas na Lei do Exercício Profissional n° 7.498/1986, no seu decreto regulamentador (Decreto n° 94.406/1987) e Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, Resoluções do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e demais legislações de Enfermagem.

Dois sinais de assinatura manuscritos em tinta preta, localizados na parte inferior esquerda da página.

Procedimentos/Rotinas

São descrições minuciosas da **execução de um cuidado** de enfermagem direto (assistencial) ou indireto. Detalham os passos a serem executados e os materiais a serem utilizados. Devem ser elaborados dentro dos princípios da prática baseada em evidências.

A Resolução COFEN n° 358/2009, estabelece no artigo 1° “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”. Esta resolução amplia o conceito de Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) considerados como forma de organização do trabalho profissional. A SAE pressupõe a organização de procedimentos assistenciais, protocolos, normas e rotinas cuja elaboração e descrição devem pautar-se no uso das melhores evidências em saúde com a garantia da segurança do paciente, do profissional e do ambiente.

Sobre a Segurança do Ambiente citamos a Política Ambiental do COFEN 04/2013 baseado na ISO 14.001, documento da ABNT NBR que especifica os requisitos de um sistema de gestão ambiental e em legislações vigentes Resolução RDC Nº 306, de 7 de Dezembro de 2004, dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. A lei 12.305/2010 que institui a Política Nacional de Resíduos Sólidos, buscando otimizar o uso de recursos e impacto ambiental e promover mudança de atitude, com foco na sustentabilidade. É importante identificar o descarte apropriado de resíduos sólidos de saúde como substâncias, objetos e líquidos, cujas particularidades tornem inviável o seu lançamento na rede pública de esgotos. A Resolução COFEN 303/2005 proporciona ao enfermeiro ser responsável sobre o plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde (PGRSS). Neste contexto, é de suma importância descrever, alertar e indicar no procedimento assistencial o descarte correto de resíduos com potencial presença de agentes biológicos, substâncias químicas, radionuclídeos e materiais perfuro-cortantes minimizando os resíduos gerados após exercício da função e diminuindo riscos de infecção cruzada e ambiental. Estas diretrizes supracitadas podem ser usadas para nortear a elaboração dos processos e Procedimentos Assistenciais nos seguintes aspectos:



- Fornecer boas práticas para elaboração de Procedimentos Assistenciais nas instituições hospitalares, considerando o impacto dos riscos e danos ao paciente, profissional e ambiente na qualidade e segurança do cuidado.
- Conscientizar os enfermeiros sobre a importância do monitoramento dos documentos que padronizam os procedimentos assistenciais.
- Apresentar informações que possibilitam aos enfermeiros analisarem criticamente os modelos utilizados atualmente pelas instituições de saúde.

Elementos para elaboração e apresentação de Procedimentos Assistenciais
Considerar a participação sistemática e colaborativa dos profissionais que executam o procedimento, solicitando análise crítica durante a elaboração do documento com o objetivo de mitigar a violação das etapas descritas. (ANVISA, 2017). O conteúdo deve ser claro, objetivo e confiável.

A organização tem o dever de informar sobre um procedimento novo ou revisado, e garantir a implementação, além de medir os resultados. Investir em ações de capacitação e de disseminação das informações, para garantir que o profissional esteja habilitado e qualificado na execução do procedimento (SCARTEZINI, 2009). A atualização deve ser periódica e com visão qualitativa e não somente temporal, considerando nova demanda e/ou atualização da prática assistencial baseada em evidência, padrões de acreditação e certificação de qualidade, além de ocorrência de eventos adversos com impacto nos indicadores de qualidade assistencial. A descrição do Procedimento Assistencial requer reuniões de validação, revalidação, consenso e parecer de especialista. Deve ter data de criação e prazos estabelecidos para atualização e revisão, assim como os responsáveis por essas ações. Recomenda-se uma base de dados informatizada com guarda do histórico de todas as revisões e aprovações e controle automático das versões. Os procedimentos não podem por si mesmos, garantir a segurança. A segurança é promovida por pessoas habilitadas a julgar quando e como (e quando não) adaptar os procedimentos as circunstâncias locais.



Aspectos legais relacionados ao uso de protocolos na enfermagem

Os **protocolos** institucionais, após aprovados pelos Responsáveis Técnicos dos profissionais envolvidos serão divulgados, e estando os profissionais treinados para seu uso, passam a ter efeito de norma, cabendo a estes o compromisso pelo seu cumprimento.

Para efeitos deste manual, entende-se por responsabilidade técnica o previsto na Resolução COFEN - 302/2005.

O profissional de enfermagem responde por toda ação por ele praticada, ficando sujeito às penalidades legais e éticas, previstas na Lei do Exercício Profissional (LEP) e Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE).

Os **Protocolos** de enfermagem podem envolver quatro situações:

Protocolo cujo tema é de enfermagem e a atuação dos profissionais de enfermagem está prevista na Lei do Exercício Profissional. Nesse caso, a responsabilidade pela elaboração, implementação e aprovação é exclusiva da Enfermagem, e deve ser aprovados pela(o) enfermeira(o) Responsável Técnica(o) dos Serviços de Enfermagem.

Protocolo cujo tema de atuação é multiprofissional e as ações de enfermagem estão amparadas na Lei nº 7.498/86 que regulamenta o Exercício Profissional de Enfermagem. Nesse caso, a responsabilidade pela elaboração, implementação e aprovação é dos grupos profissionais envolvidos, e devem ser aprovados pelos responsáveis técnicos de cada profissão e pelo dirigente máximo da instituição. Exemplo disso são os **protocolos** de Atenção Básica à Saúde, regulamentados pelas Portarias do Ministério da Saúde, descritas abaixo.

Elementos para a elaboração e apresentação de protocolos

Protocolos devem ter boa qualidade formal, serem de fácil leitura, válidos, confiáveis, terem conteúdo baseado em evidências científicas, serem corretamente utilizados e comprovadamente efetivos. Tudo isso implica em rigoroso processo de construção, adaptação à realidade local e implementação, além de seguimento por meio de indicadores de uso (processo) e efetividade (resultado).



A Organização Mundial da Saúde (OMS) e outros órgãos, nacionais e internacionais, vêm elaborando critérios para a avaliação e construção de **protocolos** de assistência/cuidados. A seguir, apresentaremos síntese desses critérios, tendo como base documentos desses órgãos.

Origem: identificar claramente a instituição/departamento que emite o **protocolo**. Se esse tratar de ação específica de enfermagem, a aprovação deve ser do Enfermeiro Responsável Técnico do Serviço de Enfermagem. Se multiprofissional, todos os Responsáveis Técnicos pelas diferentes profissões envolvidas e o dirigente da instituição devem aprová-lo. Essas aprovações devem constar no **protocolo**.

Objetivo: informar claramente a(s) situação (es) e as categorias de pacientes para a(s) qual(is) o **protocolo** foi organizado, assim como o grupo de profissionais que o implementará. Por exemplo, um **protocolo** intitulado “Cuidados com Feridas” é muito menos específico do que outro intitulado “Cuidado com Úlceras Venosas e Arteriais”. O primeiro envolverá uma gama de possibilidades como: feridas pós-cirúrgicas, úlceras arteriais, úlceras por pressão, úlceras venosas, feridas por lesões traumáticas, entre outros, e exigirá grande habilidade do grupo elaborador do **protocolo** para não omitir alguma das diversas possibilidades de feridas e tratamentos. No primeiro caso, a revisão da literatura será muito ampla, visto a variabilidade de lesões e a síntese das evidências bastante complexa. No segundo caso, as situações são mais circunscritas, a revisão bibliográfica é mais específica e a síntese mais tangível.

Grupo de desenvolvimento: incluir os grupos profissionais especialistas e relevantes na área e usuários finais. Incluir profissionais com experiência em metodologia de pesquisa científica, em busca de evidências, análise crítica da literatura científica e análise de custo-efetividade. Para a busca e análise da literatura existem procedimentos, hoje considerados imprescindíveis e muito bem descritos, que orientam os profissionais nessa tarefa

Conflito de interesse: refere-se a aspectos de cunho comercial, econômico/financeiro, ideológico, religioso e político. A declaração de conflito de interesse deve constar de todas as instituições de provisão de recursos e profissionais que elaboraram e reviram o protocolo.



Evidências: derivam da busca e análise sistemática das evidências científicas, que justificam as ações propostas. O **protocolo** deve conter a descrição da estratégia de busca da evidência (estratégia de revisão da literatura), gradação da força da recomendação das evidências identificação do percentual de recomendações baseadas em evidências, identificação das informações oriundas da opinião de especialista, considerações sobre segurança das ações e mau uso potencial em diferentes cenários e localização; custo-efetividade e escassez potencial de recursos. No item 6 deste Guia, síntese desses procedimentos está descrita, bem como estão indicados *sites* e textos para que os profissionais possam adquirir habilidades nessa área.

Revisão: conter revisão por revisor externo ao grupo elaborador, aprovação do documento pelos membros do grupo de desenvolvimento do **protocolo** e diretivo da instituição e plano de atualização. A atualização pode ser periódica (dentro do limite de tempo proposto, geralmente dois anos), instantânea (sempre que o grupo elaborador recuperar informação impactante que exija mudanças fundamentais) e devido a incorreções (percebidas pelo público leitorou outros profissionais), que deverão ser inseridas a qualquer momento. Local para comentários/objeções/correções ao **protocolo** deve estar disponível e ser de fácil acesso e aberto a profissionais e usuários.

Fluxograma: é a representação esquemática do fluxo de informações e ações sobre determinado processo que subsidia a avaliação e a tomada de decisão sobre determinado assunto. É a representação esquemática de um **protocolo**. Fluxogramas, para serem de compreensão fácil e rápida, devem ser específicos.

Indicador de resultado: é uma variável resultante de um processo, capaz de sintetizar ou representar o que se quer alcançar, dando informações sobre uso, eficácia e efetividade de uma ação/**protocolo**. Indicadores precisam ser válidos (medir o que se pretende medir) e confiáveis (serem estáveis, reproduzíveis). O monitoramento de indicadores deve ser atividade planejada e sistemática, para permitir a detecção de falhas e a implantação de melhorias. O monitoramento e divulgação de resultados torna a atenção à saúde mais transparente aos profissionais, pacientes e órgãos gestores públicos e privados, auxiliando os usuários na escolha dos serviços e os gestores na alocação de recursos.



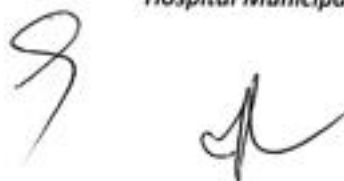
Validação pelos profissionais que utilizarão o **protocolo** é importante para garantir que o mesmo seja aceito e utilizado. Pode ser realizada pela inclusão de profissionais da instituição no grupo elaborador do **protocolo**, sem prejuízo de participação de autoridades no tema, sendo recomendável uma validação externa.

Validação pelo usuário: o uso de **protocolos** de assistência tem como premissa a participação dos usuários dos serviços no processo de tomada de decisão, que pode ser maior ou menor, dependendo do tipo de **protocolo**, serviço e organização dos usuários e para permitir e legitimar a sua participação, o **protocolo** deve estar disponível aos interessados, de forma estruturada e organizada, para consulta e manifestação. O grupo elaborador deve considerar em qual etapa do processo a participação dos usuários é viável, desejável ou fundamental. A participação pode ocorrer durante a fase de elaboração, especialmente no caso de **protocolos** de saúde pública, mas não exclusivamente, ou no momento do seu uso, quando se indaga ao usuário qual sua preferência frente a duas opções disponíveis de cuidado. Essa decisão pode ser individual ou familiar.

Protocolos que envolvem práticas para grupos de usuários que se organizam em associações, como os renais crônicos, por exemplo, podem ser submetidos a essas associações. Quando não organizados, grupos focais de usuários da instituição podem ser formados, com a coordenação dos responsáveis pela elaboração do **protocolo**. Nos serviços públicos, podem ser discutidos dentro dos conselhos gestores.

Usuários de serviços de saúde, da rede de atenção básica ou hospitalar, têm apresentado importante mudança de perfil: são mais questionadores e solicitam dos serviços e profissionais condutas mais claras e informações mais precisas sobre os tratamentos aos quais estão sendo submetidos. Tal mudança é positiva e deve ser estimulada, pois aumenta a segurança dos processos e a aderência às orientações/tratamentos.

Plano de implantação: apresentar plano de implantação e divulgação. O plano de implantação deve prever treinamento de todos que utilizarão o **protocolo**. A divulgação deve ser feita nos *sites* oficiais, canais de divulgação, cursos, seminários e disponibilizadas



eletronicamente.

Revisão sistemática da literatura: a base dos protocolos de assistência

A revisão de literatura, entendida como busca e análise crítica das publicações, é etapa estratégica na elaboração de **protocolos**. Encontrar as melhores evidências sobre o assunto proposto será fundamental para a construção de **protocolos** consistentes. Há diferentes tipos de revisão de literatura.

A *revisão narrativa* caracteriza-se pelo estudo e apresentação de um tema de interesse científico, de conceitos fisiopatológicos e de opinião. É importante para o leitor adquirir e atualizar o conhecimento sobre uma temática específica em intervalo de tempo curto, mas, por não ter estratégia de busca padronizada e critérios de inclusão e análise da literatura pré-definidos, não é reprodutível, e o leitor não tem como avaliar criticamente sua validade. Se a análise da literatura não é sistemática, as informações podem ser incompletas, tendenciosas e as conclusões, sem força de evidência conhecida. Artigos de atualização, capítulos de livros, introdução de teses, consensos, entre outros, são exemplos de revisão narrativa e estão situados na base da pirâmide de hierarquia de evidência (menor evidência).

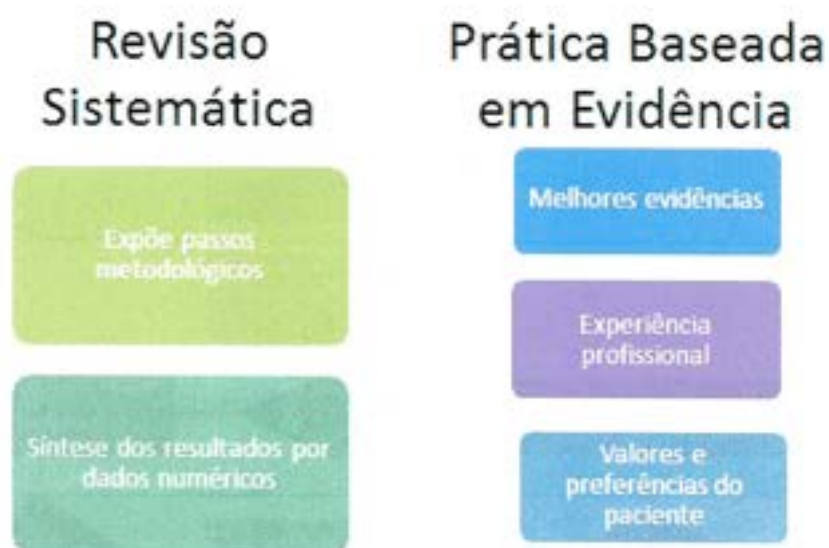
Revisão sistemática: é o uso de métodos rigorosos e explícitos de busca sistemática da literatura, análise crítica dos estudos e síntese da informação disponível sobre determinado tema. O produto final dessa revisão é um resumo dos achados, classificados de acordo com o nível de evidência e grau de recomendação.

Revisões sistemáticas da literatura devem apoiar a construção de protocolos. Algumas vezes consensos, artigos de atualização ou teses, especialmente quando contêm muitas citações bibliográficas, parecem revisões sistemáticas, mas não são. Revisão sistemática descreve minuciosamente a estratégia de busca da literatura, as pesquisas identificadas e incluídas, os critérios para inclusão e exclusão das mesmas, a análise da sua qualidade e a síntese dos seus resultados, e caracterizam a qualidade da evidência dos resultados. O risco de omissões de artigos ou posições tendenciosas fica diminuído.



As revisões sistemáticas com estudos com características semelhantes podem agrupar os resultados dos diferentes estudos, o que possibilita a realização de nova análise estatística, denominada de metanálise.

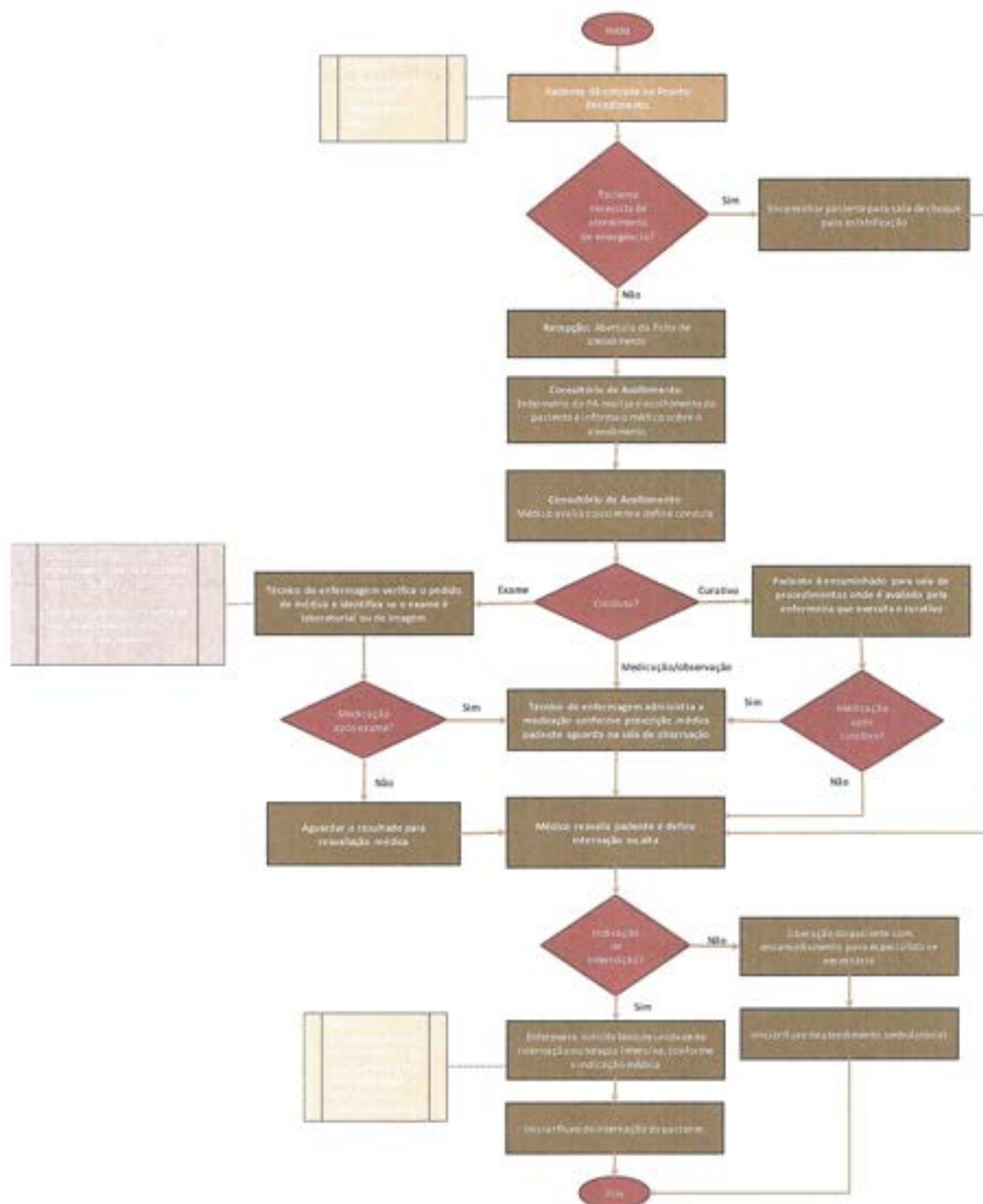
Figura: Componentes centrais da Prática baseada em evidência e da Revisão sistemática



Fonte: MATUOKA, J. Enfermeira do Hospital Universitário da USP. Mestranda pela Escola de Enfermagem da USP, 2013.

9 4

Figura. Fluxograma de Admissão no Pronto Atendimento,



As principais vantagens em se utilizar fluxogramas como guias visuais para o cuidado de enfermagem são:

- Apresenta visão global do processo;
- Uso de simbologia simples com padronização da comunicação;
- Identifica ciclos de retrabalho e conflitos no processo;
- Definição clara dos limites de atuação, das ações a serem executadas e dos responsáveis;
- Útil no treinamento de novos profissionais.





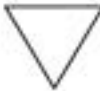




São cuidados essenciais na confecção de fluxogramas:

- Ser realizado após a elaboração do **protocolo**;
- Ser feito pelos profissionais que participaram da elaboração do **protocolo**;
- As representações devem ser simples e de compreensão rápida, e todos os passos devem estar conectados, com início e fim bem delineados e definidos;
- As instruções não podem ser redundantes nem subjetivas, levando a interpretações diversas;
- O fluxograma deve ser testado, passo a passo, antes de sua liberação para o uso.

Os fluxogramas devem obedecer a um padrão que permita uma comunicação clara, utilizando os seguintes símbolos para sua confecção, conforme o quadro 5:

Two handwritten signatures in black ink, one on the left and one on the right, positioned below the footer text.

Quadro 5.

	Indica início e fim do processo.
	Indica a ação.
	Indica momentos de tomada de decisão (questionamento) – respostas devem estar nas arestas da figura.
	Indica documentos ou relatórios que apoiam o processo.
	Indica arquivos que podem ser acessados para consolidar o processo.
	Conecta o processo com outros processos ou indica continuação (quando ocupa mais de uma folha).
	Indica direções a serem seguidas.
	Indica caminho a ser seguido.
	Conecta a uma caixa explicativa.

Simbologia padrão para confecção de fluxogramas podem ser descritivos, usados para processos mais simples, que envolvam poucas ações e setores ou globais, que demonstram além das decisões e ações tomadas ao longo do processo, outros setores/profissionais envolvidos.

Para representar o protocolo a equipe elaboradora pode usar a estratégia 5W2H (*What/O que; When/Quando; Where/Onde; Who/Quem; Why/Por que; How/Como; How much/Quanto*). No fluxograma, não existe a necessidade de todas essas questões estarem representadas graficamente, mas seu uso durante a elaboração evita o esquecimento de etapas do processo.



Considerações Finais

O **Manual para Construção de Protocolos Assistenciais** é um auxiliador nas atividades que visa o aperfeiçoamento do trabalho dos profissionais de enfermagem. Sintetizado em preceitos éticos e legais da Enfermagem e corroboram para a melhor assistência em saúde.

Estabelecendo limites de ações e cooperação entre os diversos profissionais e minimizando a rivabilidade de informações e condutas entre os membros da equipe de saúde. Portanto, seguir os protocolos, sejam eles, bem definidos, direcionados, implementados e avaliados, previnem e minimizam os riscos, norteados através do monitoramento de ações de melhorias e promoção a saúde que reduzem o risco de dano desnecessário associado ao cuidado.

Bibliografias Consultadas

Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. **Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências.** Disponível em:<
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm>. Acessado em: 10 nov. 2013.

Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Disponível em:<
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acessado em: 10 nov. 2013.

Portaria nº 1.625 de 10 de julho de 2007. **Altera atribuições dos profissionais das Equipes de Saúde da Família - ESF dispostas na Política Nacional de Atenção Básica.** Disponível em:<
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1625_10_07_2007.htm>.
Acessado em: 10 nov. 2013.

Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).** Disponível em:<
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.htm>.
Acessado em: 10 nov. 2013.



COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 358/2009. 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 e dá outras providências.** Disponível em:<http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.htm>. Acessado em: 20 dez. 2013.

Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 95/1997. Dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiro.** Disponível em:<http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-1951997_4252.htm>. Acessado em: 20 dez. 2013.

Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº159/1993. Dispõe sobre a consulta de Enfermagem.** Disponível em:<http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-1591993_4241.htm>. Acessado em: 20 dez. 2013;

CRUZ, D. A. L.M.; PIMENTA, C.A.M. Prática baseada em evidências, aplicada ao raciocínio diagnóstico. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2005, vol.13, n.3, pp. 415-422.

GALVÃO, C. M.; SAWADA, N. O. Prática baseada em evidências: estratégias para sua implementação na enfermagem. *Rev. Bras. Enferm.*, v.56, n.1, p.57-60. 2003

MOURA, G.M.S.S., *et al.* Construção e implantação de dois indicadores de qualidade de enfermagem. *Rev. Gaucha de Enferm.*, v.30, n.1, p. 136-40, 2009.



1.3.2 MANUAL DE ROTINAS ADMINISTRATIVAS PARA FATURAMENTO DE PROCEDIMENTOS

Conforme solicitado no Edital Supri/Nº 004/2022, apresentamos a seguir proposta de Manual de Rotinas para o Hospital Municipal de Barueri Dr. Francisco Moran, que nortearão as rotinas da gestão da Unidade de Faturamento.

Importante ressaltar que o Manual de Rotinas ora apresentados poderão sofrer adequação de acordo com as necessidades operacionais do Hospital caso a SPDM seja a vencedora desse certame.

UNIDADE DE FATURAMENTO

1 OBJETIVO

Garantir o faturamento através da apresentação ao SUS de todas as informações relacionadas aos atendimentos e procedimentos realizados no âmbito de internação hospitalar e ambulatorial.

2 APLICAÇÃO

Aplica-se a todos os colaboradores do Faturamento.

3 RESPONSABILIDADE

Da Gerência Administrativa o conhecimento e aprovação.

Da Unidade de Faturamento a revisão e o cumprimento.



4 DESCRIÇÃO DA ROTINA

Conforme diretrizes do Ministério da Saúde/ Sistema único de Saúde, todos os serviços assistenciais prestados aos pacientes, bem como materiais e medicamentos devem ser faturados. As informações são colhidas do prontuário médico, sendo assim importante a organização e preenchimento de todos os impressos que fazem parte do prontuário.

I. ROTINA DE RECEBIMENTO DE PRONTUÁRIO DO SAME

AÇÃO
Receber os Prontuários Médicos codificados, através de protocolo próprio
Conferir os prontuários recebidos
Verificar o preenchimento do Laudo de AIH-Autorização de Internação Hospitalar que está codificado e emitida a numeração de AIH pela unidade internação (SAME)
Encaminhar aos faturistas



II. ROTINA DE DIGITAÇÃO DE CONTA HOSPITALAR

AÇÃO
Utilizar Programa de digitação SISAIH/SUS (Programa de Apoio a Entrada de Dados das Autorizações Hospitalares - AIH)
Obedecer a inserção dos dados conforme o programa
Ao finalizar a digitação imprimir relatório de críticas
Imprimir a conta hospitalar
Solicitar à assinatura do diretor clínico

III. ROTINA DE FECHAMENTO DE FATURAMENTO AIH (Autorização de Internação Hospitalar)

AÇÃO
Utilizar Sistema de digitação SISAIH/ SUS
Processamento - Consistir produção e apurar prévia
Salvar o arquivo de fechamento
Imprimir relatório do Sistema SIH/DATASUS - Protocolo de Remessa e enviar o documento assinado via malote para a Secretaria Municipal
Enviar o arquivo do fechamento para Secretaria Municipal via e-mail
Arquivar o protocolo após devolução

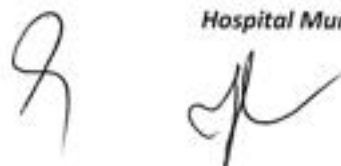
IV. ROTINA DE RECEBIMENTO DE PRONTUÁRIOS AUDITADOS PARA CORREÇÃO

AÇÃO
Receber prontuários com protocolo
Entrar no Sistema de digitação SIH/DATASUS, abrir a conta hospitalar a ser corrigida utilizando o nº da AIH
Efetuar as correções indicadas pelo Médico Auditor
Imprimir e anexar a conta hospitalar corrigida ao prontuário
Solicitar assinatura do diretor clínico
Devolver os prontuários médicos ao SAME

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 109



V. ROTINA DE DIGITAÇÃO DE APAC

AÇÃO
Emitir numeração de APAC'S, através do sistema on-line APAC/ AIH (numeração eletrônica)
Utilizar Programa de digitação APAC/DATASUS
Obedecer a inserção dos dados conforme o programa
Verificar as consistências
Salvar o arquivo de fechamento
Imprimir o relatório do Sistema APAC/DATASUS - e enviar o documento assinado via malote para a Secretaria Municipal
Enviar o arquivo do fechamento para Secretaria Municipal via e-mail.
Arquivar protocolo após devolução

VI. ROTINA DE RECEBIMENTO DE EXAMES DA RADIOLOGIA

AÇÃO
Receber as Fichas de Atendimento e os laudos
Conferir as fichas com protocolos
Arquivar 1ª via do protocolo
Confrontar os laudos recebidos com a solicitação médica
Inserir os dados no Sistema BPA/Datasus

VII. ROTINA DE FECHAMENTO DE BPA

AÇÃO
Utilizar Sistema de digitação BPA/DATASUS
Obedecer a inserção no Sistema BPA/DATASUS
Verificar a consistência no Sistema BPA/DATASUS
Salvar o arquivo de fechamento



Imprimir relatório do Sistema BPA/DATASUS, e enviar o documento assinado via malote para a Secretaria Municipal
Enviar o arquivo do fechamento para Secretaria Municipal via e-mail.
Arquivar o protocolo após devolução.



1.3.3 MANUAL DE ROTINAS PARA ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA

Conforme solicitado no Edital Supri/Nº 004/2022, apresentamos a seguir proposta de Manual de Rotinas para o Hospital Municipal de Barueri Dr. Francisco Moran, que nortearão as rotinas da Administração Financeira.

Estarão descritas, a seguir, as rotinas condizentes a toda operação financeira que se dá nas Unidades de Tesouraria e Contas a Pagar com o processamento dos pagamentos, e na Contabilidade com a escrituração e registro dos resultados econômicos obtidos bem como, na Unidade Custos com a coleta de dados e apuração dos custos das unidades.

Importante ressaltar que o Manual de Rotinas ora apresentados poderão sofrer adequação de acordo com as necessidades operacionais do Hospital caso a SPDM seja a vencedora desse certame.



GESTÃO FINANCEIRA

Objetivos

Os principais objetivos da área de administração e gestão financeira, dentro de um projeto como um todo, além daqueles inerentes à área, são:

- Implantar um orçamento que consubstancie o planejamento estratégico do hospital, segundo uma metodologia que promova:
- A qualidade dos gastos;
- A correta aplicação dos recursos por projeto ou atividade, evitando cortes lineares do orçamento;
- Um sistema de aferição de custos para fins de programação financeira, capaz de estabelecer uma correlação entre os investimentos e a despesa por ele gerada;
- Alimentar um sistema de indicadores de desempenho;
- Detectar falhas e inconsistências no sistema de apropriação contábil;
- Apurar os determinantes dos sistemas de custos na administração dos hospitais públicos e sua utilização, quais sejam;
- A identificação de cada atividade e seu custo correspondente;
- A alocação dos custos a cada atividade;
- A identificação dos direcionamentos de custos.

Com a elaboração do orçamento visando atingir as metas do hospital (indicadores de desempenho, apuração de custos, verificação das apropriações contábeis na sua devida execução de acordo com as leis nacionais e locais, controle adequado das áreas de faturamento, contabilidade e custos, tesouraria e compras), torna-se viável a utilização do recurso público com planejamento, avaliando e comparando as receitas e/ou despesas previstas com as efetivamente realizadas.



Contabilidade

A Contabilidade faz o registro metódico e ordenado dos negócios realizados e a verificação sistemática dos resultados obtidos. Ela deve identificar classificar e anotar as operações da entidade e de todos os fatos que de alguma forma afetam sua situação econômica, financeira e patrimonial. Com esta acumulação de dados, convenientemente classificados, a Contabilidade procura apresentar de forma ordenada, o histórico das atividades da empresa, a interpretação dos resultados, e através de relatórios produzirem as informações que se fizerem precisas para o atendimento das diferentes necessidades. Funções realizadas pela Contabilidade:

- Registrar todos os fatos que ocorrem e podem ser representados em valor monetário;
- Organizar um sistema de controle adequado à empresa;
- Demonstrar com base nos registros realizados, expor periodicamente por meio de demonstrativos, a situação econômica, patrimonial e financeira da empresa;
- Analisar os demonstrativos com a finalidade de apuração dos resultados obtidos pela empresa;
- Acompanhar a execução dos planos econômicos da empresa, prevendo os pagamentos a serem realizados, os valores a serem recebidos e alertando para eventuais problemas.

Prestação de Contas

É uma das atribuições da Contabilidade a devida prestação de contas com a Contratante, na qual mensalmente através de relatório pertinente à execução do contrato, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhados dos demonstrativos financeiros referentes aos gastos e receitas efetivamente realizadas.

Contratos

A área de Gestão de Contratos tem como objetivo a celeridade, o controle e a segurança nos processos de contratação de serviços, delimitando as formas de contratação por meio de padronização dos processos, de acordo com valores e diretrizes institucionais, garantindo que os serviços contratados atendam aos padrões de qualidade e quantidade fixada pela organização.



A unidade deve ainda estruturar e executar negociações, em conjunto com a área solicitante e/ou compras, financeira e diretoria.

Em conjunto com áreas solicitantes e gestores, deverá entender as necessidades e definir estratégias para obtenção de serviços e busca de fornecedores.

Diretrizes

- a. **Acordos Comerciais:** A responsabilidade de firmar acordos comerciais com prestadores de serviços é do Diretor Técnico da instituição.
- b. **Iniciativa da Contratação:** Toda e qualquer contratação deverá estar contemplada em planejamento orçamentário, tanto nos casos de despesas quanto investimentos.
- c. **Início do Processo:** Cabe à unidade de gestão interessada na contratação, adotar providências preliminares e garantir o cumprimento de prazos.
Ao identificar necessidade de contratação, o solicitante deverá acionar a área Gestão de Contratos, enviando o "Formulário de Solicitação de Contratação", com o detalhamento do serviço e cotações prévias.

Gestão de Contratos em conjunto com área gestora definirão a melhor forma de obter o serviço solicitado. Cabe ressaltar que o envio da solicitação deve ser efetuado no início do processo, antes de se assumir qualquer compromisso comercial.

Custos

A Contabilidade de Custos é um centro processador de informações que recebe dados monetários e não monetários, como estatísticas físicas, de produção e acumula-os de forma organizada, analisa-os e interpreta-os, produzindo informações de custos para os diversos níveis gerenciais, gerando informações para as necessidades de tomada de decisão de todos os níveis na organização, chefias, gerências e diretoria.



Para um adequado acompanhamento dos custos com enfoque gerencial, é conveniente a estruturação do Hospital em centros de custos, consistindo de uma segregação que facilita o controle dos custos, tanto em relação à unidade, como à administração superior. Com isto, são efetivadas análises de comportamento de custos que indicam o desempenho das unidades.

É recomendável, também para o controle de custos, ou mesmo de outros itens operacionais, a adoção de um sistema de orçamentos. As estimativas constituirão a base para o exercício do controle, utilizando-as como parâmetro na determinação do nível de eficiência.

O Sistema de Custos, ao produzir o resultado efetivo, deve oferecer a comparação com o dado orçado, propiciando a possibilidade de apuração dos desvios positivos e negativos. A intensidade dos desvios identificará os itens que exigirão maior atenção. A elaboração do orçamento deve ser efetuada minuciosamente com participação efetiva de todos os níveis da organização e com total apoio e participação da diretoria, a qual determinará as metas e diretrizes que darão as bases para o desenvolvimento do orçamento.

As atividades de organização são subdivididas em setores ou departamentos, nos quais são alocados os recursos para atender a inúmeros propósitos, entre eles, o do controle. Tais divisões constituem-se em centros de atividades específicas.

No sistema de apuração de custos, cada centro de atividade passa a constituir um centro de custo. Assim, Centro de Custos é uma conta destinada a agrupar todas as parcelas dos elementos de custos que incorrem em cada período nos centros de atividades que apresentam no sistema. É recomendável, então, para constituir um centro de custos, que se tenham custos claramente identificáveis e atividades quantificáveis, através de uma unidade de mensuração.

A consecução do sistema de custos hospitalares sob a orientação de apropriação por centros de custos encontra-se contemplada na abordagem conceitual de custeio por absorção. O cálculo do custo de produção dos serviços, sob esta conceituação, compreende o custeio de todos os insumos utilizados em toda a extensão do Hospital.



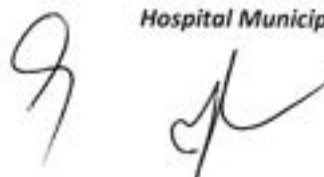
O sistema de custos sob a orientação do método de custeio por absorção é bastante utilizado para apuração dos custos nos hospitais brasileiros, porém, com uma abordagem maior, incluindo no cálculo os custos e despesas, conflitando neste particular com as condições preconizadas pela teoria da contabilidade de custos.

O interesse do método é apurar o custo dos serviços prestados através da apuração dos custos por centros de custos, representados pela departamentalização existente no hospital.

Tesouraria

A tesouraria planeja, analisa e controla a execução do orçamento de maneira sistemática as obrigações a pagar e os recebimentos provenientes do orçamento. Compete a tesouraria as seguintes atribuições:

- Acompanhar os repasses do orçamento feito pelo órgão competente;
- Executar os seguintes pagamentos: folha mensal dos colaboradores, fornecedores e serviços;
- Acompanhar as contas correntes do hospital para que os saldos sejam suficientes para os pagamentos;
- Manter o fluxo de caixa.



UNIDADE DE CUSTO

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE - OSS HOSPITAL MUNICIPAL DE BARUERI DR. FRANCISCO MORAN Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina - SPDM		ROTINA
ROTINA DA UNIDADE DE CUSTOS	<i>PROCESSO</i>	<i>FOLHA</i>
	UNIDADE DE CUSTOS	1/5

1 OBJETIVO

A apuração de custos em uma instituição hospitalar é ferramenta de fundamental importância para gestão e controle.

Permite identificar o custo dos serviços prestados tais como custo de uma hora cirúrgica, de uma internação, de um exame, dentre outros.

Possibilita também identificar onde (centro de custo) e como (contas de custos) estão aplicados os recursos recebidos, fornecendo ao gestor subsídios para gestão das atividades, em complementação às análises decorrentes da avaliação de outros indicadores gerenciais disponíveis na instituição.

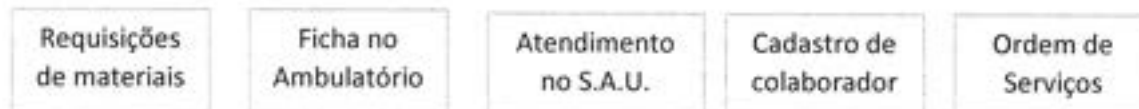
A cada renovação de contrato, a instituição poderá utilizar-se das informações de custos para avaliar os impactos das alterações de metas de produção, identificando como o aumento ou redução da produção de determinados centros de custos poderá afetar os resultados e quais serviços poderiam ser desativados ou ampliados, observando a ociosidade produtiva e os custos fixos.

As aplicações das informações de custos no gerenciamento e acompanhamento da situação financeira de uma unidade hospitalar é muito grande, mas para que estas possam ser utilizadas com segurança é necessário que a apuração seja efetiva.



1.1. ENVOLVIMENTO E INTERAÇÃO

Na rotina de uma instituição de saúde, a todo o momento estão ocorrendo atividades, em diversos setores, que impactarão direta e indiretamente nos dados de custos:



O funcionamento do departamento de Custos depende, essencialmente, do bom funcionamento dos demais setores da unidade, em relação à coleta e fornecimento das informações requeridas e necessárias.

O colaborador de Custos sempre é envolvido nas mudanças ocorridas na instituição, como fechamento ou abertura de serviços, paralização das atividades para manutenções etc., atuando junto aos responsáveis para adequação da estrutura de centros de custos e demais informações (rateio, custos diretos e indiretos), bem como no entendimento do contrato de gestão, se atentando para as metas e serviços preconizados.

É também prerrogativa do colaborador de Custos disseminar a todos os setores e responsáveis das áreas a estrutura de centros de custos, conscientizando sobre a importância de uma utilização correta nas atividades diárias e assegurando que todos os sistemas utilizem a mesma estrutura de códigos e nomenclatura.

Dois traços de assinatura manuscrita em tinta preta, localizados na parte inferior da página.

1.2. ROTINAS DE CUSTOS

O departamento de Custos trabalha baseando-se na sequência de rotinas abaixo:

Nº	AÇÃO
1.	Até o 5º Dia útil – recebe os dados para lançamento no sistema: <ul style="list-style-type: none">• Rateios;• Consumo de estoque;• Custos de Pessoal;• Produção• E demais informações (exceção apenas ao setor de Contabilidade)
2.	Até o dia 10 – analisa os dados recebidos e verifica as oscilações com os gestores
3.	Até dia 15 – recebe os dados de responsabilidade da Contabilidade
4.	Entre os dias 15 e 18 – analisa os dados recebidos da Contabilidade e verifica oscilações/variações
5.	Até dia 20, procede com o fechamento prévio dos dados de custos e encaminha os relatórios individualizados aos gestores para avaliação
6.	Até dia 22 – verifica os apontamentos dos gestores e corrige o que for necessário
7.	Até dia 25 – procede com o fechamento dos custos e valida com o Gerente Administrativo
8.	Até dia 30 – solicita ao Gerente Administrativo o fechamento da competência
9.	Após o fechamento da competência – preenche os relatórios gerenciais de custos e indicadores da meta estratégica institucional
10.	Bimestralmente – realiza reunião com a direção local para discussão dos custos da unidade



1.3. REVISÃO DOS CRITÉRIOS PERMANENTES

Algumas informações que são lançadas no sistema de custos não possuem obrigatoriedade de atualização mensal, em razão de seu perfil, estes são chamados de “critérios permanentes”, cabe ressaltar que estes critérios são revistos e atualizados (se necessário) pelo menos uma vez ao ano.

É importante também destacar que o Setor de Custos sinaliza a Administração a correta alocação de colaboradores no sistema da Fopag, efetuando o rateio de sua carga horária entre os centros de custos em que atuam, propiciando uma avaliação fidedigna do maior custo do Contrato firmado.

São exemplos de critérios permanentes:

- % Consumo Gases
- Área (m²)
- Área (m²) x Nível de Criticidade
- Consumo BTUs (Ar-Condicionado)
- Consumo de Água (Litro)
- Consumo de Água Quente (Litro)
- Consumo de Gases Medicinais (m³)
- Nº de Aparelhos de Ar-Condicionado
- Nº de Computadores (próprio + locado)
- Nº de Itens Patrimoniados
- Nº de Ramais
- Potência Instalada (kw/h)
- Valor dos Itens Patrimoniados

UNIDADE DE CONTABILIDADE

Ressaltamos que a seguir, estarão descritas as rotinas condizentes a toda operação financeira que se dá nas Unidades de Tesouraria com o processamento dos pagamentos e na Contabilidade com a escrituração e registro dos resultados econômicos obtidos.



1 OBJETIVO

Informar as despesas e receitas mensais, através de demonstrativos contábeis.

2 APLICAÇÃO

Aplica-se a todos os colaboradores da Unidade de Contabilidade.

3 RESPONSABILIDADE

Da Gerência Administrativa o conhecimento e aprovação.

Da Unidade de Contabilidade a revisão e o cumprimento.

Analisar os demonstrativos com a finalidade de apuração dos resultados. E ainda tem como rotinas principais:



I. ROTINA DE EMISSÃO DE DEMONSTRATIVO CONTÁBIL MENSAL

AÇÃO
Emitir um balancete contábil (Despesas/Receitas) mês anterior, onde constam as movimentações contábeis do mês
Transferir as informações contidas no balancete, para a planilha própria
Conferir todas as informações contidas na planilha se está de acordo com o balancete, inclusive o saldo do final do mês


II. ROTINA DE CONCILIAÇÃO

AÇÃO
Emitir relatório razão de todas as contas contábeis por grupo de conta
Verificar se a transferência via sistema (folha de pagamento, vale transporte e depreciação), foram feitos corretamente
Conferir se os saldos das contas contábeis (débito/crédito) estão condizentes com os lançamentos contábeis feitos anteriormente (diário e mensal)
Identificar as divergências existentes nos saldos, fazer os lançamentos contábeis que forem necessários
Emitir um balancete final para a verificação de todas as contas e seus respectivos saldos

III. ROTINA DE LANÇAMENTOS CONTÁBEIS

- LANÇAMENTOS DIÁRIOS
MOVIMENTAÇÃO BANCÁRIA POR DÉBITO DIRETO

AÇÃO		
Verificar no extrato bancário as movimentações ainda não contabilizadas através da baixa		
Solicitar os documentos correspondentes à Unidade de Tesouraria		
Solicitar para tesouraria o lançamento das movimentações bancárias ainda não lançadas		
ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE - OSS HOSPITAL MUNICIPAL DE BARUERI DR. FRANCISCO MORAN Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina - SPDM		ROTINA R-CONT
ROTINA	PROCESSO	FOLHA
	UNIDADE DE CONTABILIDADE	3/6



FUNDO FIXO DE CAIXA

AÇÃO
Conferir documentos comprobatórios de pequenas despesas realizadas pelo fundo fixo de caixa
Classificar de acordo com o plano de contas
Descrever as contas e o histórico a serem lançados no sistema informatizado
Realizar lançamento no Sistema Contábil

- **LANÇAMENTO MENSAL**

TRANSFERÊNCIA PARA O SISTEMA CONTÁBIL

AÇÃO
A unidade de informática realizará a transferência de arquivo da folha de pagamento e dos suprimentos, referente ao mês anterior para o sistema de contabilidade.

MANUAIS

AÇÃO
Verificar através do processo de conciliação das contas contábeis, se elas se encontram com os devidos saldos corretos, caso eles estejam divergentes, será feito um lançamento de correção
Anexar documentos comprobatório, para a regularização das mesmas
Fazer lançamento no programa de serviços prestados de todas as Notas Fiscais de prestação de serviços do mês

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE - OSS HOSPITAL MUNICIPAL DE BARUERI DR. FRANCISCO MORAN Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina - SPDM		ROTINA R-CONT
ROTINA	PROCESSO	FOLHA
	UNIDADE DE CONTABILIDADE	4/6



IV. ROTINA DE FECHAMENTO MENSAL

AÇÃO
Conciliação banco e fundo fixo
Conciliação valores a receber
Conciliação outros créditos
Conciliação estoque e empréstimos de estoque
Conciliação bens de terceiros e ajuste de mercado
Conciliação fornecedores e prestadores de serviços
Conciliação folha de pagamento
Conciliação impostos
Conciliação outras contas a pagar
Conciliação valores de terceiros
Conciliação contingências
Conciliação das contas de despesas
Verificar se os históricos estão condizentes com os lançamentos, para a realização do fechamento mensal
Realizar análise das receitas e despesas e regularizar os acertos necessários
Verificar se não tem nenhuma conta com o saldo invertido
Conferir os relatórios gerados e emitidos em função do fechamento mensal no sistema, (relatório de fornecedor, razão contábil, balancete)
Separar os relatórios acima mencionados e arquivá-lo nas respectivas pastas
Salvar o balancete emitido via sistema em formato de planilha do Excel
Conferir se o saldo inicial do mês e igual ao saldo final do mês anterior de todas as contas
Analisar o saldo final do estoque, não pode ter materiais não estocáveis dentro o estoque, exemplo (ferramentas, mesa, etc)
Confrontar o saldo final do relatório 2198 com o saldo do balancete das contas 2111001 e 2121001
Verificar se não há conta com movimentação com histórico em branco
Não utilizar os históricos (Ajustes/Acertos) nos lançamentos manuais
Lançamento de doações só podem ser contabilizados na conta 4212003 (mercadorias) se for dinheiro será na conta 4212004
Os relatórios do estoque e patrimônio deverão sempre estar assinados pelos responsáveis
Atentar aos lançamentos nas contas 4212007 (Despesa Anuladas exercício anterior e 4212005 (Reversão Contingências Passivas), utilizar essas contas somente quando envolver lançamentos passados e que se fossem lançar no exercício atual traria distorção no resultado do mês



V. ROTINA DE FECHAMENTO MENSAL DEFINITIVO

AÇÃO
Realizar o procedimento de fechamento definitivo no sistema Tasy
Reatualizar saldo mês (estabelecimento)
Virada de saldo (estabelecimento)
Fechar lançamento mês (estabelecimento)
Gerar o relatório Razão por Fornecedores CATE2198 em PDF e salvar
Gerar o relatório balancete CCTB00352 em PDF e salvar
Gerar o relatório razão em arquivo TXT (Exp. SPDM-Razão)
Gerar o relatório de fornecedores em arquivo TXT (Exp-SPDM Financeira Fornecedor_NEW_2016
Gerar o relatório balancete em arquivo TXT (SPDM – Balancete - 2022)
Passar os arquivos em TXT no sistema validador SPED CONTABIL INTERNO
Passar o arquivo gerado no ECD DA RECEITA FEDERAL e salvar o protocolo em PDF
Enviar os arquivos para a contabilidade corporativa
Relatório balancete CCTB00352 em PDF
Relatório razão por fornecedores CATE2198 em PDF
Relatório razão em TXT
Relatório de fornecedores em TXT
Relatório balancete em TXT
Relatório gerado no SPED CONTABIL INTERNO em TXT
Protocolo gerado no ECD DA RECEITA FEDERAL em PDF

VI. ROTINA DE CONTROLE CONTÁBIL DE BENS DE TERCEIROS

AÇÃO
Verificar através dos lançamentos na conta contábil específica, os bens adquiridos no mês
Solicitar à unidade do Almoxarifado cópia das notas fiscais de compra de bens, já com os números utilizados para identificação e controle físico do bem patrimonial
Efetuar os lançamentos contábeis à DÉBITO das contas do Grupo Bens de Móveis, classificando-os conforme as características do mesmo, e em contrapartida a CRÉDITO da conta contábil Bens Móveis de Terceiros
Com o saldo referente ao movimento do mês, de crédito na conta contábil Bens Móveis de Terceiros, efetuar o lançamento deste valor nas contas contábeis: a DÉBITO da conta Bens Recebidos em Comodato, e a CRÉDITO da conta Bens em Comodato
Efetuar o cálculo dos AJUSTES DE BENS DE TERCEIROS, classificando e calculando de acordo com a vida útil do bem. Lançando os valores do ajuste do mês a DÉBITO do Grupo Bens Móveis classificando-os conforme as características do mesmo, e a CRÉDITO da conta Bens Móveis - Ajustes de Vida Útil
Preencher a planilha dos determinados bens
Tirar um relatório final do mês e montar a pasta com todas as cópias das notas fiscais

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização
e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 126



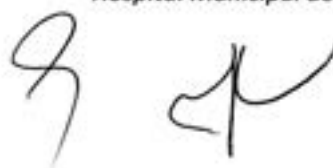
<p style="text-align: center;">ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE - OSS HOSPITAL MUNICIPAL DE BARUERI DR. FRANCISCO MORAN</p> <p style="text-align: center;">Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina - SPDM</p>		<p style="text-align: center;">ROTINA R-CONT</p>
ROTINA	<i>PROCESSO</i>	<i>FOLHA</i>
	UNIDADE DE CONTABILIDADE	5/6

VII. ROTINA DE VALIDAÇÃO DA FOLHA DE PAGAMENTO

AÇÃO
Receber o resumo da Folha de Pagamento de Pessoal da unidade de Administração de Pessoal, até o último dia do mês vigente
Analisar os resumos da folha de pagamento
Realizar a conferência dos dados da instituição (nome; endereço; CNPJ etc.) constantes nas Guias de Pagamento, Boletos bancários e Darf's
Validar todas as Cartas de Pagamentos, Guias, Boletos e Darf's, assinando e carimbando no verso
Preencher a planilha de liberação da Folha de Pagamento, com os valores e seus respectivos vencimentos, para serem entregues na Unidade de Contas a Pagar, pela Unidade de Administração de Pessoal

VIII. ROTINA DE VALIDAÇÃO DE NOTA FISCAL

AÇÃO
Receber as notas fiscais de Prestação de Serviço para validar
Analisar a incidências de impostos e encargos, que porventura devam ser apropriados, para a sua retenção na fonte
Descrever os valores no carimbo que está batido na nota fiscal, datar, carimbar e assinar
Lançar a nota fiscal de Prestação de Serviço na planilha de "Controle de Notas Fiscais", para posteriores lançamentos no sistema de "Serviços Prestados"
Enviar NFS validadas para o Contas a Pagar



<p style="text-align: center;">ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE - OSS HOSPITAL MUNICIPAL DE BARUERI DR. FRANCISCO MORAN Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina - SPDM</p>		<p>ROTINA R-CONT</p>
ROTINA	<i>PROCESSO</i>	<i>FOLHA</i>
	UNIDADE DE CONTABILIDADE	6/6

IX. ROTINA DE FECHAMENTO ANUAL

AÇÃO
Verificar se todas as rotinas foram executadas e se estão condizentes para a realização do fechamento mensal
Observar os lançamentos manuais da folha do 13º salário
Realizar conciliação das contas patrimoniais e análise de receitas e despesas
Verificar se a data de lançamento no sistema está em 31/12
Emitir os relatórios gerados e emitidos em função do primeiro fechamento (Balancete e Diário)
Verificar no saldo anterior da conta-grupo do resultado do exercício se é superávit ou déficit
Transferir o respectivo saldo para a conta de resultado de exercícios anteriores
Transferir os saldos das contas contábeis de receitas e despesas para a conta contábeis superávit ou déficit do exercício
Apurar o saldo final (se déficit ou superávit)
Transferir para sua respectiva conta contábil de superávit ou déficit
Observar se existem contas contábeis retificadoras das receitas e despesas, para realização do lançamento correto
Imprimir relatório razão, para a conferência das contas contábeis envolvidas nas etapas acima. (Despesas, Receitas, Superávit ou Déficit do Exercício, Resultado do Exercício, Resultados de Exercícios anteriores)
Conferir os saldos dos relatórios emitidos na etapa anterior
Conferir se os saldos das contas contábeis de receitas e despesas estão zerados
Efetuar o fechamento final do sistema
Emitir os relatórios do último fechamento (Balancete, Diário dia 31/12/, Relatório de Centro de Custo, Relatório de Fluxo de Caixa e Razão Contábil)
Separar e conferir os relatórios acima mencionados e arquivá-los nas respectivas pastas
Transcrever o balancete emitido via sistema para o balancete na planilha
Imprimir o livro diário e livro razão anual

X. PRESTAÇÃO DE CONTAS MENSAL / TRIMESTRAL / ANUAL

AÇÃO
Conferência de todos os documentos recebido do financeiro
Elaborar todos os lançamentos em planilha em Excel, separado por banco
Digitalizar separadamente cada pagamento
Importar todas as NFS pagas e emitidas no site da Prefeitura
Validar todas as NFS de vendas, antes de ir para pagamento
Preenchimento por data de emissão em planilha de Excel NFS Vendas / Serviço
Preenchimento manual prestação de contas site Prefeitura
Entrega Prestação Contas salvo em DVD e entrega site Prefeitura, preenchimento Manual

UNIDADE DE TESOURARIA

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE - OSS HOSPITAL MUNICIPAL DE BARUERI DR. FRANCISCO MORAN Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina - SPDM		ROTINA R-TES
ROTINA	PROCESSO	FOLHA
	UNIDADE DE TESOURARIA	3/4

I. ROTINA DE PAGAMENTOS

AÇÃO
Solicitar a liberação dos pagamentos
Verificar o orçamento disponível para pagamento em cada grupo
Liberar os pagamentos efetivamente que serão pagos
Conferir saldo das contas correntes
Separar os pagamentos a serem realizados
Liberar no sistema Financeiro todos os pagamentos do caixa na referida data
Imprimir retorno, comprovante dos pagamentos efetuados
Conciliar em sistema financeiro os pagamentos realizados



II. ROTINA DE RECEBIMENTO DE BOLETOS

AÇÃO
Informar à Tesouraria pagamento com boleto bancário
Negociar com empresa forma de pagamento
Autorizar pagamento com boleto bancário
Confeccionar memorando justificando pagamento com boleto bancário
Anexar memorando ao processo de pagamento
Verificar relação de empresas autorizadas a serem pagas com boleto
Efetuar pagamento com boleto bancário

III. ROTINA DE RECEBIMENTO DE COMPROVANTE DE PAGAMENTO E ENVIO A CONTABILIDADE

AÇÃO		
Anexar aos pagamentos (NF + OP + cópia de cheque) ao comprovante bancário		
Separar por data de pagamento e conciliar por data no sistema Financeiro		
Imprimir 03 vias o relatório de protocolo o dos processos conciliados no sistema financeiro		
Entregar documentos originais, protocolados em sistema próprio na Unidade de Contabilidade		
Arquivar protocolo		
ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE - OSS HOSPITAL MUNICIPAL DE BARUERI DR. FRANCISCO MORAN Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina - SPDM		ROTINA R-TES
ROTINA	PROCESSO	FOLHA
	UNIDADE DE TESOURARIA	4/4

IV. ROTINA DE EMISSÃO DE ORDEM DE PAGAMENTO

AÇÃO
Emitir Ordens de Pagamentos (OP), se o pagamento for parcelado, deverá lançar um débito no valor total e tantos créditos quanto o número de parcelas
Imprimir e conferir as ordens de pagamentos
Anexar as Ordens de Pagamentos (OP) com suas respectivas notas fiscais
Imprimir relatório de protocolo relacionando todas as notas fiscais separadas por data de vencimento
Protocolar as Ordens de Pagamentos (OP)



V. ROTINA DE CAIXA PARA PEQUENAS DESPESAS

AÇÃO
Solicitar à Tesouraria valor estipulado para a unidade através de formulário próprio
Enviar ao gerente da unidade o valor solicitado
Encaminhar a Tesouraria a prestação de contas dos gastos, com notas fiscais originais em planilha de prestação de contas assinadas
Receber do Gerente da Unidade a prestação de contas do caixa e conferir
Emitir cheque de reposição dos valores e depositar na conta corrente do Responsável pelo Fundo Fixo
Validar o caixa

UNIDADE DE CONTAS A PAGAR

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE - OSS HOSPITAL MUNICIPAL DE BARUERI DR. FRANCISCO MORAN Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina - SPDM		ROTINA R-CP-01
ROTINA DE CONTAS A PAGAR	<i>PROCESSO</i>	<i>FOLHA</i>
	UNIDADE DE CONTAS A PAGAR	1/2

1 OBJETIVO

Auxiliar a Tesouraria na verificação da autenticidade dos documentos a serem pagos e apropriá-los devidamente de acordo com o plano de contas contábil e financeira, liberando a ordem de pagamento para a unidade de tesouraria.

2 APLICAÇÃO

Esta rotina aplica-se a Contas a Pagar.

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização
e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 131

3 RESPONSABILIDADE

Esta rotina é de competência do Analista de Contas a Pagar.

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE - OSS HOSPITAL MUNICIPAL DE BARUERI DR. FRANCISCO MORAN Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina - SPDM		ROTINA R-CP-01
ROTINA DE CONTAS A PAGAR	PROCESSO	FOLHA
	UNIDADE DE CONTAS A PAGAR	2/2

4 DESCRIÇÃO DA ROTINA

- Rotina para pagamento

Receber notas fiscais com a respectiva O.C's das unidades de estoque (Farmácia, Nutrição e Almoxarifado) até as 10h diariamente
Verificar, a autenticidade, estado físico, rasuras, assinatura do gerente da unidade e carimbo
Conferir no carimbo de lançamento: a data de recebimento do material e a data de lançamento no sistema, o número da O.C., a assinatura do colaborador que realizou o lançamento. Conferir na nota fiscal a data de emissão; a razão social e CNPJ do remetente da NF com a OC emitida e anexa ao processo; a razão social e CNPJ do destinatário para evitar o pagamento de notas emitidas em nome de outra filial.
Protocolar com: nome, data e horário
Separar por data de vencimento
Classificar conforme plano de contas, centro de custo e fluxo de caixa
Apropriar os pagamentos: (conferir no sistema financeiro de Contas a Pagar; as notas fiscais de estoque, através da confirmação dos dados já inseridos no sistema pela devida unidade)



- Rotina para pagamento

Receber notas fiscais da unidade de almoxarifado, até as 10h diariamente
Conferir a AIH, o nome legível e o número do CRM do médico solicitante e a autorização da diretoria clínica e diretoria técnica
Verificar a data de pagamento, de acordo com os contratos dos fornecedores
Separar por data de vencimento
Classificar conforme plano de contas, centro de custo e fluxo de caixa
Realizar apropriação de pagamento no sistema de contas a pagar

<p style="text-align: center;">ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE - OSS HOSPITAL MUNICIPAL DE BARUERI DR. FRANCISCO MORAN</p> <p style="text-align: center;">Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina - SPDM</p>		<p>ROTINA R-CP-02</p>
<p>ROTINA DE CONTAS A PAGAR - SERVIÇOS DE PESSOA JURÍDICA</p>	<i>PROCESSO</i>	<i>FOLHA</i>
	<p>UNIDADE DE CONTAS A PAGAR</p>	<p>1/2</p>

Rotina de pagamento – Fornecedores

Receber notas e documentos fiscais da contabilidade local, com solicitação de pagamento assinada pelo Gerente Administrativo e Diretor Técnico autorizando o pagamento
Verificar a autenticidade, o estado físico, rasuras e assinatura do gerente validando o serviço
Confrontar a solicitação de pagamento com o documento fiscal, verificando o valor e o dados do fornecedor
Verificar se a NF de serviço foi validada pela contabilidade e se houve retenção de I.R. (Imposto de Renda), INSS (Instituto Nacional de Seguro Social), ISS (Impostos sobre Serviço) e CSLL (Contribuição Social sobre o Lucro Líquido) e conferir os valores dos impostos e líquido da NF no sistema
Providenciar cópia das notas e documentos fiscais que tem a retenção mencionada acima
Emitir DARF (Documento de Arrecadação de Receitas Federais), no sistema, para apropriação do pagamento do I.R, CSLL
Emitir guia de INSS no sistema
Conferir guia de ISS já é gerada pelo contador local e enviada junto com a NF ao contas a pagar

Protocolar todas as DARF's na Contabilidade para verificar valor, mês de competência, conta contábil, código e CNPJ
Classificar conforme plano de contas contábil e financeira, centro de custo e fluxo de caixa
Separar por data de Vencimento
Realizar apropriação de pagamento no sistema de contas a pagar

<p align="center">ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE - OSS HOSPITAL MUNICIPAL DE BARUERI DR. FRANCISCO MORAN</p> <p align="center">Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina - SPDM</p>		<p align="center">ROTINA R-CP-02</p>
<p>ROTINA DE CONTAS A PAGAR - SERVIÇOS DE PESSOA JURÍDICA</p>	<i>PROCESSO</i>	<i>FOLHA</i>
	UNIDADE DE CONTAS A PAGAR	2/2

- **Fornecedores Sem Contrato**

Receber notas fiscais das unidades solicitantes ou da unidade de compras, com cópia da Ordem de Compras
Verificar a autenticidade, o estado físico, rasuras e assinatura do responsável pela unidade solicitante validando o serviço
Confrontar a Ordem de Compra com a nota fiscal, verificando o valor, o nome e CNPJ do fornecedor
Verificar se a NF de serviço foi validada pela contabilidade e se houve retenção de I.R. (Imposto de Renda), INSS (Instituto Nacional de Seguro Social), ISS (Impostos sobre Serviço) e CSLL (Contribuição Social sobre o Lucro Líquido) e conferir os valores dos impostos e líquido da NF no sistema
Providenciar cópia das notas e documentos fiscais que tem a retenção mencionada acima
Emitir DARF (Documento de Arrecadação de Receitas Federais), no sistema, para apropriação do pagamento do I.R, CSLL
Emitir guia de INSS no sistema
Conferir guia de ISS já é gerada pelo contador local e enviada junto com a NF ao contas a pagar
Protocolar todas as DARF's na Contabilidade para verificar valor, mês de competência, conta contábil, código e CNPJ
Classificar conforme plano de contas, centro de custo e fluxo de caixa
Realizar apropriação de pagamento no sistema de contas a pagar



<p style="text-align: center;">ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE - OSS HOSPITAL MUNICIPAL DE BARUERI DR. FRANCISCO MORAN Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina - SPDM</p>		<p>ROTINA R-CP-03</p>
<p>ROTINA DE CONTAS A PAGAR – COLABORADOR DA INSTITUIÇÃO</p>	<p><i>PROCESSO</i></p>	<p><i>FOLHA</i></p>
	<p>UNIDADE DE CONTAS A PAGAR</p>	<p>1/2</p>

1. ROTINA

- Rescisão Contratual

<p>Receber da unidade de recursos humanos a solicitação de pagamento com a planilha de cálculo da rescisão, devidamente autorizada pela superintendência e divisão administrativa</p>

<p>Realizar apropriação de pagamento no sistema de contas a pagar</p>

- F.G.T.S. Rescisório

<p>Receber da unidade de recursos humanos a solicitação de pagamento com a guia de recolhimento do F.G.T.S Rescisório, devidamente autorizada pela superintendência e divisão administrativa</p>
--

<p>Confrontar a solicitação de pagamento com a guia de recolhimento</p>

<p>Realizar apropriação de pagamento no sistema de contas a pagar</p>

- Férias

<p>Receber da unidade de recursos humanos a solicitação de pagamento, devidamente autorizada pela superintendência e divisão administrativa</p>

<p>Realizar apropriação de pagamento no sistema de contas a pagar</p>

<p style="text-align: center;">ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE - OSS HOSPITAL MUNICIPAL DE BARUERI DR. FRANCISCO MORAN Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina - SPDM</p>		<p>ROTINA R-CP-03</p>
<p>ROTINA DE CONTAS A PAGAR – COLABORADOR DA INSTITUIÇÃO</p>	<p>PROCESSO</p>	<p>FOLHA</p>
	<p>UNIDADE DE CONTAS A PAGAR</p>	<p>2/2</p>

- Emissão de Títulos para Pagamento

Emitir os títulos, se o pagamento for parcelado, deverá conter um débito no valor total e tantos créditos quanto o n° de parcelas
Imprimir e conferir os títulos (Nome do Fornecedor; Data de Pagamento, Valor, conta Financeira e dados bancários)
Anexar os títulos as respectivas Notas Fiscais
Imprimir relatório de protocolo relacionando todas as Notas Fiscais separadas por data de vencimento
Protocolar os títulos e relatório de protocolo na Tesouraria

1.3.4 MANUAL DE ROTINAS ADMINISTRATIVAS PARA A GERÊNCIA DE ALMOXARIFADO/FARMÁCIA

Conforme solicitado no Edital Supri/ Nº004/2022, apresentamos a seguir proposta de Manual de Rotinas para o Hospital Municipal de Barueri Dr. Francisco Moran, que nortearão as rotinas da gestão da Unidade de Almoarifado.

Importante ressaltar que o Manual de Rotinas ora apresentados poderão sofrer adequação de acordo com as necessidades operacionais do Hospital caso a SPDM seja a vencedora desse certame.



<p style="text-align: center;">ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE - OSS HOSPITAL MUNICIPAL DE BARUERI DR. FRANCISCO MORAN Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina - SPDM</p>		<p>ROTINA R-ALMOX</p>
ROTINAS	<i>PROCESSO</i>	<i>FOLHA</i>
	UNIDADE DE ALMOXARIFADO	5/8

I. ROTINA DE PEDIDO DE IMPRESSOS

AÇÃO
Emitir relação manual dos impressos com descrição, código e quantidade para gráfica
Enviar o pedido de compra para cotação da gráfica junto ao setor de Compras
Colher a autorização da Gerência Administrativa local na cotação
Enviar a cotação autorizada para gráfica
Receber nota fiscal da gráfica com os impressos
Fazer conferência dos preços e quantidades de acordo com a ordem de compra
Lançar a nota fiscal no sistema e enviar para pagamento

II. ROTINA DE CONTROLE DE TEMPERATURA

AÇÃO
Utilizar impresso padrão para controle de temperatura
Afixar o impresso na parte externa da geladeira, para controle de temperatura da geladeira e do ambiente
Anotar diariamente nos períodos da manhã e tarde a temperatura correspondente dos termômetros (interno e externo) da geladeira, conforme horários estabelecidos e rubricar a planilha
Comunicar qualquer alteração significativa
Comunicar através de Ordem de Serviço à unidade de Manutenção

<p style="text-align: center;">ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE - OSS HOSPITAL MUNICIPAL DE BARUERI DR. FRANCISCO MORAN Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina - SPDM</p>		<p>ROTINA R-ALMOX</p>
ROTINA	<i>PROCESSO</i>	<i>FOLHA</i>
	UNIDADE DE ALMOXARIFADO	6/8

III. ROTINA DE RECEBIMENTO DE MATERIAIS

AÇÃO
Atender o fornecedor por ordem de chegada
Fazer a conferência da nota fiscal com a Ordem de Fornecimento
Conferir volumes e conteúdo das caixas
Verificar se a embalagem está íntegra
Verificar o lote e a data de validade
Carimbar, assinar, datar e devolver o canhoto para o transportador
Armazenar os produtos recebidos nos locais apropriados

IV. ROTINA DE RECEBIMENTO DE MATERIAL NÃO ESTOCÁVEL

AÇÃO
Conferir Nota Fiscal com a Ordem de Fornecimento
Comunicar a Unidade solicitante a chegada do material para conferência
Carimbar, assinar, datar e devolver o canhoto da transportadora
Solicitar a Unidade solicitante sua assinatura no verso e retirar o material
Fornecer cópia da N.F. do material com o número de patrimônio (quando necessário)
Arquivar as cópias das notas fiscais

V. ROTINA DE LANÇAMENTO DE NOTAS FISCAIS

AÇÃO
Receber a nota fiscal para conferência no sistema
Confirmar se está validada a Ordem de Fornecimento
Conferir os valores, quantidades, fabricante e descrição do produto
Em caso negativo, entrar em contato com a Unidade de Compras para informar a divergência
Emitir relatório diário de lançamento de nota fiscal sempre do dia anterior para análise
Enviar e protocolar as primeiras vias das notas fiscais para a Contabilidade
Arquivar digitalmente a nota fiscal com a Ordem de Fornecimento no Almojarifado

VI. ROTINA DE DISPENSAÇÃO DE MATERIAL

AÇÃO
Imprimir o relatório de consumo
Separar todos os materiais, fracionar, preencher o caderno de unitarização, etiquetar, entregar
Baixar no sistema todos os materiais no momento da dispensação e ao entregar pedir para o solicitante assinar a requisição de acordo ao material recebido

VII. ROTINA DE RECEBIMENTO DE ORDEM DE FORNECIMENTO

AÇÃO
Receber de Compras a Ordem de Fornecimento
Separar Ordem de Fornecimento e anexar com a primeira via da nota fiscal
Encaminhar e protocolar com a Contabilidade o relatório das Notas Fiscais com as respectivas Ordens de Fornecimento

VIII. ROTINA DE PEDIDO DE COMPRA

AÇÃO
Analisar dados dos itens da curva ABC a serem programados e ou pedido urgente, junto com a devida justificativa
Gerar pedido da curva ABC
Acompanhar o processo via sistema, até o seu fechamento
Confirmar com a Unidade de Compras o recebimento do pedido

IX. ROTINA DE UNITARIZAÇÃO DE COMPRIMIDOS

AÇÃO
Separar os comprimidos a serem fracionados
Imprimir as etiquetas com o código de barras de acordo com as informações do medicamento
Fazer assepsia da bancada e calçar luvas quando o fracionamento for de comprimidos/cápsulas que não estejam em embalagens primárias
Individualizar os comprimidos em saquinhos apropriados e identificar com a etiqueta correspondente que contém o código de barras
Armazenar em lugar apropriado



X. ROTINA ARMAZENAMENTO E CONTROLE DE MEDICAMENTO

AÇÃO
Receber o medicamento e colocá-lo na prateleira em ordem alfabética
Armazenar os medicamentos verificando o prazo de validade
Comunicar imediatamente ao responsável do Almoxarifado, os medicamentos que apresentam validade próxima
Controlar a validade e conferir fisicamente

XI. ROTINA DE ABASTECIMENTO DAS FARMÁCIAS

AÇÃO
Imprimir o relatório de suprimentos com o consumo para abastecimento de 04 dias
Separar as medicações que constaram no relatório, transferir e fracionar no sistema
Solicitar para as farmácias uma listagem de reposição de soros
Separar os soros, transferir e fracionar no sistema
Entregar as medicações e os soros nas farmácias

GERÊNCIA DA FARMÁCIA

Este projeto contempla a organização específica do serviço de **Farmácia**, membros que o compõem; organização horária; sistema de dose unitária; métodos de controle sobre fármacos controlados e/ou de Alto Custo, utilização de prescrição eletrônica.

Entende-se por Assistência Farmacêutica como um grupo de atividades relacionadas com o medicamento. Dentre as atividades estão à conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos, conforme Portaria nº 3.916/MS/GM de 1998.

A legislação que aprova as diretrizes e estratégias para organização, fortalecimento e aprimoramento das ações e serviços de farmácia no âmbito é a Portaria Nº 4.283, de 30 de dezembro de 2010, define a Farmácia Hospitalar como unidade clínico-assistencial, técnica e administrativa, onde se processam as atividades relacionadas à assistência farmacêutica, dirigida

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização
e execução das ações e serviços de saúde
Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 141



exclusivamente por farmacêutico, compondo a estrutura organizacional do hospital e integrada funcionalmente com as demais unidades administrativas e de assistência ao paciente.

A farmácia hospitalar tem como principal função: garantir a qualidade da assistência prestada ao paciente através do uso seguro e racional de medicamentos e correlatos, adequando sua utilização à saúde individual e coletiva, nos planos: assistencial, preventivo, docente e de investigação, devendo, para tanto, contar com farmacêuticos em número suficiente para o bom desempenho da assistência farmacêutica, conforme Resolução CFF nº 300, de 30 de janeiro de 1997 que regulamenta o exercício profissional em Farmácia e unidade hospitalar, clínicas e casa de saúde de natureza pública ou privada.

Objetivos

Objetivo Geral

Organização do Serviço de Farmácia no Hospital Municipal Dr. Francisco Moran de Barueri – S.P.

Objetivos Específicos

- Garantir o acesso dos medicamentos e materiais necessários às tarefas assistenciais
- Garantir as ações de assistência farmacêutica
- Garantir ações de farmácia clínica e atenção farmacêutica na admissão, transferências e alta hospitalar
- Garantir que os itens serão recebidos e armazenados devidamente pela unidade sendo distribuído de acordo com a necessidade de cada setor, no tempo determinado e com metodologia correta e eficaz

Two handwritten signatures in black ink, one on the left and one on the right, positioned below the footer text.

Organização do Serviço

Farmácia Central

Para realização de atividades na Farmácia Central, se faz necessário área física de no mínimo 90m², para desenvolvimento das seguintes tarefas:

- Realização de análise farmacêutica das prescrições
- Produção de **dose individualizada** em tiras plásticas por horário
- Conferência das tiras de dose unitária
- Estoque de medicamentos controlados pela Portaria 344/98

Nesta área será realizado o armazenamento de estoque de medicamentos e matérias médico-hospitalar, incluindo o estoque de medicamentos controlados pela Portaria 344/98 que necessitam de controle e acessos monitorados pela equipe de farmacêuticos.

Farmácia Satélite

A Farmácia Satélite realiza as seguintes atividades:

- Atendimento de solicitações (prescrições e requisições) no guichê
- Montagem e Dispensação de kit's de materiais e medicamentos

Funcionamento

A Farmácia tem o funcionamento de 24 horas, sendo que, durante o período diurno (07 às 19h) o atendimento é realizado pela farmácia central e farmácia satélite. Após às 19h até às 07h, o atendimento é realizado exclusivamente pela farmácia satélite.



Recursos Humanos

Para a garantia da assistência farmacêutica, é preciso a disponibilidade de colaboradores com os perfis adequados, visto que as tarefas da Unidade de Farmácia exigem atenção e cautela, pelos riscos de incidentes (erros de dispensação).

Após processo seletivo para a identificação dos profissionais, são realizados diversos treinamentos técnicos administrativos como parte da integração destes colaboradores na unidade de Farmácia. A integração possui duração mínima de 07 dias, sendo preparatória e esclarecedora quanto a importância do trabalho da equipe de farmácia no processo hospitalar.

Processos

Análise Farmacoterapêutica (Análise das Prescrições)

Após a prescrição dos medicamentos realizada pelos médicos e aprazamento realizada pela equipe de enfermeiros, a prescrição é disponibilizada para a farmácia. Durante o acesso das prescrições na Unidade de Farmácia, o farmacêutico realiza a análise farmacoterapêutica, que consiste em detectar não conformidades em relação à terapêutica medicamentosa escolhida. São analisados os seguintes pontos:

- Duplicidade de medicamentos equivalentes terapêuticos
- Dose excessiva de medicamentos
- Via de administração de medicamentos não prevista em literatura para os medicamentos
- Interações Fármaco - Fármaco
- Interações Fármaco - Nutriente
- Medicamentos controlados pela Portaria 344/98
- Prescrição de medicamentos não padronizados
- Prescrição de medicamentos antimicrobianos controlados pela CCIH

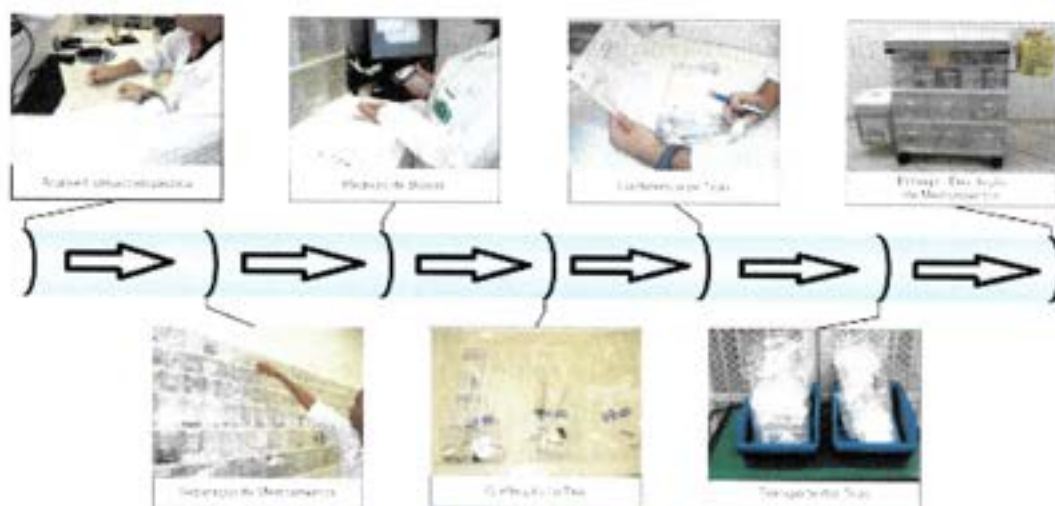


Sistema de Distribuição de medicamentos

Os medicamentos e materiais serão distribuídos por 24 horas, sendo separados e entregues por horário, onde recebem as identificações pelo nome do paciente, RH – Registro Hospitalar, Leito e em “tira plástica” selada pela farmácia. Os itens serão distribuídos, conforme registro da dosagem e forma farmacêutica do medicamento em prescrição (tarefa posterior ao fracionamento de medicamentos e materiais).

A distribuição de medicamentos e materiais por horário, com a utilização do sistema de distribuição por dose individualizada (figura abaixo), possui os seguintes benefícios:

- Aumento da segurança no fluxo dos medicamentos
- Maior conhecimento do perfil farmacoterapêutico dos pacientes
- Diminuição do risco de interações medicamentosas
- Racionalização da terapêutica
- Aumento do tempo do enfermeiro na dedicação aos cuidados ao paciente e diminuição de tempo no aspecto de gestão relacionado com os medicamentos
- Atribuição correta de custos
- Redução dos desperdícios.



Etapas para a produção de tiras de dose unitária

Confecção da Tira de Dose Individualizada

Processo realizado pelo auxiliar ou técnico de farmácia, que após a confirmação do registro de saída em sistema informatizado dos medicamentos e materiais, insere os insumos em embalagens plásticas (conforme abaixo), separados por horário de administração, conforme aprazamento realizado pela enfermagem na prescrição. As tiras de são identificadas com o nome do paciente, clínica, número de registro hospitalar e período em que o medicamento deve ser administrado.



Modelo de tira de dose unitária.

Conferência das Tiras (Medicamentos e Materiais) e Prescrições

Após todo processo anterior com o registro saída em sistema informatizado, o farmacêutico realiza a conferência das tiras plásticas prontas e seladas.

Distribuição de Materiais Médico-hospitalares para pacientes por horário

Os materiais a serem utilizados pelos pacientes durante os procedimentos diários deverão ser solicitados pela enfermeira em sistema informatizado, por paciente, sendo separados e entregues por horário.

Dois assinaturas manuscritas em tinta preta, uma à esquerda e uma à direita, sobre o rodapé da página.

Os auxiliares e técnicos deverão realizar obrigatoriamente o registro de saída pelo RH do paciente, a fim de que se garanta a rastreabilidade dos insumos dispensados.

Fracionamento de Medicamentos e Materiais

Assegurar que os medicamentos distribuídos sejam corretamente identificados e contenham:

- Nome do medicamento pelo princípio ativo
- Dosagem
- Número com fração do item, favorecendo a rastreabilidade
- Data de validade

O fracionamento dos insumos tem como objetivo:

- Rastreamento dos insumos durante o fluxo logístico interno
- Controle rígido de identificações dos medicamentos a serem administrados

Análise de Interações Medicamentosas

Durante a análise das prescrições, serão analisadas as interações medicamentosas (fármaco-fármaco e fármaco-nutriente), que caso sejam detectadas, existirão as notificações e registros das cautelas no prontuário. A tarefa é realizada por farmacêutico habilitado. Tem como objetivo de alertar o corpo clínico e demais profissionais de saúde sobre a gravidade de cada interação.

Orientação Farmacêutica na Alta Hospitalar

As altas hospitalares são realizadas com orientações da equipe multidisciplinar, onde o farmacêutico realizará as orientações referentes à utilização dos medicamentos.

A tarefa é importante para a adesão terapêutica dos pacientes. O farmacêutico, quando comunicado previamente pela enfermeira da unidade de internação ou detectado no momento



de ronda, realiza a anamnese farmacêutica e preenchimento de formulários com as orientações farmacêuticas (figura abaixo), disponibilizando-as para os pacientes e acompanhantes.

Medicamento	Gotas	Comprimido	Pasta	Injeção	Solução	Suspensão	Cápsula	Líquido

Formulário de orientação farmacêutica na alta hospitalar a ser entregue ao paciente preenchido.

Reconciliação Medicamentosa

Trata-se da análise dos medicamentos de uso contínuo de cada paciente no momento da admissão, transferência e alta hospitalar. O paciente é acompanhado pelo farmacêutico em todas as etapas de internação, incluindo os procedimentos cirúrgicos.

Tem como objetivo, mitigar quaisquer intercorrências e instabilidade metabólica dos pacientes durante a internação, referente à utilização incorreta ou não utilização de medicamentos essenciais (farmacoterapia contínua).

Medicamentos Controlados pela Portaria 344/98

Para o efetivo controle dos medicamentos, é necessário seguir as diretrizes da Portaria 344/98. A responsabilidade pelo controle é exclusiva do profissional farmacêutico, incluindo as tarefas de armazenagem, separação e distribuição correta destes medicamentos, assim como o controle de documentos no Livro de Registro Específico da Portaria 344/98.

Autorização para compra, armazenamento e dispensação de medicamentos controlados pela Portaria 344/98.

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização
e execução das ações e serviços de saúde
Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran
Página 148

Para realização da compra, armazenamento e dispensação de medicamentos são necessários os seguintes documentos, por parte da instituição, conforme tabela abaixo.

Tabela – Documentos necessários para a aquisição, armazenamento e dispensação de medicamentos controlados pela Portaria 344/98

N °	Documentos
1	Licença de funcionamento emitido pelo órgão de saúde competente;
2	Registro do profissional farmacêutico na Vigilância Sanitária.
3	Certidão de Responsabilidade Técnica perante o CRF

Ressalva: A instituição somente poderá realizar aquisição de medicamentos controlados pela Portaria 344/98, após o cumprimento e posse dos itens da tabela.

Solicitação pelos profissionais de saúde de medicamentos controlados pela Portaria 344/98

Todo medicamento sujeito a controle especial, somente será liberado mediante a prescrição médica acompanhada de receituário de controle especial.

Cada receituário equivale a um único medicamento, podendo ser solicitado no máximo cinco unidades do medicamento por receituário, e esta possui validade por 24 horas.

Distribuição pela Unidade de Farmácia dos medicamentos controlados pela Portaria 344/98

A dispensação ocorre, somente se o medicamento estiver prescrito e com receituário devidamente preenchido, sem rasuras, com data, nome completo do paciente, registro hospitalar, nome do medicamento com descrição do princípio ativo, posologia, carimbo e assinatura do médico.

Em caso de SN (se necessário) e a ACM (a critério médico), o receituário deve ser encaminhado para a Unidade de Farmácia, juntamente com a prescrição onde ficará arquivada por 24 horas. Será liberado 01 dose quando solicitado, mediante requisição assinado pelo

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização
e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 149



enfermeiro, com nome, RH e leito do paciente. A Farmácia irá protocolar a liberação do medicamento em lista própria, para posterior conferência pelo farmacêutico. Se o medicamento for incluído (pós-prescrito), a equipe de enfermagem deverá encaminhar para a Unidade de Farmácia o receituário com requisição e a prescrição original para validação da solicitação. O colaborador da Farmácia deve validar na requisição a veracidade da mesma.

Entrega de medicamentos controlados pela Portaria 344/98

O medicamento será entregue pela Farmácia conforme os horários da prescrição. Estes medicamentos serão entregues de forma diferenciada, onde estarão embalados separadamente, por horários e com identificação dos pacientes, que no ato do recebimento na unidade de internação pela enfermeira, existirá um protocolo de entrega específico.

Kit de medicamentos controlados pela Portaria 344/98

Na Farmácia Satélite do Centro Cirúrgico, os medicamentos são liberados para o anestesista através do kit de anestesia (conforme figura abaixo). A padronização destes kits são discutidos previamente com a equipe de anestesistas, para a dispensação dos medicamentos seja otimizada, assim como o controle pela Farmácia e não exista acesso do medicamento controlados pela Port.344/98 a outros colaboradores da instituição, visto que serão distribuídos devolvidos lacrados.



Kit de medicamentos controlados pela Portaria 344/98, utilizados no Centro Cirúrgico

Two handwritten signatures in black ink, one on the left and one on the right, positioned below the footer text.

Escrituração do Livro de Registro Específico de Medicamentos Controlados pela Portaria 344/98

Conforme portaria 344/98 é necessária a garantia do registro das receitas atendidas, em livro de registro específico, como melhoria e evolução de trabalho, a farmácia do Hospital Municipal de Barueri implantou a escrituração eletrônica em sistema informatizado Tasy, após autorização da Vigilância Sanitária conforme deferimento concedido em 07/02/2022. O lançamento no livro específico dos receituários atendidos, assim como as notas fiscais destes medicamentos, é lançado em tempo real em sistema garantindo a rastreabilidade da escrituração.

Controle de medicamentos não padronizados e de alto custo

Para controle de medicamentos não padronizados, padronizados de uso eventual e medicamentos de alto custo, o médico deve preencher formulário específico (denominado Guia Terapêutico) a ser encaminhado a Farmácia junto a prescrição diária. Este documento é analisado pela equipe farmacêutica e submetida a autorização da Gerência Administrativa e Diretor Técnico. Somente após a autorização, estes medicamentos são distribuídos pela Unidade de Farmácia.

O armazenamento dos medicamentos não padronizados e de custo elevado é realizado em armário específico com o controle de acesso exclusivo a equipe farmacêutica.

Antimicrobianos Controlados pela CCIH

O controle desta classe terapêutica é preconizado pela Lei Federal 6.431 de 6/1/97, onde institui a obrigatoriedade da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

A unidade de farmácia deve assegurar a distribuição efetiva destes medicamentos, com a interface com a CCIH e com os médicos que prescreveram a terapia antimicrobiana, com o foco em uso racional de medicamentos.



Nutrição Parenteral

Para o atendimento de pacientes com prescrição com este perfil, os medicamentos são adquiridos pela SPDM através de empresas terceirizadas, especialistas na manipulação destas drogas detendo ainda infraestrutura que atendam as legislações vigentes. Estas empresas serão qualificadas pelo Comitê Técnico de Qualificação de Fornecedores – CTQF da SPDM, a fim de garantir a qualidade dos insumos.

Drogas de Alto Alerta

É assegurada a diferença na identificação dos medicamentos considerados drogas de alto alerta (figura abaixo), comparado do restante dos medicamentos padronizados na instituição. Tem como objetivo restringir o acesso destes medicamentos, a fim de mitigar erros com medicamentos potencialmente perigosos.

O reforço na identificação destes medicamentos auxilia a equipe de enfermagem na correta administração destes medicamentos, evitando intercorrências referente a erros de medicação. Este processo se inicia desde o recebimento dos medicamentos no Almoxarifado Central até a administração dos medicamentos aos pacientes através da equipe de enfermagem.



Identificação de medicamentos classificados como Drogas de Alto Alerta com etiqueta amarela

Padronização de Medicamentos e Materiais

A lista de medicamentos e materiais a serem utilizados no Hospital, é definida norteada pela RENAME de Barueri, assim como os itens já padronizados na rede SPDM, a fim de atender todas as prescrições de medicamentos, independente da especialidade médica. As novas inclusões deverão ser padronizadas através da Comissão de Farmácia e Terapêutica, utilizando metodologia de análise caso a caso, sendo incluso o custo-benefício da padronização de cada item.

Conferência de Carro de Parada

O farmacêutico deve assegurar que os medicamentos e materiais do carro de emergência, sejam conferidos até o 5º dia útil de cada mês. Após a detecção de não conformidades no carro de parada como, por exemplo, medicamentos vencidos, medicamentos interditados pela Vigilância Sanitária, falta de medicamentos no carro através da padronização, estes deverão ser repostos imediatamente.

Controle de Validade de Medicamentos

Mensalmente os medicamentos com prazo de validade próximos a 3 meses são monitorados pela equipe farmacêutica, para que o consumo seja otimizado. Os medicamentos próximos ao prazo de validade são informados ao Corpo Clínico para possíveis intervenções. Os medicamentos a vencer são retirados dos bins e colmeias, assim como das clínicas, 1 semana antes do prazo de validade expirar.

Controle de Temperatura de Medicamentos

O controle de temperatura é realizado três vezes ao dia (manhã, tarde e noite) através de termo-higrômetro calibrado, em ambientes refrigerados e não refrigerados, atendendo as Boas Práticas de Armazenamento de Medicamentos do Ministério da Saúde.



Farmacovigilância / Ronda Farmacêutica

É realizado diariamente pela equipe de farmacêuticos a ronda nas unidades de internação e ambulatorial, com o objetivo de orientar os profissionais de saúde e pacientes, assim como identificar entre os pacientes possíveis casos de reações adversas, incluindo a falta de eficácia terapêutica de medicamentos. Também é monitorado na ronda farmacêutica, a detecção de desvios de qualidade de medicamentos e materiais. Caso detectado reações adversas e desvios de qualidade, o caso é investigado pelo farmacêutico, com a posterior notificação a vigilância sanitária.

Comissões Multidisciplinares

O profissional farmacêutico é integrante da equipe multidisciplinar e deverá participar das seguintes comissões:

- Comissão de Farmácia e Terapêutica – CFT
- Comissão de Gerenciamento de Risco
- Comissão de Gerenciamento de Resíduos – PGRSS
- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH

Two handwritten signatures in black ink, one on the left and one on the right, positioned below the footer text.

1.3.5 MANUAL DE GESTÃO DE PATRIMÔNIO

Conforme solicitado no Edital Supri/ Nº004/2022, apresentamos a seguir proposta de Manual de Rotinas para o Hospital Municipal de Barueri Dr. Francisco Moran, que nortearão as rotinas da gestão da Unidade de Patrimônio.

Importante ressaltar que o Manual de Rotinas ora apresentados poderão sofrer adequação de acordo com as necessidades operacionais do Hospital caso a SPDM seja a vencedora desse certame.

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized initial 'S' followed by a cursive name.

PATRIMÔNIO

Para a Gestão Hospitalar, o patrimônio deve ser entendido como um conjunto de bens móveis, também denominados, materiais permanentes.

A importância do controle patrimonial nas instituições, tanto públicas quanto privadas, dizem respeito principalmente à grande imobilização financeira decorrente da aquisição do parque instalado e dos custos adicionais decorrentes dos bens.

A Unidade de Patrimônio é responsável pelo controle, conservação e distribuição de bens, mantendo inter-relação com todas as áreas hospitalares, bem como, por proporcionar o controle físico individualizado dos bens patrimoniais.

Organização do Serviço

O planejamento e o controle do patrimônio envolvem ações do recebimento do bem na instituição e que se estendem até a saída do mesmo. Funções como a identificação dos bens e o inventário anual são fundamentais para que o controle seja transparente, seguro e eficaz.

Assim, o controle patrimonial compreende, dentre outras ações:

- Recepcionar, identificar e registrar os bens
- Controlar os Termos de Entrega dos bens às áreas
- Cadastrar os bens no Sistema Patrimonial
- Recolher e guardar os bens para reutilização ou manutenção corretiva
- Zelar pela conservação dos bens
- Transferir os bens por centro de custos na Unidade Hospitalar
- Realizar inativação de bens patrimoniados respeitando os critérios de avaliação de utilização do material previamente estabelecido (laudos técnicos de inutilização)
- Realizar inventário de acordo com a periodicidade estabelecida
- Documentar recebimento e devolução de bem comodatado



Com o intuito de preservar a qualidade das informações, todo bem permanente deverá, além de ser identificado individualmente, estar vinculado a uma Unidade específica e sob a responsabilidade de um gestor de área.

Funcionamento

De segunda a sexta-feira, das 08h às 17h.

Instruções Técnicas

- Elaborar e implantar um Manual de Normas e Procedimentos Operacionais da Unidade de Patrimônio
- Emitir o Relatório Anual dos Bens Inventários e dar ciência a Diretoria do Hospital
- Comunicar intercorrências como furto, perda e avarias
- Implantar Termo de Recebimento referente à disponibilização do bem permanente para as equipes em gerais, incluindo, as equipes dos serviços assistenciais



O controle patrimonial compreende, dentre outras ações as rotinas descritas a seguir:

I. ROTINA DE INVENTÁRIO

AÇÃO
Elaborar cronograma de inventário
Encaminhar cronograma para os gestores
Realizar o inventário nas unidades conforme cronograma
Recolher listagem de inventário realizada pela Engenharia Clínica e Informática
Inserir as informações em planilha modelo da Secretaria Municipal de Saúde (se houver)

II. ROTINA DE ENTRADA E SAÍDA DE EQUIPAMENTOS

AÇÃO
Especificar com detalhes o motivo da saída do equipamento através de impresso específico
Colher as assinaturas dos responsáveis nos campos destinados para tal
Entregar as vias para as respectivas unidades
Atualizar a planilha de controle de entrada e saída dos equipamentos
Entregar cópia do documento de retorno do equipamento para unidade de Patrimônio para atualizar a planilha de controle de bens

III. ROTINA DE ENCAMINHAMENTO DE INSERVÍVEIS

AÇÃO
Confeccionar listagem de inservíveis sem condição de uso/reparo
Encaminhar a relação de inservíveis à Secretaria Municipal de Saúde
Aguardar respectiva autorização emitida pela Secretaria Municipal de Saúde
Agendar e acompanhar a retirada dos bens

IV. ROTINA DE DOAÇÃO DE BEM

AÇÃO
Orientar entrada do bem doado pelo Almoxarifado
Receber o item a ser doado e acionar imediatamente o Patrimônio
Avaliar o bem e conferir o Termo de Doação constando nome completo, CPF, descrição do bem e valor estimado ou Nota Fiscal (se houver). Sendo esta aprovada previamente pela Diretoria
Afixar placa identificadora de patrimônio e mencionar o nº em cópia da documentação para a Contabilidade fazer o registro
Direcionar o bem à unidade de destino



V. ROTINA DE MOVIMENTAÇÃO DO PATRIMÔNIO

AÇÃO
Solicitar via e-mail a alteração de local de todo e qualquer bem permanente presente na instituição
Informar ao solicitante o prazo para execução da alteração
Atualizar a planilha de bens patrimoniados, informando a alteração de localização do bem

VI. ROTINA DE RECEBIMENTO DE BENS

AÇÃO
Encaminhar para a Unidade de Almoxarifado, cópia da Ordem de Fornecimento do bem adquirido
Notificar a Unidade solicitante e Patrimônio no ato do recebimento do bem (de qualquer natureza não estocável)
Conferir o bem fisicamente e se está de acordo com a Ordem de Fornecimento e Nota Fiscal
Afixar placa de patrimônio no bem
Anotar o número da placa de patrimônio na cópia da Nota Fiscal e encaminhar para a Contabilidade a via original
Lançar as informações do bem adquirido na planilha do Patrimônio

VII. ROTINA DE DANO AO PATRIMÔNIO

AÇÃO
Isolar o bem danificado
Realizar Boletim de Ocorrência mediante o dano causado no patrimônio
Encaminhar uma cópia a Unidade de Patrimônio para arquivo junto à nota fiscal e impresso específico do bem danificado
Realizar de relatório e apuração dos fatos, responsabilidades e possibilidades de ressarcimento do bem danificado



1.3.6 MANUAL PARA IMPLANTAÇÃO DE LOGÍSTICA DE SUPRIMENTOS

IMPLANTAÇÃO DE LOGÍSTICA DE SUPRIMENTOS

Logística Hospitalar – Planejamento e Gestão de Medicamentos e Materiais

A logística hospitalar é o processo de gerenciar estrategicamente e racionalmente a aquisição, movimentação e armazenamento de medicamentos, materiais médicos – hospitalares e outros materiais necessários ao perfeito funcionamento da unidade hospitalar.

Contempla as áreas de Almoxarifado, estoques da Farmácia Central e Farmácias Satélites.

A gestão da cadeia de suprimentos compreende a compra, o recebimento, armazenamento e distribuição de todos os materiais utilizados no Hospital.

Organização do Serviço

Premissas:

- Almoxarifado Central
Recebimento, armazenamento e distribuição dos medicamentos e insumos dentro do Hospital.
- Farmácia central
Produção de tiras (sistema de distribuição de medicamentos por dose unitária);
Distribuição de material médico hospitalar por paciente;
Estoque de medicamentos controlados pela Portaria 344/98.
- Farmácias satélites
Distribuição de kits de medicamentos e materiais para as salas cirúrgicas;
Atendimento as unidades de internação no período noturno (17 às 07 horas);
Distribuição de medicamentos e materiais de urgência;
Produção de tiras (sistema de distribuição de medicamentos por dose unitária) para pacientes em observação.



Planejamento e Aquisição

Em um Hospital, o número de itens de consumo pode variar de 2000 a 5000 itens que podem ser agrupados de acordo com perfil de utilização, como por exemplo os medicamentos, fios cirúrgicos, descartáveis, curativos etc. Estes vários grupos ainda podem se dividir de acordo com sua classe terapêutica, como por exemplo, os medicamentos que se agrupam em anestésicos, oncológicos, vasoconstritores etc.

Além da diversidade de itens utilizados em um Hospital, igualmente importante considerar outras variáveis que podem impactar diretamente na assistência prestada ao paciente, como o perfil e complexidade do atendimento e demanda.

Neste sentido, é condição *sine qua non* que os profissionais da gestão de estoque em conjunto com os profissionais da área assistencial definam uma padronização dos itens estocáveis.

Outro aspecto relevante é o dimensionamento do estoque, que afeta diretamente os níveis de compras, ressuprimentos e conseqüentemente a distribuição dos insumos. A gestão da cadeia de suprimentos deve disponibilizar insumos com qualidade, na quantidade suficiente e tempo certo com baixo custo.

Para tanto, ressalta-se que a SPDM, de acordo com suas políticas institucionais, propõe para o Hospital que as compras sejam conjuntas e consolidadas às demais Instituições Afiliadas da SPDM proporcionando o ganho de escala, maximizando os recursos públicos financeiros e resultados. A Unidade de Compras terá seu Regimento publicado em Diário Oficial, cujas diretrizes estarão, evidentemente, pautadas nos princípios da moralidade, economicidade, impessoalidade e isonomia.

Os critérios que deverão ser utilizados para a realização do planejamento de compras são:

- Sazonalidade

Alguns medicamentos podem sofrer alterações de consumo em determinados períodos do ano, oferecendo mudanças significativas no estoque.



- Curva ABC

A Curva ABC é um método de classificação estatística de medicamentos e materiais, baseada no princípio de Pareto, que visa classificar itens através das porcentagens da demanda valorizada de cada item em relação a demanda valorizada total.

- Curva XYZ

Na Curva XYZ os itens são classificados baseando-se no critério de criticidade, levando em consideração a sua importância ao paciente. Classe X representa os itens de baixa criticidade, cuja falta não implica em maiores consequências, Classe Y apresenta razoável possibilidade de substituição com outros itens disponíveis em estoque sem comprometer os processos críticos, caso seja necessário em detrimento dos custos envolvidos e a classe Z que representa os itens de vital importância.

- Curva PQR

Na curva PQR os itens são classificados de acordo com a popularidade dos itens, onde a classe P envolve os itens de elevada frequência de movimentação, a classe Q envolve os itens com frequência de movimentação intermediária e a classe R incluem os itens de baixa movimentação.

- Estoque de Segurança

O estoque de segurança consiste em uma reserva dos itens de medicamentos e materiais suficientes para suprir o abastecimento durante o período de entrega e reabastecimento.

- Estoques Máximos e Mínimos

São os níveis máximos e mínimos estabelecidos dos itens de medicamentos e materiais através do histórico de consumo, utilizados para identificar o ponto de ressuprimento, estoque baixo ou estoque alto.

O valor unitário contábil dos itens de estoque será realizado através do custo médio ponderado, ou seja, a cada entrada de um determinado item o valor unitário será recalculado com a quantidade anterior, de acordo com a Lei 4.320/69. Art. 106. Que determina que os órgãos públicos façam uso do custo médio ponderado.



Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT)

A **padronização dos medicamentos e materiais a serem adquiridos** deverá ser definida em uma Comissão de Farmácia e Terapêutica e revisada periodicamente. Esta padronização visa definir a quantidade de itens de estoque, ou seja, sua variedade, facilitando o seu controle e otimização de recursos estocados, tendo como consequência um menor número de recursos empregados em estoque. Além de elaborar a padronização, esta comissão estabelecerá critérios para a inclusão de novos itens e exclusão de algum item.

Deverão compor esta comissão, os representantes da Diretoria Técnica, SCIH, Enfermagem, Farmácia Clínica, Almoxarifado, Administração e demais profissionais envolvidos no processo.

Avaliação de Fornecedor

Um dos critérios de aquisição dos materiais deverá ser precedido de verificação dos fornecedores, tendo como principais pontos as análises da regularidade do fornecedor nos órgãos competentes, análise dos registros dos produtos comercializados pelo fornecedor e análise técnica dos produtos utilizados pelo Hospital.

Esta complexa avaliação dos fornecedores é de extrema importância e necessária para garantir que todos os itens adquiridos pelo Hospital tenham boa procedência, garantindo assim a segurança do processo de aquisição.

Ressalta-se que a SPDM possui equipe altamente qualificada que compõe o Comitê Técnico de Qualificação de Fornecedores (CTQF).

Recebimento

A unidade de Gestão de Estoques é centralizadora do recebimento de todos os insumos adquiridos pelo hospital (Material médico, Medicamentos, dentre outros).

O recebimento deve ser realizado através de documentação formalizada como, pedido de compras, autorização de compras e notas fiscais.

Dentre outras considerações:

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização
e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 163



- Conferência Física – Deve-se realizar a conferência dos itens da quantidade recebida, número do lote e validade dos produtos;
- No caso de um medicamento termolábil, ou seja, aquele que deve estar armazenado a uma temperatura entre 2º C a 8º C, deve ser realizado uma aferição da temperatura no ato do recebimento, através de um termômetro a laser.

Armazenamento

O armazenamento de medicamentos e materiais deverá ser realizado de acordo com critérios técnicos e normas de boas práticas de armazenamento.

Deverá ser adotado o critério PEPS (Primeiro que expira é o Primeiro que sai), que visa a guarda dos itens obedecendo os prazos de validade.

Para o controle dos medicamentos sujeitos a controle especial, é necessário seguir as diretrizes da Portaria 344/98.

- Fracionamento

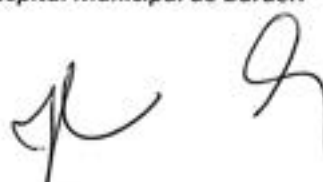
Os materiais médico-hospitalares e medicamentos devem ser fracionados um a um e identificados com etiqueta de código de barras e guardados no estoque ou transferidos para os sub-estoques de dispensação.

- Controle de validade

Deverá existir controle de validade dos medicamentos e materiais através de sistema informatizado, assim como plano de gerenciamento manual, com identificação visual dos bins e colmeias utilizadas para armazenamento dos medicamentos e materiais.

- Controle de temperatura

Garantir a aferição e registro das temperaturas de refrigeradores e ambientes. As intercorrências com possíveis divergências na temperatura deverão ser corrigidas imediatamente, sem prejuízos à conservação dos medicamentos.



Controle de Estoques de Medicamentos e Materiais

O registro da movimentação dos medicamentos e materiais deverá ser realizado por meio de um Sistema Informatizado de Gestão de Suprimentos implantado de forma que possibilite executar e visualizar a movimentação, como transferência e saída para o paciente, do Estoque Central, Farmácia Central e Satélites.

- Separação e registro de baixas de medicamentos

Garantir o controle de estoque dos medicamentos distribuídos através de sistema informatizado, interligado ao controle de internação hospitalar. O sistema informatizado não deverá permitir a distribuição de medicamentos que não estiverem na prescrição médica.

- Distribuição de medicamentos e materiais pelo sistema de dose unitária

A distribuição dos medicamentos prescritos para pacientes internados, deverão atender o sistema de distribuição por dose unitária (medicamentos previamente fracionados para atendimento da dose prescrita).

- Conferência de tiras de dose unitária

Será realizada a conferência das tiras de dose unitária, de forma que sejam detectados possíveis erros de separação, antes da etapa de distribuição.

- Medicamentos Controlados pela Portaria 344/98

Estes medicamentos deverão ser supervisionados por um profissional farmacêutico, visto a necessidade de cuidados especiais quanto ao seu fluxo de recebimento, armazenamento, distribuição e escrituração de livro de registro.

- Inventário

Para verificar se os estoques estão sendo bem utilizados, manuseados e controlados, utiliza-se diferentes controles de produtividade na análise da gestão de estoque.

O Inventário Físico que é realizado com a contagem do estoque e confrontado com o controle de estoque, deve ser periódico.



Funcionamento

Serviço	Horário de funcionamento
Almoxarifado Central	2ª. a 6ª. das 08h00 às 18h00 Sábados e Domingos das 08h00 às 16h20

Atribuições

- Responsável pela aquisição, recebimento, armazenamento e distribuição de materiais;
- Acompanhar os itens com picos de consumo ou com baixos níveis de estoque;
- Controlar os níveis de estoques para que não excedam as quantidades máxima ou mínima;
- Realizar o cadastro de fornecedores ou itens utilizados no Hospital;
- Adquirir material de forma emergencial quando necessário;
- Organizar e realizar as reuniões do Comitê de Farmácia e Terapêutica, escriturar regimento do Comitê e monitorar as padronizações e despadronizações de insumos com base nas informações de consumo observadas nas reuniões;
- Garantir a rastreabilidade de todos os medicamentos dispensados;
- Garantir 100% de registro de baixa dos medicamentos e materiais distribuídos;
- Realizar 100% de conferência de tiras de medicamentos por dose unitária em etapa anterior a distribuição;
- Realizar o controle de medicamentos controlados pela Portaria 344/98;
- Disponibilizar kits de medicamentos e materiais médico-hospitalares necessários para procedimentos cirúrgicos, exames e de urgência;
- Identificar com nome, registro hospitalar, clínica e leito todos os medicamentos e materiais a serem distribuídos para os pacientes internados;
- Escriturar procedimento operacional padrão de todas as tarefas a serem implementadas, sendo estas revisadas, discutidas e validadas com as unidades envolvidas, inclusive com a equipe assistencial;
- Garantir o controle de temperatura ambiente e dos refrigeradores, através de termohigrômetro calibrado e registro das temperaturas;



- Realizar treinamentos técnicos teóricos e práticos de todas as tarefas da Farmácia, devendo existir plano de reciclagem para todos os colaboradores.

Legislação Vigente

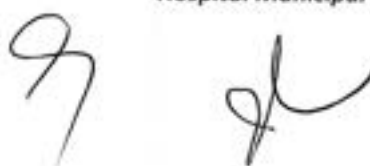
O serviço de estoque e logística deverá cumprir as seguintes exigências legais:

- CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas;
- Lei 5.991/73 – Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, horário do farmacêutico, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências;
- Portaria MS 4.283/10 – Aprova as diretrizes e estratégias para organização, fortalecimento e aprimoramento das ações e serviços de farmácia no âmbito dos hospitais;
- RDC 45/03 da ANVISA: Dispõe sobre regulamento Técnico sobre Boas Práticas de utilização de Soluções Parenterais em serviços de saúde;
- RDC 50/02 da ANVISA: Dispõe sobre Regulamento Técnico para projetos físicos em estabelecimentos assistenciais de saúde;
- RDC 67/07 da ANVISA: Dispõe sobre boas práticas de manipulação de preparações magistrais e oficinais para uso humano em farmácias;
- RDC 80/06 da ANVISA: Dispõe sobre o fracionamento de medicamentos em farmácias e drogarias;
- RDC 306/04 da ANVISA: Dispõe sobre regulamento técnico para o gerenciamento de resíduos dos serviços de saúde;
- RDC 9/09 da ANVISA - Altera o anexo VI da RDC 45/03 Lei no. 5991/73: Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, horário do farmacêutico, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências;
- Portaria 272/98 da ANVISA – Aprova o regulamento técnico para fixar os requisitos mínimos exigidos para a terapia de nutrição parenteral;
- Portaria 2616/98 do MS – Controle de Infecção Hospitalar;
- Portaria 485/05 do MTE – Aprova NR 32 – Segurança e saúde no trabalho em estabelecimentos de saúde;
- Portaria 1017/02 SAS/MS – Estabelece que as farmácias hospitalares integrantes do SUS devam estar sob a responsabilidade do farmacêutico;

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização
e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 167



- Portaria 344/98 SVS/MS – Estabelece o regulamento técnico das substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial.





ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O
DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA
"Educação e melhoria da Saúde"

1.4 INCREMENTO DE ATIVIDADE

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização
e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 169

INCREMENTO DE ATIVIDADE

A proposta de incrementos de atividades abaixo será realizada sem custo, otimizando os recursos humanos com aumento de produtividade e racionalização do uso de suprimentos.

AUMENTO DE 15% - SEM A ELEVAÇÃO DE CUSTO

SADT EXTERNO (AUMENTO)	META PROPOSTA PELO EDITAL SUPRI Nº 004/2022	META COM INCREMENTO
301	2.000	2.301



1.4.1 PROPOSTA DE ATIVIDADES ASSISTENCIAIS

Atividades Assistenciais

2022					
Especialidades Internação	Número de Saídas Hospitalares		Bases para o cálculo do número de saídas		
	Média mensal	% Total	Leitos Operacionais	Tempo médio de permanência	Taxa de ocupação
Clínica Cirúrgica	650	100	72	4,1	94%
Clínica Médica	400	100	72	7,4	90%
Clínica Pediátrica	150	100	48	5,0	85% *
Clínica Obstétrica	108	100	24	4,4	80%*
Clínica Psiquiátrica	12	100	12	25	90%
Total Mensal	1.320	100	228	9,18	91%
Total Anual	15.840	100	2.736		

*Baseado na demanda da região

Estimativa Atividade Mensal- Saídas Hospitalares

2022													
Internação	1º M	2º M	3º M	4º M	5º M	6º M	7º M	8º M	9º M	10º M	11º M	12º M	Total
Clínica Médica	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	4.800
Clínica Cirúrgica	650	650	650	650	650	650	650	650	650	650	650	650	7.800
Clínica Obstétrica	108	108	108	108	108	108	108	108	108	108	108	108	1.296
Clínica Pediátrica	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150	1.800
Clínica Psiquiátrica	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	144
Total Mensal	1.320	1.320	1.320	1.320	1.320	1.320	1.320	1.320	1.320	1.320	1.320	1.320	15.840

Anexo II- meta de Produção valor de saída 6º e 12º mês consta no Edital 60 saídas e 60 internações da psiquiatria, no entanto, não há possibilidade destes números pela característica de internação dos pacientes psiquiátrico e a relação do número de leitos operacionais.

Estimativa Atividade Mensal- Hospital Dia

2022													
Hospital Dia Cirúrgico	1º M	2º M	3º M	4º M	5º M	6º M	7º M	8º M	9º M	10º M	11º M	12º M	Total
Cirurgias Oftalmológicas	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150	1.800
Demais	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250	3.000
Total	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	4.800

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 171

Estimativa Atividade Mensal- Urgência/Emergência (Hospitalar)

2022													
	1º M	2º M	3º M	4º M	5º M	6º M	7º M	8º M	9º M	10º M	11º M	12º M	Total
Total	1.700	1.700	1.700	1.700	1.700	1.700	1.700	1.700	1.700	1.700	1.700	1.700	20.400

Estimativa Atividade Mensal- Ambulatório

2022													
Ambulatório	1º M	2º M	3º M	4º M	5º M	6º M	7º M	8º M	9º M	10º M	11º M	12º M	Total
Consulta Médica	11.000	11.000	11.000	11.000	11.000	11.000	11.000	11.000	11.000	11.000	11.000	11.000	132.000
Consultas não médicas	6.670	6.670	6.670	6.670	6.670	6.670	6.670	6.670	6.670	6.670	6.670	6.670	80.040
Reabilitação em Fisioterapia	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	36.000
Pequena Cirurgia	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	2.400
Total	20.870	20.870	20.870	20.870	20.870	20.870	20.870	20.870	20.870	20.870	20.870	20.870	250.440

Estimativa Atividade Mensal- SADT Externo

2022													
SADT EXTERNO	1º M	2º M	3º M	4º M	5º M	6º M	7º M	8º M	9º M	10º M	11º M	12º M	Total
Total	2.301	2.301	2.301	2.301	2.301	2.301	2.301	2.301	2.301	2.301	2.301	2.301	27.612

Estimativa Atividade Mensal- Hemodiálise

2022													
	1º M	2º M	3º M	4º M	5º M	6º M	7º M	8º M	9º M	10º M	11º M	12º M	Total
Total	3.420	3.420	3.420	3.420	3.420	3.420	3.420	3.420	3.420	3.420	3.420	3.420	41.040

Estimativa Atividade Mensal- Programa de Internação Hospitalar

2022													
	1º M	2º M	3º M	4º M	5º M	6º M	7º M	8º M	9º M	10º M	11º M	12º M	Total
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	1.080

Estimativa Atividade Mensal- Atendimento de Neurocirurgia e Neuroclínica

2022													
	1º M	2º M	3º M	4º M	5º M	6º M	7º M	8º M	9º M	10º M	11º M	12º M	Total
Avaliação Neurológica	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	2.760

Estimativa Atividade Mensal - Quimioterapia

2022													
	1º M	2º M	3º M	4º M	5º M	6º M	7º M	8º M	9º M	10º M	11º M	12º M	Total
Total	180	180	180	180	180	180	180	180	180	180	180	180	2.160

Estimativa Atividade Mensal – Atendimento em Medicina Fetal

2022													
	1º M	2º M	3º M	4º M	5º M	6º M	7º M	8º M	9º M	10º M	11º M	12º M	Total
Total	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	1.680

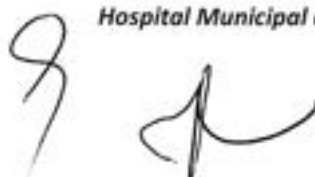
Estimativa Atividade Mensal – Procedimentos em Hemodinâmica

2022													
	1º M	2º M	3º M	4º M	5º M	6º M	7º M	8º M	9º M	10º M	11º M	12º M	Total
Total	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	720

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 173



1.4.2 PROPOSIÇÃO DE OUTROS SERVIÇOS RELACIONADOS ÀS ATIVIDADES DO HOSPITAL

I. NEUROCIRURGIA DE URGÊNCIA

Para diminuição da morbidade e mortalidade dos pacientes com TCE, AVE hemorrágico, proporemos atendimento cirúrgico de urgência para estes pacientes no HMBFM, com a mesma equipe de neurocirurgiões já contratados para atendimento de avaliações. Os demais pacientes neurocirúrgicos continuarão no fluxo de referência e contrarreferência do município. Para estes pacientes de maior risco do quadro clínico, o transporte e a tempo de espera poderá influenciar no prognóstico. Estimamos aproximadamente 15 procedimentos neurocirúrgicos mensalmente e 180 anual.

II. CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE – ESCRITÓRIO DO PACIENTE

Hoje sabemos que o engajamento do paciente no próprio cuidado é uma das ações efetivas no aumento da segurança da assistência prestada. A SPDM Afiliadas tem como um dos seus objetivos estratégicos a transformação do paciente com participação passiva para o paciente com participação ativa no próprio cuidado.

A orientação desde a internação de perguntas que devem ser realizadas para que o paciente possa acompanhar e entender de maneira clara e didática seu próprio tratamento.

A decisão compartilhada e a escolha compartilhada dos riscos tem se mostrado uma ação protetora da relação de confiança entre o paciente, o profissional e a instituição.

Áreas de atuação:

- Pacientes como parceiros nas práticas de segurança
- Criar ferramentas mais sensíveis de escuta dos pacientes e familiares
- Melhora da Comunicação entre os Pacientes e Médicos
- Melhora da Comunicação entre os Pacientes e Enfermagem



Ações e ferramentas para melhora da relação de confiança são discutidas e implantadas em todos os setores.

- ✓ O Plano Terapêutico é discutido e mostrado ao paciente e orientada a importância do seu acompanhamento
- ✓ Grupos para orientações dos pacientes são realizados nos processos mais críticos
- ✓ Pesquisa de Experiência do paciente é realizada nos setores gradativamente de acordo com a estratégia institucional e capacitação da equipe

Pesquisa de experiência do paciente

A pesquisa é a HCAHPS (Avaliação de o Paciente Hospitalar relativamente aos Sistemas e Prestadores de Cuidados de Saúde) e será implantada inicialmente em um setor escolhido como modelo. A experiência então é difundida gradativamente para o resto da instituição.

Cuidado centrado no paciente

Vivemos em uma época onde os recursos tecnológicos se multiplicam e o distanciamento dos pacientes é um reflexo não desejado, mas recorrente dentro das instituições hospitalares. Existe atualmente um movimento global de retomada do cuidado centrado no paciente, que tem se perdido no decorrer dos anos.

Portanto, estratégias que nos aproximem de nossos pacientes, estreitando a relação hospital-paciente, são imperativas para a retomada do modelo de "Cuidado Centrado no Paciente".

A experiência do paciente durante sua internação é composta pela satisfação, mas também por aspectos de segurança e qualidade, formando o tripé que sustenta o cuidado centrado no paciente.

Nesse cenário surge o Escritório do Paciente, medida possível e economicamente viável no cenário econômico do SUS, transformando esta realidade hospitalar, melhorando o fluxo e a qualidade das informações, permitindo uma abordagem mais profunda de vários aspectos de segurança e qualidade, customizando e transformando a experiência do paciente.

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização
e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 175



Em nossa experiência, todas as medidas institucionais de humanização também foram centralizadas no Escritório do Paciente, facilitando seu acesso e divulgação.

O **Escritório do Paciente utiliza** os mais atuais conceitos de "Cuidado Centrado no Paciente", e tem por objetivo customizar a experiência de internação, com foco na qualidade, segurança, hospitalidade e humanização.

III. AMBULATÓRIO DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA EM CUIDADOS PALIATIVOS E DOR

Uma proposta alternativa viável para assegurar a qualidade dos cuidados técnico-profissionais aos pacientes e seus familiares, conforme os princípios dos Cuidados Paliativos. Promovendo um atendimento eficaz para o acompanhamento destes pacientes, visto que muitos não conseguem manter a regularidade nas consultas, impactando na continuidade do tratamento.

Como proposta de resolução das dificuldades acima mencionadas, uma equipe interdisciplinar ambulatorial constituída por médico paliativista, algologista, enfermeiro e psicólogo.

OBJETIVO:

- promover e prover cuidados paliativos da mais alta qualidade, com habilidade técnica e humanitária
- pretende-se minimizar o sofrimento humano proveniente das esferas física, psíquica, social e espiritual e melhor qualidade de vida
- garantir a continuidade dos cuidados paliativos ao paciente em seu território de domicílio, minorando o seu deslocamento



Ambulatório à Distância dos Cuidados Paliativos e Dor

A proposta seria alinhar uma **ação integrada** do ambulatório dos Cuidados Paliativos do HMB com a **Atenção Primária à Saúde** - uma modalidade assistencial nomeada "**Ambulatório a Distância**".

Os profissionais da Atenção Básica de Saúde atuariam **presencialmente** e os profissionais do ambulatório do HMB como **orientadores/consultores e condutores** do plano de cuidados paliativos.

Ao se criar essa modalidade, constrói-se uma teia que amplia o alcance do atendimento da unidade especializada, integrando a Atenção Quaternária à Atenção básica de Saúde. Promovendo não só a possibilidade de cuidados técnico-profissionais a essa parcela da população, como também a consolidação da integração da Rede de Atenção à Saúde, que é um dos grandes desafios da política de saúde brasileira.

IV. REDE DE CUIDADOS CONTINUADOS

A Rede de Cuidados Continuados é a integração do médico assistente com equipes interdisciplinares especializadas sendo que este cuidado é direcionado aos pacientes com doenças crônicas graves e que ameaçam a vida. O beneficiário e seus familiares receberiam acompanhamento conjunto por duas equipes: o médico assistente responsável pelo tratamento da doença e a equipe própria da RCC, responsável pelo controle dos sintomas e alívio de possíveis causas que possam estar gerando sofrimento. Combinação de uma abordagem no atendimento a pacientes em cuidados paliativos com dor ou não; pacientes com doenças crônicas e em sua maioria, com uma alta demanda de utilização dos serviços de saúde.

Seria uma integração direta entre o ambulatório de Cuidados Paliativos (CP), Assistência Domiciliar (PID) e Atenção Básica (UBS). Uma modalidade de atendimento inédito no Brasil, evitando internações hospitalares desnecessárias.



Rede de Cuidados Continuados (RCC)

Hospital → Ambulatório Especializado (CP) → Unidade Básica (UBS) → PID

- **Hospital:** Equipe especializada prestará acompanhamento conjunto dos pacientes com médico assistente focado no controle rápido dos sintomas, comunicação empática e direcionamento do paciente para o leito ou modalidade para o qual este tenha indicação e perfil.
- **Atendimento Domiciliar:** Equipe especializada prestará o atendimento na modalidade assistência domiciliar com ações pontuais que possibilitam a desospitalização precoce e controle dos sintomas. O cuidador é inserido no cuidado desde o início com treinamentos específicos de acordo com a necessidade.
- **Pronto Atendimento:** Pacientes com critérios para acompanhamento da RCC serão identificados precocemente com estratificação das demandas e direcionamento para leito ou modalidade para a qual este tenha indicação e perfil.

Objetivos Encontrados

- Fluxo de Intercorrência Ambulatório → Assistência Domiciliar (PID)
- Completa Linha do Cuidado aos Crônicos com agilidade e maior controle
- Serviço com resposta rápida independente se o paciente está internado ou em casa
- Pacientes terão acolhimento independente de onde estiverem (PID, UBS)
- Redução de Custos para todo o sistema
- Gestão dos Indicadores específicos de resultados e qualidade
- Possível Redução de Liminares Judiciais

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização
e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 178



V. AMBULATÓRIO DE FERIDAS DE DIFÍCIL CICATRIZAÇÃO

Objetivo:

Realizar tratamento de feridas com utilização de um protocolo sistematizado aos pacientes com úlceras de membros inferiores, mal perfurante plantar, propondo tratamento e reabilitação da integridade cutânea, com técnicas apropriadas e especializadas de curativos. Oferecer atendimento especializado com recursos terapêuticos inovadores centrado nas necessidades individuais.

Indicação:

Pacientes com lesões de pele, causadas por insuficiência vascular (venosa ou arterial), mal perfurante plantar, lesão por pressão.

Método:

Atendimento a portadores de feridas com realização de consulta de Enfermagem e curativos. Atendimento de portadores de úlcera venosa referenciados internamente.

Benefícios:

Laserterapia de Baixa Intensidade

A laserterapia de baixa intensidade possui um importante efeito que reduz o tempo de cicatrização, fazendo com que o paciente retorne o mais rápido as suas atividades.

O laser de baixa intensidade tem demonstrado ser uma importante ferramenta no tratamento de úlceras de pressão em ambiente hospitalar, ambulatorial pois atua no reparo tecidual levando a uma total cicatrização ou redução significativa no tamanho e profundidade das lesões.





A laserterapia possui um importante efeito que reduz o tempo de cicatrização, fazendo com que o paciente retorne o mais rápido as suas atividades.

O laser de baixa intensidade tem demonstrado ser uma importante ferramenta no tratamento de úlceras de pressão em ambiente hospitalar, ambulatorial pois atua no reparo tecidual levando a uma total cicatrização ou redução significativa no tamanho e profundidade das lesões.

Ação: Cicatrizante, anti-inflamatória.

Equipe:

A equipe é formada por enfermeiros especialistas em cuidados com a pele e habilitados em laserterapia.

Referências Bibliográficas

AGNE, J. Eletrotermoterapia teoria e prática. Santa Maria: Orium, 2005.

AL-WATBAN F, ZHANG Z. Stimulative and inhibitory effects of low incident beams of argon laser energy on wound healing. *Laser Therapy*. v. 7, p. 11-18, 1995. APARECIDA DA SILVA A, LEAL-

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização
e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 180

JUNIOR EC, ALVES AC, RAMBO CS, DOS SANTOS SA, VIEIRA RP, DE CARVALHO P T. Wound-healing effects of low-level laser therapy in diabetic rats involve the modulation of MMP-2 and MMP-9 and the redistribution of collagen types I and III. *J Cosmet Laser Ther.* v. 15, n. 4, p. 210- 6, 2013.

ARANTES, C. GRISS J. MARTIS L. GRISS M. Fisioterapia preventiva em complicações de úlceras de membros inferiores. *Fisioterapia em Movimento.* v. 4, p. 47-66, 1992. AYUK SM, HOURELD NN,

ABRAHAMSE H. Collagen production in diabetic wounded fibroblasts in response to low-intensity laser irradiation at 660 nm. *Diabetes Technol Ther.* v. 14, n. 12, p. 1110-7, 2012.

Two handwritten signatures in black ink are located at the bottom of the page. The signature on the left is a stylized, cursive 'S' or 'F'. The signature on the right is a more complex, cursive signature.



ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O
DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA

"Gestão em Saúde e Educação"

F2. QUALIDADE

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização
e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 182

MANUAL DE ROTINAS DA QUALIDADE

O manual de normas e rotinas operacionais tem como objetivo orientar os profissionais da área administrativa e da assistência para padronizar o atendimento, definindo as responsabilidades de cada profissional. O Manual de Normas e Rotinas está disponível no Anexo 13, abaixo seguem os itens do manual:

Descrição	Código
Gerenciamento de leitos	ROT-I-GER-001
Admissão do paciente	ROT-I-GER-002
Identificação do paciente	ROT-I-GER-003
Arrolamento de pertences	ROT-I-GER-004
Recebimento de plantão	ROT-I-GER-005
Coleta de exames de laboratório de rotina	ROT-I-GER-006
Coleta de exames de laboratório de urgência	ROT-I-GER-007
Solicitação hemocomponentes	ROT-I-GER-008
Transfusão de hemocomponentes	ROT-I-GER-009
Rotina de solicitação de raio x no leito	ROT-I-GER-010
Encaminhamento do paciente internado para exames no SADT	ROT-I-GER-011
Interconsulta	ROT-I-GER-012
Informação médica aos familiares	ROT-I-GER-013
Aviso de estado grave	ROT-I-GER-014
Transferência de pacientes entre unidades de internação	ROT-I-GER-015
Transferência de pacientes para outra instituição	ROT-I-GER-016
Alta hospitalar	ROT-I-GER-017
Evasão	ROT-I-GER-018
Óbito	ROT-I-GER-019
Entrada de alimentos para pacientes internados	ROT-I-GER-020
Solicitação do serviço social para paciente sem visita familiar	ROT-I-GER-021
Conferência do carro de emergência	ROT-I-GER-022
Desinfecção laringoscópio	ROT-I-GER-023
Solicitação/devolução de psicotrópico à farmácia para paciente internado	ROT-I-GER-024

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização
e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 183

Solicitação de reposição de estoque mínimo de psicotrópico nas unidades	ROT-I-GER-025
Solicitação de reposição de estoque mínimo das unidades	ROT-I-GER-026
Liberação de medicamentos não padronizados	ROT-I-GER-027
Solicitação de impresso e material de escritório ao almoxarifado	ROT-I-GER-028
Requisição de materiais específicos	ROT-I-GER-029
Solicitação de equipamentos para a central de equipamentos	ROT-I-GER-030
Solicitação de conserto e manutenção de equipamentos	ROT-I-GER-031
Solicitação de manutenção predial	ROT-I-GER-032
Entrega de roupa diária	ROT-I-GER-033
Coleta de roupa suja	ROT-I-GER-034
Coleta de recipiente de material perfurocortante	ROT-I-GER-035
Rotina para exames de anatomia patológica	ROT-I-GER-036
Agendamento cirúrgico	ROT-I-GER-037

DESCRIÇÃO	CÓDIGO
1.ÍNDICE	MNSP-QUA.1
1.1.Política e Diretrizes da Qualidade	
2. REFERÊNCIA NORMATIVA	MNSP-QUA.2
2.2 Estrutura Conceitual	
3. SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE	MNSP-QUA.3
3.1 Gestão por Processos	
3.2 Gestão da Interação entre os Processos – Contratos	
3.3 Gestão de Documentos	
3.4 Gestão dos Protocolos Assistenciais	
4.SISTEMA DE GESTÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE	MNSP-QUA.4
4.1 Sistema de Notificação de Incidentes	
4.2 Análise de Incidentes Sentinela	

PROGRAMAS DE QUALIDADE

- Outras iniciativas e programas de Qualidade que o ente interessado já tenha em desenvolvimento ou pense iniciar sua implantação. Neste caso deve apresentar um plano de organização específico com definição de alcance, metodologia; cronograma de implantação; orçamento previsto; etc.

PROGRAMA DA GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE

- 1. Introdução**
- 2. Objetivo**
- 3. Definições e Diretrizes**
- 4. Framework de Trabalho**
- 5. Certificações e Acreditação**

Introdução

A busca da excelência na prestação de serviços de saúde sempre esteve presente na Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM).

Percebe-se com isso, que o conceito de qualidade é dinâmico, onde a necessidade do cliente muda de acordo com as condições socioeconômicas e culturais da população a ser atendida e sempre reflete uma realidade atual, ou seja, qualquer necessidade sofre alterações com as atualizações científicas e a política loco-regional de saúde.

Hoje a Gestão da Qualidade e da Segurança do Paciente se encontram totalmente integradas. Sendo a Segurança uma das principais dimensões da Qualidade na assistência, tendo sido o foco de nosso trabalho.

Na SPDM a Qualidade e Segurança do Paciente é uma prioridade estratégica e um compromisso de toda a liderança institucional. Para eliminação e mitigação dos riscos, atua de acordo com práticas de segurança validadas internacionalmente.

Através do Núcleo de Segurança do Paciente e Qualidade Assistencial, assim como das Comissões Hospitalares a instituição implanta e acompanha todas as boas práticas relacionadas aos protocolos clínicos e de segurança do paciente.



A Cultura de Segurança é uma meta estratégica, incentivada através de treinamentos, ferramentas de pesquisa e encontros para discussões sobre o tema. O entendimento sistêmico dos riscos e o olhar para os fatores humanos envolvidos nos processos permeiam uma cultura onde a proteção ao dano associado ao cuidado é um dever de todos.

Objetivo

O objetivo desta proposta é a implantação de um modelo de gestão da qualidade e segurança do paciente, baseado nos conceitos de transdisciplinaridade e cultura de melhoria contínua.

Objetivos Específicos.

- Incentivar a cultura de segurança do paciente
- Gerenciar riscos institucionais
- Implantar protocolos multiprofissionais
- Gerenciar interações entre os processos
- Garantir o uso das ferramentas da qualidade e indicadores
- Implantar política de cuidado centrado no paciente
- Fomentar a educação permanente
- Conquistar a Certificação Hospitalar

Definições e diretrizes:

A gestão da Qualidade e Segurança das Instituições Afiliadas SPDM atua alinhada às Diretrizes do Ministério da Saúde e aos princípios do *Institute of Medicine (IOM)* e do *Institute for Healthcare Improvement (IHI)*, perseguindo padrões de excelência nos serviços prestados.



A Qualidade é definida em Sete dimensões:

- a. Segurança: minimizar os riscos vinculados aos cuidados de saúde
- b. Eficácia: usar a melhor evidência científica para o tratamento
- c. Cuidado Centrado no Paciente: envolver e valorizar a individualidade do ser humano;
- d. Pontualidade: oferecer um serviço de saúde sem atrasos, sem espera
- e. Eficiência: evitar o mau uso e desperdícios de suprimentos, ideias e energia
- f. Equidade: diminuir a lacuna no direito à saúde
- g. Sustentabilidade: respeito à cultura e ao ambiente, um olhar para o futuro

A Qualidade atua com foco em Cinco Princípios:

- a. Foco no Cliente: conhecer a quem se serve
- b. Liderança: encorajar, facilitar e guiar
- c. Processos e resultados: concentrar no resultado que se quer alcançar
- d. Motivação: envolver aqueles que levam o processo
- e. Transdisciplinaridade: alinhamento das ações nas diversas dimensões

A Qualidade busca a “Tripla Meta”:

- a. Um cuidado melhor para os indivíduos
- b. Uma saúde melhor para a população
- c. Um menor custo per capita





The Triple Aim – Institute for Healthcare Improvement (IHI)

A Qualidade é avaliada em duas Perspectivas:

1. **Qualidade Subjetiva:** a perspectiva do cliente, dimensionada conforme suas expectativas.
2. **Qualidade Objetiva:** a perspectiva do desempenho conforme a melhor evidência científica, com o melhor custo-benefício.

Como parte integrante do modelo de gestão da SPDM, a Qualidade é um elemento diferenciador no processo de atendimento.

1. Framework de trabalho

NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE E QUALIDADE ASSISTENCIAL

GESTÃO POR PROCESSOS

- A. Modelagem dos Processos e Mapeamento *dos* principais processos e linhas de cuidado
- B. Contratos e monitoração da interação entre os processos
- C. Governança Clínica e auditoria
- D. Definição e acompanhamento do Planejamento Tático.

GESTÃO DA SEGURANÇA

- E. Identificação dos Perigos e análise dos riscos
- F. Ações preventivas: Práticas de Segurança e FMEA
- G. Ações Reativas: Análise Sistêmica de Incidente Sentinela
- H. Promoção de Cultura de Segurança
- I. Cuidado Centrado no Paciente


ALINHAMENTO ESTRATÉGICO

- j. Acompanhamento da implantação e alinhamento dos processos e seus indicadores à estratégia estabelecida, visando o sinergismo e a otimização da cadeia de valor.
- K. Apoio na definição, construção e acompanhamento dos Projetos de Melhoria junto aos times e dos relatórios gerenciais

2. Governança Clínica

GESTÃO POR PROCESSOS

- A. Modelagem dos Processos e Mapeamento *dos* principais processos e linhas de cuidado
- B. Contratos e monitoração da interação entre os processos
- C. Governança Clínica e auditoria
- D. Definição e Acompanhamento do Planejamento Tático



MODELAGEM E MAPEAMENTO DOS PRINCIPAIS PROCESSOS

A modelagem do processo é a diagramação da interação entre das atividades do processo.

Para modelar as interações entre os processos podemos usar o modelo SIPOC. (Suppliers, Inputs, Process, Outputs, Customers). Desenhamos de maneira didática quais são as principais entradas daquele processo, quais seus fornecedores, as principais saídas e quais seus clientes. Essa modelagem é importante para realizarmos os contratos das interações entre os processos e das entradas críticas para a qualidade e segurança. Os contratos são ferramentas para gerenciar os requisitos de entrega de serviço ou produto de uma unidade para outra dentro da instituição.

O mapeamento é a diagramação de um processo, detalhando cada fase de sua atividade. O grau de detalhamento com que a atividade vai ser mapeada depende da função, ou seja, do objetivo final para o qual aquele mapeamento está sendo realizado. No Mapeamento de Processo devemos descrever as atividades que acrescentam (agregam) valor à um produto que estamos gerando (um serviço prestado ou um bem de consumo).

Todos os setores serão modelados e a definição dos processos a serem mapeados é feita de acordo com o impacto do processo na segurança e qualidade dos resultados.

CONTRATOS E MONITORAÇÃO DA INTERAÇÃO ENTRE OS PROCESSOS

Na saúde as atividades funcionam sistemicamente de maneira complexa. Para que uma cirurgia aconteça várias atividades institucionais devem estar alinhadas em perfeito sincronismo. As necessidades de um setor muitas vezes conflitam com as necessidades de outro setor, e a negociação é importante para harmonizar e resultar na melhor interação possível, gerando valor para o atendimento do paciente.

Um contrato é um acordo de vontades entre as partes, capaz de criar, modificar ou extinguir deveres e direitos.

A instituição possui um modelo de contrato padronizado para gerenciamento. Nos contratos serão definidos padrões e requisitos de qualidade de entrega entre os setores a serem monitorizados. A gestão da qualidade deve mapear a interação entre os setores institucionais para definir interações críticas de acordo com o Manual de Qualidade e Segurança do Paciente.

A confecção dos contratos deve ser feita com orientação da Gestão da Qualidade em conjunto com as lideranças dos processos envolvidos. O contrato deve conter as obrigações e deveres tanto dos fornecedores como dos clientes



A gestão dos contratos será realizada pelos coordenadores das unidades e reuniões de acompanhamento com indicadores de não conformidades aos requisitos determinados trimestralmente ou de acordo com a necessidade alinhada à estratégia institucional. A análise crítica das não conformidades e as negociações são sempre acompanhadas pelo setor da qualidade.

O Núcleo de Segurança do Paciente e Qualidade na Assistência deve acompanhar a gestão dos contratos para avaliar os impactos sistêmicos e definir estratégias de alinhamento para gestão.

GOVERNANÇA CLÍNICA E AUDITORIA

A busca da excelência na assistência é acompanhada através da Governança Clínica. Segundo o *National Health Foundation* Governança clínica "é um sistema através do qual as organizações são responsáveis por melhorar continuamente a qualidade de seus serviços e a garantia de elevados padrões de atendimento, criando um ambiente de excelência de cuidados de saúde".

Para o alcance destes resultados atuamos as seis metas da Governança Clínica:

- APRENDIZADO COMPARTILHADO
- GESTÃO DA SEGURANÇA
- EFETIVIDADE DA INTERVENÇÃO CLÍNICA
- AUDITORIA CLÍNICA
- MEDICINA BASEADO EM EVIDÊNCIAS E PESQUISA
- TRANSPARENCIA





A metodologia de abordagem para envolvimento das pessoas é construtivista e transdisciplinar. O desenvolvimento de pessoas é baseado em Andragogia. Utilizamos dinâmica de grupo, filmes, teatros e a simulação realística, para a melhor retenção do conhecimento. Essas metodologias auxiliam no entendimento dos fatores humanos envolvidos na falibilidade assim como desenvolve a habilidade de trabalhar em equipe, pontos fundamentais na gestão da segurança operacional.

O colaborador é incentivado a apoiar um ao outro nas atividades do dia a dia, se tratando com respeito, atuando como um Time. O colaborador é solicitado a contribuir com observações e sugestões. Nenhuma ideia deve ser desperdiçada.

A perfeita comunicação entre as várias equipes de profissionais é um grande desafio, e constituiu área de fragilidade na continuidade dos cuidados ao paciente. A simulação realística é usada para melhorar e otimizar o trabalho em equipe, evitando eventos adversos causados por falha na comunicação e estimula a consciência situacional.

Assinatura manuscrita em duas partes, localizada no rodapé da página.

O teatro trabalha empatia, colocando um no lugar do outro e discutindo com o através da percepção do outro. A empatia é trabalhada através de conversas e filmes com depoimentos de pessoas que tiveram experiência na assistência.

➤ **Efetividade da condução clínica e Medicina Baseada em Evidência**

A busca da melhoria da efetividade no serviço de saúde é realizada através da implantação dos protocolos clínicos, construídos com base de sustentação na melhor evidência científica e com gestão de um **Time Técnico de acompanhamento**.

- O perfil epidemiológico da instituição é levantado e analisado.
- Através do perfil epidemiológico as síndromes clínicas de maior severidade e maior prevalência serão eleitas, alinhadas à estratégia institucional.
- A escolha dos protocolos será validada por toda a diretoria formalmente, formalizando um compromisso de acompanhamento pela equipe multidisciplinar e pelas lideranças institucionais.
- Todo ano, através do acompanhamento de indicadores serão revistos os protocolos a serem gerenciados de acordo com a atualização da estratégia institucional.
- O diretor clínico nomeia o Gestor do Protocolo e o um Time Técnico de acompanhamento.
- Os membros devem ser as lideranças com expertise técnica das várias áreas envolvidas na cadeia de valor da implantação do protocolo.
- O Time Técnico do Protocolo faz a revisão da bibliografia mais atual com o estudo da evidência científica relacionada a cada etapa do tratamento deve ser organizada e colocada em texto resumido e de fácil entendimento.
- O Time monta o Algoritmo do Protocolo e mapeia a linha de cuidado. Define os marcadores de acompanhamento.
- O Diretor Técnico define o Gestor do Protocolo ou da Linha de Cuidado.
- O Gestor faz a análise crítica junto ao Time e define recomendações e melhorias necessárias. Montam o escopo de capacitações quando necessário e organizam as



devolutivas e a alimentação dos canais de comunicação dos resultados para as equipes das pontas.

- O Acompanhamento dos resultados pela equipe operacional é fundamental no sucesso da implantação de melhoria contínua na efetividade da assistência.

Os Protocolos Clínicos são: Protocolo de Sepse, Protocolo de Analgesia e Sedação, Protocolo de Trauma, Protocolo de dor Torácica, Protocolo de TEV, Protocolo de Prematuridade, Protocolo de profilaxia de Streptococos, Protocolo de Ocitocina, Protocolo de DHEG, Protocolo de AVC, Protocolo de Risco Nutricional, entre outros.

No ambulatório a gestão das linhas de cuidados serão definidas junto à rede de saúde e devem estar alinhadas com as políticas de saúde vigentes. Cada serviço deve ser repensado como um componente fundamental da integralidade do cuidado, como uma estação no circuito que cada indivíduo percorre para obter a atenção da qual necessita.

Tanto os protocolos quanto as linhas de cuidados serão acompanhados pelo NSP-QUA e o gestor apresentará relatórios trimestrais com análise crítica e propostas de melhoria contínua realizadas com as equipes de ponta.

➤ Auditoria clínica

A auditoria é considerada o coração da Governança Clínica. A auditoria é parte integrante do sistema de gestão da qualidade e segurança do paciente. Uma vez que as políticas, os processos, as medidas, os controles estão implantados, a instituição precisa garantir a implantação e verificar continuamente se os processos estão mantidos e se as práticas de segurança e os protocolos estão sendo cumpridos. Ela fornece os mecanismos para rever a qualidade do atendimento diário prestado aos pacientes, sendo uma metodologia de busca da melhoria contínua.

Pela ISSO 9.000 auditorias é um processo sistemático, independente e documentado para se obter evidência e avaliar objetivamente a estrutura, o processo ou o resultado, visando determinar a extensão na qual os padrões, requisitos e critérios são atendidos.

Organizamos três tipos de auditoria:

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 194



1. Auditoria de Primeira Parte

Esta é uma auditoria realizada por uma organização sobre si mesma. É realizada para benefício da administração daquela organização que utilizará as informações obtidas durante a auditoria.

2. Auditoria de Segunda Parte

Estas são auditorias conduzidas por uma organização sobre uma outra para os fins e objetivos da organização que realizou a auditoria. Este tipo inclui auditorias realizadas por clientes em seus atuais ou potenciais fornecedores.

3. Auditoria de Terceira Parte

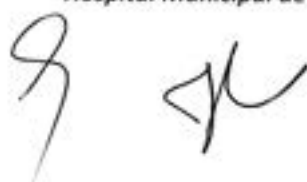
Estas são auditorias realizadas por uma terceira parte independente que não tem interesse direto nos resultados das auditorias. Tipicamente estas são auditorias de certificação, auditorias para prêmios de qualidade etc.

Temos Política de Auditoria Corporativa que define os seguintes princípios:

1. A auditoria deve ser realizada por pessoas que esteja de fora do processo
2. Os padrões e requisitos a serem avaliados devem possuir definição operacional clara
3. Os auditores devem possuir capacitação específica para auditoria que estão realizando. A coleta de informações requer habilidades que somente podem ser desenvolvidas através de treinamento e experiência
4. A análise crítica dos resultados de uma auditoria deve ser realizada por especialistas na área e serem avaliadas de maneira sistêmica

A programação do escopo das auditorias deve ser realizada de maneira sistêmica e estar alinhada à estratégia institucional.

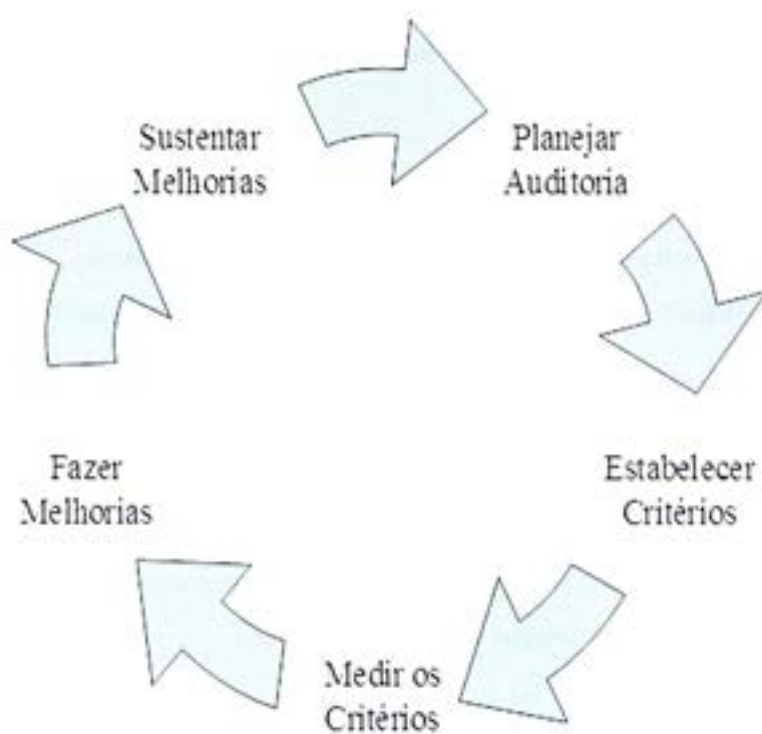
A auditoria clínica é um processo formalmente introduzido em 1993 no Reino Unido Health Service (NHS), e é definido como:



"um processo de melhoria de qualidade que visa melhorar o atendimento ao paciente e resultados através de uma revisão sistemática dos cuidados baseado em critérios explícitos e na implementação da mudança para melhoria".

A efetividade clínica é componente básico da qualidade e segurança da assistência. A auditoria clínica é uma ferramenta de avaliação da efetividade clínica, através da avaliação do nível de aplicação da melhor evidência científica na prevenção, diagnóstico e tratamento no serviço de saúde.

O Fluxo da Auditoria Clínica é coordenado pelo Gestor do Protocolo e acompanhado pelo Time Técnico do protocolo e da linha de cuidado.



➤ **Pesquisa Clínica**

A instituição adota uma postura de incentivo em relação à pesquisa e possui uma Comissão de Ensino e Pesquisa para normatizar e definir diretrizes, acompanhando e apoiando a produção científica.

A confecção de trabalhos e apresentações garante a difusão do conhecimento e mantem um ciclo contínuo de aprendizado organizacional. A apresentação de trabalhos em congressos e publicações em revistas constrói uma imagem positiva e incentiva a continuidade do processo. A política e as ações relacionadas à pesquisa clínica estão detalhadas na Comissão.

➤ **Transparência**

Uma postura transparente em relação às notificações de eventos adversos e aos indicadores de qualidade e segurança do paciente é fundamental como base de uma boa gestão de qualidade e segurança do paciente.

A cultura de melhoria contínua e segurança do paciente estão fundamentadas na confiança mútua e na transparência em relação às principais vulnerabilidades institucionais. Tendo em vista a complexidade dos serviços de saúde, os desafios devem estar claros e disponíveis para que possamos montar estratégias de mitigação dos riscos e otimização dos recursos.

DEFINIÇÃO E ACOMPANHAMENTO DO PLANEJAMENTO TÁTICO

A melhoria contínua pressupõe o acompanhamento sistemático da estrutura, atividades e resultados dos processos. O Planejamento Tático de cada unidade/setor institucional deve estar alinhado ao planejamento estratégico. O funcionamento na mesma direção otimiza os recursos e potencializa as ações para o alcance dos objetivos estratégicos.

A estrutura necessária para o funcionamento do processo deve estar claramente definida.

As atividades chave do processo devem estar mapeadas e padronizadas em procedimentos operacionais (POP), descritos nos manuais.

Os resultados esperados e indicadores de estrutura, processos, resultados e equilíbrio devem estar acordados de acordo com o alinhamento da estratégia institucional e das necessidades da rede de saúde loco-regional.



A liderança deve emitir relatórios trimestrais com a descrição da produção e dos principais indicadores de desempenho acordados com a direção para acompanhamento.

Modelo de Gestão Tática

- Definir o perfil epidemiológico de atendimento
- Definir as doenças mais prevalentes e mais graves de cada setor
- Alinhar os resultados esperados para cada grupo
- Alinhar os objetivos Táticos da unidade aos objetivos estratégicos
- Definir os indicadores de Estrutura, Processo, Resultados e Equilíbrio
- O Coordenador da unidade deve reunir com a equipe para analisar os indicadores e programar os Projetos de Melhoria
- Relatórios trimestrais serão confeccionados, divulgados para as equipes e enviados à Diretoria

Exemplos:

INDICADORES DE ESTRUTURA

- Rotatividade
- Absenteísmo
- Número de funcionário por leito
- Horas de capacitação

INDICADORES DE PROCESSO

- Conformidade às Práticas de Segurança
- Conformidade com os componentes do Bundle
- Marcadores da linha de cuidado

INDICADORES DE EQUILÍBRIO

- Extubação Acidental
- Reintubação < 48hs
- Laceração de períneo

INDICADORES DE RESULTADO

- Mortalidade relativa ao grupo do score de risco escolhido
- Tempo de Permanência

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização
e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 198



- Densidade de Infecção
- Satisfação do Cliente

GESTÃO DA SEGURANÇA

- E. IDENTIFICAÇÃO DO PERIGO E ANÁLISE DO RISCO
- F. AÇÕES PREVENTIVAS
- G. AÇÕES REATIVAS
- H. CULTURA DE SEGURANÇA

A partir das publicações do *Harvard Medical Practice Study* (1991), *To Err is Human* (Institute of Medicine, 1999) a Organização Mundial de Saúde (WHO) passou a considerar a Segurança do Paciente um problema de saúde pública. Em abril de 2013 o Ministério da Saúde lança o Programa Nacional de Segurança do Paciente, baseado em seis práticas de segurança operacional, recomendadas internacionalmente.

A OMS define segurança do paciente como “a redução, a um mínimo aceitável, do risco de um dano desnecessário associado ao cuidado de saúde.” Para isto dividimos a estrutura de atividades da Segurança do Paciente em quatro linhas de ações:

E. IDENTIFICAÇÃO DO PERIGO E RISCO	F. AÇÕES PREVENTIVAS	G. AÇÕES REATIVAS	H. CULTURA DE SEGURANÇA
<ul style="list-style-type: none"> • Notificação espontânea • Notificação por busca ativa • Notificação pelo Paciente 	<ul style="list-style-type: none"> • Análise Preliminar de Perigo e Determinação do Risco • Gestão das Práticas de Segurança do Paciente 	<ul style="list-style-type: none"> • Análise Sistêmica de Incidente Sentinela • Ações para aprendizado organizacional 	<ul style="list-style-type: none"> • Estratégia e Políticas Organizacionais • Pesquisa de Cultura • Cuidado Centrado no Paciente



E. IDENTIFICAÇÃO DO PERIGO E RISCO

- SISTEMA DE NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES

Sistemas de Notificação de Incidentes (SN) como fonte de informação para melhoria da segurança do paciente já estão sendo implantados há mais de uma década na área da saúde e buscaram sua grande inspiração nas indústrias de sistemas críticos. O sistema de notificação de incidentes é uma ferramenta de baixo custo para detecção de erros, tem a grande vantagem de detectar incidentes em tempo real, possibilitando uma mitigação mais efetiva de suas consequências. Sua formatação pode ser usada como ferramenta de comunicação e envolvimento da equipe operacional nos problemas e soluções da instituição. Porém, por dependerem de relatos voluntários, e não devem ser usados para construção de taxas ou indicadores.

O Núcleo de Segurança do Paciente e Qualidade Hospitalar analisa mensalmente todos os eventos, faz recomendações de práticas de segurança e mudanças de desenhos de processos para minimizar os riscos das vulnerabilidades encontradas.



Existe um fluxo de notificação de eventos institucional:



- NOTIFICAÇÃO POR BUSCA ATIVA

A busca ativa de eventos adversos é parte importante da coleta de dados para identificação dos riscos. A boa escolha e configuração adequada do método da auditoria é peça fundamental para uma coleta de dados completa, confiável.

A escolha do método vai depender do objeto da auditoria.

Tipos de busca ativa para eventos adversos:

- Revisão de documentos - revisar prontuários, listas de verificação, listas de controles;
- Observação - visita através de um observador;
- Entrevistas - entrevistas abertas ou orientadas;
- Grupo focal - entrevistas com grupos por pessoas preparadas em dinâmica de grupo;
- Pesquisas - pesquisas estruturadas ou abertas, para assuntos específicos;
- METODOLOGIA POR "TRIGGER TOOL-TT-IHI" para procura de evento adverso: 20 prontuários por mês. Essa metodologia tem se mostrado com grande poder de sensibilidade na detecção de eventos adversos em prontuário. Gatilhos validados por trabalhos científicos são usados como pistas na procura de eventos. As comissões de prontuário e óbitos serão capacitadas para a detecção de eventos e possibilidade de melhoria dos processos.

AS COMISSÕES DE PRONTUÁRIO E ÓBITO serão uma fonte rica para busca de eventos adversos a serem encaminhados à gestão do risco e serão capacitadas na metodologia de TT – IHI.

- NOTIFICAÇÃO PELO PACIENTE

O paciente pode chegar ao S.A.U. e trazer queixas que podem se configurar como eventos.

O Núcleo deve acompanhar as queixas formais relacionadas à continuidade e segurança da assistência.



F. AÇÕES PREVENTIVAS

- ANÁLISE PRELIMINAR DE PERIGO E DETERMINAÇÃO DO RISCO

A Análise Preliminar de Perigo (APP) é uma metodologia indutiva estruturada para identificar os potenciais perigos dos processos e/ou sistemas que possam levar à eventos indesejáveis.

Para cada evento são levantadas as causas potenciais, sua probabilidade de ocorrer e sua gravidade.

A APP deve ser realizada por uma equipe estável, contendo entre cinco e oito pessoas. Dentre os membros da equipe deve-se dispor de um membro com experiência em APP. Com a APP estruturamos a Matriz de Risco para trabalhar as práticas de segurança.

A metodologia de APP compreende a execução das seguintes etapas:

- Definição dos objetivos e do escopo da análise;
- Definição das fronteiras do processo/ instalação analisada;
- Coleta de informações sobre o setor, o processo e os perigos envolvidos;
- Subdivisão do processo/ instalação em módulos de análise;
- Realização da APP propriamente dita (preenchimento da planilha);
- Elaboração das estatísticas dos cenários identificados por Categorias de Risco (frequência e severidade);
- Análise dos resultados e preparação do relatório.

- GESTÃO DAS PRÁTICAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE

No planejamento estratégico das Instituições Afiliadas SPDM a organização define as Práticas de Segurança Operacional (PSO) onde existem evidências de prioridades para segurança nos cuidados de saúde no Brasil e no mundo. São práticas essenciais para a organização minimizar a exposição do risco potencial da complexidade do atual sistema de saúde. A definição das práticas envolve a revisão da literatura, a complacência com a legislação vigente do Programa de Segurança do Paciente – ANVISA e o consenso de metas com o grupo de expertise da instituição.

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização
e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 203



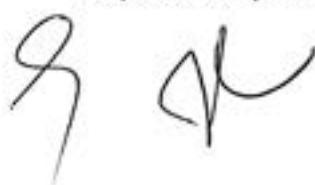
Práticas de segurança da operação são métodos escritos, descrevendo como executar uma tarefa com o mínimo risco para as pessoas, equipamentos, materiais, meio ambiente e processos. As PSO descrevem uma série de passos específicos que orientam um trabalhador através de uma tarefa do início ao fim em uma ordem cronológica. PSO são projetados para reduzir o risco, minimizando a exposição potencial (anexo 20).

I.CULTURA DE SEGURANÇA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sistema de Notificação de Incidentes 2. Análise Sistêmica de Incidentes Sentinela 3. Pesquisa de Cultura de Segurança do Paciente
II.COMUNICAÇÃO	<ol style="list-style-type: none"> 4. Identificação do Paciente 5. Informação na transferência de cuidados 6. <i>Checklist</i> Cirúrgico
III.USO DE MEDICAMENTO	<ol style="list-style-type: none"> 7. Medicamentos de alto alerta 8. Reconciliação Medicamentosa 9. Segurança no uso de Bomba de Infusão
IV.HEMOCOMPONENTES	<ol style="list-style-type: none"> 10. Segurança na utilização de hemocomponentes
V.FORÇA DE TRABALHO	<ol style="list-style-type: none"> 11. Capacitação em Segurança do Paciente 12. Papeis e responsabilidades na Segurança do Paciente
VI.CONTROLE DE INFECÇÃO	<ol style="list-style-type: none"> 13. Higiene das Mãos 14. Profilaxia de Antibióticos
VII.AVALIAÇÃO DE RISCO	<ol style="list-style-type: none"> 15. Prevenção de Queda 16. Prevenção de Úlcera por pressão 17. Prevenção de Violência 18. Prevenção de Suicídio

Para cada Prática de Segurança acompanhamos indicadores de processo e indicadores de efetividade da prática:



- | | | |
|------|----|--|
| ISP. | 1 | Número de eventos adversos devido a falhas na identificação do paciente |
| ISP. | 2 | Proporção de pacientes com pulseiras padronizadas entre os pacientes atendidos nas instituições de saúde |
| ISP. | 3 | Proporção de pacientes com avaliação de risco de queda realizada na admissão |
| ISP. | 4 | Número de quedas com dano |
| ISP. | 5 | Número de quedas sem dano |
| ISP. | 6 | Índice de quedas |
| ISP. | 7 | Percentual (%) de pacientes submetidos a avaliação de risco para UPP na admissão |
| ISP. | 8 | Percentual (%) de pacientes de risco recebendo cuidado preventivo apropriado para UPP |
| ISP. | 9 | Percentual (%) de pacientes recebendo avaliação diária para risco de UPP |
| ISP. | 10 | Incidência de UPP |
| ISP. | 11 | Percentual de pacientes que recebeu antibioticoprofilaxia no momento adequado |
| ISP. | 12 | Número de cirurgias realizadas em local errado do corpo do paciente |
| ISP. | 13 | Número de cirurgias em paciente errado |
| ISP. | 14 | Número de procedimentos errados |
| ISP. | 15 | Taxa de mortalidade cirúrgica intra-hospitalar ajustada ao risco |
| ISP. | 16 | Taxa de adesão à Lista de Verificação |
| ISP. | 17 | Consumo de preparação alcoólica para as mãos |
| ISP. | 18 | Consumo de sabonete |
| ISP. | 19 | Percentual (%) de adesão |
| ISP. | 20 | Densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI |



ISP.	21	Densidade de incidência de infecção primária de corrente sanguínea associado ao uso de cateter central
ISP.	22	Taxa de infecção de sítio cirúrgico, em cirurgias limpas
ISP.	23	Taxa de erros na prescrição de medicamentos
ISP.	24	Taxa de erros na dispensação de medicamentos
ISP.	25	Taxa de erros na prescrição de medicamentos
ISP.	26	Taxa de Reconciliação de medicamentos

Two handwritten signatures in black ink, one on the left and one on the right, positioned below the footer text.

G. AÇÕES REATIVAS

- ANÁLISE SISTÊMICA DE INCIDENTE SENTINELA E AÇÕES PARA APRENDIZADO ORGANIZACIONAL

O Incidente foi notificado ao setor de Qualidade e Segurança e deve analisado, na suspeita de ser um evento sentinela, a definição deve ser fechada por três pessoas, de acordo com a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS).

Motivos para uma Análise de Evento Sentinela:

Gravidade do desfecho

Gravidade da falha

Oportunidade de aprendizado

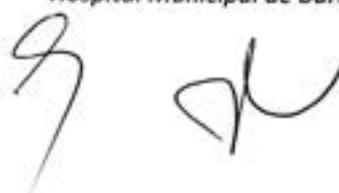
Validar oficialmente, nas primeiras 24hs, com a Direção Técnica a decisão por investigação de Incidente Sentinela.

Para a OMS o evento Sentinela é um incidente inesperado envolvendo a morte ou danos físicos e/ou psicológicos graves, ou o risco do mesmo. Ferimentos graves incluem especificamente a perda de membro ou função. A frase ou risco dele inclui qualquer variação do processo para o qual a reincidência levaria a uma chance significativa de um resultado adverso grave. Tais eventos são chamados de "sentinela", porque sinalizam a necessidade de investigação e resposta imediata. (ICPS, 2009 – pg140)

Sentinela fala sobre a dimensão do problema, a urgência da resolução, a gravidade e severidade do risco contido naquela circunstância. Uma circunstância de risco pode ser sentinela, se o risco envolvido for catastrófico. O termo sentinela é para funcionar como um alerta institucional.

A análise do Incidente é realizada com a metodologia do Protocolo de Londres.

Após a identificação de todos os fatores contribuintes, os de maior impacto no resultado dos processos e os de maior frequência e maior severidade no desfecho são identificados.



Para cada Fator Contribuinte Identificado como crítico, é estruturado um plano de ação com as equipes envolvidas no processo. Definidas responsabilidades, prazo e quando possível escolhido indicadores para acompanhamento das ações de melhoria.

REUNIÕES DE APRENDIZADO COMPARTILHADO COM INCIDENTE SENTINELA

A instituição promoverá trimestralmente reuniões para discussão dos casos analisados usando recursos dinâmicos para fomentar discussões, soluções criativas e difundir a cultura de segurança.



H. CULTURA DE SEGURANÇA

- **ESTRATÉGIA E POLÍTICA ORGANIZACIONAL.**

A promoção da cultura de segurança é parte fundamental de uma política de qualidade e segurança do paciente bem estruturada. Segundo o professor James Reason a única coisa que permeia todas as esferas e garante as ações e práticas de segurança é a cultura.

Nesse sentido a Qualidade e Segurança devem ser consideradas prioridade estratégica.

Adotamos a definição de Cultura de Segurança da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da International Atomic Energy Agency (IAEA): “A cultura de segurança de uma organização é o produto de valores individuais e de grupo, atitudes, percepções, competências, e padrões de comportamento que determinam o compromisso com a gestão da segurança.”

Organizações com uma cultura de segurança positiva são caracterizadas por um padrão de comunicação fundada em confiança mútua, pela percepção comum da importância da segurança e pela confiança na eficácia de medidas preventivas.

Ações de Promoção da Cultura de Segurança:

- Feedback dos resultados e dos eventos para a equipe operacional de maneira sistemática e rotineira é a peça fundamental para criar e manter uma cultura de segurança. A consciência do risco é o direcionador da percepção comum da importância das medidas preventivas e dos protocolos.
- Capacitação em *CRM (Crew Resource Management)* do corpo clínico, onde são desenvolvidas as habilidades do trabalho em equipe e a consciência de risco.
- Ações para o envolvimento das Lideranças em Qualidade e Segurança do Paciente.
- Ações de reconhecimento e incentivo aos projetos e ações voltadas para qualidade e segurança, como comemorações, condecorações e parabéns em público.

PESQUISA DE CULTURA DE SEGURANÇA

Fazemos uma pesquisa de Cultura de Segurança uma vez cada dois anos com a metodologia da *Agency for Healthcare Research and Quality*.



Os motivos da escolha da metodologia foram os seguintes:

- amplo uso desse instrumento em diversos países do mundo;
- possibilidade de medir a percepção individual e por setor;
- considera as horas de trabalho do profissional na instituição.

Propriedades da Pesquisa

- ✓ Boas propriedades psicométricas
- ✓ Testada em uma grande amostra / validada internacionalmente
- ✓ Cobertura abrangente de elementos da cultura de segurança
- ✓ Boa documentação de apoio / guia com metodologia detalhada
- ✓ Os dados disponíveis Benchmarking

As seguintes dimensões são aferidas na pesquisa:

1. Trabalho em equipe dentro das unidades
 2. Expectativa e ações da liderança para Segurança do Paciente
 3. Aprendizado Organizacional e Melhoria Contínua
 4. Suporte da Direção para Segurança do Paciente
 5. Feedback sobre incidentes/eventos/erros
 6. Percepção geral da segurança
 7. Frequência de incidentes notificados
 8. Comunicação Aberta
 9. Trabalho em equipe nas unidades
 10. Recurso humano x carga de trabalho
 11. Segurança na transferência dos cuidados
 12. Resposta não punitiva ao erro
- CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE

Hoje sabemos que o engajamento do paciente no próprio cuidado é uma das ações efetivas no aumento da segurança da assistência prestada. A SPDM Afiliadas tem como um dos



seus objetivos estratégicos a transformação do paciente com participação passiva para o paciente com participação ativa no próprio cuidado.

A orientação desde a internação de perguntas que devem ser realizadas para que o paciente possa acompanhar e entender de maneira clara e didática seu próprio tratamento. A decisão compartilhada e a escolha compartilhada dos riscos têm se mostrado uma ação protetora da relação de confiança entre o paciente, o profissional e a instituição.

Áreas de atuação:

- Pacientes como parceiros nas práticas de segurança
- Criar ferramentas mais sensíveis de escuta dos pacientes e familiares
- Melhora da Comunicação entre os Pacientes e Médicos
- Melhora da Comunicação entre os Pacientes e Enfermagem

Ações e ferramentas para melhora da relação de confiança são discutidas e implantadas em todos os setores.

- O Plano Terapêutico é discutido e mostrado ao paciente e orientada a importância do seu acompanhamento
- Grupos para orientações dos pacientes são realizados nos processos mais críticos
- Pesquisa de Experiência do paciente é realizada nos setores gradativamente de acordo com a estratégia institucional e capacitação da equipe

Pesquisa de experiência do paciente

A pesquisa é a HCAHPS (Avaliação do Paciente Hospitalar relativamente aos Sistemas e Prestadores de Cuidados de Saúde) e será implantada inicialmente em um setor escolhido como modelo. A experiência então é difundida gradativamente para o resto da instituição.

ALINHAMENTO ESTRATÉGICO

j. Acompanhamento da implantação e alinhamento dos processos e seus indicadores à estratégia estabelecida, visando o sinergismo e a otimização da cadeia de valor.

K. Apoio na definição, construção e acompanhamento dos Projetos de Melhoria junto aos times e dos relatórios gerenciais

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 211

- O modelo institucional escolhido para acompanhamento da estratégia é o BSC- *Balanced Scorecard*. A SPDM Afiliados possui um planejamento estratégico corporativo. A estratégia institucional deve estar alinhada em todas suas perspectivas à estratégia corporativa e balanceada aos principais objetivos dos *Stakeholders*.



- O desdobramento é realizado de acordo com os indicadores e prioridades locais. No alinhamento as metas institucionais devem estar totalmente alinhadas à política loco-regional de saúde.

O Modelo segue a seguinte lógica:



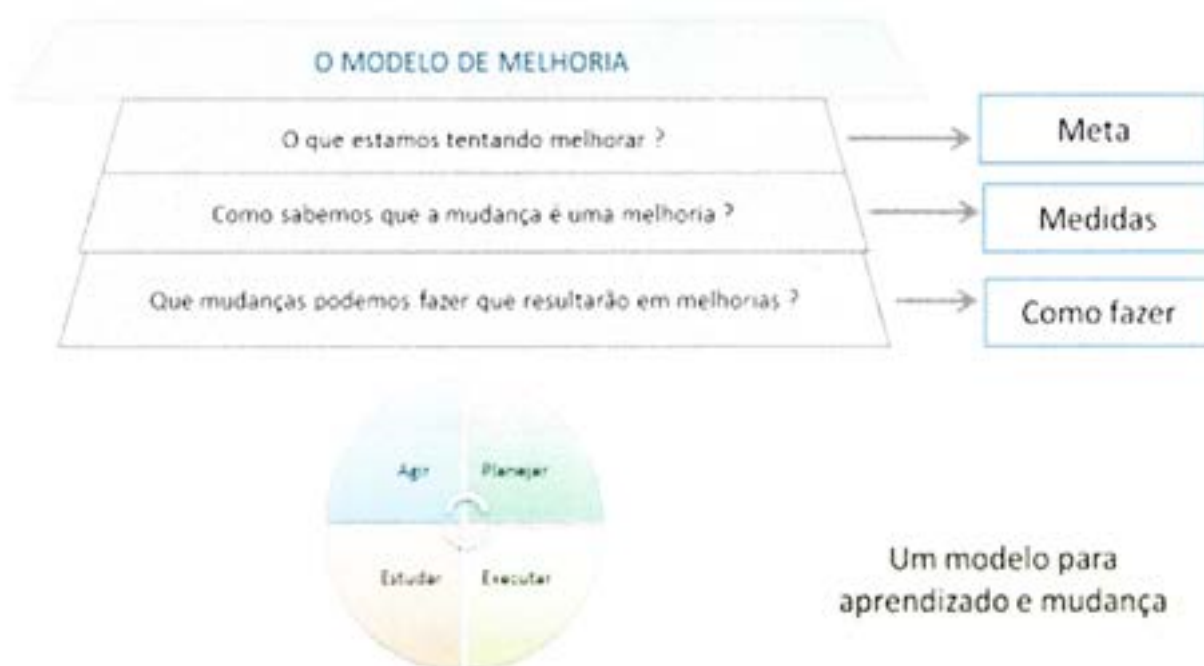
- A Qualidade e Segurança do Paciente devem estar sempre entre os objetivos estratégicos de melhoria dos processos.
- De acordo com os objetivos estratégicos determinados são definidos os Projetos de Melhoria. Para cada projeto será estruturado um Time que conduzirá um Diagrama Direcionador com definição de ações de mudança e metas a serem alcançadas. Cada meta será acompanhada através de indicadores.
- O modelo de Melhoria contínua utilizado é o do Institute for Healthcare Improvement (IHI).
- A ferramenta principal é o PDSA de Demming. O ciclo PDSA é um modelo de quatro etapas para a realização de mudanças: Planejar, Fazer, Estudar e Agir. Assim como um círculo não tem fim, o ciclo PDSA deve ser repetido várias vezes, refinando o conhecimento do processo a cada ciclo, uma melhoria contínua.

O PDSA é aplicável em todos os níveis da organização, em processos específicos ou de maneira sistêmica. O Ciclo de melhoria facilita o trabalho em grupo, propicia foco em metas objetivas e fornece uma estrutura para um aprendizado contínuo.

Para cada Projeto o Time definirá 3 coisas:

1. O que está tentando melhorar
2. Quais as ações de mudança para melhorar e suas metas
3. Como vai saber que melhorou (Indicadores)

Os Projetos de Melhoria serão acompanhados pelos Times Técnicos nomeados pelo Diretor Técnico. O acompanhamento dos Projetos faz parte do acompanhamento da estratégica e é realizado mensalmente através de reuniões focais e relatórios trimestrais com análise crítica e planos de ação.



Fonte: Langley GL, Nolan KM, Nolan TW, Norman CL, Provost LP. *The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance*. San Francisco, CA: Jossey Bass Publishers; 1996.

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização
e execução das ações e serviços de saúde
Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 214

3. Certificações e Acreditação

As instituições Afiliadas SPDM tem uma consolidada história de conquistas de certificações. A instituição se propõe a contribuir e estimular de forma efetiva, para a melhoria contínua na prestação dos serviços e do sistema de saúde pública do Brasil. Para validar todos os esforços despendidos, busca a certificação para as instituições que estão sob sua responsabilidade de gestão. As metodologias de certificação adotadas até o momento são: ONA, CCHSA e ISO.

- Define-se **Certificação** como um método de avaliação, periódico, voluntário e reservado, que busca garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente definidos. Constitui essencialmente, um programa de educação continuada e, jamais uma forma de fiscalização.

PROJETO DE IMPLANTAÇÃO DE GESTÃO DA QUALIDADE E CERTIFICAÇÃO

ESTRUTURA ANALÍTICA DO PROJETO - EAP

PROJETO DE IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO DA QUALIDADE E CERTIFICAÇÃO

ABERTURA	ESTRUTURA	CAPACITAÇÃO	INFORMAÇÃO	Gestão Tática	Estratégia
Reunião de Abertura	Diagnóstico dos Aspectos legais	Lideranças e Multiplicadores	Coleta de dados e definição de Indicadores	Plano Tático	Planejamento Estratégico
Partes Interessadas	Definição de Metodologia e Manuais	Política de Desenvolvimento de Pessoas	Fluxo de Informação e Gestão de Documentos	Desdobramento e Relatório	Desdobramento e Relatórios

OBJETIVOS: Implantar um Sistema de Gestão da Qualidade (SQ) do serviço prestado e do Sistema de Segurança Operacional (SSGO).



METAS:

1. Gestão da Qualidade e Segurança implantados
2. Certificação em 1 ano

PARTES INTERESSADAS

Governo

SPDM

Colaboradores

Pacientes e familiares

Sociedade

FERRAMENTAS DE CAPTAÇÃO E ACOMPANHAMENTO

- a) Entrevistas
- b) Grupo Focado
- c) Oficina (*Workshop*)
- d) Técnicas de captação de criatividade em grupo (*Brainstorm*)
- e) Questionário e pesquisa
- f) Observação em campo
- g) Informações administrativas e relatórios

PRINCIPAIS RISCOS

- Aumento de tarefas sem entendimento do impacto
- Retirada do foco na operação
- Aumento de custo
- Alterações de políticas públicas de saúde



ETAPAS PARA CERTIFICAÇÃO

1ª ETAPA- ESTRUTURAÇÃO DO SISTEMA DE GESTÃO

- a) Definir Comissão de Qualidade e Segurança
- b) Definir Metodologia do Sistema de Gestão da Qualidade e Segurança
- c) Elaborar e validar uma Política da Qualidade e Segurança
- d) Definir metodologia da organização, segurança e a memória do sistema de documentos
- e) Definir Fluxo e canais de Informação
- f) Capacitação de Lideranças e multiplicadores, deve permear todas as fases (PBL, Simulação, Workshops e material didático)

2ª ETAPA- IMPLANTAÇÃO

- a) Palestra de Sensibilização
- b) Confecção da Estratégia, alinhada à estratégia de saúde loco-regional
- c) Identificar, mapear os processos (workshops)
- d) Analisar o perigo e determinar os riscos de maior impacto nos resultados em cada e processo
- e) Definir indicadores de estrutura, processo e resultado (em workshop com a equipe operacional)
- f) Formalizar as interações entre os processos (através de contratos)
- g) Descrever e implantar os manuais e protocolos
- h) Definir modelo de relatório gerencial e acompanhamento

3ª ETAPA- DIAGNÓSTICO INTERNO

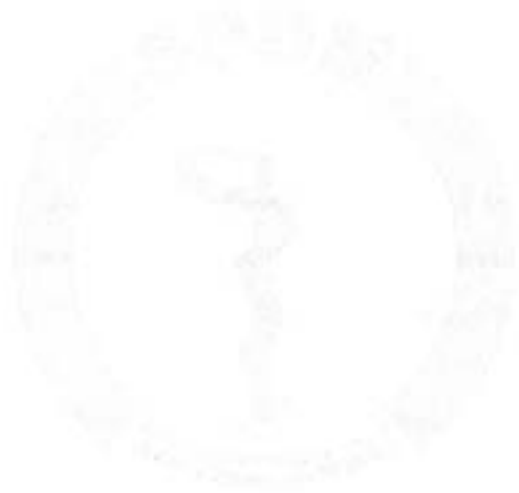
- a) Analisar os indicadores existentes
- b) Definir os ciclos de melhoria
- c) Gestão da Segurança Operacional
- d) Analisar e acompanhar a definição de plano de ação (utilização das ferramentas da qualidade)
- e) Confecção de Relatórios Gerenciais



4ª ETAPA- DIAGNÓSTICO EXTERNO

- a) Solicitar Diagnóstico da Certificadora
- b) Analisar e acompanhar a definição de plano de ação (utilização de ferramenta da qualidade)
- c) Verificar a efetividade das ações implementadas
- d) Solicitar Visita de Certificação





ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O
DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA
"Instituto de Estudos e Pesquisas"

2.1 QUALIDADE OBJETIVA

2.1. QUALIDADE OBJETIVA

COMISSÕES TÉCNICAS

O Hospital deverá contar com comissões obrigatórias, exigidas por lei, e poderão ser criadas comissões permanentes ou temporárias, para assessorar questões relativas a melhoria da gestão assistencial, desde que aprovadas pela Diretoria da unidade.

São órgãos de assessoramento e serão constituídas com finalidades específicas, o funcionamento das Comissões seguirá as normas estabelecidas em Regimentos/Normas próprias aprovadas pela diretoria e de acordo com as resoluções dos conselhos federais e legislação vigente.

As Comissões Obrigatórias conforme Portaria Interministerial – Ministério da Saúde e Ministério da Educação – nº 285, de 24 de março de 2015, que redefine o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino (*art. 6º, incisos I e II*). As **comissões técnicas implantadas** no Hospital estão citadas, abaixo, especificando:

- Nome;
- Conteúdo;
- Membros componentes;
- Objetivos da Comissão para o primeiro ano de Contrato de Gestão;
- Frequência de reuniões;
- Controle das mesmas pela Direção médica;
- Atas de reuniões e lista de presença.

As comissões têm por finalidade ser pró-ativas, e possuir espaço aberto junto à gestão, propondo atitudes preventivas e corretivas e desta forma legitimar seu papel na instituição.

Cabendo ainda às comissões desenvolver e apresentar propostas de modernização dos atendimentos e aperfeiçoamento da rotina, tendo como foco central sempre a melhor qualidade no atendimento prestado ao paciente.



Já as ferramentas de gestão da qualidade, por sua vez, devem ser utilizadas com a finalidade de definir, mensurar, analisar e propor soluções para os problemas que interferem no bom desempenho dos processos de trabalho.

As Comissões hospitalares **obrigatórias** formada para regulamentar a atuação de acordo com as normas e diretrizes são:

- Comissão de Prontuário
- Comissão de Óbito Adulto
- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH
- Comissão de Ética Médica
- Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes
- Comissão de Comitê Transfusional
- Comissão de Residência Médica – COREME
- Comissão do Núcleo de Segurança do Paciente- NSP
- Comissão da Farmácia e Terapêutica

As Comissões hospitalares Não Obrigatórias, formada para viabilizar uma melhoria conjunta com a direção e regulamentar a atuação de acordo com as normas e diretrizes são:

- Colegiado do Pronto Atendimento
- Comissão de Paliativo
- Comissão de Óbito Materno Infantil
- Colegiado do Centro Cirúrgico
- Comissão de Prevenção de Pele
- Comissão de Humanização
- Comissão de Ética de Enfermagem
- Comissão de Ensino e Pesquisa – CEP
- Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA
- Comissão de Terapia Nutricional

Two handwritten signatures in black ink, one on the left and one on the right, positioned below the footer text.

- Comissão de Gerenciamento de Resíduos Hospitalares
- Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (em implantação)
- Comissão de Tecnovigilância (em implantação)
- Núcleo Interno de Regulação (NIR) e Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar (NAQH), conforme portaria nº 3390/2013 (em implantação)
- Núcleo de Educação Permanente (em implantação)

Times de Referência e Linha de Cuidados

- Time do Escritório do Paciente
- Time de Incidentes Sentinela
- Time de Implantação da Pesquisa de Cultura de Segurança SAQ e Plano e capacitação
- Time de Cuidados Cirúrgicos
- Time de Cuidados Paliativos
- Time de Linha de Cuidado





ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O
DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA
"PROGRESSO E SAÚDE DO HOMEM"

2.1.1. COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIO (CRP)

2.1.1.1. PROPOSTA DA CONSTITUIÇÃO

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 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.

Finalidade

Manter a supervisão permanente dos prontuários sob sua guarda, visando manter a qualidade e preservação das informações neles contidas, de acordo com a resolução CFM 1638 e 1639/2002.

Posição Institucional

É um órgão de assessoria diretamente vinculado à Diretoria Técnica do Hospital.

Membros

A composição da comissão deverá ser constituída por membros do corpo técnico do hospital.

- I. Médico do corpo clínico como presidente;
- II. Coordenador da unidade de clínica médica;
- III. Coordenador da unidade de clínica cirúrgica;
- IV. Representante do SAME;
- V. Representante da Pediatria;
- VI. Representante do Faturamento;
- VII. Representante do Ambulatório;
- VIII. Representante da Divisão de Enfermagem;
- IX. Representante da Qualidade e Segurança do Paciente;
- X. Funcionário administrativo (aux. adm.).



2.1.1.2. PROPOSTA DE REGIME INTERNO

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIO MÉDICO (CRP)

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES, OBJETIVOS, CARACTERÍSTICAS

Art. 1.º Esta Comissão foi estruturada e organizada conforme determinação da resolução da resolução CFM 1638 e 1639/2002, que torna obrigatória sua criação em estabelecimentos de saúde.

Art. 2.º A Comissão de Revisão de Prontuários (CRP) é um organismo de natureza multidisciplinar e visa a melhoria contínua da qualidade da informação contida no prontuário.

Parágrafo único. A atuação da Comissão de Revisão de Óbitos é técnico-científica, sigilosa, não podendo ser coercitiva ou punitiva.

Art. 3.º As deliberações da Comissão de Revisão de Prontuário, visando à correção ou reparação de distorções e irregularidades verificadas nas análises dos prontuários devem ser encaminhadas através de ações educativas e serão definidas nas reuniões da Comissão e desencadeadas pelo presidente.

CAPÍTULO II

DAS FINALIDADES

Art. 4.º 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.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO



Art. 5.º A composição da comissão deverá ser constituída por membros do corpo técnico do hospital.

- I. Médico do corpo clínico como presidente;
- II. Coordenador da unidade de clínica médica;
- III. Coordenador da unidade de clínica cirúrgica;
- IV. Representante do SAME;
- V. Representante da Pediatria;
- VI. Representante do faturamento;
- VII. Representante do Ambulatório;
- VIII. Representante da Divisão de Enfermagem;
- IX. Representante da Qualidade e Segurança do Paciente;
- X. Colaborador administrativo (aux. adm.).

Parágrafo único. Poderão fazer parte, como membros convidados, outros profissionais quando solicitados para tratar de assuntos pertinentes à Comissão.

CAPÍTULO IV DO MANDATO

Art. 6.º O mandato dos membros da Comissão de Revisão de Prontuários deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável, conforme definição da própria Comissão.

Parágrafo único. No caso de substituição de um ou mais membros, os nomes dos integrantes deverão ser encaminhados ao Diretor Técnico e atualizada a nomeação.

CAPÍTULO V DA SEDE

Art. 7.º A Sede da Comissão será a sala de reuniões da Diretoria com a infraestrutura básica necessária para seu funcionamento.



CAPÍTULO VI

FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Art. 8.º Deverão ocorrer reuniões cada dois meses, com data, local e horário, previamente definidos e informados.

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

§ 2.º Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da comissão, a seus critérios, poderão realizar a reunião.

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

§ 4.º As reuniões da comissão deverão ser registradas em ata resumida e arquivada em livro próprio contendo data, horário da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisões tomadas.

§ 5.º Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.


§ 6.º Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, sendo convocadas pelo Presidente e, na sua ausência, pelo Vice-Presidente.

CAPÍTULO VII

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 9.º São atribuições dos membros da Comissão de Revisão de Prontuários:

- I. A avaliação dos itens que deverão constar obrigatoriamente e a qualidade destes dados:
 - a. Identificação do paciente, anamnese, exame físico, exames complementares, e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado e outros documentos pertinentes ao atendimento, seja em meio eletrônico ou papel.



- 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, em caso de papel.
 - c. Obrigatoriedade do registro diário da evolução clínica do paciente, bem como a prescrição médica consignando data e hora.
 - d. Alta com as informações que garantam a continuidade da assistência, com qualidade das informações.
- II. Recomendar inclusão ou exclusão de formulários, impressos e sistemas, bem como a conservação dos prontuários visando a qualidade deles. Nos casos de Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), acompanhar e auditar a segurança dos processos e dos arquivos digitais junto a Tecnologia da Informação (TI).
- 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.
- VII. Definir metodologia de requisitos que serão analisados nos Sistemas de Registro Eletrônico da Instituição.

Art. 10.º São atribuições do Presidente da Comissão e do Vice, na ausência do presidente:

- I. Convocar e presidir as reuniões;
- II. Indicar seu substituto;
- III. Representar a comissão junto à diretoria da instituição, ou indicar seu representante;

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização
e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 228



- IV. Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão, previamente aprovados pelos membros;
- V. Fazer cumprir o regimento;
- VI. Ter o voto de qualidade nas decisões da comissão, além do seu voto.

Art. 11.º São atribuições da secretaria da Comissão:

- I. Organizar a ordem do dia;
- II. Receber e protocolar os processos e expedientes;
- III. Lavrar a ata das sessões/reuniões;
- IV. Convocar os membros da comissão para as reuniões ordinárias ou extraordinárias;
- V. Organizar e manter o arquivo da comissão;
- VI. Preparar a correspondência;
- VII. Realizar outras funções determinadas pelo presidente, relacionadas ao serviço
- VIII. Solicitar ao same (serviço de arquivo médico) todos os prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los em 24 horas após o trabalho realizado.

CAPÍTULO VIII

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 12.º Os casos omissos serão resolvidos pelos membros da Comissão, em conjunto com a Diretoria Técnica.

Art. 13.º Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

Art. 14.º O regimento entrará em vigor após aprovação da Diretoria Técnica.



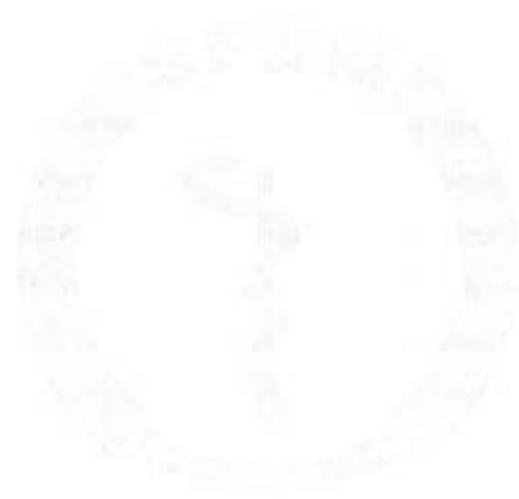
2.1.1.3. CRONOGRAMA ANUAL DE ATIVIDADES

Frequência de Reuniões

As reuniões serão realizadas uma vez cada dois meses, conforme cronograma em anexo. Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo presidente da Comissão, pelo Diretor Clínico ou pelo Diretor Técnico.

CRONOGRAMA DE REUNIÕES DA COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIO MÉDICO (CRP)											
1º Mês				2º Mês				3º Mês			
1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana	1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana	1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana
4º Mês				5º Mês				6º Mês			
7º Mês				8º Mês				9º Mês			
10º Mês				11º Mês				12º Mês			

MÊS	CRONOGRAMA ANUAL DE ATIVIDADE COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS
1º/ 2º MÊS	Nomeação da Comissão. Aprovação do Regimento. Diagnóstico organizacional com levantamento das vulnerabilidades mais críticas nos prontuários.
3º/4º MÊS	Definição de instrumento institucional para avaliar os prontuários e procura de gatilhos para encaminhamento à Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente
5º/6º MÊS	Confecção de Planos de Melhoria de determinação de Indicadores de acompanhamento. Cronograma de capacitação conforme o Plano de ação.
7º/8º MÊS	Acompanhamento das ações de melhoria e indicadores. Acompanhamento do Cronograma de capacitação.
9º/10º MÊS	Reunião de revisão da ferramenta de metodologia do acompanhamento dos indicadores.
11º/12º MÊS	Análise crítica dos dados anuais. Relatório Institucional da Comissão de Revisão de Prontuário com Planejamento da Comissão para o próximo ano.



ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O
DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA
"PROGRESSO, CIÊNCIA E HUMANISMO"

2.1.2. COMISSÃO E REVISÃO DE ÓBITOS (CRO)

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização
e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 231

2.1.2.1. PROPOSTA DA CONSTITUIÇÃO

As Resoluções CREMERJ nº 40/1992, CREMEPE nº 02/2005, CREMESP Nº 114/2005, CRM/PB nº 138/2009 e CREMERN nº 002/2011 que tornam obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Óbitos em estabelecimentos hospitalares, no âmbito de suas jurisdições. a Portaria MS/GM nº 1405 de 29 de junho de 2006, que instituiu a rede Nacional de Serviços de Verificação de Óbito e Esclarecimentos da Causa Mortis; e a Portaria MS nº 3123 de dezembro de 2006, que estabelece a obrigatoriedade da Comissão de Revisão de Óbito para o Processo de Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde.

Finalidade

A comissão deve analisar os óbitos, os procedimentos e condutas profissionais realizadas, bem como a qualidade de informações dos atestados de óbitos. A Comissão de Revisão de Óbitos deverá avaliar a totalidade dos óbitos, dos laudos necroscópicos quando existirem e das biópsias realizadas no serviço, conforme Resolução CFM nº 1.638/02. A função da comissão de óbito é educativa e pode através da análise dos óbitos e ações nos desenhos dos processos promover melhoria da segurança e qualidade da assistência.

Posição Institucional

É um órgão de assessoria diretamente vinculado ao Diretor Técnico da Instituição.

Membros

A Comissão de Revisão de Óbitos será nomeada e composta por membros do quadro funcional Hospital:

- I. Médico do corpo clínico como presidente;
- II. Coordenador da UTI;
- III. Coordenador do Pronto Socorro;
- IV. Representante da Unidade de Laboratório e Anatomia Patológica;
- V. Coordenador da UTI Pediátrica;



- VI. Coordenador do Diagnóstico por Imagem;
- VII. Coordenador do Centro Cirúrgico;
- VIII. Representante do Departamento de Clínica Médica;
- IX. Representante da Divisão de Enfermagem;
- X. Coordenador da Qualidade e Segurança do Paciente;
- XI. Funcionário administrativo (secretário).

Two handwritten signatures in black ink. The first signature on the left is a stylized, cursive 'F'. The second signature on the right is a more complex, cursive signature, possibly 'FR' or similar.

2.1.2.2. PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS (CRO)

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES, OBJETIVOS, CARACTERÍSTICAS

Art. 1.º Esta Comissão foi estruturada e organizada conforme determinação da resolução do CREMESP Nº 114/2005, que torna obrigatória sua criação em estabelecimentos de saúde.

Art. 2.º A Comissão de Revisão de Óbitos é um organismo de natureza multidisciplinar que visa a melhoria contínua da assistência à saúde.

Parágrafo único. A atuação da Comissão de Revisão de Óbitos é técnico-científica, sigilosa, não podendo ser coercitiva ou punitiva.

Art. 3.º As deliberações da Comissão de Revisão de Óbitos, visando à correção ou reparação de distorções e irregularidades verificadas nas análises dos óbitos e no preenchimento das Declarações de Óbitos, devem ser encaminhadas à Superintendência, Comissão de Gestão da Qualidade e Segurança ou Comissão de Ética Médica para as análise e providências subsequentes.

Parágrafo único. As diretrizes para as ações investigatórias e educativas, serão definidas nas reuniões da Comissão e desencadeadas pelo presidente.



CAPÍTULO II

DAS FINALIDADES

Art. 4.º São finalidades da Comissão de Revisão de Óbitos:

1. Atender as determinações do Art. 7.º, inc. VIII, alínea "g" da Resolução Interministerial n.º 2.400 de 2 de outubro de 2007;
2. Analisar os óbitos, os procedimentos e condutas profissionais realizadas, bem como a qualidade de informações dos atestados de óbitos e relatórios de biópsias;
3. Ser um órgão de assessoria diretamente vinculado à autoridade máxima da Instituição.


CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO

Art. 5.º A Comissão de Revisão de Óbitos será nomeada e composta por membros do quadro funcional Hospital:

- I. Médico do corpo clínico como presidente;
- II. Coordenador da UTI;
- III. Coordenador do Pronto Socorro;
- IV. Representante da Unidade de Laboratório e Anatomia Patológica;
- V. Coordenador da UTI Pediátrica;
- VI. Coordenador do Diagnóstico por Imagem;
- VII. Coordenador do Centro Cirúrgico;
- VIII. Representante do Departamento de Clínica Médica;
- IX. Representante da Divisão de Enfermagem;
- X. Coordenador da Qualidade e Segurança do Paciente;
- XI. funcionário administrativo (secretário).

Parágrafo único. Poderão fazer parte, como membros convidados, outros profissionais quando solicitados para tratar de assuntos pertinentes à Comissão.



CAPÍTULO IV DO MANDATO

Art. 6.º O mandato dos membros da Comissão de Revisão de Óbitos deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável, conforme definição da própria Comissão.

Parágrafo único. No caso de substituição de um ou mais membros, os nomes dos integrantes deverão ser encaminhados ao Diretor Técnico e atualizada a nomeação.

CAPÍTULO V DA SEDE

Art. 7.º A Sede da Comissão será a sala de reuniões da Diretoria com a infraestrutura básica necessária para seu funcionamento.

CAPÍTULO VI FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Art. 8.º Deverão ocorrer reuniões cada dois meses, com data, local e horário, previamente definidos e informados.

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

§ 2.º Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da comissão, a seus critérios, poderão realizar a reunião.

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

§ 4.º Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, bem como de normas de preenchimento e qualidade do atestado de óbito ou relatório de biópsias, será designado um relator ou convidado um consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto, em prazo pré-estabelecido.



§ 5.º As reuniões da comissão deverão ser registradas em ata resumida e arquivada em livro próprio contendo data, horário da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisões tomadas.

§ 6.º Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

§ 7.º Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, sendo convocadas pelo Presidente e, na sua ausência, pelo Vice-presidente.

CAPÍTULO VII

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 9.º São atribuições dos membros da Comissão de Revisão de Óbitos:

- I. Analisar e emitir parecer sobre os assuntos que lhes forem enviados;
- II. Elaborar normas para auditoria e revisão dos prontuários de pacientes que foram a óbito;
- III. Realizar a revisão dos prontuários relacionados aos óbitos;
- IV. Normatizar e fiscalizar o adequado registro e preenchimento dos atestados de óbitos;
- V. Convocar o médico que atestou o óbito caso as informações sejam conflitantes;
- VI. Criar instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações dos prontuários de óbito;
- VII. Comparar diagnóstico pré-operatório com os exames anatomopatológicos das peças cirúrgicas (avaliar amostra significativa, em porcentagem a ser definida pela própria comissão respeitando sua disponibilidade);
- VIII. Correlacionar os diagnósticos prévios com os resultados de necrópsias, mesmo que realizadas pelo svo (serviço de verificação de óbitos);
- IX. Zelar pelo sigilo ético das informações;
- X. Emitir parecer técnico ou relatório, quando solicitado pela comissão de ética médica ou outro serviço interessado;
- XI. Assessorar a direção da instituição em assuntos de sua competência;
- XII. Encaminhar os óbitos pertinentes ao núcleo de segurança do paciente, conforme critérios estabelecidos pelas comissões;



XIII. Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de educação permanente;

XIV. Desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes à instituição.

Art. 10.º São atribuições do Presidente da Comissão e do Vice, na ausência do presidente:

- I. Convocar e presidir as reuniões;
- II. Indicar seu substituto;
- III. Representar a comissão junto à diretoria da instituição, ou indicar seu representante;
- IV. Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão, previamente aprovados pelos membros;
- V. Fazer cumprir o regimento;
- VI. Ter o voto de qualidade nas decisões da comissão, além do seu voto.

Art. 11.º São atribuições da secretaria da Comissão:

- I. Organizar a ordem do dia;
- II. Receber e protocolar os processos e expedientes;
- III. Lavrar a ata das sessões/reuniões;
- IV. Convocar os membros da comissão para as reuniões ordinárias ou extraordinárias;
- V. Organizar e manter o arquivo da comissão;
- VI. Preparar a correspondência;
- VII. Realizar outras funções determinadas pelo presidente, relacionadas ao serviço;
- VIII. Solicitar ao same (serviço de arquivo médico) todos os prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los em 24 horas após o trabalho realizado.



CAPÍTULO VIII

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 12.º Os casos omissos serão resolvidos pelos membros da Comissão, em conjunto com a Diretoria Técnica.

Art. 13.º Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

Art. 14.º O regimento entrará em vigor após aprovação da Diretoria Técnica.



2.1.2.3. CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL

Frequência de Reuniões

As reuniões serão realizadas uma vez cada dois meses, conforme cronograma em anexo.

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

CRONOGRAMA DE REUNIÕES DA COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS (CRO)											
1º Mês				2º Mês				3º Mês			
1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana	1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana	1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana
4º Mês				5º Mês				6º Mês			
1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana	1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana	1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana
7º Mês				8º Mês				9º Mês			
1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana	1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana	1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana
10º Mês				11º Mês				12º Mês			
1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana	1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana	1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana

MÊS	CRONOGRAMA ANUAL DE ATIVIDADE - COMISSÃO DE ÓBITO
1º/2º MÊS	Nomeação da Comissão. Aprovação do Regimento. Diagnóstico organizacional com levantamento dos dados relacionados ao perfil epidemiológico da mortalidade institucional.
3º/4º MÊS	Definição de instrumento institucional para avaliar o óbito evitável e a definição de gatilhos para avaliação dos óbitos. Acompanhamento do perfil epidemiológico de mortalidade.
5º/6º MÊS	Capacitação da Comissão para Revisão de Óbitos (Gatilhos, Fatores Humanos /Análise de Incidente Sentinela / Protocolo de Londres). Acompanhamento do perfil epidemiológico de mortalidade. Relatório Institucional da Comissão de Revisão de Óbito.
7º/8º MÊS	Definição de ações de melhorias em relação aos dados encontrados e acompanhamento. Acompanhamento do perfil epidemiológico de mortalidade.
9º/10º MÊS	Reunião de acompanhamento das melhorias implantadas. Acompanhamento do perfil epidemiológico de mortalidade.
11º/12º MÊS	Análise crítica dos dados anuais. Relatório Institucional da Comissão de Revisão de Óbito com Planejamento da Comissão para o próximo ano.



ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O
DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA
"Luz para a Saúde e Educação"

2.1.3. COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR (CCIH)

2.1.3.1. PROPOSTA DA CONSTITUIÇÃO

A atuação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) 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.

Finalidade

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.

Posição Institucional

É um órgão de assessoria diretamente vinculado à Diretoria Clínica da instituição.

Membros

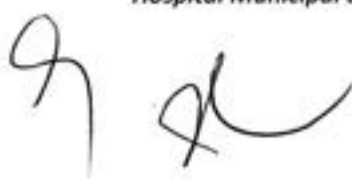
A CCIH terá composição multidisciplinar e multiprofissional e seus membros serão de dois tipos: **Consultores e Executores.**

Os membros Executores serão os profissionais do Serviço de Controle de Infecção:

- I. Presidente: médico infectologista
- II. Vice-presidente: médico infectologista
- III. Enfermeira coordenadora: enfermeira com especialização na área

Os membros Consultores devem contar com profissionais da saúde, de nível superior, formalmente designados, representantes dos seguintes serviços:

- I. Serviço médico
- II. Serviço de enfermagem
- III. Serviço de farmácia
- IV. Laboratório
- V. Higienização
- VI. Administração



2.1.3.2. PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO

REGIMENTO INTERNO DA CCIH

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 Clínica. A CCIH do 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, atualmente denominadas Infecções Relacionadas à Assistência de Saúde (IRAS) e assim, melhorar a qualidade da assistência prestada.

Parágrafo Único. Entende-se Infecções Relacionadas à Assistência de Saúde (IRAS), 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 infraestrutura 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 Executores serão os profissionais do Serviço de Controle de Infecção:

- I. Presidente: médico infectologista
- II. Vice-presidente: médico infectologista
- III. Enfermeira coordenadora: enfermeira com especialização na área

Os membros Consultores devem contar com profissionais da saúde, de nível superior, formalmente designados, representantes dos seguintes serviços:

- I. Serviço médico
- II. Serviço de enfermagem
- III. Serviço de farmácia
- IV. Laboratório
- V. Higienização
- VI. 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 dela, 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. Dois membros executores
- II. Dois médicos
- III. Um representante do serviço de enfermagem
- IV. Um representante da farmácia
- V. Um representante do laboratório
- VI. Um representante da administração
- VII. Um secretário/ digitador

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

SECÇÃO IV – FUNCIONAMENTO

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

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

Art. 11º. A sequência das reuniões da CCIH serão as seguintes:

- I. Verificação da presença de todos;
- II. Leitura e aprovação da ata anterior;
- III. Análise crítica dos indicadores de Controle de Infecção;
- IV. Plano de ação e discussão da ordem do dia;
- V. Determinação das ações propostas com responsáveis e prazos.



CAPÍTULO III

DAS COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES

Art. 12º. A Direção do Hospital:

- I. Constituir formalmente a CCIH;
- II. Designar os componentes da CCIH, por ato próprio;
- III. Propiciar a infraestrutura necessária à correta operacionalização da CCIH;
- IV. Aprovar e fazer respeitar o regimento interno da CCIH;
- V. Garantir a participação do Presidente da CCIH nos órgãos colegiados deliberativos e formuladores de política da instituição como, por exemplo, os conselhos deliberativos e conselhos técnicos, independente da natureza da entidade mantenedora do hospital;
- VI. Garantir o cumprimento das recomendações formuladas pela Coordenação Estadual/Distrital de Controle de Infecção Hospitalar;
- VII. Informar o órgão oficial municipal ou estadual quanto à composição da CCIH, e às alterações que venham a ocorrer.

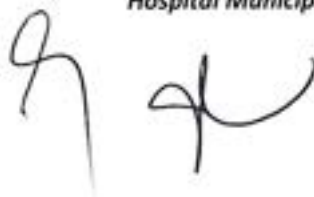
Art. 13º. À CCIH compete:

- I. Elaborar, implantar, manter e avaliar um Programa de Controle de Infecções Hospitalares adequado às características e necessidades da instituição;
- II. Implantar e manter sistema de vigilância epidemiológica das infecções hospitalares;
- III. Realizar investigação epidemiológica de casos e surtos, sempre que indicado, e implantar medidas imediatas de controle;
- IV. Propor e cooperar na elaboração, implementação e supervisão da aplicação de normas e rotinas técnico-administrativas visando à prevenção e controle das infecções hospitalares;
- V. Propor, elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico administrativas, visando limitar a disseminação de agentes nas infecções em curso no hospital, através de medidas de isolamento e precauções;
- VI. Orientar e supervisionar a aplicação das técnicas de esterilização, desinfecção, limpeza e anti-sepsia;
- VII. Acompanhar e orientar os casos de acidente com material biológico;

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização
e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 246



- VIII. Cooperar com o núcleo de educação permanente e demais setores da unidade para a capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais no que diz respeito ao controle de infecções hospitalares e prevenção de acidentes;
- IX. Elaborar e divulgar, regularmente, relatórios, discutindo com cada unidade as estratégias de controle;
- X. Definir, em cooperação com a Comissão de Farmácia e Terapêutica, política de utilização de germicidas e materiais médico hospitalares;
- XI. Definir, em cooperação com a Comissão de Farmácia e Terapêutica, política de utilização de antimicrobianos, com proposta de ações de descalonamento de antibioticoterapia e ações voltadas para o controle de agentes multirresistentes;
- XII. Definir a política institucional de utilização de antibioticoprofilaxia e acompanhar a conformidade com os antibióticos e critérios estabelecidos;
- XIII. Acompanhar as práticas de segurança ligadas à prevenção das Infecções Hospitalares, com o acompanhamento de indicadores recomendados pelos protocolos de Higiene das Mãos e Checklist Cirúrgico da ANVISA;
- XIV. Elaborar e atualizar o regimento interno da CCIH;
- XV. 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;
- XVI. 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;
- XVII. Notificar ao Serviço de Vigilância Sanitária do organismo de gestão estadual ou
- XVIII. municipal do SUS, os casos e surtos diagnosticados ou suspeitos de infecções associadas à utilização de insumos e produtos industrializados;
- XIX. Realizar reuniões periódicas;
- XX. Monitorar o controle de qualidade da água utilizada na instituição;
- XXI. Alimentar os sistemas de informação do Hospital com os dados pertinentes à CCIH.

Art. 14.º São atribuições do Presidente da Comissão e do Vice, na ausência do presidente:



- I. convocar e presidir as reuniões;
- II. indicar seu substituto;
- III. representar a comissão junto à Diretoria da Instituição, ou indicar seu representante;
- IV. subscrever todos os documentos e resoluções da comissão, previamente aprovados pelos membros;
- V. fazer cumprir o regimento;
- VI. ter o voto de qualidade nas decisões da comissão, além do seu voto.

Art. 15.º São atribuições da secretaria da Comissão:

- I. organizar a ordem do dia;
- II. receber e protocolar os processos e expedientes;
- III. lavrar a ata das sessões/reuniões;
- IV. convocar os membros da comissão para as reuniões ordinárias ou extraordinárias;
- V. organizar e manter o arquivo da comissão;
- VI. preparar a correspondência;
- VII. realizar outras funções determinadas pelo presidente, relacionadas ao serviço;
- VIII. solicitar ao Serviço de Arquivo Médico todos os prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los em 24 horas após o trabalho realizado.

CAPÍTULO IV

DO SISTEMA DE COMUNICAÇÃO

Art. 16.º. A comunicação escrita utilizada interna e externamente pode ocorrer através dos seguintes instrumentos:

I. Agenda de reunião

Instrumento de comunicação interna/externa da CCIH, utilizado para disciplinar as reuniões, que deverá ser distribuída aos participantes, anualmente, tendo como responsável, o coordenador da mesma em alinhamento com os demais. As reuniões extraordinárias serão avisadas conforme necessidade.



II. Livro de ata

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

III. Súmula

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

IV. Programa de ação anual

Disparador do processo de planejamento da 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.

V. Relatórios

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

VI. Gestão a Vista

Painel a ser afixado em cada unidade com o intuito de informar a equipe técnica e envolver a todos no acompanhamento das questões relacionadas ao controle de infecção.

VII. 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.

VIII. Comunicado

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



CAPÍTULO V

DO SISTEMA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLOGICA

Art. 17º. 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. 18º. A CCIH deverá escolher o método de Vigilância Epidemiológica mais adequado às características do hospital, à estrutura de pessoal e à natureza do risco da assistência, com base em critérios de magnitude, gravidade, redutibilidade das taxas ou custo;

Art. 19º. Serão utilizados os métodos prospectivos, retrospectivos e transversais, visando determinar taxas de incidência ou prevalência.

Art. 20º. Serão realizados métodos de busca ativa de coleta de dados para Vigilância Epidemiológica das infecções hospitalares.

Art. 21º. Todas as alterações de comportamento epidemiológico deverão ser objeto de investigação epidemiológica específica.

Art. 22º. Os indicadores mais importantes a serem obtidos e analisados periodicamente no hospital e, especialmente, nos serviços de Berçário de Alto Risco, UTI (adulto/pediátrica/neonatal) Queimados, são;

1. Taxa de Infecção Hospitalar, calculada tomando como numerador o número de episódios de infecção hospitalar no período considerado e como denominados o total de saídas (altas, óbitos e transferências) ou entradas no mesmo período.
O denominador é paciente-dia;
2. Taxa de Pacientes com Infecção Hospitalar, calculada tomando como numerador o número de doentes que apresentam infecção hospitalar no período considerado, e como denominador o total de saídas (altas, óbitos e transferências) ou entradas no período. O denominador usado é paciente-dia;



3. 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;
4. Taxa de Infecções Hospitalares por Procedimento, 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. O denominador é o número total de procedimentos dia.
Observação: O número de pacientes-dia é obtido somando-se os dias totais de permanência de todos os pacientes no período considerado.

Exemplos:

Taxa de infecção do sítio cirúrgico, de acordo com o potencial de contaminação.

Taxa de infecção urinária após cateterismo vesical.

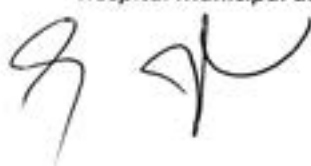
Taxa de pneumonia após uso de respirador.

5. 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 cirurgião e por especialidade.
6. Frequência das Infecções Hospitalares por Microrganismos ou por etiologia, 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.
7. Coeficiente de Sensibilidade aos Antimicrobianos, calculado tendo como numerador o número de cepas bacterianas de um determinado microrganismo sensível e determinado antimicrobiano e como denominador o número total de cepas testadas do mesmo agente com antibiograma realizado a partir dos espécimes encontrados.
8. 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. É calculado tendo como

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização
e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 251



numerador o total de pacientes em uso de antimicrobiano e como denominador o número total de pacientes no período.

- Frequência com que cada antimicrobiano é empregado em relação aos demais, é calculada tendo como numerador o total de tratamentos iniciados com determinado antimicrobiano no período, e como denominador o total de tratamentos com antimicrobianos iniciados no mesmo período.
9. Taxa de letalidade associada a 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.
 10. Consideram-se obrigatórias as informações relativas aos indicadores epidemiológicos, com foco nos serviços de Berçário de alto risco, UTI (adulto/ pediátrica/neonatal) e queimados.

Art. 23º. Relatórios e Notificações

1. 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.
2. 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.
3. 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.
4. O relatório de vigilância epidemiológica e os relatórios de investigações epidemiológicas deverão ser enviados às Coordenações Estaduais/ Distrital/Municipais e à Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar do Ministério da Saúde, conforme as normas específicas das referidas Coordenações.



CAPÍTULO VII

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 24º. A CCIH convidará pessoas ou entidades que possam colaborar com o desenvolvimento de seus trabalhos, sempre que julgar necessário;

Art. 25º. O Diretor da instituição poderá, a qualquer tempo e por motivo justificável, promover a substituição dos membros da CCIH;

Art. 26º. 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 Técnico da instituição;

Art. 27º. O presente regimento poderá ser alterado, mediante proposta da CCIH, através da maioria absoluta dos seus membros, submetida ao Diretor Técnico da instituição.



2.1.3.3. CRONOGRAMA ANUAL DE ATIVIDADE

FREQUÊNCIA DE REUNIÕES

As reuniões serão realizadas uma vez por mês, conforme cronograma a seguir.

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

CRONOGRAMA DE REUNIÕES DA COMISSÃO DE INFECÇÃO HOSPITALAR (CCIH)											
1º Mês				2º Mês				3º Mês			
1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana	1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana	1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana
4º Mês				5º Mês				6º Mês			
1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana	1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana	1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana
7º Mês				8º Mês				9º Mês			
1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana	1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana	1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana
10º Mês				11º Mês				12º Mês			
1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana	1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana	1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana

MÊS	CRONOGRAMA ANUAL DE ATIVIDADE – COMISSÃO CCIH
1º Mês	Nomeação da Comissão. Aprovação do Regimento.
2º Mês	Diagnóstico organizacional com levantamento dos dados relacionados à Infecções Hospitalares.
3º Mês	Confecção do Programa de Controle de Infecção Hospitalar junto às lideranças da Unidade, com metas e indicadores.
4º Mês	Definição do perfil epidemiológico vigente para construção do Manual de Antibiótico: Profilaxia e Terapêutica.
5º Mês	Capacitações e Implantação do Programa.
6º Mês	Implantação dos Pacotes de Proteção para dispositivos invasivos e acompanhamento dos indicadores propostos.

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde
Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

7° Mês	Campanha de Higiene das Mãos.
8° Mês	Reuniões com a Liderança para acompanhamento dos Indicadores estabelecidos no Programa, e definição dos ciclos de melhoria a serem implementados.
9° Mês	Validar as Rotinas Técnicas-Administrativas relacionadas ao SCIH.
10° Mês	Fechar os contratos de interação entre os processos com as Unidades.
11° Mês	Análise crítica dos dados anuais e confecção do planejamento Táticos da SCIH para o próximo ano,
12° Mês	Validação com as lideranças do Planejamento Tático.





ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O
DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA

"Gestão em Saúde e Educação"

2.1.4. COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA (CEM)

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização
e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 256

2.1.4.1. PROPOSTA DA CONSTITUIÇÃO

A Comissão de Ética é uma extensão, junto à instituição Hospitalar, do Conselho Regional de Medicina, estando a ele vinculada e subordinada, com valor já reconhecido no Código de Ética Médica publicado em 1988. Deve atender a Resolução CFM 1.657/2002, que estabelece normas de organização, funcionamento, eleição e competências das Comissões de Ética Médica dos estabelecimentos de Saúde, e dá outras providências.

Finalidade

Garantir a prática médica dentro dos princípios do Código de Ética Médica.

A comissão tem funções opinativas, educativas e fiscalizadoras do desempenho Ético da Medicina.

Posição Institucional

As Comissões de Ética são vinculadas ao Conselho Regional de Medicina e devem manter a sua autonomia em relação às instituições onde atuam, não podendo ter qualquer vinculação ou subordinação à direção do estabelecimento. Cabe ao diretor técnico prover as condições necessárias ao trabalho da Comissão de Ética.

Membros

A composição da Comissão de Ética será estruturada conforme a estruturada e organizada conforme determinação da resolução CFM 1.657/2002:

- I. Um presidente e um Vice-presidente
- II. O número de Membros obedecendo o artigo 1º da Resolução CFM nº 1.657/2002, com os seguintes critérios de proporcionalidade:
 - a. Na instituição que possuir de 100 (cem) a 299 (duzentos e noventa e nove) médicos, a Comissão de Ética Médica deverá ser composta por 4 (quatro) membros efetivos e igual número de suplentes;
 - b. Na instituição que possuir de 300 (trezentos) a 999 (novecentos e noventa e nove) médicos, a Comissão deverá ser composta por 6 (seis) membros efetivos e igual número de suplentes.

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização
e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 257



2.1.4.2. PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES, OBJETIVOS, CARACTERÍSTICAS

Art. 1.º Esta Comissão será estruturada e organizada conforme determinação da resolução CFM 1.657/2002, que torna obrigatória sua criação em estabelecimentos de saúde.

Art. 2.º A Comissão de Ética Médica (CEM) é um organismo formado por membros do corpo clínico e visa garantir a prática médica dentro dos princípios do Código de Ética Médica.

Parágrafo único. A atuação da Comissão de Ética Médica é técnico-científica, sigilosa, não podendo ser coercitiva ou punitiva.

Art. 3.º A Comissão de Ética está vinculada ao Conselho Regional de Medicina e deve manter a sua autonomia em relação à instituição, não podendo ter qualquer vinculação ou subordinação à direção do estabelecimento.

CAPÍTULO II

DAS FINALIDADES

Art. 4.º Atender a resolução CFM No. 1.657/2002, que define que 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 de acordo com a resolução.

Art. 5.º A CEM visa garantir a prática médica dentro dos princípios do Código de Ética Médica. Têm funções sindicantes, educativas e fiscalizadoras do desempenho ético da Medicina em sua área de abrangência.



CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO, ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA

Art. 6º As Comissões de Ética serão compostas por 1 (um) presidente, 1 (um) secretário e demais membros efetivos e suplentes.

Art. 7º A Comissão de Ética Médica será instalada nos termos do artigo 1º da Resolução CFM nº 1.657/2002, obedecendo aos seguintes critérios de proporcionalidade:

Na instituição que possuir de 100 (cem) a 299 (duzentos e noventa e nove) médicos, a Comissão de Ética Médica deverá ser composta por 4 (quatro) membros efetivos e igual número de suplentes;

Na instituição que possuir de 300 (trezentos) a 999 (novecentos e noventa e nove) médicos, a Comissão deverá ser composta por 6 (seis) membros efetivos e igual número de suplentes;

Art. 8º Não poderão integrar a Comissão de Ética Médica os médicos que exercerem cargos de direção técnica, clínica ou administrativa da instituição e os que não estejam quites com o Conselho Regional de Medicina.

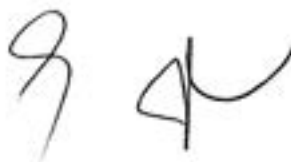
Parágrafo único – Quando investidos nas funções acima após terem sido eleitos, os membros efetivos serão substituídos pelos suplentes.

Art. 9º O mandato da Comissão de Ética será de até 30 (trinta) meses. (modificado pela Resolução CFM n. 1.812/07)

Art. 10º Nos casos de afastamento definitivo ou temporário de um de seus membros efetivos, a Comissão procederá a convocação do suplente respeitando a ordem de votação para a vaga ocorrida, pelo tempo que perdurar o afastamento, devendo oficial tal decisão ao Conselho Regional de Medicina imediatamente após o feito.

Parágrafo único: se o membro da CEM deixar de fazer parte do Corpo Clínico do estabelecimento de saúde respectivo, o seu mandato cessará automaticamente.

Art. 11º Nos casos de vacância do cargo de presidente ou de secretário, far-se-á nova escolha, pelos membros efetivos, para o cumprimento do restante do mandato.



Art. 12º Quando ocorrer vacância em metade ou mais dos cargos da Comissão de Ética, será convocada nova eleição para preenchimento dos cargos vagos de membros efetivos.

CAPÍTULO IV DAS ELEIÇÕES

Art. 13º A escolha dos membros da CEM será feita mediante eleição direta, dela participando os médicos que compõem o Corpo Clínico do estabelecimento, conforme previsto no Regimento Interno do Corpo Clínico, inscritos na condição de médico em situação regular com o Conselho Regional de Medicina, ressalvado o determinado no artigo 9º da Resolução CFM nº 1.657/2002.

Art. 14º A convocação da eleição será feita pelo diretor clínico, por Edital a ser divulgado no estabelecimento no período de 30 (trinta) dias antes da eleição.

Art. 15 º Os candidatos à CEM deverão se inscrever individualmente, junto ao diretor clínico do estabelecimento, com a antecedência mínima de 15 (quinze) dias da data da eleição.

Art. 16 º Os nomes dos candidatos inscritos serão divulgados no estabelecimento em que ocorrerá a eleição, pelo diretor clínico, por ordem alfabética, durante o período mínimo de uma semana.

Art. 17 º O diretor clínico designará uma Comissão Eleitoral com a competência de organizar, dirigir e supervisionar todo o processo eleitoral, de acordo com as normas do Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único: Os integrantes da Comissão Eleitoral não podem ser candidatos à Comissão de Ética.

Art. 18 º A Comissão de Ética Médica será composta pelos candidatos que obtiverem o maior número de votos, de acordo com o número previsto para a sua composição.

Parágrafo único – Quando ocorrer empate entre os candidatos votados, influenciando na escolha dos membros efetivos ou suplentes, será considerado eleito o mais antigo no Corpo Clínico. Persistindo o empate, será considerado eleito o que tiver maior tempo de inscrição no Conselho Regional de Medicina daquela jurisdição.



Art. 19 º A apuração será realizada imediatamente após o encerramento da votação, pela Comissão Eleitoral, podendo ser assistida por todos os interessados.

Art. 20 º O resultado da eleição será lavrado em ata que deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Medicina para homologação, e a quem compete dirimir dúvidas não resolvidas pela Comissão Eleitoral.

Art. 21 º Os protestos e recursos contra qualquer fato relativo ao processo eleitoral deverão ser formalizados, por escrito, dentro de, no máximo, 48 (quarenta e oito) horas após as eleições, e encaminhados em primeira instância à Comissão Eleitoral e em segunda instância ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 22 º Homologados os resultados, os membros eleitos serão empossados pelo Conselho Regional de Medicina.

CAPÍTULO V

DA SEDE

Art. 23.º A Comissão de Ética Médica deverá ter uma sala com a infraestrutura básica para funcionamento e guarda segura do material sigiloso e assim como privacidade para reuniões.

CAPÍTULO VI

DAS ATRIBUIÇÕES

Art.24º Compete às Comissões de Ética:

- a) Supervisionar, orientar e fiscalizar, em sua área de atuação, o exercício da atividade médica, atentando para que as condições de trabalho do médico, bem como sua liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecido aos pacientes, respeitem os preceitos éticos e legais;
- b) Comunicar ao Conselho Regional de Medicina quaisquer indícios de infração à lei ou dispositivos éticos vigentes;
- c) Comunicar ao Conselho Regional de Medicina o exercício ilegal da profissão;



- d) Comunicar ao Conselho Regional de Medicina as irregularidades não corrigidas dentro dos prazos estipulados;
- e) Comunicar ao Conselho Regional de Medicina práticas médicas desnecessárias e atos médicos ilícitos, bem como adotar medidas para combater a má prática médica;
- f) Instaurar sindicância, instruí-la e formular relatório circunstanciado acerca do problema, encaminhando-o ao Conselho Regional de Medicina, sem emitir juízo;
- g) Verificar se a instituição onde atua está regularmente inscrita no Conselho Regional de Medicina e em dia com as suas obrigações;
- h) Colaborar com o Conselho Regional de Medicina na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar sobre temas relativos à Ética Médica;
- i) Elaborar e encaminhar ao Conselho Regional Medicina relatório sobre as atividades desenvolvidas na instituição onde atua;
- j) Atender as convocações do Conselho Regional de Medicina;
- k) Manter atualizado o cadastro dos médicos que trabalham na instituição onde atua;
- l) Fornecer subsídios à Direção da instituição onde funciona, visando à melhoria das condições de trabalho e da assistência médica;
- m) Atuar preventivamente, conscientizando o Corpo Clínico da instituição onde funciona quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético;
- n) Promover a divulgação eficaz e permanente das normas complementares emanadas dos órgãos e autoridades competentes;
- o) Encaminhar aos Conselhos fiscalizadores das outras profissões da área de saúde que atuem na instituição representações sobre indícios de infração aos seus respectivos Códigos de Ética;
- p) Colaborar com os órgãos públicos e outras entidades de profissionais de saúde em tarefas relacionadas com o exercício profissional;
- q) Orientar o público usuário da instituição de saúde onde atua sobre questões referentes à Ética Médica.

Art. 25º Compete aos membros da Comissão de Ética:

- a) Eleger o presidente e secretário;
- b) Comparecer a todas as reuniões da Comissão de Ética Médica, discutindo e votando as matérias em pauta;
- c) Desenvolver as atribuições conferidas à Comissão de Ética Médica previstas nesta resolução;

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização
e execução das ações e serviços de saúde
Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran
Página 262



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

Art. 26° Compete ao presidente da Comissão de Ética:

- a) Representar a Comissão de Ética Médica perante as instâncias superiores, inclusive no Conselho Regional de Medicina;
- b) Convocar as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de Ética Médica;
- c) Convocar o secretário para substituí-lo em seus impedimentos ocasionais;
- d) Solicitar a participação dos membros suplentes nos trabalhos da Comissão de Ética Médica, sempre que necessário;
- e) Encaminhar ao Conselho Regional de Medicina as sindicâncias devidamente apuradas pela Comissão de Ética Médica;
- f) Nomear membros sindicantes para convocar e realizar audiências, analisar documentos e elaborar relatório à Comissão de Ética Médica quando da apuração de sindicâncias.

Art. 27° Compete ao secretário da Comissão de Ética Médica:

- a) Substituir o presidente em seus impedimentos eventuais;
- b) Colaborar com o presidente nos trabalhos atribuídos à Comissão de Ética Médica;
- c) Secretariar as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de Ética Médica;
- d) Lavrar atas, editais, cartas, ofícios e relatórios relativos à Comissão de Ética Médica;
- e) Manter em arquivo próprio os documentos relativos à Comissão de Ética Médica.

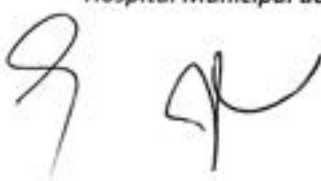
CAPÍTULO VII

FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Art. 28° As Comissões de Ética deverão estabelecer seu calendário de reuniões ordinárias, e reunir-se de forma extraordinária quando solicitadas.

Art. 29° Os atos da CEM relacionados com a fiscalização ou sindicâncias terão caráter sigiloso.

Art. 30° Todas as deliberações da Comissão de Ética dar-se-ão por maioria simples, sendo prerrogativa do presidente o “voto de Minerva” em caso de empate.



Art. 31° As sindicâncias instauradas pelas Comissões de Ética obedecerão aos preceitos contidos na Resolução CFM 1.657/2002.

Art. 32° A sindicância será instaurada mediante:

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

Art. 33° Aberta a sindicância, a Comissão de Ética Médica informará o fato aos envolvidos, convocando-os, se for o caso, para esclarecimentos ou solicitando-lhes, no prazo de 7 (sete) dias úteis a partir do recebimento do aviso, manifestação por escrito.

Art. 34° Todos os documentos relacionados com os fatos, quais sejam, cópias dos prontuários, das fichas clínicas, das ordens de serviço e outros que possam colaborar no deslinde da questão, deverão ser apensados à sindicância quando for decidido enviá-la ao Conselho Regional de Medicina.

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

Art. 35° O presidente da Comissão de Ética Médica nomeará um membro sindicante para convocar e realizar audiências, analisar documentos e elaborar relatório à Comissão.

Art. 36° Finda a coleta de informações, a Comissão de Ética Médica reunir-se-á para analisar e emitir relatório conclusivo, sem emitir juízo.

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

Art. 37° Evidenciada a existência de indícios de infração ética, a sindicância deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Medicina, para a competente tramitação.

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização
e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 264



Art. 38° Em casos de menor gravidade e que não tenham acarretado danos para terceiros, a Comissão de Ética Médica poderá procurar a conciliação entre as partes envolvidas “ad referendum” do Plenário do Conselho Regional de Medicina.

§ 1º Caso haja conciliação, a Comissão lavrará tal fato em ata específica.

§ 2º Não havendo a conciliação de que trata o caput do artigo, a sindicância seguirá seu trâmite normal com o envio do relatório circunstanciado ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 39° Se houver alguma denúncia envolvendo um membro da Comissão de Ética Médica, o mesmo deverá afastar-se da Comissão enquanto durar a sindicância em questão.

CAPÍTULO VIII

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 40° Os casos omissos serão decididos pelo Conselho Regional de Medicina da jurisdição.

Art. 41.º Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

Art. 42.º O regimento entrará em vigor após a eleição da Comissão de Ética Médica.

Art. 43° Caberá ao Conselho Regional de Medicina divulgar a existência de Comissão de Ética dentro da instituição.



2.1.4.3. CRONOGRAMA ANUAL DE ATIVIDADES

As reuniões serão realizadas uma vez cada dois meses, conforme cronograma em anexo. Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo presidente da Comissão, pelo Diretor Clínico ou pelo Diretor Técnico.

CRONOGRAMA DE REUNIÕES DA COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA (CEM)											
1º Mês				2º Mês				3º Mês			
1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana	1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana	1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana
4º Mês				5º Mês				6º Mês			
1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana	1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana	1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana
7º Mês				8º Mês				9º Mês			
1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana	1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana	1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana
10º Mês				11º Mês				12º Mês			
1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana	1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana	1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana

MÊS	CRONOGRAMA ANUAL DE ATIVIDADE - COMISSÃO ÉTICA MÉDICA
1º e 2º MÊS	Eleição da Comissão. Aprovação do Regimento. Distribuição do Código de Ética Médica.
1º Semestre	Capacitação dos Membros da Comissão.
2º Semestre	Capacitação do Corpo Clínico.
Permanente, conforme a demanda	Avaliação e encaminhamento dos casos recebidos.



ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O
DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA
FUNDADA EM 1947 - SÃO PAULO

2.1.5. OUTRAS COMISSÕES

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização
e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 267

2.1.5.1. PROPOSTA DA CONSTITUIÇÃO

COMISSÃO DE FARMÁCIA (CF)

Durante as últimas décadas os avanços tecnológicos na saúde, o aparecimento de novos medicamentos, tem aumentado muito a expectativa de vida das populações. Esse benefício inestimável para saúde vem acompanhado do aumento de novos riscos como as interações medicamentosas e com nutrientes, os eventos adversos evitáveis, do uso abusivo de medicamentos e principalmente de antibióticos com aumento da resistência medicamentosa. A padronização de medicamentos, a implantação de políticas de utilização dos antimicrobianos e práticas de segurança no uso de medicamentos são hoje fundamentais para segurança do nosso sistema de saúde.

Finalidade

Servir como órgão consultivo e deliberativo sobre medicamentos e materiais médico-hospitalares além de promoção do uso adequado destes insumos;

Membros

A comissão deverá ser composta por uma equipe multidisciplinar, pelos seguintes membros:

- I. Presidente da Comissão - Gerente de Farmácia;
- II. Diretora de Enfermagem;
- III. Gerente Administrativo;
- IV. Representante de Compras;
- V. Diretor Clínico;
- VI. Coordenadores das especificidades médicas;
- VII. Coordenador do Serviço de Controle de Infecção.

Posição Institucional

É um órgão de assessoria diretamente vinculado à Diretoria Técnica.

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização
e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 268



PROPOSTA DE REGIME INTERNO

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE FARMÁCIA

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES, OBJETIVOS, CARACTERÍSTICAS

Art. 1.º A Comissão de Farmácia e Terapêutica é uma instância colegiada, de caráter consultivo e deliberativo, que tem por objetivo padronizar medicamentos a serem utilizados na instituição. Além disso, a CF assessora a diretoria clínica, na formulação de diretrizes para seleção, padronização, prescrição, aquisição, distribuição e uso de medicamentos dentro das instituições da saúde.

CAPÍTULO II

DA COMPOSIÇÃO

Art. 2.º O critério de participação deve estar vinculado à competência técnica, contando com representantes da saúde, com conhecimento farmacológico, terapêutico, clínica médica e de economia em saúde.

Art. 3.º A comissão deverá ser composta por uma equipe multidisciplinar, pelos seguintes membros:

1. Presidente da Comissão - Gerente de Farmácia;
2. Diretora de Enfermagem;
3. Gerente Administrativo;
4. Representante de Compras;
5. Diretor Clínico;
6. Coordenadores das especificidades médicas;
7. Coordenador do Serviço de Controle de Infecção.

Parágrafo único. Poderão fazer parte, como membros convidados, outros profissionais quando solicitados para tratar de assuntos pertinentes à Comissão.

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização
e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 269



CAPÍTULO III
DAS FINALIDADES

Art. 4.º Servir como órgão consultivo sobre medicamentos e materiais médico-hospitalares

Art. 5.º Através da padronização, implantação de práticas de segurança e capacitação, aumentar a segurança e a efetividade na prescrição, uso e administração de medicamentos.

CAPÍTULO IV
DO MANDATO

Art. 6.º O presidente da comissão, assim como todos os membros, será nomeado pelo Diretor Técnico. Os cargos de vice-presidente e secretário poderão ser definidos pela comissão

Art. 7.º O mandato deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável conforme definição da Diretoria Técnica.

CAPÍTULO V
DA SEDE

Art. 8.º A Sede da Comissão será a sala de reuniões da Diretoria com a infraestrutura básica necessária para seu funcionamento.

CAPÍTULO VI
FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Art. 9.º Deverão ocorrer reuniões cada dois meses, com data, local e horário, previamente definidos e informados.

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



§ 2.º Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da comissão, a seus critérios, poderão realizar a reunião.

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

§ 4.º As reuniões da comissão deverão ser registradas em ata resumida e arquivada em livro próprio contendo data, horário da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisões tomadas.

§ 6.º Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, sendo convocadas pelo Presidente e, na sua ausência, pelo Vice-Presidente.

CAPÍTULO VII

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 10.º São atribuições da Comissão de Formulário e Terapêutica:

- I. Elaborar a padronização de medicamentos;
- II. Estabelecer critérios de inclusão e exclusão para padronização de medicamentos;
- III. Aprovar a inclusão ou exclusão de medicamentos padronizados por iniciativa própria ou por propostas encaminhadas pelos chefes dos Serviços Médicos, promovendo a atualização da padronização de medicamentos;
- IV. Evitar várias apresentações do mesmo princípio ativo e formulações com associação de medicamentos;
- V. Fixar critérios para a aquisição de medicamentos não padronizados;
- VI. Avaliar o cadastro dos medicamentos e materiais;
- VII. Incentivar o uso dos nomes dos medicamentos pela denominação Comum Brasileira (DCB);
- VIII. Revisar periodicamente as normas de prescrição;
- IX. Organizar a comunicação interna de divulgações da ANVISA, exclusão de alguns itens, boletins, dentre outros, através de informações da CTQF;
- X. Garantir o cumprimento de suas resoluções mantendo estreita relação com o corpo clínico.

Art. 11.º São atribuições do Presidente da Comissão, além de outras instituídas neste regimento ou que decorram de suas funções ou prerrogativas:

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização
e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 271



- I. Convocar e presidir as reuniões;
- II. Representar a comissão junto à Diretoria Técnica, ou indicar seu representante;
- III. Fazer cumprir o regimento.
- IV. Nas decisões da comissão, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva).
- V. Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá seu vice-presidente.

Art. 12º São atribuições de o vice-presidente assumir as atividades do presidente na sua ausência.

Art. 13.º São atribuições e competências do auxiliar administrativo da Comissão

- I. Receber e protocolar os processos e expedientes;
- II. Lavrar a ata das sessões/reuniões;
- III. Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo presidente.
- IV. Organizar e manter o arquivo da comissão;
- V. Preparar a correspondência;
- VI. Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço desta secretaria.

CAPÍTULO VIII

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 14.º Os casos omissos serão resolvidos pelos membros da Comissão, em conjunto com a Diretoria Técnica.

Art. 15.º Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

Art. 16.º O regimento entrará em vigor após a nomeação da comissão e aprovação pela Diretoria Técnica.



CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL

Frequência de Reuniões

As reuniões serão realizadas uma vez por mês, conforme cronograma em anexo. Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo presidente da Comissão ou pelo Diretor Técnico.

CRONOGRAMA DE REUNIÕES DA COMISSÃO DE FARMÁCIA (CF)											
1º Mês				2º Mês				3º Mês			
1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana	1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana	1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana
4º Mês				5º Mês				6º Mês			
1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana	1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana	1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana
7º Mês				8º Mês				9º Mês			
1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana	1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana	1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana
10º Mês				11º Mês				12º Mês			
1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana	1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana	1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana

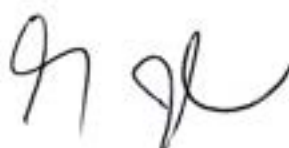
MÊS	CRONOGRAMA ANUAL DE ATIVIDADE - COMISSÃO FARMÁCIA
1º MÊS	Nomeação da Comissão. Aprovação do Regimento.
2º/3º MÊS	Convocar reunião com toda liderança do corpo clínico para apresentação da Comissão, esclarecimentos das atividades. Confecção de lista de medicamentos necessários por especialidade clínica. Definição dos medicamentos de alto risco (alto alerta ou alta vigilância) junto às lideranças do corpo clínico.
4º/5º MÊS	Padronizar por classe de medicamentos, iniciando com a padronização de antibióticos para tratamento e profilaxia nos tratamentos e procedimentos mais prevalentes.
6º/7º MÊS	Validar a padronização de medicação com todas as especialidades. Padronizar os psicotrópicos, anticoagulantes, hipoglicemiantes e drogas vasoativas.

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização
e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 273

8º/9º MÊS	Validar a padronização com todas as especialidades. Continuar a padronização por classe terapêutica. Avaliar eventos com medicamentos e definir processos de proteção para monitoramento.
10º/11º MÊS	Acompanhar os indicadores de práticas de segurança na utilização de medicamentos. Iniciar a Farmácia Clínica nas unidades críticas.
12º MÊS	Fechamento do relatório anual da comissão e planejamento do próximo ano.



NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE E QUALIDADE NA ASSISTÊNCIA (NSP-QUA)

PROPOSTA DA CONSITUIÇÃO

A busca da excelência na prestação de serviços de saúde sempre esteve presente na Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM). Hoje, a Qualidade em Serviço de Saúde, enfoca a integralidade da assistência, sendo um processo dinâmico, contínuo e integrado aos planos diretivos regionais.

O resultado esperado do serviço de saúde, deve contemplar as sete dimensões:

1. Segurança: minimizar os riscos vinculados aos cuidados de saúde;
2. Eficácia: usar a melhor evidência científica para o tratamento;
3. Cuidado centrado no Paciente: envolver o paciente em seu tratamento e valorizar a individualidade do ser humano;
4. Pontualidade: oferecer um serviço de saúde sem atrasos, sem espera;
5. Eficiência: evitar o mau uso e desperdício de suprimentos, ideias e energia;
6. Equidade: diminuir a lacuna no direito à saúde;
7. Sustentabilidade: respeito à cultura e ao ambiente.

De acordo com a Portaria MS/GM nº 529, de 1º de abril de 2013 que instituiu o Programa de Segurança do Paciente e a RDC 36, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências, faz-se obrigatória a criação de um Núcleo de Segurança do Paciente, como a qualidade e a segurança são dimensões inseparáveis. O NSP-QUA engloba as sete dimensões da qualidade e segurança na assistência ao paciente e à população.

Finalidade

O Núcleo de Segurança do Paciente e Qualidade na Assistência (NSP-QUA) tem o objetivo de instituir ações para a promoção da segurança do paciente e da melhoria da qualidade nos serviços de saúde.

A Gestão da Qualidade e Segurança tem por objetivo a melhoria contínua do desempenho dos processos, com a minimização dos riscos e a otimização dos recursos institucionais. Através de atividades planejadas, documentadas e sistematizadas, assim como da gestão da interação



entre os processos, procura diminuir a variabilidade da entrega e aumentar a confiabilidade do serviço de saúde prestado.

Posição Institucional

O NSP-QA está subordinado diretamente ao Diretor Técnico da instituição.

Membros

O NSP-QA possui será constituída de membros efetivos e membros participantes.

I. Membros Efetivos

- a. Presidente
- b. Vice-presidente
- c. Enfermeira
- d. Auxiliar administrativo

II. Membros Participantes

- a. Farmacêutico responsável pela Farmacovigilância
- b. Engenheira Clínica responsável pela Tecno vigilância
- c. Hematologista responsável pela Hemovigilância
- d. Nutrólogo e nutricionista responsáveis pela Gestão do Risco Nutricional



PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO

REGIMENTO DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE E QUALIDADE NA ASSISTÊNCIA

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES, OBJETIVOS, CARACTERÍSTICAS

Art. 1.º Esta Comissão foi estruturada e organizada de acordo com a RESOLUÇÃO - RDC Nº 36, DE 25 DE JULHO DE 2013 do Ministério da Saúde.

Art. 2.º O NSP-QA é um organismo formado por membros profissionais da instituição e visa garantir a melhoria contínua da segurança e qualidade do serviço de saúde prestado.

Parágrafo único. A atuação da do NSP-QA é técnico-científica, sigilosa, não podendo ser coercitiva ou punitiva.

Art. 3.º O NSP-QA está vinculado ao Diretor Técnico e deve manter a sua autonomia para avaliar os processos e fazer recomendações que visem unicamente a segurança e melhoria da assistência.


CAPÍTULO II

DAS FINALIDADES

Art. 4º - O Núcleo de Segurança do Paciente e Qualidade na Assistência do Hospital Municipal de Barueri Dr. Francisco Moran, foi criado com intuito de acompanhar e aperfeiçoar a gestão dos processos relacionados à segurança hospitalar, com foco na qualidade do serviço prestado.

Art. 5º - Objetivos gerais:

- I. Melhorar continuamente o desempenho e minimizar os riscos do processo assistencial aos pacientes, familiares e colaboradores.
- II. Promover um impacto positivo no cuidado dos pacientes, prevenir os eventos adversos e mitigar os desfechos indesejáveis.



- III. Fortalecer a cultura de segurança na abordagem dos desvios do processo assistencial encarando-os como oportunidade de melhoria, através da análise sistêmica das vulnerabilidades identificadas.
- IV. Promover a integração entre as diversas áreas que atuam no processo assistencial e administrativo, com o intuito de estabelecer uma visão horizontal, evidenciando o papel de cada um em agregar valor em cada etapa do processo.

Art. 6º O NSP deve adotar os seguintes princípios e diretrizes:

- I. A melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias na saúde;
- II. A disseminação sistemática da cultura de segurança;
- III. A articulação e a integração dos processos de gestão da qualidade e segurança;
- IV. A garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO, ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA

Art. 7º O Diretor Técnico deve constituir o Núcleo de Segurança do Paciente e Qualidade na Assistência (NSP-QUA) e nomear a sua composição, conferindo aos membros autoridade, responsabilidade e poder para executar as ações do Plano de Qualidade e Segurança do Paciente da instituição.

Art. 8º O NSP-QUA será composto por 1 (um) coordenador médico, 1 (um) enfermeiro vice-coordenador, 1(um) secretário e assim como demais membros efetivos e suplentes.

Art 9º. De acordo com a resolução do Ministério da Saúde, RDC36, no Art5º, o profissional responsável pelo NSP deve ter participação nas instâncias deliberativas do serviço de saúde, de acordo com a resolução

Art. 10º O NSP-QUA será constituído de membros efetivos e membros participantes.

- I. Membros Efetivos



- a. Presidente
- b. Vice-presidente
- c. Enfermeira
- d. Auxiliar administrativo

II. Membros Participantes

- a. Farmacêutico responsável pela Farmacovigilância
- b. Engenheira responsável pela Tecno vigilância
- c. Hematologista responsável pela Hemovigilância
- d. Nutrólogo e nutricionista responsáveis pela Gestão do Risco Nutricional
- e. Representante do S.A.U

Parágrafo único. O Núcleo pode convocar participantes que se façam necessário para processos de mapeamento, levantamento de dados, análise de falhas e outras questões que tenham como objetivo a melhoria da segurança e qualidade do serviço prestado.

CAPÍTULO IV DO MANDATO

Art. 11.º O mandato dos membros da Comissão de Revisão de Prontuários deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável, conforme definição da própria Comissão.

Parágrafo único. No caso de substituição de um ou mais membros, os nomes dos integrantes deverão ser encaminhados ao Diretor Técnico e atualizada a nomeação.

CAPÍTULO V DA SEDE

Art. 12.º O NSP-QA deverá ter uma sala com a infraestrutura básica para funcionamento e guarda segura do material sigiloso, assim como privacidade para reuniões e entrevistas.



CAPÍTULO VI

DAS ATRIBUIÇÕES

Art.13° Compete ao NSP-QA:

- I. promover ações de melhoria contínua e gestão de risco do serviço prestado;
- II. desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional;
- III. promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos, procedimentos realizados, na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos, propondo ações preventivas e corretivas;
- IV. elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o Plano de Qualidade e Segurança do Paciente;
- V. acompanhar as ações vinculadas ao Plano de Qualidade e Segurança do Paciente;
- VI. implantar os Protocolos de Segurança do Paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores;
- VII. analisar os dados sobre incidentes e eventos adversos e recomendar melhorias;
- VIII. implantar Análise Preliminar de Perigo (APP) e determinação do risco dos processos críticos institucionais, em conjunto com os profissionais da ponta;
- IX. estabelecer barreiras para a prevenção de incidentes em relação aos riscos mapeados, usando como referência uma Matriz de risco e tolerabilidade;
- X. estabelecer ações de mitigação em relação aos riscos mapeados;
- XI. estabelecer ciclos de melhoria contínua nos processos de maior vulnerabilidade;
- XII. compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise dos dados e recomendações sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde.

Art.14° Compete ao NSP-QUA implantar e acompanhar um Plano de Qualidade e Segurança do Paciente, com identificação dos pontos de maior vulnerabilidade para ocorrência de eventos adversos e estabelecimento da gestão de práticas de segurança e cultura de melhoria contínua. O Plano deve conter:

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

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização
e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 280



- II. Gestão da integração dos diferentes processos de gestão de risco desenvolvidos nos serviços de saúde;
- III. Implementação de protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde;
- IV. Identificação do Paciente;
- V. Higiene das Mãos;
- VI. Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos;
- VII. Segurança cirúrgica;
- VIII. Segurança na prescrição, uso e administração de hemocomponentes;
- IX. Segurança na prescrição, uso e material e equipamentos;
- X. Manter registro adequado de órtese e prótese quando forem utilizadas;
- XI. Prevenção de Quedas;
- XII. Prevenção de Úlcera por Pressão;
- XIII. Prevenção de Eventos adversos, incluindo infecções relacionadas à assistência à saúde;
- XIV. Segurança nas terapias nutricionais enteral e parenteral;
- XV. Comunicação efetiva entre os profissionais de saúde e entre os serviços de saúde;
- XVI. Estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada;
- XVII. Promoção do ambiente seguro.

CAPÍTULO VII

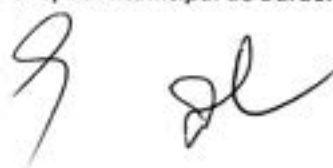
DA VIGILÂNCIA, DO MONITORAMENTO E DA NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS

Art. 15º O monitoramento dos incidentes e eventos adversos será realizado pelo Núcleo de Segurança do Paciente – NSP-QA

Art. 16º A notificação dos eventos adversos, para fins da Resolução 36, deve ser realizada mensalmente pelo NSP, até o 15º (décimo quinto) dia útil do mês subsequente ao mês de vigilância, por meio das ferramentas eletrônicas disponibilizadas pela Anvisa. Parágrafo único. “Os eventos adversos que evoluírem para óbito devem ser notificados em até 72 (setenta e duas) horas a partir do ocorrido.”

CAPÍTULO VIII

FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO



Art. 17° O NSP-QUA deve estabelecer seu calendário de reuniões ordinárias, e reunir-se de forma extraordinária quando solicitadas.

Art. 18° Os documentos relacionados à análise dos eventos adversos devem ser descaracterizados dos nomes dos pacientes e funcionários envolvidos no evento, com objetivo de preservar a privacidade dos colaboradores e dos pacientes. A confidencialidade é uma importante característica de um sistema de notificações efetivo e suas atividades devem focar na análise sistêmica do incidente e melhoria dos processos institucionais.

Art. 19° Os Eventos Sentinela deverão ser analisados de maneira sistemática com a metodologia do "Protocolo de Londres" e foco no entendimento de Fatores Humanos.

Art. 20° Relatório com análise crítica e recomendações devem ser disponibilizados a cada três meses.

Art. 20° O NSP-QUA deve acompanhar e mentorar a gestão da Qualidade e Segurança realizados pelas lideranças dos setores da instituição, através de reuniões sistemáticas com as unidades.

CAPÍTULO IX

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 40° Os casos omissos serão decididos pelo Diretor Técnico do Hospital.

Art. 41.º Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

Art. 42.º O regimento entrará em vigor após a nomeação do NSP-QUA



CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL

Frequência de Reuniões

As reuniões serão realizadas uma vez por mês, conforme cronograma. Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo presidente da Comissão ou pelo Diretor Técnico.

CRONOGRAMA DE REUNIÕES DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE E QUALIDADE NA ASSISTÊNCIA (NSP)											
1º Mês				2º Mês				3º Mês			
1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana	1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana	1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana
4º Mês				5º Mês				6º Mês			
1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana	1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana	1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana
7º Mês				8º Mês				9º Mês			
1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana	1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana	1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana
10º Mês				11º Mês				12º Mês			
1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana	1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana	1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana

MÊS	CRONOGRAMA ANUAL DE ATIVIDADE - COMISSÃO NSP
1º Mês	Nomeação da Comissão de QUA-NSP. Aprovação do Regimento
2º Mês	Diagnóstico organizacional com levantamento dos dados relacionados à Qualidade e Segurança do Paciente. Implantação do Sistema de Notificação de Incidentes e Aprendizado (SNA).
3º Mês	Difusão da metodologia com início das capacitações em ciência da melhoria e Segurança do paciente. Análise SWOT para Planejamento Estratégico.
4º Mês	Definição dos Objetivos Estratégicos e Ciclos de Melhoria Sistêmicos com colocação dos indicadores.
5º Mês	Alinhamento dos setores e processos ao Planejamento Estratégico. Definição dos indicadores Táticos. Capacitação contínua através de monitoramento dos ciclos de melhoria com a metodologia A4 (Toyota).
6º Mês	Modelagem e mapeamento dos processos críticos com definição e análise dos riscos – <i>Risk Analysis e Risk Assesment</i> . Confecção da Matriz de Risco e tolerabilidade.

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 283



7° Mês	Definição e capacitação das Práticas de Seguranças. Fechamento do Programa de Qualidade e Segurança do Paciente do Núcleo.
8° Mês	Reuniões com a Liderança para acompanhamento dos Indicadores estabelecidos no Programa. Acompanhamento dos ciclos de melhoria.
9° e 10° Mês	Discussão com as unidades do acompanhamento da Gestão da Qualidade e Segurança através de Workshops com as unidades.
11° Mês	Análise crítica em conjunto com as lideranças dos setores. Análise SWOTT de todos os setores com metas para o próximo ano.
12° Mês	Reunião com todas as lideranças para apresentação das Unidades e propostas para o próximo ano. Validação das análises de confecção de Planejamento Estratégico para o próximo ano.

COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES (CIPA)

PROPOSTA DA CONSTITUIÇÃO

Tendo em vista a importância da segurança de nossos colaboradores, a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) será criada de acordo com a NR 5 MT, de acordo com a Portaria nº 3.214, de 08 de junho de 1978.

Finalidade

A 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 CIPA deve observar e relatar condições de risco nos ambientes de trabalho e solicitar medidas para reduzir até eliminar os riscos existentes e/ou neutralizar os mesmos, discutir os acidentes ocorridos, encaminhando aos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho e ao empregador o resultado da discussão, solicitando medidas que previnam acidentes semelhantes e, ainda, orientar os demais trabalhadores quanto à prevenção de acidentes.

Membros

A CIPA será composta por representantes do empregador e dos empregados, de acordo com o dimensionamento previsto no Quadro I da Norma Regulamentadora – NR 5, aprovada pela Portaria 3.214 de 08 de junho de 1978.

A composição da CIPA deverá obedecer a critérios que permitam estar representada a maior parte dos setores do estabelecimento, não devendo faltar, em qualquer hipótese, a representação dos setores que ofereçam maior risco ou que apresentem maior número de acidentes.



PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO

REGIMENTO INTERNO DA CIPA

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES, OBJETIVOS, CARACTERÍSTICAS

Art. 1.º A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA está vinculada diretamente ao Diretor Técnico do Hospital, com objetivo de melhoria contínua da segurança do colaborador, na prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho.

Art. 2.º A CIPA é um órgão que deve ter participantes indicados pela instituição e outros eleitos pelos colaboradores em número que garanta a representatividade de todos os grupos.

CAPÍTULO II

DAS FINALIDADES

Art. 3.º A 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 III

DA COMPOSIÇÃO

Art. 4.º A CIPA é formada por representantes da instituição e representantes dos colaboradores, de acordo com o dimensionamento previsto no Quadro I da Norma Regulamentadora NR 05, aprovada pela Portaria 3.214 de 08 de junho de 1978.

§ 1º - Os representantes do Hospital, titulares e suplentes, serão indicados pelo Diretor Técnico.

§ 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 na instituição e regidos pelo regime da Consolidação das Leis do Trabalho CLT.

Art. 5º A Superintendência designará entre seus representantes o Presidente da CIPA, e os representantes dos empregados escolherão entre os titulares o vice-presidente.

Art. 6º É vedada a dispensa arbitrária ou sem justa causa do empregado eleito para cargo de direção da Comissão Internas de Prevenção de Acidentes, desde o registro de sua candidatura até um ano após o final de seu mandato. Parágrafo único: O suplente da CIPA goza da garantia de emprego prevista no art. 10, II, "a", do ADCT a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988.

Art. 7º 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

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização
e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 286



redução do número de empregados da empresa, exceto no caso de encerramento das atividades do estabelecimento.

CAPÍTULO IV DO MANDATO

Art. 8.º - O mandato dos membros eleitos da CIPA terá a duração de um ano, permitida uma reeleição.

CAPÍTULO V PROCESSO ELEITORAL

Art. 9.º 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. 10.º A Comissão Eleitoral - CE, eleita pela CIPA que será a responsável pela organização e acompanhamento do processo eleitoral, que ocorrerão de acordo com a NR 5 MT, de acordo com a Portaria nº 3214, de 08 de junho de 1978.

Art. 11.º 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. 12.º Assumirão a condição de membros titulares e suplentes, os candidatos mais votados.

Art. 13.º Em caso de empate, assumirá aquele que tiver maior tempo de serviço no estabelecimento.

Art. 14.º 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.

CAPÍTULO VI FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Art. 15.º A CIPA funcionará de acordo com a NR 5 MT, de acordo com a Portaria nº 3214, de 08 de junho de 1978.

Art. 16.º - 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 art. 469, da CLT.



Art. 17.º A CIPA terá reuniões ordinárias mensais, de acordo com o calendário preestabelecido.

Art. 18.º As reuniões ordinárias da CIPA serão realizadas durante o expediente normal da empresa e em local apropriado.

Art. 19.º A quantidade mínima de membros necessária para as deliberações da CIPA deverá ser de 50% mais um, do total de componentes.

Art. 20.º Em caso de empate no processo de votação das deliberações da CIPA, cabe ao presidente o voto de desempate.

Art.21º As reuniões da CIPA terão atas assinadas pelos presentes com encaminhamento de cópias para todos os membros.

Art.22.º As atas devem ficar no estabelecimento à disposição da fiscalização do Ministério do Trabalho e Emprego.

Art. 22º 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. 23.º 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.24.º Das decisões da CIPA caberá pedido de reconsideração, mediante requerimento Justificado.

CAPÍTULO VII DAS ATRIBUIÇÕES

Art.25.º – Compete a CIPA

Art.26.º 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.27.º - Cabe aos empregados:

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

CAPÍTULO VIII DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 13.º Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

Art. 14.º O regimento entrará em vigor após eleição da Comissão e validação na primeira reunião.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL

Frequência de Reuniões

A CIPA terá reuniões ordinárias mensais, de acordo com o cronograma e reuniões extraordinárias deverão ser realizadas quando:

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

CRONOGRAMA DE REUNIÕES DA COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES (CIPA)											
1º Mês				2º Mês				3º Mês			
1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana	1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana	1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana
4º Mês				5º Mês				6º Mês			
1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana	1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana	1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana
7º Mês				8º Mês				9º Mês			
1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana	1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana	1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana
10º Mês				11º Mês				12º Mês			
1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana	1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana	1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana



MÊS	CRONOGRAMA ANUAL DE ATIVIDADE – COMISSÃO CIPA
1° MÊS	Eleição da Comissão. Aprovação do Regimento.
2°/3° MÊS	Visitas técnicas nos setores para identificação dos riscos dos processos de trabalho, e iniciação da elaboração do mapa de risco com a participação do maior número de trabalhadores com assessoria da Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho (SOST).
4°/5° MÊS	Discutir as situações de risco que foram identificadas e elaborar o plano de trabalho para minimizar os riscos identificados que possibilite a ação preventiva na solução de problemas de segurança e saúde no trabalho.
6°/7° MÊS	Terminar e disponibilizar em local visível o mapa de riscos nos setores. 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.
8°/9° MÊS	Colaborar no desenvolvimento e implementação do PCMSO (Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional) e PPRA (Programa de Prevenção de Riscos Ambientais) e de outros programas relacionados à segurança e saúde no trabalho.
10°/11° MÊS	Realizar a Primeira Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho – SIPATMA. Divulgar aos trabalhadores informações relativas à segurança e saúde no trabalho. Realizar visitas periódicas nos setores críticos da unidade.
12° MÊS	Montar cronograma para o próximo ano de verificações periódicas nos ambientes e condições de trabalho visando à identificação de situações que venham a trazer riscos para a segurança e saúde dos trabalhadores. Realizar a avaliação do cumprimento das metas fixadas em seu plano de trabalho e discutir as situações de risco que foram identificadas. Montar relatório de gestão com metas para o próximo ano.




COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DA SAÚDE (GRSS)

PROPOSTA DA CONSTITUIÇÃO

A Comissão de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde (CGRSS), instituída pela Portaria no 558 de 12 de agosto de 2003, é um órgão colegiado de caráter deliberativo, assessor da Diretoria Técnica e instituído com a finalidade de organizar as regras de manipulação, gerenciamento, orientação, armazenamento, recolhimento, bem como de transporte dos resíduos gerados no ambiente hospitalar.

Finalidade

A CGRSS 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 (PGRSS).

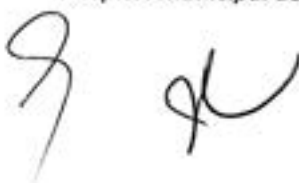
Posição Institucional

É um órgão de assessoria diretamente vinculado à Diretoria Técnica do Hospital.

Membros

A Comissão será composta por membros dos seguintes setores:

- I. Almoxarifado / Farmácia
- II. Ambulatório
- III. Representante do Corpo Clínico
- IV. CCIH
- V. Gerência Administrativa
- VI. Enfermagem
- VII. Engenharia e Manutenção
- VIII. Hotelaria/Governança
- IX. Laboratório



- X. Medicina do Trabalho
- XI. Nutrição
- XII. SADT
- XIII. Segurança do Trabalho

Sempre que a CGRSS achar pertinente, um membro de outro setor poderá ser formalmente convocado para parecer técnico e operacional do setor envolvido.

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO

REGIMENTO INTERNO DA CGRSS

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES, OBJETIVOS, CARACTERÍSTICAS

Art. 1.º Esta Comissão foi estruturada e organizada conforme determinação da Portaria no 558 de 12 de agosto de 2003 e resolução RDC Nº 306, de 7 de dezembro de 2004 do Ministério da Saúde.

Art. 2.º A comissão segue os princípios da biossegurança de empregar medidas técnicas, administrativas e normativas para prevenir acidentes, preservando a saúde pública e o meio ambiente.

CAPÍTULO II

DAS FINALIDADES

Art. 3.º A comissão tem como finalidade o gerenciamento dos resíduos gerados no ambiente hospitalar. O gerenciamento dos RSS constitui-se em um conjunto de procedimentos de gestão, planejados e implementados a partir de bases científicas e técnicas, normativas e legais, com o objetivo de minimizar a produção de resíduos e proporcionar aos resíduos gerados, um encaminhamento seguro, de forma eficiente, visando à proteção dos trabalhadores, a preservação da saúde pública, dos recursos naturais e do meio ambiente. benefícios à saúde pública e ao meio ambiente.



CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO

Art. 4.º A CGRSS deve possuir representantes das principais áreas geradoras de resíduos.

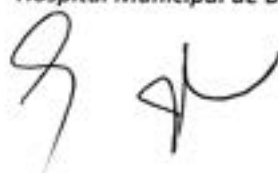
A Comissão será composta por membros dos seguintes setores: Almoxarifado, Farmácia, CCIH, Gerência Administrativa, Enfermagem, Engenharia e Manutenção, Hotelaria, Laboratório, Medicina do Trabalho, Nutrição, SADT, Segurança do Trabalho e representante do Corpo Clínico.

CAPÍTULO IV

DO MANDATO

Art.5.º O mandato dos componentes da CGRSS se extinguirá com parecer do Gerente Administrativo do Hospital Municipal de Barueri ou antecipadamente se houver motivo que justifique a cessação.

- I. Tendo em vista a função estritamente técnica e a necessidade da manutenção do PGRSS, os seus membros, parcial ou totalmente, e principalmente o Responsável Técnico só poderá ser destituído por ato da Gerência Administrativa levando-se em conta questões técnicas e ou administrativas da instituição devendo ser substituído de imediato a fim de preservar a manutenção do PGRSS.
- II. A Gerência Administrativa poderá a qualquer tempo e por motivo justificado, promover a substituição dos integrantes da CGRSS.
- III. Será dispensado o componente que sem motivo justificado, deixar de comparecer a três reuniões consecutivas ou a seis de forma intercalada no período de um ano. Para tanto deverá estar devidamente registrada a ausência do componente da CGRSS em Ata da reunião, se não houve justificativa antecipada, poderá fazê-lo na seguinte, sendo registrado na Ata a validação.



CAPÍTULO VI
FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Art. 6.º Quanto ao funcionamento das reuniões:

- I. As reuniões terão periodicidade mensal de forma ordinária e pautada.
- II. As reuniões ordinárias deverão ser convocadas com o mínimo de 72 horas de antecedência e as extraordinárias com 24 horas.
- III. Em caso de cancelamento da reunião, o comunicado deverá ser feito aos seus componentes preferencialmente com 48 horas de antecedência.
- IV. As reuniões terão ciência da Diretoria Administrativa do Hospital e preferencialmente com a sua presença, devendo sempre ter conhecimentos dos assuntos tratados através de ata de reunião, em que constará sua assinatura.
- V. Reuniões extraordinárias poderão ser convocadas por motivos relevantes e podem ser convocadas por qualquer um dos membros da comissão.
- VI. As funções dos membros consultores da CGRSS não serão remuneradas.
- VII. Nenhum membro da CGRSS, com exceção do seu Responsável Técnico ou substituto, poderá falar em nome da comissão sem que para isto seja expressamente autorizado.

CAPÍTULO VII
DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 7.º Comissão do Plano de Gerenciamento de Resíduos tem como atribuições:

- I. Elaborar o Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Saúde, estudando e indicando as soluções viáveis para os problemas encontrados.
- II. Estabelecer metas, procedimentos e rotinas relativos aos resíduos gerados.
- III. Elaborar material didático e auxiliar no treinamento dos profissionais sobre o assunto.
- IV. Estabelecer ações setorizadas.
- V. Participar de programas de conscientização ambiental no que tange ao gerenciamento e destinação final de resíduos.
- VI. Discussão e divulgação, quando houver alteração na legislação, no âmbito Municipal, Estadual e Federal, referente ao Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde.

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização
e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 294



- VII. Levantar recursos existentes e necessários para implementação das ações.
- VIII. Facilitar a tramitação burocrática e das informações pertinentes.
- IX. Avaliar o serviço responsável pelo destino final dos resíduos sólidos através de visitas às instalações e verificação de licenças e documentos pertinentes.

Art. 8º Da Gerência Administrativa

- I. Constituir formalmente a CGRSS.
- II. Nomear os componentes da CGRSS por meio de ato próprio.
- III. Proporcionar infraestrutura necessária para a correta operacionalização da CGRSS.
- IV. Avaliar, aprovar e fazer respeitar o Regimento Interno da CGRSS.
- V. Garantir o cumprimento da legislação vigente assim como das recomendações formuladas pela Vigilância Sanitária Municipal, Estadual e do Distrito Federal e dos órgãos de apoio como o Órgão de Meio Ambiente, de Limpeza Urbana e da Comissão Nacional de Energia Nuclear.
- VI. Fomentar a educação e treinamento de todo pessoal hospitalar.

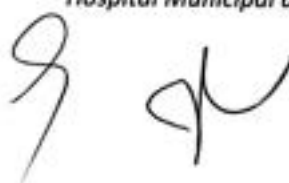
Art. 9.º Do Presidente da Comissão

- I. Instalar a comissão e presidir suas reuniões.
- II. Promover a convocação das reuniões.
- III. Indicar membros para realizações de estudos, levantamentos e emissão de pareceres necessários para a consecução das finalidades da CGRSS.
- IV. Estabelecer ordem do dia para as reuniões ordinárias e extraordinárias.
- V. Tomar parte nas discussões e votações e quando for o caso exercer o direito do voto de desempate.
- VI. Respeitar e fazer cumprir este Regimento.

Art. 10.º Vice-Presidente da Comissão

- I. Substituir o Presidente em seus impedimentos.

Art. 11.º Responsável Técnico



- I. Responder aos órgãos competentes sobre a adequação da instituição as novas normas regulamentadoras.
- II. Subscrever todos os documentos e resoluções da CGRSS.
- III. Respeitar e fazer cumprir este Regimento.

Art. 12.º Secretária

- I. Convocação dos membros para as reuniões.
- II. Circulação da lista de presença.
- III. Redigir as atas e submetê-la à aprovação dos participantes.
- IV. Arquivar e organizar as informações.

CAPÍTULO VIII

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 13.º Este regimento entrará em vigor no imediato instante da sua aprovação pela Gerência Administrativa do Hospital e quando formalmente ratificado os nomes dos membros atuais da CGRSS do Hospital Municipal de Barueri ou realizada nova designação.

Art. 14.º Ficam revogados quaisquer outros Regimentos, Artigos, Disposições ou Resoluções anteriores que se referem ao Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde no âmbito do Hospital Municipal de Barueri Dr. Francisco Moran.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL

Frequência de Reuniões

As reuniões serão realizadas toda segunda quinta do mês, conforme cronograma em abaixo. Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo presidente da Comissão ou pelo Diretor Técnico.

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização
e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 296



CRONOGRAMA DE REUNIÕES DA COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE (CGRSS)											
1º Mês				2º Mês				3º Mês			
1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana	1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana	1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana
4º Mês				5º Mês				6º Mês			
1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana	1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana	1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana
7º Mês				8º Mês				9º Mês			
1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana	1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana	1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana
10º Mês				11º Mês				12º Mês			
1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana	1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana	1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana

MÊS	CRONOGRAMA ANUAL DE ATIVIDADE - COMISSÃO GRSS
1º MÊS	Nomeação da Comissão. Aprovação do Regimento.
2º/3º MÊS	Elaborar o Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Saúde. Estabelecer metas, procedimentos e rotinas relativos aos resíduos gerados.
4º/5º MÊS	Estabelecer ações setorizadas. Definir Indicadores.
6º/7º MÊS	Elaborar o programa de conscientização ambiental no que tange ao gerenciamento e destinação final de resíduos.
8º/9º MÊS	Promover a capacitação das lideranças dos setores em gerenciamento de resíduos, padronizando relatórios setoriais com acompanhamento compartilhado.
10º/11º MÊS	Analisar criticamente os indicadores e estabelecer planos de melhorias nas áreas mais críticas.
12º MÊS	Fechamento do relatório anual e planejamento com metas e cronograma para o próximo ano.

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 297



COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTES (CIHDOTT)

PROPOSTA DA CONSTITUIÇÃO

O transplante é um tratamento efetivo para muitas doenças, sendo indicado quando todos os métodos terapêuticos falham. Muitas pessoas dependem do transplante para continuarem vivos ou para melhorar sua qualidade de vida.

Como parte da política nacional de transplantes, o Ministério da Saúde determina que todos os hospitais, públicos, privados e filantrópicos com mais de 80 leitos constituam a Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos Para Transplantes – CIHDOTT.

Finalidade

Cabe a esta Comissão identificar os potenciais doadores (óbito com morte encefálica confirmada), realizar entrevista familiar dando a opção de doar, em caso de doação consentida a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos do Estado (CNCDO) é informada e envia para o HGPV equipe de captação para a retirada dos órgãos. Após a captação, os órgãos serão transplantados de acordo com a fila única estadual de transplantes. Além disso, cabe a CIHDOTT promover programa de educação em saúde de todos os profissionais do estabelecimento e da comunidade para compreensão do processo de doação de órgãos e tecidos.

Membros

A Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante será composta, em acordo com a Portaria do MS N°1.262, por três membros de nível superior, integrantes do corpo funcional do estabelecimento de saúde, dentre os quais 1 (um) médico designado como presidente e pelo menos (um) enfermeiro, Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para transplante.



Posição Institucional

É um órgão de assessoria diretamente vinculado à Diretoria Clínica do Hospital.

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO

REGIMENTO INTERNO DA CRP

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES, OBJETIVOS, CARACTERÍSTICAS

Art. 1.º Esta Comissão foi estruturada e organizada conforme determinação da PORTARIA Nº 1.752/GM de 23 de setembro de 2005, determina a constituição de Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT) em todos os hospitais públicos, privados e filantrópicos com mais de 80 leitos e da PORTARIA MS Nº 1.262, de 16 junho de 2006 - DOU 19.06.2006 que aprova o Regulamento Técnico para estabelecer as atribuições, deveres e indicadores de eficiência e do potencial de doação de órgãos e tecidos relativos às Comissões Intra-hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT)

CAPÍTULO II

DAS FINALIDADES

Art. 2.º Cabe a esta Comissão identificar os potenciais doadores (óbito com morte encefálica confirmada), realizar entrevista familiar dando a opção de doar, em caso de doação consentida a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos do Estado (CNCDO) é informada e envia para o HGPV equipe de captação para a retirada dos órgãos. Após a captação, os órgãos serão transplantados de acordo com a fila única estadual de transplantes. Além disso, cabe a CIHDOTT promover programa de educação em saúde de todos os profissionais do estabelecimento e da comunidade para compreensão do processo de doação de órgãos e tecidos.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO



Art. 3.º A composição da comissão deverá ser constituída por membros do corpo técnico do hospital de acordo com a Portaria N°1.262 do MS.

- I. Médico do corpo clínico como presidente
- II. Médico da UTI como suplente
- III. Enfermeira

Parágrafo único. Poderão fazer parte, como membros convidados, outros profissionais quando solicitados para tratar de assuntos pertinentes à Comissão.

Art. 4.º Os membros da Comissão não devem ser integrantes de equipe de transplante e/ou remoção de órgãos ou tecidos ou integrar equipe de diagnóstico de morte encefálica.

Art. 5.º O coordenador deverá ter certificação de Curso de Formação de Coordenadores Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante, ministrado pelo Sistema Nacional de Transplante (SNT) ou pelas Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos dos Estados ou Distrito Federal, validado pelo SNT

CAPÍTULO IV DO MANDATO

Art. 6.º A CIHDOTT deve ser nomeada pela Diretoria Técnica do Hospital

Parágrafo único. No caso de substituição de um ou mais membros, os nomes dos integrantes deverão ser encaminhados ao Diretor Técnico e atualizada a nomeação.

Art. 7.º O mandato dos membros da Comissão será de

CAPÍTULO V DA SEDE

Art. 8.º A Sede da Comissão será a sala de reuniões da Diretoria com a infraestrutura básica necessária para seu funcionamento.



CAPÍTULO VI

FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Art. 9.º Deverão ocorrer reuniões cada dois meses, com data, local e horário, previamente definidos e informados.

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

§ 2.º Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da comissão, a seus critérios, poderão realizar a reunião.

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

§ 4.º As reuniões da comissão deverão ser registradas em ata resumida e arquivada em livro próprio contendo data, horário da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisões tomadas.

§ 5.º Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

§ 6.º Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, sendo convocadas pelo Presidente e, na sua ausência, pelo Vice-Presidente.

CAPÍTULO VII

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 10º Cabe à Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante:

- I. Articular-se com a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos do Estado ou Distrito Federal (CNCDO), notificando as situações de possíveis doações de órgãos e tecidos;
- II. Identificar os recursos diagnósticos disponíveis na instituição, necessários para a avaliação do possível doador de órgãos e/ou tecidos;
- III. Articular-se com os profissionais de saúde encarregados do diagnóstico de morte encefálica e manutenção de potenciais doadores, objetivando a otimização do processo de doação e

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização
e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 301



captação de órgãos e tecidos;

- IV. Organizar, no âmbito da instituição, rotinas e protocolos que possibilitem o processo de doação de órgãos e tecidos;
- V. Garantir uma adequada entrevista familiar para solicitação da doação;
- VI. Promover programa de educação continuada de todos os profissionais do hospital para compreensão do processo de doação de órgãos e tecidos;
- VII. Disponibilizar os insumos necessários para a captação efetiva de órgãos e tecidos no hospital.

Art. 11º Cabe à Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante, em conjunto com a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO):

- I. Avaliar a capacidade da instituição, diagnosticando a potencialidade da captação de órgãos e tecidos;
- II. Definir juntamente com o diretor clínico, os indicadores de qualidade, com base no número de potenciais doadores na instituição, considerando as suas características;
- III. definir os parâmetros a serem adotados no acompanhamento das metas da contratualização determinadas pela portaria nº 1.702//gm de 2004, e encaminhar ao gestor local os indicadores de desempenho estabelecidos para o hospital;
- IV. Adotar estratégias para otimizar a captação de órgãos e tecidos, estabelecendo metas de atuação com prazo determinado;
- V. Promover programas de educação/sensibilização continuados dirigidos à comunidade;
- VI. estabelecer critérios de eficiência possibilitando análise de resultados.

Art. 12º Das Responsabilidades

Art. 4º A Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante tem os seguintes deveres:

- I. Elaborar regimento interno e manual de atribuições, rotinas e responsabilidades;
- II. Manter os registros de suas atividades (relatórios diários, formulários, atas de reuniões, documentos de notificações e doações etc, conforme modelos nos anexos i e ii);
- III. Arquivar e guardar adequadamente documentos do doador, protocolo de verificação de morte encefálica, termo de consentimento esclarecido, exames laboratoriais e outros, de

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização
e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 302



acordo com a lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997;

- IV. Apresentar mensalmente os relatórios a cncdo, conforme modelo no final do documento;
- V. Supervisionar todo o processo iniciado, desde a identificação do doador, incluindo a retirada de órgãos e/ou tecidos, a entrega do corpo do doador à família e responsabilizar-se pela guarda e conservação e encaminhamento dos órgãos e tecidos, conforme orientação da respectiva cncdo;
- VI. Promover e organizar o acolhimento às famílias doadoras durante todo o processo de doação no âmbito da instituição;
- VII. Promover, nos estabelecimentos autorizados para realização de transplantes de órgãos e/ou tecidos, o acompanhamento dos indicadores de eficiência da atividade dos serviços de transplante, relacionados com sobrevida e qualidade de vida de pacientes transplantados e encaminhar essas informações a cncdo.

Art. 13º Dos Indicadores de Potencial de Doação da Instituição e de Eficiência no Desempenho das Atividades. Os critérios para determinação dos indicadores do potencial de doação de órgãos e tecidos e de eficiência, utilizados para avaliar o desempenho das atividades são os seguintes:

- I. Número de leitos;
- II. Taxa de ocupação;
- III. Tempo médio de hospitalização;
- IV. Número de hospitalizações;
- V. Número de leitos de uti
- VI. Taxa de mortalidade geral da instituição com diagnósticos da causa base;
- VII. Número total de óbitos;
- VIII. Taxa de mortalidade em uti;
- IX. Número de ocorrências de mortes encefálicas diagnosticadas e notificadas a cncdo; x - notificações a cncdo de potenciais doadores de tecidos;
- X. No caso de doação de órgãos, o tempo médio entre a conclusão do diagnóstico de morte encefálica e entrega do corpo aos familiares e de todas as etapas intermediárias;
- XI. Número de doações efetivas de córneas;
- XII. Taxa de consentimento familiar em relação ao número de entrevistas realizadas;
- XIII. Causas de não remoção especificadas se por contraindicação médica, condição de não-doador em vida, ausência de familiares presentes, identidade desconhecida etc.



XIV. § 1º a possibilidade de captação de córneas para transplante está diretamente relacionada ao número de óbitos na instituição, sendo considerado adequado:

XV. Entrevistar os familiares de pacientes falecidos no hospital oferecendo a possibilidade de doação de córneas, garantindo a efetivação da doação em um prazo máximo de 6 horas após a constatação do óbito, em 100% dos casos, excetuando-se as contra-indicações médicas definidas pela CNCDO e banco de olhos vinculado.

XVI. Obter um mínimo de 20% de captação efetiva de córneas em relação aos casos entrevistados.

§ 2º A possibilidade de captação de órgãos para transplante está diretamente relacionada à ocorrência de óbitos em pacientes internados nas Unidades de Tratamento Intensivo ou unidades que disponham de equipamento de ventilação mecânica, sendo considerado adequado:

- I. Notificar a CNCDO 100% dos casos de ocorrências de diagnóstico de morte encefálica conforme resolução do Conselho Federal de Medicina em vigor e Art. 13 da Lei 9434 de 4 de fevereiro de 1997, em pacientes internados nas Unidades de Tratamento Intensivo ou outras unidades no hospital que disponham de ventiladores mecânicos. A ocorrência de situações de morte encefálica nas Unidades de Tratamento Intensivo está estimada entre 10 e 14% do total de óbitos, podendo variar conforme as características do hospital.
- II. Entrevistar, em 100% desses casos, os familiares do paciente falecido, oferecendo a possibilidade de doação de órgãos, excetuando-se as contra-indicações médicas, definidas pela CNCDO.
- III. Obter um mínimo de 30% de efetivação da doação de órgãos sobre o total de casos notificados a CNCDO.
- IV. Obter no mínimo, 60% de consentimento familiar à doação considerando os casos em que foi aplicada a entrevista familiar.
- V. Conduzir todas as etapas diagnósticas de qualificação do potencial doador de órgãos em no máximo 18 horas.

§ 3º A possibilidade de captação de tecidos musculoesqueléticos, pele, válvulas cardíacas, outros tecidos e partes do corpo humano deverá ser organizada pela CNCDO em regiões de abrangência de Bancos de Tecidos específicos, facilitando os trâmites logísticos necessários à adequada captação, acondicionamento e transporte do material coletado ao Banco de Tecidos.

§ 4º Compete ao Coordenador da Comissão, em conjunto com o Coordenador da CNCDO, determinar os indicadores para a instituição.



CAPÍTULO VIII

CAPACITAÇÃO E TREINAMENTO

Art. 14º O currículo do Curso de Formação de Coordenador Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante deve seguir as seguintes diretrizes:

- I. Detecção de potencial doador;
- II. Seleção do doador;
- III. Manutenção do doador de órgãos e tecidos; iv - diagnóstico de morte encefálica;
- IV. Entrevista familiar para doação e atenção à família do doador;
- V. Retirada dos órgãos e tecidos;
- VI. Meios de preservação e acondicionamento dos órgãos e tecidos;
- VII. Transporte dos órgãos e tecidos;
- VIII. Informações sobre o doador a cncdo;
- IX. Recomposição do corpo do doador;
- X. Logística do processo doação-transplante;
- XI. Ética em doação e transplante;
- XII. Critérios de distribuição de órgãos; e
- XIII. Aspectos legais.

Parágrafo único. A carga horária estabelecida para o Curso de Formação de Coordenador Intra-Hospitalar de Transplante deve ser de no mínimo 24 horas.

CAPÍTULO IX

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 15.º Os casos omissos serão resolvidos pelos membros da Comissão, em conjunto com a Diretoria Clínica e Diretoria Técnica.

Art. 16.º Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

Art. 17.º O regimento entrará em vigor após aprovação da Diretoria Técnica e Diretoria Clínica.



CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL

Frequência de Reuniões

As reuniões serão realizadas uma vez cada dois meses, conforme cronograma em abaixo. Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo presidente da Comissão, pelo Diretor Clínico ou pelo Diretor Técnico.

CRONOGRAMA DE REUNIÕES DA COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTES (CIHDOTT)											
1º Mês				2º Mês				3º Mês			
1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana	1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana	1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana
4º Mês				5º Mês				6º Mês			
1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana	1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana	1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana
7º Mês				8º Mês				9º Mês			
1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana	1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana	1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana
10º Mês				11º Mês				12º Mês			
1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana	1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana	1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana

MÊS	CRONOGRAMA ANUAL DE ATIVIDADE - COMISSÃO CIHDOT
1º MÊS	Nomeação da Comissão. Aprovar o regimento interno.
2º/3º MÊS	Elaborar o programa de educação e sensibilização continuados dirigidos à comunidade. Capacitação do coordenador e dos membros da comissão respeitando a programação recomendada pela PORTARIA MS Nº 1.262 e a PORTARIA Nº 1.752/GM.
4º/5º MÊS	Articular-se com a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos do Estado ou Distrito Federal (CNCDO), notificando as situações de possíveis doações de órgãos e tecidos. Determinação dos indicadores recomendados pela legislação.
6º/7º MÊS	Capacitação de todas as lideranças institucionais, coordenadores e diaristas das unidades críticas. Validação dos Protocolos estabelecidos com a equipe multidisciplinar.



8º/9º MÊS	Acompanhamento de indicadores e discussão de casos com as unidades para sensibilização. Acompanhamento da adesão aos protocolos estabelecidos.
10º/11º MÊS	Revisão dos indicadores com as unidades assistenciais. Propostas de planos de melhoria contínua.
12º MÊS	Fechamento do relatório anual e Planejamento para o próximo ano.



COMISSÃO DE ENSINO E PESQUISA (CEP)

PROPOSTA DA CONSTITUIÇÃO

Os avanços tecnológicos em todas as áreas da ciência foram se tornando cada vez maiores. Isto significa que a bioética tem assumido uma relevância científica e social cada dia mais importante, já que responde à necessidade de dar sentido moral às práticas científicas envolvendo seres vivos, notadamente seres humanos, constituindo-se também em uma ferramenta para o enfrentamento de dilemas éticos (SCHRAMM, 2002)

Uma Comissão de Ensino e Pesquisa é, sobretudo, um adequado recurso para orientar a pesquisa quanto ao seu imprescindível papel em favor da vida, ou seja, orientação bioética.

Finalidade

A COMEP é um órgão independente, com objetivo de salvaguarda dos direitos e da dignidade dos sujeitos da pesquisa, bem como de contribuição para o desenvolvimento dos padrões éticos na pesquisa.

Membros

De acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o COMEP será constituído por 09 (nove) membros efetivos, sendo 08 (oito) do quadro de funcionários, dos diversos departamentos e 01 (um) membro da sociedade local, representante dos usuários dos serviços de ensino, pesquisa e extensão.

Terá sempre caráter multi e transdisciplinar, não devendo haver mais que metade de seus membros pertencentes à mesma categoria profissional, participando pessoas 12 dos dois sexos. Poderá ainda contar com consultores "ad hoc", pessoas pertencentes ou não à instituição, com a finalidade de fornecer subsídios técnicos



Posição Institucional

É um órgão de assessoria diretamente vinculado à Diretoria Técnica do Hospital.

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE ENSINO E PESQUISA (COMEP)

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES, OBJETIVOS, CARACTERÍSTICAS

Art. 1.º - Todos os projetos de pesquisa, independentemente do nível do estudo ou da investigação, como trabalho de conclusão de curso (TCC), iniciação científica, monografia para conclusão de curso de especialização, dissertação de mestrado, tese de doutorado ou de produção científica que envolvam seres humanos, os quais, enquanto sujeitos, possam ser expostos na vulnerabilidade da sua dignidade, direitos, segurança e bem-estar, terão de ser submetidos à aprovação ética.

CAPÍTULO II

DAS FINALIDADES

Art. 2.º O COMEP tem por função básica a avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos das pesquisas que envolvam seres humanos em qualquer das áreas de conhecimento e que, de modo direto ou indireto, inclusive pelo manejo de informações e materiais, abranjam indivíduos ou coletividades, em sua totalidade ou em partes.

Art. 3.º Além dos projetos oriundos desta Instituição de Ensino, o COMEP poderá avaliar projetos externos, conforme indicação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP (Resolução CNS nº196/1996 - item VII - e na Carta CONEP nº 212/2010.



CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO

Art. 4.º De acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o COMEP será constituído por 09 (nove) membros efetivos, sendo 08 (oito) do quadro de funcionários, dos diversos departamentos e 01 (um) membro da sociedade local, representante dos usuários dos serviços de ensino, pesquisa e extensão.

- Representante do Corpo clínico
- Representante da Enfermagem
- Representante da Administração
- Representante da Fisioterapia
- Representante do Laboratório
- Representante da Farmácia
- Representante da Nutrição
- Representante da Hotelaria
- Representante da população atendida (membro da sociedade)

CAPÍTULO IV

DO MANDATO

Art. 5.º Todos os membros titulares e suplentes indicados pela Diretoria Técnica do Hospital deverão fazer parte do corpo de funcionários do Hospital. Tais membros serão automaticamente desligados da Comissão caso não tenham mais vínculo empregatício com o Hospital.

Art. 6.º O Presidente, o Vice-presidente e o Secretário da Comissão serão eleitos pelos membros titulares por maioria simples de votos para um mandato de dois anos, podendo ser reconduzidos.

Art. 7.º Cada Instituição de Ensino que venha a manter convênio com o Hospital terá direito a ter um representante na Comissão. Os representantes serão automaticamente desligados da Comissão a partir do momento do término do acordo de cooperação.



CAPÍTULO III

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 8.º Do Presidente:

- I. Convocar e presidir as reuniões;
- II. Elaborar juntamente com o Secretário a pauta das reuniões;
- III. Assinar o expediente;
- IV. Encaminhar à Diretoria Clínica, as deliberações da Comissão para aprovação.

Art. 9.º Do Vice-presidente:

- I. Substituir o Presidente nos seus impedimentos;
- II. Colaborar no planejamento e controle da Comissão.

Art. 10º Do Secretário:

- I. Secretariar as reuniões e registrá-las em ata em livro próprio;
- II. Registrar os dados referentes às atividades desenvolvidas pela Comissão e elaborar relatórios;
- III. Organizar o arquivo referente a memorandos, ofícios, relatórios e documentos da COMEP;
- IV. Executar as atividades internas que lhe forem atribuídas ou delegadas;
- V. Elaborar em conjunto com o Presidente a pauta das reuniões.

Art. 11.º Dos Membros efetivos e suplentes:

- I. Comparecer às reuniões;
- II. Discutir e relatar os assuntos que forem levados à deliberação da Comissão;
- III. Votar sobre matérias colocadas em pauta;
- IV. Desempenhar os encargos que lhe forem atribuídos pelo Presidente ou pela própria Comissão;

Parágrafo 1º - Na impossibilidade de comparecimento do Secretário às reuniões, o registro da ata caberá a qualquer um dos membros presentes;

Parágrafo 2º - Em caso de impedimento definitivo do Presidente, o Vice-presidente assumirá o cargo até o final do mandato. Em caso de impedimento deste, deverá ser convocada uma nova eleição para a indicação dos cargos diretivos desta Comissão;



Parágrafo 3º - Na impossibilidade de comparecimento do membro titular às reuniões, o mesmo deverá ser substituído pelo seu suplente;

CAPÍTULO V

DA SEDE

Art. 12.º A Sede da Comissão será a sala de reuniões da Diretoria com a infraestrutura básica necessária para seu funcionamento.

CAPÍTULO VI

FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Art. 13.º Os membros do CEP deverão se isentar de tomada de decisão, quando diretamente envolvidos na pesquisa em análise.

Art. 14.º Os membros do CEP não poderão ser remunerados no desempenho desta tarefa, sendo recomendável, porém, que sejam dispensados nos horários de trabalho do Comitê das outras obrigações nas instituições às quais prestam serviço, podendo receber ressarcimento de despesas efetuadas com transporte, hospedagem e alimentação

Art. 15.º O CEP deverá manter em arquivo o projeto, o protocolo e os relatórios correspondentes, por um período de 5 (cinco) anos após o encerramento do estudo, podendo esse arquivamento processar-se em meio digital.

Art. 16.º Os membros dos CEP deverão ter total independência na tomada das decisões no exercício das suas funções, mantendo sob caráter confidencial as informações recebidas. Deste modo, não podem sofrer qualquer tipo de pressão por parte de superiores hierárquicos ou pelos interessados em determinada pesquisa, devendo isentar-se de envolvimento financeiro e de submissão a conflito de interesse.

CAPÍTULO VII

DAS ATRIBUIÇÕES

Art 17º- Será da competência da COMEP:

- I. Assessorar a Diretoria Clínica do Hospital em assuntos relacionados às atividades de Ensino e Pesquisa proporcionados por ele;

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização
e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 312



- II. Estabelecer políticas de qualificação e desenvolvimento profissional do corpo de funcionários do Hospital;
- III. Estabelecer políticas para o desenvolvimento de pesquisa científica nas diversas áreas técnicas do Hospital;
- IV. Avaliar todos os projetos de pesquisa científica que forem executados nas diversas áreas técnicas do Hospital;
- V. Deliberar sobre os convênios e termos de ajuste a serem celebrados com as Instituições de Ensino para a concessão de estágios;
- VI. Definir a política de estágios a serem concedidos aos alunos dos cursos superiores ou técnico da área da saúde ou afins, estabelecendo normas de concessão;
- VII. Analisar os planos de estágios apresentados, aprovando-os após ouvir a área técnica correspondente;
- VIII. Avaliar e acompanhar todos os programas de estágios em nível técnico, de graduação e pós-graduação desenvolvidos no Hospital;
- IX. Promover congressos, simpósios, encontros, jornadas ou cursos, visando a atualização técnico-científica dos profissionais de saúde que atuam no Hospital;
- X. Manter uma estreita relação com os setores de treinamento e desenvolvimento de pessoal, Comissão de Ética Médica, Comissão e Controle de Infecção Hospitalar e outras Comissões, para o melhor desempenho de sua função;
- XI. Propor a indicação de novos membros para a comporem a COMEP e/ou a criação de subcomissões;
- XII. Aprovar a aquisição de material necessário à elaboração e execução de projetos e cursos aprovados pela Comissão e encaminhá-lo à Diretoria Clínica;
- XIII. Divulgar pelos meios competentes o resultado de estudos e pesquisas realizados pela Instituição;
- XIV. Elaborar semestralmente o relatório das atividades desenvolvidas;

CAPÍTULO IX

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 15.º Os casos omissos serão resolvidos pelos membros da Comissão, em conjunto com a Diretoria Clínica e Diretoria Técnica.



Art. 16.º Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

Art. 17.º O regimento entrará em vigor após aprovação da Diretoria Técnica e Diretoria Clínica.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL

Frequência de Reuniões

As reuniões serão realizadas de acordo com a produção científica e as solicitações de ensino e pesquisa. As reuniões ordinárias aconteceram uma vez cada dois meses, conforme cronograma abaixo. Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo presidente da Comissão, pelo Diretor Clínico ou pelo Diretor Técnico.

CRONOGRAMA DE REUNIÕES DA COMISSÃO DE ENSINO E PESQUISA (COMEP)											
1º Mês				2º Mês				3º Mês			
1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana	1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana	1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana
4º Mês				5º Mês				6º Mês			
1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana	1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana	1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana
7º Mês				8º Mês				9º Mês			
1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana	1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana	1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana
10º Mês				11º Mês				12º Mês			
1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana	1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana	1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES ANUAL- COMISSÃO ENSINO E PESQUISA	
1º MÊS	Realização de validação de regimento interno e nomeação. Aprovação pelo Presidente da Comissão.
2º/3º MÊS	Submissão e aprovação ético-regulatória do Centro de Pesquisa. Definição de Investigadores Principais. Operacionalização dos estudos e ensaios clínicos.
4º/5º MÊS	Estruturação dos planos de estudos para melhoria contínua.

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 314

6°/7° MÊS	Recrutamento e inclusão de participantes em estudos clínicos. Busca ativa de novos estudos. Discussão de Protocolos de Conduta. Sessão de Discussão de Casos e de Artigos Científicos.
8°/9° MÊS	Estruturação de plano de auditoria e monitorias de patrocinadores.
10°/11° MÊS	Análise dos dados dos estudos e análise dos indicadores implantados.
12° MÊS	Revisão dos estudos e planejamento para o próximo ano subsequente.

Two handwritten signatures in black ink, one on the left and one on the right, positioned below the page number.

COREME – COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA

Prospota da Constituição

O Hospital Municipal de Barueri Dr. Francisco Moran (HMBFM) institui o Programa de Especialização em Medicina – Residência Médica nas especialidades de Clínica Médica e Pediatria, credenciado conforme Diretriz pelo Ministério de Educação e Cultura (MEC). A Residência Médica constitui modalidade de ensino de pós-graduação, destinada a médicos, sob a forma de cursos de especialização lato sensu organizados em Programas de Residência, caracterizada por treinamento em serviço sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional de acordo com a Lei n.º 6.932, de 07 de julho de 1981.

Membros

- a) Coordenador e Vice Coordenador
- b) Orientador de ensino/Chefe dos preceptores;
- c) Coordenadores dos PRM's;
- d) Um Médico Residente (eleição feita pelos pares);
- e) Um representante Administrativo da Instituição Hospitalar;
- f) Um secretário.

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA DO HOSPITAL MUNICIPAL DE BARUERI DR. FRANCISCO MORAN

Artigo 1º - O Curso de Especialização em Medicina - Residência Médica está estruturado sob forma de Programas de Residência Médica (PRM's), cada um com carga anual de no mínimo 2.800 horas e máxima de 3.200 horas, em especialidades médicas conforme definido pela Comissão Nacional de Residência Médica da Secretaria de Ensino Superior do MEC.

Instituída pelo Decreto nº **80.281**, de 5 de setembro de 1977, a residência médica é uma modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização. Funciona em instituições de saúde, sob a orientação de profissionais médicos de



elevada qualificação ética e profissional, sendo considerada o “padrão ouro” da especialização médica. O mesmo decreto criou a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

O Programa de Residência Médica, cumprido integralmente dentro de uma determinada especialidade, confere ao médico residente o título de especialista. A expressão “residência médica” só pode ser empregada para programas que sejam credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica.

Artigo 2º - A Especialização em Residência Médica é administrada pela Comissão de Residência Médica (COREME), que por sua vez está subordinada à Diretoria da HMBFM.

Os Programas de Residência Médica têm como objetivos fundamentais e indivisíveis: I - aperfeiçoamento progressivo do padrão profissional e científico do médico; II - melhoria da assistência médica à comunidade nas áreas profissionalizantes. Parágrafo Único. Para atender ao disposto no *caput* deste artigo é necessário que o médico residente cumpra integralmente as atividades práticas e teóricas constantes dos Programas de Residência.

Capítulo Segundo - Das Finalidades e Atribuições:

Artigo 3º - A COREME tem como finalidade o aperfeiçoamento da formação médica como ensino de pós-graduação, caracterizada através da organização de programas (PRM's) de treinamento em serviço desenvolvido em ambiente médico-hospitalar e ambulatorial, sob supervisão de profissionais médicos preceptores credenciados sob responsabilidade do HMBFM.

Artigo 4º - A COREME tem como fim precípuo assegurar aos residentes médicos em Clínica Médica e Pediatria um aperfeiçoamento acadêmico e profissional nos tratamentos e diagnósticos de pacientes internados no HMBFM, seguindo programas de treinamento e aperfeiçoamento da Comissão Nacional de Residência (CNRM) e Ministério da Educação e Cultura (MEC), buscando dar um aprimoramento compatível com os objetivos humanísticos e científicos da especialização em residência médica em oncologia.

Artigo 5º - São atribuições da COREME:

- a) Planejar, organizar, analisar e fiscalizar os PRM's e os métodos de avaliação dos Médicos Residentes e Preceptores;
- b) Avaliar, aprovar, acompanhar e sugerir modificações nos PRM's;

- c) Organizar, anualmente, o concurso para o ingresso nos vários PRM's e orientar a feitura dos editais que interessem à Residência Médica;
- d) Adequar, anualmente, o número de Médicos Residentes por área, aos programas a serem desenvolvidos no ano subsequente;
- e) Adequar, anualmente, o número de Preceptores por área de acordo com a relação número de preceptores / número de residentes, prevista pela CNRM.
- f) Representar o HMBFM em seus contatos com a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) e junto ao órgão oficial mantenedor das bolsas da Residência Médica em todos os níveis (Nacional, Estadual, Municipal e Particular);
- g) Gestionar junto à Administração e Setores competentes, meios de suporte didáticos atualizados para a Residência Médica;
- h) Fiscalizar, executar e fazer executar as normas estabelecidas neste regulamento e na legislação específica da Comissão Nacional de Residência Médica;
- i) Analisar, avaliar, aprovar e dar andamento burocrático a processos de criação de novos PRM's e de credenciamento dos já existentes.

Artigo 7º - O Coordenador da COREME faz a coordenação do Curso de Especialização em Medicina - Residência Médica e é indicado, de comum acordo entre os diretores Técnico, Clínico e Administrativos da Instituição Hospitalar. O seu mandato acompanha o do Diretor Clínico. Podendo ser re-empossado, mas não por mais de dois períodos de dois anos.

Artigo 8º - O Orientador de Ensino ou Chefe dos preceptores, auxilia o Presidente na coordenação da COREME, avaliando de forma contínua de cada um dos PRM's, e é indicado pelo presidente e entre os Preceptores. Seu mandato é por tempo indeterminado.

Parágrafo Primeiro: O Orientador de Ensino ou Chefe dos Preceptores não poderá também ser Coordenador de Programa de Residência.

Artigo 9º - Os coordenadores dos Programas de Residência Médica, são preceptores de cada especialidade que são escolhidos pelos Chefes de Serviço e analisados em reunião da COREME, para coordenarem as atividades dos PRM's de sua especialidade.

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização
e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 318



Parágrafo Primeiro: Os preceptores da Residência Médica serão selecionados e anualmente avaliados pela COREME da seguinte maneira:

- a) Interesse pela atividade com os médicos residentes e bom relacionamento com os mesmos;
- b) Idoneidade;
- c) Curriculum Vitae;
- d) Experiência de ensino;

Parágrafo Segundo: Os preceptores serão avaliados pelo seu Programa de Residência Médica, pela COREME e pelos residentes.

Artigo 10º - O Chefe dos Médicos Residentes será escolhido de comum acordo entre os residentes dos diversos PRM's e deverá ser o representante dos anseios e questionamentos dos Médicos Residentes. Será escolhido preferencialmente entre os residentes de terceiro ou segundo ano.

Parágrafo Primeiro: O nome do Chefe dos Residentes deverá ser apresentado formalmente a COREME pelo Chefe dos Residentes do ano anterior, pessoalmente em reuniões da COREME para que conste em ATA ou em documento assinado pelo Chefe dos Residentes até o final do mês de fevereiro.

Artigo 11º - A Secretária é indicada pelas Diretorias do Hospital ouvido o Presidente da COREME.

Artigo 12º - Os programas de residência Médica terão suas estruturas baseadas nos Serviços Médicos da HMBFM e se distribuem de acordo com as várias especialidades médicas.

Parágrafo Primeiro: Os PRM's são de responsabilidade dos preceptores e coordenadores dos respectivos serviços Médicos.

Parágrafo Segundo: Os PRM's que vierem a ser criados serão vinculados ao Serviço afim e avaliados em reunião extraordinária da COREME.

Capítulo Quarto: Das Funções dos Membros da COREME

Artigo 13º - Compete ao Presidente da COREME:

- a) Convocar e presidir todas as reuniões da COREME;
- b) Executar e fazer executar o que estabelece a legislação pertinente a Residência Médica, seja proveniente da Comissão Nacional da Residência Médica, dos estatutos e regulamentos das várias instâncias, do presente regulamento e do Regimento Interno do Corpo Clínico da HMBFM;

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização
e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 319



- c) Zelar para que todos os PRM's sejam cumpridos na Integra;
- d) Acompanhar a evolução de todos os PRM's, avaliando-os periodicamente;
- e) Representar a COREME em todas as atividades que se fizerem necessárias, e no seu impedimento designar um substituto para representá-lo;
- f) Receber, responder, despachar e assinar toda a correspondência da COREME;
- g) Tomar decisões "ad referendum" da COREME em caráter de urgência sempre que se fizer necessário;
- h) Autorizar afastamento temporário de médico residente por motivo justo e comprovado;
- i) Propor a COREME a aplicação das disposições legais no que se refere a sanções disciplinares para médicos residentes;
- j) Promover anualmente as formalidades da conclusão dos diversos cursos/PRM's;
- k) Assinar os diplomas de conclusão de curso/PRM's para os residentes de acordo com Legislação;
- l) Coordenar a realização anual do concurso para ingresso na Residência Médica da HMBFM;
- m) Informar a COREME e as direções do Hospital de seu eventual afastamento para que possa ser indicado seu substituto temporário ou definitivo.

Artigo 14° - Compete ao Orientador de Ensino e Chefe dos Preceptores:

- a) Participar de todas as reuniões da COREME como membro efetivo, e em seu impedimento informar ao presidente, para que em tempo hábil seja designado um eventual substituto;
- b) Chefiar os Coordenadores de PRM's e todos os demais Preceptores de todas as áreas de Residência;
- c) Auxiliar o Presidente na representação da COREME e representá-lo no seu impedimento;
- d) Auxiliar a Direção da Instituição Hospitalar em assuntos pertinentes a Residência Médica;
- e) Participar da organização dos PRM's como consultor para qualquer área médica ou PRM que venha a ser criado;
- f) Cooperar com os coordenadores de PRM e com o Presidente avaliando o andamento dos PRM's, zelando para que sejam cumpridos na Integra.

Artigo 15° - Compete ao Chefe dos Médicos Residentes:

- a) Organizar a eleição de seu sucessor como Chefe dos residentes e enviar o nome escolhido de comum acordo entre seus representados até o último dia do mês de fevereiro;
- b) Participar de toda as reuniões da COREME como membro efetivo, e em seu impedimento informar ao presidente, para que em tempo hábil seja designado um eventual substituto;



- c) Discutir os anseios e necessidades dos diversos PRM's com os Preceptores Chefe de PRM e com o Presidente da COREME por escrito;
- d) Encaminhar em forma de pauta de Reunião Ordinária da COREME problemas que entende não resolvidos a nível de chefia de PRM ou de Presidência de COREME;
- e) Administrar problemas disciplinares entre os residentes e apresentar relatórios com soluções a COREME. Se entender não haver solução possível, encaminhar a COREME como pauta de Reunião Ordinária.

Artigo 16º - Compete ao Coordenador de PRM:

- a) Representar o coordenador do respectivo departamento na COREME;
- b) A responsabilidade direta e a coordenação dos PRM's no âmbito de sua especialidade e dos serviços referentes a sua área de atuação;
- c) Convocar e presidir reuniões dos preceptores do PRM sob sua coordenação;
- d) Administrar problemas disciplinares do corpo discente em sua área de coordenação e apresentar relatórios com soluções a COREME. Se entender não haver solução possível, encaminhar a COREME como pauta de Reunião Ordinária.
- e) Fazer cumprir os PRM's em todo os aspectos de planejamento, execução e avaliação no âmbito de seu departamento e serviços referentes a sua área de atuação;
- f) Propor novos projetos de PRM's para avaliação e aprovação pela COREME dentro das normas existentes;
- g) Indicar ouvidos os outros preceptores, os novos preceptores que venham a ser necessários para cumprir integralmente o PRM sob sua coordenação;
- h) Participar de todas as reuniões da COREME como membro efetivo, e em seu impedimento informar ao presidente, para que em tempo hábil seja designado um eventual substituto;
- i) Remeter relatórios a COREME quando solicitado sobre as atividades do PRM sob sua coordenação;
- j) Realizar em cada semestre ou quando solicitada pela COREME avaliação individual ou prova de avaliação por escrito de cada médico residente do PRM sob sua coordenação.

Artigo 17º - Compete ao representante Administrativo da Instituição Hospitalar:

- a) Participar de todas as reuniões da COREME como membro efetivo, e em seu impedimento informar ao presidente, para que em tempo hábil seja designado um eventual substituto;



- b) Traduzir os anseios e necessidades da Administração da Instituição Hospitalar ao Presidente da COREME por escrito;
- c) Encaminhar em forma de pauta de Reunião Ordinária da COREME problemas que entende não resolvidos a nível de chefia de Residentes, Chefia de PRM ou de Presidência de COREME;
- d) Garantir os recursos logísticos necessários ao bom andamento dos PRM's da Instituição Hospitalar.

Artigo 18° - Compete a Secretária da COREME:

- a) Auxiliar o Presidente e demais membros da COREME a manter a documentação e correspondência organizada e arquivada;
- b) Auxiliar na elaboração de toda a documentação necessária ao bom andamento do serviço da COREME;
- c) Manter sob sua guarda as revistas científicas da biblioteca médica da COREME;
- d) Manter sob sua guarda os arquivos e a documentação da COREME, fornecendo cópias ou vistas a documentos somente com a expressa autorização do presidente ou seu eventual substituto;
- e) Elaborar e transmitir aos membros da COREME a pauta das reuniões ordinárias e extraordinárias;
- f) Comparecer a todas as reuniões da COREME elaborando as atas correspondentes, tem direito a voz, mas não tem direito a voto.

Capítulo Quinto: Dos Direitos e Deveres dos Médicos Residentes:

Artigo 19° - Compete ao Médico Residente:

- a) Cumprir o PRM nos seus vários níveis, dedicando-se com esmero e afincamento no sentido de adquirir comportamentos, habilidades e conhecimentos científicos concernentes à formação médica profissional, no sentido de promover e recuperar a saúde do usuário, sob a orientação dos preceptores;
- b) Procurar sempre exercer suas atividades em conjunto harmônico com os demais profissionais de saúde, de forma cooperativa, educada e fraterna;
- c) Executar todas as atividades propostas pelos PRM's, concernentes às tarefas, trabalhos científicos e pesquisas, assim como participar do sistema de avaliação de desempenho no âmbito da COREME;



d) Elaborar e apresentar, sob orientação, todos os trabalhos científicos e de conclusão de curso estabelecidos pela COREME.

Artigo 20* - São direitos e deveres dos Médicos Residentes:

- a)** O que consta na Lei n.º 6.932 de 07 de julho de 1981, da Presidência da República;
- b)** O que consta nas resoluções baixadas pela Comissão Nacional de Residência Médica do MEC;
- c)** O que estabelecem o Regimento do Conselho Regional de Medicina;
- d)** O que estabelece o regimento do Corpo Clínico;
- e)** O que contém o presente regimento;
- f)** Asseio, pontualidade, frequência e bom desempenho no cumprimento dos planos de ensino e trabalho previstos nos PRM's;
- g)** Comparecimento às reuniões marcadas e convocadas pelo presidente da COREME, pelos preceptores, pelos coordenadores e pelos chefes de serviço;
- h)** O uso de aventais e crachá oficiais em todas as atividades previstas nos PRM's.

Artigo 21* - É vedado ao médico residente.

- a)** Ausentar-se do HMBFM durante o período de trabalho sem prévia autorização, por escrito, da coordenação de seu PRM;
- b)** Delegar a outrem suas responsabilidades previstas no PRM;
- c)** Exercer suas atividades médicas dentro do hospital sem o conhecimento da referida preceptoria, ou sem informar de seus atos ao seu preceptor.

Capítulo Sexto: Das Sanções Disciplinares:

Artigo 22* - Podem ser aplicadas as seguintes sanções aos médicos residentes, além das previstas na legislação do HMBFM e nos demais diplomas legais referentes à Residência Médica, após terem sido apresentadas, discutidas e aprovadas na COREME:

- a)** advertência verbal;
- b)** advertência escrita;
- c)** suspensão temporária das atividades;
- d)** desligamento do PRM e cancelamento da bolsa de estudo.

Parágrafo Primeiro - Conforme a falta cometida e a critério da COREME, a penalidade poderá não seguir a ordem prevista acima;

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização
e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 323



Parágrafo Segundo - Todas as penalidades deverão ser registradas na ficha individual do médico residente;

Parágrafo Terceiro - As falhas reincidentes serão, sempre, consideradas graves;

Parágrafo Quarto - Em qualquer situação, fica assegurado o direito de defesa ao médico residente.

Capítulo Sétimo: Da Avaliação dos Médicos Residentes

Artigo 23* - Os Médicos Residentes, trimestralmente, terão avaliações com critérios teóricos, práticos e ético-disciplinares, cuja média anual inferior a 6 (seis) implica em reprovação.

Parágrafo Primeiro - Os critérios de avaliação e pontuação dos Médicos Residentes serão definidos por cada PRM, seguindo as diretrizes da CNRM.

Parágrafo Segundo - Compete à COREME, no caso de reprovação, julgar, em reunião extraordinária, em prazo máximo de 7 (sete) dias a contar da comunicação do Supervisor do PRM, se o Médico Residente reprovado será excluído do PRM ou repetirá o ano do PRM.

Capítulo Oitavo- Das reuniões da COREME:

Artigo 24* - A COREME reúne-se a cada dois meses, para discutir, apresentar, analisar e deliberar assuntos de sua abrangência, convocada e coordenada por seu presidente.

Parágrafo Primeiro - Para discussão e deliberação dos temas é necessária à presença mínima de $\frac{1}{3}$ dos membros efetivos ou de seus representantes legais.

Parágrafo Segundo - As decisões são tomadas por maioria simples de votos, tendo cada membro direito de voz e voto.

Parágrafo Terceiro - Outras pessoas poderão ser convidadas a participar da reunião, tendo direito à voz, mas não a voto.

Parágrafo Quarto - Todos os assuntos tratados em reunião deverão ser lavrados em ata;

Parágrafo Quinto - As atas só serão consideradas legais após terem sido lidas e aprovadas pelos membros presentes à reunião referida;

Artigo 25* - As Reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo presidente da COREME ou por um terço de seus Membros, ou ainda atendendo a solicitação das Diretorias do HMBFM.



Artigo 26° - Todos os membros poderão sugerir pauta para as reuniões ordinárias, mediante aviso prévio a Secretária da COREME, a pauta será definida pelo Presidente e encaminhada aos membros com uma semana de antecedência.

Capítulo Nono - Do Processo de Seleção dos Médicos Residentes:

Artigo 27° - Os médicos residentes dos vários PRM's serão selecionados anualmente através de concurso público, constituído de prova de caráter classificatória e eliminatório (para o qual o número de acertos exigidos é 50%) com peso de 70% para a classificação final; entrevista, prova oral e avaliação de curriculum vitae atendendo às normas da CNRM com peso de 10% para a Classificação final.

Artigo 29° - Anualmente, em reunião, as três Diretorias da HMBFM e o Presidente da COREME estabelecerão o número de vagas para os novos médicos residentes nos diversos PRM's, antes de oficialmente divulgada, deverá ser submetida a aprovação do Conselho Diretor da HMBFM.

Artigo 28° - O processo de seleção de médicos residentes será tornado público, mediante edital publicado em jornais de circulação geral.

Artigo 29° - A cada processo seletivo será editado o Manual do Candidato, com as normas previstas para o referido concurso de seleção.

Artigo 30° - A validade do concurso é sempre temporária, não cabendo a sua extensão ao ano seguinte, exceto nas situações previstas em Lei ou prevista no Edital do processo seletivo.

Artigo 31° - O ingresso do candidato aprovado pelo referido concurso far-se-á através do sistema de matrícula elaborado pela COREME.

Artigo 32° - Ao médico residente matriculado cabe à assinatura do contrato padrão e do recebimento dos demais documentos que definem, organizam, regulamenta e legalizam sua situação de aluno bolsista do Curso de Residência Médica, na forma deste documento e de toda a legislação específica em vigor.

Artigo 33° - É concedida bolsa de estudos ao médico residente, de valor mensal estipulada pela CNRM-MEC, com validade de 12 meses, renovável ou não de acordo com o aproveitamento do

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização
e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 325



aluno. A não renovação do contrato do residente ou a reprovação, implica no recebimento de documento que classifica seu período de atividade como estágio do número de anos cumpridos em regime de Residência Médica.

Parágrafo Único - A bolsa de estudo poderá ser cancelada pela COREME quando o médico residente infringir este regulamento, quando cometer falta disciplinar considerada grave, ou quando infringir dispositivos contidos em legislação específica em vigor ou quando não for aprovado na avaliação trimestral do PRM.

Artigo 34º - O HMBFM fornece ao médico residente, além da bolsa de estudo, alimentação, crachá e local adequado para repouso durante o período de trabalho.

Artigo 35º - A fonte dos recursos necessários às despesas previstas para cada ano letivo será decidida em reunião conjunta pelas direções da HMBFM.

Artigo 36º - Terminado o período de Residência Médica, o HMBFM, não está obrigado ao aproveitamento do médico em qualquer de seus serviços, já que na atual relação não há qualquer vínculo de caráter empregatício.

Artigo 37º - Ao final do PRM, o médico residente que tenha sido aprovado pelo sistema de avaliação instituído pela COREME para todos os PRM's, receberá um certificado em conformidade com a legislação do CNRM.

Parágrafo Único - O Médico Residente que não alcançar aprovação no trimestre, deverá repeti-lo para que possa passar a fase seguinte ou concluir seu PRM.

Artigo 38º - O médico residente que interromper seu PRM por qualquer motivo e não tiver amparo legal, receberá uma declaração relativa ao tempo cursado efetivamente recebendo documento conforme artigo 38º deste regimento.

Artigo 39º - As situações não previstas nesse regulamento deverão ser resolvidas, em primeira instância pela COREME, em segunda instância, pelo Conselho Diretor do HMBFM.



Artigo 40º - Para todas as situações não previstas ou que não tenham sido resolvidas pelo disposto nos artigos anteriores deste regulamento, as três diretorias do HMBFM deverão ser ouvidas previamente antes que a COREME adote qualquer solução.

Artigo 41º - O presente regulamento entra em vigor a partir de sua aprovação e ficam revogadas as disposições em contrário.

Cronograma Anual de Atividades:

Após a nomeação realizada em dezembro de 2021, definiu-se que as reuniões da COREME seriam realizadas de forma mensal. Sendo assim uma vez ao mês.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES ANUAL- COREME	
1º MÊS	Realização de validação de regimento interno e nomeação, conforme legislação vigente e edital de abertura de residência médica. Aprovação pelo Coordenador da COREME.
2º/3º MÊS	Acompanhamento de abertura de edital. Integração Institucional de residentes médicos aprovados nos programas pelo MEC e vinculados a prefeitura. Apresentação de estrutura física hospitalar e áreas vinculadas ao programa de residência médica. Apresentação a preceptoria e coordenadores médicos.
4º/5º MÊS	Discussão de casos de Pacientes Internados ("visita à beira do leito") Discussão de casos em Ambulatórios. Avaliação dos programas iniciados e discussão dos temas relacionados.
6º/7º MÊS	Sessão anátomo-clínica Discussão Clínico-Radiológica. Discussão de protocolos e casos de pacientes internados.
8º/9º MÊS	Discussão de Protocolos de Conduta. Sessão de Discussão de Casos Discussão de Artigos Científicos. Discussão de casos de Pacientes Internados ("visita à beira do leito") Avaliação dos programas iniciados e discussão dos temas relacionados.
10º/11º MÊS	Treinamento do Residente para Docência Revisão e Discussão de Lâminas (histologia). Iniciação de preceptoria para produção acadêmica e científica.
12º MÊS	Avaliação dos projetos de iniciação científica. Monitoria e avaliação final de desempenho correlacionado ao ano vigente. Programação de atividades e cronograma subsequente para o ano posterior.



ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O
DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA

"Gestão em Saúde e Educação"

2.2 QUALIDADE SUBJETIVA



ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O
DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA
"Educação em Saúde e Desenvolvimento"

2.2.1. ACOLHIMENTO

2.2.1.1. INSTRUÇÃO COM INDICAÇÃO DAS FORMAS DE ACOLHIMENTO NA PORTARIA, SEGURANÇA, RECEPÇÃO, ENFERMAGEM, SERVIÇO SOCIAL E APOIO PSICOSSOCIAL AOS USUÁRIOS E FAMILIARES.

Conforme diretriz institucional e diretrizes do SUS o Hospital Municipal de Barueri dispõe de Manual do Paciente para acesso aos pacientes, familiares e usuários de saúde com a proposta de orientação quanto ao funcionamento hospitalar além de ampliar a divulgação da nossa missão, visão e valores.

Dentro de nosso modelo assistencial, a informação ao paciente e familiar é um dos pontos estratégicos para garantia da segurança do paciente, continuidade da assistência e satisfação do cliente.

O Plano Terapêutico é uma sistematização da informação, onde os pontos gerais são organizados de maneira clara e resumida, devendo apontar os pontos de maior risco, as necessidades de acompanhamento das várias especialidades, as intercorrências esperadas para a patologia em questão. Esta forma de organizar a informação melhora a comunicação entre as equipes técnicas das diferentes especialidades e diferentes turnos de plantão, auxilia na uniformidade desta informação, aprimorando a comunicação entre os colaboradores, o paciente e seus familiares.

Os horários e o local de informação devem ser padronizados com cada unidade e em cada especialidade. Cada paciente deve ter um médico de referência para a informação, possibilitando estabelecer um vínculo de confiança. Apresentamos a sugestão de horários de visita a serem implantados nas unidades no próximo tópico.

Os pacientes e acompanhantes receberão um Manual do Paciente que está disponível no (anexo 04), com todas as informações necessárias, abaixo segue os principais itens que constam no manual:



- Prefácio
- Missão, visão e valores
- Histórico
- Qualidade é atenção aos detalhes
- Localize-se
- Identificação do prédio e andares
- Canal de comunicação
- Serviço de Atendimento ao Usuário
- Serviço Social
- Internação
- Alta hospitalar
- Consentimento informado
- Transferência para outro hospital
- Medidas básicas para prevenir infecção
- Direitos e Deveres do paciente



2.2.1.2. PROPOSTA PARA IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DOS USUÁRIOS NA UNIDADE, INCLUINDO INSTRUÇÃO DE FLUXO DE ATENDIMENTO PARA SÍNDROME RESPIRATÓRIA/SUSPEITA.

O Hospital Municipal de Barueri tem como proposta o acolhimento e classificação, avaliação dos pacientes com suspeita de síndrome respiratória aguda e realiza em seu processo de interface dos serviços de apoio as unidades que apresentam pacientes em isolamento por Síndrome Gripal - COVID 19.

Se faz necessário para mitigar o risco de contaminação nas áreas de isolamento, como também em áreas apoio que auxiliam na prestação do cuidado e segurança ao paciente acometido ou suspeito de Estado Gripal por COVID 19.

AÇÃO	AGENTE
Recebe na chegada ao hospital informativo sobre logística de transferência, que será enviada ao familiar no endereço de e-mail deixado no hospital, ou através de contato telefônico do setor de internação.	Paciente/Acompanhante
Avalia o perfil de gravidade do paciente, seguindo critérios médicos previamente estabelecidos, comunica a todos os membros da equipe médica as transferências e solicita ao setor Plantão Administrativo a transferência para o Hospital de Campanha e terciário. Informa Enfermeiro do Setor.	Chefe de Equipe Médica/ Plantonista
No momento do Boletim médico diário o médico avisa o familiar sobre a possibilidade de transferência para os Hospitais de Campanha ou terciário.	Médico
Solicita vaga para transferência do paciente para os Hospitais de Campanha ou terciário através da Regulação da Secretaria de Saúde de Barueri.	Plantão Administrativo
Envia o aceite da vaga ao HMB	Regulação da Secretaria de Saúde de Barueri.



Recebe o aceite da vaga, comunica Supervisão de Enfermagem, setor de Internação, Unidade de Internação e Serviço Social sobre o local de transferência.	Plantão Administrativo
Avisa os familiares sobre o local e data de transferência do paciente	Internação - Térreo
Realiza o relatório de alta médica com Plano Terapêutico (F-AMB-040 Plano Terapêutico) seguido até o momento no HMB.	Médico
Prepara todos os documentos necessários para transferência hospitalar, cópia de prescrição médica, resumo de alta ou transferência, exames coletados internos e externos. Nota: Os escriturários são responsáveis por essa ação das 8 às 16h.	Escriturário/ Enfermeiro da Unidade
Preenche os dados do Plano Terapêutico (F-AMB-040 Plano Terapêutico) e SBAR (F-QUA-040 Relatório de Transferência de paciente), realiza SAE para transferência. Confere os documentos da transferência e aguarda o transporte para encaminhar o paciente.	Enfermeiro
Solicita ao Plantão administrativo e a Supervisão de enfermagem o serviço de ambulância para transferência do paciente.	Enfermeiro
Informa a chegada a unidade de internação do transporte do paciente. Informa aos setores de Controle de Acesso e Hotelaria (Higiene Hospitalar) a movimentação de paciente com Síndrome Gripal.	Plantão Administrativo
Encaminha o paciente para o Hospital de Campanha ou Terciário	Serviço de Ambulância

Todo e qualquer insumo e equipamento dessas áreas de internação necessitam de desinfecção, diminuindo assim o risco de propagação de infecção.

Proteção da equipe

- Utilizar Equipamento de Proteção Individual (EPI) adequado
- ✓ Roupas Privativas por baixo do conjunto cirúrgico
- ✓ Gorro descartável impermeável que cubra orelhas (não utilizar materiais próprios, feitos de pano)
- ✓ Avental Estéril e Impermeável
- ✓ Máscara "full face / face shield", também conhecido como capacete facial + Máscara N-95 ou de nível similar proteção
- ✓ Proteção Ocular descartável por baixo da máscara full face (opcional)
- ✓ Luvas estéreis que cubram o punho do avental
- ✓ Sapatos fechados e impermeáveis que permitam desinfecção.

Organização do atendimento para cirurgias

Disponibilizado 1 sala do Centro cirúrgico, preparada exclusivamente para este atendimento, com mesmo aparelho de anestesia para todos os pacientes com COVID-19, com o intervalo entre cirurgias de, ao menos, uma hora.

A porta da sala está sinalizada quanto à precaução recomendada e se manterá fechada durante todo procedimento.

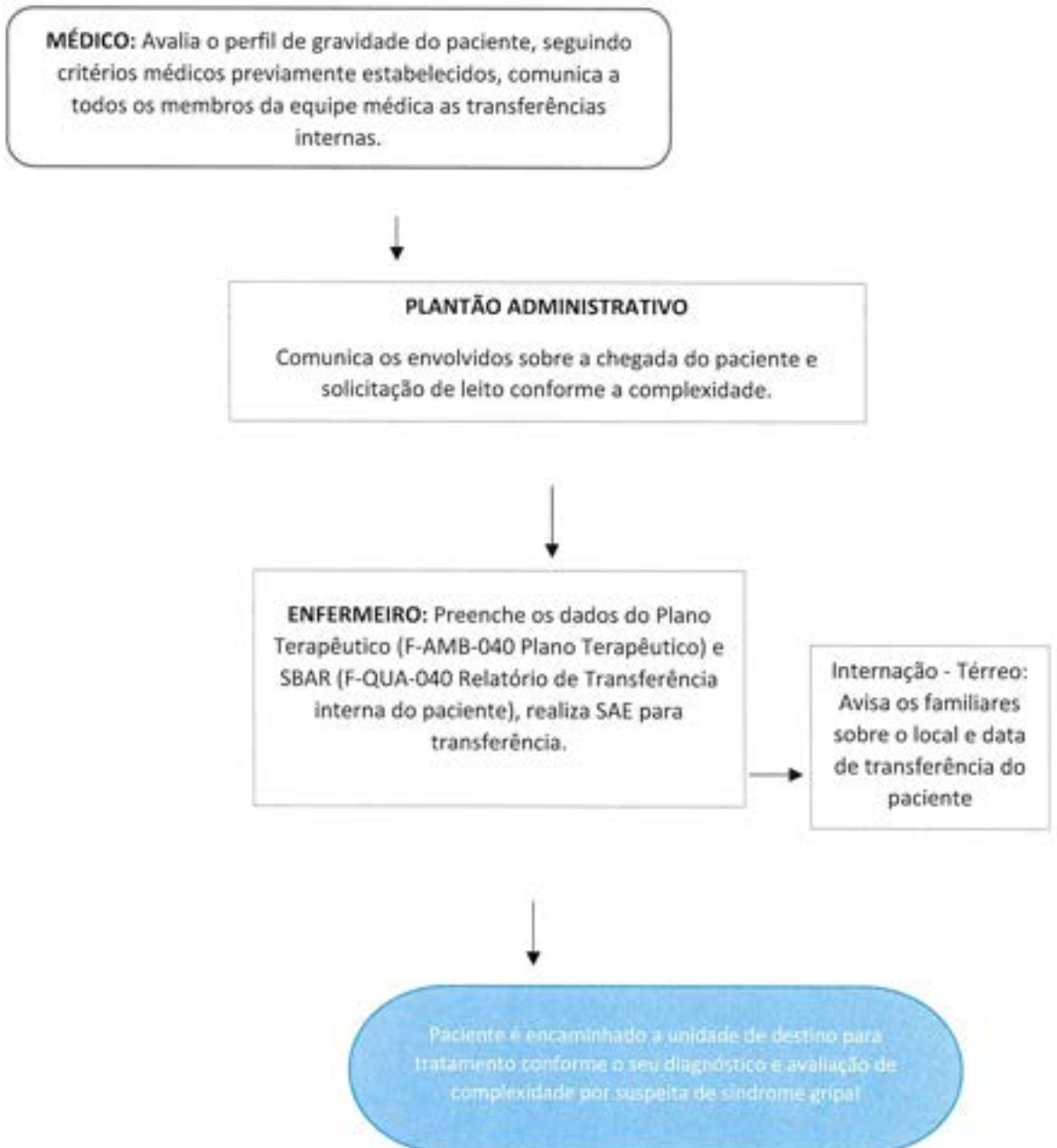
Montado Kit para atendimento com o EPI necessário para quantidade limitada de profissionais que participarão do procedimento cirúrgico. Neste Kit contém circuito fechado para aspiração de vias aéreas, a fim de evitar aerossolização do vírus.

Aparelho de anestesia e monitores deverão ser protegidos com plástico descartável para reduzir a contaminação do equipamento.



Disponibilização de um profissional de apoio na área externa da sala para o atendimento, assegurando a adesão às técnicas de precaução.

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO DE PACIENTES POR SINDROME GRIPAL



2.2.1.3. PROPOSTA PARA IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO DE PRIORIDADE DE ATENDIMENTO NO AMBULATÓRIO, ATENDIMENTO DE PRÉ E PÓS CONSULTA, EXAMES E CIRURGIAS.

Ambulatório com classificação de risco cirúrgico

O HMBFM possui a Unidade Ambulatorial, os pacientes cirúrgicos eletivos serão referenciados pela rede local ou mesmo definido no ambulatório de especialidade e terá como referência o município de Barueri.

Proporá um gerenciamento das filas de espera cirúrgicas, compartilhado, que representa um grande desafio para as instituições de saúde. Em geral, os procedimentos são agendados paulatinamente obedecendo à ordem de chegada, não atendendo a critérios de priorização cirúrgica.

Com vistas a garantir a equidade do atendimento à demanda cirúrgica, as Instituições Afiliadas da SPDM adotam a classificação de risco cirúrgico para auxiliar na gestão de suas filas.

Esta classificação de risco para cirurgias eletivas foi desenvolvida partir do instrumento de Otávio Becker/SPDM. Classificação de risco e baseado no risco a cirurgia deverá ocorrer dentro do prazo estabelecido pelo risco:



O gerenciamento da fila tem início após conclusão diagnóstica do paciente, o médico preenche o impresso de kit eletiva.

Classificação de Risco para Cirurgias Eletivas X Tempo de Agendamento				
Fatores	Escore	Escore	Escore	Critérios
	1	2	3	
Porte Cirúrgico	P	M	G	P:- Cirurgia de pequeno porte < 2 horas M:- Cirurgia de médio porte 2 a 3 horas G:- Cirurgia de grande porte > 4 horas
Gravidade da doença cirurg.	L	M	G	L:- Doença cirúrgica leve M:- Doença cirúrgica moderada G:- Doença cirúrgica grave e neoplasias
Idade	< 40	40 a 60	> 60	
Total pontos	3	6	9	Cada fator corresponde ao escore da coluna
Escore de Risco = porte cirúrgico x gravidade da doença x idade				
Escore de Risco		Tempo recomendado para agendamento com Especialista Cirúrgico		
VERMELHO	9	Prioridade 0 :- tempo de agendamento imediato máximo ≤ 30 dias		
AMARELO	4 a 8	Prioridade 1 :- tempo de agendamento máximo ≤ 50 dias		
VERDE	3	Prioridade 2 :- tempo de agendamento ≤ 90 dias		

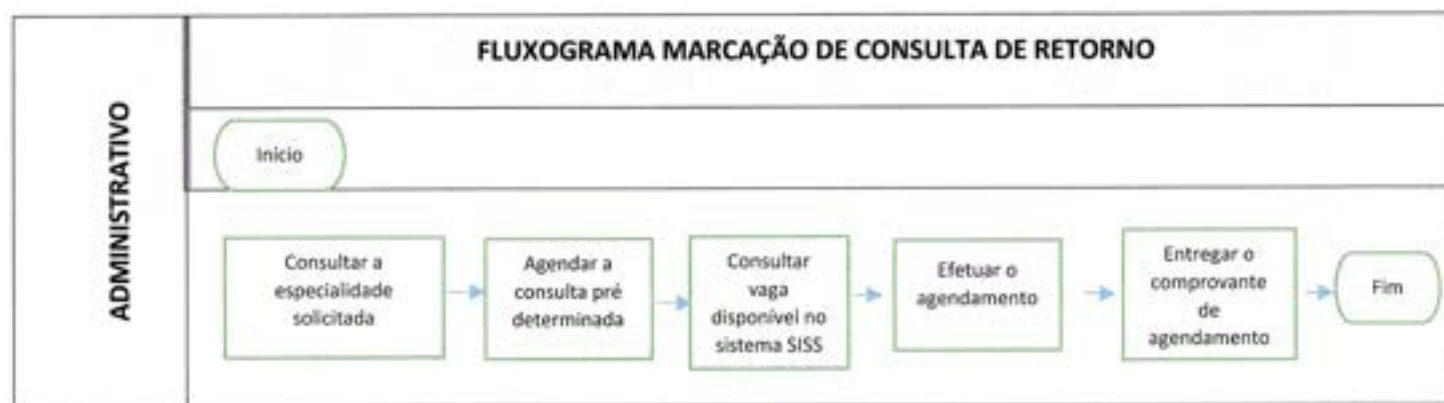
Becker, Otavio Monteiro, SPDM, 2006.

ATENDIMENTO DE PRÉ E PÓS CONSULTA, EXAMES E CIRURGIAS.

AÇÃO	AGENTE
Consultar se a especialidade solicitada está sendo agendada naquele dia, conforme grade de marcação de consulta.	Recepcionista, Auxiliar Administrativo.
Agendar consulta pré-determinada pelo médico (períodos 30, 60, 90 e 120). Ou encaixe conforme solicitação médica. Retornos Cirúrgicos são decididos pela equipe médica.	Recepcionista, Auxiliar Administrativo.
Consultar vaga disponível para agendamento no sistema informatizado.	Recepcionista, Auxiliar Administrativo.

Acessar sistema de informatizado SISS	Recepcionista, Auxiliar Administrativo.
Efetuar agendamento, entregar comprovante de agendamento.	Recepcionista, Auxiliar Administrativo.

FLUXOGRAMA DO SERVIÇO DE MARCAÇÃO DE CONSULTA CIRÚRGICA



PROGRAMA DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

O Acolhimento é definido como uma escuta qualificada e com capacidade de direcionar de maneira ética, resolutiva e dentro dos princípios de acessibilidade e equidade. Ele não se constitui uma etapa do processo de atendimento, e sim, uma ação que deve permear todos os momentos, pois pressupõe uma mudança na relação profissional e usuário. Este processo inclui um atendimento com resolubilidade e responsabilização, orientação para o paciente e sua família em relação ao atendimento e funcionamento do serviço de saúde.

Já a classificação de risco, implica na avaliação do paciente e determinação da prioridade do atendimento segundo a gravidade clínica, desconsiderando a lógica de exclusão da triagem. Embora o termo "classificação de risco" seja o mais adequado e recomendado pelo Ministério da Saúde brasileiro segundo a ótica conceitual, o termo "triagem" ainda é o mais comumente utilizado pelos profissionais de saúde. A Classificação de Risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, os agravos à saúde ou o grau de sofrimento.

O Acolhimento com Classificação de Risco tem como objetivo identificar prontamente as condições de risco de vida priorizando o atendimento de acordo com critérios clínicos e não por ordem de chegada; agir no tempo terapêutico; organizar o processo de trabalho e espaço físico; reduzir a superlotação; informar os pacientes e familiares à expectativa de atendimento e tempo de espera, diminuindo a ansiedade gerada pelo que é desconhecido; e esclarecer a comunidade sobre a forma de atendimento.

O protocolo do Ministério da Saúde relacionado ao "Projeto Humaniza SUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco", utiliza-se da mesma lógica do modelo canadense (CTAS). É enfatizado ainda, que o instrumento de avaliação escolhido, deve ser ajustado para a realidade local, juntamente com um consenso do grupo de profissionais enfermeiros da unidade clínica.

O protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco utilizado pela Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM) foi elaborado com base no protocolo Canadense (CTAS) e nas recomendações do Ministério da Saúde. (Protocolo de Classificação de Risco Adulto e Protocolo de Classificação de Risco Obstétrico).

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização
e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 339



O quê e como falar ao paciente no momento do atendimento é de suma importância, pois a compreensão errônea dele pode aumentar a ansiedade. Interpretar e saber ouvir as queixas são importantes; a linguagem pode variar de acordo com o nível sociocultural, a região do país, a idade, entre outros fatores. Os profissionais devem estar disponíveis para ouvir diferentes termos e saber interpretá-los adequadamente, validando-os se necessário, para que seja feita uma avaliação correta da queixa e da história do paciente. Aqueles que procuram o serviço de emergência desejam ter suas necessidades prontamente atendidas, provavelmente por desconhecer e temer o que estão sentindo. Cabe aos profissionais perceberem tais situações e promover orientações acerca dos sinais e sintomas apresentados, diminuindo assim a ansiedade e a necessidade do atendimento imediato, para minimizar as dúvidas o paciente receberá um folder com orientações sobre o Acolhimento com Classificação de Risco que o acompanhará durante o atendimento, abaixo apresentamos o folder de orientação.

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized initial 'F' followed by a cursive name.



ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

ETAPAS DO ATENDIMENTO



ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Para melhor atendê-lo utilizamos um sistema de classificação para atender mais rápido a quem precisa e esteja correndo risco de vida!

O hospital está capacitado para atender casos graves (Urgência e Emergência), o pronto atendimento recebe os pacientes dos outros prontos socorros que realmente precisam deste atendimento mais especializado, os casos mais simples e acompanhamento de pacientes crônicos devem ser atendidos nas UBS (postos de saúde), UPA e Policlínicas.

Como funciona o atendimento:

O atendimento segue o critério de gravidade e em segundo lugar, a ordem de chegada.

Você passará com a enfermagem em primeiro lugar e depois, conforme sua necessidade e prioridade será encaminhado para atendimento médico.

Este folheto o(a) acompanhará durante todo o atendimento e tem a finalidade de orientá-lo(a) quanto ao funcionamento dos nossos serviços.

Você acabou de ser atendido(a) pelo(a) enfermeiro(a)

_____, o seu atendimento será na especialidade de:

- Clínica Médica Clínica Cirúrgica
 Ortopedia Pediatria Obstetrícia

O seu problema está definido como:

Prioridade 1: EMERGÊNCIA

Estas condições são graves e precisam de atendimento imediato

Prioridade 2: URGENTE

Estas condições são urgentes

Prioridade 3: POUCO URGENTE

Estas condições são menos graves

Prioridade 4: NÃO URGENTE

São situações com menor grau de gravidade e serão atendidas conforme disponibilidade no momento e por ordem de chegada. São condições que deveriam ser atendidas nas UBS.

Esteja atento a sua chamada. Informamos que poderá haver espera que são decorrentes de uma demanda excessiva de atendimentos de urgência e emergência.



ROTINA DESCRITA:

AÇÃO	AGENTE
Receber paciente e seu acompanhante liberados pelo Setor de portaria e enfermeiro do PA.	Auxiliar Administrativo da Internação
Ligar para o Enfermeiro do P.A. informando a chegada do paciente.	Auxiliar Administrativo da Internação
Abrir ficha de atendimento, mediante autorização do Enfermeiro após triagem, do solicitando documento do paciente, e classifica-lo.	Auxiliar Administrativo da Internação
Solicitar RG, CPF, Cartão SUS e comprovante de residência do paciente. Solicitar ao acompanhante/responsável o RG, CPF.	Auxiliar Administrativo da Internação
Iniciar abertura de ficha através do sistema informatizado, no modulo recepção internação/ SPA- (SPDM/HOSP), no ícone entrada única de pacientes, tipo de atendimento/clínica selecionar Pronto Atendimento.	Auxiliar Administrativo da Internação
Confirmar todos os dados pessoais e residenciais do paciente e do acompanhante, fazer as devidas alterações no sistema.	Auxiliar Administrativo da Internação
Imprimir através do sistema informatizado Tasy a ficha de atendimento (FAA) em 01 via e solicitar assinatura do responsável.	Auxiliar Administrativo da Internação
Imprimir através do sistema informatizado, nos ícones imprimir/ SPDM-etiqueta atendimento paciente (pequena) 10 etiquetas pequenas de identificação do paciente e anexar a ficha de atendimento(FA).	Auxiliar Administrativo da Internação
Pegar pulseira de identificação de paciente na cor branca e colar etiqueta de identificação do paciente.	Auxiliar Administrativo da Internação
Solicitar ao paciente e seu familiar que aguardem a chamada do enfermeiro do SPA para atendimento.	Auxiliar Administrativo da Internação



Levar ficha de atendimento e colocar na caixa de triagem de enfermagem.	Auxiliar Administrativo da Internação
Recolher as fichas atendidas(FA) das caixas de atendimento médico.	Auxiliar Administrativo da Internação
Imprimir 02 vias do Relatório de Atendimento SPA, verificar se as fichas recolhidas das caixas de atendimento batem com o relatório impresso.	Auxiliar Administrativo da Internação
Anotar no relatório as fichas que estiverem faltando.	Auxiliar Administrativo da Internação
Verificar se o paciente não está na salas de medicação e observação. Caso esteja notar no relatório.	Auxiliar Administrativo da Internação
Verificar se as fichas não estão nos consultórios médicos.	Auxiliar Administrativo da Internação
Anotar no relatório as fichas extraviadas e informar a Coordenação do SAME através de –email.	Auxiliar Administrativo da Internação
Reservar o relatório juntamente com o lote de fichas atendidas, para retirada e encaminhamento ao Setor de Faturamento no dia seguinte.	Auxiliar Administrativo da Internação

2.2.1.4. INSTRUÇÃO COM DEFINIÇÃO DE HORÁRIOS, CRITÉRIOS E MEDIDAS DE CONTROLE DE RISCO PARA AS VISITAS AOS USUÁRIOS INTERNADOS.

Todas as visitas aos pacientes internados na unidade são realizadas conforme o perfil da unidade de internação do paciente (Unidades Críticas e Unidades COVID-19). (anexo 04)

Orientações Gerais

Equipes de apoio: Recepcionistas, porteiros, profissional que acolhe o paciente - 01 máscara cirúrgica por dia; limpeza dos locais onde estes profissionais atuam: limpeza cada seis horas com pano úmido com água e sabão e fricção com álcool a 70%

Ação	Agente
Atender o visitante no balcão de visita do piso térreo;	Controlador de acesso
Solicitar documento de identidade do visitante e cartão de visita do paciente;	Controlador de acesso
Checar o nome do paciente no senso de visita;	Controlador de acesso
Registrar o visitante em planilha própria e fornecer crachá de identificação conforme leito no senso;	Controlador de acesso
Informar aos visitantes que não é autorizado a entrada de bolsas com pertences para pacientes;	Controlador de acesso
Caso o visitante esteja com pertences para o paciente, o mesmo deverá transferir todos os pertences para sacolas transparentes disponibilizadas pela instituição;	Controlador de acesso
Informar aos visitantes que não é autorizado a entrada de alimentos, objetos cortantes, remédios entre outros não permitidos na instituição;	Controlador de acesso
Preencher o formulário de retenção de bolsa com os dados do paciente e do visitante responsável pela (s) bolsa (s). Orientar o visitante para retirar a (s) bolsa (s) no final da visita;	Controlador de acesso
Encaminhar o visitante ao elevador conforme horário pré-definido dos setores onde os pacientes estão internados conforme perfil;	Controlador de acesso
Após finalizar a visita, recolher o crachá de identificação.	Controlador de acesso





ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O
DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA

"Gestão em Saúde e Educação"

2.2.2. ATENDIMENTO

2.2.2.1. INSTRUÇÃO QUANTO A CONDUTA E PERMANÊNCIA DE ACOMPANHANTES DE CRIANÇAS, ADOLESCENTES, IDOSOS, GESTANTES E PORTADORES DE NECESSIDADES ESPECIAIS CONFORME PREVISTO NA LEGISLAÇÃO VIGENTE.

O HMBFM é um hospital de porta fechada. O encaminhamento para a unidade é feito através de contato da Central Reguladora Municipal. Paralelo a esta referência é uma entidade que exprime os conceitos e atende a legislação vigente sobre a permanência de acompanhantes durante o período do paciente na instituição. Fica assegurado o direito à entrada e à permanência de um acompanhante junto com a pessoa que se encontre internada ou em vias de internação em unidades de saúde sob responsabilidade, exceto nas dependências de tratamento intensivo ou outras equivalentes.

Nas unidades de tratamento intensivo ou outras equivalentes, a presença e o tempo de permanência do acompanhante serão estabelecidos a critério do médico responsável, com base na situação clínica do paciente e nas condições operacionais da unidade. E assegura o direito a acompanhante apenas em caso de internação para alguns segmentos da população: crianças e adolescentes, mulheres grávidas e no pós-parto, pessoas com deficiência e idosos conforme Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) em 2009.

Espontâneo e Referenciado:

Para todos os pacientes, os atendimentos dos casos de procura espontânea e referenciado, será adotado o sistema de **Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco** do Ministério da Saúde, realizando a triagem por classificação de cores (**vermelho**, **amarelo**, **verde** e **azul**), que atende o paciente, priorizando o grau de gravidade e não a ordem de chegada no Pronto Atendimento. A ordem de chegada será respeitada para a classificação azul.

Implantação do Programa de Acolhimento e Classificação de Risco: Equipe necessária a sistemática de trabalho, horário de funcionamento 24h, enfatizamos o bem social e desta forma dispomos de equipe multiassistencial que é prontamente acionada quando necessário e em casos urgentes onde ocorre o atendimento das equipes de apoio: serviço social e psicologia.



POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO

O Hospital Municipal Barueri tem toda a estrutura necessária para prestar assistência de média e alta complexidade, obedecendo às definições e orientações da Política Nacional de Humanização (PNH). Os fluxos, acolhimentos, atendimentos aos pacientes e familiares estão baseados na PNH do Ministério da Saúde.

A VISITA ABERTA E DIREITO A ACOMPANHANTE

Visita Aberta

A Visita Aberta é uma das propostas da Política Nacional de Humanização e tem como objetivo “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”. Entende-se que, a internação faz com que o indivíduo perca seus laços e vínculos com o seu cotidiano, laços que confirmam sua existência. A presença daqueles que fazem parte do seu convívio exterior permite a confirmação do que ele é, e isto vai contribuir no seu tratamento.

Horários de Visita e Informação ao Paciente/Familiar/Acompanhante:

Unidades de internação: as visitas ocorrem em horário ampliado das 9 às 21h, no entanto as informações ou boletim médico é fornecido entre 10 e 11h.(exemplo).

Unidade de Terapia Intensiva: a unidade conta com três horários de visitas, das 11 as 12, momento em que a família/acompanhante recebem boletim médico, das 16:30 as 17:30h e das 21:00 as 21:30 (exemplo).



ACOMPANHANTE

O acompanhante do paciente idoso, da criança, do indígena ou da gestante deverá receber refeição, bem como acomodação para que este permaneça junto ao leito, obedecendo à legislação e a Política Nacional de Humanização.

Os profissionais da instituição devem garantir que este direito seja cumprido, notificando o Serviço Social para acompanhamento dos casos em que os familiares ou responsáveis apresentem dificuldades em permanecer acompanhando seus pacientes.

Criança e Adolescente

Está previsto no artigo 12 do Estatuto da Criança e do Adolescente, o direito a criança hospitalizada a ter um acompanhante (pai ou responsável) durante todo o período da sua internação.

Idoso

O Capítulo IV, Artigo 16 do Estatuto do Idoso prevê:

“Ao idoso internado ou em observação é assegurado o direito a acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral, segundo o critério médico.”

Parágrafo único. “Caberá ao profissional de saúde responsável pelo tratamento conceder autorização para o acompanhamento do idoso ou, no caso de impossibilidade, justificá-la por escrito”.

Indígenas

Os pacientes indígenas, quando hospitalizados, têm a necessidade de ser acompanhados por um número maior de parentes, por motivos culturais (que implicam significados étnico-médicos e também religiosos), dessa forma adaptar o ambiente hospitalar para que a “família” seja acolhida é uma atitude de respeito à diversidade cultural e ao grau de vulnerabilidade ampliada a que está sujeita essa população.



Gestantes

O direito à presença de acompanhante no parto é uma conquista, regulamentada pela Lei n.º 11.108, sancionada em 7 de abril de 2005, no entanto na proposta do hospital não está contemplada maternidade, mas caso ocorra a internação de alguma paciente, seja por uma situação de parto de emergência ou para acompanhamento clínico, o direito a acompanhante será garantido.

GRUPO DE CUIDADORES: CUIDANDO DO CUIDADOR

Introdução


Para as autoras Maria Júlia e Olympia:

“Cuidar é perceber o outro como ele se mostra nos seus gestos e falas, em sua dor e limitação.”
Que este possa ser o início de uma longa caminhada, e que possamos juntos, “acrescentar vida aos anos, e não só anos a vida”.

Definição de cuidador

Um cuidador é a pessoa, membro ou não da família, que, com ou sem remuneração, cuida do idoso, doente ou dependente no exercício de suas atividades diárias, tais como alimentação, higiene pessoal, medicação de rotina, acompanhamento ao serviço de saúde e demais serviços requeridos no cotidiano como a ida a bancos ou farmácias, excluídas as técnicas ou procedimentos identificados como profissões legalmente estabelecidas, particularmente na área de enfermagem. A família costuma ser a principal origem do cuidador e as mulheres adultas e idosas preponderam nestes cuidados.

Entende-se pela “incapacidade funcional” as dependências do indivíduo nas suas atividades da vida diária tais como: ato de alimentar-se, banho, higiene elementar, vestuário e transferência.



2.2.2.2. SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO (USUÁRIO E ACOMPANHANTES)

O Serviço de Atendimento ao Usuário é um canal de comunicação direto e eficaz que interage fortemente com os meios interno e externo. Tem a finalidade de mensurar a qualidade de diversos serviços da instituição, visando atender as necessidades dos clientes. Sua posição no organograma da instituição está situada junto à Diretora Técnica, como participante dos processos de mudança e consequente melhoria.

O S.A.U recebe as manifestações de insatisfação dos usuários a respeito do serviço prestado e procura resolvê-las da melhor forma possível. Os serviços de atendimento ao usuário se aperfeiçoaram, dentro de uma estratégia de valorização do usuário, que não quer somente ser atendido, mas exige soluções.

O S.A.U pode tornar-se uma poderosa ferramenta de estreitamento da relação entre a instituição e seus usuários. Pode servir como instrumento de feedback, através de relatórios elaborados para conhecimento interno, procura as causas do problema e utiliza as informações para encontrar a solução e melhorar a qualidade dos serviços prestados.

A importância da avaliação feita pelos usuários de serviços é cada vez mais citada atualmente, sobretudo com enfoque na busca da qualidade dos serviços nos hospitais. Afinal, o atendimento aos usuários constitui finalidade de todo hospital. Entretanto, é difícil ser aferida por se tratar de mensuração de opiniões, influenciada por diferentes situações, expectativas e antecedentes.

A própria sobrevivência do hospital depende da aprovação pelo seu usuário. Muitas estratégias para melhoria de serviços de saúde estão baseadas na satisfação do usuário. Ouvir e observar o comportamento dos usuários dentro dos hospitais é fundamental para a compreensão e melhoria da organização do serviço e do ambiente hospitalar. Portanto, um administrador hospitalar atento encontrará na avaliação feita pelos usuários do hospital, dados valiosos para o gerenciamento do seu estabelecimento.

Há várias formas de se avaliar um hospital, podendo ser utilizados diversos instrumentos e métodos como observações, questionários (pesquisa de opinião), urnas de sugestões, telefonemas, entrevistas. A definição da qualidade varia conforme as necessidades e expectativas dos usuários. Cada hospital deve, portanto, conhecer a sua clientela para melhor poder atendê-la.



OBJETIVOS

Objetivo Geral

Canal de comunicação entre o usuário e a gestão para registrar queixas, sugestões ou elogios, utilizando-se de pesquisas e entrevistas com a finalidade de mensurar a qualidade de diversos serviços da instituição, visando atender as necessidades dos clientes. O S.A.U é uma unidade que responde ao nível estratégico da instituição com a função de assessorar a gestão para melhoria dos processos e auxílio nas tomadas de decisões.

Objetivos Específicos

- Prestar atendimento pessoal, telefônico ou via e-mail;
- Receber, analisar e registrar as queixas, sugestões e elogios dos usuários, encaminhando aos gestores dos setores correspondentes;
- Tabular os dados das pesquisas e entrevistas;
- Elaborar relatório gerencial com dados quantitativos e qualitativos;
- Acompanhar as providências adotadas do início até a finalização do processo;
- Resolver as queixas, quando possível, no ato do atendimento;
- Mediar situações de conflito entre colaboradores e usuários;
- Acompanhar o nível de satisfação do usuário, através de pesquisa de satisfação e de entrevistas ativas.

Two handwritten signatures in black ink, one on the left and one on the right, positioned at the bottom of the page.

Recursos Humanos

Através do capital humano é que conseguimos alcançar todos os objetivos. Para atuar no Serviço de Atendimento ao Usuário um dos fortes requisitos é saber lidar com todos os tipos de clientes e com suas mais diversas reações.

PROCESSO

Atendimento

Todos os atendimentos deverão ser registrados em planilha para controle e posterior elaboração de indicadores qualitativos. O atendimento deverá ocorrer numa sala específica de forma a preservar a privacidade do usuário. A Assistente de S.A.U deverá atender cordialmente o cliente, solicitar que apresente sua dúvida; orientá-lo e certificar que o mesmo tenha compreendido a orientação.

A Assistente de S.A.U deve ter um comportamento neutro, sem interferir em condutas, saber ouvir o usuário, sem expressar opiniões pessoais, conhecer todos os fluxos do Hospital, para informar ao usuário com maior precisão possível. Para o paciente internado, quando solicitado o Serviço de Atendimento ao Usuário este deverá dirigir-se ao leito.

Queixas, Sugestões e Elogios

No momento em que não é possível a solução para o problema apresentado para o S.A.U em interface com os Gestores dos serviços, gera-se a queixa é encaminhada à Diretoria para devidas providências.

A queixa é encaminhada a Direção com o tempo de retorno ao usuário em 04 dias úteis; e ter o compromisso de 100% das queixas serem investigadas. Sugestões e elogios também são enviados aos Gestores dos serviços para verificação de viabilidade de implantação e divulgação dos elogios juntos aos Colaboradores.

Indicador estratégico acompanhado pela Direção da Instituição: *"Tempo médio de resolução das queixas"*



2.2.2.3. PROPOSTA DE PESQUISA PERIÓDICA/CONTÍNUA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO, INSTRUMENTO DE PESQUISA, FREQUENCIA SISTEMÁTICA DAS AÇÕES CORRETIVAS

As pesquisas de satisfação constarão os principais serviços prestados pelo Hospital e o grau de satisfação para que o usuário de forma espontânea possa expor sua opinião.

Os impressos das pesquisas deverão ser distribuídos nas caixas de sugestões situadas nos principais setores da Unidade; local de maior acesso de pessoas e onde o usuário sinta-se a vontade e seguro para responder sua opinião referente aos serviços oferecidos.

O tipo de pesquisas existentes contempla os principais setores e serviços prestados. Contém 4 escalas de opções: ótimo, bom, regular, ruim e não avaliado. O cálculo da aceitabilidade é a soma do nº de respostas de ótimo e bom dividido pelo nº total de respostas sem considerar as respostas em branco e não avaliado.

O abastecimento e o recolhimento das pesquisas nas caixas de sugestões devem ser realizados diariamente.

Nº de amostras

O número de amostras é baseado no conceito estatístico "Determinação de uma amostra para população finita, com base na estimativa da média populacional", com 90% grau de confiança e 5% margem de erro. Para determinar o nº de amostras ideal para cada setor que possui pesquisa. É inserida para cálculo a média do nº de atendimentos de cada setor do ano anterior, quando não é possível ter este número o cálculo é feito com base na média de atendimento de três meses anteriores.

Aplicação da pesquisa

O S.A.U tabula os dados diariamente, elabora relatórios e mensura o nível de satisfação do usuário. A pesquisa é elaborada para cada setor de acordo com os serviços prestados.

Na existência de algum tipo de queixa descrita de grau relevante na pesquisa de satisfação, a mesma é encaminhada ao gestor responsável para tomada de ação com prazo de resolução em 05 dias úteis.



Através das respostas das pesquisas de satisfação, geram-se indicadores referentes aos principais serviços prestados e mensalmente os índices de satisfação são enviados à Direção da Unidade e aos Gestores dos setores.

Indicador estratégico acompanhado pela Direção da instituição: *"Aceitabilidade Geral"*.

Questionário Internação

Trimestralmente serão mensurados 10% do total de pacientes internados através do questionário de internação. Instrumento de avaliação ativo, neste as Assistentes de S.A.U entrevistam os pacientes ou acompanhantes internados. Para aplicar o questionário aos pacientes internados, os Assistentes de S.A.U dirigem ao posto de enfermagem diariamente para verificar as altas do dia, com esta informação o S.A.U dirige-se ao leito para realizar a entrevista verbalmente com o usuário referente a qualidade dos serviços prestados. Os dados dos pacientes serão obrigatoriamente anônimos. Se houver alguma queixa, o S.A.U deverá dar sequência as devidas providências.

Questionário Ambulatorial

Trimestralmente serão mensurados 10% do total de pacientes ambulatoriais através do questionário de ambulatório. Instrumento de avaliação ativo, neste as Assistentes de S.A.U entrevistam os pacientes atendidos em consulta no ambulatório. Para aplicar o questionário aos pacientes ambulatoriais, os Assistentes de S.A.U dirigem a recepção do ambulatório para realizar a entrevista verbalmente com o usuário referente a qualidade dos serviços prestados. Os dados dos pacientes serão obrigatoriamente anônimos. Se houver alguma queixa, o S.A.U deverá dar sequência as devidas providências.

Fluxo de consolidação das respostas obtidas pelos questionários

- Será alimentada a planilha de consolidação dividindo as avaliações em três grupos:
- Paciente internados;
- Acompanhantes dos pacientes internados;
- Paciente ambulatorial.
- Os dados serão enviados até o dia 20 do mês subsequente.



Definição de uso das informações

Relatório Gerencial

Após a tabulação dos dados das pesquisas espontâneas e do questionário dos pacientes internados, gera-se um relatório mensal com os resultados do nível de satisfação do usuário referente às unidades e os serviços oferecidos. Este relatório é enviado aos Gestores dos setores e à Direção da unidade.

Relatório de Medidas e Ações (RMA)

Após a elaboração do relatório gerencial mensal, o S.A.U identifica os serviços que estão fora da meta desejada de aceitabilidade, gera um relatório com a informação do nº de respostas (regular/ruim) e envia aos Gestores para análise e tomada de ações; após a análise/ações dos Gestores, estes enviam a Qualidade ou a Gerente da Unidade a fim de validar as ações descritas, a partir disto retorna ao S.A.U para controle dos indicadores, ações e evolução.

Reunião e Acompanhamento dos resultados

Considerado como um órgão de apoio aos Diretores das Unidades, o S.A.U realiza reuniões semanais e informa as principais ocorrências da semana a fim de que o Diretor tome ciência das demandas recebidas e a percepção do usuário referente aos serviços oferecidos.

Todas as informações geradas no S.A.U são consolidadas e apresentadas em reunião trimestral com a Direção e os Gestores das áreas envolvidas a fim de que possam acompanhar os indicadores, nº de amostras, sugestões, elogios, ações desencadeadas e evolução.

Com este acompanhamento os Diretores e Gerentes das Unidades podem identificar as necessidades dos usuários e a efetividade das ações desenvolvidas.



2.2.2.4. PROPOSTA DE PESQUISA PERIÓDICA/CONTÍNUA DE SATISFAÇÃO DO COLABORADOR, COM DEFINIÇÃO DE USO DAS INFORMAÇÕES

Pesquisa de Clima Organizacional

A Pesquisa de Clima Organizacional é uma ferramenta para coleta de informações sobre a percepção dos colaboradores em relação aos diversos fatores que afetam os níveis de motivação e desempenho da equipe. É um instrumento de Gestão de Pessoas, cabendo à direção da instituição o acompanhamento, avaliação e resposta dos resultados.

São diretrizes específicas para a pesquisa de clima organizacional:

- Deve ser realizada periodicamente, em todas as filiais da SPDM Instituições Afiliadas.
- É vedado qualquer tentativa de identificar ou influenciar as respostas dos colaboradores.
- É considerada falta grave, qualquer tipo manipulação dos resultados da pesquisa de clima organizacional.
- Os resultados da Pesquisa de Clima devem ser apresentados na reunião de CTA – Comissão Técnica e Administrativa, e elaborado o plano de ação com foco nos resultados críticos da pesquisa.
- É obrigatória a divulgação dos resultados e do plano de ação para todos os colaboradores.

Programa de Opinião Participativa

O Programa de Opinião Participativa – POP é um meio de comunicação seguro entre os colaboradores e a instituição, uma forma organizada de estimular a participação e contribuição dos profissionais com sugestões, elogios e críticas. Através do POP, em conjunto com outras ferramentas, é possível monitorar o clima organizacional da instituição.

A Unidade de Gestão de Pessoas Local é responsável por divulgar e realizar a conscientização sobre o Programa de Opinião Participativa – POP, com apoio da Diretoria Local, verificando previamente, as condições estruturais da filial, tendo em vista tratar-se de um programa informatizado, por meio de uma plataforma eletrônica.



2.2.2.5. PROPOSIÇÃO DE PROJETOS ASSISTENCIAIS E SOCIAIS (RELACIONAMENTO COM A ATENÇÃO PRIMÁRIA, COMUNIDADES, CAMPANHAS EDUCATIVAS PARA O USUÁRIO, ETC).

O Hospital Municipal Barueri tem toda a estrutura necessária para prestar assistência de média e alta complexidade, obedecendo às definições e orientações da Política Nacional de Humanização (PNH). Os fluxos, acolhimentos, atendimentos aos pacientes e familiares estão baseados na PNH do Ministério da Saúde.

A Humanização no Hospital Municipal de Barueri consiste em um espaço coletivo, participativo e democrático que se propõe a empreender uma política institucional de humanização na assistência à saúde na área hospitalar, que envolve usuários, profissionais, trabalhadores da saúde, gestores e comunidade de Barueri exercendo as ações sociais.

A Política de Humanização do HMB propõe projetos assistenciais e sociais, a saber:

- Projeto de Qualidade de vida – ginastica laboral aos colaboradores:
Realizado cronograma de ginastica laboral mensal aos colaboradores para prevenção de possível LER. O momento é de relaxamento e descontração com os movimentos de ginastica laboral de curta duração devido as demandas de setores.
- Projeto de doação de roupas para os pacientes pediátricos com vulnerabilidade social:
Realizamos captação de doações voluntárias, e ao detectarmos pacientes com vulnerabilidade e necessidade realizamos a doação.
- Projeto de campanhas educativas alinhadas com as ODSs, conforme calendário anual elaborado pela comissão de humanização:
Realizamos reuniões mensais para tratativa de eventos em prol a datas comemorativas, apoio a campanhas educativas, visando o calendário de metas - Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS).
- Projeto de valorização dos colaboradores em parabenização ao dia das profissões:
Durante o Ano realizamos calendários de profissão e elaboramos folders para parabenizar o dia das profissões, em prol a valorização de cada profissional da instituição.

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização
e execução das ações e serviços de saúde
Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran
Página 358



- Projeto de atendimento pedagógico nas unidades pediátricas para as crianças em idade escolar com o objetivo reforço escolar- classe hospitalar:
Projeto de parceria para que as crianças não percam ano letivo e não atrasem nos processos escolares durante a permanência de sua internação.
- Projeto de atendimento lúdico e social para as crianças internadas, Brinquedotecas e sala de classe hospitalar:
Realizamos atendimento aos pacientes durante o período de internação nas brinquedotecas e sala de classe para execução de atividades que auxiliam no âmbito escolar e apoio a recuperação do paciente.
- Projeto aniversariantes do mês:
Durante o mês é realizada decoração de leitos e cantado parabéns no leito para os pacientes em comemoração aos aniversários.
- Projeto capelania e voluntários conforme disponibilidade dos agentes:
O projeto de capelania é ecumênico acontece semanalmente os voluntários realizam preces religiosas e atendimento conforme religião do paciente e família. Os voluntários recebidos são de diversas áreas entre elas leitura de histórias nas pediatrias, animação em super-heróis e atividades lúdicas, entre outros apoios.
- Encontros Do Bem Cuidar
A exemplo das atividades já exercidas desde maio de 2018, retomar a educação continuada para compartilhar conhecimentos com os Cuidadores dos nossos pacientes e com a Rede De Atendimento Municipal tendo como foco principal a Atenção Básica Dando continuidade aos diversos programas voltados para promoção de saúde e prevenção de doenças.

Temos por Objetivo treinar equipes da Atenção Primária, atuar como unidade consultora para discussão de casos de definição de condutas, ampliando assim a possibilidade de manter o cuidado aos pacientes.



1. Comunicação de Más Notícias
2. Cuidados Paliativos: Definição, Princípios, Quando Indicar?
3. Morte e Luto: Precisamos falar sobre
4. Manejo dos Sintomas em Cuidados Paliativos – Equipe Multi
5. Cuidados Paliativos – abordagem Social
6. Dor e Opiáceos
7. UTI e Cuidados Paliativos
8. Cuidados Paliativos em Pediatria
9. Lesões de Pele e Hipodermóclise
10. Antibióticos e Cuidados Paliativos
11. Aspectos Emocionais da dor
12. Espiritualidade e Cuidados Paliativos





ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O
DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA

"Gestão em Saúde e Educação"

F3. QUALIFICAÇÃO TÉCNICA



ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O
DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA
"Gestão em Saúde e Educação"

3.1. EXPERIÊNCIA ANTERIOR EM GERENCIAMENTO DE UNIDADE HOSPITALAR

- 3.1.1.** Comprovação de gerenciamento de unidade hospitalar pequeno porte – com menos de 69 leitos de internação, com o mínimo de 1 ano de execução.

Em anexo no caderno de experiências/documentos/certificação de Qualidade.

- 3.1.2.** Comprovação de gerenciamento de unidade hospitalar médio porte – com 70 a 150 leitos de internação, com o mínimo de 1 ano de execução.

Em anexo no caderno de experiências/documentos/certificação de Qualidade.

- 3.1.3.** Comprovação de gerenciamento de unidade hospitalar grande porte – com mais de 150 leitos de internação, com o mínimo de 1 ano de execução.

Em anexo no caderno de experiências/documentos/certificação de Qualidade.





ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O
DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA
"Gestão em Saúde e Educação"

3.2. EXPERIÊNCIA ANTERIOR EM GERENCIAMENTO DE UNIDADE DE SAÚDE

3.2.1. Comprovação de gerenciamento em unidade de saúde com período de pelo menos 01 (um) ano completo até 01 ano e 11 meses incompletos.

Em anexo no caderno de experiências/documentos/certificação de Qualidade.

3.2.2. Comprovação de gerenciamento em unidade de saúde com período de pelo menos de 02 (dois) anos completos até 2 anos e 11 meses incompletos.

Em anexo no caderno de experiências/documentos/certificação de Qualidade.

3.2.3. Comprovação de gerenciamento em unidade de saúde com período acima 03 (três) anos.

Em anexo no caderno de experiências/documentos/certificação de Qualidade.





ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O
DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA
"Gestão em Saúde e Educação"

3.3. ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DO "HOSPITAL MUNICIPAL DE BARUERI – DR. FRANCISCO MORAN"

3.3.1. Comprovação de ser detentora de Certificação de Entidade Beneficente de Assistência Social - CEBAS (de acordo com a Lei n.º 12.101/09).

Em anexo no caderno de experiências/documentos/certificação de Qualidade.

3.3.2. Comprovação de Certificação de Acreditação em Serviço Hospitalar Nacional ou Internacional.

Em anexo no caderno de experiências/documentos/certificação de Qualidade.

3.3.3. Titulação de Especialistas em Administração/Gestão Hospitalar ou Saúde Coletiva/Pública do(s) Membro(s) da Diretoria.

Em anexo no caderno de experiências/documentos/certificação de Qualidade.

3.3.4. Registro da Entidade no Conselho Federal de Medicina - CFM.

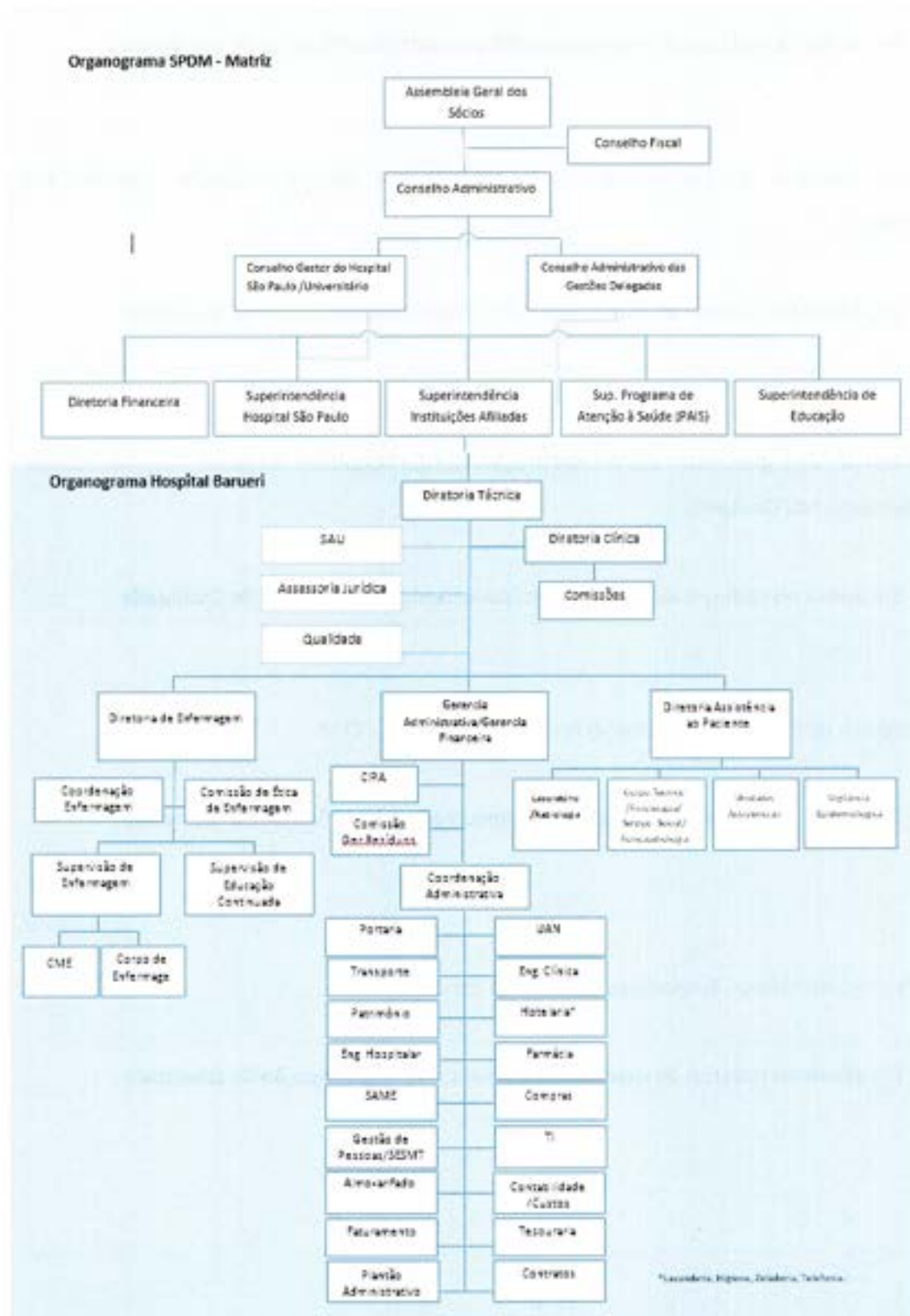
Em anexo no caderno de experiências/documentos/certificação de Qualidade.

3.3.5. Registro de Médico Responsável Técnico da Entidade.

Em anexo no caderno de experiências/documentos/certificação de Qualidade.



3.3.6. Organograma do "HOSPITAL MUNICIPAL DE BARUERI – DR. FRANCISCO MORAN" até terceiro nível.



* Nota de Esclarecimento: Diretor Técnico: É o Diretor Geral do Hospital e o médico responsável técnico.

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran



ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O
DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA
"Cura e Prevenção"

3.4. IMPLEMENTAÇÃO DE SERVIÇOS E FUNCIONAMENTO DE EQUIPE INTERDISCIPLINAR

3.4.1. Apresentação de Quadro de Pessoal Médico por área de Atenção compatível com as atividades propostas no Plano de Trabalho, constando forma de vínculo, horário e salário.

Categorias	Quantidade Profissional/ Categoria	Carga Horária Semanal	Salário Base R\$	Área de Trabalho (Função)	Formação	Regime de Contratação
Médico	1	40	27.942,58	Centro Cirurgico (Gerente Medico)	Superior Completo em Medicina	CLT
Médico	1	40	23.489,14	Diretoria Clinica (Diretor Clinico)	Superior Completo em Medicina	CLT
Médico	1	40	19.534,46	Diretoria Clinica (Gerente Medico)	Superior Completo em Medicina	CLT
Médico	3	30	12.765,87	Diretoria Clinica (Medico Coordenador)	Superior Completo em Medicina com Residência Médica Completa e Especialização na Área de Atuação	CLT
Médico	1	40	17.019,86	Diretoria Tecnica (Diretor de Atenção ao Paciente)	Superior Completo em Medicina	CLT
Médico	1	30	20.338,61	Diretoria Tecnica (Diretor Tecnico)	Superior Completo em Medicina com Especialização em Administração Hospitalar	CLT
Médico	1	40	17.019,86	Medicina do Trabalho (Medico do Trabalho)	Superior Completo em Medicina com Especialização em Medicina do Trabalho	CLT
Médico	1	12	4.085,08	Reabilitação Internados (Medico)	Superior Completo em Medicina com Residência Médica Completa e Especialização em Fisiatria	CLT
Médico	1	6	2.042,55	UI Pediatria Clinica I (Medico)	Superior Completo em Medicina com Residência Médica Completa	CLT
Médico	1	12	4.085,08	UTI Pediátrica (Medico)	Superior Completo em Medicina com Residência Médica Completa	CLT



3.4.2. Apresentação de Quadro de Pessoal Técnico por área de atividade profissional, compatível com as atividades do Plano de Trabalho, constando forma de vínculo, horário e salário.

Categorias	Quantidade Profissional/Categoria	Carga Horária Semanal	Salário Base R\$	Área de Trabalho (Função)	Formação	Regime de Contratação
Administrativo	1	40	1.769,61	Agência Transfusional/Posto de Coleta (Auxiliar Administrativo)	Ensino Médio Completo	CLT
Administrativo	1	36	1.381,06	Agência Transfusional/Posto de Coleta (Recepcionista)	Ensino Médio Completo	CLT
Administrativo	3	30	826,50	Almoxarifado (Aprendiz)	Ensino Médio em Curso	CLT
Administrativo	2	40	2.510,69	Almoxarifado (Assistente Administrativo)	Superior em Curso	CLT
Administrativo	1	40	3.719,67	Almoxarifado (Analista de Suprimentos Junior)	Superior Completo	CLT
Administrativo	4	40	1.769,61	Almoxarifado (Auxiliar Administrativo)	Ensino Médio Completo	CLT
Administrativo	12	44	1.769,61	Almoxarifado (Auxiliar de Farmacia)	Curso Técnico em Técnico de Farmácia	CLT
Administrativo	1	40	5.271,81	Almoxarifado (Coordenador de Almoxarifado)	Superior Completo em Administração, Logística ou Farmácia	CLT
Administrativo	1	40	4.798,99	Almoxarifado (Farmaceutico)	Superior Completo em Farmácia	CLT
Administrativo	1	40	7.081,83	Almoxarifado (Gerente de Almoxarifado)	Superior Completo em Administração, Logística ou Farmácia	CLT
Administrativo	1	40	2.510,69	Ambulatório Medico (Assistente Administrativo)	Superior em Curso	CLT
Administrativo	8	40	1.769,61	Ambulatório Medico (Auxiliar Administrativo)	Ensino Médio Completo	CLT
Administrativo	1	40	4.152,68	Ambulatório Medico (Coodenador de Ambulatorio)	Superior Completo em Administração de Empresas ou Administração Hospitalar	CLT

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 371

Administrativo	25	36	1.381,06	Ambulatório Médico (Recepcionista)	Ensino Médio Completo	CLT
Administrativo	1	30	826,50	Compras / Suprimentos (Aprendiz)	Ensino Médio em Curso	CLT
Administrativo	1	40	1.769,61	Compras / Suprimentos (Auxiliar Administrativo)	Ensino Médio Completo	CLT
Administrativo	2	40	2.344,14	Compras / Suprimentos (Comprador Junior)	Superior em Curso em Administração, Logística ou Curso Técnico em Áreas Afins	CLT
Administrativo	1	40	2.938,99	Compras / Suprimentos (Comprador Pleno)	Superior em Curso em Administração, Logística ou Curso Técnico em Áreas Afins	CLT
Administrativo	1	40	3.818,38	Compras / Suprimentos (Comprador Senior)	Superior em Curso em Administração, Logística ou Curso Técnico em Áreas Afins	CLT
Administrativo	1	40	4.919,74	Compras / Suprimentos (Coordenador de Compras)	Superior Completo em Administração, Logística, Finanças ou Ciências Contábeis	CLT
Administrativo	1	40	2.510,69	Contabilidade (Assistente Administrativo)	Superior em Curso	CLT
Administrativo	1	40	3.968,99	Contabilidade (Assistente de Contabilidade)	Curso Técnico em Contabilidade	CLT
Administrativo	2	40	1.769,61	Contabilidade (Auxiliar Administrativo)	Ensino Médio em Curso	CLT
Administrativo	1	40	7.284,82	Contabilidade (Contador)	Superior Completo em Ciências Contábeis	CLT
Administrativo	1	40	8.304,61	Diretoria Administrativa (Coordenador de Custos)	Superior Completo	CLT
Administrativo	1	40	4.010,54	Diretoria Administrativa (Analista de Custos Junior)	Superior em Curso	CLT
Administrativo	1	30	826,50	Diretoria Administrativa (Aprendiz)	Ensino Médio em Curso	CLT
Administrativo	7	40	2.510,69	Diretoria Administrativa (Assistente Administrativo)	Superior em Curso	CLT



Administrativo	1	40	4.917,17	Diretoria Administrativa (Assistente Administrativo II)	Superior em Curso	CLT
Administrativo	1	40	1.769,61	Diretoria Administrativa (Auxiliar Administrativo)	Ensino Médio em Curso	CLT
Administrativo	1	40	21.007,94	Diretoria Administrativa (Diretor Administrativo)	Superior Completo	CLT
Administrativo	1	40	14.165,27	Diretoria Administrativa (Gerente Administrativo)	Superior Completo	CLT
Administrativo	2	40	9.884,74	Diretoria Administrativa (Coordenador Administrativo)	Superior Completo	CLT
Administrativo	1	40	1.769,61	Diretoria de Enfermagem (Auxiliar Administrativo)	Ensino Médio Completo	CLT
Administrativo	1	40	1.769,61	Eng. Hospitalar Manutenção (Auxiliar Administrativo)	Ensino Médio Completo	CLT
Administrativo	6	44	2.540,05	Eng. Hospitalar Manutenção (Eletricista)	Ensino Médio Completo e Cursos em NR10 e NR35	CLT
Administrativo	3	44	2.540,05	Eng. Hospitalar Manutenção (Encanador)	Ensino Médio Completo e Cursos em NR35	CLT
Administrativo	1	40	4.009,86	Eng. Hospitalar Manutenção (Encarregado de Manutenção)	Curso Técnico Completo em Técnico de Edificações, Técnico em Eletrotécnica ou Técnico em Mecânica e Cursos em NR10 e NR 35	CLT
Administrativo	1	40	10.302,00	Eng. Hospitalar Manutenção (Engenharia de Manutenção)	Superior Completo em Engenharia Civil	CLT
Administrativo	1	40	10.302,00	Eng. Hospitalar Manutenção (Gerente de Manutenção)	Superior Completo em Engenharia Civil	CLT
Administrativo	6	44	2.259,58	Eng. Hospitalar Manutenção (Oficial de Manutenção)	Ensino Médio Completo	CLT
Administrativo	2	44	2.434,80	Eng. Hospitalar Manutenção (Pintor)	Ensino Médio Completo	CLT
Administrativo	1	40	10.302,00	Eng. Segurança Trabalho (SESMT) (Engenheiro de Segurança do Trabalho)	Superior Completo em Engenharia com Especialização em Engenharia de Segurança do Trabalho	CLT



Administrativo	4	40	3.900,75	Eng. Segurança Trabalho (SESMT) (Técnico de Segurança do Trabalho)	Curso Técnico em Técnico de Segurança do Trabalho	CLT
Administrativo	14	36	2.605,46	Engenharia Clínica (Auxiliar Tec de Equipamento Medico)	Curso Técnico Completo em Técnico em Enfermagem	CLT
Administrativo	2	40	1.769,61	Engenharia Clínica (Auxiliar Administrativo)	Ensino Médio Completo	CLT
Administrativo	3	40	4.048,59	Engenharia Clínica (Técnico Eletronico)	Curso Técnico Completo em Eletrônica ou Eletrotécnico	CLT
Administrativo	2	40	8.585,00	Engenharia Clínica (Tecnologo em Saude)	Superior Completo em Tecnologia Saúde	CLT
Administrativo	1	36	2.250,41	Engenharia Clínica (Assistente de Operações Técnicas I)	Curso Técnico Completo em Técnico em Enfermagem	CLT
Administrativo	1	40	5.409,99	Escritorio da Qualidade e Segurança Assistencial (Analista de Qualidade)	Superior Completo	CLT
Administrativo	1	40	7.678,06	Escritorio da Qualidade e Segurança Assistencial (Gerente de Qualidade)	Superior Completo	CLT
Administrativo	2	30	826,50	Farmacia Central (Aprendiz)	Ensino Médio em Curso	CLT
Administrativo	1	40	1.769,61	Farmacia Central (Auxiliar Administrativo)	Ensino Médio Completo	CLT
Administrativo	1	40	7.635,76	Farmacia Central (Coordenador de Farmacia)	Superior Completo em Farmácia com Especialização em Farmácia Hospitalar ou Administração Hospitalar	CLT
Administrativo	3	36	4.320,79	Farmacia Central (Farmaceutico)	Superior Completo em Farmácia	CLT
Administrativo	1	40	4.798,99	Farmacia Central (Farmaceutico)	Superior Completo em Farmácia	CLT
Administrativo	8	44	5.280,97	Farmacia Central (Farmaceutico)	Superior Completo em Farmácia	CLT
Administrativo	1	40	8.821,02	Farmacia Central (Gerente de Farmacia)	Superior Completo em Farmácia com Especialização em	CLT



					Farmácia Hospitalar ou Administração Hospitalar	
Administrativo	1	40	13.909,49	Farmacia Central (Gerente de Farmacia)	Superior Completo em Farmácia com Especialização em Farmácia Hospitalar ou Administração Hospitalar	CLT
Administrativo	6	36	1.941,29	Farmacia Central (Técnico de Farmacia)	Curso Técnico Completo em Técnico de Farmácia	CLT
Administrativo	22	44	2.372,69	Farmacia Central (Técnico de Farmacia)	Curso Técnico Completo em Técnico de Farmácia	CLT
Administrativo	8	40	2.651,03	Faturamento (Faturista)	Ensino Médio Completo	CLT
Administrativo	1	30	826,50	Faturamento (Aprendiz)	Ensino Médio Completo	CLT
Administrativo	1	40	5.221,77	Faturamento (Gerente de Faturamento)	Superior Completo em Administração ou Ciências Contábeis	CLT
Administrativo	2	36	1.381,06	Hemodialise (Recepcionista)	Ensino Médio Completo	CLT
Administrativo	1	40	1.769,61	Hotelaria Hospitalar (Auxiliar Administrativo)	Ensino Médio Completo	CLT
Administrativo	1	40	8.825,75	Hotelaria Hospitalar (Gerente de Hotelaria)	Superior Completo em Administração, Enfermagem ou Hotelaria	CLT
Administrativo	1	40	3.970,16	Hotelaria Hospitalar (Tecnico Ambiental)	Curso Técnico em Meio Ambiente ou Gestão Ambiental	CLT
Administrativo	2	36	1.325,52	Hotelaria Hospitalar (Telefonista)	Ensino Médio Completo	CLT
Administrativo	1	40	1.769,61	Medicina do Trabalho (Auxiliar Administrativo)	Ensino Médio Completo	CLT
Administrativo	1	30	826,50	Medicina do Trabalho (Aprendiz)	Ensino Médio em Curso	CLT
Administrativo	1	40	3.971,57	Patrimonio (Analista de Patrimonio)	Superior em Curso	CLT
Administrativo	1	40	1.769,61	Patrimonio (Auxiliar Administrativo)	Ensino Médio Completo	CLT

Administrativo	1	40	2.510,69	PID - Programa Internação Domiciliar (Assistente Administrativo)	Superior em Curso	CLT
Administrativo	5	36	3.401,62	Plantão Administrativo (Plantonista Administrativo)	Superior em Curso	CLT
Administrativo	5	36	1.592,67	Radiologia - Administração (Auxiliar Administrativo)	Ensino Médio Completo	CLT
Administrativo	13	40	1.769,61	Radiologia - Administração (Auxiliar Administrativo)	Ensino Médio Completo	CLT
Administrativo	8	36	1.381,06	Radiologia - Administração (Recepcionista)	Ensino Médio Completo	CLT
Administrativo	1	40	3.971,95	Radiologia - Administração (Supervisor Administrativo)	Superior Completo em Administração ou Áreas Afins	CLT
Administrativo	3	30	826,50	Recepção (Aprendiz)	Ensino Médio em Curso	CLT
Administrativo	4	40	1.769,61	Recepção (Auxiliar Administrativo)	Ensino Médio Completo	CLT
Administrativo	2	36	2.041,32	S.A.U. Serv. de Atendimento ao Usuario (Assistente de Sau)	Superior Completo na Áreas de Humanas	CLT
Administrativo	1	40	2.268,13	S.A.U. Serv. de Atendimento ao Usuario (Assistente de Sau)	Superior Completo na Áreas de Humanas	CLT
Administrativo	1	40	4.773,96	S.A.U. Serv. de Atendimento ao Usuario (Coodenador de Sau)	Superior Completo na Áreas de Humanas	CLT
Administrativo	4	30	826,50	SAME - Serv. Arq. Medico e Estatística (Aprendiz)	Ensino Médio em Curso	CLT
Administrativo	4	40	2.510,69	SAME - Serv. Arq. Medico e Estatística (Assistente Administrativo)	Superior em Curso	CLT
Administrativo	13	36	1.592,67	SAME - Serv. Arq. Medico e Estatística (Auxiliar Administrativo)	Ensino Médio Completo	CLT
Administrativo	14	40	1.769,61	SAME - Serv. Arq. Medico e Estatística (Auxiliar Administrativo)	Ensino Médio Completo	CLT

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

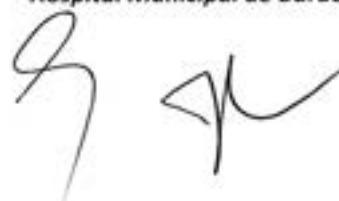
Página 376

Administrativo	11	36	1.381,05	SAME - Serv. Arq. Medico e Estatística (Escriturario)	Ensino Médio Completo	CLT
Administrativo	21	40	1.534,49	SAME - Serv. Arq. Medico e Estatística (Escriturario)	Ensino Médio Completo	CLT
Administrativo	1	40	6.671,72	SAME - Serv. Arq. Medico e Estatística (Gerente de Same)	Superior Completo	CLT
Administrativo	1	40	1.769,61	Segurança (Auxiliar Administrativo)	Ensino Médio Completo	CLT
Administrativo	1	40	6.374,31	Segurança (Gerente de Segurança)	Superior Completo	CLT
Administrativo	1	36	2.304,49	Serviço Social (Assistente de Sala)	Ensino Médio Completo	CLT
Administrativo	4	40	8.588,15	Tecn. Informação e Comunicação (TI) (Analista de Sistemas Senior)	Superior Completo em Sistemas de informação, Ciência da Computação, Engenharia da Computação ou Áreas Afins	CLT
Administrativo	3	40	3.303,14	Tecn. Informação e Comunicação (TI) (Analista de Suporte Senior)	Superior Completo em Sistemas de informação, Ciência da Computação, Engenharia da Computação ou Áreas Afins	CLT
Administrativo	1	40	10.045,79	Tecn. Informação e Comunicação (TI) (Analista Programador)	Superior Completo em Sistemas de informação, Ciência da Computação, Engenharia da Computação ou Áreas Afins	CLT
Administrativo	2	40	11.684,38	Tecn. Informação e Comunicação (TI) (Coordenador de TI Senior)	Superior Completo em Sistemas de informação, Ciência da Computação, Engenharia da Computação ou Áreas Afins	CLT
Administrativo	1	40	10.707,93	Tecn. Informação e Comunicação (TI) (Coordenador de TI)	Superior Completo em Sistemas de informação, Ciência da Computação, Engenharia da Computação ou Áreas Afins	CLT
Administrativo	1	40	4.372,64	Tesouraria / Contas a Pagar (Analista de Contas a Pagar Pleno)	Superior Completo	CLT

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 377



Administrativo	1	40	5.148,59	Tesouraria / Contas a Pagar (Analista Financeiro Pleno)	Superior Completo	CLT
Administrativo	1	40	6.696,38	UAN - Unid. Alimentação e Nutrição (Gerente de Nutrição)	Superior Completo em Nutrição	CLT
Administrativo	2	40	3.971,56	UGP - Departamento Pessoal (Analista de Pessoal Pleno)	Superior Completo	CLT
Administrativo	2	40	5.516,11	UGP - Departamento Pessoal (Analista de Pessoal Senior)	Superior Completo	CLT
Administrativo	1	40	1.769,61	UGP - Departamento Pessoal (Auxiliar Administrativo)	Superior em curso	CLT
Administrativo	2	30	826,50	UGP - Departamento Pessoal (Aprendiz)	Ensimo Médio em Curso	CLT
Administrativo	1	40	6.712,98	UGP - Departamento Pessoal (Coordenador de Gestão de Pessoas)	Superior Completo em Direito ou Recursos Humanos	CLT
Administrativo	1	40	14.964,22	UGP - Departamento Pessoal (Gerente de Gestão de Pessoas)	Superior Completo em Direito ou Recursos Humanos	CLT
Administrativo	2	40	4.405,79	UGP - Recursos Humanos (Analista de Gestão de Pessoas PL)	Superior Completo em Psicologia, Administração de Empresa ou Áreas Afins	CLT
Administrativo	1	40	5.556,26	UGP - Recursos Humanos (Analista de Gestão de Pessoas SR)	Superior Completo em Psicologia, Administração de Empresa ou Áreas Afins	CLT
Administrativo	1	36	1.592,65	UGP - Recursos Humanos (Auxiliar Administrativo)	Ensimo Médio em Curso	CLT
Administrativo	1	30	619,88	UGP - Recursos Humanos (Aprendiz)	Ensimo Médio em Curso	CLT
Enfermagem	2	36	5.429,95	Ambulatório Medico (Enfermeiro)	Superior Completo em Enfermagem	CLT
Enfermagem	2	36	2.847,78	Ambulatório Medico (Tecnico de Enfermagem)	Curso Técnico Completo em Técnico de Enfermagem	CLT
Enfermagem	1	40	6.033,28	Centro Cirurgico (Enfermeiro Senior)	Superior Completo em Enfermagem	CLT
Enfermagem	16	36	2.847,78	Centro Cirurgico (Tecnico de Enfermagem)	Curso Técnico Completo em Técnico de Enfermagem	CLT



Enfermagem	2	36	5.429,95	Centro Obstetico (Enfermeiro)	Superior Completo em Enfermagem	CLT
Enfermagem	6	30	5.429,95	Centro Obstetico (Enfermeiro Obstetra)	Superior Completo em Enfermagem com Especialização em Obstetria	CLT
Enfermagem	7	36	2.847,78	Centro Obstetico (Tecnico de Enfermagem)	Curso Técnico Completo em Técnico de Enfermagem	CLT
Enfermagem	1	36	5.429,95	CME - Centro de Material Esterilizado (Enfermeiro)	Superior Completo em Enfermagem	CLT
Enfermagem	1	40	6.033,28	CME - Centro de Material Esterilizado (Enfermeiro Senior)	Superior Completo em Enfermagem	CLT
Enfermagem	5	36	2.847,78	CME - Centro de Material Esterilizado (Tecnico de Enfermagem)	Curso Técnico Completo em Técnico de Enfermagem	CLT
Enfermagem	2	36	2.609,80	Diretoria de Enfermagem (Auxiliar de Enfermagem)	Curso Técnico Completo em Auxiliar de Enfermagem	CLT
Enfermagem	1	40	18.416,30	Diretoria de Enfermagem (Diretor de Enfermagem)	Superior Completo em Enfermagem com Especialização em Administração Hospitalar	CLT
Enfermagem	27	36	5.429,95	Diretoria de Enfermagem (Enfermeiro)	Superior Completo em Enfermagem	CLT
Enfermagem	2	40	6.033,28	Diretoria de Enfermagem (Enfermeiro)	Superior Completo em Enfermagem	CLT
Enfermagem	2	40	13.981,33	Diretoria de Enfermagem (Gerente de Enfermagem)	Superior Completo em Enfermagem com Especialização em Administração Hospitalar ou Áreas Afins	CLT
Enfermagem	6	30	8.508,73	Diretoria de Enfermagem (Supervisor de Enfermagem)	Superior Completo em Enfermagem	CLT
Enfermagem	168	36	2.847,78	Diretoria de Enfermagem (Tecnico de Enfermagem)	Curso Técnico Completo em Técnico de Enfermagem	CLT
Enfermagem	1	40	6.033,28	Diretoria Tecnica (Enfermeiro)	Superior Completo em Enfermagem	CLT



Enfermagem	1	40	7.643,75	Educação Continuada (Supervisor de Educação Continuada)	Superior Completo em Enfermagem	CLT
Enfermagem	1	40	6.033,28	Escritório de Qualidade e Segurança de Assistencial (Enfermeiro Senior)	Superior Completo em Enfermagem	CLT
Enfermagem	24	36	2.847,78	Hemodialise (Técnico de Enfermagem)	Curso Técnico Completo em Técnico de Enfermagem	CLT
Enfermagem	1	40	6.033,28	Medicina do Trabalho (Enfermeiro do Trabalho)	Superior Completo em Enfermagem com Especialização em Enfermagem do Trabalho	CLT
Enfermagem	1	40	3.163,42	Medicina do Trabalho (Tecnico de Enfermeiro do Trabalho)	Curso Técnico Completo em Técnico de Enfermagem com Especialização em Enfermagem do Trabalho	CLT
Enfermagem	10	36	5.429,95	P.A. Pronto Atendimento (Enfermeiro)	Superior Completo em Enfermagem	CLT
Enfermagem	1	40	6.033,28	P.A. Pronto Atendimento (Enfermeiro)	Superior Completo em Enfermagem	CLT
Enfermagem	42	36	2.847,78	P.A. Pronto Atendimento (Tecnico de Enfermagem)	Curso Técnico Completo em Técnico de Enfermagem	CLT
Enfermagem	2	36	2.609,80	PID - Programa Internação Domiciliar (Auxiliar de Enfermagem)	Curso Técnico Completo em Auxiliar de Enfermagem	CLT
Enfermagem	1	40	2.899,77	PID - Programa Internação Domiciliar (Auxiliar de Enfermagem)	Curso Técnico Completo em Auxiliar de Enfermagem	CLT
Enfermagem	4	40	6.033,28	PID - Programa Internação Domiciliar (Enfermeiro)	Superior Completo em Enfermagem	CLT
Enfermagem	1	40	8.571,16	SCIH - Serv. Cont. Infecção Hospitalar (Enfermeiro SCIH)	Superior Completo em Enfermagem	CLT
Enfermagem	1	36	5.429,95	UCA - Unid. Cirurgia Ambulatorial (Enfermeiro)	Superior Completo em Enfermagem	CLT
Enfermagem	4	36	2.847,78	UCA - Unid. Cirurgia Ambulatorial (Tecnico de Enfermagem)	Curso Técnico Completo em Técnico de Enfermagem	CLT



Enfermagem	3	36	5.429,95	UI Berçario (Enfermeiro)	Superior Completo em Enfermagem	CLT
Enfermagem	9	36	2.847,78	UI Berçario (Técnico de Enfermagem)	Curso Técnico Completo em Técnico de Enfermagem	CLT
Enfermagem	1	36	2.609,80	UI Clínica Cirurgica I (Auxiliar de Enfermagem)	Curso Técnico Completo em Auxiliar de Enfermagem	CLT
Enfermagem	2	36	5.429,95	UI Clínica Cirurgica I (Enfermeiro)	Superior Completo em Enfermagem	CLT
Enfermagem	4	36	2.847,78	UI Clínica Cirurgica I (Técnico de Enfermagem)	Curso Técnico Completo em Técnico de Enfermagem	CLT
Enfermagem	1	36	2.609,80	UI Clínica Cirurgica II (Auxiliar de Enfermagem)	Curso Técnico Completo em Auxiliar de Enfermagem	CLT
Enfermagem	1	36	5.429,95	UI Clínica Cirurgica II (Enfermeiro)	Superior Completo em Enfermagem	CLT
Enfermagem	10	36	2.847,78	UI Clínica Cirurgica II (Técnico de Enfermagem)	Curso Técnico Completo em Técnico de Enfermagem	CLT
Enfermagem	1	36	2.609,80	UI Clínica Cirurgica III (Auxiliar de Enfermagem)	Curso Técnico Completo em Auxiliar de Enfermagem	CLT
Enfermagem	2	36	5.429,95	UI Clínica Cirurgica III (Enfermeiro)	Superior Completo em Enfermagem	CLT
Enfermagem	23	36	2.847,78	UI Clínica Cirurgica III (Técnico de Enfermagem)	Curso Técnico Completo em Técnico de Enfermagem	CLT
Enfermagem	12	36	5.429,95	UI Clínica Médica I (Enfermeiro)	Superior Completo em Enfermagem	CLT
Enfermagem	17	36	2.847,78	UI Clínica Médica I (Técnico de Enfermagem)	Curso Técnico Completo em Técnico de Enfermagem	CLT
Enfermagem	16	36	5.429,95	UI Clínica Médica II (Enfermeiro)	Superior Completo em Enfermagem	CLT
Enfermagem	35	36	2.847,78	UI Clínica Médica II (Técnico de Enfermagem)	Curso Técnico Completo em Técnico de Enfermagem	CLT

Enfermagem	4	36	2.609,80	UI Clínica Médica III (Auxiliar de Enfermagem)	Curso Técnico Completo em Auxiliar de Enfermagem	CLT
Enfermagem	3	36	5.429,95	UI Clínica Médica III (Enfermeiro)	Superior Completo em Enfermagem	CLT
Enfermagem	10	36	2.847,78	UI Clínica Médica III (Técnico de Enfermagem)	Curso Técnico Completo em Técnico de Enfermagem	CLT
Enfermagem	2	36	5.429,95	UI Maternidade e Ginecologia (Enfermeiro)	Superior Completo em Enfermagem	CLT
Enfermagem	10	36	2.847,78	UI Maternidade e Ginecologia (Técnico de Enfermagem)	Curso Técnico Completo em Técnico de Enfermagem	CLT
Enfermagem	3	36	5.429,95	UI Pediatria Clínica I (Enfermeiro)	Superior Completo em Enfermagem	CLT
Enfermagem	10	36	2.847,78	UI Pediatria Clínica I (Técnico de Enfermagem)	Curso Técnico Completo em Técnico de Enfermagem	CLT
Enfermagem	1	36	5.429,95	UI Pediatria Clínica II (Enfermeiro)	Superior Completo em Enfermagem	CLT
Enfermagem	4	36	2.847,78	UI Pediatria Clínica II (Técnico de Enfermagem)	Curso Técnico Completo em Técnico de Enfermagem	CLT
Enfermagem	2	36	5.429,95	UI Psiquiatria (Enfermeiro)	Superior Completo em Enfermagem	CLT
Enfermagem	4	36	2.847,78	UI Psiquiatria (Técnico de Enfermagem)	Curso Técnico Completo em Técnico de Enfermagem	CLT
Enfermagem	2	36	5.429,95	UTI Adulto (Enfermeiro)	Superior Completo em Enfermagem	CLT
Enfermagem	1	40	6.033,28	UTI Adulto (Enfermeiro Senior)	Superior Completo em Enfermagem	CLT
Enfermagem	17	36	2.847,78	UTI Adulto (Técnico de Enfermagem)	Curso Técnico Completo em Técnico de Enfermagem	CLT
Enfermagem	4	36	5.429,95	UTI Adulto II (Enfermeiro)	Superior Completo em Enfermagem	CLT

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 382



Enfermagem	18	36	2.847,78	UTI Adulto II (Técnico de Enfermagem)	Curso Técnico Completo em Técnico de Enfermagem	CLT
Enfermagem	1	40	6.033,28	UTI Neonatal (Enfermeiro Senior)	Superior Completo em Enfermagem	CLT
Enfermagem	11	36	2.847,78	UTI Neonatal (Técnico de Enfermagem)	Curso Técnico Completo em Técnico de Enfermagem	CLT
Enfermagem	3	36	5.429,95	UTI Pediátrica (Enfermeiro)	Superior Completo em Enfermagem	CLT
Enfermagem	9	36	2.847,78	UTI Pedriática (Técnico de Enfermagem)	Curso Técnico Completo em Técnico de Enfermagem	CLT
Tecnico	9	36	2.825,11	Agência Transfusional/Posto de Coleta (Tecnico de Banco de Sangue)	Curso Técnico Completo em Técnico em Hemoterapia	CLT
Tecnico	1	12	2.574,19	Ambulatório Medico (Dentista)	Superior Completo em Odontologia	CLT
Tecnico	1	30	6.426,85	Ex. Laboratorio - Análises Clínicas (Gerente Operacional de Laboratorio)	Superior Completo em Ciências Biológicas, Biomedicina, Farmácia Bioquímica ou Médico (Patologista Clínico)	CLT
Tecnico	9	24	2.538,35	Ex. Raio-X (Técnico de Radiologia)	Curso Técnico Completo em Radiologia ou Tecnólogo em Radiologia Médica	CLT
Tecnico	1	24	3.703,33	Radiologia - Administração (Supervisor Técnico de Radiologia)	Superior Completo em Tecnólogo em Radiologia	CLT
Tecnico	17	24	2.538,35	Radiologia - Administração (Técnico de Radiologia)	Curso Técnico Completo em Radiologia ou Tecnólogo em Radiologia Médica	CLT
Tecnico	42	30	3.579,18	Reabilitação Internados (Fisioterapeuta)	Superior Completo em Fisioterapia	CLT
Tecnico	1	30	4.323,74	Reabilitação Internados (Fisioterapeuta Coordenador)	Superior Completo em Fisioterapia	CLT
Tecnico	5	30	5.102,47	Reabilitação Internados (Fonoaudiólogo)	Superior Completo em Fonoaudiologia	CLT

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 383

Tecnico	7	30	4.295,38	Reabilitação Internados (Psicologo)	Superior Completo em Psicologia	CLT
Tecnico	2	30	3.579,18	Reabilitação Internados (Terapeuta Ocupacional)	Superior Completo em Terapia Ocupacional	CLT
Tecnico	7	30	4.094,26	Serviço Social (Assistente Social)	Superior Completo em Serviço Social	CLT

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 384



3.4.3. Protocolos Assistenciais de Atenção Médica e Rotinas Operacionais para os serviços de maior complexidade na medicina como nas emergências e unidade de terapia intensiva, como também enfermarias, centro cirúrgico e ambulatório.

DIRETRIZES CLÍNICAS E PROTOCOLOS MULTIPROFISSIONAIS

Um dos principais objetivos para garantir os resultados assistenciais esperados é estabelecer protocolos multidisciplinares de atendimento às principais patologias, baseados em linhas de cuidado, garantindo a continuidade da assistência e cumprimento das metas temporais definidas nos protocolos.

As diretrizes clínicas e os protocolos multiprofissionais serão definidos de acordo com o perfil epidemiológico estabelecido no projeto assistencial.

A confecção dos protocolos e definição das diretrizes clínicas, mesmo sendo amplamente divulgados e baseados em fortes evidências científicas, para uma melhor integração da equipe de trabalho e fortalecimento do seguimento dos protocolos e diretrizes, obedece às seguintes etapas:

- Primeira etapa: definir diretrizes das patologias mais prevalentes

Acompanhamento do perfil epidemiológico de atendimento com definição dos casos clínicos de maior mortalidade, os de maior tempo de permanência e os mais prevalentes.

As Diretrizes Clínicas (“*guidelines*”) são construídas com rigorosa metodologia científica, funcionando como base de sustentação das recomendações da conduta médica. Também é definida como a que contém a melhor prática médica para uma determinada doença ou procedimento. Geralmente elaborada por um grupo de especialistas de uma sociedade, procurando sempre estar fundamentada em evidências científicas as mais recentes possíveis.

As diretrizes clínicas sintetizam de forma sistemática o conhecimento que temos sobre uma doença servindo de orientação de como conduzir os doentes.

Quando a publicação assume a forma de uma sequência padronizada de decisões, em forma escrita ou em um software interativo, ela é chamada de “**Algoritmo Clínico**”.



O processo de tomada de decisão clínica é realizado com três componentes: a) o julgamento criterioso e imparcial dos resultados das pesquisas clínicas, sintetizadas e contextualizadas pelas diretrizes clínicas, b) as preferências do doente devidamente esclarecido, c) as circunstâncias em que o doente é atendido, o estado da doença e os recursos disponíveis no local de atendimento. A vivência do profissional é que vai permitir o ajuste fino deste processo para que o doente tenha maior probabilidade de benefício do que prejuízo.

- Segunda etapa: montar em equipe os protocolos multidisciplinares

Os Protocolos Clínicos são uma forma organizada de atendimento das equipes multidisciplinares, através de todo o fluxo assistencial. As ações de cada componente do grupo são descritas em ordem padronizada, forma e tempo específico. A melhor forma de apresentação também é o “**Algoritmo do Fluxo Assistência**”.

O seguimento da Diretriz Clínica, sem o apoio multidisciplinar, não garante o processo de qualidade, a garantia da segurança do paciente e da melhor prática (efetividade e eficácia) só vai ser alcançada se todas as ações estiveram perfeitamente sincronizadas.

A construção dos Protocolos através de grupos multidisciplinares, com o entendimento do saber complementar, da interdependência das ações dos vários grupos de profissionais.

- *Terceira etapa: definição dos marcadores (ou indicadores) e gestor do protocolo, realizada junto aos Coordenadores das áreas.*
- *Quarta Etapa: avaliação dos protocolos através de Auditoria Clínica, realizada pelos Coordenadores.*
- *Quinta Etapa: planejamento junto à gestão da qualidade e recursos humanos da educação continuada conforme resultado encontrado.*

As unidades afiliadas da SPDM, regularmente, promoverão cursos de capacitação e aperfeiçoamento, com equipe própria de instrutores e/ou de outras instituições, podendo abranger os profissionais que atuam nas demais unidades de saúde dos municípios, para garantia da continuidade da assistência, com itens de segurança do paciente e humanização no atendimento.



No início das atividades todos os profissionais serão capacitados para os principais protocolos clínicos, protocolos de prevenção e Práticas Organizacionais Requeridas, já instituídos e implantados nas Unidades Afiliadas da SPDM:

Protocolos Clínicos: (anexo 05 e 10)

1. Protocolo de Dor torácica
2. Protocolo de Sepsis
3. Protocolo de Trauma
4. Protocolo de AVE (Acidente Vascular Encefálico)
5. Prevenção de Trombose Venosa Profunda Cirúrgico
6. Prevenção de Trombose Venosa Profunda Clínico

Práticas de Segurança Operacional (PSO)

As Práticas de Segurança Operacional (Requeridas ou necessárias), também conhecidas como ROPs "Required Organizational Practices", são práticas baseadas em evidências que contribuem para a melhoria da qualidade e segurança dos serviços de saúde. A implementação e monitoramento das ROPs é um dos recursos que utilizamos para a promoção da melhoria contínua da qualidade.

As principais Práticas de Segurança Operacional (PSO):

1. Identificação do Paciente
2. Reconciliação Medicamentosa: admissão, transferência e alta
3. Controle de eletrólitos concentrados
4. Controle no uso dos Narcóticos
5. Práticas de Segurança na utilização de medicação
6. Padronização de medicamentos
7. Treinamento em segurança do paciente
8. Higiene das Mãos
9. Informação na transferência
10. Cirurgia Segura
11. Antibiótico profilaxia



Destacamos que das 11 práticas relacionadas, seis estão relacionadas ao processo medicamentoso, que é considerado um processo complexo, crítico e de alto risco para os pacientes e tem apresentado altas taxas de ocorrência de eventos adversos que poderiam ser evitados, portanto, a SPDM disponibiliza a todos os colaboradores das áreas assistenciais, um **Protocolo de Terapia Medicamentosa** (anexo 18), que atualmente já está na 3ª edição e contém todo o fluxo da cadeia de terapia medicamentosa.

Protocolos de Prevenção: (anexo 13 e 17)

1. Prevenção de queda
2. Prevenção de lesão por pressão
3. Prevenção de flebite
4. Prevenção de broncoaspiração
5. Prevenção de Pneumonia relacionada à Ventilação Mecânica
6. Prevenção de Infecção de corrente sanguínea relacionada ao uso de cateter central
7. Protocolos de Enfermagem do Centro Cirúrgico

Gerenciamento de Protocolos

Os protocolos gerenciados são elegíveis através da alta gravidade, do custo elevado e da alta prevalência.

Estes são gerenciados por uma comissão de auditoria de boas práticas, composta por uma equipe multiprofissional, onde são definidos os marcadores para cada protocolo. Por exemplo: Protocolo de dor torácica, protocolo do trauma.

O gerenciamento pode ser feito através de busca ativa ou análise retrospectiva dos prontuários.

PAPEIS E RESPONSABILIDADES DA EQUIPE INTERDISCIPLINAR DAS UNIDADES ASSISTENCIAIS

Pacientes Críticos: Paciente crítico/grave é aquele que se encontra em risco iminente de perder a vida ou função de órgão/sistema do corpo humano, bem como aquele em frágil condição clínica decorrente de trauma ou outras condições relacionadas a processos que requeiram cuidado imediato clínico, cirúrgico, gineco-obstétrico ou em saúde mental.

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização
e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 388



(PORTARIA Nº 2.338, DE 3 DE OUTUBRO DE 2011)

Médico - Plano terapêutico e monitorização 24 horas

- Visitas médicas diárias
- Prescrição Médica diária
- Evolução Médica diária
- Discussão com equipe multidisciplinar
- Definição de alta ou transferências

PRONTO ATENDIMENTO

POLÍTICA DA UNIDADE

Prestar assistência aos pacientes referenciados pela rede municipal de urgência/emergência com excelência, com ênfase nas práticas na prevenção de infecção e outros eventos não desejáveis aos pacientes, garantia do fornecimento de insumos, medicamentos, limpeza, equipamentos com manutenção preventiva, roupas, acesso de familiares às informações e visita ao seu paciente, sob supervisão de enfermeiro e acompanhamento médico direto nas 24 horas, acesso a outros especialistas, buscando uma recuperação digna e no tempo próprio esperado de cada paciente. (anexo 09)

PRODUTO

Primeira tomada de decisão e confirmação diagnóstica para elaboração do projeto terapêutico.



EQUIPE DO PRONTO ATENDIMENTO

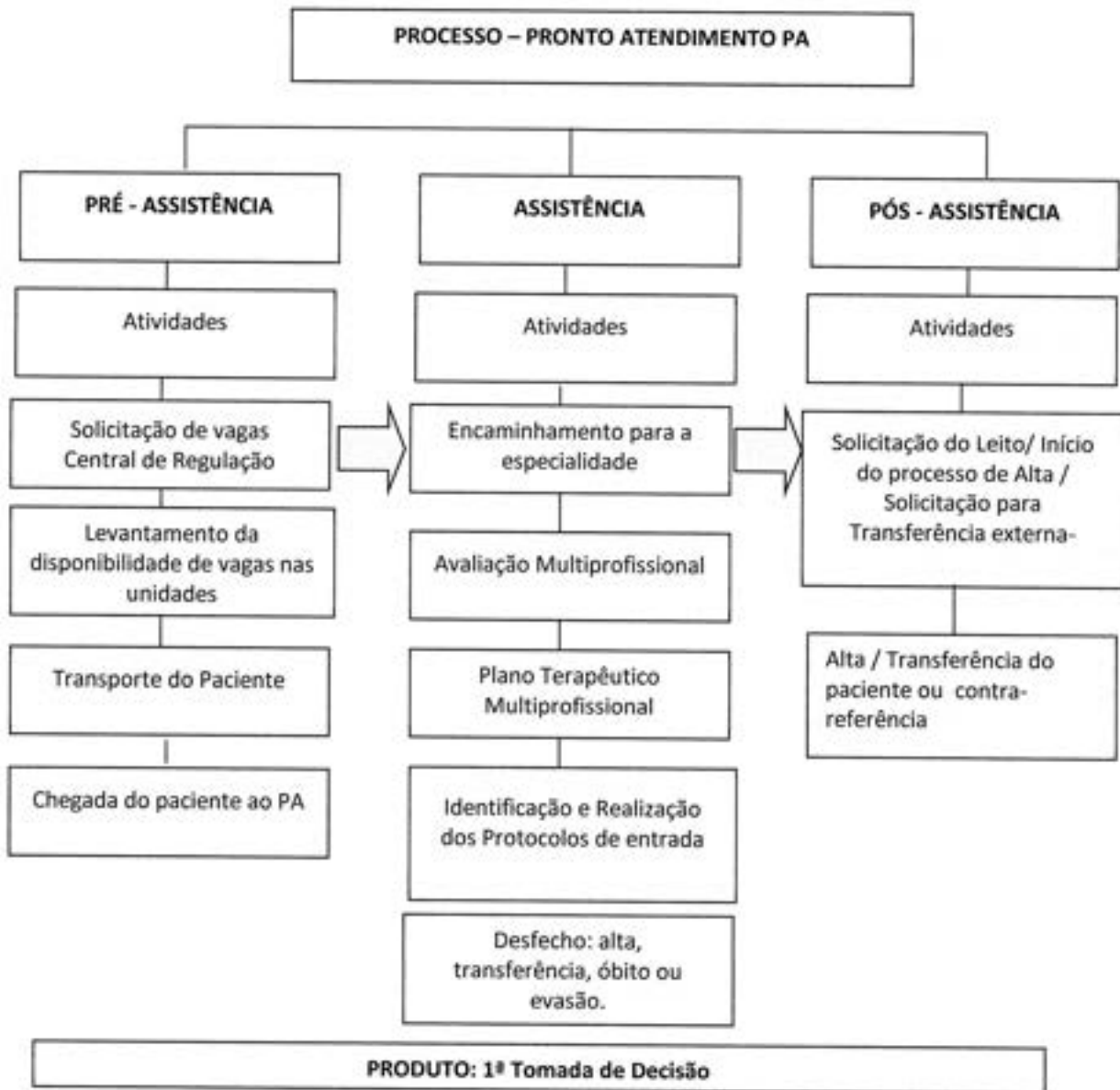
CATEGORIA	QUANTIDADE PROFISSIONAL	CARGA HORÁRIA	SALÁRIO BASE (R\$)	ÁREA DE TRABALHO (Função)	FORMAÇÃO	REGIME DE CONTRATAÇÃO
Médica	1	30h/semanais	145,00/hs	Médico referencia	Medicina	PJ
Médica	2 plantonistas a cada 12hs	30h/semanais	145,00/hs	Médico plantonista	Medicina	PJ
Médica	3	30h/semanais	145,00/hs	Médico Hospitalista	Medicina	PJ
Enfermeiro	1	40	6.033,28	Enfermeiro Clínico	Superior Completo em Enfermagem	CLT
Enfermeiro	10	36	5.429,95	Enfermeiro	Superior Completo em Enfermagem	CLT
Técnico de Enfermagem	32	36	2.847,78	Tecnico de Enfermagem	Curso Técnico Completo em Técnico de Enfermagem	CLT

HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO

24 HORAS/DIA



PRINCIPAIS ATIVIDADES DA UNIDADE



UNIDADE DE INTERNAÇÃO: CLÍNICA CIRÚRGICA, MÉDICA, PSIQUIATRIA, PEDIATRIA E MATERNIDADE

POLÍTICA DA UNIDADE

Prestar assistência de excelência para os pacientes cirúrgicos e clínicos, puérperas e gestantes, crianças e adolescentes, garantindo assistência sistematizada e individualizada, ambiente em condições adequadas, com medidas na prevenção de eventos evitáveis e Infecção, acesso a informações sobre a evolução e o preparo do paciente ou cuidador para a alta na manutenção dos cuidados pós cirúrgicos.

PRODUTO

Alta hospitalar do paciente.

EQUIPE DA CLÍNICA MÉDICA

CATEGORIA	QUANTIDADE PROFISSIONAL	CARGA HORÁRIA	SALÁRIO BASE (R\$)	ÁREA DE TRABALHO (Função)	FORMAÇÃO	REGIME DE CONTRATAÇÃO
Médica	01	30h/semanais	145,00/hs	Médico diarista	Medicina	PJ
Médica	14	24h/semanais	145,00/hs	Médico diarista	Medicina	PJ
Enfermagem	20	36h/semanais	5.429,95	Enfermeiro	Superior Completo em Enfermagem	CLT
Enfermagem	60	36h/semanais	2.847,78	Técnico de Enfermagem	Curso Técnico Completo em Técnico de Enfermagem	CLT



Fisioterapeuta	06	30h/semanais	3.579,18	Reabilitação Internados (Fisioterapeuta)	Superior Completo em Fisioterapia	CLT
Fonoaudióloga	02	30h/semanais	5.102,47	Reabilitação Internados (Fonoaudiólogo)	Superior Completo em Fonoaudiologia	CLT
Assistente Social	01	30h/semanais	4.094,26	Serviço Social (Assistente Social)	Superior Completo em Serviço Social	CLT

EQUIPE DA CLÍNICA CIRÚRGICA

CATEGORIA	QUANTIDADE PROFISSIONAL	CARGA HORÁRIA	SALÁRIO BASE (R\$)	ÁREA DE TRABALHO (Função)	FORMAÇÃO	REGIME DE CONTRATAÇÃO
Médica	01	30h/semanais	115,50/hs	Médico diarista	Medicina	PJ
Enfermagem	16	36h/semana	5.429,95	Enfermeiro	Superior Completo em Enfermagem	CLT
Enfermagem	50	36h/semana	2.847,78	Técnico de Enfermagem	Curso Técnico Completo em Técnico de Enfermagem	CLT
Fisioterapia	04	30h/semanais	3.579,18	Reabilitação Internados (Fisioterapeuta)	Superior Completo em Fisioterapia	CLT

EQUIPE DA CLÍNICA PEDIÁTRICA

CATEGORIA	QUANTIDADE PROFISSIONAL	CARGA HORÁRIA	SALÁRIO BASE (R\$)	ÁREA DE TRABALHO (Função)	FORMAÇÃO	REGIME DE CONTRATAÇÃO
Médica	07	24h/semanais	125,10/hs	Médico diarista	Medicina	PJ
Médica	01	30h/semanais	125,10/hs	Médico Plantonista	Medicina	PJ
Enfermagem	8	36h/semana	5.429,95	Enfermeiro	Superior Completo em Enfermagem	CLT
Enfermagem	40	36h/semana	2.847,78	Técnico de Enfermagem	Curso Técnico Completo em Técnico de Enfermagem	CLT
Fisioterapeuta	04	30h/semanais	3.579,18	Reabilitação Internados (Fisioterapeuta)	Superior Completo em Fisioterapia	CLT
Fonoaudióloga	02	30h/semanais	5.102,47	Reabilitação Internados (Fonoaudiólogo)	Superior Completo em Fonoaudiologia	CLT

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 394



EQUIPE DA CLÍNICA MATERNIDADE/CIRURGIA GINECOLÓGICA

CATEGORIA	QUANTIDADE PROFISSIONAL	CARGA HORÁRIA	SALÁRIO BASE (R\$)	ÁREA DE TRABALHO (Função)	FORMAÇÃO	REGIME DE CONTRATAÇÃO
Médica	01	30h/semanais	130,00/hs	Médico diarista	Medicina	PJ
Enfermagem	6	36h/semana	5.429,95	Enfermeiro	Superior Completo em Enfermagem	CLT
Enfermagem	25	36h/semana	2.847,78	Técnico de Enfermagem	Curso Técnico Completo em Técnico de Enfermagem	CLT
Enfermagem	1	36h/semana	2.609,80	Auxiliar de Enfermagem	Curso Técnico Completo em Auxiliar de Enfermagem	CLT

EQUIPE DA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA

CATEGORIA	QUANTIDADE PROFISSIONAL	CARGA HORÁRIA	SALÁRIO BASE (R\$)	ÁREA DE TRABALHO (Função)	FORMAÇÃO	REGIME DE CONTRATAÇÃO
Médica	07	12h/semanais	138,00/hs	Médico Plantonista	Medicina	PJ
Enfermagem	4	36h/semana	5.429,95	Enfermeiro	Superior Completo em Enfermagem	CLT



Enfermagem	8	36h/semana	2.609,80	Auxiliar de Enfermagem	Curso Técnico Completo em Auxiliar de Enfermagem	CLT
Psicólogo	2	30h/semanais	4.295,38	Reabilitação Internados (Psicólogo)	Superior Completo em Psicologia	CLT
Terapeuta Ocupacional	1	30h/semanais	3.579,18	Reabilitação Internados (Terapeuta Ocupacional)	Superior Completo em Terapia Ocupacional	CLT
Assistente Social	1	30h/semanais	4.094,26	Serviço Social (Assistente Social)	Superior Completo em Serviço Social	CLT

HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO

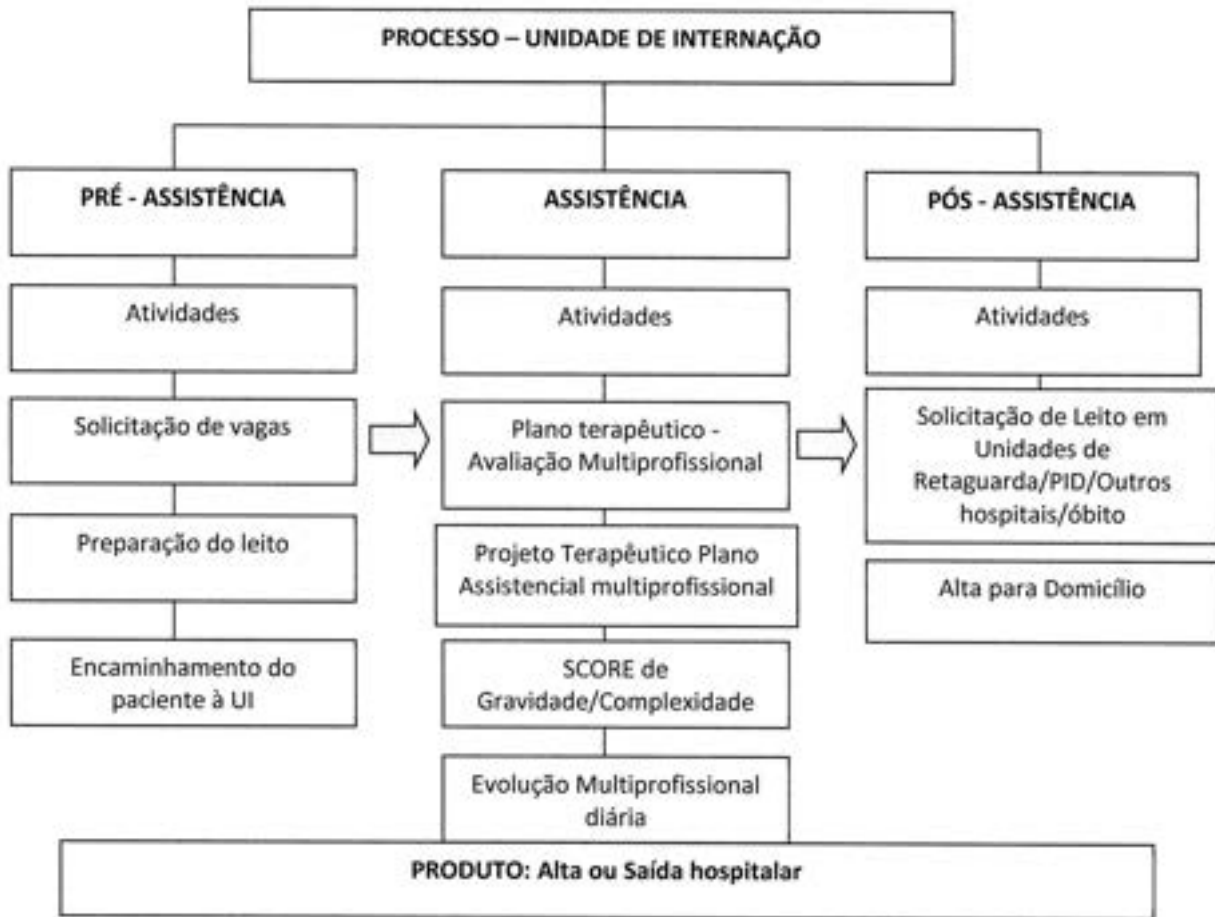
24 horas/dia

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 396

PRINCIPAIS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NA UNIDADE



UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: ADULTO, PEDIÁTRICA E NEONATAL

POLÍTICA DA UNIDADE

Prestar assistência aos pacientes críticos com excelência, com ênfase nas práticas na prevenção de infecção e outros eventos não desejáveis aos pacientes, garantia dos fornecimentos de insumos, medicamentos, limpeza, equipamentos com manutenção preventiva, roupas, acesso de familiares às informações e visita ao seu paciente, sob supervisão de enfermeiro e acompanhamento médico direto nas 24 horas, acesso a outros especialistas, buscando uma recuperação digna e no tempo próprio esperado de cada paciente. (anexo 22)

PRODUTO

Estabilização do paciente.

EQUIPE DA UTI ADULTO

CATEGORIA	QUANTIDADE PROFISSIONAL	CARGA HORÁRIA	SALÁRIO BASE (R\$)	ÁREA DE TRABALHO (Função)	FORMAÇÃO	REGIME DE CONTRATAÇÃO
Médica	14	24h/semanais	145,00/hs	Médico Plantonista	Medicina	PJ
Médica	02	30h/semanais	145,00/hs	Médico Diarista	Medicina	PJ
Enfermagem	01	40h/semana	6.033,28	Enfermeiro Clínico	Superior Completo em Enfermagem	CLT
Enfermagem	09	36h/semana	5.429,95	Enfermeiro	Superior Completo em Enfermagem	CLT
Enfermagem	45	36h/semana	2.847,78	Técnico de Enfermagem	Curso Técnico Completo em Técnico de Enfermagem	CLT

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 398

Fisioterapeuta	4	30h/semanais	3.579,18	Reabilitação Internados (Fisioterapeuta)	Superior Completo em Fisioterapia	CLT
----------------	---	--------------	----------	--	-----------------------------------	-----

EQUIPE DA UTI PEDIÁTRICA

CATEGORIA	QUANTIDADE PROFISSIONAL	CARGA HORÁRIA	SALÁRIO BASE (R\$)	ÁREA DE TRABALHO (Função)	FORMAÇÃO	REGIME DE CONTRATAÇÃO
Médica	07	24h/semanais	133,70/hs	Médico Plantonista	Medicina	PJ
Médica	01	30h/semanais	133,70/hs	Médico Diarista	Medicina	PJ
Enfermagem	06	36h/semana	5.429,95	Enfermeiro	Superior Completo em Enfermagem	CLT
Enfermagem	20	36h/semana	2.847,78	Técnico de Enfermagem	Curso Técnico Completo em Técnico de Enfermagem	CLT
Fisioterapeuta	3	30h/semanais	3.579,18	Reabilitação Internados (Fisioterapeuta)	Superior Completo em Fisioterapia	CLT

EQUIPE DA UTI NEONATAL E BERÇARIO

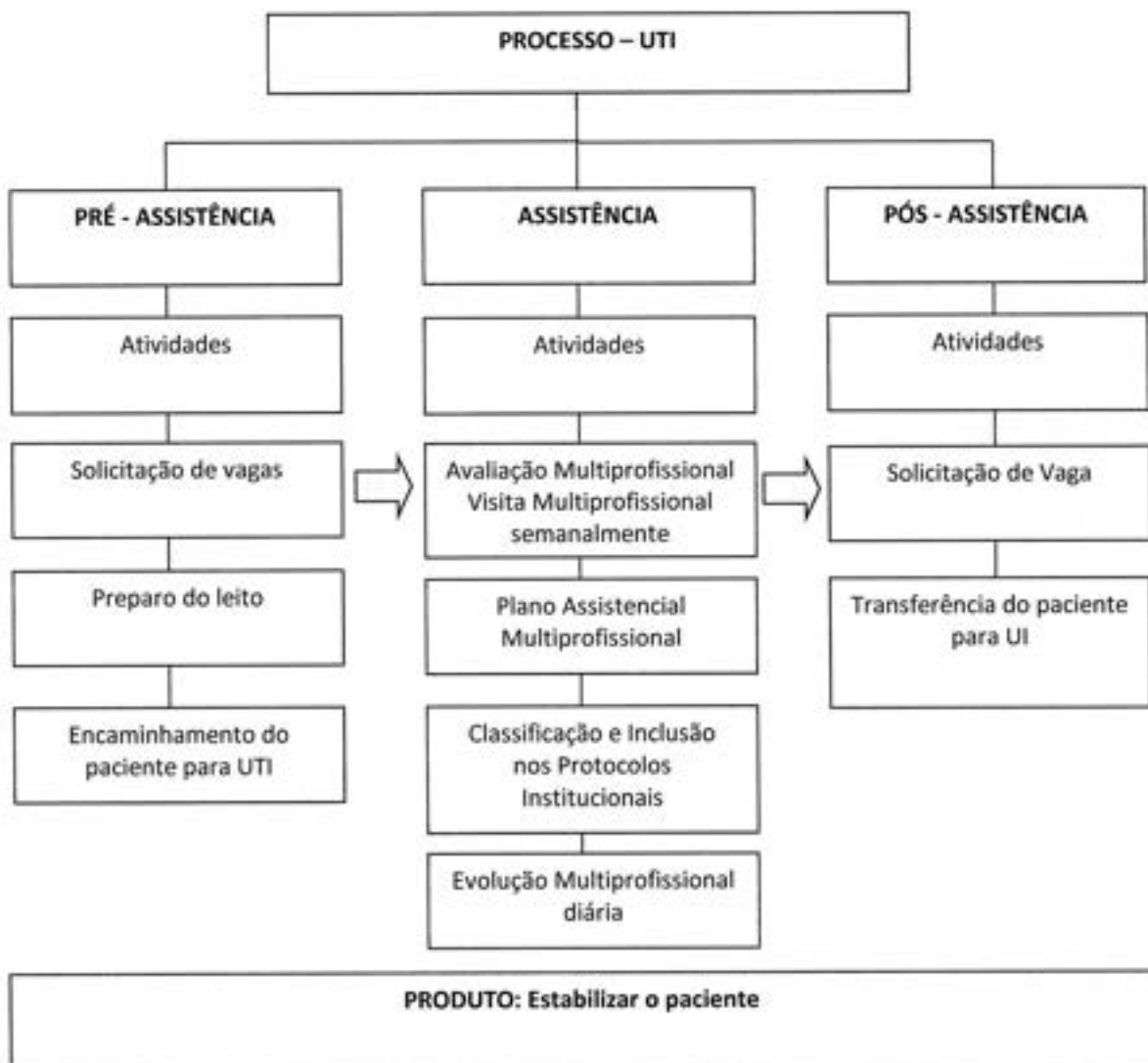
CATEGORIA	QUANTIDADE PROFISSIONAL	CARGA HORÁRIA	SALÁRIO BASE (R\$)	ÁREA DE TRABALHO (Função)	FORMAÇÃO	REGIME DE CONTRATAÇÃO
Médica	07	12h/semanais	136,25/hs	Médico Plantonista	Medicina	PJ
Médica	01	30h/semanais	136,25/hs	Médico Diarista	Medicina	PJ
Enfermagem	01	40h/semana	6.033,28	Enfermeiro Clínico	Superior Completo em Enfermagem	CLT
Enfermagem	06	36h/semana	5.429,95	Enfermeiro	Superior Completo em Enfermagem	CLT
Enfermagem	42	36h/semana	2.847,78	Técnico de Enfermagem	Curso Técnico Completo em Técnico de Enfermagem	CLT
Fisioterapeuta	2	30h/semanais	3.579,18	Reabilitação Internados (Fisioterapeuta)	Superior Completo em Fisioterapia	CLT

HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO

24 horas/dia



PRINCIPAIS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NA UNIDADE



Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização
e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 401

CENTRO CIRÚRGICO/CENTRO OBSTÉTRICO/UNIDADE DE CIRURGIA AMBULATORIAL

POLÍTICA

Garantir condições de segurança, equipamentos, materiais, anestesista e equipe de enfermagem treinada para que o cliente médico cirurgião tenha condições de executar o procedimento cirúrgico eletivo ou de urgência, com qualidade desde a admissão do paciente, no transoperatório, no pós-operatório e no transporte dos pacientes para as unidades (anexo 06 , anexo 14, anexo 16 e anexo 21).

PRODUTO

Saída do paciente do CC/CO/UCA para as unidades de internação ou UTI, de acordo com a gravidade após realização da cirurgia ou parto.

CENTRO CIRÚRGICO

CATEGORIA	QUANTIDADE PROFISSIONAL	CARGA HORÁRIA	SALÁRIO BASE (R\$)	ÁREA DE TRABALHO (Função)	FORMAÇÃO	REGIME DE CONTRATAÇÃO
Médica	07	12h/semanais	115,50/hs	Médico Plantonista	Medicina	PJ
Enfermagem	01	40h/semana	6.033,28	Enfermeiro Clínico	Superior Completo em Enfermagem	CLT
Enfermagem	06	36h/semana	5.429,95	Enfermeiro	Superior Completo em Enfermagem	CLT
Enfermagem	34	36h/semana	2.847,78	Técnico de Enfermagem	Curso Técnico Completo em Técnico de Enfermagem	CLT



CENTRAL DE MATERIAIS E ESTERILIZAÇÃO

CATEGORIA	QUANTIDADE PROFISSIONAL	CARGA HORÁRIA	SALÁRIO BASE (R\$)	ÁREA DE TRABALHO (Função)	FORMAÇÃO	REGIME DE CONTRATAÇÃO
Enfermagem	01	40h/semana	6.033,28	Enfermeiro Senior	Superior Completo em Enfermagem	CLT
Enfermagem	01	36h/semana	5.429,95	Enfermeiro	Superior Completo em Enfermagem	CLT
Enfermagem	24	36h/semana	2.847,78	Técnico de Enfermagem	Curso Técnico Completo em Técnico de Enfermagem	CLT



CENTRO OBSTÉTRICO/CIRURGIAS GINECOLÓGICAS

CATEGORIA	QUANTIDADE PROFISSIONAL	CARGA HORÁRIA	SALÁRIO BASE (R\$)	ÁREA DE TRABALHO (Função)	FORMAÇÃO	REGIME DE CONTRATAÇÃO
Médica	14	24h/semanais	130,00/hs	Médico Plantonista	Medicina	PJ
Enfermagem	6	30/semana	5.429,95	Enfermeiro Obstetra	Superior Completo em Enfermagem com Especialização em Obstetrícia	CLT
Enfermagem	16	36/semana	2.847,78	Tecnico de Enfermagem	Curso Técnico Completo em Técnico de Enfermagem	CLT

UNIDADE DE CIRURGIA AMBULATORIAL

CATEGORIA	QUANTIDADE PROFISSIONAL	CARGA HORÁRIA	SALÁRIO BASE (R\$)	ÁREA DE TRABALHO (Função)	FORMAÇÃO	REGIME DE CONTRATAÇÃO
Médica	07	12h/semanais	57,75/Procedimentos	Médico de Cirurgia Eletiva	Medicina	PJ
Enfermagem	02	36h/semana	5.429,95	Enfermeiro	Superior Completo em Enfermagem	CLT
Enfermagem	10	36h/semana	2.847,78	Técnico de Enfermagem	Curso Técnico Completo em Técnico de Enfermagem	CLT



AGENDAMENTO CIRURGICO/ AMBULATORIAL

CATEGORIA	QUANTIDADE PROFISSIONAL	CARGA HORÁRIA	SALÁRIO BASE (R\$)	ÁREA DE TRABALHO (Função)	FORMAÇÃO	REGIME DE CONTRATAÇÃO
Enfermagem	2	40h/semana	6.033,28	Enfermeiro	Superior Completo em Enfermagem	CLT

HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO

- O Centro Cirúrgico e Centro Obstétrico funcionará 24 horas para as Cirurgias e procedimentos de Urgências e o período diurno de segunda à sexta feira, (7-19 hs) podendo funcionar também aos sábados (7-19hs), para as cirurgias eletivas.
- A Unidade de Cirurgia Ambulatorial funcionará no período diurno de segunda à sexta feira, (7-19 hs) podendo funcionar também aos sábados (7-19hs), para as cirurgias eletivas.

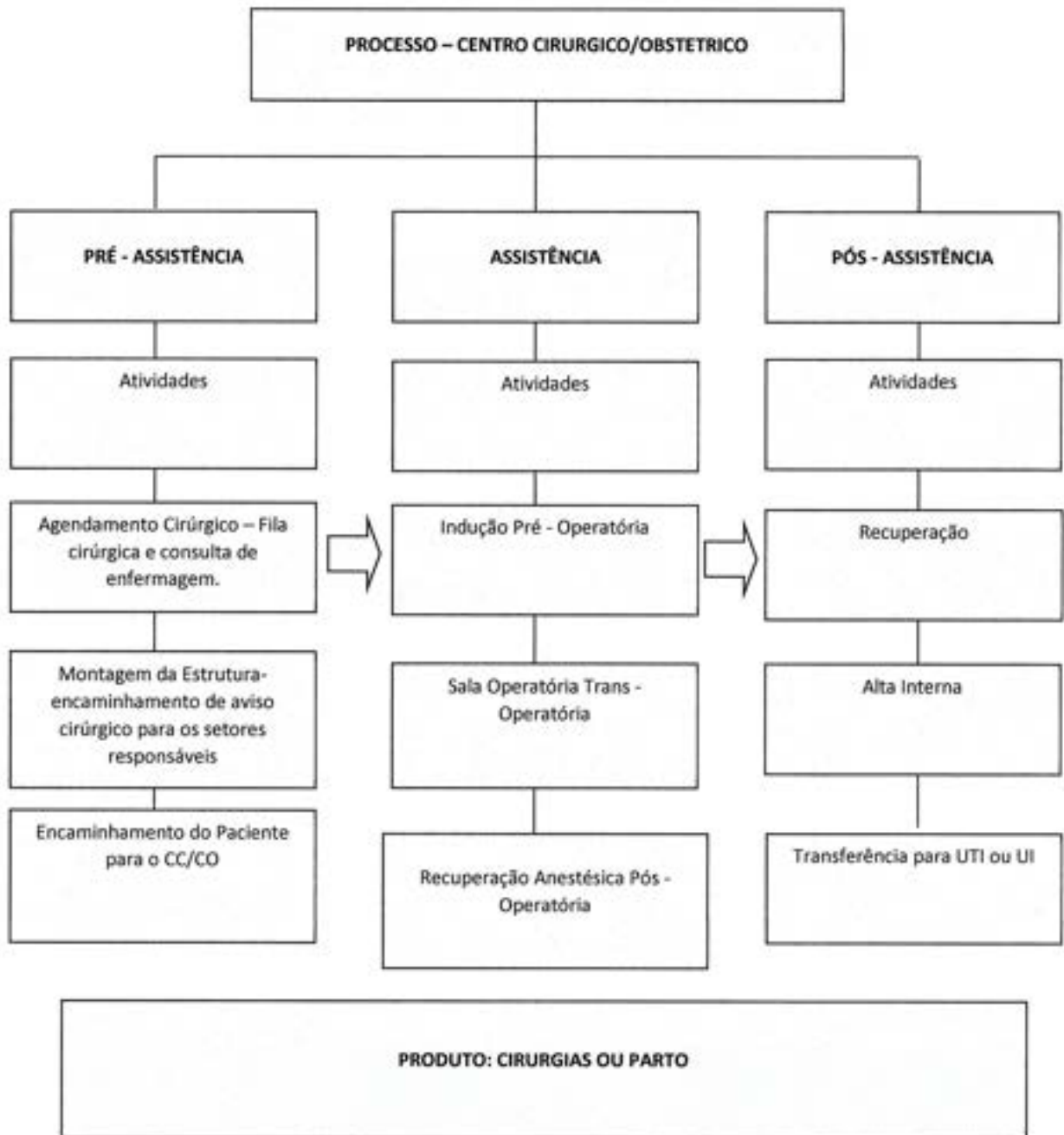
Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização
e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 405



PRINCIPAIS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NA UNIDADE



PROGRAMA DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR (PID)

POLÍTICA DO PROGRAMA

O ciclo completo da assistência hospitalar não se esgota, exclusivamente, na atenção dispensada aos pacientes durante o período de internação intra-hospitalar. O sucesso terapêutico depende preponderantemente, da possibilidade concreta de se adotar a sequência de cuidados que deve ser observado após a alta hospitalar. Para isso, é fundamental que os pacientes egressos - e de acordo com suas reais necessidades - possam ser acompanhados e apoiados por equipes multiprofissionais, capazes de prestar os cuidados de saúde apropriados em ambiente domiciliar.

As mudanças ocorridas no perfil epidemiológico e demográfico têm impulsionado iniciativas da Saúde Pública direcionadas a adequação do modelo assistencial, para que se garanta além dos direitos à saúde a forma mais eficiente e eficaz de lidar com as necessidades desses usuários.

A transição epidemiológica e demográfica é traduzida pelo aumento da expectativa de vida, e conseqüente elevação da incidência e da prevalência das doenças crônico-degenerativas que consomem recursos consideráveis e chegam a ocupar 50% dos leitos hospitalares em alguns países, com tempo de permanência duas vezes maior que os demais grupos etários.

A Rede Hospitalar Pública mantém-se sob pressão da demanda há muitos anos, evidenciada na prática por longas filas de espera, principalmente para os procedimentos eletivos. A limitação de recursos disponíveis, o alto índice de permanência nos leitos hospitalares, sobretudo os clínicos concorrem para o acúmulo da demanda reprimida, retardam o atendimento e corroboram para que tornem os casos ainda mais complexos e, portanto, dispendam maior custo.

Além disso, a queda do poder aquisitivo da população brasileira promove a migração do atendimento privado para o setor público, sobrecarregando-o progressivamente.

O programa de internação domiciliar tem entre seus principais eixos atuar exatamente na "desospitalização", tanto na fase pré-hospitalar como pós-hospitalar - aumentando

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização
e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri - Dr. Francisco Moran

Página 407



concomitantemente a capacidade de internação por leito e otimizando os leitos gerais. Estatisticamente, estudos apontam que 70% das doenças são passíveis de tratamento e acompanhamento em âmbito domiciliar.

PÚBLICO BENEFICIÁRIO

Pacientes moradores do território de abrangência/influência do Hospital Municipal Barueri Francisco Moran, de todas as idades, admitidos segundo os critérios de elegibilidade estabelecidos do programa de internação domiciliar.

SERVIÇOS

A atenção domiciliar consiste numa modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às existentes. É caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados.

Os critérios de inclusão nas modalidades de Atenção Domiciliar deverão seguir a Portaria 2.527 de 27/10/2011 do PID e protocolos da Secretaria Municipal de Saúde.

A Atenção Domiciliar está organizada em três modalidades definida a partir da complexidade dos cuidados prestados aos usuários. Assim sendo:

A frequência das visitas será definida pelas Equipes Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) e pela Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP) a partir das necessidades dos pacientes e o perfil de tratamento. Assim pacientes com quadro clínico agudo ou crônico agudizado, com problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, podem receber visitas diárias, como no caso de pacientes em antibioticoterapia ou curativos ou semanais, como no caso de pacientes em uso de oxigenioterapia domiciliar.

A Atenção Domiciliar contará com a estrutura e os serviços hospitalares previstos no contrato de gestão para o Hospital Municipal de Barueri Francisco Moran (HMBFM), para referência mediata de pacientes oriundos da internação hospitalar, do pronto socorro, hospital

Two handwritten signatures in black ink, one on the left and one on the right, positioned below the footer text.

dia, UBS, ESF, procura espontânea, demandas judiciais, sistema regulatório vigente, entre outras portas de entradas.

A prestação de assistência à saúde é de responsabilidade da EMAD e da EMAP, ambas designadas para esta finalidade (Art. 32. Port.2.527).

As equipes EMAD e EMAP poderão servir de apoio para as Unidades de Saúde do território.

As admissões serão realizadas a partir da referência do Hospital Municipal Barueri Francisco Moran, que representa o sistema regulatório vigente, dos pacientes que necessitam de cuidados domiciliar e são moradores do território de abrangência/influência do hospital.

Os pacientes não residentes no território de abrangência/influência do Hospital Municipal Barueri Francisco Moran, em alta hospitalar e elegíveis ao atendimento domiciliar, deverão ser contra referenciados de suas respectivas residências, através de mecanismos de acessos regulatórios a serem definidos.

O SAMU deve estar envolvido para a retaguarda de remoção urgência/emergência para o Hospital.

É necessário que haja plena integração dos serviços existentes na área de abrangência do território do hospital

A unidade se compromete a manter o registro atualizado dos profissionais das EMADs no CNES, bem como proceder ao faturamento no sistema RAAS AD (Registro Atendimento Ações Serviços do Atendimento Domiciliar), SIA_ BPA das atividades do Programa.

Cabe ao setor de informações da unidade providenciar o cadastramento das equipes (EMAD/EMAP) no SCNES, encaminhando o arquivo ao setor de FATURAMENTO SMS que providenciará a oficialização junto ao MS_SUS.

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização
e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 409



EMAD

- Médicos
- Enfermeiros
- Auxiliares de enfermagem
- Fisioterapeuta
- Assistente administrativo.

EMAP: Será constituída por, no mínimo, 04 (quatro) profissionais de saúde de nível superior, com carga horária de trabalho semanal mínima de 30 (trinta) horas de acordo com a necessidade local entre as seguintes categorias profissionais:

- Assistente Social
- Fisioterapeuta
- Fonoaudiólogo
- Nutricionista
- Odontólogo
- Psicólogo
- Farmacêutico
- Terapeuta Ocupacional

* Outros profissionais poderão ser inseridos na equipe ou substituídos pelos sugeridos acima (desde que não haja aumento de custos)

RECURSOS MATERIAIS E APOIO LOGÍSTICO

Transporte

- EMAD - 03 veículos comum com motoristas
- EMAP- 01 veículo comum com motorista

**Os veículos necessariamente deverão ser identificados com o logo oficial do Programa (aguardar arquivo via SMS)*



Equipamento Hospitalar

- Locação de equipamentos para os pacientes (cama hospitalar, cadeira de rodas, bipap etc), deverá ser providenciado pela SMS

Material médico hospitalar

- Fornecimento de insumos, medicamentos, dietas enterais, gases medicinais etc. serão fornecidos pelo hospital
- Dietas enterais fornecer para o período de 30 à 90 dias pós alta hospitalar, posteriormente a esta fase, a SMS deverá providenciar, seguindo o protocolo estabelecido pelo município.
- Gases medicinais seguir os protocolos vigentes na SMS, exceto em casos especiais.

Estrutura Física

Providenciar espaço físico e mobiliário necessário para as equipes EMAD e EMAP

METAS

Após a implantação do Programa as metas previstas por equipe são:

- Atenção Domiciliar- em média de 100 pacientes/mês, com tempo médio de permanência (TMP) estimada de 30 a 90 dias, salvo em situações específicas onde o TMP poderá ser ampliado, com a respectiva justificativa técnica.



BASES LEGAIS

- Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002, que dispõe sobre a regulamentação da assistência domiciliar no âmbito do SUS
- Portaria MS nº 2.527 de 27/11/2013 que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)
- Portaria nº 963 de 27/05/2013 que altera e acresce dispositivos à Portaria 2527/GM/MS de 27/11/2013, que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)
- Resolução da ANVISA nº 11, de 26 de janeiro de 2006, que dispõe sobre o regulamento técnico de funcionamento de serviços que prestam atenção domiciliar

PRODUTO

Alta domiciliar do paciente.

PID

CATEGORIA	QUANTIDADE PROFISSIONAL	CARGA HORÁRIA	SALÁRIO BASE (R\$)	ÁREA DE TRABALHO (Função)	FORMAÇÃO	REGIME DE CONTRATAÇÃO
Médica	01	10h/semanais	125,00/hs	Médico Coordenador do PID	Medicina	PJ
Médica	03	70h/semanais	125,00/hs	Médico Plantonista	Medicina	PJ
Enfermagem	1	40h/semana	6.033,28	Enfermeiro Clínico	Superior Completo em Enfermagem	CLT
Enfermagem	3	40h/semana	6.033,28	Enfermeiro	Superior Completo em Enfermagem	CLT




Enfermagem	2	36h/semana	2.847,78	Técnico de Enfermagem	Curso Técnico Completo em Técnico de Enfermagem	CLT
Enfermagem	1	40h/semana	2.899,77	Auxiliar de Enfermagem	Curso Técnico Completo em Auxiliar de Enfermagem	CLT
Enfermagem	2	36h/semana	2.609,80	Auxiliar de Enfermagem	Curso Técnico Completo em Auxiliar de Enfermagem	CLT
Fisioterapeuta	2	30h/semana	3.579,18	Reabilitação Internados	Superior Completo em Fisioterapia	CLT
Assistente Social	1	30h/semana	4.094,26	Serviço Social (Assistente Social)	Superior Completo em Serviço Social	CLT
Fonoaudiólogo	1	30h/semana	5.102,47	Reabilitação Internados (Fonoaudiólogo)	Superior Completo em Fonoaudiologia	CLT
Psicólogo	1	30h/semana	4.295,38	Reabilitação Internados (Psicólogo)	Superior Completo em Psicologia	CLT

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 413



INDICADORES DE MONITORAMENTO DO PID

Número de Pacientes		1ºM	2ºM	3ºM	4ºM	5ºM	6ºM	7ºM	8ºM	9ºM	10ºM	11ºM	12ºM
Entradas	CLÍNICA MÉDICA												
	CLÍNICA CIRÚRGICA												
	PEDIATRIA												
	UTI												
	READMISSÃO												
	Demandas internas (SMS) (ouvidoria, gestor, etc)												
Remanescentes	Demandas judiciais												
	TOTAL ENTRADA												
	Nº PACIENTES MÉS												
	ANTERIORES (remanescentes)												
Saídas	Nº PACIENTES MÉS ATUAL												
	ALTA clínica												
	Alta a pedido												
	Alta administrativa												
	Alta por transferência domicílio												
	Reinternação hospitalar												
Informações diversas	ÓBITOS												
	TOTAL SAÍDA												
Informações diversas		1ºM	2ºM	3ºM	4ºM	5ºM	6ºM	7ºM	8ºM	9ºM	10ºM	11ºM	12ºM
Interconsultas (encaminhamentos para avaliação de especialista para hospitais nas enfermarias)													
orientações à família via fone													
orientações à família pessoalmente na unidade													
MUNICÍPIO MUNICIPAL DA SAÚDE - PROGRAMA MELHOR EM CASA													
DADOS ESTATÍSTICOS													
entrevista para admissão													
Visitas Domiciliares		1ºM	2ºM	3ºM	4ºM	5ºM	6ºM	7ºM	8ºM	9ºM	10ºM	11ºM	12ºM
Médicos													
Enfermeiros													
Técnicos de enfermagem													
Fisioterapeuta													
Assistente Social													
Outros													
Monitoramento dos pacientes													
Paciente com sonda vesical	intermitente												
	demora												
Paciente com sonda nasointestinal													
Paciente com gastrostomia													
Paciente com traqueostomia													
Paciente com curativos													
Pacientes com oxigênio													
Pacientes com urgem													
Procedimento de enfermagem		1ºM	2ºM	3ºM	4ºM	5ºM	6ºM	7ºM	8ºM	9ºM	10ºM	11ºM	12ºM
Aplicação de injetáveis													
nº exames laboratoriais (coletas)													
troca de sonda vesical													
troca de sonda nasointestinal													
troca de clisma traqueostomia													
curativos realizados													
aferição de SIVV													
aspiração de secreção													
dieta enteral													
Transporte		1ºM	2ºM	3ºM	4ºM	5ºM	6ºM	7ºM	8ºM	9ºM	10ºM	11ºM	12ºM
nº veículos comuns (lms rodados)													
nº ambulância (lms rodados)													

HEMODIÁLISE

POLÍTICA DA UNIDADE

Prestar assistência sistematizada, individualizada e de excelência para os pacientes internos e externos encaminhados pela Central de Regulação Municipal que necessitam de hemodiálise na fase aguda, sendo considerada hemodiálise de urgência e pacientes com tratamento prolongado. Propõe-se assistência multiprofissional, medidas de prevenção de eventos evitáveis e infecção, além da garantia de acesso a informações sobre a evolução do paciente ou cuidador pós procedimento (anexo 15).

PRODUTO

Realização de hemodiálise.

EQUIPE DA HEMODIÁLISE

A unidade é caracterizada por cuidados específicos, para tanto adota-se a RDC Nº 154 (15 de junho de 2004) que estabelece o regulamento técnico para o funcionamento de diálise. Essa resolução preconiza que cada técnico de enfermagem preste assistência a quatro pacientes e um enfermeiro para 35 pacientes.



CATEGORIA	QUANTIDADE PROFISSIONAL	CARGA HORÁRIA	SALÁRIO BASE (R\$)	ÁREA DE TRABALHO (Função)	FORMAÇÃO	REGIME DE CONTRATAÇÃO
Médica	07	12h/semanais	159,50/hs	Médico Plantonista	Medicina	PJ
Enfermagem	02	36h/semana	5.429,95	Enfermeiro	Superior Completo em Enfermagem	CLT
Enfermagem	34	36h/semana	2.847,78	Técnico de Enfermagem	Curso Técnico Completo em Técnico de Enfermagem	CLT
Psicólogo	1	30h/semana	4.295,38	Reabilitação Internados	Superior Completo em Psicologia	CLT

HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO

2ª a sábado das 05:30 as 16:30

ONCOLOGIA

CATEGORIA	QUANTIDADE PROFISSIONAL	CARGA HORÁRIA	SALÁRIO BASE (R\$)	ÁREA DE TRABALHO (Função)	FORMAÇÃO	REGIME DE CONTRATAÇÃO
Médica	01	12h/semanais	159,50/hs	Médico Plantonista	Medicina	PJ
Enfermagem	01	36h/semana	5.429,95	Enfermeiro	Superior Completo em Enfermagem	CLT
Enfermagem	01	36h/semana	2.847,78	Técnico de Enfermagem	Curso Técnico Completo em Técnico de Enfermagem	CLT

SERVIÇO DE AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

O Serviço de Avaliação Neurológica funcionará 24 horas por dia, 7 dias por semana, oferecendo a Rede Municipal os seguintes serviços:

- Avaliações e Atendimento de urgências e emergências neurocirúrgicas, por meio de encaminhamento, via Central de Regulação do Município, obedecendo os princípios do SUS;
- Avaliação neurocirúrgica de pacientes oriundos de outras unidades municipais após realização de tomografia, por meio de encaminhamento, via Central de Regulação do Município, obedecendo os princípios do SUS;
- Punção de líquido, incluindo medida de pressão inicial e final e todos os demais exames pertinentes, de pacientes encaminhados via Central de Regulação do Município;
- Encaminhamento adequado dos pacientes para referência terciária de Neurologia Clínica ou Cirúrgica, quando houver indicação para tal.

EQUIPE

CATEGORIA	QUANTIDADE PROFISSIONAL	CARGA HORÁRIA	SALÁRIO BASE (R\$)	ÁREA DE TRABALHO (Função)	FORMAÇÃO	REGIME DE CONTRATAÇÃO
Médica	1	12hrs/Se manais	150,00/h s	Neurocirurgia	Medicina	PJ
Médica	14	24hrs/Se manais	135,00/h s	Médico Plantonista	Medicina	PJ



SERVIÇO DE MEDICINA FETAL

O Serviço de Medicina Fetal funcionará 24 horas por dia, 7 dias por semana, com o objetivo de se diminuir os índices de mortalidade infantil no município. Os seguintes serviços serão oferecidos a Rede Municipal:

-Exames diagnósticos: ultrassonografia obstétrica (endovaginal, translucência nugal, doppler colorido, morfológico) e ecodopplercardiograma fetal com mapeamento de fluxo em cores;

-Procedimentos invasivos: passagem de cateter, derivação e punção (pleural, pericárdica, ascite, hidrocefalia, renal ou vesical);

-Cirurgias intraútero: transfusão fetal intraútero, fetoscopia terapêutica com ablação a laser, síndrome transfusor transfundido, válvula de uretra posterior, correção de meningocele por fetoscopia, passagem de balão para hernia diafragmática;

-Seguimento e acompanhamento ao Binômio Mãe-Bebê no parto e pós nascimento;

-Seguimento ambulatorial (primeiras consultas referenciadas) e retornos na especialidade;

-Assegurar atendimentos de urgência, mantendo equipe médica de retaguarda 24 horas por dia, 7 dias na semana;

EQUIPE

CATEGORIA	QUANTIDADE PROFISSIONAL	CARGA HORÁRIA	SALÁRIO BASE (R\$)	ÁREA DE TRABALHO (Função)	FORMAÇÃO	REGIME DE CONTRATAÇÃO
Médica	7	24h/semanais	165,00hrs	Médico Plantonista	Medicina especialidade em Medicina Fetal	PJ
Enfermagem	1	36h/semana	2.847,78	Técnico de Enfermagem	Curso Técnico Completo em Técnico de Enfermagem	CLT



SERVIÇO DE HEMODINÂMICA

O Serviço de Hemodinâmica funcionará 24 horas por dia, 7 dias por semana, oferecendo a Rede Municipal, os exames em caráter de urgência ou ambulatorial, por meio da Central de Regulação Municipal. Poderão também ser oriundos da internação ou Pronto Atendimento do Hospital Municipal de Barueri.

A Equipe do Hospital Municipal de Barueri terá por atribuição a prestação de atendimento de apoio ao diagnóstico e terapia, cujas atividades a serem desenvolvidas são as seguintes:

- Proceder o exame;
- Preparar o paciente;
- Assegurar a execução de procedimentos pré-anestésicos e realizar procedimentos anestésicos;
- Realizar exames e intervenções por meio da radiologia;
- Garantir a realização dos exames e procedimentos por equipes habilitadas;
- Proporcionar cuidados pós-anestésicos;
- Garantir vagas de UTI ou enfermaria para pacientes no pós procedimento;
- Assegurar atendimento de urgência;
- Realizar o procedimento da imagem;
- Interpretar as imagens e emitir laudo dos exames realizados;
- Fornecer os insumos, e materiais de OPME indicados para cada procedimento;
- Guardar e preparar chapas, filmes e contrastes;
- Zelar pela proteção e segurança de pacientes e operadores;
- Realizar controle sistemático de implantes e próteses, bem como registro destes em prontuário.

Os exames e procedimentos a serem realizados são:

- Cineangiocoronariografia
- Angioplastia coronariana com stent convencional

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização
e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 419



- Angioplastia femoral/ ilíaca/ poplítea com ou sem stent
 - Arteriografia uni ou bilateral
 - Implante de filtro de veia cava

EQUIPE

CATEGORIA	QUANTIDADE PROFISSIONAL	CARGA HORÁRIA	SALÁRIO BASE (R\$)	ÁREA DE TRABALHO (Função)	FORMAÇÃO	REGIME DE CONTRATAÇÃO
Médico	7	24h/semanais	400,80/Procedimento	Médico especialista em Hemodinâmica	Medicina	PJ
Médico	2	24hs/semanais	400,80/Procedimento	Médico Anestesiologista	Medicina	PJ
Enfermagem	1	40h/semana	6.033,28	Enfermeiro	Superior Completo em Enfermagem	CLT
Enfermagem	2	36h/semana	2.847,78	Técnico de Enfermagem	Curso Técnico Completo em Técnico de Enfermagem	CLT
Tecnico	3	24 hs/semanais	2.538,35	Tecnico de Radiologia	Curso Técnico Completo em Radiologia ou Tecnólogo em Radiologia Médica	CLT



AMBULATÓRIO

POLÍTICA DA UNIDADE

Realizar consultas médicas e não-médicas conforme protocolo de referência e contra referência (*protocolo e referência e contra referência: anexo 21*) para usuários egressos do Hospital, encaminhados pela Central de Regulação Municipal. Realizar procedimentos de acordo com padronizações e protocolos de atendimento médico e de enfermagem. Garantir a participação das equipes multidisciplinares com trabalhos de grupos e nas consultas de multiprofissionais. Avaliar mensalmente os indicadores de desempenho e qualidade com propostas de melhoria contínua no atendimento e resolubilidade das necessidades do paciente.

PRODUTO

Realização de consultas ambulatoriais, primeira consulta referenciados para as especialidades propostas e de consultas subsequentes, interconsultas e consultas não médicas.

ESPECIALIDADES MÉDICAS
ANESTESIOLOGIA (PRÉ-OPERATÓRIO)
CARDIOLOGIA ADULTO
CIRURGIA BUCOMAXILO FACIAL
CIRURGIA CABEÇA E PESCOÇO
CIRURGIA CARDÍACA
CIRURGIA GERAL
CIRURGIA PEDIÁTRICA
CIRURGIA PLÁSTICA REPARADORA
CIRURGIA TORÁCICA
CIRURGIA ORTOPÉDICA
CIRURGIA VASCULAR
CIRURGIA GINECOLOGIA
OBSTETRÍCIA (PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO)
DERMATOLOGIA
ENDOCRINOLOGIA ADULTO E PEDIÁTRICA
NEFROLOGIA ADULTO E PEDIÁTRICO
NEONATOLOGIA (AMBULATORIAL DE PREMATUROS)

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização
e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 421



OFTALMOLOGIA
OTORRINOLARINGOLOGIA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PNEUMOLOGIA ADULTO E PEDIÁTRICO
PROCTOLOGIA
ONCOLOGIA CLÍNICA
PSIQUIATRIA
FISIATRIA

ESPECIALIDADES NÃO MÉDICAS
ENFERMAGEM
FONOAUDIOLOGIA
ASSISTENTE SOCIAL
PSICOLOGIA
FISIOTERAPIA somente para reabilitação

EQUIPE AMBULATORIAL

CATEGORIA	QUANTIDADE PROFISSIONAL	CARGA HORÁRIA	SALÁRIO BASE (R\$)	ÁREA DE TRABALHO (Função)	FORMAÇÃO	REGIME DE CONTRATAÇÃO
Médica	38	12hrs/Semanais	150,00/hs	Especialista	Medicina	PJ
Técnico	1	12hrs/Semanais	2.574,19	Ambulatório Médico (Dentista)	Superior Completo em Odontologia	CLT
Enfermagem	1	36h/semana	5.429,95	Enfermeiro	Superior Completo em Enfermagem	CLT
Enfermagem	12	36h/semana	2.847,78	Técnico de Enfermagem	Curso Técnico Completo em Técnico de Enfermagem	CLT

EQUIPE DE FISIOTERAPIA

Os principais objetivos da atuação da equipe da fisioterapeuta são os de minimizar os efeitos da imobilidade no leito, prevenir e/ou tratar as complicações respiratórias e motoras e adequada reabilitação proposta no seu plano de cuidado. (anexo 08)

Para o exercício da atividade profissional de Fisioterapeuta no país, é exigível além da formação em curso universitário superior, o registro do seu título no Conselho Profissional da categoria. A atividade profissional só é permitida após o trâmite processual e a concessão de Carteira de Identidade Profissional de Fisioterapeuta (Lei nº 6.316/75).

FISIOTERAPIA CLÍNICA

Atribuições Gerais

- Prestar assistência fisioterapêutica (Hospitalar, Ambulatorial e em Consultórios);
- Elaborar o Diagnóstico Cinesiológico Funcional, prescrever, planejar, ordenar, analisar, supervisionar e avaliar os projetos fisioterapêuticos, a sua eficácia, a sua resolutividade e as condições de alta do cliente submetido a estas práticas de saúde.

Atribuições Específicas

Hospitais, Clínicas e Ambulatórios

- Avaliar o estado funcional do cliente, a partir da identidade da patologia clínica intercorrente, de exames laboratoriais e de imagens, da anamnese funcional e exame da cinesia, funcionalidade e sinergismo das estruturas anatômicas envolvidas.
- Elaborar o Diagnóstico Cinesiológico Funcional, planejar, organizar, supervisionar, prescrever e avaliar os projetos terapêuticos desenvolvidos nos clientes.
- Estabelecer rotinas para a assistência fisioterapêutica, fazendo sempre as adequações necessárias.
- Solicitar exames complementares para acompanhamento da evolução do quadro funcional do cliente, sempre que necessário e justificado.



- Recorrer a outros profissionais de saúde e/ou solicitar pareceres técnicos especializados, quando necessário.
- Reformular o programa terapêutico sempre que necessário.
- Registrar no prontuário do cliente, as prescrições fisioterapêuticas, sua evolução, as intercorrências e as condições de alta da assistência fisioterapêutica.
- Integrar a equipe multiprofissional de saúde, sempre que necessário, com participação plena na atenção prestada ao cliente.
- Desenvolver estudos e pesquisas relacionados à sua área de atuação.
- Colaborar na formação e no aprimoramento de outros profissionais de saúde, orientando estágios e participando de programas de treinamento em serviço.
- Efetuar controle periódico da qualidade e da resolutividade do seu trabalho.
- Elaborar pareceres técnicos especializados sempre que solicitados.

Para atender de forma segura os pacientes internos do hospital e referenciados pela central de regulação do município, a SPDM estabelece normas e rotinas para o funcionamento da unidade, bem como a equipe mínima necessária, a abrangência de atuação. *(Manual de Normas e Rotinas da Fisioterapia)*



EQUIPE REABILITAÇÃO

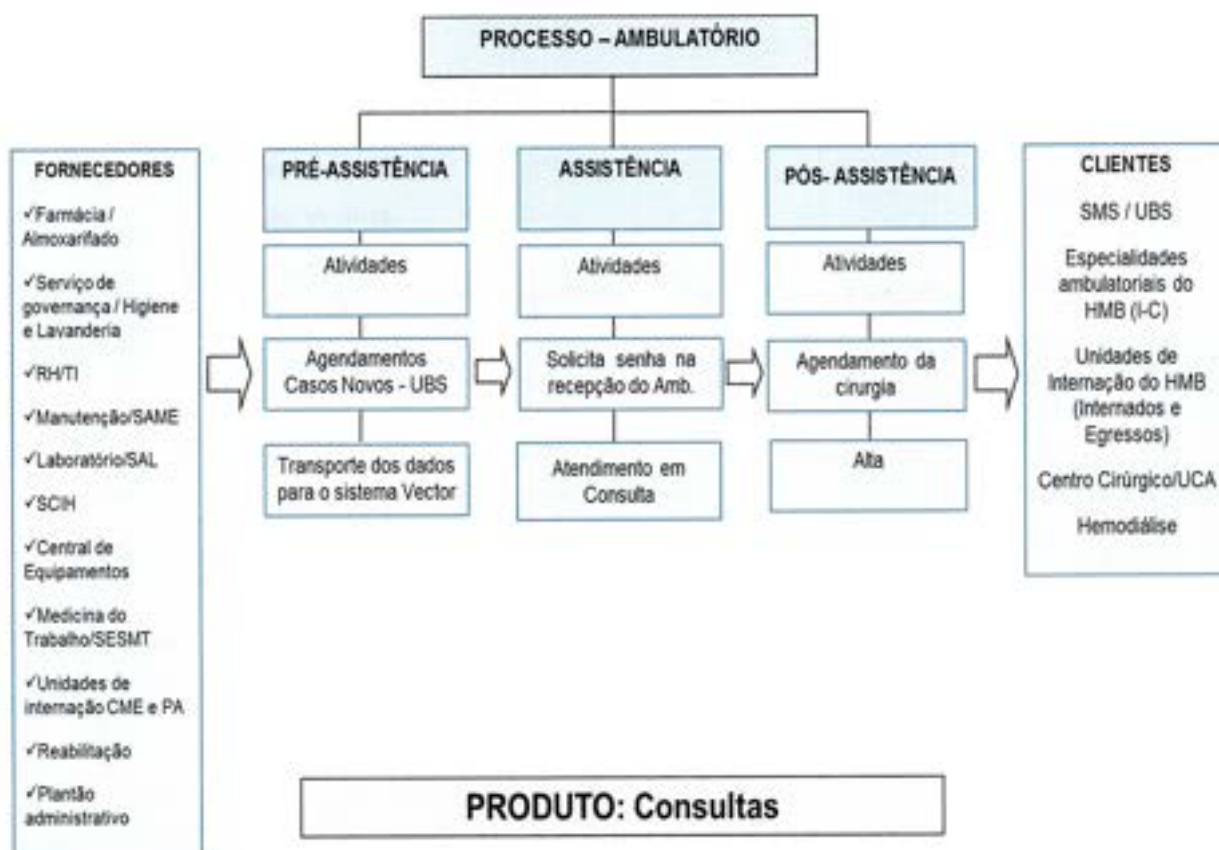
CATEGORIA	QUANTIDADE PROFISSIONAL	CARGA HORÁRIA	SALÁRIO BASE (R\$)	ÁREA DE TRABALHO (Função)	FORMAÇÃO	REGIME DE CONTRATAÇÃO
Tecnico	1	30/semana	4.323,74	Fisioterapeuta Coordenador	Superior Completo em Fisioterapia	CLT
Medico	1	12/semana	4.085,08	Médico Fisiatra	Superior Completo em Medicina com Residência Médica Completa e Especialização em Fisiatria	CLT
Tecnico	12	30/semana	3.579,18	Fisioterapeuta	Superior Completo em Fisioterapia	CLT
Tecnico	3	30/semana	5.102,47	Fonoaudiologo	Superior Completo em Fonoaudiologia	CLT
Tecnico	1	30/semana	3.579,18	Terapeuta Ocupacional	Superior Completo em Terapia Ocupacional	CLT
Tecnico	1	30/semana	4094,26	Assistente Social	Superior Completo em Serviço Social	CLT



HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO

De 2ª a 6ª feira das 7 às 19 horas.

PRINCIPAIS ATIVIDADES DA UNIDADE

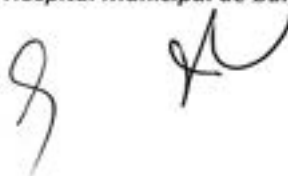


EQUIPE SADT

CATEGORIA	QUANTIDADE PROFISSIONAL	CARGA HORÁRIA	SALÁRIO BASE (R\$)	ÁREA DE TRABALHO (Função)	FORMAÇÃO	REGIME DE CONTRATAÇÃO
Médica	12	12/semanais	159,50/ Hs	Médicos especialistas	Medicina	CLT/PJ
Médica	3	6h/semanais	150,00/ Hs	Médicos Radiologistas	Medicina	CLT/PJ
Médica	1	30h/semanais	150,00/ hs	Médico Patologista	Medicina	CLT/PJ
Enfermagem	1	36h/semana	5.429,95	Enfermeiro	Superior Completo em Enfermagem	CLT
Enfermagem	9	36h/semana	2.847,78	Técnico de Enfermagem	Curso Técnico Completo em Técnico de Enfermagem	CLT

REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA

Os Protocolos de referência e contrarreferência são uma ferramenta prioritária das unidades afiliadas da SPDM, promovem a integração entre a rede básica de saúde e a rede hospitalar, por meio do sistema de referência e contrarreferência, garantindo acesso, acolhimento, vínculo, responsabilidade e resolutividade. O intuito é possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade, reafirmando os princípios básicos do SUS – universalidade, integralidade, equidade, participação e descentralização, hierarquização e regionalização, atendendo às necessidades básicas das diferentes comunidades e proporcionando melhorias nas condições de vida dos nossos usuários.



Desde o início da gestão da SPDM no Hospital Municipal de Barueri, participamos da reestruturação da rede local e estabelecemos mecanismos de referência e contrarreferência, propiciando o constante aprimoramento da qualidade de atendimento, com a formulação de protocolos técnicos para as diversas patologias, junto a Secretaria de Saúde.

O município de Barueri conta com uma rede de assistência a saúde ampla, com um ambulatório de especialidades, em torno de 15 unidades básicas de saúde, 3 prontos socorros adulto e um infantil, além de atendimentos especializados como centro de atenção psicossocial adulto e infantil (CAPS), entre outros, essas unidades realizam encaminhamento ao hospital através da Central de Regulação Municipal.

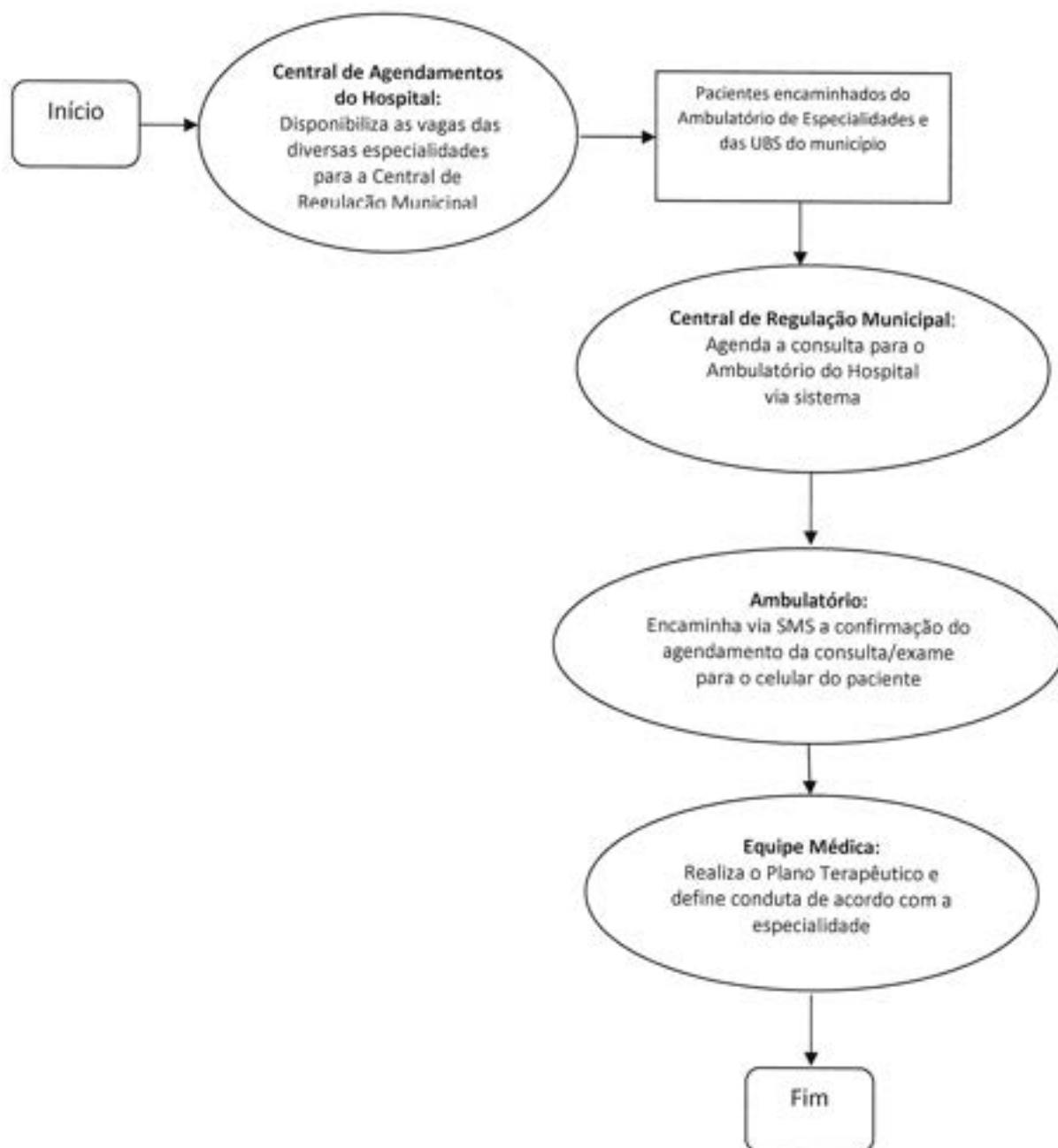
Durante a internação ou acompanhamento no ambulatório do hospital, é fundamental o planejamento para a alta do paciente, garantindo que esta saia de alta com todas as orientações necessárias, bem como com agendamento de retorno para as especialidades necessárias, contra referenciando para uma das unidades básicas de saúde, mais próximas da residência ou de acordo com a especialidade indicada. Outro fator fundamental são as especialidades ou exames não disponíveis na rede do município, o serviço social deve ser envolvido para garantir o seguimento do paciente, que não pode ser liberado para buscar por meios próprios atendimento necessário, essa responsabilidade é da instituição!

Os protocolos de encaminhamento das diversas patologias estão definidos e disponíveis no *Anexo:21 – Protocolos Clínicos e Cirúrgicos de Referência e Contra Referência*, e tem o objetivo de orientar a equipe assistencial para as principais patologias, sinais e sintomas, exames complementares, diagnósticos, tratamento e principalmente os critérios para encaminhamento para o ambulatório de especialidades da sua referência.

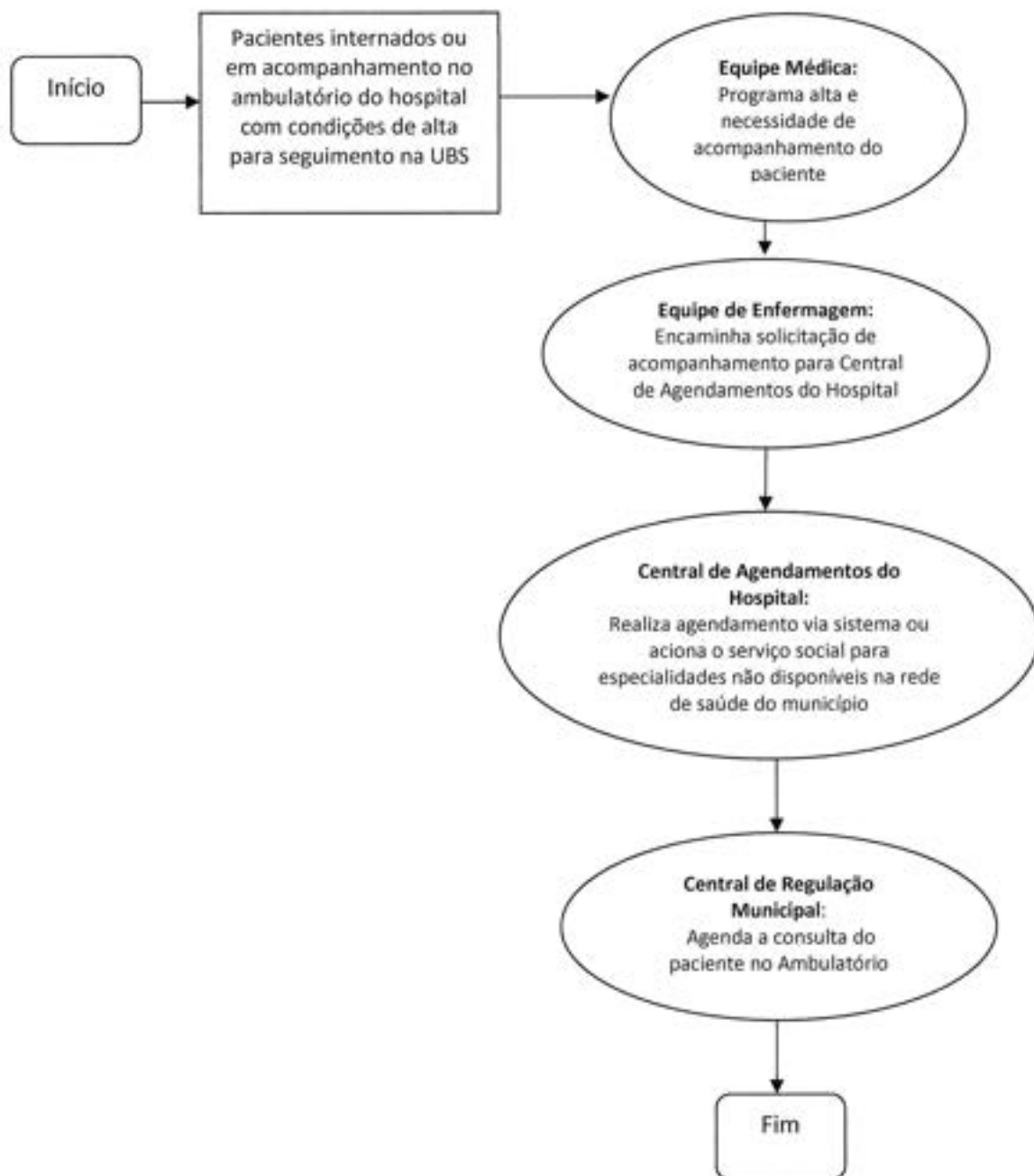
Nosso plano é manter esta integração a Rede Municipal. Esses protocolos deverão ser amplamente discutidos com os profissionais responsáveis pela coordenação dos diversos serviços do município para adequação ao perfil das unidades, bem como, definição de encaminhamentos de serviços especializados não atendidos no município e que necessitam de uma referência regional.



FLUXOGRAMA DA REFERÊNCIA



FLUXOGRAMA DA CONTRA REFERÊNCIA



LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Introdução

O serviço de Análises Clínicas tem por objetivo auxiliar os médicos de diversas especialidades no diagnóstico e acompanhamento clínico do estado de saúde e doença, através da análise de diversos materiais biológicos.

A função principal dos laboratoristas dentro do serviço de Análises Clínicas é o fornecimento de subsídios clínicos que confirme ou rejeite a hipótese diagnóstica, providencie linha de conduta para lidar com paciente, estabelecer um prognóstico, detectar a doença caso a caso e acompanhamento da pós terapia.

A satisfação no desempenho do serviço de Análises Clínicas é alcançada através da qualidade, que exige grande contribuições, visando benefícios aos pacientes e fornecedores da saúde de maneira efetiva, eficiente e econômica.

Objetivo

Realização de exames de urgência e ambulatoriais dentro das dependências do hospital, com equipe qualificada, legalmente habilitada para o exercício das funções e dimensionada para suporte 24 horas ao dia.

Organização do Serviço

O serviço de Análises Clínicas do Hospital poderá ser próprio ou terceirizado, dentro dos princípios das Boas Práticas de Laboratório Clínico (BPLC) em acordo com as exigências da RDC 302, CVS 13 e legislações vigentes.

Envolve todas as fases do processo, desde pré-analítico, analítico e pós analítico (coleta dos exames ambulatoriais, recepção das amostras biológicas, cadastro, triagem, análise, transporte de exames para apoio externo, liberação dos resultados e a guarda de todos os documentos gerados nos processos).



Processos

Tarefas desenvolvidas pelo Laboratório:

- Gerenciamento de Processos: Uso de ferramentas para o mapeamento de todas as fases do processo, desde a entrada do material biológico no laboratório até a liberação do resultado de forma a rastrear, corrigir e melhorar os processos;
- Gerenciamento de Riscos: Uso de ferramentas para registro, análise, correção e prevenção de ocorrências de maior ou menor impacto nas fases pré-analítica, analítica e pós-analítica, sempre com foco na segurança do paciente;
- Manutenção e Recuperação de Documentos e Registros: Sistemática para armazenamento e recuperação dos documentos e/ou registros a fim de garantir a rastreabilidade (acompanhamento da operação), mantendo de forma segura, os seguintes materiais, documentos e/ou registros;
- Fluxograma Operacional: Disponibilização de Fluxogramas para facilitar a visualização dos processos realizados no Laboratório;
- Laudos: São assinados por profissional legalmente habilitado contendo as informações exigidas pela RDC 302;
- Confidencialidade: São adotadas medidas internas para garantir a confidencialidade dos laudos;
- Resultados Críticos: Em casos de resultados que oferecem perigo iminente à vida do paciente, serão empregados todos os recursos disponíveis para informar o médico ou paciente ou responsável por ele;
Será estabelecido um POP para transmissão e registro de resultados de exames nos valores críticos (risco de vida do paciente). Essas ações serão documentadas, a fim de dar aos médicos as informações adequadas referentes aos exames laboratoriais realizados.
- Controle, Limpeza, Manutenção e Verificação de Equipamentos: São adotados procedimentos específicos para controle, limpeza, verificação e manutenção corretiva e preventiva dos equipamentos do Laboratório. Quando aplicáveis, os procedimentos tratarão da calibração dos equipamentos;
- Biossegurança: Implementação de um Manual de Biossegurança para que sejam seguidas as leis vigentes e os regulamentos técnicos referentes à saúde, segurança no trabalho e meio ambiente no Laboratório Clínico;



Em conjunto o SESMT será oferecido treinamento e orientação a todo o seu pessoal, a fim de que todas essas instruções sejam seguidas e praticadas na empresa, incluindo neste caso: descarte de materiais, primeiros socorros, uso de EPI's (Equipamentos de Proteção Individual), vacinação, cuidados com o meio ambiente, condições de trabalho, mapa de risco, entre outros.

- **Serviço de Apoio:** Disponibilização de relação com todos os exames terceirizados; A aquisição de serviços de Laboratório de Apoio (Exames Terceirizados) estará sujeita a avaliação e aprovação prévia, através da utilização de ferramentas específicas para auditoria e validação dos laboratórios de apoio;
- **Indicadores:** Mensuração dos processos através de indicadores de qualidade para todas as fases (pré-analítica, analítica e pós-analítica);
- **Não-Conformidade, Ações Corretivas e Reclamações de Pacientes:** O laboratório terá dentro de seu Sistema da Qualidade, procedimentos específicos para tratá-las, promovendo meios adequados para retroalimentação e melhoria contínua de seu Sistema da Qualidade e satisfação dos clientes.
- **Garantia da Qualidade:** Trabalhará com um programa de Garantia da Qualidade a fim de assegurar que todos os procedimentos laboratoriais sejam realizados de acordo com os princípios das Boas Práticas de Laboratório Clínico (BPLC).

Controle Interno da Qualidade: Procedimentos documentados de um Programa Interno da Qualidade implantado para todo o Laboratório Clínico, claramente definido, incluindo as rotinas gerais e delegação de responsabilidades.

Os documentos e os registros referentes a estes itens serão organizados em um sistema que possibilite sua revisão pelo Gerente do Laboratório ou por pessoa por ele designada.

O laboratório deverá assegurar que este programa interno da qualidade esteja de acordo com as especialidades/exames que executará, e que atenderá aos requisitos da BPLC (Boas Práticas de Laboratórios Clínicos), no tocante a frequência, periodicidade, critérios de aceitação e da descrição das ações corretivas.

Controle Externo da Qualidade: O laboratório participa regularmente de Programa(s) de Proficiência em Análises Clínicas, reconhecido(s) pela ANVISA, com objetivo de alcançar e manter desempenho "Excelente".



Os exames realizados estarão incluídos no Controle de Qualidade Externo para todos os parâmetros oferecidos pelo programa.

O Laboratório manterá procedimentos documentados (POP) para tomada de ações corretivas, caso os resultados obtidos nesse programa demonstrarem insatisfatórios para o laboratório, a fim de que suas causas sejam eliminadas, impedindo a recorrência deles.

Auditorias Internas da Qualidade: O laboratório estabelecerá e manterá procedimentos documentados para o planejamento e a implementação de Auditorias Internas da Qualidade, a fim de verificar se as atividades da qualidade e os respectivos resultados estarão em conformidade com as disposições planejadas e para determinar a eficácia do Sistema da Qualidade.

As auditorias serão executadas por pessoal independente daquele que tem responsabilidade direta pela atividade que está sendo auditada. Os resultados das auditorias serão registrados. Os funcionários da área auditada deverão tomar, em tempo hábil, ações corretivas referentes às deficiências encontradas durante a auditoria.

Funcionamento

24 horas.

Recursos Humanos

A equipe será composta por profissionais com formação, qualificação e experiência compatível com as respectivas funções.

Para a garantia as Boas Práticas em Laboratório Clínico (BPLC), será preciso à disponibilidade de colaboradores com os perfis adequados, visto que as tarefas da Unidade de Laboratório de Análises Clínicas exigem atenção e cautela, pelos riscos inerentes as fases pré-analítica, analítica e pós-analítica.



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

Introdução

A unidade de Diagnóstico por Imagem tem por objetivo auxiliar os médicos de diversas especialidades no diagnóstico e acompanhamento clínico do paciente através dos exames de imagem.

Assim sendo, a qualidade da imagem é de extrema importância para mitigar os riscos de diagnósticos equivocados ou inseguros, obrigando a repetição do estudo, causando riscos à existência e gastos desnecessários.

Para o bom andamento da Unidade de Diagnóstico por Imagem é necessário o aperfeiçoamento e atualização dos profissionais em seus conhecimentos técnicos científicos e a manutenção do parque tecnológico atualizado e em perfeitas condições de uso.

Objetivo

A Unidade realizará exames de imagem dos pacientes internados de urgência e emergência e pacientes ambulatoriais da rede externa assistencial conforme fluxos que serão estabelecidos com a Regulação Municipal da Secretaria Municipal de Saúde e por meio do sistema SISS-SAÚDE.

Organização do Serviço

O serviço especializado para realização de exames de apoio diagnóstico por imagem contemplará:

- **Eletroencefalograma**
- **Eletroneuromiografia**
- **Ecocardiografia:** transtorácica adulto;
- **Hemodinâmica**
- **Radiografia:** geral, contrastada;



- **Tomografia:** geral, contrastada e com sedação;
- **Ultrassonografia:** geral, doppler, obstétrico, obstétrico doppler, transfontanela.

Resultados, Laudos e Agendamentos

Os laudos dos exames mencionados acima serão realizados por equipe de Médicos Radiologistas devidamente especializados em cada tipo de exame, utilizando-se de uma central de laudos com monitores de alta resolução, exceto os exames ultrassonografia que possuem emissão imediata.

Os laudos de exames ambulatoriais ficarão à disposição no setor de Radiologia para serem retirados pelos pacientes nos prazos pré-estabelecidos.

Os agendamentos de exames de Tomografia, Raio-X convencional, Raio-X contrastado e Ultrassonografia dos pacientes internados, prioritários ou pré-operatórios serão realizados exclusivamente no setor de SADT (Serviço de Apoio de Diagnóstico Terapêutico). Os atendimentos ambulatoriais serão realizados no setor de agendamento externo de segunda a sexta feira, das oito às dezessete horas.

Os laudos dos pacientes internados ficarão à disposição no sistema integrado de laudos e no setor de Radiologia, na mesma data do exame.

O serviço deverá abranger o atendimento de pacientes adultos, idosos e pediátricos/RN; deverá realizar exames com sedação nos serviços de tomografia computadorizada mediante agendamento e de acordo com a demanda, bem como realizar exames com infusão de contraste quando solicitado ou indicado.

Processos

Análise para realização de exames



Ao receber os pedidos de exames na unidade de Radiologia, o técnico deverá analisar cada solicitação, com a finalidade de mitigar possíveis falhas que impeçam que o exame seja realizado de forma adequada de acordo com o diagnóstico do paciente, são elas:

- Prescrições ilegíveis;
- Erro na descrição do exame a ser realizado;
- Técnica adequada para a realização do exame;
- Prováveis riscos de queda do paciente;
- Dupla checagem de nome;
- Preparo da sala para a realização do exame

Funcionamento

24 Horas.



AGÊNCIA TRANSFUSIONAL

Introdução

As instituições de assistência à saúde que realizem intervenções cirúrgicas de grande porte, atendimentos de urgência e emergência ou que efetuem mais de sessenta transfusões por mês devem contar com, pelo menos, uma Agência Transfusional (Portaria Nº158)

Localização preferencialmente intra-hospitalar, com a função de armazenar, realizar testes de compatibilidade entre doador e receptor e transfundir os hemocomponentes liberados. O suprimento de sangue a estas agências realizar-se-á pelos Serviços de Hemoterapia de maior complexidade (Hemocentro).

Objetivo

A Agência Transfusional é uma Unidade Hemoterápica que tem como função, armazenar sangue e hemocomponentes, realizar exames imunohematológicos pré transfusionais, liberar e transportar os produtos sanguíneos para as transfusões nos setores.

O setor também é responsável pela realização das Tipagens Sanguíneas das mães e recém-nascidos na instituição.

Organização do Serviço

As solicitações para transfusão de sangue ou componentes serão feitas exclusivamente por médicos, em formulário de requisição específico que contenha informações suficientes para a correta identificação do receptor.

A equipe de Enfermagem, confere a solicitação e providencia a coleta do sangue.

Os colaboradores da agência recebem a amostra de sangue juntamente com a solicitação, conferindo os dados.

Todas as atividades desenvolvidas pelo serviço de hemoterapia serão registradas e documentadas de forma a garantir a rastreabilidade dos processos e produtos, desde a obtenção até o destino, incluindo a identificação do profissional que realizou o procedimento.



Processos

1. Inclusão no estoque das bolsas recebidas do Hemocentro.
2. Atendimento aos setores do hospital nas necessidades transfusionais:
 - Conferência das solicitações e rastreabilidade;
 - Cadastro ou atualização dos dados do paciente;
 - Cadastro da requisição de transfusão;
 - Cadastro do material solicitado;
3. Realização dos exames pré-transfusionais;
 - Cadastro da tipagem e dos exames do paciente;
 - Retipagem das bolsas e prova cruzada.
4. Reserva da bolsa.
5. Procedimento Especial — Demandas pediátricas, em que parte da bolsa é utilizada para produzir outra.
6. Distribuição das bolsas para as unidades solicitantes.
7. Expurgo das bolsas — As bolsas distribuídas podem ser descartadas, em função do prazo de validade ou por acidentes ocorridos durante o transporte, entre outras ocorrências. O registro de expurgo controla o procedimento adotado para o transporte e manuseio da bolsa.
8. Envio das informações para o hemocentro — Ao final do processo, a agência transfusional envia todas as informações referentes às bolsas de sangue e hemocomponentes ao hemocentro para que ele tenha o controle do uso e do destino das bolsas.
9. Identificação das reações transfusionais através de exames e notificações na NOTIVISA/ANVISA;
10. Realização de controle de qualidade interno dos reagentes e hemocomponentes;
11. Atendimento as exigências das normas vigentes da **ANVISA/MINISTÉRIO DA SAÚDE**;
12. Participação no Comitê Transfusional Multidisciplinar;
13. Realização e liberação dos resultados de Tipagens Sanguíneas (mães e recém-nascidos).



Funcionamento

A Agência Transfusional presta atendimento durante 24 horas;

Recursos Humanos

A responsabilidade técnica pelo serviço de hemoterapia ficará a cargo de um médico especialista em hemoterapia e/ou hematologia ou qualificado por órgão competente devidamente reconhecido para este fim pelo Coordenador do Sistema Estadual de Sangue, Componentes e Derivados.

O serviço de hemoterapia possuirá equipe profissional, constituída por pessoal técnico e administrativo, suficiente e competente, sob a supervisão do responsável técnico e administrativo. Parágrafo único. A equipe profissional de que trata o "caput" adequar-se-á às necessidades e complexidades de cada serviço de hemoterapia.

Categorias	Quantidade Profissional/Categoria	Carga Horária Semanal	Salário Base R\$	Área de Trabalho (Função)	Formação	Regime de Contratação
Administrativo	1	40	1.769,61	Agência Transfusional/Posto de Coleta (Auxiliar Administrativo)	Ensino Médio Completo	CLT
Tecnico	9	36	2.825,11	Agência Transfusional/Posto de Coleta (Tecnico de Banco de Sangue)	Curso Técnico Completo em Técnico em Hemoterapia	CLT
Administrativo	1	36	1.381,06	Agência Transfusional/Posto de Coleta (Recepcionista)	Ensino Médio Completo	CLT



SERVIÇO SOCIAL

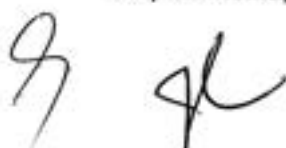
Integrando a equipe interdisciplinar do hospital, o assistente social atua com o objetivo de avaliar o atendimento global aos pacientes, intermediando e orientando em relação às problemáticas sociais, informando sobre direitos e acesso a eles mediante solicitação da equipe multiprofissional ou do próprio paciente, familiares e/ou responsáveis legais.

O assistente social contribui na assistência dos pacientes crônicos e de longa permanência, contemplando orientações e ações que visam apoiar o paciente em suas necessidades desde o período de internação até após a alta hospitalar. Para tanto, os familiares e acompanhantes são informados sobre suas responsabilidades, estimulados a participar do cuidado ao paciente e são informados os recursos disponíveis na comunidade que possibilitem sua reinserção social do paciente após sua desospitalização, bem como a continuidade do tratamento proposto pela instituição.

O Serviço Social também intermedia algumas das ações de responsabilidade social da instituição.

As principais atribuições dos profissionais do serviço social são:

- a) Identificar e analisar os problemas e as necessidades de apoio social dos utentes, elaborando o respectivo diagnóstico social;
- b) Proceder ao acompanhamento e apoio psicossocial dos utentes e das respectivas famílias, no quadro dos grupos sociais em que se integram, mediante a prévia elaboração de planos de intervenção social;
- c) Proceder à investigação, estudo e concepção de processos, métodos e técnicas de intervenção social;
- d) Participar na definição, promoção e concretização das políticas de intervenção social a cargo dos respectivos serviços ou estabelecimentos;
- e) Analisar, seleccionar, elaborar e registar informação no âmbito da sua intervenção profissional e da investigação;
- f) Assegurar a continuidade dos cuidados sociais a prestar, em articulação com os parceiros da comunidade;
- g) Envolver e orientar utentes, famílias e grupos no autoconhecimento e procura dos recursos adequados às suas necessidades;



- h) Articular-se com os restantes profissionais do serviço ou estabelecimento para melhor garantir a qualidade, humanização e eficiência na prestação de cuidados;
- i) Relatar, informar e acompanhar, sempre que necessário e de forma sistemática, situações sociais problemáticas, em especial as relacionadas com crianças, jovens, idosos, doentes e vítimas de crimes ou de exclusão social.

Para atender de forma segura os pacientes/usuários do hospital, a SPDM estabelece normas e rotinas para o funcionamento do serviço social, bem como a equipe mínima necessária, a abrangência de atuação. (*Manual de Normas e Rotinas de Serviço Social – Anexo 11*).

Recursos Humanos

Categorias	Quantidade Profissional/ Categoria	Carga Horária Semanal	Salário Base R\$	Área de Trabalho (Função)	Formação	Regime de Contratação
Técnico	4	30	4.094,26	Serviço Social (Assistente Social)	Superior Completo em Serviço Social	CLT



3.4.4. Protocolos de Enfermagem (rotinas por nível de qualificação dos profissionais) na área de emergências e unidade de terapia intensiva, como também enfermarias, centro cirúrgico, central de esterilização, ambulatório, entre outros.

Os Protocolos de enfermagem descrevem a assistência prestada com atenção aos detalhes sobre o que se faz, quem faz e como se faz, para a condução dos profissionais nas decisões para a prevenção, recuperação ou reabilitação da saúde. Contém ações de avaliação ou de cuidado, como o uso de intervenções que a enfermagem desempenha de maneira independente ou compartilhadas com outros profissionais da equipe de saúde.

O uso de protocolos tende a aprimorar a assistência, favorecer o uso de práticas cientificamente sustentadas, minimizar a variabilidade das informações e condutas entre os membros da equipe de saúde, estabelecer limites de ação e cooperação entre os diversos profissionais. (Pimenta, et al.) (anexo 17)

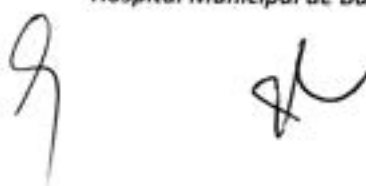
MODELO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM

O Modelo Assistencial de Enfermagem da SPDM está fundamentado na Teoria das Necessidades Humanas, na Teoria do Autocuidado e no *Primary Nursing*.

A Estruturação do Serviço de Enfermagem contemplada no Regimento Interno de Enfermagem (anexo 03), o Quadro de Enfermagem com a política de gestão de pessoas institucional tem como resultado a garantia do cuidado individualizado com segurança, por intermédio da aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) ou do Processo de Enfermagem, com gerenciamento dos riscos assistenciais levantados por escalas validadas, realizadas pelo enfermeiro na admissão do paciente no serviço, sendo os pacientes incluídos em protocolos com barreiras de acordo com cada risco.

O Processo de Enfermagem é um método científico planejado para identificar problemas de enfermagem, determinar as necessidades básicas afetadas e prescrever ou recomendar qual cuidado deve ser dado à pessoa, família ou comunidade, por meio de uma Sistematização da Assistência de Enfermagem (HORTA, 1974; IYER, TAPTICH, BERNOCCHI – LOSEY, 1993). O processo é a dinâmica das ações sistematizadas e interrelacionadas que visa a assistência o ser humano (HORTA, 1974).

Para a implementação da SAE é fundamental que haja o reconhecimento da instituição do papel da enfermagem, atenção com a qualidade da assistência prestada, autonomia e




envolvimento dos enfermeiros, número de enfermeiros em quantidade suficiente, segurança na tomada de decisão em cada fase do processo, conhecimento em disciplinas básicas e específicas, conhecimento para realização de entrevista dirigida, raciocínio crítico, julgamento clínico, caracterização do tipo de clientela, esclarecimento e auxílio para o envolvimento da equipe multiprofissional, registro de todas as fases da SAE em impressos próprios e no prontuário do usuário e uma Educação Continuada em Enfermagem sempre presente na atualização das ações sistematizadas com toda a equipe de enfermagem. (CAMPEDELLI, 1989; CASTILHO, GAIDZINSKI, 1991)

As vantagens da SAE são inúmeras e claramente observadas, como uma maior integração do enfermeiro com o usuário e sua família; na individualização do cuidado prestado, na orientação para o autocuidado e no direcionamento das ações de enfermagem. Fornece subsídios para auditoria, estimula à reflexão sobre a prática da enfermagem, proporciona desenvolvimento e reconhecimento profissional e assegura ao enfermeiro o seu papel de coordenador da assistência de enfermagem.

Com a promulgação da Lei 7.498 de 25 de junho de 1986, que regulamenta o Exercício Profissional da Enfermagem, ficou determinada no seu art. 11º que o enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, sendo privativo a consulta de enfermagem e a prescrição dessa assistência. (BRASIL, 1986).

A Resolução COFEN de nº 272 de 27 de agosto de 2002 dispõe sobre a SAE nas instituições de saúde brasileiras, em seu art.1º resolve que ao enfermeiro cabe a implantação, o planejamento, a organização, a execução e a avaliação do processo de enfermagem que compreende: o histórico, o exame físico, o diagnóstico, a prescrição, a evolução da assistência de enfermagem e o relatório de enfermagem e em seu art. 3º dispõe que a SAE deverá ser registrada formalmente no prontuário do usuário. (COFEN, 1993; BRASIL, 2002)

Na SPDM - Instituições Afiliadas, a SAE é realizada em impressos específicos, como preconizado por suas teorias e pelas leis, em algumas instituições a SAE já está informatizada, conhecido como SIAE (Sistematização Informatizada da Assistência de Enfermagem) sendo dividida em quatro fases denominadas: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, prescrição de enfermagem e evolução de enfermagem.



Ao finalizar cada fase do processo, a consulta ou a anotação de enfermagem é obrigatório concluir com assinatura e carimbo com o Cadastro de Pessoa Física (CPF) e o número do Conselho Regional de Enfermagem (COREN).

A Diretoria de Enfermagem da SPDM entende que, o processo de enfermagem não se caracteriza apenas por uma modificação no estilo da assistência ou na forma de conceber a enfermagem, mas fundamentalmente, na possibilidade de assumir a responsabilidade profissional e a garantia da qualidade da assistência prestada.

TEORIA DE ENFERMAGEM DO AUTOCUIDADO

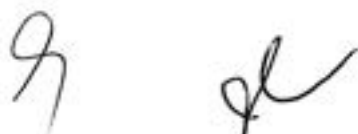
A teoria do autocuidado, segunda teoria que fundamenta a prática da Diretoria de Enfermagem da SPDM, é da enfermeira norte – americana Dorothea Orem (EUA, 1971), que visa a satisfação das necessidades da pessoa em seu próprio benefício, para manutenção da vida, do bem-estar e da saúde, sendo vista de forma holística. (CAMPEDELLI, 1989; FOSTER, BENNETT, 2000;)

Assim, o processo do autocuidado possibilita que assistência de enfermagem auxilie as pessoas, famílias, grupos e comunidades, saudáveis ou doentes, a tomarem iniciativa e responsabilidade na busca da melhoria da sua qualidade de vida, exercendo a capacidade humana de cuidar-se. (CAMPEDELLI, 1989)

Essa teoria é composta de três construtos inter-relacionados que são requisitos básicos para atingir o autocuidado, denominados de teoria do autocuidado, do déficit do autocuidado e dos sistemas de enfermagem. (FOSTER, BENNETT, 2000;)

O MODELO PRIMARY NURSING NA SPDM

O modelo *Primary Nursing* foi introduzido na SPDM em 2007 e o sucesso da implantação está no relacionamento enfermeiro – paciente/usuário/familiares, embasado numa visão holística, dinâmica e interligada para uma resolução conjunta, por meio de uma responsabilidade compartilhada. (MARX, 1998)



O modelo *Primary Nursing*, desde a década de 80 nos Estados Unidos, vem contribuindo com a melhoria da qualidade dessa assistência. Esse modelo permite uma assistência lógica, sistematizada, um cuidar holístico, individualizado e humanizado, onde o profissional tem autonomia para os cuidados prestados ao paciente sob sua responsabilidade, desde a sua admissão até a alta. (MARX, MORITA, 2000)

O modelo *Primary Nursing* é definido como "um sistema de organização do trabalho para a aplicação de cuidados de enfermagem em uma unidade de internação hospitalar". (MARX, MORITA, 2000)

São inúmeras as suas vantagens:

- O enfermeiro se torna referência para o paciente, para a família e para toda a equipe multidisciplinar.
- Cria-se visibilidade no planejamento da assistência e na obtenção dos resultados.
- Maior humanização na assistência de enfermagem prestada ao paciente e sua família.
- Maior segurança para o paciente e sua família, pois existe alguém responsável direto pelo resultado da assistência de enfermagem.
- Fortalece a enfermagem baseada nos cuidados integrais assistenciais.
- É sistematizado, portanto tem perfeita interação com todas as fases do Processo de Enfermagem ou SAE. (MAGALHÃES, MACEDO, NASCIMENTO, 2004)

De acordo com esse modelo, o enfermeiro torna-se o interlocutor entre ele e os demais integrantes da equipe, descentralizando, dirigindo e conferindo se todos os cuidados prestados e necessários foram realizados de forma adequada para aquele usuário. (MARX, MORITA, 2000).

No gerenciamento dessa assistência, o enfermeiro é estimulado a também saber delegar, pois essa é uma competência e habilidade que contribuirá para aumentar a qualidade dos cuidados prestados ao paciente, visto que esse é o foco principal da assistência nesse método. (MARX, MORITA, 2000)

O *Primary Nursing* ou "enfermeiro principal", fará o planejamento da assistência ao usuário ou ao um grupo, juntamente com sua equipe e família, priorizando suas necessidades segundo a SAE, desde sua admissão no serviço até a sua alta. Os cuidados prestados serão integrais, na qual o enfermeiro será o responsável pela avaliação, planejamento e implementação



dos cuidados prestados aos clientes a ele designados em serviços que possuem assistência de enfermagem. Sendo instituição hospitalar, participará de todas as ocorrências oferecidas ao paciente durante todo o seu período de internação. (MARX, 1998; MARX, MORITA, 2000)

Nesse modelo, o enfermeiro continua utilizando seus instrumentos básicos de observação, criatividade, de comunicação, de destreza manual, de habilidades psicomotoras, de trabalho em equipe, de saber planejar e avaliar para exercer com primazia seus cuidados de enfermagem. (CIANCIARULLO, 1996).

Esses instrumentos básicos são importantes para uma melhor implantação do modelo *Primary Nursing*, onde também se faz necessário que o enfermeiro e sua equipe tenham:

- Capacidade de tomar decisão.
- Confiança em si e na própria equipe.
- Conhecimento técnico-científico.
- Capacidade de assumir responsabilidades.
- Conhecimento da SAE.

Por recomendação do próprio modelo, para iniciar a implantação, elege-se uma ou duas unidades piloto, e só depois se amplia para as demais unidades institucionais. Em seguida, é fundamental realizar reuniões semanais com a equipe de enfermagem, buscando motivá-los para a mudança, para que acreditem que o modelo fará uma excelente diferença, para melhor, na qualidade da assistência de enfermagem. (MARX, MORITA, 2000).





ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O
DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA
"Gestão em Saúde e Educação"

3.5. IMPLEMENTAÇÃO E FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS, FINANCEIROS E GERAIS

3.5.1. Normas para o funcionamento do Serviço de Administração Geral com especificação de estrutura, normas e rotinas definidas, as áreas de abrangência, horário e equipe mínima e salários.

Administração Geral

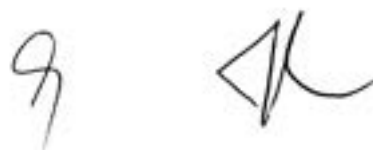
A Administração Geral atua como facilitador, agilizando a comunicação das diretrizes estratégicas, promovendo a sinergia entre equipes, processos, unidades e serviços.

É responsável pela implantação e garantia de manutenção dos processos, contribuindo para o resultado global da instituição.

A Administração Geral tem papel fundamental na supervisão de todas as atividades operacionais da sua área, objetivando a segurança dos processos, qualidade de resultados e pleno atendimento às políticas e diretrizes da Instituição.

São atribuições da equipe diretiva da Administração Geral do Hospital:

- Divulgar missão, visão, valores da Instituição.
- Cumprir e fazer cumprir políticas específicas relativas à(s) área(s) sob sua responsabilidade.
- Elaborar controles de verificação periódica e sistemática para cumprimento das metas e das obrigações da contratada estabelecidas no contrato de gestão.
- Elaborar plano tático e operacional da sua área e das áreas sob sua responsabilidade
- Planejar operações da equipe, estabelecendo objetivos, metas e padrões de trabalhos específicos.
- Preparar e controlar o orçamento de sua área e a estimativa de necessidade de recursos conforme cronogramas e políticas financeiras definidas.
- Avaliar o desempenho da sua equipe cobrando os resultados planejados.
- Acompanhar formalmente o desempenho geral da sua área e tomar medidas corretivas visando: qualidade, satisfação do seu cliente (interno ou externo), bem como o atendimento das metas e dos resultados planejados.
- Promover a interação com outras gerencias e evitar conflitos.



- Recepcionar auditores internos e/ou externos e acompanhar o status das auditorias realizadas, certificando-se e documentando o seu encerramento com o status de aprovação e/ou regularização do objeto auditado.
- Cumprir e fazer cumprir, pontualmente, todos os prazos de envio de documentação e/ou informação, solicitados por Órgãos Fiscalizadores, Regulamentadores, Secretaria Municipal de Saúde, Ministério da Saúde e outros (ex.: CNES, DIRF's, DARF's faturamento, indicadores e outros).
- Acompanhar a realização de todos os inventários de estoques de materiais e medicamentos
- Zelar pela segurança dos colaboradores, pacientes e visitantes.
- Comunicar de imediato toda diretoria todo incidente/acidente grave envolvendo pacientes, colaboradores e outros, ocorridos na instituição ou fora, mas de sua responsabilidade.
- Elaborar o conjunto de normas e validar rotinas e procedimentos internos dos serviços, acompanhando as revisões e circulação dos documentos.
- Apresentar relatórios gerenciais e estatísticos que demonstrem o andamento e desenvolvimento de sua instituição.
- Acompanhar o cronograma e escala de férias dos gerentes/supervisores das áreas administrativas, garantindo o cumprimento da CLT e a continuidade dos serviços e rotinas.
- Gerenciar contratos com serviços terceirizados e comodatos conforme Políticas Institucionais.
- Manter atualizada a documentação legal e/ou obrigatória da unidade, observando o escopo dos serviços da unidade e os documentos que forem exigidos no Município de Barueri.
- Manter ética e postura que o cargo requer.
- Cumprir com a legislação vigente, estadual e municipal e em todos os âmbitos; civil, tributária e trabalhista cabíveis aos serviços;
- Cumprir com as regulamentações da ANVISA;
- Garantir que todos os trabalhadores possuam qualificação e certificados, inclusive de conselhos de classe, exigidos para o exercício de cada função;
- Instituir orientações quanto ao cumprimento das normas de Segurança do Trabalho;
- Elaborar Relatório Anual de Atividades;
- Desenvolvimento das atividades de acordo com as Boas Práticas Ambientais e uso racional dos recursos naturais;



- Estabelecer Programa de Educação Continuada para capacitação técnica das equipes;
- Orientar as equipes quanto à obrigatoriedade do zelo ao patrimônio;

Diretrizes Gerais

- Não é autorizada a comercialização de produtos nas dependências da instituição, bem como rifas, loterias etc., exceto com a expressa permissão da Diretoria Técnica e/ou Gerência Administrativa.
- É função de todos os colaboradores o tratamento indistinto e cordial às pessoas (pacientes, visitantes, colaboradores, fornecedores, prestadores de serviços etc.).
- É atribuição de todos os colaboradores a organização do ambiente de trabalho, assim como a discricção e ética.
- As avaliações e consultas médicas para os colaboradores devem obedecer a um fluxo, não sendo permitidas as consultas nos corredores ou ambiente que não o consultório.
- O uso dos telefones fixo e celular, para fins particulares no ambiente de trabalho, sendo ele da instituição ou particular, poderá ser permitido apenas em casos de urgência.
- Informações para divulgação em imprensa escrita, falada e televisiva devem ser encaminhadas, previamente, para avaliação e autorização da Superintendência das Instituições Afiliadas. Na ausência da equipe diretiva, o Plantonista Administrativo deverá comunicar de imediato um representante da Diretoria.
- Todo colaborador tem a função de guardar e garantir a confidencialidade dos dados e informações relativas à instituição, aos pacientes e colaboradores.
- Informações sobre diagnóstico e prognóstico dos pacientes aos familiares fazem parte das informações de função dos profissionais médicos transmitirem.
- Informações sobre óbitos a agentes funerários privados visando vantagens pessoais são consideradas faltas graves.
- O uso de computadores para fins particulares e/ou qualquer ação em repassar dados e informações via eletrônica ou dispositivos externos (CDs, disquetes, pen-drives) são considerados faltas graves e passíveis de demissão por justa causa, como descrito na Política Interna de Segurança das Informações.



A Gerência Administrativa é composta por áreas técnico-administrativas que dão suporte aos processos principais e os seus resultados contribuem para toda a instituição.

As unidades classificadas como técnico-administrativas são: Gestão de Pessoas, Hotelaria (Higiene, Lavanderia, Elevadores, Recepção, Zeladoria, Gerenciamento de Resíduos); Transporte; Portaria; Engenharia Clínica; Engenharia de Manutenção; T.I; SESMT; Nutrição; Farmácia; Plantão Administrativo; SAME e Secretaria.

Diante do exposto, a SPDM apresenta o modelo de gestão das unidades de serviços do Hospital Municipal de Barueri Dr. Francisco Moran e que integra o plano operacional entregue à Secretaria de Saúde de Barueri.

O documento, exceto para a Gestão Financeira e de Serviços de Apoio Técnicos, está disposto conforme:

Nome da Unidade de Serviço

- Apresentação
- Organização do Serviço
- Funcionamento
- Quadro de Pessoal Sugerido
- *Cargo; Funções, Carga Horária sugerida.*
- Instruções Técnicas
- Legislação Vigente



SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS:

ENGENHARIA CLÍNICA

Com a incorporação contínua de equipamentos, aparelhos e recursos de diagnóstico, de terapia e de apoio cada vez mais complexos, ousados e invasivos, os riscos a que pacientes e operadores ficam expostos, aumentam cada vez mais.

A Unidade de Engenharia Clínica, é essencial na Organização Hospitalar, gerencia a aplicação das tecnologias voltadas para a área da saúde, a fim de proporcionar uma melhoria constante nos cuidados dispensados ao paciente, além de preparar e habilitar técnicos, operadores e utilizadores em busca de índices de uso e conservação cada vez melhor. Essas medidas reduzem consideravelmente o número de chamadas indevidas, e conseqüentemente prolongam a vida de equipamentos, sistemas e instalações.

A gestão de equipamentos médico-hospitalares envolve constantes medidas preventivas e corretivas para evitar falhas e interrupções de procedimentos.

A manutenção dentro da Engenharia Clínica divide-se em: preventiva, corretiva e calibração.

- Manutenção Preventiva
Deve ser bem planejada e tem como objetivo evitar danos e minimizar as chances de quebra e parada dos equipamentos.
- Manutenção Corretiva:
Cuida especificamente de reparos, consertos e substituições de peças ou componentes, que se desgastaram ou falharam, levando o equipamento a uma parada por quebra ou pane em um ou mais componentes.
- Calibração:
Operação que estabelece, sob condições específicas numa primeira etapa, uma relação entre os valores e as incertezas de medição fornecidos por padrões e as indicações correspondentes com as incertezas associadas. Numa segunda etapa, utiliza esta informação para estabelecer uma relação visando à obtenção de um resultado de medição a partir de uma indicação. *(Instituto Nacional de metrologia, Qualidade e Tecnologia, 2012).*



Plano de Gerenciamento de Equipamentos Médico Hospitalares

Plano da Manutenção Corretiva

No plano de manutenção corretiva deverão ser descritos os procedimentos operacionais que deverão conter a forma de solicitação de manutenção corretiva pelos usuários dos equipamentos, o horário em que este serviço estará disponível, os dados que deverão ser preenchidos no formulário de solicitação, a forma como o serviço realizado deverá estar descrito, as diretrizes utilizadas para troca de peças, onde o formulário deverá ser arquivado, e quem assinará os documentos referentes à manutenção após a conclusão dos serviços.

Testes de aceitação

Os testes de aceitação deverão ser descritos em procedimentos documentados e registrados que garantam o funcionamento adequado dos equipamentos e a segurança dos pacientes que utilizarão esta tecnologia.

Plano da Manutenção Preventiva

A manutenção preventiva é imprescindível para ampliar a vida útil dos equipamentos, reduzindo os custos e aumentando a segurança e desempenho.

Os equipamentos serão classificados segundo o grau de criticidade, serão desenvolvidos e implementados procedimentos para definir os intervalos de realização de manutenção preventiva para todos os equipamentos inseridos no programa de gerenciamento, identificando os riscos potenciais envolvendo a utilização dos equipamentos, decorrentes de desgastes naturais visíveis ou defeitos que não tenham sido informados pelos usuários.

Os procedimentos utilizados na manutenção preventiva deverão ser documentados em formulário específico contendo as seguintes informações:

- Identificação do técnico responsável pelo procedimento;
- Instruções de segurança institucionais e normas brasileiras regulamentadoras;
- Roteiro de trabalho com as checagens, medições e verificações;
- Parâmetros modelos para diagnóstico dos equipamentos;
- Diretrizes para substituição de peças, por desgaste natural;
- Periodicidade da realização dos serviços preventivos.



Plano de Calibração

Os equipamentos que possuem parâmetros físicos de funcionamento que interfiram diretamente na qualidade do produto ou serviço, estão sujeitos à calibração.

Calibra-se um equipamento através de um instrumento de medição responsável pela grandeza de controle. Para um controle efetivo das calibrações é necessária elaboração de um Plano de Calibração, que deverá ser atualizado anualmente.

O Plano de Calibração deve contemplar no mínimo os itens listados abaixo:

- Descrição do equipamento;
- Identificação do equipamento;
- Grandeza(s) que deve(s) ser calibrada(s);
- Pontos ou faixas da(s) grandeza(s) que deve(m) ser calibrada(s);
- Desvio máximo do processo;
- Desvio máximo admissível por ponto ou faixa; e
- Periodicidade de calibração.

Os equipamentos sujeitos a calibração devem ser identificados com uma etiqueta informando as datas da última e próxima calibração, conforme cronograma.

As grandezas que devem ser calibradas, os pontos ou as faixas e os desvios de processo serão definidos baseados nos Manuais de Fabricação dos Equipamentos, entretanto, recomenda-se uma validação por representante(s) da Equipe Assistencial, como Equipe gestora da Segurança do Paciente.

A periodicidade de calibração deverá ser definida a partir de informações dos manuais, do fabricante, do histórico, da fórmula matemática, das recomendações de normas técnicas, das experiências de outros serviços similares e outros.

O gestor de equipamentos deverá analisar os resultados das calibrações, comparando-os com os desvios máximos admitidos para o equipamento, atestando sua conformidade ou não conformidade e, se necessário, alterando as periodicidades com base em métodos para ajuste de intervalos de calibrações ou deverá tomar providências necessárias conforme o caso.

A análise dos resultados deverá ser documentada e anexada ao certificado.

Caso ocorra uma não conformidade que necessite de ajustes/manutenção, o gestor deverá encaminhá-lo para manutenção corretiva, e quando retornar deverá ser calibrado novamente.



Gestão da Informação da Unidade de Engenharia Clínica

Serão implantados protocolos e procedimentos padronizados segundo critérios estabelecidos por uma equipe multiprofissional de nível superior, estando atualizados, registrados e acessíveis aos profissionais envolvidos nas atividades de gerenciamento.

Inventário

Todo o parque tecnológico deverá ser inventariado e um “prontuário” do equipamento deverá ser criado com as informações a seguir:

- Nome técnico do equipamento,
- Número de série e código de identificação individual do equipamento,
- Partes e acessórios da tecnologia,
- Cópia da nota fiscal de aquisição,
- Data de aceitação do equipamento, data em que o equipamento entrou em funcionamento, dados referentes a garantia do equipamento,
- Data de desativação (quando necessário),
- Dados do registro do equipamento junto a ANVISA,
- Documentos técnicos relacionados à Manutenção Preventiva;
- Documentos técnicos relacionados à Manutenção Corretiva;
- Documentos técnicos relacionados a calibrações, validações e testes de pressão.

Implantação de Central de Equipamentos Médicos

Para maior efetividade da gestão dos equipamentos médico-hospitalares será implantada a Central de Equipamentos Médicos, que terá como principal função otimizar a utilização dos equipamentos e acessórios, através da centralização do parque tecnológico e controle nas movimentações interna e externa.

Rotinas a serem implantadas

- Gerenciamento do parque de equipamentos do Hospital (empréstimos, retirada e transferência de equipamentos médicos e acessórios);
- Orientação e treinamento para o uso adequado dos equipamentos;
- Armazena e mantém disponível para uso Cilindros de Oxigênio;
- Recebimento e transferência de equipamentos;
- Acompanhamento da instalação e treinamento aos usuários;
- Realização de Manutenção Preventiva;
- Recebimento de Ordens de Serviço e Manutenção Corretiva;

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização
e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 456



- Montagem de processos (Termos de Ocorrência) em caso de danos aos equipamentos, por má utilização de equipamentos e acessórios pelos usuários;
- Controle diário dos equipamentos locados no Centro Cirúrgico e Centro Obstétrico através de inspeções visuais, testes de funcionamento.


Plano de Treinamento

O plano de treinamento na Unidade de Engenharia é considerado primordial, uma vez que o treinamento de usuário é considerado uma medida preventiva para reduzir os erros de utilização, garantindo a segurança do paciente e otimizando a utilização das tecnologias incorporadas pela instituição.

O plano treinamento da Unidade de Engenharia Clínica contempla o treinamento de usuários, treinamentos periódicos a equipe de engenharia clínica, oferecendo atualização as novas tecnologias presentes no mercado, novos instrumentos e procedimentos de manutenção.

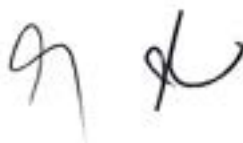
Funcionamento

Plantão 24 horas.



Quadro de Pessoal Sugerido

Categorias	Quantidade Profissional/ Categoria	Carga Horária Semanal	Salário Base R\$	Área de Trabalho (Função)	Formação	Regime de Contratação
Administrativo	14	36	2.605,46	Engenharia Clínica (Auxiliar Tec de Equipamento Medico)	Curso Técnico Completo em Técnico em Enfermagem	CLT
Administrativo	2	40	1.769,61	Engenharia Clínica (Auxiliar Administrativo)	Ensino Médio Completo	CLT
Administrativo	3	40	4.048,59	Engenharia Clínica (Técnico Eletronico)	Curso Técnico Completo em Eletrônica ou Eletrotécnico	CLT
Administrativo	2	40	8.585,00	Engenharia Clínica (Tecnologo em Saude)	Superior Completo em Tecnologia Saúde	CLT
Administrativo	1	36	2.250,41	Engenharia Clínica (Assitente de Operações Técnicas I)	Curso Técnico Completo em Técnico em Enfermagem	CLT



Instruções Técnicas

- Acompanhamento técnico da prestação de serviços de terceiros;
- Gerenciamento de contratos;
- Gerenciamento de manutenção corretiva e preventiva;
- Implantar Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos;
- Gerenciamento da validação anual e inspeção mensal das autoclaves e termodesinfectoras;
- Planejamento e controle de estoque de acessórios de equipamentos médicos;
- Especificação, recebimento, instalação, operação e desativação de equipamentos;
- Gerenciamento da calibração, testes de segurança e desempenho de equipamentos;
- Acompanhamento dos resultados da análise de água do serviço de hemodiálise;
- Recebimento e instalação dos equipamentos, bem como a detenção dos manuais técnicos, plantas de instalação, descritivos, CD's e DVD's de instalação e o gerenciamento do registro do equipamento junto a Agência de Vigilância Sanitária – ANVISA;
- Elaboração de relatórios de desativação de equipamentos, quando necessário;
- Gerenciamento do contrato dos gases medicinais, acompanhamento das manutenções preventivas e corretivas dos equipamentos de fornecimento de oxigênio, ar comprimido e vácuo;
- Gerenciar e desenvolver melhorias do Programa de Controle de Qualidade para Equipamentos de Radiodiagnósticos.

Para melhor aproveitamento dos equipamentos disponíveis na Instituição, os equipamentos médico-hospitalares deverão estar centralizados na Engenharia Clínica, na Central de Equipamentos, quando os mesmos se fizerem necessários nas diversas unidades de serviço, deverão ser solicitados conforme estabelecido em Norma do serviço.

Legislação Vigente

- RDC nº 02 de 25 de janeiro de 2010: Gerenciamento de Tecnologias em Saúde em Estabelecimentos de Saúde;
- NBR IEC 60601: Diz que os equipamentos médicos de suporte a vida e que representem riscos ao paciente necessitam de testes de segurança e, ou calibração logo após uma manutenção preventiva ou corretiva;
- NBR 13.533: Garantir o aterramento adequado na instituição;
- NBR IEC 601: aborda requisitos essenciais para segurança de equipamento eletromédico;
- RDC 153 – Regulamento Técnico para o funcionamento dos Serviços de Diálise;
- Portaria Interministerial nº 382 – Procedimentos de instalações de Unidade de Esterilização por óxido de etileno e de suas misturas;
- Portaria nº 08 – DIMED – Reesterilização e Processamento de Artigos Médico-hospitalares;
- RDC nº 50 – Regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde;

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização
e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 459



- RDC 185 – Registro, alteração, revalidação ou cancelamento do registro de produtos médicos;
- RDC 07 - Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências;
- NBR ISO 17665-1:2010 – "Esterilização de produtos para saúde";
- NBR ISSO 15883-1 Lavagem e Desinfecção, Procedimentos de Qualidade e Validação de Processos;
- NBR – 15933:2011 – Diretrizes para um programa de gerenciamento de equipamentos de infraestrutura de serviços de saúde e de equipamentos para saúde;
- NR – 13 – Caldeiras e vasos de pressão;
- Normas Complementares: IEC 60788, NBR IEC 60601-1, NBR IEC 60601-1-1, NBR ISO 9001, NBR ISO 9000-3;
- Portaria nº 453/98 da Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde – Diretrizes de Proteção Radiológica em Radiodiagnóstico Médico e Odontológico;
- NBR ISO 17025 - Requisitos Gerais para Competência de Laboratórios de Ensaio e Calibração.

ENGENHARIA HOSPITALAR

O funcionamento de um Hospital depende de múltiplos fatores que caracterizam a complexidade de sua operação, dentre eles, suas instalações, equipamentos e suprimentos que são de uso contínuo e constante e devem estar disponíveis 24 horas por dia.

A Engenharia Hospitalar é uma área de extrema importância para um Hospital ou Estabelecimento de Assistência à Saúde, pois deve garantir a continuidade operacional com o mínimo de falhas e interrupções, resguardando a segurança de seus usuários. Compõe sua estrutura a manutenção predial que está diretamente relacionada à eficiência operacional.

A manutenção predial é definida como "o conjunto de atividades e recursos aplicados aos sistemas e equipamentos, visando garantir a continuidade de sua função dentro de parâmetros de disponibilidade, de qualidade, de prazo, de custos e de vida útil adequados". A manutenção predial compreende a manutenção preventiva e corretiva, estas em conjunto, reduzem consideravelmente o número de chamadas indevidas, e conseqüentemente prolongam a vida de equipamentos, sistemas e instalações.

- Manutenção preditiva

A Manutenção Preditiva é composta pelas tarefas de manutenção preventiva que visam acompanhar a máquina ou peças, por monitoramento, por medições ou por controle estatístico e tentar prever a proximidade da ocorrência da falha. A ABNT NBR 5462:1994, por sua vez, define como "aquela que permite garantir uma qualidade de serviço desejada, com base na aplicação sistemática de técnicas de análise, utilizando-se

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização
e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 460

de meios de supervisão centralizados ou de amostragem para reduzir a um mínimo as manutenções corretivas e preventivas.”

- Manutenção preventiva

A Manutenção Preventiva também é chamada de manutenção baseada em intervalos/tempo. Ocorre com planejamento, com objetivo claro e específico de manter todos os detalhes da edificação em plena operação a fim de evitar falhas e danos.

- Manutenção corretiva

A Manutenção Corretiva segundo a Norma NBR 5462 (1994), manutenção corretiva é “a manutenção efetuada após a ocorrência de uma pane, destinada a recolocar um item em condições de executar uma função requerida”. Em suma: é toda manutenção com a intenção de corrigir falhas em equipamentos, componentes, módulos ou sistemas, visando restabelecer sua função. Ocorre sem planejamentos e exige ação imediata com intervenção da equipe para que o hospital consiga continuar sua operação de forma ininterrupta.

O Núcleo de Manutenção Geral contemplará as áreas de manutenção predial, hidráulica e elétrica, o serviço de gerenciamento de resíduos e Engenharia Clínica.

Organização do Serviço

A infraestrutura e a informação são primordiais para o funcionamento confiável de todas as tecnologias médicas, pois asseguram uma condição ambiental favorável para cada tipo de equipamento, garantido que estes venham a operar dentro dos parâmetros para os quais foram projetados. Qualquer alteração destas condições poderá estabelecer riscos. É necessário, também, que os operadores estejam preparados para utilizá-los de forma adequada.

Portanto a Engenharia Hospitalar deverá planejar atividades para assegurar a integridade e a conservação da infraestrutura predial e suas instalações, bem como a segurança dos usuários.

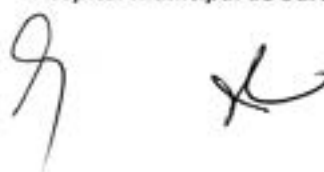
A Engenharia hospitalar pela sua complexidade esta subdividida em vários seguimentos:

Construção Civil
Execução; Estrutura concreto ,alvenaria, paredes, acabamentos, impermeabilização; Pintura; Pisos vinílicos, cerâmicos, de granito, borracha, cimentícios; Calçadas, estacionamentos; Forros de massa de gesso, acústicos, removíveis; Azulejos, cerâmicas, pastilhas; Instalação de louças e metais; Telhados e coberturas; Caixilhos, grades de segurança, portões; Portas; Batentes; Fachada; Calhas; Serviços de apoio a outros setores ; transporte de equipamentos, móveis, materiais; Outros elementos construtivos presentes na edificação.
Instalações Elétricas

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização
e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 461



Instalações, circuitos, terminais elétricos; Tomadas, disjuntores, interruptores e botões diversos; Aterramentos; blindagens, para-raios, antenas; Luminárias, lâmpadas, fusíveis, resistências, reatores; Painéis, quadros elétricos; Relógios elétricos; Luminosos; Sinalização; Refletores de pátios e estacionamentos; Relês de baixa e média tensão; Equipamentos e aparelhos, motores, máquinas em geral; Equipamentos de lavanderia e cozinha; Carros térmicos; Bombas; Aparelhos; Enceradeiras; Ventiladores; Liquidificadores; Quadros de comando, placas indicativas, sinalização, alto falante; Cabine, transformadores de baixa e média tensão; Geradores de emergência, cogeração.

Instalações Hidráulicas

Água fria, quente, boias, barriletes, reservatórios de água potável e não potável; Bombas; Esgotos; Grelhas e drenos; Calhas, funis, buzinos, rufos, condutores; Aparelhos; Bebedouros, pias, torneiras, bacias sanitárias, registros, ralos, válvulas; Chuveiros, duchas, aquecedores, máquinas de lavanderia, de hidroterapia, limpeza de calhas, condutores, bueiros, coletores de águas pluviais, caixas d'água, caixas de inspeção e coletores de resíduos de cozinha, caixas de gordura, sifões; Desentupimento de vasos sanitários, caixas de decaimento e outros.

Marcenaria e Tapeçaria

Móveis, balcões, prateleiras, armários; Quadros, carrinhos, estantes, mesas cadeiras bate maca, rodapé, estrados, revestimento melamínico, portas, janelas; Telhado; Assoalho, forro, rodapé; Revestimentos; Ferragens, fechaduras, puxadores, molas; Móveis estofados, sofás, poltronas, cadeiras, divãs de exame, almofadas, colchões, colchonetes para macas entre outros.

Condicionamento de Ar

Ventilação, exaustão, motores, unidades compactas, fan coil, ar-condicionado central, de janela; Filtros Manta, G, F, HEPA, eletrostáticos, fluxo laminar; Refrigeração, freezer central de frio, trocadores de calor, torre de arrefecimento; balcões frigoríficos; Câmaras frigoríficas, geladeiras; Chillers; Bombas de calor; Dutos de ar.

Mecânica

Equipamento de cozinha: máquina de moer carne, lavadoras de pratos, batedeira descascadora de legumes; secadora; Macas, camas, carrinhos, equipamentos mecânicos; bombas de recalque, entre outros.

Funcionamento

24 horas.



Quadro de Pessoal Sugerido

Categorias	Quantidade Profissional/ Categoria	Carga Horária Semanal	Salário Base R\$	Área de Trabalho (Função)	Formação	Regime de Contratação
Administrativo	1	40	1.769,61	Eng. Hospitalar Manutenção (Auxiliar Administrativo)	Ensino Médio Completo	CLT
Administrativo	6	44	2.540,05	Eng. Hospitalar Manutenção (Eletricista)	Ensino Médio Completo e Cursos em NR10 e NR35	CLT
Administrativo	3	44	2.540,05	Eng. Hospitalar Manutenção (Encanador)	Ensino Médio Completo e Cursos em NR35	CLT
Administrativo	1	40	4.009,86	Eng. Hospitalar Manutenção (Encarregado de Manutenção)	Curso Técnico Completo em Técnico de Edificações, Técnico em Eletrotécnica ou Técnico em Mecânica e Cursos em NR10 e NR 35	CLT
Administrativo	1	40	10.302,00	Eng. Hospitalar Manutenção (Engenheiro de Manutenção)	Superior Completo em Engenharia Civil	CLT
Administrativo	1	40	10.302,00	Eng. Hospitalar Manutenção (Gerente de Manutenção)	Superior Completo em Engenharia Civil	CLT
Administrativo	6	44	2.259,58	Eng. Hospitalar Manutenção (Oficial de Manutenção)	Ensino Médio Completo	CLT
Administrativo	2	44	2.434,80	Eng. Hospitalar Manutenção (Pintor)	Ensino Médio Completo	CLT

(*) Cobertura 24 horas

Nota: Para o exercício das atividades da Engenharia Hospitalar, é importante observar a formação técnica, com respectivos certificados, assegurando a contratação dos profissionais devidamente capacitados para desempenho das devidas funções.

Instruções Técnicas

- Elaborar Manual de Padronização: Normas, Rotinas e Procedimentos;
- Realizar avaliação técnica dos fornecedores para contratação de serviços terceirizados;
- Especificar, receber, instalação, operação e desativação de equipamentos;
- Gerenciar a conservação da estrutura física predial e do mobiliário;
- Gerenciar a potabilidade da água e reservatórios de acordo com as normas técnicas;
- Gerenciar contratos;
- Gerenciar a operação e controle dos equipamentos de infraestrutura: elevadores, aquecedores de água, geradores de energia, caldeira entre outros;
- Gerenciar a operação e controle dos sistemas de: água, energia elétrica, gases, vapor, efluentes líquidos, SPDA e climatização;
- Gerenciar da manutenção corretiva e preventiva dos Sistemas, (Cronograma de Manutenções);
- Gerenciar e Controle estoque de materiais, peças de reposição para as manutenções corretiva e preventivas;
- Elaborar Planos de Contingência;
- Elaborar Plano Diretor.

Legislação Vigente

Para elaboração do Plano de Manutenção, utilizamos as seguintes normas regulamentadoras aprovadas pela portaria nº. 3214 de 08.06.78 do Ministério do Trabalho:

- NR-4: Serviço especializado em segurança e medicina do trabalho;
- NR-5: Comissão interna de prevenção de acidentes;
- NR-6: Equipamento de proteção individual;
- NR-7: Programa de Controle Médico de Saúde Operacional;
- NR-9: PPRA – Programa de prevenção dos Riscos Ambientais;
- NR-10: Instalações e serviços em eletricidade;
- NR-11: Transporte, movimentação, armazenagem e manuseio de materiais;
- NR-12: Máquinas e Equipamentos;
- NR-13: Caldeiras e Vasos de Pressão;
- NR-23: Proteção contra Incêndios;
- NR-24: Condições Sanitárias e de conforto nos locais de trabalho;
- NR-32: Segurança e Saúde no trabalho em serviços de saúde;
- NR-33: Segurança e Saúde nos trabalhos em espaço Confinado;
- NR-35: Trabalho em Altura;

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização
e execução das ações e serviços de saúde
Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran
Página 464



- RDC- 50: Regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde;
- NBR 13534: Regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde;
- NBR 5410: Instalações elétricas de baixa tensão;
- Portaria MS Nº 2914: Procedimentos de Controle e de vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade;
- Resolução – RE nº 9: Padrões Referenciais de Qualidade do Ar Interior, em ambientes climatizados artificialmente de uso público e coletivo.

TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO

Escopo de Trabalho

A Unidade de Tecnologia da Informação tem por objetivo aplicar as melhores práticas recomendadas por organismos internacionais reconhecidos (ITIL, COBIT e PMI), no que tange à Tecnologia da Informação.

Ainda, tem por responsabilidade disponibilizar todos os recursos tecnológicos e prestar o suporte necessário para a execução dos processos administrativos e assistenciais.

A fim de atingir os objetivos, a Unidade de Tecnologia da Informação possui metodologia que garante a implementação de sistemas através de técnicas de gerenciamento de projetos, contratação e qualificação de pessoas e gestão de infraestrutura, para atender adequadamente aos requisitos de segurança, integridade, disponibilidade e confiabilidade das informações.

Abaixo destacamos os objetivos gerais e específicos da Unidade de Tecnologia da Informação.



Modelo de Gestão

A fim de atingir nossos objetivos, a equipe de TI possui metodologia que garante a implementação de sistemas através de técnicas de gerenciamento de projetos, contratação e qualificação de pessoas e infraestrutura, para atender adequadamente aos requisitos de segurança, integridade, disponibilidade e confiabilidade das informações.

Com a experiência adquirida ao longo dos anos foi desenvolvida uma estrutura que permite uma rápida adaptação de uma nova unidade de forma segura, tranquila, transparente e organizada. Com isso é possível realizar a adequação e mapeamento dos processos da unidade e possibilitando a avaliação de pontos a melhorar, bem como prazos para isso.

Objetivos gerais

- Manter todo o parque tecnológico em perfeito funcionamento, com confiabilidade e desempenho necessários para suportar os Sistemas e aplicações a serem utilizados, de forma a prover ganhos de qualidade, segurança e produtividade;
- Implantar e prestar suporte à Sistemas;
- Acompanhar os contratos e a execução dos serviços terceiros da Unidade de Tecnologia da Informação;
- Gerenciar os projetos da Unidade de Tecnologia da Informação;
- Gerenciar e garantir a infraestrutura e o desempenho das redes de dados e voz;
- Preservar a confidencialidade e integridade das informações, garantindo um ambiente seguro e confiável;
- Desenvolver, constantemente, ações que visam atender os processos internos buscando, as melhores práticas do mercado de tecnologia da informação, garantindo alta disponibilidade;
- Viabilizar recursos tecnológicos visando a praticidade na execução das atividades das unidades;
- Aprimoramento constante da unidade, visando oferecer capacitação da instituição a atingir um alto nível de conhecimento tecnológico;
- Apoiar a unidade no ganho de eficiência e produtividade.



Objetivos Específicos

- Assegurar a confidencialidade dos dados e informações dos pacientes;
- Manter a integridade da base de dados de informações das Unidades e dos pacientes como também dos sistemas adquiridos ou desenvolvidos e garantir a entrega deles em perfeita ordem ao término do contrato;
- Responder pelos serviços de TI contratados realizando a gestão técnica, financeira e legal;
- Garantir a disponibilidade das informações de gestão financeira, fiscal e indicadores para tomada de decisão através de relatórios ou aplicações;
- Garantir o cumprimento dos acordos de nível de serviço (SLA) com os usuários internos e externos;
- Dar suporte aos usuários na definição de processos administrativos e assistenciais, buscando a melhoria contínua;
- Definir em conjunto com os usuários chaves os principais processos assistenciais e parametrizar os sistemas com estas definições.

Atualmente a complexidade das novas tecnologias da informação é diretamente proporcional à complexidade das organizações. Para administrar essa complexidade multidisciplinar foram criados vários padrões de gestão de TI, desenvolvidos por organizações internacionais. A TI utiliza como base no gerenciamento de suas atividades os principais padrões de gestão baseados nas melhores práticas, sendo elas:

- ITIL
- COBIT
- PMI
- NBR 14565
- Marco Civil da Internet, Lei n° 12.965/2014



Atribuições

- Elaborar o Plano Diretor de Tecnologia da Informação que pautará os serviços, investimentos e metas da unidade de Tecnologia da Informação;
- Elaborar o Plano de Segurança da Informação que deve determinar as normas, padrões, auditorias, controles de acessos a sistemas e serviços da Tecnologia da Informação com foco em segurança da informação;
- Elaborar todas as normas, procedimentos operacionais padrão (POP), rotinas, catálogo de serviços da Tecnologia da Informação, e scripts de atendimento das equipes de suporte técnico;
- Comunicar qualquer problema grave que impacte na operação;
- Cuidar e manter todos os equipamentos tecnológicos;
- Gerenciar os recursos humanos da Unidade de Tecnologia da Informação;
- Implantar e manter em perfeito funcionamento todos os softwares necessários para o perfeito e eficiente funcionamento das Unidades de Saúde;
- Manter e guardar sigilo das informações e dados das Unidades de Saúde, em especial informações sobre a situação de saúde dos pacientes;
- Definir e atender os Acordos de Níveis de Serviços (SLA) com as demais áreas e serviços prestados pela Unidade de Tecnologia da Informação;
- Manter cópias de segurança (backup) de todos os dados e informações de todos os sistemas e processos informatizados;
- Manter atualizado os patches de segurança e softwares de antivírus em todos os computadores;
- Manter logs de acesso e trilhas de auditorias de sistemas e serviços com foco em segurança da informação;
- Adotar as melhores práticas para serviços de Data Center respeitando as Normas vigentes;
- Manter sempre atualizado os indicadores de desempenho da Unidade de Tecnologia da Informação;
- Manter equipe da Unidade de Tecnologia da Informação treinada e em quantidade suficiente de modo a cumprir todos os Acordos de Níveis de Serviços pactuados.



Visando garantir o cumprimento das atribuições da área, a Unidade de Tecnologia da Informação deverá contar sempre com uma equipe adequada e preparada para atender aos processos de implantação de sistemas, desenvolvimento de novas aplicações e integrações, suporte à rede e ao usuário e capacitação dos novos colaboradores.

Assim, a fim de assegurar um atendimento com qualidade e assertividade, além do aperfeiçoamento contínuo dos serviços prestados, é importante a aplicação de conceitos de gestão baseados nas melhores práticas de governança e gerenciamento de serviços de Tecnologia da Informação.

Organização do Serviço

Atualmente a complexidade das novas Tecnologias da Informação e Comunicação é diretamente proporcional à complexidade das organizações. Para administrar essa complexidade multidisciplinar é imprescindível a adoção de boas práticas de gestão e governança de Tecnologia da Informação com foco em:

ITIL (Information Technology Infrastructure Library)

Conjunto de boas práticas, O ITIL™ (Information Technology Infrastructure Library) é o modelo de referência para gerenciamento de processos de Tecnologia da Informação mais aceito mundialmente. Atualmente na versão 4, o foco deste modelo é descrever os processos necessários para gerenciar a infraestrutura de Tecnologia da Informação eficientemente e eficazmente de modo a garantir os níveis de serviço acordados com os clientes.

Características do ITIL™

- Modelo de referência para processos de Tecnologia da Informação não proprietário;
- Adequado para todas as áreas de atividade;
- Independente de tecnologia e fornecedor;



- Baseado nas melhores práticas;
- Um modelo de referência para a implementação de processos de Tecnologia da Informação;
- Checklist testado e aprovado.

PMBOK (Project Management Body of Knowledge)

Conjunto de melhores práticas do mercado para a gestão de projetos, o PMBOK 7ª é uma obra do instituto denominado PMI (Project Management Institute) que até hoje é responsável por gerenciar e atualizar as melhores práticas utilizadas por gerentes de projetos em todo mundo. Denominado como um guia, o PMBOK 7ª é utilizado como uma referência de conhecimento para gestão de projetos, não determina qualquer requisito ou obrigatoriedade, ele apenas documenta e disponibiliza as boas práticas. A adoção do guia visa minimizar desvios nos projetos delegados à Unidade de Tecnologia da Informação para que sejam entregues dentro do prazo, custo e escopo acordados.

COBIT (Control Objectives for Information and Related Technologies)

Fundamentalmente o COBIT especifica os objetivos de controle de Tecnologia da Informação, permite que a Unidade de Tecnologia da Informação consiga seu desempenho mensurado e seus riscos devidamente apontados e corrigidos uma vez que auxilia o direcionamento ou a priorização dos recursos e esforços da Tecnologia da Informação para atender aos requisitos do negócio. Sua meta é identificar e compreender quais são os processos da Unidade de Tecnologia da Informação que estão gerando um impacto, ou ocasionando possíveis riscos para o negócio, de forma a dar prioridade à gestão desses processos.

O Cobit é um framework mantido pelo ISACA (Information Systems Audit and Control Association), um conjunto de práticas e recomendações para a governança de Tecnologia da Informação baseado em quatro premissas:

- Planejar e organizar;
- Adquirir e implementar;
- Entregar e suportar;
- Monitorar e avaliar.

ISO 27001

A SPDM se baseia na norma ISO 27001 em todos os processos e atividades com relação à segurança da informação e proteção de dados. A ISO 27001 é uma norma internacional que define um modelo de Sistema de Gestão de Segurança da informação (SGSI), esta norma nos guia para estabelecer, implementar, operar, monitorar e analisar criticamente tudo o que envolve a segurança da informação e a proteção dos dados em nossa organização, além de estabelecer diretrizes e procedimentos seguidos por todos os colaboradores da instituição.

Operação da Unidade de Tecnologia da Informação – Suporte Local

A Unidade de Tecnologia da Informação atua localmente através de uma equipe formada por analistas e técnicos de Suporte.

O Suporte local é responsável pelo atendimento de suporte técnico especializado para o usuário em relação à utilização de equipamentos (computadores, impressoras etc.), programas, sistemas informatizados, redes e softwares. O trabalho é pautado nas melhores práticas do ITIL, em especial a central de serviços.

A Central de Serviços deve ser a porta de entrada de todas as demandas à Unidade de Tecnologia da Informação, por meio de abertura de ordens de serviço

A partir das ordens de serviços, ocorre a atuação dos profissionais da Unidade de Tecnologia da Informação, através dos atendimentos e baseia-se nos padrões da ITIL e tem por objetivo assegurar o funcionamento dos recursos de Tecnologia da Informação disponíveis aos serviços administrativos e assistenciais prestados pelas Unidades de Saúde.

As ordens de serviço podem ser escaladas ou direcionadas para os fornecedores e demais equipes internas da SPDM necessárias para a solução do incidente ou requisição.

Para os atendimentos realizados pela equipe de Tecnologia da Informação são atribuídos acordos de níveis de serviços (SLA) conforme a criticidade para cada área e serviço relacionado

As atividades da Tecnologia da Informação nas Unidades são acompanhadas por uma Gerência de Operações e auditadas constantemente a fim de garantir a execução e a segurança dos processos.



Indicadores de Desempenho

Indicadores de desempenho de TI são ferramentas básicas utilizadas para o gerenciamento dos serviços prestados de TI na Instituição.

Com indicadores de desempenho de TI a SPDM é capaz de aferir os processos organizacionais, níveis de serviços prestados e apontar possíveis alterações nos planejamentos já definidos, também controlar e cobrar níveis de excelência nos serviços prestados.

Com o papel estratégico da TI na SPDM, é essencial que seus resultados sejam mensurados para saber se o caminho adotado traz benefícios para Instituição ou se é necessário fazer ajustes.

Escritório de Projetos

Responsável pelo portfólio de projetos de Tecnologia da Informação das Unidades de Saúde, além de gerenciar os projetos estratégicos com foco no cumprimento das etapas previstas, custos e prazos acordados.

Governança de Tecnologia da Informação

Responsável pela padronização dos processos de Tecnologia da Informação com foco na otimização dos recursos e controle das métricas, e dos indicadores de desempenho da unidade, alinhado aos objetivos estratégicos da Instituição.



Segurança da Informação

Com base na família das normas ABNT NBR ISO/IEC 27000, o setor de segurança da informação da SPDM tem trabalhado para manter a segurança dos ativos da instituição de acordo com o nível de criticidade, garantindo sempre a integridade, confiabilidade e a disponibilidade de cada informação, sempre com o apoio da alta administração e das políticas e normas institucionais.

Os equipamentos como desktops e servidores, possuem uma configuração personalizada para garantir a segurança do hardware e do sistema operacional de cada equipamento, permitindo somente a execução dos softwares necessários aos colaboradores e homologados pela instituição, incluindo o antivírus e o software de detecção de ameaças e resposta a incidente. Cada colaborador possui um perfil único de acesso à rede, com critérios de complexidade de senhas e logs de auditoria, incluindo o ambiente da nuvem, onde os colaboradores possuem acesso aos softwares de produtividade como e-mail, OneDrive, SharePoint, Microsoft Teams e outras ferramentas, as quais também são monitoradas pelo setor de segurança da informação.

O Hospital possui acesso a rede da instituição e um firewall de próxima geração instalado no local, com o objetivo de segmentar a rede lógica, monitorar e aplicar as permissões de rede necessárias para cada equipamento. No data center principal, onde estão os principais serviços, possui esta mesma estrutura, porém, com um número maior de firewalls, evitando a possibilidade de um acesso indevido a este ambiente, uma vez que no data center, ficam alocados os backups em equipamentos específicos para esta finalidade. Para a gestão das credenciais privilegiadas no data center, é utilizado um cofre de senhas que realiza as trocas automática das senhas em tempos pré-determinados, de forma personalizada para cada equipamento, exigindo dos administradores um duplo fator de autenticação e reduzindo significativamente o risco do comprometimento destas credenciais. Os acessos externos as aplicações web publicadas na internet, passam por um firewall de aplicação, para proteção das principais ameaças a este tipo de software, além de estarem em uma rede totalmente separada dos demais ambientes.

Todos os equipamentos críticos são monitorados 24 horas por dia pela central de operações de segurança, que recebem alertas no caso de comportamentos suspeitos a partir da correlação de eventos, realizam a análise, categorizam o incidente e tomam as devidas



providências. Periodicamente os equipamentos são atualizados, é feita uma análise de vulnerabilidades dos hardwares e softwares, além de testes de intrusão no ambiente.

Os bancos de dados que não são ambientes de produção, como a base de testes, homologação e treinamento, possui os dados pessoais anonimizados e criptografados, para garantir a segurança dos dados originais.

Além das medidas técnicas citadas, medidas administrativas são constantemente desenvolvidas e revisadas, para garantir a eficiência dos controles de segurança, para proteger não somente as informações digitais, mas também das informações que estão fisicamente nas unidades e que necessitam de outras medidas.

Privacidade de dados - LGPD (Lei Geral de Proteção de Dados)

A preocupação com a privacidade do paciente e a confidencialidade de seus dados é uma constante e tem sido amplamente discutida e se feito presente na instituição. Alinhado a essa questão, há a preocupação com o atendimento as leis e normas vigentes, como ocorre com a Lei Geral de Proteção de Dados, que tem unido esforços institucionais no atendimento em sua íntegra.

A fim de atender a Lei geral de Proteção de Dados LGPD N° 13.709, a SPDM possui um comitê de privacidade composto por profissionais em cargos estratégicos, cujo objetivo é planejamento e acompanhamento de ações com foco na proteção e a privacidade dos dados. Dentre as ações deste comitê, está a ampla divulgação da LGPD em desktops, intranet e e-mail, apoio ao setor de privacidade e ao encarregado pelo tratamento de dados pessoais, cursos internos, cartilhas, políticas e o mapeamento de dados pessoais dentro da empresa, tendo oportunidade de melhorar os processos e pôr fim a realização de avaliação de contratos e projetos.

A SPDM está comprometida em oferecer transparência em como são tratados e processados dados pessoais, e em garantir através de boas práticas, normas e regulamentações, a segurança das informações, estabelecendo padrões de atuação, seguindo as previsões legais, sempre com a preocupação da segurança, privacidade e confidencialidade dos dados pessoais.



São realizados constantes investimentos na implantação e atualização de recursos tecnológicos a fim de assegurar que todas as informações e dados pessoais coletados estejam protegidos.

A instituição possui um setor específico para o tema de privacidade de dados, onde são definidas a implantação de ferramentas e controles de segurança da informação. Métricas de acompanhamento e avaliação estão sendo desenvolvidos à medida que as ferramentas estão sendo adquiridas e disponibilizadas, uma vez que será possível ter a visibilidade do ambiente de maneira ampla e confiável em conjunto para um plano de resposta e acompanhamento.

Gestão de Sistemas

Responsável por implantar, manter, dar suporte e aprimorar os principais sistemas e softwares voltados para as áreas administrativas e assistenciais, como por exemplo: Prontuário Eletrônico do Paciente, eSUS, entre outros.

Telemedicina

A Telemedicina se caracteriza pelo forte uso da Tecnologia da Informação, por meio de infraestrutura de servidores, telecomunicação, armazenamento de grande volume de dados, banco de dados e uso de softwares especialistas.

Através da plataforma de telemedicina os médicos generalistas das Unidades têm acesso aos especialistas que ficam em uma Central Executante para uma segunda opinião clínica ou conduta médica, para isso a SPDM utiliza uma plataforma modular de telemedicina que são integradas às especialidades (Dermatologia, Reumatologia, Imunologia, Alergologia, Ginecologia/Obstetrícia, Psiquiatria e Pneumologia). São fornecidos equipamentos médicos especiais para esses atendimentos (Exemplo: Dermatoscópio e Câmeras especiais).



Dentre os maiores benefícios da telemedicina podemos destacar:

- Aproximação do médico com o paciente, garantindo acolhimento à saúde onde e quando for necessário;
- Atendimento a distância às comunidades que precisam, mas não tem acesso ao médico;
- Acessibilidade a uma grande parte da população;
- Maior agilidade nos atendimentos, devido à sistematização do processo por meio de softwares de saúde online;
- Segurança estrutural e sigilo de dados, conforme normas internacionais;
- Ampliação da agenda clínica dos especialistas;
- Envio de exames para laudo 24 horas por dia com resposta ágil e atendimento nacional;
- Maior especialização no diagnóstico de laudos;
- Redução do tempo de atendimento e dos custos operacionais.

Nas Unidades Afiliadas da SPDM a Telemedicina/PACS com segunda opinião médica consultiva e geração de laudos é utilizada nas seguintes áreas:

- Radiologia;
- Densitometria;
- Mamografia;
- Ultrassonografia;
- Tomografia;
- Ressonância;
- Cardiologia;
- Oftalmologia;
- Dermatologia;
- Reumatologia;
- Imunologia;
- Alergologia;
- Ginecologia/Obstetrícia;
- Psiquiatria;
- Pneumologia.



Gestão de Processos

Responsável por mapear, desenvolver, documentar, monitorar, controlar e revisar os processos da Unidade de Tecnologia da Informação. Atua de forma organizada e sistemática de forma a aperfeiçoar de forma contínua os processos da Unidade de Tecnologia da Informação.

Informatização da gestão de processos, como compras, contratos, pagamentos, movimentação de pessoas, entre outros para melhor controle e acompanhamento dos processos, com melhores resultados.

ERP – Gestão de Pessoas

Na gestão de Recursos Humanos e Administração de Pessoal das Unidades Afiliadas da SPDM são utilizados os sistemas na nuvem da própria empresa, uma das maiores empresas do ramo do Brasil, totalmente segura e íntegra, seguem todas as normas e diretrizes de TI.

Estes sistemas também se utilizam do banco de dados ORACLE em NUVEM.

Utilização de Sistema, com módulos integrados de:

- Recrutamento e seleção;
- Gestão de plano de cargos e salários;
- Gerenciamento da área de recursos humanos no geral;
- Controle e gestão da folha de pagamento;
- Gestão do controle de ponto dos colaboradores;
- Portal do Colaborador;
- Gestão de informações;
- Entre outros.

A integração destes módulos oferece como principais vantagens: a agilidade no fechamento da folha de pagamento e envio das obrigações trabalhistas e a otimização de custos para geração de todo o processo, a integridade das informações dos pagamentos, a gestão de administração de pessoal e seus indicadores, o gerenciamento do controle de frequência de pessoal, a agilidade nos processos de contratações e informações gerenciais para auxílio nas tomadas de decisões.

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização
e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 477



ERP – Gestão

Com a finalidade de proporcionar uma maior qualidade aos serviços prestados, a SPDM utiliza um único ERP de gestão. Este software é responsável por toda a gestão administrativa do negócio, assim como a área financeira, fiscal e contábil, uma vez que todo o processo utiliza um único software, facilita a visão macro do negócio e dos processos que foram realizados, assim como a transparência e a confiabilidade dos processos.

GED e Workflow

A SPDM possui Serviços de GED e Workflow através de Plataforma integrada.

O Workflow permite a automatização de documentação de movimentação de pessoal, contratações, entre outros, sendo que estes processos são assinados digitalmente. Dessa forma, é possível controlar os processos em tempo real, extrair relatórios, realizar interfaces entre as áreas, tornando mais ágeis os fluxos internos, destacando entre eles a contratação de pessoal e de serviços. Como resultado temos ainda a redução do consumo de papel.

O GED, além de estar atrelado ao workflow, também atenderá demandas de digitalização de documentos para integração com os Sistemas utilizados no Município e digitalização de prontuários de SAME, por exemplo.

EAD

Assim como todas as áreas, a educação tem sido auxiliada pela tecnologia, entre muitas soluções, o ensino a distância tem sido o que mais tem expandido nos últimos anos, uma vez que através da mesma é possível que o aluno tenha acesso a qualquer hora ao conteúdo, assim como dentro de uma empresa auxilia o processo de capacitação, uma vez que a plataforma fica disponível com todas as apostilas, vídeos e provas que podem ser realizadas.

Na SPDM esse processo tem sido de grande valor, principalmente para a educação continuada, essa plataforma pode ser aplicada como uma opção de ensino totalmente virtual ou como um complemento para turmas presenciais, possibilitando aos professores verificarem as notas dos alunos, as datas e o tempo em que ficaram na plataforma, entre outras informações.



Certificação Digital

A SPDM possui contrato para aquisição de certificado digital em nuvem, sem necessidade de cartões, leitoras, etc.

O Certificado possui duplo fator de autenticação (token dinâmico gerado através de APP para validação, igual APP de banco), aderente à LGPD e aos Sistemas utilizados pela Instituição e ao Sistema de Prontuário Eletrônico utilizado pelo Município.

Rede e Telecomunicações

A rede sempre é composta pela rede de dados cabeada, equipamentos de rede, segurança, telefonia IP e videoconferência. Dentre os sistemas, serviços e dispositivos suportados por esta rede estão:

- O tráfego interno e externo de dados, através de pontos lógicos e rede sem fio, disponibilizados em todo o ambiente da Unidade;
- O sistema de telefonia interna e externa;
- Salas definidas para a realização de videoconferências;
- O circuito fechado de TV para monitoramento e controle do ambiente;
- Os sistemas de informação;
- Os dispositivos de automação, coleta e registro de dados;
- Os sistemas de controle de acesso e registro de ponto;
- Impressão.

A SPDM realiza a gestão da infraestrutura de rede de dados e voz (onde se aplica) nas Unidades. O trabalho é pautado nas melhores práticas do ITIL, nas Normas ANSI/TIA/EIA relacionadas, Normas ABNT relacionadas e demais legislações vigentes.

Deve garantir o pleno funcionamento da rede, infraestrutura de rede estruturada, backup de dados, pleno funcionamento do Link de dados, através de documentação, acompanhamento, monitoramento e execução das ações.

A SPDM possui um Data Center que funciona como ponto concentrador de controle de rede de dados da SPDM, onde estão hospedados os principais serviços de Tecnologia da Informação, como:



- Arquivos;
- Backups;
- Banco de Dados Oracle e SQL;
- Controladores de domínio da rede;
- Sistema de Educação a Distância (EAD);
- Firewall/Proxy;
- Internet;
- Intranet;
- Serviço de Atualização do Windows (WSUS);
- Serviço de Gerenciamento do Antivírus (EPO);
- Servidores Web;
- Sistemas de Gestão Hospitalar.

O Datacenter é certificado para atender as rigorosas normas de gestão de energia e ambiente, é nível TIER III, central Redundância energética N+1; Redundância de refrigeração N+1; Certificações ISO 22301, SOC 1 Tipo II, PCI-DSS, SOC 2 Tipo II, ISO 27100, ASAE 3402 Type II, FISC, FedRAMP, HDA, HIPAA, ISO 14001, ISO 22301, ISO 27001, ISO 50001, ISO 9001, NIST 800-53/FI, OHSAS 18001, OSPAR, SS 564, SS507, TSI, TVRA, UpTime Institute.

A SPDM em suas Unidades Afiliadas investe em infraestrutura de rede padronizada composta por redes internas e externa.

NBR 14565 – utilizado na SPDM pela área de Redes e infraestrutura, voltado para normalização de procedimento básico para elaboração de projetos de cabeamento de telecomunicações para rede interna estruturada, visando manter a comunicação íntegra e aderentes as demandas das afiliadas.

Rede interna – Utilizando a topologia estrela, padroniza a rede interna em suas Unidades Afiliadas, composta por no mínimo um switch-core de terceira camada responsável pelo roteamento, distribuição de IPs e controle de toda a rede interna, contando com conexões entre os Racks das unidades através de Backbones Ópticos ou de pares metálicos. Para garantir o bom funcionamento, melhor desempenho e compatibilidade das tecnologias agregadas em cada unidade, foi adotada uma padronização dos equipamentos empregados, utilizando assim diversos protocolos de segurança, comunicação, otimização e performance por toda rede. Esta rede ainda é composta por roteadores, switches de segunda camada e cabeamentos UTP adequado seguindo

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização
e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 480

todas as normas necessárias, além da certificação com equipamentos específicos garantindo assim o bom funcionamento de diversos serviços necessários em um estabelecimento de saúde. Todos os racks devem possuir nobreak para garantir o funcionamento da unidade e evitar danos aos equipamentos.

Rede externa – Utilizando a topologia de anel composta por links de fibra óptica que garantem a redundância do serviço, estes por sua vez são responsáveis pela interligação de todas as unidades e do data center externo. Com atendimento, suporte preventivo e corretivo, além do monitoramento 24 horas por dia pela empresa responsável e fornece relatórios gráficos garantindo a disponibilidade. Cada unidade possui velocidade e segurança suficiente para atender a todas as necessidades.

Normas Técnicas

Para a Unidade de Tecnologia da Informação de cada Unidade Afiliadas SPDM segue-se as melhores práticas de mercado, e deve-se seguir as normas estabelecidas para cada fim específico, que sirvam como guia para um melhor gerenciamento.

Compreendem, como boas práticas, o alinhamento e a utilização de normas técnicas necessárias para a implementação, implantação, manutenção e gerenciamento dos serviços a ser utilizado nas Unidades.

As normas técnicas abaixo explicitadas servirão como base e devem ser seguidas em toda a elaboração dos projetos de Tecnologia da Informação.

- Normas Nacionais Aplicáveis:
 - ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas;
 - ANATEL – Agência Nacional de Telecomunicações.
- Normas Internacionais Aplicáveis:
 - A área de Telecomunicação seguirá as normas de acordo com suas necessidades específicas;
 - EIA - Electronic Industries Alliance;
 - TIA - Telecommunication Industry Association;
 - NEC - National Electrical Code;
 - ISO - International Organization for Standardization.

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização
e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 481



- Normas ISO:
 - ISO/IEC 11801:2002 - Information Technology - Generic cabling for customer premises;
 - ISO/IEC 11801:2002/Amd 1:2008 – Define performance de canais classes EA e FA; referência 10GBASE-T.

- Normas ABNT:
 - NBR-14565:2007 Cabeamento de telecomunicações para edifícios comerciais;
 - NBR-14703:2005 Cabos de telemática de 100 ohms para redes internas estruturadas – Especificação;
 - NBR 14705:2010 Cabos internos para telecomunicações - Classificação quanto ao comportamento em frente à chama;
 - NBR-5410:2004 Instalações elétricas de baixa tensão;
 - NBR/IEC 27001 padrão para sistema de gestão da segurança da informação.

- Normas TIA:
 - TIA-568-C.0 Generic Telecommunications Cabling for Customer Premises (Fev/2009);
 - TIA-568-C.1 Commercial Building Telecommunications Cabling Standard (Fev/2009);
 - TIA-568-C.2 Balanced Twisted-Pair Telecommunications Cabling and Components Standards (Ago/2009);
 - TIA-568-C.3 Optical Fiber Cabling Components Standards (Jun/2008);
 - TIA1179 - Cabeamento estruturado para uso específico em ambientes de Saúde.

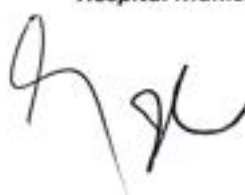
Links de Comunicação de Dados

Conforme necessidade, são instalados Links principais e redundantes, para atender as Unidades, garantindo alta disponibilidade, balanceamento de uso de banda, upgrades com agilidade e conexões 100% seguras, com interligação direta de redes locais (LANs) e regionais

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 482



(WANs), com conexões totalmente dedicadas, por meio de fibra óptica preferencialmente, ou rádio, com possibilidade de comunicação e aderente à rede de dados existente no Município.

Telefonia

PABX

Manutenção Preventiva dos aparelhos PABX das Unidades onde o equipamento está disponível, visando manter os equipamentos dentro das condições de uso, com o objetivo de redução das possibilidades de ocorrência de defeitos por desgastes ou envelhecimento de seus componentes; constituindo tais serviços em intervenções técnicas programadas (mensalmente) para identificar e sanar falhas no(s) equipamento(s), incluindo ajustes e reparos dentro das especificações, bem como lubrificações, limpeza interna, inspeção visual e troca de peças, com serviço dentro dos horários e prazos necessários para garantir o pleno funcionamento do Serviço.

A SPDM possui, ainda, outsourcing de PABX que garante equipamentos novos, manutenções preventivas e corretivas, nobreak dedicado, trocas de peças se necessário, compatibilidade com telefones analógicos e IPs, viabilizando a implantação deste equipamento em diversos cenários, seja em grandes ou pequenas unidades, seja com a rede estrutura ou não.

Com um PABX é possível configurar os tipos de ligações que cada ramal ou usuário pode realizar, gravar as ligações, configurar uma URA de atendimento eletrônico para um direcionamento mais preciso dos pacientes aos setores corretos, extrair relatórios sobre as ligações, entre outras funções que garantem o monitoramento deste serviço em tempo real.

Também é possível implantar Serviço de Call Center, com software responsável por gerenciar as ligações ativas e passivas, com fila de espera, mensagens de espera, monitoramento das ligações, agentes conectados, nem como relatórios de gestão do Serviço.

Telefonia Fixa

Manutenção das linhas fixas analógicas e digitais das Unidades, onde se aplica e sob Gestão da SPDM, com acompanhamento de consumo e desempenho junto à Operadora.



Telefonia Móvel

Manutenção das linhas de telefonia e dados móveis, onde se aplica e sob Gestão da SPDM, com acompanhamento de consumo e desempenho junto à Operadora.

Outsourcing de equipamentos

Com a finalidade de manter um ambiente tecnológico moderno e atualizado, com maior agilidade no desenvolvimento das atividades e prestação de serviços são realizados contratos de terceirização de ativos (computadores, impressoras, tablets, entre outros).

As estações de trabalho (fixas e portáteis) e as impressoras utilizadas são equipamentos de última geração que garantem alta disponibilidade e ausência de manutenções permitindo assim que as equipes de suporte local concentrem suas atividades na atenção aos usuários e gerenciamento dos serviços prestados.

Gestão de Fila

Com a finalidade de manter a organização do atendimento nas Unidades, com agilidade e clareza, pode ser realizado contrato de terceirização para equipamentos de gestão de fila, com totem de emissão de senha e televisores com chamador integrados ao sistema de informação utilizado pelas Unidades.

Office 365

Para que uma empresa do porte da SPDM tenha agilidade nos seus processos, é fundamental ferramentas que auxiliem os colaboradores na execução de suas atividades, assim como facilite a comunicação entre os colaboradores e até mesmo com pessoas de fora da instituição, se necessário.



Pensando nisso, as Unidades possuem possibilidade de aderência ao pacote de ferramentas da Microsoft, o Office 365. Este inclui uma série de softwares de produtividade como Microsoft Word, Excel, Powerpoint, entre outros como OneDrive (arquivos em nuvem) e o Teams, que fornece o serviço de chat, vídeo conferência e reuniões.

Além destes serviços está incluso o SharePoint, Microsoft Forms, To-do, Planner, Flow, além do Outlook e do Exchange, plataforma de e-mails desenvolvida pela Microsoft para grandes empresas.

PROPOSTA DE ATIVIDADES

- Manter todo o parque tecnológico em perfeito funcionamento, com confiabilidade e desempenho necessários para suportar os Sistemas e aplicações a serem utilizados, de forma a prover ganhos de qualidade, segurança e produtividade;
- Manter o parque tecnológico em constante atualização no que tange à configuração e modernização, com aplicação das melhores tecnologias para que o atendimento ao paciente e o desenvolvimento das rotinas hospitalares ocorram com maior agilidade, sem interrupções, entregando aos clientes internos e externos a melhor qualidade de equipamentos, tais como:
 - a) Computadores com SSD, que entregam alta performance;
 - b) Impressoras de pulseiras nos pontos de entrada de pacientes;
 - c) Implantação de impressoras de etiqueta para identificação de pacientes e visitantes;
 - d) Totens de autoatendimento e painéis de senha.
- Implantar e prestar suporte à Sistemas;
- Acompanhar os contratos e a execução dos serviços terceiros da Unidade de Tecnologia da Informação;
- Gerenciar os projetos da Unidade de Tecnologia da Informação;
- Gerenciar e garantir a infraestrutura e o desempenho das redes de dados e voz;
- Preservar a confidencialidade e integridade das informações, garantindo um ambiente seguro e confiável;



- Desenvolver, constantemente, ações que visam atender os processos internos buscando, as melhores práticas do mercado de tecnologia da informação, garantindo alta disponibilidade;
- Viabilizar recursos tecnológicos visando a praticidade na execução das atividades das unidades;
- Aprimoramento constante da unidade, visando oferecer capacitação da instituição a atingir um alto nível de conhecimento tecnológico;
- Apoiar a unidade no ganho de eficiência e produtividade;
- Assegurar a confidencialidade dos dados e informações dos pacientes;
- Manter a integridade da base de dados de informações do Hospital e dos pacientes como também dos sistemas adquiridos ou desenvolvidos e garantir a entrega deles em perfeita ordem ao término do contrato;
- Responder pelos serviços de TI contratados realizando a gestão técnica, financeira e legal;
- Garantir a disponibilidade das informações de gestão financeira, fiscal e indicadores para tomada de decisão através de relatórios ou aplicações;
- Garantir o cumprimento dos acordos de nível de serviço (SLA) com os usuários internos e externos;
- Dar suporte aos usuários na definição de processos administrativos e assistenciais, buscando a melhoria contínua;
- Definir em conjunto com os usuários chaves os principais processos assistenciais e parametrizar os sistemas com estas definições;
- Comunicar qualquer problema grave que impacte na operação;
- Cuidar e manter todos os equipamentos tecnológicos;
- Gerenciar os recursos humanos da Unidade de Tecnologia da Informação;
- Implantar e manter em perfeito funcionamento todos os softwares necessários para o perfeito e eficiente funcionamento das Unidades de Saúde;
- Manter e guardar sigilo das informações e dados das Unidades de Saúde, em especial informações sobre a situação de saúde dos pacientes;
- Definir e atender os Acordos de Níveis de Serviços (SLA) com as demais áreas e serviços prestados pela Unidade de Tecnologia da Informação;
- Manter cópias de segurança (backup) de todos os dados e informações de todos os sistemas e processos informatizados;

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização
e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 486



- Manter atualizado os patches de segurança e softwares de antivírus em todos os computadores;
- Manter logs de acesso e trilhas de auditorias de sistemas e serviços com foco em segurança da informação;
- Adotar as melhores práticas para serviços de Data Center respeitando as Normas vigentes;
- Manter sempre atualizado os indicadores de desempenho da Unidade de Tecnologia da Informação;
- Manter equipe da Unidade de Tecnologia da Informação treinada e em quantidade suficiente de modo a cumprir todos os Acordos de Níveis de Serviços pactuados;
- Implementar recursos garantindo a Privacidade de dados e atendimento à LGPD (Lei Geral de Proteção de Dados);
- Implantação e Sustentação de ERP:
 - a) Gestão de Processos (Backoffice);
 - b) ERP – Gestão de Pessoas;
 - c) ERP - GED e Workflow.
- Manutenção e Sustentação do Moodle da Instituição para educação continuada;
- Sustentação e melhorias constantes no Sistema de Gestão Hospitalar;
- Implantação de ferramentas para eliminação de impressões, digitalização de processos e maior agilidade de fluxos;
- DataCenter e Links de Comunicação de Dados e Telefonia;
- Telefonia Móvel;
- Outsourcing de equipamentos;
- Office 365.



CONCLUSÃO

A proposta apresentada tem como foco a melhoria da qualidade do serviço prestado, no que se refere à Unidade de Tecnologia da Informação.

Ainda, a evolução constante da Tecnologia da Informação na área de saúde permite que os processos sejam cada vez mais assertivos, integrados e ágeis, de forma a garantir a melhoria contínua dos fluxos e do serviço prestado.

Por fim, todos os itens descritos fazem parte de um único escopo para garantir a entrega das informações com transparência, bem como facilitar o dia a dia dos colaboradores da unidade, desta forma impactando diretamente nos resultados e no atendimento ao paciente, uma vez que com todos os serviços fluindo naturalmente sem interrupções garantem a qualidade do Serviço.

Funcionamento

De segunda a sexta-feira, das 07h00 às 18h00.

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização
e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 488



Quadro de Pessoal

CATEGORIA	QUANTIDADE PROFISSIONAL	CARGA HORÁRIA	SALÁRIO BASE (R\$)	ÁREA DE TRABALHO (Função)	FORMAÇÃO	REGIME DE CONTRATAÇÃO
Administrativo	4	40	8.588,15	Tecn. Informação e Comunicação (TI) (Analista de Sistemas Senior)	Superior Completo em Sistemas de informação, Ciência da Computação, Engenharia da Computação ou Áreas Afins	CLT
Administrativo	3	40	3.303,14	Tecn. Informação e Comunicação (TI) (Analista de Suporte Senior)	Superior Completo em Sistemas de informação, Ciência da Computação, Engenharia da Computação ou Áreas Afins	CLT
Administrativo	1	40	10.045,79	Tecn. Informação e Comunicação (TI) (Analista Programador)	Superior Completo em Sistemas de informação, Ciência da Computação, Engenharia da Computação ou Áreas Afins	CLT
Administrativo	2	40	11.684,38	Tecn. Informação e Comunicação (TI) (Coordenador de TI Senior)	Superior Completo em Sistemas de informação, Ciência da Computação, Engenharia da Computação ou Áreas Afins	CLT
Administrativo	1	40	10.707,93	Tecn. Informação e Comunicação (TI) (Coordenador de TI)	Superior Completo em Sistemas de informação, Ciência da Computação, Engenharia da Computação ou Áreas Afins	CLT

Legislação Vigente

- ITIL - Information Technology Infrastructure Library
- COBIT – Control Objectives for Information and related Technology
- PMI – Project Management Institute
- ISO 27001 - ISO/IEC 27001 (ISMS - Information Security Management System) publicado pelo International Organization for Standardization e pelo International Electrotechnical Commission
- TIER - O Padrão TIER é usado para medir o nível da infraestrutura de um Data Center, mantido pelo Uptime Institute
- ABNT NBR 14565 – procedimento para elaboração de projetos de cabeamento estruturado.



PLANTÃO ADMINISTRATIVO

O Plantão Administrativo é uma unidade que funciona 24 horas e fica como referência para todo o serviço de saúde.

Durante o horário comercial, todos os gestores estão no hospital para auxiliar as equipes e resolver os problemas que ocorrem nas respectivas unidades. No período noturno, finais de semana e feriados, os gestores estão ausentes e o Plantão Administrativo atua apoiando nas intercorrências, supervisionando as equipes (verificando uniformes, escalas, postura e o cumprimento das rotinas das unidades).

O plantonista também fica responsável por verificar o prédio, funcionamento dos equipamentos, manutenção predial, funcionamento dos geradores, escala médica, vagas disponíveis, situação do Pronto Atendimento quando é previsto ou sala de emergência.

O plantonista deve ser um articulador, ter habilidade para resolver os problemas e atuar nas diversas áreas administrativas no lugar do gestor. Em algumas situações, terá que tomar decisões importantes, avaliar a situação e determinar a conduta adequada.

Nos casos de falta de água e energia fora do horário comercial, o plano de contingência fica sob a responsabilidade do plantonista.

Em alguns casos o plantonista faz contato com as diretorias (administrativa, enfermagem e médica) e com os gestores para informar sobre determinado problema e solicitar orientação.

Organização do Serviço

Diariamente, a cada plantão, deve ser elaborado um relatório para registrar as informações do respectivo plantão. O relatório deve ser assinado pelos dois plantonistas e assim documentar as informações passadas verbalmente na passagem de plantão. O relatório deve conter a escala médica, escala de pessoal administrativo, número de pacientes, horário das rondas, temperatura da geladeira do necrotério, situação dos equipamentos, dados de óbitos no necrotério, documentos pendentes e repasses de informações.

Funcionamento

24 horas.



Quadro de Pessoal

CATEGORIA	QUANTIDADE PROFISSIONAL	CARGA HORÁRIA	SALÁRIO BASE (R\$)	ÁREA DE TRABALHO (Função)	FORMAÇÃO	REGIME DE CONTRATAÇÃO
Administrativo	5	36	3.401,62	Plantão Administrativo (Plantonista Administrativo)	Superior em Curso	CLT

Instruções Técnicas

- Exercer atividades de suporte à gestão dos processos administrativos conforme as normas e necessidades da Instituição;
- Atender e orientar o público interno e externo;
- Gerenciar as solicitações de vagas e ser referência para mediar o contato entre o solicitante e equipe médica local;
- Receber e liberar o óbito. Visando a segurança e controle, somente o plantonista administrativo possui a chave do necrotério e o acesso ao local só é permitido com o acompanhamento do plantonista administrativo. Todo controle de recebimento e entrega do corpo é feito pelo plantonista administrativo e registrado em livro específico.



3.5.2. Descrição de funcionamento da unidade de faturamento e arquivo de prontuário, bem como horários de trabalho, estrutura de chefia, membros, vínculo de trabalho e salários.

FATURAMENTO

Apresentação Da Unidade De Faturamento

O faturamento é a unidade responsável pela coleta das informações assistenciais, os dados coletados são analisados e consolidados, independente do local do atendimento do paciente: ambulatório e/ou hospitalar.

Toda informação é analisada e inserida nos sistemas: Próprio ou no Sistema Único de Saúde/DATASUS, respeitando às legislações vigentes.

Horário De Funcionamento

De segunda a sexta-feira, das 08h às 17h.

Organização Do Serviço


Apresentação ao SUS de todas as informações relacionadas aos atendimentos e procedimentos realizados no âmbito de internação hospitalar e ambulatorial, mantendo atualizado o CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, verificando as habilitações dos serviços, conforme estabelecido pelo ministério da saúde.

Para a Unidade é de extrema importância à melhoria contínua na qualidade dos serviços prestados, respeitando os princípios éticos, o conhecimento técnico e específico das regras estabelecidas pelo: Sistema Único de Saúde (SUS).

Processos realizados na unidade:

- Analisar os prontuários dos pacientes atendidos na unidade;
- Codificar os procedimentos assistenciais realizados no ambulatório e na internação;
- Verificar os motivos de: alta, óbito e/ou transferências;
- Digitar e inserir as contas médicas no Sistema Próprio e/ou Sistema do DATASUS;
- Fechar mensalmente a produção realizada pela unidade hospitalar;
- Analisar e recorrer possíveis glosas das contas médicas;
- Acompanhar indicadores; e
- Planejar ações estratégicas para melhoria dos resultados.

A consolidação dos dados e fechamentos são mensais e apresentados aos órgãos públicos realizados no âmbito hospitalar, sendo os procedimentos ambulatoriais (SIA) e hospitalares (SIH).



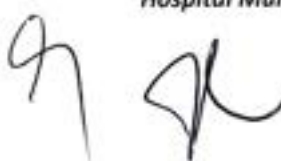
Quadro de Pessoal Sugerido

Categorias	Quantidade Profissional/Categoria	Carga Horária Semanal	Salário Base R\$	Área de Trabalho (Função)	Formação	Regime de Contratação
Administrativo	8	40	2.651,03	Faturamento (Faturista)	Ensino Médio Completo	CLT
Administrativo	1	30	826,50	Faturamento (Aprendiz)	Ensino Médio Completo	CLT
Administrativo	1	40	5.221,77	Faturamento (Gerente de Faturamento)	Superior Completo em Administração ou Ciências Contábeis	CLT

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 494



3.5.3. Instrução Normativa para realização dos procedimentos de aquisição de materiais (licitação), observadas as fases de construção de banco de dados e fornecedores, consultas de preços, aquisição, recebimento, guarda e distribuição na unidade.

Regulamento de Compras

I. Finalidade

Artigo 1º - O presente regulamento tem por finalidade normatizar as ações do Serviço de Compras da SPDM – Associação Paulista Para o Desenvolvimento da Medicina, bem como estabelecer critérios para a aquisição de produtos e serviços.

Artigo 2º -Serão consideradas atividades de compra, a aquisição ou contratação remunerada de materiais de consumo, medicamentos, equipamentos médicos e gêneros alimentícios, além da prestação de serviços por pessoas jurídicas.

II. Das compras

Artigo 3º - As compras serão realizadas por profissional habilitado, contratado pela Instituição, que terá suas atribuições e competências descritas no manual de procedimentos da Instituição.

Artigo 4º - As compras serão efetuadas após cotação de preços e autorizadas pelo Diretor no tocante a preços, quantidade e qualidade dos produtos. As cotações poderão ser realizadas via e-mail, comunidade de compras ou Portal Eletrônico.

III. Dos procedimentos de compras

Artigo 5º - Para a aquisição de bens e serviços, se faz necessário o cumprimento das seguintes etapas:

- Emissão da solicitação de compras;
- Seleção de fornecedores;



- Apuração da melhor oferta – preço, condições de pagamento, condições logísticas de atender ao pedido em termos da quantidade, da qualidade e o prazo de entrega;
- Emissão da ordem de compras (OC) ou minuta do contrato;
- Aprovação da compra pelo diretor;
- Confirmação da compra com fornecedores ou assinatura do contrato.

Artigo 6º - A solicitação de compra deverá partir das unidades de serviços, contendo as seguintes informações:

- Descrição do bem ou serviço a ser adquirido;
- Especificações técnicas;
- Quantidade a ser adquirida;
- Regime da compra: rotina ou urgência.

Parágrafo Único: As compras dos bens de uso frequente, isto é, os de rotina e os padronizados, partirão sempre das unidades de estoque.

Artigo 7º - Será considerado regime de compra urgente a aquisição de material e/ou serviço com imediata necessidade de utilização.

Parágrafo Único: A unidade de serviço requisitante deverá justificar, por escrito, a compra de urgência, informando os motivos pelos quais ela não foi incluída na programação ou na padronização e rotina.

Artigo 8º - A seleção de fornecedores de bens e serviços deverá ser criteriosa, levando-se em consideração a idoneidade, a qualidade dos materiais ou dos serviços oferecidos, os preços, assim como garantia de entrega, facilidade de manutenção, facilidade de reposição e disponibilidade de atendimento de urgência, quando necessária.

Parágrafo Único: A Instituição poderá, a qualquer tempo, desclassificar a proposta ou desqualificar o proponente sem que a esse caiba direito a indenização ou reembolso, na hipótese de vir a tomar conhecimento de fato ou circunstância que desabone sua idoneidade financeira e técnica ou comprometa sua capacidade de produção, relativo à entrega e qualidade dos produtos, ou ainda a sua integridade.

Artigo 9º - Para processo de compras em regime de urgência de valores superiores a R\$ 1.000,00, deverão ser realizadas cotações com no mínimo 3 (três) fornecedores.

Parágrafo primeiro: Para as compras em regime de urgência, inferiores a R\$ 1.000,00 (por solicitação de compra), sempre que possível, serão feitas ao menos 2 (duas) cotações, via email, comunidade de compras ou portal eletrônico), sempre com aprovação do Diretor.

Parágrafo segundo: Não será exigida cotação quando os materiais, equipamentos ou gêneros só possam ser fornecidos por produtor, empresa ou representante comercial exclusivo, tendo em vista a especificação do objeto, a exclusividade da autorização ou a inexistência de outros fornecedores, com a devida comprovação, isto é, documento que atenda o caráter de exclusividade. Também não será exigida a cotação e a seleção para serviços com objetos exclusivos ou cuja competição não é viável, como por exemplo quando o objeto não comporta precificação, quando sua mercantilização está regulada ou vedada por órgão regulador ou de classe, para atividades intelectuais de forma geral, como as atividades de advocacia, reguladas pela Ordem de Advogados do Brasil.

Artigo 10º - Deverá ser apresentado ao Diretor, para aprovação de compra, relatório constando no mínimo:

- Nome do produto, bem ou serviço a ser adquirido;
- Forma da apresentação (comprimido, ampola, litro, pacote, etc.);
- Consumo mensal;
- Preço ofertado (menor preço da cotação);
- Quantidade autorizada para compra.



Parágrafo Único: As cotações serão sempre apresentadas pelos fornecedores por escrito ou por meio eletrônico, devendo ser arquivadas no Serviço de Compras, pelo prazo de 05 anos. Após o período de 5 anos, os arquivos físicos poderão ser descartados e mantidos em arquivo eletrônico.

IV. Das compras de pequeno valor

Artigo 11º - Serão consideradas compras de pequeno valor, aquisições que não excederem o valor máximo de R\$ 1.000,00 (hum mil reais). O cálculo do valor máximo é atribuído por solicitação de compras, levando em consideração as aquisições de anos anteriores.

No caso de compras acima de R\$ 1.000,00, deverão ser realizadas no mínimo cotações com 3 fornecedores.

Artigo 12º - As compras de pequeno valor estão dispensadas do cumprimento das formalidades exigidas para compras acima desse "quantum". Entretanto, serão exigidos a solicitação de compras, o Quadro de Preços assinado pelo responsável de compras e a autorização do Diretor na ordem de compras.

V. Da contratação de serviços

Artigo 13º - Para fins do presente Regulamento, considera-se serviço, toda contratação com mão-de-obra terceirizada de pessoa jurídica, construção, reforma, ampliação, fabricação, recuperação, manutenção e serviços intelectuais.

Parágrafo primeiro. Quando se tratar da contratação de serviços, os processos deverão ser encaminhados para a Gestão de Contratos.

Parágrafo segundo. Os serviços com valores abaixo de R\$30.000,00 (trinta mil reais), independentemente da proporção (material/serviço), desde que seja eventual e não demande contrato ou garantias futuras, deverão ser conduzidos pela Unidade de Compras. Para serviços maiores de R\$ 30.000,00, o processo deverá ser conduzido de acordo com as diretrizes.



Artigo 14º - Para a celebração de contrato, a empresa vencedora deverá apresentar cópia do contrato social, comprovante de inscrição e de situação do CNPJ - Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica, do Ministério da Fazenda e outros documentos, de acordo com o tipo de contrato.

Artigo 15º - Serão cláusulas necessárias para constar dos contratos, não se limitando a:

- Objeto;
- Vigência;
- Preço;
- Forma e condições de pagamentos.
- Modo de execução, deveres e responsabilidades das partes;
- Rescisão;
- Código de Conduta;
- Foro.

Art. 16º - Não será exigida a seleção para serviços com objetos exclusivos ou cuja competição não é viável, como por exemplo quando o objeto não comporta precificação, quando sua mercantilização está regulada ou vedada por órgão regulador ou de classe, para atividades intelectuais de forma geral, como as atividades de advocacia, reguladas pela Ordem de Advogados do Brasil.

Parágrafo primeiro. A exclusividade deverá ser comprovada, quando for o caso, mediante a apresentação, pelo fornecedor ou prestador, de atestado ou declaração produzidos por instituições dotadas de credibilidade e autonomia. Nos casos de exclusividade de representação, esta somente será considerada durante o período de sua validade ou até que esgotado o tempo de garantia. As atividades intelectuais serão justificadas mediante a demonstração da confiança no prestador, inerente à atividade por ele desempenhada, e o preço poderá ser justificado tendo como parâmetro os valores divulgados por periódicos especializados ou pelo órgão de classe, bem como a comparação do valor ofertado com aqueles praticados pelo contratado junto a entes públicos ou privados, em avenças envolvendo o mesmo objeto ou objeto similar.

Art. 17º - Para a realização de obras deverão ser elaborados previamente os projetos básicos, o memorial descritivo ou o projeto executivo, conforme abaixo:



- Projeto-básico – conjunto de elementos necessários e suficientes com nível de precisão adequado para caracterizar a obra ou o complexo de obras, elaborado com base nas indicações dos estudos técnicos preliminares, que assegurem a viabilidade técnica e o adequado tratamento do impacto ambiental do empreendimento e que possibilite a avaliação do custo da obra e definição dos métodos e do prazo de execução;
- Projeto executivo – conjunto de elementos necessários e suficientes à execução completa da obra, de acordo com as normas pertinentes da Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT;
- Cronograma físico-financeiro – documento contendo a previsão de prazo de execução de cada etapa da obra e respectivo desembolso financeiro.

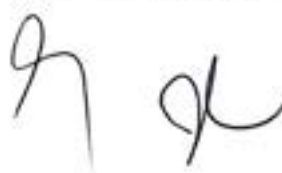
Art.18º - Na elaboração dos projetos básicos e executivo deverão ser considerados os seguintes requisitos:

- Segurança;
- Funcionalidade e adequação às finalidades;
- Economia na execução, conservação e operação, sem prejuízo da obra ou do serviço;
- Acessibilidade;
- Adoção das normas técnicas adequadas;
- Avaliação de custo, definição de métodos e prazo de execução.

Art. 19º - O processo de contratação de empresa deverá obedecer às seguintes etapas:

- Seleção;
- Assinatura do recebimento do Manual de Conformidade Administrativa, Políticas e Princípios de Integridade 2ª edição e assinatura do Anexo II (Manual de Conformidade Administrativa, Políticas e Princípio de Integridade);
- Parecer Técnico;
- Apuração da melhor proposta;
- Celebração do contrato.

Art. 20º - Para a escolha das empresas que irão participar da qualificação, deverão ser considerados o regime de contratação, a idoneidade da empresa, a qualidade, prazo de entrega e o menor custo.



Art. 21º - As empresas participantes deverão apresentar proposta de execução da obra nos moldes do projeto de execução, apresentando um cronograma de execução da obra e o custo total (cronograma físico financeiro).

Deverão ainda, apresentar os seguintes documentos:

- Cópia do contrato social registrado na junta comercial ou no órgão competente;
- Cópia dos três últimos balanços;
- Certidões públicas de inexistência de débito (municipais, estaduais, federais, INSS, FGTS);
- Certidão forense (certidões da Justiça Federal, Comum de distribuições Cíveis, executivos fiscais, falência, recuperação judicial e protesto);
- Certidão de registro de pessoa jurídica junto ao conselho de classe profissional do responsável técnico CREA (ART/CAU – RRT/CAT);
- Certidão de registro profissional e quitação do responsável técnico em respectivo conselho de classe (ART/CAU – RRT/CAT);

Parágrafo primeiro: participarão da seleção as empresas que atenderem todos os requisitos do presente inciso.

Parágrafo segundo: Não é permitido contratar empresas que estejam inscritas no CADIN estadual ou municipal, e empresas que estejam impedidas de contratar com a administração pública através de consulta ao cadastro nacional de empresas inidôneas e suspensas (CEIS) e no portal da transparência das esferas municipais, estaduais e federal, além de empresas cujos sócios gerentes ou administradores são servidores públicos do órgão com o qual a unidade mantém o contrato de gestão, bem como aquelas que tenham entre seus empregados ou representantes servidores do órgão com o qual a unidade mantém o contrato de gestão.

Art. 22º - Para efeito de contratação de serviços de terceiros, deverão ser seguidas a Política e a Norma de Contratos.



Art. 23º - A execução da obra deverá ser fiscalizada de modo sistemático e permanente pela Instituição por meio do gestor do contrato de maneira a fazer cumprir rigorosamente os prazos, condições e especificações previstas no contrato e no projeto básico, memorial descritivo e projeto executivo.

Art. 24º - Caberá ao gestor da obra e/ou gestor do contrato:

- Rejeitar os serviços ou materiais que não correspondam às condições e especificações estabelecidas;
- Verificar se os valores cobrados correspondem aos serviços efetivamente executados e prazos estabelecidos;
- Acompanhar o ritmo de execução da obra e medição dos serviços a fim de validar pagamentos;
- Emitir parecer final ao término da obra.

VI. Das disposições gerais

Artigo 25º - Em todas as compras de bens e contratação de serviços deverão ser emitidas, pelo fornecedor, nota fiscal, devidamente preenchida.

Artigo 26º - Os valores estabelecidos nos Artigos deste Regulamento poderão, periodicamente, serem revistos e atualizados, conforme definição Institucional.

Artigo 27º – A equipe de Compras deverá cumprir as diretrizes presentes na Normas de Compras.

Artigo 28º - Este Regulamento entra em vigor na data de sua publicação.



<p style="text-align: center;">ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE - OSS HOSPITAL MUNICIPAL DE BARUERI DR. FRANCISCO MORAN Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina - SPDM</p>		<p style="text-align: center;">ROTINA R-ALMOX-01</p>
ROTINA DE DISPENSAÇÃO DE MATERIAL E MEDICAMENTO	<i>PROCESSO</i>	<i>FOLHA</i>
	UNIDADE DE ALMOXARIFADO	1/2

1 OBJETIVO

Assegurar às unidades os materiais/medicamentos de consumo, fundamentais para a manutenção contínua das atividades do Hospital.

2 APLICAÇÃO

Esta rotina se aplica à Unidade de Almoarifado.

3 RESPONSABILIDADE

É de responsabilidade:

- De todo colaborador da unidade o cumprimento dos processos desta rotina.

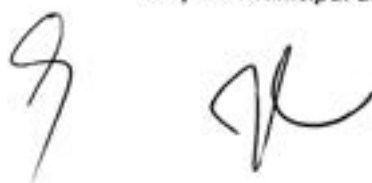
ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE - OSS HOSPITAL MUNICIPAL DE BARUERI DR. FRANCISCO MORAN Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina - SPDM		ROTINA R-ALMOX-01
ROTINA DE DISPENSAÇÃO DE MATERIAL E MEDICAMENTO	PROCESSO	FOLHA
	UNIDADE DE ALMOXARIFADO	1/2

DESCRIÇÃO DA ROTINA

Gerar requisição de materiais/medicamentos com a opção de transferência todos os dias através do sistema de suprimentos, dos locais de estoque Farmácia Central e Farmácia Satélite de acordo com o horário estipulado em contrato.
Separar todos os materiais/medicamentos, fracionar, preencher o caderno de unitarização, etiquetar, transferir para o sub estoque a ser repostado e entregá-los.
Solicitar para a Farmácia Central e Satélite uma requisição de reposição dos soros.
Os materiais da unidade de Hotelaria são dispensados pelo Almojarifado Central as terças e quintas-feiras, mediante a requisição de material devidamente preenchida.
Os materiais da unidade do CME são dispensados pelo Almojarifado Central as segundas e quintas-feiras, mediante a requisição de material devidamente preenchida.



Os materiais da unidade de Laboratório são dispensados pelo Almoxarifado Central as terças e sextas-feiras, mediante a requisição de material devidamente preenchida.
Os materiais da unidade de Nutrição são dispensados pelo Almoxarifado Central as terças-feiras, mediante a requisição de material devidamente preenchida.
Os materiais da Sala de Gesso são dispensados pelo Almoxarifado Central todos os dias, mediante a requisição de material devidamente preenchida.
Materiais de escritórios são entregues pelo Almoxarifado Central às segundas e quintas-feiras aos setores requisitantes, mediante a requisição devidamente preenchida.
Impressos são entregues pelo Almoxarifado Central às segundas-feiras aos setores requisitantes, mediante a requisição devidamente preenchida.
Baixar no sistema todos os materiais no momento da dispensação e ao entregá-los pedir para o solicitante assinar a requisição de acordo ao material recebido.
Arquivar as requisições de acordo com a data da baixa em sistema.



<p style="text-align: center;">ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE - OSS HOSPITAL MUNICIPAL DE BARUERI DR. FRANCISCO MORAN Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina - SPDM</p>		<p style="text-align: center;">ROTINA R-ALMOX-02</p>
<p style="text-align: center;">ROTINA DE PEDIDO DE COMPRAS MANUAL E OU URGENTE</p>	<p><i>PROCESSO</i></p>	<p><i>FOLHA</i></p>
	<p>UNIDADE DE ALMOXARIFADO</p>	<p>1/2</p>

1 OBJETIVO

Assegurar a disponibilidade dos materiais e medicamentos e continuidade de fornecimento, sem interrupção, às unidades do Hospital.

2 APLICAÇÃO

Esta rotina se aplica aos materiais/medicamentos da Curva ABC.

3 RESPONSABILIDADE

É de responsabilidade:

- Do Assistente Administrativo o cumprimento dos processos desta rotina.



<p>ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE - OSS</p> <p>HOSPITAL MUNICIPAL DE BARUERI DR. FRANCISCO MORAN</p> <p>Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina - SPDM</p>		<p>ROTINA</p> <p>R-ALMOX-02</p>
<p>ROTINA DE PEDIDO DE COMPRAS MANUAL E OU URGENTE</p>	<p>PROCESSO</p>	<p>FOLHA</p>
	<p>UNIDADE DE ALMOXARIFADO</p>	<p>2/2</p>

DESCRIÇÃO DA ROTINA

<p>Analisar dados dos itens a serem programados como média de consumo mensal, quantidade a ser entregue através da Ordem de Compra e quantidade em estoque através do sistema de suprimentos.</p>
<p>Verificar qual será o impacto financeiro e se necessário rever as quantidades antes de realizar o lançamento no sistema.</p>
<p>Utilizar o sistema de suprimentos para gerar os pedidos.</p>
<p>Informar na observação do pedido se o mesmo é de urgência, complementar, guia terapêutico ou programação, respeitando os prazos e cronograma da unidade de Compras.</p>
<p>Imprimir o pedido e enviar para Administração assinar, liberar e aprovar no sistema.</p>
<p>Após a aprovação enviar e-mail para o comprador da linha com o número do pedido e encaminhar uma via assinada para o compras local</p>
<p>Inserir a relação dos itens lançados como urgência e complementar na planilha de follow-up, para realizar um acompanhamento diário do fechamento do pedido.</p>

<p style="text-align: center;">ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE - OSS HOSPITAL MUNICIPAL DE BARUERI DR. FRANCISCO MORAN Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina - SPDM</p>		<p style="text-align: center;">ROTINA R-ALMOX-03</p>
<p style="text-align: center;">ROTINA DE RECEBIMENTO DE PRODUTOS ESTOCÁVEIS</p>	<p><i>PROCESSO</i></p>	<p><i>FOLHA</i></p>
	<p>UNIDADE DE ALMOXARIFADO</p>	<p>1/2</p>

1 OBJETIVO

Assegurar no recebimento dos materiais médicos hospitalares, medicamentos e alimentícios não refrigerados, a legalidade e qualidade dos produtos conforme padrão aprovado.

2 APLICAÇÃO

Esta rotina se aplica à Unidade de Almojarifado.

3 RESPONSABILIDADE

É de responsabilidade:


- De todos os colaboradores da unidade de Almojarifado o cumprimento desta rotina.



<p style="text-align: center;">ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE - OSS</p> <p style="text-align: center;">HOSPITAL MUNICIPAL DE BARUERI DR. FRANCISCO MORAN</p> <p style="text-align: center;">Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina - SPDM</p>		<p style="text-align: center;">ROTINA</p> <p style="text-align: center;">R-ALMOX-03</p>
<p>ROTINA DE RECEBIMENTO DE PRODUTOS ESTOCÁVEIS</p>	<p>PROCESSO</p>	<p>FOLHA</p>
	<p>UNIDADE DE ALMOXARIFADO</p>	<p>2/2</p>

DESCRIÇÃO DA ROTINA

Atender o fornecedor por ordem de chegada.
Entregar a Nota Fiscal (N.F) para o Auxiliar Administrativo fazer a conferência da mesma junto à Ordem de Compra (O.C.)
Conferir volumes e conteúdo das caixas e especificações que o fabricante recomenda para o manuseio do produto.
Verificar se a embalagem está íntegra, inclusive no caso de embalagens que utilizam lacres.
Verificar o lote e a data de validade das mercadorias e anotar no espelho de conferência cego.
Verificar junto com o Auxiliar Administrativo se as quantidades anotadas no espelho cego estão de acordo com a Ordem de Compra.
Carimbar, assinar, datar e devolver o canhoto para o transportador e no corpo da N.F. preencher o carimbo de recebimento.
Armazenar os produtos recebidos nos locais apropriados para dispensação após a nota fiscal ser calculada no sistema.



<p style="text-align: center;">ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE - OSS HOSPITAL MUNICIPAL DE BARUERI DR. FRANCISCO MORAN Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina - SPDM</p>		<p style="text-align: center;">ROTINA R-ALMOX-04</p>
ROTINA DE ESTOCAGEM	<i>PROCESSO</i>	<i>FOLHA</i>
	UNIDADE DE ALMOXARIFADO	1/2

1 OBJETIVO

Manter os medicamentos e materiais em estoque e corretamente armazenados para suprir as unidades de dispensação.

2 APLICAÇÃO

Esta rotina se aplica a Unidade de Almoxarifado.

3 RESPONSABILIDADE

É de responsabilidade:

- Dos auxiliares de almoxarifado e farmácia o cumprimento desta rotina.



<p style="text-align: center;">ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE - OSS</p> <p style="text-align: center;">HOSPITAL MUNICIPAL DE BARUERI DR. FRANCISCO MORAN</p> <p style="text-align: center;">Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina - SPDM</p>		<p style="text-align: center;">ROTINA</p> <p style="text-align: center;">R-ALMOX-04</p>
ROTINA DE ESTOCAGEM	<i>PROCESSO</i>	<i>FOLHA</i>
	UNIDADE DE ALMOXARIFADO	2/2

4 DESCRIÇÃO DA ROTINA

<p>Receber o medicamento/material e colocá-lo na prateleira identificada com nome do produto, assim que a nota fiscal for calculada em sistema.</p>
<p>Armazenar os medicamentos/materiais verificando o prazo de validade: Assim os que têm validade maior tem que ser colocados ao fundo, ou seja, tem que sair os que vencem primeiro de acordo com metodologia PEPS (Primeiro que Expira, Primeiro que Sai).</p>
<p>Os produtos classificados como inflamáveis devem ser armazenado no abrigo localizado na area extena do almoxarifado em paletes de plástico.</p>
<p>As prateleiras devem ser limpas com pano umedecido com álcool 70º. Esta limpeza deve ser realizada todas as semanas.</p>
<p>Comunicar imediatamente ao Gestor da unidade, os medicamentos que apresentam validade próxima a vencer. Este aviso tem que ser feito com 03 meses antes do prazo de expiração.</p>
<p>Controle da validade é realizado de forma manual a cada três meses, relacionado os itens com validade inferior a 1 ano.</p>



3.5.4. Instrução de estruturação e funcionamento do Serviço de Arquivo Médico (SAME) e de registro de documentos.

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO (SAME)

O Serviço de Arquivo Médico e Estatística - SAME tem como função básica todos os cuidados específicos com o prontuário do paciente, desde a sua abertura, arquivamento, até a coleta, consolidação e análise dos casos para realização de estatísticas.

Realizar arquivo da documentação dos pacientes, garantindo a segurança e a confidencialidade das informações, elaborando estatística e relatórios gerenciais para a instituição e demais órgãos competentes.

Prontuário do Paciente:

O prontuário do paciente é 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.

Organização do Serviço

Registrar toda a movimentação do paciente e controle de prontuários, zelando por estes documentos e através deles compilar dados e elaborar estatísticas. Consiste em um serviço técnico que abrange o Registro, Arquivo e Estatística e, é definido como um conjunto de atividades relacionadas com o prontuário do paciente, executadas em diferentes unidades e por diversos profissionais, incluindo os escriturários.

O gestor da unidade do SAME participa de comissões convocadas pela Diretoria Técnica, Médica ou Administrativa, como a de Comissão de Prontuário, Comissão de Óbito e outras.



Sistema de arquivamento e controle

A SPDM para gestão do Serviço de Arquivo Médico e Estatística propõe prontuário único para cada paciente, contendo dados sociais, médicos, enfermagem e complementares arquivados em ordem numérica crescente.

A unidade manterá o arquivo físico dos prontuários conforme legislação e normatização específica.

Ressalta-se a importância de adequada área física para guarda dos prontuários. Para boa organização, o layout da unidade deverá conter arquivos deslizantes, no intuito de racionalizar o espaço e manter a ordem do arquivamento dos prontuários em perfeitas condições.

O controle de entrada e saída de prontuários é realizado através de sistema informatizado, com leitora ótica de código de barras, que garante a rastreabilidade dos mesmos.

Será realizado controle de registro manual, se não houver sistema informatizado, registrando a entrada e saída de prontuários com os devidos protocolos de controle, garantindo a guarda e rastreabilidade dos prontuários.

Funcionamento

De segunda à sexta-feira, das 7h às 19h.

Unidade de Estatística

O serviço deve dispor de manuais de normas, rotinas e procedimentos documentados, atualizados e disponíveis, voltados para a orientação do processo de coleta, análise e utilização das informações para a gestão e atendimento clínico; apresenta um sistema de avaliação de área e de informações voltadas para a melhoria dos cuidados ao paciente.

Fornecimento dos dados para avaliação do padrão de atendimento e da eficiência dos serviços e prestar informações dentro do menor tempo possível.

O levantamento dos dados pode ser obtido através do Censo Diário Hospitalar que é a relação da movimentação de pacientes ocorrida durante as vinte e quatro horas do dia. Com as quais são levantados os principais indicadores hospitalares, a citar: Média de Permanência, Taxa



de Ocupação, Índice de Renovação, Índice de Mortalidade etc. Os resultados estatísticos possibilitam:

- Melhor programação e planejamento de toda a organização;
- Controlar a atividade administrativa, produtividade e custos;
- Identificar os centros de custos de maior despesa;
- Fornecer elementos necessários aos órgãos públicos;
- Comparar a eficiência do serviço (*benchmarking*) com o de outras unidades semelhantes.

Responsabilidades:

- Imprimir diariamente o resumo do censo;
- Lançar as informações em mapas específicos e cruzar as mesmas;
- Manter um efetivo controle das informações coletadas;
- Realizar a estatística de diagnóstico e cirurgias dos pacientes internados que tiveram alta ou óbito;
- Elaboração dos relatórios gerenciais;
- Apoiar as comissões hospitalares.



Quadro de Pessoal Sugerido

Catetorias	Quantidade Profissional/ Categoria	Carga Horária Semanal	Salário Base R\$	Área de Trabalho (Função)	Formação	Regime de Contratação
Administrativo	4	30	826,50	SAME - Serv. Arq. Medico e Estatística (Aprendiz)	Ensino Médio em Curso	CLT
Administrativo	4	40	2510,69	SAME - Serv. Arq. Medico e Estatística (Assistente Administrativo)	Superior em Curso	CLT
Administrativo	13	36	1592,67	SAME - Serv. Arq. Medico e Estatística (Auxiliar Administrativo)	Ensino Médio Completo	CLT
Administrativo	14	40	1769,61	SAME - Serv. Arq. Medico e Estatística (Auxiliar Administrativo)	Ensino Médio Completo	CLT
Administrativo	11	36	1381,05	SAME - Serv. Arq. Medico e Estatística (Escriturario)	Ensino Médio Completo	CLT
Administrativo	21	40	1534,49	SAME - Serv. Arq. Medico e Estatística (Escriturario)	Ensino Médio Completo	CLT
Administrativo	1	40	6671,72	SAME - Serv. Arq. Medico e Estatística (Gerente de Same)	Superior Completo	CLT

Instruções Técnicas

- Registrar os pacientes, controlar entrada e saída, segurança e garantir a rastreabilidade dos prontuários dos pacientes;
- Ordenar, guardar e conservar os prontuários dos pacientes;
- Coletar, tabular, apurar, analisar e interpretar os dados obtidos dos prontuários, através de estatísticas do movimento dos doentes, bem como seus diagnósticos;
- Solicitar impresso de Declaração de Óbito e Declaração de Nascidos Vivos aos órgãos responsáveis;
- Controlar as Declarações de Óbito e Nascido Vivo;
- Enviar relatório mensal das Declarações de Óbitos utilizadas para os órgãos responsáveis;
- Não se deve escrever a lápis no prontuário médico, usar corretor líquido, deixar folhas em branco e/ou fazer anotações que não se refira ao paciente.

Legislação Vigente

- Resolução nº 1638/02 definiu o que seria prontuário médico;
- Resolução nº 1821/07, com relação ao tempo de guarda dos prontuários médicos, a referida Resolução preceitua o prazo mínimo de 20 (vinte) anos, a partir do último registro, para preservação dos prontuários em suporte de papel, que não foram arquivados eletronicamente em meio óptico, microfilmado ou digitalizado;
- Resolução nº 1605/00 define que apenas o paciente poderá ter acesso ao prontuário, salvo exceções como procuração e representante legal – artigo 88 – código de ética médica.

2.1 j) INDICADORES DE DESEMPENHO HOSPITALAR DE QUALIDADE, DE PRODUTIVIDADE E ECONÔMICO-FINANCEIROS

Para avaliar Desempenho ou *Performance* do Hospital, devemos deixar claro o que se pretende avaliar. A definição da métrica, função ou índice de desempenho em relação às metas, requisitos ou expectativas previamente definidas.



Teremos então o acompanhamento por nível de atividade:

- I. Indicadores Estratégicos: aqueles que são escolhidos para acompanhar as metas determinadas de acordo com os objetivos estratégicos.
 - a. Para os indicadores estratégicos usamos a metodologia do *Balanced scorecard (BSC)*.
 - b. Escolhemos em cada perspectiva, as metas prioritárias para alcançar as metas contratuais e melhor atender a necessidade da população loco-regional.
- II. Indicadores Táticos: aqueles para acompanhar o planejamento das unidades, os processos gerenciais pelas lideranças dos setores. Em cada setor existe uma planilha com os Indicadores Táticos alinhados ao planejamento estratégico de acordo com as características e histórico de cada setor.
- III. Indicadores Operacionais: são aqueles relativos ao nível da operação final. Acompanhados de acordo com o tipo de atividade local e o mapeamento dos processos da operação.

Para cada nível de acompanhamento utilizamos Indicadores que avaliam o processo, indicadores que avaliam o resultado e indicadores de equilíbrio, que avaliam a interação sistêmicas entre as metas colocadas.

Indicadores de Estrutura

São medidas da estrutura que tenho para trabalhar. Em recursos humanos é interessante colocar que o clima organizacional e a cultura de segurança estão dentro da estrutura que temos para trabalhar. (Donabedian, 2003)

Indicadores de Processo

Estes medem a atividade realizada para se chegar ao resultado que se pretende.

No serviço de saúde estão incluídos: admissão, triagem, diagnóstico, tratamento, cuidados gerais, exames, reabilitação, prevenção, educação do paciente etc. (Donabedian, 2003)



Indicadores de Resultado

Estes são as medidas do resultado do processo (desejáveis e indesejáveis), ou seja, o resultado da assistência prestada. Como o paciente ficou depois do tratamento? (Donabedian, 2003)

Indicadores de Equilíbrio

A importância dos Indicadores de Equilíbrio é enfatizada por Dr Robert Lloyd, Diretor Executivo de Melhoria de Desempenho do *Institute of Healthcare Improvement (IHI)*. Medidas de equilíbrio são usadas para verificar se as mudanças desenhadas para melhorar uma parte do sistema, não estão causando problemas em outras partes do

A qualquer nível de acompanhamento precisamos definir a dimensão da qualidade, que estamos avaliando:

- I. **Segurança:** minimizar os riscos vinculados aos cuidados de saúde;
- II. **Eficácia Clínica:** usar a melhor evidência científica para o tratamento;
- III. **Eficiência:** otimização do recurso com o balanço estrutura x produção x segurança;
- IV. **Equidade:** gestão do acesso através da gestão de queixas, eventos adversos e filas.
- V. **Gestão do Cuidado Centrado no Paciente:** avaliação humanização, de dor.



3.5.5. Apresentação de instrumento de padronização de medicamentos e materiais médico-hospitalares.

APRESENTAÇÃO DA PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS MÉDICO HOSPITALAR

A padronização dos medicamentos e materiais a serem adquiridos deverá ser definida em uma Comissão de Farmácia e Terapêutica e revisada periodicamente. Esta padronização visa definir a quantidade de itens de estoque, ou seja, sua variedade, facilitando o seu controle e otimização de recursos estocados, tendo como consequência um menor número de recursos empregados em estoque. Além de elaborar a padronização, a Comissão estabelecerá critérios para a inclusão de novos itens e exclusão de algum item.

Deverão compor esta Comissão, os representantes da Diretoria Técnica, SCIH, Enfermagem, Farmácia Clínica, Almoxarifado, Administração e demais profissionais envolvidos no processo.

A lista de medicamentos e materiais pelos itens a serem utilizados no Hospital, será norteadada pela REMUME de Barueri, assim como os padronizados na rede SPDM, a fim de atender todas as prescrições de medicamentos, independente da especialidade médica. As novas inclusões deverão ser padronizadas através da Comissão de Farmácia e Terapêutica, utilizando metodologia de análise caso a caso, sendo incluso o custo-benefício da padronização de cada item.

Caso ocorra interesse de padronização de itens de consumo, o profissional de saúde deverá preencher o formulário "Solicitação de Padronização de Itens de Consumo" e encaminhar para aprovação, conforme as seguintes etapas:

- Preenchimento do formulário "Solicitação de Padronização de Itens de Consumo", anexando estudos para justificar a padronização;
- O formulário é encaminhado a Unidade de Farmácia, que realizará estudo referente a solicitação e aos equivalentes terapêuticos já padronizados na instituição;
- Na reunião da Comissão de Farmácia e Terapêutica, o gestor da Farmácia disponibiliza o formulário e estudos realizados. Caso necessário, o médico solicitante é convidado a participar da reunião para sanar possíveis dúvidas dos membros da comissão;
- Os membros da CFT, avaliam a solicitação e emitem parecer referente a padronização, ficando a cargo do presidente da CFT e demais membros o parecer.



MODELO DO FORMULÁRIO – SOLICITAÇÃO DE PADRONIZAÇÃO DE ITENS DE CONSUMO



SPDM - Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina

SOLICITAÇÃO DE PADRONIZAÇÃO DE ITENS DE CONSUMO

PARA USO DO SOLICITANTE

Unidade: _____ Data: ____/____/____
 Descrição detalhada do material (concentração medida): _____

Apresentação dose: _____

Marcas superiores Nomes comerciais: _____

Previsão consumo mensal: _____

Substituição: Sim () Não () Excluído: ()

Nome Genérico (concentração medida): _____

Apresentação dose: _____

Nomes Comerciais: _____

Nova previsão de consumo: _____

Justificativa técnica de padronização: _____

Assinatura carimbo: _____

PARA USO DO SUPRIMENTOS

Previsão de custo do material: _____

Investimentos: _____

Análise econômica: _____

Assinatura carimbo: _____

Comissão de Farmácia e Administração	Divisão de Farmácia	Gestão Administrativa
Assinatura e carimbo () aprovado () reprovado	Assinatura e carimbo () aprovado () reprovado	Assinatura e carimbo () aprovado () reprovado
Divisão Clínica	Suprimentos de Insumos	Comissão de Farmácia Terapêutica
Assinatura e carimbo () aprovado () reprovado	Assinatura e carimbo () aprovado () reprovado	Assinatura e carimbo () aprovado () reprovado

Obs: Ação aprovação da Divisão de Enfermagem e Divisão Administrativa, o período para realização de ações de item é de 10 dias úteis.

3.5.6. Termos de Referência constando os critérios para a contratação de terceiros para os serviços contratados (ex: Limpeza, Vigilância, entre outros).

Unidade de Alimentação e Nutrição - UAN

Apresentação

A Prestação de Serviços de Nutrição e Alimentação Hospitalar visa o fornecimento de dietas, dietas enterais e fórmulas infantis destinadas a pacientes e acompanhantes legalmente instituídos (Lei Federal nº 8.069, de 13/07/90; art. 278, inc. VII da Constituição do Estado de São Paulo; Lei Estadual n.º 9.144, de 09/03/95 e Lei Federal n.º 10.741, de 01/10/03), assegurando uma alimentação balanceada e em condições higiênicas sanitárias adequadas, englobando a operacionalização e desenvolvimento de todas as atividades de produção, administrativas e de apoio à nutrição clínica e ambulatorial.

Organização do Serviço

A Unidade fará a opção pelo serviço centralizado com produção e manipulação de alimentos na própria unidade para pacientes, acompanhantes e colaboradores.

Preparo das refeições

O preparo dos alimentos, em todas as suas fases, deverá ser executado por pessoal treinado, dentro das melhores técnicas de culinária, sob supervisão direta de Nutricionistas obedecendo no que couber, o regulamento técnico estabelecido pela Portaria CVS 5 – 13. Os alimentos não consumidos imediatamente após o preparo deverão ser mantidos a uma temperatura superior a 65° C ou inferior a 7° C (saladas e sobremesas) até o momento de serem servidos.

A água para diluição dos sucos deve ser filtrada e não apresentar cheiro de cloro residual do tratamento.

Todas as preparações de todas as refeições de pacientes e colaboradores deverão ser degustadas com a devida antecedência segundo normas existentes na Unidade de Alimentação e



Nutrição, devendo ser realizada a imediata alteração, retirada e substituição das preparações ou alimentos que forem considerados inadequados ou impróprios para consumo pelo nutricionista.

Distribuição de Refeições

Para Colaboradores e Acompanhantes:

A distribuição das refeições no Refeitório e nas Copas de apoio fica à cargo da unidade, sendo que deverá ser realizado um controle do número de refeições servidas.

A distribuição de água mineral para pacientes será feita nos períodos da manhã, tarde e noite e no decorrer do dia, sempre que ocorrer uma internação, ou houver necessidade de reposição. A garrafa deve ser acompanhada de copo plástico descartável e/ou canudo dobrável quando necessário.

O cardápio do dia deverá ser afixado em local visível no refeitório e sempre que houver alterações, estas devem ser anotadas imediatamente. Todos os componentes do cardápio deverão estar disponíveis para servir do primeiro ao último comensal.

As preparações cozidas, que serão servidas quentes, deverão ser preparadas o mais próximo possível da hora do consumo tolerando-se uma antecedência máxima de 4 (quatro horas) para evitar queda da qualidade e riscos de contaminação, devendo a unidade escalonar o preparo e os horários de distribuição se assim o exigir.

Deverão ainda ser atendidos:

- a) Pedidos de refeições fora do horário normal, desde que solicitadas antes do horário do término da mesma, por escrito, com justificativa aprovada pela Unidade de Alimentação e Nutrição. Estas refeições devem ser mantidas, de preferência em bandeja térmica antes de serem servidas.
- b) Pedidos de dietas especiais para colaboradores prescritas por médico desde que estejam dentro dos padrões estabelecidos para pacientes, seguindo o mesmo cardápio da dieta do paciente.

Para Pacientes:



A distribuição das refeições para pacientes deverá ser realizada:

- a) Utilizando-se embalagens isotérmicas com tampa, identificadas com etiquetas digitadas, onde conste o tipo de dieta, nome completo, data de nascimento e leito do paciente para todas as refeições, sendo que, no almoço e no jantar as dietas deverão ser distribuídas em embalagens de 4 divisões para arroz, feijão, prato principal e guarnição. Pote separado com tampa para salada, sendo que estas deverão ser temperadas com limão, azeite de oliva e um sachê de 1g de sal. No caso de saladas cujos ingredientes sejam cozidos (batata, cenoura e outros legumes) a salada poderá ser temperada previamente, dispensando-se o limão e o sal;
- b) As sobremesas serão servidas em pote retornável devidamente coberto com filme plástico e o suco em copo plástico fixo (isento de bisfenol A), com capacidade mínima de 300ml;
- c) Quando a sobremesa for fruta inteira a mesma deverá ser higienizada e embalada em plástico tipo filme impermeável e no caso da laranja já descascada. Quando for doce cremoso, pudim, gelatina, creme compota, mousse, salada de frutas, deverão ser utilizadas embalagens descartáveis com tampa, com capacidade volumétrica adequada, capaz de conter quantidade mínima estipulada com uma margem de segurança de 20% ou mais para que possa ser distribuída sem que ocorra derramamento de caldo ou do próprio doce, devendo ser fornecido uma colher de sobremesa em inox ou no caso de descartável, resistente com gramagem adequada;
- d) As refeições para pacientes serão acompanhadas de talheres de aço inox e em caso de descartáveis, com gramagem adequada e guardanapo de papel de tamanho adequado embalado em saco plástico, com fornecimento de canudo dobrável para pacientes que apresentem dificuldades na ingestão de líquidos quando deitados;
- e) Para o desjejum, lanche da tarde e ceia, as preparações devem ser servidas em bandeja lisa, com uso de xícaras e pires de porcelana para pacientes adultos e canecas de plástico (livre de bisfenol A) para crianças e idosos. Caso haja necessidade, deve-se prover talheres descartáveis e canudos dobráveis para o melhor atendimento do paciente;
- f) As refeições deverão ser servidas em bandejas plásticas isotérmicas. O sistema de distribuição dos alimentos deverá ser realizado em carros de transporte fechados;

Two handwritten signatures in black ink, one on the left and one on the right, appearing to be initials or names.

- g) Deve-se prover recursos materiais descartáveis para o atendimento de pacientes que se encontram em isolamento por contato ou respiratório, limitando assim os riscos de contaminação para outros pacientes;
- h) As dietas enterais distribuídas aos pacientes deverão ser rotuladas de acordo com a RDC nº 63 e entregues ao Serviço de Enfermagem nos horários determinados pela prescrição, sendo necessárias aquisição de bombas e equipos de infusão, para a administração das dietas; A hidratação do paciente em terapia nutricional enteral deverá ser realizada através de frascos e equipos descartáveis em horários determinados pela prescrição;
- i) As fórmulas infantis distribuídas nas unidades pediátricas deverão ser rotuladas com as informações pertinentes à identificação do paciente e do produto a ser ofertado e entregues à beira-leito ou à Equipe de Enfermagem (a depender da via de administração), sendo necessária a aquisição de mamadeiras, copinhos, seringas, frascos e equipos descartáveis para a apropriada administração.

Para Colaboradores e acompanhantes:

A distribuição das refeições para colaboradores e acompanhantes deverá ser realizada:

- a) No refeitório pelo sistema de cafeteria fixa com balcão térmico em pratos de louça branca para refeição e outro para salada devendo ser fornecido copos plásticos livre de bisfenol de 300 ml, talheres (garfo, faca e colher de sobremesa) de inox e guardanapos de tamanho adequado. Na rampa de distribuição, deverão ser mantidos à disposição dos comensais, torradas, galheteiros com sal, vinagre e azeite, farinha de mandioca torrada, molhos para saladas em recipientes apropriados com tampa e concha e molho de pimenta em quantidades suficientes para atender as expectativas de consumo, havendo reposição dos conteúdos sempre que necessário;
- b) A unidade deverá trabalhar com ficha técnica de preparação;
- c) A distribuição de todos os itens das refeições para colaboradores e acompanhantes será realizada pelos colaboradores da unidade.



Horários de Distribuição das Refeições

REFEIÇÃO	PACIENTES	COLABORADORES	ACOMPANHANTES
Desjejum	07h00 às 08h00	-----	06h00 às 07h00
Colação*	09h30 às 10h00	-----	-----
Almoço	11h30 às 12h30	11h00 às 14h30	11h00 às 12h00
Lanche da Tarde	15h00 às 16h00	-----	15h30 às 16h30
Jantar	18h00 às 19h00	18h00 às 19h30	18h00 às 19h30
Ceia	20h00 às 21h00	23h00 às 01h00	-----

- Dietas enterais

De acordo com prescrição médica

- Mamadeiras

De 3 em 3 horas ou de acordo com a prescrição médica

- Colação*

Refeição servida somente para alguns tipos de dietas ou conforme necessidade e ou prescrição.

Características e Componentes das Refeições

Todas as dietas devem ser fracionadas em 5 refeições e conforme prescrição médica serão servidas nas seguintes consistências:



DIETA GERAL

Destinada aos colaboradores, acompanhantes e pacientes que necessitam de uma alimentação normal, sem restrição a qualquer nutriente e sem necessidade de acréscimos. Terá consistência normal, e deverá se adequar, sempre que possível, aos hábitos alimentares da comunidade, distribuídos em cinco (05) refeições diárias. Desjejum, colação (para dietas específicas), almoço, lanche da tarde, jantar e ceia, em horários regulares, fornecendo no mínimo 2.700 calorias por dia, para pacientes e obedecer aos critérios do PAT – Programa de Alimentação ao Trabalhador para colaboradores.

Objetivo

- Manter o estado nutricional de pacientes com ausência de alterações metabólicas significativas ao risco nutricional

Indicação

- Para pacientes que não necessitam de restrições específicas e que representam funções de mastigação e gstrintestinais preservadas

Características

- Dieta suficiente, harmônica, consistência normal, distribuição e quantidades normais de todos os nutrientes, ou seja, normoglicídica, normoprotéica, normolipídica, balanceada e completa.



DIETA BRANDA

Destinada a pacientes com problemas de mastigação e deglutição deve fornecer no mínimo, 2400 calorias por dia.

Objetivo

- Fornecer calorias e nutrientes para manter o estado nutricional, além de melhorar a mastigação, deglutição e digestão.

Indicação

- Para crianças e idosos, com alterações e/ou perturbações orgânicas e funcionais do trato gastrointestinal.

Características

- Normoglicêmica, balanceada e completa, consistência branda, 5 a 6 refeições diárias, tempo indeterminado, pobres em resíduos celulósicos e tecido conjuntivo, modificados por cocção e/ou subdivisão.



DIETA PASTOSA

Destinada a pacientes com problemas de mastigação e deglutição, deve fornecer no mínimo 2.400 calorias por dia.

Distribuição: 06 refeições.

Objetivo

- Fornecer uma dieta que possa ser mastigada e deglutida com pouco ou nenhum esforço.

Indicação

- Para os casos em que haja necessidade de facilitar a mastigação, ingestão, deglutição; e de se permitir certo repouso gastrointestinal; e em alguns pós-operatórios.

Características

- Normoglicídica, normoproteica e normolipídica; consistência pastosa ou abrandada pela cocção e processos mecânicos



DIETA LEVE

Indicada para pacientes com problemas de deglutição e intolerância à alimentos sólidos e preparo de exames pré e pós-operatórios. Deve fornecer no mínimo, 2.300 calorias por dia.

Consistência: Semilíquida

Objetivo

- Dieta de transição entre a líquida e a pastosa. Tem por finalidade favorecer a digestão dos alimentos em situações com comprometimento de fases mecânicas do processo digestório, numa fase pós-operatória ou em situações que a função gastrointestinal esteja debilitada.

Indicação

- É indicada para pacientes com preparo de determinados exames, no pré e pós-operatório, dificuldade de deglutição e mastigação, e em casos de intolerância a alimentos sólidos.

Características

- Proporciona um mínimo trabalho digestório, por provocar pouco estímulo químico e mecânico; Normalmente utilizada em pré e pós-operatório. Alimentos que podem ser excluídos: especiarias e condimentos fortes, bebidas gaseificadas, hortaliças e legumes crus.



DIETA LÍQUIDA PASTOSA OU PASTOSA LIQUIDIFICADA

Destinada a pacientes em preparo para exames nos pré e pós-operatórios como dieta de transição. Deve fornecer no mínimo, 1800 calorias por dia.

Objetivo

- Fornecer ao paciente uma dieta que permite minimizar o trabalho do trato gastrointestinal e a presença de resíduos no cólon.

Indicação

- Para paciente com problemas de mastigação, deglutição e digestão, com trato gastrointestinal com moderado alterações; e para o pós operatório de cirurgias do TGI.

Características

- Dietas normolipídicas, normoglicídicas, normoprotéicas com consistência semilíquida, volume de 200 a 400 ml por refeição, por tempo indeterminado, 5 a 6 refeições.



DIETA DIABETES
<p><u>Consistência:</u> Podem ter consistência normal, branda, leve ou líquida e atender o valor calórico prescrito.</p> <p>Os cardápios das dietas para diabéticos devem ser os mesmos da dieta normal de igual consistência utilizando os mesmos ingredientes e formas de preparo, havendo apenas restrições ao açúcar das preparações líquidas que deverá ser substituído por adoçante artificial e das sobremesas doces que deverão ser substituídas por frutas da época.</p>
DIETA HIPOSSÓDICA
<p><u>Consistência:</u> Podem ter consistência normal, branda, leve ou líquida. Os cardápios das dietas para hipertensos devem ser os mesmos da dieta normal de igual consistência utilizando os mesmos ingredientes e formas de preparo, havendo apenas restrições ao sal das preparações e devem garantir o mesmo aporte calórico da dieta normal de igual consistência.</p>
DIETA HIPERPROTÉICA E HIPERCALÓRICA
<p><u>Consistência:</u> Podem ter consistência normal, branda, leve e atender o valor calórico prescrito.</p>
DIETA HIPOPROTÉICA E HIPOCALÓRICA
<p><u>Consistência:</u> Podem ter consistência normal, branda, leve e atender o valor calórico prescrito.</p>
DIETA ÚLCERA E GASTRITE
<p><u>Consistência:</u> Podem ter consistência normal, branda, leve e líquida e atender o valor calórico prescrito.</p>
DIETA HIPOGORDUROSA
<p><u>Consistência:</u> Podem ter consistência normal, branda, leve e líquida e atender o valor calórico prescrito.</p>
DIETA LAXATIVA
<p><u>Consistência:</u> Podem ter consistência normal, branda, leve e líquida e atender o valor calórico prescrito.</p>

DIETA OBSTIPANTE

Consistência: Podem ter consistência normal, branda, leve e líquida e atender o valor calórico prescrito.

- **Lanche para medicação e exames:**

Esse lanche deverá ser distribuído aos pacientes que se submeterem a alguns tipos de exames, conforme especificado abaixo:

1) Endoscopia e colonoscopia: No preparo do exame (caso o paciente esteja sob regime de internação) deverá ser ofertado 1000ml de suco de laranja ou limão coados para acréscimo do manitol, conforme prescrição médica.

2) Hemodiálise e quimioterapia: Oferta de lanche de queijo branco com requeijão, fruta higienizada e previamente embalada ou picada e acondicionada em pote com tampa, além de café com leite ou suco, havendo a opção de bebidas sem açúcar para pacientes diabéticos.

3) Lanche para pacientes de coleta de sangue: Deverá ser servido 1 unidade de suco de fruta em embalagem Tetra Pack, 1 sachê de biscoito salgado, 1 sachê de biscoito doce.

Normas Gerais de Elaboração de Cardápios

Os cardápios das refeições destinados à pacientes (desjejum, colação, almoço, lanche da tarde, jantar, ceia), colaboradores (desjejum, almoço e jantar) e acompanhantes (desjejum, almoço e jantar) deverão ser elaborados mensalmente pela unidade devendo, sempre que julgar conveniente e necessário, serem reavaliados de acordo com a aceitação por parte dos comensais;

Na elaboração de cardápios deve ser considerado:

- 1) Fatores sensoriais como textura, sabor, cor e odor que normalmente condicionam a aceitação;
- 2) Safra do alimento;



3) Adequação ao clima e estado provável de clima na data em que a refeição será servida;

4) Digestibilidade dos alimentos;

5) Perfil dos comensais.

Os cardápios deverão apresentar preparações variadas, de boa aparência, atender as necessidades nutricionais e garantir uma boa aceitabilidade por parte dos pacientes, acompanhantes e colaboradores.

Desde que não existam restrições dietéticas, deverá ser servido pelo menos um alimento cru, no almoço e no jantar.

Restringir as preparações fritas bem como preparações à base de farinhas e outros carboidratos, portanto se a sobremesa for doce, a guarnição não deverá ser massa, polenta ou farofa.

O cardápio destinado à dieta geral dos pacientes poderá ser o mesmo da refeição dos colaboradores, exceto nos dias em que forem servidos feijoada, carne seca e embutidos, quando deverá ser previsto outro prato principal para os pacientes. Acompanhada de couve refogada, farofa e laranja descascada além do arroz.

No refeitório dos colaboradores e acompanhantes deverá ser prevista diariamente uma segunda opção de prato principal, além de uma preparação à base de ovo (exceto ovo cozido simples) no almoço e no jantar.

No refeitório, considerar ainda a existência dos plantões par/ímpar e dos plantões fixos em um dia determinado da semana (por ex. plantão de terças feiras, de domingos e sábados etc.) evitando repetição de alimentos e preparações nos mesmos plantões. Deverão ser previstos cardápios temáticos especiais (1 x ao mês), para o atendimento de pacientes, acompanhantes e colaboradores e também nas seguintes datas comemorativas: Ano Novo (jantar do dia 31/12, e almoço do dia 01/01), Páscoa, Dia das Mães, Dia dos pais, Dia das crianças, Dia do profissional de saúde e Natal (jantar de 24/12, e almoço de 25/12).

Deverá ser previsto bolo em comemoração aos aniversariantes do mês, acompanhado de suco concentrado e ofertado a todos os colaboradores no refeitório.



Frequência de Alimentos e Preparações

DESJEJUM E LANCHE DA TARDE	
Alimentos / Preparações	Frequência
Leite com café	10 x semana
Leite com achocolatado	4 x semana
Iogurte	4x semana
Pão Frances	7 x semana
Pão de Leite	3 x semana
Bolo simples	3x semana
Manteiga	7 x semana
Requeijão	7 x semana
Geleia	2 x semana
Fruta da época	14 x semana

CEIA NOTURNA PARA PACIENTES	
Alimentos / Preparações	Frequência
Chá	7 x semana
Bolacha doce	7 x semana
Bolacha salgada	7 x semana
Torrada	7 x semana

ALMOÇO/JANTAR	
Principal/Acompanhamentos	Frequência
Arroz	2 x ao dia
Feijão ou substituto	2 x ao dia
Carne bovina em assados	3 x semana
Carne bovina iscas ou cubos (1)	2 x semana

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 534



ALMOÇO/JANTAR	
Principal/Acompanhamentos	Frequência
Carne bovina moída (2)	1 x semana
Carne bovina bifes	1 x semana
Coxa e sobrecoxa de frango	2 x semana
Coxa e sobrecoxa de frango	2 x semana
Peito de frango	2 x semana
Carne suína	1 x semana
Pescados	1 x semana
Linguiça de frango	1 x mês
Linguiça toscana	1 x mês
Linguiça calabresa	1 x mês
Carne Seca	1 x mês
Feijoada	1 x mês
Guarnição	Frequência
Legumes e vegetais folhosos	5 a 6 x semana
Massas (3)	1 x semana
Farofas, polentas, virados	1 x semana
Outras (4)	1 x semana
Saladas	7 a 8 x semana
Vegetais folhosos	7 a 8 x semana
Legumes crus	3 a 4 x semana
Vegetais cozidos (6)	1 x quinzena
Outras (7)	1 x semana
Sobremesas/Sucos	Frequência
Frutas da época	7 x semana
Doces diversos (8)	5 à 7 x semana
Suco de frutas ou industrializados	14 x semana
Suco de frutas natural (pacientes)	14 x semana
Pão francês (colaboradores)	14 x semana
Café (colaboradores)	Diariamente

Nota

Todos os tipos de alimentos/preparações devem constar em igual número de vezes no almoço e no jantar exceto aqueles que aparecem uma vez por mês, os quais deverão ser alternados bimestralmente.

1. Carne bovina em cubos ou iscas: utilizado para stroganoff, cozidos, goulash, espeto etc.
2. Carne bovina moída: preparada em forma de almôndegas, hambúrguer, panquecas etc.
3. Massas: macarrão de vários tipos, lasanha, nhoque, canelone etc.
4. Outras guarnições: tortas, suflês, pastel, pirão de peixe, cuscuz, polentas, purês,
5. Devem ser previstos diferentes tipos de acompanhamento (cebola, tomate, azeitona, frios, rabanete, champignon, milho verde, ervilha, moyashi etc.) e de molhos para tempero.
6. Vegetais cozidos: beterraba, cenoura, couve-flor, seleta de legumes, batata, chuchu, vagem ervilha etc.
7. Outras saladas: macarrão, feijão branco, grão de bico, soja, trigo etc.
8. Doces diversos: cremes, pudins, doces em calda, arroz doce, brigadeiro, beijinho, tortas doces, canjica, gelatinas, goiabada, confeitarias etc.

Pesos mínimos das porções servidas

As porções de alimentos a serem servidas nas refeições de pacientes e de colaboradores deverão obedecer às quantidades mínimas de alimentos crus (peso líquido sem o fator de correção) estipulados na Resolução SAMSP-16 de 22/07/98 em conformidade com o decreto 43339, de 21 de julho de 1998, salvo nos casos em que o alimento for usado como ingrediente suplementar ou houver prescrição médica ou dietética estipulando outras quantidades a maior ou a menor valor.

Quando se tratar de sobremesas à base de frutas frescas e doces prontos para o consumo previstos no referido decreto, as porções servidas devem corresponder, no mínimo, ao peso líquido ali estabelecido e, no caso de sobremesas ao peso mínimo abaixo estipulado:



SOBREMESAS	
Salada de frutas (sem o caldo)	150g
Ameixa Seca	50 g
Banana	150 g
Caqui	150 g
Figo	150 g
Goiaba	150 g
Laranja	150 g
Maçã	150 g
Mamão (fatia)	250 g
Mamão (cortado)	150 g
Manga	220 g
Melancia (fatia)	250 g
Melancia (cortada)	150 g
Melão (fatia)	250 g
Melão (cortado)	150 g
Tangerina	270 g
Uva	150 g
Arroz doce	100 g
Canjica	100 g
Doce em calda (sem a calda)	80 g
Gelatina, pudim, mousse	100 g
Brigadeiro, beijinho, doce de leite, goiabada	70 g

PESO MÍNIMO DAS PORÇÕES SERVIDAS NAS DIVERSAS DIETAS	
Sopa dieta leve e líquida	300 ml
Sopa infantil	300 ml
Suco de fruta natural	200 ml
Papa de frutas	100 ml
Preparações da colação	200 ml
Sobremesa infantil	100 g
Sobremesa dieta leve e líquida	100 g
Chás	200 ml

PESO MÍNIMO DAS PORÇÕES SERVIDAS NAS DIVERSAS DIETAS	
Bebidas lácteas	200 ml
Sopa ceia colaboradores	400 ml

Dos gêneros utilizados

Deverão ser utilizados gêneros alimentícios, complementos dietéticos, produtos de limpeza e outros materiais de consumo, de marca conceituada, de qualidade comprovada e em perfeitas condições de conservação, higiene e apresentação.

Os hortifrutigranjeiros deverão ser recebidos o mais próximo possível do consumo, selecionados no momento da entrega e armazenados imediatamente em câmara fria, caso sejam utilizados posteriormente.

Os produtos animais deverão ser oriundos de estabelecimentos fiscalizados pelo Serviço de Inspeção Federal – S.I.F., com a devida aprovação, através de Certificado de Inspeção.

De acordo com a preparação à que se destina, utilizar os seguintes tipos de carne:

- Bifes grelhados e empanados: alcatra ou coxão mole, bisteca, filé de coxa de frango, filé de frango, bisteca, filé de pescados;
- Assados, bifes de panela e bife à role: coxão duro, lagarto, coxão mole, copa lombo, cupim, linguiças, filé de coxa de frango, filé de frango, filé de pescados;
- Espetos, iscas grelhadas, strogonoff: alcatra, coxão mole, acém, peito de frango, linguiça;
- Goulash, carne em pedaços ensopados: coxão duro, patinho, acém, músculo, costela bovina;
- Almôndegas, quibes, carne moída: acém, patinho, músculo, paleta;
- Nas preparações de pescados, poderão ser usados postas ou filés de cação, merluza, pangassius ou pescada com retirada total dos espinhos. Outros tipos de pescados poderão ser usados, desde que previamente aprovados pela unidade;
- Os embutidos usados como prato principal devem ser de ótima qualidade, de marca conceituada no mercado. Os frios utilizados nas refeições devem ser de primeira qualidade, de marca consagrada no mercado, podendo ser queijo prato, mozzarella,



queijo branco, presunto, apresuntado, presunto, peito de peru, rosbife, mortadela e outros;

- Os ovos devem ser de tamanho grande, branco ou vermelho;
- O leite deverá ser integral e desnatado, em pó e de marca consagrada;
- O arroz deverá ser polido, de grãos longos e finos, do tipo I;
- O feijão deverá ser das variedades carioquinha, roxinho, preto, branco ou rosinha do tipo I, sendo também aceito outras variedades de feijão;
- O suco servido para colaboradores e acompanhantes deverá ser industrializado não podendo ser fabricado à base de corantes e/ou aromatizantes artificiais, podendo ser adquirido em pó ou líquido para posterior diluição e aos pacientes deverá ser sempre de fruta natural;
- Os pães servidos nas refeições devem ser frescos, devendo ser previstas, no mínimo duas entregas diárias para garantir a qualidade e o frescor;
- Os alimentos preparados e não consumidos em uma refeição (sobras limpas) não poderão ser reutilizados posteriormente. Não poderão ser reaproveitadas sobras limpas da copa dos pacientes ou de cubas e placas do balcão de distribuição do Refeitório;
- Os alimentos e materiais necessários para a prestação dos serviços devem ser estocados em recinto próprio no Hospital, obedecendo no que couber a Portaria CVS - 5/13. O estoque mínimo de alimentos e materiais deve ser compatível com as quantidades "per capita" estabelecidas, no receituário padrão da unidade e com o cardápio aprovado, devendo ser previsto um estoque emergencial de produtos não perecíveis destinados a substituir eventuais falhas no fornecimento regular de gêneros.

Controle bacteriológico das refeições

O controle bacteriológico das refeições, mamadeiras e dietas enterais, deverá ser realizado mensalmente para alimentos e dietas enterais e quinzenalmente para mamadeiras, com controle e monitorização dos procedimentos higiênicos e nos casos de suspeitas de toxinfecção de origem alimentar, a unidade deverá realizar exames microbiológicos das amostras dos alimentos servidos no refeitório e para pacientes. Estas amostras serão coletadas diariamente em todas as refeições e armazenadas adequadamente sob refrigeração por prazo mínimo de 72 horas, obedecendo a

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização
e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 539



Portaria CVS -5/13 na presença de nutricionista e uma cópia do laudo, arquivada na Unidade de Alimentação e Nutrição assim que estiverem disponíveis.

Higiene

A higienização de todos os utensílios, equipamentos e instalações da Unidade de Alimentação e Nutrição que forem utilizados deverá ser executada obedecendo às normas descritas na Portaria CVS - 5/13. Após o processo de higienização, os utensílios deverão permanecer cobertos por filme plástico ou acondicionados em caixas plásticas transparentes hermeticamente fechadas.

Deverá ser utilizado pano de limpeza descartável multiuso de gramatura adequada para limpeza e secagem de superfícies, e para pisos e paredes, panos de algodão que deverão ser higienizados após cada uso e sanitizados com solução de hipoclorito de sódio e os baldes de limpeza das copas e do lactário deverão ser identificados para uso exclusivo de cada local.

A desinsetização e desratização deverá ser executada mensalmente, ou sempre que necessário, por pessoal treinado de empresa qualificada, utilizando produtos autorizados pelo Ministério da Saúde. O atestado ou certificado com a data e a descrição dos serviços executados deverá ser afixado em local visível, sendo uma cópia do mesmo entregue a chefia da Unidade de Alimentação e Nutrição.

A higiene pessoal dos colaboradores e dos seus uniformes deverá ser supervisionada diariamente pela unidade, devendo haver um estoque de aventais descartáveis e de redes para cabelos para atender a uma eventual emergência de seus colaboradores.

A higienização das instalações e equipamentos deverá ser realizada conforme tabela a seguir.



HIGIENIZAÇÃO DAS INSTALAÇÕES		
ITEM	FREQUÊNCIA	PRODUTO
Ambiente (área de recebimento, DML, estoque, área de lavagem de panelas, bandejas e utensílios). Áreas de produção e distribuição.	Diária e quando necessário	Detergente neutro pré diluído, álcool 70% e hipoclorito de sódio a 200 ppm de cloro ativo
Pisos e ralos	Diária	Detergente neutro pré diluído e álcool 70%
	Semanal	Detergente desincrustante e impermeabilizante
Paredes e portas	Diário (paredes próximas às bancadas e portas em fórmica)	Detergente neutro pré diluído e álcool 70%
	Semanal ou quando necessário (paredes e portas)	Detergente neutro, hipoclorito de sódio a 200 ppm de cloro ativo e álcool 70%
Prateleiras de apoio, inclusive do estoque	Semanal e quando necessário	Detergente neutro pré diluído e álcool 70%
Armários, gabinetes e gaveteiros das copas de apoio	Semanal e quando necessário	Detergente neutro pré diluído e álcool 70%
Telas e janelas (externo)	Quinzenal	Detergente neutro pré diluído
Janelas internas	Semanal	Detergente neutro pré diluído
Maçanetas, Interruptores e superfícies fixas	Diário e quando necessário	Álcool 70%
Teto e Luminárias	Bimestral	Detergente neutro e desincrustante quando necessário

HIGIENIZAÇÃO DAS INSTALAÇÕES		
ITEM	FREQUÊNCIA	PRODUTO
Tubulação Interna	Semestral e quando necessário	Empresa especializada
Exaustor	Semanal	Desincrustante e detergente neutro pré diluído
Chapa	Após o uso	Detergente neutro pré diluído e desincrustante
Fogão	Diária e após o uso	Detergente neutro pré diluído e desincrustante quando necessário
Forno combinado	Diária e após o uso	Desincrustante e álcool 70%
	Semanal	Desincrustante e álcool 70%
Balcão térmico	Após o uso	Detergente neutro pré diluído e álcool 70%
Balcão de apoio, carrinhos de transporte, bancadas	Diária e após o uso	Detergente neutro pré diluído e álcool 70%
	Semanal	Detergente neutro pré diluído, detergente amoniacal e álcool 70%
Balanças	Antes e após o uso	Detergente neutro pré diluído e álcool 70%
Louças (bandejas e talheres)	Diária (lavagem mecânica e manual)	Detergente sanitizante, secante – mecânica Detergente neutro pré diluído e álcool 70%
	Semanal	Desincrustante
Louças (talheres, pegadores, panelas, placas, formas, bandejas (lavagem manual))	Após o uso	Detergente neutro pré diluído, desincrustante, desengordurante Soap e álcool 70%
Máquina de Lavar	Diária	Detergente neutro pré diluído
	Semanal	Detergente neutro pré diluído



HIGIENIZAÇÃO DAS INSTALAÇÕES		
ITEM	FREQUÊNCIA	PRODUTO
Utensílios plásticos (recipientes)	Semanal	Detergente neutro pré diluído e hipoclorito de sódio a 200 ppm de cloro ativo
Placas de polietileno	Diária (após o uso)	Detergente neutro pré diluído
	Semanal	Detergente neutro pré diluído e hipoclorito de sódio a 200 ppm de cloro ativo
Caixas de monobloco (vazadas ou não)	Diária	Detergente neutro pré diluído
	Semanal	Detergente neutro pré diluído e álcool 70%
Refresqueira	Diária (duas vezes ao dia)	Detergente neutro pré diluído, hipoclorito de sódio a 200 ppm de cloro ativo e álcool 70 %
Estrados e pallets	Semanal	Detergente neutro pré diluído e álcool 70%
Geladeiras de apoio, freezers e câmaras de refrigeração, pass trough	Diária	Detergente neutro pré diluído e álcool 70%
	Semanal	Detergente neutro pré diluído e hipoclorito de sódio a 200 ppm de cloro ativo
Câmara de Resíduos	Diária	Detergente neutro pré diluído e álcool 70%
Lavatórios	Diária	Detergente neutro pré diluído
Mesas e cadeiras do refeitório	Diária	Detergente neutro pré diluído e álcool 70%
	Semanal	Detergente neutro pré diluído e álcool 70%
Reservatório de água	Semestral ou quando necessário	Empresa especializada

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 543

HIGIENIZAÇÃO DAS INSTALAÇÕES		
ITEM	FREQUÊNCIA	PRODUTO
Caixa de gordura	Quadrimestral	Empresa especializada
Máquinas (moedor de carne, cortador de frios, batedeiras, liquidificadores) Observação: O equipamento deve ser mantido limpo e sempre protegido por plástico tipo filme	Após o uso	Detergente neutro pré diluído e álcool 70%

Semanalmente, a equipe de hotelaria fica responsável pela higienização terminal da cozinha, copas e lactário; diariamente, a equipe de hotelaria realiza a higiene concorrente da sala administrativa e os sanitários da unidade, bem como a recolha dos resíduos nos cestos com a troca dos sacos também no lactário e copas de apoio; diariamente também, a equipe de hotelaria realiza higienização dos pisos de lactário e copas de apoio de pacientes.

Os pisos das áreas de serviço e do refeitório deverão ser mantidos sempre secos sem acúmulo de umidade e gordura, independente da frequência de limpeza.

É de responsabilidade da unidade o recolhimento e armazenamento do resíduo e dos restos e sobras de alimentos em sacos plásticos (cor marrom), dos vários setores do refeitório, lactário e copas até o local onde será recolhido pelos serviços de coleta urbana ou hospitalar.

É terminantemente proibida a liberação de restos de alimentos (limpos ou contaminados) para alimentação animal, e a presença de aves e animais domésticos nas áreas de serviço ou nas suas imediações.

Estatística do Número de Refeições e Dietas Servidas

A estatística do número de refeições e dietas servidas para pacientes, colaboradores e acompanhantes se fará através de impressos em uso na Unidade de Alimentação e Nutrição (mapas de prescrição dietética, comprovantes/protocolos de entrega de mamadeiras e dietas enterais, comprovantes de entrega de suco para medicação) ou outros que forem criados para a finalidade.

Funcionamento e Quadro de Pessoal Sugerido

A Unidade de Alimentação e Nutrição funciona 24 horas por dia, de domingo a domingo.

Deverá ser mantido um quadro fixo de pessoal composto por profissionais de nível superior médio e auxiliar em quantidade suficiente para assegurar o fornecimento das refeições previstas, supervisionado por um Nutricionista, Responsável Técnico perante o CRN – Conselho Regional de Nutrição.

Os colaboradores deverão obedecer aos regulamentos internos enquanto estiverem dentro do recinto da unidade.

Os colaboradores deverão se apresentar nos locais de trabalho, devidamente uniformizados portando crachá de identificação funcional e limitar esta presença aos seus horários de trabalho. O uniforme de trabalho deverá ser fornecido pela unidade e deverá compreender aventais, calças, jalecos e blusas de verão e inverno de cor predominantemente clara, calçados fechados ou botas antiderrapantes de cor branca incluindo obrigatoriamente rede de malha fina para proteger os cabelos, mesmo que o uniforme inclua toucas, bibicos, bonés ou qualquer outra peça similar sobre a cabeça. Os colaboradores deverão se apresentar sem barba e sem bigodes, com unhas aparadas sendo proibido o uso de esmaltes, brincos, colares, pulseiras e outros adornos (joias ou bijuterias). Durante a manipulação de alimentos prontos para o consumo é obrigatório o uso de luvas descartáveis ou esterilizadas e na área limpa do lactário é obrigatório o uso de luvas e máscaras descartáveis ou esterilizadas.

O controle de saúde dos colaboradores e o cumprimento de todas as exigências das autoridades sanitárias e trabalhistas quanto aos exames médicos, à periodicidade dos exames e a observação sobre o estado de saúde dos colaboradores devem ser constantes a fim de substituir de imediato aqueles que apresentem sinais de qualquer doença incompatível com a função.

Mensalmente, deve ser elaborada uma escala de serviços e folgas que deverá ser afixada em local visível. Esta escala deve especificar horário, função e local de trabalho de cada colaborador e prever diariamente um número mínimo de empregados que garantam o bom andamento dos serviços e ainda, relacionar os colaboradores em licenças e férias.



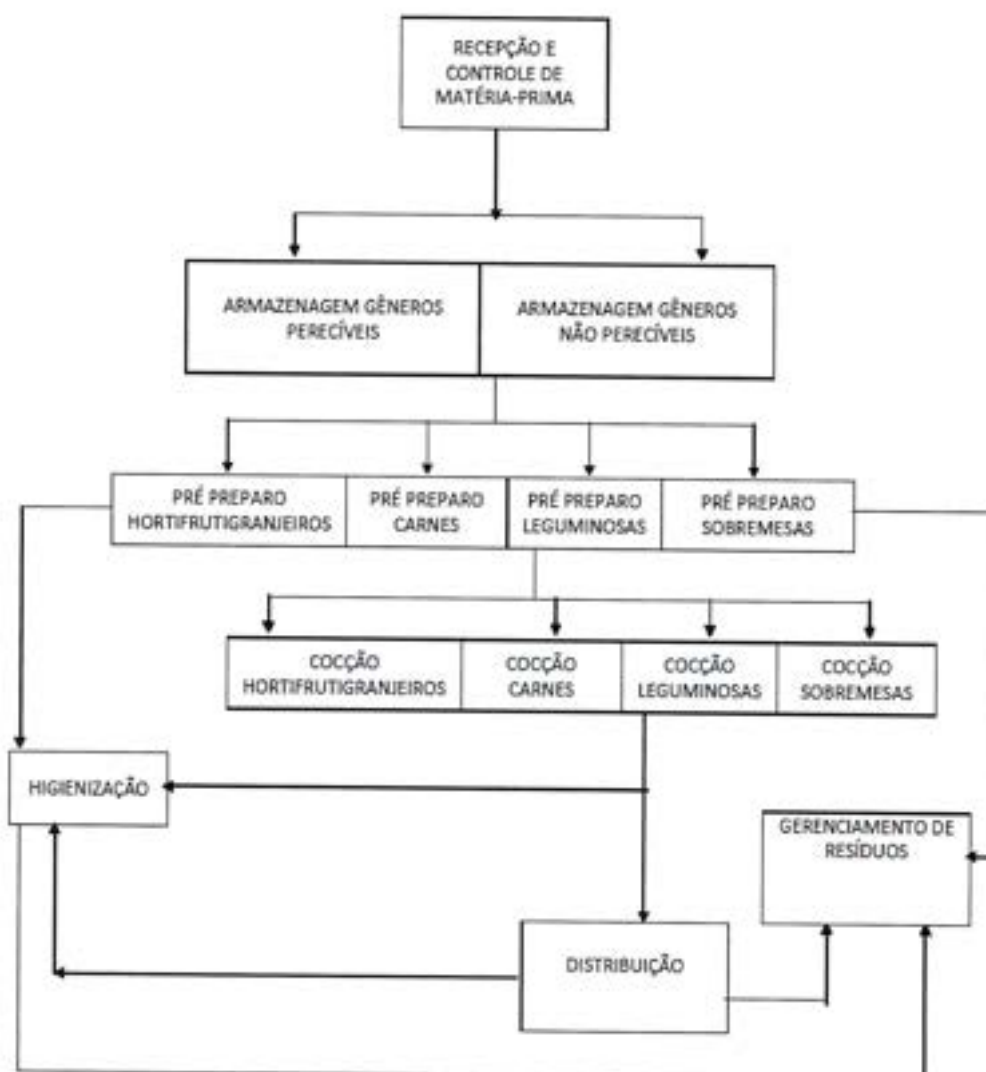
Atribuições da Unidade

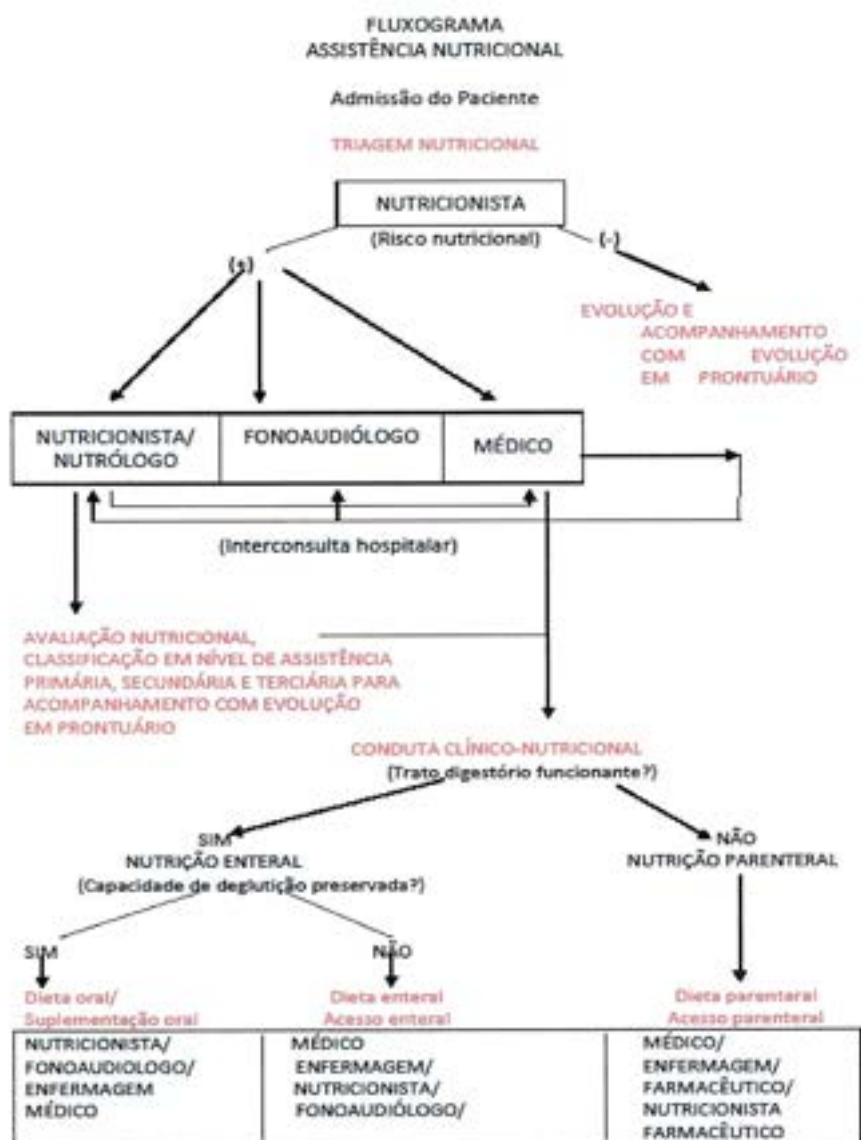
- Coordenar as atividades da Unidade de Alimentação e Nutrição;
- Coordenar os serviços técnicos e administrativos com interface com outras unidades administrativas e assistenciais;
- Participar das Comissões de Qualidade, PGRSS (Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde), CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar) e Gerenciamento do Risco, EMTN (Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional), NSP (Núcleo de Segurança do Paciente), CIPA (Comissão Interna de Prevenção de Acidentes), Comissão de Humanização, Comitê de Diversidade e outras;
- Implantar Indicadores da Qualidade: Financeiro, Produtividade e Satisfação;
- Fornece refeições para os pacientes, colaboradores, acompanhantes de pacientes pediátricos, adultos e geriátricos;
- Distribuir as refeições destinadas à pacientes, em embalagens descartáveis isotérmicas obedecendo a prescrição dietoterápica e cardápio aprovado, nas quantidades e horários determinados pela Unidade de Alimentação e Nutrição;
- Distribuir dietas enterais à pacientes obedecendo a prescrição dietoterápica nas quantidades e horários determinados pela Unidade de Alimentação e Nutrição;
- Distribuir fórmulas lácteas e suplementos nutricionais à pacientes, obedecendo a prescrição dietoterápica nas quantidades e horários determinados pela Unidade de Alimentação e Nutrição;
- Distribuir no Refeitório do Hospital, refeições destinadas aos colaboradores, médicos residentes e acompanhantes de pacientes pediátricos, adultos e geriátricos, pelo sistema de cafeteria fixa em balcão térmico, seguindo cardápio aprovado antecipadamente nas quantidades e horários determinados pela Unidade de Alimentação e Nutrição;
- Solicitar manutenção preventiva e corretiva das instalações, rede elétrica e hidráulica, equipamentos bem como serviços de pintura à Equipe de Engenharia de Manutenção, sempre que necessário;
- Realizar a reposição de equipamentos por extravios ou quebras em menor prazo possível e apresentar as mesmas especificações técnicas e modelo do equipamento original ou apresentar inovações tecnológicas que melhorem a sua qualidade ou durabilidade.



Fluxogramas da Unidade de Alimentação e Nutrição

FLUXOGRAMA
ATIVIDADES DE PRODUÇÃO DE ALIMENTOS





Nutrição Clínica

A Prestação de Serviços de Nutrição Clínica Hospitalar visa à assistência dietética e promoção da educação nutricional a indivíduos, sadios ou enfermos, em nível hospitalar, ambulatorial, domiciliar e em consultórios de nutrição e dietética, visando à promoção, manutenção e recuperação da saúde assegurando uma alimentação balanceada e em condições

higiênicas sanitárias adequadas. Também engloba a supervisão de todo o processo desde a manipulação até o fornecimento de dietas orais normais e especiais, dietas enterais, módulos e suplementos nutricionais destinadas a pacientes (adultos e pediátricos) e fórmulas infantis.

No âmbito assistencial, a nutrição clínica atua para diminuir as complicações associadas à terapia nutricional através de protocolos estabelecidos, rotinas e controles de qualidade, além de dispor de equipe multiprofissional de formação adequada, uma vez que as complicações potenciais podem pôr em risco os resultados clínicos do paciente e refletir no aumento dos custos hospitalares.

Além da assistência, a nutrição clínica também atua na supervisão de todos os processos de manipulação de dietas orais, dietas enterais, fórmulas infantis e módulos e suplementos nutricionais. Essa supervisão abrange todo o processo produtivo, desde o preparo, envase, porcionamento, identificação e distribuição aos pacientes, através de uma importante interface com a equipe operacional de copeiras e lactaristas de modo que o papel da nutricionista clínica seja pautado em:

- Definir, planejar, organizar, supervisionar e avaliar as atividades de assistência nutricional aos clientes/pacientes, segundo níveis de atendimento em Nutrição;
- Elaborar o diagnóstico nutricional, com base nos dados clínicos, bioquímicos, antropométricos e dietéticos;
- Elaborar a prescrição dietética, com base nas diretrizes do diagnóstico nutricional;
- Registrar, em prontuário eletrônico do paciente, a prescrição dietética e a evolução nutricional, de acordo com protocolos pré-estabelecidos pelo serviço e aprovado pela instituição;
- Determinar e dar a alta nutricional;
- Promover educação alimentar e nutricional para clientes/pacientes, familiares ou responsáveis;
- Orientar e supervisionar a distribuição e administração de dietas orais, dietas enterais, fórmulas infantis, módulos e suplementos nutricionais;
- Interagir com a equipe multiprofissional, definindo com esta, sempre que pertinente, os procedimentos complementares à prescrição dietética;
- Efetuar, através de forte interface com a equipe de copa e lactário, controle periódico dos trabalhos operacionais executados, desde a manipulação até a distribuição das refeições, dietas enterais, fórmulas infantis, módulos e suplementos nutricionais;
- Colaborar com as autoridades de fiscalização profissional e/ou sanitária;



- Encaminhar aos profissionais habilitados os pacientes sob sua responsabilidade profissional, quando identificar que as atividades demandadas para a respectiva assistência fujam às suas atribuições técnicas;
- Solicitar em prontuário eletrônico, exames laboratoriais necessários à avaliação nutricional, à prescrição dietética e à evolução nutricional do paciente;
- Prescrever em prontuário eletrônico, suplementos nutricionais bem como alimentos para fins especiais, em conformidade com a legislação vigente, quando necessários à complementação da dieta;
- Realizar e divulgar estudos e pesquisas relacionados à sua área de atuação, promovendo o intercâmbio técnico-científico;
- Participar do planejamento e execução de programas de treinamento e educação continuada para profissionais de saúde, desde que sejam preservadas as atribuições privativas do nutricionista;
- Participar do planejamento e execução de programas de treinamento, estágios para alunos de nutrição e educação continuada para profissionais de saúde, desde que sejam preservadas as atribuições privativas do nutricionista;
- Integrar a EMTN (Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional), conforme legislação em vigor.

Proposta de trabalho da equipe de nutricionistas clínicas

Deverá ser mantido um quadro fixo de pessoal composto por profissionais de nível superior em quantidade suficiente para assegurar as atividades previstas, supervisionado por um Nutricionista, Responsável Técnico perante o CRN – Conselho Regional de Nutrição.

A equipe deverá obedecer aos regulamentos internos e atuar conforme ao Manual de Normas e Procedimentos estabelecido.

Deverão se apresentar nos locais de trabalho, devidamente uniformizados portando crachá de identificação funcional e limitar esta presença aos seus horários de trabalho. O uniforme de trabalho deverá ser fornecido pela unidade, se apresentar sem o uso de brincos, colares, pulseiras e outros adornos.

A proposta técnica de trabalho seguirá as atuais recomendações de protocolos clínicos nutricionais baseados em literatura e *Guidelines* Mundiais, além das melhores práticas utilizadas em nutrição clínica hospitalar e consistirá em:

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização
e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 550



Coleta de prescrição dietética

Tem objetivo de garantir a segurança da oferta de dieta adequada aos pacientes através da avaliação das prescrições médicas em prontuário. As prescrições são coletadas três vezes ao dia pela equipe de nutricionistas clínicas in loco nas clínicas de internação, e uma interface com a equipe operacional é realizada para transcrição das informações coletadas, conforme exemplos abaixo.

Mapa de dietas orais (Equipe de Copa):

É derivado do mapa de dietas das nutricionistas clínicas, porém, com informações mais restritas, com foco somente tipo e observações gerais das dietas a serem distribuídas a cada paciente.

É atualizado também periodicamente conforme atualização dos mapas de nutricionistas.

Exemplo: 06h00 (o mapa é atualizado para a distribuição do desjejum e almoço)

13h00 (o mapa é atualizado para a distribuição do lanche da tarde e jantar)

19h00 (o mapa é atualizado para a distribuição da ceia)

Mapa de dietas enterais, fórmulas infantis, módulos e suplementos nutricionais (Equipe de lactário):

Atualizado 3 vezes ao dia pela equipe de nutricionistas clínicas, conforme exemplo abaixo:

Exemplo: 07h00 (primeira atualização após liberação das prescrições e checagem do censo de pacientes nos andares e entrega do mapa impresso para a equipe de lactário)

13h00 (segunda atualização devido a alterações em prescrições médicas – especialmente de neonatos, e revisão do mapa in loco junto à equipe de lactaristas)

19h00 (terceira atualização devido a alterações em prescrições médicas e novas internações, e revisão do mapa in loco junto à equipe de lactaristas)

Triagem de Risco Nutricional

Tem o objetivo de realizar triagem de risco nutricional dos pacientes no ato da internação, identificando precocemente os pacientes em risco nutricional e os desnutridos. A aplicação é indicada em até 72 horas da admissão do paciente em nível hospitalar e na primeira consulta em



nível ambulatorial e domiciliar. A triagem sinaliza precocemente pacientes que poderiam beneficiar-se da terapia nutricional.

Nesse sentido, a triagem será um procedimento rápido, executado pela equipe de nutricionistas clínicas em até 48 horas da admissão hospitalar, previamente treinada para identificar o risco nutricional do paciente.

Deverá estar notificado no prontuário do paciente o preenchimento da triagem e validação nutricional pela equipe de nutricionistas que classificará o paciente como risco nutricional positivo ou negativo. A partir desses dados, os pacientes com risco nutricional positivo serão avaliados e acompanhados pela EMTN (Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional), traçando-se assim, o perfil epidemiológico dos mesmos, bem como possíveis alterações que possam ocorrer em seu estado nutricional durante o tempo de internação.

Avaliação Nutricional Objetiva

Tem como objetivo:

- Classificar o estado nutricional do paciente;
- Detectar carências nutricionais específicas;
- Identificar precocemente os pacientes com maior risco nutricional;
- Calcular as necessidades energético-protéicas;
- Elaborar a prescrição dietética;
- Monitorizar o estado nutricional periodicamente no decorrer da internação, identificando se o suporte nutricional aplicado está sendo eficaz.

Os métodos de avaliação nutricional incluem:

- Anamnese alimentar
- Sinais clínicos ao exame físico
- Antropometria (avaliação da composição corpórea)

Avaliação de exames bioquímicos



A equipe de nutricionistas e o médico nutrólogo deverão realizar a avaliação nutricional logo após verificar que o paciente apresentou risco nutricional positivo, acompanhando o paciente conforme protocolo.

As avaliações e reavaliações deverão ser realizadas em impresso padronizado e anexadas ao prontuário do paciente. O prazo de reavaliação de cada paciente será determinado conforme os níveis de atendimento (primário, secundário e terciário) do estado nutricional, conforme abaixo especificados:

Protocolo de avaliação nutricional

O paciente deverá ser avaliado pela primeira vez após 24 horas da detecção do risco nutricional (mensurado a partir da aplicação da triagem nutricional). A periodicidade de reavaliações nutricionais objetivas (com coleta de dados antropométricos) deverá obedecer minimamente a frequência quinzenal para pacientes adultos e geriátricos e semanal para pacientes pediátricos.

- As medidas mínimas aferidas são: altura do joelho, circunferência do braço e prega cutânea tricipital para pacientes adultos e de peso, comprimento e perímetro cefálico para pacientes pediátricos.
- Os dados e medidas do paciente são lançados em fórmula de avaliação nutricional específica (de acordo com gênero, faixa etária e etnia).
- É feita a observação de exames laboratoriais, como o total de linfócitos e albumina, por exemplo, que atuam indiretamente como marcadores do estado nutricional.
- O diagnóstico nutricional é obtido segundo a *avaliação dos percentis para cada parâmetro antropométrico, bem como o IMC ou outros indicadores de composição corpórea.*

É importante fazer observações pertinentes ao diagnóstico nutricional obtido, caso necessário.

Evoluções em Prontuário Multiprofissional

Tem objetivo de evidenciar a evolução nutricional no prontuário de todos os pacientes internados, informando o estado nutricional dos pacientes aos demais membros do corpo clínico e equipe multidisciplinar.



Após triagem e avaliação nutricional, o paciente é então admitido na EMTN e acompanhado conforme protocolo com evoluções periódicas em prontuário multidisciplinar onde a equipe médica e de nutricionistas registram todas as inclusões, exclusões e alterações na dietoterapia de cada paciente admitido.

Qualquer alteração, modificação e/ou solicitação de dietas de pacientes deverão sempre estar registradas na prescrição médica antes de serem atendidas.

Visita Multidisciplinar

Com o objetivo de melhorar a qualidade e a segurança do paciente, são realizadas visitas multidisciplinares, conhecidas mundialmente como rondas multidisciplinares, que consistem na passagem conjunta dos diversos profissionais da equipe assistencial por cada paciente, com vistas a coordenar o seu cuidado, checar os riscos e medidas de prevenção, estabelecer metas diárias/semanais de cuidado, além de checar itens que garantam a segurança e o acolhimento do paciente e familiares, assim como o preparo para a alta.

A visita multidisciplinar deverá periodicamente em todas as clínicas de internação e nesta, a equipe utiliza-se de um instrumento de verificação e acompanhamento do paciente construído de modo multidisciplinar, com base em instrumentos utilizados mundialmente por outras instituições, adaptados à realidade e necessidades de cada instituição.

Através das visitas multidisciplinares é possível garantir maior integração da equipe na assistência ao paciente e conhecimento do mesmo pela partilha dos diversos saberes e olhares, foco da assistência do paciente centrado nas suas necessidades.

Deverão ocorrer também reuniões mensais da Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional com registro em ata.

Orientação de Alta Hospitalar

Tem o objetivo orientar os pacientes em alta hospitalar, de acordo com sua doença de base, para que os mesmos não tenham dúvidas na escolha e no preparo dos alimentos, promovendo sua plena recuperação e manutenção da saúde.



Os pacientes com alta hospitalar que apresentarem indicação de dietas específicas serão orientados pelo profissional nutricionista. O profissional se encaminhará à clínica de internação com formulários específicos da dieta e realizará a orientação nutricional. Assim, têm-se que:

- Todos os pacientes em alta hospitalar deverão receber orientação nutricional pela equipe de Nutricionistas;
- Orientação é realizada com paciente e acompanhante/familiar com entrega de impresso de orientação.

Supervisão do Lactário

O Lactário destina-se a operacionalização das fórmulas infantis, nutrição enteral, módulos e suplementos nutricionais.

A nutrição clínica deverá desenvolver e supervisionar todas as atividades inerentes à operacionalização das dietas, envolvendo desde o recebimento e armazenamento dos insumos descartáveis, fórmulas infantis e dietas enterais até o planejamento, elaboração das prescrições dietéticas, preparação/manipulação, acondicionamento, transporte e distribuição das mesmas.

As dietas enterais deverão seguir as diretrizes, prescrições médicas e condutas necessárias para a prática da Terapia de Nutrição Enteral, baseadas no estado clínico e nutricional de pacientes, obedecendo aos critérios técnicos para Terapia de Nutrição Enteral, de acordo com a Resolução n.º 63, de 06 de julho de 2000 da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

Deverão existir procedimentos operacionais escritos para todas as etapas do processo de recebimento, armazenamento, preparo e conservação, os quais devem estar estabelecidos nas Boas Práticas de Preparação da Nutrição Enteral (BPPNE).

Para a operacionalização das atividades relativas aos serviços de nutrição enteral, deverá haver o Manual de Procedimentos do Lactário / Nutrição Enteral, onde constam os procedimentos operacionais para todas as etapas do processo de recebimento, armazenamento, preparo e conservação, de acordo com as recomendações das Boas Práticas de Preparação da Nutrição Enteral (BPPNE).

Nas fórmulas infantis, será observado o controle de qualidade, que consistirá basicamente em obter um produto seguro do ponto de vista microbiológico, e adequado do ponto de vista nutricional, com o controle de todas as etapas do processo de produção.



O monitoramento é fundamental desde a higienização pessoal, ambiental, material, manipulação, preparo, identificação e transporte até a distribuição, bem como o controle de temperatura do ambiente, da esterilização, do resfriamento, da refrigeração e do reaquecimento, através de supervisão técnica, treinamento e reciclagem contínua dos colaboradores. Todos esses procedimentos técnicos devem ser obrigatoriamente descritos em Manual de Boas Práticas do Lactário, baseado na legislação sanitária vigente, com as ações corretivas, imediatas ou não, necessárias para corrigir os pontos críticos, controlar os perigos e os pontos de controle.

Para obter um controle de qualidade adequado de um produto alimentar, recomenda-se a aplicação de boas práticas, em conjunto com a aplicação do método de Análise de Perigos por Pontos Críticos de Controle – APCC, que permite identificar o perigo, determinar o ponto crítico e indicar o controle imediato, a partir da confecção de um fluxograma de preparação do alimento.

É indispensável a presença de um nutricionista clínico, responsável pela inspeção durante todo o processo de preparo de fórmulas infantis e outras preparações produzidas no lactário, para garantir a qualidade do produto a ser administrado.

Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional (EMTN)

Comissão de EMTN (Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional)

Considerando a complexidade da terapia nutricional, uma das exigências da Anvisa, através da RDC 63/2000, é a criação de equipe multiprofissional de terapia nutricional (EMTN) nas unidades que prestam assistência desse tipo ao doente. A EMTN é constituída obrigatoriamente por pelo menos um profissional de cada categoria, com treinamento específico para esta atividade: médico, nutricionista clínico, enfermeiro e farmacêutico clínico, podendo ainda conter profissionais de outras categorias. Trata-se, no caso, de determinação do âmbito da segurança da assistência à saúde e, por isso mesmo, pertinente a qualquer espaço de atendimento (domiciliar, hospitalar, ambulatorial) ou regime de financiamento (público, privado, filantrópico).

De acordo com esses regulamentos, compete:

- Ao médico: indicar, prescrever e acompanhar os pacientes submetidos à terapia nutricional;



- Ao nutricionista: realizar as operações referentes à prescrição dietética, composição e preparação da nutrição enteral e avaliar o estado nutricional dos pacientes;
- Ao farmacêutico: realizar as operações referentes ao desenvolvimento, preparação, conservação e transporte da nutrição parenteral, e, por razões técnicas e/ou operacionais adquirir, armazenar e distribuir a nutrição enteral industrializada;
- Ao enfermeiro: administrar a nutrição enteral e parenteral.

Cabe à EMTN estabelecer as diretrizes técnico-administrativas para o adequado atendimento em terapia nutricional, como capacitar os seus membros direta ou indiretamente, por meio de educação continuada, estabelecer protocolos de avaliação nutricional e rotinas que envolvam a terapia nutricional (indicação, prescrição, preparação, conservação, transporte, administração e acompanhamento).

Esses protocolos e rotinas devem ser registrados para garantir padronização e qualidade do serviço.

A adoção de protocolos pela EMTN facilita a identificação da possibilidade de desnutrição ou da desnutrição e seus fatores de risco, o monitoramento dos resultados e diminui as taxas de complicações, assegurando terapia nutricional mais efetiva, além de evitar custos desnecessários. Para cada perfil de pacientes, um protocolo deverá ser seguido, de acordo com a faixa etária, desde recém-nascidos até idosos.

Deve haver investimento na capacitação dos profissionais, e que estes interajam entre si, com trocas de informações e experiências. As ações da equipe não devem se restringir apenas à assistência ao paciente, mas também envolver atividades de ensino e pesquisa, além de atualização constante dos membros.



Mediante a isto, se pode concluir que:

A EMTN tem capacidade de melhor selecionar os pacientes que necessitam de terapia nutricional, podendo garantir a qualidade da terapia nutricional e a uniformidade do cuidado ao enfermo, evitando terapia nutricional inadequada, reduzindo os riscos de complicações associadas à nutrição enteral e parenteral, promovendo melhora do quadro clínico e diminuindo o tempo de hospitalização, além de evitar custos desnecessários com materiais e dietas.

A multidisciplinaridade da equipe aumenta a qualidade do cuidado nutricional, proporcionando melhores resultados clínicos. Os custos com estes cuidados são menores do que os gerados por complicações oriundas da desnutrição.

O acompanhamento da EMTN diminuiu a taxa de infecção de cateter venoso central em 50% e aumentou em seis dias o seu uso. Os gastos com o tratamento da sepse superam os com a qualificação de profissionais.

A atuação da equipe contribui para a diminuição das complicações:

- metabólicas, principalmente hiperglicemia;
- e das relacionadas ao cateter, melhorando também o acompanhamento e a oferta nutricional.

A EMTN deverá atender também a todas as solicitações pontuadas em visita de diagnóstico e de certificação de selos de qualidade (como ONA e ISO), bem como dar a devida atenção aos itens sinalizados como oportunidades de melhoria pelos órgãos certificadores.

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização
e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 558



Indicadores da Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional

Os resultados da equipe assistencial e da Comissão de EMTN serão avaliados de acordo com os indicadores de desempenho.

Os indicadores da assistência nutricional têm como objetivo o monitoramento das tarefas técnicas na identificação de oportunidades de melhoria.

- Aceitabilidade da dieta dos pacientes (almoço e jantar)

Esse indicador onde os dados serão coletados e informados pela equipe de copa, possui importante interface com equipe de nutricionistas clínicas, pois as coqueiras farão a avaliação da aceitação da refeição de todos os pacientes no ato do recolhimento das bandejas após a distribuição das refeições do almoço e do jantar. Em casos de não aceitação, as mesmas acionarão as nutricionistas clínicas para abordagem e mudança da conduta dietoterápica.

- Triagem nutricional

- Perfil do estado nutricional dos pacientes

- Qualidade em terapia nutricional enteral

- Treinamentos

Indicadores de Desempenho da Unidade de Alimentação e Nutrição

Para o monitoramento da performance do serviço prestado serão utilizados os Indicadores de Desempenho específicos como por exemplo:

- Resto Ingestão

- Sobra Limpa

- Conformidade de análises microbiológicas de alimentos

- Indicadores assistenciais citados acima



Ação de Educação Ambiental – “GREEN KITCHEN”

Diante da urgente necessidade em se voltar a atenção às questões ambientais, em detrimento de problemas climáticos oriundos do descuido com o meio ambiente e, cientes da epidemia global de doenças crônicas não-transmissíveis (câncer, diabetes, doenças cardiovasculares e pulmonares), coube a Unidade de Alimentação e Nutrição o desenvolvimento de ações voltadas à conscientização ambiental e educação alimentar como instrumento inerente de suas atividades, na busca de alternativas de engajamento entre sua equipe, pacientes e demais colaboradores na melhoria da qualidade de vida.

Tais premissas, amplamente trabalhadas pela rede de afiliadas da SPDM, se tornaram objetivo comum e compartilhadas corporativamente. Na busca de uma certificação que demonstrasse o comprometimento da instituição perante as interfaces entre saúde e o ambiente, se tomou conhecimento do Programa Green Kitchen, que foi iniciado nos cursos de planejamento e sustentabilidade da FUPAM - Fundação para a Pesquisa em Arquitetura e Ambiente, é indicado para restaurantes que queiram aprimorar constantemente seu padrão de qualidade em benefício de seus clientes e sua região, levando em consideração aspectos sociais e ambientais.

O Programa Green Kitchen é conduzido por uma comissão de profissionais multidisciplinares do setor de food service, com participação de nutricionistas, arquitetos e jornalistas especializados, baseado em critérios internacionais de medição de eficiência na responsabilidade social e ambiente, destacando-se principalmente a adesão as questões de sustentabilidade e alimentação saudável e natural.

Proposta

Estabelecer um programa de educação ambiental e sustentabilidade, amparado pelas premissas da saudabilidade da alimentação, com uso consciente dos alimentos e priorização de produtos naturais que gerem menor impacto ao meio ambiente e repercussão positiva à saúde.

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização
e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 560



Ferramenta de Comunicação Ambiental

Desde o segundo semestre de 2018 que a SPDM segue aderente ao Green Kitchen, utilizando os diversos meios de comunicação para a divulgação de mensagens de saudabilidade e sustentabilidade em Nutrição. Nos televisores presentes nas áreas comuns, na intranet de acesso aos colaboradores e no refeitório da unidade, divulgamos mensalmente os informativos da Nutrição, com dicas e propostas para uma rotina alimentar mais apropriada.

Resultados

O Green Kitchen trouxe melhorias na qualidade dos alimentos ofertados aos colaboradores (como por exemplo, a substituição do óleo composto por azeite extra-virgem), o uso de utensílios retornáveis no refeitório, diminuindo a produção de resíduos.

Outra grande oportunidade trazida pelo Green Kitchen está na possibilidade de apresentar diferentes tipos de alimentos e novas formas de preparo que na rotina, muitos não possuem o acesso ou o interesse de consumir, como é de refeições se utilizando integralmente os alimentos (cascas, talos, sementes) e evitando o desperdício de partes comumente não comestíveis. A quebra desse tipo de tabu e abertura da percepção dos comensais para novos paradigmas, é o maior ganho obtido pelo projeto.

Realizamos diariamente esse aproveitamento integral no preparo dos molhos para salada, além do uso de borra de café e cascas de ovos para uso nas áreas de jardins, haja vista que esses materiais propiciam inúmeros benefícios ao solo e as plantas, atuando também como anti-pragas natural (afasta formigas e outros insetos).

Não obstante, a conscientização quanto a destinação correta dos resíduos priorizando a segregação do que é passível de reciclagem e em especial, a campanha de recolha do óleo usado para reuso para a produção de sabão e biodiesel, se tornaram parte da rotina do hospital, contemplando colaboradores e usuários.

Apresentamos abaixo algumas fotos que evidenciam as ações implantadas com a gestão SPDM:





Fotos do estoque de azeite de oliva, para uso no refeitório e tempero de salada de pacientes



Foto dos diluidores dos produtos de limpeza biodegradáveis instalados na unidade

A handwritten signature in black ink, consisting of several loops and a long tail.



Foto dos recipientes segregados para o descarte de resíduos (comum, orgânico e reciclável)



9 AL



Fotos do uso de borra de café e cascas de ovos nas áreas de jardim



Foto do informativo mensal sobre alimentação e nutrição divulgado no refeitório da unidade

[Handwritten signatures]

Legislação Vigente

- Lei 8234/91: Regulamenta a profissão de Nutricionista;
- Portaria nº 1.210: Controla alimentos e bebidas, visando a proteção da saúde da população;
- Portaria CVS nº 15, de 17 de novembro de 1991: Regulamenta o transporte de Alimentos;
- Portaria CVS – 5/13: Estabelece os critérios de higiene e de boas práticas operacionais para alimentos produzidos / fabricados / industrializados / manipulados e prontos para o consumo, para subsidiar as ações da Vigilância Sanitária e a elaboração dos manuais de boas práticas de manipulação e processamento;
- Resolução - RDC nº 306, de 7 de dezembro de 2004: Dispõe sobre o regulamento técnico para o gerenciamento de resíduo para os serviços de saúde;
- Resolução - RDC nº 216, de 15 de setembro de 2004: Dispõe sobre as boas práticas para serviços de alimentação e prevê ainda a manutenção e higienização das instalações, dos equipamentos e dos utensílios; o controle da água de abastecimento e de vetores transmissíveis de doenças e pragas urbanas; a capacitação profissional e a supervisão da higiene e da saúde dos manipuladores; o manejo correto de resíduos; e o controle e a garantia de qualidade do alimento preparado;
- Resolução - RDC nº 275, de 21 de outubro de 2002: Estabelece procedimentos operacionais padronizados que contribuam para a garantia das condições higiênico-sanitárias necessárias ao processamento / industrialização de alimentos, complementando as boas práticas de fabricação;
- Resolução nº17, de 30 de abril de 1999: Regulamento Técnico que estabelece as diretrizes básicas para a avaliação de risco e segurança dos alimentos;
- Resolução RDC nº 218, de 29 de julho de 2005: Dispõe sobre o regulamento técnico de procedimentos higiênico-sanitários para a manipulação de alimentos e bebidas preparados com vegetais;
- Resolução CFN N° 334/2004: Dispõe sobre o código de ética do nutricionista e dá outras providências;
- Resolução RDC 63/2000: Regulamento Técnico para terapia de nutrição enteral;
- Resolução 307/2002 - Altera a Resolução - RDC nº 50 de 21 de fevereiro de 2002 que dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação,

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização
e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 565



elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.

BANCO DE LEITE HUMANO

Os bancos de leite humano (BLHs) têm se configurado como um dos mais importantes elementos estratégicos da política pública em favor da amamentação e da atenção materna e/ou infantil, uma vez que a amamentação exclusiva reduz a mortalidade infantil por doenças comuns na infância, como a diarreia e a pneumonia, e ajuda na recuperação de enfermidades.

O Banco de Leite Humano de Barueri é credenciado junto à Rede Brasileira de Banco de Leite Humano e caracteriza-se como um centro especializado, responsável pela execução de atividades de coleta da produção láctea da nutriz, seleção, classificação, processamento, controle de qualidade e distribuição do leite humano a bebês prematuros e de baixo peso que, em detrimento do quadro clínico, não podem ser amamentados pela própria mãe.

Como forma de atender suas especificidades e necessidades da clientela, as principais atividades do Banco de Leite são:

- Realizar grupos para gestantes;
- Realizar grupos de apoio ao aleitamento materno;
- Realizar capacitações em manejo clínico e aconselhamento em amamentação;
- Atender individualmente puérperas/nutrizes para a prática do aleitamento materno durante o período de internação e após a alta hospitalar como forma de prevenir e/ou curar intercorrências da lactação;
- Realizar coleta domiciliar de Leite Humano Ordenhado;
- Elaborar rotinas e linhas de conduta em aleitamento materno;
- Treinar e capacitar em aleitamento materno, profissionais da área da saúde e afins;
- Realizar visita domiciliar para assistência e acompanhamento do aleitamento materno;
- Manter controle de qualidade, distribuição e rastreabilidade do Leite Humano Ordenhado Pasteurizado;
- Elaborar e manter sistema de informação que assegure os registros relacionados às doadoras e aos produtos guardando sigilo e privacidade.



Organização do serviço

O BLH deverá manter quadro de colaboradores capacitados a promover e proteger o aleitamento materno, visando o apoio adequado às mães e às famílias no processo de amamentação, bem como contribuir para ações de captação de leite humano por doações e garantir sua apropriada distribuição aos bebês sob regime de internação hospitalar.

Fluxo de atendimento

O atendimento do BLH é voltado à atenção de puérperas cujo bebê está sob regime de internação hospitalar em detrimento de prematuridade, baixo peso ou problemas clínicos que o impeçam de manter o aleitamento materno de forma convencional. A essas mães, o BLH deverá oferecer orientações para a coleta do leite materno para posterior oferta a seu filho, sem a necessidade de pasteurização, obedecendo ao volume e frequência de infusão prescritos pelo médico.

As orientações sobre amamentação deverão ser realizadas a beira-leito também às puérperas em alojamento conjunto, visando promover boas práticas de aleitamento no pós-alta, bem como às mães do município e região que necessitam de auxílio diante às dificuldades de manter o aleitamento materno exclusivo. Em ambas as situações, a atenção deverá ser estendida aos cuidados do bebê, sendo o ganho de peso um importante indicador de sucesso no processo do amamentar.

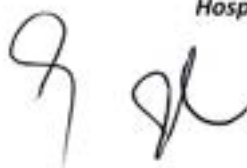
Lactantes que residam no município de Barueri poderão realizar a doação da produção excedente de leite materno ao BLH, após cadastro na unidade, que inclui uma triagem com a equipe de enfermagem e validação de exames laboratoriais pelo médico responsável. A unidade deverá oferecer recursos materiais para a coleta de tais exames, caso a futura doadora não possua laudos de saúde recentes. A mãe interessada em realizar doações de leite materno poderá entrar em contato com o BLH por meio de telefone e ou e-mail, pelos quais receberá as orientações para a coleta e armazenamento apropriados do leite que será retirado em seu domicílio por motorista enviado pela unidade hospitalar, conforme prévio agendamento. O BLH será também responsável pelo envio de frascos de vidro esterilizados para o armazenamento do leite ordenhado.

Uma vez recepcionado no BLH, o leite materno doado deverá passar por processos de seleção, classificação e processamento térmico (pasteurização), a fim de garantir segurança e



qualidade para a distribuição aos bebês internados, devendo prover recursos para a apropriada oferta/ infusão. Assim, deve-se considerar a aquisição de frascos, seringas, copinhos e extensores conforme necessidade.

O processo de controle de qualidade deverá ser realizado sob a supervisão de um profissional nutricionista capacitado a atuar em BLH, sendo imperativa a manutenção de registros que garantam a rastreabilidade do leite humano ofertado, desde a sua origem.

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized 'F' followed by a cursive flourish.

HIGIENE

CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS DE LIMPEZA

O Serviço de Limpeza e Desinfecção de Superfícies em Serviços de Saúde compreende a limpeza, desinfecção e conservação das superfícies fixas e equipamentos permanentes das diferentes áreas. Tem a finalidade de preparar o ambiente para suas atividades, mantendo a ordem e conservando equipamentos e instalações, evitando principalmente a disseminação de microrganismos responsáveis pelas infecções relacionadas à assistência à saúde.

Organização do Serviço

Preconiza-se que a limpeza seja dividida da seguinte forma:

- Limpeza concorrente ou diária: é o processo de limpeza diária, com a finalidade de remover a sujeira e repor o material de higiene;
- Limpeza terminal: é o processo de limpeza e/ou desinfecção de toda a área, incluindo todas as superfícies, com a finalidade de remover a sujeira e diminuir a contaminação ambiente, abastecendo as unidades com material de higiene e será realizada sempre que se fizer necessária.

Segundo o Manual de Limpeza da ANVISA – 2012 - *Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: limpeza e desinfecção de superfícies*, ao Serviço de Limpeza e Desinfecção de Superfícies em Serviços de Saúde competem os procedimentos para a remoção de sujidades, detritos indesejáveis e microrganismos presentes em qualquer superfície, visando manter o ambiente dentro dos padrões estabelecidos pelos serviços de saúde.

Dentro do primeiro desafio global da Organização Mundial da Saúde (OMS) para a segurança do paciente, uma assistência limpa é uma assistência mais segura. O ambiente de assistência é definido como todos aqueles elementos que formam o ambiente de assistência



(objetos, equipamentos médicos e pessoas presentes no hospital, incluindo clínica ou ambulatório).

Os produtos químicos a serem utilizados devem possuir registro no Ministério da Saúde. A empresa contratada deverá apresentar à Contratante cópia dos Certificados de Registros dos produtos químicos no Ministério da Saúde e Ficha de Informação de Segurança de Produto Químico (FISPQ).

Funcionamento

24 horas.

Instruções Técnicas

- Contratar profissional responsável técnico, devidamente habilitado e capacitado para supervisionar e garantir a execução dos serviços dentro das normas de boas práticas e qualidade estabelecidas pela legislação vigente, ministrar treinamentos, selecionar, escolher, adquirir e prover o uso adequado de EPI's e produtos químicos;
- Manter a equipe uniformizada, identificando-os mediante crachás com fotografia recente e provendo-os com Equipamentos de Proteção Individual;
- Apresentar cronograma de treinamento e periodicidade que serão efetuados os treinamentos aos funcionários. Apresentar os comprovantes de treinamento;
- Realizar a limpeza e desinfecção de todas as Unidades da Instituição;
- Realizar a coleta de resíduos, transporte e pesagem de todas as Unidades da Instituição;
- Elaborar e implantar o Manual de Normas e rotinas e revisá-lo periodicamente;
- Disponibilizar o manual de normas e rotinas em todos os DMLs, para consultas da Equipe;
- Manter todos os equipamentos e utensílios necessários à execução dos serviços, em perfeitas condições de uso;
- Elaborar e implantar o cronograma de limpeza terminal para todos os Setores da Unidade de acordo com a classificação de risco das áreas;



- Os produtos químicos a serem utilizados devem possuir registro no Ministério da Saúde. A empresa contratada deverá apresentar à Contratante cópia dos Certificados de Registros dos produtos químicos no Ministério da Saúde e Ficha de Informação de Segurança de Produto Químico (FISPQ).

Critérios para a contratação de terceiro para os serviços de limpeza

A contratação de empresa prestadora de serviços de limpeza é um processo multiprofissional, com avaliação pelo Comitê Técnico de Qualificação de Fornecedores, através de visitas técnicas a sede da empresa e estabelecimentos de assistência à saúde onde prestam serviços, além da exigência de fornecimento de atestados de capacidade técnica atualizados fornecidos pela contratante.

O processo é formalizado através de um Projeto Básico que orienta todas as ações para a contratação e execução das atividades, com as responsabilidades da contratante e contratada.

Seguem padrões a serem cumpridos pela empresa limpadora:

Obrigações e Responsabilidades da Contratada

A Contratada deverá disponibilizar mão-de-obra, produtos, materiais, utensílios e equipamentos em quantidades suficientes e necessárias para a perfeita execução dos serviços de limpeza das áreas envolvidas.

Quanto à mão de obra alocada para a prestação de serviços

- Selecionar e preparar rigorosamente os empregados que irão prestar os serviços, encaminhando elementos com nível de instrução compatível e funções profissionais devidamente registradas em suas carteiras de trabalho;
- Alocar os funcionários que irão desenvolver os serviços contratados somente após efetivo treinamento pertinente à limpeza, com avaliação do conteúdo programático, tais como: noções de fundamentos de higiene, uso correto de EPI's, comportamento, postura, normas e deveres, rotina de trabalho a ser executado, conhecimento dos princípios de limpeza e outros;

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização
e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 571



- Indicar o profissional responsável técnico (supervisor operacional), devidamente habilitado e capacitado para supervisionar e garantir a execução dos serviços dentro das normas de boa prática e qualidade estabelecidas pela legislação vigente, ministrar treinamentos, selecionar, escolher, adquirir e prover o uso adequado de EPI's e produtos químicos;
- Nomear encarregados responsáveis pelos serviços, com a missão de garantir, notavelmente, o bom andamento dos trabalhos, fiscalizando e ministrando orientações necessárias aos executantes dos serviços. Estes encarregados terão a obrigação de reportarem-se, quando houver necessidade, ao gestor/fiscal da Contratante e tomar as providências pertinentes;
- Manter sediado junto à CONTRATANTE durante os turnos de trabalho, elementos capazes de tomar decisões compatíveis com os compromissos assumidos;
- Manter seu pessoal uniformizado, identificando-os mediante crachás com fotografia recente e provendo-os com Equipamentos de Proteção Individual - EPI's;
- Fornece todo equipamento de higiene e segurança do trabalho aos seus empregados no exercício de suas funções;
- Realizar, por meio de responsável técnico especialmente designado, treinamentos e reciclagens periódicas aos empregados que estejam executando limpeza na Unidade CONTRATANTE;
- Instruir seus empregados quanto às necessidades de acatar as orientações da CONTRATANTE, inclusive quanto ao cumprimento das Normas Internas e de Segurança e Medicina do Trabalho, tal como prevenção de incêndio nas áreas da CONTRATANTE;
- Exercer controle no que se refere à assiduidade e a pontualidade de seus empregados, providenciando substituições em casos de ausência em até duas horas do início do turno ou mantendo quadro suplementar para as coberturas;
- Manter a disciplina entre os seus funcionários;
- Assegurar que todo empregado que cometer falta disciplinar, não será mantido nas dependências da execução dos serviços ou quaisquer outras instalações da CONTRATANTE;
- Atender de imediato as solicitações da CONTRATANTE quanto às substituições de empregados não qualificados ou entendidos como inadequados para a prestação dos serviços;
- Manter o controle de vacinação, nos termos da legislação vigente, aos funcionários diretamente envolvidos na execução dos serviços;

- Assumir todas as responsabilidades e tomar as medidas necessárias ao atendimento dos seus funcionários acidentados ou com mal súbito, por meio de seus encarregados;
- Preservar e manter a CONTRATANTE à margem de todas as reivindicações, queixas e representações de quaisquer naturezas, referente aos serviços, responsabilizando-se expressamente pelos encargos trabalhistas e previdenciários;
- Manter um quadro fixo de pessoal, composto por profissionais de nível superior, médio e auxiliar, garantindo diariamente, a presença dos profissionais durante o período estipulado;
- Todo o pessoal designado deverá cumprir integralmente a sua jornada de trabalho na Unidade CONTRATANTE, sendo vetado o deslocamento de pessoal para outras unidades ou postos de trabalho após iniciada a jornada diária;
- Deverão ser previstos substitutos para férias, e licenças de todas as categorias profissionais de forma a garantir o número mínimo diário de profissionais na unidade;
- Disponibilizar funcionários para cobertura de faltas em número igual a média de faltas, devendo a CONTRATADA comunicar as ausências imediatamente ao Gestor da Administrativo da Unidade. Na ausência de quadro suplementar, repor as faltas em até 02 (duas) horas. No caso das faltas não repostas haverá o desconto na fatura referente ao número de faltas não repostas durante o mês. O valor de 01 falta será calculado sobre o valor de 01 dia de trabalho do colaborador, ou seja, 1/30 do valor per capita;
- A Equipe de Comando é responsável pelos treinamentos, de forma a capacitar a equipe para a rotina de limpeza e interface com o Cliente. O treinamento deverá ser registrado e deve conter uma lista de presença. Mensalmente, apresentar cópias dos registros de treinamentos ao Gestor de Hotelaria do CONTRATANTE;
- Manter cadastro atualizado de funcionários e apresentá-lo à CONTRATANTE sempre que for solicitado;
- Apresentar dimensionamento do SESMT da empresa de acordo com o quadro II da NR 4 que compõe Portaria nº 3214 de 08 de junho de 1978 e suas alterações;
- Manter arquivo na Unidade CONTRATANTE de cópia dos exames admissionais, periódicos, demissionais, mudança de função, e retorno ao trabalho, conforme o preconiza NR7 que compõe Portaria nº 3214 de 08 de junho de 1978 e suas alterações;
- Estabelecer um cronograma anual de treinamento para toda a Equipe, visando à melhoria e aperfeiçoamento desses profissionais;
- Identificar, acompanhar e orientar adequadamente o funcionário no período de experiência;

- Apresentar relação de equipamentos de proteção individual (EPI) que serão distribuídos aos funcionários, esta relação deverá conter a função e os equipamentos específicos destinados a cada um;
- Manter arquivo na Unidade CONTRATANTE com comprovante de entrega de equipamento de proteção individual e treinamento para sua utilização assinados pelos funcionários;
- Apresentar cronograma de treinamento de biossegurança apontando as pautas ministradas com lista de presença assinada pelos funcionários e periodicidade que serão efetuados os treinamentos aos funcionários;
- DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS
- Implantar de forma adequada e em interface com o Gestor de Hotelaria Hospitalar a planificação, execução e supervisão permanente dos serviços, garantindo suporte para atender a eventuais necessidades para manutenção de limpeza das áreas requeridas;
- Prestar os serviços dentro dos parâmetros e rotinas estabelecidos, fornecendo todos os produtos químicos, materiais, utensílios e equipamentos em quantidade, qualidade e tecnologia adequadas, com observância às recomendações aceitas pela boa técnica, normas e legislação vigente e em quantidades necessárias à boa execução dos serviços;
- Prestar serviços de rouparia das 06:00 às 22:00, realizando preenchimento de formulários e controle de abastecimento de enxoval nas unidades assistenciais;
- Realizar a limpeza e desinfecção de todas as Unidades da Instituição;
- Dar ciência imediata e por escrito à CONTRATANTE referente a qualquer anormalidade que verificar na execução dos serviços;
- Prestar esclarecimentos que lhe forem solicitados e atender prontamente às reclamações de seus serviços, sanando-as em até 24 horas;
- Executar os serviços em horários que não interfiram no bom andamento da rotina de funcionamento da CONTRATANTE;
- Responsabilizar-se por eventuais paralisações dos serviços, por parte dos seus empregados, sem repasse de qualquer ônus à CONTRATANTE, para que não haja interrupção dos serviços prestados;
- Distribuir nos sanitários: papel higiênico, sabonetes, álcool gel e papel toalha, de forma a garantir a manutenção de seu abastecimento;
- Realizar a coleta de resíduos sólidos, pesar e gerar dados para indicadores;

- Permitir e colaborar com a fiscalização dos serviços por técnicos especialmente designados da CONTRATANTE, que emitirão relatório sobre a qualidade dos serviços prestados mensalmente, indicando os cálculos para obtenção dos valores a serem faturados;
- A limpeza terminal deverá ser programada em impresso próprio (cronograma anual) em interface com o Responsável pela Unidade, assinada pelo Responsável da Empresa Limpadora e validado pelo SCIH. Uma cópia deverá ser entregue à Chefia da Unidade e uma cópia para o Gestor da Hotelaria Hospitalar;
- O Encarregado da CONTRATADA deverá fazer a conferência da limpeza e registrar em impresso próprio: Check List;
- Os armários para guarda de EPIs deverão ser fechados com cadeados fornecidos pela Empresa CONTRATANTE. Orientar a Equipe para não guardar materiais e objetos estranhos aos EPIs. A limpeza dos armários é responsabilidade de cada Colaborador e deverá ser vistoriado pela Chefia, periodicamente;
- Orientar a Equipe para não fumar durante o horário de trabalho e no horário de descanso para o café. Será permitido somente no horário de descanso para as refeições (almoço ou jantar). Só é o permitido fumar fora das dependências da Unidade;
- O Mop a ser padronizado deverá ser o Mop plano com sistema de armazenamento do saneante acoplado no cabo do próprio Mop;
- Evitar o uso de desinfetante com odor forte, visto que a presença de fragrância poderá desencadear processos alérgicos nos Clientes;
- Deverá ser padronizada fibras coloridas do tipo não-risca para a limpeza de superfícies e as mesmas deverão ser identificadas de forma a não causar o uso inadequado nas diversas superfícies. A guarda das fibras no carro funcional deverá ser feita de forma segregada, para evitar a contaminação cruzada;
- Ao término do sabonete e álcool gel, o dispensador deverá ser limpo e identificado no corpo do refil: data, horário e nome do Colaborador;
- Deverá ser realizada limpeza terminal diária nos abrigos de resíduos após a coleta externa dos resíduos, abrangendo teto, luminárias, paredes e piso;
- O manual de normas e rotinas deverá ficar disponível em todos os DMLs, para consulta da Equipe;
- A Empresa Contratada deverá realizar a limpeza dos tapetes (capachos) com jateadora, semanalmente;



- Responsabilizar-se pela higienização dos panos e Mops em Lavanderia especializada.

CRITÉRIOS PARA APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA

A proposta deverá conter:

O quadro de pessoal, discriminando os cargos, as quantidades, adicional de insalubridade, horários de trabalho, escala de serviço e valor total;

Cargo	Qde.	Insalubridade	Horário	Escala
Servente				
Encarregado				
Limpador de vidros				
Supervisor				
Enfermeiro				
TOTAL				
VALOR TOTAL	R\$			

- Considerar orçamento para limpeza das áreas internas e externas da Unidade;
- Listagem de equipamentos, materiais, utensílios e produtos químicos a serem utilizados;
- Apresentar o mínimo de três Atestados de Capacidade Técnica atualizados de Prestação de Serviços (em nome da Empresa prestadora de serviços) em Instituições de Assistência à Saúde, entre outros itens.

Planilha para Avaliação da Qualidade do Prestador de Serviços de Limpeza

OSS / SPDM – Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina					
6. PLANILHA PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE NAS UNIDADES					
IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE (Ambulatório / Hospital / Anexo)			Nº DA AVALIAÇÃO		
MÊS DE REFERÊNCIA	DATA DA AVALIAÇÃO	HORÁRIO DE INÍCIO	IDENTIFICAÇÃO DA ÁREA AVALIADA		
		HORÁRIO DE TÉRMINO			
LEGENDA 3 = MUITO BOM 2 = BOM 1 = REGULAR 0 = PÉSSIMO					
MÓDULO A – EQUIPAMENTO-PRODUTO-TÉCNICA		PONTOS	MÓDULO D - AVALIAÇÃO DAS ÁREAS		PONTOS
A-1	Carro de Funcional		D-1	Acessórios dos Sanitários	
A-2	Produtos Químicos		D-2	Aparelhos Telefônico	
A-3	Técnicas de Limpeza		D-3	Box de Banho	
			D-4	Extintores	
MÓDULO B – PESSOAL-APRESENTAÇÃO-EPÍ'S		PONTOS	D-5	Lavatórios	
B-1	Apresentação – Uniformização		D-6	Móveis	
B-2	Equipamento de Proteção Individual		D-7	Paredes	
			D-8	Quadros de avisos	
MÓDULO C – FREQUÊNCIA – CRONOGRAMA		PONTOS	D-9	Pias de Inox	
C-1	Faltas / Atestados / Férias / Licença		D-10	Porta – Batentes – Maçanetas	
C-2	Cumprimento do Cronograma e Atividade		D-11	Cestos de Resíduos	
			D-12	Dispensadores de Sabonete / Papel	
CLIENTE DO REPRESENTANTE DA CONTRATADA DATA: _____ CARIMBO E ASSINATURA _____			D-13	Saídas - Ar-condicionado	
			D-14	Tapetes	
			D-15	Teto	
			D-16	Vidros	
DATA: _____ CARIMBO E ASSINATURA DO AVALIADOR _____		TOTAL DA PONTUAÇÃO DOS MÓDULOS			
		MÓDULO	PONTOS	X (Peso)	TOTAL OBTIDO
		A		0,15	
		B		0,15	
		C		0,20	
		D		0,50	
AS OBSERVAÇÕES SEGUEM EM RELATÓRIO ANEXADO		RESULTADO DA AVALIAÇÃO = VALOR PARA TRANSPORTE NA FOLHA DE UTILIZAÇÃO DE FATURA			

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 577

Legislação Vigente

- Segurança do Paciente - Higienização das mãos - ANVISA Agência Nacional de Vigilância Sanitária – 2009;
- A RDC nº 222/2018– ANVISA e atualizações;
- RDC 15/2012 – ANVISA;
- ABNT - NBR 1810, NBR 1807 E NBR 1809: Dispõe sobre as técnicas e procedimentos para a coleta de resíduos de serviço de saúde. Dispõe sobre o Controle Sanitário do Comercio de Drogas, Medicamentos, Insumos Farmacêuticos, e correlatos;
- Manual - Segurança do paciente em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies – ANVISA 2010;
- Portaria nº 2616: 12/05/1998, do Ministério da Saúde, Manual de Procedimento de Artigos e Superfícies em Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde 1994, Manual de Controle de Infecção Hospitalar do Ministério da Saúde 1985 e todas as leis municipais, estaduais e federais vigentes. Dispõe sobre as técnicas de limpeza e soluções a serem utilizadas nas atividades da execução de serviços de Limpeza Hospitalar;
- Portaria M.T.E nº 485 – 11 de novembro de 2005: Dispõe sobre o uso de EPI;
- NR 32 - SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO EM SERVIÇOS DE SAÚDE;
- NR-9: Dispõe sobre o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais – PPRA, e tem como objetivo conhecer e identificar os riscos presentes no ambiente de trabalho, bem como recomendar e aplicar medidas de controle, minimização ou eliminação desses riscos (BRASIL, 1978 – NR9). A elaboração e execução do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais “visa à preservação da saúde e da integridade dos trabalhadores, por meio da antecipação, reconhecimento, avaliação e conseqüente controle dos agentes de risco ambiental existente ou que venham a existir no ambiente de trabalho, levando em consideração a proteção do meio ambiente e dos recursos naturais” (Brasil, 1978 NR9);
- NR-7 (BRASIL, 1978 – NR7): Dispões sobre o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional - PCMSO. Esse programa é planejado e implementado com base nos riscos à saúde dos trabalhadores, especialmente os identificados nas avaliações previstas nas demais NR (BRASIL, 1978 – NR7). Além dos exames médicos ocupacionais, o PCMSO tem a função de por meio da análise dos indicadores de saúde dos trabalhadores, planejar, descrever e acompanham ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos



trabalhadores, inclusive os adoecimentos não diretamente relacionados ao trabalho (BRASIL, 1978 – NR7). O PCMSO inclui, dentro outros, a realização obrigatória dos seguintes exames médicos: admissional, periódico, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissional;

- NR-17: Visa a estabelecer parâmetros que permitam a adaptação das condições de trabalho às características psicofisiológicas dos trabalhadores, de modo a proporcionar um máximo de conforto, segurança e desempenho, característica psicofisiológicas dos trabalhadores cabe ao empregador realizar a análise ergonômica do trabalho conforme NR 17 (BRASIL, 1978 – NR17).

LAVANDERIA HOSPITALAR

A unidade de processamento da roupa de serviços de saúde é considerada um setor de apoio que tem como finalidade coletar, pesar, separar, processar, confeccionar, reparar e distribuir roupas em condições de uso, higiene, quantidade, qualidade e conservação a todas as unidades do serviço de saúde. Ela exerce uma atividade especializada, que pode ser própria ou terceirizada, intra ou extra-serviço de saúde, devendo garantir o atendimento à demanda e a continuidade da assistência.

Organização do Serviço

Neste foi adotada premissa da terceirização da locação e higienização do enxoval.

O enxoval hospitalar deve ser gerenciado de forma que a roupa não represente um veículo de infecção, contaminação ou mesmo irritação aos pacientes e trabalhadores.

Deve-se considerar para uma lavanderia externa as seguintes etapas:

- Coleta da roupa suja no expurgo do Hospital;
- Transporte da roupa suja para a lavanderia externa;
- Recebimento da roupa suja na lavanderia;
- Separação da roupa suja;

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização
e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 579



- Higienização da roupa suja;
- Secagem e calandragem da roupa limpa;
- Reparos e reaproveitamento de peças danificadas;
- Separação e embalagem da roupa limpa;
- Transporte da roupa limpa da lavanderia para o hospital;
- Entrega da roupa limpa na rouparia do hospital.

Funcionamento

Diariamente das 6:00h às 22:00h

Instruções Técnicas

- Garantir uma Lavanderia Hospitalar que atenda às exigências legais conforme Manual de Processamento de Roupas de Serviço de Saúde: Prevenção e Controle de Risco, 2007 – ANVISA;
- Garantir a entrega do enxoval limpo, adequado ao uso e em quantidade suficiente aos clientes internos e externos do Hospital;
- Garantir o controle de evasão e mal-uso de enxoval, evitando desperdícios com reposição;
- Avaliar periodicamente os serviços prestados pela Lavanderia Hospitalar, reportando as não conformidades e oportunidades de melhoria;
- Elaborar e fazer cumprir o Manual de Normas e Rotinas da Lavanderia (Rouparia);
- Coletar e armazenar de forma segura o enxoval usado, realizar a pesagem e entrega à Lavanderia Externa.

Legislação Vigente

- Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde: Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização
e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 580

- Lei Federal nº 6.360 de 23 de setembro de 1976: Dispõe sobre a vigilância sanitária a que ficam sujeitos os medicamentos, as drogas, os insumos farmacêuticos e correlatos, cosméticos, saneantes e outros produtos, e dá outras providências;
- Portaria nº 15 de 23 de agosto de 1988: Determina que o registro de produtos saneantes domissanitários com finalidade antimicrobiana seja procedido de acordo com as normas regulamentares;
- Portaria GM/MS nº 3.523, de 28 de agosto de 1998: Aprova o regulamento técnico contendo medidas básicas aos procedimentos de verificação visual do estado de limpeza, remoção de sujidades por métodos físicos e manutenção do estado de integridade e eficiência de todos os componentes dos sistemas de climatização, para garantir a qualidade do ar de interiores e prevenção de riscos à saúde dos ocupantes de ambientes climatizados;
- Portaria nº 393, de 15 de maio de 1998: Estabelece os métodos para determinação da biodegradabilidade de tenso-ativos aniônicos com validade em todo território nacional. Revoga a Portaria SVS nº120, de 23 de novembro de 1995, e dá outras providências;
- Portaria MS nº 518, de 25 de março de 2003: Estabelece os procedimentos e responsabilidades relativas ao controle e vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade, e dá outras providências;
- Resolução RDC nº 183, de 22 de outubro de 2001 – Altera a Resolução 336, de 30 de julho de 1999;
- Resolução RDC nº 189, de 18 de julho de 2003: Dispõe sobre a regulamentação dos procedimentos de análise, avaliação e aprovação dos projetos físicos de estabelecimento de saúde no Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, altera o Regulamento Técnico aprovado pela RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 21 de julho;
- Resolução RDC nº 306, de 07 de dezembro de 2003: Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde;
- RDC50: Dispõem sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde;
- NR-5: Dispõe sobre a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA e tem como objetivo a prevenção de acidentes e as doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador (BRASIL, 1978 – NR 5). De acordo com essa NR, a unidade de processamento de

roupas que possuir acima de vinte trabalhadores deve constituir a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;

- NR-9: Dispõe sobre o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais – PPRA, e tem como objetivo conhecer e identificar os riscos presentes no ambiente de trabalho, bem como recomendar e aplicar medidas de controle, minimização ou eliminação desses riscos (BRASIL, 1978 – NR9). A elaboração e execução do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais “visa à preservação da saúde e da integridade dos trabalhadores, por meio da antecipação, reconhecimento, avaliação e conseqüente controle dos agentes de risco ambiental existente ou que venham a existir no ambiente de trabalho, levando em consideração a proteção do meio ambiente e dos recursos naturais” (Brasil, 1978 NR9);
- NR-7 (BRASIL, 1978 – NR7): Dispões sobre o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional – PCMSO. Esse programa é planejado e implementado com base nos riscos à saúde dos trabalhadores, especialmente os identificados nas avaliações previstas nas demais NR (BRASIL, 1978 – NR7). Além dos exames médicos ocupacionais, o PCMSO tem a função de por meio da análise dos indicadores de saúde dos trabalhadores, planejar, descrever e acompanhar ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos trabalhadores, inclusive os adoecimentos não diretamente relacionados ao trabalho (BRASIL, 1978 – NR7). O PCMSO inclui, dentro outros, a realização obrigatória dos seguintes exames médicos: admissional, periódico, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissional;
- NR-17: Visa a estabelecer parâmetros que permitam a adaptação das condições de trabalho às características psicofisiológicas dos trabalhadores, de modo a proporcionar um máximo de conforto, segurança e desempenho;
- NR- 23: Dispõe sobre as condições sanitárias e de conforto nos locais de trabalho;
- NR-32: Dispõe sobre a Segurança e Saúde no trabalho em Estabelecimento de Saúde e tem por finalidade estabelecer as diretrizes básicas para implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral (BRASIL, 2005 – NR-32). A NR 32 foi estabelecida por meio da Portaria MTE nº 385, de 11 de novembro de 2005. O item 32.7 dessa NR estabelece algumas determinações específicas para a unidade de processamento de roupas de serviços de saúde. Além de observância desta legislação, o Hospital deverá apresentar sempre em vigência: Registros de segurança e saúde ocupacional, conforme normalização do Ministério do Trabalho e Emprego (BRASIL, 2005 – NR32);



- Aprovação e registro nos órgãos competentes (meio ambiente defesa civil, Distrito Federal, entre outros);
- Registros de segurança e saúde ocupacional, conforme normalização do Ministério do Trabalho e Emprego (BRASIL, 2005 – NR32);
- Aprovação e registro nos órgãos competentes (Meio Ambiente Defesa Civil, Distrito Federal, entre outros).

GESTÃO AMBIENTAL

A Gestão Ambiental tem o objetivo de otimizar o uso de recursos e minimizar os impactos ambientais, garantindo a sustentabilidade ambiental da Instituição e proteção dos pacientes, colaboradores, saúde pública e meio ambiente. Entre as principais atribuições da Gestão Ambiental estão o gerenciamento de resíduos, eficiência energética, uso racional de água, controle de pragas.

Organização do Serviço

As atividades da Gestão Ambiental serão balizadas pela Campanha Internacional Agenda Global Hospitais Verdes e Saudáveis (AGHVS). Trata-se de um referencial para o setor Saúde baseado em 10 objetivos inter-relacionados (Liderança, Substâncias Químicas, Resíduos, Energia, Água, Transporte, Alimentos, Produtos Farmacêuticos, Edifícios, Compras) para o desenvolvimento de ações sustentáveis, contribuindo para melhorar a saúde pública e ambiental em todo o mundo.

Vale ressaltar que a adesão à AGVHS permite a participação na Rede Global Hospitais Verdes e Saudáveis, comunidade de instituições do setor saúde dedicadas a reduzir sua pegada ecológica e promover a saúde pública e ambiental. Os membros da Rede Global de todo o mundo estão trabalhando juntos em uma comunidade global de aprendizagem para compartilhar suas melhores práticas, encontrar soluções para os desafios que enfrentam e atingir resultados mensuráveis.



Por fim, ressalta-se especial atenção ao Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde com legislações específicas, tais como Resolução A RDC n° 222/2018 e Resolução CONAMA 358/05 e atualizações.

Funcionamento

De segunda a sexta-feira das 08h00 às 17h00

Instruções Técnicas

- Aderir à campanha internacional Agenda Global Hospitais Verdes e Saudáveis;
- Manter contrato com empresa especializada em Controle de Pragas. A empresa deverá realizar visitas quinzenais para o controle de roedores, insetos rasteiros, insetos voadores, utilizando processos físicos e químicos. A Empresa deverá seguir adequação de produtos e métodos operacionais para cada ambiente, portanto a empresa deverá ter experiência necessária em ambientes hospitalares deve-se garantir o uso de produtos registrados no Ministério da Saúde e não nocivos ao homem. A empresa deverá atender a RDC n° 52 – Dispõe sobre o funcionamento de empresas especializadas na prestação de serviço de controle de vetores e pragas urbanas e dá outras providências;
- Formar uma Comissão de Gerenciamento de Resíduos atuante com reuniões periódicas conforme modelo de regimento/constituição (ANEXO 1) e cronograma (ANEXO 2);
- Capacitar os colaboradores da Instituição em Gerenciamento de Resíduos;
- Implantar projetos de coleta seletiva para clientes internos e externos, para diferentes tipos de resíduos;
- Definir um fluxo unidirecional nos resíduos gerados onde os resíduos gerados do 1º ao 8º andar permanecem nos abrigos internos e em horários pré-determinados são transportados pelo elevador de serviços (ANEXO 3);
- Contratar empresas para prestação de serviços de coleta, tratamento e destinação final de resíduos de acordo com a categoria de risco (caso necessário);

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização
e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 584



- Visitar/Auditar aos prestadores de serviços de coleta, tratamento e destinação/disposição final de resíduos;
- Elaborar e implantar os Indicadores Ambientais;
- Descrever o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS).

Legislação Vigente

- Resolução RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 - Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.
- Resolução CONAMA nº 275, de 25 de abril de 2001- "Estabelece código de cores para diferentes tipos de resíduos na coleta seletiva".
- Resolução CONAMA nº 316, de 29 de outubro de 2002: "Dispõe sobre procedimentos e critérios para o funcionamento de sistemas de tratamento térmico de resíduos".
- RESOLUÇÃO no 358, DE 29 DE ABRIL DE 2005 Dispõe sobre o tratamento e a disposição final dos resíduos dos serviços de saúde e dá outras providências.
- Resolução RDC ANVISA 306, de 07 de dezembro de 2003: Dispões sobre o Regulamento Técnico para o Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde.
- Resolução RDC ANVISA 52/2009: – Dispõe sobre o funcionamento de empresas especializadas na prestação de serviço de controle de vetores e pragas urbanas e dá outras providências.
Portaria SVS/MS nº 333/98 – Estabelece o Regulamento Técnico das substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial.
- Portaria CVS 21/2008: Norma Técnica sobre Gerenciamento de Resíduos Perigosos de Medicamentos em Serviços de Saúde.
- Portaria CVS 09/2000: Norma Técnica para Empresas Prestadoras de Serviço em Controle de Vetores e Pragas Urbanas.
ABNT - NBR 12235- Armazenamento de resíduos sólidos perigosos.
- ABNT - NBR 12.810 - Coleta de resíduos de serviços de saúde
- ABNT - NBR 13853- Coletores para resíduos de serviços de saúde perfurantes ou cortantes - Requisitos e métodos de ensaio, de maio de 1997
- ABNT - NBR - 7.500 - Símbolos de Risco e Manuseio para o Transporte e Armazenamento de Material.




- ABNT - NBR - 9191 - Sacos plásticos para acondicionamento de lixo - Requisitos e métodos de ensaio.
- ABNT - NBR 13652 - Coletor-transportador rodoviário de resíduos de serviços de saúde.
- ABNT - NBR 13725 - Ficha de informações de segurança de produtos químicos – FISPQ.
- ABNT - NBR - 10003 - Resíduos Sólidos – Classificação.
- ABNT - NBR - 13001 – Sistema de Gestão Ambiental.
- Agenda Global Hospitais Verdes e Saudáveis. Disponível em <http://greenhospitals.net/wp-content/uploads/2012/03/GGHA-Portugese.pdf>

PORTARIA E VIGILÂNCIA

O Serviço de Portaria tem por objetivo principal garantir a segurança na instituição através do efetivo controle de acesso, fiscalizando as portarias principais, estacionamento e acessos a áreas restritas, assim como de identificar, cadastrar e liberar o acesso de cliente externo mediante autorização, controlando o acesso de visitantes e acompanhantes dos pacientes internados, assim como de visitantes administrativos.

Organização do Serviço

Acesso ao estacionamento

Controlar o acesso de veículos de colaboradores cadastrados solicitando o crachá automotivo, no caso de terceiros, usuários, visitantes, realizar o cadastro de dados em planilha específica.

Acesso de ambulância

Controlar o acesso de ambulância e realizar o cadastro de dados em planilha específica e direcioná-lo ao local correto.



Acesso ao ambulatório

Orientar em relação a agendamento, exames e consultas agendadas, fornecer ao cliente a senha para atendimento e direcioná-lo ao local correto.

Acesso ao SADT

Orientar em relação a agendamento e exames agendados, fornecer ao cliente a senha para atendimento e direcioná-lo ao local correto.

Acessos nas áreas do pronto atendimento e emergência

Recepcionar o usuário no Pronto Atendimento e Emergência, acionar a enfermagem sempre que necessário e encaminhar o responsável para abertura de ficha de atendimento.

Recepção de controle de visitantes

Recepcionar e orientar os usuários que ali acessarem, encaminhando pacientes a setores assistenciais (exames e consultas).

Encaminhar visitantes a setores internos de internação, confirmando, registrando e identificando em cadastro próprio.

Acessos aos elevadores, escadas e corredores principais

Orientar aos usuários a se dirigirem a recepção de controle de visitantes visando primeiramente o cadastro e identificação, antes de acessar os elevadores ou escadas para algum setor/departamento interno.

Acesso de entrada de colaboradores – guarda volumes

Recepcionar o colaborador solicitando sua identificação e disponibilizar armários para a guarda de seus pertences de acordo com normas gerais de entrada de funcionários, cadastrar os prestadores de serviço, registrando e identificando em cadastro próprio e informar o setor/departamento responsável.

Acesso a área de almoxarifado externa (fornecedores)

Recepcionar o fornecedor, registrar dados em planilha específica, solicitar a nota fiscal e informar ao almoxarifado quanto a chegada do fornecedor para conferência do pedido e após autorização liberar a entrada.



Acesso a Reabilitação

Controlar o acesso de clientes e direcioná-lo ao local correto.

Monitoramento por câmeras

Serviço terceirizado para monitoramento das dependências da instituição através de sistema de CFTV e rondas virtuais, garantindo a segurança de pessoas e materiais, agindo de forma preventiva e corretiva diante de situações de risco. Mantendo contrato com empresa especializada para manutenção corretiva.

Funcionamento

O funcionamento do serviço é 24h com exceção das portarias do ambulatório, recepção do ambulatório e visitas ao paciente e acesso de colaboradores.

Instruções Técnicas

- Controlar todos os acessos do Hospital com pessoal devidamente preparado e orientado, dentro dos horários estabelecidos;
- Manter todos os postos de trabalhos cobertos, inclusive nos horários de refeição;
- Elaborar todas as rotinas e procedimentos em manual;
- Aplicar treinamentos periódicos, técnicos e comportamentais, priorizando pela excelência nos controles e recepção dos clientes;
- Registrar todas as ocorrências;
- Manter uma gestão operacional e administrativa responsável diretamente pelos serviços;
- Realizar o devido controle das chaves através de protocolos de retirada, devolução e conferência;
- Controlar o acesso e trânsito de veículos no estacionamento, devendo estar de acordo com normas vigentes de vagas para deficientes e idosos, demarcações de vagas, sinalizações, iluminação, cadastro dos veículos, espaço para manobra de veículos e organização local;
- Acompanhar movimentação e saída de óbito, alta de pacientes, saída de equipamentos, materiais que pertencem em interface com setores responsáveis.



Indicadores de Desempenho

Indicador de satisfação do cliente externo referente a cortesia e qualidade da informação ao nosso usuário.

Indicador do número de ocorrências e eventos adverso referente a danos físico e patrimonial.

Indicador de horas de treinamento referente a processos, conduta comportamental e ocorrências diversas;

Indicador de visitas administrativas, visitas de paciente, acompanhante de paciente, ocorrências policiais ocorrida no pronto atendimento, ocorrência interna de funcionários.

Legislação vigente

- Lei 7.102 – regulamenta as atividades de segurança privada.
- Lei 8.863 – define as atividades de segurança privada.



SERVIÇO DE TRANSPORTE

O serviço de Transporte visa atender as demandas internas, abastecimento de insumos, retiradas e envio de documentos das diversas áreas da instituição, gestão da movimentação física de pessoas e equipe assistencial, incluindo ordenha de leite materno.

Tem o compromisso com a segurança e cumprimento das leis de trânsito que regem a atividade, capacitação do profissional, foco na qualidade e eficiência do serviço prestado.

A unidade de transporte hospitalar deve considerar o serviço de remoção de paciente através de ambulância com suporte básico e avançado por meio do município, o serviço deve ser acionado pela equipe técnica a fim de determinar o tipo de suporte necessário.

Objetivo Geral

- Serviço de veículos fixo para transportar equipe médica e técnica nas residências dos pacientes para acompanhamento do tratamento, com a locomoção feita por uma empresa contratada e acionada para atender demanda programada dentro do município.
- Transportes de documentos, materiais e medicamentos através de veículo administrativo e moto frete mediante contrato com empresa especializada.
- Transportes de coleta de ordenha de leite materno, nas residências das doadoras sendo nas regiões de Barueri, Carapicuíba, Jandira, Itapevi e Santana de Parnaíba, através de veículo habilitado mediante contrato com empresa especializada.

Instruções Técnicas

- Atender solicitação de transporte para equipe médica e técnica do Programa de Internação Domiciliar.
- Atender solicitação de transporte administrativo.
- Atender as demandas do transporte em coleta de leite materno.
- Acompanhar o desempenho dos colaboradores e do serviço contratado.
- Controlar documentação pertinente aos contratos.
- Controlar todas as obrigações da empresa conforme descrito em contrato.

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização
e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 590



- Controlar diariamente as saídas e itinerários.

Organização do Serviço

Solicitações de veículo para o P.I.D – Programa de Integralidade Domiciliar:

- Enfermagem preenche impresso de solicitação e encaminha para o setor de Segurança e Transporte.
- O setor de Segurança e Transporte solicita o veículo através de contato com as empresas e recebe os profissionais.
- Transporte faz o controle e validação das solicitações.

Solicitações de transporte administrativo:

- O setor/departamento solicitante preenche impresso de solicitação e encaminha para o setor de segurança e transporte com até 24hs de antecedência.
- Unidade de Transporte agenda e aciona o serviço com veículo ou moto frete mediante autorização da diretoria.

Solicitações de transporte para coleta de ordenha de leite materno:

- O setor/departamento preenche impresso de solicitação e encaminha para o setor de segurança e transporte com até 24hs de antecedência.
- Unidade de Transporte agenda e aciona o serviço com veículo mediante autorização da diretoria.

Controles específicos

- Os veículos devem ter no máximo 80 mil quilômetros rodados, estar em perfeito estado de conservação, mecânica, parte elétrica, com todos os equipamentos de segurança exigidos por lei em perfeitas condições de uso.



- Garantir o perfeito funcionamento dos hodômetros, sistemas e dispositivos operacionais dos veículos e equipamentos;
- Implantar de forma adequada, a planificação, a execução e a supervisão permanente dos serviços, de maneira estruturada, mantendo, durante o horário comercial, suporte para dar atendimento a eventuais ações necessárias à continuidade dos serviços;
- Prestar os serviços dentro dos parâmetros e rotinas estabelecidos, com a observância às recomendações aceitas pela boa técnica, normas e legislação;
- Disponibilizar condutores inscritos nos órgãos públicos competentes, cuja renovação no cadastro deverá ser apresentada automaticamente a cada vencimento, devendo ser detentores de CNH - carteira nacional de habilitação, válida e expedida há pelo menos 01 (um) ano.
- Os veículos deverão estar cobertos por Seguro Total contra furto, roubo, incêndio, acidente, terceiros etc., estabelecendo os valores mínimos para cada tipo de veículo.
- Propiciar aos condutores as condições necessárias para o perfeito desenvolvimento dos serviços, fornecendo-lhes equipamento de comunicação móvel, crachás de identificação, uniformes padronizados e acessórios de segurança/equipamentos de proteção individual EPI's.
- Manter os veículos de modo a coibir a deterioração e a adulteração do sistema de escapamento, que possam resultar em níveis de emissão sonora superiores aos padrões aceitáveis nos termos da legislação regentes, normas brasileiras aplicáveis e recomendação dos manuais de proprietários e serviços do veículo.
- Manter política de boas práticas ambientais na gestão de suprimentos, especialmente quanto à aquisição e descarte de pneus, bem como dos resíduos dos processos de manutenção e limpeza dos veículos.
- Toda remoção deve ser acompanhada por equipe assistencial de acordo com o tipo de suporte.
- Apresentar Plano de Contingência para possíveis situações de falha mecânica ou acidente com os veículos.

Legislação Vigente

- Portaria 2.616 – Referente ao processo de desinfecção de veículo que transporta paciente com doença infectocontagiosa.
- N.R 375 e 379 do COFEN – que preconiza o acompanhamento de profissionais assistenciais nas remoções básicas e avançadas.



QUADRO DE VEICULOS COM MOTORISTA

Quantidade	Modelo	Horário
01	Tipo Sedan 1.0 ou 1.6 16v flex, 04 portas, cor branca, ar-condicionado, com motorista e combustível.	07hs às 16hs de segunda-feira a sexta-feira.
01	Tipo Sedan 1.0 ou 1.6 16v flex, 04 portas, cor branca, ar-condicionado, com motorista e combustível.	08hs às 17hs de segunda-feira a sexta-feira.
01	Tipo Sedan 1.0 ou 1.6 16v flex, 04 portas, cor branca, ar-condicionado, com motorista e combustível.	09hs às 21hs de segunda-feira a domingo
Observação: O veículo de segunda a domingo no sábado domingo e feriado irá trabalhar das 07h às 19h.		

QUADRO DE MOTOFRETISTA

Quantidade	Modelo	Horário
01	Moto de carga no mínimo de 125cc, cor branca.	08h30min às 17h30min de segunda-feira a sexta-feira

QUADRO DE ORDENHA DE LEITE MATERNO

Quantidade	Modelo	Horário
01	Fiorino.	08h às 17 sendo terça-feira e quinta-feira.





ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O
DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA
"PROGRESSUM IN VERUM" "EPISCOPUS"

3.6. CIÊNCIA E TECNOLOGIA

3.6.1. Convênio de Cooperação Técnica com Entidades de Ensino para desenvolvimento de estágios curriculares, treinamentos e residências

Em acordo com os valores da SPDM a parceria com entidades de ensino para desenvolvimento do capital humano na área da saúde é uma prioridade e uma responsabilidade institucional que acredita na socialização e democratização do conhecimento produzido nos seus serviços. O fato de fazer a gestão por mais de 70 anos de um Hospital Universitário (HU), vinculado a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), despontou o interesse e consolidou a realização de programas educacionais. Atualmente este HU abriga mais de 90 programas de residência médica, alberga ensino de graduação e programas de pós-graduação, sendo alguns deles considerados pela CAPES e por outras agências de fomento como os melhores do país.

Em continuidade a esta proposta a SPDM mantém em suas unidades diversos programas de ensino, como pode ser observado no exemplo abaixo:



RELAÇÃO DE ESTÁGIOS INSTITUIÇÕES AFILIADAS - Média de 471 alunos					
	Escolas	Nível	Horas de estágio	Campos	Numero de alunos
HOSPITAL MUNICIPAL PAVANES BONSUCESO	ST. HELENA	Nível Técnico	376	Clinica Médica e clinica cirúrgica/ Centro cirúrgico	61
	ATHENAS	Nível Técnico	480	Clinica Médica e clinica cirúrgica/ Centro cirúrgico/ Maternidade/ Pronto Socorro adulto: observação adulto	38
	EXTUS	Nível Técnico	796	Clinica Médica e clinica cirúrgica/ Centro cirúrgico/ Maternidade/ Pronto Socorro adulto: observação adulto	60
	NATASHA	Nível Técnico	864	Clinica Médica e clinica cirúrgica/ Centro cirúrgico/ Maternidade/ Pronto Socorro adulto: observação adulta/ Cuidados Intensivos: UTI adulto/ Enfermagem em pediatria: Observação infantil	44
	RENASCER	Nível Técnico	1101	Clinica Médica e clinica cirúrgica/ Centro cirúrgico/Pronto Socorro adulto: observação adulta	116
	ESEB	Nível Técnico	1240	Clinica Médica e clinica cirúrgica/ Centro cirúrgico/Pronto Socorro adulto: observação adulta/ Enfermagem em pediatria: observação infantil/ Administração em enfermagem	126
	UNG (ensino superior)	Nível Graduação	1864	Clinica Médica e clinica cirúrgica/ Pronto Socorro adulto: observação adulta/ Cuidados intensivos: UTI adulto/ Administração em enfermagem	147
	Total de Alunos: 582		8751	8 CAMPOS	582
	HOSPITAL GERAL DE PIRASSUNAMA	Vital Brasil	Nível Técnico	5 escolas, sendo 2 para graduação de enf. e 3 para TE/AE, totalizando 800alunos/ano	
Alvorada		Nível Técnico	Clínico-cirúrgica- 500alunos/ano		
Anhangaba		Nível Graduação	Centro cirúrgico/cme-100 alunos/ano		
UNIFESP		Residência Médica	Campo de Estágio para cirurgia, neuro cirurgia		
Unesp		Nível Graduação	Fundamentos de enfermagem-200 alunos/ano		
HOSPITAL GERAL DE GUARUBENS		Nível Graduação	Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo		
	Total de Alunos: 26		Especialização em Enfermagem na assistência ao adulto em Unidade de Terapia Intensiva - 9 alunos		
			Especialização em Enfermagem Obstétrica- 17 alunos		
HOSPITAL ESTADUAL DE DIADEMA	Escola ESSA	Nível Técnico	Aproximadamente 1360 alunos ao ano, na Clínica Médica, Clínica Cirúrgica 1 e 2, Maternidade e Pronto Atendimento		
	UNIFESP	Residência Médica	Campo de Estágio para cirurgia, neuro cirurgia e clinica médica		
	Escola UNIFESP	Nível Graduação	Aproximadamente 33 alunos ao ano, na Maternidade e Berçário		
	Total de Alunos: 1383				
MICROBORGES AD	Escola:	Nível Graduação	UNIFESP		
	Total de Alunos: 02		2 residentes médicos às terças e quintas feira - UBS id. Japão		
HOSPITAL MUNICIPAL VIEIRA JOSÉ STOROPOLI	Escola:	Nível Graduação	UNINOVE		
	Total de Alunos: 17		Pronto Socorro: 5 alunos		
			Emergência: 5 alunos		
			Pediatria: 07 alunos		
HOSPITAL GERAL DE PIRIBERA	Escola Cruz Vermelha	Nível Técnico	Clínica Médica I, Clínica Cirúrgica II, UTI Adulto 29 alunos		
	São Camilo	Nível Graduação	Residentes: P.S. Infantil, Enf. Pediatria, UTI Neo/Ped, PS GO, PS Clínica Médica 305 alunos		
	UNIFESP		Residente de Enfermagem e Graduação: Centro Obstétrico		
	Total de Alunos: 359	Nível Pós Graduação	P.S. Adulto, Clínica Obstétrica 25 alunos		

figura 1- Relação dos estágios nas instituições afiliadas. São Paulo, 2015.



Equipamento	Nível	Especialidade	Instituição	Ano				
				2018	2019	2020	2021	2022
Hospital Municipal de Barueri Dr. Francisco Moran	Estágio	Técnico de Enfermagem	ETEC	134	132	x	56	33
Hospital Municipal de Barueri Dr. Francisco Moran	Estágio	Técnico de Enfermagem	Instituto Técnico de Barueri - FIB	100	156	x	11	47
Hospital Municipal de Barueri Dr. Francisco Moran	Estágio	Técnico de Enfermagem	Escola Info Jardins	X	06	04	x	x
Hospital Municipal de Barueri Dr. Francisco Moran	Estágio	Técnico de Enfermagem	Escola Foyer	X	120	x	36	x
Hospital Municipal de Barueri Dr. Francisco Moran	Estágio	Técnico de Radiologia	FAM	X	5	X	x	x
Hospital Municipal de Barueri Dr. Francisco Moran	Estágio	Técnico de Radiologia	UNINOVE	X	28	28	14	7
Hospital Municipal de Barueri Dr. Francisco Moran	Estágio	Técnico de Enfermagem	UNINOVE	X	X	X	58	55
Hospital Municipal de Barueri Dr. Francisco Moran	Estágio	MEDICINA	USCS	X	X	X	70	166
Hospital Municipal de Barueri Dr. Francisco Moran	Estágio	MEDICINA	UNINOVE	X	X	X	50	54
Hospital Municipal de Barueri Dr. Francisco Moran	Residente	MEDICINA	SECRETARIA DE SAÚDE	X	X	X	0	8
TOTAL :				294	545	132	324	408

Obs: As escolas sinalizadas com 'X' não fizeram acordo de cooperação para estágio em 2020 devido a Pandemia Covid-19 e orientações do MEC, desta forma preferiram aguardar para o próximo ano letivo 2021.
Obs: Lançamento de 2022 referente aos meses de janeiro à abril.

A entrada dos alunos precisa estar de acordo com as normas da Consolidação das Leis Trabalhistas e demais legislações preconizadas, sobretudo, pelo Ministério da Educação e Cultura, e pelos órgãos de classe, como o Conselho Federal de Medicina, Enfermagem, Nutrição, Fonoaudiologia e Fisioterapia e demais categorias da área da saúde.

Para tal, a instituição abriu mão de documentos que medeiam a entrada dos alunos nos serviços, e regulam a sua permanência. A exemplo há o Acordo de Cooperação, assinado entre a instituição de ensino e o serviço de saúde, (*Anexo 18*), o Termo de Compromisso de Estágio (*Anexo 19*) que define os papéis e as responsabilidades dos alunos e da instituição, também em anexo.

A abertura de campo de estágio para a Enfermagem, por exemplo, exige os seguintes documentos das Instituições de Ensino interessadas:

1. Autorização de funcionamento da escola pela secretaria regional de ensino;
2. Apólice de seguro;
3. Certificado de registro da empresa no Conselho Regional de Enfermagem;
4. Cópia do Conselho Regional de Enfermagem dos professores supervisores de estágio.

3.6.2. PARCERIAS COM INSTITUIÇÕES PARA DESENVOLVIMENTO DE PROJETOS DE PESQUISA NA ÁREA DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E/OU DE SAÚDE PÚBLICA


A SPDM possui uma vasta rede de hospitais e instituições afiliadas, comportando atualmente doze hospitais e duas microrregiões de saúde que somam mais de vinte unidades no âmbito da atenção primária em saúde. Estas instituições possuem Centros de Ensino e Pesquisa, muitas com Comitê de Ética e Pesquisa próprio, como é o caso do Hospital de Transplantes de Jesus Zerbini, Hospital Municipal José de Carvalho Florence, Centro de Atenção Psicossocial Itapeva entre outros **(anexo no caderno de experiências/documentos/certificação de qualidade)**.

O desenvolvimento de projetos de pesquisa é enfaticamente estimulado, sendo que atualmente esta Organização Social de Saúde conta com duas profissionais, com doutorado em Ciências de Saúde, dedicadas a orientar e auxiliar no processo de desenvolvimento dos Projetos de Pesquisa na Instituição.

O perfil direcionado ao desenvolvimento de pesquisas é continuamente alimentado pelos programas de residência, estágios de graduação, pós-graduação e trainees, que somam milhares de alunos que circulam os serviços da SPDM, e favorecem a parceria dos profissionais de saúde com os alunos oriundos das instituições de ensino.

Além disso, a estreita parceria da SPDM com a UNIFESP é considerada um fator de destaque, tendo em vista que as dependências da universidade possuem acesso facilitado aos profissionais da SPDM. Fruto disso pode ser representado pelo significativo montante de alunos de pós-graduação da UNIFESP que são colaboradores da SPDM.

Neste sentido compreende-se que a parceria para a realização de pesquisas entre as unidades, que acontecem de forma facilitada, pois a circulação entre as afiliadas é prevista e incentivada, e o acesso a orientação por professores da UNIFESP, apresentam-se como um importantíssimo ponto positivo da rede SPDM para a realização de projetos de pesquisa na área hospitalar e/ou saúde pública.



No HMB é referência em infraestrutura e implantação de Centro de Pesquisa desde 2020 durante o período da pandemia e com convênios bem estabelecidos como Fiocruz e Ministério de Ciência e Tecnologia.

O desenvolvimento tecnológico e científico está amplamente atrelado a realização de pesquisas clínicas e incentivo acadêmico. As pesquisas desenvolvidas no Hospital de Barueri incluíram parcerias com importantes instituições governamentais e acadêmicas. Cujas finalidades envolvem beneficiar a saúde coletiva e os pacientes que dependem do SUS, mas também colaborar com o avanço científico a nível global.

O Centro de Pesquisa Clínica do Hospital Municipal de Barueri foi inaugurado em 2020 a fim de realizar novas descobertas sobre a COVID-19. Desde então, tem desenvolvido parcerias com instituições renomadas e de alta expertise científica e realiza intensa produção acadêmica. Acompanhando mais de 300 pacientes em estudos clínicos.

Todos os ensaios clínicos, estudos e pesquisas seguem o processo ético-regulatório rigorosamente, em total conformidade com a legislação vigente. Seguindo todos os trâmites de autorização e prestação de contas do fluxo CEP-CONEP-ANVISA e quaisquer outras exigências legais e éticas.

Dentre a produção acadêmica e científica do centro, destacam-se os estudos realizados com a FIOCRUZ e com o Ministério de Ciência e Tecnologia (MCTIC).



Tais pesquisas, geraram publicações em revistas de grande circulação e amplamente conceituadas no âmbito científico, tais como Lancet e Jama.

Em destaque os estudos abaixo, publicados em plataformas indexáveis:

1. Early use of nitazoxanide in mild COVID-19 disease: randomised, placebo-controlled trial.
Rocco PRM, Silva PL, Cruz FF, Melo-Junior MAC, **Tierno PFGMM**, Moura MA, De Oliveira LFG, Lima CC, Dos Santos EA, Junior WF, Fernandes APSM, Franchini KG, Magri E, de Moraes NF, Gonçalves JMJ, Carbonieri MN, Dos Santos IS, Paes NF, Maciel PVM, Rocha RP, de Carvalho AF, Alves PA, Proença-Módica JL, Cordeiro AT, Trivella DBB, Marques RE, Luiz RR, Pelosi P, Lapa E Silva JR; SARITA-2 investigators. Eur Respir J. 2021 Jul 8;58(1):2003725. doi: 10.1183/13993003.03725-2020. Print 2021 Jul. PMID: 33361100. Clinical Trial.
2. Medically ill hospitalized Patients for COVID-19 THrombosis Extended Prophylaxis with rivaroxaban ThErapy: Rationale and Design of the MICHELLE Trial.
Ramacciotti E, Agati LB, Calderaro D, Volpiani GG, de Oliveira CCC, Aguiar VCR, Rodrigues E, Sobreira ML, Joviliano EE, Dusilek C, Itinose K, Deditis RA, Cortina AS, Sanches SMV, de Moraes NF, **Tierno PFGMM**, de Oliveira ALML, Tachibana A, Chate RC, Santos MVB, Cavalcante BBM, Moreira RCR, Chiann C, Tafur A, Spyropoulos AC, Lopes RD. Am Heart J. 2021 Dec;242:115-122. doi: 10.1016/j.ahj.2021.08.016. Epub 2021 Sep 1. PMID: 34480880. Clinical Trial.
3. Rivaroxaban versus no anticoagulation for post-discharge thromboprophylaxis after hospitalisation for COVID-19 (MICHELLE): an open-label, multicentre, randomised, controlled trial.
Ramacciotti E, Barile Agati L, Calderaro D, Aguiar VCR, Spyropoulos AC, de Oliveira CCC, Lins Dos Santos J, Volpiani GG, Sobreira ML, Joviliano EE, Bohatch Júnior MS, da Fonseca BAL, Ribeiro MS, Dusilek C, Itinose K, Sanches SMV, de Almeida Araujo Ramos K, de Moraes NF, **Tierno PFGMM**, de Oliveira ALML, Tachibana A, Chate RC, Santos MVB, de Menezes Cavalcante BB, Moreira RCR, Chang C, Tafur A, Fareed J, Lopes RD; MICHELLE investigators. Lancet. 2022 Jan 1;399(10319):50-59. doi: 10.1016/S0140-6736(21)02392-8. Epub 2021 Dec 15. PMID: 34921756. Clinical Trial.
4. COVID-19 Retinal Findings in Patients Admitted to Intensive Care Units and Wards.
Marinho PM, Marcos AAA, Branco AMC, Romano AC, Sakamoto V, Matuoka ML, Moraes NF, Roque A, **Tierno PFGMM**, Ferreira PRA, Mourad WM, Schor P, Farah M, Rosen RB, Belfort R Jr, Moraes Do Nascimento H. Ocul Immunol Inflamm. 2021 May 19;29(4):705-708. doi: 10.1080/09273948.2021.1912362. Epub 2021 May 12. PMID: 33978538



5. Presumed SARS-CoV-2 Viral Particles in the Human Retina of Patients With COVID-19.
Araujo-Silva CA, Marcos AAA, Marinho PM, Branco AMC, Roque A, Romano AC, Matuoka ML, Farah M, Burnier M, Moraes NF, **Tierno PFGMM**, Schor P, Sakamoto V, Nascimento H, de Sousa W, Belfort R Jr. *JAMA Ophthalmol.* 2021 Sep 1;139(9):1015-1021. doi: 10.1001/jamaophthalmol.2021.2795.PMID: 34323931

6. Nitazoxanide superiority to placebo to treat moderate COVID-19 - A Pilot prove of concept randomized double-blind clinical trial.
 - a. Blum VF, Cimerman S, Hunter JR, **Tierno P**, Lacerda A, Soeiro A, Cardoso F, Bellei NC, Maricato J, Mantovani N, Vassao M, Dias D, Galinskas J, Janini LMR, Santos-Oliveira JR, Da-Cruz AM, Diaz RS. *EclinicalMedicine.* 2021 Jul;37:100981. doi: 10.1016/j.eclinm.2021.100981. Epub 2021 Jun 27.PMID: 34222847



3.6.3. PROJETO EM EDUCAÇÃO PERMANENTE COM VISTA À CAPACITAÇÃO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DA UNIDADE HOSPITALAR, APRESENTANDO PLANO DE IMPLANTAÇÃO

Introdução

A capacitação da equipe interdisciplinar fica a cargo da EPM que se encontra dentro do organograma da instituição na média gerência, sendo uma unidade de apoio assistencial, técnico-científica e administrativa, em que as atividades de desenvolvimento dos recursos humanos vão desde o recrutamento, seleção, capacitação, treinamento da equipe assistencial até a avaliação de desempenho de cada profissional e elaboração do plano de desenvolvimento individual das competências. O capital humano é o que mantém o modelo de gestão da instituição e os que produzem o resultado final.

É responsável pela orientação da equipe, visando sempre à eficácia da terapêutica, racionalização dos custos, voltando-se também para o ensino e a pesquisa, propiciando assim um vasto campo de aprimoramento profissional.

O serviço de EPM é responsável por promover estratégias que visem desenvolver uma equipe de profissionais com pensamento crítico, capacidade de resolução de problemas, habilidade técnica científica e princípios de humanização; orientadas para a melhoria contínua da assistência, através de profissionais com formação legalmente estabelecida por meio das leis do exercício profissional e competências previamente definidas pela instituição com base em seus objetivos, bem como as necessárias para o desenvolvimento das funções.

Esse serviço tem em sua característica a inserção de diversos profissionais com níveis de formação diferentes, que desenvolvem inúmeras atividades, com graus de complexidade distintos, o que exige uma capacitação contínua da equipe na obtenção da excelência na qualidade em todos os seus serviços.



Objetivos

Objetivo Geral

Implantar e garantir o modelo assistencial através da EPM em um centro hospitalar de média e alta complexidade, através da capacitação dos profissionais nas atividades assistências, ensino, pesquisa e gestão, com a perspectiva interdisciplinar, e de acordo com os princípios do SUS e da Política Nacional de Humanização.

Política

Capacitar e treinar os colaboradores que compõem o corpo assistencial, visando garantir a assistência com excelência.

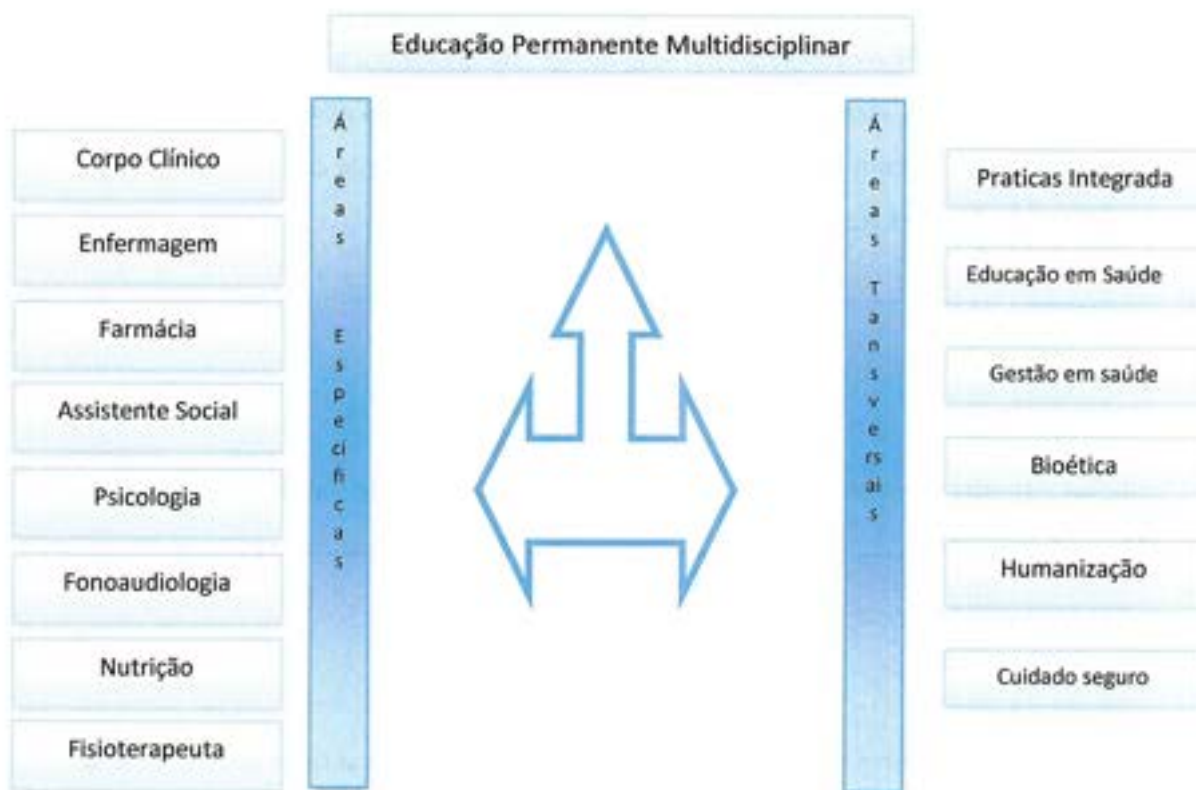
Produto

- Monitorizar os indicadores assistenciais promovendo treinamentos e capacitações visando melhorias contínuas e diminuição dos riscos na Assistência.
- Qualificar os profissionais através da identificação de não conformidades nos processos assistenciais e da qualidade de trabalho, promovendo e desenvolvendo ações coletivas.
- Desenvolver programa anual de educação e capacitação permanente, de desenvolvimento de competência individuais e organizacionais.



Estrutura

Recursos Humanos:



Estrutura Física

Para a realização de todas as atividades de EPM é necessário espaço físico adequado:

- Salas privativas para entrevista com os candidatos.
- Sala para realização de provas.
- Salas para realização de exercícios práticos (laboratório).

No laboratório, a EPM cria condições para o colaborador experimentar, treinar, observar, aplicar e fundamentar os procedimentos que, desenvolverá nas pessoas de que cuidará.

As práticas de laboratório favorecem a aquisição de destreza manual e cognitiva necessária para os profissionais que atuam no cuidado leito a leito.

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização
e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 606

As práticas no laboratório representam, sem dúvida, uma das partes essenciais da aprendizagem para o colaborador.

Assim, a utilização deste laboratório tem como objetivos:

- Capacitar o colaborador no processo de desenvolvimento de capacidade cognitiva, atitudinal e comunicação efetiva, além das técnicas nos cuidados ao paciente;
- Oferecer a possibilidade de rever técnicas e procedimentos, aperfeiçoando-as.
- Adquirir maior habilidade em laboratório antes de executar técnicas junto do paciente na prática clínica.
- Proporcionar um ambiente adequado ao ensino prático a partir do uso de equipamentos que simulem situações reais e reproduzam o ambiente hospitalar.

Para tanto, são necessários materiais específicos como:

- 1- Manequim anatômico adulto e infantil (bissexual) uma Unidade de cada
- 2- Torso para procedimentos invasivos de passagem de acessos centrais
- 3- Braço vascular – 3 unidades
- 4- Torso para treinamento de Parada cardiorrespiratória
- 5- Kits para demonstração e prática dos procedimentos de enfermagem – região pélvica masculina e feminina

Equipamentos e materiais disponibilizados pela Engenharia Clínica para realização dos treinamentos:

- 6- Carro de emergência com desfibrilador – 1 unidade
- 7- Bombas de infusão- 4 unidades
- 8- Monitores e oxímetros de pulso – 2 de cada
- 9- Ventiladores mecânicos
- 10- Esfigmomanômetros adulto, infantil e RN – 2 de cada.
- 11- Estetoscópio – adulto infantil e RN – 2 de cada
- 12- Cuffômetros- 2 unidades



3.6.4. PROJETO DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM CLÍNICA MÉDICA E PEDIATRIA, CONFORME LEI MUNICIPAL Nº 2.897, DE 16 DE FEVEREIRO DE 2022.

De acordo com a Lei Federal nº. 6.932/1981 de 7 de julho de 1981 e a Lei Municipal nº. 2897 de 16 de fevereiro de 2022, apresentamos a seguir os Projetos de Programa de Residência Médica em Clínica Médica e Pediatria a serem implantados e/ou mantidos no Hospital Municipal de Barueri.

Programa de Clínica Médica

Objetivos do Programa

O objetivo da Residência em Clínica Médica é a formação completa de um clínico geral, por meio de treinamento nos três níveis de atenção à saúde (primário, secundário e terciário). O programa integrará assistência, ensino e pesquisa e irá fornecer treinamento em diferentes cenários, tais como, ambulatórios, enfermarias, unidades de emergência e de terapia intensiva, através da assistência direta ao paciente, sob supervisão de preceptores e médicos assistentes.

Objetivos Intermediários:

- Aprimorar competências cognitivas e éticas, relacionadas ao cuidado de pacientes adultos;
- Habilitar o uso das técnicas terapêuticas medicamentosas e não medicamentosas, com análise crítica destas;
- Aprimorar habilidades para realização de procedimentos invasivos da competência do clínico geral;
- Organização e apresentação de casos e temas em apresentações e reuniões clínicas.



Corpo Docente

Nome	Qualificação Média	Tipo Docente	Tempo de Dedicção	Carga Horária	Tempo de Experiência
ADRIAN FREDERICO VILLELA DE VARELA	Especialista	Preceptor	Tempo Parcial	20h	10 anos
AGOSTINHO FILGUEIRA NETO	Mestrado	Preceptor	Tempo Parcial	30h	12 anos
ALEXANDRE ROQUE	Mestrado	Preceptor	Tempo Integral	36h	23 anos
ANDREA HIGA	Mestrado	Preceptor	Tempo Parcial	20h	15 anos
CARLOS HENRIQUE ESTEVES	Especialista	Preceptor	Tempo Parcial	20h	30 anos
DANIELLA BRANCO NOLASCO	Especialista	Coordenador	Tempo Integral	40h	20 anos
Edgar Mauricio Briceño Aquisé	Especialista	Preceptor	Tempo Integral	12h	25 anos
EDIVANA DONADELLI MIRANDA	Especialista	Preceptor	Tempo Parcial	12h	7 anos

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 609

ELISA MARIA ARANZANA	Especialista	Preceptor	Tempo Integral	44h	15 anos
FABIO BERNARDINO PENNA	Especialista	Coordenador	Tempo Parcial	12h	15 anos
FABIO CATTUCCI CARONE	Especialista	Supervisor	Tempo Integral	44h	15 anos
GIULIANO GAGLIOTTI	Mestrado	Coordenador	Tempo Integral	40h	20 anos
GUSTAVO SILVEIRA GRAUDENZ	Doutorado	Preceptor	Tempo Parcial	12h	25 anos
HOMERO TOSCANO	Especialista	Preceptor	Tempo Parcial	24h	25 anos
JORGE RABELO	Especialista	Preceptor	Tempo Parcial	24h	25 anos
LUCAS MEGA	Especialista	Preceptor	Tempo Integral	44h	10 anos
MARIANA MONTEIRO VALINI	Especialista	Preceptor	Tempo Integral	40h	8 anos

NARA FRANZIN DE MORAES	Especialista	Coordenador	Tempo Integral	44h	15 anos
PAUL HENRI CLESCA TRONCONIS	Doutorado	Preceptor	Tempo Parcial	20h	12 anos
PAULO FERNANDO GUIMARAES MORANDO MARZOCCHI TIERNO	Especialista	Coordenador	Tempo Integral	44h	15 anos
RADAMES SOUSA	Especialista	Preceptor	Tempo Parcial	12h	20 anos
SARAH FONSECA	Especialista	Preceptor	Tempo Parcial	12h	4 anos
VANIA ARANHA ZITO	Especialista	Preceptor	Tempo Integral	40h	35 anos

Atividades – Práticas

R1 Tipo Atividade	Estágios	Descrição Atividade	Dedicação Semanal	Duração de Semanas	Tot. Horas
Ambulatório	Estágio em Ambulatório	ambulatório geral	48	6	288
Unidades Básicas de Saúde	Estágio em Ambulatório de Clínica Geral em Unidade Básica de Saúde	unidade básica de saúde	48	6	288
Enfermaria	Estágio em Unidade de Internação	unidade de internação em enfermaria de Clínica Médica Geral	60	12	720
Unidade de Internação	Estágio em Unidade de Internação em Enfermaria de Especialidades	unidade de internação em enfermaria de especialidades: cardiologia, nefrologia, pneumologia e gastroenterologia	48	12	576
Unidade de Terapia Intensiva (U.T.I)	Estágio em Unidade de Terapia Intensiva	unidade de terapia intensiva	60	3	180




Pronto Socorro	Estágio em Urgência e Emergência	urgência e emergência	60	9	540
----------------	----------------------------------	-----------------------	----	---	-----

R2 Tipo Atividade	Estágios	Descrição Atividade	Dedicação Semanal	Duração de Semanas	Tot. Horas
Ambulatório	Estágio em Ambulatório	Estágio em Ambulatório Geral	48	9	432
Unidades Básicas de Saúde	Estágio em Ambulatório de Clínica Geral em Unidade Básica de Saúde	Unidade Básica de Saúde	48	9	432
Ambulatório	Estágio em Ambulatório de Clínicas Especializadas	Ambulatório de clínicas especializadas: pneumologia, nefrologia, cardiologia, infectologia, hematologia e gastroenterologia	48	6	288
Unidade de Internação	Estágio em Unidade de Internação	unidade de internação em enfermaria de Clínica Médica Geral	60	12	720
Unidade de Terapia	Estágio em Unidade de Terapia Intensiva	unidade de terapia intensiva	60	3	180

Intensiva (U.T.I)					
Pronto Socorro	Estágio em Urgência e emergência Emergência		60	9	540

Atividades - Teóricas

R1					
Tipo	Atividade	Descrição	Dedicação	Duração de	Tot.
Atividade			Semanal	Semanas	Horas
Aula	Atividades teóricas	aulas sobre diversos temas referentes a Clinica Medica	6	48	288

R2					
Tipo	Atividade	Descrição	Dedicação	Duração de	Tot.
Atividade			Semanal	Semanas	Horas
Aula	Atividades Teóricas	aulas sobre diversos temas referentes a Clinica Medica	4	48	192
Curso	Cursos	Cursos : Epidemiologia Clínica, Biologia Molecular Aplicada, Organização de Serviços de Saúde	2	48	96

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização
e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 614




Metodologia de Ensino e Avaliações

O programa é organizado com 90% de sua carga horária na forma de treinamento supervisionado em serviço, e 10% para atividades teóricas. Trata-se, portanto, de aprendizado essencialmente prático a partir dos pacientes assistidos nos diferentes estágios.

As atividades teóricas consistem em sessões para discussões de casos, aulas, discussões de artigos científicos, seminários, cursos e palestras. Durante todo o PRM o residente será incentivado a adotar postura ativa no processo de ensino e aprendizagem.

Avaliação do rodízio realizada pelo residente (serão avaliados itens do estágio em sua conclusão, como: relevância, conhecimentos adquiridos, preceptoria) - avaliação anual da residência, realizada pelo residente (serão avaliados itens como: relevância, conhecimentos adquiridos, preceptoria).

Os resultados são avaliados e mudanças e aperfeiçoamentos são propostos a partir destes resultados.

A avaliação dos Médicos Residentes será coordenada pelo supervisor do PRM, junto com os outros preceptores envolvidos no treinamento do médico residente. A avaliação ocorrerá ao final de cada rodízio. Esta avaliação periódica será baseada em um protocolo institucional de avaliação. A avaliação deverá levar em consideração os conhecimentos teóricos e práticos adquiridos no período, bem como questões éticas, de compromisso e relacionamento com o paciente e equipe de saúde. Além disso, será aplicada uma prova teórica semestral. Será realizada uma média das notas das avaliações a cada ano. Será exigida média anual mínima de 6,0 para a progressão do médico residente ao ano subsequente. Caso ele não atinja média a anual exigida, seu desligamento será analisado pela COREME. Os Residentes deverão tomar conhecimento dos resultados de cada avaliação.

Programa de Pediatria

Objetivos do Programa

O programa tem como objetivo formar um médico pediatra com capacidade de:

- prestar assistência integral ao ser humano em crescimento e desenvolvimento;



- atuar no contexto de um ambiente em constantes transformações sociais, culturais e científicas, com capacidade de realizar a busca ativa de novos conhecimentos;
- participar dos processos educativos dos pacientes e de seus familiares em relação às questões de saúde mais prevalentes;
- atuar em equipe interdisciplinar.

Objetivos intermediários:

- Formar um pediatra capaz de:
- Integrar os conhecimentos necessários para compor, com os dados obtidos pela anamnese, exame físico, exames subsidiários e condições de vida do paciente, um raciocínio clínico e uma programação terapêutica e de orientação, com base na melhor evidência disponível, para as doenças mais prevalentes no recém-nascido, na criança e no adolescente.
- Desenvolver a capacidade de manter-se atualizado, buscando material adequado para reciclagem constante.
- Ler criticamente um artigo científico.
- Liderar a equipe de saúde no atendimento da criança e do adolescente.
- Integrar os conhecimentos para compreender os determinantes sociais da violência contra crianças e adolescentes.
- Promover a integração dos conhecimentos para compreender os determinantes sociais do uso de drogas na adolescência.
- Identificar e avaliar os principais temas de saúde da criança e do adolescente na comunidade em que vive.




Corpo Docente

Nome	Qualificação Média	Tipo Docente	Tempo de Dedicção	Carga Horária	Tempo de Experiência
BRUNO SHOITI MAEHARA	Especialista	Preceptor	Tempo Parcial	24h	10 anos
CARLO FELÍCIO CAMPAGNOLI NAPOLITANO	Especialista	Preceptor	Tempo Parcial	24h	10 anos
CRISTIANE HAGA	Especialista	Preceptor	Tempo Parcial	24h	8 anos
DEBORA JUKEMURA	Especialista	Preceptor	Tempo Parcial	12h	8 anos
FERNANDA HALLAGE COLTRI	Especialista	Preceptor	Tempo Parcial	24h	3 anos
HENRIQUE DE SIMONE MOLINA JUNIOR	Especialista	Preceptor	Tempo Parcial	12h	4 anos
JULIANA POLICASTRO GRASSANO BORGES	Especialista	Supervisor	Tempo Parcial	24h	12 anos
JUSSARA PAULA DE OLIVEIRA	Especialista	Preceptor	Tempo Parcial	12h	12 anos



KETTY LAMENZA MACIEL	Especialista	Coordenador	Tempo Integral	40h	30 anos
MARIA EDUARDA CALDAS RABHA TOSTO	Especialista	Preceptor	Tempo Parcial	12h	3 anos
MARIANA PATRÍCIA DIAS DE CAMPOS CARVALHO	Especialista	Preceptor	Tempo Parcial	24h	4 anos
MICHELE REBEQUI DE SOUZA	Especialista	Preceptor	Tempo Parcial	12h	7 anos
NATHALIE BIANCHINNI VIEIRA MOURA	Especialista	Preceptor	Tempo Parcial	24h	3 anos
NORMA CRISTINA PANIZZA	Mestrado	Preceptor	Tempo Parcial	36h	20 anos
SONIA CHAN	Especialista	Preceptor	Tempo Parcial	24h	30 anos
SOPHIA BLANCO GAIARIM	Especialista	Preceptor	Tempo Parcial	24h	7 anos
YASMIN JÁCOMO EVANGELISTA BALESTRA	Especialista	Preceptor	Tempo Parcial	24h	5 anos

Atividades – Práticas

R1 Tipo Atividade	Estágios	Duração de Semanas	Total Horas
Ambulatório	Ambulatório	24	1152
Treinamento em Serviço	Neonatologia	9	432
Unidade de Internação	Unidade de internação geral	12	576
Urgência e Emergência	Urgência e emergência	9	432

R2 Tipo Atividade	Estágios	Descrição Atividade	Dedicação Semanal	Duração de Semanas	Total Horas
Ambulatório	Ambulatório	Ambulatório de crescimento e desenvolvimento (puericultura), de pediatria geral e de especialidades	48	12	576
Treinamento em Serviço	Neonatologia	Sala de parto, berçário de cuidados intermediários e berçário de recém-nascidos de risco	48	12	576

Unidade de Internação	Unidade de internação	Enfermaria geral	48	12	576
Unidade de Terapia Intensiva (U.T.I)	Unidade de terapia intensiva	Cuidados intensivos (unidade de terapia intensiva) pediátricos e ou neonatal	60	6	360
Urgência e Emergência	Urgência e emergência	Treinamento em urgência e emergência em pediatria	56	9	504

R3					
Tipo Atividade	Estágios	Descrição Atividade	Dedicação Semanal	Duração de Semanas	Tot. Horas
Ambulatório	Ambulatório	Ambulatório de crescimento e desenvolvimento (puericultura), de pediatria geral e de especialidades	48	15	720
Treinamento em Serviço	Treinamento clínico em pré e pós-operatório	Treinamento clínico em pré e pós-operatório de cirurgias da criança e do adolescente	48	6	288
Imagenologia	Treinamento clínico em unidade de radiologia	Treinamento clínico em unidade de radiologia e diagnóstico por imagem com vistas a melhor compreensão na visualização de ecografias, tomografias, ressonância magnética e outros	48	3	144

	diagnóstico por imagem	procedimentos da área realizados em crianças e adolescentes			
Treinamento em Serviço	Treinamento no atendimento à criança vitimizada	Treinamento no atendimento à criança vitimizada	48	6	288
Unidade de Internação	Unidade de internação geral	enfermaria geral	48	12	576
Urgência e Emergência	Urgência e emergência	Treinamento em urgência e emergência em pediatria	48	12	576

Atividades – Teóricas

R1	Atividade	Descrição	Dedicação Semanal	Duração de Semanas	Tot. Horas
Aula	Programa Teórico em Pediatria	Atenção peri-natal (binômio mãe-feto e reanimação neonatal), -treinamento em aleitamento materno, - controle de infecção hospitalar, - controle de doenças imunopreveníveis, - prevenção de acidentes na infância e na adolescência, - crescimento e desenvolvimento e atenção a saúde do adolescente, - discussões de	6	48	288

		casos clínicos - temas gerais sobre Pediatria			
--	--	--	--	--	--

R2 Tipo Atividade	Atividade	Descrição	Dedicação Semanal	Duração de Semanas	Tot. Horas
Aula	Programa Teórico em Pediatria	Atenção peri-natal (binômio mãe-feto e reanimação neonatal), -treinamento em aleitamento materno, - controle de infecção hospitalar, - controle de doenças imunopreveníveis, - prevenção de acidentes na infância e na adolescência, - crescimento e desenvolvimento e atenção à saúde do adolescente, - discussões de casos clínicos - temas gerais sobre Pediatria	6	48	288

R3 Tipo Atividade	Atividade	Descrição	Dedicação Semanal	Duração de Semanas	Tot. Horas





Aula	Programa Teórico em Pediatria	Atenção peri-natal (binômio mãe-feto e reanimação neonatal), -treinamento em aleitamento materno, - controle de infecção hospitalar, - controle de doenças imunopreveníveis, - prevenção de acidentes na infância e na adolescência, - crescimento e desenvolvimento e atenção a saúde do adolescente, - discussões de casos clínicos - temas gerais sobre Pediatria	6	48	288
------	-------------------------------	--	---	----	-----

Metodologia de Ensino e Avaliações

- O programa é organizado com 90% de sua carga horária na forma de treinamento supervisionado em serviço, e 10% para atividades teóricas. Trata-se, portanto, de aprendizado essencialmente prático a partir dos pacientes assistidos nos diferentes estágios.
- As atividades teóricas consistem em sessões para discussões de casos, aulas, discussões de artigos científicos, seminários, cursos e palestras. Durante todo o PRM o residente será incentivado a adotar postura ativa no processo de ensino e aprendizagem.
- Avaliação do rodízio realizada pelo residente (serão avaliados itens do estágio em sua conclusão, como: relevância, conhecimentos adquiridos, preceptoria) - avaliação anual da residência, realizada pelo residente (serão avaliados itens como: relevância, conhecimentos adquiridos, preceptoria)
- Os resultados são avaliados e mudanças e aperfeiçoamentos são propostos a partir destes resultados



- A avaliação dos Médicos Residentes será coordenada pelo supervisor do PRM, junto com os outros preceptores envolvidos no treinamento do médico residente. A avaliação ocorrerá ao final de cada rodízio. Esta avaliação periódica será baseada em um protocolo institucional de avaliação. A avaliação deverá levar em consideração os conhecimentos teóricos e práticos adquiridos no período, bem como questões éticas, de compromisso e relacionamento com o paciente e equipe de saúde. Além disso, será aplicada uma prova teórica semestral. Será realizada uma média das notas das avaliações a cada ano. Será exigida média anual mínima de 6,0 para a progressão do médico residente ao ano subsequente. Caso ele não atinja média a anual exigida, seu desligamento será analisado pela COREME. Os Residentes deverão tomar conhecimento dos resultados de cada avaliação.





ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O
DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA
"Collegium Medicorum et Medicorum"

3.7. POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS

3.7.1. ORGANIZAÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS E IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA DE GESTÃO DE PESSOAS

Estruturação e Planejamento da Gestão de Pessoas

O modelo de gestão adotado está alicerçado de acordo com os valores da SPDM Afiliadas, e traduz a forma como realiza a gestão e desenvolve seu capital humano, na busca por um sistema de Gestão de Pessoas que valorize o potencial humano e proporcione um ambiente de trabalho favorável à motivação das pessoas, incentivando a contribuição de toda força de trabalho para melhoria contínua do desempenho de suas funções na instituição e o comprometimento de todos, com a qualidade nos resultados e na satisfação de todos os usuários, internos e externos.

As novas tecnologias e ferramentas de gestão disponíveis tem alterado a forma de organização das empresas e instituições de saúde. Os processos de trabalho sofreram profundas alterações, no sentido de educar e treinar as pessoas. É dessa maneira que a SPDM Afiliadas entende as necessárias transformações na área da saúde, inovações tecnológicas com desenvolvimento dos processos de trabalho, das pessoas e aprendizado contínuo.

A Unidade de Gestão de Pessoas tem a responsabilidade de cumprir e fazer cumprir as políticas de gestão da SPDM, estar alinhada com as definições da Secretaria Municipal de Saúde de Barueri e às regulamentações dos serviços de saúde, bem como, desenhar novos processos e canais de comunicação apropriados.

Um dos fatores de sucesso para implantar um modelo de gestão de saúde de alta qualidade, é construir um time capacitado e motivado.

A construção deste time perdura, na gestão do contrato, nas políticas, cultura, valores e sistema de trabalho, acolhendo e integrando todos os profissionais, em torno de um objetivo comum.

A Unidade de Gestão de Pessoas disponibilizará uma equipe de profissionais habilitados a construir um ambiente de transição humanizado, alinhado as diretrizes da Secretaria Municipal da Saúde, trabalhando fortemente com a comunicação interna, tanto ativa como receptiva, a fim de disseminar o novo modelo de gestão e mitigar ruídos no processo de transição.

Com o objetivo de acolher, integrar e desenvolver todos os colaboradores da Instituição, a SPDM Afiliadas propõe a estruturação de um modelo de gestão de pessoas baseado nas seguintes diretrizes gerais:



- Primar pela qualidade, segurança e fidedignidade dos processos, bem como, cumprir e fazer cumprir as legislações vigentes, como por exemplo: as Consolidações das Leis Trabalhistas (CLT), leis federais, estaduais e municipais, assim como, normas regulamentadoras, convenções e acordos coletivos de trabalho, dentre outras.
- Construir um time capacitado e motivado, zelando para reter o conhecimento na Instituição e promover a melhoria contínua dos processos.
- Incentivar e apoiar a alta direção e gestores para que o colaborador possa desempenhar com adequada performance suas atividades, zelando por um ambiente, mental e fisicamente, seguro e saudável, promover ações para o acolhimento e estimular em conjunto com as lideranças o desenvolvimento profissional e social dos colaboradores, sempre que possível, incluindo também servidores públicos cedidos e terceiros.
- Promover e garantir o tratamento indistinto e cordial às pessoas.
- Agir sempre de forma ética, respeitando o direito e a individualidade de todos dentro e fora da Instituição.
- Realizar processos seletivos de forma transparente e impessoal, permitindo que todos os candidatos participem em condições de equidade e igualdade na busca pela pluralidade de talentos.
- Proporcionar um ambiente acolhedor, seguro e inclusivo onde o profissional sinta-se fisicamente e mentalmente seguro e saudável.
- Monitorar o clima na instituição.
- Estimular as lideranças a promoverem o desenvolvimento do seu capital humano e a retenção do conhecimento em suas unidades e, conseqüentemente, na instituição.
- Estabelecer diretrizes da gestão dos cargos e salários.



Ética e Integridade

A Unidade de Gestão de Pessoas tem o papel de disseminar as normas institucionais e código de conduta e ética para todos os colaboradores, através de documentos oficiais e institucionais que formalizam a conduta esperada por seus colaboradores.

- **Manual de Conformidade Administrativa, Políticas e Princípios de Integridade:** Este manual, desenvolvido pela SPDM, tem como objetivo levar ao conhecimento aos colaboradores, terceiros e prestadores de serviços da SPDM, a política e os princípios de integridade, visando o cumprimento e preenchimento integral dos requisitos gerais da Lei Federal nº 12.846, que dispõe sobre a responsabilização administrativa e civil de pessoas jurídicas pela prática de atos contra a administração pública, nacional ou estrangeira, regulamentada pelo Decreto Federal nº 8.420, orientando as ações dos colaboradores no âmbito interno da instituição, explicitando a postura a ser adotada por tais colaboradores em relação às atividades desenvolvidas.

O manual deve ser distribuído à 100% dos colaboradores, no momento de sua admissão, acompanhado de orientações sobre o conteúdo do manual, por meio de um treinamento institucional padronizado e a aplicação da avaliação de aprendizagem.

Sempre que houver nova versão divulgada, é papel da Diretoria Local e Unidade de Gestão de Pessoas atualizar as informações junto aos colaboradores da instituição.

- **Manual do Colaborador:** Este manual, desenvolvido por áreas estratégicas da instituição, proporciona diretrizes importantes para o processo de integração dos novos colaboradores, em temas relacionados a Administração de Pessoal, Segurança e Medicina do Trabalho, Gestão Ambiental, onde estão dispostas as normas administrativas a serem seguidas pelos colaboradores.

O manual deve ser distribuído à 100% dos colaboradores, no momento de sua admissão, de forma a complementar as informações fornecidas na Integração Institucional.

Sempre que houver nova versão divulgada, é papel da Unidade de Gestão de Pessoas atualizar as informações junto aos colaboradores da instituição.

- **Cartilha da Lei Geral de Proteção de Dados:** Esta cartilha tem por objetivo, orientar os colaboradores sobre a Lei Geral de Proteção de Dados, qual sua importância e como ela deve ser cumprida nos processos da SPDM Instituições Afiliadas.

A cartilha deve ser distribuída à 100% dos colaboradores, no momento de sua admissão, de forma a complementar as informações fornecidas em treinamento institucional padronizado, e a aplicação da avaliação de aprendizagem.

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização
e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 628

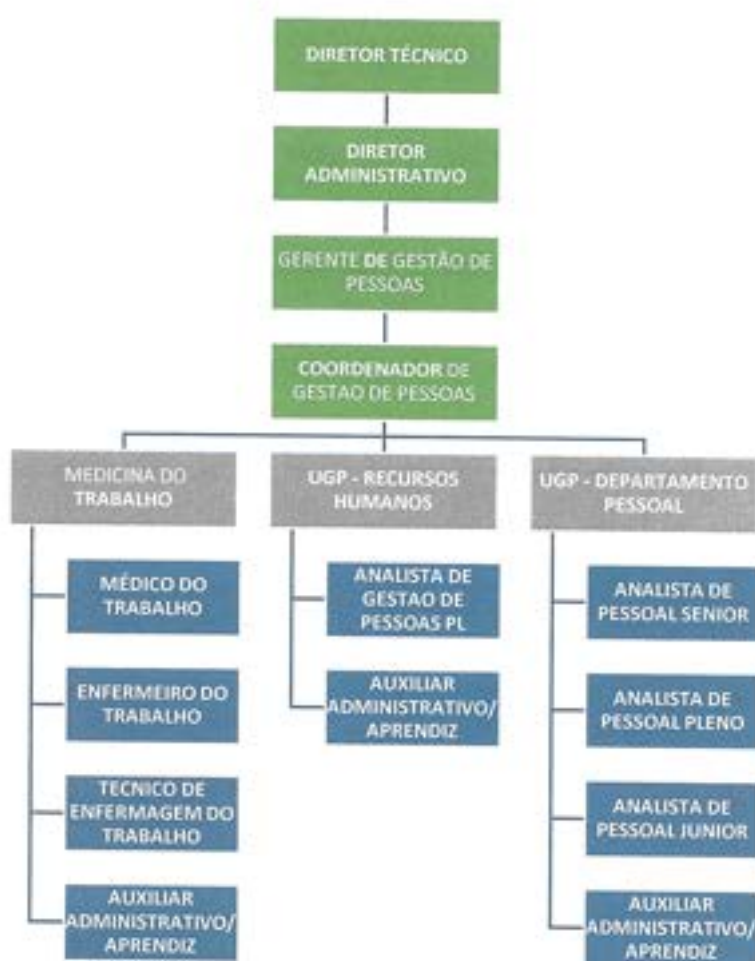


Sempre que houver nova versão divulgada, é papel da Diretoria Local e Unidade de Gestão de Pessoas atualizar as informações junto aos colaboradores da instituição.

- **Capacitação Lei Anticorrupção nº 12.845/2013:** Como parte do Programa de Integridade da SPDM Instituições Afiliadas, a Unidade de Gestão de Pessoas deve organizar, junto à Diretoria Local, o processo de capacitação e avaliação de 100% dos colaboradores sobre a Lei Anticorrupção nº 12.846/2013, seguindo as diretrizes institucionais.

É responsabilidade da Unidade de Gestão de Pessoas o monitoramento dos colaboradores capacitados pela referida Lei.

Organograma da Unidade de Gestão de Pessoas



3.7.2. PROPOSTA PARA ESTABELECIMENTO DE NORMAS PARA SELEÇÃO SIMPLIFICADA DE PESSOAL, MODELO DE CONTRATO DE TRABALHO, AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO, SUGESTÃO DE CONDUTAS PARA COMBATER O ABSENTEÍSMO E ESTIMULAR PRODUÇÃO, PLANO DE CARREIRA.

A Unidade de Gestão de Pessoas fornece diretrizes específicas para condução de todos os processos e rotinas dentro do modelo de gestão padronizado adotado pela SPDM Instituições Afiliadas, baseado nas seguintes diretrizes específicas.

Recrutamento e Seleção

A diretriz de Recrutamento e Seleção visa atrair e selecionar profissionais com conhecimentos, habilidades, atitudes e valores alinhados ao Planejamento Estratégico Institucional e relacionadas com as atividades a serem realizadas.

O processo seletivo deve ser realizado de forma transparente e impessoal, permitindo que todos os candidatos participem em condições de equidade e igualdade na busca pela pluralidade de talentos.

O processo de seleção é constituído por etapas de avaliação técnica e/ou conhecimentos gerais, avaliação comportamental, avaliação psicológica (testes), entrevista técnica e avaliação física do candidato.

A Unidade de Gestão de Pessoas é responsável por estabelecer ampla divulgação das vagas por meio de canais de busca de candidatos que respeitem os princípios de eficiência, eficácia e efetividade.

As posições abertas, sempre que possível, devem ser trabalhadas, internamente através do Processo de Seleção Interno – PSI, desta forma, visamos garantir a oportunidade de crescimento interno.

A contratação de parentes de colaboradores só será permitida desde que não haja conflito de interesse e subordinação direta. O mesmo deverá ser aprovado em todas as etapas do processo de Recrutamento e Seleção.

Do Conflito de Interesses e Impedimentos: Nenhuma filial poderá admitir profissionais que possuam vínculo e/ou participação em empresas terceiras prestadoras de serviços no âmbito da SPDM, ante a existência de conflito de interesse ou por intermédio de cônjuge ou familiares com fornecedores e prestadores de serviços, se o cargo que o colaborador ocupar, lhe conferir o poder de influenciar na contratação, transação ou permitir acesso a informações privilegiadas.

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização
e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 630



Admissão e Contrato de Trabalho

Este procedimento aplica-se, sobretudo, ao Departamento de Gestão de Pessoas. Inicialmente, se faz necessária uma definição do que é o processo de admissão: Este é o processo que dá início ao contrato de trabalho, observado o disposto no artigo 444 da CLT, que prevê a livre estipulação entre as partes, desde que respeitados a legislação trabalhista, os contratos coletivos e as decisões administrativas das autoridades competentes.

Na admissão se dá a oficialização da relação de emprego, razão pela qual é indispensável que cada documento seja lido pelo colaborador antes da assinatura (anexo 19).

Contratação de pessoas com deficiência

A SPDM Instituições Afiliadas promove ações de cultura e empatia, respeito e conhecimento sobre as necessidades das pessoas com deficiência, sensibilizando seus gestores antes de qualquer contratação, cujo objetivo é, não somente contratar pessoas com deficiência, mas também avaliar e adequar, de acordo com cada caso, a infraestrutura necessária para atender os colaboradores e, principalmente, facilitar a inclusão destes profissionais na instituição.

A Unidade de Gestão de Pessoas é responsável por recrutar e selecionar Pessoas com Deficiência (PCD), e juntamente com a Direção, deve promover, permanentemente, eventos para disseminar a cultura de diversidade e inclusão, incluindo gestores e colaboradores de todas os setores da filial.

As equipes do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho – SESMT e da Unidade de Gestão de Pessoas deverão acompanhar e monitorar a adaptação do colaborador no setor.

Contratação de Aprendiz

A Lei nº 10.097/2000, ampliada pelo Decreto Federal nº 5.598/2005, determina que todas as empresas de médio e grande porte contratem um número de aprendizes equivalente a um mínimo de 5% e um máximo de 15% do seu quadro de colaboradores, cujas funções demandem formação profissional.



Os processos seletivos de aprendizagem seguirão os mesmos critérios de seleção das demais funções.

A SPDM Instituições Afiliadas contrata aprendizes menores de idade somente a partir dos 16 (dezesseis) anos, para que haja maior aproveitamento do profissional ao término do contrato de aprendizagem. É vedada a contratação de menores aprendizes em áreas insalubres.

Entrevista de desligamento

É diretriz da Instituição que todo colaborador que pedir demissão ou for desligado, independentemente do motivo, realizar o processo de entrevista de desligamento.

A entrevista de desligamento faz parte do processo de avaliação de clima organizacional e deve ser apresentado regularmente pela Unidade de Gestão de Pessoas para Direção da Instituição, com o intuito de elaborar ações dos possíveis pontos de melhorias a serem desenvolvidos na instituição.

Promoção Direta

Para direcionar a promoção de colaboradores, a Unidade de Gestão de Pessoas e o Gestor responsável devem analisar alguns pontos específicos, como:

- Requisitos e Qualificações, ou seja, se o colaborador possui os requisitos mínimos para a função (escolaridade; curso técnico; certificações; conselho de classe, quando necessário);
- Avaliação de Desempenho e Competência, é uma ferramenta essencial para olharmos para o nosso colaborador de forma mais estratégica. Através dela podemos medir questões como alinhamento à cultura, cumprimento de metas e atingimento de resultados.

Processo de Seleção Interno – PSI

A SPDM Instituições Afiliadas prioriza a seleção interna de profissionais, através da divulgação das oportunidades de crescimento profissional, para tal não será exigido do candidato interno o tempo de experiência.

O Processo de Seleção Interna é exclusivo da Unidade de Gestão de Pessoas, sendo vedada a realização de processos sem a participação da UGP ou autorização da Diretoria da Unidade Afiliada.



- Um dos pré-requisitos para participar do Processo de Seleção Interna é ser colaborador da SPDM Instituições Afiliadas com no mínimo 06 (seis) meses de trabalho, atuando na mesma função no momento da inscrição e não ter sofrido penalidades administrativas no último ano, como: não ter advertências escritas, suspensão no último ano, atrasos e faltas injustificadas.
- A Unidade de Gestão de Pessoas deverá verificar as informações do colaborador participante no PSI, relacionadas a: saldo de banco de horas, férias, PROBOLES – Programa de Bolsa de Estudos, CIPA – Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e solicitar a última Avaliação de Desempenho por Competências.
- Os candidatos que se inscreverem no Processo de Seleção Interna passarão pelas mesmas etapas do processo de seleção externa, devendo apresentar as características exigidas para o desempenho da função.
- Os candidatos reprovados no PSI não poderão se candidatar para novos processos por um período mínimo de 06 (seis) meses.
- A Unidade de Gestão de Pessoas deverá verificar se existem candidatos em standby com menos de 06 (seis) meses em PSI anterior para mesma vaga, ofertando a proposta atual antes de abertura do novo processo.
- Nos Processos de Seleção Interna entre as filiais da SPDM Instituições Afiliadas, preferencialmente, o profissional selecionado deverá ser desligado da sua filial de origem, ou em caso de transferência, seguir a Política Institucional de Transferência de Colaboradores.
- É vedado aos gestores, impedir e ou punir qualquer colaborador que queira participar do Processo de Seleção Interna.

Cargos e Salários

A Unidade de Gestão de Pessoas é responsável por orientar a execução da Política de Cargos e Salários de forma efetiva e eficaz, para prática de gestão de pessoas da SPDM Instituições Afiliadas, baseando-se em critérios objetivos de aptidão e desempenho, que contribuirão para a retenção de talentos e para o alcance da excelência técnico-operacional. Com isso se pretende:

- Contribuir para transparência no processo de Gestão de Pessoas;
- Contribuir para atração, retenção e motivação das pessoas, gerindo os salários de forma competitiva com o mercado e equitativa com o público interno, sem distinção de sexo, etnia, nacionalidade ou idade;



- Estabelecer critérios objetivos que possibilitem a gestão dos cargos e salários do quadro de colaboradores da instituição de forma lógica e impessoal;
- Propiciar uma perspectiva de crescimento na carreira;
- Possibilitar a manutenção e incremento das Competências Institucionais;
- Valorizar o comprometimento e desempenho dos colaboradores.

A Unidade de Gestão de Pessoas, também, é responsável pelo controle de todas as Movimentações de Pessoal, como por exemplo: Substituição, Aumento de Quadro, Alteração Cadastral, Promoção, dentre outras.

Movimentação de pessoal – MP

A Movimentação de Pessoal – MP é o instrumento oficial de contratação, alteração ou movimentação do colaborador dentro da estrutura organizacional.

Dentre os tipos de MP's, temos:

- Alteração Cadastral;
- Alteração Cadastral de Horário;
- Aumento de Quadro;
- Enquadramento Salarial;
- Exclusão de Vaga;
- Implantação de Nova Filial;
- Promoção;
- Substituição;
- Transferência.

Premissa da movimentação de pessoal – MP

O preenchimento da Movimentação de Pessoal – MP deve ser feito de forma eletrônica.

O solicitante deve obrigatoriamente estar registrado na filial onde está sendo emitida a Movimentação de Pessoal – MP.

O solicitante deverá obrigatoriamente justificar de forma clara e detalhada a solicitação proposta na Movimentação de Pessoal - MP.

Os anexos necessários de acordo com o tipo de MP constam no Manual de Movimentação de Pessoal – MP.

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização
e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 634



As aprovações devem seguir o fluxo pré-definido conforme tipo de movimentação, conforme Manual de Movimentação de Pessoal.

As Movimentações de Pessoal encaminhadas para validação da Superintendência da SPDM Instituições Afiliadas passam a ter validade a partir da data de sua aprovação, sendo vedado qualquer tipo de alteração ou pagamento retroativo a sua aprovação.

Todo e qualquer tipo de Movimentações de Pessoal – MP, somente deverá ser comunicado ao colaborador após aprovação final do processo.

Após finalização da Movimentação de Pessoal – MP, os ajustes necessários no Quadro de Lotação são processados e evidenciados no histórico de “Complementos” do formulário.

Salários

É o valor destinado a recompensar, de forma justa, o colaborador pelo exercício das atribuições previstas para a sua função e é definido de acordo com a posição que a função ocupa na tabela salarial, sem as incidências ou reflexos de quaisquer outros adicionais que o colaborador possa receber.

Para que a instituição possa desenvolver e consolidar uma equipe de profissionais, mantendo-os preparados e motivados, é necessário um plano de cargos e salários adequado à realidade da instituição, da sociedade e do mercado de trabalho onde ela está situada.

Premissas para definição de salários

A política salarial adotada pela SPDM Instituições Afiliadas está fundamentada em três diretrizes principais que visam assegurar um tratamento salarial equânime e competitivo.

São elas:

- Equilíbrio Interno: coerência salarial que deve existir entre os cargos, considerando a atividade e o valor relativo (importância) na estrutura da Instituição.
- Equilíbrio Externo: adoção próxima do ponto médio da tabela salarial correspondente a média dos salários praticados pelo mercado relativo as atividades exercidas e não a nomenclatura do cargo.
- Administração Salarial Global: estabelecimento de remuneração total, representando o somatório de salário, benefícios etc.



Para definição de um salário, na SPDM Instituições Afiliadas, é necessário avaliar a descrição das atividades realizadas, levando em consideração as atribuições do cargo, as responsabilidades inerentes a estas atribuições e o nível de competências exigidas.

Transferências entre unidades SPDM

A transferência é caracterizada pela alteração da lotação do colaborador de uma unidade para outra, podendo o colaborador permanecer no mesmo cargo, ou ser promovido, e está vinculada a existência de vaga disponível na filial de destino, devidamente aprovada, deste que ocorra bilateralmente e não represente prejuízos entre as partes.

As transferências são evidenciadas através da Movimentação de Pessoal – MP.

O “termo de transferência”, assinado pelo colaborador na Unidade de Administração de Pessoal, é obrigatório e oficializa o processo entre as unidades.

Preferencialmente, o colaborador deve gozar férias vencidas e, se possuir, eliminar o saldo do banco de horas antes da transferência.

É vedada:

- A transferência de colaboradores que estejam em período de férias, licença médica ou afastados;
- A transferência de colaboradores que possuem estabilidade, com exceção nos casos de encerramento de contrato de gestão da filial.
- A transferência de colaboradores cuja data de admissão anteceda a data de início da gestão SPDM na filial.
- A transferência de colaboradores para filiais cujo contratante seja de alçada diferente. Exemplo: Município, Estado, Educação etc.

As Transferências, preferencialmente, devem ocorrer entre os meses de janeiro a novembro de cada ano.

Adicional por tempo de serviço

A SPDM conta com um adicional por tempo de serviço, que integra a política de remuneração e tem como objetivo valorizar a permanência do profissional na instituição. Assim, a cada 3 anos de trabalho o profissional recebe um incremento de três por cento no salário nominal, pagos mensalmente em rubrica específica na folha de pagamento denominada Triênio.

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização
e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 636



Treinamento e Desenvolvimento

O Núcleo de Treinamento e Desenvolvimento normatiza as ações e centraliza as informações de treinamentos nas unidades. Além disso, apoia no desenvolvimento e realização de treinamentos técnicos e comportamentais de diversos temas e públicos-alvo, de acordo com a necessidade de cada unidade, contribuindo para uma força de trabalho preparada e motivada.

Competências Institucionais e Avaliação de Desempenho por Competências

As competências Institucionais da SPDM Instituições Afiliadas, são as competências definidas como imprescindíveis para cumprimento do planejamento estratégico. São elas:

- **Comunicação:** Formatar sua comunicação, de tal forma que cause o impacto desejado e que o ajude a alcançar seus objetivos. Entender que a comunicação eficiente consiste em escutar e ser escutado.
- **Flexibilidade e Adaptabilidade:** Capacidade de adaptar-se as mudanças, ser receptivo a críticas e sugestões, rever conceitos, mantendo o foco nos objetivos institucionais e preservando seus valores.
- **Foco no Cliente:** Reconhecer que o cliente é a pedra angular do nosso sucesso. Agir sempre como consultores de seus clientes, levando soluções.
- **Foco no Resultado:** Focar-se no resultado. Vislumbrar os objetivos estratégicos da empresa e persegui-los, focando no sucesso.
- **Relacionamento Interpessoal:** Capacidade de agregar e interagir com pessoas de forma cordial, empática e profissional, proporcionando um ambiente favorável ao desenvolvimento das atividades.
- **Trabalho em equipe:** Capacidade de desenvolver a habilidade de interagir com um grupo de pessoas, articulando ações para alcançar objetivos comuns, respeitando os limites, necessidades e diferenças individuais.
- **Compliance:** Cumprir as normas legais e regulamentares, as políticas e as diretrizes estabelecidas para as atividades da instituição, bem como evitar, detectar e tratar qualquer desvio ou inconformidade que possa ocorrer.
- **Criatividade e Inovação:** Capacidade de desenvolver ideias inovadoras na agregação de valor ao negócio, transformando-as em ações facilitadoras das atividades cotidianas.



- **Curiosidade e Espírito de Pesquisa:** Entender a pesquisa como um grande instrumento na construção do conhecimento. Buscar e descobrir novidades. Atualizar-se constantemente.
- **Desenvolver, Aplicar e Difundir Conhecimento:** Saber aplicar e multiplicar seus conhecimentos, instruindo e aperfeiçoando a resolução das situações expostas em seu contexto de atuação.
- **Empreendedorismo:** Capacidade de desenvolver habilidades para gerir e aproveitar oportunidades de negócio, inventar e melhorar processos.
- **Liderança e Coaching:** Capacidade de influenciar pessoas, de forma a atingir ou superar os objetivos propostos pela instituição, investindo no desenvolvimento profissional e respeitando as diversidades.
- **Negociação:** Capacidade de alcançar os resultados desejados nas relações entre partes, com o uso da premissa do consenso e do conhecimento dos fatos, permeados pelos preceitos éticos, legais e técnico-científicos.
- **Visão Sistêmica:** Capacidade de compreender a instituição como um todo e a relação existente entre as partes que a compõem.

Todas as filiais devem aplicar a Avaliação de Desempenho por Competências, periodicamente, à 100% dos colaboradores, seguindo orientações contidas no Manual de Operações de tal rotina.

Através do processo avaliação de desempenho por competências é possível fornecer, sistematicamente, o “feedback” estruturado aos colaboradores da organização, possibilitando que o profissional reforce ou corrija os comportamentos e atitudes.

Integração institucional

O acolhimento de novos colaboradores é um dever de todos na instituição. A Unidade de Gestão de Pessoas da filial é responsável por constituir uma comissão de integração, composta por profissionais de diversos setores envolvidos no processo de acolhimento e capacitação dos novos colaboradores.

A comissão deve garantir que o novo colaborador, independentemente do seu grupo ocupacional, receba as principais informações da instituição. São áreas de participação obrigatória na integração institucional: Unidade de Gestão de Pessoas, Unidade de Administração de Pessoal, Segurança e Medicina do Trabalho, Unidade de Portaria e Segurança. As demais como, Unidade



de Nutrição, Gestão da Qualidade, Unidade de Tecnologia da Informação, entre outras, poderão participar, de acordo com as características e necessidades da filial.

Projeto Padrinho

Como parte do Projeto Acolhimento, as filiais da SPDM Instituições Afiliadas devem implantar o Projeto Padrinho, com o intuito de promover o acolhimento dos novos colaboradores.

A filial deverá definir a quantidade de padrinhos necessária, a fim de atender todos os setores da unidade. Os padrinhos selecionados deverão atender os requisitos previstos no programa, e serão responsáveis pela sociabilização do novo colaborador na unidade.

Capacitação Técnica Inicial

A capacitação técnica inicial tem o objetivo de garantir que todo colaborador, ao iniciar uma nova atividade no setor, seja orientado e capacitado a desenvolver sua atividade com qualidade, independentemente da sua formação ou bagagem profissional. Além de garantir que o profissional conheça como a atividade é feita na SPDM Instituições Afiliadas, respeitando os processos já consolidados e testados no modelo da instituição.

O conteúdo a ser aplicado no processo de Capacitação Técnica Inicial deve estar relacionado no Mapa de Habilidades de cada setor, com as capacitações necessárias por funções. No processo de mapa de habilidades, é responsabilidade do gestor da área, manter o quadro atualizado, além de informar qual o nível de capacitação que o colaborador se encontra, estando baseado sempre em evidências, como listas de presença, certificados, entre outros.

Premissas de capacitação e treinamentos

Entende-se como treinamento, todas as ações de capacitação, que tenham conteúdo programático definido, instrutor e que sejam voltadas para aprimorar os conhecimentos, habilidades e/ou atitudes, que o colaborador irá aplicar em sua atual atividade de trabalho, ou que o capacitará para uma atividade futura.

Entende-se como conscientização, a atividade voltada para a mudança de comportamento do indivíduo valorizando o exercer de sua função. A conscientização promove uma sensibilização



no trabalhador e faz com que ele leve para si, e não somente para a organização, aquilo que aprendeu.

Todas as capacitações realizadas, internas ou externas, devem ser registradas pela Unidade de Gestão de Pessoas Local, considerando a necessidade de se mensurar resultados e o alinhamento com o planejamento estratégico da Instituição.

Na SPDM Instituições Afiliadas, todo gestor imediato é responsável pela capacitação técnica de sua equipe. Para capacitações comportamentais, o gestor poderá contar com o apoio da Unidade de Gestão de Pessoas para o desenvolvimento e aplicação de conteúdo.

O Plano de Capacitação deve ter uma periodicidade definida, ser submetido à aprovação e validação da Diretoria Local (envolvendo todos os grupos ocupacionais) e estar alinhado as metas estratégicas da SPDM Instituições Afiliadas, ou conteúdos técnicos definidos pelos gestores, para capacitação preventiva de suas equipes.

O desenvolvimento de um plano de capacitação formal não impede a realização de treinamentos corretivos ou preventivos, para atender as demandas emergenciais de treinamento.

Solicitação de treinamento externo

O colaborador poderá solicitar treinamentos externos, atendendo às normas determinadas para treinamentos em grupo ou individuais, desde que previamente aprovado pela Diretoria Local da filial, por depender, diretamente, de questões contratuais e orçamentárias.

É de responsabilidade do participante do treinamento entregar o certificado de participação e/ou conclusão.

Programa de Bolsas de Estudos – PROBOLES

O Programa de Bolsa de Estudos da SPDM Instituições Afiliadas é facultativo de cada filial. Sua implantação requer aprovação da Diretoria Local que avalia a viabilidade do projeto na instituição. Este programa poderá ser implantado mediante definição pela Diretoria Local, do valor que será investido, mensalmente, na educação dos colaboradores.

São duas modalidades de bolsas de estudos a serem fornecidas, sendo:

- **Graduação, Tecnólogo ou Cursos Técnicos:** deve ser constituída uma comissão multidisciplinar para realização do processo de avaliação dos inscritos e definição dos bolsistas beneficiados, devendo esta Comissão seguir as normas e regulamentos previstos no programa.

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização
e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 640



- Cursos de Especialização, Pós-Graduação e Master Business Administration (MBA): programa voltado às posições estratégicas da instituição, obedecendo as normas e regulamentos previstos no programa.

Pesquisa de Clima Organizacional

A Pesquisa de Clima Organizacional é uma ferramenta para coleta de informações sobre a percepção dos colaboradores em relação aos diversos fatores que afetam os níveis de motivação e desempenho da equipe. É um instrumento de Gestão de Pessoas, cabendo à direção da instituição o acompanhamento, avaliação e resposta dos resultados.

São diretrizes específicas para a pesquisa de clima organizacional:

- Deve ser realizada periodicamente, em todas as filiais da SPDM Instituições Afiliadas.
- É vedado qualquer tentativa de identificar ou influenciar as respostas dos colaboradores.
- É considerada falta grave, qualquer tipo manipulação dos resultados da pesquisa de clima organizacional.
- Os resultados da Pesquisa de Clima devem ser apresentados na reunião de CTA – Comissão Técnica e Administrativa, e elaborado o plano de ação com foco nos resultados críticos da pesquisa.
- É obrigatória a divulgação dos resultados e do plano de ação para todos os colaboradores.

Núcleo de Qualidade de Vida no Trabalho

O Núcleo de Qualidade de Vida no Trabalho é responsável por zelar pelo bem-estar dos colaboradores e promover ações de integração e solidariedade.

Este núcleo também é responsável por desencadear campanhas institucionais que estimulam o voluntariado.



3.7.3. REGISTROS E CONTROLES DE PESSOAL. MODELO DE ESCALAS COM SIMULAÇÃO DE FÉRIAS

A Administração de Pessoal é a área responsável pelo cumprimento correto e tempestivo de todas as normas e rotinas de gestão de pessoas, sobretudo, por zelar pelo atendimento das obrigações que permeiam a relação entre empregado e empregador, como executora de processos, desde que previamente aprovados pelos gestores competentes, dentro dos fluxos pré-estabelecidos, no cronograma anual previamente acordado

A Unidade se propõe, com a finalidade de garantir a fidedignidade das operações em conformidade com as legislações, trabalhista, tributária e previdenciária vigentes, mitigando os riscos financeiros e legais com segurança, transparência e otimização de recursos, conforme prescrito no modelo de gestão, executando-as do início ao fim, mas não se limitando a: admissão, rescisão, férias, folha de pagamento, ponto eletrônico, benefícios, processos trabalhistas, indicadores, folha de autônomos pessoa física, desligamentos, pagamentos, obrigações acessórias, de forma integrada, informatizada e operacionalmente organizada.

A Administração de Pessoal fornece diretrizes específicas para condução de todos os processos e rotinas de pessoal dentro do modelo de gestão padronizado adotado pela SPDM, cuja equipe deve seguir a norma para a realização de suas práticas profissionais, entretanto, não devem se limitar a ela, relativamente aos documentos Institucionais, documentos operacionais gerais e específicos de áreas e/ou serviços, órgãos profissionais, legislações vigentes e qualquer outro de cunho técnico e legal, devendo resguardar o processo operacional e decisório.

1. DIRETRIZES GERAIS

Garantir qualidade, segurança e fidedignidade aos processos, bem como cumprimento da legislação vigente, sendo elas: as consolidações das leis trabalhistas, leis federais, estaduais e municipais, bem como eventuais normas convencionais oriundas dos sindicatos das categorias.

- ✓ Estabelecer de forma correta, justa e com equidade o relacionamento entre empregador e empregados, sempre observado as convenções coletivas da categoria;
- ✓ Proceder com segurança e transparência o investimento do recurso financeiro.
- ✓ Salvaguarda dos documentos com integridade, seguindo as normas e prazos legais;
- ✓ Calcular, pagar, informar e gerar a contabilização da folha de pagamento e seus respectivos tributos;
- ✓ Gerir os benefícios em conformidade com a legislação pertinente;

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização
e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 642



- ✓ Dispor indicadores gerenciais a fim de subsidiar a alta direção na tomada de decisão dos mais diversos assuntos;
- ✓ Assegurar a efetividade dos controles operacionais existentes, revisando sempre que se fizerem necessários.

Visando o cumprimento da legislação, é diretriz institucional que a jornada de trabalho não ultrapasse os limites estabelecidos no contrato de trabalho, conforme Constituição Federal de 1988, artigos 58 e 58-A da CLT e, eventual, convenção ou acordo coletivo sindical ou resolução de Conselho de Classe.

O horário de trabalho estabelecido no contrato de trabalho deve ser cumprido rigorosamente por todos os colaboradores, podendo ser ajustado em comum acordo entre as partes, conforme a necessidade e desde que não haja prejuízos para a Instituição e empregados, mediante autorização expressa pelo gestor da área envolvida, gerência e o diretor técnico da unidade.

O controle de jornada ocorre através do registro da biometria nos relógios de ponto eletrônico, localizados em locais de fácil acesso, sendo que é de responsabilidade de cada colaborador a correta marcação do ponto.

Ressalta-se, ainda, que consiste em falta grave qualquer irregularidade no controle de jornada, sobretudo registrar o ponto e não comparecer ao seu local de trabalho, bem como outra conduta que vise fraudar a marcação.

É obrigatório o registro do início e o término da jornada de trabalho, bem como o início e o término do intervalo para alimentação e repouso, neste último não se for o caso de pré assinalação.

A falta de registro de frequência, quando injustificada, acarretará desconto do período equivalente e, em caso de reincidência, o colaborador estará sujeito às punições administrativas cabíveis. As eventuais inconsistências na marcação do ponto deverão ser comunicadas imediatamente a chefia imediata, a quem, por sua vez, caberá justificar no portal do colaborador.

É de responsabilidade do gestor imediato o acompanhamento mensal da jornada realizada pelos membros da sua equipe, justificando as exceções, observando-se, para tanto, os prazos estabelecidos.

O espelho de ponto definitivo deve ser conferido e assinado pelo colaborador e por seu gestor e, posteriormente, encaminhado para Administração de Pessoal que procederá com a salvaguarda do documento.



ADMISSÃO DE COLABORADOR

Admissão é o processo que dá início ao contrato de trabalho, observado o disposto no artigo 444 da CLT, que prevê a livre estipulação entre as partes, desde que respeitados a legislação trabalhista, os contratos coletivos e as decisões administrativas das autoridades competentes.

Com a admissão se dá a oficialização da relação de emprego, razão pela qual é importante que cada documento, contrato de trabalho, anexos e demais inerentes ao vínculo empregatício, sejam lidos pelo colaborador antes da assinatura.

O prontuário do colaborador deve conter: o currículo, as análises técnicas decorrentes do processo seletivo, exame médico admissional (com parecer), o preenchimento e assinatura nos formulários e os termos institucionais e, ainda, documentos pessoais do candidato, e com sua autorização, necessários para efetivação de sua contratação.

AFASTAMENTO DE COLABORADOR

É diretriz da Instituição que eventuais afastamentos de colaboradores, ou seja, os dias em que necessitarão deixar de comparecer ao serviço sem prejuízo do salário, devam estar em consonância com o art. 473 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Dever-se-á, ainda, verificar se a convenção ou acordo coletivo da categoria possui condições mais favoráveis das que as encontradas na CLT.

FÉRIAS

Anualmente, a Instituição realizará a programação das férias dos seus colaboradores para o próximo ano, mediante o registro eletrônico dos respectivos dias para gozo, respeitando o período concessivo.

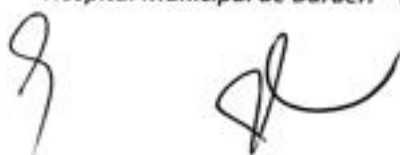
Todo o colaborador terá direito ao gozo de um período de férias, a critério da Instituição, sem prejuízo da remuneração, após cada período de 12 (doze) meses de vigência do contrato de trabalho, na seguinte proporção:

- ✓ 30 (trinta) dias corridos, quando não houver faltado ao serviço mais de 5 (cinco) vezes;
- ✓ 24 (vinte e quatro) dias corridos, quando houver tido de 6 (seis) a 14 (quatorze) faltas;
- ✓ 18 (dezoito) dias corridos, quando houver tido de 15 (quinze) a 23 (vinte e três) faltas;
- ✓ 12 (doze) dias corridos, quando houver tido de 24 (vinte e quatro) a 32 (trinta e duas) faltas.

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização
e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 645



As férias serão concedidas por ato do colaborador, via de regra, em um só período, nos 12 (doze) meses subsequentes à data em que o colaborador tiver adquirido o direito.

Facultativamente e desde que haja concordância do empregado, as férias poderão ser usufruídas em até três períodos, sendo que um deles não poderá ser inferior a quatorze dias corridos e os demais não poderão ser inferiores a cinco dias corridos cada um, sendo vedado por lei o início das férias no período de dois dias que antecede feriado ou dia de repouso semanal remunerado, devendo a Administração de Pessoal confrontar o início das férias com as escalas de trabalho e o calendário civil.

O fracionamento descrito anteriormente poderá ocorrer da seguinte forma:

- Sem a opção do abono pecuniário:

- 30 dias de gozo;
- Dois períodos de 15 dias cada dentro do período concessivo.

- Com a opção do abono pecuniário:

- 20 dias de gozo e 10 dias convertidos em abono pecuniário;
- Um período de 15 dias, outro de 5 dias e os 10 dias restantes, convertidos em abono pecuniário.

Os colaboradores serão comunicados com antecedência de, no mínimo, 30 (trinta) dias, mediante assinatura nos avisos de férias.

O pagamento correspondente à remuneração das férias ocorrerá em até dois dias antecedentes ao período de gozo, podendo, na ocasião do pagamento das férias ocorrer a antecipação da primeira parcela do 13º salário.

ATESTADOS

Ao colaborador que se ausentar do trabalho, por motivo de doença ou acidente do trabalho, incumbe o dever apresentar atestado médico junto a Medicina do Trabalho para justificar sua falta, portanto, sem prejuízo a remuneração integral, inclusive, a do repouso semanal remunerado, e dar início ao fluxo de afastamento previdenciário, se for o caso.

O atestado médico, conforme disposto anteriormente, deverá conter as seguintes informações:

- ✓ tempo de dispensa concedida ao colaborador, por extenso e numericamente;
- ✓ o código internacional de doenças (CID), se houver solicitação do paciente ou de seu representante legal, mediante expressa concordância consignada no documento;

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização
e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 646



- ✓ assinatura do médico ou odontólogo sobre carimbo do qual conste nome completo e registro no conselho profissional respectivo.
- ✓ As datas de atendimento, início da dispensa e emissão do atestado não poderão ser retroativos e deverão coincidir.

LICENÇAS E SUBSTITUIÇÕES

Para que a licença do trabalho seja remunerada e evite prejuízos ao colaborador, é diretriz institucional que a referida licença deverá enquadrar-se nas condições estipuladas na consolidação das leis do trabalho (CLT) e/ou na legislação previdenciária, a qual prevê o seu pagamento, desde que preenchidos os requisitos para tanto, ou ainda, em eventual Convenção ou Acordo Coletivo.

Em caso de licença não remunerada, essa será analisada individualmente e, por se tratar de uma faculdade do empregador e não um direito do empregado, ficará a critério da Instituição o acolhimento ou não do pedido.

REFEIÇÃO

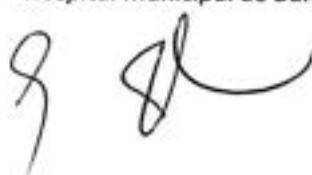
Nos termos da norma vigente, são asseguradas refeições (almoço ou jantar) a todos os colaboradores que perfazem jornada diária superior à 6 (seis) horas, observando as diretrizes do programa de alimentação do trabalhador (PAT), conforme lei nº 6.321, de 14 de abril de 1976, sendo o qual o colaborador, através de desconto em folha, poderá subsidiar o benefício no limite máximo de 20% do custo da refeição.

VALE TRANSPORTE

O vale transporte é oferecido mensalmente aos nossos colaboradores optantes e deve ser disponibilizado de maneira antecipada para o mês da utilização. O benefício será concedido conforme os dados constantes das "declarações de deslocamentos".

Para esse benefício há a previsão legal do desconto em folha de pagamento limitado a 6% do salário do colaborador, não podendo ser superior ao valor concedido.

Dever-se-á, obrigatoriamente, proceder com a atualização anual das informações (endereço, trajeto, quantidade de vales etc.).



VALE CESTA/TICKET CESTA

Assegura-se aos colaboradores que tenham trabalhado por pelo menos 15 dias no mês anterior, a concessão do benefício do vale-alimentação através de vale-cesta ou ticket, com valores e prazos definidos em norma específica.

Em caso de afastamento, independente do motivo, vale-cesta ou ticket deverá ser suspenso.

SEGURO DE VIDA

No ato da admissão, o colaborador será cadastrado na apólice coletiva de seguro de vida em grupo de acordo com o capital vigente na época.

ATUALIZAÇÃO CADASTRAL

É de responsabilidade do colaborador, a comunicação: à Receita Federal do Brasil (CPF), à Caixa Econômica Federal (PIS), ao Ministério do Trabalho e Previdência Social (e-CTPS) e à Secretaria Estadual de Segurança Pública (RG), as possíveis alterações do nome advindos dos atos civis do casamento, da separação judicial, do divórcio, e, ainda, da união estável, devendo àqueles manter seu cadastro atualizado sempre que ocorrem alterações, inclusive as tais como: escolaridade, mudança de endereço, nascimento de filhos, adoção, dentre outros.

ADICIONAL NOTURNO

O adicional noturno é um acréscimo na remuneração de quem trabalha a noite e está previsto no art. 73 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), o qual estabelece que a hora noturna compreendida das 22:00 do dia anterior às 05h00 do dia seguinte é remunerada com um acréscimo de 20%, pelo menos, sobre a hora diurna. Para fazer jus ao referido pagamento, deverá o colaborador comprovar as horas trabalhadas através do registro no relógio de ponto eletrônico.

FOLHA DE PAGAMENTO

Os pagamentos dos valores líquidos serão efetuados nos termos da legislação trabalhista vigente, no mês posterior à prestação do serviço, direta ou automaticamente em conta corrente bancária a favor do colaborador.

Os créditos que os colaboradores terão a receber, dentre os quais os habituais são:

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização
e execução das ações e serviços de saúde
Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 648



- ✓ Salário;
- ✓ Adicional noturno;
- ✓ Adicional de insalubridade;
- ✓ Adicional de Periculosidade;
- ✓ Auxílio/reembolso creche;
- ✓ Salário-família.

Os descontos em folha de pagamento, autorizados por lei são:

- ✓ INSS;
- ✓ IRRF;
- ✓ Contribuição sindical;
- ✓ Contribuição assistencial ou confederativa;
- ✓ Faltas;
- ✓ Atrasos;
- ✓ Descanso semanal remunerado;
- ✓ Pensão alimentícia;
- ✓ Adiantamento de salário;
- ✓ Em caso de dano causado pelo empregado, quando acordado ou na ocorrência de dolo do empregado.

Outros descontos são permitidos, somente mediante autorização expressa do colaborador, nos exatos termos previstos no enunciado n.º 342 do TST.

É de responsabilidade da Unidade de Administração de Pessoal o cálculo e a solicitação para recolhimento do fundo de garantia por tempo de serviço, posto que, no regime do FGTS, as empresas são obrigadas a depositar mensalmente, em conta bancária específica na Caixa Econômica Federal, importância correspondente a 8% da remuneração paga no mês anterior ao empregado, optante ou não.

Os depósitos serão realizados mesmo quando o colaborador estiver afastado por motivo de acidente de trabalho e para prestação do serviço militar.

Em caso de aprendiz, o percentual para base de cálculo é de 2% (dois por cento).



RESCISÃO CONTRATUAL EMPREGADO

A Unidade de Administração de Pessoal tem como responsabilidade calcular as verbas rescisórias, cumprindo o *check list* demissionário.

Em caso de rescisão contratual a pedido da Instituição, a Administração de Pessoal deverá verificar eventuais estabilidades contidas em legislação federal, estadual ou municipal e/ou convenções coletivas de trabalho que venham a impedir o desligamento, como por exemplo gestacional, pré-aposentadoria, acidente de trabalho etc.

A prévia será enviada à Gerência Administrativa, para a decisão do desligamento, cumprimento do aviso prévio e respectiva data.

Em caso de rescisão contratual a pedido do colaborador, caberá à Administração de Pessoal informar que a falta de aviso prévio por parte do empregado dá ao empregador o direito de descontar os salários correspondentes ao prazo respectivo, portanto, o mesmo deverá estar ciente do referido desconto.

Na extinção do contrato de trabalho, independentemente da parte que lhe deu causa, A Instituição deverá proceder à anotação na Carteira de Trabalho e Previdência Social Digital, comunicar a dispensa aos órgãos competentes e realizar o pagamento das verbas rescisórias no prazo e na forma estabelecidos no Art. 477 da CLT.

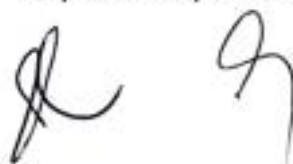
O instrumento de rescisão ou recibo de quitação, qualquer que seja a causa ou forma de dissolução do contrato, deve ter especificada a natureza de cada parcela paga ao empregado e discriminado o seu valor, sendo válida a quitação, apenas, relativamente às mesmas parcelas.

A entrega ao empregado de documentos que comprovem a comunicação da extinção contratual aos órgãos competentes bem como o pagamento dos valores constantes do instrumento de rescisão ou recibo de quitação deverão ser efetuados até dez dias contados a partir do término do contrato.

SUMÁRIO DAS PRINCIPAIS ATIVIDADES DESEMPENHADAS PELA ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAL

- ✓ Atendimento ao colaborador provendo orientações e esclarecimentos de dúvidas sempre que necessário ou solicitado;
- ✓ Condução das atividades conforme as normas, políticas da Instituição, legislação vigente (CLT, convenções e acordos), bem como cumprimento de metas de treinamentos;
- ✓ Realização do fluxo admissional com recepção documental, distribuição e coleta de assinaturas dos termos e documentos que compõe o processo admissional;

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização
e execução das ações e serviços de saúde
Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran
Página 650



- ✓ Realização do fluxo demissional e homologação dos colaboradores com contratos rescindidos;
- ✓ Rotina de afastamento com o atendimento ao colaborador e orientações;
- ✓ Realizar o fluxo de férias junto ao colaborador com a coleta de assinatura dos colaboradores, nos respectivos avisos e recibos de férias, conforme termos da legislação vigente, com posterior salvaguarda dos documentos tanto em prontuário físico quanto no prontuário digital;
- ✓ Orientar e garantir que todos os colaboradores efetuem o registro da jornada de trabalho, executando as rotinas necessárias: cadastro da digital nos relógios de ponto; coleta da assinatura nos espelhos definitivos, salvaguarda em prontuário físico e digitalizada;
- ✓ Gestão dos benefícios tais como compra e distribuição, além de assinatura de termos relacionados e salvaguarda da rotina;
- ✓ Encaminhamento imediato de citações, notificações e intimações oriundas dos entes públicos, sobretudo Poder Judiciário, com o acionamento da assessoria jurídica e apoio na análise e indicação de testemunhas e de assistente técnico;
- ✓ Rotina de folha de pagamento, das obrigações acessórias e salvaguarda de todos os procedimentos que ocorrem sob a responsabilidade da Administração de Pessoal.



3.7.4. APRESENTAR PROJETO PARA DEFINIÇÃO DA POLÍTICA DE SEGURANÇA NO TRABALHO E PREVENÇÃO DE ACIDENTES, AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, PREVENÇÃO E RECUPERAÇÃO DE DOENÇAS E REABILITAÇÃO.

O objetivo da Segurança do Trabalho é identificar, avaliar e controlar situações de risco, proporcionando um ambiente de trabalho mais seguro e saudável para os colaboradores, garantindo a integridade de todos os funcionários, reduzindo riscos nas execuções das tarefas laborais.

O SESMT sempre tem como objetivo em trabalhar com inspeções in loco, observando tudo no que tange em suas competências, usando como umas das principais ferramentas de identificação de riscos, a avaliação das exposições ocupacionais a agentes físicos, químicos e biológicos e quando identificados elaborar o Programa de Gerenciamento de Riscos - **PGR**, previsto na NR-1, e subsidiá-lo quanto às medidas de prevenção para os riscos ocupacionais, além das demais NR's e outras legislações específicas pertinentes à área de saúde do trabalhador, utilizando de vários meios de salvaguardar a integridade física do colaborador e garantir condições adequadas de trabalho, para que estas não prejudiquem os mesmos, consequentemente a assistência aos pacientes.

Para tanto, atuando juntamente com a Medicina do Trabalho na promoção e implementação de programas de qualidade de vida, a prevenção de acidentes e doenças ocupacionais. É de responsabilidade da Segurança do Trabalho, providenciar e manter atualizada as documentações obrigatórias e legais da área.

Entre as principais atividades da Engenharia de Segurança do Trabalho, estão:

- Elaborar e implantar o Programa de Gerenciamento de Riscos (PGR) de acordo com a **NR-01** - com revisão constante de acordo com as alterações dos riscos de cada atividade executada por função.
- Registrar e manter atualizado o Quadro do SESMT no Ministério do Trabalho e Emprego de acordo com a **NR 04**.



- Emitir a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) em caso de Acidentes de Trabalho, atendendo o Art.22 Lei 8213 da Previdência Social, cumprindo também as designações do e-social.
- Registrar e analisar todos os acidentes de trabalho (típico, trajeto, biológico) e/ou doença ocupacional, realizando a investigação através do Relatório de Ocorrência.
- Elaboração do Perfil Profissiográfico Previdenciário - PPP -;
- Organizar e acompanhar o processo eleitoral da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) de acordo com a **NR 05**;
- Promover a capacitação e treinamento dos Eleitos e indicados;
- Apoiar a CIPA na promoção e organização da Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho e Meio Ambiente - (SIPATMA), onde há uma integração com a área ambiental.
- Elaborar os **Mapas de Risco** da Instituição – revisão anual obrigatória pela Instituição, de acordo com a gestão da CIPA como determina a **NR 05**.
- Preenchimento de Indicadores em relação ao controle documental da Segurança do Trabalho e acidentes do trabalho.
- Acompanhamento e parecer técnico de impugnação, referente as perícias judiciais oriundos dos processos trabalhistas.
- Desenvolver rotinas de trabalho por escrito as mais importantes da instituição contendo: objetivos, campos de aplicação, definição e siglas, descrição das atividades dos responsáveis, fluxograma dos serviços, medidas preventivas, plano de educação continuada, plano de emergência e contingência.
- Definir, validar e controlar os Equipamentos de Proteção Individual (EPI's) e Equipamentos de Proteção Coletiva (EPC's) utilizados na instituição conforme NR 06.
- Solicitar compra dos Equipamentos e Proteção Individual (EPI's) –, controlar estoque/guardar e distribuir para os colaboradores.
- Controlar a validade dos (CA's) Certificado de Aprovação dos Equipamentos de Proteção Individual, mantendo os certificados disponíveis no setor de acordo com a **NR 06**.
- Dar orientações sobre segurança e acompanhar serviços terceiros quanto ao uso correto de EPI's e EPC's., acompanhando-os quando dentro da instituição, verificando e validando todas as documentações exigidas.

- Acompanhar a implementação do Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional (**PCMSO**) - **NR 07**.
- Elaborar, implantar e cumprir o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA).
- Avaliar as exposições dos riscos ocupacionais de acordo com a **NR 09** com revisão anual.
- Promover capacitação e controlar a vigência do Curso de **NR 10**, conforme determinado em Norma Regulamentadora.
- Acompanhar e estabelecer requisitos e condições mínimas, objetivando a implementação de medidas de controle e sistemas preventivos, de forma a garantir a segurança e a saúde dos trabalhadores que, direta e indiretamente, interajam em instalações elétricas e serviços com eletricidade **NR 10**.
- Realizar as inspeções e controlar os prontuários e livro de registro de segurança dos vasos sob pressão de acordo com a **NR 13**.
- Realizar as inspeções em todas as áreas da edificação, contemplando os seguintes requisitos como: (Procedimento de Matriz Risco para Inspeções de Segurança), (Cronograma de Inspeções), (Classificação das Inspeções), (Controle Operacional de Não Conformidade).
- Contratar empresa para Elaboração do **LTCAT** e **Laudos de Insalubridade e Periculosidade**, considerando profissionais os quais irão receber os devidos adicionais e seus seguintes riscos ocupacionais, de acordo com a **NR 15** e **NR 16**.
- Contratar empresa para elaboração de **Laudos Ergonômico** de acordo com **NR 17**.
- Controlar os produtos químicos utilizados na instituição, através das FISPQ – (Ficha de Informação de segurança do Produto Químico).
- Acompanhamento da Gestão de Produtos Químicos e Perigosos.
- Implantação de **Rotina Contenção Derramamento de Produto Químico** (Fluxograma) treinamento e inspeção.
- Organizar, dimensionar e treinar a **Brigada de Incêndio** conforme legislação vigente e **Instrução Técnica nº 16 e 17** do Corpo de Bombeiros.
- Inspeccionar os equipamentos de combate a incêndio como extintores, hidrantes, porta corta fogo, central de alarme, bomba de recalque entre outros.
- Controlar as validades das Recargas e Testes Hidrostáticos dos Extintores.
- Realizar testes nas mangueiras hidrantes de acordo com cronograma definido.



- Elaboração de Projetos de Sistema de Combate a Incêndio, juntamente com a emissão do AVCB, de acordo com as normas e legislações do Corpo de Bombeiro do Estado de São Paulo.
- Elaborar o P. R. E (Plano de Resposta e Emergência), visando estabelecer e manter atualizados mecanismos para atender as ocorrências reais e/ou simuladas envolvendo acidentes e emergências ambientais identificando o potencial destas ocorrências e visando o atendimento de qualquer situação que envolva danos ao meio ambiente, além de buscar, prevenir e minimizar os efeitos associados.
- Implantação do Plano de abandono de Área estabelecendo os requisitos para a elaboração, manutenção e revisão de um plano de emergência contra incêndio e pânico, visando proteger a vida, o meio ambiente e o patrimônio. Realização semestral de um Simulado de Abandono, a fim de que fiquem retidas as informações, caso ocorra um eventual sinistro conforme determina a **NR 23**.
- Manter e acrescentar todas as sinalizações de segurança conforme necessidade de cada setor (Unidade) conforme a **NR 26**.
- Elaborar e implantar o PPRA- MP (Programa de Prevenção de Riscos de Acidentes com Materiais Perfuro Cortantes), Conforme **NR 32**.
- Entrega e treinamentos de acordo com os Manuais de Biossegurança para todos os colaboradores.
- Contratar empresa para elaboração do Programa de Proteção Radiológica (PPR).
- Acompanhar mensalmente os resultados do Controle de Dosimetria – individual de cada colaborador da Unidade de Radiologia.
- Inspecionar e controlar a qualidade dos Acessórios Plumbíferos (EPI's da Radiologia).
- Controlar vigências dos laudos dos equipamentos emissores de radiação ionizantes.
- Realização de serviço em altura, conforme preconiza a **NR 35**.
- Elaboração de Linha de Vidas das Unidades as quais fazem necessários para serviços com trabalhos em altura conforme **NR 35**.
- Elaborar a Permissão de Trabalho em assuntos pertinentes à Segurança Ocupacional, autorizando a realização de obras e reformas.
- Elaborar e cumprir cronograma de visitas técnicas em todas as áreas da instituição.
- Executar Treinamento e Integração de todos os colaboradores.
- Realizar Contratação de empresa que garanta os padrões de potabilidade da água consumida na Instituição, elaborando e cumprindo os cronogramas de análise nos

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização
e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 655

padrões organolépticos e microbiológicos da água de acordo com Portaria de Consolidação nº 5 em seu anexo XX do Ministério da Saúde e **RDC nº 15** (CME).

- Controlar junto a Engenharia de Manutenção as Higienizações dos Reservatórios de água de acordo com a **RDC 50**, de 21 de fevereiro de 2002 e Resolução da ANVISA, **RDC nº 216**, de 15 de setembro de 2004.
- Realizar contratação de Empresa especializada para realização de serviços de coleta e análise de efluentes, para atendimento aos parâmetros legais de acordo com o decreto nº 13.481, de 22 de junho de 2012 do PREMEND e seus referidos anexos.
- Contratar empresa para elaboração do Laudo Técnico de Avaliação – LTA, onde consta o projeto da edificação, instalações e empreendimento da saúde de acordo com a legislação sanitária vigente.
- Preencher as informações legais e técnicas na plataforma de soluções de gestão integrada. Portanto os módulos do sistema SOGI nos subsistemas (LIRA, GAIA, PRSSO), orientado conforme normas internacionais de certificação como as ISOs.

É de responsabilidade da Segurança do Trabalho, providenciar e manter atualizada documentação obrigatória e legal da área.

Participam das seguintes comissões:

- Comissão da NR-32 (Segurança e Saúde no trabalho em serviços de saúde);
- Comissão Multidisciplinar PPRA-MP (Programa de Prevenção de Riscos de Acidentes com Materiais Perfuro Cortantes);
- Comissão de Gerenciamento de Resíduos – PGRSS;
- Comissão Interna de Prevenção de Acidente – CIPA.

É corresponsabilidade da Segurança do Trabalho a implementação da cultura e práticas de Biossegurança.

A Biossegurança é um processo funcional e operacional de fundamental importância em serviços de saúde, não só por abordar medidas de Controle de Infecções para proteção da equipe de assistência e usuários em saúde, mas por ter um papel fundamental na promoção da consciência sanitária, na comunidade onde atua, da importância da preservação do meio

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização
e execução das ações e serviços de saúde

Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran

Página 656



ambiente, na manipulação e no descarte de resíduos químicos, tóxicos e infectantes e da redução geral de riscos à saúde e acidentes ocupacionais.

Em todo procedimento há uma regra já definida no manual de normas, rotinas e procedimentos que será disponibilizado em cada unidade/setor, entre outras, estão as resoluções, normas ou instruções normativas regulamentares que subsidiam constantes fiscalizações para evidências do cumprimento das práticas e técnicas legais. A **NR 32** é uma delas, e por estar em uma lei (MTB 3214/78) deve ser cumprida por todos que exercem atividades em instituições de saúde.

A saúde é um direito de todos, e para garanti-la é necessário, entre outras coisas trabalhar em condições dignas e saudáveis e aí entram em cena os processos da qualidade, que devidamente aplicados podem contribuir muito para essa organização e disciplina, consequentemente, para a sua segurança no trabalho.

A prevenção ou redução do risco de desenvolver doenças por exposição pode e deve ser alcançada pelo uso de práticas seguras nas atividades que visam preservar a saúde e o meio ambiente.

O propósito é proteger e manter a saúde dos trabalhadores que atuam na área deste segmento, evitando que contraiam doenças de pacientes no local de trabalho ou materiais biológicos provenientes deles.

Dimensionamento do SESMT:

O dimensionamento da equipe que compõe o SESMT (Engenharia de Segurança), é previsto na Norma Regulamentadora **NR 04** no quadro II da Portaria N° 3214 de 8 de junho de 1978, baseada no grau de risco da atividade e no número de colaboradores da instituição.



Das atribuições das Funções:

Funções	Descrição da Atividades
Engenheiro de Segurança do Trabalho	Supervisionar, coordenar e orientar tecnicamente os serviços de Engenharia e Segurança do Trabalho, estudando as condições de segurança dos locais de trabalho, das instalações e equipamentos; planejar e desenvolver controle de riscos; acompanhar e auxiliar perícias; emitir pareceres e propor políticas, programas e normas de Segurança do Trabalho, para garantir a saúde e integridade física dos funcionários.
Técnico de Segurança do trabalho	Realizar inspeções de Segurança do Trabalho, verificando as condições físicas do local, máquinas e equipamentos, visando à prevenção de acidentes de trabalho bem como a prevenção de doenças ocupacionais dos funcionários, em atendimento às Normas Regulamentadoras, visando garantir a integridade dos funcionários e dos bens da Instituição.

Medicina do Trabalho

O dimensionamento da equipe que compõe a Medicina do Trabalho, é prevista na Norma Regulamentadora N°4 da Portaria N° 3214 de 8 de junho de 1978, baseada no grau de risco da atividade e no número de colaboradores da instituição.

É importante salientar que a proposta de atuação da Medicina do Trabalho, prioriza o seu papel de coordenar as ações de saúde no âmbito dos colaboradores, desenvolvendo um conjunto de programas que além de atender todas às exigências legais, se propõe a implementar inúmeras ações de promoção de saúde a partir do diagnóstico de saúde definido nos exames médicos realizados periodicamente.



O Serviço de Medicina do Trabalho executa atividades definidas legalmente nas Normas Regulamentadoras NR 07 (Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional – PCMSO) e NR 32 (Segurança e Saúde no Trabalho em Serviço da Saúde) que constam na Portaria n° 3214 de 08 de junho de 1978 do Ministério do Trabalho, além das demais NR's e outras legislações específicas pertinentes à área de saúde do Trabalhador.

Faz parte das **instruções técnicas**, o PCMSO (Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional). Este é o programa que tem como coordenador o Médico do Trabalho e que define todas as ações e programas desenvolvidos pela Medicina do Trabalho, além do atendimento a todas as questões legais exigidas para a Instituição, no âmbito da Medicina do Trabalho.

A Medicina do Trabalho coordena um programa de imunização dos colaboradores desenvolvido ao longo de todo ano, com busca ativa para a aplicação de todas as doses de vacina.

Dentre os vários indicadores utilizados para análise pela Medicina do Trabalho, estão:

- Número de exames médicos realizados;
- Número de colaboradores vacinados;
- Número de acidentes com risco biológico;
- Número de acidentes de trabalho;
- Número de doenças ocupacionais;
- Número de gestantes e lactantes;
- Número de Licença Maternidade;
- Número de afastamento junto ao INSS.

É de responsabilidade da Medicina do Trabalho, providenciar e manter atualizada documentação obrigatória e legal, conforme quadro abaixo:

DOCUMENTO	VALIDADE
PCMSO	Anual
CONTROLE DE VACINAÇÃO	Mensal
PRONTUÁRIO MÉDICO DOS COLABORADORES	Mensal



Apesar do Serviço de Medicina do Trabalho ter como objetivo responder pelo atendimento às questões ocupacionais, o atendimento assistencial aos colaboradores também faz parte das atribuições da unidade que poderá contar com os recursos e estruturas disponíveis.

O rigor na execução dos exames ocupacionais não só permitiu mapear o perfil epidemiológico dos colaboradores como identificar doenças em estágio inicial, podendo ser direcionadas corretamente pelo médico do trabalho ao especialista e sendo direcionado corretamente para a rede. Esses colaboradores permanecem sendo acompanhados pela medicina do trabalho e tendo o suporte necessário.

A elaboração de banco de dados capaz de definir o perfil epidemiológico dos colaboradores a partir de todos os exames médicos e das causas de afastamento do trabalho indicará quais programas de saúde específicos serão necessários, havendo programas educativos prioritários (doenças crônicas degenerativas, doenças sexualmente transmissíveis, antitabagismo), orientando os colaboradores na busca de uma condição de saúde mais favorável.

ATENDIMENTO AO COLABORADOR COM SINAIS E SINTOMAS DE COVID-19 E SEU RETORNO

Para o Covid-19 foi criada uma estrutura de atendimento pela Medicina do Trabalho onde todo colaborador com dois sinais e sintomas ou mais da doença deverá se dirigir a Medicina do Trabalho conforme orientações a seguir.

Para evitar a disseminação do vírus entre colaboradores nas dependências do hospital, é orientado a todos colaboradores para que caso apresentem dois ou mais sinais e sintomas associados, que procurem a Medicina do Trabalho, sendo eles:

- Tosse
- Febre
- Coriza
- Fadiga, tremores e calafrios que não somem, dor muscular, dor de cabeça e dor de garganta.
- Perda recente de olfato ou paladar
- Diarreia
- Manchas pelo corpo



A) Apresentando dois sinais e sintomas ou mais o colaborador, deve comparecer a Medicina do Trabalho para avaliação.

B) Ao receber o colaborador, será aberta a ficha de atendimento médico de Pronto Atendimento

→ Triagem: Será realizada pela enfermagem, com aferição de temperatura (por medidor infravermelho), pressão arterial, saturação e batimentos cardíacos;

→ A enfermagem irá conduzir o colaborador até a sala de espera para atendimento médico;

→ Na avaliação médica, poderá ser solicitado coleta de material nasofaringe para detecção do vírus SARS-COV-2 por RT-PCR, Tomografia de Tórax e prescrição de medicação conforme conduta médica.

→ O colaborador sairá do atendimento médico com formulário de orientações gerais e comportamento junto aos familiares e comunicantes.

→ Será orientado a entrar em contato com a Medicina do Trabalho após 03 dias para verificar se o resultado do exame RT-PCR, está liberado.

→ Quando solicitado quaisquer das condutas citadas, o colaborador deverá ser afastado por 04 dias ou até que se seja disponibilizado o resultado da coleta de SWAB para a Medicina do Trabalho via SCIH;

→ Deverá entregar na Medicina do Trabalho o atestado recebido;

→ Conduta:

✓ Se RT-PCR Negativo, o colaborador é informado e solicitado comparecimento à medicina para avaliação médica e liberação ao trabalho.

→ Orientações:

- Orientado quanto ao uso de Álcool Gel para higienização de mãos;
- Orientado quanto ao uso de máscara durante todo período de trabalho e trajeto;



- ✓ Se RT-PCR POSITIVO, o colaborador ao entrar em contato com a medicina do trabalho para saber o resultado, estando medicado, será informado sobre a extensão de seu atestado (não sendo necessário seu comparecimento). A duração do afastamento pode ser por um período de até 14 dias a partir do início dos sintomas ou após avaliação médica, atestando a segurança do retorno.

Para colaboradores com duplo vínculo, está sendo disponibilizado duas vias do atestado.

C) Em caso de o COLABORADOR apresentar atestado para COVID-19 de outro serviço:

- Verificar a quantidade de dias de afastamento dada inicialmente;
- Verificar se o colaborador coletou SWAB e se tem o resultado em disponível;
- Verificar se o colaborador está medicado;

→ Procedimento:

- Caso o colaborador esteja com atestado de 14 dias sem resultado de exame, solicitamos que passe por avaliação do médico do trabalho para conduta.
- Se não estiver medicado, solicitamos avaliação do médico do trabalho;

→ Conduta Médica:

- As condutas tomadas em outros serviços, poderão ser alteradas pelo médico do trabalho, conforme avaliação e protocolo da instituição.

D) Caso o colaborador necessite de maior tempo de afastamento sendo superior a 15 dias ou já tenha anteriormente (prazo de 60 dias anteriores) apresentado atestados pelo mesmo motivo ou correlacionados, o mesmo deverá ser encaminhado para afastamento junto ao INSS.



Programa Viver Bem

O Programa de Qualidade de Vida definido como Programa Viver Bem, busca melhorar as condições de vida e de trabalho dos colaboradores da Instituição, com ações que, além de visar às questões de saúde física propriamente dita, buscam abranger a saúde mental, além de inserir aspectos culturais e esportivos que compõe a vida das pessoas.

O Programa Viver Bem estimula a atenção à saúde dos colaboradores, na prevenção das doenças crônico degenerativas, com programas de controle de hipertensão arterial, estimulando o acompanhamento e a adesão ao tratamento, o mesmo ocorre com os diabéticos e portadores de dislipidemias.





ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O
DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA

"Gestão em Saúde e Educação"

PROPOSTA FINANCEIRA

Projeto SPDM para gerenciamento, operacionalização
e execução das ações e serviços de saúde
Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran
Página 664

