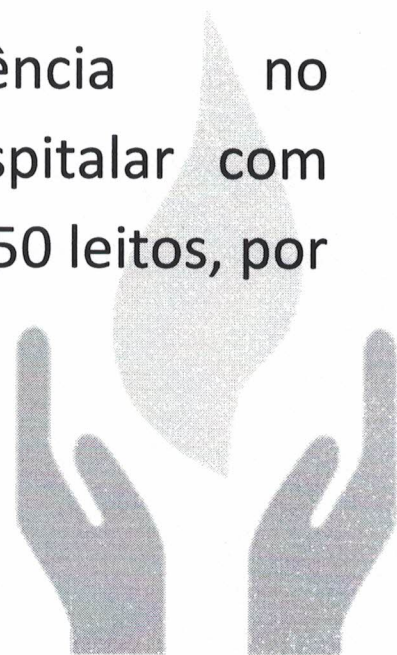


Anexo -01

Comprovação de experiência no gerenciamento de Unidade Hospitalar com serviço ambulatorial com mais de 50 leitos, por mais de 05 (cinco) anos



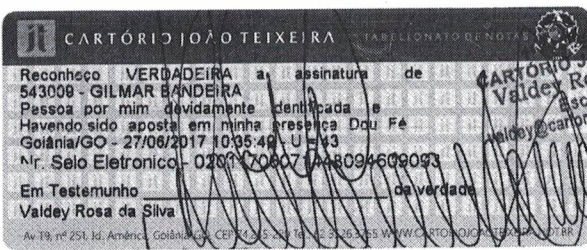
DS

745

68



Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar



ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA PROFISSIONAL

Atestamos para os devidos fins que o Sr. Reginaldo Costa Biffe, brasileiro, casado, Administrador Hospitalar CRA –GO nº 14928, RG 2000010375660 SSP/CE CPF/MF 111.056.678/63, domiciliado na Rua N Quadra 20 Lote738, Bairro – Solar dos Agrestes B, na cidade de Rio Verde - GO, exerceu no período de 2010 a julho de 2016, função de Diretor Geral, responsável pela gestão do Hospital Regional da Região Sudoeste de Goiás em Santa Helena, no Estado de Goiás.

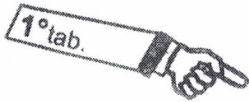
1 – HOSPITAL REGIONAL DA REGIÃO SUDOESTE DE GOIÁS EM SANTA HELENA DE GOIÁS - GO , CNES: 6665322, CNPJ: 24-232.886/0094-66 – possui **122** leitos, alta e média e complexidade, com a colaboração de **596**, profissionais, qualificados como porte grande. Hospital manteve em média, os seguintes números:

- Volume de internação: **16.470**
- Volume de SADT: **1.148.286**
- Volume de consultas ambulatoriais: **22.506**
- Volume de cirurgias de alta e média complexidade: **17.640**
- Volume de atendimento no Pronto Socorro: **60.426**

Participou da gestão, operacionalização, organização e gerenciamento todos setores administrativos, assistenciais e de apoio.

O profissional demonstrou capacidade de realizar as atividades a que se propôs e exerceu suas funções com natureza qualitativas satisfatória, além de cumprir regularmente os prazos a que se comprometeu.

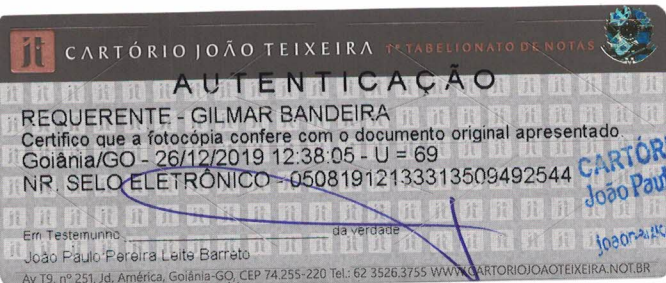
São Paulo 12 de Agosto de 2016



[Handwritten Signature]
Gilmar Bandeira CRA- GO 4982 RD
Diretor Operacional

Pró Saúde Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar

Rua Guaicurus, 563 – Lapa – CEP 05033-001 – São Paulo, SP – Telefax: (0xx) 11 2238-5566
www.prosaude.org.br - prosaude@prosaude.org.br



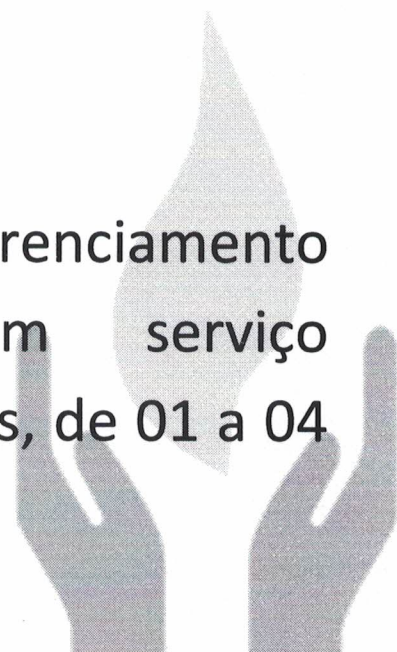
CARTÓRIO JOAO TEIXEIRA
João Paulo Pereira Leite Barreto
Escrevente
joao-p.l@cartoriojoaoiteixeira.not.br

746

6

Anexo – 02

Comprovação experiência no gerenciamento de Unidade Hospitalar com serviço ambulatorial com mais de 50 leitos, de 01 a 04 anos, 11 meses e 29 dias.



DS

747

8



ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA PROFISSIONAL

Atestamos para os devidos fins que o Sr. Reginaldo Costa Biffe, brasileiro, casado, Administrador Hospitalar CRA –GO nº 14928, RG 2000010375660 SSP/CE CPF/MF 111.056.678/63, domiciliado na Rua Tapajós nº 40, núcleo residencial de Carajás, na cidade de Parauapebas – PA, exerceu no período de 2004 a 2009 função de Diretor Geral, responsável pela gestão do Hospital Yutaka Yakeda, de propriedade da Companhia Vale do Rio Doce.

1 – HOSPITAL YUTAKA TAKEDA - PARAUEBAS – PA , CNES: 2673886 CNPJ: 24-232.886/0019-96 – possui 53 leitos, média e baixa complexidade, com a colaboração de 256 profissionais, qualificados como porte médio. Hospital manteve em média, os seguintes números:

- Volume de internação: 8.562
- Volume de SADT: 805.746
- Volume de consultas ambulatoriais: 282.720
- Volume de cirurgias de baixa e media complexidade: 5.466
- Volume de atendimento no Pronto Socorro/Pronto Atendimento: 255.282

Participou da gestão, operacionalização, organização e gerenciamento todos setores administrativos, assistenciais e de apoio.

O profissional demonstrou capacidade de realizar as atividades a que se propôs e exerceu suas funções com natureza qualitativas satisfatória, além de cumprir regularmente os prazos a que se comprometeu.

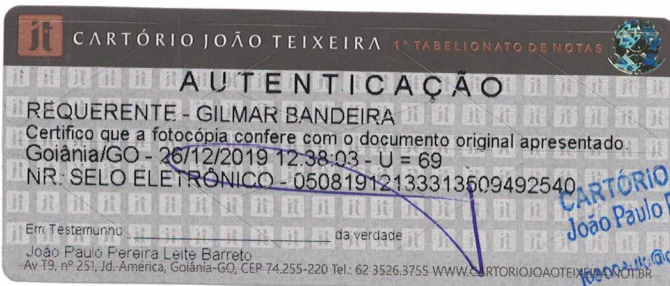
Parauapebas 26 de dezembro de 2009



[Handwritten Signature]
Gilmar Bandeira CRA- GO 4982 RD
Diretor Operacional

Pró Saúde Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar

Av: Karajá S/N – Serra dos Carajás- CEP 68.516-000 – Parauapebas - PA – Fone/fax: (0xx94)3327-5236

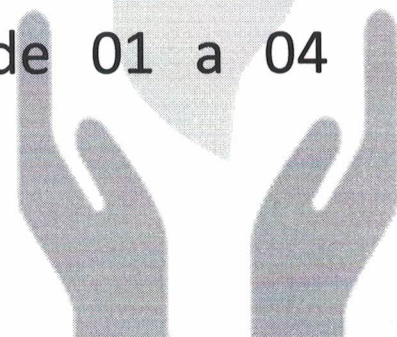


CARTÓRIO JOÃO TEIXEIRA
João Paulo Pereira Leite Barreto
Escrivente
@cartoriojoaoateixeira.not.br

748

Anexo – 03

Comprovação de experiência no gerenciamento da unidade de saúde exclusivamente de Apoio, Orientação Terapêutica em nível ambulatorial, com serviço de consultas clínicas médicas, de 01 a 04 anos, 11 meses e 29 dias.



ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA PROFISSIONAL

Atestamos para os devidos fins que, o Sr. **JAIME FERREIRA DE OLIVEIRA NETO**, brasileiro, casado, administrador, RG 686.168 SSP/GO CPF/MF 272.900.006-25, residente e domiciliado na Rua T 62 N° 1121 apto 600 - Edifício Porto Brisa Goiânia, Goiás, exerceu no período de junho de 2015 à dezembro de 2019 a função de **DIRETOR GERAL** do Grupo DR & CIA, CLINICA MÉDICA POPULAR DC LTDA, CNPJ: 25.260.725/0001-40, sendo o responsável pela gestão de 04 (quatro) unidades de atendimento ambulatorial, englobando a contratação e administração de médicos em todas as especialidades, realização de exames de imagem, laboratoriais, procedimentos, orientação terapêutica e serviços odontológicos.

Volume de consultas ambulatoriais	6.000/mês
Volume de Pequenas Cirurgias de baixa complexidade	90/mês
Volume de SADT	2.500/mês
Outros procedimentos não médicos	600/mês

Foi responsável pela implantação dos POP's (Procedimentos Operacionais), gestão, operacionalização, organização e gerenciamento de todos os setores administrativos, assistenciais e de apoio.

O profissional demonstrou capacidade de realizar as atividades a que se propôs, exercendo suas funções com natureza qualitativa satisfatória, além de cumprir regularmente os prazos e metas estabelecidas.

Goiânia 06 de dezembro de 2019.

Dr. José Israel Sanchez
Medicina Intensiva
Unimed Goiania-064/126
CRM-GO 12896

José Israel Sanches Robles
CRM/GO 12896
Sócio Proprietário
CLINICA MÉDICA POPULAR DC LTDA
CNPJ: 25.260.725/0001-40

Dr&Cia – DRECIA SOLUÇÕES EM SAÚDE LTDA
Rua 1040 N° 49 – Setor Pedro Ludovico
Tel (62) 3626 6546 - WhatSap (62) 9 8266 7540 – www.drecia.com.br

30 Tabelionato de Notas Goiânia - Goiás
Fone: (62) 3278-1338 / 3278-1096

Reconheço por SEMELHANÇA a(s) firma(s) de
JOSE ISRAEL SANCHEZ ROBLES que atua por CLINICA
MÉDICA POPULAR DC LTDA

Em Testemunho
LISA GERALDA FAGUNDES CARDOSO

Posto que analogia(s) constante(s) de nosso Livro de Registro de
Goiânia, 26 de Dezembro de 2019

CARDOSC
Selo Eletrônico nº 02081912262983909460225
Consulte em: <http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo>

30 Tabelionato de Notas Goiânia - Goiás
Fone: (62) 3278-1338 / 3278-1096

AUTENTICACÃO
Confere com o original
Goiânia, 26 de Dezembro de 2019

LISA GERALDA FAGUNDES CARDOSO
Selo Eletrônico
nº 02081912262983909490096
Consulte em <http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo>

750

Anexo – 04

Decreto de qualificação como Organização Social na área da saúde em Goiás e ou outra unidade da federação de 01 a 04 anos, 11 meses e 29 dias.





Diário Oficial

Estado de Goiás

GOIÂNIA, SEGUNDA-FEIRA, 21 DE AGOSTO DE 2017

ANO 180 - DIÁRIO OFICIAL/GO - Nº 22.633

ATOS DO PODER EXECUTIVO

DECRETO Nº 9.027, DE 18 DE AGOSTO DE 2017.

Qualifica como Organização Social de Saúde, no âmbito do Estado de Goiás, a entidade que especifica.

O GOVERNADOR DO ESTADO DE GOIÁS, no uso de suas atribuições constitucionais, nos termos da Lei estadual nº 15.503, de 28 de dezembro de 2005, e alterações posteriores, e tendo em vista o que consta do Processo nº 201600013003313,

DECRETA:

Art. 1º Fica qualificada como Organização Social de Saúde, no âmbito do Estado de Goiás, a Associação Brasileira de Entidades de Assistência Social (ABEAS), inscrita no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas do Ministério da Fazenda (CNPJ/MF) sob o nº 04.547.278/0001-34, com sede na Avenida T-9, nº 2310, Sala 706-A, Quadra 523, Lotes 10/15, Jardim América, CEP 74.255-220, nesta Capital.

Art. 2º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

PALÁCIO DO GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS, em Goiânia, 18 de agosto de 2017, 129º da República.

MARCONI FERREIRA PERILLO JÚNIOR

Protocolo 34295

DECRETO ORÇAMENTÁRIO Nº 316, DE 17 DE AGOSTO DE 2017

Dispõe sobre a abertura de crédito suplementar à SECRETARIA DA MULHER, DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL, DA IGUALDADE RACIAL, DOS DIREITOS HUMANOS E DO TRABALHO, no valor de R\$ 10.000,00.

O GOVERNADOR DO ESTADO DE GOIÁS, usando de suas atribuições constitucionais, considerando o disposto nos arts. 10, inciso I, alínea "d", e 12 da Lei nº 19.588, de 12 de janeiro de 2017,

DECRETA:

Art. 1º Fica aberto à SECRETARIA DA MULHER, DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL, DA IGUALDADE RACIAL, DOS DIREITOS HUMANOS E DO TRABALHO 1 (um) crédito suplementar no valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais), para reforço de dotação consignada no vigente Orçamento-Geral do Estado, conforme o Quadro 1 que acompanha este Decreto.

Parágrafo único. O recurso necessário à execução do disposto neste artigo é caracterizado no inciso III do §1º do art. 43 da Lei federal nº 4.320, de 17 de março de 1964, proveniente de anulação parcial de dotação orçamentária, de acordo com o Quadro 2 deste Decreto.

Art. 2º Este Decreto entra em vigor nesta data.

PALÁCIO DO GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS, em Goiânia, 17 de Agosto de 2017, 129º da República.

MARCONI FERREIRA PERILLO JUNIOR
JOAQUIM CLAUDIO FIGUEIREDO MESQUITA
JOAO FURTADO DE MENDONCA NETO

QUADRO 1

SUPLEMENTAÇÃO			
3800 - SECRETARIA DA MULHER, DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL, DA IGUALDADE RACIAL, DOS DIREITOS HUMANOS E DO TRABALHO			
3802 - SUPERINTENDÊNCIA EXECUTIVA DA MULHER E DA IGUALDADE RACIAL			
CLASSIF. ORÇAMENTÁRIA	DESCRIÇÃO DA AÇÃO	GRUPO DE DESPESA	FONTE
14 422 1050 2.264	FORTEALECIMENTO DAS INSTÂNCIAS DE ARTICULAÇÃO E PARTICIPAÇÃO DA POLÍTICA DA MULHER	3 - OUTRAS DESPESAS CORRENTES	100
SALDO CRÉD. SUPLEMENTAR	VALOR DA DESPESA	VALOR A SUPLEMENTAR	
R\$ 30.000,00	R\$ 40.000,00	R\$ 10.000,00	
			VALOR TOTAL A SUPLEMENTAR
			R\$ 10.000,00

QUADRO 2

REDUÇÃO			
3800 - SECRETARIA DA MULHER, DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL, DA IGUALDADE RACIAL, DOS DIREITOS HUMANOS E DO TRABALHO			
3802 - SUPERINTENDÊNCIA EXECUTIVA DA MULHER E DA IGUALDADE RACIAL			
CLASSIF. ORÇAMENTÁRIA	DESCRIÇÃO DA AÇÃO	GRUPO DE DESPESA	FONTE
14 422 1050 2.250	CAMPANHAS E AÇÕES SOCIOEDUCATIVAS DE ATENÇÃO À SAÚDE E ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER	3 - OUTRAS DESPESAS CORRENTES	100
SALDO A PROGRAMAR	VALOR BLOQUEADO	VALOR A REDUZIR	
R\$ 0,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	
			VALOR TOTAL A REDUZIR
			R\$ 10.000,00

Protocolo 34160

752

BP

Anexo – 05

Titulação de especialistas em Administração Hospitalar dos membros da diretoria e coordenação.



DS



Reginaldo Costa Biffe

Brasileiro, casado, 48 anos

Residente na Rua N, Quadra 20, Lote 738, Solar do Agreste B, Rio Verde - Goiás

E-mail - reginaldobiffe@terra.com.br.

Celular – 064 9279 54 72/ 064 3614 97 12

FORMAÇÃO

Pós-Graduado - Gestão em Saúde Pública pelo IACHS-RS - 2002

Graduado em Administração Hospitalar pela União Social Camiliana – USC –SP - 1993

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

Diretor Geral do Hospital de Urgência da Região Sudoeste (hospital público) – Santa Helena de Goiás- GO, desde 2010 até janeiro 2017.

Hospital Acreditado ONA 1 durante minha gestão. www.hurso.org.br

Diretor Geral do Hospital Yutaka Takeda (hospital privado pertencente a Cia Vale Mineradora) – Carajás –PA. 2004 a 2009.

Ampliação dos serviços médicos, aumento no volume de convênios atendidos, por consequência maior viabilidade econômica, financeira e aumento da complexidade na assistência oferecida aos pacientes da região sudeste do Pará.

Coordenador de 08 hospitais da Beneficência Camiliana do Sul da Ordem Camiliana (hospitais privados filantrópicos conveniados ao SUS), situados em Fortaleza, Limoeiro do Norte e Itapipoca (Ceará), Pedro II (Piauí), Santarém (Pará), Balsas e Grajaú (Maranhão), Macapá (Amapá).1999 a 2002.

Responsável pelos administradores das unidades, acompanhamento orçamentário com foco no resultado econômico, financeiro e atendimento das metas contratadas.

Diretor Geral dos Hospitais Comunitários de Gurupi e Palmas (hospitais públicos) situados no Estado do Tocantins. 1996 a 1999.

Responsável pela execução orçamentária das unidades com foco no resultado econômico, financeiro e atendimento das metas contratadas.

Administrador Assistente do Hospital Mãe do Bom Conselho do Grupo Santa Catarina, situado em Santa Teresa-ES. 1993 a 1996.

Responsável pela implantação dos serviços financeiro, logística, faturamento, SPP, departamento pessoal e supervisão das demais unidades de apoio. Assessorava a Diretora Geral nas negociações com órgãos públicos.

Assessor da Sociedade Beneficente São Camilo - Gerência Hospitalar – São Paulo –SP. Durante formação acadêmica 1990 a 1993.

Estagiário na Sociedade Beneficente São Camilo – Hospital São Camilo com aproximadamente 3600 horas de estágio curricular desenvolvido em todas as unidades do hospital.

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Presidente do Conselho Fiscal da Federação das Misericórdias de Goiás – 2015/216

Tesoureiro da Federação das Misericórdias do Ceará – 2001/2003

Vice-Presidente da Federação Brasileira de Administradores Hospitalares – Tocantins – 1998/2000.

Participante de diversos Congressos e Fóruns com foco na atualização profissional (1990 a 2016).

755

CB



2ª via

O Reitor do Centro Universitário São Camilo, no uso de suas atribuições e tendo em vista a colação de grau do curso de Administração, em 18 de dezembro de 1993 confere o título de BACHAREL a


Reginaldo Costa Biffe

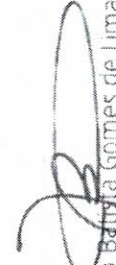
brasileiro, natural do Estado de São Paulo, nascido a 04 de março de 1968
R.G. nº 2000010375660 CE

e outorga-lhe o presente diploma,

a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

São Paulo, 16 de julho de 2018.


Monica Gomes Abel
Secretária Geral


Prof. Me. João Batista Gomes de Lima
RM/01

CARTÓRIO JOÃO TEIXEIRA - TABELONATO DE NOTAS
AUTENTICAÇÃO DE CÓPIA JÁ AUTENTICADA
 REQUERENTE - GILMAR BANDEIRA
 Certifico que a fotocópia confere com a fotocópia apresentada. João Paulo Pereira Leite Barreto
 Goiânia/GO - 26/12/2019 12:36:27 - U = 69
 NR. SELO ELETRÔNICO - 05081912133313509492489
 Em Testemunho, _____ da verdade
 João Paulo Pereira Leite Barreto
 Av.19, nº.251, Jd. América, Goiânia-GO, CEP 74.255-220 Tel.: 82.3526-3755 WWW.CARTORIOJOAO TEIXEIRA.NOT.BR

CARTÓRIO JOÃO TEIXEIRA - TABELONATO DE NOTAS
AUTENTICAÇÃO DE CÓPIA JÁ AUTENTICADA
 REQUERENTE - GILMAR BANDEIRA
 Certifico que a fotocópia confere com o documento original apresentado.
 Goiânia/GO - 14/05/2019 12:10:18 - U = 67
 NR. SELO ELETRÔNICO - 02011904171230094907894
 Em Testemunho, _____ da verdade
 João Paulo Pereira Leite Barreto
 Av.19, nº.251, Jd. América, Goiânia-GO, CEP 74.255-220 Tel.: 82.3526-3755 WWW.CARTORIOJOAO TEIXEIRA.NOT.BR

756

Reitor: Prof. Me. João Batista Gomes de Lima
Secretaria Geral: Monica Gomes Abel

Curso de Administração

Reconhecido pela Portaria nº 604
de 13-12-1988 - D.O.U de 15-12-1988

APOSTILA

Centro Universitário São Camillo
O diplomado concluiu neste Centro Universitário
a Habilitação em:
Administração Hospitalar

São Paulo, 16 de julho de 2018.

Monica Gomes Abel
Secretaria Geral

Centro Universitário São Camillo
Apostila-se o presente diploma para declarar
que a 1ª via foi emitida pelas Faculdades
Integradas São Camillo e registrada pela Universidade
de São Paulo, sob nº 103/422, Processo
nº 94.1.30559.1.0 em 17 de novembro de 1994.

São Paulo, 16 de julho de 2018.

Monica Gomes Abel
Secretaria Geral

CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILLO	
Diploma registrado sob nº	18741
Processo nº	2018.1.004149.1
nos termos do Artigo 2º do Decreto nº 5.786/2006.	
São Paulo, 13 de agosto de 2018	
Elaine de Freitas Corrion Setor de Registro de Diplomas	
Monica Gomes Abel Secretaria Geral	

CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILLO	
ANOTADAS AS APOSTILAS	
São Paulo, 13 de agosto de 2018	Corrion
Elaine de Freitas Corrion Setor de Registro de Diplomas	

CARTÓRIO JOÃO TEIXEIRA ESTABELIONATO DE NOTAS

AUTENTICAÇÃO DE CÓPIA JÁ AUTENTICADA

REQUERENTE - GILMAR BANDEIRA

Certifico que a fotocópia confere com a fotocópia apresentada.

Goiania/GO - 26/12/2019 12:36:30 - U = 69

NR SELO ELETRÔNICO - 05081912133313509492495

Em Testemunho _____ da verdade

João Paulo Pereira Leite Barreto

Av T9, nº 251 Jd. América, Goiânia-GO, CEP 74.255-220 Tel.: 62 3526.3755 WWW.CARTORIOJOAO TEIXEIRA.NOTAS

CARTÓRIO JOÃO TEIXEIRA
João Paulo Pereira Leite Barreto
Est. perante
joao@cartoriojoao Teixeira.net.br

CARTÓRIO JOÃO TEIXEIRA ESTABELIONATO DE NOTAS

AUTENTICAÇÃO DE CÓPIA

REQUERENTE - GILMAR BANDEIRA

Certifico que a fotocópia confere com o documento original apresentado.

Goiania/GO - 14/05/2019 12:10:19 - U = 67

NR SELO ELETRÔNICO - 02011904171230094907896

Em Testemunho _____

João Paulo Pereira Leite Barreto

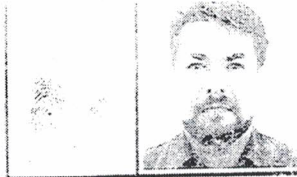
Av T9, nº 251 Jd. América, Goiânia-GO, CEP 74.255-220 Tel.: 62 3526.3755 WWW.CARTORIOJOAO TEIXEIRA.NOTAS

ESTABELIONATO
JOÃO TEIXEIRA
João Paulo Pereira Leite Barreto
Substituta
joao@cartoriojoao Teixeira.net.br



0171179

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
CONSELHO REGIONAL DE
ADMINISTRAÇÃO DE GOIÁS



Registro CRA-GO	Nº 14928	Data do Registro 29/11/2011	1ª VÍZIA
Nome REGINALDO COSTA BIFFE			
Assinatura do Portador			

Nacionalidade BRASILEIRA	Nacionalidade ARACATUBA-SP	Data do Nascim. 03/03/1968
RG 2000010375660	Orgão Expedidor SSP/CE	Expedição do RG 01/08/2000
Filiação ANTONIO BIFFE NEUZA COSTA BIFFE		CPF 111.058.578-53
Diplomado por EAC INTEGRADAS SÃO CAMILO		Registro MEC Nº 1037422
Identidade profissional de ADMINISTRADOR, habilitado na forma do alínea "A" do Art. 3º, da Lei 4.758 de 09/03/1955.		
GOIÂNIA-GO, 29/11/2011		ADM. JOÃO DAVINO DE FRITO Presidente CRA GO
Local e Data de Expedição		

OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E TABELIONATO DE NOTAS DA COMARCA DE RIO VERDE - GO
Av. Presidência Vargas, 220 - Entada - CEP: 74.700-000 - Rio Verde - Goiás
Fone: (61) 3029-000 / Fax: (61) 3029-018

06401601180915024904264 - Consulte em
<http://extrajudicial.tigo.jus.br/selo>

Autentico a presente fotocópia por conferir com original que me foi apresentado. Dou fé.
*MBF*G2898UYJ-362236-91
Rio Verde - GO, 05 de fevereiro de 2016.

Aline Pickler Callegari - Tabelião Oficial Substitua

Aline Callegari

5º TABELIONATO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
RUA 115 - Nº 1498 - Gd. F-41 LT 192 / 194 - Setor Sul - Goiânia - GO - CEP: 74085-325
FONE: (61) 3223-1814

AUTENTICAÇÃO
01131911038239306491070 - Consulte em
<http://extrajudicial.tigo.jus.br/selo>

Conferi com o original. Dou Fé. Em Teste da
Verdade Goiânia-GO, 19 de novembro de 2019 0555415A

Ezequiel da Silva Carvalho - Escrevente

CARTÓRIO JOÃO TEIXEIRA - 1º TABELIONATO DE NOTAS

AUTENTICAÇÃO DE CÓPIA JÁ AUTENTICADA

REQUERENTE - GILMAR BANDEIRA
Certifico que a fotocópia conferi com a fotocópia apresentada.
Goiânia(GO) - 28/12/2019 12:36:28 - U = 69

JOÃO TEIXEIRA
Escrevente
NR. SELO ELETRÔNICO - 050819121333135094924960

Em Testemunho
João Paulo Pereira Leite Barreto
Av. 19, nº 251, Jd. América, Goiânia-GO, CEP: 74.255-220 Tel.: 62-3526-3755 WWW.CARTORIOJOAOITEIXEIRA.NOT.BR

757

B

CURRICULUM VITAE

Dra. Wania Sanches Picasso

DADOS PESSOAIS:

PROFISSÃO: Medica. CRM-TO Nº 1953, CRM-SP Nº 19.775, CRM-GO Nº 17.882

DATA DE NASCIMENTO: 27/01/1961

ESTADO CIVIL: Casada.

ENDEREÇO: Rua Cezar Lattes 198 Residencial Lugano Swuiis Park Campinas SP

Fone Celular: (63)999731533 ou (63) 999409882- secretária Adriane

E-Mail: waniapicasso1@gmail.com

GRADUAÇÃO:

1993 - Medica pela Faculdade de Medicina de Marília SP- FAMEMA

1994-1995 Residência Medica: Pediatria FAMEMA.

POS-GRADUAÇÃO:

2009- 2011 – Urgências Pediátricas. - INCAR

CURSOS DE CAPACITAÇÃO E APERFEICOAMENTO:

- 2004: Reanimação Neonatal, pela Sociedade de Pediatria de São Paulo

-2005: PALS, SAVP Suporte Avançado de Vida em Pediatria, pela Sociedade de
Pediatria de São Paulo

- 2007: Reanimação Neonatal, pela Sociedade de Pediatria de São Paulo.

- 2009: Capacitação no Método Canguru, Hospital Dona Regina, Palmas-TO

- 2011: Reanimação Neonatal, pela Sociedade Tocantinense de Pediatria.

- 2011: PALS, SAVP. Suporte Avançado de Vida em Pediatria, Pela Sociedade Brasileira
de Pediatria em Palmas-TO

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

- 1995 a 2006 Medica em Pediatria pelo Município de Inocência- MS

-2006 a 2009, Coordenadora Medica do Pronto Socorro Infantil do Hospital e
Maternidade Dom Orione HMDO. Araguaina-TO

758

6

-01/06/2008 01/09/2013: Coordenadora Medica do Pronto Socorro do HYT (Hospital Yutaka Takeda) Carajás- PA

-01/05/2013 a 16/12/2018: Coordenadora Médica da UTI Adulto, UTI Pediátrica, Clínica Médica, HURSO

-03/11/2009 a 30/09/2014: Diretora Técnica do Hospital Municipal de Araguaína TO

-14/07/2011 a 30/09/2014: Diretora Técnica da UPA Anatólio Dias Carneiro – Araguaína TO

-03/11/2009 a 30/09/2014: Coordenadora Medica do Ambulatório de Especialidades Medicas do Município de Araguaína TO

-02/01/2017 a 02/01/2018: Coordenadora Médica da UTI Adulto Hospital e Maternidade Leonor Mendes de Barros São Paulo –SP-

-17/01/2018 a 01/04/2018: Coordenadora Médica da UTI Pediátrica do HURSO.

- 15/07/ 2018 até o momento : Coordenadora Médica da Santa Casa de São Carlos

ESPECIALIDADES TRABALHADAS:

CNPJ 24.232.886/0088-18 Pro Saúde Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar, Administradora Hospital Municipal de Araguaína, UPA 24hs Anatólio Dias Carneiro e Ambulatório Municipal de Especialidades.

HMA

- Pediatria
- Oftalmologia
- Cirurgia
- Neurologia
- Cardiologia

UPA 24hs

- Clinica Médica
- Pediatria
- Ortopedia

AME

- Pediatria
- Neurologia
- Oftalmologia
- Cardiologia

759

- Dermatologia
- Endocrinologia
- Gastroenterologista
- Geriatria
- Psiquiatria
- Otorrinolaringologia
- Cirurgia Pediátrica
- Anestesia
- Urologia
- Ortopedia
- Cirurgia Vascular

CNPJ 24232886/0001-67 Pro Saúde Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar, Administradora do Hospital Yutaka Takeda-PA-

- Dermatologista
- Endocrinologista
- Ortopedista
- Ginecologista
- Clínica Médica
- Pediatria
- Cirurgião Plástico
- Neuro Pediatra
- Cirurgião Geral

CNPJ 23.453.830/0004-12 INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HOSPITALAR, Administrados do Hospital Regional do Marajó. -PA-

- Ginecologia
- Oftalmologia
- Anestesista
- Cirurgião Geral
- Ortopedista
- Radiologista
- Urologista

CNPJ 24.232.886/0070-99 Pro Saúde Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar, Administradora do Hospital 5 de Outubro -PA-

- Cirurgião Geral
- Ginecologia
- Ortopedia

CNPJ 24.232.886/0094-66 Pro Saúde Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar, Administradora Hospital de Urgência da Região Sudoeste -GO-

- Clínico Geral
- Anestesia

760

SB

- Ginecologia
- UTI Adulto
- UTI Pediátrica
- Nutrologia

CNPJ 24.232.886/0157-84 Pro Saúde Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar. Administradora em Sumaré-SP

- UPA 24hs
- PA Matão
- PA Nações
- PA Maria Antônia
- USB Paraíso

CNPJ 45.349.461/0009-60 Associação Hospitalar Beneficente do Brasil Administrados, do Hospital de Chapadão do Sul –MS-

- Clínica Médica
- Pediatria
- Ortopedia
- Cirurgia
- Ginecologia
- Anestesia

MS- CNPJ 03.276.524/0001-06 Associação Beneficente de Campo Grande-ABCG –

- Oftalmologia

CNPJ 20.468.260/0002-84 Obras Sociais Paroquia Nossa Senhora da Boa Viagem de Itabirito, Administradora do PAM –MG-

- Clínica Médica
- Pediatria
- Ortopedia
- Cirurgia

CNPJ 45.349.461/0001-55 Associação Hospitalar Beneficente do Brasil Administradora do Hospital Leonor Mendes Barros.-SP-

- UTI Adulto

CNPJ 02.955.271/0001-26 Secretaria de Estado da Saúde Administradora da Caravana da Saúde –MS-

- Reumatologia

761

SB

- Psiquiatria
- Ortopedia
- Cardiologia
- Urologia
- Endocrinologia
- Nefrologia
- Vascular

CNPJ 24.232.886/0001-67 Pro Saúde Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar. Administradora Hospital Regional Público de Gurupi. -TO-

- Ortopedia

CNPJ 24.232.886/0112-82 Pro Saúde Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar. Administradora Hospital Regional Público de Miracema -TO-

- Pediatria
- Ginecologia

CNPJ 24.232.886/0105-53 Pro Saúde Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar. Administradora Hospital e Maternidade Tia Dedé.-TO-

- Pediatria
- Ginecologia

CNPJ 45.349.461/0001-02 Associação Hospitalar Beneficente do Brasil .-SP-

- UTI Adulto

CNPJ 24.232.886/0094-66 Pró saúde Hospital de Urgência da Região Sudoeste .-HURSO-GO-

- Anestesia
- Clínica Médica
- UTI Adulto
- UTI Pediátrica
- Sala Vermelha /Sala Amarela

CNPJ 18.972.378/000708 Instituto Brasileiro de Gestão Hospitalar - IBGH- Santa Helena de Goiás-GO-

- UTI Pediátrica

762

9

CONTATOS:

Dra. Rosania Polizelli - Coordenadora da UTI neonatal do Hospital
HMDO Araguaina TO FONE (63) 92460115

763

6



Fundação Municipal de Ensino Superior de Marília
Faculdade de Medicina de Marília

Reconhecida pelo Decreto Federal n.º 71.641, de 29/12/72

© Diretor da Faculdade de Medicina de Marília, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de Medicina, em 14 de novembro de 1995, confere o título de

Médica a

Wânia Sanches Picasso

nascida a 27 de janeiro de 1961, natural do Estado de São Paulo, inscrita no Conselho da Ordem dos Médicos do Estado de São Paulo sob o nº 10.647.680 - SSP/SP, Nacionalidade Brasileira - R. G. n.º 10.647.680 - SSP/SP

e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Marília, 19 de novembro de 1995

Prof. Sílcio de Rossi Netto
Secretário Geral

Dr. Roberto de Oliveira Paulillo
Diretor Executivo

[Assinatura]
Diplomada



CARTÓRIO JOÃO TEIXEIRA - TABELAÇÃO DE NOTAS
 REQUERENTE - GILMAR BANDEIRA
 Certifico que a fotocópia confere com a fotocópia apresentada
 Goiânia/GO - 26/12/2019 12:36:25 - U = 69
 NR. SELO ELETRÔNICO - 05081912133313509492483

CARTÓRIO JOÃO TEIXEIRA - TABELAÇÃO DE NOTAS
 REQUERENTE - GILMAR BANDEIRA
 Certifico que a fotocópia confere com a fotocópia apresentada
 Goiânia/GO - 18/11/2019 14:22:22 - U = 57
 NR. SELO ELETRÔNICO - 02011971061056094902899

764

[Assinatura]

CARTÓRIO JOÃO TEIXEIRA - TABELIONATO DE NOTAS

AUTENTICAÇÃO DE CÓPIA JÁ AUTENTICADA

REQUERENTE - GILMAR BANDEIRA

Certifico que a fotocópia gentile com a fotocópia apresentada

GoIânia/GO - 26/12/2019 12:36:27 - U = 69

NR SELO ELETRÔNICO - 05081912133318509492488

Em Testemunho

João Paulo Pereira Leite Barreto

Av 19, nº 251, Jd. América, Goiânia-GO, CEP 74.255-220 Tel: 62 3526.3755 WWW.CARTORIOJOAOEIXEIRA.NOT.br

CARTÓRIO JOÃO TEIXEIRA - TABELIONATO DE NOTAS

AUTENTICAÇÃO DE CÓPIA JÁ AUTENTICADA

REQUERENTE - GILMAR BANDEIRA

Certifico que a fotocópia gentile com a fotocópia apresentada

GoIânia/GO - 18/11/2019 14:22:22 U = 57

NR SELO ELETRÔNICO - 020119110810560949028898

Em Testemunho

Cartório João Teixeira

Av 19, nº 251, Jd. América, Goiânia-GO, CEP 74.255-220 Tel: 62 3526.3755 WWW.CARTORIOJOAOEIXEIRA.NOT.br

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE BIRITIBA

Diploma Registrado em 04/09/1994

Matrícula nº 3375592

Nome do Aluno: ALBERTO ALBERTO DE SAO PAULO

Em 25 de Maio de 1994

Assinado por: Waldemar de Souza

CONFERE

Em 06 de Setembro de 1994

Assinado por: Waldemar de Souza

Local de Registro

DIPLOMA REGISTRADO NA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE BIRITIBA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO POR DECISÃO TENCIA DO MINISTERIO DA EDUCACAO E CULTURA.

Conselho Regional de Medicina

Estado de Mato Grosso do Sul

Diploma Registrado a ficha nº 3152

de tipo nº G da cobido com e

em 22/08 de 90 de setembro de 1997

Assinado em 31 de 05 de 1995

Assinado por: Waldemar de Souza

CRM-TO

Conselho Regional de Medicina do Estado de Tocantins

Assinado em 1993

Assinado por: Waldemar de Souza

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARÁ

Médico inscrito sob nº 9415

em 14/10/2008 de acordo com a Lei nº 3268 de 30 de Setembro de 1957

Belem/PA 14/10/2008

Assinado por: Waldemar de Souza

5ª TABEI

Autenticação de cópia

Assinado em 28 JUN 2017

Assinado por: Waldemar de Souza

CRM-MG

Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais

Nesta data o presente diploma da Dra. WANIA SANCHES PICASSO foi registrado sob o nº 68895, de acordo com o artigo 17 da Lei N.º 3.268 de 30 de setembro de 1957.

Belo Horizonte, 01/09/2015

Assinado por: Waldemar de Souza

005219

Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás

Nesta data, o presente diploma do(a) WANIA SANCHES PICASSO foi registrado sob o nº 17882, de acordo com o artigo 17 da Lei nº 3.268 de 30 de setembro de 1957.

Assinado por: Waldemar de Souza

GoIânia 25/10/2013

Nº 011115

Dr. Erso Guimarães

CARTÓRIO JOÃO TEIXEIRA

Escritório

João Paulo Pereira Leite Barreto

joaopaulo@cartoriojoaoeixeira.net.br

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
CONSELHO REGIONAL DE GOIÁS
CEDULA DE IDENTIDADE DE MÉDICO

NOME: **WÂNIA SANCHES PICASSO** CRM AM: **017882/GO**

FILIAÇÃO: **LEOPOLDO SANCHES**
DOLORES OGEDA SANCHES

DATA DE INSCRIÇÃO: **25/10/2013**

Wânia Sanches Picasso
 ASSINATURA DO PORTADOR

CPF: **058.844.508-85** RG / ÓRGÃO EMISSOR: **10647680/SSP-TO**

TÍTULO DE ELEITOR: **029513090108** SEÇÃO: **0103** ZONA: **001**

DATA DE NASCIMENTO: **27/01/1961** NATURALIDADE: **RANCHARIA-SP**

LOCAL E DATA DE EXPEDIÇÃO: **GOIÂNIA, 21/11/2013**

0094768

Essquima de
 ASSINATURA DO PRESIDENTE DO CRM

VALIDA COMO PROVA DE IDENTIDADE PARA QUALQUER EFEITO DE ACORDO COM A LEI 8.267/75.

CÓPIA AUTENTICADA CONFORME O ORIGINAL
 APRESENTADO DOU FE **R\$ 3,58**
 VALIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE

30 ABR. 2019 **33**

ESCRITÓRIOS: **2º TABELÃO**
 DE SÃO CARLOS - SP
 (16) 2107-4000

Wânia Sanches Picasso

Giovani Fietre dos Santos
 Escrevente

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS
 DEPARTEMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: **WÂNIA SANCHES PICASSO**

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF: **10647680 SSP/SP**

CPF: **058.844.508-85** DATA NASCIMENTO: **27/01/1961**

FILIAÇÃO: **LEOPOLDO SANCHES**
DOLORES OGEDA SANCHES

PERMISSÃO: **AB** ACC: **AB** CAT. HAB: **AB**

Nº REGISTRO: **00172623408** VALIDADE: **26/10/2023** 1ª HABILITAÇÃO: **30/03/1979**

OBSERVAÇÕES: **A**

Wânia Sanches Picasso
 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: **CAMPINAS, SP** DATA EMISSÃO: **29/10/2018**

Wânia Sanches Picasso
 ASSINATURA DO EMISSOR

SÃO PAULO

CÓPIA AUTENTICADA CONFORME O ORIGINAL
 APRESENTADO DOU FE **R\$ 3,58**
 VALIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE

30 ABR. 2019 **33**

ESCRITÓRIOS: **2º TABELÃO**
 DE SÃO CARLOS - SP
 (16) 2107-4000

Wânia Sanches Picasso

Giovani Fietre dos Santos
 Escrevente

CARTÓRIO JOÃO TEIXEIRA TABELIONATO DE NOTAS

AUTENTICAÇÃO DE CÓPIA JÁ AUTENTICADA

REQUERENTE - **GILMAR BANDEIRA**
 Certifico que a fotocópia confere com a fotocópia apresentada.
 Goiânia/GO - 12/11/2019 14:21:27 U = 57
 NR. SELO ELETRÔNICO - 02614911061056094902887

João Paulo Pereira Leite Barreto
 Assinatura do Tabelião

JOÃO PAULO PEREIRA LEITE BARRETO
 Escrevente

CARTÓRIO JOÃO TEIXEIRA TABELIONATO DE NOTAS

AUTENTICAÇÃO DE CÓPIA JÁ AUTENTICADA

REQUERENTE - **GILMAR BANDEIRA**
 Certifico que a fotocópia confere com a fotocópia apresentada.
 Goiânia/GO - 26/12/2019 12:36:25 - U = 69
 NR. SELO ELETRÔNICO - 05081912133313509492484

João Paulo Pereira Leite Barreto
 Assinatura do Tabelião

JOÃO PAULO PEREIRA LEITE BARRETO
 Escrevente

765

W

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA

Reconhecida pelo Decreto Federal nº 71.544 de 29.12.1972
Lei Estadual nº 9.898, de 27.09.94
Av. Monte Carmelo, 806 - Marília - São Paulo - CEP: 17.519-030

D E C L A R A Ç Ã O

Declaramos, para os devidos fins, que a Dra. WÂNIA SANCHES PICASSO, RG.nº 19.647.680, brasileira, natural de Bancheria/SP., nascida aos 27.01.1961, CRM.nº 79.775, concluiu 01 ano de Residência Médica na área de Pediatria, junto ao Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina de Marília, no período de 01.02.1994 a 01.02.1995, sendo a mesma reconhecida pelo Parecer nº 07/84 de 20.11.1984.

Marília, 01 de fevereiro de 1995.

[Handwritten Signature]
Dr. Daniel Sabbag Filho
Coord. do Departamento
de Pediatria da FAMEMA.

[Handwritten Signature]
Dr. Carlos R. da Silva Filho
Diretor Acadêmico

CARTÓRIO DO OFÍCIO DE NOTAS
Bol. Maurício Melo Araújo TABELIÃO
Iracema Moraes de Sousa SUBSTITUTA

Seio Digital nº 128397AAA362689-BVM
Confirme autenticidade: <http://correcedoria.tto.jus.br/index.php/seiodigital>
Autentico a presente fotocópia por conferir com o original que me foi apresentado. Dou fé. 0075 - 26/09/2019 - Araguaína-TO, 03 de julho de 2019
Em test. de verdade
Cleonete Soares dos Santos - Escrivente

**Cartório do
2º Ofício de
Notas de
Araguaína-TO**

CARTÓRIO JOÃO TEIXEIRA 1º TABELIONATO DE NOTAS
AUTENTICAÇÃO DE CÓPIA JÁ AUTENTICADA
REQUERENTE - GILMAR BANDEIRA
Certifico que a fotocópia confere com a fotocópia apresentada.
Goiania/GO - 13/11/2019 14:21:26 - U = 57
NR. SELO ELETRÔNICO - 0207191106108609490288

CARTÓRIO JOÃO TEIXEIRA 1º TABELIONATO DE NOTAS
AUTENTICAÇÃO DE CÓPIA JÁ AUTENTICADA
REQUERENTE - GILMAR BANDEIRA
Certifico que a fotocópia confere com a fotocópia apresentada.
Goiania/GO - 26/12/2019 12:36:26 - U = 69
NR. SELO ELETRÔNICO - 05081912133313509492485

CARTÓRIO JOÃO TEIXEIRA
João Paulo Pereira Leite Barreto
Escrivente
joao@cartoriojoaoiteixeira.com.br

766

[Handwritten mark]

GILMAR BANDEIRA

Setor Bueno- Goiânia /GO
50 Anos / casado
(62) 99295-6101

gilmarbandeira@msn.com; gilmar@abeas.org.br

<https://www.linkedin.com/in/gilmarbandeira01>

OBJETIVO: ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

FORMAÇÃO ACADÊMICA

- ♦ Especialização em **Saúde Pública** – Fundação Fio Cruz
- ♦ Especialização em **Gestão em Saúde** – IACHS
- ♦ Graduado em **Administração Hospitalar** – Faculdades Integradas São Camilo

RESUMO PROFISSIONAL

- Profissional com carreira desenvolvida na área de Administrativa, Hospitalar e Operacional em empresas do segmento Hospitalar com significativa evolução na carreira. Forte atuação em instituições filantrópicas em todo o país, qualificadas como organizações sócias de saúde OSS.
- Formação e direcionamento de equipes, direcionada para atingimento de resultados e objetivos, capacidade e ação inovadora, propósito colaborativo, gestão inclusiva para a diversidade, visão sistêmica, comunicação e relacionamento com cliente.
- Gestão de aproximadamente de 1.500 colaboradores diretos em 06 (seis) unidades de saúde distribuídos em três Estados Goiás, Tocantins e Pará, diretores de unidades, médicos, enfermeiros, equipes multidisciplinares e apoio, atuando no direcionamento estratégico e melhoria dos processos internos.
- Atuação direcionada ao desenvolvimento de pessoas, através do mapeamento de perfil, estabelecimento de metas e indicadores objetivos, desenho e implantação de manual de rotinas e manual de boas praticas, gestão de desvios e reavaliação de percurso se necessário, que levem ao alcance dos resultados dentro do prazo definido.
- Forte envolvimento com implantações e gerenciamento de contas médicas, custos, estatísticas, central de atendimento, credenciamento, manutenção de contratos e informática hospitalar.
- Habilidade em negociações com fornecedores, planos de saúde, operadoras de seguro, instituições financeiras e entes públicos Governo de Estado e Municípios.
- Vivência na ampliação reforma e adaptações físico-funcionais de prédios hospitalares; especificação e quantificação de equipamentos e materiais médico-hospitalares.
- Expertise em projetos junto a Órgãos Públicos, Privados e Entidades de Classe. Grande experiência em planejamento e controle de custos hospitalares.
- Consultoria no segmento de saúde, com avaliação de demanda e viabilidade de recursos, tais como: Ambulatório, Laboratório, Radiologia, Centro de Diagnóstico, Pronto Atendimento, e Hospitais.
- Responsável por obras envolvendo: documentação e alteração de planta fabril, compras, qualificação de fornecedores, negociação de contratos, administração, treinamento de pessoal, recepção, manutenção predial, higienização, lavanderia, vigilância serviço de nutrição dietética e laboratório.

767

- Desenvolvimento e implantação de instrumentos normativos, manuais operacionais e documentação de processos. Habilidade no gerenciamento de equipes multifuncionais com foco em resultados e no desenvolvimento humano.
- Responsável pela implantação e coordenação do controle de contas a pagar, folha de pagamento, fornecedores, controle do fluxo de caixa, bancos, conciliação bancária.
- Implantação do controle de custos dos procedimentos médicos (taxa de permanência utilização de mat/med). Controle gerencias, relatório de atividades econômico/financeiro, contabilidades de custos, mapeamento de processos e indicadores de performance.
- Participação no projeto de operacionalização do novo Hospital (hospital projetado para 400 leitos) especificação dos novos equipamentos e dimensionamentos do novo quadro funcional.
- Responsável pela ampliação dos serviços médicos prestados pelo Hospital Regional de Palmas/TO e o bom funcionamento perante os órgãos públicos, comunidade, meios de comunicação, entidades privadas e entidades legais.
- Responsável pela certificação ONA Organização Nacional de Acreditação nível I e II em dois hospitais em unidade de saúde hospitalar publica/privado no Estado de Goiás e do Pará.

EMPRESAS

ABEAS- Associação Brasileira de Entidades de Assistência Social | 09/2016 – 11/2018
Hospital Renascença S/A – SE.

Cargo: Superintendente Executivo

PRÓ-SAÚDE Associação Beneficente Assistência Social e Hospitalar | 01/2005 a 08/2016
Hospital Yutaka Takeda -PA I Hospital Cinco de Outubro - PA I Hospital Municipal de Araguaína - TO I Unidade de Pronto Atendimento UPA Araguaína -TO I Hospital de Urgência de Santa Helena de Goiás -GO I Hospital Evangélico Dr. Gordon -GO I Hospital Nossa Senhora de Guadalupe -PA

Cargos: Diretor Operacional Regional

Diretor Geral Hospitalar

Diretor administrativo/Financeiro

PRÓ-SAÚDE Associação Beneficente Assistência Social e Hospitalar | 08/1999 a 06/2004
Hospital Regional de Miracema do Tocantins -TO I Hospital Regional de Palmas – TO.

Cargos: Diretor Geral

Diretor Administrativo

SOCIEDADE BENEFICIENTE SÃO CAMILO | 03/1996 a 07/1999
Santa Casa de João Pessoa .PR I Hospital Regional de Dianópolis -TO.

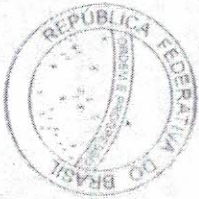
Cargo: Diretor Administrativo/Financeiro

CERTIFICADOS E ATIVIDADES EXTRACURRICULARES

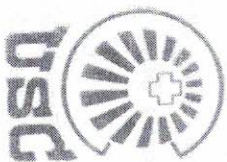
- ✓ Gestão por Processos – ONA
- ✓ Personal & Professional Coaching – SOCIEDADE BRASILEIRA DE COACHING
- ✓ II Congresso Brasileiro de Direito do terceiro Setor– IBDP
- ✓ VII Seminário Terceiro Setor e Parcerias na área de Saúde – IBDP
- ✓ 37º Congresso Brasileiro de Administração Hospitalar e Gestão da Saúde –
- ✓ Seminário Líder Coaching – Q.F REFERENCE BUSINESS COACHING.INN COMPANY
- ✓ Formação Auditores da Qualidade e Interpretação da Norma NBR ISSO 9001:2008 W3

768





Faculdades Integradas São Camilo



☉ Diretor Geral das Faculdades Integradas São Camilo, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de Administração em 19 de dezembro de 1995, confere o título de **Bacharel** a

Gilmar Bandeira

brasileiro, natural do Estado de Santa Catarina, nascido a 25 de janeiro de 1968, R.G. n.º 14/R-1.872.146 - SC,

e outorga-lhe o presente Diploma, e outorga-lhe de todos os direitos e prerrogativas legais.

São Paulo, 19 de dezembro de 1995

Secretário Geral

Diplomado

Diretor Geral

CARTÓRIO JOÃO TEIXEIRA - Tabelionato de Notas

AUTENTICAÇÃO

REQUERENTE - GILMAR BANDEIRA

Certifico que a fotocópia confere com o documento original apresentado

Goiania/GO - 26/12/2019 12:38:12 - U = 69

NR. SELD ELETÔNICO - 05084912133313509492568

Em Testemunha da verdade

João Paulo Pereira Leite Barreto

Av 19, nº 251, Jd. América, Goiânia-GO, CEP 74.255-220 Tel.: 62.3526.3755 WWW.CARTORIOJOAO TEIXEIRA.NOT.br

769

Cartório João Teixeira

Escritório

João Paulo Pereira Leite Barreto

DIPLOMA

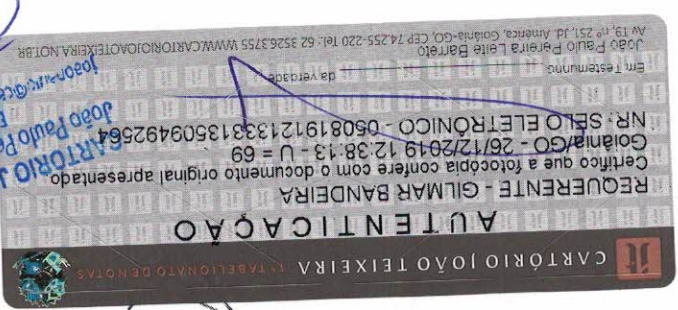
O Diretor da Escola Nacional de Saúde Pública, no uso de suas atribuições regimentais, confere o presente Diploma a **GILMAR BANDEIRA**, filho de *Valentim Bandeira* e de *Olivia Giordani Bandeira*, nascido em 23 de janeiro de 1968, natural de Santa Catarina, por haver concluído, no ano de 1999, o *Curso de Especialização em Saúde Pública-TO*.

Rio de Janeiro, 09 de outubro de 2001.


Almino


Coordenador do Curso


Jorge Antonio Zepeda Bermudez
Diretor da ENSP



APOSTILA:

A ENSP goza de autonomia didática, podendo organizar seus cursos sem subordinação à Legislação Geral de Ensino (Lei n.º 5.019/66-Art. 3.º e 22).

Rio de Janeiro, 09 de outubro de 2001

Maria Cecília Gomes da Cruz
Chefe da Secretaria Acadêmica

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA**

Diploma registrado sob o n.º **6 0 9 2**,
no Livro n.º **ID**, fls. **93v**, em **09/10/2001**,
ex-vi do disposto no art. 3.º da Lei n.º 5.019/66.

Secretaria Acadêmica, 09/10/2001.

Visto

Maria Cecília Gomes da Cruz
Chefe da Secretaria Acadêmica



Allan Jacqueson Barbosa Lobo
Administrador Hospitalar

Informações Pessoais

- ⇒ **Nascimento:** 14/10/1975 **Naturalidade:** Nova Venécia/ES
- ⇒ **Filiação:** Olete Barbosa Lobo e Avelino Lobo
- ⇒ **Telefone:** (21) 97521-8121 **e-mail:** allanjacqueson@yahoo.com.br
- ⇒ **Conselho Profissional:** CRA/TO no. 2668 – Secundário CRA/ES 6356
- ⇒ **Conselho de Classe:** Sócio Efetivo desde 16/07/1.997 – Registro no. 2241 – Federação Brasileira de Administradores Hospitalares
- ⇒ **Endereço Residencial:** Rua Mário de Alencar, 36 Apto 104 – Tijuca – Rio de Janeiro/RJ – CEP 20.530-250

Formação Acadêmica

- ⇒ **Graduação:** Administração com Habilitação em **Administração Hospitalar**, pelo Centro Universitário São Camilo/SP – 1996.
- ⇒ **Pós-graduação:** Latu-Sensu em “**Gerenciamento de Micro e Pequenas Empresas**” pela Universidade Federal de Lavras/MG, 2000
- ⇒ **Pós-graduação:** Latu-Sensu em “**Didática do Ensino Superior**”, pela Faculdade Capixaba de Nova Venécia - UNIVEN, Nova Venécia/ES, 2006.
- ⇒ **Pós-graduação:** Latu-Sensu em **Acreditação: Qualidade em Serviços de Saúde** pela Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais e Organização Nacional de Acreditação - ONA, Belo Horizonte/MG, 2008
- ⇒ **Pós-graduação:** Strictu Sensu, **Doutorado em Saúde Pública**, pela Universidade de Ciências Empresariais e Sociais, Buenos Aires, Argentina, 2013-2018

Idiomas

- ⇒ Espanhol/Inglês

771

Allan Jacqueson Barbosa Lobo
Administrador Hospitalar

Experiência Profissional

⇒ **1992/1993:** Local: Prefeitura Municipal de Nova Venécia/ES - Cargo: Auxiliar de Secretaria Escolar

⇒ **1993/1996:** Local: Sociedade Beneficente São Camilo - Cargo: Estagiário Residente em Administração Hospitalar

⇒ **1996/1997:** Local: S.B.S.C. – Gerência Hospitalar Tocantins - Cargo: Consultor Administrativo

Descrição: Assessoria e Consultoria direta aos Hospitais vinculados a esta Gerência no Estado do Tocantins; Assessoria e Consultoria a Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins e Prefeituras; Elaboração e realização de Treinamentos, Congressos e outros.

⇒ **1997/2000:** Local: Hospital Comunitário de Arraias - Cargo: Diretor Geral

Descrição: Responsável pelo planejamento, organização, direção geral, controle e supervisão do Hospital em todos os seus aspectos: físicos, humanos e financeiros.

⇒ **2000/2002:** Local: Hospital Comunitário de Xambioá - Cargo: Diretor Geral

Descrição: Responsável pelo planejamento, organização, direção geral, controle e supervisão do Hospital em todos os seus aspectos: físicos, humanos e financeiros.

⇒ **2001/2002:** Local: Secretaria Municipal de Saúde de Xambioá - Cargo: Secretário Municipal de Saúde de Xambioá

Descrição: Responsável pelo planejamento, organização, direção, controle e supervisão da promoção, proteção e recuperação da saúde da população do município,

⇒ **2002/2003:** Local: Hospital Comunitário de Augustinópolis/TO - Cargo: Diretor Geral

Descrição: Responsável pelo planejamento, organização, direção geral, controle e supervisão do Hospital em todos os seus aspectos: físicos, humanos e financeiros.

⇒ **2003/2008:** Local: Hospital Dr. Roberto Arnizaut Silves - ES - Cargo: Diretor Geral

Descrição: Responsável pelo planejamento, organização, direção geral, controle e supervisão do Hospital em todos os seus aspectos: físicos, humanos e financeiros

⇒ **2008/2009:** Local: Pró-Saúde Hospital Regional do Baixo Amazonas - PA - Cargo: Diretor de Atenção Diagnóstica e Terapêutica.

Descrição: Responsável pelo planejamento, organização, direção, controle e supervisão dos Serviços ligados a essa Área.

772

Ⓢ

Allan Jacqueson Barbosa Lobo
Administrador Hospitalar

⇒ **2009:** Local: Pró-Saúde Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar – Sede/SP e Lima/Peru – Cargo: Consultor Administrativo

Descrição: Diagnósticos Públicos de Saúde; Elaboração de Projetos de Construção; Organização e Gestão de Serviços de Saúde; Treinamentos e Desenvolvimento de Equipes Institucionais; Elaboração de Intercâmbios e Visitas Técnicas em Instituições de Saúde no Brasil e no Peru - Cargo: Consultor Administrativo

⇒ **2010:** Local: Pró-Saúde Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar – Hospital Geral do Estado de Alagoas/AL - Cargo: Consultor Administrativo

Descrição: Diagnósticos Públicos de Saúde; Elaboração de Projetos de Construção; Organização e Gestão de Serviços de Saúde; Treinamentos e Desenvolvimento de Equipes Institucionais; Elaboração de Intercâmbios e Visitas Técnicas em Instituições de Saúde.

⇒ **2011-2014:** Local: Pró-Saúde Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar – Escritório Central Tocantins - Cargo: Coordenador Operacional de 17 Hospitais no Estado do Tocantins.

Descrição: Responsável pelo planejamento, organização, direção, controle e supervisão dos Hospitais Dedé em todos os seus aspectos: físicos, humanos e financeiro: Hospital Geral Público de Palmas, Hospital e Maternidade Pública Dona Regina Siqueira Campos, Hospital Infantil Público de Palmas, Hospital Regional Público de Miracema e Hospital e Maternidade Pública Tia, HRP de Alvorada, HRP de Arraias, HRP de Araguaçu, HRP de Dianópolis, HRP de Arapoema, HRP de Araguaína, HRP de Gurupí, HRP de Paraíso do Tocantins, Hospital Público de Doenças Tropicais, HRP de Porto Nacional, HRP de Guaraí.

⇒ **2014-2015:** Local: Pró-Saúde Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar – Sede São Paulo - Cargo: Coordenador Operacional/Consultor em Gestão de Serviços de Saúde

Descrição: Responsável por elaboração e diagnósticos em Unidades de Saúde municipais e estaduais, bem como Estudos de Viabilidade na Sede Pró-Saúde SP bem como participação de Projetos Técnicos e licitações.

⇒ **2015:** Local: Pró-Saúde Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar – Sede São Paulo - Cargo: Coordenador Operacional/Consultor em Gestão de Serviços de Saúde

Descrição: Responsável por elaboração e diagnósticos em Unidades de Saúde municipais e estaduais, para implantação das Atividades Operacionais durante a pré-implantação e implantação após assinatura de contratos de Gestão e Operacionalização.

773

B

Allan Jacqueson Barbosa Lobo
Administrador Hospitalar

⇒ **2016/219:** Local: Hospital Estadual Dr. Roberto Arnizaut Silveiras - ES

São Mateus/ES - Cargo: Diretor Geral

Descrição: Responsável pelo planejamento, organização, direção geral, controle e supervisão do Hospital em todos os seus aspectos: físicos, humanos e financeiros. Hospital de Alta Complexidade, 303 leitos.

⇒ **2019/Atual:** Local: Hospital Municipal de Teixeira de Freitas – HMATF (Regional Extremo Sul) - BA

Teixeira de Freitas/ES - Cargo: Diretor Geral

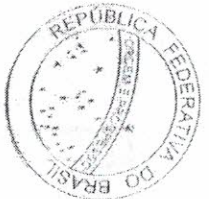
Descrição: Responsável pelo planejamento, organização, direção geral, controle e supervisão do Hospital em todos os seus aspectos: físicos, humanos e financeiros. Hospital de Alta Complexidade, 150leitos.

Experiência no Magistério

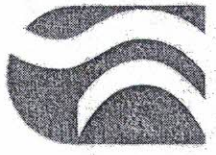
- ⇒ **1998/1999:** Professor das Disciplinas de Geografia, Filosofia e Biologia, para Ensino Médio - Escola Estadual de Arraias/TO e Escola Estadual Eurico Mota – Xambioá/TO
- ⇒ **2000:** Professor das Disciplinas de Organização dos Serviços de Saúde I e II para o Curso de Medicina do ITPAC – Faculdade de Medicina de Araguaína/TO;
- ⇒ **2001/2004:** Professor das Disciplinas de Introdução a Saúde Pública, Administração Hospitalar e Estatística do Centro de **Pós-Graduação** e Extensão da Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP/SP, em várias capitais do país;
- ⇒ **2005/2008:** Professor das Disciplinas de: Práticas Administrativas, Administração da Produção I e II, Administração de Recursos Humanos I e II, Administração de Materiais I e II Administração Internacional, nos Cursos de Graduação em Administração e Gestão do Conhecimento, Saúde Pública e Administração Hospitalar em **Cursos de Pós-Graduação**, UNIVEN – Nova Venécia/ES, sendo neste Curso Coordenador.
- ⇒ **2009/Atual:** Professor das Disciplinas de: Compras Internacional, Acreditação, Saúde Pública e Administração Hospitalar em **Cursos de Pós-Graduação**, Centro Universitário São Camilo Rio de Janeiro/Espírito Santo.
- ⇒ **2017/Atual:** Professor da Disciplina de: Saúde Pública/Saúde Coletiva para ao Curso de Graduação em Medicina - UNESC – Centro Universitário do Espírito Santo

774





Centro Universitário São Camilo



Reitor do Centro Universitário São Camilo, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de Administração, em 19 de dezembro de 1996 confero o título de Bacharel a

Zilvan Jacqueson Barbosa Lôbo

brasileiro, natural do Estado do Espírito Santo, nascido a 14 de outubro de 1975 R. G. n.º 29.912.402-2 - SP

e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

São Paulo, 20 de julho de 1999

Secretaria Geral
Secretaria Geral

Equilibrado
Equilibrado

Reitor
Reitor

977

56

CARTÓRIO JOÃO TEIXEIRA TABELADÃO DE NOTAS

AUTENTICAÇÃO DE CÓPIA JÁ AUTENTICADA

REQUERENTE - GILMAR BANDEIRA

Certifico que a fotocópia conferida com a fotocópia apresentada

Goiania/GO - 26/12/2019 12:36:41 - U = 69

NR SELO ELETRÔNICO - 05081942133313509492520

Em 1ª testemunha: João Paulo Pereira Leite Barreto

Em 2ª testemunha: DA VERDADE

Av. 19, nº 251, Jd. América, Goiânia-GO, CEP: 74.255-220, Tel: 62.3526.3755 WWW.CARTORIOJOAOITEIXEIRA.COM.BR

TABELADÃO DE NOTAS
Cartório João Teixeira
Especialize-se
@cartoriojoaoiteixeira.net.br

BOLETO NOTAS DO BRASIL

115170

AUTENTICAÇÃO

1022AF048

17 JUL 2016

VALOR ACESSADO POR AUTENTICAÇÃO R\$ 3,10

ESCRITAMENTE AUTORIZADO

VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICAÇÃO

140 CARTÓRIO Piraia Professor José Maria Azavedo Antunes, 4346 - SP

AUTENTICAÇÃO Autêntico a presente cópia conforme o original a minuta apresentada do que dou fé.

17 JUL 2016

VALOR ACESSADO POR AUTENTICAÇÃO R\$ 3,10

ESCRITAMENTE AUTORIZADO

VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICAÇÃO



FACULDADES INTEGRADAS SÃO CAMILO

ENTIDADE MANTENEDORA
UNIÃO SOCIAL CAMILIANA

<<< HISTORICO ESCOLAR >>>

FLS. 1

MATRICULA E NOME .. : 8021 ALLAN JACQUESON BARBOSA LOBO
 DATA DE NASCIMENTO : 14/10/75 ESTADO .. : ESPIRITO SANTO
 CQM : Tit.: 159079914-65 Zona : 30 Secao : 42
 R.G. : UF ...: SSP Nacion. : Brasileira
 2o GRAU..... : DATA DE CONCLUSAO ... : 1992 ESTABELECIMENTO: EPSG DOM DANIEL COMBONI

CONCURSO VESTIBULAR : DATA DE REALIZACAO....: 1993
 ENTIDADE REALIZADORA: FACULDADE DE CIENCIAS DA SAUDE SAO CAMILO
 PI (COM. EXPR. E EST. SOCIAIS) 46 Pontos
 PII (QUIM., BIO., FIS., E MAT.) 32 Pontos
 TOTAL DE PONTOS 78
 CLASSIFICACAO : 175 o. lugar
 CURSO : ADMINISTRACAO HOSPITALAR
 (RECONHECIDO PELA PORTARIA MINISTERIAL)
 (Nº 604, DE 13/12/88 D.O.U. 15/12/88)

ANO	CODIGO	DISCIPLINA	CARGA-HORARIA	MEDIA	SITUACAO
1993	401	MATEMATICA	120,00	8.00	A APROVADO
1993	402	ESTADISTICA	124,00	8.00	A APROVADO
1993	403	INSTITUICOES DIREITO PUBLICO E PRIVADO	30,00	8.50	A APROVADO
1993	404	LEGISLACAO TRIBUTARIA	30,00	8.50	A APROVADO
1993	405	SOCIOLOGIA APLICADA A ADMINISTRACAO	32,00	9.00	A APROVADO
1993	406	PSICOLOGIA APLICADA A ADMINISTRACAO	36,00	9.50	A APROVADO
1993	407	TEORIA GERAL DA ADMINISTRACAO	120,00	7.00	A APROVADO
1993	408	ADMINISTRACAO HOSPITALAR I	124,00	9.00	A APROVADO
1993	409	EDUCACAO FISICA	60,00	10.00	A APROVADO
1994	410	LEGISLACAO SOCIAL	30,00	8.00	A APROVADO
1994	411	LEGISLACAO HOSPITALAR E PREV. SOCIAL	30,00	8.00	A APROVADO
1994	412	ADMINISTRACAO DE PESSOAL	64,00	8.00	A APROVADO
1994	413	FUNDAMENTOS DA ADMINISTRACAO DA SAUDE	60,00	10.00	A APROVADO
1994	414	ADMINISTRACAO DE MATERIALS	72,00	9.00	A APROVADO
1994	415	ANTROPOLOGIA E VALORES CRISTAOS	60,00	9.00	A APROVADO
1994	416	ADMINISTRACAO HOSPITALAR II	72,00	10.00	A APROVADO
1994	417	CONTABILIDADE	124,00	8.00	A APROVADO
1994	418	ORGANIZACAO, SISTEMAS E METODOS	144,00	7.00	A APROVADO
1994	419	EDUCACAO FISICA II	60,00	10.00	A APROVADO
1995	420	CUSTOS HOSPITALARES	140,00	8.00	A APROVADO
1995	421	TEORIA ECONOMICA	144,00	7.00	A APROVADO
1995	422	DOCUMENTACAO MEDICA	68,00	9.00	A APROVADO
1995	423	ADMINSTR.DE SERVICOS NUTRICAO DIETETICA	66,00	9.00	A APROVADO



Continua na fl. 2

Campus I - Av. Nazaré 1501 - 04263-200 - São Paulo - Fone (011) 272 6077 - Fax (011) 215 2361

CARTÓRIO JOÃO TEIXEIRA TABELIONATO DE NOTAS

AUTENTICAÇÃO DE CÓPIA JÁ AUTENTICADA

REQUERENTE - GILMAR BANDEIRA

Certifico que a fotocópia confere com a fotocópia apresentada.

Goiania/GO - 26/12/2019 12:36:40 - U = 69

NR. SELO ELETRÔNICO - 05081942133313509492518

Em Testemunho da verdade

João Paulo Pereira Leite Barreto

Av T9, nº 251, Jd. América, Goiânia-GO, CEP 74.255-220 Tel.: 62 3526.3755 WWW.CARTORIOJOAOATEIXEIRA.GOT.BR

1º TABELIONATO
 CARTÓRIO JOÃO TEIXEIRA
 João Paulo Pereira Leite Barreto
 Escrevente
 joaopaulo@cartoriojoaoteixeira.net.br

AUTENTICACAO
 Conforme original

10/10/2019

Jose Mauro
 Escrevente

1041AJ499792

777

CB



FACULDADES INTEGRADAS SÃO CAMILO

ENTIDADE MANTENEDORA
UNIÃO SOCIAL CAMILIANA

<<< HISTORICO ESCOLAR >>>

FLS. 2

CONTINUACAO DO HISTORICO DE : ALLAN JACQUESON BARBOSA LOBO

ANO	CODIGO	DISCIPLINA	CARGA-HORARIA	MEDIA	SITUACAO
1995	424	PSICOLOGIA E ETICA MEDICO HOSPITALAR	72,00	9.00	A APROVADO
1995	425	ARQUITETURA HOSPITALAR	60,00	9.00	A APROVADO
1995	426	INFORMATICA	72,00	8.00	A APROVADO
1995	427	ADMINISTRACAO HOSPITALAR III	64,00	9.00	A APROVADO
1995	428	PRATICA PROFISSIONAL	150,00	8.00	A APROVADO
1996	429	ADMINISTRACAO FINANCEIRA E ORCAMENTARIA	140,00	8.00	A APROVADO
1996	430	ADMINISTRACAO DO SERVICO DE ENFERMAGEM	70,00	10.00	A APROVADO
1996	431	COMPORTAMENTO HUMANO NAS ORGANIZACOES	60,00	8.00	A APROVADO
1996	432	ADMINISTRACAO HOSPITALAR IV	345,00	8.00	A APROVADO
1996	433	ESTAGIO SUPERVISIONADO(PRATICA PROFISS.)	350,00	*****	S SUFICIENTE
1996	434	ESTUDO DE PROBLEMAS BRASILEIROS	66,00	9.00	A APROVADO

TOTAL GERAL DO CURSO :


CONCLUSAO DO CURSO : 1996


DATA COLACAO GRAU : 19/12/96

DATA DA EXPEDICAO DESTE HISTORICO : 08/01/97

DATA DA EXPEDICAO DO DIPLOMA :

OBSERVACAO :


Diretor Geral
Pe. Christian de Paul Es Barchifontaine
Diretor Geral


Secretario Geral
JUPER LAUPINDO CRISPINO
Secretário Geral

DOCUMENTO EMITIDO ELETRONICAMENTE. VALIDO SEM EMENDAS OU RASURAS.

Campus I - Av. Nazaré 1501 - 04263-200 - São Paulo - Fone (011) 272 6077 - Fax (011) 215 2361



CARTÓRIO JOÃO TEIXEIRA - TABELIONATO DE NOTAS

AUTENTICAÇÃO DE CÓPIA JÁ AUTENTICADA

REQUERENTE - GILMAR BANDEIRA

Certifico que a fotocópia confere com a fotocópia apresentada.

Goiânia/GO - 26/12/2019 12:36:39 - U = 69

NR SELO ELETRÔNICO - 05081912133313509492517

Em Testemunho da verdade

João Paulo Pereira Leite Barreto

Av T9, nº 251, Jd. América, Goiânia-GO, CEP 74.255-220 Tel.: 62 3526.3755 WWW.CARTORIOJOAOATEIXEIRA.GO.BR

CARTÓRIO JOÃO TEIXEIRA
Exercente
João Paulo Pereira Leite Barreto
jmapaulo@cartoriojoaoateixeira.net.br

AUTENTICAÇÃO

Conforme o conteúdo do documento original.

S. Paulo, 10 ABR. 2014

Jose Mauricio de Oliv
Escritor Autentador

Custas e Emolumentos

AUTENTICAÇÃO 1041AJ499869

778

CB



FUNDAÇÃO EDUCACIONAL LUCAS MACHADO
 FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS
 INSTITUTO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO CIÊNCIAS MÉDICAS



JT CARTÓRIO JOÃO TEIXEIRA 1 TABELIONATO DE NOTAS

AUTENTICACÃO DE CÓPIA JÁ AUTENTICADA

REQUERENTE - GILMAR BANDEIRA

Certifico que a fotocópia confere com a fotocópia apresentada.

Goiania/GO - 26/12/2019 12:36:34 - U = 69

NIR SELO ELETRÔNICO - 05081912433313509492504

Em testemunho da verdade

João Paulo Pereira Leite Barreto
 Av. 19, nº 251, Jd. América, Goiânia-GO, CEP 74.255-220 Tel.: 62 3526.3755 WWW.CARTORIOJOAOATEIXEIRA.COM.BR

João Paulo Pereira Leite Barreto

TABELIONATO

Lucas Machado
 Prof. Lucas Vianna Machado
 Diretor da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais

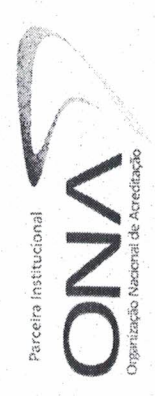
Lucas Machado
 Prof. Domingos Paulo Lage Guerra
 Presidente da Fundação Educacional Lucas Machado

Belo Horizonte, 23 de abril de 2013.

Barbosa
 Prof. Cirênio de Almeida Barbosa
 Coordenador do Instituto de Pesquisa e Pós-Graduação Ciências Médicas

Kely Cristina
 Prof.ª Kely Cristina Perreira Vieira
 Coordenadora Executiva do Ciências Médicas Virtual

Luiz Plínio Moraes de Toledo
 Presidente da Organização Nacional de Acreditação - ONA



CERTIFICADO

Certificamos que **ALLAN JACQESON BARBOSA LOBO** concluiu o Curso de Pós-Graduação **Lato Sensu em Acreditação: qualidade no serviço de saúde**, no período de **agosto de 2009 a novembro 2010**, com duração de 365 (trezentos e sessenta e cinco) horas, nos termos que dispõe a resolução nº 1, de 08 de junho de 2007, da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação.

Oficial do RCFM 0013
 Rua Trussardi, 413 - CEP 05013-000 - São Paulo - SP
 FEL IMAO - ATRIBUIÇÃO
 Oficial de Registro
 Oflparat Deliberado
 Conforme o Regulamento Interno nº 11/11

16 OUT. 2013

S. Paulo, José Mauricio de Oliveira
 Escrevente Autorizado
 Pórcias e Fmto/maunilas RS

1041AJ245689

AUTENTICACÃO

677

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE ADMINISTRADORES HOSPITALARES

CONFERE O

DIPLOMA

A

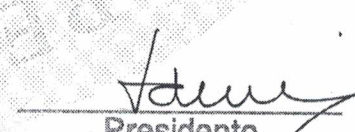
ALLAN JACQUESON BARBOSA LOBO

Como associado na Categoria de
Sócio Efetivo

Com todos os direitos previstos
no Estatuto, tendo em vista o interesse
demonstrado no aprimoramento da
administração hospitalar.

São Paulo, 16 de JULHO de 1997


Secretário


Presidente

CARTÓRIO JOÃO TEIXEIRA TABELIONATO DE NOTAS

AUTENTICAÇÃO DE CÓPIA JÁ AUTENTICADA

QUERENTE - GILMAR BANDEIRA

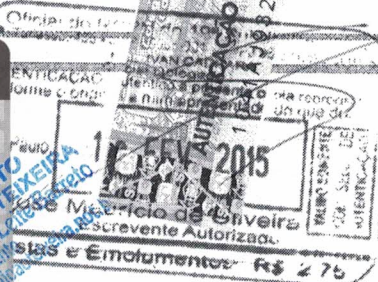
Documento que a fotocópia confere com a fotocópia apresentada

Cartório - Goiânia/GO - 26/12/2019 12:36:34 - U = 69

SELO ELETRÔNICO - 05081942133313509492505

Estimulando a fé e a verdade


Cartório João Teixeira
João Paulo Pereira Leite Barreto
Escritório de Notário
Rua Manoel José de Almeida, 100 - Centro - Goiânia - GO - CEP 74.255-220
Tel: 62 3526.3755 WWW.CARTORIOJOAO TEIXEIRA.NOTARIOS.COM.BR



780

CB

CARTEIRA DE IDENTIDADE PROFISSIONAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 Conselho Federal de Administração
 Conselho Regional de Administração

RG/ES N° RS 6356
 Data de Registro: **14.10.2003**

ALLAN JACQUESON BARBOSA LOBO
 Assinatura do Profissional

VÁLIDA SOMENTE EM TERRA COLORADA - IMPRESSÃO EM TÁBUA COLOREDA
 VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Nacionalidade: **Brasileira**
 Nacionalidade: **Nova Venécia - ES**
 Filiação: **29.912.402-2/SP 031.912.487-81**
 Filiação: **Avelino Lobo e Olete Barbosa Lobo**
 Data de Nascimento: **14.10.1975**
 Diploma do por: **Centro Universitário São Camilo**
 Local: **1233106 SG/USP**
 Data: **21.12.1999**
 Identidade profissional de ADMINISTRADOR, habilitado na forma da alínea "a" do Art. 3º da Lei 4.752 de 09/09/65.

17 FEB. 2015
 José Maurício de Oliveira
 Escritório Autorizado
 Custas e Emolumentos R\$. 2,75

AUTENTICAÇÃO
 Confirmação e registro de apresentação de documento

17 FEB. 2015
 José Maurício de Oliveira
 Escritório Autorizado
 Custas e Emolumentos R\$. 2,75

41AJ932390

CARTÓRIO JOÃO TEIXEIRA - TABELIONATO DE NOTAS
AUTENTICAÇÃO DE CÓPIA JÁ AUTENTICADA
 REQUERENTE - GILMAR BANDEIRA
 Certifico que a fotocópia comfere com a fotocópia apresentada.
 Goiânia/GO - 26/12/2019 12.36.35 - U = 69
 NIR SELO ELETRÔNICO - 06081912133313503492506

Em Testemunho
 João Paulo Perreira Leite Barreto
 da verdade
 Av. T9, nº 251, Jd. América, Goiânia-GO, CEP 74.255-220 Tel.: 62-3526-3755 WWW.CARTORIOJAOITEIXEIRA.NR

789

B

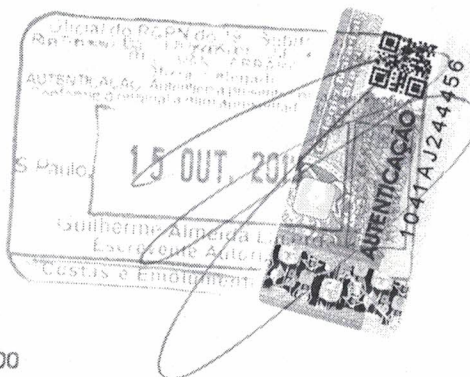
DECLARAÇÃO DE MATRICULA

Declaramos que **ALLAN JACQUESON BARBOSA LOBO** portador(a) da CI 29.912.402-2 e do CPF 03191248781 participou do processo de seleção, e por preencher os requisitos pessoais exigidos, está matriculado(a) no DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA, ministrado pela **UCES**, na cidade de Buenos Aires/Argentina, em convênio com a **IESLA - INSTITUTO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR LATINOAMERICANO**, com escritório sito à Av. Pres. Tancredo Neves nº 3.557 sala 307, Jd. Montanhês, Belo Horizonte - MG.

O Doutorado é dividido em quatro módulos semestrais, ministrado na sede da **UCES** em Buenos Aires/Argentina.

A parte acadêmica do curso será realizada em quatro ciclos. A realização do Doutorado será de 15 de julho a 30 de julho de 2013, Janeiro de 2014, Julho de 2014 e Janeiro de 2015. Após o termino do módulo serão mais 02 (dois) anos para elaboração e defesa da tese de doutorado.

IESLA - INSTITUTO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR LATINOAMERICANO
Dra. SARA Mª ALVES GOUVEIA BERNARDES
Diretora Presidente



782

Estado do Tocantins
Prefeitura Municipal de Xambioá
Palácio do Cristal

Decreto n.º 006/2001

O PREFEITO MUNICIPAL DE XAMBIOÁ, Estado do Tocantins, no uso de suas atribuições legais,

RESOLVE:

Art. 1º - Nomear o Senhor ALLAN JACQUESON BARBOSA LOBO para exercer em Comissão o Cargo de Secretário de Saúde do Município de Xambioá, com todos os direitos e prerrogativas.

Art. 2º Este Decreto entra em vigor nesta data, revogando-se as disposições em contrário.

Publique - se

Registre - se e

Cumpra-se na forma recomendada e legal.

GABINETE DA PREFEITURA MUNICIPAL DE XAMBIOÁ, Estado do Tocantins, ao 1º (primeiro) dia do mês de Janeiro de 2001


WILMAR MARTINS LEITE JR.
Prefeito Municipal

Ofício do RCPN do 19º Rbndm Perceira
R. Univeso, 433 - Centro - Goiânia - GO - CEP: 74.200-000
Inscrição Estadual: 06.000.000/0001-67
Oficina de Registro
AUTENTICAÇÃO autêntica e fielmente copiada
Conforme o original em meu poder
SÃO PAULO, 10 DE FEV. DE 2015
José Maurício de Oliveira
Escrevente Autorizado
Custas e Emolumentos



1041AJ932396

 CARTÓRIO JOÃO TEIXEIRA 1º TABELIONATO DE NOTAS

AUTENTICAÇÃO DE CÓPIA JÁ AUTENTICADA
REQUERENTE - GILMAR BANDEIRA
Certifico que a fotocópia confere com a fotocópia apresentada.
Goiânia/GO - 26/12/2019 12:36:36 - U = 69
NR. SELO ELETRÔNICO - 05081912133313509492509

Em Testemunho _____ da verdade
João Paulo Pereira Leite Barreto
Av. 19, nº 251, Jd. América, Goiânia/GO, CEP 74.255-220 Tel: 62 3526.3755 WWW.CARTORIOJOAOATEIXEIRA.COM.BR

1º TABELIONATO
CARTÓRIO JOÃO TEIXEIRA
João Paulo Pereira Leite Barreto
Escrevente
Inscricao: joao@cartoriojoaoateixeira.net.br

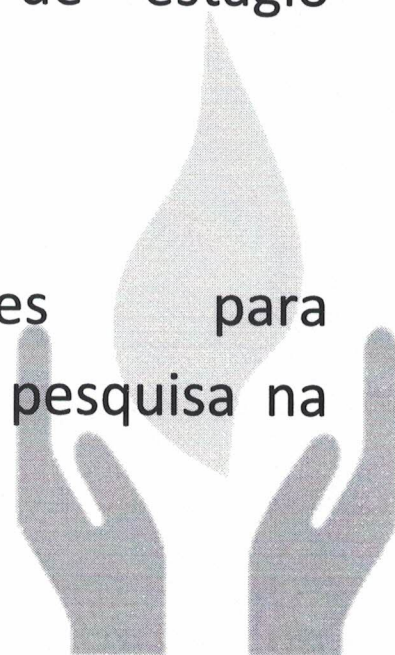
783

CB

Anexo – 06

Convênio de coopera técnica com entidade de ensino para desenvolvimento de estagio curriculares e treinamentos.

Parceria com instituições para desenvolvimento de projetos de pesquisa na área da assistência ambulatorial.





CONVÊNIO PARA A IMPLANTAÇÃO E MANUTENÇÃO DO PROGRAMA DE ESTÁGIO OBRIGATÓRIO, TREINAMENTO E RESIDÊNCIA MÉDICA, BEM COMO PESQUISA EM ATIVIDADE DE ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E OU SAÚDE PÚBLICA QUE ENTRE SI CELEBRAM ABEAS - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENTIDADES DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E FESURV - UNIVERSIDADE DE RIO VERDE

Pelo presente instrumento, de um lado o **ABEAS – Associação Brasileira de Entidades de Assistência Social**, inscrito no CNPJ/MF nº. 04.547.278/0001-34, associação civil de direito privado sem fins lucrativos, com sede a Rua S-5, nº854, Quadra S-19, Lote 5, Sala 8, 1º andar, Setor Bela Vista, CEP: 74.823-4, Goiânia, Goiás, neste ato legalmente representada por Luiz Cesar dos Santos, brasileiro, casado, representante comerciante, inscrito no CPF sob o nº. 101.045.501-04, portador do RG nº. 2.261-543 – SSP/PA, ora denominada ABEAS e de outro a **FESURV – UNIVERSIDADE DE RIO VERDE**, fundação municipal de ensino superior, criada pelas Leis Municipais 1.221/1973 e 1.313/1974, inscrita no CNPJ/MF sob o n.º 01.815.216/0001-78, com sede na Fazenda Fontes do Saber, neste Município, Caixa Postal 104, CEP 75.901-970, neste ato representada por seu Magnífico Reitor, Dr. Sebastião Lázaro Pereira, ora denominada **UniRV** resolvem celebrar o presente Termo de Convênio, visando assegurar a implantação e manutenção do **PROGRAMA DE ESTÁGIO OBRIGATÓRIO, TREINAMENTO E RESIDÊNCIA MÉDICA, BEM COMO PESQUISA EM ATIVIDADE DE ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E OU SAÚDE PÚBLICA**, possibilitando o desenvolvimento de todas as atividades inerentes ao Programa de acordo com as cláusulas e condições seguintes:

CONSIDERANDO ser a UniRV instituição de ensino de excelência na região, que desempenha papel fundamental no ensino, no desenvolvimento de pesquisa e no atendimento à comunidade por meio de programas assistenciais;

CONSIDERANDO que a ABEAS é associação civil com habilitação legal para atuar como Organização Social para prestação de serviço hospitalar e de assistência à saúde e também em



CARTÓRIO JOÃO TEIXEIRA
João Paulo Pereira Leite Barreto
Escrevente
joao@cartoriojoaoateixeira.not.br

785

Ⓟ



administração hospitalar na modalidade assessoria e/ou consultoria técnicas, diagnóstico ou a administração propriamente dita;

CONSIDERANDO, enfim, os mútuos benefícios que surgirão da conjugação de esforços para a implantação e manutenção do Programa de Estágio Obrigatório, Treinamento e Residência;

CONSIDERANDO que a residência médica, instituída pelo Decreto nº. 80.281 de 5 de setembro de 1977, consiste em uma modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos cujo funcionamento se dá em instituições de saúde, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional;

Resolvem, de comum acordo, firmar o presente Convênio, sujeitando-se, no que couber, às disposições legais aplicáveis à espécie, mediante as cláusulas e condições a saber:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO:

O presente instrumento tem por objeto formalizar o Convênio entre o **ABEAS** e a **UniRV** para assegurar a implantação e a manutenção do Programa de Estágio Obrigatório, Treinamento e Residência Médica, bem como pesquisa em atividade de assistência hospitalar e ou saúde pública.

§1º Aplicam-se, no que couber, a este Convênio, as disposições da Lei n.º 8.666, de 21 de junho de 1993, e a Matriz Curricular da Faculdade de Medicina da FESURV – Universidade de Rio Verde (Resolução nº 007, de 22 de junho de 2017 do CONSUNI – Conselho Universitário conforme a Resolução CNE/CES nº 04/2001), o artigo 24 da Resolução CNE/CES nº 3/2014 e Lei nº. 11.788/2008.

CLÁUSULA SEGUNDA - DA EXECUÇÃO

As atividades previstas no objeto deste Convênio serão desenvolvidas pelos acadêmicos do Curso de Medicina da FESURV – Universidade de Rio Verde, na realização de estágio curricular obrigatório, treinamento e residência, conforme diretrizes curriculares.

Parágrafo único – A execução do presente Convênio deve propiciar a complementação do ensino e da aprendizagem, especialmente nas áreas de Medicina, visando o desenvolvimento e aperfeiçoamento dos acadêmicos, nos termos da Matriz Curricular da Faculdade de Medicina

2/7



CARTÓRIO JOAO TEIXEIRA
João Paulo Pereira Leite Barreto
Escrivente
joaopaulo@cartoriojoao Teixeira.not.br

786

CB



UniRV
Universidade de Rio Verde

Universidade de Rio Verde

Credenciada pelo Decreto nº 5.971 de 02 de Julho de 2004

Fazenda Fontes do Saber
Campus Universitário
Rio Verde - Goiás

Cx. Postal 104 - CEP 75901-970
CNPJ 01.815.216/0001-78
I.E. 10.210.819-6 I.M. 021.407

Fone: (64) 3611-2200
www.unirv.edu.br

da FESURV – Universidade de Rio Verde (Resolução nº 007, de 22 de junho de 2017 do CONSUNI).

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS ATRIBUIÇÕES COMUNS

Para a execução do presente Convênio, os convenientes, dentro de suas respectivas áreas de atuação, incumbir-se-ão de:

- a) proporcionar apoio técnico e operacional às atividades desenvolvidas em função deste instrumento;
- b) aceitar, cumprir e fazer cumprir a legislação, normatizações e instruções técnicas e administrativas de cada um dos partícipes;
- c) assessorar-se mutuamente, planejar, desenvolver e programar ações para a consecução do objeto deste Convênio;
- d) proporcionar a integração dos recursos humanos necessários à execução do Convênio;
- e) notificar toda e qualquer irregularidade eventualmente ocorrida durante o desenvolvimento do presente Convênio à Comissão de Fiscalização e Acompanhamento.

CLÁUSULA QUARTA – DAS ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES DA UniRV:

São atribuições e responsabilidades da **UniRV**:

- a) Estabelecer normas e procedimentos para cumprimento do estágio;
- b) Efetuar a educação permanente em saúde para os tutores e preceptores do Programa;
- c) Estabelecer critérios para o credenciamento de seus supervisores e preceptores;
- d) Analisar e discutir o plano de trabalho desenvolvido pelo estagiário no local do estágio, visando à realização de aprendizado na perspectiva da teoria e prática;
- e) Encaminhar o estagiário, mediante carta de apresentação, sem a qual este não poderá iniciar o estágio.
- f) Disponibilizar laboratórios, salas de aulas e equipamentos e outros recursos em suas dependências;
- g) Contribuir e incentivar a pesquisa em atenção primária em saúde e a participação dos residentes e preceptores em Congressos e outros encontros científicos da área,

3/7



CARTÓRIO JOAO TEIXEIRA
João Paulo Pereira Leite Barreto
Escrivente
joaopaulo@cartoriojoaoiteixeira.not.br

787

CB



conforme disponibilidade financeira e autorização do responsável financeiro da Instituição;

- h) Fornecer supervisores/preceptores credenciados pela IES a realização da supervisão dos estagiários e residentes.
- i) Responsabilizar-se pela divulgação e execução do Processo Seletivo do Programa;
- j) Instituir política acadêmica de atendimento para alcance dos objetivos do Programa de Residência Médica;

CLÁUSULA QUINTA – DAS ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES DA ABEAS

- a) Proporcionar ao estagiário condições adequadas à execução de estágio;
- b) Disponibilizar o material de consumo para o Programa;
- c) Garantir ao estagiário o cumprimento das exigências escolares, inclusive no que se refere ao horário de supervisão realizada pela IES – Instituição de Ensino Superior;
- d) Proporcionar ao estagiário experiências válidas para a complementação do ensino e da aprendizagem, bem como o material para sua execução, ressalvada a autonomia científica do trabalho desenvolvido;
- e) Garantir, mediante a participação de supervisores/preceptores, orientação quanto ao desenvolvimento do projeto, programa e atividade;
- f) Aceitar o credenciamento dos supervisores;
- g) Garantir aos supervisores/preceptores credenciados pela IES a realização da supervisão, se necessária;
- h) Garantir, mediante a participação dos supervisores/preceptores, orientação quanto ao desenvolvimento do projeto, programa e atividade;
- i) Prestar, oficialmente, todo o tipo de informações sobre o desenvolvimento do estágio que venham a se fazer necessárias, ou sejam solicitadas pela IES;
- j) Manter, durante toda a execução do Convênio, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas no edital de chamamento/credenciamento;



788

JP



- k) Efetuar o pagamento das despesas da Unidade de Saúde, tais como limpeza, vigilância, higiene, medicamentos, exames, luz, água, destinação dos resíduos hospitalares;
- l) Assegurar a participação dos acadêmicos em todas as atividades pertinentes à sua formação e o desenvolvimento da educação permanente em saúde à todos os profissionais envolvidos no processo;
- m) Adequar as instalações físicas disponibilizados para o programa de estágio obrigatório, assim como a manutenção dos equipamentos e o fornecimento dos materiais permanentes e de consumo;
- n) Zelar pelo funcionamento do Programa;
- o) Disponibilizar espaço físico para atividades de cunho pedagógico e discussão de casos;
- p) Divulgar aos profissionais da saúde, corpo administrativo e demais funcionários, a finalidade da realização destas atividades, a fim de obter, por parte destes, a necessária colaboração para com os acadêmicos e docentes da **UniRV**;
- q) Providenciar o aditamento de contratos de prestação de serviços médicos existentes para inserção de cláusula que preveja a subordinação dos profissionais contratados pela **ABEAS** à política acadêmica de atendimento elaborada pela **UniRV**.

CLÁUSULA SEXTA – DA RELAÇÃO JURÍDICA DO ESTÁGIO

A realização do estágio, por parte do estudante, não acarretará vínculo empregatício de qualquer natureza.

Parágrafo único – O estagiário deverá estar segurado contra acidentes pessoais, nenhum ônus cabendo à UniRV a esse título.

CLAUSULA SÉTIMA - DA FISCALIZAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DO CONVÊNIO

A execução do presente convênio será submetida a avaliação, controle, vistoria e fiscalização por servidor designado pela UniRV.



CARTÓRIO JOAO TEIXEIRA
João Paulo Pereira Leite Barreto
Escrivente
@cartoriojoao Teixeira.not.br

5/7

789

CB



CLÁUSULA NONA – DO PRAZO E DA VIGÊNCIA:

O prazo de vigência deste Convênio iniciará a partir da assinatura deste instrumento que vigorará por 48 (quarenta e oito) meses.

CLAÚSULA DÉCIMA - DA DENÚNCIA E RESCISÃO:

Respeitadas as obrigações assumidas no presente ajuste, este Convênio poderá ser denunciado de comum acordo pelos convenientes, ou por qualquer um deles isoladamente, devendo a denúncia ser formulada por escrito com antecedência mínima de 90 (noventa) dias da data em que se pretender o encerramento das atividades referidas na Cláusula Primeira.

§ 1º - No caso de denúncia pela ABEAS, deverá ser respeitado o término do período letivo correspondente, ainda que esse prazo supere os 90 (noventa) dias.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DA PUBLICAÇÃO:

A UniRV providenciará a publicação do extrato deste Convênio, nos termos do parágrafo único do artigo 61 da Lei n.º 8.666, de 21 de junho de 1993.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA DIVULGAÇÃO:

Em qualquer ação promocional deverá ser obrigatoriamente consignada a participação de todos os convenientes, vedada a utilização de nomes, símbolos ou imagens que caracterizem promoção pessoal de autoridades ou servidores públicos, a teor do disposto no parágrafo 1.º do artigo 37 da Constituição da República.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DO FORO:

Para dirimir quaisquer dúvidas na interpretação e/ou execução deste Convênio, fica eleito o foro da Comarca de Rio Verde, Estado de Goiás, renunciando-se a qualquer outro por mais privilegiado que seja.

it CARTÓRIO JOÃO TEIXEIRA ESTABELIONATO DE NOTAS

AUTENTICAÇÃO

REQUERENTE - GILMAR BANDEIRA
 Certifico que a fotocópia confere com o documento original apresentado.
 Goiânia/GO - 26/12/2019 12:38:01 - U = 69
 NR. SELO ELETRÔNICO - 05081912133313509492537

Em Testemunho da verdade
 João Paulo Pereira Leite Barreto

AV T9, nº 251, Jd. América, Goiânia-GO, CEP 74.255-220 Tel.: 62 3526.3755 WWW.CARTORIOJOAOATEIXEIRA.NOT.BR

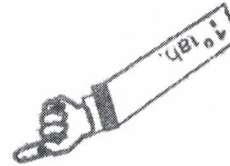
CARTÓRIO JOÃO TEIXEIRA
João Paulo Pereira Leite Barreto
Escrivente
@cartoriojoaoateixeira.not.br

790



E, para firmeza e validade do que foi estipulado, lavrou-se o presente instrumento em 03 (três) vias de igual teor e forma, o qual vai assinado pelos representantes legais dos convenientes e testemunhas abaixo.

Rio Verde - GO, 02 de maio de 2019.



Luiz Cesar dos Santos

ABEAS – Associação Brasileira de Entidades de Assistência Social

FRANCISCO TAVEIRA

DR. SEBASTIÃO LÁZARO PEREIRA

FESURV - Universidade de Rio Verde



CARTÓRIO JOÃO TEIXEIRA
João Paulo Pereira Leite Barreto
Escrivente
joaopaulo@cartoriojoaoiteixeira.not.br

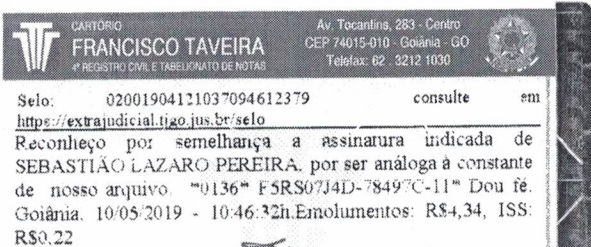
Testemunhas:

1. _____

CPF nº: _____

2. _____

CPF nº. _____



Em Test. da Verdade.

Daniella Mendes Albuquerque - Escrevente



CARTÓRIO JOÃO TEIXEIRA
João Paulo Pereira Leite Barreto
Escrivente
joaopaulo@cartoriojoaoiteixeira.not.br

791



Proposta de Trabalho para Gerenciamento, Operacionalização e Execução das Ações e Serviços de Saúde da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE, que assegure assistência universal e gratuita à população, conforme Chamamento Público nº 05/2019 – SES/GO.

Dezembro
2019

SUMÁRIO

1 - IDENTIFICAÇÃO	4
2 - PROPOSTA DO MODELO GERENCIAL	5
2.1 – O município de Posse	5
2.2. Descrição da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE.....	7
2.3 – Estrutura da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE	9
2.4 – Caracterização do Modelo Gerencial Proposto pela Associação Brasileira de Entidades de Assistência Social - ABEAS.....	11
2.5 – ORGANIZAÇÃO DE ATIVIDADE	18
2.5.1. IMPLANTAÇÃO DE FLUXOS	18
2.5.1.1. Fluxos Operacionais de Circulação em Áreas Restritivas, Externas e Internas	18
2.5.1.2. Fluxos para Registros e Documentos de Usuários e Administrativos.....	31
2.5.1.3. Fluxo Unidirecional para Materiais Esterilizados e Roupas	36
2.5.1.4. Fluxo Unidirecional de Resíduos de Saúde:.....	41
2.5.2. IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO	43
2.5.2.1. Implantação da Logística de Suprimentos.....	43
2.5.2.2. Regimento Interno da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE	77
2.5.2.3. Regimento Interno do Serviço de Enfermagem	181
2.5.2.4. Regimento Interno do Corpo Clínico.....	181
2.5.2.5. Projeto de Tecnologia de Informação com vista ao Controle Gerencial da Unidade.....	182
2.5.3. IMPLANTAÇÃO DE PROCESSOS	187
2.5.3.1. Manual de Protocolos Assistenciais.....	187
2.5.3.2. Rotinas Administrativas para Faturamento de Procedimentos.....	189
2.5.3.3. Rotinas Administrativas para Almojarifado e Patrimônio.....	193
2.5.3.4. Rotinas para Administração Financeira	232
2.5.3.5. Proposta de Educação em Saúde / Capacitação.....	243
2.5.4. Incremento de Atividades.....	247
2.5.4.1. Incremento	247
2.5.4.2. Proposição de Projetos Assistenciais de Saúde e/ou Sociais	247
2.5.4.2.1. Implantação da Gestão da Qualidade / Certificação ONA.....	247
2.5.4.2.2. Projeto de Saúde na Comunidade	276
2.5.4.2.3. Implantação do Projeto Musical da Policlínica.....	280
2.6 – ÁREA DE QUALIDADE.....	281
2.6.1. QUALIDADE OBJETIVA – Implantação de Comissões	281
2.6.1.1. Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH	281
2.6.1.2. Comissão de Ética Médica	300
2.6.1.3. Comissão de Ética de Enfermagem.....	311
2.6.1.4. Comissão de Farmácia e Terapêutica.....	317
2.6.1.5. Outras Comissões.....	329
2.6.1.5.1. Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA e Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho – SESMT	329
2.6.1.5.2. Comissão de Proteção Radiológica	342
2.6.1.5.3. Comissão de Análise e Revisão de Prontuários Médicos	347
2.6.1.5.4. Comissão De Gerenciamento De Resíduos De Serviços De Saúde (CGRSS).....	354
2.6.1.5.5. Comissão De Humanização / Grupo De Trabalho Em Humanização.....	362
2.6.1.5.6. Núcleo da Qualidade	369
2.6.2. QUALIDADE SUBJETIVA	384

2.6.2.1. Acolhimento	384
2.6.2.1.1. Manual com indicação das formas de notificação, recepção, orientação social e apoio psicossocial aos usuários e acompanhantes da Policlínica	385
2.6.2.1.2. Acolhimento dos Usuários na Policlínica	389
2.6.2.2. Atendimento	392
2.6.2.2.1. Serviço de Atendimento ao Usuário	392
2.6.2.2.2. Ouvidoria SUS	400
2.6.2.2.3. Formas de acomodação e conduta para os acompanhantes	408
2.6.2.2.4. Sistema de Contra Referência à Atenção Primária	411
2.7 – ÁREA DE QUALIDADE	413
2.7.1. Experiência Anterior	413
2.7.2. Estrutura da Direção	414
2.7.2.1. Organograma	414
2.7.2.2. Competências dos membros do Corpo Diretivo	415
2.7.3. Implementação de Serviços e Funcionamento da Equipe Multidisciplinar	420
2.7.3.1. Quadro de Pessoal Médico	420
2.7.3.2. Quadro de Pessoal Técnico	421
2.7.3.3. Protocolos Assistenciais de Atenção Médica e Rotinas Operacionais para o Ambulatório	422
2.7.3.4. Apresentação de Quadro de Metas para a Área Médica e Não Médica	474
2.7.3.5. Protocolos de Enfermagem nas Áreas de Central de Esterilização e Laboratório	476
2.7.3.5.1. Protocolos para a Central de Esterilização:	476
2.7.3.5.2. Protocolos para o Laboratório:	493
2.7.3.6. Protocolos da Equipe Multiprofissional com rotinas por nível de qualificação	511
2.7.3.6.1. Protocolos para a equipe de Psicologia:	511
2.7.3.6.2. Protocolo para a equipe de Fisioterapia:	514
2.7.3.6.3. Protocolo para a equipe de Serviço Social:	518
2.7.3.6.4. Protocolo para a equipe de Odontologia:	524
2.7.3.6.5. Protocolo para a equipe de Nutrição:	526
2.7.4. Implementação e Funcionamento de Outros Serviços	535
2.7.4.1. Funcionamento do Serviço Social	535
2.7.4.2. Funcionamento da Equipe Multiprofissional	538
2.7.4.2.1. Serviço de Fisioterapia	538
2.7.4.2.2. Serviço de Nutrição e Dietética - SND	544
2.7.4.2.3. Serviço de Psicologia	559
2.7.4.3. Funcionamento do Serviço de Administração Geral	567
2.7.4.4. Aquisição, Recebimento, Guarda e Distribuição de Materiais na Policlínica	603
2.7.4.5. Critérios para a Contratação de Terceiros para os Serviços de Limpeza, Vigilância e Manutenção Predial	624
2.7.4.6. Serviço de Farmácia	642
2.7.4.7. Funcionamento da Unidade Móvel de Prevenção do Câncer (carreta da prevenção)	664
2.7.4.8. Programa de Rastreamento do Câncer na Unidade Móvel	670
2.7.5. Ciência e Tecnologia	683
2.7.5.1. Convênio de Cooperação Técnica com Entidades de Ensino para Desenvolvimento de Estágios Curriculares e Treinamentos	683
2.7.5.2. Parcerias com instituições para desenvolvimento de projetos de pesquisa na área de assistência ambulatorial	685
2.7.5.3. Projeto em Educação Permanente com vista á capacitação da equipe interdisciplinar	689
2.7.6. POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS	691
2.7.6.1. Projeto de Desenvolvimento humano com pesquisa periódica de clima organizacional	691

2.7.6.2.	Estabelecimento de normas para seleção de pessoal, contrato de trabalho e avaliação de desempenho. Sugestão de condutas para combater o absenteísmo e estimular produção.	699
2.7.6.3.	Registro e controle de pessoal e modelo para escalas de trabalho.....	732
2.7.7.	METODOLOGIA DE PROJETOS E INDICADORES.....	734
2.7.7.1.	Sistemática e Metodologia do Trabalho.....	734
2.7.7.2.	Indicadores.....	736
2.8.	Planilha de Custeio Mensal	743

1 - IDENTIFICAÇÃO

Proposta de Trabalho para gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde, em regime de 12 horas/dia, da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE, que assegure assistência universal e gratuita à população, conforme Chamamento Público nº 05/2019 – SES/GO.

2 - PROPOSTA DO MODELO GERENCIAL

2.1 – O município de Posse

Posse é um município brasileiro do estado de Goiás, situado no nordeste goiano.

Situada na divisa com o estado da Bahia, é conhecida por *Rainha do Nordeste Goiano* por ser o principal centro da região do Nordeste Goiano.

O surgimento do município de Posse se deve à chegada dos imigrantes nordestinos que fugiam da seca e da política, além disso, procuravam terras férteis para poderem cultivar e estabelecer vínculo com a região. Primeiramente, o povoado foi chamado de Buenos Aires, situado abaixo do rio Corrente com o rio Paraná. Outro povoado foi formado em decorrência de um surto de malária que fez com que os moradores partissem para a zona chapadeira. Uma residência e uma capela foram construídas por Nazário da Silva Ribeiro.

Em 1830, os habitantes tomaram posse de faixas de terras à margem do córrego *Passagem dos Gerais*, a partir desses acontecimentos surge o que seria o atual nome da cidade: Posse. O Distrito é criado com a denominação de Nossa Senhora Santana da Posse pela Lei ou Resolução Provincial n.º 11, de 24 de novembro de 1855, no município de São Domingos. Elevado à categoria de vila com a denominação de Nossa Senhora Santana da Posse, pela Lei ou Resolução Provincial n.º 485, de 19 de julho de 1872, desmembrado de São Domingos e instalado em 20 de julho de 1874.

Entre os anos de 1957 e o final da década de 1970, o desenvolvimento da cidade foi impulsionado com a inauguração da cidade de Brasília e da Rodovia Brasília-Fortaleza, que passa pelo município.

O município de Posse localiza-se na porção nordeste do estado de Goiás, divisa com o estado da Bahia. Situa-se na Região Geográfica Intermediária de Luziânia-Águas Lindas de Goiás e Região Geográfica Imediata de Posse-Campos Belos.

Seu território tem como limites as cidades de Simolândia, Alvorada do Norte, Iaciara, Guarani de Goiás e Correntina (esta última em território baiano).

Posse está restrita à zona chapadeira, que é constituída na sua maioria de terreno arenoso, sobretudo nas proximidades da Serra Geral, na parte alta dos gerais.

A economia de Posse vem crescendo com passar dos anos, principalmente pela localização geográfica, fazendo divisa com o estado da Bahia. Com desbravamento do cerrado pelos pioneiros em busca de terras mais baratas e planas para produção de grãos, como soja, milho, algodão, arroz, caju, mamão e criação de gado. Posse é uma cidade próxima desta fronteira e oferecia melhor estrutura comercial e bancaria.

Atualmente há crescimento da agricultura e pecuária, e conta com um comércio de bens e serviços fortes e competitivos, rigorosos e bastante desmistificados, suficientes para atender toda a demanda do produtor e pecuarista, sua população e região.

Sua população no censo demográfico de 2010 era de 31 419 habitantes, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, sendo então o 33º mais populoso do estado e o maior de sua região.

Já sua população conforme estimativas do IBGE de 2018 eram de 36 375 habitantes.

Posse conta com uma unidades da Universidade Estadual de Goiás (UEG) uma unidade da Faculdade Fael e o Instituto Federal Goiano, que atendem todos os estudantes da região e até de outros Estados.

Posse é servida pelo seu aeroporto, com 1.500 metros de extensão, que atualmente está fora de serviço.

Posse está situada próximo da BR-020, a Rodovia Brasília-Fortaleza (cerca de 7 km) e seu acesso se dá pela GO-453 (Estrada Brasília). Outros acessos pela BR-020 se dão pela Rua Antônio Ferreira da Costa e Avenida Juscelino Kubischek de Oliveira, ambas as últimas ainda não asfaltadas. Na divisa com a Bahia, na mesma rodovia, há o Posto Rosário, que serve também como paradoro.

Na cidade há um terminal rodoviário com horário direto para Brasília, Goiânia, Luís Eduardo Magalhães, Barreiras e Salvador.

2.2. Descrição da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE

A POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE, localizada à Av. Juscelino Kubitschek de Oliveira na confrontação com terras da Prefeitura Municipal de Posse, setor Buenos Aires, Posse – GO, CEP: 73.9000-000 deverá atender a Macrorregião Nordeste de Goiás, composta por 1.207.393 habitantes. A área de abrangência é composta por 04 (quatro) regiões de saúde e 31 Municípios:

- Entorno Norte: Água Fria de Goiás, Alto Paraíso, Cabeceiras, Flores de Goiás, Formosa, Planaltina, São João d'Aliança e Vila Boa;
- Entorno Sul: Águas Lindas de Goiás, Cidade Ocidental, Cristalina, Luziânia, Novo Gama, Santo Antônio do Descoberto e Valparaíso de Goiás;
- Nordeste I: Campos Belos, Cavalcante, Divinópolis de Goiás, Monte Alegre de Goiás e Teresina de Goiás; e
- Nordeste II: Alvorada do Norte, Buritinópolis, Damianópolis, Guarani de Goiás, Iaciara, Mambai, Nova Roma, Posse, São Domingos, Simolândia e Sítio D'Abadia.

Será uma Unidade Especializada de Apoio Diagnóstico e orientação terapêutica, com serviços de consultas clínicas com médicos de diversas especialidades, visando fornecer diagnóstico precoce e tratamento oportuno de forma regionalizada, absorvendo os serviços de maior complexidade para os quais as Unidades Básicas de Saúde não estão capacitadas.

Premissas que serão adotadas pela POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE:

Alta Resolutividade: Sempre que possível, o atendimento na POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE deverá ser o mais resolutivo possível, com consultas e exames realizados no mesmo dia. Para tanto, a POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE deve observar as seguintes diretrizes:

I. Organização do fluxo interno da unidade, especialistas e exames correspondentes necessários no mesmo horário, de acordo com a linha de cuidado estabelecida.

II. Coleta de exames disponível durante todo o período de funcionamento da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE e serviços de patologia clínica contratados com

agilidade para recolher e processar os exames em duas horas (exames possíveis, respeitados os critérios técnicos). Os resultados dos exames devem ser enviados por meio de sistema informatizado.

III. A POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE será informatizada de forma que os profissionais tenham acesso às informações do paciente (procedimentos realizados, documentação, etc.) a qualquer tempo.

IV. A POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE será estruturada para oferecer laudos de resultados da forma mais ágil possível.

Forma de encaminhamento: As solicitações de consultas especializadas serão realizadas pelas Unidades Básicas de Saúde municipais (UBS) da macrorregião Nordeste ou de acordo com a pactuação regional. O agendamento será feito pelo Complexo Regulador Estadual (CRE). A marcação de consultas se dará por meio de um sistema informatizado – “online”, facilitando a escolha pelo usuário do melhor dia e horário. Propõe-se que o paciente seja encaminhado com uma guia de referência com as informações necessárias para avaliação.

Acompanhamento dos pacientes: Os pacientes não terão atendimento sequencial programado de rotina na Policlínica, para possibilitar o acesso de novos usuários com necessidades de confirmação do diagnóstico e tratamento especializado, salvo os casos que necessitem de tratamento programado (exemplos: sessões, consultas). No acompanhamento, deverão ser assumidos os conceitos de contra referência e referência, com retorno do paciente para a rede de atenção básica ou hospitalar de maior complexidade, conforme cada caso. De forma hipotética ideal, cada paciente terá sua necessidade atendida em consulta única, sendo aceitável um máximo de três a quatro consultas para resolução definitiva do caso, salvo os casos que necessitem de assistência contínua.

Perfil do atendimento da Policlínica

A POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE é uma Unidade Especializada de Apoio Diagnóstico e orientação terapêutica, com serviços de consultas clínicas de diversas especialidades. Possui suporte para realização de exames gráficos e de imagem com fins diagnósticos e oferta de pequenos procedimentos. Está configurada para prestar atendimento

de alta resolutividade em consultas e exames sendo realizados no mesmo dia, sempre que possível.

A Unidade funcionará de segunda à sexta-feira, no mínimo 12 horas diárias, das 07h00 às 19h00, e integra a Rede Estadual de Policlínicas de Goiás, sendo responsável pelo atendimento de média complexidade em Apoio Diagnóstico e orientação terapêutica.

2.3 – Estrutura da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE

A Unidade possui a previsão de 26 consultórios destinados à assistência médica e multiprofissional, 01 laboratório, 16 salas destinadas à execução de exames de imagem.

Os serviços obedecerão às Políticas Nacional e Estadual de Referência de Média Complexidade, definidas por meio das normas emanadas pelo Ministério da Saúde - MS e pela SES/GO e tem como objetivo principal o apoio às necessidades da Atenção Básica.

Ponto de Atenção das Linhas de Cuidado de Alta Resolubilidade – O Serviço deve ser estruturado como ponto de atenção nas linhas de cuidado definidas de acordo com as prioridades regionais. As linhas de cuidados são “conjunto de saberes, tecnologias e recursos necessários ao enfrentamento de determinado risco, agravo ou condições específicas do ciclo de vida, a ser ofertado de forma articulada por um dado sistema de saúde, com base em protocolos clínicos”.

A implantação da linha de cuidado em determinado sistema deve ter como base a relevância epidemiológica de riscos e agravos e a prioridade de atenção definida por políticas setoriais. O acolhimento do paciente será efetuado de forma humanizada já na recepção do paciente, incluindo a garantia de agendamentos nos seguimentos dos casos diagnosticados.

Ambulatório: A POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE deverá atender os casos encaminhados das Unidades Básicas de Saúde – UBS por meio de agendamento prévio, feito através do Complexo Regulador Estadual - CRE.

Serviço de Farmácia: Setor responsável por garantir a qualidade da assistência prestada ao paciente, por meio 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.

Serviço Nutrição e Dietética- SND: O Serviço de Nutrição e Dietética é próprio e presta assistência nutricional, fornecendo refeições balanceadas voltadas às necessidades de cada cliente, visando a satisfação e recuperação da saúde.

Lavanderia: Possui lavanderia hospitalar, sendo um dos serviços de apoio ao atendimento dos pacientes. É responsável pelo processamento da roupa e sua distribuição em perfeitas condições de higiene e conservação, em quantidade adequada a todos setores da Unidade.

Central de Material e Esterilização – CME: Área responsável pela limpeza e processamento de artigos e instrumentais médico hospitalares. É nessa área que se realiza o controle, preparo, a esterilização e a distribuição dos materiais de serviços de saúde.

Laboratório: O Laboratório realiza o serviço de Análises Clínicas, que será disponibilizado aos usuários atendidos em regime ambulatorial.

Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico – SADT Interno / Externo: Entende-se, por SADT, a disponibilização de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico para a totalidade dos pacientes atendidos em regime ambulatorial e aos que serão referenciados pelo CRE. O SADT compreende os recursos diagnósticos de Audiometria, Colposcopia, Endoscopia Digestiva Alta/colonoscopia/cistoscopia, Eletrocardiografia, Ecocardiografia/ Doppler Vascular/ Ultrassonografia, Exames Oftalmológicos (Tonometria, Teste Ortóptico, Campimetria, Mapeamento de Retina, Biometria Ultrassônica e outros), Eletroencefalografia, Eletroneuromiografia, Espirometria, Holter/MAPA, Mamografia, Nasofibroscopia, Radiologia Simples, Ressonância Magnética, Teste Ergométrico, Urodinâmica, Patologia Clínica.

Ensino e Pesquisa: A certificação do MEC/MS é reconhecida nacionalmente como um quesito de excelência em qualidade da instituição de saúde, à semelhança dos certificados de acreditação. É de fundamental importância a implantação das atividades de ensino, pesquisa e extensão. A Unidade deverá desenvolver atividades de Ensino e Pesquisa em parceria com instituições de ensino profissionalizante e de ensino superior, oferecendo campos de prática para estágios de graduação, pós-graduação, cursos profissionalizantes e tecnólogos para escolas técnicas conveniadas com a SES-GO. Essas atividades são fundamentais para a ampliação e qualificação da atenção à saúde oferecida aos usuários do SUS. A Unidade será responsável por manter atualizada a biblioteca e por disponibilizar a realização de pesquisas pelos estudantes/acadêmicos/residentes. Para o desenvolvimento dessas atividades, a

unidade deverá se adequar às exigências do Ministério da Educação - MEC para as devidas certificações.

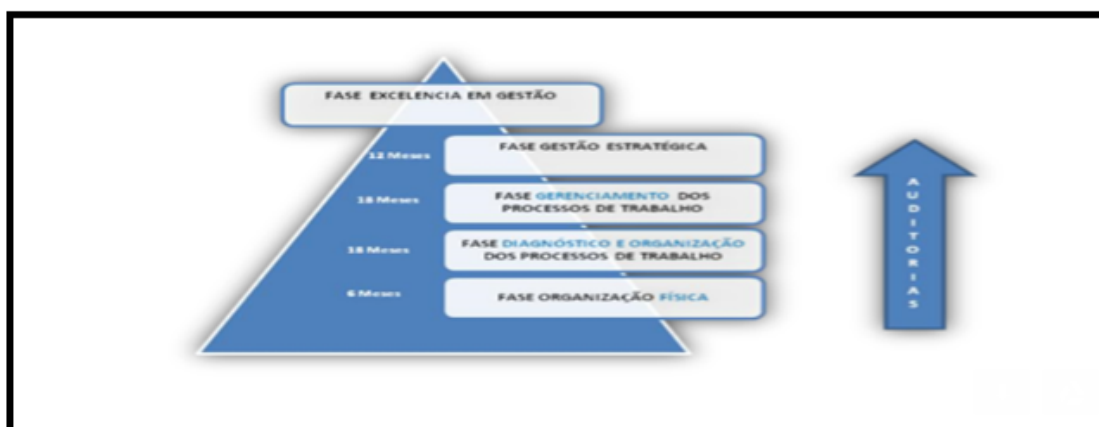
2.4 – Caracterização do Modelo Gerencial Proposto pela Associação Brasileira de Entidades de Assistência Social - ABEAS

O QUE É O MODELO DE GESTÃO: São diretrizes criadas pela ABEAS para orientar o plano de trabalho aplicado a POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE sob contrato de gestão. Define os instrumentos de planejamento, implantação e controle dos processos organizacionais inerentes a atividade de gestão.

OBJETIVO DO MODELO DE GESTÃO: É a representação clara e organizada do trabalho a ser desenvolvido pela equipe de gestores da ABEAS. Este Modelo encontra-se estruturado em 5 Fases distintas, permeadas por auditorias internas. As Fases representam o caminho a ser seguido para evolução da gestão e podem ser ajustadas conforme a realidade da Policlínica, sendo claramente planejadas, pois representam o compromisso do modelo de gestão a ser implementado, numa visão macro.

FUNDAMENTAÇÃO DO MODELO DE GESTÃO: As metodologias que fundamentaram o modelo de gestão e, portanto, adotadas neste projeto, foram escolhidas por já serem consagradas no âmbito empresarial, extraídas de bibliografias da área de administração e saúde. Os vários instrumentos de aplicação utilizados foram desenvolvidos pela ABEAS.

ESQUEMA ILUSTRATIVO DO MODELO DE GESTÃO: composto de cinco grandes fases de que dão forma à Gestão.



Além disso, com vista à valorização dos usuários SUS e na promoção da qualidade nos processos realizados, são propostas ações de (i) melhoria da organização interna (ii) conscientização e envolvimento de todos os colaboradores (iii) aumento da satisfação e confiança dos usuários (iv) melhoria da imagem diante da comunidade e (v) aumento da produtividade, aplicando-se ferramentas administrativas e instrumentos de comunicação interna para facilitar o desempenho da gestão e o alcance dos objetivos da qualidade.

A qualidade é o elemento fundamental no processo de atendimento das expectativas das pessoas, em especial os usuários dos serviços da saúde. Toda instituição, dada a sua missão essencial em favor do ser humano, deve preocupar-se com a melhoria permanente da qualidade da gestão e assistência, buscando uma integração harmônica das áreas médicas, tecnológicas, administrativas, econômica, assistencial, além das áreas de docência e pesquisa. Todas essas ações devem ter como meta fundamental a adequada atenção ao paciente.

Todo o incremento da eficiência e eficácia nos processos de gestão e assistência somente tem sentido se estiver a serviço de uma atenção melhor e mais humanizada.

Da melhoria na atenção proposta pelo ABEAS fazem parte o respeito e valorização ao paciente e ao colaborador, a humanização do atendimento. a adoção de medidas que visem atender às crescentes exigências e necessidade da população. Verifica-se a necessidade de novos estilos e práticas de gestão. Mais condizentes e compatíveis com a realidade atual e que possa atender adequadamente às necessidades dos usuários e colaboradores da saúde.

A velocidade das mudanças experimentadas pela sociedade, com reflexos claramente perceptíveis nas organizações, culminou com a adoção de princípios de Administração Flexível que pode ser compreendida como “o processo de gestão que leva a empresa a adquirir sensibilidade e capacidade de resposta, no curto prazo, para as alterações no ambiente externo”.

O modelo gerencial proposto pela ABEAS na gestão da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE será introduzido objetivando maior descentralização das decisões, compartilhamento de autoridade, estrutura dinâmica com interdependência entre os

serviços, implicando em mudanças e adaptações contínuas conforme as necessidades ambientais.

O cuidado na POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE é, por sua natureza, necessariamente multidisciplinar, dependente da conjugação do trabalho de vários profissionais.

O cuidado, portanto, é resultado dos somatórios de muitos pequenos cuidados parciais que vão ser complementados, de maneira pactuada, entre os vários cuidadores que circulam e produzem a vida da Policlínica. Assim, uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo de complementação, vai compondo o que é proposto como cuidado em saúde.

Uma das sobrecargas, talvez a maior do processo gerencial da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE contemporânea é conseguir coordenar adequadamente este conjunto diversificado, especializado, fragmentado de atos cuidadores individuais, que resultem em uma dada coordenação do cuidado.

Nesta medida, o tema da integralidade do cuidado na Policlínica, como nos demais serviços de saúde, passa, necessariamente, pelo aperfeiçoamento da coordenação do trabalho de equipe como estratégia para a gestão.

A qualidade assistencial compreende não somente a eficiência puramente técnica, mas também a qualidade assistencial percebida pelo usuário a qual se traduz, entre outros, pela humanização no atendimento, a eficiência administrativa, a adequação das instalações físicas, a agilidade e oportunidade do atendimento especializado.

Para o gestor de saúde um componente fundamental da equação para atingimento da qualidade assistencial é a resolubilidade do atendimento ao usuário.

A resolubilidade do atendimento, muitas vezes, não é percebida de forma efetiva pelo usuário em decorrência da natural assimetria de informação que permeia o relacionamento usuário x médico e usuário x policlínica.

O corpo técnico, por sua vez, em algumas ocasiões, pode, por motivos variados, perder de vista o parâmetro da resolubilidade assistencial em decorrência, entre outros, de deficiências administrativas, escassez de materiais, de equipamentos, de medicamentos, precariedade das instalações físicas e outros fatores.

Qualquer deslize na resolubilidade assistencial redundará, de imediato, em elevação dos custos assistenciais e, mais cedo ou mais tarde, na insatisfação objetiva do usuário quanto ao tratamento recebido e não eficaz (por vezes, até agravante do seu quadro clínico).

O resultado desse fenômeno é o inevitável comprometimento da qualidade assistencial presente e futura.

Assim, resumidamente, o modelo gerencial da ABEAS pressupõe uma maior comunicação e envolvimento entre usuários, prestadores e gestores para que, com soluções compartilhadas, todos sejam corresponsáveis pela qualidade dos serviços e, também, pela viabilidade financeira do sistema, num modelo de gestão negociado, de ajustamento mútuo e comunicativo e um conjunto de práticas que intensifiquem o espírito de gestão por compromissos.

A ABEAS tem a firme convicção de que tem todos os requisitos para tornar-se referência e exemplo de sucesso deste modelo gerencial, no qual o acompanhamento de metas quantitativas e qualitativas monitoradas por indicadores de desempenho, combinado com o treinamento constante dos colaboradores e a transparência na gestão visam proporcionar a eficiência dos serviços prestados, que resulta na qualidade assistencial almejada, e, na resolubilidade que gera a contenção frutuosa dos custos e promove a eficácia terapêutica. A excelência em gestão é a base conceitual direcionadora do modelo de gestão. O sistema de medição de desempenho do modelo de gestão tem base no BSC. Estratégico adviser (SA) é a ferramenta de controle de desempenho do modelo de gestão. O reconhecimento externo do modelo de gestão tem base na certificação ONA.

ELEMENTOS OPERACIONAIS DO MODELO DE GESTÃO:

ATUAÇÃO DA EQUIPE DE GESTÃO

- Atribuições
- Assessorias

- Foco estratégico de atuação

RELATÓRIOS DE PROGRESSO E DESEMPENHO

- Plano Estatístico
- Relatório de Atividades
- Desempenho de Indicadores

DOCUMENTAÇÃO NORMATIVA E OPERACIONAL DA POLICLÍNICA

- Estrutura documental
- Detalhando a composição dos documentos dessa estrutura

MODELO E CERTIFICAÇÃO DE QUALIDADE

Seguramente a ONA representa consagrada modalidade de reconhecimento externo. O Modelo de Gestão ABEAS é estruturado de modo a buscar alinhamento com os requisitos estabelecidos por estas metodologias.

a) ONA - Organização Nacional de Acreditação

Ao certificar uma instituição de saúde a ONA reconhece e classifica o nível de qualidade do atendimento prestado pela mesma.

Segunda a ONA define-se Acreditação como um sistema de avaliação e certificação da qualidade de serviços de saúde, voluntário, periódico e reservado.

Nas experiências brasileira e internacional, é uma ação coordenada por uma organização ou agência não governamental encarregada do desenvolvimento e atualização da sua metodologia.

Em seus princípios tem um caráter eminentemente educativo, voltado para a melhoria contínua, sem finalidade de fiscalização ou controle oficial, não devendo ser confundido com os procedimentos de licenciamento e ações típicas do Município.

Principais vantagens da acreditação:

- Segurança para os pacientes e profissionais;
- Qualidade da assistência;
- Construção de equipe e melhoria contínua;
- Útil instrumento de gerenciamento;
- Critérios e objetivos concretos adaptados à realidade brasileira;
- O caminho para a melhoria contínua.

Principais interessados pelo processo de Acreditação:

- Líderes e administradores;
- Profissionais de saúde;
- Organizações de saúde;
- Sistemas compradores;
- Governo;
- Cidadão.

Consideração: A conquista de reconhecimento externo é resultado de um trabalho amplo, que vai além da gestão em si, e que envolve uma sólida parceria entre a ABEAS, gestora da Unidade de Saúde, e o ente público, contratante. É um esforço conjunto e interdependente. Mediante acordo entre contratante e contratada a certificação ONA poderá ser obtida.

RAG – Requisitos de Apoio a Gestão

Todo processo de organização com vistas a assegurar a qualidade é pautado no instrumento denominado RAG – Requisitos de Apoio a Gestão. Criado pela ABEAS com objetivo de estabelecer e aplicar critérios para verificação, planejamento, organização e avaliação da gestão, possui cerca de 5 mil requisitos. Também é função do RAG, de forma complementar, contribuir com os projetos de Acreditação, na medida em que seus critérios buscam alinhamento a esta metodologia.

O RAG encontra-se dividido em seis grupos, contendo requisitos estabelecidos pela ABEAS fundamentados na experiência de consultores, com referência no Manual da ONA, boas práticas e legislação aplicável ao setor:

Grupo 1: Liderança, Gestão de Pessoas e Clientes

São requisitos que dizem respeito ao sistema de liderança das chefias, gestão de pessoas que compõem a força de trabalho do setor e clientes.

Grupo 2: Organização, Documentação, Processos e Indicadores

São requisitos que dizem respeito à organização com relação a arquivamento de documentos e registros, gerenciamento de seus processos e monitoramento de indicadores de serviço.

Grupo 3: Segurança Ocupacional e Gestão de Risco

São requisitos que dizem respeito ao cumprimento das diretrizes relacionadas à Segurança e Saúde Ocupacional, bem como as ações corretivas e preventivas utilizadas para mitigar os fatores geradores de riscos.

Grupo 4: Infraestrutura

São requisitos que dizem respeito às condições de infraestrutura essenciais no desempenho de suas atividades.

Grupo 4.1: Infraestrutura - Áreas Assistenciais

São requisitos aplicáveis às áreas assistenciais e de apoio assistencial, e dizem respeito aos elementos e condições indispensáveis à prática da assistência.

Grupo 5: Requisitos Específicos

São requisitos aplicáveis individualmente conforme identificação da área e diz respeito às particularidades próprias de cada serviço.

Grupo 6: Serviços de Terceiros

Além dos grupos 1 ao 5, todo serviço terceirizado deverá aplicar também os requisitos deste grupo, com relação ao processo de terceirização propriamente dito.

PLANOS DE AÇÃO DE MELHORIA

Planos de ação para melhorias são gerados após avaliação através do RAG. Estes são feitos levando-se em consideração a prioridade e necessidade identificada pela Policlínica, tomando como prioritários os requisitos que se referem a infraestrutura e enquadramento

legal. O RAG é sistematicamente aplicado, visando demonstrar os avanços obtidos pela gestão ao longo do tempo (ciclos semestrais).

Os planos de ação são gerenciados via sistema STRATEGIC ADVISER (SA). Esta ferramenta viabiliza o monitoramento de todos os planos de ação ativos na Policlínica, bem como retrata o status das ações existentes, estratificada por níveis de responsabilidade.

Missão da ABEAS: Fornecer uma gestão profissional nas áreas de saúde e educação.

Visão: Atuar em todo território nacional.

Valores: Ética, segurança e qualidade nos serviços prestados.

2.5 – ORGANIZAÇÃO DE ATIVIDADE

2.5.1. IMPLANTAÇÃO DE FLUXOS

2.5.1.1. Fluxos Operacionais de Circulação em Áreas Restritivas, Externas e Internas

- Fluxos de Pessoas e Materiais

Visando disciplinar o fluxo de profissionais, fornecedores, visitantes e alunos nas dependências, as normas e os procedimentos administrativos aqui explanados aplicar-se-ão a todos os departamentos estruturais pertencentes à Administração, devendo estes serem os responsáveis pela sua aplicabilidade.

Devido às peculiaridades de uma Unidade de Saúde, tais medidas são sugestivas e serão ajustadas para melhor atender a demanda da população durante a gestão da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE através da gestão da Associação Brasileira de Entidades de Assistência Social - ABEAS.

- Trânsito e Identificação de Pessoas

Acesso de usuários (Atendimento Ambulatorial) e funcionários (segunda a sexta-feira das 7:00 as 19:00h): será realizada, exclusivamente, pela entrada principal de atendimento do edifício, sendo proibido o trânsito por portas secundárias, salvo em casos excepcionais, quando as mesmas poderão ser utilizadas como rota de fuga / saída de emergência. A recepção deverá se dar da forma mais educada, humana e cortês, conforme normas e

regulamentações. O local contará com vigilância diurna durante todo o horário de funcionamento, com intuito de controlar os acessos e manter a segurança.

Acesso de pacientes do ambulatório (segunda a sexta-feira das 7:00 as 19:00h): será realizada, exclusivamente, pela segunda entrada de atendimento do edifício, sendo proibido o trânsito por portas secundárias, salvo em casos excepcionais, quando as mesmas poderão ser utilizadas como rota de fuga / saída de emergência. O local contará com vigilância diurna durante todo o horário de funcionamento, com intuito de controlar os acessos e manter a segurança.

NORMAS PARA PACIENTES E ACOMPANHANTES

- I. É proibido fumar nas dependências da unidade, inclusive no estacionamento;
- II. É proibido usar os telefones da unidade;
- III. É proibido entrar nas dependências das unidades portando medicamentos, alimentos ou bebidas;
- IV. É proibido sentar-se na cadeira/ leito dos pacientes;
- V. É vedada a entrada de aparelhos eletrônicos como notebook, tablet, radio e etc;
- VI. É proibida a circulação de pacientes e acompanhantes em locais onde o paciente não está sendo atendido;
- VII. É proibido ministrar medicamentos aos pacientes, pois os mesmos serão oferecidos pela equipe de enfermagem;
- VIII. É proibido o uso de roupas curtas, decotadas ou transparentes, pois aumenta o risco de infecção;
- IX. Após as refeições, todos os utensílios devem ser entregues à copeira;
- X. Os pacientes idosos, menores de 18 anos ou incapazes terão direito a um acompanhante;

Todos os pacientes e acompanhantes deverão ser orientados quanto ao descarte correto de resíduos no momento da geração.

INFORMAÇÕES PARA ACOMPANHANTES:

- O usuário terá direito a 01 (um) acompanhante a ser solicitado pela enfermagem, havendo necessidade.
- Será permitida a permanência de acompanhante mediante a autorização feita em impresso anexo, preenchida, assinada e carimbada pelo (a) enfermeiro (a) supervisor.
- Pessoas com mais de sessenta (60) anos de idade, gestantes e portadores de deficiência que não apresentarem boas condições de saúde, não poderão ser acompanhantes de seus pacientes.
- Só é permitido acompanhante com idade a partir de dezoito (18) anos de idade e menor de 60 anos.

- Carga/descarga, Prestadores de Serviços, Fornecedores e Veículos Oficiais:

Será realizada, exclusivamente, entrada localizada nos fundos da Unidade, sendo proibido o trânsito por portas secundárias, salvo em casos excepcionais, quando as mesmas poderão ser utilizadas como rota de fuga / saída de emergência. O local contará com vigilância armada 24h com intuito de controlar os acessos e manter a segurança.

Visando a preservação patrimonial e manutenção da segurança interna, todas as pessoas e profissionais que tiverem acesso às dependências deverão portar crachás específicos bem como, terem sua entrada e saída registrados em sistema informatizado de cadastro, com informações pessoais e registro fotográfico com emissão de etiqueta com código de barras e / ou controle eletrônico, conforme o caso.

Serão reconhecidos como crachás – adesivos ou etiquetas autocolantes:

Acompanhante - destinado a acompanhantes de pacientes que farão uso dos serviços prestados na Unidade;

Fornecedores - destinados a fornecedores que necessitam ter acesso às dependências da Unidade, em horários e locais de acesso previamente determinados e autorizados;

Funcionário - Crachá funcional/nominal destinado à profissionais no exercício de suas funções;

Acesso Administrativo - destinado a profissionais no exercício de suas funções fora de seu local original de trabalho ou visitas administrativas, que necessitem adentrar a Unidade por quaisquer motivos, desde que previamente autorizados e identificados na recepção principal;

Prestador de Serviço - destinado a profissionais terceirizados e que prestem serviços, necessitando de acesso às instalações, desde que autorizados e identificados na portaria principal;

A entrega de crachá e ou adesivos/etiquetas autocolantes, só se dará mediante a apresentação pelo interessado de documento de identidade, de onde serão extraídos os dados pessoais do mesmo. Os mesmos deverão ser usados na parte superior do corpo, acima da cintura, em local de fácil visualização.

As visitas administrativas também deverão ser identificadas junto ao setor destino e ter a entrada registrada em livro próprio, ata ou controle eletrônico. Nos casos em que a visita administrativa não estiver portando o crachá ou outro documento que o identifique, a Recepção Principal deverá verificar junto a Direção e só então liberar o acesso deste às dependências, conforme o caso.

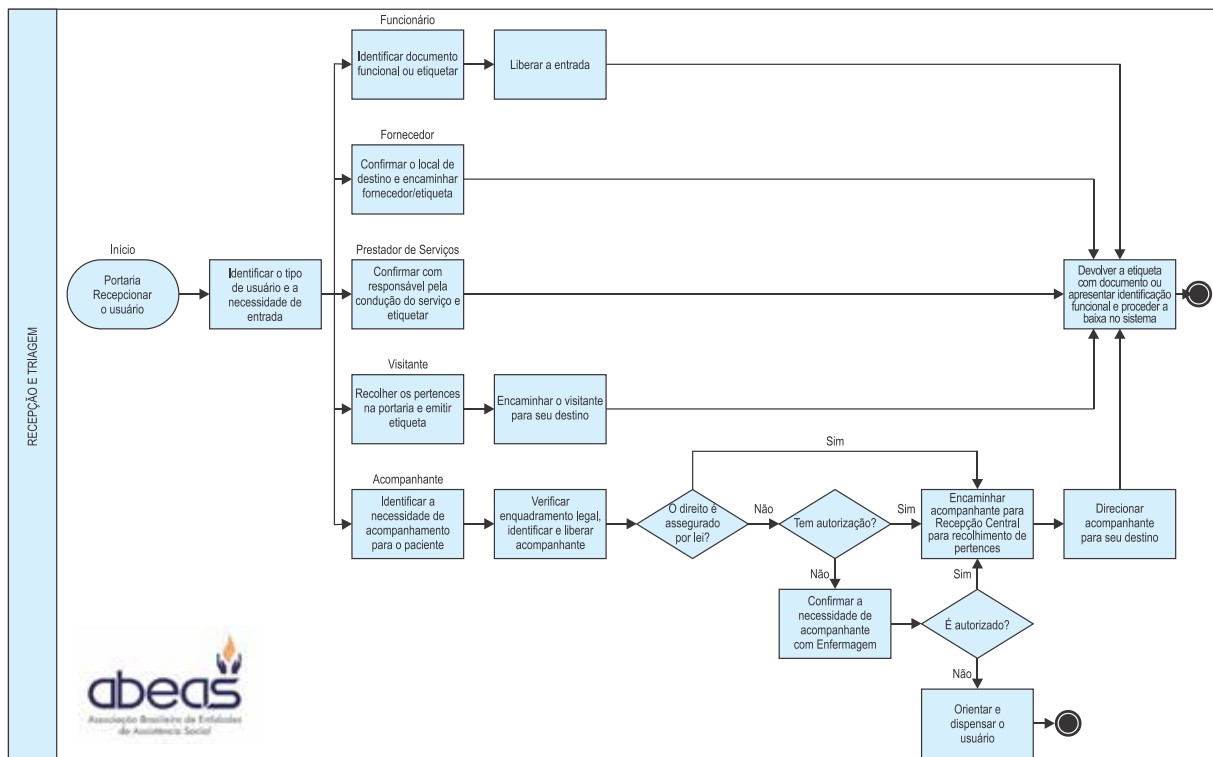
Os funcionários das empresas terceirizadas, como os de limpeza, manutenção e de vigilância, no exercício de suas funções dentro das instalações da Unidade também deverão possuir e fazer o uso de crachá de identificação próprio da empresa contratada.

O controle de circulação de pessoas, fora dos horários normais de expediente ficará a cargo da empresa responsável pela vigilância e será feito mediante anotações em livro próprio, registrando-se o destino e o horário do ingresso e da saída. O acesso somente será permitido com a respectiva identificação e autorização do responsável pela Unidade ou direção receptora.

Fica ainda proibido o acesso de vendedores, promociionistas, agenciadores e pedintes de qualquer espécie. Não será permitido o comércio de produtos ou serviços dentro do espaço físico, quer seja realizado por representantes comerciais ou pelos próprios servidores da Instituição, de acordo com o inciso XVIII, Art. 17, da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1.990.

Fica proibido o ingresso e a utilização de cigarro, tabaco ou quaisquer outras substâncias ilícitas dentro das instalações, sendo vedada a entrada de visitantes ou prestadores de serviços alcoolizados.

Recepção e Triagem:



- Trânsito de Volumes e Bens Móveis

A saída ou o recebimento de mercadorias só será realizado com o acompanhamento de responsável devidamente designado pela ABEAS, sendo que nenhum volume, objeto ou bem móvel poderá ser retirado sem que seu portador esteja munido da Autorização de Saída de Material, que será sempre emitida, em duas vias, ficando uma delas de posse da pessoa que está fazendo a retirada. Essa via deve ser apresentada na Portaria de Carga/Descarga para a saída mercadoria. A mesma deve ser devolvida no ato da devolução da mercadoria.

Referência: Tal medida não se aplica a volume cujo conteúdo indique visivelmente tratar-se de expedientes de rotina como processos, correspondências, boletins de serviço, etc.

- Vigilância e Segurança Patrimonial

Haverá plena fiscalização das equipes de vigilância, devendo as mesmas serem executadas por empresa contratada, na forma da legislação vigente, em pontos estratégicos da Unidade, visando garantir a segurança dos usuários, profissionais e patrimônio:

- Recepção principal – 12x36 diurno desarmado
- Carga/Descarga e Estacionamento interno - 12x36 diurno e noturno armado
- Porteiro de área externa para controle de acessos ao estacionamento externo – diurno
- Vigilante ronda (destinado a rondas diurnas e noturnas em toda Unidade) - 12x36 diurno e noturno armado

Os profissionais de Vigilância e Segurança Patrimonial e Portaria terão dentre os critérios exigidos, possuir curso de brigadista devidamente comprovado, para que possua capacidade técnica para atuar em emergências, tais como, catástrofes, incêndios e etc.

É expressamente proibido manter ou guardar substâncias capazes de fornecer risco à segurança dos prédios (Sede e Unidades), notadamente explosivos e inflamáveis, substâncias tóxicas ou materiais que exalem mau cheiro e impacto ambiental, salvo quando houver instalações apropriadas para tal e com pleno consentimento / deliberação superior, bem como os casos aplicáveis à gestão dos resíduos de saúde, constantes nesta Proposta de Trabalho.

Os aparelhos e equipamentos de uso comum somente poderão ser instalados ou remanejados por pessoas devidamente habilitadas e com prévio consentimento do setor de Material e Patrimônio da Associação Brasileira de Entidades de Assistência Social - ABEAS.

Em caso de sinistro, conflito ou qualquer outra situação que possa afetar a ordem e a segurança, o esvaziamento do prédio será conduzido por pessoas treinadas, pertencentes ao Serviço de Vigilância, à Supervisão de Logística e à Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA.

Qualquer desaparecimento de material, bem como os danos decorrentes de má utilização ou uso indevido das instalações, equipamentos e materiais deverá ser comunicado, imediatamente e por escrito à autoridade responsável por esta atribuição.

O responsável pela Unidade / Posto e conseqüentemente pelas instalações, equipamentos ou materiais sob sua guarda e responsabilidade, deverá comunicar o caso à delegacia de polícia mais próxima, bem como registrar o Boletim de Ocorrência Policial, em até três dias úteis, subsequentes ao conhecimento do fato; Cientes do fato, a ABEAS adotará providências cabíveis, promoverá a instauração de sindicância visando à apuração do ocorrido, bem como comunicar à empresa prestadora de serviço de vigilância.

Concluída a sindicância e caracterizada a existência de responsável pela avaria ou desaparecimento do material, independentemente de outras penalidades, sujeitar-se-á o envolvido a uma das seguintes opções:

- a) Arcar com as despesas da recuperação do material;
- b) Substituir o material por outro com as mesmas características;
- c) Indenizar em dinheiro, esse material, de acordo com o preço de mercado atualizado.

A ABEAS não se responsabilizará pelo desaparecimento de materiais e objetos de propriedade particular, não cabendo assim, qualquer providência administrativa.

As correspondências de qualquer espécie deverão ser entregues, exclusivamente, no setor destinado a tal.

É vedada a colocação de móveis ou de quaisquer objetos que obstruam as áreas de circulação e partes comuns das instalações e/ou imediações da unidade, sendo os casos omissos resolvidos, em conjunto, pelas Diretorias da ABEAS e pela direção da unidade.

- Circuito Interno de TV e Monitoramento

Conforme proposta de implementação das normas de circulação de pessoas na Unidade e, tendo em vista a peculiaridade dos serviços prestados, a segurança da população,

bem como a do patrimônio, demandam por ferramentas que proporcionam ações ágeis e eficazes.

Não são raros os casos noticiados de incidentes, furtos, roubos, desvios de conduta / infringência da lei e ações de vandalismo que são propiciados nos ambientes de grande fluxo de pessoas, como é o caso de uma Unidade de Saúde que presta serviços à população.

Neste contexto, para gestão plena da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE, propomos a criação de um Sistema de Monitoramento através de Circuito Interno de TV - CFTV, composto por um avançado parque tecnológico de câmeras, monitores e acessórios correlatos para monitoramento, em tempo real, de toda a situação interna e externa (arredores) da Unidade.

O sistema implantará câmeras de monitoramento em locais estratégicos para manutenção da segurança da Unidade, como recepção e locais de circulação, entrada e saída de pessoas/funcionários, estacionamento, almoxarifado, farmácia e corredores internos, além da possibilidade do monitoramento das calçadas e imediações do prédio, na forma da legislação vigente. Além da segurança real, estas ferramentas aumentarão a sensação de segurança das pessoas que fazem uso da estrutura da Unidade.

Todas as imagens serão monitoradas em tempo real através da implantação de uma Sala de Monitoramento equipada com monitores de LCD, que transmitirão as informações para o gestor e para o setor de segurança, e que ficarão gravadas para consulta / providências cabíveis.

O monitoramento também poderá ser realizado à distância por setores / pessoas previamente autorizadas, que poderão tomar providências imediatas e eficazes para resolução dos problemas sem, contudo, dispensar a atenção dos gestores alocados no prédio da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE.

A instalação do circuito obedecerá à legislação vigente, na qual dispõe sobre a colocação de placas informativas, conforme modelo abaixo. Estas placas de aviso serão instaladas nos locais monitorados e informarão sobre o circuito de câmeras, proporcionando

embasamento jurídico/legal, bem como ampliando a sensação de segurança para as pessoas/funcionários.

Tais medidas proporcionarão efetivas ações de segurança e darão aos Gestores a oportunidade de monitorar, em tempo real, toda a situação e o andamento dos trabalhos realizados na POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE.

2.5.1.1.1. Fluxo de Áreas Restritivas e Externas

Os fluxos são extremamente importantes para o bom funcionamento da unidade de saúde. Com o perfil da unidade, isto é, suas atribuições e dimensionamento, inicia-se uma das mais importantes etapas no processo projetual de uma unidade de saúde: a etapa da setorização, isto é, a análise da distribuição espacial atual das unidades funcionais e dos ambientes que constitui a POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE. Para a elaboração desta análise a caracterização, avaliação e organização dos fluxos desempenhara um papel fundamental, onde consideraremos as seguintes atribuições:

- Atendimento Ambulatorial
- Apoio Diagnóstico e Terapia
- Apoio Técnico
- Ensino e Pesquisa
- Apoio Administrativo
- Apoio Logístico

Em cada uma destas atribuições desenvolve-se em uma ou mais unidades funcionais da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE e, mais especificamente, nos diferentes ambientes que o constitui.

A distribuição espacial das unidades funcionais e de seus respectivos ambientes, levou-se em consideração, principalmente, a adequação dos fluxos que delas se originam ou que para elas se dirigem.

Certamente consideramos também outros fatores que abrangem a arquitetura hospitalar e sua setorização, entre eles as características climáticas (orientação da edificação em relação a insolação e aos ventos dominantes), a topografia, a drenagem, as características do terreno, a hierarquia do sistema viário em torno do mesmo, assim como o tipo e a intensidade de ocupação das áreas vizinhas. Nenhum destes fatores, entretanto, é, a nosso ver, tão determinante para a distribuição espacial das unidades funcionais da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE como os tipos de fluxos que entre elas ocorrem.

Ao analisarmos a estrutura da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE, notamos que estes podem ser divididos, para fins de análise, em dois grandes conjuntos: os fluxos interfuncionais (que se desenvolvem entre diferentes unidades funcionais) e os intrafuncionais (que ocorrem dentro de uma única unidade funcional).

São os Fluxos Interfuncionais:

- Paciente Externo:

São os fluxos dos pacientes que buscam o atendimento ambulatorial, ou o apoio ao diagnóstico e terapia.

A circulação destes pacientes pela unidade, assim como de seus acompanhantes, será restrita às áreas funcionais onde recebem atendimento, evitando sua passagem pelas circulações reservadas.

- Paciente Interno:

Serão constituídos pelos fluxos de pacientes quando acompanhados por funcionários / acompanhantes, os quais irão acessar as diferentes unidades funcionais para diagnóstico ou terapia.

- Acompanhantes:

Serão constituídos pelos fluxos de familiares dos pacientes externos e internos que os acompanham durante sua permanência na unidade, quando se tratar de crianças e idosos.

- Funcionários:

Serão constituídos pelos fluxos dos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, terapeutas, farmacêuticos, auxiliares etc.) e de todos os técnicos e pessoal de apoio necessários ao funcionamento da unidade. A circulação de funcionários poderá, por vezes, ser restrita às unidades em que atuam ou, em alguns casos, como acontece em geral com a maior parte dos profissionais de saúde, ser permitida em toda a unidade. Na maioria dos casos a circulação dos funcionários, principalmente a de profissionais da saúde se confunde com a circulação dos pacientes, não devendo se misturar, em princípio, com a circulação de pacientes externos.

- Insumos:

Serão constituídos pelos fluxos de insumos de diversos tipos que são demandados pelas diferentes unidades funcionais, entre os quais destacam-se pelo volume e importância, os alimentos (processados ou não), roupa limpa, material cirúrgico, medicamentos, equipamentos etc.

Em algumas áreas deverá ser levado em consideração no dimensionamento das circulações por onde passam como, por exemplo, as que dão acesso ao almoxarifado e farmácia, à lavanderia, à nutrição e, dependendo do porte, à Central de Material Esterilizado.

- Material Contaminado e Resíduos Sólidos:

São os fluxos constituídos pela roupa suja, pelos resíduos sólidos (contaminados ou não), pelos resíduos de serviços de saúde - RSS etc. O tratamento dos elementos contaminados na fonte e a utilização de técnicas adequadas para o seu transporte e destinação final eliminam a necessidade de circulações exclusivas para este tipo de fluxo entre as diferentes unidades funcionais. Ainda assim algumas medidas e restrições permanecem importantes. Entre as primeiras destacam-se as instalações de lavatórios nos diversos ambientes que compõem as unidades funcionais, a localização adequada das utilidades, dos vestiários barreira e das antecâmaras, quando necessários, bem como todos os transportes devem ser realizados em recipientes ou carros fechados. De uma forma geral as restrições de fluxo permanecem importantes nas áreas críticas, conforme definidas pela RDC-50 (ambientes

onde existe um risco aumentado de transmissão de infecção, onde se realizam procedimentos de risco, com ou sem pacientes, ou onde se encontram pacientes imunodeprimidos).

São os Fluxos Intrafuncionais:

Os fluxos que ocorrem dentro de uma mesma unidade podem ser divididos para efeito de avaliação em dois tipos principais: fluxos contaminados e fluxos sem riscos de contaminação. A avaliação destes fluxos é fundamental para a escolha dos procedimentos e a implantação, quando necessária, de barreiras físicas. Por exemplo na Lavanderia o fluxo de roupas é considerado altamente contaminado na sala de recepção, classificação, pesagem e lavagem de roupa suja, ambiente contaminado que necessita requisitos arquitetônicos próprios como: banheiro, exaustão mecanizada com pressão negativa, local para recebimento de sacos de roupa suja por carros, tubulão ou monta cargas, espaço para máquina de lavar, ponto de água para lavagem do ambiente, pisos e paredes laváveis, ralos interfone ou similar e visores (RDC-50).

Boa parte dos fluxos são determinados pelos acessos à unidade, assim a adequação dos fluxos não pode prescindir de um cuidadoso planejamento do número e da localização dos diferentes acessos necessários ao funcionamento da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE. Quanto maior número de acessos maior é a necessidade de controle e, conseqüentemente dos custos de operação devido ao aumento de funcionários necessários para controlá-los. Ainda assim, para uma melhor organização dos fluxos é necessário um número mínimo de acessos que varia, evidentemente, em função do porte e da complexidade.

Assim teremos projetados os seguintes acessos:

a) Acesso ao Ambulatório e Apoio ao Diagnóstico;

A existência de um único acesso à estas unidades funcionais é totalmente aceitável, adequando-se os sistemas de informação e orientação dos usuários (balcão de informações e a programação visual) e o dimensionamento das áreas de espera fiquem adequados.

b) Acesso de Funcionários e Insumos

Será adotado um único acesso para a entrada de funcionários e de insumos, desde onde estará claramente identificado os trajetos a ser percorrido por cada tipo de fluxo após a passarem pelo controle. Outros acessos e saídas serão previstos em função do perfil e da forma com que a unidade será operada.

Implantados os fluxos, definidos os acessos, a distribuição espacial das unidades funcionais irá se estabelecer a partir de uma série de critérios entre os quais os de compatibilidade e incompatibilidade das atividades que se desenvolvem nas diferentes unidades funcionais. Assim por exemplo o Apoio ao Diagnóstico que ocupar uma posição estratégica em relação à unidade ambulatorial, irá garantir um fácil acesso aos meios de diagnóstico. A decisão dos fluxos de uma unidade funcional pode variar bastante em função de particularidades da unidade. Com a compreensão das características dos diferentes fluxos, a distribuição das unidades funcionais poderá ser feita de uma forma adequada.

Linhas de Acesso

Se as linhas de acesso não funcionam corretamente pode trazer problemas de orientação aos visitantes, desgaste físico aos funcionários através do aumento das distâncias a serem percorridas e do tempo gasto na realização das tarefas, bem como aumento nos custos com sinalização, barreiras divisoras dos fluxos, controle de infecção, segurança e vigilância, proteção contra incêndios - mecanismos de prevenção e saídas -, entre outros.

Pacientes e visitantes da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE

Assim, para os pacientes e visitantes, a questão primordial é a orientação. O modo através do quais as pessoas chegam ao seu destino ou se orientam no espaço torna-se difícil em unidades de saúde que se parecem com labirintos. Isto é particularmente mais difícil para pessoas com dificuldade em reconhecer padrões e sinais, devido à doença ou estado emocional alterado, como é o caso de pacientes. Estes aspectos, somados à falta de

familiarização com o edifício, resultam em uma inquietação do usuário no que diz respeito a sua segurança.

A projeção arquitetônica da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE, somado ao uso adequado da sinalização e aos meios de informação verbal, através de funcionários lotados como “Conte Comigo” pode aliviar esta sensação e facilitar os deslocamentos por meio de informações claras e legíveis, distribuição de mapas, áreas de informação gerais e colocação de áreas afins próximas, evitando longos deslocamentos.

Assim a humanização da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE nas áreas de circulação também irá contribuir para o bem-estar dos pacientes, reduzindo a angústia e a insegurança causadas pela falta de familiarização com o edifício e estado emocional alterado. O contato, mesmo que apenas visual, com o exterior - através de aberturas e jardins ligados às circulações, também auxilia na orientação dos usuários e é um importante meio de diminuir o stress emocional destes, assim como irá se usar cores, a instalação de bancos, bebedouros e outros equipamentos, a utilização de uma iluminação agradável, a presença de locais de estar etc.

2.5.1.2. Fluxos para Registros e Documentos de Usuários e Administrativos

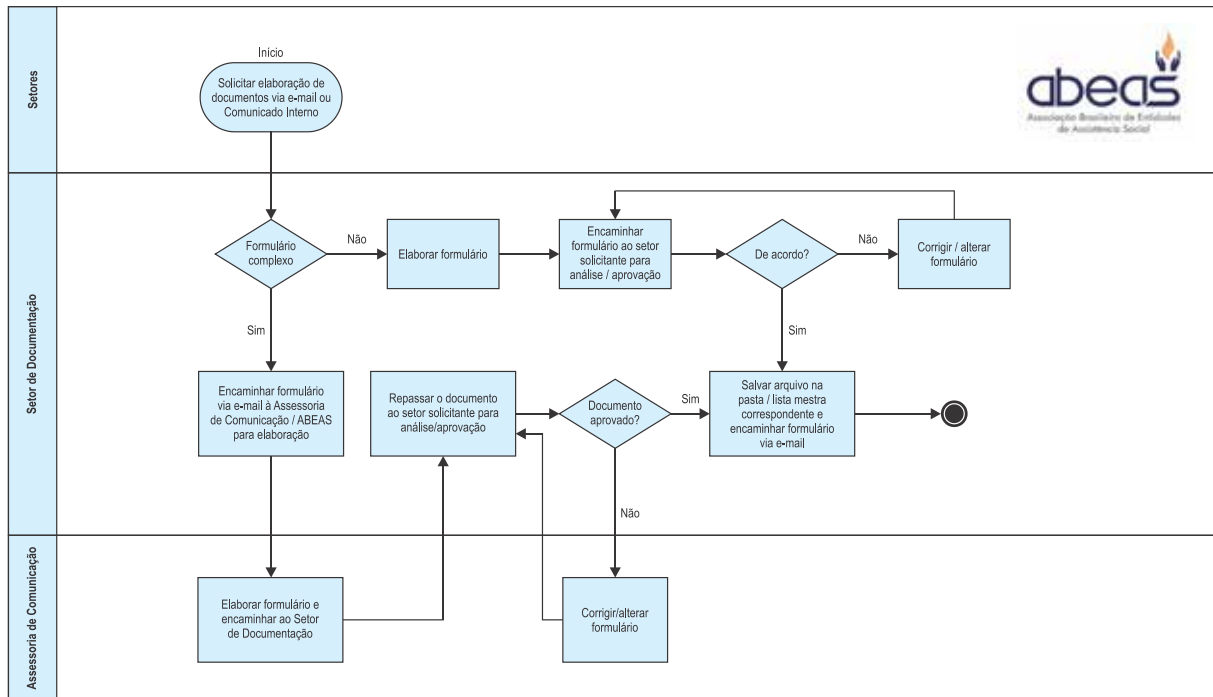
Para se obter o correto manuseio de documentos é necessário estabelecer uma Gestão de Documentos que descreva todos os procedimentos técnicos e operacionais referentes às atividades de produção, validação, classificação, tramitação, avaliação, armazenamento, arquivamento e descarte dos documentos, com o objetivo de manter um controle adequado.

Para estabelecer os critérios de controle dos documentos da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE, a referência adotada estará em consonância com a ISO 9001/2015, no que tange ao controle de informação documentada.

A Gestão de Documentos está detalhada no item: 2.1.4.1 Implantação da Gestão da Qualidade / Certificação ONA. Neste item está demonstrada dentro do contexto de Gestão da Qualidade a importância da Gestão de Documentos, bem como os passos a serem seguidos para a implementação deste serviço.

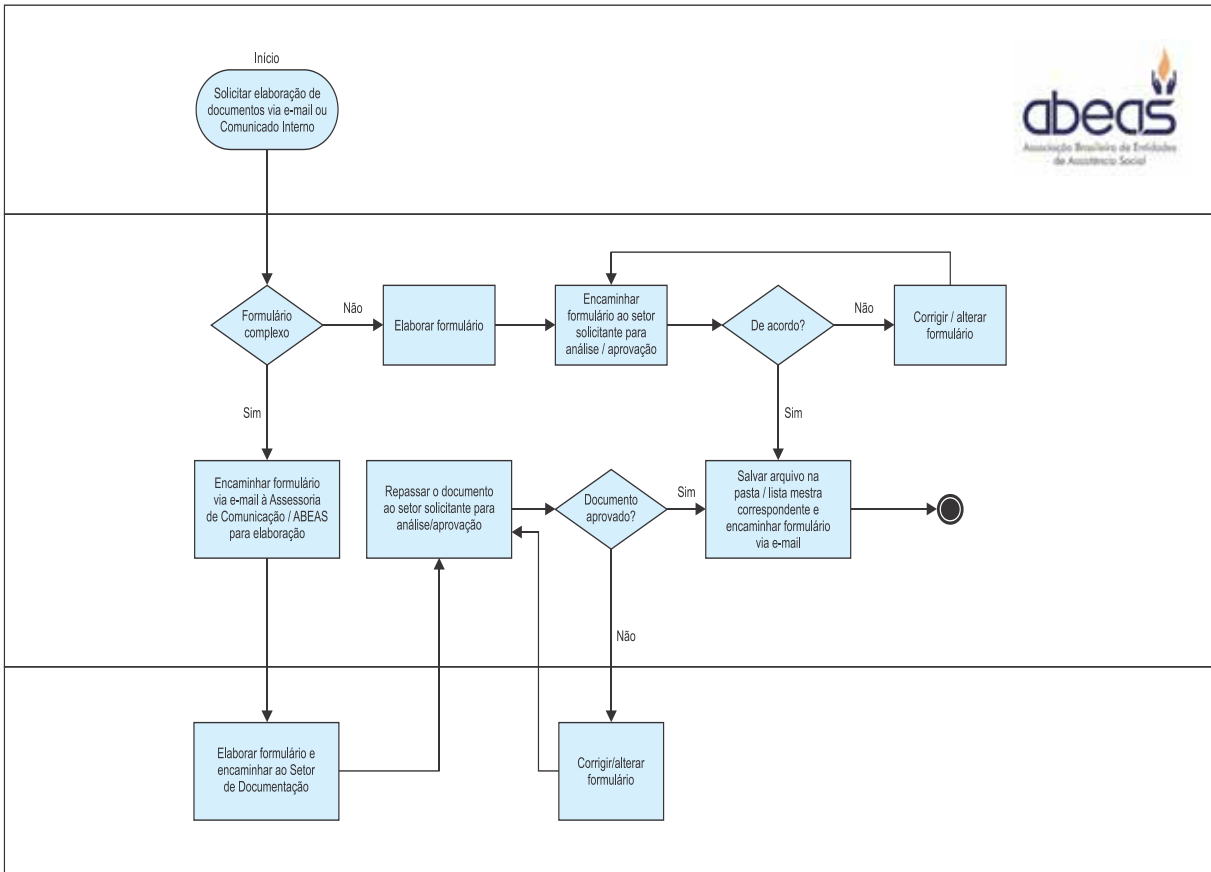
Apresentamos o fluxo de criação, alteração e eliminação de documentos a ser implantado na gestão da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE:

Elaboração de Formulários:

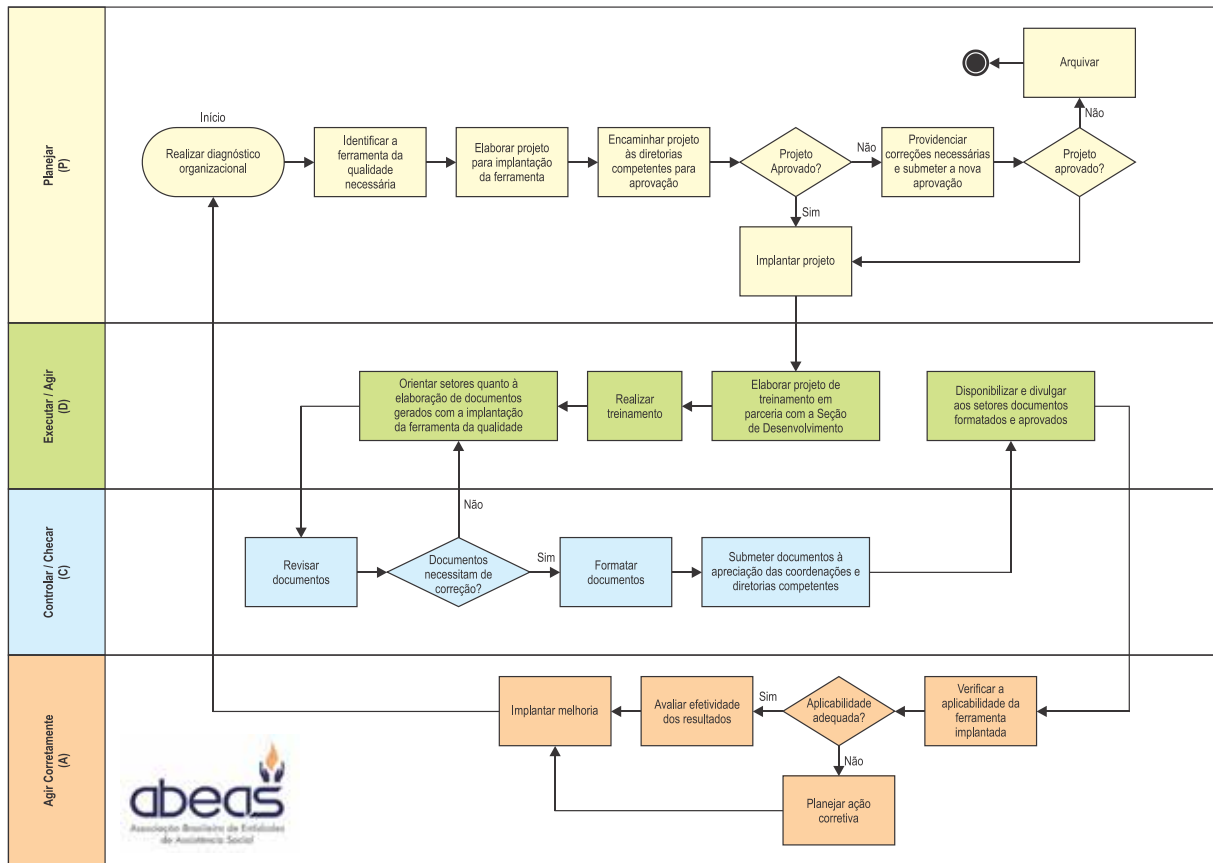


Além do fluxograma apresentado acima, e demais documentos pertinentes à Gestão de Documentos da unidade, a qual será gerenciada pelo Escritório da Qualidade, também serão adotados outros fluxogramas que nortearão as atividades na unidade, conforme exemplos a seguir:

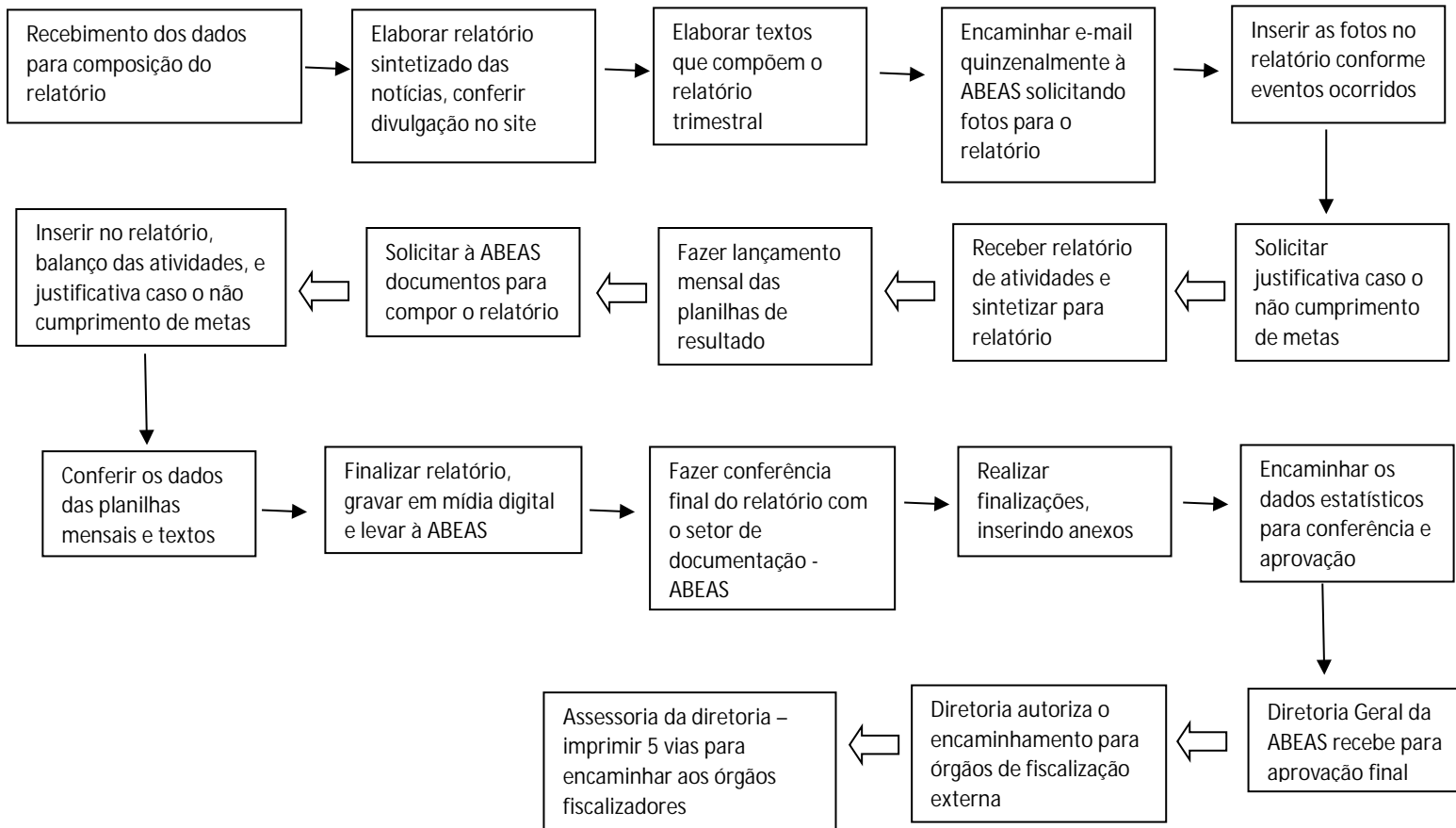
Revisão de Formulários:



Acompanhamento e Controle das Ferramentas da Qualidade



Elaboração do Relatório de Gestão

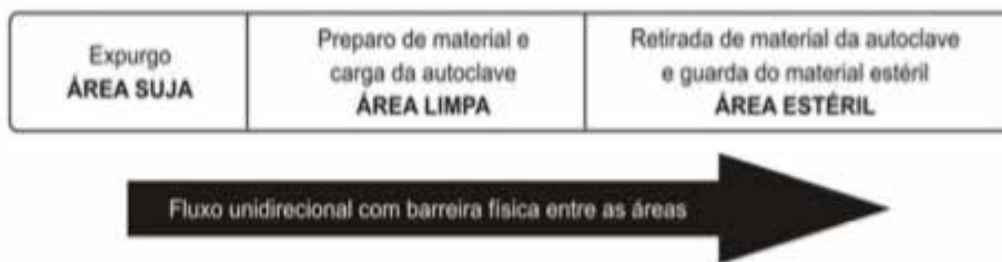


2.5.1.3. Fluxo Unidirecional para Materiais Esterilizados e Roupas

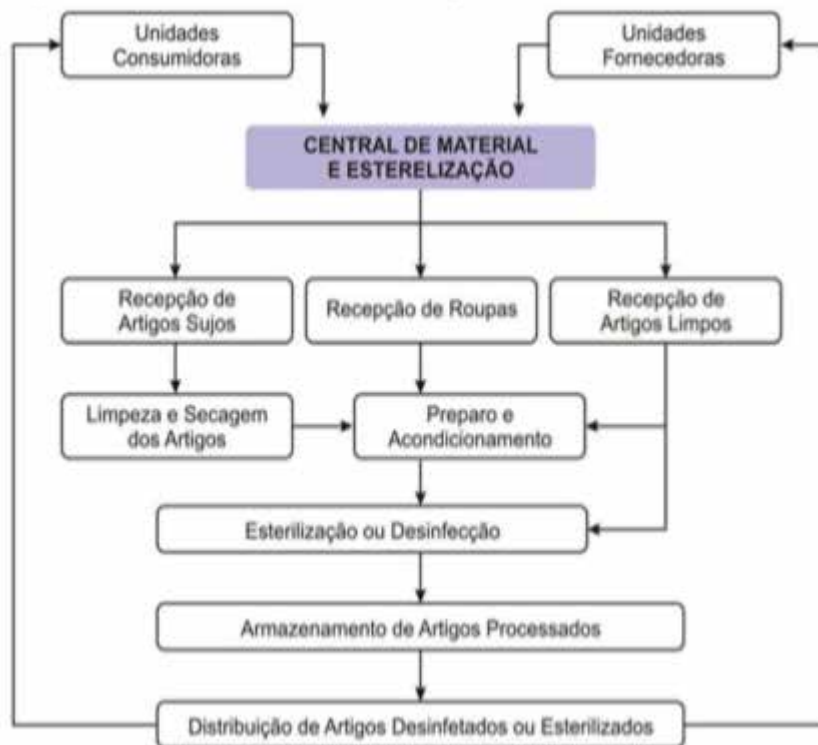
Fluxo Para Materiais Esterilizados:

A Central de Material e Esterilização – CME, será a única responsável pelo processamento e validação de esterilização dos instrumentais cirúrgicos, sendo que todo processo realizado no CME deve obedecer a Regulamentos Técnicos que estabelecem os requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde.

Fluxo Unidirecional da CME:

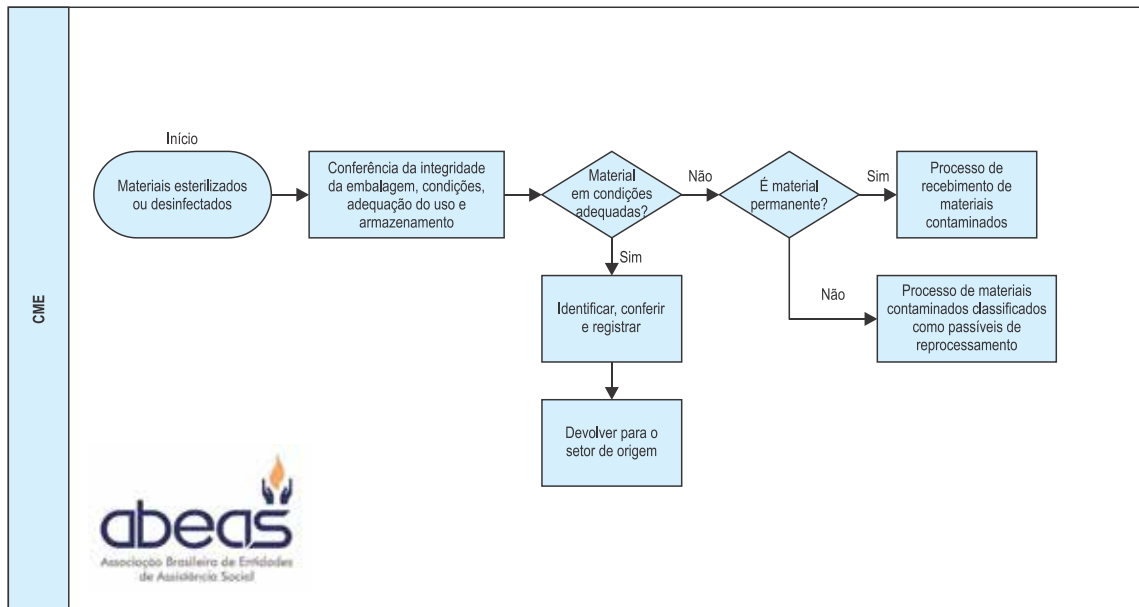


Fluxo Unidirecional dos Artigos na CME:

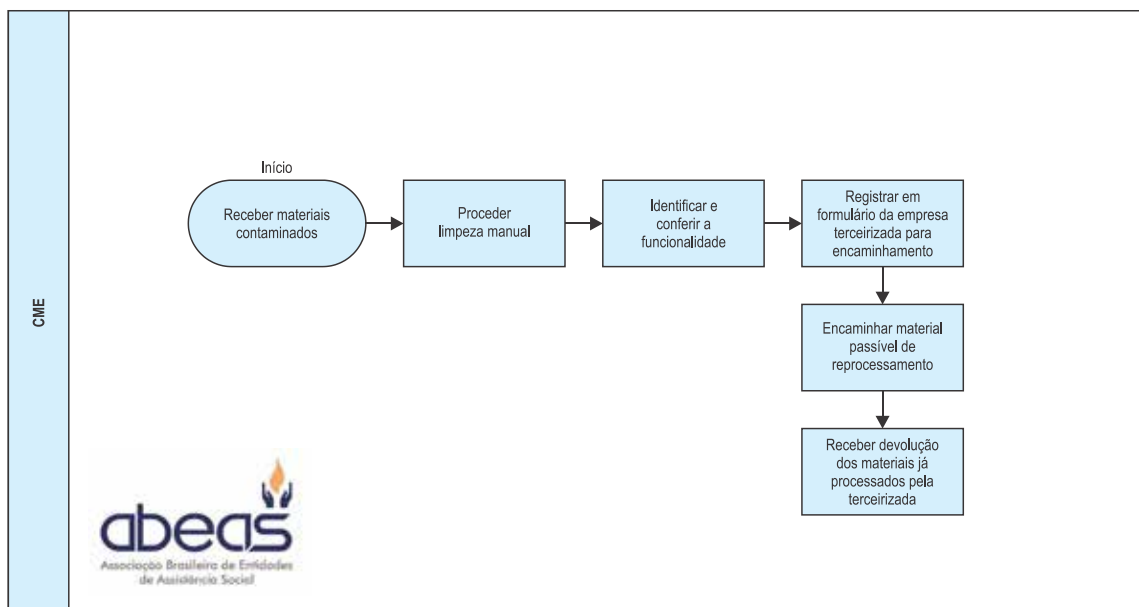


A Central de Material e Esterilização – CME, será a única responsável pelo processamento e validação de esterilização dos instrumentais cirúrgicos, sendo que todo processo realizado no CME deve obedecer a Regulamentos Técnicos que estabelecem os requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde.

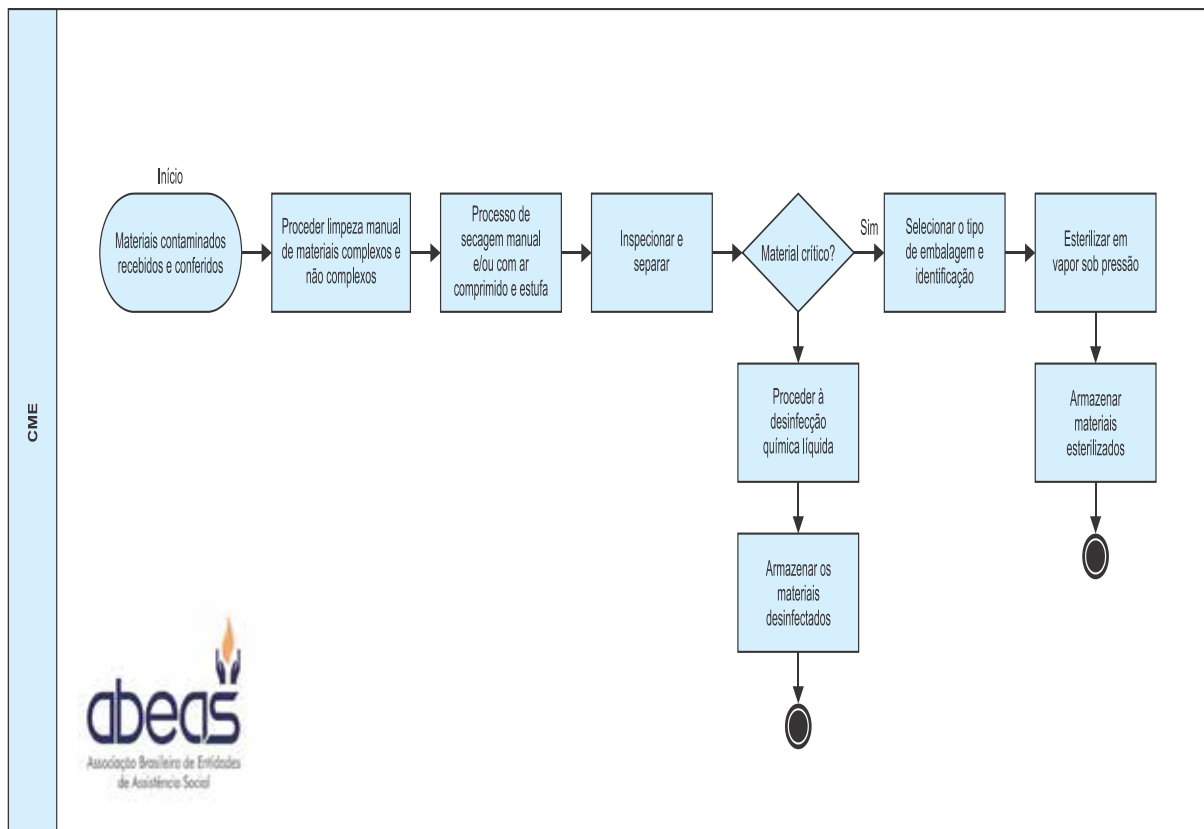
Distribuição de Materiais Reprocessados (desinfectados ou esterilizados):



Recebimento de Materiais Contaminados:



Reprocessamento de Materiais de Múltiplo Uso (não descartável):



Fluxo Para Roupas:

O processamento de roupas de serviços de saúde é uma atividade de apoio que influencia grandemente a qualidade da assistência à saúde, principalmente no que se refere à segurança e conforto do paciente, acompanhantes e profissionais. 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 (ANVISA, 2007).

Na POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE POSSE não há espaço físico para o processamento de roupas, visto que a Unidade de Saúde não foi projetada para leitos de internação.

Apresentamos a seguir o Fluxo Unidirecional ideal para o processamento de roupas, desde o seu recolhimento no setor até a sua distribuição final.

Fluxograma para o processamento de roupas:



É necessário ressaltar a importância da lavanderia dentro de uma unidade de saúde, pois é da eficácia de seus profissionais que se demonstra a eficiência da unidade, refletindo-se especialmente nos seguintes aspectos:

- Controle das infecções;
- Recuperação, conforto e segurança do paciente;
- Facilidade, segurança e conforto da equipe de trabalho;
- Racionalização de tempo e material;

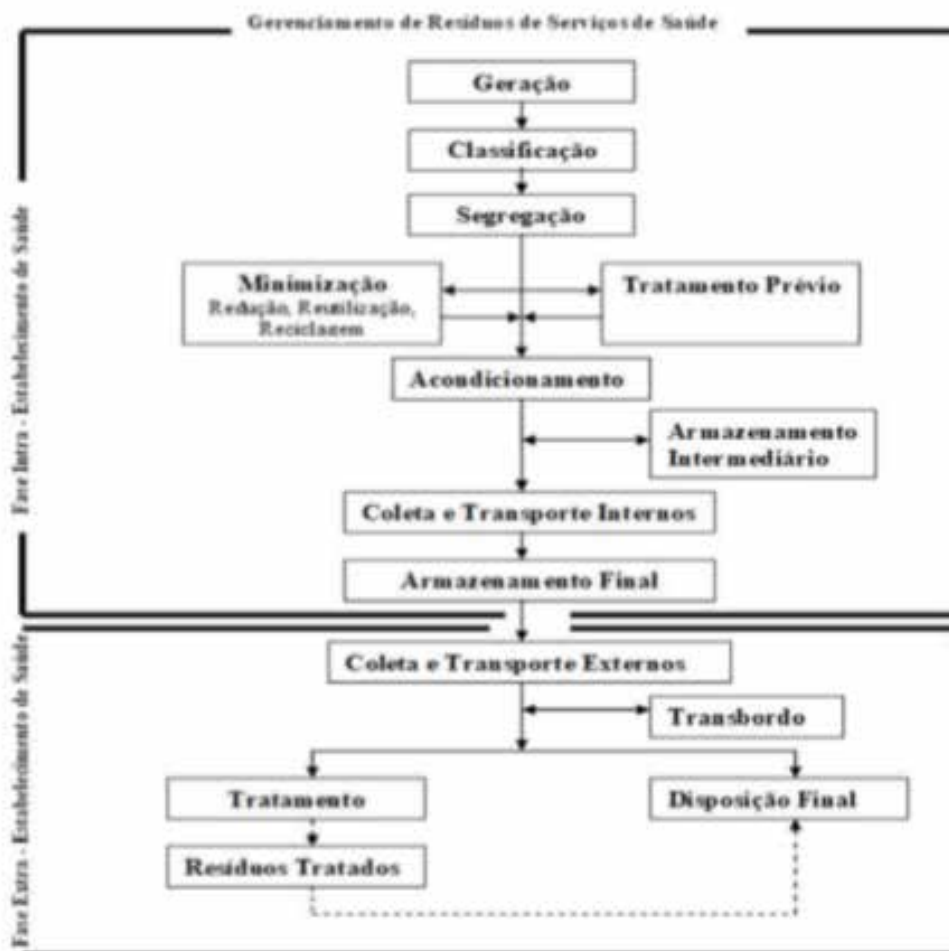
- Redução dos custos operacionais.

Planejamento de uma lavanderia hospitalar depende de suas funções, complexidade de ações e aspecto econômico das instalações. A lavanderia é de grande importância para o funcionamento das diversas unidades de saúde e assim, qualquer que seja a sua dimensão e capacidade, deverão ser planejadas, instaladas, organizadas e controlada com o rigor dispensado às demais unidades.

2.5.1.4. Fluxo Unidirecional de Resíduos de Saúde:

É importante que haja uma gestão em logística eficaz na coleta e transporte dos resíduos dos serviços de saúde na POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE com capacidade de assim garantir, sempre que seja possível, o fluxo unidirecional dos resíduos, pautado com horários predefinidos do maior afluxo de utentes, de distribuição dos alimentos, medicamentos ou de roupas.

O circuito que os resíduos de saúde irão percorrer, desde o local de produção até o local de armazenamento temporário e externo, deve ser estabelecido tendo em contas vários fatores, como, por exemplo, os locais percorridos, o horário e a comodidade/viabilidade do trajeto e a probabilidade de acontecer um derramamento acidental. Este deve ser efetuado e determinado com os intervenientes diretos na coleta dos resíduos, mas deve ser também conhecido pelos outros profissionais coparticipantes.



2.5.2. IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO

2.5.2.1. Implantação da Logística de Suprimentos

A Associação Brasileira de Entidades de Assistência Social - ABEAS visa dotar a POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE de uma cadeia de fornecimento de produtos e serviços estruturada, com fluxos e rotinas padronizados que possibilitam a contratação de fornecedores para suprirem, de forma célere e eficaz, a necessidade da instituição na execução de suas ações.

A Cadeia de Suprimentos visa incorporar todas as ações das compras e aquisições, contemplando desde os processos formais de escolha dos fornecedores, até o acompanhamento e controle das entregas dos materiais e serviços, que poderão ser assessorados pelas áreas técnicas competentes, ganhando com isso o melhoramento dos tempos de ciclos da cadeia de fornecimento, obtendo o produto certo, no lugar certo, na quantidade certa, com a maior qualidade e com o menor custo, assim como pretendendo a manutenção do menor estoque possível, sem, contudo comprometer o atendimento da demanda da unidade, cujos estoques devem ser devidamente controlados.



Os procedimentos para contratações e aquisições destinar-se-ão a selecionar a proposta mais vantajosa e serão processados e julgados em estrita conformidade com os princípios básicos da legalidade, da impessoalidade, da moralidade, da igualdade, da publicidade, da probidade, da vinculação ao instrumento convocatório, do julgamento objetivo, inadmitindo-se critérios que frustrem seu caráter competitivo. Toda contratação será precedida de Processo Administrativo, devidamente documentado, justificado e transparente.

Assim, para toda a aquisição de bens, insumos e contratação de serviços é utilizado um Regulamento de Compras e Contratações, que poderá ser submetido a análise e aprovação de órgãos de controle, além de adotar uma Política de Qualificação e Avaliação de Fornecedores e Prestadores de Serviços, que normatiza os procedimentos adotados para avaliar e monitorar a performance das empresas contratadas, colaborando com o desenvolvimento dos fornecedores e a redução dos problemas relacionados na cadeia de suprimentos.

Todas as compras e contratações terão seus avisos e resultados publicados on-line no portal de transparência da ABEAS, visando, sobretudo, dar transparência aos trâmites, bem como ampliar o raio de fornecedores e proporcionar maior economicidade.

As compras e contratações terão início com o recebimento da solicitação do setor solicitante, contendo a descrição, especificações técnicas, qualidade desejada, prazos, bem como, demais condições que forem necessárias para atender a demanda, onde serão tratadas conforme modalidade de compra mais apropriada, como exemplo as Compras / Contratações Diretas e os Pedidos de Cotação Presenciais, onde são disputados lances entre os concorrentes com o objetivo de se obter a melhor proposta.

Todas as modalidades de compras, contratações e alienações terão os seus respectivos avisos os interessados poderão ler e obter os Editais, atendendo ao princípio da publicidade e demais correlatos no regulamento, podendo estes serem publicados, no site, em jornais e também no Diário Oficial, nos casos aplicáveis.

O Setor de Compras deverá selecionar criteriosamente as propostas apresentadas pelos fornecedores participantes considerando a idoneidade, qualidade, custo, prazo de entrega, durabilidade, garantia, assistência técnica e atendimento de urgência, quando for o caso, sendo considerado o menor custo aquele que resulta da verificação e comparação de fatores utilizados, que além dos termos monetários, envolvem também os aspectos técnicos.

Para comprovação de habilitação nos procedimentos de compras ou contratações deverá ser exigida dos interessados as respectivas certidões negativas de débitos e, após escolhidos os fornecedores, os contratos terão prazo determinado e poderão ser prorrogados, desde que comprovada a vantajosidade, sendo que poderá ser exigida a prestação de garantia, como Caução; Fiança bancária ou Seguro-garantia. Os fornecedores que descumprirem o contrato e/ou com histórico de má prestação de serviços poderão perder o direito da compra/contratação e ficarem suspensos de licitar pelo período de até 2 anos, além da perda da garantia ofertada, e acionamento de instâncias judiciais, conforme o caso.

Para todas as compras e contratações será exigido o respectivo documento fiscal com o conteúdo detalhado, quantidades, período e identificação da unidade atendida.

Não será mantido nenhum tipo de relacionamento comercial com pessoas físicas e jurídicas que se relacionem com dirigentes que detenham poder decisório, não sendo permitidos conflitos de interesse ou recebimento de vantagens de qualquer natureza por qualquer profissional da Instituição, em qualquer das fases do processo de contratação.

Conforme disposições legais e princípios da ABEAS, após término do Contrato de Gestão, os bens permanentes adquiridos, cuja fonte de recursos seja proveniente deste poderá ser, ao final, doado a unidade, na forma da legislação vigente.

Para fins da Gestão de Material e Patrimônio, os recebimentos destes serão realizados conforme regulamentação própria, destacando que os bens adquiridos com recursos do contrato de gestão, destinar-se-ão exclusivamente às atividades ligadas ao mesmo.

Regulamento de Compras e Contratações:

MODELO - REGULAMENTO DE COMPRAS E CONTRATAÇÕES

CAPÍTULO I - DOS PRINCÍPIOS

Art. 1º - O presente regulamento tem por finalidade estabelecer normas, rotinas e critérios para compras, contratações de serviços diversos, reformas, serviços comuns de engenharia e arquitetura, obras e alienações, quando na gestão de recursos publicitados, da Associação Brasileira de Entidades de Assistência Social - ABEAS.

Art. 2º - As compras e contratações realizadas pela Associação Brasileira de Entidades de Assistência Social - ABEAS, deverão ser processadas e julgadas em estrita conformidade com os princípios básicos da legalidade, da impessoalidade, da boa-fé, da isonomia, da moralidade, da igualdade, da publicidade, da probidade, da vinculação ao instrumento convocatório, do julgamento objetivo, eficiência e economicidade e dos que lhe são correlatos, inadmitindo-se critérios que frustrem seu caráter competitivo.

Art. 3º - As compras e contratações não serão sigilosas, sendo acessíveis ao público os atos de seu procedimento, salvo quanto ao conteúdo das propostas até a data de sua respectiva abertura, sendo garantida a ampla divulgação e a participação do maior número possível de interessados.

CAPÍTULO II - DAS DEFINIÇÕES

Art. 4º - Para os fins deste Regulamento, considera-se:

- I. Compras – toda aquisição remunerada de materiais de consumo e/ou bens permanentes para fornecimento de uma só vez ou de forma parcelada, com a finalidade de suprir a instituição com os materiais necessários ao desenvolvimento de suas atividades;
- II. Contratações – contratação de todo e qualquer serviço, para execuções de forma imediata ou parceladamente, não compreendidas em obras e serviço de engenharia;

- III. Reformas, Serviços Comuns de Engenharia e Arquitetura e Obras – toda construção, reforma, recuperação, ampliação e demais atividades que envolvam as atribuições privativas dos profissionais e empresas das áreas de engenharia, arquitetura e outras afins;
- IV. Alienação – todo e qualquer procedimento de doação, cessão, venda, transferência da posse ou propriedade de bens patrimoniais;

CAPÍTULO III - DAS MODALIDADES, LIMITES E PROCEDIMENTOS

Art. 5º - São modalidades de compras e contratações em geral:

I. Compras Diretas ou Contratações Diretas – terão início com o recebimento da solicitação de compra ou contratação, elaborado em formulário próprio ou via Sistema, devendo ser assinado pelo responsável do setor requisitante, contendo a descrição pormenorizada do material, ou seja, do bem a ser adquirido ou serviço a ser contratado, especificação técnica, qualidade desejada, prazo de validade e/ou de vigência do produto e/ou serviço, prazo e local de entrega ou execução, bem como, demais condições que forem necessário para atender a demanda;

a. Os procedimentos de compras ou contratações deverão ser definidos em sendo de ROTINA ou URGÊNCIA/EMERGÊNCIA, cada qual elaborado em seu respectivo formulário próprio de solicitação;

b. Considera-se de URGÊNCIA/EMERGÊNCIA as aquisições de bens ou serviços de usos esporádicos ou excepcionais, com imediata necessidade de utilização, ou seja, aquelas que sejam imperiosas às atividades desenvolvidas, impondo a demora nas aquisições em danos às pessoas / usuários ou ao patrimônio, não podendo caracterizar falta de planejamento, bem como ser precedida de pesquisa mercadológica com orçamentos que demonstrem a compatibilidade com preço de mercado;

c. O setor solicitante deverá justificar a necessidade de se contratar serviços e adquirir materiais ou bens em regime de URGÊNCIA/EMERGÊNCIA;

d. O Setor de Compras, após consultas técnicas, poderá dar aos procedimentos de compras ou contratações o regime de ROTINA, caso conclua não estar caracterizada a situação de URGÊNCIA/EMERGÊNCIA, devendo informar o requisitante dessa decisão;

II. Pedido de Cotação Presencial - é a modalidade de compras e contratações entre quaisquer interessados que comprovem possuir os requisitos mínimos de qualificação exigidos no edital para execução de seu objeto, podendo disputar lances com demais concorrentes. Os Pedidos de Cotação Presencial terão seus avisos de Edital publicados no Site da ABEAS, em jornais de grande circulação nos casos de aquisições/contratações com valores estimados acima de R\$ 500.000,00 (quinhentos mil reais) e, quando julgado necessário, também no Placard e/ou Diário Oficial.

a. A modalidade de Pedido de Cotação Presencial poderá ser utilizada para qualquer valor estimado, e será realizada por Comissão Especial, composta de pelo menos 3 (três) integrantes formalmente designados, com a função, dentre outras, de receber, examinar e julgar todos os documentos e procedimentos relativos às compras e/ou contratações.

b. A publicação de que trata o inciso II se dará com antecedência mínima de 03 dias úteis para a apresentação das propostas, sendo que na contagem do prazo considerar-se-á como dia inicial o da publicação.

c. Após realizada a compra/contratação por meio de pedido de cotação presencial, deverá ser, ainda, publicado no site da ABEAS resultado contendo o objeto, o fornecedor, as quantidades, vigência e o valor unitário contratado.

III. Alienações – procedimento de doação, cessão, venda, transferência da posse ou propriedade de bens móveis, cujos recursos advindos serão obrigatoriamente investidos no desenvolvimento de atividades do Contrato de Gestão, que serão definidos de acordo com o artigo 32 deste regulamento, na forma abaixo:

a. Solicitação de alienação devidamente justificada pelo setor requisitante;

b. Aprovação, por 2/3 (dois terços) dos membros do Conselho de Administração, acerca do pedido de alienação;

- c. Avaliação de mercado do bem móvel a ser alienado, com 3 (três) diferentes cotações;
- d. Anuência do Poder Público Estadual;
- e. Elaboração de Edital de Alienação;
- f. Publicação do Aviso do Edital de Alienação com, no mínimo, 3 (três) dias de antecedência da abertura do certame, no sítio eletrônico da ABEAS, , em jornais de grande circulação nos casos de valores estimados acima de R\$ 500.000,00 (quinhentos mil reais) e, quando julgado necessário, também no Placard e/ou Diário Oficial;
- g. Recebimento de Propostas;
- h. Ata de realização do procedimento e escolha da melhor proposta;
- i. Publicação do resultado;
- j. Homologação do certame;
- k. Assinatura do contrato.

§ 1º – Todas as modalidades de compras, contratações e alienações terão os seus respectivos avisos contendo os resumos dos instrumentos convocatórios e indicação do local onde os interessados poderão ler e obter os textos integrais, atendendo ao princípio da publicidade e demais correlatos neste regulamento, ficando a critério da Instituição estender este prazo quando a complexidade do objeto assim o exigir, devendo estes serem publicados, no sítio eletrônico da ABEAS, em jornais de grande circulação nos casos de valores estimados acima de R\$ 500.000,00 (quinhentos mil reais) e, quando julgado necessário, também no Placard e/ou Diário Oficial, da seguinte forma:

- a. As compras ou contratações previstas no Art. 6º, Inciso I deste regulamento, terão seus avisos publicados no sítio eletrônico e, quando julgado necessário também no Placard da ABEAS, com antecedência mínima de 03 dias úteis, do recebimento das propostas;
- b. As compras ou contratações previstas no Art. 6º, Inciso II deste regulamento, além de terem seus avisos publicados no sítio eletrônico, em jornais de grande circulação e, quando julgado necessário, também no Placard e/ou no Diário Oficial;

c. Caso haja necessidade de uma maior divulgação com vistas a buscar um número maior de fornecedores, independentemente do valor, os Avisos poderão ser publicados em jornais de grande circulação regionais e/ou nacionais.

§ 2º - Será publicada, no sítio eletrônico da ABEAS, a relação de todas as compras ou contratações realizadas, contendo os fornecedores contratados, respectivos objetos, vigência e valores unitários, devendo ser mantida permanentemente no site e atualizada mensalmente.

Art. 6º - Os procedimentos de compras ou contratações, na forma estabelecida neste regulamento, obedecerão às seguintes condições e limites:

I. Compras ou Contratações Diretas com valor estimado de até R\$ 500.000,00 (quinhentos mil reais), deverão ser precedidas de justificativa do setor solicitante, e processadas com pesquisa de mercado, com no mínimo de 03 (três) cotações de diferentes fornecedores, que poderão ser obtidas preferencialmente por meio de plataforma eletrônica ou propostas protocoladas no setor de compras, encaminhadas via fax ou e-mail, onde em qualquer das hipóteses deverão ser registradas em mapa de cotação, desde que respeitadas as regras de publicidade prévia, com divulgação no site e, quando julgado necessário também no Placard da ABEAS;

II. Compras ou Contratações, deverão ser precedidas de valor estimado devidamente apresentado pelo setor solicitante;

III. Compras e contratações com valores acima de R\$ 500.000,00 (quinhentos mil reais) deverão ser precedidas de publicação no site, além de jornais de grande circulação e, quando julgado necessário, também, no Placard e/ou Diário Oficial;

IV. Em casos de urgência/emergência, quando não for possível realizar no mínimo 03 (três) cotações de diferentes fornecedores, a autoridade superior poderá autorizar as compras ou contratações com o número de cotações que houver, mediante justificativa escrita devidamente fundamentada por técnico responsável e/ou chefe do Setor e com o aval da Diretoria Administrativa, conforme o caso.

Parágrafo Único - Entende-se como casos de urgência/emergência: quando a entrega do produto ou serviço não puder aguardar ou repetir o procedimento sem causar prejuízo ao

paciente ou ao Contrato de Gestão ou comprometer a segurança de pessoas, obras, serviços, equipamentos e outros bens, exceto simples falta de material no estoque e/ou falta de planejamento, desde que haja a efetiva comprovação de que o preço proposto é o praticado no mercado a partir de notas fiscais, publicações ou por valores estabelecidos nas diversas câmaras de regulação oficiais.

a. Em caso do uso do dispositivo anterior para burlar as normas e rotinas deste regulamento, bem como para facilitar os procedimentos de compra ou contratação com vistas a favorecer algum fornecedor, ensejará na abertura imediata de procedimento de sindicância para apuração dos fatos e atribuição de responsabilidades, podendo, após comprovada a infração e obedecido o princípio do contraditório e da ampla defesa, ensejar a demissão por justa causa do profissional celetista. Se o envolvido se tratar de servidor público, será obedecida as disposições contidas na legislação vigente.

V. Compras ou Contratações de pequeno vulto, por meio de concessão de adiantamento a ser concedido pela autoridade superior por Portaria ou ato próprio, assim consideradas aquelas cujo valor total não ultrapasse R\$ 4.000,00 (quatro mil reais), sendo vedada a aplicação dessa hipótese para fracionamento de aquisições ou contratações, nas condições abaixo:

a. Será concedido prazo de execução para utilização do mesmo, podendo ser prorrogado – o seu prazo e valor residual – por igual período, contudo, a apresentação da prestação de contas dos gastos deverá ser feita à Diretoria Administrativa até o 5º dia do mês subsequente à sua utilização; b. As despesas deverão ser comprovadas por meio de Nota Fiscal, ou documento fiscal equivalente, em nome e/ou CNPJ/MF da ABEAS, devidamente atestado, inclusive, pelo solicitante do produto / serviço, devendo, ainda, apresentar no campo “informações adicionais” o número do Contrato de Gestão a que se refere, juntamente com a justificativa da compra / contratação, além de outros meios de comprovação;

c. As aquisições / contratações deverão ser precedidas de consulta ao mercado, com a indicação de 3 (três) orçamentos de preço, apresentadas na prestação de contas por meio de relatório/planilha;

d. Fica vedada a aquisição de qualquer bem de caráter permanente por meio de processo de concessão de adiantamento;

e. Eventuais saldos remanescentes e não utilizados deverão ser devolvidos ao final do período de concessão;

f. Fica vedada a concessão de 2 (dois) adiantamentos de uma mesma fonte de recursos para um mesmo profissional simultaneamente, ou caso persistam pendências em prestações de contas anteriores.

g. Deverá ser realizada, no sítio eletrônico da ABEAS, a publicação posterior das compras e/ou contratações deste inciso, contendo no mínimo o nome do fornecedor contratado, valor, vigência (se for o caso) e objeto.

Art. 7º - Os procedimentos de compras e contratações, de urgência/emergência ou de rotina, compreendem o cumprimento das seguintes etapas:

- I. Pedidos de compras e/ou contratações de serviços elaborados em formulário e/ou via Sistema próprio,
- II. Autorização dos procedimentos de compras ou contratações pela autoridade superior ou a quem for delegado.

a. Não sendo autorizado, será noticiado o fato ao setor solicitante via respectiva Diretoria, podendo, posteriormente, os processos serem arquivados ou reabertos em data oportuna, conforme realidade financeira do Contrato de Gestão e/ou demanda do projeto em execução;

b. Sendo autorizados os procedimentos de compras e/ou contratações, serão emitidas pelo Setor de Compras as respectivas autorizações, ordem de compra ou instrumentos contratuais, conforme o caso;

c. As autorizações de fornecimento deverão ser assinadas pelo setor de compras em conjunto com a Diretoria Administrativa e pela autoridade superior, porém, os instrumentos contratuais que regularão a entrega de produtos ou serviços, de forma

parcelada ou de objeto específico, deverão ser assinados pela autoridade superior, em conjunto com a Assessoria Jurídica;

III. Solicitações de orçamentos elaboradas pelo setor de compras, conforme especificações e condições contidas no termo de referência que, para os casos de rotina, deverão ser publicadas previamente nos termos deste regulamento, podendo, ainda, ser disponibilizados em plataforma eletrônica de compras, garantindo a divulgação prévia a todos os interessados e a obtenção de orçamentos de empresas com observância de critérios impessoais definidos neste regulamento, cuja abertura de prazo será de, no mínimo, 3 (três) dias úteis de antecedência para aquisições e/ou contratações de rotina;

IV. Apuração da proposta mais vantajosa, verificando o atendimento às condições explicitadas no termo de referência e documentações solicitadas, contendo, no mínimo: CNPJ, nome comercial, endereço, especificação técnica, valor expresso, prazo de entrega, condições de pagamento, prazo de validade ou de garantia, bem como comprovação de regularidade fiscal (CND junto ao INSS, FGTS, fazendas públicas Federal e do Estado de Goiás) e trabalhista (Justiça do Trabalho), etc.;

V. Apresentação pelo setor de compras, do mapa ou relatório eletrônico de cotação contendo as razões da escolha do(s) fornecedor(es), demonstrando os participantes do procedimento adotado e os valores ofertados, bem como a declaração do vencedor que apresentar a proposta mais vantajosa, levando-se em consideração, além dos valores, os fatores / critérios estabelecidos neste regulamento;

VI. Publicação do resultado no site, contendo: os fornecedores contratados, respectivos objetos, vigência (se for o caso) e valores unitários contratados.

Art. 8º - O Setor de Compras deverá selecionar criteriosamente as propostas apresentadas pelos fornecedores participantes da seleção, considerando a idoneidade, qualidade e menor custo, além da garantia de manutenção, reposição de peças, assistência técnica e atendimento de urgência, quando for o caso.

§1º - Para fins do disposto no "caput" deste artigo, considera-se menor custo aquele que resulta da verificação e comparação do somatório de fatores utilizados para determinar o

menor preço avaliado, que além dos termos monetários, encerram um peso relativo para a avaliação das propostas envolvendo, entre outros, os seguintes aspectos:

- a. Qualidade do produto / serviço;
- b. Durabilidade do produto / serviço;
- c. Custos para operação do produto / serviço, eficiência e compatibilidade;
- d. Credibilidade mercadológica da empresa proponente;
- e. Custo de transporte e seguro até o local da entrega;
- f. Prazo de entrega;
- g. Forma de pagamento;
- h. Disponibilidade de produtos / serviços;
- i. Eventual necessidade de treinamento de pessoas;
- j. Assistência técnica;
- k. Garantia dos produtos / serviço;
- l. Análise Técnica.

§2º – Fornecedores com histórico de má prestação de serviços e/ou fornecimento de produtos em desacordo com o solicitado poderão perder o direito de contratar com a ABEAS, mediante fundamentações e respectivo registro no Formulário de Avaliação de Fornecedores;

Art. 9º – As autorizações de fornecimento ou ordens de compra, correspondem aos contratos formais efetuados com os fornecedores, que após executarem / entregarem o objeto, quitação e contabilização das despesas, encerrarão os procedimentos de compras ou contratações, devendo representar fielmente todas as condições em que foram realizadas.

Art. 10 – Para fins de controle e gestão de bens móveis e materiais de consumo no âmbito da ABEAS, os recebimentos dos bens e materiais serão realizados na forma de regulamentação própria, ressaltando que para os bens móveis adquiridos com recursos provenientes do contrato de gestão com o Poder Público, além dos mesmos destinar-se exclusivamente à

execução do respectivo ajuste, a organização social oficiará sua aquisição ao órgão supervisor com o fito de atender o disposto no artigo 9º da Lei Estadual nº 15.503/2005.

Art. 11 – No caso de aquisições e contratações cujos produtos ou serviços tenham caráter exclusivo, ficam dispensados os procedimentos previstos no Art. 6º do presente regulamento.

§1º – O Setor de Compras deverá realizar as consultas necessárias para comprovar a exclusividade do fornecedor, mediante apresentação de documentação comprobatória, tais como pesquisas, cartas, declarações e atestados emitidos pelo órgão de registro do comércio do local em que se realizaria a contratação / aquisição, pelo Sindicato, Federação ou Confederação Patronal, ou, ainda, pelas entidades equivalentes que deverá apresentar documento original ou cópia autenticada, ou autenticação do Setor de Compras mediante o original, do órgão próprio, devendo, ainda, demonstrar que o preço pago é o praticado no mercado através da apresentação de Notas Fiscais de contratações com outros clientes, com objeto idêntico, considerando, ainda, a qualidade e quantidade, sendo vedada, para a declaração de exclusividade do fornecedor, a indicação de preferência de marca do produto.

§2º – Nos casos em que não for possível demonstrar fielmente o mesmo tipo de contratação / aquisição, deverá se comprovar a impossibilidade, podendo-se fundamentar o preço com contratações similares, considerando a qualidade e quantidade, em cumprimento aos princípios da boa fé, da probidade e da economicidade.

Art. 12 – Para efeitos do presente regulamento, considera-se inviabilidade de competição, devidamente comprovada, nos seguintes casos:

- I. nas contratações de serviços com empresa ou profissional de notória especialização, assim entendido aqueles cujo conceito no campo de sua especialidade, decorrente de desempenho anterior, estudos, experiências, publicações, organização, aparelhamento, equipe técnica ou outros requisitos relacionados com sua atividade, permita inferir que o seu trabalho é o mais adequado à plena satisfação do objeto a ser contratado;
- II. na contratação de profissional de qualquer setor artístico;

- III. para participação da ABEAS em feiras, exposições, congressos, seminários e eventos em geral, relacionados com o Contrato de Gestão;
- IV. Na aquisição de materiais, equipamentos ou gêneros diretamente de produtor ou fornecedor exclusivo.

Parágrafo Único – Para os casos acima, ficarão também dispensados os procedimentos previstos Art. 6º do presente regulamento, sendo necessária comprovação de compatibilidade dos preços com os praticados no mercado, por meio de notas fiscais ou equivalentes de outras contratações, bem como publicação posterior do resultado no sítio eletrônico da ABEAS, contendo: fornecedor, objeto, vigência (se for o caso), quantidades e valores unitários contratados.

CAPÍTULO IV - DOS SERVIÇOS TÉCNICO PROFISSIONAIS ESPECIALIZADOS

Art. 13 – Para fins do presente Regulamento, consideram-se serviços técnico-profissionais especializados os trabalhos relativos a:

- I. estudos técnicos, planejamentos e projetos básicos ou executivos;
- II. pareceres, perícias e avaliações em geral;
- III. assessorias ou consultorias técnicas e auditorias financeiras ou tributárias;
- IV. fiscalização, supervisão ou gerenciamento de obras ou serviços;
- V. patrocínio ou defesa de causas judiciais ou administrativas;
- VI. treinamento e aperfeiçoamento de pessoal;
- VII. restauração de obras de arte e bens de valor histórico.

Art. 14 – O Setor de compras deverá selecionar criteriosamente o(s) prestador(es) de serviços técnico-profissionais especializados, que poderá ser pessoa física ou jurídica, considerando a idoneidade, a experiência e a especialização do contratado, dentro da respectiva área.

Parágrafo Único – Para as contratações previstas neste capítulo, poderá a autoridade superior nomear comissões para a realização de análise da documentação apresentada em que fique comprovada a inviabilidade de competição, bem como a justificativa de preço de acordo com o previsto no parágrafo 1º, do artigo 11, deste regulamento.

CAPÍTULO V - DA DOCUMENTAÇÃO DE REGULARIDADE

Art. 15 – Para comprovação de habilitação nos procedimentos de compras ou contratações deverá ser exigida dos interessados, no que couber, através da emissão das certidões negativas de débitos, atualizadas e válidas dentro do período, os seguintes documentos:

I. Pessoa Física:

TIPO DE DOCUMENTO	OBRIGATÓRIO
a) Prova de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF);	Sim
b) Prova de regularidade com a Fazenda Estadual, mediante apresentação de Certidão Negativa de Débito da Fazenda Pública do Estado de Goiás;	Sim
c) Prova de regularidade para com a Fazenda Federal, mediante apresentação de Certidão Conjunta de Débitos Relativos a Tributos Federais e Dívida Ativa da União;	Sim
d) Prova de regularidade, referente a Dívidas Trabalhistas, mediante a apresentação de Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas – CNDT.	Sim

Pessoa Jurídica:

TIPO DE DOCUMENTO	OBRIGATÓRIO
a) Prova de inscrição no Cadastro de Pessoas Jurídicas (Cartão CNPJ/MF)	Sim
b) Prova de regularidade para com a Fazenda Federal, mediante apresentação de Certidão Conjunta de Débitos Relativos a Tributos Federais e Dívida Ativa da União;	Sim
c) Prova de regularidade para com o Estado de Goiás, mediante apresentação de Certidão Negativa de Débitos relativos aos Tributos Estaduais	Sim
d) Prova de regularidade mediante apresentação da Certidão Negativa de Débitos relativos ao FGTS	Sim
e) Prova de regularidade mediante apresentação da Certidão Negativa de Débitos relativos aos Tributos Previdenciários , emitida pelo INSS	Sim
f) Prova de regularidade, referente a Dívidas Trabalhistas, mediante a apresentação de Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas – CNDT	Sim
g) Contrato Social ou Estatuto com suas respectivas alterações	Sim (quando aplicável)
h) Licença de funcionamento emitida pela Vigilância Sanitária	Sim (quando aplicável)
i) Certificado de Boas Práticas de Produção, Armazenamento ou Transporte, conforme o caso	Sim (quando aplicável)
Atestado(s) de Capacidade Técnica	Sim (quando aplicável)
Registro Profissional na Entidade Competente da Empresa e/ou de seu Responsável Técnico de acordo com a especificidade do objeto	Sim (quando aplicável)
Visita Técnica na Sede ou Posto(s) de Trabalho da Empresa Participante	Sim (quando aplicável)
Documento que comprove o atendimento de cumprimento de normas (RDCs, dentre outras) e legislações, de acordo com a especificidade do objeto licitado	Sim (quando aplicável)

II.I Ainda para contratação de prestadores(as) de serviços, além da documentação acima indicadas, deverão ser apresentados:

TIPO DE DOCUMENTO	OBRIGATÓRIO
a) Prova de inscrição no Cadastro de Contribuintes Municipais	Sim (quando aplicável)
b) Prova de regularidade mediante apresentação da Certidão Negativa de Débitos relativos aos Tributos Municipais	Sim

§2º – A indisponibilidade de qualquer um dos documentos citados com obrigatoriedade poderá ser considerado critério para desclassificação do fornecedor ou da proposta;

CAPÍTULO VI - DOS CONTRATOS

Art. 16 – Os instrumentos contratuais são obrigatórios, salvo quando se tratar de bens ou serviços para entrega ou execução imediata, caso em que poderão ser substituídos pelas autorizações de fornecimento ou outros documentos equivalentes;

Art. 17 – Os contratos serão escritos e suas cláusulas indicarão necessariamente o seu objeto, com a especificação das compras, contratações de serviços diversos, reformas, serviços comuns de engenharia e arquitetura, e obras, preço ajustado, fonte de recursos no qual se suportará a despesa, prazo de execução, prazo de validade e/ou de vigência do produto e/ou serviço, garantias e penalidades, além de outras condições previamente estabelecidas nos instrumentos convocatórios;

§ 1º - Os contratos terão prazo determinado, podendo ser prorrogados mediante justificativa prévia, até o limite de 60 (sessenta meses), desde que comprovada a vantajosidade na manutenção da avença;

§ 2º - Os contratos poderão sofrer eventuais alterações, previamente justificadas, alterações estas que ocorrerão na forma de termos aditivos, não podendo, todavia, haver descaracterização do objeto e do valor inicialmente contratado, devendo ser observado o indicador oficial de correção monetária para aplicação, se for o caso, considerando-se a periodicidade mínima de 12 meses para reajuste;

§ 3º – Nas compras por meio eletrônico, incluindo OPME, deverão ser utilizados o contrato padrão da plataforma, devendo fazer opção pelos documentos estabelecidas por esta Instituição.

Art. 18 – A critério da autoridade superior, em cada caso e desde que previsto no instrumento convocatório, poderá ser exigida a prestação de garantia nas compras, contratações de serviços diversos, reformas, serviços comuns de engenharia e arquitetura, e obras, cabendo ao contratado optar por uma das seguintes modalidades de garantia:

- I. Caução em dinheiro;
- II. Fiança bancária;
- III. Seguro-garantia.

§ 1º - A garantia a que se refere o caput deste artigo não excederá a 5% (cinco) por cento do valor do contrato e terá seu valor atualizado nas mesmas condições daquele;

§ 2º - A garantia prestada pelo contratado será liberada ou restituída após a execução do contrato e, quando em dinheiro, atualizada monetariamente, conforme índices praticados em poupança bancária;

§ 3º - Nos casos de reformas, serviços comuns de engenharia e arquitetura, e obras, o instrumento convocatório poderá fixar a modalidade de garantia dentre os elencados anteriormente.

Art. 19 – O contratado poderá subcontratar partes do objeto contratual, se admitido no instrumento convocatório (que estipulará os limites, bem como vedação à possibilidade de subcontratação total do objeto), no respectivo contrato e mediante prévia autorização da ABEAS, observando-se que, quando concedida autorização para subcontratação a terceiros, o subcontratado deverá ter inteira obediência aos termos do contrato original e sob a inteira e exclusiva responsabilidade da contratada, sendo vedada a subcontratação com fornecedor que tenha participado do mesmo procedimento de compras, contratações de serviços diversos, reformas, serviços comuns de engenharia e arquitetura, e obras;

Art. 20 – As alterações contratuais por acordo entre as partes, desde que justificadas, e as decorrentes de necessidade de prorrogação, constarão de termos aditivos e/ou apostilamento, na forma da legislação vigente;

Art. 21 – A recusa injustificada em assinar o contrato ou retirar o instrumento equivalente, ou mesmo recusar-se a executar o que já havia sido contratado / autorizado, dentro do prazo fixado, caracterizará o descumprimento total da obrigação assumida e poderá acarretar ao fornecedor as seguintes penalidades:

- I. perda do direito à contratação;

- II. perda da caução em dinheiro ou execução das demais garantias de propostas oferecidas, sem prejuízo de outras penalidades previstas no instrumento convocatório;
- III. suspensão do direito de fornecer / contratar com a ABEAS, por prazo não superior a 02 (dois) anos;

Art. 22 – O inadimplemento total ou parcial das obrigações contratuais assumidas, ou oferecimento de vantagens pessoais a qualquer profissional da ABEAS, ou corrupção de qualquer natureza, dará ao contratante o direito de rescindir unilateralmente o contrato, sem prejuízo de outras penalidades previstas no instrumento convocatório da compra / contratação, inclusive a de aplicar pena de suspensão do direito de contratar com a ABEAS, por prazo de até 02 (dois) anos, sem prejuízo da adoção de demais instâncias judiciais.

CAPÍTULO VII - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 23 – Para as contratações de Soluções de Tecnologia da Informação e aquisição de objetos e equipamentos de informática, no âmbito dos contratos de gestão, também deverão seguir as normas e procedimentos previstos neste regulamento.

Art. 24 – A ABEAS poderá realizar, bem como aderir às Atas de Registro de Preços realizadas pela administração pública e pelas entidades públicas ou privadas do terceiro setor, com vistas a buscar propostas mais vantajosas, desde que precedidas de valor estimado devidamente apresentado pelo setor solicitante, processados com pesquisa de mercado e, deverá ser autorizada pela autoridade superior;

Art. 25 – As compras e contratações previstas nos Incisos I e II, do Art. 6º, terão os avisos contendo os resumos dos instrumentos convocatórios publicados nos termos do §1º do art. 5º deste Regulamento, ficando a critério do setor de compras ou por determinação da autoridade superior estender este prazo quando a complexidade do objeto assim o exigir.

Parágrafo Único- As compras e contratações de urgência/emergência devidamente justificadas ficam dispensadas do cumprimento de prazo para publicação do Aviso contendo o resumo dos instrumentos convocatórios.

Art. 26 – Além das vedações previstas no art. 8º C da Lei Estadual nº 15.503/2005, a ABEAS não manterá nenhum tipo de relacionamento comercial ou profissional com pessoas físicas e jurídicas que se relacionem com dirigentes que detenham poder decisório.

Parágrafo Único - Não será permitido o conflito de interesse ou recebimento de vantagens de qualquer natureza, por qualquer profissional da Instituição, em qualquer das fases do processo de compras e contratações;

Art. 27 – Os instrumentos convocatórios deverão assegurar a ABEAS o direito de cancelar a compra ou contratação, antes de assinado o contrato ou instrumento equivalente, desde que justificado;

Art. 28 – Na contagem dos prazos estabelecidos no presente regulamento, excluir-se-á o dia do início e incluir-se-á o do vencimento, e considerar-se-ão os dias consecutivos, exceto quando for explicitamente disposto em contrário.

Parágrafo único - Só se iniciam e vencem os prazos referidos neste Regulamento em dia de funcionamento da Sede Administrativa da ABEAS.

Art. 29 – As disposições deste Regulamento poderão ser modificadas pelo Conselho de Administração mediante proposta fundamentada.

Art. 30 – Para fins do presente regulamento considera-se autoridade superior a Diretoria Geral, ou a quem a mesma delegar oficialmente tais poderes.

Art. 31 – A destinação dos bens móveis e imóveis adquiridos pela ABEAS com recursos públicos, será vinculada exclusivamente, a execução do(s) contrato(s) de gestão firmado(s).

a. São inalienáveis os bens imóveis adquiridos com recursos públicos;

b. Quanto à alienação dos bens móveis, ficam estas condicionadas à anuência do poder público estadual;

c. Quanto à aquisição dos bens imóveis, ficam estes condicionados à autorização do órgão ou da entidade estatal parceira, com a ratificação do Chefe do Poder Executivo;

d. Todos os recursos advindos das alienações deverão ser investidos no desenvolvimento das atividades do contrato de gestão;

Art. 32 – No caso de extinção ou desqualificação da ABEAS, as doações e legados que lhes forem destinados pelo Poder Público, através de Contratos de Gestão firmados com o mesmo, bem como os excedentes financeiros decorrentes das atividades destes e as doações realizadas por terceiros em decorrência dos mesmos, serão incorporados ao patrimônio público ou a outra organização social;

Art. 33 – Todos os documentos fiscais resultantes das contratações e aquisições realizadas pela ABEAS deverão ser identificados com as referências do Contrato de Gestão e da unidade hospitalar atendida, solicitando ao fornecedor incluí-las no campo “informações adicionais” da nota fiscal;

Art. 34 – Os casos omissos serão resolvidos pela autoridade superior, sob assistência da assessoria jurídica, com base nos princípios gerais da administração;

Art. 35 – Os valores estabelecidos no presente Regulamento, se necessário, serão revistos e atualizados pela autoridade superior mediante deliberação do Conselho de Administração;

Art. 36 – O presente Regulamento entrará em vigor na data de sua publicação na imprensa oficial, revogadas as disposições em contrário.

Política de Avaliação de Fornecedores:

A Política de Avaliação de Fornecedores e Prestadores de Serviços (modelo abaixo), visa apresentar as regras gerais de fornecimento, bem como monitorar o desempenho dos fornecedores, que são avaliados pelas supervisões responsáveis pelo recebimento de mercadorias e serviços e pelos executores dos contratos. O processo de avaliação fornece subsídios para apurar a procedência dos pagamentos solicitados, bem como possibilitam a indicação de falhas que possam resultar em expedição de notificação extrajudicial e/ou até a suspensão de maus fornecedores.

Ressalta-se ainda que no caso de fornecedores críticos, serão realizadas visitas objetivando avaliar as condições técnicas e de armazenamento/ movimentação de materiais.

SOBRE O CADASTRO DE FORNECEDORES

Através do site, os fornecedores e prestadores de serviços interessados podem ter acesso ao Regulamento de Compras, acessando o link "Transparência"; bem como se cadastrando poderão ter acesso aos instrumentos convocatórios (Edital ou Solicitação de Orçamento), acessando o link "Compras e Contratações" ("Em andamento" e/ou "Concluídas").

Não obstante aos cadastros de fornecedores e prestadores de serviços, a ABEAS, solicita informações complementares necessárias para a correta identificação destes nas Ordens de Compra e Contratos emitidos, haja vista a utilização de recursos públicos.

A inclusão dos fornecedores e prestadores de serviços no cadastro não implica vínculo de aquisição ou contratação, ou consultas para o fornecimento e/ou serviços.

ÉTICA PARA COM OS FORNECEDORES

Todo o processo ético visa a inspirar confiança na manutenção de uma relação transparente, sólida, duradoura e de elevado nível entre as partes, por isso buscamos oferecer um cuidado ético e humanizado, orientado por valores como respeito, comprometimento e responsabilidade individual e coletiva para a prestação de serviços e/ou fornecimento de bens / produtos com qualidade.

Parceiros e Fornecedores: Agir eticamente nas relações comerciais e de parceria, orientando-se pela qualidade, transparência, idoneidade e o respeito nas relações profissionais. Não poderão participar das compras ou contratações com a ABEAS, dirigente ou empregado da entidade, cônjuge, companheiro ou parente consanguíneo ou afim, até o 3º grau.

Não será permitido o recebimento de vantagens de qualquer natureza, por qualquer profissional da Instituição, em qualquer das fases do processo de compras, contratações de serviços diversos, reformas, serviços comuns de engenharia e arquitetura, obras e alienações,

sob pena da exclusão do fornecedor/prestador de serviços e punição aos profissionais envolvidos.

MODALIDADES DE COMPRAS

As modalidades de compra e contratação utilizadas pela ABEAS são previstas no respectivo Regulamento de Compras e Contratações.

DOCUMENTOS DE COMPRAS/CONTRATAÇÃO

Ordem de Fornecimento/Compra:

Ordem de Fornecimento/Compra é o documento que rege as disposições gerais de garantia de fornecimento, condições comerciais, requisitos da qualidade, regras de atendimento aos prazos de fornecimento e outros, autorizando aos setores competentes ao recebimento do produto ou serviço.

Contrato de Prestação de Serviço/Fornecimento Parcelado de Produtos:

Para contratação de serviços de mão de obra ou fornecimento parcelado de produtos, a ABEAS poderá utilizar-se, conforme a complexidade do objeto, das normas e procedimentos amparados por contratos específicos e estabelecidos em comum acordo com seus fornecedores/prestadores de serviços. Esses contratos visam à garantia de todos os fornecimentos de serviços ou entrega de bens dentro das especificações estabelecidas e atendimento a todos os requisitos legais pertinentes.

SISTEMA DA QUALIDADE

É de inteira responsabilidade do fornecedor o atendimento aos requisitos dos produtos/serviços fornecidos. Neste, reservamo-nos no direito de inspecioná-los sempre que julgar necessário.

Nos processos de inspeção, poderão ser utilizados métodos amostrais para certificar a conformidade do produto, e outros que se julgarem pertinentes ao caso in concreto; o que

não exime o fornecedor de prover um produto livre de defeitos e em conformidade com os requisitos especificados (desenhos, narrativas, especificações técnicas, etc.).

Produtos ou serviços que apresentarem características críticas, que não possam ser detectadas nos processos de manufatura ou que necessitem de inspeção contínua, podem ser auditados nas instalações do fornecedor/prestador de serviços, com ou sem aviso prévio, conforme requisitos especificados.

Visitas ao Setor de Compras / Gerência de Contratos:

A visita de fornecedores e prestadores de serviços para apresentação de produtos ou serviços ocorrerá em dias e horários previamente agendados, com o responsável pelo Setor.

GARANTIA DA QUALIDADE DE PRODUTOS E / OU MATERIAIS FORNECIDOS

Considera-se que os fornecedores e prestadores de serviços devem garantir seus produtos e serviços desde a entrega em perfeitas condições, sem quaisquer vícios ou defeitos, assim como a manutenção durante o prazo de garantia.

Se o produto ou serviço apresentar defeito ou estiver em desconformidade com as especificações acordadas, os seguintes procedimentos serão adotados:

1. Se a ocorrência for constatada antes da sua concretização ou utilização, esta o rejeitará e efetuará a sua devolução por conta e risco do fornecedor/prestador de serviço, devendo este ressarcir ao Contrato de Gestão pelo valor correspondente ao preço vigente do produto/serviço e demais custos logísticos ou, poderá a ABEAS, alternativamente, a seu critério, em consenso com o fornecedor/prestador de serviço, promover a sua recuperação, arcando o contratado com os custos correspondentes;
2. Se a ocorrência for constatada posteriormente à instalação ou utilização, o fornecedor/prestador de serviços, além das obrigações referidas no item 1, responderá pelos custos decorrentes da troca e/ou reparo do produto ou serviço defeituoso, bem como pelos custos agregados inerentes;

Independentemente do momento em que for detectada a ocorrência (produtos, equipamentos e/ou serviços), se esta representar risco ao paciente ou a quem vier a

manusear, deverá ser notificada à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA e a outros órgãos competentes.

AVALIAÇÃO DOS FORNECEDORES NA ENTREGA DE PRODUTOS E SERVIÇOS

A avaliação dos itens referentes ao processo de compras e entrega de produtos/serviços será realizada de acordo com o contrato firmado e a autorização de fornecimento (Ordem de Compra) encaminhada ao fornecedor/prestador de serviços.

Este processo consiste no monitoramento do desempenho da Qualidade e da Logística de seus fornecedores no momento da entrega, sendo que os eventuais problemas detectados posteriormente à entrega serão notificados aos contratados para providências que se façam necessárias.

São critérios para avaliação de desempenho dos fornecedores de produtos em geral:

- Cumprimento dos prazos de entrega/contrato;
- Cumprimento de entrega nas quantidades de itens adquiridos;
- Correspondência entre item e especificação;
- Cumprimento dos preços acordados;
- Cumprimento dos prazos para pagamento acordados;
- Integridade e condições de embalagem;
- Produtos entregues dentro do prazo de validade;
- Procedimentos de faturamento realizados corretamente.

São critérios para avaliação de desempenho dos fornecedores de insumos de Nutrição:

- Nota fiscal de acordo com a autorização de fornecimento / Contrato;
- Cumprimento dos prazos de entrega;
- Cumprimento de entrega nas quantidades de itens adquiridos;
- Correspondência entre item e especificação;

- Cumprimento dos preços acordados;
- Cumprimento dos prazos de pagamento acordados;
- Integridade e condições de embalagem;
- Procedimentos de faturamento realizados corretamente;
- Relacionamento entre cliente-fornecedor;
- Cumprimento de normativas legais de produtos específicos.

São critérios para avaliação de desempenho dos fornecedores insumos Almojarifado Geral:

- Nota fiscal de acordo com a autorização de fornecimento;
- Cumprimento dos prazos de entrega;
- Cumprimento de entrega nas quantidades de itens adquiridos;
- Correspondência entre item e especificação;
- Cumprimento dos preços acordados;
- Cumprimento dos prazos acordados para pagamento (vencimento da fatura);
- Integridade e condições de embalagem;
- Procedimentos de faturamento realizados corretamente;
- Os materiais e produtos estão devidamente registrados nos órgãos e ou autarquias competentes (ANVISA, MS, INMETRO);
- Relacionamento cliente-fornecedor.

São critérios para avaliação de desempenho dos fornecedores insumos da Farmácia

- Nota fiscal de acordo com a autorização de fornecimento / Contrato;
- Cumprimento dos prazos de entrega;
- Cumprimento de entrega nas quantidades de itens adquiridos;

- Correspondência entre item e especificação;
- Cumprimento dos preços acordados;
- Cumprimento dos prazos de pagamento acordados;
- Integridade e condições de embalagem;
- Procedimentos de faturamento realizados corretamente;
- Temperatura dos insumos termolábeis.
- Produtos entregues dentro do prazo de validade
- Relacionamento cliente-fornecedor.

São critérios para avaliação de desempenho dos fornecedores serviço em geral

- Número de profissionais conforme contratado;
- Substituição de profissionais em caso de faltas, período de férias e atestados;
- Cumprimento do cronograma de treinamento;
- Fornecimento de Equipamentos de Proteção Individual (validade do C.A);
- Fornecimento de uniformes e crachás;
- Apresentação ao SESMT de documentos, referentes à segurança do trabalhador;
- Apresentação de documentação fiscal (Certificados, alvarás, licenças dentre outros);
- Cumprimento dos prazos acordados para pagamento (vencimento da fatura);
- Cumprimento do prazo de recolhimento e entrega do enxoval na rouparia e clínicas;
- Cumprimento do horário para servir as refeições;
- Prazo de atendimento para avaliação (laudo técnico);
- Prazo para apresentação dos orçamentos;
- Cumprimento dos prazos de conclusão dos serviços;

- Integridade física dos bens patrimoniais;
- Bens patrimoniais higienizado na devolução;
- Qualidade dos serviços fornecidos;
- Cumprimento das garantias dos serviços.

A avaliação de fornecedores e prestadores de serviços será definida como:

- SATISFATÓRIO para Produtos: Quando o resultado da avaliação atingir no mínimo 77% dos requisitos especificados como indicadores de desempenho;
- INSATISFATÓRIO para Produtos: Quando o resultado da avaliação for inferior a 77% dos requisitos especificados como indicadores de desempenho;
- SATISFATÓRIO para Serviços: Quando o resultado da avaliação atingir no mínimo 85% dos requisitos especificados como indicadores de desempenho;
- INSATISFATÓRIO para Serviços: Quando o resultado da avaliação for inferior a 85% dos requisitos especificados como indicadores de desempenho.

Quanto à avaliação de critérios subjetivos que dependem de julgamento do Supervisor de Compras e/ou dos supervisores (de almoxarifado, farmácia e nutrição) ou executores dos contratos, esta, se dará através da apresentação escrita (e-mail ou ofício) dos questionamentos e da respectiva resposta do fornecedor/prestador de serviços.

Quando da ocorrência de não conformidades, o fornecedor/prestador de serviço será prontamente comunicado pelo executor do contrato, através de e-mail, para tomar ciência e providências no sentido de solucionar as falhas apontadas.

Quando a avaliação de insatisfatório se mantiver por mais de duas entregas, o fornecedor será oficiado e/ou notificado extrajudicialmente para apresentação de ações de correção da não conformidade, sendo que caso não sejam corrigidas, poderá ser suspenso do processo de compras pelo período de até 12 meses.

Em se tratando de prestação de serviços, a comunicação feita via e-mail pelo executor do contrato sobre eventuais não conformidades, será para ciência e providências imediatas, podendo ser suspensa execução das atividades até a correção das falhas. Caso o problema persista e conforme os riscos envolvidos aos pacientes e profissionais, o prestador do serviço deverá ser oficiado e/ou notificado extrajudicialmente, devendo apresentar as ações de correção das não conformidades, sendo que caso não sejam corrigidas, poderá ser suspenso do processo de compras pelo período de até 12 meses, além das demais penalidades contratuais.

Os ofícios, notificações extrajudiciais e as comunicações de eventuais punições aos fornecedores/prestadores de serviços serão expedidas pela ABEAS.

CRITÉRIOS DE DESQUALIFICAÇÃO DE FORNECEDORES DE PRODUTOS E SERVIÇOS

As empresas contratadas poderão ser desqualificadas e impedidas de fornecer produtos e/ou serviços a ABEAS sempre que ocorrer:

- Ausência de registro de materiais, equipamentos e medicamentos nos órgãos competentes;
- Ausência de registro da empresa nos órgãos competentes;
- Ausência de registro do responsável técnico da empresa no órgão de classe;
- Dificuldade ou impedimento de acesso às instalações do fornecedor para fins de Vistorias Técnicas;
- Pontuação abaixo de 6 (seis) na visita técnica (exceto fornecedores críticos/estratégicos);
- O não cumprimento do Plano de Ação de Melhoria apresentado;
- Descumprimento das garantias dos produtos e/ou serviços.

Nos casos de pareceres negativos emitidos pela equipe técnica do Hospital sobre produtos e serviços, a aquisição / contratação destes será suspensa, podendo as contratadas

fornecerem os demais itens de seu portfólio. O mesmo se aplica às suspensões definidas pela ANVISA.

SEGURANÇA E HIGIENE DO TRABALHO

São requisitos obrigatórios e indispensáveis a todos os fornecedores os cumprimentos à legislação pertinente à Segurança do Trabalho.

Quando se tratar de produtos que necessitem de transporte especial deve-se atender à legislação vigente.

Em face disso, a Associação Brasileira de Entidades de Assistência Social - ABEAS adotará rígida disciplina, coibindo atividades ou ações que exponham a riscos as pessoas ou ambientes da Unidade.

CIÊNCIA – FORNECEDORES

Os fornecedores interessados em cotar seus produtos e serviços para a ABEAS devem ter ciência e estarem de acordo com o “REGULAMENTO DE COMPRAS E CONTRATAÇÕES”, bem como desta POLÍTICA DE QUALIFICAÇÃO E AVALIAÇÃO DE FORNECEDORES.

- Política Ambiental

Ementa: A proposta de uma efetiva Política Ambiental a ser implantada na POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE, voltada a partir de uma metodologia de controle de atividades, processos e ações. São evidenciados temas como: resíduos sólidos, de saúde, energia elétrica; águas residuárias; consumo de água, reciclagem de materiais. O ambiente educacional e institucional propicia que as atividades na POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE possam ser certificadas, em busca da excelência nos serviços prestados aos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS. Ao assumir a Policlínica, a ABEAS efetuará um diagnóstico e uma avaliação da situação ambiental.

Conclui-se ser imprescindível que ocorra a melhoria das condições ambientais, uma vez que, o impacto desta Unidade é considerável e há diversas formas de promover a sustentabilidade sem provocar prejuízos à administração deste conglomerado.

DEFINIÇÕES

A auditoria ambiental, regida pelas Normas ISO 14000 – Sistema de Gestão Ambiental - SGA, visa à minimização dos efeitos nocivos ao ambiente proveniente de atividades industriais e similares. A Norma avalia as consequências ambientais das atividades, produtos e serviços da instituição que atendem a demanda dos usuários.

Neste contexto, a POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE deverá seguir uma política ambiental de tal modo que demonstrem estar comprometidas e que se estabeleça um fluxo de informações entre funcionários e os usuários. A POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE deverá buscar a melhoria contínua de seus serviços e criar objetivos e metas que devem refletir os aspectos ambientais.

Neste panorama, será possível evidenciar o quanto a Política Ambiental congregada ao sistema de gestão ambiental é importante para a instituição, pois atesta a conformidade de seus fluxos e processo perante os serviços a serem prestados. Vale ressaltar que quando se trata de saúde é imprescindível buscar a excelência nos serviços prestados.

A presente Política Ambiental aborda a avaliação das atividades ambientais a serem efetuadas na POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE e a consolidação da política no aspecto institucional.

OBJETIVOS:

- Diagnosticar o andamento das ações implementadas, com ênfase nas estratégias adotadas.
- Propor modelagem para continuidade da atuação da Política Ambiental visando obter a certificação das atividades.

DIRETRIZES:

- Avançar no desenvolvimento de planos, projetos e ações voltadas para a melhoria contínua da sustentabilidade ambiental;
- Atender as legislações vigentes direcionadas a Gestão Ambiental;
- Reduzir a geração de resíduos, o consumo de energia, água, papel e plástico.
- Prevenir a poluição, executar projetos de reforma, implantação e operação, visando sempre à proteção do meio ambiente.
- Incentivar por meio do Setor de Compras, para que os fornecedores de produtos e serviços possuam certificação e que representem menor impacto a modelagem dos sistemas ambientais agregados.
- Manter diálogo permanente com funcionários, comunidades vizinhas, órgãos de controle ambiental e o público em geral, com o objetivo de abertura nas discussões para a adoção das melhores práticas de sustentabilidade.

SISTEMA DE GESTÃO AMBIENTAL – ISSO 14000

A Gestão Ambiental consiste em um conjunto de medidas e procedimentos definidos e adequadamente aplicados que visam reduzir e controlar impactos introduzidos por um empreendimento sobre o meio ambiente. A Gestão Ambiental tem, como premissa básica, um comprometimento da alta direção da instituição com o estabelecimento de uma política ambiental clara e definida que irá nortear as atividades da organização com relação ao meio ambiente, assumindo compromisso formal com a sociedade, definindo suas intenções e princípios com relação ao seu desempenho ambiental.

Para cumprir sua missão institucional, a POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE, estabeleceu como um de seus valores a responsabilidade com o meio ambiente.

Um sistema de Gestão Ambiental (SGA) proporciona ordem e coerência aos esforços de uma instituição por considerar as preocupações ambientais, mediante a destinação de recursos, designação de responsabilidades e da avaliação contínua de práticas, procedimentos e processos.

A política ambiental adotada oferece diretrizes para o desenvolvimento e implementação de princípios e sistemas de gestão ambiental, bem como sua coordenação com outros sistemas gerenciais.

É necessário considerar que a integração da gestão ambiental nas distintas atividades requereu e gerou ao mesmo tempo uma enorme quantidade de informações, das quais os profissionais têm necessidade para executar suas tarefas. Entretanto, as informações geradas em uma área de competência podem ser de utilidade para os profissionais de outra área. Para que não haja duplicação de esforços, as informações e os conhecimentos gerados quando se incorpora a gestão ambiental nas distintas áreas de competência de uma organização não podem permanecer isolados, dentro dessas respectivas áreas, mas circular entre elas, de modo a serem partilhados pelos profissionais na instituição.

Salienta-se que os benefícios de uma Política Ambiental bem como o Sistema de Gestão Ambiental - SGA são muitos e, entre eles destacam-se as economias pelo melhoramento da produtividade e da redução no consumo de energia, água e materiais de expediente; o estabelecimento das conformidades com a legislação ambiental reduzindo, assim, os riscos de incorrer penalidades ou gerar passivos ambientais; a evidência de práticas responsáveis e melhora na imagem externa da instituição e a geração de oportunidades de pesquisa

No caso da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE, a Política Ambiental bem como o Sistema de Gestão Ambiental - SGA passa a ser peça importantíssima na administração hospitalar, pois traz consigo vantagens imensuráveis, como a melhoria da imagem da instituição perante os usuários e a própria melhoria do clima organizacional. O SGA contribui na redução do desperdício, na redução do índice de infecção hospitalar e na melhoria da qualidade.

METODOLOGIA:

A metodologia utilizada foi desenvolvida através dos dados setoriais e do diagnóstico / laudo efetuado no início da gestão, o que serviu de instrumento para nortear as ações a serem empreendidas.

AÇÕES AMBIENTAIS E RESULTADOS:

Informações:

Considerando o exposto sobre a Política Ambiental instituída e a possibilidade futura de pleitear a Certificação Ambiental, o primeiro aspecto a ser avaliado diz respeito ao fluxo de informações e a gestão ambiental estratégica a nível institucional. No caso específico em avaliação, as ações a serem evidenciadas, o que se observava na sobreposição de ações oportunas para que seja dado arranjo específico via criação de uma comissão que tenha dedicação exclusiva para lidar com as questões voltadas para a Política Ambiental da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE.

Considerações:

É possível ter a imagem voltada para os aspectos ambientais. Dentro da Política Ambiental, na POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE sob a gestão da ABEAS, poderá ser uma chave para um grande passo no sentido de praticar o desenvolvimento sustentável em virtude de ser composto por especialistas em diversos assuntos os quais muitos tangem o meio ambiente.

Pequenas atitudes como a arrecadação do papel para reciclagem, promover campanhas do uso consciente de água e energia, uma vez que este influi diretamente a todos, estes ligados ou não.

A implantação de um sistema e modelagens ambientais mostrara-se bastante efetivo, uma vez que aumenta a vida útil da estrutura predial e diminui as indexações a passivos e ativos ambientais.

Neste sentido, a Política Ambiental Institucional pode criar melhores condições de trabalho para os usuários do Sistema Único de Saúde - SUS e profissionais, com ambiente diferenciado, tendo como princípios, a sustentabilidade, a prevenção, a precaução, a integração, a transversalidade do planejamento e execução, frente a interação das ações de educação ambiental e o acesso livre às informações.

2.5.2.2. Regimento Interno da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE

REGIMENTO INTERNO DA POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE

TÍTULO I - DA COMPETÊNCIA

Art. 1º. POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE, é uma instituição pública, do Governo de Estado de Goiás / Secretaria de Estado da Saúde.

Parágrafo Único – POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE, caracteriza-se como uma Unidade de Assistência, Ensino e Pesquisa, em pacientes de qualquer faixa etária, regulado pelos Complexos Reguladores Estadual/Municipal, sendo referência para a Macrorregião de Saúde Nordeste.

CAPÍTULO I DAS FINALIDADES

Art. 2º. A POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE tem como finalidade prestar assistência multiprofissional e de ensino, dentro dos princípios da universalização de assistência e com a garantia de acesso igualitário de saúde dispensada à população, resguardando os princípios constitucionais.

CAPÍTULO II DO PATRIMÔNIO

Art. 3º. O Patrimônio da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE está constituído de bens móveis e imóveis (instalações, equipamentos, instrumental, utensílios). A POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE poderá receber doações, legados e subvenções que lhe forem consignadas por entidades públicas, particulares, nacionais e internacionais, e ainda pelos dígitos e rendas de serviços produzidos, por meio da Secretaria de Estado da Saúde/SES.

Parágrafo Único – Toda renda oriunda de Contratos, Convênios e de Serviços Produzidos, será aplicada exclusivamente para as finalidades assistenciais, manutenção e expediente da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE, cujos produtos não deverão gerar, aos seus dirigentes, lucros, dividendos ou quaisquer outras vantagens pecuniárias.

CAPÍTULO III - DA MANUTENÇÃO

Art. 4º. A POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE será mantido por dotação orçamentária da Secretaria de Estado da Saúde/SES, e por recursos oriundos dos Serviços Produzidos, de Contratos e Convênios de pessoa física, jurídica de direito público ou privado, inclusive internacionais.

CAPÍTULO IV - DO PESSOAL

Art. 5º. O quadro de pessoal da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE é constituído de profissionais das áreas técnicas e administrativas, subvencionado pela Secretaria de Estado da Saúde. A admissão do servidor deverá obedecer ao regime jurídico vigente podendo receber excepcionalmente servidores de outras instituições colocados à disposição da Secretaria de Estado da Saúde, bem como profissionais contratados sob regime celetista ou pessoa jurídica com vínculo através da Organização Social gestora.

CAPÍTULO V - DA CONCEITUAÇÃO

Art. 6º. Para efeito deste Regulamento considera-se:

- I. Competência – capacidade ou dever de agir ou decidir de uma autoridade;
- II. Atribuições – deveres, obrigações e responsabilidades inerentes ao exercício do cargo ou função;
- III. Dever – obrigação a que um servidor está sujeito, tanto aos trabalhos a executar, quanto aos demais aspectos das relações de trabalho;
- IV. Responsabilidade – obrigação de um servidor de responder pelos próprios atos, ou por atos de subordinação, com relação a um aspecto de qualquer trabalho.

TÍTULO II - DA ESTRUTURA ORGÂNICA

Art. 7º. As unidades administrativas que constituem a estrutura da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE são as seguintes:

- I. DIRETORIA GERAL
 - a. Comissões Técnicas
 - b. Diretoria Técnica

- c. Diretoria Administrativa
- d. Coordenação de Ensino e Pesquisa

II. DIRETORIA TÉCNICA

- a. Serviço de Apoio ao Diagnóstico
- b. Serviço de Controle e Infecção
- c. Serviço de Arquivo Médico e Estatística
- e. Coordenação de Enfermagem
 - i. Supervisão de CME
 - ii. Serviço de Ambulatório
 - iii. Serviço de Radiologia
 - iv. Coordenação Multiprofissional
 - v. Equipe de Fisioterapia
 - vi. Equipe de Psicologia
 - vii. Equipe de Fonoaudiologia
 - viii. Equipe de Nutrição e Dietética
 - ix. Equipe de Farmácia Clínica
 - x. Setor de Análises Clínicas
 - xi. Equipe de Serviço Social

III. DIRETORIA ADMINISTRATIVA

- a. Setor de Farmácia
- b. Setor de Gerência de Pessoal
- c. Setor de Apoio Operacional
- d. Setor de Logística
- e. Setor de Telefonia e Recepção
- f. Setor de Engenharia Clínica
- g. SADT's
- h. Setor de Manutenção Predial

- i. Setor de Almozarifado
- j. Setor de Hotelaria
- k. Setor de Documentação e Arquivo
- l. Setor de Manutenção e Patrimônio
- m. Setor de Faturamento
- n. Setor de Segurança e Saúde do Trabalhador
- o. Setor de TI

TÍTULO III - DO CAMPO FUNCIONAL DAS UNIDADES BÁSICAS

CAPÍTULO I

Seção I - DA DIRETORIA GERAL

Art. 8º Compete à Diretoria Geral:

- I. dirigir e administrar a Unidade em consonância com as normas contidas neste Regimento e com aquelas determinadas no Estatuto da SES;
- II. autorizar despesas ou execução de serviços;
- III. dirigir e administrar o patrimônio da Unidade, bem como autorizar a Diretoria Administrativa a praticar atos relativos aos bens patrimoniais e outros correlatos;
- IV. propor à SES os nomes para preenchimento dos cargos de chefia da Unidade;
- V. tomar as providências de caráter urgente, motivadas por fatos imprevistos;
- VI. exercer o poder disciplinar no limite de sua competência, em conformidade com o disposto no Estatuto da SES;
- VII. baixar portarias e instruções de serviços para os diversos setores da Unidade;
- VIII. traçar normas técnico-administrativas, submetê-las à apreciação da SES e zelar pela aplicação das mesmas na Unidade;
- IX. prestar contas mensalmente de sua gestão à SES e/ou sempre que solicitado;
- X. tratar de quaisquer outros assuntos de interesse da Unidade, dentro de sua competência, por ofício ou solicitação da SES, inclusive dos casos omissos neste Regimento;
- XI. elaborar os planos de trabalho e orçamentação anual, submetendo-os à apreciação da SES;

- XII. examinar e aprovar relatórios, balanços e demonstração de contas que forem encaminhadas à Diretoria Geral;
- XIII. representar a Unidade em juízo ou fora dele, passiva e ativamente;
- XIV. assinar ordens de serviços e pagamentos à prestação de serviços;
- XV. abrir, rubricar e encerrar livros da Unidade;
- XVI. presidir as reuniões de Diretoria e/ou de chefias e solicitar reuniões extraordinárias;
- XVII. assegurar a participação comunitária por meio dos segmentos organizados, preservando a qualidade dos serviços oferecidos pela Unidade aos seus usuários;
- XVIII. garantir a internalização das Diretrizes Organizacionais da Unidade;
- XIX. garantir a aplicação das práticas gerenciais relativas à melhoria da gestão institucional com foco na qualidade

Seção II - DO SETOR DE RELAÇÕES PÚBLICAS

Art. 9.º Compete ao Setor de Relações Públicas:

- I. planejar, programar, coordenar e avaliar as atividades inerentes à sua área de atuação, observando normas, rotinas e diretrizes técnico-administrativas;
- II. executar e fazer executar os atos necessários à diretoria, eficiência e boa ordem dos serviços;
- III. organizar e controlar o Setor, cuidando da qualidade e produtividade do serviço;
- IV. opinar em atividades, procedimentos e atos que envolvam a equipe, obedecendo às normas e medidas específicas preconizadas para a Unidade, com rigorosa observância aos preceitos éticos;
- V. agendar entrevistas nos órgãos de imprensa a serem concedidas pelos diretores e coordenadores de seções e departamentos, em conformidade com a Gerência de Comunicação Social da SES;
- VI. assessorar e acompanhar diretores e coordenadores de seções e departamentos durante as entrevistas concedidas aos meios de comunicação;
- VII. divulgar junto aos órgãos de imprensa todas as ações realizadas pela Unidade em favor da população, em conformidade com a Gerência de Comunicação da SES;

- VIII. repassar, quando solicitado pelos órgãos de imprensa, informações sobre a estrutura da Unidade, dados estatísticos da estrutura e serviços realizados e estado de saúde dos pacientes, entre outras, em conformidade com a Gerência de Comunicação da SES;
- IX. coordenar o registro fotográfico de eventos e atividades realizadas por equipes da Unidade;
- X. normatizar e coordenar a fixação de material informativo (cartazes, folhetos e avisos) nos murais centrais da Unidade;
- XI. coordenar a produção do jornal mural da Unidade;
- XII. coordenar a produção, quando couber, de jornais e vídeos sobre as atividades desenvolvidas na Unidade;
- XIII. elaborar, mensalmente ou quando solicitado, relatório de atividades, encaminhando-o à chefia imediata para apreciação;
- XIV. elaborar escala de férias, de serviços, frequências e avaliar os servidores, em consonância com a chefia imediata, opinando nas alterações quando solicitadas e/ou por interesse do serviço;
- XV. cumprir e fazer cumprir o horário regulamentar de trabalho, bem como as normas vigentes emanadas dos níveis hierárquicos superiores;
- XVI. promover, participar e/ou realizar pesquisas científicas e colaborar com os demais profissionais que realizam atividades desta natureza;
- XVII. zelar pelos equipamentos utilizados na execução das atividades, controlando e solicitando materiais de consumo e outros insumos necessários à realização das mesmas;
- XVIII. observar e cumprir as Normas Gerais de Funcionamento da Unidade, bem como aquelas relativas ao Controle de Infecção e contidas no Manual de Biossegurança da Policlínica;
- XIX. manter atualizadas as planilhas de dados estatísticos, quando couber;
- XX. manter atualizados os dados relativos aos Indicadores de Desempenho, quando for o caso, colaborando ainda com a constante revisão/atualização dos mesmos considerando a relevância das informações para a tomada de decisões;

- XXI. observar os Fluxogramas dos Processos de Trabalho estabelecidos, zelando pelo cumprimento dos mesmos e colaborando na identificação de falhas e sugestão de melhorias;
- XXII. zelar pela observância aos Procedimentos Operacionais Padrão quando do desenvolvimento das atividades, colaborando com a revisão/atualização dos mesmos;
- XXIII. garantir a participação nas reuniões de chefias e em outras para as quais existir convocação;
- XXIV. executar outras atividades afins;
- XXV. cumprir e fazer cumprir este Regimento.

Seção III - DA SEÇÃO DE COMISSÕES

Art. 10 - Compete à Seção de Comissões:

- I. planejar, programar, coordenar e avaliar as atividades inerentes à sua área de atuação, observando normas, rotinas e diretrizes técnico-administrativas;
- II. executar e fazer executar os atos necessários à diretoria, eficiência e boa ordem dos serviços;
- III. organizar e controlar a Seção, cuidando da qualidade e da produtividade do serviço;
- IV. manter articulação com os membros das comissões, visando assegurar processos ágeis dentro de estritos parâmetros éticos e morais;
- V. providenciar junto às Diretorias, normas de funcionamento, implantação e adaptações necessárias preservando as finalidades específicas de cada comissão;
- VI. assegurar o pleno funcionamento das comissões;
- VII. supervisionar, coordenar e executar os serviços administrativos, mantendo arquivos atualizados e observando o cumprimento das legislações vigentes;
- VIII. zelar pelo fiel cumprimento do Regimento Interno de cada comissão;
- IX. estimular e acompanhar a criação de novas comissões;
- X. manter sigilo das informações de cunho ético;
- XI. auxiliar os coordenadores e membros no desempenho de suas funções;

- XII. divulgar informações pertinentes;
- XIII. manter a Diretoria informada sobre as ações das comissões;
- XIV. participar de seminários, treinamentos, congressos e cursos visando o intercâmbio e o aperfeiçoamento profissional;
- XV. administrar os serviços técnico-administrativo-funcionais mantendo-os em pleno funcionamento;
- XVI. opinar em atividades, procedimentos e atos que envolvam a equipe, obedecendo às normas e medidas específicas preconizadas para a Unidade, com rigorosa observância aos preceitos éticos;
- XVII. elaborar, mensalmente ou quando solicitado, relatório de atividades, encaminhando-o à chefia imediata para apreciação;
- XVIII. elaborar escala de férias, de serviços, frequências e avaliar os servidores, em consonância com a chefia imediata, opinando nas alterações quando solicitadas e/ou por interesse do serviço;
- XIX. cumprir e fazer cumprir o horário regulamentar de trabalho, bem como as normas vigentes emanadas dos níveis hierárquicos superiores;
- XX. promover, participar e/ou realizar pesquisas científicas e colaborar com os demais profissionais que realizam atividades desta natureza;
- XXI. zelar pelos equipamentos utilizados na execução das atividades, controlando e solicitando materiais de consumo e outros insumos necessários à realização das mesmas;
- XXII. observar e cumprir as Normas Gerais de Funcionamento da Unidade, bem como aquelas relativas ao Controle de Infecção e contidas no Manual de Biossegurança;
- XXIII. manter atualizadas as planilhas de dados estatísticos, quando couber;
- XXIV. manter atualizados os dados relativos aos Indicadores de Desempenho, quando for o caso, colaborando ainda com a constante revisão/atualização dos mesmos considerando a relevância das informações para a tomada de decisões;
- XXV. observar os Fluxogramas dos Processos de Trabalho estabelecidos, zelando pelo cumprimento dos mesmos e colaborando na identificação de falhas e sugestão de melhorias;

- XXVI. zelar pela observância aos Procedimentos Operacionais Padrão quando do desenvolvimento das atividades, colaborando com a revisão/atualização dos mesmos;
- XXVII. garantir a participação nas reuniões de chefias e em outras para as quais existir convocação;
- XXVIII. executar outras atividades afins;
- XXIX. cumprir e fazer cumprir este Regimento.

Seção IV - DO SETOR DE APOIO OPERACIONAL

Art. 11. - Compete à Seção de Apoio Operacional:

- I. planejar, coordenar e avaliar as atividades inerentes à sua área de atuação, observando normas, rotinas e diretrizes técnico-administrativas;
- II. desenvolver estudos e projetos no campo da racionalização de métodos e processos de trabalho, visando o aperfeiçoamento e melhor aproveitamento dos recursos existentes, e aplicá-los quando necessário objetivando qualidade e produtividade;
- III. elaborar e modificar formulários a serem utilizados no âmbito da Unidade mediante solicitação formal dos setores, zelando pela padronização dos mesmos;
- IV. prestar assessoria e suporte aos demais Departamentos, Divisões, Seções e Setores em serviços pertinentes à Instituição quando solicitado;
- V. colaborar/auxiliar na elaboração, revisão e atualização das Normas Gerais de Funcionamento da Unidade;
- VI. elaborar anualmente, o Relatório de Gestão, a partir dos dados e informações fornecidos pelos setores;
- VII. promover e coordenar a elaboração de planos de ação e/ou de outras ferramentas relativas ao planejamento institucional;
- VIII. coordenar a revisão/atualização do Regimento Interno da Unidade quando necessário;

- IX. acompanhar e controlar os registros estatísticos e indicadores de desempenho, bem como, auxiliar na interpretação e na aplicação dos mesmos enquanto instrumento de gestão;
- X. elaborar e organizar o material das Reuniões de Chefias;
- XI. manter atualizadas as informações relativas à gestão no site da unidade;
- XII. revisar, padronizar e manter atualizados os Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) da Instituição;
- XIII. revisar, padronizar e manter atualizados os Fluxos dos Processos de Trabalho da Instituição
- XIV. emitir, mensalmente, o relatório Geral de Indicadores de Desempenho;
- XV. colaborar com as instituições de ensino que utilizam a Unidade como campo de Residência e Estágio;
- XVI. solicitar à chefia imediata e viabilizar a participação dos profissionais em simpósios, seminários, cursos de atualização e/ou aprimoramento técnico, a partir das necessidades identificadas, mantendo a equipe atualizada em relação aos assuntos de responsabilidade do setor de planejamento;
- XVII. opinar em atividades, procedimentos e atos que envolvam a equipe, obedecendo às normas e medidas específicas preconizadas para a Unidade, com rigorosa observância aos preceitos éticos;
- XVIII. avaliar, mensalmente os relatórios de atividades setoriais, encaminhados pelas supervisões setoriais da unidade;
- XIX. cumprir e fazer cumprir o horário regulamentar de trabalho, bem como as normas vigentes emanadas dos níveis hierárquicos superiores;
- XX. promover, participar e/ou realizar pesquisas científicas e colaborar com os demais profissionais que realizam atividades desta natureza;
- XXI. zelar pelos equipamentos utilizados na execução das atividades, controlando e solicitando material de consumo e outros insumos necessários à realização das mesmas;
- XXII. observar e cumprir as Normas Gerais de Funcionamento da Unidade, bem como aquelas relativas ao Controle de Infecção e contidas no Manual de Biossegurança;

- XXIII. manter atualizadas as planilhas de dados estatísticos, quando couber;
- XXIV. manter atualizados os dados relativos aos Indicadores de Desempenho, quando for o caso, colaborando ainda com a constante revisão/atualização dos mesmos considerando a relevância das informações para a tomada de decisões;
- XXV. observar os Fluxogramas dos Processos de Trabalho estabelecidos, zelando pelo cumprimento dos mesmos e colaborando na identificação de falhas e sugestão de melhorias;
- XXVI. zelar pela observância aos Procedimentos Operacionais Padrão quando do desenvolvimento das atividades, colaborando com a revisão/atualização dos mesmos;
- XXVII. garantir a participação nas reuniões de chefias e em outras para as quais existir convocação;
- XXVIII. executar outras atividades afins;
- XXIX. cumprir e fazer cumprir este Regimento

Seção V DO SETOR DE ENSINO E PESQUISA

Art. 12 - Compete ao Setor de Ensino e Pesquisa:

- I. desenvolver assistência educacional e programas de educação em serviço, atendendo às diferentes categorias profissionais no âmbito da saúde e obedecendo planos específicos, a fim de aprimorar o padrão de qualidade dos serviços oferecidos pela Unidade;
- II. estabelecer intercâmbio com as Unidades de Saúde vinculadas ao Sistema Estadual de Saúde e instituições congêneres, para definição de programas de trabalho, critérios e outras medidas de interesses mútuos;
- III. coordenar, auxiliar e estimular as pesquisas científicas realizadas no âmbito da Unidade;
- IV. manter a Biblioteca com documentos especializados e atualizados na área de saúde;

- V. assegurar junto à Diretoria Geral e/ou Órgãos competentes, recursos necessários à aquisição de material bibliográfico, bem como, convênios com a BIREME, INTERNET e outros, indispensáveis ao ensino e a pesquisa;
- VI. indicar ao Diretor Geral, substituto interino em seus impedimentos legais;
- VII. acompanhar e avaliar as atividades desenvolvidas pela residência médica e estágios, conjuntamente com a COREME e/ou Diretoria Geral se necessário;
- VIII. colaborar com os demais membros do corpo clínico e/ou equipe técnica multidisciplinar, em atividades pertinentes ao ensino e à pesquisa;
- IX. avaliar e colaborar na realização de cursos de atualização e/ou aprimoramento técnico científico, palestras, seminários, congressos, simpósios, programas de saúde e outros, promovidos pela Unidade;
- X. coordenar as atividades administrativas da COREME;
- XI. administrar e regimentar os estágios nas diversas áreas multidisciplinares, bem como estágios conveniados por meio da SES;
- XII. cumprir e fazer cumprir, na pesquisa médica, as normas regimentares do MEC;
- XIII. assegurar o cumprimento dos regimentos internos da COREME, da SES, POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE e outras instituições conveniadas e/ou de sua competência;
- XIV. colaborar com as instituições de ensino que utilizam a Unidade como campo de Residência e Estágio;
- XV. solicitar à chefia imediata e viabilizar a participação dos profissionais em simpósios, seminários, cursos de atualização e/ou aprimoramento técnico, a partir das necessidades identificadas, mantendo a equipe atualizada em relação aos avanços científicos e tecnológicos;
- XVI. elaborar, mensalmente ou quando solicitado, relatório de atividades, atos e procedimentos realizados na Seção, encaminhando-o à chefia imediata para apreciação;
- XVII. elaborar escala de férias, de serviços e frequências e avaliar os servidores, em consonância com a chefia imediata, opinando nas alterações quando solicitadas e/ou por interesse do serviço;

- XXVIII. cumprir e fazer cumprir o horário regulamentar de trabalho, bem como as normas vigentes emanadas dos níveis hierárquicos superiores;
- XIX. observar e cumprir as Normas Gerais de Funcionamento da Unidade, bem como aquelas relativas ao Controle de Infecção e contidas no Manual de Biossegurança;
- XX. manter atualizadas as planilhas de dados estatísticos, quando couber;
- XXI. manter atualizados os dados relativos aos Indicadores de Desempenho, quando for o caso, colaborando ainda com a constante revisão/atualização dos mesmos considerando a relevância das informações para a tomada de decisões;
- XXII. observar os Fluxogramas dos Processos de Trabalho estabelecidos, zelando pelo cumprimento dos mesmos e colaborando na identificação de falhas e sugestão de melhorias;
- XXIII. zelar pela observância aos Procedimentos Operacionais Padrão quando do desenvolvimento das atividades, colaborando com a revisão/atualização dos mesmos;
- XXIV. garantir a participação nas reuniões de chefias e em outras para as quais existir convocação;
- XXV. executar outras atividades afins;
- XXVI. cumprir e fazer cumprir este Regimento.

Seção VI - DA OUVIDORIA

Art. 13. - Compete à Ouvidoria:

- I. receber reclamações, elogios, comentários e sugestões dos usuários, interpretá-las e buscar soluções para o caso, visando o aprimoramento do processo de prestação do serviço público;
- II. representar os interesses do cidadão e dos gestores da Instituição;
- III. contribuir para o aprimoramento da qualidade dos serviços prestados;
- IV. buscar a satisfação do cidadão que utiliza os serviços públicos;
- V. encaminhar todas as demandas para as diretorias responsáveis terem ciência e proporem medidas de resolução das reclamações e sugestões de melhoria;

- VI. responder diretamente ao usuário responsável pela demanda de ouvidoria sobre o pleito;
- VII. informar adequadamente à direção da Instituição sobre os indicadores de satisfação dos usuários;
- VIII. funcionar como instrumento de interação entre a Instituição e o ambiente externo;
- IX. aplicar pesquisa de satisfação beira-leito antes do momento da alta do usuário;
- X. gerenciar as manifestações dos usuários por outros meios de comunicação como os totens de pesquisa e caixas de opinião;
- XI. propor soluções gerenciais visando à satisfação da coletividade;
- XII. divulgar relatório acerca do desempenho da Instituição;
- XIII. fazer executar os atos necessários à diretoria, eficiência e boa ordem dos serviços;
- XIV. elaborar, mensalmente ou quando solicitado, relatório de atividades, encaminhando-o à chefia imediata para apreciação;
- XV. elaborar escala de férias, de serviços, frequências e avaliar os servidores, em consonância com a chefia imediata, opinando nas alterações quando solicitadas e/ou por interesse do serviço, quando for o caso;
- XVI. cumprir e fazer cumprir o horário regulamentar de trabalho, bem como as normas vigentes emanadas dos níveis hierárquicos superiores;
- XVII. promover, participar e/ou realizar pesquisas científicas e colaborar com os demais profissionais que realizam atividades desta natureza;
- XVIII. zelar pelos equipamentos utilizados na execução das atividades, controlando e solicitando material de consumo e outros insumos necessários à realização das mesmas;
- XIX. observar e cumprir as Normas Gerais de Funcionamento da Unidade, bem como aquelas relativas ao Controle de Infecção e contidas no Manual de Biossegurança;
- XX. manter atualizadas as planilhas de dados estatísticos, quando couber;
- XXI. manter atualizados os dados relativos aos Indicadores de Desempenho, quando for o caso, colaborando ainda com a constante revisão/atualização dos mesmos considerando a relevância das informações para a tomada de decisões;

- XXII. observar os Fluxogramas dos Processos de Trabalho estabelecidos, zelando pelo cumprimento dos mesmos e colaborando na identificação de falhas e sugestão de melhorias;
- XXIII. zelar pela observância aos Procedimentos Operacionais Padrão quando do desenvolvimento das atividades, colaborando com a revisão/atualização dos mesmos;
- XXIV. garantir a participação nas reuniões de chefias e em outras para as quais existir convocação;
- XXV. executar outras atividades afins;
- XXVI. cumprir e fazer cumprir este Regimento.

CAPÍTULO II

Seção I - DA DIRETORIA ADMINISTRATIVA

Art. 14. - Compete à Diretoria Administrativa:

- I. planejar, organizar e executar as atividades administrativas, bem como assegurar o funcionamento harmonioso de todas as áreas e serviços integrantes de sua estrutura funcional básica, em ação conjunta com as demais Diretorias;
- II. assistir ao Diretor Geral e à SES em assuntos administrativos relacionados com os objetivos da Unidade, em particular nos de natureza econômica e/ou de auditoria administrativa;
- III. implantar e manter um sistema de informação interligado com todos os setores que compõem a estrutura da Unidade, visando à utilização de meios que racionalizem o trabalho e reduzam custos;
- IV. participar, com os Diretores Geral e Técnico da Programação e Orçamentação em ação conjunta com a SES;
- V. responsabilizar-se pela aplicação dos recursos financeiros consignados na Programação e Orçamentação, estabelecendo mecanismos que permitam rigoroso controle contábil, elaborando as devidas prestações de contas que deverão ser atestadas pelo Diretor Geral e posteriormente encaminhadas à SES;

- VI. supervisionar Guias de Atendimento Ambulatorial – GTA, conferir e, em tempo hábil, encaminhar à SES, com vistas a assegurar os recursos financeiros indispensáveis a execução das atividades técnico-administrativas da Unidade;
- VII. opinar na indicação dos ocupantes dos cargos gratificados e dos cargos de provimento em comissão existentes na sua área, junto ao Diretor Geral;
- VIII. prever e assegurar o apoio logístico a todos os setores da Unidade, zelando pelo seu patrimônio e pela utilização racional dos recursos disponíveis;
- IX. convocar e/ou participar das reuniões técnicas, transmitindo os resultados no que couber, aos integrantes de sua equipe;
- X. visar ordens de fornecimento, assinar cheques conjuntamente com o Diretor Geral, bem como cumprir as normas e instruções emanadas das instâncias hierárquicas superiores;
- XI. zelar pelo fiel cumprimento da legislação aplicável à Unidade, dentro da esfera de sua competência;
- XII. realizar outras atividades correlatas;
- XIII. planejar, programar, coordenar e avaliar as atividades inerentes à sua área de atuação, observando normas, rotinas e diretrizes técnico-administrativas;
- XIV. promover medidas que visem a assegurar o pleno desenvolvimento das ações pertinentes à administração de recursos humanos, financeiros, almoxarifado, manutenção e serviços gerais;
- XV. implantar mecanismos de controle e avaliação das atividades desenvolvidas em sua área, buscando a eficiência e segurança das operações;
- XVI. levantar e propor o quantitativo de recursos humanos necessário ao desenvolvimento das atividades pertinentes à área administrativa;
- XVII. promover reuniões com a equipe que compõe a Diretoria Administrativa com vistas a avaliar o desempenho das atividades, bem como, repassar informes administrativos e/ou mudanças de propostas;
- XVIII. informar processos administrativos e apurar irregularidades adotando, nos limites de sua competência, medidas cabíveis conforme o que for apurado;
- XIX. indicar ao Diretor Geral, substituto interino em seus impedimentos legais;

- XX. colaborar com as instituições de ensino e outras que utilizem a unidade com campo de residência e estágio;
- XXI. cooperar com as comissões constituídas na Unidade;
- XXII. opinar em atividades, procedimentos e atos que envolvam a equipe administrativa, multidisciplinar, obedecendo as normas e medidas específicas preconizadas para a Unidade, com rigorosa observância aos preceitos éticos;
- XXIII. analisar relatórios dos serviços sob sua competência;
- XXIV. solicitar à chefia imediata e viabilizar a participação dos profissionais em simpósios, seminários, cursos de atualização e/ou aprimoramento técnico, a partir das necessidades identificadas, mantendo a equipe atualizada;
- XXV. cumprir e fazer cumprir o horário regulamentar de trabalho, bem como as normas vigentes emanadas dos níveis hierárquicos superiores;
- XXVI. executar outras atividades afins;
- XXVII. cumprir e fazer cumprir este Regimento.

Seção II - DO SETOR DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO

Art. 15 - Compete ao Setor de Tecnologia da Informação:

- I. planejar, programar, coordenar e avaliar as atividades inerentes à sua área de atuação, observando normas, rotinas e diretrizes técnico-administrativas;
- II. executar e fazer executar os atos necessários à diretoria, eficiência e boa ordem dos serviços;
- III. organizar e controlar a Seção, cuidando da qualidade e produtividade do serviço;
- IV. opinar em atividades, procedimentos e atos que envolvam a equipe, obedecendo às normas e medidas específicas preconizadas para a Unidade, com rigorosa observância aos preceitos éticos;
- V. elaborar, mensalmente ou quando solicitado, relatório de atividades encaminhando-o à chefia imediata para apreciação;
- VI. elaborar escala de férias, de serviços, frequências e avaliar os servidores, em consonância com a chefia imediata, opinando nas alterações quando solicitadas e/ou por interesse do serviço;

- VII. cumprir e fazer cumprir o horário regulamentar de trabalho, bem como as normas vigentes emanadas dos níveis hierárquicos superiores;
- VIII. promover, participar e/ou realizar pesquisas científicas e colaborar com os demais profissionais que realizam atividades desta natureza;
- IX. zelar pelos equipamentos utilizados na execução das atividades, controlando e solicitando materiais de consumo e outros insumos necessários à realização das mesmas;
- X. observar e cumprir as Normas Gerais de Funcionamento da Unidade, bem como aquelas relativas ao Controle de Infecção e contidas no Manual de Biossegurança;
- XI. manter atualizadas as planilhas de dados estatísticos, quando couber;
- XII. manter atualizados os dados relativos aos Indicadores de Desempenho, quando for o caso, colaborando ainda com a constante revisão/atualização dos mesmos considerando a relevância das informações para a tomada de decisões;
- XIII. observar os Fluxogramas dos Processos de Trabalho estabelecidos, zelando pelo cumprimento dos mesmos e colaborando na identificação de falhas e sugestão de melhorias;
- XIV. zelar pela observância aos Procedimentos Operacionais Padrão quando do desenvolvimento das atividades, colaborando com a revisão/atualização dos mesmos;
- XV. garantir a participação nas reuniões de chefias e em outras para as quais existir convocação;
- XVI. executar outras atividades afins;
- XVII. cumprir e fazer cumprir este Regimento.

Seção III - DO SETOR DE GERÊNCIA DE PESSOAL

Art. 16 - Compete ao Setor de Gerência de Pessoal:

- I. planejar, coordenar, supervisionar, analisar, avaliar e orientar as atividades pertinentes à sua área de atuação, em consonância com as normas, rotinas e diretrizes técnico administrativas e de forma condizente com a política de recursos humanos estabelecida pela SES;

- II. tornar acessível, sob a forma de Manual Administrativo, as Leis ou parte das Leis, Decretos e outros atos legais aplicáveis à política de recursos humanos;
- III. coordenar as atividades do serviço de Medicina e Segurança do Trabalho;
- IV. auxiliar, por meio de pareceres técnicos, os Diretores e demais Chefias, na distribuição do pessoal técnico e administrativo e nas transferências e/ou remanejamentos;
- V. acompanhar processos administrativos e/ou trabalhistas, subsidiando a Diretoria Administrativa com todas as informações necessárias ao bom andamento dos mesmos;
- VI. representar a Unidade, quando designado pela Diretoria Administrativa, nas questões trabalhistas administrativas;
- VII. acompanhar o encaminhamento da frequência dos servidores lotados nas diversas unidades da Unidade aos Departamentos de Administração de Pessoal competentes;
- VIII. atender e encaminhar os servidores, visando solucionar os problemas de ordem funcional;
- IX. participar de reuniões com as Diretorias quando tratarem de assuntos pertinentes à sua área;
- X. zelar pelos equipamentos utilizados na execução de suas atividades, controlando e solicitando o material de expediente e de consumo necessário;
- XI. colaborar com as instituições de ensino que utilizam a Unidade como campo de Residência e Estágio;
- XII. solicitar à chefia imediata e viabilizar a participação dos profissionais em simpósios, seminários, cursos de atualização e/ou aprimoramento técnico, a partir das necessidades identificadas, mantendo a equipe atualizada;
- XIII. opinar em atividades, procedimentos e atos que envolvam a equipe, obedecendo às normas e medidas específicas preconizadas para a Unidade, com rigorosa observância aos preceitos éticos;
- XIV. elaborar, mensalmente ou quando solicitado, relatório de atividades, encaminhando-o à chefia imediata para apreciação;

- XV. elaborar escala de férias, de serviços, frequências e avaliar os servidores, em consonância com a chefia imediata, opinando nas alterações quando solicitadas e/ou por interesse do serviço;
- XVI. cumprir e fazer cumprir o horário regulamentar de trabalho, bem como as normas vigentes emanadas dos níveis hierárquicos superiores;
- XVII. promover, participar e/ou realizar pesquisas científicas e colaborar com os demais profissionais que realizam atividades desta natureza;
- XVIII. zelar pelos equipamentos utilizados na execução das atividades, controlando e solicitando materiais de consumo e outros insumos necessários à realização das mesmas;
- XIX. observar e cumprir as Normas Gerais de Funcionamento da Unidade, bem como aquelas relativas ao Controle de Infecção e contidas no Manual de Biossegurança;
- XX. manter atualizadas as planilhas de dados estatísticos, quando couber;
- XXI. manter atualizados os dados relativos aos Indicadores de Desempenho, quando for o caso, colaborando ainda com a constante revisão/atualização dos mesmos considerando a relevância das informações para a tomada de decisões;
- XXII. observar os Fluxogramas dos Processos de Trabalho estabelecidos, zelando pelo cumprimento dos mesmos e colaborando na identificação de falhas e sugestão de melhorias;
- XXIII. zelar pela observância aos Procedimentos Operacionais Padrão quando do desenvolvimento das atividades, colaborando com a revisão/atualização dos mesmos;
- XXIV. garantir a participação nas reuniões de chefias e em outras para as quais existir convocação;
- XXV. executar outras atividades afins;
- XXVI. cumprir e fazer cumprir este Regimento.

Parágrafo Único – Ao Departamento de Gestão de Pessoas estão subordinadas a Seção de Aplicação e Manutenção, Seção de Desenvolvimento e a Seção de Segurança e Saúde do Trabalhador.

Art. 17 - Compete ao Setor de Educação Continuada e Desenvolvimento de Pessoas:

- I. normatizar os processos de admissão, acompanhamento, movimentação, readaptação, remoção e desligamento do servidor;
- II. coordenar o processo de admissão do servidor, realizando os procedimentos necessários para a inclusão do profissional no quadro de pessoal da unidade;
- III. identificar, analisar e controlar a movimentação dos servidores - remanejamentos e redistribuição tendo como parâmetros o perfil de competências específicas dos cargos, por setor;
- IV. coordenar e realizar o processo de readaptação de função, avaliando as condições físicas e riscos para a nova função do servidor, com vistas a adequar a sua lotação;
- V. coordenar e realizar o processo de acompanhamento e orientação do servidor, com vistas a minimizar os fatores que estejam interferindo negativamente no seu desempenho funcional;
- VI. coordenar e realizar os procedimentos necessários para o desligamento do servidor do quadro de pessoal da unidade;
- VII. coordenar e realizar o processo de admissão, acompanhamento e desligamento do profissional que presta serviço na unidade em caráter voluntário;
- VIII. normatizar o processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências dos servidores;
- IX. planejar e coordenar o levantamento de necessidades de ações de aprendizagem e desenvolvimento junto às coordenações;
- X. elaborar anualmente o Planejamento de Atividades de Aprendizagem e Desenvolvimento, contendo os treinamentos programados a partir do levantamento de necessidades;
- XI. sistematizar e otimizar os projetos de capacitação a partir dos objetivos, metas e condições de trabalho previamente pactuadas, eliminando demandas desvinculadas do planejamento estratégico da Instituição;
- XII. viabilizar o treinamento e aperfeiçoamento dos servidores, objetivando atender as necessidades técnico-administrativas e gerenciais das atividades desenvolvidas pelas diferentes unidades;

- XIII. diversificar as ações de capacitação, promovendo eventos com respostas mais rápidas às necessidades emergenciais da Instituição;
- XIV. viabilizar a participação dos servidores em treinamentos e aperfeiçoamentos externos à Instituição, objetivando a aquisição de novos conhecimentos e a adoção de novas tecnologias;
- XV. normatizar, controlar e acompanhar a participação dos servidores em eventos de capacitação, promovidos por outras instituições, no país e no exterior;
- XVI. realizar seminário de integração e ministrá-lo aos servidores recém-admitidos, com o objetivo de fornecer conhecimentos necessários e relevantes para sua integração no contexto organizacional da Instituição;
- XVII. coordenar processos de dimensionamento da força de trabalho necessária para o cumprimento dos objetivos institucionais;
- XVIII. opinar em atividades, procedimentos e atos que envolvam fluxos e equipes de trabalho, obedecendo às normas e medidas específicas preconizadas para a unidade, com rigorosa observância aos preceitos éticos;
- XIX. elaborar, mensalmente ou quando solicitado, relatório de atividades, encaminhando-o à chefia imediata para apreciação;
- XX. promover, participar e/ou realizar pesquisas científicas e colaborar com os demais profissionais que realizam atividades desta natureza;
- XXI. cumprir e fazer cumprir o horário regulamentar de trabalho, bem como as normas vigentes emanadas dos níveis hierárquicos superiores;
- XXII. observar e cumprir as Normas Gerais de Funcionamento da Unidade, bem como aquelas relativas ao Controle de Infecção e contidas no Manual de Biossegurança;
- XXIII. zelar pelos equipamentos utilizados na execução das atividades, controlando e solicitando materiais de consumo e outros insumos necessários à realização das mesmas;
- XXIV. manter atualizadas as planilhas de dados estatísticos, quando couber;
- XXV. manter atualizados os dados relativos aos Indicadores de Desempenho, quando for o caso, colaborando ainda com a constante revisão/atualização dos mesmos considerando a relevância das informações para a tomada de decisões;

- XXVI. observar os Fluxogramas dos Processos de Trabalho normatizados, zelando pelo cumprimento dos mesmos e procedendo as atualizações que se fizerem necessárias;
- XXVII. zelar pela observância aos Procedimentos Operacionais Padrão quando do desenvolvimento das atividades, colaborando com a revisão/atualização dos mesmos;
- XXVIII. garantir a participação nas reuniões de chefias e em outras para as quais existir convocação;
- XXIX. executar outras atividades afins;
- XXX. cumprir e fazer cumprir este Regimento

Art. 18 - Compete ao Setor de Segurança e Saúde do Trabalhador:

- I. planejar, programar, coordenar e avaliar as atividades inerentes à sua área de atuação, observando normas, rotinas e diretrizes técnico-administrativas;
- II. executar e fazer executar os atos necessários à diretoria, eficiência e boa ordem dos serviços;
- III. organizar e controlar a Seção, cuidando da qualidade e produtividade do serviço;
- IV. elaborar o planejamento operacional das ações de medicina e segurança do trabalho, assegurando o cumprimento da legislação específica;
- V. elaborar e fazer cumprir o PPRA (Programa de Prevenção de Riscos Ambientais) e o PCMSO (Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional), estabelecendo prazos para a adoção de medidas preventivas e corretivas;
- VI. proporcionar condições para o funcionamento efetivo do SESMT (Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho);
- VII. implementar as medidas de proteção em conjunto com os setores afins, com relação aos itens riscos biológicos, químicos e físicos;
- VIII. promover campanhas e programas permanentes de conscientização, educação e orientação dos servidores para a prevenção de acidentes;
- IX. registrar e analisar os acidentes ocorridos;

- X. atender, orientar e acompanhar o servidor quando da ocorrência de acidentes de trabalho;
- XI. determinar os equipamentos de proteção individual e coletiva a serem utilizados nos diversos setores conforme legislação vigente;
- XII. analisar as condições ambientais dos locais de trabalho e solicitar manutenção, readequação e/ou interdição de setores e/ou serviços quando estes oferecerem riscos à saúde e segurança do servidor;
- XIII. zelar pela manutenção de um ambiente harmonioso bio-psicossocialmente, visando a prevenção, promoção e recuperação da saúde dos servidores submetidos a riscos ou agravos decorrentes de processos e/ou ambientes de trabalho;
- XIV. apresentar sugestões e recomendações técnicas adequadas com vistas à obtenção de um ambiente laboral mais saudável, à prevenção de acidentes de trabalho e doenças profissionais ocupacionais e à melhoria da qualidade e da produtividade do serviço;
- XV. colaborar quando solicitado, nos projetos e na implantação de novas instalações físicas;
- XVI. garantir a responsabilidade técnica por parte dos profissionais do SESMT quanto à orientação e cumprimento do disposto nas Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho;
- XVII. manter permanente relacionamento com a CIPA (Comissão Interna de Prevenção de Acidentes), valendo-se ao máximo de suas observações, conforme Norma Regulamentadora nº 5;
- XVIII. realizar atendimentos em enfermagem, psicologia e medicina e segurança do trabalho;
- XIX. emitir pareceres técnicos quando solicitado;
- XX. encaminhar os servidores para avaliação de readaptação de função em junta médica oficial;
- XXI. validar os atestados médicos dos servidores;
- XXII. realizar DDS (Diálogos Diários de Segurança);

- XXIII. interagir com o SESMT central ou órgãos afins;
- XXIV. disponibilizar imunização aos servidores periodicamente;
- XXV. mapear extintores e indicar manutenção;
- XXVI. guardar e responsabilizar-se pelos prontuários dos servidores;
- XXVII. realizar treinamentos e palestras aos diversos setores da Unidade promovendo a educação e informação em saúde do trabalhador;
- XXVIII. participar de seminários, treinamentos, congressos e cursos visando o intercâmbio e o aperfeiçoamento profissional;
- XXIX. administrar os serviços técnico-administrativos-funcionais mantendo-os em pleno funcionamento;
- XXX. opinar em atividades, procedimentos e atos que envolvam a equipe, obedecendo às normas e medidas específicas preconizadas para o Hospital, com rigorosa observância aos preceitos éticos;
- XXXI. elaborar, mensalmente ou quando solicitado, relatório de atividades, encaminhando-o à chefia imediata para apreciação;
- XXXII. elaborar escala de férias, de serviços, frequências e avaliar os servidores, em consonância com a chefia imediata, opinando nas alterações quando solicitadas e/ou por interesse do serviço;
- XXXIII. cumprir e fazer cumprir o horário regulamentar de trabalho, bem como as normas vigentes emanadas dos níveis hierárquicos superiores;
- XXXIV. promover, participar e/ou realizar pesquisas científicas e colaborar com os demais profissionais que realizam atividades desta natureza;
- XXXV. solicitar e/ou zelar pelos equipamentos utilizados na execução das atividades, controlando e solicitando materiais de consumo e outros insumos necessários à realização das mesmas;
- XXXVI. observar e cumprir as Normas Gerais de Funcionamento da Unidade, bem como aquelas relativas ao Controle de Infecção e contidas no Manual de Biossegurança;
- XXXVII. manter atualizadas as planilhas de dados estatísticos, quando couber;

- XXXVIII. manter atualizados os dados relativos aos Indicadores de Desempenho, quando for o caso, colaborando ainda com a constante revisão/atualização dos mesmos considerando a relevância das informações para a tomada de decisões;
- XXXIX. observar os Fluxogramas dos Processos de Trabalho estabelecidos, zelando pelo cumprimento dos mesmos e colaborando na identificação de falhas e sugestão de melhorias;
- XL. zelar pela observância aos Procedimentos Operacionais Padrão quando do desenvolvimento das atividades, colaborando com a revisão/atualização dos mesmos;
- XLI. garantir a participação nas reuniões de chefias e em outras para as quais existir convocação;
- XLII. executar outras atividades afins;
- XLIII. cumprir e fazer cumprir este Regimento.

Art. 19 - Compete à Seção de Apoio Diagnóstico e Terapêutica:

- I. planejar, programar, coordenar e avaliar as atividades inerentes à sua área de atuação, observando normas, rotinas e diretrizes técnico-administrativas;
- II. conhecer os vários tipos de equipamentos e observar as recomendações técnicas exigidas para o manuseio dos mesmos;
- III. organizar, supervisionar e emitir laudos necessários, com as atribuições específicas ou auxiliares, de maneira a facilitar o esclarecimento do diagnóstico e contribuir para pesquisas científicas;
- IV. promover a disciplina entre os servidores, incentivando-os ao cumprimento dos regulamentos, ordens e instruções de serviço, para obtenção de um clima favorável ao maior rendimento do trabalho e à racionalização dos recursos disponíveis;
- V. zelar pelo material de serviço específico da Seção, mantendo-os em perfeitas condições de uso, solicitando as providências necessárias à sua conservação ou substituição e estabelecendo mecanismos de controle e de responsabilidades;
- VI. emitir pareceres de natureza técnica e/ou administrativa, quando solicitado;

- VII. colaborar nos serviços especiais de assistência e em outros, analisando e diagnosticando os casos na área de sua competência;
- VIII. indicar ao Diretor Técnico substituto interino em seus impedimentos legais;
- IX. identificar as necessidades de material de consumo e permanente imprescindíveis à realização das atividades, buscando viabilizar a aquisição junto ao setor competente;
- X. cooperar com as comissões constituídas na Unidade;
- XI. elaborar ou determinar a elaboração de prontuário médico de cada paciente, procedendo ao acompanhamento e supervisão desta atividade na sua área de competência;
- XII. proporcionar condições de ambiente que facilitem a dar assistência integral aos pacientes, visando atendê-los nas suas necessidades bio-psicossomáticas;
- XIII. encaminhar a escala de serviços mensalmente ao Departamento de Enfermagem, ao serviço de Nutrição e ao Recursos Humanos;
- XIV. elaborar escala de férias, de serviços e de frequências, avaliar os servidores em consonância com a chefia imediata, opinando nas alterações quando solicitadas e/ou por interesse do serviço;
- XV. promover, participar e/ou realizar pesquisas científicas e colaborar com os demais profissionais que realizam atividades dessa natureza;
- XVI. colaborar com instituições de ensino que utilizam a Unidade como campo de residência e estágio;
- XVII. solicitar à chefia imediata e viabilizar a participação dos profissionais em simpósios, seminários, cursos de atualização e/ou aprimoramento técnico, a partir das necessidades identificadas, mantendo a equipe atualizada em relação aos avanços científicos e tecnológicos;
- XVIII. cumprir e fazer cumprir o horário regulamentar do trabalho, bem como, as normas vigentes emanadas dos níveis hierárquicos superiores;
- XIX. sugerir à Biblioteca a aquisição de material bibliográfico inerente à especialidade;
- XX. observar e cumprir as Normas Gerais de Funcionamento da Unidade, bem como aquelas relativas ao Controle de Infecção e contidas no Manual de Biossegurança;

- XXI. manter atualizadas as planilhas de dados estatísticos, quando couber;
- XXII. manter atualizados os dados relativos aos Indicadores de Desempenho, quando for o caso, colaborando ainda com a constante revisão/atualização dos mesmos considerando a relevância das informações para a tomada de decisões;
- XXIII. observar os Fluxogramas dos Processos de Trabalho estabelecidos, zelando pelo cumprimento dos mesmos e colaborando na identificação de falhas e sugestão de melhorias;
- XXIV. zelar pela observância aos Procedimentos Operacionais Padrão quando do desenvolvimento das atividades, colaborando com a revisão/atualização dos mesmos;
- XXV. garantir a participação nas reuniões de chefias e em outras para as quais existir convocação;
- XXVI. executar outras atividades afins;
- XXVII. cumprir e fazer cumprir este Regimento.

Seção IV - DO DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO FINANCEIRO

Art. 20 - Compete ao Departamento Administrativo Financeiro:

- I. planejar, programar, coordenar e avaliar as atividades inerentes à sua área de atuação, observando normas, rotinas e diretrizes técnico-administrativas;
- II. manter atualizados os métodos de trabalho e coordenar a função de administração de dados, em conjunto com a área de informática;
- III. dirigir e coordenar a emissão de formulários e todo e qualquer tipo de material gráfico de circulação interna e externa;
- IV. elaborar planos e projetos com sua equipe para garantir o melhor funcionamento da Unidade na área de sua competência;
- V. promover reuniões com a sua equipe com a finalidade de avaliar o desenvolvimento dos trabalhos bem como de repassar informações técnicas e/ou mudanças de propostas;

- VI. participar de reuniões promovidas pelos Diretores, quando convidado, transmitindo os resultados aos demais membros da equipe que atuam no Departamento;
- VII. dar suporte administrativo às áreas fins da Unidade quando solicitado pelas Diretorias;
- VIII. estabelecer planos, diretrizes e estratégias referentes ao sistema de informática da Unidade;
- IX. delegar competência para a prática de serviços inerentes ao cargo, com prévio conhecimento dos níveis hierárquico superiores;
- X. participar do processo de previsão e orçamentação integrado, bem como promover os reajustes periódicos conduzindo-os à Diretoria Administrativa;
- XI. estabelecer critérios para o processamento e compilação de índices estatísticos para fins de apuração de custos;
- XII. conferir, mediante registro contábil, os inventários contábil, físico e financeiro dos bens patrimoniais;
- XIII. elaborar balancetes, balanços e demonstrativos de natureza financeira, bem como fazer previsão trimestral e/ou semestral das possíveis receitas e despesas, com a finalidade de projetar os resultados e atender às determinações legais;
- XIV. verificar a posição de estoque, examinando periodicamente o volume de material e gêneros alimentícios existentes, calculando as necessidades futuras e preparando os pedidos de reposição;
- XV. supervisionar os trabalhos de contabilização dos documentos, analisando-os e orientando seus processamentos, para fins de assegurar a observância do plano de contas adotado;
- XVI. zelar pelos equipamentos utilizados na execução das atividades, controlando e solicitando materiais de consumo e outros insumos necessários à realização das mesmas;
- XVII. supervisionar os serviços das empresas terceirizadas dentro da Unidade;
- XVIII. colaborar com as instituições de ensino que utilizam a Unidade como campo de Residência e Estágio;

- XIX. solicitar à chefia imediata e viabilizar a participação dos profissionais em simpósios, seminários, cursos de atualização e/ou aprimoramento técnico, a partir das necessidades identificadas, mantendo a equipe atualizada;
- XX. opinar em atividades, procedimentos e atos que envolvam a equipe, obedecendo às normas e medidas específicas preconizadas para a Unidade, com rigorosa observância aos preceitos éticos;
- XXI. elaborar, mensalmente ou quando solicitado, relatório de atividades, encaminhando-o à chefia imediata para apreciação;
- XXII. elaborar escala de férias, de serviços, frequências e avaliar os servidores, em consonância com a chefia imediata, opinando nas alterações quando solicitadas e/ou por interesse do serviço;
- XXIII. cumprir e fazer cumprir o horário regulamentar de trabalho, bem como as normas vigentes emanadas dos níveis hierárquicos superiores;
- XXIV. promover, participar e/ou realizar pesquisas científicas e colaborar com os demais profissionais que realizam atividades desta natureza;
- XXV. observar e cumprir as Normas Gerais de Funcionamento da Unidade, bem como aquelas relativas ao Controle de Infecção e contidas no Manual de Biossegurança;
- XXVI. manter atualizadas as planilhas de dados estatísticos, quando couber;
- XXVII. manter atualizados os dados relativos aos Indicadores de Desempenho, quando for o caso, colaborando ainda com a constante revisão/atualização dos mesmos considerando a relevância das informações para a tomada de decisões;
- XXVIII. observar os Fluxogramas dos Processos de Trabalho estabelecidos, zelando pelo cumprimento dos mesmos e colaborando na identificação de falhas e sugestão de melhorias;
- XXIX. zelar pela observância aos Procedimentos Operacionais Padrão quando do desenvolvimento das atividades, colaborando com a revisão/atualização dos mesmos;
- XXX. garantir a participação nas reuniões de chefias e em outras para as quais existir convocação;
- XXXI. executar outras atividades afins;

XXXII. cumprir e fazer cumprir este Regimento.

Parágrafo Único – Ao Departamento Administrativo Financeiro estão subordinadas as Seções de Contas Hospitalares, de Compras, de Pagamentos, de Engenharia Clínica, do serviço do Prontuário Médico, de Fluxo de Pacientes; e as Divisões dos Serviços Gerais e de Patrimônio e Almoarifado.

Art. 21 - Compete ao Setor de Faturamento:

- I. planejar, programar, coordenar e avaliar as atividades inerentes à sua área de atuação, observando normas, rotinas e diretrizes técnico-administrativas;
- II. coordenar e elaborar todo tipo de fatura do SUS, apresentando-as dentro dos prazos estabelecidos;
- III. conferir a exatidão dos dados dos prontuários, como: prescrições, evoluções, descrição cirúrgica, exames complementares e terapias;
- IV. informar ao médico os procedimentos de maior complexidade dentro das patologias do paciente;
- V. manter estreito relacionamento com o corpo clínico, serviços de diagnose e terapias;
- VI. fornecer dados obtidos dos prontuários para cobranças e posterior digitação dos mesmos;
- VII. conferir os extratos de pagamentos das faturas apresentadas, identificando possíveis devoluções, bem como corrigir e fazer as representações necessárias;
- VIII. informar ao Departamento Administrativo e Financeiro e à Diretoria Administrativa, sobre o movimento mensal possibilitando a previsão orçamentária;
- IX. manter arquivo de todo movimento faturado e apresentado;
- X. manter atualizadas as tabelas de procedimentos;
- XI. encaminhar para os setores de Contabilidade e Tesouraria uma via de todo o movimento mensal, de faturamentos para conferência e controle de pagamento dos médicos, exames auxiliares e terapias;

- XII. manter contato periódico com a Secretaria Regional de Saúde para verificar possíveis mudanças no Sistema do SUS;
- XIII. conferir e verificar toda produção ambulatorial para confecção do Boletim de Produção Ambulatorial (BPA);
- XIV. receber da Seção de Fluxo de Pacientes, as guias de Tratamento Ambulatorial – GTA, conferir e, em tempo hábil, encaminhar à Superintendência de Controle e Avaliação da Secretaria Estadual de Saúde, com vistas a assegurar os recursos financeiros indispensáveis à execução das atividades técnico-administrativas da Unidade;
- XV. manter em arquivo atualizado as documentações de guias;
- XVI. colaborar com as instituições de ensino que utilizam a Unidade como campo de Residência e Estágio;
- XVII. solicitar à chefia imediata e viabilizar a participação dos profissionais em simpósios, seminários, cursos de atualização e/ou aprimoramento técnico, a partir das necessidades identificadas, mantendo a equipe atualizada;
- XVIII. opinar em atividades, procedimentos e atos que envolvam a equipe, obedecendo às normas e medidas específicas preconizadas para a Policlínica, com rigorosa observância aos preceitos éticos;
- XIX. elaborar, mensalmente ou quando solicitado, relatório de atividades, encaminhando-o à chefia imediata para apreciação;
- XX. elaborar escala de férias, de serviços, frequências e avaliar os servidores, em consonância com a chefia imediata, opinando nas alterações quando solicitadas e/ou por interesse do serviço;
- XXI. cumprir e fazer cumprir o horário regulamentar de trabalho, bem como as normas vigentes emanadas dos níveis hierárquicos superiores;
- XXII. promover, participar e/ou realizar pesquisas científicas e colaborar com os demais profissionais que realizam atividades desta natureza;
- XXIII. delegar competência para a prática de serviços inerentes ao cargo, com prévio conhecimento dos níveis hierárquicos superiores;

- XXIV. zelar pelos equipamentos utilizados na execução das atividades, controlando e solicitando materiais de consumo e outros insumos necessários à realização das mesmas;
- XXV. observar e cumprir as Normas Gerais de Funcionamento da Unidade, bem como aquelas relativas ao Controle de Infecção e contidas no Manual de Biossegurança;
- XXVI. manter atualizadas as planilhas de dados estatísticos, quando couber;
- XXVII. manter atualizados os dados relativos aos Indicadores de Desempenho, quando for o caso, colaborando ainda com a constante revisão/atualização dos mesmos considerando a relevância das informações para a tomada de decisões;
- XXVIII. observar os Fluxogramas dos Processos de Trabalho estabelecidos, zelando pelo cumprimento dos mesmos e colaborando na identificação de falhas e sugestão de melhorias;
- XXIX. zelar pela observância aos Procedimentos Operacionais Padrão quando do desenvolvimento das atividades, colaborando com a revisão/atualização dos mesmos;
- XXX. garantir a participação nas reuniões de chefias e em outras para as quais existir convocação;
- XXXI. executar outras atividades afins;
- XXXII. cumprir e fazer cumprir este Regimento.

Art. 22 - Compete à Seção de Compras:

- I. planejar, programar, coordenar e avaliar as atividades inerentes à sua área de atuação, observando normas, rotinas e diretrizes técnico-administrativas;
- II. executar e fazer executar os atos necessários à diretoria, eficiência e boa ordem dos serviços;
- III. organizar e controlar a Seção, cuidando da qualidade e produtividade do serviço;
- IV. opinar em atividades, procedimentos e atos que envolvam a equipe, obedecendo às normas e medidas específicas preconizadas para a Unidade, com rigorosa observância aos preceitos éticos;

- V. elaborar, mensalmente ou quando solicitado, relatório de atividades, encaminhando-o à chefia imediata para apreciação;
- VI. elaborar escala de férias, de serviços, frequências e avaliar os servidores, em consonância com a chefia imediata, opinando nas alterações quando solicitadas e/ou por interesse do serviço;
- VII. cumprir e fazer cumprir o horário regulamentar de trabalho, bem como as normas vigentes emanadas dos níveis hierárquicos superiores;
- VIII. promover, participar e/ou realizar pesquisas científicas e colaborar com os demais profissionais que realizam atividades desta natureza;
- IX. zelar pelos equipamentos utilizados na execução das atividades, controlando e solicitando materiais de consumo e outros insumos necessários à realização das mesmas;
- X. observar e cumprir as Normas Gerais de Funcionamento da Unidade, bem como aquelas relativas ao Controle de Infecção e contidas no Manual de Biossegurança;
- XI. manter atualizadas as planilhas de dados estatísticos, quando couber;
- XII. manter atualizados os dados relativos aos Indicadores de Desempenho, quando for o caso, colaborando ainda com a constante revisão/atualização dos mesmos considerando a relevância das informações para a tomada de decisões;
- XIII. observar os Fluxogramas dos Processos de Trabalho estabelecidos, zelando pelo cumprimento dos mesmos e colaborando na identificação de falhas e sugestão de melhorias;
- XIV. zelar pela observância aos Procedimentos Operacionais Padrão quando do desenvolvimento das atividades, colaborando com a revisão/atualização dos mesmos;
- XV. garantir a participação nas reuniões de chefias e em outras para as quais existir convocação;
- XVI. executar outras atividades afins;
- XVII. cumprir e fazer cumprir este Regimento

Art. 23 - Compete à Seção de Pagamentos:

- I. planejar, programar, coordenar e avaliar as atividades inerentes à sua área de atuação, observando normas, rotinas e diretrizes técnico-administrativas;
- II. executar e fazer executar os atos necessários à diretoria, eficiência e boa ordem dos serviços;
- III. organizar e controlar a Seção, cuidando da qualidade e produtividade do serviço;
- IV. opinar em atividades, procedimentos e atos que envolvam a equipe, obedecendo às normas e medidas específicas preconizadas para a Unidade, com rigorosa observância aos preceitos éticos;
- V. elaborar, mensalmente ou quando solicitado, relatório de atividades, encaminhando-o à chefia imediata para apreciação;
- VI. elaborar escala de férias, de serviços, frequências e avaliar os servidores, em consonância com a chefia imediata, opinando nas alterações quando solicitadas e/ou por interesse do serviço;
- VII. cumprir e fazer cumprir o horário regulamentar de trabalho, bem como as normas vigentes emanadas dos níveis hierárquicos superiores;
- VIII. promover, participar e/ou realizar pesquisas científicas e colaborar com os demais profissionais que realizam atividades desta natureza;
- IX. zelar pelos equipamentos utilizados na execução das atividades, controlando e solicitando materiais de consumo e outros insumos necessários à realização das mesmas;
- X. observar e cumprir as Normas Gerais de Funcionamento da Unidade, bem como aquelas relativas ao Controle de Infecção e contidas no Manual de Biossegurança;
- XI. manter atualizadas as planilhas de dados estatísticos, quando couber;
- XII. manter atualizados os dados relativos aos Indicadores de Desempenho, quando for o caso, colaborando ainda com a constante revisão/atualização dos mesmos considerando a relevância das informações para a tomada de decisões;
- XIII. observar os Fluxogramas dos Processos de Trabalho estabelecidos, zelando pelo cumprimento dos mesmos e colaborando na identificação de falhas e sugestão de melhorias;

- XIV. zelar pela observância aos Procedimentos Operacionais Padrão quando do desenvolvimento das atividades, colaborando com a revisão/atualização dos mesmos;
- XV. garantir a participação nas reuniões de chefias e em outras para as quais existir convocação;
- XVI. executar outras atividades afins;
- XVII. cumprir e fazer cumprir este Regimento.

Art. 24 - Compete ao Setor de Engenharia Clínica:

- I. planejar, programar, coordenar e avaliar as atividades inerentes à sua área de atuação, observando normas, rotinas e diretrizes técnico-administrativas;
- II. executar e fazer executar os atos necessários à diretoria, eficiência e boa ordem dos serviços;
- III. organizar e controlar a Seção, cuidando da qualidade e produtividade do serviço;
- IV. opinar em atividades, procedimentos e atos que envolvam a equipe, obedecendo às normas e medidas específicas preconizadas para a Unidade, com rigorosa observância aos preceitos éticos;
- V. elaborar e implementar a política de gerenciamento da tecnologia em equipamentos médico-hospitalares em consonância com as Diretorias da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE e Gerência de Engenharia Clínica – SES;
- VI. subsidiar tecnicamente o processo de aquisição de equipamentos médico-hospitalares, laboratoriais e odontológicos, em consonância com as Diretorias da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE e Gerência de Engenharia Clínica – SES;
- VII. subsidiar tecnicamente o processo de contratação de serviços de manutenção de equipamentos médico-hospitalares, laboratoriais e odontológicos, em consonância com as Diretorias da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE e Gerência de Engenharia Clínica – SES;
- VIII. acompanhar o recebimento e distribuição de equipamentos médico-hospitalares, laboratoriais e odontológicos entregues ao Setor de Almoxarifado e Patrimônio da Policlínica, bem como a instalação dos mesmos em seus respectivos Setores,

Seções, Divisões e Departamentos, em consonância com o Setor de Almoxarifado e Patrimônio/Diretorias da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE e Gerência de Engenharia Clínica – SES;

- IX. acompanhar a execução dos serviços de manutenção em equipamentos médico-hospitalares, laboratoriais e odontológicos, realizados por empresas contratadas pela SES em consonância com as Diretorias da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE e Gerência de Engenharia Clínica – SES;
- X. solicitar e apoiar programas de capacitação de recursos humanos na operação e manutenção dos equipamentos médico-hospitalares, laboratoriais e odontológicos, nos Setores, Seções e Departamentos em consonância com o Departamento de Recursos Humanos e Diretorias da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE e Gerência de Engenharia Clínica – SES;
- XI. coordenar a política de avaliação e incorporação de novas tecnologias em saúde, no que se refere aos equipamentos médico-hospitalares, laboratoriais e odontológicos, em consonância com as Diretorias da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE e Gerência de Engenharia Clínica – SES;
- XII. subsidiar tecnicamente a elaboração dos projetos de arquitetura e engenharia no que se refere a instalação de equipamentos médico-hospitalares, laboratoriais e odontológicos, em consonância com as Diretorias da Policlínica, Gerência de Engenharia Clínica – SES e Gerência de Apoio Logístico Operacional;
- XIII. providenciar e controlar o encaminhamento/recebimento de equipamentos médico-hospitalares para reparo em consonância com a Divisão de Patrimônio e Almoxarifado da Policlínica;
- XIV. elaborar, mensalmente ou quando solicitado, relatório de atividades, encaminhando-o à chefia imediata para apreciação;
- XV. elaborar escala de férias, de serviços, frequências e avaliar os servidores, em consonância com a chefia imediata, opinando nas alterações quando solicitadas e/ou por interesse do serviço;
- XVI. cumprir e fazer cumprir o horário regulamentar de trabalho, bem como as normas vigentes emanadas dos níveis hierárquicos superiores;

- XVII. promover, participar e/ou realizar pesquisas científicas e colaborar com os demais profissionais que realizam atividades desta natureza;
- XVIII. zelar pelos equipamentos utilizados na execução das atividades, controlando e solicitando materiais de consumo e outros insumos necessários à realização das mesmas;
- XIX. observar e cumprir as Normas Gerais de Funcionamento da Unidade, bem como aquelas relativas ao Controle de Infecção e contidas no Manual de Biossegurança;
- XX. manter atualizadas as planilhas de dados estatísticos, quando couber;
- XXI. manter atualizados os dados relativos aos Indicadores de Desempenho, quando for o caso, colaborando ainda com a constante revisão/atualização dos mesmos considerando a relevância das informações para a tomada de decisões;
- XXII. observar os Fluxogramas dos Processos de Trabalho estabelecidos, zelando pelo cumprimento dos mesmos e colaborando na identificação de falhas e sugestão de melhorias;
- XXIII. zelar pela observância aos Procedimentos Operacionais Padrão quando do desenvolvimento das atividades, colaborando com a revisão/atualização dos mesmos;
- XXIV. garantir a participação nas reuniões de chefias e em outras para as quais existir convocação;
- XXV. executar outras atividades afins;
- XXVI. cumprir e fazer cumprir este Regimento.

Art. 25 - Compete à Seção do Serviço do Prontuário Médico:

- I. planejar, programar, coordenar e avaliar as atividades inerentes à sua área de atuação, observando normas, rotinas e diretrizes técnico-administrativas;
- II. coordenar as atividades que envolvem a coleta e registro de dados inerentes ao atendimento a todo e qualquer paciente admitido da Unidade, tais como: consulta, apoio e diagnóstico;
- III. coletar dados provenientes de todo atendimento e/ou serviço prestado ao paciente em todo e qualquer setor da Unidade;

- IV. coordenar as atividades de registro de pacientes nas áreas de apoio e diagnóstico;
- V. recolher, conferir e organizar os prontuários, bem como, completar o preenchimento do laudo médico, quando incompleto;
- VI. elaborar listagem com todos os exames e comprovantes de terapias contidos no prontuário;
- VII. conferir e verificar documentação de atendimentos ambulatoriais;
- VIII. controlar e arquivar em prontuário todos os documentos que acusam atendimento ao paciente;
- IX. manter em dia a rotina de distribuição de prontuários;
- X. coletar dados e informações para incremento do relatório estatístico mensal;
- XI. detalhar os procedimentos em quadros e mapas estatísticos;
- XII. colaborar efetivamente com a Comissão de Controle de Infecção;
- XIII. elaborar escalas de férias, de serviços, frequências e avaliar os servidores, em consonância com a chefia imediata, opinando nas alterações quando solicitadas e/ou por interesse do serviço;
- XIV. elaborar, mensalmente ou quando solicitado, relatório de atividades, atos e procedimentos realizados na Seção, encaminhando-o à chefia imediata para apreciação;
- XV. solicitar à chefia imediata e viabilizar a participação dos profissionais em simpósios, seminários, cursos de atualização e/ou aprimoramento técnico, a partir das necessidades identificadas, mantendo a equipe atualizada em relação aos avanços científicos e tecnológicos;
- XVI. emitir relatórios estatísticos mensais, consolidados e específicos, a todos os setores afins e Diretorias da Unidade, conforme a periodicidade necessária;
- XVII. colaborar com instituições de ensino e outras que utilizem a Unidade como campo de residência e estágio;
- XVIII. identificar as necessidades de material de consumo e permanente imprescindível à realização das atividades, buscando viabilizar a aquisição junto ao setor competente;
- XIX. cooperar com as Comissões constituídas na Unidade;

- XX. cumprir e fazer cumprir o horário regulamentar de trabalho, bem como as normas vigentes emanadas dos níveis hierárquicos superiores;
- XXI. observar e cumprir as Normas Gerais de Funcionamento da Unidade, bem como aquelas relativas ao Controle de Infecção e contidas no Manual de Biossegurança;
- XXII. manter atualizadas as planilhas de dados estatísticos, quando couber;
- XXIII. manter atualizados os dados relativos aos Indicadores de Desempenho, quando for o caso, colaborando ainda com a constante revisão/atualização dos mesmos considerando a relevância das informações para a tomada de decisões;
- XXIV. observar os Fluxogramas dos Processos de Trabalho estabelecidos, zelando pelo cumprimento dos mesmos e colaborando na identificação de falhas e sugestão de melhorias;
- XXV. zelar pela observância aos Procedimentos Operacionais Padrão quando do desenvolvimento das atividades, colaborando com a revisão/atualização dos mesmos;
- XXVI. garantir a participação nas reuniões de chefias e em outras para as quais existir convocação;
- XXVII. executar outras atividades afins;
- XXVIII. cumprir e fazer cumprir este Regimento.

Art. 26 - Compete à Seção de Fluxo de Pacientes:

- I. planejar, programar, coordenar e avaliar as atividades inerentes à sua área de atuação, observando normas, rotinas e diretrizes técnico-administrativas;
- II. executar e fazer executar os atos necessários à coordenação, eficiência e boa ordem dos serviços;
- III. organizar e controlar a Seção, cuidando da qualidade e produtividade do serviço;
- IV. opinar em atividades, procedimentos e atos que envolvam a equipe, obedecendo às normas e medidas específicas preconizadas para a Unidade, com rigorosa observância aos preceitos éticos;
- V. elaborar, mensalmente ou quando solicitado, relatório de atividades, encaminhando-o à chefia imediata para apreciação;

- VI. elaborar escala de férias, de serviços, frequências e avaliar os servidores, em consonância com a chefia imediata, opinando nas alterações quando solicitadas e/ou por interesse do serviço;
- VII. cumprir e fazer cumprir o horário regulamentar de trabalho, bem como as normas vigentes emanadas dos níveis hierárquicos superiores;
- VIII. promover, participar e/ou realizar pesquisas científicas e colaborar com os demais profissionais que realizam atividades desta natureza;
- IX. zelar pelos equipamentos utilizados na execução das atividades, controlando e solicitando materiais de consumo e outros insumos necessários à realização das mesmas;
- X. observar e cumprir as Normas Gerais de Funcionamento da Unidade, bem como aquelas relativas ao Controle de Infecção e contidas no Manual de Biossegurança;
- XI. manter atualizadas as planilhas de dados estatísticos, quando couber;
- XII. manter atualizados os dados relativos aos Indicadores de Desempenho, quando for o caso, colaborando ainda com a constante revisão/atualização dos mesmos considerando a relevância das informações para a tomada de decisões;
- XIII. observar os Fluxogramas dos Processos de Trabalho estabelecidos, zelando pelo cumprimento dos mesmos e colaborando na identificação de falhas e sugestão de melhorias;
- XIV. zelar pela observância aos Procedimentos Operacionais Padrão quando do desenvolvimento das atividades, colaborando com a revisão/atualização dos mesmos;
- XV. garantir a participação nas reuniões de chefias e em outras para as quais existir convocação;
- XVI. executar outras atividades afins;
- XVII. cumprir e fazer cumprir este Regimento.

Parágrafo Único – À Seção de Fluxo de Pacientes estão subordinados o Setor de Fluxo Ambulatorial.

Art. 27 - Compete ao Setor de Manutenção Predial e Engenharia Clínica:

- I. planejar, programar, coordenar e avaliar as atividades inerentes à sua área de atuação, observando normas, rotinas e diretrizes técnico-administrativas;
- II. manter sob sua guarda todos os projetos técnicos de edificação da Unidade, no que diz respeito à construção civil, tais como projetos estruturais, arquitetônicos, elétricos, hidráulicos, telefônicos, de som e de outros;
- III. elaborar programas de manutenção preventiva, periódica e/ou eventual, das instalações prediais, hidráulicas, elétricas, de gás, de acordo com o projeto original;
- IV. supervisionar e orientar as alterações físicas, a manutenção preventiva e corretiva das instalações e dispositivos auxiliares, assegurando a eficiência do funcionamento sem agressão à estética e à originalidade da construção;
- V. submeter à apreciação dos diretores os projetos de reformas, adaptações e/ou construções na área, devidamente acompanhados do respectivo orçamento, mediante a aprovação da chefia imediata;
- VI. inspecionar locais de instalações, observando as condições de trabalho, a fim de detectar fatores de riscos de acidentes, determinando observância rigorosa às normas de segurança preestabelecidas pela Comissão de Medicina do Trabalho e outras;
- VII. providenciar a incineração de todos os resíduos sujeitos a controle e outros de responsabilidade da Unidade, observando e respeitando as normas da Legislação Sanitária;
- VIII. supervisionar e orientar a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos, assegurando o funcionamento eficiente;
- IX. acompanhar os serviços de inspeção rotineira ou emergencial na manutenção prestada por firmas contratadas;
- X. manter organizado e atualizado o arquivo de endereços dos fabricantes e prestadores de serviços, com a finalidade de facilitar contatos;
- XI. inspecionar equipamentos, locais de trabalho e instalações, avaliando as suas condições, para detectar fatores de risco de acidentes, com observância rigorosa às normas de segurança preestabelecidas;

- XII. testar os equipamentos e sistemas energéticos, reparados ou montados, fazendo-os funcionar e observando seu desempenho, a fim de certificar se estão em condições de uso;
- XIII. conhecer os vários tipos de máquinas, equipamentos, tubulações e outras instalações mecânicas existentes, observando as recomendações técnicas exigidas;
- XIV. zelar pela manutenção das tubulações, válvulas, registros, instrumentos e acessórios, inspecionando sua lubrificação e limpeza e solicitando a substituição das partes danificadas, assegurando o bom estado de funcionamento e conservação das caldeiras e geradores;
- XV. controlar o funcionamento das caldeiras, verificando indicadores de nível de água, temperatura e pressão do vapor, assegurando o andamento normal das operações e determinando o rigoroso controle de pressão interna, de acordo com os limites permitidos pelas normas de segurança estabelecidas;
- XVI. verificar as condições de funcionamento dos conjuntos geradores de energia alternativa, mantendo-os em perfeitas condições de uso em eventuais necessidades;
- XVII. colaborar com as instituições de ensino que utilizam a Unidade como campo de Residência e Estágio;
- XVIII. solicitar à chefia imediata e viabilizar a participação dos profissionais em simpósios, seminários, cursos de atualização e/ou aprimoramento técnico, a partir das necessidades identificadas, mantendo a equipe atualizada;
- XIX. opinar em atividades, procedimentos e atos que envolvam a equipe, obedecendo às normas e medidas específicas preconizadas para a Unidade, com rigorosa observância aos preceitos éticos;
- XX. elaborar, mensalmente ou quando solicitado, relatório de atividades, encaminhando-o à chefia imediata para apreciação;
- XXI. elaborar escala de férias, de serviços, frequências e avaliar os servidores, em consonância com a chefia imediata, opinando nas alterações quando solicitadas e/ou por interesse do serviço;

- XXII. cumprir e fazer cumprir o horário regulamentar de trabalho, bem como as normas vigentes emanadas dos níveis hierárquicos superiores;
- XXIII. promover, participar e/ou realizar pesquisas científicas e colaborar com os demais profissionais que realizam atividades desta natureza;
- XXIV. delegar competência para a prática de serviços inerentes ao cargo, com prévio conhecimento dos níveis hierárquicos superiores;
- XXV. zelar pelos equipamentos utilizados na execução das atividades, controlando e solicitando materiais de consumo e outros insumos necessários à realização das mesmas;
- XXVI. observar e cumprir as Normas Gerais de Funcionamento da Unidade, bem como aquelas relativas ao Controle de Infecção e contidas no Manual de Biossegurança;
- XXVII. manter atualizadas as planilhas de dados estatísticos, quando couber;
- XXVIII. manter atualizados os dados relativos aos Indicadores de Desempenho, quando for o caso, colaborando ainda com a constante revisão/atualização dos mesmos considerando a relevância das informações para a tomada de decisões;
- XXIX. observar os Fluxogramas dos Processos de Trabalho estabelecidos, zelando pelo cumprimento dos mesmos e colaborando na identificação de falhas e sugestão de melhorias;
- XXX. zelar pela observância aos Procedimentos Operacionais Padrão quando do desenvolvimento das atividades, colaborando com a revisão/atualização dos mesmos;
- XXXI. garantir a participação nas reuniões de chefias e em outras para as quais existir convocação;
- XXXII. executar outras atividades afins;
- XXXIII. cumprir e fazer cumprir este Regimento.

Art. 28 - Compete ao Setor de Hotelaria:

- I. planejar, programar, coordenar e avaliar as atividades inerentes à sua área de atuação, observando normas, rotinas e diretrizes técnico-administrativas;

- II. fazer reuniões periódicas mensais ou quando necessárias com todo o pessoal da lavanderia, rouparia e costura;
- III. solicitar treinamento para todos os empregados, bem como cursos de capacitação e aperfeiçoamento;
- IV. controlar em cada setor a execução dos trabalhos e o emprego das técnicas estabelecidas;
- V. requisitar e controlar o consumo e aplicação dos produtos de lavagem e demais materiais permanentes e de consumo em uso na lavanderia, participando da aquisição dos mesmos, bem como prever e controlar a quantidade de peças em uso, e o consumo de água, energia e vapor e seus determinados custos;
- VI. verificar se todos os funcionários estão uniformizados e utilizando os equipamentos de proteção individual;
- VII. obedecer ao cronograma de exames médicos funcionais e periódicos determinados pela Instituição, mantendo-o atualizado em relação a todos os serviços oferecidos pelo Setor;
- VIII. tomar as providências cabíveis durante a ocorrência de irregularidade, comunicando se necessário, à chefia imediata;
- IX. zelar pelo uso e conservação de todos os equipamentos da lavanderia, providenciando a manutenção preventiva, corretiva e emergencial, bem como, encaminhando os materiais danificados ao Setor de Manutenção;
- X. coibir a entrada de estranhos na lavanderia a não ser para concertos ou com permissão administrativa;
- XI. providenciar levantamento trimestral de toda roupa em circulação e repor o estoque de comum acordo com a enfermagem;
- XII. realizar visitas periódicas aos setores da unidade e comunicar à Enfermagem e a outros Setores necessários qualquer eventualidade no processamento da roupa que possa acarretar descontinuidade de trabalho nas diversas unidades;
- XIII. comunicar à Comissão de Controle de Infecção as ocorrências de casos de prováveis infecções;

- XIV. elaborar planos periódicos de compras de tecidos e confecção de roupas de cama e mesa, peças de sala de cirurgia e enfermaria, uniformes de pacientes e tudo mais necessário ao funcionamento das unidades ambulatoriais, bem como opinar na compra de tecidos e supervisão da confecção;
- XV. responsabilizar-se pela guarda, controle e distribuição das peças novas cuja movimentação deve ser evidenciada em relatório;
- XVI. colaborar com as instituições de ensino que utilizam a Unidade como campo de Residência e Estágio;
- XVII. opinar em atividades, procedimentos e atos que envolvam a equipe, obedecendo às normas e medidas específicas preconizadas para a unidade, com rigorosa observância aos preceitos éticos;
- XVIII. elaborar, mensalmente ou quando solicitado, relatório de atividades, encaminhando-o à chefia imediata para apreciação;
- XIX. elaborar escala de férias, de serviços, frequências e avaliar os servidores, em consonância com a chefia imediata, opinando nas alterações quando solicitadas e/ou por interesse do serviço;
- XX. cumprir e fazer cumprir o horário regulamentar de trabalho, bem como as normas vigentes emanadas dos níveis hierárquicos superiores;
- XXI. promover, participar e/ou realizar pesquisas científicas e colaborar com os demais profissionais que realizam atividades desta natureza;
- XXII. delegar competência para a prática de serviços inerentes ao cargo, com prévio conhecimento dos níveis hierárquicos superiores;
- XXIII. zelar pelos equipamentos utilizados na execução das atividades, controlando e solicitando materiais de consumo e outros insumos necessários à realização das mesmas;
- XXIV. observar e cumprir as Normas Gerais de Funcionamento da Unidade, bem como aquelas relativas ao Controle de Infecção e contidas no Manual de Biossegurança;
- XXV. manter atualizadas as planilhas de dados estatísticos, quando couber;

- XXVI. manter atualizados os dados relativos aos Indicadores de Desempenho, quando for o caso, colaborando ainda com a constante revisão/atualização dos mesmos considerando a relevância das informações para a tomada de decisões;
- XXVII. observar os Fluxogramas dos Processos de Trabalho estabelecidos, zelando pelo cumprimento dos mesmos e colaborando na identificação de falhas e sugestão de melhorias;
- XXVIII. zelar pela observância aos Procedimentos Operacionais Padrão quando do desenvolvimento das atividades, colaborando com a revisão/atualização dos mesmos;
- XXIX. garantir a participação nas reuniões de chefias e em outras para as quais existir convocação;
- XXX. executar outras atividades afins;
- XXXI. cumprir e fazer cumprir este Regimento.

Art. 29 - Compete ao Setor de Higienização e Limpeza:

- I. planejar, programar, coordenar e avaliar as atividades inerentes à sua área de atuação, observando normas, rotinas e diretrizes técnico-administrativas;
- II. coordenar e orientar as atividades do pessoal sob sua supervisão;
- III. fiscalizar e acompanhar os serviços executados pelos funcionários em sua área de atuação;
- IV. comunicar à chefia imediata qualquer ocorrência ou irregularidade verificada;
- V. receber e encaminhar à chefia os objetos esquecidos pelos pacientes e funcionários da Unidade;
- VI. elaborar normas e rotinas disciplinando a execução dos serviços;
- VII. manter contato permanente com os chefes das unidades a fim de prever soluções para problemas ligados à sua Seção;
- VIII. organizar a distribuição das tarefas elaborando escalas de trabalho;
- IX. executar as atividades afins para o bom funcionamento do serviço de higienização;
- X. contribuir para evitar qualquer acidente de trabalho;

- XI. orientar quando necessário sobre o procedimento de diluição dos produtos químicos utilizados no serviço;
- XII. promover a disciplina entre os servidores, incentivando-os ao cumprimento dos regulamentos, ordens e instruções de serviço, para obtenção de um clima favorável e maior rendimento de trabalho, assim como, racionalização dos recursos disponíveis;
- XIII. zelar pelo material de serviço específico do setor, solicitando as providências necessárias à sua conservação ou substituição e estabelecendo mecanismos de controle e responsabilidades para mantê-los em perfeitas condições de uso;
- XIV. colaborar com as instituições de ensino que utilizam a Unidade como campo de Residência e Estágio;
- XV. solicitar à chefia imediata e viabilizar a participação dos profissionais em simpósios, seminários, cursos de atualização e/ou aprimoramento técnico, a partir das necessidades identificadas, mantendo a equipe atualizada;
- XVI. opinar em atividades, procedimentos e atos que envolvam a equipe, obedecendo às normas e medidas específicas preconizadas para a unidade, com rigorosa observância aos preceitos éticos;
- XVII. elaborar mensalmente ou quando solicitado relatório de atividades, encaminhando-os à chefia imediata para apreciação;
- XVIII. elaborar escala de férias, de serviços, frequências e avaliar os servidores, em consonância com a chefia imediata, opinando nas alterações quando solicitadas e/ou por interesse do serviço;
- XIX. cumprir e fazer cumprir o horário regulamentar de trabalho, bem como as normas vigentes emanadas dos níveis hierárquicos superiores;
- XX. promover, participar e/ou realizar pesquisas científicas e colaborar com os demais profissionais que realizam atividades desta natureza;
- XXI. delegar competência para a prática de serviços inerentes ao cargo, com prévio conhecimento dos níveis hierárquicos superiores;

- XXII. zelar pelos equipamentos utilizados na execução das atividades, controlando e solicitando materiais de consumo e outros insumos necessários à realização das mesmas;
- XXIII. observar e cumprir as Normas Gerais de Funcionamento da Unidade, bem como aquelas relativas ao Controle de Infecção e contidas no Manual de Biossegurança;
- XXIV. manter atualizadas as planilhas de dados estatísticos, quando couber;
- XXV. manter atualizados os dados relativos aos Indicadores de Desempenho, quando for o caso, colaborando ainda com a constante revisão/atualização dos mesmos considerando a relevância das informações para a tomada de decisões;
- XXVI. observar os Fluxogramas dos Processos de Trabalho estabelecidos, zelando pelo cumprimento dos mesmos e colaborando na identificação de falhas e sugestão de melhorias;
- XXVII. zelar pela observância aos Procedimentos Operacionais Padrão quando do desenvolvimento das atividades, colaborando com a revisão/atualização dos mesmos;
- XXVIII. garantir a participação nas reuniões de chefias e em outras para as quais existir convocação;
- XXIX. executar outras atividades afins;
- XXX. cumprir e fazer cumprir este Regimento.

Art. 30 - Compete ao Setor de Telefonia e Recepção:

- I. coordenar, supervisionar, orientar e avaliar as atividades inerentes à sua área de atuação, observando as normas, rotinas e diretrizes técnico-administrativas;
- II. prestar apoio administrativo por meio dos serviços de operação de sistema de telefonia, de comunicação externa e interna, de som, de alarmes e de filmagem;
- III. controlar registros de comunicação por telefonia para posterior confrontação com contas telefônicas emitidas pelo concessionário telefônico;
- IV. manter e zelar pelos equipamentos utilizados na execução das atividades, controlando e solicitando o material de consumo e outros insumos necessários à realização das mesmas;

- V. controlar a entrada e saída de pessoas, identificando todos os visitantes e evitando o acesso de produtos alimentícios;
- VI. efetuar operações de segurança por meios variados e comunicações, possibilitando ligações eficientes com todas as unidades de serviços estáticos e dinâmicos;
- VII. controlar a entrada e saída de pessoas, de viaturas, de materiais e de equipamentos da Unidade;
- VIII. manter plano preestabelecido de segurança do edifício, prevenção contra incêndios, acidentes ou algazarras nas áreas comuns e corredores da Unidade;
- IX. controlar as saídas dos veículos por meio das ordens de tráfego, bem como verificar diariamente os equipamentos e o estado geral dos veículos sob sua responsabilidade;
- X. colaborar com as instituições de ensino que utilizam a Unidade como campo de Residência e Estágio;
- XI. solicitar à chefia imediata e viabilizar a participação dos profissionais em simpósios, seminários, cursos de atualização e/ou aprimoramento técnico, a partir das necessidades identificadas, mantendo a equipe atualizada;
- XII. opinar em atividades, procedimentos e atos que envolvam a equipe, obedecendo às normas e medidas específicas preconizadas para a Unidade, com rigorosa observância aos preceitos éticos;
- XIII. elaborar, mensalmente ou quando solicitado, relatório de atividades, encaminhando-o à chefia imediata para apreciação;
- XIV. elaborar escala de férias, de serviços, frequências e avaliar os servidores, em consonância com a chefia imediata, opinando nas alterações quando solicitadas e/ou por interesse do serviço;
- XV. cumprir e fazer cumprir o horário regulamentar de trabalho, bem como as normas vigentes emanadas dos níveis hierárquicos superiores;
- XVI. promover, participar e/ou realizar pesquisas científicas e colaborar com os demais profissionais que realizam atividades desta natureza;

- XVII. delegar competência para a prática de serviços inerentes ao cargo, com prévio conhecimento dos níveis hierárquicos superiores;
- XVIII. zelar pelos equipamentos utilizados na execução das atividades, controlando e solicitando materiais de consumo e outros insumos necessários à realização das mesmas;
- XIX. observar e cumprir as Normas Gerais de Funcionamento da Unidade, bem como aquelas relativas ao Controle de Infecção e contidas no Manual de Biossegurança;
- XX. manter atualizadas as planilhas de dados estatísticos, quando couber;
- XXI. manter atualizados os dados relativos aos Indicadores de Desempenho, quando for o caso, colaborando ainda com a constante revisão/atualização dos mesmos considerando a relevância das informações para a tomada de decisões;
- XXII. observar os Fluxogramas dos Processos de Trabalho estabelecidos, zelando pelo cumprimento dos mesmos e colaborando na identificação de falhas e sugestão de melhorias;
- XXIII. zelar pela observância aos Procedimentos Operacionais Padrão quando do desenvolvimento das atividades, colaborando com a revisão/atualização dos mesmos;
- XXIV. garantir a participação nas reuniões de chefias e em outras para as quais existir convocação;
- XXV. executar outras atividades afins;
- XXVI. cumprir e fazer cumprir este Regimento.

Art. 31 - Compete ao Setor de Almoxarifado:

- I. planejar, coordenar, controlar e avaliar as atividades da Divisão, a fim de assegurar o correto controle dos bens patrimoniais da Unidade;
- II. responsabilizar pela guarda e manutenção dos bens patrimoniais existentes;
- III. manter atualizado o arquivo dos registros e documentos dos bens patrimoniais móveis e imóveis;
- IV. executar o emplacamento de identificação dos bens móveis marcáveis;
- V. fiscalizar a aplicação de medidas de segurança e conservação de bens patrimoniais;

- VI. registrar e fiscalizar processos concernentes à alienação, doação, baixa ou cessão de bens móveis ou imóveis a furto, desaparecimentos, reposição e ressarcimento de bens patrimoniais da Unidade;
- VII. controlar o envio de bens móveis para concerto;
- VIII. solicitar compra de móveis e equipamentos junto ao Departamento Administrativo Financeiro;
- IX. colaborar com as instituições de ensino que utilizam a Unidade como campo de Residência e Estágio;
- X. solicitar à chefia imediata e viabilizar a participação dos profissionais em simpósios, seminários, cursos de atualização e/ou aprimoramento técnico, a partir das necessidades identificadas, mantendo a equipe atualizada;
- XI. opinar em atividades, procedimentos e atos que envolvam a equipe, obedecendo às normas e medidas específicas preconizadas para a Unidade, com rigorosa observância aos preceitos éticos;
- XII. elaborar, mensalmente ou quando solicitado, relatório de atividades, encaminhando-o à chefia imediata para apreciação;
- XIII. elaborar escala de férias, de serviços, frequências e avaliar os servidores, em consonância com a chefia imediata, opinando nas alterações quando solicitadas e/ou por interesse do serviço;
- XIV. cumprir e fazer cumprir o horário regulamentar de trabalho, bem como as normas vigentes emanadas dos níveis hierárquicos superiores;
- XV. promover, participar e/ou realizar pesquisas científicas e colaborar com os demais profissionais que realizam atividades desta natureza;
- XVI. delegar competência para a prática de serviços inerentes ao cargo, com prévio conhecimento dos níveis hierárquicos superiores;
- XVII. zelar pelos equipamentos utilizados na execução das atividades, controlando e solicitando materiais de consumo e outros insumos necessários à realização das mesmas;
- XVIII. observar e cumprir as Normas Gerais de Funcionamento da Unidade, bem como aquelas relativas ao Controle de Infecção e contidas no Manual de Biossegurança;

- XIX. manter atualizadas as planilhas de dados estatísticos, quando couber;
- XX. manter atualizados os dados relativos aos Indicadores de Desempenho, quando for o caso, colaborando ainda com a constante revisão/atualização dos mesmos considerando a relevância das informações para a tomada de decisões;
- XXI. observar os Fluxogramas dos Processos de Trabalho estabelecidos, zelando pelo cumprimento dos mesmos e colaborando na identificação de falhas e sugestão de melhorias;
- XXII. zelar pela observância aos Procedimentos Operacionais Padrão quando do desenvolvimento das atividades, colaborando com a revisão/atualização dos mesmos;
- XXIII. garantir a participação nas reuniões de chefias e em outras para as quais existir convocação;
- XXIV. executar outras atividades afins;
- XXV. cumprir e fazer cumprir este Regimento.

Parágrafo Único – À Divisão de Patrimônio e Almoxarifado está subordinada a Seção de Material.

Art. 32 - Compete à Seção de Material:

- I. planejar, coordenar, controlar e avaliar as atividades da Seção, a fim de assegurar o correto controle dos bens de consumo da Unidade;
- II. solicitar junto à SES os bens de consumo conforme a meta;
- III. responsabilizar pela guarda e manutenção dos bens de consumo existentes;
- IV. distribuir os bens de consumo quando solicitado por cada setor da Unidade;
- V. colaborar com as instituições de ensino que utilizam a Unidade como campo de Residência e Estágio;
- VI. solicitar à chefia imediata e viabilizar a participação dos profissionais em simpósios, seminários, cursos de atualização e/ou aprimoramento técnico, a partir das necessidades identificadas, mantendo a equipe atualizada;

- VII. opinar em atividades, procedimentos e atos que envolvam a equipe, obedecendo às normas e medidas específicas preconizadas para a Unidade, com rigorosa observância aos preceitos éticos;
- VIII. elaborar, mensalmente ou quando solicitado, relatório de atividades, encaminhando-o à chefia imediata para apreciação;
- IX. elaborar escala de férias, de serviços, frequências e avaliar os servidores, em consonância com a chefia imediata, opinando nas alterações quando solicitadas e/ou por interesse do serviço;
- X. cumprir e fazer cumprir o horário regulamentar de trabalho, bem como as normas vigentes emanadas dos níveis hierárquicos superiores;
- XI. promover, participar e/ou realizar pesquisas científicas e colaborar com os demais profissionais que realizam atividades desta natureza;
- XII. delegar competência para a prática de serviços inerentes ao cargo, com prévio conhecimento dos níveis hierárquicos superiores;
- XIII. zelar pelos equipamentos utilizados na execução das atividades, controlando e solicitando materiais de consumo e outros insumos necessários à realização das mesmas;
- XIV. observar e cumprir as Normas Gerais de Funcionamento da Unidade, bem como aquelas relativas ao Controle de Infecção e contidas no Manual de Biossegurança;
- XV. manter atualizadas as planilhas de dados estatísticos, quando couber;
- XVI. manter atualizados os dados relativos aos Indicadores de Desempenho, quando for o caso, colaborando ainda com a constante revisão/atualização dos mesmos considerando a relevância das informações para a tomada de decisões;
- XVII. observar os Fluxogramas dos Processos de Trabalho estabelecidos, zelando pelo cumprimento dos mesmos e colaborando na identificação de falhas e sugestão de melhorias;
- XVIII. zelar pela observância aos Procedimentos Operacionais Padrão quando do desenvolvimento das atividades, colaborando com a revisão/atualização dos mesmos;

- XIX. garantir a participação nas reuniões de chefias e em outras para as quais existir convocação;
- XX. executar outras atividades afins;
- XXI. cumprir e fazer cumprir este Regimento.

CAPÍTULO III - DA COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM

Art. 33 - Compete à Coordenação de Enfermagem:

- I. planejar, programar, coordenar e avaliar as atividades inerentes à sua área de atuação, observando normas, rotinas e diretrizes técnico-administrativas;
- II. executar e fazer executar os atos necessários à coordenação, eficiência e boa ordem dos serviços que lhe são subordinados e à disciplina do pessoal;
- III. selecionar e distribuir quantitativamente e qualitativamente o pessoal da enfermagem, conforme dimensionamento de enfermagem preconizado pelo COFEN, definindo seus deveres e estabelecendo linhas de responsabilidade;
- IV. analisar e avaliar a padronização das técnicas de trabalho;
- V. fornecer orientação e cooperar nos programas de educação permanente em serviço;
- VI. convocar e presidir reuniões com o pessoal de enfermagem;
- VII. emitir pareceres para compra de materiais e equipamentos pertinentes à enfermagem;
- VIII. propor medidas que assegurem o melhor entrosamento e boa coordenação com os demais Departamentos, Divisões, Seções, serviços e equipe multidisciplinar da Unidade;
- IX. favorecer o desenvolvimento das atividades de ensino e pesquisa científica, devidamente aprovadas;
- X. cumprir o Código de Ética e a Legislação de Enfermagem, bem como, as normas e rotinas da Unidade;
- XI. comunicar a CCIA, os casos de notificação compulsória;

- XII. elaborar escala de férias e de serviços, verificar frequências dos Supervisores de Seção, bem como do serviço de condutores de pacientes, e conferir escalas mensais de todas as Seções subordinadas às Diretorias;
- XIII. avaliar os servidores, em consonância com a chefia imediata, opinando nas alterações quando solicitadas e/ou por interesse do serviço;
- XIV. cumprir e fazer cumprir o horário regulamentar do trabalho, bem como, as normas vigentes emanadas dos níveis hierárquicos superiores;
- XV. promover, participar e/ou realizar pesquisas científicas e colaborar com os demais profissionais que realizam atividades dessa natureza;
- XVI. colaborar com instituições de ensino que utilizam a Unidade como campo de residência e estágio;
- XVII. solicitar à Chefia imediata e viabilizar a participação dos profissionais em simpósios, seminários, cursos de atualização e/ou aprimoramento técnico, a partir das necessidades identificadas, mantendo a equipe atualizada em relação aos avanços científicos e tecnológicos;
- XVIII. sugerir à Biblioteca a aquisição de material bibliográfico inerente à especialidade;
- XIX. observar e cumprir as Normas Gerais de Funcionamento da Unidade, bem como aquelas relativas ao Controle de Infecção e contidas no Manual de Biossegurança;
- XX. manter atualizadas as planilhas de dados estatísticos, quando couber;
- XXI. manter atualizados os dados relativos aos Indicadores de Desempenho, quando for o caso, colaborando ainda com a constante revisão/atualização dos mesmos considerando a relevância das informações para a tomada de decisões;
- XXII. observar os Fluxogramas dos Processos de Trabalho estabelecidos, zelando pelo cumprimento dos mesmos e colaborando na identificação de falhas e sugestão de melhorias;
- XXIII. zelar pela observância aos Procedimentos Operacionais Padrão quando do desenvolvimento das atividades, colaborando com a revisão/atualização dos mesmos;
- XXIV. garantir a participação nas reuniões de chefias e em outras para as quais existir convocação;

- XXV. executar outras atividades afins;
- XXVI. O pessoal do Serviço de Enfermagem se atribui pelos seguintes cargos e funções:
- a. Enfermeiro – Coordenador do Departamento de Enfermagem
 - b. Enfermeiro – Supervisor de Enfermagem do setor
 - c. Técnico de enfermagem
 - d. Auxiliar de enfermagem
- XXVII. cumprir e fazer cumprir este Regimento.

Parágrafo Único – à Coordenação de Enfermagem estão subordinadas as Seções de Material e Esterilização, de Ambulatório.

Art. 34 - Compete à Seção de Ambulatório:

- I. planejar, programar, coordenar e avaliar as atividades inerentes à sua área de atuação, observando normas, rotinas e diretrizes técnico-administrativas;
- II. convocar e participar de reuniões multidisciplinares;
- III. cumprir e fazer cumprir normas e rotinas da Instituição, bem como, o Código de Ética e a Legislação de Enfermagem;
- IV. estabelecer cronograma de reuniões e eventos de caráter técnico e/ou administrativo, quando solicitado;
- V. executar e/ou supervisionar as atribuições técnicas pertinentes ao serviço;
- VI. manter os servidores atualizados nos programas específicos da Seção;
- VII. zelar pelos bens de consumo e patrimoniais da Instituição e participar do inventário de material permanente, assinando a carga patrimonial da Unidade;
- VIII. orientar a instalação, utilização e conservação de materiais e equipamentos, bem como, solicitar cronograma de manutenção preventiva dos equipamentos ao setor competente;
- IX. manter sistematizados e arquivados os manuais de funcionamento dos equipamentos do setor;
- X. organizar e manter atualizado o quadro de pessoal de enfermagem lotado e em exercício na Unidade, encaminhado ao Departamento de Enfermagem quando solicitado;

- XI. participar de comissões de estudo de técnicas, normas e rotinas de enfermagem e de outros assuntos relacionados com a assistência ao paciente;
- XII. participar da previsão de materiais, equipamentos e roupas, mensais, semestrais e/ou anual;
- XIII. emitir parecer técnico sobre materiais e equipamentos para fins de subsidiar a aquisição de produtos para a Unidade;
- XIV. promover ambiente seguro, confortável e silencioso ao paciente;
- XV. promover o inter-relacionamento com os membros da equipe de saúde;
- XVI. realizar e/ou participar de programas de educação permanente;
- XVII. supervisionar limpeza e desinfecção periódica e geral da Unidade;
- XVIII. tomar conhecimento de todas as ocorrências referentes ao funcionamento da Unidade, aos pacientes e servidores, por meio da observação direta, do livro de ocorrências, do relatório e do prontuário;
- XIX. comunicar à CCIA os casos de notificação compulsória;
- XX. apresentar relatório anual das atividades da Seção ao Departamento de Enfermagem;
- XXI. certificar-se diariamente das intercorrências registradas nos relatórios de enfermagem;
- XXII. encaminhar a escala de serviço mensalmente ao Departamento de Enfermagem, ao serviço de Nutrição e ao Recursos Humanos;
- XXIII. elaborar escala de férias, de serviços e de frequências, e avaliar os servidores, em consonância com a chefia imediata, opinando nas alterações quando solicitadas e/ou por interesse do serviço;
- XXIV. promover, participar e/ou realizar pesquisas científicas e colaborar com os demais profissionais que realizam atividades dessa natureza;
- XXV. colaborar com instituições de ensino que utilizam a Unidade como campo de residência e estágio;
- XXVI. solicitar à chefia imediata e viabilizar a participação dos profissionais em simpósios, seminários, cursos de atualização e/ou aprimoramento técnico, a partir das

necessidades identificadas, mantendo a equipe atualizada em relação aos avanços científicos e tecnológicos;

- XXVII. cumprir e fazer cumprir o horário regulamentar do trabalho, bem como, as normas vigentes emanadas dos níveis hierárquicos superiores;
- XXVIII. sugerir à Biblioteca a aquisição de material bibliográfico inerente à especialidade;
- XXIX. observar e cumprir as Normas Gerais de Funcionamento da Unidade, bem como aquelas relativas ao Controle de Infecção e contidas no Manual de Biossegurança;
- XXX. manter atualizadas as planilhas de dados estatísticos, quando couber;
- XXXI. manter atualizados os dados relativos aos Indicadores de Desempenho, quando for o caso, colaborando ainda com a constante revisão/atualização dos mesmos considerando a relevância das informações para a tomada de decisões;
- XXXII. observar os Fluxogramas dos Processos de Trabalho estabelecidos, zelando pelo cumprimento dos mesmos e colaborando na identificação de falhas e sugestão de melhorias;
- XXXIII. zelar pela observância aos Procedimentos Operacionais Padrão quando do desenvolvimento das atividades, colaborando com a revisão/atualização dos mesmos;
- XXXIV. garantir a participação nas reuniões de chefias e em outras para as quais existir convocação;
- XXXV. executar outras atividades afins;
- XXXVI. cumprir e fazer cumprir este Regimento.

Art. 35 - Compete ao Setor de Material e Esterilização:

- I. planejar, programar, coordenar e avaliar as atividades inerentes à sua área de atuação, observando normas, rotinas e diretrizes técnico-administrativas;
- II. planejar e colaborar com programas de treinamento e educação permanente;
- III. cumprir o Código de Ética e a Legislação de Enfermagem, bem como, as normas e rotinas da Unidade;

- IV. fazer estatística mensal da produção e o relatório anual das atividades desenvolvidas na Unidade encaminhando os resultados ao Departamento de Enfermagem;
- V. fazer levantamento mensal dos materiais solicitados pelos diferentes setores da Unidade a fim de planejar o suprimento da Unidade;
- VI. emitir parecer técnico na compra de equipamentos e outros;
- VII. realizar reuniões periódicas com a equipe de enfermagem;
- VIII. estabelecer um sistema de controle dos equipamentos e materiais de que dispõe a Unidade;
- IX. manter atualizado o conhecimento relativo aos novos tipos de materiais e equipamentos disponíveis no mercado;
- X. realizar monitoramento por meio dos testes biológicos semanalmente, bem como avaliar e divulgar resultados;
- XI. prevenir a incidência de riscos ocupacionais e avaliar a dinâmica de funcionamento da Unidade a fim de intensificar as medidas de prevenção;
- XII. manter relacionamento efetivo com o Departamento de Enfermagem e com outros setores da Unidade;
- XIII. participar de reuniões técnico-administrativas;
- XIV. realizar reuniões periódicas com a equipe de Enfermagem;
- XV. encaminhar escala de serviço mensalmente ao Departamento de Enfermagem, ao serviço de Nutrição e ao Recursos Humanos;
- XVI. elaborar escala de férias, de serviços, frequências, e avaliar os servidores, em consonância com a chefia imediata, opinando nas alterações quando solicitadas e/ou por interesse do serviço;
- XVII. cumprir e fazer cumprir o horário regulamentar do trabalho, bem como, as normas vigentes emanadas dos níveis hierárquicos superiores;
- XVIII. promover, participar e/ou realizar pesquisas científicas e colaborar com os demais profissionais que realizam atividades dessa natureza;
- XIX. colaborar com instituições de ensino que utilizam a Unidade como campo de residência e estágio;

- XX. viabilizar a participação dos profissionais em simpósios, seminários, cursos de atualização e/ou aprimoramento técnico, a partir das necessidades identificadas, mantendo a equipe atualizada em relação aos avanços científicos e tecnológicos;
- XXI. sugerir à Biblioteca a aquisição de material bibliográfico inerente à especialidade;
- XXII. observar e cumprir as Normas Gerais de Funcionamento da Unidade, bem como aquelas relativas ao Controle de Infecção e contidas no Manual de Biossegurança;
- XXIII. manter atualizadas as planilhas de dados estatísticos, quando couber;
- XXIV. manter atualizados os dados relativos aos Indicadores de Desempenho, quando for o caso, colaborando ainda com a constante revisão/atualização dos mesmos considerando a relevância das informações para a tomada de decisões;
- XXV. observar os Fluxogramas dos Processos de Trabalho estabelecidos, zelando pelo cumprimento dos mesmos e colaborando na identificação de falhas e sugestão de melhorias;
- XXVI. zelar pela observância aos Procedimentos Operacionais Padrão quando do desenvolvimento das atividades, colaborando com a revisão/atualização dos mesmos;
- XXVII. garantir a participação nas reuniões de chefias e em outras para as quais existir convocação;
- XXVIII. executar outras atividades afins;
- XXIX. cumprir e fazer cumprir este Regimento.

CAPÍTULO IV - DA COORDENAÇÃO DE CORPO CLÍNICO

Art. 36 – Da Coordenação de Corpo Clínico

- I. O Regimento Interno do Corpo Clínico visa disciplinar a constituição, ações, relações, avaliações e direção dos médicos que utilizam as instalações desta instituição para o exercício de suas atividades profissionais.
- II. O Corpo Clínico da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE é formado pelo conjunto de médicos nas diversas especialidades, gozando de autonomia profissional, técnica, científica, política, cultural e religiosa, desde que respeitando este Regimento.

- III. O Corpo Clínico da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE obedece a este regimento e é constituído em todos os níveis aqui estabelecidos por médicos legalmente habilitados, a quem cabe a execução de todos os atos médicos necessários aos pacientes, com plena autonomia profissional.
- IV. O Corpo Clínico da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE compõe-se de todos os médicos que utilizam suas instalações, dependências ou serviços e que se encontram em pleno direito de exercer a profissão, sendo classificados nas seguintes categorias:
- a. MEMBROS EFETIVOS: Profissionais que, em obediência as normas próprias de frequência mínima, desenvolvem, prioritariamente, suas atividades na instituição, possuindo direito a voto na eleição para diretoria clínica.
 - b. MEMBROS CONVIDADOS: Profissionais que pelo seu destaque profissional e notório conhecimento da especialidade são indicados pelo corpo clínico e/ou pela Direção da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE para exercer orientação, consultoria ou segunda opinião na sua área, de acordo com normas pré-estabelecidas, porém sem direito a voto na eleição para diretoria clínica.
 - c. MEMBROS FILIADOS: Profissionais que atuam na unidade, sem nele exercerem, prioritariamente suas atividades, possuindo direito a voto na eleição para diretoria clínica.
 - d. MEMBROS EVENTUAIS: Médicos que, esporádica ou excepcionalmente desenvolvam atividades na Unidade, a fim de assistir a um paciente específico, porém sem direito a voto na eleição para diretoria clínica.
- V. Os Órgãos do Corpo Clínico são:
- a. Diretoria Técnica (Médico)
 - b. Coordenação Clínica (Médico)
 - c. Comissão de Ética Médica
 - d. Serviço de Controle de Infecção Ambulatorial
 - e. Comissões Permanentes ou Temporárias

f. Médicos da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE

Art. 37 – Diretoria Técnica

- I. Contribuir para o bom desempenho profissional dos médicos e do pessoal técnico através de estímulo à pesquisa científica, discussões de casos clínicos, bem como revisão continuada da saúde dos pacientes e funções diárias da equipe multiprofissional.
- II. Assegurar a melhor assistência aos clientes da Instituição através de seu envolvimento com as normas gerais da unidade, do conhecimento de toda a infraestrutura que a unidade pode oferecer, do seu compromisso com suas funções e interesse para oferecer informações adequadas a seus clientes;
- III. opinar sobre a necessidade de ampliação do potencial da Unidade, conforme a implantação dos programas de saúde, visando a melhoria da assistência prestada;
- IV. observar o cumprimento das determinações hierárquicas superiores, bem como normas técnicas e princípios básicos, para a execução das atividades;
- V. participar junto aos setores competentes da elaboração de rotinas específicas da área, objetivando a modernização e/ou agilização do processo operacional da Unidade;
- VI. promover reuniões periódicas com a equipe técnica, com o objetivo de avaliar o desenvolvimento das atividades, bem como para repassar as informações técnico científicas e/ou mudanças de propostas;
- VII. assegurar ao paciente assistência integral, utilizando os mecanismos de referência e contra referência preconizados pelo SUS, quando necessário;
- VIII. opinar sobre a inclusão, substituição e/ou exclusão de medicamentos da listagem padronizada, transmitindo essa informação aos demais setores;
- IX. colaborar para o aperfeiçoamento dos médicos e do pessoal técnico da Instituição através das participações nas discussões de casos, nas reuniões científicas e na educação permanente de toda a equipe multiprofissional em suas áreas de atuação, oferecendo informações técnico-científicas, esclarecimentos legais e psicológicos;

- X. elaborar, mensalmente ou quando solicitado, relatório de atividades, atos e procedimentos realizados na Diretoria, encaminhando-o à chefia imediata, opinando nas alterações quando solicitadas e/ou por interesse do serviço;
- XI. avaliar a eficiência da equipe técnica, observando-se vários aspectos e, principalmente, os preceitos éticos;
- XII. assessorar o Diretor Geral na resolução dos problemas ético-profissionais;
- XIII. emitir pareceres em processos e demais assuntos pertinentes à área técnica;
- XIV. formular, incrementar, controlar e avaliar, na Unidade, as ações e serviços de saúde, observando as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal;
- XV. coordenar a execução das ações de vigilância sanitária, de vigilância epidemiológica, de apoio ao diagnóstico, de assistência terapêutica integral, incluindo recuperação e reabilitação;
- XVI. normatizar a regulamentação ética, disciplinar e funcional do Corpo Clínico;
- XVII. exercer o poder disciplinar com referência aos integrantes do Corpo Clínico, respeitando-se as normas vigentes para as respectivas categorias funcionais;
- XVIII. participar da formulação da política de equipamentos, imunobiológicos, outros insumos, sangue e seus derivados, adequada à Unidade;
- XIX. estabelecer critérios, parâmetros e métodos para a realização de auditorias permanentes, para o controle de qualidade das ações e serviços de saúde desenvolvidos na Unidade;
- XX. dirigir os serviços que compõem a Diretoria Técnica, executando e fazendo executar as normas deste Regimento;
- XXI. promover reuniões periódicas com os profissionais que compõem a estrutura da Diretoria Técnica;
- XXII. analisar, juntamente com os Chefes, as propostas de aquisição de materiais técnico administrativos e medicamentos;
- XXIII. apresentar ao Diretor Geral, relatório das atividades dos serviços a seu cargo, bem como, dados que lhe forem solicitados;
- XXIV. substituir o Diretor Geral em seus impedimentos legais;

- XXV. incentivar e apoiar as atividades de pesquisas científicas realizadas na unidade, assegurando o apoio necessário;
- XXVI. justificar faltas e autorizar o gozo de férias regulamentares dos servidores lotados na sua área de competência, acompanhando com especial cuidado possíveis excessos de absenteísmo;
- XXVII. participar da elaboração da programação e orçamentação da Unidade juntamente com as demais Diretorias;
- XXVIII. indicar oficialmente ao Diretor Geral o substituto interino, quando de seus impedimentos legais;
- XXIX. cumprir e fazer cumprir o horário regulamentar de trabalho, bem como as normas e instruções advindas de níveis hierárquicos superiores;
- XXX. acolher às demandas dos usuários, pessoalmente ou por meio de documentos pertinentes;
- XXXI. participar ativamente dos processos de melhoria interna de gerenciamento da unidade;
- XXXII. Estimular a pesquisa médica direcionada para a melhor assistência de seus clientes, registrando-a nas respectivas comissões, seguindo os preceitos estabelecidos pela ética em pesquisa médica;
- XXXIII. acompanhar programas de qualificação e de melhoria do Hospital, bem como de pesquisas em desenvolvimento.

CAPÍTULO V - DO DEPARTAMENTO CLÍNICO

Art. 38 – O Coordenador Clínico e seu substituto, de acordo com as resoluções do CFM n.º 1481/97, deverão ser eleitos pelos membros do Corpo Clínico da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE com direito a voto, de acordo com artigo 6º, através de processo eleitoral especialmente convocado para essa finalidade, com antecedência mínima de 10 dias, sendo que a forma de eleição deverá ser direta e secreta, com mandato inicial de 02 (dois) anos, podendo ser reeleito.

Art. 39 - O Coordenador Clínico deve ser membro efetivo do corpo clínico, possuir conhecimentos técnicos e científicos que abrangem o atendimento global do paciente, assim

como condições científicas para estimular a pesquisa. Deve estar presente durante o período de maior atividade da Unidade e permanentemente a disposição da mesma.

Art. 40 - Compete ao Coordenador Clínico dirigir e coordenar o Corpo Clínico, supervisionando a execução das atividades assistenciais e zelar pelo fiel cumprimento do Regimento Interno do Corpo Clínico da Instituição. Para atingir as metas estabelecidas neste artigo são atribuições do Diretor Clínico:

- I. Dirigir e coordenar o Corpo Clínico da Instituição, propagando o sentimento de responsabilidade entre seus membros.
- II. Assessorar o Diretor Técnico e órgãos administrativos no planejamento, organização e direção das clínicas, unidades e serviços da unidade.
- III. Desenvolver o espírito da crítica, estimulando o estudo e a pesquisa.
- IV. Desenvolver e estimular o relacionamento cordial entre os médicos e outros profissionais, e destes com a administração.
- V. Supervisionar as execuções das atividades de assistência Médica da Instituição.
- VI. Zelar pelo fiel cumprimento do Regimento Interno do Corpo Clínico da Instituição.
- VII. Exercer a função de mediador, esclarecendo às partes interessadas em eventual conflito de posições, visando humanizar os Membros do Corpo Clínico e outros profissionais com a estrutura técnica e administrativa da Unidade em face dos postulados e éticos, médicos e morais.
- VIII. Permanecer na Unidade no período de maior atividade da Instituição dedicando a maior parte de seu tempo à sua atividade.

CAPÍTULO VI - INGRESSO AO CORPO CLÍNICO

Seção I

Art. 41 - Para ingressar no Corpo Clínico da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE, o Médico deverá preencher a solicitação de cadastramento em formulário próprio, dirigidos aos órgãos diretivos e atender aos seguintes requisitos:

- I. Estar devidamente registrado junto ao CRM -GO, apresentando documentação competente (cópia da carteira CRM);

- II. Apresentar comprovação de quitação da anuidade do CRM (apresentar cópia anualmente até o mês de abril de cada ano);
- III. Indicar sua Especialidade Médica com os respectivos registros:
 - a. Diploma (cópia autenticada frente e verso);
 - b. Títulos (cópia autenticada);
 - c. Curriculum Vitae resumido.
- IV. Tomar conhecimento e assinar declaração de ciência do Regimento Interno do Corpo Clínico e das normas administrativas da Unidade;
- V. Tomar conhecimento da Norma Regulamentadora 32 (NR 32), referente à Segurança e Saúde dos profissionais no trabalho dentro dos Serviços de Saúde.

Seção II – INFRAÇÕES

Art. 42 - Qualquer membro do Corpo Clínico será considerado infrator e sujeito a penalidade quando:

- I. Desrespeitar o Regimento Interno;
- II. Desrespeitar as Normas Administrativas internas, não disciplinadas no Regime e Estatuto da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE;
- III. Revelar-se inábil para o exercício da profissão e/ou função independentemente da caracterização da transgressão de natureza ética;
- IV. Cometer crime nas dependências da Unidade, relacionado ou não ao atendimento ao doente;
- V. Praticar atos de indisciplina, improbidade ou de insubordinação;
- VI. Violar o sigilo médico, de modo a denegrir a imagem da Unidade e causar dano ao paciente;
- VII. Abandonar suas funções, sem motivo justo, com prejuízo aos doentes sob sua responsabilidade;
- VIII. Atuar com desídia no desempenho de suas funções;
- IX. Não obedecer às normatizações do Código de Ética Médica.

Art. 43 - A suspeita e denúncia de infração cometida por membros do Corpo Clínico ensejarão sindicância a ser realizada pela Comissão de Ética Médica, assegurando ao(s) Médico(s) amplo direito de defesa.

§1º- A Comissão de Ética Médica e/ou outra comissão, deverá no prazo máximo de 30 dias, emitir parecer conclusivo sobre a existência de indícios, ou não, de transgressão ao Código de Ética Médica.

§2º- Nos casos de indícios de infração de natureza ética, o resultado da sindicância deverá ser enviado ao CREMEGO, único órgão julgador da ética médica.

§3º- Nos casos de infração de caráter administrativo e regimental interno, o resultado da sindicância deverá ser enviado ao Diretor Técnico, que aplicará as medidas cabíveis.

Art. 44 - As penalidades aplicáveis aos membros do Corpo Clínico são:

- I. Advertência Verbal;
- II. Advertência escrita, a ser entregue ao infrator, bem como anexada ao prontuário do médico;
- III. Suspensão temporária do Corpo Clínico;
- IV. Exclusão do Corpo Clínico.

§1º - As penalidades aplicadas a nível interno da Unidade, não eliminam a obrigatoriedade da análise do CREMEGO nos casos de indício de infração de natureza ética.

§2º - As penalidades para as transgressões de ordem regimental ou administrativa obedecerão a graduação das penas desse Artigo, salvo nos casos de gravidade incontestável.

§3º - A aplicação das penas III e IV está condicionada ao parecer favorável do Diretor Técnico, Diretor Clínico e Comissão de Ética Médica.

§4º - Compete ao Diretor Técnico e Diretor Clínico a aplicação da penalidade a qualquer Membro do Corpo Clínico, ou a solicitação desta.

Seção III - DIREITOS E DEVERES DOS INTEGRANTES DO CORPO CLÍNICO

Art. 45 - São Direitos dos Médicos do Corpo Clínico:

- I. Frequentar a Unidade internando e assistindo PESSOALMENTE aos seus pacientes, gozando de autonomia profissional.
- II. Utilizar os recursos técnicos, serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento disponíveis na Instituição. A utilização de equipamentos e instrumentos especializados poderá ser restringida pelas normas relativas à qualificação e treinamento específico, bem como normas administrativas.
- III. Auxiliar a administração da Unidade e órgãos diretivos do Corpo Clínico, comunicando falhas, propondo modificações e aperfeiçoamentos com a finalidade de melhorar a assistência aos pacientes e o padrão técnico e operacional da Unidade. Bem como zelar pelo bom nome e reputação profissional do Corpo Clínico e do Hospital, respeitando o Código de Ética Médica.
- IV. Participar das reuniões do Corpo Clínico e atividades científicas da Unidade.
- V. Eleger o Diretor Clínico e seu substituto, bem como a Comissão de Ética Médica, desde que classificado como Membro efetivo ou filiado.

Art. 46 - São Deveres dos Médicos do Corpo Clínico:

- I. Conhecer e seguir o Código de Ética Médica, manter comportamento cordial, respeitando os colegas e funcionários da Unidade.
- II. Conhecer e respeitar os Estatutos e Regimento Interno da Unidade.
- III. Assistir aos pacientes sob seus cuidados, com respeito, consideração, utilizando a melhor técnica em benefício do mesmo.
- IV. Colaborar com seus colegas na assistência aos pacientes, quando solicitado.
- V. Participar de atos Médicos em sua especialidade ou auxiliar colegas, quando necessário.
- VI. Elaborar e manter atualizado o Prontuário Médico de seus pacientes, que deverá conter de FORMA LEGÍVEL, o histórico clínico, evolução, todas as ordens e prescrições assinadas, bem como preencher o resumo de alta quando da efetiva liberação do paciente.

- VII. Informar e relatar aos órgãos diretivos, quando solicitado, esclarecimentos de ordem Médica e/ou administrativa relativa à atividade ou aos pacientes, para fins de esclarecimentos de intercorrências administrativas, Médicas, éticas ou jurídicas.
- VIII. Assumir a responsabilidade criminal, civil e ética pelos atos médicos, pela indicação de métodos de diagnóstico, pelo tratamento e medicamentos prescritos.
- IX. Comunicar aos órgãos do Corpo Clínico falhas na organização, nos meios e na execução da Assistência Médica prestadora na Instituição.
- X. Colaborar com as Comissões específicas da Instituição.
- XI. Restringir sua prática à área para a qual foi admitido, exceto em emergências.
- XII. Respeitar a política de direito dos pacientes e familiares da Unidade, com o objetivo de fornecer ao paciente atendimento de excelência, segurança, envolvimento no seu cuidado, privacidade, respeito, apoio e retaguarda.
- XIII. Quando da impossibilidade de manter o atendimento a um paciente, por qualquer motivo, comunicar à Diretoria Clínica o fato e os motivos pela interrupção do atendimento, assim como certificar-se da completa transferência de informações sobre o paciente para o profissional que assumirá o acompanhamento.
- XIV. Utilizar de forma correta sua senha de acesso ao sistema de informática, não repassando-a à terceiros.
- XV. Acatar as determinações vigentes da Vigilância Sanitária, inclusive no que se refere à Segurança e Saúde dos profissionais da área de Saúde.

Seção IV - DOS PROCEDIMENTOS ELEITORAIS

Art. 47 - O Diretor Clínico, seu substituto e a Comissão de Ética Médica serão eleitos de forma direta e secreta, em Processo Eleitoral especificamente convocado para essa finalidade, por maioria simples de votos.

Art. 48 - O Corpo Clínico deliberará em Assembleias convocadas com antecedência mínima de 10 (dez) dias, em primeira convocação com quórum mínimo de 2/3 dos membros e em segunda convocação, após 01 hora com qualquer número, decidindo por maioria simples de votos. Mediante requerimento de 1/3 dos seus membros o Corpo Clínico poderá convocar

Assembleias extraordinárias, com antecedência mínima de 24 horas, de acordo com a Resolução n.º 1481/97 do CRM.

CAPÍTULO VII - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 49 - Os atos médicos que impliquem em grande risco de vida ou incapacidade física permanente, devem ser submetidos, pelo médico assistente, à aplicação do Diretor Clínico e mais uma Comissão por esse indicada, cuja decisão deverá ser registrada em ata.

Parágrafo Único – Em caso de urgência essa junta poderá ser exercida por 03 (três) Médicos presentes, cuja decisão deverá ser posteriormente submetida ao Diretor Clínico. A Constituição da junta médica para solução de problemas ou, ainda, para discussão de conduta em casos graves, ou de implicações sociais deve ocorrer com frequência, uma vez que o pretendido é a garantia do melhor atendimento ao paciente, sem que isso signifique qualquer limitação a ação do médico, com a mesma finalidade também poderão ser exigidos necroscópicos, patológicos ou quaisquer outros que se fizerem necessários.

Art. 50 - Os documentos do prontuário médico são de propriedade do paciente, permanecendo sob a guarda do hospital de acordo com as determinações legais, preservando as condições de sigilo estabelecidas em leis e no Código de Ética Médica.

§ 1º - É vedado ao médico, mesmo se assistente, apossar-se total ou parcialmente, do prontuário médico, podendo consultá-lo após o arquivamento, por solicitação escrita e mediante assinatura de termo de responsabilidade.

§ 2º - Somente com autorização do médico assistente outro(s) profissional(is), não relacionados ao caso, poderão ter acesso ao prontuário.

Art. 51 - A divulgação pública em qualquer veículo de comunicação ou através de outros meios diretos ou indiretos, de fatos referentes às atividades do hospital, ou de quaisquer informações sobre pacientes, somente poderão ser dadas pelos órgãos diretivos do Hospital, ou mediante autorização destes.

Art. 52 - Os casos omissos neste regulamento serão resolvidos pelo Diretor Técnico, ouvida a Comissão de Ética Médica de acordo com a natureza dos mesmos.

CAPÍTULO VIII

Seção I - DO NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO

Art. 53 - Compete ao Núcleo Interno de Regulação

- I. planejar, programar, coordenar e avaliar as atividades inerentes à sua área de atuação, observando normas, rotinas e diretrizes técnico-administrativas;
- II. executar e fazer executar os atos necessários à coordenação, eficiência e boa ordem dos serviços;
- III. organizar e controlar a Seção, cuidando da qualidade e produtividade do serviço;
- IV. opinar em atividades, procedimentos e atos que envolvam a equipe, obedecendo às normas e medidas específicas preconizadas para a Unidade, com rigorosa observância aos preceitos éticos;
- V. elaborar, mensalmente ou quando solicitado, relatório de atividades, encaminhando-o à chefia imediata para apreciação;
- VI. elaborar escala de férias, de serviços, frequências e avaliar os servidores, em consonância com a chefia imediata, opinando nas alterações quando solicitadas e/ou por interesse do serviço;
- VII. cumprir e fazer cumprir o horário regulamentar de trabalho, bem como as normas vigentes emanadas dos níveis hierárquicos superiores;
- VIII. promover, participar e/ou realizar pesquisas científicas e colaborar com os demais profissionais que realizam atividades desta natureza;
- IX. solicitar e/ou zelar pelos equipamentos utilizados na execução das atividades, controlando e solicitando materiais de consumo e outros insumos necessários à realização das mesmas;
- X. observar e cumprir as Normas Gerais de Funcionamento da Unidade, bem como aquelas relativas ao Controle de Infecção e contidas no Manual de Biossegurança;
- XI. manter atualizadas as planilhas de dados estatísticos, quando couber;
- XII. manter atualizados os dados relativos aos Indicadores de Desempenho, quando for o caso, colaborando ainda com a constante revisão/atualização dos mesmos considerando a relevância das informações para a tomada de decisões;

- XIII. observar os Fluxogramas dos Processos de Trabalho estabelecidos, zelando pelo cumprimento dos mesmos e colaborando na identificação de falhas e sugestão de melhorias;
- XIV. zelar pela observância aos Procedimentos Operacionais Padrão quando do desenvolvimento das atividades, colaborando com a revisão/atualização dos mesmos;
- XV. garantir a participação nas reuniões de chefias e em outras para as quais existir convocação;
- XVI. executar outras atividades afins;
- XVII. cumprir e fazer cumprir este Regimento

Seção II - DO SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO

Art. 54 - Compete ao Serviço de Controle de Infecção:

- I. elaborar, implementar e manter um programa de controle de infecção ambulatorial;
- II. implantar e manter um sistema de Vigilância Epidemiológica das infecções em serviços de saúde;
- III. elaborar e divulgar relatórios periódicos sobre os principais indicadores epidemiológicos relacionados ao controle de infecções em serviços de saúde;
- IV. realizar investigação epidemiológica de casos e surtos, sempre que indicado, instituindo as medidas de controle necessárias;
- V. propor e colaborar com os setores de treinamento no desenvolvimento de programa de capacitação de recurso humanos nas questões ou temas que possibilitem o controle e a prevenção das infecções em serviços de saúde;
- VI. elaborar, propor e implementar normas e rotinas técnico-administrativas em conjunto com os diversos setores da Unidade, visando o controle e a profilaxia das infecções, bem como supervisionar sua aplicação;
- VII. desenvolver um programa de controle de uso de antimicrobianos na Unidade;
- VIII. participar como representante nas comissões de padronização de medicamentos;

- IX. promover a notificação e providenciar o envio aos órgãos competentes dos registros das doenças de notificação compulsória e auxiliar na sua investigação, quando da falta de um núcleo de vigilância epidemiológica;
- X. convocar reuniões ordinárias e extraordinárias da CClA;
- XI. representar a Unidade sempre que necessário no que se refere ao controle de infecções em serviços de saúde, perante outras entidades;
- XII. fornecer a taxa mensal de infecções das unidades sob vigilância;
- XIII. coletar materiais suspeitos de contaminação para investigação bacteriológica;
- XIV. verificar o funcionamento e controlar a qualidade da esterilização das autoclaves, por meio de testes biológicos, em intervalos prefixados;
- XV. normatizar junto com os demais membros executores o uso dos germicidas hospitalares;
- XVI. avaliar, treinar e orientar profissionais da saúde quanto à procedimentos de limpeza, desinfecção e esterilização e uso de antimicrobianos;
- XVII. elaborar e desenvolver projetos de pesquisas em controle de infecções em serviços de saúde;
- XVIII. cumprir e fazer cumprir as decisões da C.C.I.A. em consonância com as normas da Unidade;
- XIX. cumprir e fazer cumprir as determinações da Portaria 2616 de 12/05/ 1998;
- XX. observar e cumprir as Normas Gerais de Funcionamento da Unidade, bem como aquelas relativas ao Controle de Infecção e contidas no Manual de Biossegurança;
- XXI. manter atualizadas as planilhas de dados estatísticos, quando couber;
- XXII. manter atualizados os dados relativos aos Indicadores de Desempenho, quando for o caso, colaborando ainda com a constante revisão/atualização dos mesmos considerando a relevância das informações para a tomada de decisões;
- XXIII. observar os Fluxogramas dos Processos de Trabalho estabelecidos, zelando pelo cumprimento dos mesmos e colaborando na identificação de falhas e sugestão de melhorias;

- XXIV. zelar pela observância aos Procedimentos Operacionais Padrão quando do desenvolvimento das atividades, colaborando com a revisão/atualização dos mesmos;
- XXV. garantir a participação nas reuniões de chefias e em outras para as quais existir convocação;
- XXVI. executar outras atividades afins;
- XXVII. cumprir e fazer cumprir este Regimento.

Seção III - DO SETOR DE AMBULATÓRIO

Art. 55 - Compete ao setor de Ambulatório:

- I. planejar, programar, coordenar e avaliar as atividades inerentes à sua área de atuação, observando normas, rotinas e diretrizes técnico-administrativas;
- II. contribuir com a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos, aparelhos, instrumental e outros materiais sob sua responsabilidade;
- III. informar processos administrativos e apurar irregularidades, adotando, nos limites de sua competência, medidas cabíveis conforme o que foi apurado;
- IV. solicitar à chefia imediata e viabilizar a participação dos profissionais em simpósios, seminários, cursos de atualização e/ou aprimoramento técnico, a partir das necessidades identificadas, mantendo a equipe atualizada em relação aos avanços científicos e tecnológicos;
- V. opinar na aquisição dos insumos básicos pertinentes à Seção;
- VI. assegurar o cumprimento das normas e rotinas instruídas pela Comissão de Controle de Infecção;
- VII. executar atividades de vigilância epidemiológica, com enfoque especial no controle de infecção;
- VIII. assegurar assistência integral ao paciente, utilizando os mecanismos de referência e contra referência preconizados pelo Sistema Único de Saúde – SUS;
- IX. promover, participar e/ou realizar pesquisas científicas e colaborar com os demais profissionais que realizam atividades dessa natureza;

- X. colaborar com instituições de ensino e outras que utilizam a Unidade como campo de residência e estágio;
- XI. opinar em atividades, procedimentos e atos que envolvam a equipe técnica multidisciplinar, obedecendo às normas e medidas específicas preconizadas para o Hospital, com rigorosa observância aos preceitos éticos;
- XII. elaborar, mensalmente ou quando solicitado, relatório de atividades, atos e procedimentos médicos realizados na Seção, encaminhando-o à chefia imediata para apreciação;
- XIII. elaborar escala de férias, de serviços, frequências e avaliar os servidores, em consonância com a chefia imediata, opinando nas alterações quando solicitadas e/ou por interesse do serviço;
- XIV. cumprir e fazer cumprir o horário regulamentar de trabalho, bem como, as normas vigentes emanadas dos níveis hierárquicos superiores;
- XV. assistir aos pacientes sob sua responsabilidade de acordo com a orientação da chefia do Departamento de Enfermagem, observando as normas do correto preenchimento dos prontuários, com escrita legível, com registro no CID atualizado, carimbando e assinando todas as anotações;
- XVI. sugerir à Biblioteca a aquisição de material bibliográfico inerente à especialidade;
- XVII. atender consultas, procedimentos e acompanhamentos (evolução e prescrição) de pacientes;
- XVIII. observar e cumprir as Normas Gerais de Funcionamento da Unidade, bem como aquelas relativas ao Controle de Infecção e contidas no Manual de Biossegurança;
- XIX. manter atualizadas as planilhas de dados estatísticos, quando couber;
- XX. manter atualizados os dados relativos aos Indicadores de Desempenho, quando for o caso, colaborando ainda com a constante revisão/atualização dos mesmos considerando a relevância das informações para a tomada de decisões;
- XXI. observar os Fluxogramas dos Processos de Trabalho estabelecidos, zelando pelo cumprimento dos mesmos e colaborando na identificação de falhas e sugestão de melhorias;

- XXII. zelar pela observância aos Procedimentos Operacionais Padrão quando do desenvolvimento das atividades, colaborando com a revisão/atualização dos mesmos;
- XXIII. garantir a participação nas reuniões de chefias e em outras para as quais existir convocação;
- XXIV. executar outras atividades afins;
- XXV. cumprir e fazer cumprir este Regimento.

Seção V - DO SETOR DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA

Art. 56 - Compete ao Setor de Nutrição:

- I. planejar, programar, coordenar e avaliar as atividades inerentes à sua área de atuação, observando normas, rotinas e diretrizes técnico-administrativas;
- II. indicar ao Diretor Técnico, substituto interino do supervisor da Seção de Nutrição em seus impedimentos legais;
- III. elaborar ou determinar a elaboração de prontuário médico de cada paciente, procedendo ao acompanhamento e supervisão desta atividade na sua área de competência;
- IV. proporcionar condições de ambiente que facilitem o fornecimento de assistência integral aos pacientes, visando atendê-los nas suas necessidades bio-psicossomáticas;
- V. participar na elaboração e atualização do Manual de Normatização para o Serviço Terceirizado de Nutrição;
- VI. colaborar nas especificações técnicas referentes à Unidade de Alimentação e Nutrição, para compor processo licitatório do Serviço Terceirizado;
- VII. colaborar, planejar e executar palestras sobre educação nutricional para os servidores;
- VIII. promover a integração da equipe de Nutrição e desta junto aos demais profissionais da Unidade;
- IX. promover reuniões periódicas para avaliação das atividades desenvolvidas;

- X. participar de reuniões com a equipe multiprofissional para garantir a eficiência do trabalho a ser executado;
- XI. garantir participação efetiva dos profissionais nutricionistas nos programas desenvolvidos na Unidade, tais como Programa de Prevenção e Controle da Obesidade, Programa de Prevenção e Controle das Complicações do Pé Diabético, dentre outros;
- XII. participar das reuniões da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar como membro consultor e cooperar com as demais comissões constituídas na Unidade;
- XIII. participar da definição da per capita das refeições a serem servidas para pacientes e servidores;
- XIV. apreciar as propostas e relatórios apresentados pela Unidade de Alimentação e Nutrição;
- XV. supervisionar e avaliar periodicamente as etapas de processamento das refeições, bem como, a Unidade de Alimentação e Nutrição, com aplicação de Checklist e plano de ação, para identificar e corrigir as eventuais situações de não conformidade;
- XVI. conferir o custo apresentado pela empresa terceirizada, em nota fiscal, conforme o número e as especificações das refeições servidas;
- XVII. identificar as necessidades de material de consumo e permanente imprescindível à realização das atividades, buscando viabilizar a aquisição junto ao setor competente;
- XVIII. promover, participar e/ou realizar pesquisas científicas e colaborar com os demais profissionais que realizam atividades dessa natureza;
- XIX. colaborar com as instituições de ensino e outras que utilizam a Unidade como campo de residência e estágio;
- XX. coordenar e supervisionar estágios, definindo previamente o número e distribuição de vagas;
- XXI. solicitar à chefia imediata e viabilizar a participação dos profissionais em simpósios, seminários, cursos de atualização e/ou aprimoramento técnico, a partir das

- necessidades identificadas, mantendo a equipe atualizada em relação aos avanços científicos e tecnológicos;
- XXII. elaborar, mensalmente ou quando solicitado, relatório de atividades, atos e procedimentos realizados na Seção, encaminhando-o à chefia imediata para apreciação;
 - XXIII. elaborar escala de férias, de serviços e frequências e avaliar os servidores, em consonância com a chefia imediata, opinando nas alterações quando solicitadas e/ou por interesse do serviço;
 - XXIV. cumprir e fazer cumprir o horário regulamentar de trabalho, bem como as normas vigentes emanadas dos níveis hierárquicos superiores;
 - XXV. sugerir à Biblioteca a aquisição de material bibliográfico inerente à especialidade;
 - XXVI. representar a Seção quando solicitado pelo seu superior hierárquico;
 - XXVII. observar e cumprir as Normas Gerais de Funcionamento da Unidade, bem como aquelas relativas ao Controle de Infecção e contidas no Manual de Biossegurança;
 - XXVIII. manter atualizadas as planilhas de dados estatísticos, quando couber;
 - XXIX. manter atualizados os dados relativos aos Indicadores de Desempenho, quando for o caso, colaborando ainda com a constante revisão/atualização dos mesmos considerando a relevância das informações para a tomada de decisões;
 - XXX. observar os Fluxogramas dos Processos de Trabalho estabelecidos, zelando pelo cumprimento dos mesmos e colaborando na identificação de falhas e sugestão de melhorias;
 - XXXI. zelar pela observância aos Procedimentos Operacionais Padrão quando do desenvolvimento das atividades, colaborando com a revisão/atualização dos mesmos;
 - XXXII. garantir a participação nas reuniões de chefias e em outras para as quais existir convocação;
 - XXXIII. executar outras atividades afins;
 - XXXIV. cumprir e fazer cumprir este Regimento.

Seção VI - DO SETOR DE PSICOLOGIA

Art. 57 - Compete ao Setor de Psicologia:

- I. planejar, programar, coordenar e avaliar as atividades inerentes à sua área de atuação, observando normas, rotinas e diretrizes técnico-administrativas;
- II. implementar o Serviço de Psicologia;
- III. organizar a distribuição dos psicólogos pelos setores;
- IV. elaborar ou determinar a elaboração de prontuário médico de cada paciente, procedendo ao acompanhamento e supervisão desta atividade na área de sua competência;
- V. atender a consultas, procedimentos e acompanhamentos;
- VI. proporcionar condições de ambiente que facilitem o fornecimento de assistência integral aos pacientes, visando atendê-los nas suas necessidades bio-psicossomáticas;
- VII. realizar reuniões para avaliação do trabalho desenvolvido, redefinindo procedimentos quando necessário para garantir a qualidade do desempenho profissional;
- VIII. estabelecer vínculo positivo com a equipe multiprofissional visando à realização de um trabalho interdisciplinar que garanta um atendimento humanizado e totalitário ao paciente;
- IX. indicar ao Diretor Técnico, substituto interino do supervisor da Seção de Psicologia, em seus impedimentos legais;
- X. colaborar com as instituições de ensino e com outras que utilizem a Unidade como campo de residência e estágio;
- XI. identificar as necessidades de material de consumo e permanente imprescindível à realização das atividades, buscando viabilizar a aquisição junto ao setor competente;
- XII. cooperar com as comissões constituídas na Unidade;
- XIII. promover, participar e/ou realizar pesquisas científicas e colaborar com os demais profissionais que realizam atividades dessa natureza;
- XIV. solicitar à chefia imediata e viabilizar a participação dos profissionais em simpósios, seminários, cursos de atualização e/ou aprimoramento técnico, a partir das

- necessidades identificadas, mantendo a equipe atualizada em relação aos avanços científicos e tecnológicos;
- XV. elaborar, mensalmente ou quando solicitado, relatório de atividades, atos e procedimentos realizados na Seção, encaminhando-o à chefia imediata para apreciação;
 - XVI. elaborar escala de férias, de serviços e frequências e avaliar os servidores, em consonância com a chefia imediata, opinando nas alterações quando solicitadas e/ou por interesse do serviço;
 - XVII. cumprir e fazer cumprir o horário regulamentar de trabalho, bem como as normas vigentes emanadas dos níveis hierárquicos superiores;
 - XVIII. sugerir à Biblioteca a aquisição de material bibliográfico inerente à especialidade;
 - XIX. observar e cumprir as Normas Gerais de Funcionamento da Unidade, bem como aquelas relativas ao Controle de Infecção e contidas no Manual de Biossegurança;
 - XX. manter atualizadas as planilhas de dados estatísticos, quando couber;
 - XXI. manter atualizados os dados relativos aos Indicadores de Desempenho, quando for o caso, colaborando ainda com a constante revisão/atualização dos mesmos considerando a relevância das informações para a tomada de decisões;
 - XXII. observar os Fluxogramas dos Processos de Trabalho estabelecidos, zelando pelo cumprimento dos mesmos e colaborando na identificação de falhas e sugestão de melhorias;
 - XXIII. zelar pela observância aos Procedimentos Operacionais Padrão quando do desenvolvimento das atividades, colaborando com a revisão/atualização dos mesmos;
 - XXIV. garantir a participação nas reuniões de chefias e em outras para as quais existir convocação;
 - XXV. executar outras atividades afins;
 - XXVI. cumprir e fazer cumprir este Regimento.

Seção VII DO SETOR DE SERVIÇO SOCIAL

Art. 58 - Compete ao Setor de Serviço Social:

- I. coordenar, planejar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área de Serviço Social;
- II. planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais;
- III. orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos;
- IV. democratizar as informações por meio de orientações (individuais e coletivas) e/ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuária;
- V. construir o perfil socioeconômico dos usuários, evidenciando as condições determinantes e condicionantes de saúde, com vistas a possibilitar a formulação de estratégias de intervenção por meio da análise da situação socioeconômica (habitacional, trabalhista e previdenciária) e familiar dos usuários bem como subsidiar a prática dos demais profissionais de saúde;
- VI. elaborar estudos socioeconômicos dos usuários e suas famílias, com vistas a subsidiar a construção de laudos e pareceres sociais na perspectiva de garantia de direitos e de acesso aos serviços sociais e de saúde;
- VII. facilitar e possibilitar o acesso dos usuários aos serviços, bem como a garantia de direitos na esfera da seguridade social por meio da criação de mecanismos e rotinas de ação;
- VIII. conhecer a realidade do usuário por meio da realização de visitas domiciliares, quando avaliada a necessidade pelo profissional do Serviço Social, procurando não invadir a privacidade dos mesmos e esclarecendo os seus objetivos profissionais;
- IX. conhecer e mobilizar a rede de serviços, tendo por objetivo viabilizar os direitos sociais por meio de visitas institucionais, quando avaliada a necessidade pelo Serviço Social;
- X. fortalecer os vínculos familiares, na perspectiva de incentivar o usuário e sua família a se tornarem sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde;

- XI. organizar, normatizar e sistematizar o cotidiano do trabalho do Assistente Social por meio da criação e implementação de protocolos e rotinas de ação;
- XII. formular estratégias de intervenção profissional e subsidiar a equipe de saúde quanto às informações sociais sigilosas dos usuários que devem ser registradas em material de uso exclusivo do Serviço Social;
- XIII. buscar garantir o direito do usuário de acesso aos serviços;
- XIV. elaborar, junto à equipe interdisciplinar, propostas de trabalho que delimitem as ações dos diversos profissionais por meio da realização de seminários, debates, grupos de estudos e encontros;
- XV. construir e implementar, junto à equipe interdisciplinar, propostas de treinamento e capacitação do pessoal técnico-administrativo com vistas a qualificar as ações administrativas que tem interface com o atendimento ao usuário, tais como: a marcação de exames e consultas e a convocação da família e/ou responsável nas situações de alta e óbito;
- XVI. incentivar e participar junto aos demais profissionais de saúde de discussões relativas ao modelo assistencial, da elaboração de normas e rotinas e da oferta de atendimento da unidade, tendo por base os interesses e demandas da população usuária, o que exige o rompimento com o modelo assistencial baseado na procura espontânea e no tratamento isolado das doenças;
- XVII. garantir a inserção do Serviço Social em todos os serviços prestados pela unidade de saúde (recepção e/ou admissão, tratamento e/ou internação e alta), ou seja, atender o usuário e sua família, desde a entrada do mesmo na unidade por meio de rotinas de atendimento construídas com a participação da equipe interdisciplinar;
- XVIII. participar, em conjunto com a equipe interdisciplinar, de ações socioeducativas nos diversos programas e clínicas;
- XIX. participar do projeto de humanização da unidade na sua concepção ampliada, sendo transversal a todo o atendimento da unidade e não restrito à porta de entrada, tendo como referência o projeto de Reforma Sanitária;

- XX. realizar a notificação às autoridades competentes, junto com a equipe interdisciplinar, frente a uma situação constatada e/ou suspeita de violência aos segmentos já explicitados anteriormente, bem como verificar as providências cabíveis, considerando sua autonomia e o parecer social do assistente social;
- XXI. contribuir na elaboração do planejamento estratégico da Instituição de saúde procurando garantir a participação dos usuários e demais trabalhadores da saúde inclusive no que se refere à deliberação das políticas;
- XXII. participar nas Comissões e Comitês temáticos existentes na Instituição, a saber: ética, saúde do trabalhador etc.;
- XXIII. desenvolver atividades de pesquisa, ensino e extensão, bem supervisionar diretamente estagiários de Serviço Social estabelecendo articulação com as unidades acadêmicas;
- XXIV. participar ativamente dos programas de residência, desenvolvendo ações de preceptoria, coordenação, assessoria ou tutoria, contribuindo para qualificação profissional da equipe de saúde e dos assistentes sociais, em particular;
- XXV. participar de cursos, congressos, seminários, encontros de pesquisas, objetivando apresentar estudos, investigações e troca de informações entre os diversos trabalhadores da saúde;
- XXVI. indicar ao Diretor Técnico, substituto interino do supervisor da seção de Serviço social, em seus impedimentos legais;
- XXVII. identificar as necessidades de material de consumo permanente da Seção de Serviço social, imprescindível à realização das atividades, buscando viabilizar a aquisição junto ao setor competente;
- XXVIII. solicitar à chefia imediata e viabilizar a participação dos profissionais em simpósios, seminários, cursos de atualização e/ou aprimoramento técnico, a partir das necessidades identificadas, mantendo a equipe atualizada em relação aos avanços científicos e tecnológicos;
- XXIX. elaborar, mensalmente ou quando solicitado, relatório de atividades, atos e procedimentos realizados na Seção, encaminhando-o à chefia imediata para apreciação;

- XXX. elaborar escala de férias, de serviços e frequências e avaliar os servidores, em consonância com a chefia imediata, opinando nas alterações quando solicitadas e/ou por interesse do serviço;
- XXXI. sugerir à Biblioteca a aquisição de material bibliográfico inerente à especialidade;
- XXXII. cumprir e fazer cumprir o horário regulamentar de trabalho e as demais diretrizes e normas vigentes;
- XXXIII. observar e cumprir as Normas Gerais de Funcionamento da Unidade, bem como aquelas relativas ao Controle de Infecção e contidas no Manual de Biossegurança;
- XXXIV. registrar todas as atividades e procedimentos realizados pela Seção e manter atualizadas as planilhas de dados estatísticos, quando couber;
- XXXV. manter atualizados os dados relativos aos Indicadores de Desempenho, quando for o caso, colaborando ainda com a constante revisão/atualização dos mesmos considerando a relevância das informações para a tomada de decisões;
- XXXVI. observar os Fluxogramas dos Processos de Trabalho estabelecidos, zelando pelo cumprimento dos mesmos e colaborando na identificação de falhas e sugestão de melhorias;
- XXXVII. zelar pela observância aos Procedimentos Operacionais Padrão quando do desenvolvimento das atividades, colaborando com a revisão/atualização dos mesmos;
- XXXVIII. garantir a participação nas reuniões de chefias e em outras para as quais existir convocação;
- XXXIX. executar outras atividades afins;
- XL. cumprir e fazer cumprir este Regimento.

Seção VIII - DO SETOR DE FISIOTERAPIA

Art. 59 - Compete ao Setor de Fisioterapia:

- I. prescrever, planejar, supervisionar e avaliar as atividades fisioterapêuticas, sua eficácia, resolutividade e condições de alta, observando normas, rotinas e diretrizes técnico-administrativas;

- II. executar e fazer executar os atos necessários à coordenação, eficiência e boa ordem dos serviços, efetuando controle periódico da qualidade e resolutividade do trabalho;
- III. avaliar o estado funcional do paciente a partir da patologia clínica intercorrente, de exames laboratoriais e de imagens, da anamnese funcional, do exame de cinestesia, da funcionalidade e do sinergismo das estruturas anatômicas envolvidas;
- IV. registrar em prontuário ou ficha apropriada a prescrição fisioterapêutica, sua evolução, as intercorrências e as condições de alta em fisioterapia;
- V. integrar a equipe multidisciplinar de saúde, participando plenamente da atenção prestada ao paciente e solicitando pareceres técnicos especializados de outros profissionais de saúde, sempre que necessário;
- VI. promover, participar e/ou realizar pesquisas científicas em sua área de atuação e colaborar com os demais profissionais que realizam atividades desta natureza;
- VII. colaborar na formação e no aprimoramento de outros profissionais de saúde, supervisionando estágios e treinamentos;
- VIII. zelar pela autonomia científica de cada membro da equipe, não abdicando da isonomia nas relações profissionais;
- IX. analisar os fatores ambientais e desenvolver programas coletivos contributivos à diminuição/redução dos riscos de acidente de trabalho, bem como promover ações terapêuticas preventivas à instalação de incapacidade laborativa;
- X. colaborar com as autoridades de fiscalização profissional e/ou sanitária;
- XI. participar do planejamento e execução de treinamentos e reciclagens de recursos humanos em saúde, bem como motivar a participação da equipe em atividades complementares à formação profissional;
- XII. opinar em atividades, procedimentos e atos que envolvam a equipe, obedecendo às normas e medidas específicas preconizadas para a Unidade, com rigorosa observância aos preceitos éticos;
- XIII. participar de comissões técnicas de padronização/regulamentação de procedimentos relacionados à Fisioterapia e à saúde coletiva em geral;

- XIV. elaborar, mensalmente ou quando solicitado, relatório de atividades, encaminhando-o à chefia imediata para apreciação;
- XV. elaborar escala de férias, de serviços, frequências e avaliar os servidores, em consonância com a chefia imediata, opinando nas alterações quando solicitadas e/ou por interesse do serviço;
- XVI. cumprir e fazer cumprir o horário regulamentar de trabalho, bem como as normas vigentes emanadas dos níveis hierárquicos superiores;
- XVII. zelar pelos equipamentos utilizados na execução das atividades, controlando e solicitando materiais de consumo e outros insumos necessários à realização das mesmas;
- XVIII. observar e cumprir as Normas Gerais de Funcionamento da Unidade, bem como aquelas relativas ao Controle de Infecção e contidas no Manual de Biossegurança;
- XIX. manter atualizadas as planilhas de dados estatísticos, quando couber;
- XX. manter atualizados os dados relativos aos Indicadores de Desempenho, quando for o caso, colaborando ainda com a constante revisão/atualização dos mesmos considerando a relevância das informações para a tomada de decisões;
- XXI. observar os Fluxogramas dos Processos de Trabalho estabelecidos, zelando pelo cumprimento dos mesmos e colaborando na identificação de falhas e sugestão de melhorias;
- XXII. zelar pela observância aos Procedimentos Operacionais Padrão quando do desenvolvimento das atividades, colaborando com a revisão/atualização dos mesmos;
- XXIII. garantir a participação nas reuniões de chefias e em outras para as quais existir convocação;
- XXIV. executar outras atividades afins;
- XXV. cumprir e fazer cumprir este Regimento.

Seção IX - DO SETOR DE FONOAUDIOLOGIA

Art. 60 - Compete ao Setor de Fonoaudiologia:

- I. planejar, programar, coordenar e avaliar as atividades inerentes à sua área de atuação, observando normas, rotinas e diretrizes técnico-administrativas;
- II. proceder à reabilitação em nível terciário das funções de comunicação, linguagem, fala, voz, respiração, mastigação e deglutição, assim como realizar exames audiológicos;
- III. executar e fazer executar os atos necessários à coordenação, eficiência e boa ordem dos serviços;
- IV. organizar e controlar a Seção, cuidando da qualidade e produtividade do serviço;
- V. opinar em atividades, procedimentos e atos que envolvam a equipe, obedecendo às normas e medidas específicas preconizadas para a Unidade, com rigorosa observância aos preceitos éticos;
- VI. elaborar, mensalmente ou quando solicitado, relatório de atividades, encaminhando-o à chefia imediata para apreciação;
- VII. elaborar escala de férias, de serviços, frequências e avaliar os servidores, em consonância com a chefia imediata, opinando nas alterações quando solicitadas e/ou por interesse do serviço;
- VIII. cumprir e fazer cumprir o horário regulamentar de trabalho, bem como as normas vigentes emanadas dos níveis hierárquicos superiores;
- IX. promover, participar e/ou realizar pesquisas científicas e colaborar com os demais profissionais que realizam atividades desta natureza;
- X. solicitar e/ou zelar pelos equipamentos utilizados na execução das atividades, controlando e solicitando materiais de consumo e outros insumos necessários à realização das mesmas;
- XI. observar e cumprir as Normas Gerais de Funcionamento da Unidade, bem como aquelas relativas ao Controle de Infecção e contidas no Manual de Biossegurança;
- XII. manter atualizadas as planilhas de dados estatísticos, quando couber;
- XIII. manter atualizados os dados relativos aos Indicadores de Desempenho, quando for o caso, colaborando ainda com a constante revisão/atualização dos mesmos considerando a relevância das informações para a tomada de decisões;

- XIV. observar os Fluxogramas dos Processos de Trabalho estabelecidos, zelando pelo cumprimento dos mesmos e colaborando na identificação de falhas e sugestão de melhorias;
- XV. zelar pela observância aos Procedimentos Operacionais Padrão quando do desenvolvimento das atividades, colaborando com a revisão/atualização dos mesmos;
- XVI. garantir a participação nas reuniões de chefias e em outras para as quais existir convocação; XVII. executar outras atividades afins;
- XVII. cumprir e fazer cumprir este Regimento.

Seção X - DO SETOR DE FARMÁCIA

Art. 61 - Compete ao Setor de Farmácia:

- I. planejar, programar, coordenar e avaliar as atividades inerentes à sua área de atuação, observando normas, rotinas e diretrizes técnico-administrativas;
- II. participar efetivamente da seleção de medicamentos e materiais médico-hospitalares que devem fazer parte da Padronização da Unidade, bem como, participar do processo de aquisição dos mesmos e providenciar sua adequada conservação e controle;
- III. executar o processo de registro e controle de medicamentos sujeitos a controle especial (psicotrópicos e entorpecentes);
- IV. elaborar mensalmente relatórios de consumo de antimicrobianos;
- V. implantar um sistema racional de distribuição de medicamentos e correlatos, que vise atender pronta e efetivamente às prescrições e requisições, abastecendo a Unidade de todo o material necessário;
- VI. supervisionar as atividades do Setor de Manipulação e Dispensação para abastecimento da Unidade;
- VII. fornecer subsídio técnico no âmbito de medicamentos e material médico-hospitalar à equipe de enfermagem e aos médicos;

- VIII. opinar em atividades, procedimentos e atos que envolvam a equipe técnica multidisciplinar, obedecendo às normas e medidas específicas preconizadas para a Unidade, com rigorosa observância aos preceitos éticos;
- IX. participar efetivamente das ações de Controle de Infecção e de Farmacovigilância, incluindo o controle de uso de antimicrobianos e de germicidas;
- X. desenvolver atividades e trabalhos científicos relativos à área farmacêutica na Unidade, e no que se refere à sua atuação junto a outros setores;
- XI. desenvolver programas de aprimoramento para os funcionários da Divisão, e participar dos programas de educação permanente para os demais setores da Unidade, sempre que necessário;
- XII. acompanhar estagiários atuantes na Divisão;
- XIII. assegurar o bom funcionamento dos setores da Farmácia para o adequado atendimento aos demais setores da Unidade;
- XIV. indicar ao Diretor Técnico, substituto interino do supervisor da Divisão de Farmácia em seus impedimentos legais;
- XV. identificar as necessidades de material de consumo imprescindível à realização das atividades, buscando viabilizar a aquisição junto ao setor competente;
- XVI. cooperar com as comissões constituídas na Unidade;
- XVII. proceder ao acompanhamento e supervisão do prontuário médico de cada paciente na área de sua competência;
- XVIII. proporcionar condições de ambiente que facilitem a dar assistência integral aos pacientes, visando atendê-los nas suas necessidades bio-psicossomáticas;
- XIX. realizar reuniões internas e com os demais setores sempre que necessário, para discussão de assuntos relevantes ao funcionamento do serviço;
- XX. elaborar relatórios, ofícios de solicitação de compra, comunicações internas e demais documentos necessários à Divisão;
- XXI. promover a perfeita integração entre as Seções e a Divisão, para um bom desempenho das diversas atividades, no sentido de maximizar a eficiência do atendimento aos outros setores;

- XXII. promover, participar e/ou realizar pesquisas científicas e colaborar com os demais profissionais que realizam atividades dessa natureza;
- XXIII. colaborar com as instituições de ensino e outras que utilizam a Unidade como campo de residência e estágio;
- XXIV. solicitar à chefia imediata e viabilizar a participação dos profissionais em simpósios, seminários, cursos de atualização e/ou aprimoramento técnico, a partir das necessidades identificadas, mantendo a equipe atualizada em relação aos avanços científicos e tecnológicos;
- XXV. elaborar, mensalmente ou quando solicitado, relatório de atividades, atos e procedimentos realizados na Divisão, encaminhando-o à chefia imediata para apreciação;
- XXVI. elaborar escala de férias, de serviços e frequências e avaliar os servidores, em consonância com a chefia imediata, opinando nas alterações quando solicitadas e/ou por interesse do serviço;
- XXVII. cumprir e fazer cumprir o horário regulamentar de trabalho, bem como as normas vigentes emanadas dos níveis hierárquicos superiores;
- XXVIII. sugerir à Biblioteca a aquisição de material bibliográfico inerente à especialidade;
- XXIX. observar e cumprir as Normas Gerais de Funcionamento da Unidade, bem como aquelas relativas ao Controle de Infecção e contidas no Manual de Biossegurança;
- XXX. manter atualizadas as planilhas de dados estatísticos, quando couber;
- XXXI. manter atualizados os dados relativos aos Indicadores de Desempenho, quando for o caso, colaborando ainda com a constante revisão/atualização dos mesmos considerando a relevância das informações para a tomada de decisões;
- XXXII. observar os Fluxogramas dos Processos de Trabalho estabelecidos, zelando pelo cumprimento dos mesmos e colaborando na identificação de falhas e sugestão de melhorias;
- XXXIII. zelar pela observância aos Procedimentos Operacionais Padrão quando do desenvolvimento das atividades, colaborando com a revisão/atualização dos mesmos;

- XXXIV. garantir a participação nas reuniões de chefias e em outras para as quais existir convocação;
- XXXV. executar outras atividades afins;
- XXXVI. cumprir e fazer cumprir este Regimento.

Parágrafo Único – À Divisão de Farmácia estão subordinadas a Seção de Distribuição e a Seção de Manipulação e Dispensação.

Art. 61 - Compete à Seção de Distribuição:

- I. orientar e participar do sistema de Distribuição para os setores da Unidade;
- II. analisar e atender requisições das clínicas e de outros setores;
- III. preparar as requisições manuais e/ou requisições eletrônicas SIGMATE, controlando o consumo e a reposição de medicamentos e materiais médico hospitalares;
- IV. armazenar os medicamentos e materiais médico-hospitalares de acordo com critérios pré-estabelecidos, tendo o controle de temperatura e umidade para a manutenção e conservação dos produtos;
- V. supervisionar o trabalho da Seção;
- VI. supervisionar e orientar a estocagem correta de medicamentos e materiais médico hospitalares e acompanhar o consumo médio dos mesmos, para controle de estoques;
- VII. executar e supervisionar todas as etapas do processo, desde a aquisição até o atendimento do produto ao paciente ou ao setor onde será utilizado;
- VIII. controlar a qualidade e a validade dos produtos armazenados;
- IX. treinar os funcionários sob sua supervisão para a melhor forma de executar as atividades pertinentes à Seção;
- X. assessorar a chefia imediata nas atividades de Controle de Infecção, Controle de Antimicrobianos, e nas reuniões das diversas comissões da Unidade, e no cumprimento das normas internas da Unidade;
- XI. elaborar relatórios e outros documentos sempre que solicitado pela chefia imediata e/ou Diretoria;

- XII. colaborar com as instituições de ensino e outras que utilizam a Unidade como campo de residência e estágio;
- XIII. solicitar à chefia imediata e viabilizar a participação dos profissionais em simpósios, seminários, cursos de atualização e/ou aprimoramento técnico, a partir das necessidades identificadas, mantendo a equipe atualizada em relação aos avanços científicos e tecnológicos;
- XIV. elaborar escala de férias, de serviços e frequências e avaliar os servidores, em consonância com a chefia imediata, opinando nas alterações quando solicitadas e/ou por interesse do serviço;
- XV. cumprir e fazer cumprir o horário regulamentar de trabalho, bem como as normas vigentes emanadas dos níveis hierárquicos superiores;
- XVI. sugerir à Biblioteca a aquisição de material bibliográfico inerente à especialidade;
- XVII. observar e cumprir as Normas Gerais de Funcionamento da Unidade, bem como aquelas relativas ao Controle de Infecção e contidas no Manual de Biossegurança;
- XVIII. manter atualizadas as planilhas de dados estatísticos, quando couber;
- XIX. manter atualizados os dados relativos aos Indicadores de Desempenho, quando for o caso, colaborando ainda com a constante revisão/atualização dos mesmos considerando a relevância das informações para a tomada de decisões;
- XX. observar os Fluxogramas dos Processos de Trabalho estabelecidos, zelando pelo cumprimento dos mesmos e colaborando na identificação de falhas e sugestão de melhorias;
- XXI. zelar pela observância aos Procedimentos Operacionais Padrão quando do desenvolvimento das atividades, colaborando com a revisão/atualização dos mesmos;
- XXII. garantir a participação nas reuniões de chefias e em outras para as quais existir convocação;
- XXIII. executar outras atividades afins;
- XXIV. cumprir e fazer cumprir este Regimento.

Art. 62 - Compete à Seção de Manipulação e Dispensação:

- I. orientar e participar do sistema de Distribuição por Dose Individualizada por horário;
- II. analisar e atender requisições das clínicas e de outros setores;
- III. preparar as prescrições médicas, controlar o consumo e a reposição de medicamentos de emergência;
- IV. contatar os médicos em caso de algum problema detectado;
- V. supervisionar o trabalho da Seção;
- VI. promover, participar e/ou realizar pesquisas científicas e colaborar com os demais profissionais que realizem atividades dessa natureza;
- VII. conferir as doses individualizadas prontas em relação à prescrição para assegurar o correto e eficiente atendimento ao paciente;
- VIII. supervisionar e orientar a estocagem correta de medicamentos e materiais médico hospitalares e acompanhar o consumo médio dos mesmos, para controle de estoques;
- IX. executar e supervisionar todas as etapas do processo, desde a aquisição de matérias primas e materiais, até a dispensação do produto ao paciente ou ao setor onde será utilizado;
- X. controlar a qualidade e validade dos produtos armazenados;
- XI. responsabilizar-se pela pesquisa e atualização farmacotécnica, procedendo ao controle de estoque de matérias-primas, materiais de embalagem e do produto acabado, bem como o controle da estocagem e distribuição, quando for o caso;
- XII. realizar a manipulação de soluções antissépticas (álcool 70%) e diluição de formol a 10%, bem como o fracionamento dos mesmos para o melhor atendimento dos diversos setores da Unidade, em quantidade e qualidade adequadas, quando necessário;
- XIII. treinar os funcionários sob sua supervisão para a melhor forma de executar as atividades de manipulação;
- XIV. avaliar continuamente a viabilidade da implantação de novos produtos manipulados conforme as necessidades que surgirem;

- XV. assessorar a chefia imediata nas atividades de Controle de Infecção, Controle de Antimicrobianos, e nas reuniões das diversas comissões da Unidade, e no cumprimento das normas internas;
- XVI. elaborar relatórios e outros documentos, sempre que solicitado pela chefia imediata e/ou Diretoria;
- XVII. colaborar com as instituições de ensino e outras que utilizam a Unidade como campo de residência e estágio;
- XVIII. solicitar à chefia imediata e viabilizar a participação dos profissionais em simpósios, seminários, cursos de atualização e/ou aprimoramento técnico, a partir das necessidades identificadas, mantendo a equipe atualizada em relação aos avanços científicos e tecnológicos;
- XIX. elaborar escala de férias, de serviços e frequências e avaliar os servidores, em consonância com a chefia imediata, opinando nas alterações quando solicitadas e/ou por interesse do serviço;
- XX. cumprir e fazer cumprir o horário regulamentar de trabalho, bem como as normas vigentes emanadas dos níveis hierárquicos superiores;
- XXI. sugerir à Biblioteca a aquisição de material bibliográfico inerente à especialidade;
- XXII. observar e cumprir as Normas Gerais de Funcionamento da Unidade, bem como aquelas relativas ao Controle de Infecção e contidas no Manual de Biossegurança;
- XXIII. manter atualizadas as planilhas de dados estatísticos, quando couber;
- XXIV. manter atualizados os dados relativos aos Indicadores de Desempenho, quando for o caso, colaborando ainda com a constante revisão/atualização dos mesmos considerando a relevância das informações para a tomada de decisões;
- XXV. observar os Fluxogramas dos Processos de Trabalho estabelecidos, zelando pelo cumprimento dos mesmos e colaborando na identificação de falhas e sugestão de melhorias;
- XXVI. zelar pela observância aos Procedimentos Operacionais Padrão quando do desenvolvimento das atividades, colaborando com a revisão/atualização dos mesmos;

- XXVII. garantir a participação nas reuniões de chefias e em outras para as quais existir convocação;
- XXVIII. executar outras atividades afins;
- XXIX. cumprir e fazer cumprir este Regimento.

Seção XI DA DIVISÃO DE SUPORTE E PRESTAÇÃO DE CUIDADO

Art. 63 - Compete à Divisão de Suporte e Prestação de Cuidado:

- I. planejar, programar, coordenar e avaliar as atividades inerentes à sua área de atuação, observando normas, rotinas e diretrizes técnico-administrativas;
- II. executar e fazer executar os atos necessários à coordenação, eficiência e boa ordem dos serviços;
- III. organizar e controlar a Divisão, cuidando da qualidade e produtividade do serviço;
- IV. opinar em atividades, procedimentos e atos que envolvam a equipe, obedecendo às normas e medidas específicas preconizadas para a Unidade, com rigorosa observância aos preceitos éticos;
- V. elaborar, mensalmente ou quando solicitado, relatório de atividades, encaminhando-o à chefia imediata para apreciação;
- VI. elaborar escala de férias, de serviços, frequências e avaliar os servidores, em consonância com a chefia imediata, opinando nas alterações quando solicitadas e/ou por interesse do serviço;
- VII. cumprir e fazer cumprir o horário regulamentar de trabalho, bem como as normas vigentes emanadas dos níveis hierárquicos superiores;
- VIII. promover, participar e/ou realizar pesquisas científicas e colaborar com os demais profissionais que realizam atividades desta natureza;
- IX. zelar pelos equipamentos utilizados na execução das atividades, controlando e solicitando materiais de consumo e outros insumos necessários à realização das mesmas;
- X. observar e cumprir as Normas Gerais de Funcionamento da Unidade, bem como aquelas relativas ao Controle de Infecção e contidas no Manual de Biossegurança;
- XI. manter atualizadas as planilhas de dados estatísticos, quando couber;

- XII. manter atualizados os dados relativos aos Indicadores de Desempenho, quando for o caso, colaborando ainda com a constante revisão/atualização dos mesmos considerando a relevância das informações para a tomada de decisões;
- XIII. observar os Fluxogramas dos Processos de Trabalho estabelecidos, zelando pelo cumprimento dos mesmos e colaborando na identificação de falhas e sugestão de melhorias;
- XIV. zelar pela observância aos Procedimentos Operacionais Padrão quando do desenvolvimento das atividades, colaborando com a revisão/atualização dos mesmos;
- XV. garantir a participação nas reuniões de chefias e em outras para as quais existir convocação;
- XVI. executar outras atividades afins;
- XVII. cumprir e fazer cumprir este Regimento.

Parágrafo Único – À Divisão de Suporte e Prestação de Cuidado estão subordinadas as Seções de Anatomia Patológica, de Análises Clínicas e de Imagenologia.

Art. 64 - Compete à Seção de Anatomia Patológica:

- I. planejar, coordenar, acompanhar, supervisionar e avaliar atos e procedimentos médicos e outros pertinentes à Seção;
- II. assegurar assistência integral aos pacientes e familiares utilizando os mecanismos necessários preconizados pelo Sistema Único de Saúde de Goiás;
- III. promover reuniões periódicas, transmitindo os resultados obtidos aos demais integrantes da equipe;
- IV. opinar na inclusão, substituição e/ou exclusão de medicamentos da listagem padronizada, procedendo o repasse dessas informações aos demais integrantes da equipe;
- V. promover, participar e/ou realizar pesquisas científicas e colaborar com os demais profissionais que realizam atividades dessa natureza;
- VI. colaborar com as instituições de ensino e outras que utilizam a Unidade como campo de residência e estágio;

- VII. colaborar efetivamente com a Comissão de Controle de Infecção;
- VIII. solicitar à chefia imediata e viabilizar a participação dos profissionais que atuam na Seção, em simpósios, seminários, cursos de atualização e/ou aprimoramento técnico, a partir das necessidades identificadas, mantendo a equipe atualizada em relação aos avanços científicos e tecnológicos;
- IX. opinar em atividades, procedimentos e atos que envolvam a equipe técnica multidisciplinar, obedecendo às normas e medidas específicas preconizadas para a Unidade, com rigorosa observância aos preceitos éticos;
- X. elaborar, mensalmente ou quando solicitado, relatório de atividades, atos e procedimentos médicos realizados na Seção, encaminhando-o à chefia imediata para apreciação;
- XI. cumprir e fazer cumprir o horário regulamentar de trabalho bem como as normas vigentes emanadas dos níveis hierárquicos superiores;
- XII. indicar ao Diretor Técnico, substituto interino em seus impedimentos legais;
- XIII. colaborar com os demais membros do corpo clínico e/ou equipe técnica multidisciplinar, em atividades pertinentes a Seção;
- XIV. observar e cumprir as Normas Gerais de Funcionamento da Unidade, bem como aquelas relativas ao Controle de Infecção e contidas no Manual de Biossegurança;
- XV. manter atualizadas as planilhas de dados estatísticos, quando couber;
- XVI. manter atualizados os dados relativos aos Indicadores de Desempenho, quando for o caso, colaborando ainda com a constante revisão/atualização dos mesmos considerando a relevância das informações para a tomada de decisões;
- XVII. observar os Fluxogramas dos Processos de Trabalho estabelecidos, zelando pelo cumprimento dos mesmos e colaborando na identificação de falhas e sugestão de melhorias;
- XVIII. zelar pela observância aos Procedimentos Operacionais Padrão quando do desenvolvimento das atividades, colaborando com a revisão/atualização dos mesmos;
- XIX. garantir a participação nas reuniões de chefias e em outras para as quais existir convocação;

- XX. executar outras atividades afins;
- XXI. cumprir e fazer cumprir este Regimento.

Parágrafo Único – À Divisão de Suporte e Prestação de Cuidado estão subordinadas as Seções de Anatomia Patológica, de Análises Clínicas e de Imagenologia.

Art. 65 - Compete à Divisão de Suporte e Prestação de Cuidado:

- I. planejar, coordenar, acompanhar, supervisionar e avaliar atos e procedimentos médicos e outros pertinentes à Seção;
- II. assegurar assistência integral aos pacientes e familiares utilizando os mecanismos necessários preconizados pelo Sistema Único de Saúde de Goiás;
- III. promover reuniões periódicas, transmitindo os resultados obtidos aos demais integrantes da equipe;
- IV. opinar na inclusão, substituição e/ou exclusão de medicamentos da listagem padronizada, procedendo o repasse dessas informações aos demais integrantes da equipe;
- V. promover, participar e/ou realizar pesquisas científicas e colaborar com os demais profissionais que realizam atividades dessa natureza;
- VI. colaborar com as instituições de ensino e outras que utilizam a Unidade como campo de residência e estágio;
- VII. colaborar efetivamente com a Comissão de Controle de Infecção;
- VIII. solicitar à chefia imediata e viabilizar a participação dos profissionais que atuam na Seção, em simpósios, seminários, cursos de atualização e/ou aprimoramento técnico, a partir das necessidades identificadas, mantendo a equipe atualizada em relação aos avanços científicos e tecnológicos;
- IX. opinar em atividades, procedimentos e atos que envolvam a equipe técnica multidisciplinar, obedecendo às normas e medidas específicas preconizadas para o Hospital, com rigorosa observância aos preceitos éticos;
- X. elaborar, mensalmente ou quando solicitado, relatório de atividades, atos e procedimentos médicos realizados na Seção, encaminhando-o à chefia imediata para apreciação;

- XI. cumprir e fazer cumprir o horário regulamentar de trabalho bem como as normas vigentes emanadas dos níveis hierárquicos superiores;
- XII. indicar ao Diretor Técnico, substituto interino em seus impedimentos legais;
- XIII. colaborar com os demais membros do corpo clínico e/ou equipe técnica multidisciplinar, em atividades pertinentes a Seção;
- XIV. observar e cumprir as Normas Gerais de Funcionamento da Unidade, bem como aquelas relativas ao Controle de Infecção e contidas no Manual de Biossegurança;
- XV. manter atualizadas as planilhas de dados estatísticos, quando couber;
- XVI. manter atualizados os dados relativos aos Indicadores de Desempenho, quando for o caso, colaborando ainda com a constante revisão/atualização dos mesmos considerando a relevância das informações para a tomada de decisões;
- XVII. observar os Fluxogramas dos Processos de Trabalho estabelecidos, zelando pelo cumprimento dos mesmos e colaborando na identificação de falhas e sugestão de melhorias;
- XVIII. zelar pela observância aos Procedimentos Operacionais Padrão quando do desenvolvimento das atividades, colaborando com a revisão/atualização dos mesmos;
- XIX. garantir a participação nas reuniões de chefias e em outras para as quais existir convocação;
- XX. executar outras atividades afins;
- XXI. cumprir e fazer cumprir este Regimento.

Art. 65 - Compete ao Setor de Análises Clínicas:

- I. planejar, programar, coordenar e avaliar as atividades inerentes à área de análises clínicas, observando normas, rotinas e diretrizes técnico-administrativas;
- II. realizar exames laboratoriais de urgência e emergência, bem como diagnósticos elucidativos, rotinas de internações e pré-operatórios;
- III. oferecer apoio diagnóstico nos casos de acidentes profissionais;
- IV. executar e fazer executar os atos necessários à coordenação, eficiência e boa ordem dos serviços;

- V. organizar e controlar a Seção, cuidando da qualidade e produtividade do serviço;
- VI. opinar em atividades, procedimentos e atos que envolvam a equipe, obedecendo às normas e medidas específicas preconizadas para a Unidade, com rigorosa observância aos preceitos éticos;
- VII. elaborar, mensalmente ou quando solicitado, relatório de atividades, encaminhando-os à chefia imediata para apreciação;
- VIII. elaborar escala de férias, de serviços, frequências e avaliações de desempenho dos servidores, em consonância com a chefia imediata, opinando nas alterações quando solicitadas e/ou por interesse do serviço;
- IX. cumprir e fazer cumprir o horário regulamentar de trabalho, bem como as normas vigentes emanadas dos níveis hierárquicos superiores;
- X. promover, participar e/ou realizar pesquisas científicas e colaborar com os demais profissionais que realizam atividades desta natureza;
- XI. zelar pelos equipamentos utilizados na execução das atividades, controlando e solicitando material de consumo e outros insumos necessários à realização das mesmas;
- XII. observar e cumprir as Normas Gerais de Funcionamento da Unidade, bem como aquelas relativas ao Controle de Infecção e contidas no Manual de Biossegurança;
- XIII. manter atualizadas as planilhas de dados estatísticos, quando couber;
- XIV. manter atualizados os dados relativos aos Indicadores de Desempenho, quando for o caso, colaborando ainda com a constante revisão/atualização dos mesmos considerando a relevância das informações para a tomada de decisões;
- XV. observar os Fluxogramas dos Processos de Trabalho estabelecidos, zelando pelo cumprimento dos mesmos e colaborando na identificação de falhas e sugestão de melhorias;
- XVI. zelar pela observância aos Procedimentos Operacionais Padrão quando do desenvolvimento das atividades, colaborando com a revisão/atualização dos mesmos;
- XVII. garantir a participação nas reuniões de chefias e em outras para as quais existir convocação;

- XVIII. executar outras atividades afins;
- XIX. cumprir e fazer cumprir este Regimento.

Art. 66 - Compete ao Setor de Imagenologia:

- I. planejar, programar, coordenar e avaliar as atividades inerentes à sua área de atuação, observando normas, rotinas e diretrizes técnico-administrativas;
- II. executar e fazer executar os atos necessários à coordenação, eficiência e boa ordem dos serviços;
- III. organizar e controlar a Seção, cuidando da qualidade e produtividade do serviço;
- IV. opinar em atividades, procedimentos e atos que envolvam a equipe, obedecendo às normas e medidas específicas preconizadas para a Unidade, com rigorosa observância aos preceitos éticos;
- V. elaborar, mensalmente ou quando solicitado, relatório de atividades, encaminhando-o à chefia imediata para apreciação;
- VI. elaborar escala de férias, de serviços, frequências e avaliar os servidores, em consonância com a chefia imediata, opinando nas alterações quando solicitadas e/ou por interesse do serviço;
- VII. cumprir e fazer cumprir o horário regulamentar de trabalho, bem como as normas vigentes emanadas dos níveis hierárquicos superiores;
- VIII. promover, participar e/ou realizar pesquisas científicas e colaborar com os demais profissionais que realizam atividades desta natureza;
- IX. solicitar e/ou zelar pelos equipamentos utilizados na execução das atividades, controlando e solicitando materiais de consumo e outros insumos necessários à realização das mesmas;
- X. observar e cumprir as Normas Gerais de Funcionamento da unidade, bem como aquelas relativas ao Controle de Infecção e contidas no Manual de Biossegurança;
- XI. manter atualizadas as planilhas de dados estatísticos, quando couber;
- XII. manter atualizados os dados relativos aos Indicadores de Desempenho, quando for o caso, colaborando ainda com a constante revisão/atualização dos mesmos considerando a relevância das informações para a tomada de decisões;

- XIII. observar os Fluxogramas dos Processos de Trabalho estabelecidos, zelando pelo cumprimento dos mesmos e colaborando na identificação de falhas e sugestão de melhorias;
- XIV. zelar pela observância aos Procedimentos Operacionais Padrão quando do desenvolvimento das atividades, colaborando com a revisão/atualização dos mesmos;
- XV. garantir a participação nas reuniões de chefias e em outras para as quais existir convocação;
- XVI. executar outras atividades afins;
- XVII. cumprir e fazer cumprir este Regimento.

Seção XII - DO DEPARTAMENTO MÉDICO

Art. 67 - Compete ao Departamento Médico:

- I. planejar, programar, coordenar e avaliar as atividades inerentes à sua área de atuação, observando normas, rotinas e diretrizes técnico-administrativas;
- II. assegurar a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos, aparelhos, instrumental e outros materiais, sob sua responsabilidade;
- III. informar processos administrativos e apurar irregularidades, adotando, nos limites de sua competência, medidas cabíveis conforme o que foi apurado;
- IV. solicitar à chefia imediata e viabilizar a participação dos profissionais em simpósios, seminários, cursos de atualização e/ou aprimoramento técnico, a partir das necessidades identificadas, mantendo a equipe atualizada em relação aos avanços científicos e tecnológicos;
- V. incentivar a iniciativa entre os profissionais que atuam na sua área de competência promovendo a integração intra e intersetorial;
- VI. assegurar o cumprimento das normas e rotinas instruídas pela Comissão de Controle de Infecção;
- VII. exercer o poder disciplinar no limite de sua competência, em conformidade com o disposto no Estatuto da SES;
- VIII. sugerir à Biblioteca a aquisição de material bibliográfico;

- IX. observar e cumprir as Normas Gerais de Funcionamento da Unidade, bem como aquelas relativas ao Controle de Infecção e contidas no Manual de Biossegurança;
- X. manter atualizadas as planilhas de dados estatísticos, quando couber;
- XI. manter atualizados os dados relativos aos Indicadores de Desempenho, quando for o caso, colaborando ainda com a constante revisão/atualização dos mesmos considerando a relevância das informações para a tomada de decisões;
- XII. observar os Fluxogramas dos Processos de Trabalho estabelecidos, zelando pelo cumprimento dos mesmos e colaborando na identificação de falhas e sugestão de melhorias;
- XIII. zelar pela observância aos Procedimentos Operacionais Padrão quando do desenvolvimento das atividades, colaborando com a revisão/atualização dos mesmos;
- XIV. garantir a participação nas reuniões de chefias e em outras para as quais existir convocação;
- XV. executar outras atividades afins;
- XVI. cumprir e fazer cumprir este Regimento.

DAS DELIBERAÇÕES GERAIS DESTE REGIMENTO

Art. 68 - Aplica-se este Regimento ao funcionamento do Corpo Clínico da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE, estando embasado pelas Resoluções editadas pelos Conselhos Federal e Regional de Medicina;

Art. 69 - Os casos omissos neste Regimento serão resolvidos pela Direção da Policlínica, Supervisores de Especialidades ou pela Comissão de Ética Médica, conforme a natureza do mesmo.

Art. 70 - O presente Regimento entrará em vigor após aprovação pelo Corpo Clínico da Unidade e Diretoria da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE.

TÍTULO IV - DA GESTÃO ESTRATÉGICA

Art. 71 - A Administração deverá atuar de modo estratégico e empreendedor, de tal modo que a gestão se caracterize por ações proativas e decisões tempestivas, com foco em resultados e na satisfação dos usuários.

Art. 72 - As ações serão estruturantes e sinérgicas para o cumprimento da missão institucional e deverão ensejar a agregação de valor.

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 73 - O Diretor Geral poderá constituir, mediante ato próprio, grupos de trabalho, comissões ou similares, estabelecendo a finalidade, o prazo de duração e as atribuições dos respectivos membros, ainda que concorrentes às atribuições previstas neste Regimento.

Art. 74 - Os casos omissos e as dúvidas decorrentes da aplicação do presente Regimento serão resolvidos pelo Diretor Geral.

Art. 75 - Este Regimento entra em vigor na data de sua publicação.

2.5.2.3. Regimento Interno do Serviço de Enfermagem

O item solicitado está contemplado no Regimento Interno da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE. Título III, Capítulo III.

2.5.2.4. Regimento Interno do Corpo Clínico

Item contemplado no Regimento Interno da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE. Título III, Capítulo IV.

2.5.2.5. Projeto de Tecnologia de Informação com vista ao Controle Gerencial da Unidade

A princípio, diante dos grandes avanços tecnológicos, pode-se deduzir que tanto as pessoas quanto as organizações da área da Saúde desfrutaram de uma grande evolução e transformação. A realidade, no entanto, poderá se mostrar contrária a esta dedução. A evolução e transformação esperadas estão vindo para as organizações que tiverem a capacidade de gerenciar com competência e eficiência suas tecnologias e o ciclo de vida, externos e internos das mesmas, garantindo desta forma, vantagem competitiva e conquista de mercado.

O fato é que os avanços tecnológicos em especial na Tecnologia da Informação, nos mais diversos setores, exigem um alto grau de investimento, têm um custo operacional e de manutenção altos e tornam-se obsoletos rapidamente, além de em sua grande parte causar impacto operacional no momento da implantação negativo, mesmo que a posteriori os próprios usuários entendam que o processo veio para modernizar e melhorar o fluxo laboral. É por isso que uma gestão competente, que compreenda a dinâmica deste cenário e que tome decisões assertivas alinhadas às estratégias de curto e longo prazo da organização, que saiba entender e compreender e alinhar a visão técnica com a de usuários, é fundamental.

Neste cenário a gestão da Tecnologia da Informação nas organizações, inclusive de serviços de saúde, tem papel determinante, uma vez que a TI é hoje o foco das maiores inovações, permeia toda a organização e vai além, estabelecendo uma nova dinâmica de relacionamento com todos os participantes deste mercado.

Juntamente com sua importância a Gestão da Tecnologia da Informação no ambiente de saúde traz também suas dificuldades e complexidades. A boa notícia é que outros setores que já vivenciaram estas dificuldades compartilham com outros mercados os resultados de seus estudos, esforços, implantações e modelagens através de guias de melhores práticas. Algumas destas melhores práticas para a Gestão de TI são mostradas a seguir:

ü Governança de TI

A Governança de TI é um grande arcabouço de metodologias que se prezam a auxiliar na gestão das Tecnologias de Informação.

“A governança de TI é um sistema pelo qual TI é dirigida e controlada na instituição. A estrutura de governança de TI especifica a distribuição de direitos e responsabilidades entre os diferentes participantes da instituição como, por exemplo, a diretoria, os supervisores de negócio e de TI e dita as regras e procedimentos para a tomada de decisão nesta área. Desta forma a governança de TI fornece a estrutura necessária para estabelecer os objetivos de TI e os meios para manter estes objetivos e o monitoramento do desempenho.” (Organization of Economic Cooperation and Development)

Através da governança de TI asseguramos que TI está adequadamente alinhada aos processos do negócio e é organizada e controlada corretamente. Ela fornece a estrutura que liga os processos, as informações e recursos de TI às estratégias e objetivos da Instituição.

Ela integra e institucionaliza as melhores práticas de planejamento, organização, aquisição, implementação, entrega, suporte, monitoramento e avaliação de desempenho de TI, para garantir que as informações da instituição e tecnologias associadas suportam os objetivos do negócio.

A governança de TI possibilita que a instituição aproveite todas as vantagens que a informação pode prover, maximiza os benefícios e capitaliza as oportunidades e assim alavanca a vantagem competitiva.

A governança de TI pode ser definida como conjunto de práticas e objetivos que visam o gerenciamento, o controle e a qualidade dos processos e atividades da tecnologia da informação na organização, tendo como foco, a adição de valor ao negócio.

Com sua utilização é possível formular estratégias e metas que irão gerar vantagens competitivas, fazendo com que a organização seja produtiva e proativa, sempre monitorando e antecipando as possíveis futuras falhas e problemas, para fornecer sempre um serviço 100% disponível e confiável.

ü Ciclo de Vida da TI

Identificar quais são as forças que promovem as alterações e evoluções no ambiente de TI da organização é fundamental para que as ações oriundas do BSC sejam conduzidas de forma adequada.

Sob a ótica do ciclo de vida pode-se realizar a perfeita fusão entre os conceitos e metodologias de Governança de TI e os objetivos estratégicos das organizações.

Segundo a ISO/IEC N21846, as fases básicas de TI normalmente são:

- Requisitos;
- Projeto;
- Construção;
- Distribuição;
- Operação e manutenção;
- Melhoria;
- Descontinuidade.

Para cada uma destas fases pode-se adotar uma fonte de Governança de TI diferente para gestão.

ü Implantação de ITIL

Information Technology Infrastructure Library (ITIL) é um conjunto de boas práticas a serem aplicadas na infraestrutura, operação e manutenção de serviços de tecnologia da informação (TI). Foi desenvolvido no final dos anos 1980 pela CCTA (Central Computer and Telecommunications Agency) e atualmente está sob custódia da OGC (Office for Government Commerce) da Inglaterra.

A ITIL busca promover a gestão com foco no cliente e na qualidade dos serviços de tecnologia da informação (TI).

A ITIL lida com estruturas de processos para a gestão de uma organização de TI apresentando um conjunto abrangente de processos e procedimentos gerenciais, organizados

em disciplinas, com os quais uma organização pode fazer sua gestão tática e operacional em vista de alcançar o alinhamento estratégico com os negócios.

ITIL dá uma descrição detalhada sobre importantes práticas de IT com checklists, tarefas e procedimentos que uma organização de Tecnologia da Informação pode customizar para suas necessidades.

Para implementação na unidade serão capacitados todos os profissionais da área de Tecnologia da Informação e áreas correlatadas na última versão do ITIL.

- Serviços:

Serviço é uma forma de entregar valor ao cliente facilitando o resultado almejado por eles sem a necessidade de arcar com custos específicos e riscos. O valor do serviço é medido pela sua utilidade e garantia. Utilidade é servir um propósito, melhorando o desempenho médio. Garantia é servir para uso, reduzindo variações de desempenho. Juntos, utilidade e garantia, representam o valor do serviço. O ITIL – Information Technology Infrastructure Libray – é reconhecido mundialmente como um padrão para gerenciamento de serviço e tem como foco principal a operação e a gestão do conjunto de melhores práticas para gerenciamento de processos de TI. A utilização dos processos da ITIL para a implementação da Governança de TI é adotada após o estabelecimento de uma visão conjunta das áreas demandantes com a TI que descreva o objetivo de implementar um Programa de Melhoria Contínua de Serviços e que a organização possua uma resposta clara do que ocorrerá se nada mudar. Os processos do ITIL podem ser subdivididos em: Gerenciamento de Aplicações, Gerenciamento de Serviços e Gerenciamento de Infraestrutura de TI. De modo sucinto o Gerenciamento de Serviço por ser o que contém a maior parte dos processos do ITIL. O principal objetivo do Gerenciamento de Serviços é certificar-se que os serviços de TI estão alinhados com as necessidades do negócio da empresa e seus processos estão subdivididos em dois grupos:

- Entrega de Serviço (Gerenciamento de Níveis de Serviço, Gerenciamento de Capacidade, Gerenciamento de Finanças, Gerenciamento de Disponibilidade e Continuidade do Serviço);

- Suporte de Serviços. (Service Desk, Gerenciamento de Incidentes, Gerenciamento de Problemas, Gerenciamento de Configuração, Gerenciamento de Mudanças e Gerenciamento de Versões);

Em razão de sua flexibilidade, a adoção do ITIL traz grandes benefícios, uma vez que não define os processos a serem implementados, mas sim demonstra as melhores práticas que podem ser utilizadas. De forma objetiva, podemos apontar alguns resultados decorrentes de sua implementação, tais como: definição dos ciclos de vida dos processos, análise e classificação dos erros, aumenta o grau de segurança do usuário, organiza métodos de trabalho, gera melhorias contínuas e referências para novos usuários, contribui como facilitador e integrador entre as áreas de trabalho, disponibiliza recursos tecnológicos em tempo integral, restaura a operação normal do serviço (incidentes), avaliação de impactos de mudança, obtenção e uso de indicadores, entre outros.

Ferramentas de Gestão a Serem Implantadas:

Toda organização que possui uma gestão que se preze, zela por suas ações de curto e longo prazo e se utilizam de mecanismos sistemáticos e estratégicos para o controle e a evolução da organização. Nestas organizações ferramentas como Plano de Ação – “PA” e Balance Score Cards – “BSC” são adotadas por todos os setores e garantem um alinhamento estratégico das ações. São estas ferramentas que norteiam as ações de TI na organização.

Para isso a ABEAS propõe a implantação de um Sistema de Gerenciamento de Saúde, distribuído em duas direções conforme expostas abaixo, que podem ou não sofrer alterações no momento de sua implantação, após o levantamento inicial da realidade da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE.

Para essa implantação se fará necessária toda a estruturação da rede de computadores da Policlínica, inclusive com a aquisição de servidores para implementação de Active Directory, Servidor de Arquivos, Firewall e Proxy e também para o sistema a ser implantado, bem como desktops para trabalho.

2.5.3. IMPLANTAÇÃO DE PROCESSOS

2.5.3.1. Manual de Protocolos Assistenciais

Com o avanço tecnológico na área da saúde, são inúmeras as opções diagnósticas e terapêuticas disponíveis para o manejo de uma doença. Entretanto, estudos demonstraram que esta variabilidade não necessariamente está relacionada com melhores desfechos clínicos e pode ser responsável por um aumento de até 30% no custo na área da saúde. Inicialmente, acreditava-se que os profissionais de saúde seriam facilmente persuadidos a aderir à melhor prática médica apenas pelo fomento contínuo das evidências científicas. Entretanto, a disseminação do conhecimento tem sido descrita como fator importante, mas insuficiente para modificar o comportamento clínico habitual.

Medidas de controle de qualidade total devem ser implementadas para atuar especificamente na redução da variabilidade da prática médica, com destaque para as diretrizes práticas, recomendações de especialistas e grupos de classe e, principalmente mais recentemente, protocolos assistenciais.

Estes programas devem ser implantados com o objetivo de melhorar os desfechos clínicos e permitir que mais pacientes beneficiem-se do conhecimento científico sobre as melhores práticas disponíveis.

Os Protocolos Assistenciais (PA) são considerados formas estruturadas de suporte do manejo clínico que incluem a definição de planos e metas terapêuticas e uma sequência temporal de cuidados e estratégias diagnósticas e terapêuticas definidas com vistas ao atendimento do plano estabelecido para o usuário. A adoção de protocolos também proporciona uma maior linearidade e uniformização na prestação da assistência pelos diferentes profissionais de saúde, facilitam condutas descentralizadas e diminuem a margem de erros, possibilitando maior qualidade e eficácia no serviço, além de propiciar uma situação adequada para coletar dados no manejo - de forma que a equipe perceba quantos, quando e por que os pacientes não seguem um curso esperado durante suas internações.

Nesse sentido, apresentamos proposta do modelo a ser adotado para a estruturação dos Protocolos Assistenciais da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE.

	PROTOCOLO INSTITUCIONAL	Identificação do Protocolo: Prot. N° xxx
Nome do Protocolo:		Versão: 001
Especialidade:		Folha n°
Original Assinado		
1. Introdução e descrição do Protocolo:		
2. Revisão de Literatura:		
3. Definição e Diagnóstico:		
4. Justificativa e Objeto:		
5. Critérios de Elegibilidade:		
6. Critérios de Exclusão		
7. Tratamento:		
8. Indicador de Monitoramento:		
9. Referências:		

10. Anexos:	
Elaborado em:	Responsável:
Revisado em:	Responsável:
Aprovado em:	Responsável:

2.5.3.2. Rotinas Administrativas para Faturamento de Procedimentos

A princípio em uma primeira análise, pode parecer que somente se aplica a iniciativa privada, porém, o setor de faturamento de uma unidade de assistência à saúde representa o ponto decisivo para o sucesso ou fracasso administrativo e financeiro da instituição.

Dessa forma, mesmo em unidades públicas, a busca pela eficácia e precisão em seu faturamento propicia a obtenção de resultados de produção, junto ao Ministério da Saúde - MS, que se transformam na possibilidade do aumento de recursos repassados ao Estado ou ao Município. E é nesse ponto que destacamos nossa proposta de trabalho para a unidade de faturamento da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE. Sabemos que o financiamento da saúde pública é extremamente oneroso para o Estado, e muita dessa carga pode ser aliviada se a unidade de faturamento cumprir seu papel.

Enfatiza-se a necessidade da regulação e controle dos recursos de todas as unidades assistenciais do SUS. No caso da Policlínica, esta deve receber na sua totalidade, somente pacientes regulados. Uma das ações que a ABEAS apresenta como projeto de trabalho para a melhoria do faturamento visa gradativamente uma informatização plena de toda a unidade, ligada de forma direta com o sistema regulatório estadual e municipal. Isso evitará a realização de consultas ou procedimentos sem o chamado "vale-exame" e a perda da informação quando, de fato, o usuário for atendido. Assim, os processos administrativos ligados à assistência serão revisados e auditados periodicamente para se garantir a eficácia no registro de todos os procedimentos realizados, objetivando o registro da produção real e evitando a perda financeira. Além disso, a gestão verificará todas as Portarias Ministeriais para buscar a possibilidade e viabilidade de habilitação para o incremento do faturamento. A revisão da

Programação Físico-Orçamentária - FPO e a atualização constante do CNES (profissionais, estrutura física e equipamentos) também será essencial na busca da melhoria do desempenho das contas hospitalares.

Outra estratégia é buscar as contratualizações específicas que objetivam reduzir as filas de espera por consultas e ao mesmo tempo, repercutem no aumento de receita para as unidades de saúde.

É importante lembrar que a ABEAS, em sua proposta de trabalho, irá conduzir o faturamento da Unidade seguindo as normatizações do Ministério da Saúde, as quais são detalhadas em manual:

SIA: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS

Dentre os instrumentos necessários ao gerenciamento eficaz das organizações, a informação é insumo de grande importância na medida em que é adequada para fortalecer o processo de tomada de decisões.

A Organização Mundial de Saúde – OMS define um sistema de informação de serviços de saúde como aquele cujo propósito é selecionar os dados pertinentes a esses serviços e transformá-los na informação necessária para o processo de decisões, próprio das organizações e dos indivíduos que planejam, administram, medem e avaliam os serviços de saúde. Considera-se que a transformação de um dado em informação exige, além da análise, a divulgação e as recomendações para a ação (OMS, 1997). O sistema que produz a informação intervém em três grandes setores: onde se originam os dados, onde são processados e onde são avaliados.

O objetivo é chegar a conclusões sobre o grau de aproximação das atividades executadas com os parâmetros de referência existentes, para que se possam tomar decisões mais apropriadas. Por outro lado, "informar" pode ser um processo muito mais dinâmico e complexo, envolvendo componentes tecnológicos, econômicos, políticos, conceituais e ideológicos, associados a um referencial explicativo sistemático. O recurso "informação" pode ser definido como instrumento a serviço de determinada política, estruturado de modo a atender a determinados interesses e práticas institucionais.

O sistema de informação ambulatorial (SIA) foi implantado nacionalmente na década de noventa, visando o registro dos atendimentos realizados no âmbito ambulatorial, por meio do boletim de produção ambulatorial (BPA). Ao longo dos anos, o SIA vem sendo aprimorado para ser efetivamente um sistema que gere informações referentes ao atendimento ambulatorial e que possa subsidiar os gestores estaduais e municipais no monitoramento dos processos de planejamento, programação, regulação, avaliação e controle dos serviços de saúde, na área ambulatorial.

Até a implantação de um sistema informatizado, os registros dos atendimentos ambulatoriais eram efetuados nos boletins de serviços produzidos (BSP) e o pagamento dos prestadores, por meio de guias de autorização de pagamento (GAP). Com a evolução do SUS para uma gestão cada vez mais descentralizada, o ministério da saúde (MS), necessitou de dispor de um sistema de informação para o registro dos atendimentos ambulatoriais, padronizado em nível nacional, que possibilitasse a geração de informações facilitando o processo de planejamento, controle, avaliação e auditoria.

Em agosto de 1992, foi concluído o manual de especificação técnica do sistema de informações ambulatoriais, contendo a descrição do projeto lógico do sistema, visando ao desenvolvimento do projeto físico, por parte das Secretarias de Estado da Saúde, através dos órgãos processadores contratados por convênio específico (Brasil, 1992a).

O SIA foi implantado pelo ministério da saúde em todo o país em 1995. À época, por ser sistema padronizado em âmbito nacional, constituiu-se em instrumento fundamental às gestões federal, estadual e municipal do SUS.

Desde sua implantação, tem como finalidade registrar os atendimentos/procedimentos/tratamentos realizados em cada estabelecimento de saúde no âmbito ambulatorial. Seu processamento ocorre de forma descentralizada, ou seja, os gestores de cada Estado e município podem cadastrar programar, processar a produção e efetivar o pagamento aos prestadores do SUS, tomando por base os valores aprovados em cada competência, de acordo a programação física orçamentária definida no contrato/convênio efetuado com os estabelecimentos de saúde sob sua gestão.

A partir de seu desenvolvimento e implantação, o SIA vem sendo aprimorado em função das deliberações dos órgãos gestores e das regulamentações do SUS (normas operacionais e o pacto da saúde). Para se adequar à estas regulamentações, destacamos, primeiramente, à evolução da tabela de procedimentos ambulatoriais e a implantação da autorização de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade/custo, atualmente chamada de autorização de procedimentos ambulatoriais (APAC).

A tabela de procedimentos ambulatoriais, utilizada para o registro dos atendimentos realizados pelos profissionais, passou por uma revisão completa, e foi concluída em 1998. Sua implantação foi oficializada por meio das portarias: GM/MS n.º 18/1999 e SAS/MS n.º 35/1999. Nessa revisão, a estrutura de codificação passou de 04 dígitos para 08 dígitos, e os procedimentos anteriormente agregados, em um único código, mas que correspondiam a várias ações, denominados de componentes, foram desmembrados possibilitando a identificação individualizada de cada procedimento.

O SIA é o sistema que permite aos gestores locais o processamento das informações de atendimento ambulatorial registrados nos aplicativos de captação do atendimento ambulatorial pelos prestadores públicos e privados contratados/conveniados pelo SUS.

As informações extraídas do SIA são utilizadas como um importante instrumento de gestão, subsidiando, assim, as ações de planejamento, programação, regulação, avaliação, controle e auditoria da assistência ambulatorial.

Além disso, subsidia os processos da programação pactuada integrada (PPI); fornece informações que possibilitem o acompanhamento e a análise da evolução dos gastos referentes à assistência ambulatorial; oferece subsídios para avaliação quantitativa e qualitativa das ações de saúde.

O processamento da produção ambulatorial é executado pelo gestor local por intermédio do SIA. O processo completo de processamento é composto pelas fases de: entrada, processamento, saída e disseminação.

Em cada uma das etapas descritas pelo Ministério da Saúde, nossa proposta de trabalho para a Unidade irá ser acompanhada para que não haja perda de informações, fato que não é incomum hoje, sobretudo pelo ponto de vista estatístico e epidemiológico.

Já para procedimentos eletivos o fluxo inicia-se com uma consulta em estabelecimento de saúde ambulatorial onde o profissional assistente emite o laudo.

A consulta/atendimento que gera a internação deve ocorrer em estabelecimento de saúde integrante do SUS. O profissional: médico ou cirurgião-dentista que realizou a consulta/atendimento, solicita a autorização para internação hospitalar (AIH) devendo, obrigatoriamente, preencher o laudo para solicitação de AIH.

2.5.3.3. Rotinas Administrativas para Almoxarifado e Patrimônio

Será utilizada uma Política de Regulamentação Patrimonial (descrita abaixo), contendo as normas de controle e gestão de bens móveis e materiais de consumo, institucionalizada pela ABEAS e passível de Aplicação na POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE, conforme:

REGULAMENTAÇÃO PATRIMONIAL

Normas de Controle e Gestão de Bens Móveis e Materiais de Consumo

DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art.1º. O controle e a gestão de bens móveis e materiais de consumo no âmbito da Associação Brasileira de Entidades de Assistência Social- ABEAS obedecerão ao disposto nesta normatização. Art.2º. Para fins desta Normatização considera-se:

- I. Material: equipamentos, componentes sobressalentes, acessórios, veículos, matérias primas, outros itens empregados ou passíveis de emprego nas atividades administrativas e de execução da ABEAS, inclusive bens de consumo;
- II. Material ou bem permanente: aquele que, pela própria natureza, possuir durabilidade superior a 02 (dois) anos, cujo valor integra o patrimônio da ABEAS;
- III. Unidade administrativa: unidades da estrutura organizacional (organograma) da ABEAS ou postos de trabalho constantes dos contratos de gestão celebrados com órgãos públicos.

DA AQUISIÇÃO E CLASSIFICAÇÃO

Art.3º. A aquisição de materiais no âmbito da ABEAS compreende os seguintes tipos:

- I. Compra: operação de aquisição remunerada de bens, mediante preço previamente ajustado;
- II. Cessão: modalidade de movimentação de material do acervo, com transferência gratuita de posse e troca de responsabilidade;
- III. Doação: ato de liberalidade pelo qual os contraentes trocam entre si coisas de sua propriedade e, só se dará mediante as condições previstas no Estatuto Social;
- IV. Transferência: modalidade de movimentação de material, com troca de responsabilidade, de uma unidade administrativa para outra;
- V. Comodato: designa o contrato, a título gratuito, em virtude do qual uma das partes cede por empréstimo a outra determinada coisa para que a use pelo tempo e nas condições pré-estabelecidas.

Art.4º. A aquisição de material na modalidade compra será efetuada pelo Setor de Contratos e Licitações e, quando necessário, via Comissão Permanente de Licitação, de forma planejada, visando alcançar a economicidade, eficiência e eficácia na gestão de recursos orçamentários, financeiros e materiais.

Art.5º. As compras terão por princípio, respeitada a legislação em vigor, a padronização do material em uso, de forma a reduzir o número de itens, visando a simplificação dos processos de obtenção, controle de estoque e levantamento de inventários.

Art.6º. Os materiais deverão ser catalogados e, quando possível, codificados, com base na nota fiscal, devendo ser catalogadas todas as informações à identificação do material e do processo de compra.

Art.7º. Os pedidos de compra de materiais não catalogados deverão conter todos os elementos essenciais à sua caracterização, acompanhados, se necessário, de modelos gráficos, projetos, amostras e outros elementos que se fizerem necessários.

Art.8º. As compras realizadas fora da programação da Supervisão de Material e Patrimônio serão efetuadas somente depois de atingido o nível mínimo de estoque no almoxarifado;

§ 1º. As solicitações de itens que não fizerem parte do catálogo normal de materiais mantidos pela Supervisão de Material e Patrimônio serão efetuadas diretamente ao Diretor Administrativo, a quem caberá a análise da oportunidade e conveniência da aquisição;

§ 2º. Na hipótese do parágrafo anterior, caso a solicitação seja deferida pela Diretoria Administrativa, poderá ser modificado o catálogo de materiais, por iniciativa da Supervisão de Material e Patrimônio, para inclusão daquele item, desde que verificada a necessidade de aquisição para as demais unidades administrativas.

Art.9º. A quantidade de material a ser adquirida fica limitada à existência de espaço físico para seu armazenamento em condições adequadas de segurança e conservação.

Parágrafo Único – Fica proibida a aquisição de material permanente em quantidade superior à da pronta destinação e utilização por parte das unidades requisitantes, ressalvadas aquelas destinadas à reserva técnica para substituição imediata em caso de manutenção, para acomodação de novos profissionais ou implantação de novas unidades e/ou projetos / contratos de gestão.

Art.10º. Os materiais sujeitos à deterioração ou ao risco de se tornarem obsoletos deverão ser adquiridos em quantidades suficientes para a plena utilização, adotando-se, para tanto, critérios adequados à sua quantificação que serão definidos pela Supervisão de Material e Patrimônio.

Art.11º. Ficam estabelecidas as fórmulas constantes no presente ato, a serem utilizados pela Supervisão de Material e Patrimônio para a reposição do estoque.

DO RECEBIMENTO PROVISÓRIO E DEFINITIVO

Art.12. Recebimento é o ato pelo qual o material adquirido é entregue à Supervisão de Material e Patrimônio, em local previamente designado, devendo este ser recebido em conjunto com o representante do setor solicitante caso não esteja no catálogo de materiais ou se a sua natureza assim o exigir.

§ 1º O recebimento transfere apenas a responsabilidade pela guarda e conservação do material, do fornecedor à Supervisão de Material e Patrimônio;

§ 2º. Deve ocorrer preferencialmente no almoxarifado da Supervisão de Material e Patrimônio, salvo quando não possa ou não deva ali ser estocado, caso em que se fará nos locais designados;

§ 3º. Qualquer que seja o local de recebimento, os registros de entrada serão realizados na Supervisão de Material e Patrimônio, quando se tratar de material permanente, bem como quando se tratar de material de consumo.

Art.13. Todo material para ser recebido deverá vir acompanhando de documento hábil a caracterizar a sua origem e a natureza de sua incorporação ao âmbito patrimonial da ABEAS, cuja cópia será arquivada na Supervisão de Material e Patrimônio para os devidos registros.

Parágrafo Único – Considera-se documento hábil para os fins deste artigo os seguintes documentos:

- I. Nota Fiscal ou Nota Fiscal/Fatura;
- II. Termo de Cessão/Doação ou Declaração exarada no processo relativo à permuta;
- III. Guia de Remessa de Material ou Nota de Transferência.

Art.14. As Notas Fiscais de materiais deverão ser entregues diretamente na Supervisão de Material e Patrimônio, para serem conferidas e depois repassadas à Diretoria Administrativa ou por quem este delegar esta atribuição.

Parágrafo Único – As Notas Fiscais de materiais adquiridos com recursos do Fundo Rotativo / Suprimento de Fundos também serão conferidas pelo Setor de Material e Patrimônio e depois repassadas ao gestor/suprido do fundo.

Art.15. O recebimento de materiais oriundos de compra, cessão, doação, permuta ou transferência e comodato será provisório quando da entrega e definitivo após a aceitação / inserção no patrimônio da ABEAS.

§ 1º O recebimento provisório não caracteriza sua aceitação;

§ 2º A aceitação é condição essencial para o recebimento definitivo dos materiais, que se dará após a verificação da descrição, qualidade e quantidade da Nota Fiscal que, por sua vez, deverá estar em conformidade com o Pedido / Solicitação de Compras;

§ 3º. Nas operações de cessão, doação, permuta ou transferência, a verificação da descrição, qualidade e quantidade deverá ser realizada tomando-se por base as informações constantes dos respectivos Termos de Cessão/Doação, Declaração exarada no processo relativo à permuta, Guia de Remessa de Bens ou Nota de Transferência.

Art.16. Nas operações de compra a aceitação deverá ser atestada na respectiva Nota Fiscal ou na Nota Fiscal/Fatura e, nos demais casos, nos Termos de Cessão/Doação, Declaração exarada no processo relativo à permuta, Guia de Remessa de Bens ou Nota de Transferência, devendo o atestado ser assinado pela Supervisão de Material e Patrimônio, em carimbo próprio.

§1º. Quando para aceitação for necessário conhecimento técnico específico, a Nota Fiscal/Fatura também deverá ser atestada por pessoa habilitada para esse fim;

§2º. Nos casos em que o material não esteja relacionado no Catálogo de Materiais será necessário o atesto/assinatura, também, do responsável pelo setor solicitante.

Art.17. Os documentos relativos à aquisição, recebimento e atestados de material e patrimônio deverão ser assinados por extenso ou conter o carimbo de identificação do assinante.

Art.18. Quando das aquisições de material para construção e reforma os documentos relativos à aquisição deverão ser encaminhados pela Supervisão de Material e Patrimônio aos coordenadores ou responsáveis pelas obras e serviços conforme o caso, para que possam ter ciência do que está sendo adquirido.

Art.19. As Notas Fiscais relativas aos materiais para construção ou reforma deverão ser atestadas conjuntamente pelo supervisor de material e patrimônio/ responsável do acompanhamento da obra.

Art.20. Quando os materiais adquiridos não estiverem de acordo com o Pedido / Solicitação de Compras, o agente recebedor solicitará ao fornecedor sua regularização, bem como comunicará formalmente o fato ao Diretor Administrativo.

Art.21. Nenhum material será liberado para as unidades requisitantes sem o recebimento definitivo e conseqüente registro nos sistemas competentes/ inclusão no patrimônio (etiquetamento, conforme o caso), bem como sem a sua requisição formal.

Art.22. A Supervisão de Material e Patrimônio manterá controle sobre os materiais a receber, sendo responsável pela entrega ao fornecedor do(s) comprovante(s) de entrega, devendo, também, acompanhar os prazos de entrega, comunicando ao Setor de Contratos os eventuais atrasos ou descumprimento do prazo de entrega.

Art.23.O sistema de controle de materiais, se possível, deverá permitir o recebimento provisório e definitivo, além de registrar as solicitações não atendidas – demanda reprimida.

Art.24.A Supervisão de Material e Patrimônio deverá ser comunicada formalmente da aquisição de qualquer material, ainda que não transite fisicamente pela mesma, a fim de que possa efetivar as anotações e os registros necessários em seu sistema.

DO CONTROLE PATRIMONIAL

Art.25. A Supervisão de Material e Patrimônio manterá o registro do patrimônio da ABEAS, por meio de sistema próprio, com vistas ao controle e gestão de equipamentos e materiais permanentes de forma a:

- I. registrar as incorporações e baixas, informando os bens existentes;
- II. registrar e informar a localização dos bens;
- III. registrar os agentes responsáveis;
- IV. emitir e atualizar os Termos de Responsabilidade;
- V. controlar a movimentação de material;
- VI. identificar os bens extraviados ou danificados com baixa e o número do patrimônio;
- VII. permitir a obtenção de informações gerenciais.

Art.26. Todo bem permanente, após seu recebimento definitivo, deverá ser tombado pela Supervisão de Material e Patrimônio, sendo vedada a sua saída sem o devido registro, etiquetamento e Termo de Responsabilidade.

Parágrafo Único - O tombamento consiste no arrolamento do bem permanente, por meio de numeração específica do sistema patrimonial da ABEAS, com a finalidade de identificá-lo e individualizá-lo.

Art.27. Para fins de tombamento será realizado o registro patrimonial de todos os materiais permanentes, o qual deverá conter:

- I. número de tombamento;
- II. descrição do material;
- III. modelo, número de série de fabricação, se for o caso;
- IV. valor de aquisição;
- V. data de aquisição e número de autos;
- VI. número do documento fiscal;
- VII. estado de conservação do material;
- VIII. outras observações consideradas indispensáveis.

Parágrafo Único – Para fins de registro patrimonial, o bem cujo valor de aquisição for desconhecido, será avaliado tomando como referência o valor de outro bem, semelhante ou sucedâneo, no mesmo estado de conservação e a preço de mercado.

Art.28. Toda manutenção e reparo realizados nos materiais permanentes da ABEAS deverá ser comunicado formalmente à Supervisão de Material e Patrimônio, para que providencie a anotação em ficha de controle, manual ou eletrônica, que será vinculada ao seu registro patrimonial.

Art.29. O número de tombamento dos bens será fixado por meio de etiquetas/ plaquetas.
Parágrafo Único – No caso de obras bibliográficas o número de tombamento deverá ser fixado por meio de carimbo ou etiqueta, que conterà também outras informações necessárias ao controle do acervo pela unidade gestora.

Art.30. Os bens que não transitarem na Supervisão de Material e Patrimônio serão tombados, no menor tempo possível, não podendo ultrapassar o prazo de 30(trinta) dias contados do seu recebimento definitivo.

Art.31. A movimentação de bens dentro da ABEAS, bem como a saída de material permanente da instituição é de responsabilidade única e exclusiva da Supervisão de Material e Patrimônio.

Art.32. A Gerência de Pessoal, sempre que ocorrerem mudanças do agente responsável pelos bens, por qualquer que seja o motivo, deverá comunicar a Supervisão de Material e Patrimônio para atualização do Termo de Responsabilidade.

§ 1º- A Gerência de Pessoal informará à Supervisão de Material e Patrimônio todos os atos relacionados à dispensa, exoneração, nomeação, designação e afastamentos de membros e profissionais no prazo máximo de dez dias da assinatura do respectivo ato administrativo;

§ 2º -O mesmo procedimento deverá ser adotado pela Tecnologia da Informação quando houver troca de equipamentos de informática por este setor.

Art.33. Compete ao Diretor Geral, por meio de processo administrativo próprio, autorizar a baixa de bens do patrimônio, nos seguintes casos:

- I. furto;
- II. extravio;
- III. dano irrecuperável que impossibilite sua utilização ou alienação;
- IV. cessão;
- V. alienação.

Parágrafo Único – Nos casos de furtos e extravio, o Diretor Geral determinará as ações necessárias para apuração de responsabilidades, visando indenizar a ABEAS e aplicar penalidades administrativas, observada a legislação em vigor.

Art.34. Toda incorporação ou baixa no patrimônio será objeto de registro no sistema próprio concomitantemente à sua ocorrência.

Art.35. A devolução de qualquer bem ou material à Supervisão de Material e Patrimônio deverá ser precedida de comunicação formal devidamente fundamentada.

Parágrafo Único – Sempre que a quantidade de material a ser devolvido depender de conferência por parte da Supervisão de Material e Patrimônio, em razão da quantidade ou da natureza, deverá ser previamente agendada a data da efetivação da devolução.

DAS REQUISIÇÕES E DISTRIBUIÇÃO DOS BENS

Art.36. A requisição de qualquer material, realizada em formulário próprio ou, efetivamente, por meio de sistema eletrônico de processamento de dados, deverá ser feita observando-se os códigos e padrões a serem adotados.

§ 1º- Toda requisição de material de consumo ou bem permanente deverá ser registrada no sistema de controle do almoxarifado e patrimonial da Supervisão de Material e Patrimônio, respectivamente;

§ 2º - As unidades administrativas deverão encaminhar as solicitações de material com antecedência à Supervisão de Material e Patrimônio, a fim de possibilitar a separação e organização do material a ser entregue.

Art.37. Os dirigentes das unidades administrativas e titulares das Coordenações, Gerências, Setores e Serviços poderão indicar, por meio de comunicação formal, profissionais a serem cadastrados pela Supervisão de Material e Patrimônio (almoxarifado), para requisição de material de consumo.

Art.38. A Supervisão de Material e Patrimônio tem competência para atender ou não, no todo ou em parte, os pedidos que, em razão da quantidade superior ao consumo da unidade requisitante em períodos pré-determinados, se mostrem supérfluos, desnecessários ou incompatíveis com o interesse da administração ou necessidade do serviço, observados os critérios definidos pela Diretoria Administrativa.

Art.39. O atendimento à requisição fica também sujeito às seguintes condições:

- I. quantidade existente;
- II. análise do consumo da unidade em períodos pré-determinados;
- III. prioridade de atendimento a determinadas áreas definidas pela administração;

IV. vinculação do material catalogado às áreas específicas, requerendo, quando de sua solicitação por áreas diversas, a necessária autorização da Diretoria Administrativa;

§ 1º - Será sempre necessária a justificativa da unidade requisitante se a quantidade requisitada de determinado material for maior que a média de consumo obtida por meio da análise de consumo de que trata o inciso II;

§ 2º - As unidades que possuírem prerrogativa de solicitação de material de uso exclusivo deverão manter controles que possibilitem a identificação de sua destinação;

§ 3º - As unidades que demandam materiais em grande quantidade, ou cujo consumo, dependendo das atividades programadas, sofram grandes variações, deverão apresentar previsão, com código e quantidade de material, ao longo do exercício, para fins de programação das unidades envolvidas.

Art.40. A Supervisão de Material e Patrimônio (almoxarifado) deve distribuir às unidades requisitantes os materiais estocados fisicamente a mais tempo ou, se for o caso, cujo prazo de validade esteja mais próximo de expirar, utilizando o critério PEPS – Primeiro que Entra, Primeiro Sai.

Art.41. Não havendo disponibilidade do material solicitado em estoque, deverá a Supervisão de Material e Patrimônio verificar se há processo em andamento para a aquisição do mesmo e a fase em que se encontra e, se não houver, tomar as providências necessárias para iniciá-lo.

Art.42. A Supervisão de Material e Patrimônio permanecerá fechada para atendimento nos últimos 02 (dois) dias úteis de cada mês, oportunidade na qual serão realizadas as averiguações e contagens de estoque (balanços).

Parágrafo Único - As solicitações encaminhadas durante o período supracitado serão atendidas a partir do primeiro dia útil subsequente, observada a ordem cronológica de recebimento.

DA ALIENAÇÃO, CESSÃO E TRANSFERÊNCIA DE BENS PATRIMONIAIS

ART.43. A alienação de bens, subordinada à existência de interesse da ABEAS, devidamente justificada, consiste na operação que transfere o direito de propriedade e compreende as seguintes formas:

- I. venda;
- II. permuta;
- III. doação.

Art.44. A alienação de material e bens móveis fica condicionada à avaliação, classificação, formação prévia de lotes, realizadas por comissão composta por pessoas habilitadas, e licitação, dispensada nos seguintes casos:

- I. permuta, permitida exclusivamente entre unidades da ABEAS;
- II. doação, permitida exclusivamente para fins de interesse social, após avaliação de sua oportunidade e conveniência socioeconômica, relativamente à escolha de outra forma de alienação e sempre mediante aprovação em Assembleia Geral e de conformidade com as disposições estatutárias;
- III. venda, de bens produzidos ou comercializados pelas unidades da ABEAS, em virtude de suas finalidades.

Art.45. A cessão compreende a movimentação de materiais do acervo da ABEAS, com transferência gratuita de posse e troca de responsabilidade, para órgãos ou entidades da administração pública, bem como para entidades afins.

Parágrafo Único – A cessão deverá ser efetivada mediante Termo de Cessão onde constará a transferência do material e seu custo histórico.

Art.46. A alienação e a cessão de bem permanente e equipamentos gerarão os necessários registros no sistema de controle patrimonial.

Art.47. Transferência é a modalidade de movimentação de material, com troca de responsabilidade, de uma unidade administrativa para outra.

DA CARACTERIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DOS BENS PATRIMONIAIS

Art.48. Os materiais inservíveis classificam-se em:

- I. ocioso: quando não estiver sendo aproveitado, embora em perfeitas condições de uso;
- II. recuperável: quando sua recuperação for possível a um custo não superior a 50% de seu valor de mercado, e desde que atenda a conveniência da administração;
- III. antieconômico: quando, devido ao uso prolongado, desgaste prematuro ou obsolescência, a manutenção for onerosa;
- IV. irrecuperável: quando tecnicamente não for possível a sua recuperação ou quando o custo da recuperação for superior a 50% de seu valor de mercado;
- V. nocivo: quando oferecer riscos de danos para a saúde das pessoas ou ao meio ambiente.

Art.49. Para fins do artigo anterior serão instituídas Comissões Especiais de Avaliação, a qual caberá realizar a caracterização e avaliação dos bens patrimoniais da ABEAS, emitindo relatório de tudo para as Diretorias Geral e Administrativa-Financeira, e será composta por no mínimo 03 (três) membros designados por meio de portaria pela ABEAS.

§ 1º Pelo menos um membro da Comissão Especial de Avaliação deverá ter qualificação compatível com o bem avaliado.

§ 2º Os integrantes da Comissão Especial de Avaliação desempenharão suas funções sem prejuízo das atribuições habituais.

Art.50. bem considerado antieconômico ou irrecuperável poderá ser cedido a outras entidades administrativas ou obrigatoriamente alienado no menor tempo possível.

Art.51. Verificada a impossibilidade ou a inconveniência da alienação de bens classificados como irrecuperáveis, o Diretor Executivo, após ouvir a Diretoria Administrativa/Comissão Especial de Avaliação, determinará sua descarga patrimonial e sua inutilização ou abandono, após a retirada das partes economicamente aproveitáveis, caso existam, que serão novamente incorporados ao patrimônio.

Art.52. A inutilização consiste na destruição total ou parcial do bem ou que implique em ameaça à saúde das pessoas ou risco de prejuízos ecológicos ou inconvenientes de qualquer

natureza para a Instituição, sendo feita, sempre que necessário, mediante audiência dos setores especializados, de forma a ter sua eficácia assegurada.

Parágrafo Único A inutilização e abandono de bens será documentada mediante a formalização de termos os quais integrarão o respectivo processo administrativo.

Art.53. São motivos para inutilização de bens, dentre outros:

- I. a sua infestação por seres vivos nocivos, desde que apresentem algum risco;
- II. a sua natureza tóxica ou venenosa;
- III. a sua contaminação por radioatividade;
- IV. o perigo irremovível de sua utilização fraudulenta por terceiros;

Art.54. Por ocasião da realização do inventário deverão ser relacionados os bens disponíveis a serem alienados ou cedidos, de forma a evitar o desperdício de recursos, bem como o custo decorrente do armazenamento de material inservível.

Art.55. Os recursos provenientes das alienações de material, obtidos através de processo licitatório, deverão ser recolhidos em conta própria segundo a origem dos recursos quando da aquisição dos mesmos.

Parágrafo Único -A alienação de bens ou materiais, mediante dispensa prévia de licitação, somente poderá ser autorizada quando se revestir de justificado interesse público ou, em casos de doação, quando para atender ao interesse social.

Art.56. Os símbolos nacionais, armas, munições, materiais pirotécnicos ou outros que possam ocasionar perigo ou transtorno serão inutilizados de acordo com a legislação e normas específicas.

DOS INVENTÁRIOS

Art.57. O inventário é o arrolamento de todos os bens e materiais de consumo existentes em estoque, que tem por finalidade:

- I. verificar a existência física dos bens e materiais;

- II. informar o estado de conservação dos bens e materiais;
- III. confirmar os agentes responsáveis pelos bens;
- IV. manter atualizados e conciliados os registros de material e de patrimônio;
- V. apurar a ocorrência de dano, extravio ou qualquer irregularidade;
- VI. subsidiar as tomadas de contas, indicando os saldos existentes em 31 de dezembro de cada ano.

Art.58. O inventário físico no âmbito da ABEAS, para verificação dos saldos de estoque nos almoxarifados, equipamentos e materiais permanentes em uso nas unidades administrativas, será:

- I. ANUAL: destinado a comprovar a quantidade e o valor dos bens patrimoniais e materiais de consumo existentes em estoque, do acervo de cada unidade gestora, em 31 de dezembro de cada exercício;
- II. TRIMESTRAL;
3. EVENTUAL: realizado em qualquer época por iniciativa dos Diretores Geral, Administrativo ou pela própria Supervisão de Material e Patrimônio.

Art.59. Com a finalidade de realizar os inventários de que trata o artigo anterior, bem como manter atualizados e conciliados os registros do sistema de administração patrimonial e os contábeis e subsidiar as tomadas de contas, poderá ser instituída uma Comissão Permanente de Inventário, a qual será composta por no mínimo 03 (três) membros, designados pelo Diretor Geral.

Parágrafo Único – Os membros das comissões de que se trata o caput serão designados até o dia 31 de março de cada ano, por um período de 01(um) ano.

Art.60.O inventário analítico é a verificação dos saldos, estado de conservação e localização dos bens e materiais existentes nas diversas unidades administrativas, bem como dos agentes por eles responsáveis, devendo ser todos elencados no artigo 27 desta Normatização.

Parágrafo Único – O inventário de que se trata o caput será realizado pela(s) Comissão(ões) Permanente(s) de Inventário, obedecendo os mesmos prazos fixados para realização do inventário físico anual, em conformidade com os §§ 1º e 2º do art.63, deste ato.

Art.61. A Supervisão de Material e Patrimônio, sem prejuízo de outras normas de controle dos sistemas competentes, poderá também utilizar como instrumento gerencial os seguintes inventários:

- I. ROTATIVO: que se consiste na conferência diária dos itens estocados, em parcelas, de modo que no período de um mês todo o estoque tenha sido conferido, com vista a manter efetivo controle dos estoques;
- II. POR AMOSTRAGEM: que consiste no levantamento em bases mensais de amostras de itens de material de um determinado grupo ou classe, e inferir os resultados para os demais itens do mesmo grupo de classe.
- III. INICIAL, DE EXTINÇÃO OU TRANSFORMAÇÃO: quando da criação, extinção ou transformação de unidades administrativas no âmbito da ABEAS, para identificação e registro de bens.

Art.62. As pendências decorrentes dos inventários de que tratam os artigos 58 e 61, deverão ser sanadas no prazo de 180 dias, a contar da verificação da ocorrência.

Art.63. A(s) Comissão(ões) Permanente(s) de Inventário deverá(ão), obrigatoriamente, realizar o inventário físico anual, mediante formalização de procedimento administrativo, no qual conterà também a verificação do estado de conservação dos bens e materiais, de forma a avaliar a gestão dos mesmos pelos agentes responsáveis, assim como evitar a permanência de material inservível ou ocioso nas unidades administrativas da ABEAS.

§ 1º. O prazo para conclusão processo do inventário físico anual, para fins de encerramento de exercício, será até o dia 15 de janeiro de cada ano, enquanto os demais seguirão os prazos fixados nos seus respectivos termos de autorização;

§ 2º. O inventário físico anual será encaminhado à Gerência de Apoio Contábil, a qual, após aprovação, encaminhará cópia do mesmo às Coordenações, que, por sua vez, o encaminharão aos Conselhos de Administração e Fiscal da ABEAS.

DA RESPONSABILIDADE DOS PROFISSIONAIS

Art.64. Todos os profissionais são responsáveis pelos bens que lhes são confiados, devendo observar, no seu manuseio, dentre outros cuidados necessários à guarda, localização, segurança e preservação, no que couber, aqueles constantes desta Normatização;

§ 1º. Todas as unidades administrativas deverão arquivar, em pasta própria, os termos de responsabilidade e de ocorrência, com a finalidade de manter o controle dos bens permanentes sob sua guarda e uso;

§ 2º. Todas as unidades administrativas deverão manter um controle de estoque dos materiais de consumo que lhes forem disponibilizados.

Art.65. Os profissionais serão chamados à responsabilidade pelo desaparecimento de bem ou material de consumo que lhes forem confiados para guarda e uso, bem como pelo dano que, dolosa ou culposamente, causarem, estejam ou não sob sua guarda.

Art.66. Qualquer irregularidade ocorrida com bem ou material será objeto de imediata comunicação formal, de maneira circunstanciada, por parte do profissional ou responsável da unidade administrativa ou por iniciativa da própria Supervisão de Material e Patrimônio.

§ 1º. Além da hipótese prevista no caput, imediatamente após a conclusão do inventário físico anual de que trata o artigo 58, inciso I, desta normatização, caso seja detectada a qualquer irregularidade, deverá ser procedida, em processo distinto, a apuração de responsabilidade objetivando a localização do bem desaparecido ou ressarcimento do valor correspondente;

§ 2º. Para efeito do disposto neste artigo considera-se irregularidade toda ocorrência que resulte em prejuízo a ABEAS, relativamente a bens e materiais de sua propriedade ou sob sua guarda.

Art.67. Independentemente das sanções administrativas e penais cabíveis, o profissional responsabilizado pela avaria ou desaparecimento de bem ou material deverá arcar com as despesas de recuperação, substituí-lo por outro com as mesmas características ou indenizar em dinheiro, pelo preço da avaliação, apurado pela Comissão Especial de Avaliação, o valor correspondente.

Parágrafo Único – As empresas prestadoras de serviço a ABEAS deverão indenizar o mesmo, em virtude de dano, furto ou extravio causados por seus empregados, direta ou indiretamente, com culpa ou dolo, mediante pagamento em parcela única.

Art.68. Para fins de apuração das irregularidades previstas nesta normatização, considera-se:

- I. profissional responsável: o profissional que se responsabiliza perante a ABEAS, assinando o respectivo termo e que, de forma direta ou indireta, pode propiciar ou facilitar a ocorrência da irregularidade;
- II. autor: o agente, inclusive o definido no inciso anterior, que praticou a irregularidade.

Art.69.O processo de responsabilidade deverá ter caráter sigiloso.

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art.70. Aos processos administrativos de alienação de materiais no âmbito da ABEAS aplicam-se, no que couber, as disposições da legislação pertinente em vigor.

Art.71. Fica vedada a utilização de qualquer recurso material, humano ou financeiro da ABEAS na manutenção de bens particulares, exceto aquele que se incluam nas hipóteses de cessão ou comodato.

Art.72. Todas as atividades inerentes ao registro e controle de bens patrimoniais de que trata este ato, serão transferidos automaticamente para a Supervisão de Material e Patrimônio.

Art.73.Os casos omissos serão resolvidos pela Diretoria Geral.

Art.74. Esta normatização entrará em vigor após aprovação pelo Conselho de Administração e publicação no órgão oficial de imprensa do Município de Goiânia-GO, revogando-se as disposições em contrário.

FÓRMULAS PARA RENOVAÇÃO E REPOSIÇÃO DE ESTOQUE

O acompanhamento dos níveis de estoque e as decisões de quando e quanto comprar deverão ocorrer em função da aplicação das fórmulas deste.

1.Os fatores de requerimento são definidos:

1.1. Consumo Médio Mensal (C). Média aritmética do consumo nos últimos 12 meses;

1.2. Tempo de Aquisição (T). Período decorrido entre a emissão do pedido de compra e o recebimento do material no almoxarifado (sempre relativo à unidade mês);

1.3. Intervalo de Aquisição (I). Período compreendido entre duas aquisições normais e sucessivas;

1.4. Estoque Mínimo ou de Segurança (Em). É a menor quantidade de material a ser mantida em estoque, capaz de atender a um consumo superior ao estimado para um certo período ou para atender à demanda normal em caso de atraso da entrega da nova aquisição. É aplicável tão somente aos itens indisponíveis aos serviços da unidade administrativa da ABEAS. Obtém-se multiplicando o consumo médio mensal por uma fração do tempo (f) de aquisição que deve, em princípio, variar de 0,25 de T a 0,50 de T;

1.5. Estoque Máximo (EM). A maior quantidade de material admissível em estoque, suficiente para o consumo em certo período, devendo-se considerar a área de armazenagem, disponibilidade financeira, imobilização de recursos, intervalo e tempo de aquisição, perecimento, obsolescência etc.

Obtém-se somando ao Estoque Mínimo o produto do Consumo Médio Mensal pelo Intervalo de Aquisição;

Ponto de Partida. (Pp). Nível de Estoque que, ao ser atingido, determina imediata emissão de um pedido de compra, visando a completar o Estoque Máximo.

Obtém-se somando ao Estoque Mínimo o produto do Consumo Médio Mensal pelo Tempo de Aquisição;

Quantidade a Ressuprir (Q). Número de unidades a adquirir para recompor o Estoque Máximo, obtém-se multiplicando o Consumo Médio Mensal pelo Intervalo de Aquisição.

2. As fórmulas aplicáveis à supervisão de Estoque são:

2.1. Consumo Médio Mensal. $C = \text{Consumo Anual} / 12$

2.2. Estoque Mínimo. $Em = C \times f$

2.3. Estoque Máximo. $EM = Em + C \times I$

2.4. Ponto de Partida. $Pp = Em + C \times T$

2.5. Quantidade a Ressuprir. $Q = C \times I$

3. Os parâmetros de revisão poderão ser redimensionados à vista dos resultados do controle e corrigidas as distorções porventura existentes nos estoques.

NORMAS DE SEGURANÇA PARA ARMAZENAGEM DE MATERIAL NO ALMOXARIFADO

I. Os princípios básicos para a organização do almoxarifado são os seguintes:

- a. um lugar para cada material e cada material em seu lugar;
- b. maximização da utilização do espaço; e
- c. garantia do maior nível de segurança.

II. O almoxarifado deverá observar as seguintes normas:

1. quanto ao armazenamento:

- a. os materiais devem ficar agrupados por classe, de forma a viabilizar sua rápida conferência, adotando-se um sistema de endereçamento físico, possibilitando sua localização;
- b. os materiais não devem ser armazenados em contato direto com o piso;
- c. as etiquetas na face da embalagem devem ficar voltadas para o lado avesso;
- d. os materiais de menor peso nas prateleiras de cima, os de maior nas prateleiras de baixo;
- e. os materiais mais solicitados à frente, os menos atrás;
- f. os materiais devem ser empilhados, se necessário, observando-se a segurança e as recomendações dos fabricantes;
- g. os materiais devem ser estocados em suas embalagens originais;
- h. os materiais mais solicitados próximos à área de expedição; e
- i. a reposição do estoque deve ser feita atrás do material já existente.

2. quanto à segurança:

- a. existência de extintores de incêndio, mangueira etc., nos tipos e quantidades necessárias, com fácil acesso e manutenção periódica;
- b. portas e janelas com instalações de segurança necessárias (grade, alarmes, trinco, cadeados, fechaduras etc.);
- c. proibição de entrada de pessoas estranhas ao local de guarda de materiais, a não ser em objeto de serviços;
- d. portas permanentemente trancadas e atendimento realizado por meio de balcão;
- e. existência de armários trancados para a guarda de materiais de pequeno volume e grande valor;
- f. instalações elétricas em perfeito estado de funcionamento;
- g. proibição de estoque de explosivos e inflamáveis (álcool, gasolina, gás, querosene etc.) no almoxarifado, junto a outros materiais, devendo ser observadas as normas de segurança expedidas pelos órgãos técnicos;
- h. arrumação do almoxarifado deve permitir a fácil circulação dentro de sua área, bem como acesso aos extintores e mangueiras de incêndio, por parte do pessoal especializado no combate a incêndios;
- i. colocação de placas indicativas de proibição de fumar no almoxarifado;
- j. proteção contra insetos e roedores; e
- k. reciclagem periódica dos servidores do setor em treinamento na área de medicina e segurança do trabalho e brigada de combate a incêndio.

3. quanto à movimentação:

- a. existência de meios de locomoção seguros para os materiais. Deve-se evitar a utilização de empregados de firmas prestadoras de serviço nos trabalhos específicos da Supervisão de Material e Patrimônio.

Além da Política descrita acima, também são adotados diversos Procedimentos Operacionais Padrão (POP's), bem como fluxos que poderão nortear a cadeia de suprimentos dentro da unidade, conforme exemplos relacionados abaixo, que poderão ser adequados conforme a realidade da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE:

Procedimento	
RECEBIMENTO E CONFERÊNCIA DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS	
Objetivo	
Estabelecer rotinas de recebimento, conferência, guarda e armazenamento, conservação e controle de materiais e medicamentos, de modo a facilitar e agilizar a dispensação dos mesmos e contribuir para o atendimento com qualidade.	
Local de Execução	Responsável pela Execução
Central de Abastecimento Farmacêutico -CAF	Farmacêuticos e Auxiliar de Almoxarifado
Cuidados Especiais	
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar o procedimento com calma e concentração, sem ceder à pressão do funcionário responsável pela entrega; • Não rasurar a 1° via do Documento de entrada (Nota fiscal, vale ou nota fiscal doação); • Toda observação necessária deve ser escrita na Ordem de fornecimento, que deverá ser assinada pelo funcionário; • Não receber item com prazo de validade inferior a 6 meses. Exceção deve ser verificada junto a chefia da Farmácia; • Não receber documento de entrada (Nota fiscal, vale ou nota fiscal doação) rasuradas ou ilegíveis. 	
Sequência do Procedimento	
<p>Utilizando o check list de recebimento deve-se adotar as seguintes ações:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verificar se a entrega é destinada da ABEAS ao setor de Farmácia ou a outro setor; • Verificar a existência de Ordem de Fornecimento. Em caso de negativa, procurar o executor administrativo ou o farmacêutico (que providenciará a ordem ou entrará em contato com o setor de compras da ABEAS para que a mesma seja providenciada); • Ao receber a entrega de medicamentos e/ou materiais, observar inicialmente o aspecto externo: integridade do produto e, se termolábeis, se estão com temperatura adequada. Em caso de negativa, rejeitar o recebimento; • Conferir Documento de entrada (Nota fiscal, vale ou nota fiscal doação) com a Ordem de fornecimento: dados do fornecedor; dados do receptor; especificações de cada item; quantidade; lote; validade; impressão de ID no documento de entrada; registro da ANVISA; • Após conferência, assinar na Ordem de fornecimento: o lote, a validade e a quantidade. No check list deve-se anotar: o nome do funcionário da Farmácia que recebeu a entrega; a data em que ocorreu a entrega, número da nota fiscal, número da ordem de 	

fornecimento, assim como todas as observações pertinentes. Carimbar, datar e assinar o canhoto do Documento de entrada e o conhecimento da transportadora que serve para comprovar o recebimento da mercadoria.

- Tirar xerox do Documento de entrada e da Ordem de fornecimento:
- Tirar uma xerox do Documento de entrada e colocá-los na pasta de entrada;
- Se a entrega for de medicamentos controlados: a guarda destas medicações deve ser realizada por um Farmacêutico do Setor no armário de controlados.

Ações Corretivas

- Em caso de suspeita de irregularidades (falsificação, violação, adulteração ou impróprios para o consumo) segregar o(s) item(ns) em local distinto e separado dos demais e notificar o Farmacêutico e demais colegas do setor;
- Em caso de qualquer divergência entre a Ordem de fornecimento e o Documento de entrada, procurar o farmacêutico e/ou o setor de compras da ABEAS para providenciar as devidas correções ou providenciar a recusa da entrega;

DIVERGÊNCIA ENTRE DESCRIÇÕES (Ordem de Fornecimento x Insumo)

- Notifique o Farmacêutico, imediatamente.

DIVERGÊNCIA ENTRE MARCA COTADA E RECEBIDA

- Notifique o Farmacêutico, imediatamente, e solicite carta de correção de marca.

DIVERGÊNCIA ENTRE QUANTIDADES

- Se vier quantidade menor no Documento de entrada do que na Ordem de Fornecimento, anote o correto, date e assine.
- Se vier quantidade maior no Documento de Entrada do que na Ordem de Fornecimento, separe e encaminhe para devolução.
- Se vier quantidade física real menor do que no Documento de Entrada, notifique o Farmacêutico.
- Se vier material e/ou medicamento discriminado no Documento de Entrada, porém sem entrega real, notifique o Farmacêutico.

DIVERGÊNCIA ENTRE VALORES UNITÁRIO E TOTAL DO ITEM

- Notifique o Farmacêutico, imediatamente.

DIVERGÊNCIA ENTRE O CNPJ (Plataforma de Compras X NF)

- Notifique imediatamente a chefia / Farmacêutico

Referências

- Resolução nº 357 de 2 de Abril de 2001 – Conselho Federal de Farmácia.
- RDC: nº 134 de 29 de Maio de 2003. Dispõe sobre adequação dos medicamentos já registrados.

- Portaria nº 344 de 12 de maio de 1988. Aprova o regulamento técnico sobre substância de medicamentos sujeitos a controle especial.
- Resolução nº 214, de 12 de dezembro de 2006. Dispõe sobre Boas Práticas de Manipulação de Medicamentos para Uso Humano em farmácias.

Procedimento	
REPOSIÇÃO DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS DOS ESTOQUES RESERVAS DAS CLÍNICAS	
Objetivo	
Manter o estoque de controlados da reserva dos setores com quantitativo suficiente para o atendimento das necessidades do setor.	
Local de Execução	Responsável pela Execução
Farmácia – Digitação Sala da Supervisão de Enfermagem	Farmacêuticos e técnicos de enfermagem
Recursos Necessários	
<ul style="list-style-type: none"> • Formulários de acréscimo; 	
Sequência do Procedimento	
<ul style="list-style-type: none"> • Enfermeira do setor: providenciar os atendimentos de medicamentos controlados, conforme solicitação médica, retirando o que for necessário do estoque de reserva. • Providenciar junto ao médico, após o atendimento, a confecção do acréscimo, contendo os itens efetivamente utilizados. • Deixar o formulário de acréscimo junto à caixa de reserva de medicamentos controlados, no local previamente estabelecido, com acesso restrito. A reposição deste estoque não deverá ser realizada pelo setor de Dispensação da Farmácia (DOSE). • Funcionário da Farmácia do controle de psicotrópicos: ir periodicamente às clínicas e realizar a conferência dos estoques, bem como dos acréscimos. • Realizar na Farmácia a saída dos medicamentos conforme os acréscimos por paciente e a transferência dos itens movimentados para reposição, no sistema de controle de estoques (MV). • Funcionário da Farmácia: providenciar a reposição dos itens utilizados, para completar os estoques conforme quantitativos estabelecidos, e solicitar a conferência por parte da enfermagem para os itens que estão sendo repostos. • As requisições atendidas serão arquivadas 	
Ações Corretivas	

- Caso seja observada a falta de acréscimos para medicamentos que tenham sido retirados da reserva, a enfermeira do serviço deverá ser notificada para que providencie os mesmos juntos ao médico. Não serão repostos medicamentos sem os respectivos acréscimos.
- Caso tenha havido reposição inadvertida por atendimento realizado pela Dispensação da Farmácia (DOSE), o serviço de controlados deverá fazer o rastreamento do ocorrido, e realizar as devidas correções no sistema. O fato deverá ser notificado aos enfermeiros do setor e aos farmacêuticos, a fim de evitar novas ocorrências.

Procedimento	
RECOLHIMENTO DE PRODUTOS COM PROBLEMAS	
Objetivo	
Garantir que os produtos farmacêuticos que estejam suspeitos de causar problemas à saúde ou com irregularidades na comercialização sejam retirados de circulação..	
Local de Execução	Responsável pela Execução
Farmácia - Dose	Farmacêuticos e técnicos de enfermagem
Recursos Necessários	
<ul style="list-style-type: none"> • Ficha de identificação de produto interdito; • Formulário de notificação de suspeita de reação adversa • Queixa técnica a medicamento. 	
Cuidados Especiais	
<ul style="list-style-type: none"> • Observar sempre as embalagens antes de abrir; • O destino a ser dado ao produto com problemas dependerá da recomendação da ANVISA. (Devolução, destruição, etc.) 	
Sequência do Procedimento	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Farmácia: proceder ao recolhimento do produto, sempre que chegar ao conhecimento do profissional Farmacêutico que um determinado produto farmacêutico (medicamento ou material) está apresentando alguma irregularidade em sua comercialização e /ou esteja causando danos à saúde; 2. Recolher todas as unidades do produto pertencente ao lote suspeito que estejam nas dependências da farmácia e as que já tenham sido dispensadas para outros setores; 3. Recolher as unidades destes itens em desconformidade que forem rastreadas e colocar em local próprio (separado dos demais), no almoxarifado da farmácia, devendo ser identificadas com os dizeres "Produto Interditado"; 	

4. Manter o registro da conduta que foi tomada para referência e comprovação perante os órgãos responsáveis, de que o produto foi retirado de circulação;
5. Proceder à retirada do produto do sistema de controle de estoque (Sistema MV).

Procedimento	
ENTRADA, PROCESSAMENTO E CONTROLE DE NOTAS FISCAIS	
Objetivo	
Estabelecer rotinas de fluxo de processo, lançamento e controle de notas fiscais de materiais e medicamentos, de forma a garantir adequada organização para o arquivamento, rastreamento e pagamento ao fornecedor, com eficiência e qualidade.	
Local de Execução	Responsável pela Execução
Central de Abastecimento Farmacêutico - CAF	Executor Administrativo; Auxiliar administrativo; Agente de processamento; Farmacêutico.
Recursos Necessários	
<ul style="list-style-type: none"> • Computador com acesso ao sistema; Grampeador; Acesso ao programa de controle de protocolo de notas fiscais; Carimbo específico; Calculadora; Impressora. 	
Cuidados Especiais	
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar o procedimento com calma e concentração, para minimizar a possibilidade de erros. 	
Sequência do Procedimento	
<p>FLUXO DE PROCESSO - ENTRADA NO SISTEMA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Após finalizar procedimento de recebimento e conferência de materiais e medicamentos (POP CAF 006), encaminhar o documento para o lançamento dos produtos no sistema; • Gerar o relatório de entrada assinar e anotar o código de lançamento gerado pelo sistema; <p>PROCESSAMENTO</p> <p>Grampear documentações de processamento na seguinte ordem: 1ªVia que será encaminhada a ABEAS – nota fiscal original + relatório de entrada gerado e assinado + cópia da ordem de fornecimento + boleto bancário; 2ªVia da CAF – cópia da nota fiscal + cópia da ordem de fornecimento + relatório de entrada gerado e assinado + laudo de qualidade (quando disponível), (Colocar na pasta “Documentos a Conferir”).</p> <p>ATESTES DE DOCUMENTOS</p>	

- Verificar no Documento de Entrada:

- N° do documento de entrada;
- Natureza da operação;
- Nome e Razão social do destinatário;
- Data de emissão do documento de entrada;
- Data da entrega;
- Data da duplicata (N° de parcelas, vencimento e valor);
- Valor do frete;
- Valor total do documento de entrada;
- Verificar o boleto bancário (Dados do Emitente, Dados do Destinatário, data de vencimento, valor do boleto);
- Conferir material e/ou medicamento confrontando a descrição do item com a ordem de fornecimento e o Documento de Entrada, verificando: se descrição completa da ordem de fornecimento está em acordo com a descrição do Documento de Entrada, se a marca do item entregue é igual ao cotado, informações adicionais, valor unitário, quantidade entregue e valor total do item.

- No Relatório de Entrada verificar:

- Nome do fornecedor;
- Tipo;
- Série;
- Responsável pelo lançamento do documento de entrada no sistema;
- Duplicata (Parcela, vencimento e valor);
- Produtos lançados (Descrição, unidade, quantidade, valor unitário, valor total do item, valor total dos produtos, lote e validade);
- Carimbe e assine.

PROTOCOLO

O Documento de entrada, 1° via - ABEAS é colocado na pasta: PRIMEIRA VIA A ABEAS. O mesmo será protocolado em programa específico (programa de protocolo de notas). Serão impressos dois relatórios, encaminhados à Diretoria Administrativa para ciência e enviados a ABEAS, para pagamento ao fornecedor.

O Documento de Entrada, 2° via – CAF fica disponível em pasta própria para coleta de dados dos indicadores, onde posteriormente é arquivada.

Ações Corretivas

- Qualquer informação divergente entre todos os dados avaliados e conferidos, tanto no Documento de Entrada, Ordem de Fornecimento quanto no Relatório de Entrada devem ser listados e resolvidos pelo Farmacêutico, antes de finalizar o ateste de nota fiscal;
- Dúvidas em relação ao recebimento de produto, consulte o Farmacêutico;
- Ao receber algum Documento de Entrada com discriminação de frete, ligar no Departamento de compras para as devidas orientações.

Procedimento	
PENDÊNCIA DE NOTAS FISCAIS, DEVOLUÇÃO DE MERCADORIA E COBRANÇA JUNTO AO FORNECEDOR	
Objetivo	
Solucionar pendências de notas fiscais (entrega, descrição e quantidade erradas) e otimizar o processo de devolução de mercadorias, bem como fortalecer o procedimento de cobrança de resolução junto ao fornecedor.	
Local de Execução	Responsável pela Execução
Central de Abastecimento Farmacêutico - CAF	Farmacêutico Auxiliar Administrativo
Recursos Necessários	
<ul style="list-style-type: none"> • Caneta; Linha telefônica liberada para interurbanos; Acesso ao e-mail 	
Cuidados Especiais	
<ul style="list-style-type: none"> • Criar um histórico do fornecedor para resguardar a Divisão de Farmácia em caso de protesto de notas fiscais; • Padronizar as informações do corpo do e-mail: • E-mail do fornecedor; • Cópia: Supervisão de Farmácia; Divisão de Farmácia, Setor de Compras, Fornecedor; • Assunto: PROBLEMA, N° DA NOTA FISCAL, FORNECEDOR (CAPS LOOK); • Corpo do e-mail: Saudação (Bom dia, boa tarde, boa noite); nome do fornecedor; dados na nota fiscal, descrição sucinta do problema/pendência, solução, obrigado, atentamente e a assinatura do responsável. 	
Sequência do Procedimento	
<ul style="list-style-type: none"> • Descobrir alguma pendência, separar, segregar em pasta específica -pendências de notas fiscais- e notificar o Auxiliar Administrativo, no ato do recebimento de materiais e medicamentos; 	

- Afixar na nota fiscal descritivo da pendência (qual o tipo de pendência);
- Entrar em contato com o fornecedor via telefone;
- Formalizar a queixa via e-mail;
- Imprimir e anexar o e-mail junto à nota fiscal original;
- Aguardar resposta do fornecedor (o tempo de espera para resposta, após o primeiro contato com o fornecedor será de 48 horas// Para os demais contatos o tempo de cobrança será de 24 horas);
- Acompanhar a resolução das pendências

Procedimento	
PEDIDO MENSAL DE INSUMOS FARMACÊUTICOS	
Objetivo	
Abastecer a Unidade com todos os insumos farmacêuticos necessários, mantendo o controle entre oferta e demanda.	
Local de Execução	Responsável pela Execução
Setor de farmácia	Supervisor de farmácia
Recursos Necessários	
<ul style="list-style-type: none"> • Análise cuidadosa do estoque físico e virtual atual, principalmente dos itens que ocupam grande volume para solicitar agendamento parcelado. 	
Sequência do Procedimento	
<ul style="list-style-type: none"> • O pedido deve ser entregue no primeiro dia útil do mês após aprovação da compra e de acordo com cronograma do setor de compras; • Na semana que antecede a entrega do pedido mensal, inicia-se a elaboração do mesmo; • De posse do relatório impresso, com estoque atual dos itens no sistema INFORMATIZADO, é realizada conferência entre a quantidade constante no relatório e a quantidade constante nos estoques físicos de cada item da CAF, (Central de Abastecimento Farmacêutico) e possíveis anexos existentes; • Elabora-se o Pedido Mensal na planilha estipulando o quantitativo para cada item com base no estoque atual e a meta de consumo; • É realizada a “limpeza” da planilha, deixando somente os itens com quantitativos a serem adquiridos; • Faz-se a conferência do pedido realizado na planilha e depois lança-o no sistema INFORMATIZADO; • Após feito o pedido pelo sistema, gera-se os números dos pedidos e faz -se nova conferência de digitação de cada item; 	

<ul style="list-style-type: none"> • Depois de elaborado o pedido na planilha; gerado o número no sistema INFORMATIZADO, • Por fim encaminha o Pedido Mensal por e-mail, às Diretorias com cópias para o setor de compras e Farmácia.
Ações Corretivas
<ul style="list-style-type: none"> • Caso houver alguma retificação, informar imediatamente ao setor de compras e também à Diretoria
Referências
<ul style="list-style-type: none"> • Inventário de Estoque atual e pedido anterior.

Procedimento	
PEDIDO DE COMPRA EMERGENCIAL	
Objetivo	
Realizar pedido de compra extraordinária de item não padronizado e item padronizado, mas que apresentou consumo inesperado.	
Local de Execução	Responsável pela Execução
Setor de farmácia	Supervisor de farmácia e executor
Recursos Necessários	
<ul style="list-style-type: none"> • Relatório Médico; Computador com acesso no sistema informatizado; Scanner; Internet. 	
Cuidados especiais	
<ul style="list-style-type: none"> • O relatório médico deve obrigatoriamente conter os dados do paciente, data do dia em que foi realizado o relatório, patologia do paciente, tempo estimado de tratamento, quantidade do item a ser adquirido, carimbo e assinatura do médico e também do staff. 	
Sequência do Procedimento	
<ul style="list-style-type: none"> • Ao receber prescrição contendo item não padronizado ou ao ser detectado item padronizado, mas que apresentou consumo inesperado inicia-se o processo de compra emergencial; <p>Item não for Padronizado:</p> <p>A chefia da Farmácia recebe o relatório médico com as informações necessárias, scanea o relatório e solicita, por email, avaliação técnica prévia para a diretoria-geral e/ou diretoria técnica; Se parecer favorável, a chefia da Farmácia realiza pedido via MV, e remete o pedido ao setor de compras da ABEAS; Se parecer desfavorável, a diretoria responsável pelo parecer deve avisar ao médico solicitante os motivos da negativa.</p> <p>Após realizar o pedido emergencial, o relatório original deve ser arquivado na pasta destinada para este fim;</p> <p>Item padronizado, mas que apresentou consumo inesperado:</p>	

O farmacêutico da Dispensação/Dose da CAF ou do controle de psicotrópicos deve avisar imediatamente a chefia da farmácia para que seja realizado o pedido de compra emergencial via sistema MV acompanhado de justificativa da chefia da Farmácia.

Referências

- Lista de itens padronizados.

Procedimento	
LIMPEZA E ORGANIZAÇÃO DO MOBILIÁRIO DA SALA DE DISPENSAÇÃO	
Objetivo	
Determinar a forma como cada mobiliário da sala de dispensação deve ser limpo, de forma a manter o local adequadamente organizado.	
Local de Execução	Responsável pela Execução
Farmácia e Farmácias Satélites	Serviços Gerais
Recursos Necessários	
<ul style="list-style-type: none"> • Panos de limpeza; Álcool 70%. 	
Cuidados especiais	
<ul style="list-style-type: none"> • Iniciar somente o quantitativo de trabalho que possa ser finalizado no mesmo dia, para não deixar materiais fora do lugar; • Não utilizar detergente; • Ser cuidadoso com os bens para que as etiquetas não sejam arrancadas. 	
Sequência do Procedimento	
<ul style="list-style-type: none"> • Geladeira: • Farmacêutico e Auxiliares: Desligar (quando necessário) no final do expediente à tarde e ser limpa na manhã seguinte; • Retirar todos os medicamentos da geladeira e colocá-los em caixas de isopor com gelox; • Religar a geladeira após a limpeza, com a temperatura estabilizada guardar os medicamentos. • Verificar se existem medicamentos vencidos, ao repor os medicamentos; • Observar a posição do termômetro, que não deve ficar em contato com as paredes da geladeira, e nem encoberto por medicamentos; • Armário de medicamentos, medicamentos controlados e materiais: 	

<ul style="list-style-type: none"> • Limpar os bins e prateleiras com álcool 70%; • Verificar se existem medicamentos vencidos, ou que precisam de troca de embalagem e/ou etiqueta. • Dispor todos os itens de forma que o consumo seja em ordem cronológica de validade, ou seja, os itens que irão vencer primeiro devem estar na frente e assim sucessivamente.
Ações Corretivas
Se a temperatura da geladeira não estabilizar, avisar o fato para a chefia da Farmácia para que sejam tomadas as providências cabíveis.

Procedimento	
AUDITORIA DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS COM PRAZO DE VALIDADE PRÓXIMO, BAIXA DE ESTOQUE E INCINERAÇÃO	
Objetivo	
Observar a existência em estoque de materiais e medicamentos que estejam com o prazo de validade próximo do vencimento para segregação, baixa de estoque e encaminhamento à empresa de incineração.	
Local de Execução	Responsável pela Execução
Central de Abastecimento Farmacêutico – CAF e Dispensação e Farmácias Satélites	Farmacêutico Auxiliar Administrativo
Recursos Necessários	
<ul style="list-style-type: none"> • Relatório de produtos com prazos de validade expirada (Informatizado) • Relatório de baixa de produtos (Informatizado) • Relatório de identificação de produtos vencidos p/ incineração (planilha XLS). 	
Cuidados especiais	
<ul style="list-style-type: none"> • Verificar mensalmente a validade de todos os materiais e medicamentos, evitando assim, a dispensação de produtos vencidos. • Verificar na Dispensação e Farmácias Satélites quais as medicações estão com o vencimento próximo, pois em alguns casos podem ser tomara ações no intuito de se evitar este vencimento. 	
Sequência do Procedimento	

<p>o Farmacêutico/Auxiliar Administrativo: gerar e imprimir todo dia 25 de cada mês, o relatório de produtos com prazos de validade, referente ao mês corrente; de posse deste relatório o Farmacêutico verifica se há no estoque físico medicamento e/ou material vencido; recolhe e segrega os itens (verificando a descrição, lote, validade e quantidade);</p> <p>o Farmacêutico/Auxiliar Administrativo: efetuar a baixa destes produtos no estoque virtual (sistema) e gerar o relatório baixa de produtos, justificar, assinar, carimbar este relatório e arquivar em pasta específica, após segregação em local específico e identificado (armário de vencidos);</p> <p>o Preencher relatório de identificação de produtos vencidos para incineração (planilha XLS); Imprimir 3(três) vias; Assinar e carimbar.</p> <p>o Encaminhar à Diretoria Administrativa uma CI com os medicamentos a serem incinerados e o relatório emitido pelo sistema Informatizado – Relatório Baixa de Produtos do Estoque com as devidas justificativas.</p> <p>o Aguardar recolhimento da empresa; encaminhar 1°. Via – arquivo; 2°. Via – empresa; 3°.Via – CCIH;</p> <p>o Farmacêutico/Auxiliar Administrativo: gerar e imprimir todo dia 1°. de cada mês o relatório produto com prazo de validade, referente aos próximos noventa dias.</p> <p>o Farmacêutico: verificar de posse do relatório, quais medicamentos e materiais vencerão neste período e se há carta de comprometimento por parte do fornecedor ou a possibilidade de alguma ação visando evitar este vencimento.</p> <p>o Se positivo, retirar e segregar a mercadoria e notificar o fornecedor via e-mail e telefone para busca e recolhimento;</p> <p>o Se negativo, e se possível encaminhar aos vários setores do hospital para consumo.</p>
Ações Corretivas
Detectado algum medicamento e/ou material cujo prazo de validade tenha expirado ou esteja próximo do vencimento, retirar, segregar, identificar e encaminhar ao Farmacêutico para as devidas providências e baixas.
Referências
<ul style="list-style-type: none"> • Resolução RDC n°. 306, de 7 de dezembro de 2004. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.

Procedimento	
REPOSIÇÃO E CONFERÊNCIA DE VALIDADE DOS MATERIAIS E MEDICAMENTOS DOS CARRINHOS DE EMERGÊNCIA	
Objetivo	
Conferir a validade e manter abastecidos os carrinhos de emergência, de forma que materiais e medicamentos estejam disponíveis no momento em que se fizerem necessários.	
Local de Execução	Responsável pela Execução

Carrinhos de emergência	Profissionais da Farmácia
Recursos Necessários	
<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos; Materiais; Relação de materiais e medicamentos dos carrinhos em formulário próprio. 	
Cuidados especiais	
<ul style="list-style-type: none"> • Atenção ao fazer; • Cada carrinho de emergência é montado com um quantitativo de materiais e medicamentos estabelecidos pela farmácia e enfermagem. 	
Sequência do Procedimento	
<ul style="list-style-type: none"> • Verificar o prazo de validade de todos os medicamentos e materiais padronizados nos carrinhos de emergência, onde o insumo com prazo de validade menor do que 90 dias serão retirados e repostos pela farmácia; • A farmácia faz apenas a conferência das datas de validade; • A reposição dos insumos após consumo é de responsabilidade da enfermagem; • Após, lacra-se os carrinhos anotando o referido número em formulário próprio 	
Ações Corretivas	
No caso de emergência, são retiradas pela enfermagem, materiais e medicamentos necessários para o atendimento do paciente	

Procedimento	
DISPENSAÇÃO DE MATERIAIS MÉDICOS HOSPITALARES E MEDICAMENTOS DE USO COLETIVO	
Objetivo	
Fornecer materiais médico-hospitalares e medicamentos necessários ao abastecimento das unidades	
Local de Execução	Responsável pela Execução
Farmácia – Dispensação e CAF	Profissionais da Farmácia
Recursos Necessários	
<ul style="list-style-type: none"> • Solicitação realizada no Informatizado; Materiais médico-hospitalares; Medicamentos de uso coletivos. 	
Cuidados especiais	
<ul style="list-style-type: none"> • Não dispensar em requisição de materiais, medicamentos e materiais que só podem ser solicitados em prescrição médica ou solicitação em nome do paciente. 	

<ul style="list-style-type: none"> • Não atender solicitações de unidades que tenham Farmácia Satélite.
Sequência do Procedimento
<ul style="list-style-type: none"> • Clínicas/Setores: Executar a requisição de materiais e notificar à Farmácia no início de cada plantão; • Funcionário da Farmácia: separar os itens da requisição colocando-os nos carrinhos de reposição. Anotar à medida que for feito o atendimento, as quantidades atendidas e informar o que estiver em falta; • Funcionário da Clínica: conferir o material que está recebendo e assinar a requisição; • Funcionários das Clínicas: trazer os frascos vazios para efetuar a troca apenas do item "TIRA TESTE".
Ações Corretivas
<ul style="list-style-type: none"> • Poderão ser atendidos, eventualmente, alguns itens urgentes e que estiverem em falta em uma das Clínicas, ficando o restante para ser separado depois.

Procedimento	
ABASTECIMENTO DO SETOR DE DISPENSAÇÃO	
Objetivo	
Abastecer os bins do setor de dispensação de forma que os materiais e medicamentos sejam suficientes para o atendimento das prescrições e solicitações.	
Local de Execução	Responsável pela Execução
Farmácia – Dispensação e Farmácias satélites	Profissionais da Farmácia
Recursos Necessários	
<ul style="list-style-type: none"> • Formulários de requisição de medicamentos e correlatos e sistema Informatizado. 	
Cuidados especiais	
<ul style="list-style-type: none"> • Não se aplica. 	
Sequência do Procedimento	
<ul style="list-style-type: none"> • Diariamente, no período matutino (até as 09:00) ,o farmacêutico deverá fazer o levantamento dos quantitativos de medicamentos e materiais necessários para o abastecimento dos bins. • Utilizar formulário com média de consumo como roteiro para solicitação dos insumos; • Solicitar os itens a CAF através do Informatizado; 	

<ul style="list-style-type: none"> • Ao receber os medicamentos e materiais enviados pelo almoxarifado, os mesmos deverão ser conferidos, etiquetados e guardados em seus respectivos locais.
Ações Corretivas
Comunicar ao Setor de Farmácia sobre a falta de quaisquer insumo.

Procedimento	
REPOSIÇÃO DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS DO ESTOQUE DE RESERVA DO APOIO E DIAGNÓTICO	
Objetivo	
Manter o estoque de controlados da reserva do apoio e diagnóstico com quantitativo suficiente para o atendimento das necessidades do setor.	
Local de Execução	Responsável pela Execução
Farmácia – Digitação Sala da Supervisão de Enfermagem do apoio e diagnóstico	Farmacêuticos e técnicos de enfermagem
Recursos Necessários	
<ul style="list-style-type: none"> • Formulários de requisição de medicamentos e correlatos e sistema Informatizado. 	
Cuidados especiais	
<ul style="list-style-type: none"> • Notificações de receita 	
Sequência do Procedimento	
<ul style="list-style-type: none"> • Enfermeira do setor: providenciar os atendimentos de medicamentos controlados, conforme solicitação médica, retirando o que for necessário do estoque de reserva; • Providenciar junto ao médico, após o atendimento, a confecção das notificações de receita, contendo os itens efetivamente utilizados; • Enfermeira após conferência do quantitativo remanescente, entra em contato com a Farmácia informando o estoque atual e trazendo as notificações para a reposição. • Um funcionário da Farmácia e do controle de psicotrópicos: Confere as notificações e faz as respectivas saídas para o setor, pelo sistema Informatizado. • Funcionário da Farmácia: providenciar a reposição dos itens utilizados através do sistema Informatizado, para completar os estoques conforme quantitativos estabelecidos, e solicitar a conferência por parte da enfermagem para os itens que estão sendo repostos; • Arquivar as requisições atendidas. 	
Ações Corretivas	

• Caso seja observada a falta de notificações para medicamentos que tenham sido retirados da reserva, a enfermeira do serviço deverá ser notificada para que providencie os mesmos junto ao médico. Não serão repostos medicamentos sem os respectivos acréscimos.

Procedimento	
SOLICITAÇÃO DE PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS FARMACÊUTICOS	
Objetivo	
Atender às necessidades dos setores	
Local de Execução	Responsável pela Execução
Sala da Supervisão de Farmácia	Supervisor da Farmácia
Recursos Necessários	
Formulário de Solicitação de Padronização de medicamento; Formulário de padronização de insumos Farmacêuticos.	
Cuidados especiais	
<ul style="list-style-type: none"> • Não direcionar marca de produto 	
Sequência do Procedimento	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Solicitante interessado: entrar em contato com a supervisão da Farmácia e solicitar formulário de padronização de medicamento e insumos farmacêuticos. O formulário deverá ser assinado pela chefia do setor ou chefe da especialidade; 2. Farmácia: receber e remeter à presidente da comissão de farmácia e terapêutica para que seja protocolado e analisado pela comissão; 3. Farmácia: receber e solicitar avaliação e assinatura da diretoria técnica para que o item seja padronizado e para que a Farmácia possa incluir o item na planilha de itens padronizados; 4. Arquivar o formulário de padronização de insumos farmacêuticos no setor de Farmácia. 	
Ações Corretivas	
<ul style="list-style-type: none"> • O formulário que não estiver devidamente preenchido deverá ser devolvido. 	

Procedimento	
GUARDA E ESTOCAGEM DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS	
Objetivo	
Estabelecer rotinas de guarda, armazenamento, conservação e controle de materiais e medicamentos.	

Local de Execução	Responsável pela Execução
Central de Abastecimento Farmacêutico - CAF	Farmacêutico/Auxiliar de almoxarifado
Recursos Necessários	
<ul style="list-style-type: none"> • Papel; Pincel atômico; Fita crepe; Fita adesiva; Porta-pallets. 	
Cuidados especiais	
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar o procedimento com calma e concentração; • Cuidado com a ergonomia no manuseio de caixas pesadas; • Verificar se não há rasgo, furo, vazamento da embalagem do item antes de guardar; • Nenhum item pode ser movimentado, guardado, dispensado, jogado fora, antes da liberação oficial da CAF ou antes da movimentação no sistema (qualquer dúvida procurar o farmacêutico); • Qualquer discrepância entre o estoque físico e o virtual deve ser informada imediatamente; • A estocagem nunca deve ser feita diretamente em contato com o solo/chão e sem contato com a luz solar direta; • A área de estocagem deve ser livre de sujidades, pó, lixo, roedores, aves e insetos e quaisquer animais; • Manter as prateleiras, porta-pallets, estantes, armários e geladeiras sempre limpos, livres de sujidades, bem como livres de caixas e/ou embalagens vazias; • A distância mínima entre os porta-pallets, paredes, inclusive o teto é de 0,6 metros; • Embalagens parcialmente abertas devem ser deixadas na frente para serem usadas primeiro; • Itens que vencerão primeiro devem ser deixadas a frente; • Uma vez por mês, deverá ser impresso no sistema o relatório de vencidos; • Se for um item novo, (1ª aquisição), antes de guardar identificar o local de guarda com especificação correta cadastrada no sistema; • Se a quantidade a ser guardada não couber no espaço reservado para este item (afixar informação de onde o restante do item será guardado) e guardar o restante em outro local do almoxarifado, sempre identificando o restante do item com nome, lote, validade, volume guardado. 	
Sequência do Procedimento	
<p>1. Verificar o local correto de guarda de cada item: comprimidos, injetáveis, materiais, grandes volumes (soros, solução para hemodiálise, água para injeção, compressas, equipamentos, fraldas, etc) ,termoláveis; se for um item novo, antes de guardar identificar o local de guarda com especificação correta cadastrada no sistema.</p>	
Ações Corretivas	

<ul style="list-style-type: none"> Os refrigeradores devem ser aproveitados também para a produção de gelo, a ser utilizado na remessa dos produtos e para a segurança do próprio equipamento e dos produtos que ele contém, numa eventual falha do seu sistema interno de resfriamento ou queda do fornecimento de energia. 	
Referências	
<ul style="list-style-type: none"> Valery, Pedro Paulo Trigo. Boas práticas para estocagem de medicamentos. -Brasília: Central de Medicamentos, 1989,p.22; Farm. Bras. Ved. Capítulo IV – Generalidade; 	
Procedimento	
AVALIAÇÃO DE FORNECEDORES	
Objetivo	
Acompanhar o desempenho dos fornecedores que fazem entregas de insumos a Central de Abastecimento Farmacêutica, visando a melhoria deste serviço através da análise de alguns critérios essenciais desta rotina.	
Local de Execução	Responsável pela Execução
Farmácia, Almoxarifado e Executores de Contrato	Profissionais e Executores de Contrato
Recursos Necessários	
<ul style="list-style-type: none"> Check list de recebimento; Política de Qualificação do fornecedor; Sistema informatizado; Ordem e Compra; Relatório de compra 	
Cuidados Especiais	
<ul style="list-style-type: none"> Observar atentamente os critérios descritos no check-list no momento exato do recebimento dos insumos; Para cada Nota Fiscal deve-se preencher o Check-list. 	
Sequência do Procedimento	
<ul style="list-style-type: none"> Preencher o Check-list no momento do recebimento dos itens, de acordo com o cumprimento ou não dos critérios estabelecidos; Na conclusão da entrada da Nota Fiscal no sistema, abre-se uma tela de avaliação de fornecedor que deve ser preenchida de acordo com as observações existentes no Check-list; Ao final de cada processo de compra analisa-se o desempenho de cada fornecedor, para eventuais notificações ao mesmo ou algum outro setor responsável quando assim se fizer necessário. 	

Procedimento	
INVENTÁRIO	
Objetivo	

Realizar contagens trimestrais de todos os insumos alocados, com o intuito de se analisar possíveis divergências e estruturar melhorias na rotina para mitigá-los.	
Local de Execução	Responsável pela Execução
Farmácia e Almoarifado	<ul style="list-style-type: none"> • Profissionais • Profissionais da Comissão de Inventário
Recursos Necessários	
<ul style="list-style-type: none"> • Relatório Sistema informatizado; Caneta /Lápis; Calculadora. 	
Cuidados Especiais	
<ul style="list-style-type: none"> • Observar se há produtos segregados; • Verificar se existem Notas Fiscais aguardando dar entrada; • Verificar os diversos locais de armazenagem (estoques flutuantes). 	
Sequência do Procedimento	
<ul style="list-style-type: none"> • Emissão do relatório de contagem através do Sistema informatizado (Conferência de Lote) por Classe de produtos; • Execução da 1ª contagem (observando-se os diversos lote/validade fazendo as anotações de quantidade para cada um deles respectivamente); • Execução da 2ª contagem (observando-se os diversos lote/validade fazendo as anotações de quantidade para cada um deles respectivamente); • Se houverem divergências entre a 1ª e 2ª contagens, é realizada a 3ª contagem para a checagem, pelo supervisor do inventário; • São realizadas as análises e feito o lançamento no Sistema informatizado <p>Para se processar o lançamento devemos:</p> <p>1º Realizar a “Abertura do Inventário”, no Sistema informatizado, digitando os itens contados e salvar</p> <p>2º Abrir a “Contagem de Produtos” através do número gerado na abertura. Digitar cada produto com seus respectivos lotes/validade e quantidades.</p> <p>3º Fechar o inventário através da “Geração de Inventário”</p> <p>4. Imprimir o relatório de “Divergência de Contagem” para as análises finais.</p>	

Obs.: Acima são alguns exemplos de POP'S adotados pela farmácia em casos de abastecimento de unidades, passíveis de serem adaptados e personalizados, bem como

criados diversos outros, conforme particularidades da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE.

2.5.3.4. Rotinas para Administração Financeira

Módulo: Faturamento SUS

O módulo de Faturamento SUS foi idealizado para substituir os sistemas fornecidos pelo DATASUS, facilitando e agilizando o processo de faturamento. Totalmente integrado com os outros módulos do sistema e sempre atualizado com as últimas novidades do DATASUS, permite faturamento sem perdas e glosas ajudando o aumento da receita.

Módulo: Estoque, Farmácia e Nutrição

O módulo de Estoque permite o controle total do estoque, iniciando com o cadastramento dos itens de forma estruturada (grupo/subgrupo farmacológico, princípio ativo, nome comercial e fração) e registrando todas as movimentações do estoque com total rastreabilidade de lotes/validades através da utilização de código de barras.

Módulo: Compras

O módulo de compras funcionará integrado com o Módulo de Estoque/Farmácia, recebendo a requisição gerada por ele e permitindo a montagem de planilhas de cotação, geração de ficha para cotação do fornecedor (via fax ou e-mail) ou a digitação direta pelo fornecedor (em site de internet), geração da ordem de compra e acompanhamento das entregas. Serve tanto para instituições privadas como públicas, já quem também conta com todo o processo licitatório de acordo com as leis atuais.

Módulo: Gerencial / BI / Portal

O módulo Gerencial foi concebido visando a informação imediata e integrada de diversas informações alimentadas em todo sistema. A ideia é proporcionar consultas, relatórios e gráficos com “um clique” para rápida tomada de decisão dos gestores. A sua

implantação é sempre acompanhada de uma parametrização para adequar as informações às necessidades administrativas de cada instituição e permitir a Comissão de Acompanhamento e Fiscalização (CAF) acessar via Internet (WEB) o mesmo.

Módulo: Financeiro

O módulo Financeiro foi desenvolvido totalmente integrado com os demais módulos. A partir dele é possível controlar, além do tradicional contas a pagar e receber, fluxo de caixa e contas correntes, os recebimentos de glosas e recursos do faturamento, os atrasos de entrega de NF dos estoques, previsão orçamentária, custos e demais itens inerentes à uma gestão financeira.

Módulo: Custos

O módulo de Custos permite a avaliação dos custos por centro de custo, permitindo análise de rentabilidade de cada um deles e gerando informações para visualização dos custos por paciente, procedimento, médico, especialidade, etc. Toda a parametrização é feita pelo usuário que têm liberdade de utilizar os critérios de acordo com as decisões da administração.

Módulo: Manutenção

O módulo de Manutenção permitirá controlar as ações realizadas pelo Departamento de Manutenção, seja através de alertas sobre manutenções preventivas (integrado com o módulo de Patrimônio) seja pelo acompanhamento das ordens de serviço (internas e externas) da manutenção.

Módulo: Patrimônio

O módulo de Patrimônio auxiliará no controle de cadastramento, localização, inventário e depreciação patrimonial. Além disso, integrado com o módulo de Manutenção, permite o controle dos gastos, manutenções preventivas e corretivas realizadas no bem.

Todas as rotinas de Administração Financeira estão subordinadas à Diretoria Administrativa Financeira, e destina-se a gerenciar e responder pelas atividades inerentes aos Serviços de: Faturamento e Orçamento e Custos, observando normas, rotinas e diretrizes técnico-administrativas institucionais para a realização dos trabalhos.

A Administração Financeira está ligada a estratégia da Instituição, utilizando dados da contabilidade, faturamento, custos e demais setores, para gerir informações requeridas pela Alta Direção, que possibilitem a tomada de decisão estratégica.

A Gerência Contábil e Financeira está subordinada à Diretoria Administrativa e Financeira, responsável pela gestão dos Serviços de Contas a Pagar e Receber, Tesouraria e Contabilidade, observando normas e diretrizes para a realização dos trabalhos.

ü **À Gerência Contábil e Financeira compete:**

- Planejar, gerenciar, coordenar, supervisionar e controlar as atividades de finanças, de forma a estabelecer política de investimentos, através do controle do fluxo monetário da Unidade de saúde.
- Gerenciar, acompanhar e responder pelas atividades de pagamentos e recebimentos da Instituição.
- Gerenciar e garantir a preparação e escrituração dos documentos contábeis, de acordo com o plano de contas estabelecido e em consonância com a legislação contábil, fiscal, tributária e financeira em vigor.
- Gerenciar e acompanhar os processos de cobrança para faturamento, garantindo a representatividade das tabelas unitárias dos serviços.
- Outras atividades correlatas.

A Gerência Contábil e Financeira é exercida, por profissional legalmente habilitado e capacitado para o exercício da função, com experiência comprovada.

A Gerência Contábil e Financeira é composta por: Serviço de Contas a Pagar e / ou Serviço de Tesouraria.

DO SERVIÇO DE CONTAS A PAGAR E /OU RECEBER

É a estrutura subordinada à Gerência Contábil e Financeira, responsável pelas atividades de contas a pagar /e ou receber e pelos respectivos controles e registros legais.

Ao Serviço de Contas a Pagar / e ou receber compete:

- Planejar, e controlar as atividades de contas a pagar e a receber de forma a estabelecer fluxo de caixa.
- Verificar, processar e controlar os pagamentos e recebimentos dentro da codificação estabelecida pelo plano de contas e custos.
- Realizar lançamentos no fluxo de caixa, bem como visar ordens de fornecimento e/ou pagamento.
- Outras atividades correlatas.

O Serviço de Contas a Pagar / e ou receber é exercido por profissional capacitado para o exercício da função, com experiência comprovada.

DO SERVIÇO DE TESOURARIA

É a estrutura subordinada à Gerência Contábil e Financeira, responsável pela aplicação dos recursos financeiros consignados na programação e orçamento.

Ao Serviço de Tesouraria compete:

- Responder pela efetivação de todos os processos de recebimento e pagamento da Unidade de saúde.
- Gerar relatórios diários gerenciais do fluxo de caixa e sobre a posição bancária de movimento corrente e aplicações financeiras.

- Receber numerário e controlar a operação do caixa de Fundo Fixo Rotativo, utilizado para pagamento de pequenas quantias.
- Formalizar os documentos comprobatórios das contas pagas e recebidas pela Instituição.
- Outras atividades correlatas.

O Serviço de Tesouraria é exercido por profissional capacitado para o exercício da função, com experiência comprovada.

DO SERVIÇO DE CONTABILIDADE

É a estrutura subordinada à Gerência Contábil e Financeira, responsável pela administração de todos os lançamentos e conferências dos dados contábeis da Unidade.

Ao Serviço de Contabilidade compete:

- Controlar e conciliar as atividades e dados históricos resultantes das ações inerentes à área.
- Zelar pelo cumprimento das normas contábeis, fiscais e tributárias.
- Prestar informações sobre a posição financeira da organização, através de balancetes, balanços e demonstrações de resultados, realizando a previsão mensal das possíveis receitas e despesas.
- Conferir mediante registro legal, o inventário contábil, o inventário físico e financeiro dos estoques e bens patrimoniais.
- Responder pela preparação e escrituração dos documentos contábeis.
- Analisar e apropriar os fatos com documentos pertinentes segundo o plano de contas.
- Promover as devidas depreciações dos bens da Instituição.
- Outras atividades correlatas.

O Serviço de Contabilidade é exercido, exclusivamente, por profissional graduado em Contabilidade, devidamente habilitado para o exercício da função.

ROTINAS BÁSICAS DO SERVIÇO DE CONTABILIDADE E ESCRITURAÇÃO FISCAL

Ação / Descrição

- Receber as notas fiscais de produto entrada, emitir notas fiscais de produto saída, provenientes dos setores da unidade hospitalar quando necessário.
- Importar, validar, conciliar e gerar o arquivo para o Sistema SPED Fiscal, efetuando a apuração do ICMS, repassar o arquivo para envio à RFB, ao Gerente Contábil e Financeiro.
- Apurar PIS/COFINS sobre o faturamento e ICMS, emitir DARE/DARF e repassar ao Gerente Contábil e Financeiro para pagamento.
- Efetuar Backup da Escrituração Fiscal logo após a apuração mensal dos impostos.
- Organizar a documentação fiscal em ordem cronológica para proceder à encadernação.

CONCILIAÇÃO CONTÁBIL

Ação / Descrição

- Receber os relatórios de posição de estoque para posterior conciliação.
- Receber os relatórios de posição de estoque via Sistema de informática, para posterior análise e conciliação.
- Realizar a importação da movimentação mensal no sistema de informática dos módulos do Financeiro, Caixa, Estoque e Patrimônio, para posterior conciliação.
- Conferir a conciliação dos lotes de importação no sistema de informática dos módulos do Financeiro, Caixa, Estoque e Patrimônio, e validar os saldos para emissão do balancete.
- Realizar a conciliação contábil do Razão com os relatórios dos estoques.
- Classificar os documentos conforme o Plano de Contas estabelecido pela Instituição.
- Sugerir alterações necessárias no Plano de Contas, seguindo os aspectos legais e as necessidades da unidade.
- Gerar o arquivo de provisão da folha de pagamentos no sistema, importação para o sistema de informática, e validação dos saldos.
- Elaborar e emitir demonstrativos mensais (balancetes contábeis), sempre que se efetivar o fechamento, bem como confeccionar os demonstrativos contábeis anuais da unidade

hospitalar para efeitos de prestação de contas, e submetê-lo a avaliação e validação pelo Gerente Contábil e Financeiro.

- Realizar parametrizações nos sistemas informática, quando necessários visando a correta contabilização quando das importações dos mesmos.

GERAÇÃO E TRANSMISSÃO DE ARQUIVOS

Ação / Descrição

- Gerar e transmitir a Declaração de Débitos e Créditos de Tributos Federais (DCTF), Sistema fornecido pela Receita Federal do Brasil, nos prazos estabelecidos pela Legislação Tributária.

- Gerar e transmitir a Declaração de Contribuições do PIS e COFINS (DACON), Sistema fornecido pela Receita Federal do Brasil, nos prazos estabelecidos pela Legislação Tributária.

- Gerar e transmitir a Declaração de Imposto de Renda Pessoa Jurídica (DIPJ), Sistema fornecido pela Receita Federal do Brasil, nos prazos estabelecidos pela Legislação Tributária.

- Gerar e transmitir a Declaração de Imposto Retido na Fonte (DIRF). Sistema fornecido pela Receita Federal do Brasil nos prazos estabelecidos pela Legislação Tributária.

- Receber os dados da folha de pagamento dos colaboradores da unidade hospitalar, conferir e transmitir o arquivo para pagamento, colhendo a autorização dos Diretores Geral e Administrativo e Financeiro.

- Efetivar o fechamento, gerar e transmitir o Sistema de Fundo de Garantia e Informações à Previdência (SEFIP) Sistema fornecido pela Caixa Econômica Federal. Com as informações do FGTS e INSS da folha de pagamento do mês anterior, de acordo com a legislação trabalhista e previdenciária.

- Gerar e transmitir o SPED Fiscal, no sistema fornecido pela Receita Federal do Brasil nos prazos estabelecidos pela Legislação Tributária.

- Realizar a análise e importação da entrada de notas fiscais de produtos e serviços no sistema de informática.

ROTINAS BÁSICAS DO SERVIÇO DE CONTAS A PAGAR – PAGAMENTOS

Ação / Descrição

- Receber os processos com as Notas Fiscais e demais documentos relativos aos pagamentos a serem efetuados encaminhados por diversos setores via protocolo e encaminhá-los ao Gerente Contábil Financeiro.
- Receber os processos, conferir e separar os pagamentos, distribuindo-os por Bancos, de acordo com os saldos nas contas correntes.
- Manter controle, e elaborar, caso necessário, a documentação hábil para efetivação de pagamentos e recebimentos.
- Emitir e encaminhar ao Gerente Contábil e Financeiro os cheques/documentos de pagamentos previstos para o dia.
- Conferir os documentos enviados para pagamento, colher autorização e assinatura (física ou eletrônica), dos Diretores, nos pagamentos contidos nos processos com as Notas Fiscais e demais guias.
- Elaborar mapa demonstrativo de despesas e receitas de forma a produzir diariamente a previsão de Fluxo de Caixa (Posição de Saldos), lançando os valores efetivados. Efetuar a baixa na planilha de posição de saldo, os pagamentos realizados que foram debitados nas contas correntes, efetuando o fechamento e imprimindo-a e apresentar quando solicitado aos Superintendentes, Executivo e Administrativo e Financeiro.
- Efetuar o pagamento, conferir e anexar à documentação hábil correspondente a cada um dos compromissos pagos.
- Formalizar os processos e encaminhá-los aos setores para gestão. Organizar os documentos pagos em seus respectivos processos.
- Alimentar a planilha de Prestação de Contas com as informações dos pagamentos efetuados para fins de prestação de contas à Secretaria da Saúde e ao Ministério da Saúde, quando for o caso.

ROTINA BÁSICA DO SERVIÇO DE TESOURARIA

- Conferência dos extratos bancários.

- Receber repasse de numerários dos diversos setores.
- Acompanhamento dos recebimentos do SUS.
- Recebimento de Numerários da Campanha de arrecadação.
- Pagamento via suprimento de Caixa.
- Pagamento de Fornecedores. - Alimentação da Posição de Saldos.
- Fechamento do Caixa da Tesouraria.
- Análise dos relatórios e extratos bancários, observando os créditos que houve.
- Lançamento dos créditos constantes nos extratos na planilha de receita e no sistema de informática.

ACOMPANHAMENTO DE RECEBIMENTOS SUS

Ação / Descrição

- Receber a comunicação do faturamento, referente as faturas do SUS.
- Emitir a Nota Fiscal, juntando, se solicitado for, os documentos hábeis (certidões, declarações, etc.).
- Providenciar a entrega das referidas Notas Fiscais aos respectivos clientes (eletronicamente).
- Aguardar e acompanhar os créditos do SUS.

PAGAMENTO VIA SUPRIMENTO DE CAIXA (FUNDO ROTATIVO)

Ação / Descrição

- Protocolar o repasse de numerário de suprimento de caixa para o comprador responsável.
- Conferir as Notas e / ou Cupons fiscais de acordo com a solicitação de compras.
- Analisar criteriosamente os documentos fiscais, observando o preenchimento correto destes.
- Lançar no sistema de informática os valores das Notas Fiscais pagas e também lançar na REST das Notas fiscais de serviços.
- Organizar os documentos no processo de suprimento de caixa.

- Quando se verificar que o saldo requer um novo reforço, emitir o extrato do caixa e conferir os lançamentos com as notas fiscais pagas e anexar ao processo de suprimento.
- Encaminhar o processo ao gerente Contábil e Financeiro para análise. Conferir o processo e solicitar novo reforço de caixa.

PAGAMENTO DE FORNECEDORES (PAGAMENTOS VIA CHEQUE NOMINAL)

Ação / Descrição

- Receber as notas e demais documentos relativos a pagamentos previstos).
- Efetivar os pagamentos e colher as devidas quitações.
- Após pagamento, repassar o processo ao Serviço de contas a pagar e receber.

FECHAMENTO DO CAIXA DA TESOURARIA

Ação / Descrição

- Controlar o saldo do caixa tesouraria, efetuar as transferências devidas dos valores ao caixa central, mantendo um saldo de fundo de caixa para troco.
- Receber o repasse efetuado pela Tesouraria, conferindo os valores transferidos aos caixas centrais.

NORMAS DE ADMINISTRAÇÃO GERAL

Ü Gerência de Administração e Finanças

É a estrutura subordinada à Diretoria Administrativa, destinada a gerir e responder pelas atividades inerentes aos Serviços de Faturamento e Serviço de Orçamento e Custos, observando normas, rotinas e diretrizes técnico- administrativas para a realização dos trabalhos.

Está ligada a estratégia da Instituição, utilizando dados da contabilidade, faturamento, custos e demais setores, para gerir informações requeridas pela Alta Direção, que possibilitem a tomada de decisão estratégica.

A Gerência de Administração e Finanças é exercida exclusivamente, por profissional graduado em Administração de Empresas, Ciências Contábeis ou Economia, de preferência com título de especialização em Administração Hospitalar.

À Gerência de Administração e Finanças compete:

- Promover, coordenar e supervisionar as atividades de apropriação, orçamento e custos.
- Supervisionar os estudos econômicos e de mercado de interesse da Instituição.
- Acompanhar a tendência econômico-financeira da Instituição a curto, médio e longo prazo, objetivando manter um equilíbrio entre os recursos e aplicações.
- Coordenar a elaboração orçamentária da Instituição.
- Acompanhar os processos de faturamento, repasse médico, processos administrativos, credenciamentos e glosas geridos pelo faturamento.
- Controlar e zelar pelos bens patrimoniais sob sua responsabilidade.
- Promover cobranças em âmbito administrativo, buscando equilíbrio financeiro nos recebimentos da instituição e liquidez necessária para cumprimentos das obrigações institucionais.
- Fazer intermediações com a Secretaria Municipal de Saúde, nos interesses da Instituição, e concomitantemente supervisionar, coordenar a elaboração e formalização dos documentos necessários à geração de processos de cobranças da ABEAS.
- Outras atividades correlatas.

2.5.3.5. Proposta de Educação em Saúde / Capacitação

Visto a importância da Educação, Ensino e Pesquisa como ferramentas essenciais para concretização das propostas de qualidade, e como fator motivador e formador de recursos humanos, as práticas de Educação em Saúde serão prioridade em nosso projeto. Neste contexto, criaremos o Setor de Educação, Ensino e Pesquisa (SEPE), especificamente para promover atividades de educação permanente, ensino, pesquisa e atividade de extensão através de práticas de educação nas modalidades de estágios curriculares, visitas técnicas, cursos de extensão, participação em congressos e eventos afins, todos os profissionais da **POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE POSSE** estarão em constante atualização profissional.

A ABEAS buscará desenvolver atividades em parceria com instituições de ensino profissionalizante e de ensino superior, oferecendo Campus de prática para estágios de graduação, inclusive internato, estágios de cursos profissionalizantes e de pós-graduação, além das residências médicas e multiprofissionais. Serão adotadas as medidas cabíveis para atender aos requisitos da legislação em vigor - Lei 11.788/2008, que trata das atividades de estágio na área da saúde; Portaria Interministerial MS/MEC 2400/2007, que regulamenta o processo de certificação de unidades de saúde como hospitais-escola.

Para este fim, núcleo de Ensino e Pesquisa será responsável pelo desenvolvimento das pessoas, favorecendo ao desenvolvimento de talentos, à pesquisa científica, intensificando a educação continuada, estimulando para o engrandecimento dos colaboradores e prestadores de serviço, e, conseqüentemente, retornando essas melhorias para à comunidade. Disponibilizaremos de uma biblioteca, a qual deverá dar suporte ao desenvolvimento dos programas de Ensino, Pesquisa e Extensão. Proporcionará ainda, por meio de sua estrutura, os serviços de informação à sua comunidade bem como aos profissionais de outras instituições, reunindo, organizando e disponibilizando, para estudo e pesquisa, os diversos materiais adquiridos por meio de compra e permuta ou doação.

Atividades de Pesquisa:

Atividades de pesquisa deverão ser desenvolvidas em paralelo às atividades de ensino, em vários níveis de complexidade, objetivando estimular e programar a busca de novos

conhecimentos científicos, tecnológicos e metodológicos, desenvolver espírito científico crítico em estudantes e profissionais de saúde, a fim de aperfeiçoar e inovar na prevenção e tratamento das patologias, visando prevenção e promoção em saúde de acordo com as características e demandas regionais. A execução dos projetos de pesquisa dependerá da aprovação do Conselho de Ética em Pesquisa e todos os pacientes inclusos deverão ter assinado o Termo de Consentimento Livre e Informado.

Atividades de Educação Permanente:

A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem no trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações (BRASIL, 2007).

Nesse sentido, a educação permanente é entendida como uma atualização cotidiana das práticas, seguindo os novos aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis, contribuindo para a construção das relações das equipes com suas práticas assistenciais, considerando as organizações como responsáveis pela capacitação, educação e desenvolvimento de seus os trabalhadores, através da implantação de política de treinamento, específicas para oferta de seus serviços (KURGANT, 2001).

As atividades de Educação Permanente na **POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE POSSE** serão contempladas a fim de manter o nível de excelência no atendimento ao paciente, com particular atenção para a capacitação e atualização das equipes de profissionais de saúde e afins, em todos os níveis de competência e de complexidade de atuação técnica, pertencentes à rede de assistência. Serão oferecidos cursos diversos para os colaboradores, através do programa de educação permanente, com treinamento in loco, formação de Grupos de Estudos e Sessões Clínicas mensais.

A ABEAS possui no seu escopo de atividades o desenvolvimento profissional e desenvolveu ao longo dos seus anos de trabalho vários cursos. Estes podem ser desenvolvidos em parceria com instituições educativas, bem como podem ser aplicados dentro da própria unidade.

As atividades de Educação Permanente terão como principais objetivos:

1. Realizar levantamento de necessidades de treinamento / capacitação e atualização profissionais dos diversos profissionais das equipes técnicas.
2. Capacitar e Atualizar a equipe multiprofissional para o exercício da assistência qualificada e humanizada;
3. Identificar, desenvolver e possibilitar a retenção de Talentos;
4. Capacitar as lideranças profissionais comprometidas com a qualidade da assistência.
5. Apoiar as equipes e gestores na avaliação e melhoria do processo de trabalho.
6. Incentivar processos de adesão e monitoramento de indicadores;
7. Estimular o potencial dos profissionais na apresentação de trabalhos científicos, relatos de experiência etc.;
8. Favorecer a troca de experiência entre os profissionais da equipe multiprofissional e demais profissionais da unidade de saúde.

Visando o alcance dos objetivos propostos, serão estabelecidos programas sistemáticos de educação permanente:

1. Programa de Integração do Novo Colaborador: específico para novos profissionais contratados. Constará de temas tais como:
 - Breve Histórico da ABEAS
 - Noções Básicas sobre o SUS/POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE POSSE
 - Normas e Rotinas Assistenciais
 - Protocolos Assistenciais com foco no ACCR
 - Segurança do Paciente
 - Segurança do Trabalho – NR 32
2. Programa de Capacitação Situacional:

- Temas Técnicos: abordando temas específicos em concordância com os resultados de indicadores de qualidade assistencial.
 - Temas operacionais: abordando manipulação de novas tecnologias ou técnicas assistenciais.
3. Programas de Acompanhamento de Estágios Supervisionados
- Visando o acompanhamento e avaliação dos estágios pactuados com a rede conveniada.
4. Projeto Humanizar o Atendimento: O Projeto implica em desenvolver uma ação direcionada, inicialmente, para melhorar a qualidade do atendimento prestado pelos servidores da **POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE POSSE**, tanto no que se refere aos conteúdos técnicos quanto ao contato dos profissionais, técnicos e auxiliares com a população que demanda esses serviços.
5. . Compreende três atividades específicas:
- Comunicação Social, dirigida aos trabalhadores do setor e ao público em geral para sensibilização e orientação de todos os envolvidos, promovendo a conscientização dos direitos e deveres de cada um.
 - Treinamento e/ou reciclagem dos profissionais que mais diretamente estão na linha de frente do atendimento aos agravos que provocam a busca dos serviços da unidade de Saúde.
 - Treinamento específico para melhorar a qualidade do contato entre o pessoal dos serviços de saúde e a população usuária desses serviços, desde a recepção e busca de informações, por parte do cliente, responsáveis ou familiares, até a saída do paciente.

2.5.4. Incremento de Atividades

2.5.4.1. Incremento

Apresentamos como proposta o incremento da produção em 5% das metas contratuais conforme quadro a seguir:

Item	Atividades	1º ano	2º ano	3º ano	4º ano
01	Consultas médicas	63.870	72.425	72.425	72.425
02	Consultas não médicas	29.122	32.054	32.054	32.054
03	Procedimentos cirúrgicos ambulatoriais	1.373	1.512	1.512	1.512
04	SADT	19.068	21.168	21.168	21.168
05	Exames da Unidade Móvel de Prevenção	32.004	32.004	32.004	32.004

2.5.4.2. Proposição de Projetos Assistenciais de Saúde e/ou Sociais

2.5.4.2.1. Implantação da Gestão da Qualidade / Certificação ONA

A Gestão da ABEAS entende que a implementação do Sistema de Gestão da Qualidade em suas frentes de trabalho é fator fundamental no desenvolvimento da relação com os seus clientes e no envolvimento dos recursos humanos orientados pela perspectiva da melhoria contínua dos seus serviços. Desta forma, o Manual de Gestão da Qualidade assume-se como instrumento de orientação para toda a gestão e funcionamento da unidade hospitalar. As referências Normativas adotadas estão de acordo com a Organização Nacional de Acreditação – ONA O presente Manual da Qualidade encontra-se organizado em dois capítulos:

1. Sistema de Gestão da Qualidade

2. Políticas da Instituição

A POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE terá como identidade uma configuração no compromisso sistemático com a melhoria contínua da qualidade, integrando as dimensões técnicas e humanizadoras. Para tanto, faz-se necessária à utilização de estruturas e processos, recursos e procedimentos segundo padrões de maximização da eficiência e de estratégias de melhoria da qualidade. Acredita-se que uma atuação em conformidade com a Identidade Institucional e com o Sistema de Gestão da Qualidade deve ser compromisso de todos os seus profissionais.

Objetivo

Este manual tem por objetivo explicitar as políticas e diretrizes do sistema de gestão da qualidade, apresentando a documentação inerente ao sistema, à descrição das ações necessárias para implantação deste na POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE.

Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ)

A estruturação do Escritório da Qualidade inspira-se em um conjunto de técnicas gerenciais para otimizar o fazer humano, visando alcançar a qualidade dos serviços e produtos de saúde e o controle da gestão na Policlínica.

A melhoria da qualidade visa à construção de um sistema planejado estimulando a participação e a autoavaliação, incentivando as mudanças de atitudes e comportamentos a partir do incentivo à educação de todos os colaboradores e grupos multidisciplinares e pacientes, no aprimoramento dos processos de atendimento.

Este primeiro Manual descreve os processos que serão propostos para o cumprimento das políticas institucionais. A responsabilidade pela Qualidade não será exclusiva do Escritório da Qualidade, e sim, um privilégio compartilhado por todos os colaboradores da Policlínica. O objetivo é, portanto, contribuir para a melhoria contínua da qualidade pela definição dos processos prioritários na uniformização dos procedimentos e instrumentos de trabalho que o sustentam para normatizar práticas na organização das unidades, melhorar os canais de comunicação com o público e colaboradores; desenvolver a gestão do risco geral e do risco clínico como uma prática contínua e melhorar a qualidade percebida por pacientes e colaboradores.

É necessário um trabalho contínuo de sensibilização, comunicação, envolvimento, liderança efetiva da direção, treinamentos, presença ativa do staff e responsáveis dos setores rumo a excelência.

O Escritório de Qualidade da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE terá como princípios e diretrizes o disposto no artigo 6º da RDC ANVISA 36/3013:

- I. A melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;
- II. A disseminação sistemática da cultura de segurança;
- III. A articulação e a integração dos processos de gestão de risco;
- IV. A garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde.

Competências

Competirá ao Escritório o disposto no artigo 7º da mesma RDC:

- Promover ações para a gestão de risco no serviço de saúde;
- Desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no serviço de saúde;
- Promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corretivas;
- Elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o plano de segurança do paciente em serviços de saúde;
- Acompanhar as ações vinculadas ao plano de segurança do paciente em serviços de saúde;
- Implantar os protocolos de segurança do paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores;
- Estabelecer barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde;
- Desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde;
- Analisar e avaliar os dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;

- Compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- Notificar ao sistema nacional de vigilância sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- Manter sob sua guarda e disponibilizar à autoridade sanitária, quando requisitado, as notificações de eventos adversos;
- Acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias.

Organização do Sistema de Gestão da Qualidade

O Sistema de Gestão da Qualidade está estruturado em três ações principais: Gestão por Processos, Auditorias Internas e Gestão de Documentos. O objetivo é que todos os gestores e colaboradores das unidades de serviços estejam comprometidos com a garantia da qualidade dos serviços ofertados pela Unidade.

Gestão por processos

A gestão por processos na POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE terá início no segundo semestre de 2020 quando iniciaremos as atividades de mapeamento de seus processos de trabalho após a capacitação de seus gestores e colaboradores enquanto multiplicadores da metodologia. Posteriormente, haverá a realização de ciclos de melhoria nos processos conforme a necessidade e anualmente preferencialmente no mês de janeiro.

Mapeamento de processos

O processo será utilizado como ferramenta inicial de gestão, utilizando a sequência de etapas para nortear o processo de gestão gerencial por fluxograma. O uso desta metodologia permite identificar claramente um processo e suas etapas, melhorar a lógica do processo e sua efetividade, implantar e determinar os indicadores de processos que irão apoiar o indicador de resultado. A gestão por processos representa uma estrutura para ações controladas e interligadas entre os vários componentes do sistema que permite estabelecer

objetivos, traçar metas e acompanhar o desempenho, determinando onde e como melhorá-lo. O mapeamento permite:

- Determinar e focar no cliente;
- Determinar atividade, sequência e a interação dos processos claramente definidas e controladas;
- Reduzir as taxas de retrabalho, eliminando tarefas que não agregam valor ao processo;
- Envolver toda equipe: desde o pessoal da linha de frente até a Alta Direção da Policlínica;
- Implantar um sistema de medidas que ajudem a unidade assistencial na identificação e acompanhamento dos problemas, com a avaliação dos resultados de melhoria;
- Conhecer as necessidades de pacientes, doadores e colaboradores, estabelecer o monitoramento e nas atividades ao longo do processo assegurar que o resultado final esteja nas condições propostas pelas equipes.

Devem-se considerar os seguintes aspectos no mapeamento do processo:

- As entradas e as saída monitoradas;
- Os riscos identificados e gerenciados;
- Os donos do processo identificados e com responsabilidade e autoridade;
- Os Indicadores de processos;
- A análise dos dados.

Indicadores

Tem como principal função mensurar o desempenho das tarefas e determinar se a organização tem conseguido ou não atingir seus objetivos e metas.

Geralmente, estes indicadores são medidos através de um índice (comumente representados por números) que avalia o andamento do processo como um todo ou

parcialmente. Também existem os indicadores de desempenho estratégico, que verificam se os resultados de processos estão sendo conquistados.

Monitoramento

O Escritório da Qualidade terá como uma de suas atribuições, monitorar o desempenho e conformidades dos processos de trabalho. Este monitoramento deve ser em parceria com o supervisor do setor.

O monitoramento deve ser realizado a partir da coleta de informações nas pastas com as planilhas de processos mapeados e planilha de indicadores alimentada mensalmente pelos setores.

Neste monitoramento atentar-se-á para:

- Identificar o não preenchimento dos dados;
- Verificar a aferição correta dos dados;
- Levantar os riscos;
- Definir planos de ação;
- Monitorar riscos e ciclos de melhorias.

Análise Crítica do Processo

A partir do monitoramento do Processo deve se realizar uma análise crítica, buscando observar o desempenho do mesmo, além de avaliar as ações necessárias a serem realizadas, tais como:

- Ações corretivas;
- Ações preventivas;
- Oportunidade de melhoria contínua.

A análise crítica deve ser realizada pelo responsável pelo processo que irá alimentar os indicadores de desempenho estimulado pelo Escritório da Qualidade.

Plano de Ação de Melhoria

As ações corretivas, preventivas e de melhoria contínua serão desdobradas em Planos de Ação, ferramenta padrão, com a definição das atividades a serem realizadas, dos responsáveis pelas mesmas, prazos e metas a serem alcançadas.

Interação dos processos de trabalho

Será realizada utilizando-se ferramentas, (Formulário da Interação de Processos) para identificação dos requisitos com os padrões de qualidade definidos setorialmente. Caberá aos supervisores a operacionalização da atividade de identificação da interação nos processos e à equipe do Escritório da Qualidade o monitoramento das ações.

Gestão de indicadores

Tipos de Indicadores

- Indicadores estratégicos: Tem a função de verificar se a organização está alcançando os objetivos determinados pela alta direção, os objetivos estratégicos.
- Indicador de Resultado de Processos: Estão focados em como a tarefa é realizada, medindo seu desempenho e se estão conseguindo atingir os objetivos determinados. Esse indicador deve ser quantificado por meio de um índice (normalmente representado por um número) que retrate o andamento do processo como um todo ou em parte.
- Indicador Operacional ou Indicadores de desempenho de processos: São usados para o monitoramento das atividades setoriais, rastrear e seguir o andamento do processo, coletando informações relevantes e disponibilizando-as de forma acessível para que os gestores estudem e tomem as decisões corretas, trazendo eficiência e eficácia aos processos e, conseqüentemente, resultados positivos para a instituição.

Auditorias internas

Finalidade

A Auditoria Interna é uma atividade independente, de avaliação objetiva e de consultoria, destinada a agregar valor ao processo de melhoria contínua. É realizada a fim de

verificar se as atividades de cada setor estão sendo conduzidas e controladas em conformidade com o planejado e atende aos critérios de qualidade necessários.

Papel do auditor

O auditor interno terá acesso a todos os setores a serem auditados e aos respectivos documentos e informações necessários, devendo pautar a sua conduta pessoal e profissional pelos princípios da ética, integridade, objetividade, confidencialidade e competência.

Periodicidade

A equipe da qualidade, responsável pelas auditorias deve elaborar anualmente, preferencialmente no último trimestre do ano, as auditorias a serem realizadas no ano seguinte. As auditorias devem ser realizadas mensalmente em cada setor e em casos especiais agendadas visitas extraordinárias.

O cronograma elaborado deverá ser divulgado a todos os setores partícipes do processo de auditoria.

Relatório da auditoria

Terminado o processo de análise durante a visita, a equipe da qualidade fará uma avaliação dos dados analisados e consolidará em relatórios que deverão ser encaminhados para análise aos responsáveis pelos setores auditados, este setor dará ciência das posturas de melhorias, e em caso de inconformidades, deverão proceder às ações corretivas necessárias.

Reporte a alta administração

Mensalmente, o Escritório da Qualidade encaminhará a alta administração, relatório consolidado, apontando os setores auditados naquele mês, as inconformidades encontradas e as propostas de melhoria sugeridas, bem como, os relatórios de cada um dos setores auditados como anexos.

Gestão de documentos

A Gestão de Documentos é o conjunto de procedimentos técnicos e operacionais referentes às atividades de produção, validação, classificação, tramitação, avaliação, armazenamento, arquivamento e descarte dos documentos. Visa manter um controle adequado de documentos.

Para estabelecer os critérios de controle dos documentos da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE, a referência adotada está em consonância com a ISO 9001/2015, no que tange ao controle de informação documentada.

Objetivos

- Organizar, de modo eficiente, a produção, validação, manutenção e destinação de todos os documentos produzidos na Policlínica;
- Assegurar o uso adequado e padronizado de documentos da instituição;
- Evitar o uso não pretendido de documentos obsoletos;
- Assegurar o acesso à informação quando e onde se fizer necessária.

Escopo

Este processo estabelece a padronização do gerenciamento dos documentos, com base nas melhores práticas e se aplica a todos os documentos e ferramentas utilizadas na POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE. Para tanto, descreve-se a seguir a lista de documentos que deverão ser controlados, bem como o fluxo a ser utilizado para realizar a gestão desses documentos.

Definição

Documento é qualquer registro de informações, independentemente do formato ou suporte utilizado para registrá-las.

Lista de documentos:

1. Ata de Reuniões
2. Checklists

3. Controle de Divulgação de Informações
4. Formulário próprio de comunicação
5. Ficha de Indicador
6. Interação entre Processos
7. Lista Mestra
8. Manuais
9. Mapeamento de Processos
10. Políticas
11. Procedimento Operacional Padrão – POP
12. Protocolos
13. Regimentos
14. Vistorias

Gerenciamento dos documentos

- Elaboração e alterações dos documentos

Os documentos elaborados e revisados/alterados internamente deverão ser registrados no formulário do SGQ denominado Lista Mestra. Este é o documento utilizado para controlar a elaboração, distribuição, revisão e temporalidade dos documentos internos, a Lista é controlada pelo Escritório da Qualidade.

Todos os documentos devem estar no padrão de formatação estabelecido pelo Escritório da Qualidade, com a devida identificação. Para melhor entendimento, descreve-se abaixo a formatação com breve explicação de cada campo.

O papel do Escritório da Qualidade junto aos indicadores

- Auxiliar na estruturação de indicadores;

- Orientar os supervisores quanto ao preenchimento, levantamento de dados, análises críticas e os planos de ação;
- Monitorar os indicadores de resultados do processo (verificar se os dados estão coesos, se as ações estão coerentes aos resultados);
- Coletar os dados dos indicadores estratégicos.

Identificação – utilizada para indicar o código do modelo do documento, facilitando a identificação e localização, considerando que cada um recebe código único. Além do código, indica a versão para controlar as alterações e as páginas. A identificação está relacionada ao modelo do documento.

Os demais campos fazem referência ao documento após o preenchimento.

Armazenamento/ Preservação – indica local de armazenamento do documento já preenchido e meio de preservação. No quadro do exemplo, o documento será armazenado no escritório da qualidade e terá uma cópia digital;

Acesso – aqui demonstra onde ter acesso ao documento e quem deverá ter o devido acesso, nesse caso todos os colaboradores, mas existem documentos que devido ao sigilo necessário, somente determinada área poderá acessá-lo;

Recuperação – Indica a melhor forma de localizar o documento após seu preenchimento e armazenamento. Neste caso por nome, mas terá caso como POPs, que será pelo número de identificação do POP ou a depender do documento por data;

Retenção – Estabelece por quanto tempo o documento deverá ficar guardado, após o seu preenchimento, se após algum tempo ele poderá ser descartado ou terá guarda permanente. Para estabelecer esses prazos de retenção o Escritório da Qualidade deve seguir a Tabela de Temporalidade de Documentos da Administração da Policlínica, publicada por meio da Portaria.

Descarte – aqui indica qual o meio adequado de descarte, quando se aplicar ao documento, por exemplo, documento que tem caráter sigiloso deverá ser fragmentado antes de ser enviado para reciclagem, caso não seja sigiloso poderá seguir direto para reciclagem.

É papel do Escritório da Qualidade manter os documentos atualizados e disponíveis aos setores pertinentes, por tanto se estabeleceu os seguintes passos para a gestão da documentação:

Aprovação dos documentos quanto a elaboração e/ou alteração

Os documentos elaborados e revisados/alterados serão aprovados observando o fluxo abaixo:

Passo 1: O setor demandante encaminha solicitação de alteração do documento por meio da supervisão imediata, com cópia para a Diretoria competente, pois assim fica estabelecida a ciência da Diretoria;

Observação: Para documentos técnicos (exemplo POP), de origem da área de enfermagem e assistências com procedimentos diretamente relacionados ao paciente, deverão ser encaminhados para a análise e validação do Serviço de Controle de Infecção Ambulatorial – SCIA e logo após o mesmo encaminha ao Escritório da Qualidade;

Passo 2: O escritório da qualidade realiza a elabora/alteração necessária e devolve ao setor demandante com cópia diretoria competente para validação, caso necessite de alterações o setor devolve ao escritório da qualidade, que realiza o pedido e reenvia;

Passo 3: A Diretoria/setor demandante valida o documento;

Passo 4: O Escritório faz os devidos registros na Lista Mestra, e numeração de identificação, quando for o caso, e disponibiliza a versão final do documento;

Passo 5: O Escritório comunica a disponibilização do documento aos interessados;

Revisão

Os documentos serão revisados de acordo com a temporalidade descrita na Lista Mestra ou quando identificada a necessidade e/ou a oportunidade de melhoria imediata;

Disponibilização

A distribuição será realizada, via de regra, com a disponibilização do documento no servidor de arquivos com a seguinte estrutura:

- Sistema de Gestão da Qualidade;
- DOC – Documentos;
- Formulários da Secretaria de Estadual de Saúde;
- Política e Manual da Qualidade;
- POP's;
- Protocolos;
- REQ – Registros de Evidência da Qualidade;

No entanto, documentos originais assinados, deverão ser guardados no espaço físico do escritório da qualidade. Quando for o caso de cópia controlada deverá ser identificado de forma clara, tanto no documento eletrônico quanto no físico no momento da disponibilização.

Os Procedimentos (POP's), os Mapeamentos de Processos e Interação de Processos e Indicadores serão arquivados em uma única pasta de cor diferenciada, identificada como Processos Setoriais em cada Diretoria, na função de contingência, no caso de indisponibilidade da rede.

Arquivo

Os documentos em vigência deverão ser arquivados setorialmente em locais acessíveis a todos os colaboradores, em pastas devidamente identificadas.

Os documentos do SGQ serão arquivados no Escritório da Qualidade e as cópias controladas em seus respectivos setores.

Os documentos que podem ser arquivados definitivamente e/ou descartados devem ser encaminhados para a Supervisão de Documentação para a devida análise e procedimento de pertinente.

Documentos do SGQ

Os principais documentos acompanhados pelo Escritório da Qualidade são:

1. Lista mestra 2. Formulário de mapeamento dos processos de trabalho 3. Ficha de indicador 4. Procedimentos Operacionais Padrão – POP 5. Protocolo 6. Política 7. Manual 8. Interações de processos

Formulários de Mapeamento dos Processos de Trabalho

Permitem compreender de forma clara e simples como uma unidade está operando, representando cada passo de operação dessa unidade em termos de entradas, saídas, ações e resultados.

Fichas de Indicador

As fichas de indicadores contêm o detalhamento do indicador, ajudando na compreensão e visualização das informações. Informações da ficha do indicador:

Nome do Indicador – Conceito utilizado para descrever o indicador como um todo;

Definição do indicador – informações que definem o indicador e a forma como ele se expressa, se necessário agregando elementos para a compreensão de seu conteúdo;

Interpretação/Objetivo do Indicador - explicação sucinta do tipo de informação obtida e seu significado;

Método de Cálculo - fórmula utilizada para calcular o indicador, definindo precisamente os elementos que a compõem.

Critérios de Inclusão – define quais são os critérios utilizados para compor o cálculo.

Critérios de Exclusão – indica o subgrupo que, embora preencha os critérios de inclusão, também apresenta características ou manifestações que podem interferir na qualidade dos dados, assim como na interpretação dos resultados.

Rotina de Coleta – estabelece se o indicador será alimentado, diariamente, semanalmente, mensalmente e assim por diante.

Meta – representam de forma quantitativa, a evolução e o desempenho da qualidade dos produtos e serviços, participação e motivação de seus colaboradores.

Responsável - Setores responsáveis pela produção e alimentação dos dados.

Procedimentos Operacionais Padrão – POPs

São documentos imprescindíveis para o exercício de qualquer tarefa realizada com qualidade, eficiência e eficácia, obedecendo critérios técnicos e observando normas e legislação das áreas pertinentes. Os POPs servem de veículo para que as informações acerca dos mais diversos processos cheguem com segurança ao executor.

É um documento que expressa o planejamento do trabalho repetitivo e tem como objetivo padronizar e minimizar a ocorrência de desvios na execução da atividade. Assim, um POP garante que as ações sejam realizadas da mesma forma, independente do profissional executante ou de qualquer outro fator envolvido no processo, diminuindo assim “as variações causadas por imperícia e adaptações aleatórias”, descreve o trabalho de cada procedimento a ser executado e a forma correta de fazê-lo, sendo de responsabilidade dos supervisores a organização do mesmo. Ressalta-se que esse documento deve ter atualização e revisão periódica, seguida da aprovação do Supervisor, da diretoria, SCIA caso seja necessário e da Qualidade de cada versão.

Protocolos

Buscam trazer subsídios para a qualificada tomada de decisão por parte dos profissionais de saúde. São considerados importantes instrumentos para o enfrentamento de diversos problemas na assistência e na gestão dos serviços. Orientados por diretrizes de natureza científica, técnica e organizacional, os mesmos são desenvolvidos visando orientar os profissionais na ampliação da segurança do paciente e qualidade nos serviços de saúde prestados pela Policlínica.

É o conjunto de regras sobre o modo como se dará a comunicação entre as partes envolvidas. Os protocolos podem ser citados diversos tipos como os relativos à assistência, aos cuidados, à organização do serviço, à atenção à saúde, ao acompanhamento e avaliação e também os protocolos clínicos entre outros. Essa diversidade de categorias pode ser agrupada, quanto à natureza, como protocolos clínicos e protocolos institucionais.

Os protocolos clínicos têm foco na padronização de condutas clínicas, baseados em fundamentação técnica e científica, diretrizes organizacionais e políticas. Os protocolos institucionais são instrumentos de gestão que abordam os métodos para organização do trabalho, os fluxos administrativos da instituição, os processos de avaliação, bem como a estruturação do sistema de informação que abrange toda a Policlínica.

Os Protocolos Gerenciados são diretrizes assistenciais que monitoram continuamente indicadores de qualidade para assegurar uma prática clínica com qualidade e segurança ao paciente.

Obs.: Para a escolha de quais protocolos serão gerenciadas, as equipes deverão realizar uma análise por meio de uma matriz de prevalência, custos e criticidade.

Prevalência: determina o que é comum na instituição, é determinado pelo perfil epidemiológico da unidade.

Custos: todo e qualquer gasto relativo a aquisição ou produção e gastos gerais como depreciação de máquinas e equipamentos, manutenção, materiais de conservação Recursos Humanos, é relativamente estudada para o Gerenciamento de Protocolos.

Criticidade: característica de crítico, do que se fundamenta ou é estabelecido a partir de um juízo de valor; habilidade ou capacidade para ser crítico.

Políticas

Políticas são definidas como as intenções e direção de uma organização expressos formalmente pela alta direção, mas a política também pode ser entendida como um conjunto de regras que se aplica na POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE que ajudam a direcioná-las aos seus objetivos.

Estabelecer uma política significa declarar a “personalidade” da organização, e isso ajuda a esclarecer e padronizar a postura da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE referente a determinados temas. É importante entender que sempre há uma política sendo exercida na organização. Está muito ligada a cultura da instituição e deverá ser coerente com sua missão, visão e valores.

A política é a lista de regras, é o que dá a direção, são as regras e regulamentos. A política da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE deve ser compreendida como o grupo de normas que são adotadas com o intuito de ajudá-la a alcançar plenamente todos os seus objetivos. Ao definir uma política, entendemos que o setor estabeleceu quais serão os mecanismos de ação da instituição, o que, por sua vez, auxilia a determinar qual será o comportamento adotado pela instituição frente a determinados cenários e temas, pois a mesma funciona como uma espécie de "guia" capaz de ajudar a instituição em diversos momentos.

Manuais

Manual é um Guia de instruções que serve para o uso do setor ou da organização como um todo, para o estabelecimento de procedimentos de trabalho. Os manuais são de grande importância na hora de transmitir informação às pessoas para desenvolver-se em uma determinada situação. O manual costuma estar embasado em normas técnicas e ter uma descrição de tudo que está estabelecido e de sua utilização, seja para obter um bom rendimento como também para explicar e evitar possíveis problemas.

Interação de Processos

Para poder qualificar e validar os processos previamente definidos, alguns critérios devem ser levados em conta, dentre eles, quais serão os fornecedores e clientes daquele processo, e como um irá interagir com outro, ou seja, o processo pode entregar um bem ou serviço de um setor para outro e essa interação (comunicação) deve estar bem clara, com definição de critérios de qualidade para a entrega e recebimento dos insumos daquele processo. Estas definições são estabelecidas do documento de interação de processos.

Ferramentas do SGQ

Ferramentas da Qualidade são técnicas que se podem utilizar com a finalidade de definir, mensurar, analisar e propor soluções para problemas que eventualmente são encontrados e interferem no bom desempenho dos processos de trabalho.

As Ferramentas do Controle de Qualidade utilizadas na POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE serão:

1. Ciclo PDCA com ênfase na Metodologia de Análise e Melhoria de Processos;
2. Brainstorming ou “Tempestade de Ideias”;
3. FMEA;
4. Fluxograma ou flowchart;
5. DIAGRAMA DE CAUSA E EFEITO (Análise da Causa Raiz - Ishikawa);
6. Porquês;
7. 5W2H ou Plano de Ação;
8. Fichas de Verificação;

Devidamente aplicadas, essas ferramentas auxiliam a elevar os níveis de qualidade por meio da solução eficaz de problemas, com produtos e processos mais uniformes, identificar problemas existentes nos processos, fornecedores e produtos, identificar causas raízes dos problemas e solucioná-los de forma eficaz etc.

É necessário saber para que serve cada ferramenta e como aplicá-la, pois, somente assim será possível obter bons resultados. Portanto, segue a descrição de cada ferramenta e ao final, tabela de aplicação.

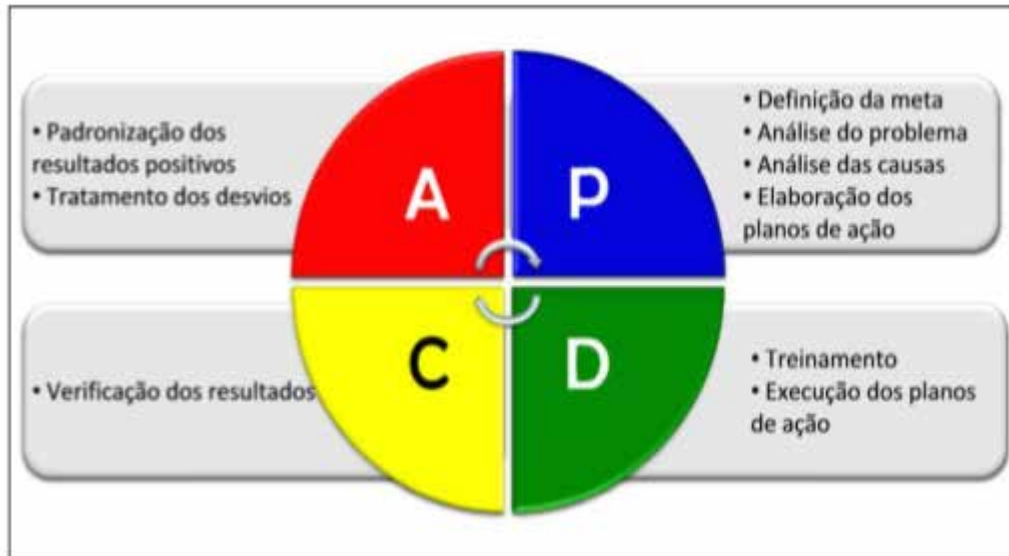
Ciclo PDCA com ênfase na Metodologia de Análise e Melhoria de Processos

É uma ferramenta gerencial de tomada de decisões para assegurar o alcance das metas necessárias para o funcionamento das organizações. É de fundamental importância para a análise e melhoria dos processos organizacionais e para a eficácia do trabalho em equipe.

O PDCA pode ser utilizado em qualquer organização, inclusive as de saúde, na realização de toda e qualquer atividade da organização, sendo ideal que todos os membros saibam utilizá-la.

Para cada uma das fases, existe uma série de atividades que devem ser realizadas de maneira cíclica e ininterrupta, facilitando a execução, além de dar agilidade e evitar

desperdício de tempo, promovendo a melhoria sistemática na organização. Cada letra do ciclo corresponde a um termo que se traduz da seguinte forma:



O ciclo inicia-se pelo planejamento; em seguida as ações ou conjunto de ações planejadas são executadas; checa-se o que foi feito, se estava de acordo com o planejado e então toma-se uma ação para eliminar ou ao menos minimizar defeitos na execução do serviço, aprendendo com os erros.

Os quatro passos do ciclo PDCA são:

Plan [planejar]:

Definir as metas a serem alcançadas e/ou definir o método para alcançar as metas propostas. Normalmente, as metas são um desdobramento do planejamento estratégico da organização e o método é a orientação para atingir o objetivo esperado.

Nesta fase do ciclo é necessário:

- Identificar os insumos a serem utilizados, de onde vêm, as saídas do processo e seus usuários;
- Descrever o processo;

- Medir as características principais do processo;
- Identificar oportunidades de melhoria;
- Identificar as causas raiz do problema;
- Planejar as ações

Do [executar]:

Executar as tarefas como foi previsto na etapa de planejamento e coletar os dados que serão utilizados na próxima etapa de verificação do processo. Nessa etapa são essenciais a educação e o treinamento.

Check [checar]:

Conferir se o executado está de acordo com o planejado, ou seja, se a meta foi alcançada dentro da metodologia definida. É a fase de monitoração e de avaliação, comparando as metas desejadas e os resultados obtidos. Essa monitoração deve ser baseada em dados concretos, podendo-se utilizar ferramentas de acompanhamento como folha de verificação, histograma, carta de controle, entre outras. Identificar os desvios na meta ou na metodologia.

Act [agir]:

Definir e implementar soluções para os problemas encontrados como contínuo aproveitamento do processo, caso ainda não esteja no nível aceitável e se os resultados foram alcançados, pode-se adotar como padrão o planejamento feito na primeira fase. Caso não sejam identificados desvios, é possível realizar um trabalho preventivo, identificando quais desvios são passíveis de ocorrer no futuro, suas causas e soluções. Nesta fase, padronizam-se as ações implantadas e faz-se seu monitoramento.

Esse ciclo, norteados pelos indicadores logísticos, forma o alicerce para uma estrutura gerencial focada na excelência das operações e, conseqüentemente, na satisfação dos clientes internos e externos.

Brainstorming ou “Tempestade de Ideias”

É a coleta de ideias de um grupo de pessoas (de duas até dez pessoas) reunidas, sem críticas ou julgamentos, por meio de conversas. Quanto mais ideias, maior as chances encontrar soluções viáveis para os problemas apresentados. Para realizar a técnica, sugere-se seguir a sequência abaixo:

- Tenha um tema a ser discutido, escolhido antecipadamente ou com o grupo;
- Os participantes devem expressar todas as ideias que lhe venham à mente espontaneamente;
- Nenhuma ideia apresentada deve ser criticada, ou julgada como errada ou absurda;
- Todas as ideias expressas devem ser escritas e, na sequência, analisadas;
- Após análise é feita a seleção das mais adequadas.

FMEA

Existem diversas metodologias para estruturar melhorias de processo em busca de uma melhor qualidade para o mesmo. Podemos dizer que existem formas ativas ou reativas de se buscar soluções para um problema em um processo. Quando um evento ocorre, e buscamos achar a causa deste evento, para posteriormente ser proposta uma solução, estamos agindo de forma reativa. Quando paramos para pensar em um processo, buscando quais os possíveis erros que podem acontecer no mesmo, para propor soluções antes que eventos ocorram, estamos agindo de forma ativa.

Dentro deste contexto da busca ativa de problemas para gerar soluções antes que eventos aconteçam, apresentaremos uma importante ferramenta de análise, chamada de Análise de Tipos e Efeitos de Falhas, conhecido pela sua sigla FMEA, do inglês Failure Modes and Effects Analysis.

FMEA - Análise de Tipos e Efeitos de Falhas

O FMEA é um método sistemático e pró-ativo para avaliar um processo de forma a identificar onde e como ele pode falhar. Além disso, ele também serve para avaliar o impacto que essas falhas podem ter, e unindo todas essas informações, ele identifica que partes do processo têm maior necessidade de serem mudadas.

Esta metodologia prevê uma avaliação das etapas do processo, quais as falhas que podem acontecer em cada etapa (o que poderia dar errado?), quais as causas dessas falhas (por que a falha aconteceu?) e quais os efeitos dessas falhas (quais seriam as consequências de cada falha?). As equipes que usam o FMEA para avaliar os processos e suas possíveis falhas estão procurando criar correção de forma proativa, ao invés de reagir à ocorrência de um evento adverso. Essa ênfase na prevenção pode reduzir risco de danos tanto para pacientes como para funcionários. A utilização do FMEA é particularmente útil na avaliação de um novo processo antes da sua implementação e na avaliação do impacto de uma proposta de mudança para um processo existente. Na Tabela 1 podemos verificar as vantagens e desvantagens da aplicação do FMEA.

Vantagens do FMEA

- Melhorar a qualidade e a segurança de um processo de assistência;
- Aumentar a satisfação dos prestadores da assistência (médicos, enfermagem, etc);
- Coletar informações para reduzir falhas no futuro;
- Identificar e eliminar erros precocemente;
- Enfocar na prevenção de problemas;
- Catalisador para o trabalho em equipe multidisciplinar;
- Reduzir a possibilidade de um mesmo tipo de falha no futuro.

Desvantagens do FMEA

- Dependente da equipe que foi nomeada para a análise;
- Dependente da experiência dos membros da equipe nomeada;

- Dependente da existência de dados para serem analisados;
- O cálculo do Coeficiente da Prioridade de Risco (veja a seguir) pode mascarar algumas falhas grandes ou valorizar falhas pequenas devido à forma como é feito o cálculo.

Passos para Execução do FMEA

A seguir, descreveremos os 7 passos na execução do FMEA. A Figura 1 mostra um resumo dessas etapas, e a Tabela 3 traz um exemplo da aplicação do FMEA em uma etapa relacionada à prescrição médica manual.

Passo 1: selecione um processo para ser analisado com o FMEA. Se não tiver experiência, selecione um processo simples, com poucas etapas para serem analisadas.

Passo 2: crie uma equipe multidisciplinar de análise, lembrando de incluir representantes de todas as etapas do processo em questão (se o processo for, por exemplo, relacionado a medicações, será necessário envolver médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e farmacêuticos da instituição).

Passo 3: a equipe deve elencar todas as etapas do processo, algo que pode levar algum tempo, mas é fundamental antes de dar sequência à análise. Pode ser útil criar um fluxograma nessa fase.

Passo 4: para cada etapa descrita, descrever todos os possíveis tipos de falha, ou seja, tudo que pode dar errado, incluindo problemas raros e pequenos. A seguir, deve-se listar a causa de cada uma dessas falhas.

Passo 5: para cada tipo de falha, a equipe irá calcular o Coeficiente da Prioridade do Risco (RPN, do inglês Risk Priority Number), que é um produto dos valores (que variam de 1 a 10) atribuídos a três itens. Os três itens em questão são: Ocorrência, Gravidade e Detecção, que são graduados de 1 a 10 (vide Tabela 2 para maiores detalhes). Sendo assim, o produto pode variar de 1 (1 x 1 x 1) a 1000 (10 x 10 x 10), sendo que quanto maior esse produto, pior é a falha descrita. As perguntas que devem ser feitas para se chegar aos valores são:

Ocorrência: Qual a chance desse tipo de falha ocorrer?

Severidade: Se a falha ocorrer, qual a gravidade do dano que pode ser gerado?

Deteccção: Qual o potencial de ocorrência da falha, qual a chance de ser detectada?

Passo 6: avaliar os resultados. O ideal é pegar os 10 tipos de falha que tiveram os maiores Coeficientes da Prioridade do Risco (RPN), e considerá-los como as mais importantes oportunidades de melhoria.

Passo 7: use os RPN's para definir os planos de melhoria.

Se a ocorrência é alta tente eliminar as causas, adicionando verificações como duplacheagem alertas informatizados, ou funções forçadas (peças que não se encaixam se não forem colocadas na posição correta).

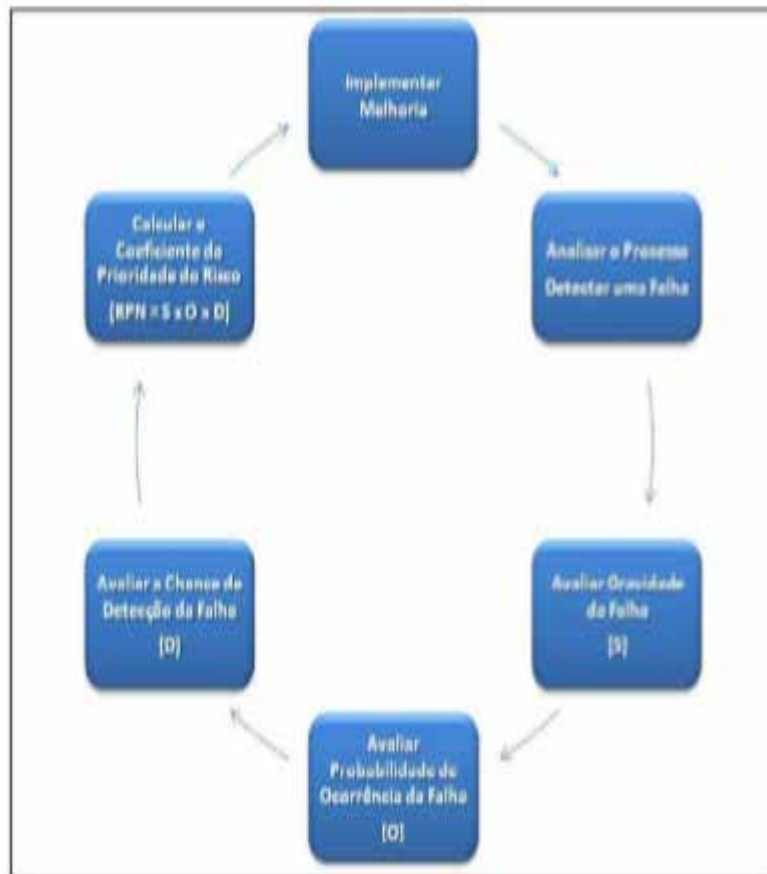
Se a deteção é baixa, identifique eventos que ocorrem antes da falha para que os mesmos sinalizem a chance de erro para quem realiza a etapa a seguir, adicione uma nova etapa de verificação ao processo, considere a possibilidade de automatizar o processo.

Se a gravidade é alta, treine as equipes para rápido reconhecimento de forma a tomar medidas rápidas quando ocorrer um evento, forneça a informação para quem pode vivenciar esse tipo de problema.

Níveis de 1 a 10 para Ocorrência, Gravidade e Deteccção

OCORRÊNCIA		GRAVIDADE		DETECCÇÃO	
Quase nunca	1	Nenhuma	1	Quase certa	1
Mínima	2	Mínima	2	Muito Alta	2
Rara	3	Muito pequena	3	Alta	3
Baixa	4	Pequena	4	Moderadamente alta	4
Ocasional	5	Moderada	5	Média	5
Moderada	6	Significativa	6	Baixa	6
Frequente	7	Grande	7	Muito Baixa	7
Alta	8	Extrema	8	Mínima	8
Muito Alta	9	Séria	9	Rara	9
Quase certa	10	Catastrófica	10	Quase impossível	10

Resumo das Etapas do FMEA



Fluxograma ou flowchart

É um método para descrever graficamente a sequência de um processo de trabalho de forma analítica usando símbolos simples, previamente convencionados para identificar as atividades realizadas sequencialmente, sua análise e redesenho, bem como, os responsáveis e/ou unidades organizacionais envolvidas na mesma.

Na gestão de processos, a ferramenta tem como objetivo assegurar a qualidade e aumentar a produtividade dos trabalhadores. Isso acontece, pois a documentação do fluxo das atividades torna possível realizar melhorias e esclarece melhor o próprio fluxo de trabalho.

Dentre as vantagens de utiliza o fluxograma, é possível ressaltar:

- Melhora a compreensão do processo de trabalho;

- Mostra os passos necessários para a realização do trabalho;
- Cria normas padrão para a execução dos processos;
- Demonstra a sequência e interação entre as atividades/projetos;
- Pode ser utilizado para encontrar falhas no processo;
- pode ser utilizada como fonte de informação para análise crítica;
- Facilita a consulta em caso de dúvidas sobre o processo.

Símbolos do Fluxograma

Para facilitar o entendimento e análise do processo, o diagrama utiliza uma série de símbolos para representar as ações e momentos do processo. Não é obrigatório o uso de todos os símbolos, devendo-se utilizá-los de acordo com a necessidade.

Diagrama de Causa e Efeito (Análise da Causa Raiz - Ishikawa)

Trata-se de uma técnica utilizada para demonstrar a relação entre um efeito e todas as possíveis causas que possam estar contribuindo para a ocorrência de falhas. O levantamento das causas é realizado com a participação das pessoas envolvidas, por meio de uma sessão de brainstorming. Estas causas levantadas são agrupadas por categoria.

Fatores que contribuem / influenciam as falhas	
Fatores do Paciente	Condição (complexidade e gravidade) Comunicação e linguagem Fatores sociais e de personalidade
Fatores da Tarefa ou Tecnologia	Clareza da estrutura e desenho da tarefa Disponibilidade e uso de protocolos Disponibilidade e acurácia dos testes Auxílios à tomada de decisão
Fatores Individuais (pessoas)	Conhecimento e habilidade Competência Saúde física e mental
Fatores do Time (equipes)	Comunicação verbal Comunicação escrita Disponibilidade de ajuda e supervisão Estrutura do time (congruência, consistência, liderança, etc)
Fatores do Ambiente de Trabalho	Mix de nivelamento e habilidades do staff Padrões de turno e carga de trabalho Manutenção, design e disponibilidade de equipamentos Apoio administrativo e gerencial Ambiente de trabalho Área física
Fatores Organizacionais e Gerenciais	Restrições financeiras Estrutura organizacional Políticas, padrões e objetivos Cultura de segurança e prioridades
Fatores do Contexto Institucional	Contexto regulatório e econômico Sistema de saúde nacional Ligação com organizações externas

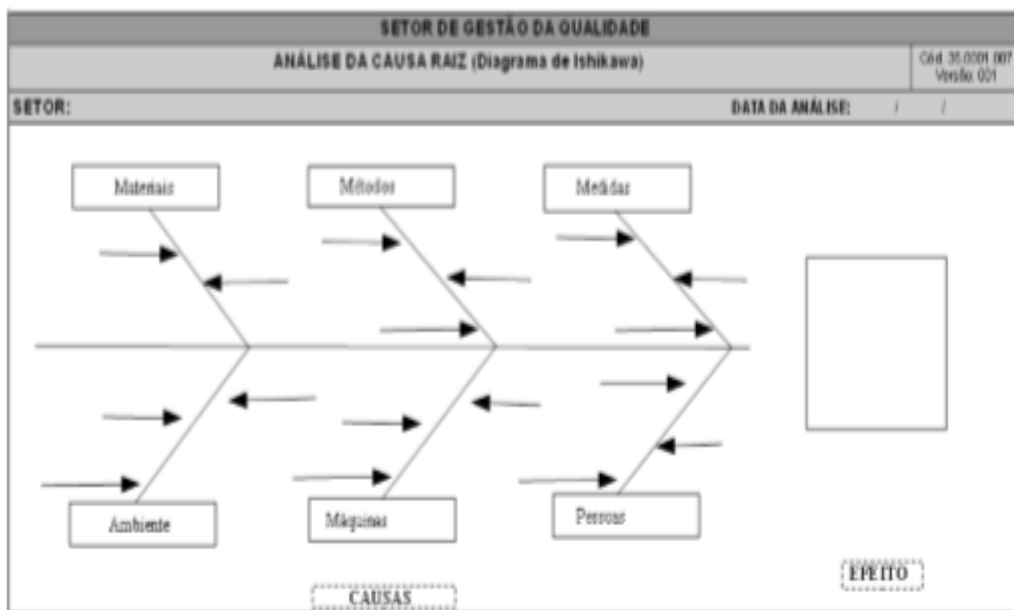
A construção do diagrama de causa e efeito deve seguir os seguintes passos:

- Definir claramente o problema ou efeito que se pretende analisar e registrar na caixa do "efeito". O diagrama deve refletir causas que bloqueiam o caminho para uma condição desejada ou fatores que podem ser úteis para alcançá-la.

- Identificar causas específicas e preencher corretamente as caixas de causas (tarefa, time, instituição, paciente, indivíduo, ambiente).
- Ao se identificar as possíveis causas é necessário seguir perguntando "por que" até que uma possível causa raiz seja identificada. Uma causa raiz é aquela que pode explicar o efeito diretamente ou é aquela que, quando removida, elimina ou reduz o problema.
- A discussão sobre os problemas no grupo deve ocorrer de forma organizada, centrada nos problemas e não nas pessoas.
- A ferramenta de causa e efeito também estrutura visualmente possíveis estratificações a serem aplicadas nas tratativas. Sendo toda sua metodologia aplicada para estabelecer parâmetros de controle, com base em estratos uniformes que permitem, com maior facilidade, a detecção das causas dos problemas analisados.

A seguir, apresenta-se esquematicamente uma figura simplificada de um diagrama de espinha de peixe.

Exemplo de Diagrama de Ishikawa

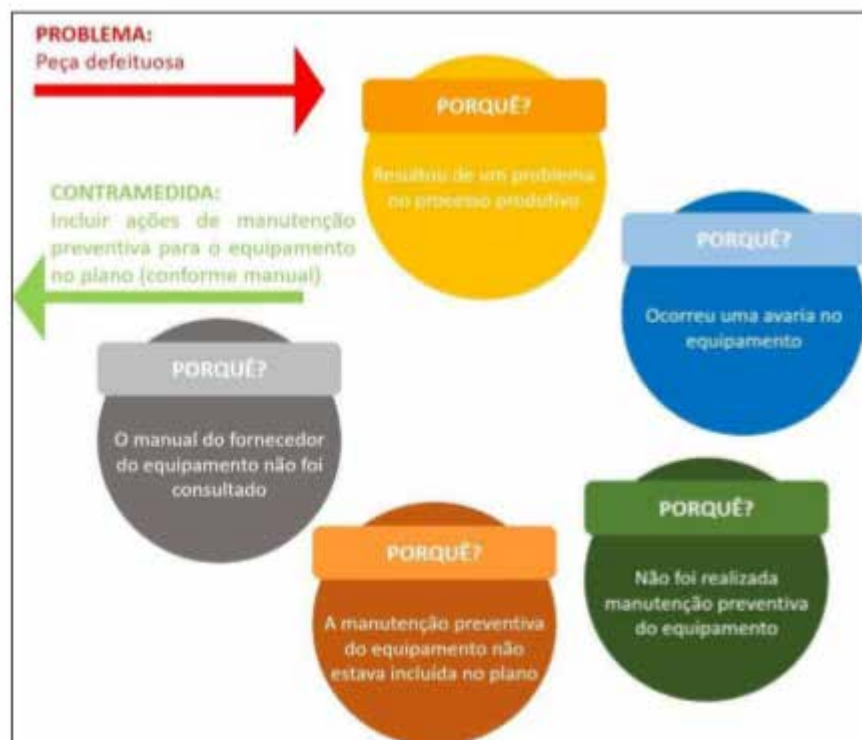


Qual motivo de usar os cinco porquês? Ajuda você a identificar as causas de um problema.

Normalmente quando questionados sobre o que causa determinado problema, o ser humano tende a culpar alguma coisa ao invés de realmente procurar a causa. Neste caso se aplica esta técnica, pois geralmente as respostas são:

- 1º Porquê, temos um sintoma
- 2º Porquê, temos uma desculpa
- 3º Porquê, temos um culpado
- 4º Porquê, temos uma causa
- 5º Porquê, temos uma causa raiz

Exemplo de aplicação da técnica



5W2H ou Plano de Ação

Trata-se de ferramenta utilizada para designar tarefas e responsabilidades referentes às atividades planejadas. Com a ferramenta 5W2H é possível elaborar um Plano de Ação a partir da definição sobre a ação a ser realizada. Demonstra-se na tabela abaixo, o detalhamento do uso da ferramenta:

Item	Finalidade
O que	Especificar o que será feito
Quem	Especificar o responsável para executar ou coordenar a ação
Onde	Especificar o local onde será executada a ação ou a sua abrangência
Quando	Especificar o prazo para executar a ação
Por que	Explicar a razão pela qual a ação deve ser feita
Como	Especificar a forma pela qual (método) a ação deverá ser feita
Quanto custa	Prover informações sobre o custo (orçamento) necessário para executar a ação

2.5.4.2.2. Projeto de Saúde na Comunidade

A Humanização / Política Nacional de Humanização.

No campo da saúde, humanização diz respeito a uma aposta ético-estético-política: ética porque implicara a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e corresponsáveis; estética porque relativa ao processo de produção da saúde e de subjetividade autônomas e protagonistas; política porque se refere à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS estas congregadas as ações da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE. O compromisso ético-estético-político da humanização do SUS se assenta nos valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de corresponsabilidades entre ele, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, dos direitos dos usuários e da participação coletiva no processo de gestão."

Direção da ABEAS terá como primórdio a questão da Humanização do Ambiente de Saúde, em parceria com o Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde, propõe um Programa de Humanização para que seja

agregado as diversas ações a serem desenvolvidas pelos profissionais, usuários e comunidade da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE ao mesmo tempo criar subsídios à implantação de um programa permanente de Humanização que beneficie os usuários, trabalhadores e comunidade tanto da assistência, quanto do trabalho em saúde. Atendendo a usuários da infância-juventude, adultos, com a capacidade de oferecer atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com o bom relacionamento. Melhoria nas condições de trabalho do cuidador e de comunicação e informação tanto nas relações de trabalho quanto aos usuários.

Os serviços de saúde têm alcançado um enorme avanço científico, tecnológico e de conhecimento. Entretanto esta evolução não tem sido acompanhada por um correspondente avanço na qualidade do contato humano.

O planejamento de saúde, na maioria das vezes, subestima e desconsidera as circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas ligadas a saúde e a doença. A experiência mostra que uma infinidade de mal-entendidos e dificuldades enfrentadas pelos usuários e trabalhadores no ambiente hospitalar podem ser minimizados, quando se ouve, compreende, acolhe, considera e respeita tanto os usuários, como aqueles que cuidam – atores essenciais para a humanização.

A POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE como instituição de ensino, pesquisa e assistência prestadora de serviços à comunidade, tendo como missão “Desenvolver , eficaz e eficientemente, e de forma equilibrada, a formação e a capacitação de recursos humanos, a pesquisa na área de saúde e a assistência”, respondendo às necessidades de saúde da população e, inserido no Sistema Único de Saúde do Estado de Goiás, constituir-se como referência para áreas específicas, propõe um Programa de Humanização.

O programa se propõe a articular as iniciativas de humanização, como também incentivar o desenvolvimento de uma nova cultura que fortaleça uma política de respeito e valorização humana.

Humanizar o ambiente de saúde é resgatar e fortalecer o comportamento ético, articular o cuidado técnico-científico, com o cuidado que incorpora a necessidade de

acolher o imprevisível, o incontrolável, o diferente e singular. Mais do que isso, humanizar é adotar uma prática em que profissionais e usuários considerem o conjunto dos aspectos físicos, subjetivos e sociais, assumindo postura ética de respeito ao outro, de acolhimento do desconhecido e de reconhecimento de limites.

Humanizar é, portanto, alcançar benefícios mútuos para a saúde dos usuários, dos profissionais e da comunidade.

As dificuldades encontradas são as mais variadas, em especial com relação à mudança de postura dos pacientes e profissionais nos últimos anos. Se de um lado houve uma maior participação tanto dos usuários quanto dos profissionais na gestão dos serviços, esta ainda é incipiente se considerarmos o todo institucional.

A ABEAS tem como objetivo apoiar e estimular as ações humanizadoras na POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE, mas a humanização só será realmente possível quando houver um esforço conjunto de toda a comunidade. Todo ator desta instituição deve ser parte integrante desta proposta, sendo como idealizador de uma nova ação ou projeto, dentro do seu local de trabalho, juntamente com a sua equipe. Ou levando sua proposta ou idéia até a comissão, para discussão e viabilização da mesma

A comissão em suas reuniões semanais está sempre aberta a receber sugestões e críticas para se tentar criar alternativas que melhorem as relações entre os atores institucionais.

Agregar e apoiar a continuidade dos diferentes projetos desenvolvidos na Policlínica.

Possibilitar reflexão e promoção no fortalecimento contínuo desta política. Sensibilizar e responsabilizar a todos os atores envolvidos na Instituição para que desenvolvam projetos e ações que propicie um atendimento de qualidade, respeitando a subjetividade do usuário e os profissionais da saúde.

Atender aos vários eixos que a Política de Humanização pressupõe (...) como eixos de ação que objetivam a Institucionalização, difusão, desta estratégia e, principalmente, a apropriação de seus resultados pela sociedade.

Eixo das Instituições do SUS: eixos da gestão do trabalho (propõe-se à promoção de ações que assegurem a participação dos trabalhadores nos processos de discussão e decisão, fortalecendo e valorizando os trabalhadores, sua motivação, o auto desenvolvimento e o crescimento profissional eixo do financiamento, eixo da atenção, eixo da educação permanente, indica-se que a Política Nacional Humanização conteúdo profissionalizante na graduação, pós graduação e extensão em saúde, vinculando-a aos Pólos de Educação Permanente e as instituições de formação, eixo da informação /comunicação, indica-se por meio de ação de mídia e discurso social amplo a inclusão da Política Nacional de Humanização, eixo da gestão da Política Nacional de Humanização, indica-se o acompanhamento e avaliação sistemáticos das ações realizadas, estimulando a pesquisa relacionada às necessidades do SUS na perspectiva da humanização.

Metodologia

Será instituída pela ABEAS a Humanização multidisciplinar que terá como metodologia de trabalho:

Levantamento das iniciativas já existentes, promovendo a integração das mesmas;

Realização de Oficinas e Seminários; para traçar o Plano de ação.

Elaboração das diretrizes para sistematização do Programa;

Divulgação da Política Nacional de Humanização e sensibilização dos diversos atores desta Instituição.

Liderar o processo de humanização na unidade.

Promover uma ação conjunta da alta administração da unidade e de lideranças representativas dos profissionais dos vários setores e serviços.

Buscar estratégias de comunicação e integração entre os diferentes setores.
Promover fluxo de propostas e deliberações.

Apoiar e divulgar as iniciativas de humanização em desenvolvimento.

Avaliar os projetos que já estão em desenvolvimento e os que ainda vão ser desenvolvidos na instituição, de acordo com os parâmetros de humanização propostos.

Estimular a participação da comunidade e de entidades da sociedade civil nas ações de humanização.

2.5.4.2.3. Implantação do Projeto Musical da Policlínica

Como política de humanização, a Secretaria Municipal de Saúde e a ABEAS promoverão o Projeto Musical da Policlínica. Será realizado periodicamente na unidade, em horários alternados, contará com apresentações de músicas e outras manifestações culturais de forma que beneficie pacientes, acompanhantes, visitantes e colaboradores da unidade.

Benefícios

Fenômeno comprovado cientificamente, a arte traz sensação de bem-estar ao ser humano.

Benefícios alcançados por meio da música e outras manifestações culturais:

- É uma forma dos pacientes e colaboradores saírem da rotina;
- Os pacientes se mostram visivelmente mais alegres com a música e assim, mais esperançosos com o tratamento;
- A música é capaz de reduzir a ansiedade;
- A arte possibilita o encontro interpessoal, contribuindo para a socialização dos pacientes, visitantes e colaboradores.

2.6 – ÁREA DE QUALIDADE

2.6.1. QUALIDADE OBJETIVA – Implantação de Comissões

2.6.1.1. Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH

Finalidade:

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH é uma das mais importantes comissões para o ambiente de saúde e tem por finalidade a prevenção e o controle das infecções, destinando-se à execução do Programa de Controle de Infecção Hospitalar – PCIH com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares. Também representa o principal difusor de ações para a manutenção de condições adequadas para a correta prática da medicina e outras áreas afins, no intuito de nunca trazer prejuízo ao paciente, buscar a cura quando possível, e sempre levar conforto e atenção.

Nossa proposta para implantação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE, vai se basear em algumas ações. A primeira delas é a normativa, na qual são fortalecidas as regras a serem seguidas por todos os profissionais da saúde que exerçam suas atividades no hospital no sentido de minimizar os riscos para a ocorrência de infecção hospitalar.

A segunda ação a ser desenvolvida é a vigilância epidemiológica, através da qual os casos de infecção hospitalar são detectados e analisados. Através da análise dos dados coletados, de forma periódica e sistemática, os profissionais da CCIH podem diagnosticar quais são e onde estão os focos infecciosos intra-hospitalares e qual é a população de maior risco. Conhecendo estas peculiaridades, a CCIH propõe medidas de controle que visam minorar o problema.

As ações educativas constituirão a terceira forma de atuação da CCIH. Todos os profissionais estarão em constante atualização, seja através de literatura especializada, ensino à distância ou por participação em congressos e outros eventos relacionados. Uma vez atualizados, os profissionais deverão estudar a aplicabilidade dos novos conceitos ou tecnologias no âmbito de saúde. A difusão destes novos conhecimentos para os outros

profissionais da unidade, através de palestras, cursos ou comunicação impressa também contarão com a participação da CCIH. Ainda dentro das ações educativas, estão incluídas as reuniões, palestras e o contato diário com os demais profissionais do hospital, momento em que as orientações sobre normas e condutas serão reforçadas.

Todas as ações de ensino e capacitação serão coordenadas pela Seção de Desenvolvimento de Pessoas – SDP com vistas a obter capacitação adequada do quadro de funcionários no que diz respeito ao controle das infecções e garantir os registros de treinamentos, bem como a avaliação de eficácia dos mesmos, buscando acompanhar o desenvolvimento dos profissionais nos assuntos específicos ministrados.

Os membros da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar tem como responsabilidade, ainda, integrarem a Comissão de Obras da unidade, participando dos projetos para ampliação, reforma ou modificação da área física do hospital, avaliando as condições e necessidades diante do planejamento de intervenções físicas na infraestrutura predial, apontando os direcionamentos para garantir a segurança dos profissionais e usuários do Sistema Único de Saúde - SUS e fiscalizando a execução das obras por parte do setor de Manutenção Predial.

Ainda serão responsabilidades da CCIH elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando limitar a disseminação de agentes presentes nas infecções em curso na unidade, por meio de medidas de precauções e de isolamento, a padronização e controle do uso de antimicrobianos em conjunto com a Comissão de Farmácia e Terapêutica, a investigação de surtos de infecção hospitalar, bem como elaborar, implementar e avaliar o Programa de Controle de Infecções Hospitalares, o qual constará dos seguintes itens:

1. Sistema de vigilância epidemiológica das infecções através de busca ativa de casos de infecção na unidade;
2. Determinação de materiais, normas e rotinas para tratamento e prevenção das infecções;
3. Realização de capacitações aos funcionários quanto ao controle de infecções;

4. Uso adequado de antibióticos e produtos para limpeza;

5. Realização de estatísticas de infecção e divulgação de dados nos setores e para a Secretaria Estadual de Saúde;

6. Avaliação periódica dos índices de infecção e tomada de medidas de controle.

Também caberá à CCIH elaborar e divulgar, regularmente, relatórios e comunicar periodicamente, às diretorias da instituição e às chefias de todos os setores, a situação de controle das infecções, promovendo seu amplo debate na comunidade de saúde.

Constituição:

- Diretor (a) Geral
- Diretor (a) Administrativo
- Gerente de Enfermagem
- Farmacêutico (a)
- Biomédico (a)
- Infectologista

REGIMENTO INTERNO

CAPÍTULO I - DA CATEGORIA E FINALIDADES

Art. 1º - A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, doravante denominada sob a sigla de CCIH, da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE é de natureza técnico-científica permanente, nos termos da Lei nº 9.431, de 06 de janeiro de 1997 (Portaria no 2616/GM de 12 de maio de 1998) e instrução normativa nº 4, de 24 de fevereiro de 2010.

Art. 2º - A CCIH tem por finalidade o desenvolvimento do Programa de Controle de Infecções.

§ 1º - Considera-se Programa de Controle de Infecções o conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções.

§ 2º - Entende-se por infecção hospitalar, também denominada institucional ou nosocomial, qualquer infecção que se manifeste durante a internação ou mesmo após a alta, quando puder ser relacionada com a hospitalização, e não estiver relacionada ao período de incubação de infecção de origem comunitária.

§ 3º - A CCIH funciona como órgão de assessoria junto à Direção Geral e de execução das ações de controle de infecção, estando assegurada sua autonomia funcional junto aos setores estratégicos para o controle das infecções.

CAPÍTULO II - DA ORGANIZAÇÃO

SEÇÃO I - ESTRUTURA

Art. 3º - A estrutura da CCIH compreende:

- I. Grupo Executor;
- II. Grupo Consultor.

Art. 4º - A fim de assegurar o suporte técnico, científico e operacional indispensável à eficiência da CCIH, a Direção, através do Serviço de Apoio Administrativo, proporcionará a infraestrutura necessária.

Art. 5º - Os membros executores são encarregados da execução das ações programadas de controle de infecção definidas pela Comissão.

SEÇÃO II - COMPOSIÇÃO DO GRUPO EXECUTOR DA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

Art. 6º - O Grupo Executor terá composição multidisciplinar e multiprofissional, devendo contar com 4 (quatro) componentes.

Art. 7º - O Grupo executor é órgão executivo da CCIH.

Parágrafo Único - As indicações recaíram em técnicos e profissionais especializados em controle de infecção hospitalar e, representantes de nível superior dos Serviços e Coordenações envolvidas diretamente no referido programa, com experiências anteriores em controle de infecção.

Art. 8º - As indicações para integrar a CCIH serão apresentadas à diretoria da ABEAS.

§ 1º - O Presidente e o Vice-Presidente da CCIH serão indicados e designados pela Diretoria da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE.

§ 2º - O Presidente e o Vice-Presidente serão membros natos da CCIH.

SEÇÃO III - COMPOSIÇÃO DO GRUPO DE CONSULTORES DA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

Art. 10 - Os integrantes do Grupo de Consultores serão escolhidos pela Direção, sendo estes profissionais representantes dos Serviços e Coordenações envolvidos no referido programa.

SEÇÃO IV - FUNCIONAMENTO

Art. 11 – A CCIH terá como sede uma sala da Policlínica, onde o grupo executor reunir-se-á, ordinariamente, pelo menos uma vez por semana e extraordinariamente quando convocada pela Diretoria da Unidade, supervisor ou a requerimento de um de seus membros.

§ 1º - As deliberações tomadas deverão ser encaminhadas em forma de documentos de circular interna, quando estiverem relacionados a criação e ou alterações nas normas e rotinas.

§ 2º - Os treinamentos para as diversas categorias profissionais e em diversos temas serão agendados previamente e comunicados em forma de documentos de circular interna as chefias de Serviços/Coordenações que deverão ser responsáveis pelo encaminhamento de sua equipe ao mesmo.

Art. 12 - A CCIH observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e a ordem dos trabalhos.

Art. 13 - A sequência das reuniões da CCIH será a seguinte;

- I. Verificação da presença do Presidente;
- II. Assinatura da Ata da reunião anterior;

- III. Leitura dos informes com discussão e votação dos temas: normas e padronizações, organização de campanhas, treinamentos e manuais, discussão de problemas que possam intervir na realização dos trabalhos e despacho do expediente;
- IV. Organização da pauta da próxima reunião;
- V. Ordem do dia compreendendo leitura, discussão e votação dos pareceres;
- VI. Distribuição de tarefa aos membros;
- VII. Comunicação breve e franqueamento da palavra.

§ 1º Em caso de urgência ou de relevância de alguma matéria, a CCIH, por voto da maioria, poderá alterar a sequência estabelecida neste artigo.

§ 2º. Qualquer membro poderá requerer ao Presidente, a qualquer tempo, que solicite o encaminhamento ou diligências de processos ou de consultas a outras pessoas ou instituições públicas ou privadas, nacionais e internacionais, para estudo, pesquisa ou informações necessárias à solução dos assuntos que lhes forem distribuídos, bem como solicitar o comparecimento de qualquer pessoa às reuniões para prestar esclarecimentos.

§ 3º A Ordem do Dia será comunicada previamente a todos os membros, com antecedência mínima de dois dias para as reuniões ordinárias e de um dia para as extraordinárias.

Art. 14 - Após a leitura do parecer, o Presidente ou o seu Suplente devem submetê-lo a discussão, dando a palavra aos membros que a solicitarem.

Art. 15 - Após o encerramento das discussões, o assunto será submetido à votação.

Art. 16 - A cada reunião os membros consignarão sua presença em folha própria e a secretária lavrará uma ata com exposição sucinta dos trabalhos, conclusões, deliberações e resoluções, a qual deverá ser assinada pelos membros presentes e pelo Presidente, quando de sua aprovação.

CAPÍTULO III - DA COMPETÊNCIA

Art. 17 - À CCIH compete:

- I. Estabelecer diretrizes para desenvolvimento do programa de controle de infecção,
 - a. Controle de MRSA;
 - b. Prevenção de transmissão aérea;
 - c. Treinamento em Serviço dos profissionais da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE;
- II. Elaborar planos de ação e estabelecer estratégias de atuação para controle das infecções;
- III. Elaborar programa de controle das infecções com projetos de pesquisa multidisciplinares na linha de infecções em pacientes crônicos;
- IV. Realizar investigação epidemiológica de surtos, sempre que indicado;
- V. Elaborar, rever e atualizar normas, que visem a uniformização de medidas para a prevenção, controle e contenção das infecções hospitalares;
- VI. Planejar normas para estudos e pesquisas epidemiológicas;
- VII. Estabelecer programa de racionalização do uso de antimicrobianos;
- VIII. Elaborar normas para promover educação do pessoal da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE na área de infecção hospitalar;
- IX. Elaborar e divulgar relatórios contendo, no mínimo as seguintes informações, por serviço e referente a toda a Unidade:
 - a. Taxa de infecção hospitalar por patologia;
 - b. Taxa de infecção hospitalar por paciente;
 - c. Estrutura percentual das várias localizações topográficas no paciente;
 - d. Taxas de infecções hospitalares por procedimentos de risco selecionados pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
 - e. Taxa de consumo por antimicrobianos;
- X. Elaborar semestralmente, relatório com coeficiente de sensibilidade /resistência dos germes mais frequentemente encontrados associados a infecções, e aos antimicrobianos padronizados;

XI. Promover medidas de contenção de surtos infecciosos que venham a ocorrer na Unidade, propondo medidas a serem executadas;

- XI. Emitir parecer técnico sobre a aquisição de materiais de consumo, equipamentos cujo uso possa prevenir a infecção;
- XII. Supervisionar, na Central de Material e Esterilização (CME), as condições de armazenamento de materiais de consumo previamente esterilizado, a fim de garantir a validade da mesma;
- XIII. Promover a formação, treinamento e aprimoramento de recursos humanos na área de infecção;
- XIV. Estabelecer normas referentes à problemática de infecção nos setores de manutenção de equipamentos, rouparia, lavanderia, materiais de consumo, esgoto, ar condicionado, cozinha, lixo, transporte, limpeza, desinfecção e esterilização;
- XV. Examinar, proceder e monitorar à adequação de projetos de modificação de planta física, no tocante às infecções hospitalares;
- XVI. Propor, em conjunto com o Serviço de Vigilância em Saúde, medidas necessárias à prevenção e controle de doenças infecciosas no âmbito da Policlínica;
- XVII. Zelar pelo cumprimento das normas regionais, nacionais e internacionais relativas ao controle de infecção.

Art. 18 - Ao Diretor compete:

- I. Constituir formalmente a CCIH.
- II. Nomear os componentes da CCIH por meio de portaria.
- 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 Unidade, e demais comissões envolvidas diretamente ou indiretamente no referido programa.

- VI. Garantir o cumprimento das recomendações formuladas pela Coordenação Municipal, Estadual/Regional de Controle de Infecção.
- VII. Informar o órgão oficial municipal ou estadual quanto à composição da CCIH, e às alterações que venham a ocorrer.
- VIII. Fomentar a educação e o treinamento de todo o pessoal.

CAPÍTULO IV - DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 19 - Ao Presidente incumbe dirigir, coordenar e supervisionar as atividades da CCIH, especificamente:

- I. Representar a CCIH em suas relações internas e externas;
- II. Instalar a Comissão e presidir suas reuniões;
- III. Promover a convocação das reuniões;
- IV. Tomar parte nas discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito do voto de desempate;
- V. Indicar membros para realização de estudos, levantamentos e emissão de pareceres necessários à consecução da finalidade da Comissão;
- VI. Promover a interação do Grupo Consultor com o Grupo Executor.

Parágrafo Único - Cabe ao Vice-Presidente substituir o Presidente em seus impedimentos.

Art. 20 - Aos membros da CCIH incumbe:

- I. Estudar e relatar nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes forem atribuídas pelo Presidente;
- II. Comparecer às reuniões, relatando os expedientes, proferindo voto ou pareceres e manifestando-se a respeito de matérias em discussão;
- III. Requerer votação de matéria em regime de urgência;
- IV. Desempenhar as atribuições que lhes forem atribuídas pelo Presidente;
- V. Apresentar proposições sobre as questões atinentes à Comissão.

Art. 21 - À Secretária da CCIH incumbe:

- I. Assistir as reuniões;

- II. Encaminhar o expediente da CCIH;
- III. Preparar o expediente da CCIH;
- IV. Manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos de que devam ser examinados nas reuniões da Comissão;
- V. Providenciar a confecção de documentos de circular interna e externa expedidos pela CCIH, e distribuição a Direção e demais serviços, setores e coordenações;
- VI. Lavrar termos de abertura e encerramento dos livros de ata, de protocolo, de registro de atas, e de registro de deliberações, rubricando-os e mantendo-os sob vigilância;
- VII. Transcrever o relatório trimestral das atividades da Comissão;
- VIII. Lavrar e assinar as atas de reuniões da Comissão;
- IX. Providenciar, por determinação do Presidente, a convocação das sessões extraordinárias;
- X. Distribuir aos Membros da CCIH a pauta das reuniões;
- XI. Organizar dados e arquivos.

COMPETÊNCIAS DA COMISSÃO DE CONSULTORES

Art. 22 - Competências gerais dos Consultores:

- I. Participar das reuniões da CCIH;
- II. Articular-se com o grupo executor observando as diretrizes traçadas por este, para a ação de controle das infecções;
- III. Implementar o programa de controle das infecções adotados pela CCIH;
- IV. Articular-se com o Grupo Executor, no sentido da atualização de recursos técnicos, materiais e humanos com vistas ao eficiente controle das infecções;
- V. Estender todas as decisões tomadas nas reuniões as áreas de atuação e outras que tenham atividades subsidiárias ou complementares á vida funcional da Policlínica;
- VI. Emitir relatório para a CCIH quando da ocorrência de situações problema dentro da área de sua competência.

Art. 23 - Competências específicas dos Consultores:

Representante da Direção:

- I. contribuir para manter a autoridade máxima da Instituição informado, no que diz respeito as ações de prevenção e controle das infecções;
- II. colaborar com a CCIH na implantação das ações de prevenção e controle das infecções.

Representante do Setor de Biossegurança:

- I. promover a formação, treinamento e aprimoramento de pessoal em Biossegurança;
- II. propor, elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas de biossegurança visando a prevenção das infecções;
- III. monitorar a qualidade do ar, através de medição microbiológica, nos diferentes ambientes da unidade, dentro das normas do Ministério da Saúde e quando indicada pela CCIH.

Representante do Serviço de Farmácia:

- I. Cooperar com as normas de padronização do uso de antimicrobianos adotadas;
- II. Auxiliar no monitoramento do programa de racionalização de uso de antimicrobianos e germicidas, em cooperação com o grupo executor;
- III. Elaborar levantamento do consumo de antimicrobianos e informar à CCIH;
- IV. Comunicar diariamente à CCIH a falta de antimicrobianos, esterilizantes e germicidas padronizados;
- V. Responsabilizar-se pela qualidade das diluições das soluções desinfetantes e antissépticas utilizadas;
- VI. Emitir parecer técnico sobre todos os produtos químicos esterilizantes, desinfetantes, detergentes, antissépticos usados na limpeza e desinfecção de superfícies e artigos de saúde;

- VII. Responsabilizar-se pela manutenção, limpeza e desinfecção sistemática dos destiladores da farmácia.
- VIII. Representante do serviço de monitoramento de custos:
- IX. Propor, elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas técnico administrativas visando o monitoramento de custos na prevenção/tratamento das infecções.

Representante do Serviço de Vigilância em Saúde:

- I. Contribuir na implantação e manutenção do sistema de vigilância epidemiológica, definido pela CCIH;
- II. Avaliar e monitorar, periodicamente e sistematicamente, o sistema de vigilância epidemiológica das infecções;
- III. Contribuir na investigação e controle de surto de infecção, emitindo parecer;
- IV. Contribuir na análise dos dados e indicadores produzidos pelo sistema de vigilância epidemiológica desenvolvida pela CCIH, emitindo pareceres.
- V. Representante do Serviço de Metodologia Epidemiológica:
- VI. Auxiliar na escolha e orientação quanto à formulação dos desenhos de estudos epidemiológicos realizados pela comissão executora em seus estudos;
- VII. Organizar arquivos de dados sobre a utilização de antimicrobianos na unidade que permitam estudos e levantamentos, quando necessários;
- VIII. Organizar arquivos de dados sobre os microrganismos e seu perfil de suscetibilidade antimicrobiana que permitam estudos e levantamentos, quando necessários;
- IX. Contribuir na análise dos dados e indicadores produzidos pelo sistema de vigilância epidemiológica desenvolvida pela CCIH, emitindo pareceres.
- X. Representante da Central de Material e Esterilização:
- XI. Estabelecer as normas e rotinas da Central de Material e Esterilização;
- XII. Estabelecer as rotinas do processo de validação da esterilização, mantendo os registros continuamente atualizados;

- XIII. Apresentar mensalmente à CCIH dados relativos ao acompanhamento da monitorização da esterilização;
- XIV. Comunicar à CCIH as falhas nos equipamentos de esterilização, verificadas pela manutenção preventiva ou corretiva;
- XV. Responsabilizar-se pela manutenção da qualidade e controle do processo de esterilização;
- XVI. Responsabilizar-se pela qualidade das diluições das soluções desinfetantes e antissépticas utilizadas na Central.;
- XVII. Responsabilizar-se pela manutenção, limpeza e desinfecção sistemática do destilador da Central de Material.

Representante do Serviço de Microbiologia:

- I. Elaborar e divulgar normas técnicas atualizadas para coleta de material para exames microbiológicos;
- II. Validar todas as técnicas utilizadas para o isolamento, identificação e testes de suscetibilidade dos microrganismos;
- III. Responsabilizar-se pelo funcionamento adequado do sistema automatizado de isolamento, identificação e teste de suscetibilidade dos microrganismos, validando-o;
- IV. Implantar técnicas atuais, eficazes e rápidas para isolamento e identificação dos microrganismos;
- V. Implantar técnicas atuais, eficazes e rápidas para a identificação e estudo da sensibilidade dos antimicrobianos;
- VI. Organizar arquivos de dados microbiológicos que permitam estudos e levantamentos, quando necessários;
- VII. Produzir e emitir diariamente para a CCIH o relatório de todos os microrganismos identificados.
- VIII. Comunicar à CCIH e a supervisora de enfermagem, diariamente, o crescimento de bactérias multirresistentes em material clínico;
- IX. Auxiliar na identificação de possíveis surtos;

- X. Representante do Serviço de Manutenção e Atividades Gerais;
- XI. Contribuir para a qualidade e monitoramento do processo de limpeza, bem como do controle de vetores;
- XII. Contribuir para monitorar e adequar o descarte e fluxo de material contaminado dentro da unidade;
- XIII. Contribuir para monitorar a qualidade da roupa;
- XIV. Contribuir para a adequação das medidas de isolamento de pacientes com doenças de transmissão;
- XV. Monitorar os procedimentos de limpeza de forma a minimizar a dispersão de poeiras durante as atividades de engenharia;
- XVI. Monitorar os procedimentos de limpeza de forma a manter a qualidade do ar nos diferentes ambientes dentro das normas do Ministério da Saúde;
- XVII. Responsabilizar-se pela limpeza sistemática dos reservatórios e distribuidores de água;
- XVIII. Contribuir na coleta mensal de água dos prédios, e semestralmente dos reservatórios para estudo microbiológico;
- XIX. Responsabilizar-se pela manutenção, limpeza e troca de filtros dos aparelhos condicionadores de ar, conforme recomendações do Ministério da Saúde;
- XX. Responsabilizar-se pelo adequado funcionamento das autoclaves e de destiladores através da manutenção preventiva ou corretiva.

Representante do serviço de Engenharia

- I. Notificar formalmente e antecipadamente à CCIH sobre qualquer procedimento de construção ou manutenção que se prevê a produção de pó ou poeira;
- II. Responsabilizar-se por produzir mecanismos que impeçam a dispersão de poeira durante os procedimentos de engenharia;
- III. Contribuir pela manutenção da qualidade do ar nos diferentes ambientes, dentro das normas do Ministério da Saúde;

- IV. Solicitar formalmente e antecipadamente à CCIH parecer técnico sobre qualquer procedimento de construção garantindo adequação das medidas de controle de infecção;
- V. Contribuir na modernização da unidade de forma a garantir adequação nas medidas de controle de infecção.
- VI. Representantes das Coordenações de Ambulatório e Laboratório
- VII. Contribuir na implantação e adequação das medidas de isolamento de pacientes com doenças de transmissão.
- VIII. Definir, em cooperação com o grupo executor, políticas de padronização e compra de materiais médico-hospitalares para a respectiva Diretoria.

Representante do Serviço de Enfermagem

- I. Contribuir na implantação e adequação das medidas de isolamento de pacientes com doenças de transmissão intra-hospitalar.
- II. Emitir parecer técnico sobre todos os produtos químicos esterilizantes, desinfetantes, detergentes, antissépticos usados na limpeza e desinfecção de superfícies e artigos hospitalares.
- III. Responsabilizar-se pela qualidade das diluições das soluções desinfetantes e antissépticas utilizadas nas unidades e central de material.
- IV. Responsabilizar-se pela manutenção, limpeza e desinfecção sistemática dos destiladores do setor.
- V. Definir, em cooperação com o grupo executor, políticas de padronização e compra de materiais médico-hospitalares.

Representante do Serviço de Orçamentação e Administração de Material:

- I. Definir, em cooperação com o grupo executor, políticas de padronização e compra de materiais médico-hospitalares para a Policlínica;
- II. Contribuir na modernização hospitalar de forma a garantir adequação nas medidas de controle de infecção hospitalar.

CAPÍTULO V - DAS INSTRUÇÕES GERAIS, MANDATO, REUNIÃO

Art. 24 - Será dispensado o componente que, sem motivo justificado, deixar de comparecer a seis reuniões consecutivas ou intercaladas no período de um ano.

Art. 25 - As funções dos membros da CCIH poderão ser remuneradas, por verbas de projetos de pesquisa ou outras fontes, por se tratar de um serviço relevante para a POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE, à critério da entidade gestora.

Art. 26 - A CCIH convidará pessoas ou entidades que possam colaborar com o desenvolvimento dos seus trabalhos, sempre que julgar necessário.

Art. 27 - A Direção da Policlínica, poderá a qualquer tempo e por motivo justificado, promover a substituição dos integrantes da CCIH.

Art. 28 - Os casos omissos e as dúvidas surgidas na aplicação do presente Regimento Interno serão dirimidas pelo Presidente da CCIH e em grau de recurso pela Direção da Policlínica.

Art. 29 - O presente Regimento Interno poderá ser alterado, mediante proposta da CCIH, submetido a Direção da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE e deverá ter aprovação formal por parte da Direção e pela Diretoria da ABEAS.

Cronograma de Atividade Anual:

No que diz respeito ao Cronograma de Atividade Anual, bem como a análise da Policlínica, a estrutura para a composição do cronograma está baseada nas instalações, equipamento, recursos humanos e financeiros e filosofia organizacional, procedimentos, atividades e a especificidade do mencionado estabelecimento aprovado pela Direção e pela Diretoria da ABEAS.

Assim, delinearam-se algumas orientações para a implementação e execução do Cronograma, por parte dos diferentes atores intervenientes, pois só com base numa estrutura sólida se podem desenvolver os processos e aos resultados desejados da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar os quais poderão ser alterados segundo a realidade a ser identificada após a implantação do novo modelo de gestão.

Cronograma de Atividade Anual da CCIH:	
Objetivos da comissão para o primeiro ano de contrato:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar, entre os profissionais da unidade, aqueles que possuem o perfil adequado para compor a comissão. 2. Nomear oficialmente os membros da Comissão. 3. Validação, pela Comissão, da proposta de Regimento Interno. 4. Reunião com as equipes multiprofissionais de saúde para apresentação das finalidades e objetivos da Comissão. 5. Redigir o formulário de padronização de medicamentos, materiais e equipamentos; 6. Selecionar os medicamentos para uso da unidade; 7. Avaliar a necessidade de emprego de novos medicamentos e evitar o uso de substâncias ineficazes e ou eficácia duvidosa; 8. Avaliar a exclusão de medicações da padronização; 9. Divulgar informações sobre o uso de medicamentos, materiais e equipamentos; 10. Sugerir aos órgãos competentes a compra de literatura especializada sobre medicamentos; 11. Estabelecer normas para a utilização de medicamentos de uso restrito e não padronizados. 12. Avaliar e analisar as solicitações de medicamentos não padronizados, tendo um prazo de até 48 horas para emitir seu parecer. Em caso de anti-infecciosos o parecer será dado pela CCIH. 	
Mês 1 e 2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar, entre os profissionais da unidade, aqueles que possuem o perfil adequado para compor a comissão. 2. Nomear oficialmente os membros da Comissão. 3. Validação, pela Comissão, da proposta de Regimento Interno. 4. Reunião com o Corpo Clínico para apresentação das finalidades e objetivos da Comissão. 5. Realizar reunião ordinária.
Mês 3 e 4	<ol style="list-style-type: none"> 1. Redigir o formulário de padronização de medicamentos; 2. Redigir o formulário de padronização de materiais e equipamentos;

	<ol style="list-style-type: none"> 3. Selecionar os medicamentos para uso da unidade; 4. Avaliar a necessidade de emprego de novos medicamentos e evitar o uso de substâncias ineficazes e ou eficácia duvidosa; 5. Avaliar inclusão e exclusão de materiais e equipamentos padronizados; 6. Avaliar a exclusão de medicações da padronização. 7. Realizar reunião ordinária.
Mês 4	<ol style="list-style-type: none"> 1. Divulgar informações sobre o uso de medicamentos; 2. Sugerir aos órgãos competentes a compra de literatura especializada sobre medicamentos, materiais e equipamentos; 3. Estabelecer normas para a utilização de medicamentos de uso restrito e não padronizados. 4. Realizar reunião ordinária.
Mês 5	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar e analisar as solicitações de medicamentos não padronizados; 2. Elaboração de relatório mensal; 3. Realizar reunião ordinária; 4. Divulgação da lista de medicamentos padronizados para 20% das áreas específicas.
Mês 6	<ol style="list-style-type: none"> 5. Avaliar e analisar as solicitações de medicamentos não padronizados; 6. Elaboração de relatório mensal; 7. Realizar reunião ordinária. 8. Divulgação da lista de medicamentos padronizados para 30% das áreas específicas.
Mês 7	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar e analisar as solicitações de medicamentos não padronizados; 2. Elaboração de relatório mensal; 3. Realizar reunião ordinária.

	<ol style="list-style-type: none"> 4. Divulgação da lista de medicamentos padronizados para 40% das áreas específicas.
Mês 8	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar e analisar as solicitações de medicamentos não padronizados; 2. Elaboração de relatório mensal; 3. Realizar reunião ordinária. 4. Divulgação da lista de medicamentos padronizados para 60% das áreas específicas.
Mês 9	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar e analisar as solicitações de medicamentos não padronizados; 2. Elaboração de relatório mensal; 3. Realizar reunião ordinária. 4. Divulgação da lista de medicamentos padronizados para 80% das áreas específicas.
Mês 10	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar e analisar as solicitações de medicamentos não padronizados; 2. Elaboração de relatório mensal; 3. Realizar reunião ordinária. 4. Divulgação da lista de medicamentos padronizados para 100% das áreas específicas. 5. Avaliar e analisar as solicitações de medicamentos não padronizados.
Mês 11	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar reunião ordinária. 2. Realizar palestras educativas.
Mês 12	<ol style="list-style-type: none"> 1. Elaboração de relatório anual de atividades da comissão; 2. Realizar reunião ordinária.

2.6.1.2. Comissão de Ética Médica

Finalidade:

As Comissões de Ética Médica são órgãos que, segundo a legislação, devem estar presentes em todas as instituições que contam com trabalho médico. Embora não possuam competência para realizar julgamento nem estabelecer penalidades nas questões éticas, as Comissões de Ética Médica são responsáveis por levar ao conhecimento do Conselho Regional de Medicina qualquer denúncia ou suspeita de ilícito ético.

Ao receber denúncia ou tomar conhecimento de eventual infração ética, devem instaurar sindicância para apuração dos fatos por meio de audiência, devendo lavrar os depoimentos dos denunciantes, dos denunciados e das testemunhas, bem como a reunião das provas. Uma vez constatado o indício de infração do Código de Ética Médica, devem encaminhá-lo ao Conselho Regional de Medicina. As cópias de toda esta documentação deverão ser mantidas arquivadas.

A Comissão de Ética Médica da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE terá papel importante na prevenção do erro médico, pois têm a liberdade de promover cursos, palestras, simpósios em educação continuada, podendo contar para isso com os recursos disponíveis no CREMEGO.

Constituição Básica:

As Comissões de Ética Médica foram criadas pelo Conselho Federal de Medicina mediante a Resolução no 125/85, de 11 de julho de 1985, que determinou aos Conselhos Regionais de Medicina a criação de Comissão de Ética em todos os estabelecimentos ou entidades em que se exerce a medicina nas respectivas jurisdições.

Estabelece normas de organização, funcionamento e eleição, competências das Comissões de Ética Médica dos estabelecimentos de saúde, e dá outras providências.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei no 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto no 44.045, de 19 de julho de 1958, RESOLVE:

Art. 1º – Todos os estabelecimentos de assistência à saúde e outras pessoas jurídicas em que se exerça a Medicina, ou sob cuja égide se exerça a Medicina em todo o território nacional, devem eleger, entre os membros de seu Corpo Clínico, conforme previsto nos seus Regimentos Internos, Comissões de Ética Médica nos termos desta resolução.

Parágrafo único – Compete ao Diretor Técnico encaminhar ao Conselho Regional de sua jurisdição a ata da eleição da Comissão de Ética Médica.

Art. 2º – Adotar o Regimento das Comissões de Ética, parte integrante da presente Resolução.

Art. 3º – Revoga-se a Resolução CFM no 1.215/85 e demais disposições em contrário.

Art. 4º – A presente resolução entra em vigor na data de sua publicação.

REGIMENTO INTERNO

CAPÍTULO I - DAS DEFINIÇÕES

Art. 1º – As Comissões de Ética Médica (CEM) constituem, por delegação do Conselho Regional de Medicina, uma atividade das instituições médicas, estando a ele vinculadas. Têm funções sindicantes, educativas e fiscalizadoras do desempenho ético da Medicina em sua área de abrangência.

Art. 2º – 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.

Parágrafo único – Cabe ao diretor técnico prover as condições necessárias ao trabalho da Comissão de Ética.

CAPÍTULO II - DA COMPOSIÇÃO, ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA.

Art. 3º – As Comissões de Ética serão compostas por 01 (um) presidente, 01 (um) secretário e demais membros efetivos e suplentes.

Art. 4º – As Comissões de Ética Médica serão instaladas nos termos do artigo 1º deste Regimento, obedecendo aos seguintes critérios de proporcionalidade:

- I. nas instituições com até 15 médicos não haverá a obrigatoriedade de constituição de Comissão de Ética;
- II. nas instituições que possuírem de 16 (dezesesseis) a 99 (noventa e nove) médicos, a Comissão de Ética Médica deverá ser composta por 3 (três) membros efetivos e igual número de suplentes;
- III. 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;
- IV. 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.
- V. na instituição que possuir um número igual ou superior a 1.000 (mil) médicos, a Comissão de Ética deverá ser composta por 8 (oito) membros efetivos e 8 (oito) suplentes;
- VI. nas diversas unidades médicas da mesma entidade mantenedora localizada no mesmo município onde atuem em que cada uma possua menos de 10 (dez) médicos, é permitida a constituição de Comissão de Ética Médica representativa do conjunto das referidas unidades, obedecendo-se às disposições acima quanto à proporcionalidade.

Art. 5º – Não poderão integrar as Comissões de Ética Médica os médicos que exercerem cargos de direção técnica, clínica ou administrativa da instituição e os que não estejam quites com o Conselho Regional de Medicina.

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

Art. 6º – O mandato das Comissões de Ética será de 30 (trinta) meses.

Art. 7º – Nos casos de afastamento definitivo ou temporário de um de seus membros efetivos, a Comissão procederá à convocação do suplente respeitando a ordem de votação para a vaga ocorrida, pelo tempo que perdurar o afastamento, devendo oficializar tal decisão ao Conselho Regional de Medicina imediatamente após o feito.

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. 8º – Nos casos de vacância do cargo de presidente ou de secretário, far-se-á nova escolha, pelos membros efetivos, para o cumprimento do restante do mandato.

Art. 9º – Quando ocorrer vacância em metade ou mais dos cargos da Comissão de Ética, será convocada nova eleição para preenchimento dos cargos vagos de membros efetivos ou suplentes.

CAPÍTULO III - DA COMPETÊNCIA

Art. 10 – Compete às Comissões de Ética:

- I. 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;
- II. comunicar ao Conselho Regional de Medicina quaisquer indícios de infração da lei ou dispositivos éticos vigentes;
- III. comunicar ao Conselho Regional de Medicina o exercício ilegal da profissão;
- IV. comunicar ao Conselho Regional de Medicina as irregularidades não corrigidas dentro dos prazos estipulados;
- V. comunicar ao Conselho Regional de Medicina práticas médicas desnecessárias e atos médicos ilícitos, bem como adotar medidas para combater a má prática médica;
- VI. instaurar sindicância instruí-la e formular relatório circunstanciado acerca do problema, encaminhando-o ao Conselho Regional de Medicina, sem emitir juízo;
- VII. verificar se a instituição em que atua está regularmente inscrita no Conselho Regional de Medicina e em dia com as suas obrigações;
- VIII. colaborar com o Conselho Regional de Medicina na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar sobre temas relativos à Ética Médica;

- IX. elaborar e encaminhar ao Conselho Regional Medicina relatório sobre as atividades desenvolvidas na instituição em que atua;
- X. atender as convocações do Conselho Regional de Medicina;
- XI. manter atualizado o cadastro dos médicos que trabalham na instituição em que atua;
- XII. fornecer subsídios à direção da instituição em que funciona, visando à melhoria das condições de trabalho e da assistência médica;
- XIII. atuar preventivamente, conscientizando o Corpo Clínico da instituição em que funciona quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético;
- XIV. promover a divulgação eficaz e permanente das normas complementares emanadas dos órgãos e autoridades competentes;
- XV. encaminhar aos Conselhos fiscalizadores das outras profissões da área de saúde que atuem na instituição representações sobre indícios de infração dos seus respectivos Códigos de Ética;
- XVI. colaborar com os órgãos públicos e outras entidades de profissionais de saúde em tarefas relacionadas com o exercício profissional;
- XVII. orientar o público usuário da instituição de saúde em que atua sobre questões referentes à Ética Médica.

Art. 11 – Compete aos membros da Comissão de Ética:

- I. eleger o presidente e secretário;
- II. comparecer a todas as reuniões da Comissão de Ética Médica, discutindo e votando as matérias em pauta;
- III. desenvolver as atribuições conferidas à Comissão de Ética Médica prevista nesta Resolução;
- IV. garantir o exercício do amplo direito de defesa àqueles que vierem a responder a sindicâncias.

Art. 12 – Compete ao presidente da Comissão de Ética:

- I. representar a Comissão de Ética Médica perante as instâncias superiores, inclusive no Conselho Regional de Medicina;
- II. convocar as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de Ética Médica;
- III. convocar o secretário para substituí-lo em seus impedimentos ocasionais;
- IV. solicitar a participação dos membros suplentes nos trabalhos da Comissão de Ética Médica, sempre que necessário;
- V. encaminhar ao Conselho Regional de Medicina as sindicâncias devidamente apuradas pela Comissão de Ética Médica;
- VI. nomear membros sindicantes para convocar e realizar audiências, analisar documentos e elaborar relatório à Comissão de Ética Médica quando da apuração de sindicâncias.

Art. 13 – Compete ao secretário da Comissão de Ética Médica:

- I. substituir o presidente em seus impedimentos eventuais;
- II. colaborar com o presidente nos trabalhos atribuídos à Comissão de Ética Médica;
- III. secretariar as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de Ética Médica;
- IV. lavrar atas, editais, cartas, ofícios e relatórios relativos à Comissão de Ética Médica;
- V. manter em arquivo próprio os documentos relativos à Comissão de Ética Médica.

CAPÍTULO IV - DAS ELEIÇÕES

Art. 14 – A escolha dos membros das Comissões de Ética Médica será feita mediante eleição direta, dela participando os médicos que compõem o Corpo Clínico do estabelecimento, conforme previsto no Regimento Interno, inscritos na condição de médico em situação regular com o Conselho Regional de Medicina, ressalvado o determinado no artigo 9º do presente Regimento.

Art. 15 – A convocação da eleição será feita pelo Diretor Técnico, por Edital a ser divulgado no estabelecimento no período de 30 (trinta) dias antes da eleição.

Art. 16 – Os candidatos à comissão de ética médica deverão se inscrever individualmente, junto ao Diretor Técnico do estabelecimento, com a antecedência mínima de 15 (quinze) dias da data da eleição.

Art. 17 – Os nomes dos candidatos inscritos serão divulgados no estabelecimento em que ocorrerá a eleição, pelo Diretor Técnico, por ordem alfabética, durante o período mínimo de uma semana.

Art. 18 – O Diretor Técnico designará uma Comissão Eleitoral com a competência de organizar, dirigir e supervisionar todo o processo eleitoral, de acordo com as normas do Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único: Os integrantes da Comissão Eleitoral não podem ser candidatos à Comissão de Ética.

Art. 19 – A Comissão de Ética Médica será composta pelos candidatos que obtiverem o maior número de votos, de acordo com o número previsto para a sua composição.

Parágrafo único: Quando ocorrer empate entre os candidatos votados, influenciando na escolha dos membros efetivos ou suplentes, será considerado eleito o mais antigo no Corpo Clínico. Persistindo o empate, será considerado eleito o que tiver maior tempo de inscrição no Conselho Regional de Medicina daquela jurisdição.

Art. 20 – A apuração será realizada imediatamente após o encerramento da votação, pela Comissão Eleitoral, podendo ser assistida por todos os interessados.

Art. 21 – O resultado da eleição será lavrado em ata que deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Medicina para homologação, e a quem compete dirimir dúvidas não resolvidas pela Comissão Eleitoral.

Art. 22 – Os protestos e recursos contra qualquer fato relativo ao processo eleitoral deverão ser formalizados, por escrito, dentro de, no máximo, 48 (quarenta e oito) horas

após as eleições, e encaminhados em primeira instância à Comissão Eleitoral e em segunda instância ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 23 – Homologados os resultados, os membros eleitos serão empossados pelo Conselho Regional de Medicina.

CAPÍTULO V - DO FUNCIONAMENTO

Art. 24 – As Comissões de Ética deverão estabelecer seu calendário de reuniões ordinárias, e reunir-se de forma extraordinária quando solicitadas.

Art. 25 – Os atos da comissão de ética médica relacionados com a fiscalização ou sindicâncias terão caráter sigiloso.

Art. 26 – Todas as deliberações da Comissão de Ética dar-se-ão por maioria simples, sendo prerrogativa do presidente o “voto de Minerva” em caso de empate.

Art. 27 – As sindicâncias instauradas pelas Comissões de Ética obedecerão aos preceitos contidos nesta Resolução.

Art. 28 – A sindicância será instaurada mediante:

- I. denúncia por escrito, devidamente identificada e, se possível, fundamentada;
- II. denúncia, por escrito, do Diretor Técnico ou diretor técnico;
- III. deliberação da própria Comissão de Ética Médica;
- IV. solicitação da Delegacia Regional, Seccional ou Representação;
- V. determinação do Conselho Regional de Medicina.

Art. 29 – Aberta a sindicância, a Comissão de Ética Médica informará o fato aos envolvidos, convocando-os, se for o caso, para esclarecimentos ou solicitando-lhes, no prazo de 7 (sete) dias úteis a partir do recebimento do aviso, manifestação por escrito.

Art. 30 – Todos os documentos relacionados com os fatos, quais sejam: cópias dos prontuários, das fichas clínicas, das ordens de serviço e outros que possam colaborar no deslinde da questão, deverão ser apensados à sindicância quando for decidido enviá-la ao Conselho Regional de Medicina.

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

Art. 31 – O presidente da Comissão de Ética Médica nomeará um membro sindicante para convocar e realizar audiências, analisar documentos e elaborar relatório à Comissão.

Art. 32 – Finda a coleta de informações, a Comissão de Ética Médica reunir-se-á para analisar e emitir relatório conclusivo, sem emitir juízo.

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

Art. 33 – Evidenciada a existência de indícios de infração ética, a sindicância deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Medicina, para a competente tramitação.

Art. 34 – Em casos de menor gravidade e que não tenham acarretado danos para terceiros, a Comissão de Ética Médica poderá procurar a conciliação entre as partes envolvidas “ad referendum” do Plenário do Conselho Regional de Medicina.

§ 1º: Caso haja conciliação, a Comissão lavrará tal fato em ata específica.

§ 2º: Não havendo a conciliação de que trata o caput do artigo, a sindicância seguirá seu trâmite normal com o envio do relatório circunstanciado ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 35 – Se houver alguma denúncia envolvendo um membro da Comissão de Ética Médica, o mesmo deverá afastar-se da Comissão enquanto durar a sindicância em questão.

CAPÍTULO VI - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 36 – As determinações deste Regimento terão efeito a partir da publicação da presente resolução.

§ 1º: As normas do presente Regimento referentes às eleições das Comissões de Ética Médica somente produzirão seus efeitos a partir das eleições para os Conselhos Regionais de Medicina.

§2º: As Comissões de Ética Médica já instaladas terão o prazo de 6 (seis) meses para se adequarem à presente regulamentação.

Art. 37 – Os casos omissos serão decididos pelo Conselho Regional de Medicina da jurisdição.

Art. 38 – Caberá ao Conselho Regional de Medicina divulgar a existência de Comissão de Ética dentro da instituição.

Cronograma de Atividades:

Mês 1 e 2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar, entre os profissionais médicos da Unidade, aqueles que possuem perfil adequado para compor a Comissão Eleitoral. 2. Nomear oficialmente os membros da Comissão Eleitoral. 3. Realizar treinamento – Palestra (Responsável: Comissão Eleitoral). 4. Publicar edital de convocação das eleições (Responsável: Comissão Eleitoral). 5. Realizar a inscrição das chapas (Responsável: Comissão Eleitoral). 6. Realizar a eleição, publicar o resultado. 7. Informar o resultado da eleição ao Conselho Regional de Medicina. 8. Elaborar um Plano de Ações para o mandato em curso.
Mês 3	<ol style="list-style-type: none"> 1. Validação, pela Comissão, da proposta de Regimento Interno. 2. Realizar reunião ordinária. 3. Reunião com o Corpo Clínico para apresentação das finalidades e objetivos da Comissão.
Mês 4	<ol style="list-style-type: none"> 1. Elaboração de relatório mensal. 2. Realizar reunião ordinária.
Mês 5	<ol style="list-style-type: none"> 1. Elaboração de relatório mensal. 2. Realizar reunião ordinária.
Mês 6	<ol style="list-style-type: none"> 1. Elaboração de relatório mensal. 2. Realizar reunião ordinária.
Mês 7	<ol style="list-style-type: none"> 1. Elaboração de relatório mensal.

	2. Realizar reunião ordinária.
Mês 8	1. Elaboração de relatório mensal. 2. Realizar reunião ordinária.
Mês 9	1. Elaboração de relatório mensal. 2. Realizar reunião ordinária.
Mês 10	1. Elaboração de relatório mensal. 2. Realizar reunião ordinária.
Mês 11	1. Elaboração de relatório mensal. 2. Realizar reunião ordinária.
Mês 12	1. Elaboração de relatório mensal. 2. Realizar reunião ordinária. 3. Realizar treinamento – Palestra. 4. Realizar Relatório Anual das atividades da Comissão.

2.6.1.3. Comissão de Ética de Enfermagem

Finalidade:

Deverá ser organizada de maneira que atenda as diversas áreas de atuação da enfermagem, abrangendo todos os profissionais inseridos na equipe e desenvolverá ações educativas voltadas aos profissionais da área de enfermagem, fiscalizará o exercício da profissão e o cumprimento dos direitos reservados à categoria, sendo uma extensão do Conselho Regional de Enfermagem – COREN.

Constituição:

A Equipe será composta por Enfermeiro, Técnico e/ou Auxiliar de Enfermagem em igual número, com vínculo empregatício na instituição e registro no COREN-GO e terá como atribuições a fiscalização do exercício ético do profissional de enfermagem; a inspeção das condições oferecidas pela instituição e sua compatibilidade com o perfeito desenvolvimento técnico e moral da enfermagem; a fiscalização do cumprimento, pela unidade, dos direitos previstos em lei aos profissionais da área de enfermagem e, ainda, a fiscalização da qualidade do atendimento dispensado ao paciente. Deverá ser formada por membros efetivos e igual número de suplentes, cabendo a presidência ao Enfermeiro.

REGIMENTO INTERNO

Capítulo I - Da Definição

Art. 1º - A Comissão de Ética de Enfermagem do Serviço de Enfermagem é órgão representativo da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE, de caráter permanente, com funções educativas, fiscalizadoras e consultivas do exercício profissional e ético de Enfermagem nessa Instituição.

Capítulo II - Das Finalidades

Art. 2º - A Comissão de Ética de Enfermagem é reconhecida pela Resolução COFEN 593/2018, estabelecendo com a mesma uma relação de independência e autonomia, em assuntos pertinentes à ética.

Parágrafo Único - A Comissão de Ética de Enfermagem deverá notificar à Coordenação de enfermagem o cronograma de suas atividades.

Art. 3º - A Comissão de Ética de Enfermagem tem por finalidade:

- I. Fortalecer o componente ético dos profissionais de enfermagem do Serviço de Enfermagem da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE através da análise das intercorrências notificadas, por meio de denúncia formal e/ou auditoria.
- II. Divulgar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e demais normas disciplinares e éticas do exercício profissional, bem como identificar as ocorrências éticas e disciplinares na instituição de saúde.
- III. Receber denúncias de profissionais de enfermagem, usuários, clientes e membros da comunidade relativa ao exercício profissional da enfermagem, bem como colaborar com o COREN-GO no combate ao exercício ilegal da profissão.

Art. 4º - A Comissão de Ética de Enfermagem deverá ser composta por Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de enfermagem.

Art. 5º - A Comissão de Ética de Enfermagem do Serviço de Enfermagem da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE será formada por três Enfermeiros Titulares e Três Enfermeiros suplentes e dois Auxiliares de Enfermagem titulares e dois Auxiliares de Enfermagem suplentes.

Art. 6º - A Comissão de Ética de Enfermagem poderá ser reconduzida por igual período.

Art. 7º - A Comissão de Ética de Enfermagem terá um Presidente, um Vice-Presidente e um Secretário.

Parágrafo único - As funções do Presidente e Vice-Presidente deverão ser exercidas exclusivamente por Enfermeiros.

Capítulo III - Das Competências

Art. 8º - A Comissão de Ética de Enfermagem do Serviço de Enfermagem tem por competência:

- a. Divulgar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e demais normas disciplinares e éticas do Exercício Profissional da Enfermagem;
- b. Promover e ou participar de eventos que se propõem a estudar e discutir o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, identificando as questões éticas e disciplinares que envolvem o Exercício Profissional;
- c. Assessorar a Diretoria dos Serviços de Enfermagem, no que se refere às questões inerentes à Ética Profissional;
- d. Participar de estudos e projetos visando a orientação aos clientes, familiares e comunidade, no que se refere às questões Éticas;
- e. Promover e/ou participar de atividades multiprofissionais referentes à Ética;
- f. Analisar e emitir parecer sobre abordagem das questões Éticas de Enfermagem na instituição, sempre que necessário;
- g. Zelar pelo exercício ético dos profissionais de Enfermagem na instituição, identificando as condições oferecidas pela mesma, para o desempenho das atividades profissionais e qualidade do atendimento dispensado à clientela pela equipe de enfermagem.
- h. Averiguar as denúncias ocorridas e notificar ao COREN-GO as infrações éticas detectadas;
- i. Solicitar assessoramento da Comissão de Ética do COREN-GO sempre que necessário;
- j. Elaborar o relatório anual das atividades desenvolvidas e encaminhar ao COREN – GO.

Capítulo IV - Das Eleições

Art. 9º - Os membros da Comissão de Ética serão eleitos através de voto facultativo, secreto e direto de todos os profissionais de enfermagem da instituição;

Art. 10 - A Comissão de Ética de Enfermagem vigente fará a escolha e divulgação de uma Comissão Eleitoral, composta de 03 (três) profissionais de enfermagem, que será responsável pela organização, apuração e divulgação dos resultados do pleito;

§ 2º - Os membros da Comissão Eleitoral não poderão ser candidatos, assim como aqueles que possuem cargos de Chefia de Enfermagem na instituição ou Diretoria de Entidades de Classe de Enfermagem;

§ 3º - A Convocação para eleição será feita através de ampla divulgação interna, com antecedência mínima de 45 (quarenta e cinco) dias da data estabelecida para as inscrições das chapas;

§ 4º - Todas as categorias de Enfermagem presentes na instituição deverão estar representadas na chapa;

Art. 11 - Somente poderão votar os profissionais regulamente inscritos no COREN- GO e com vínculo empregatício efetivo na instituição.

Art. 12 - A eleição somente terá legitimidade se o número de votantes for, no mínimo a metade mais um dos profissionais em condições de votar.

Art. 13 - As chapas inscritas poderão indicar no ato da inscrição até 02 (dois) fiscais para acompanhar o processo eleitoral e fiscalização da apuração;

Art. 14 - Não serão computadas as cédulas rasuradas ou que contiverem qualquer vício, inclusive que possibilite a violação do sigilo do voto.

Art. 15 - Protestos e recursos relativos ao processo eleitoral, deverão ser formalizados por escrito dentro de no máximo 48 (quarenta e oito) horas após as eleições e encaminhadas em primeira instância à Comissão Eleitoral e em seguida e última instância ao COREN-GO.

Capítulo IV - Das Disposições Gerais

Art. 16 - A Comissão de Ética de Enfermagem reunir-se-á uma vez por mês ordinariamente, em dia, hora e local pré-determinados, podendo reunir-se, extraordinariamente, quando houver necessidade;

§ 1º - As reuniões da Comissão serão registradas em Atas numeradas e assinadas pelos membros presentes ao ato;

Art. 17 A ausência não justificada em mais de 03 (três) reuniões consecutivas e/ou intercaladas, excluirá automaticamente o membro efetivo da Comissão de Ética de Enfermagem, devendo ser convocado o respectivo suplente;

Art. 18 A Coordenação de Enfermagem da Instituição garantirá as condições necessárias para o desenvolvimento da eleição e das atividades da Comissão de Ética de Enfermagem;

Art. 19 A coordenação de Enfermagem da Instituição garantirá condições necessárias para o desenvolvimento das Atividades da Comissão de Ética;

Art. 20 Os casos omissos da presente Decisão serão resolvidos pelo COREN - GO. O Regimento Interno será aprovado em Reunião Extraordinária da Comissão de Ética de Enfermagem da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE.

Cronograma Anual:

Mês 1 e 2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar, entre os profissionais médicos da Unidade, aqueles que possuem perfil adequado para compor a Comissão Eleitoral. 2. Nomear oficialmente os membros da Comissão Eleitoral. 3. Realizar treinamento – Palestra (Responsável: Comissão Eleitoral). 4. Publicar edital de convocação das eleições (Responsável: Comissão Eleitoral). 5. Realizar a inscrição das chapas (Responsável: Comissão Eleitoral). 6. Realizar a eleição, publicar o resultado. 7. Informar o resultado da eleição ao Conselho Regional de Enfermagem. 8. Elaborar um Plano de Ações para o mandato em curso.
Mês 3	<ol style="list-style-type: none"> 1. Validação, pela Comissão, da proposta de Regimento Interno. 2. Realizar reunião ordinária. 3. Reunião com o Corpo Clínico para apresentação das finalidades e objetivos da Comissão.
Mês 4	<ol style="list-style-type: none"> 1. Elaboração de relatório mensal.

	2. Realizar reunião ordinária.
Mês 5	1. Elaboração de relatório mensal. 2. Realizar reunião ordinária.
Mês 6	1. Elaboração de relatório mensal. 2. Realizar reunião ordinária.
Mês 7	1. Elaboração de relatório mensal. 2. Realizar reunião ordinária.
Mês 8	1. Elaboração de relatório mensal. 2. Realizar reunião ordinária.
Mês 9	1. Elaboração de relatório mensal. 2. Realizar reunião ordinária.
Mês 10	1. Elaboração de relatório mensal. 2. Realizar reunião ordinária.
Mês 11	1. Elaboração de relatório mensal. 2. Realizar reunião ordinária.
Mês 12	1. Elaboração de relatório mensal. 2. Realizar reunião ordinária. 3. Realizar treinamento – Palestra. 4. Realizar Relatório Anual das atividades da Comissão.

2.6.1.4. Comissão de Farmácia e Terapêutica

Finalidade:

Estabelecer critérios de compra, padronização e avaliação técnica de medicamentos e materiais médico-hospitalar. Compete ao Diretor Técnico a responsabilidade de presidir essa comissão.

Constituição Básica:

A Comissão de Farmácia e Terapêutica e a Comissão de Padronização de Materiais e Insumos de Consumo Hospitalar da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE será composta por:

- a) Representante da Coordenação de Serviços Multidisciplinares;
- b) Representante da Coordenação do Corpo Clínico;
- c) Representante da Coordenação de Enfermagem;
- d) Representante da Supervisão de Farmácia;
- e) Representante da Supervisão de Material e Patrimônio;
- f) Representante da Supervisão do Serviço de Nutrição;
- g) Representante da Supervisão da CME;
- h) Representante do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar/SCIH;
- k) Representante do Setor de Compras/Diretoria Administrativa da ABEAS.

REGIMENTO INTERNO

A Comissão de Farmácia e Terapêutica - CFT DA POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE será oficialmente instituída / constituída pela Diretoria Geral, a qual é inteiramente subordinada, tem seu funcionamento regulamentado por este instrumento normativo, chamado aqui de Regimento Interno.

CAPÍTULO I - DA DENOMINAÇÃO, SEDE E FINS

Art. 1º A Comissão de Farmácia e Terapêutica - CFT da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE, constituída por tempo indeterminado, possuirá sede na sala do Núcleo de Comissão desta Unidade de Saúde, onde manterá infraestrutura básica necessária para seu funcionamento.

Art. 2º Trata a Comissão de Farmácia e Terapêutica - CFT da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE, de uma instância colegiada, de natureza consultiva e deliberativa no âmbito da emissão de pareceres, vinculada à unidade de saúde, visando a promoção de ações destinadas ao uso racional de medicamentos, tendo seu funcionamento regulamentado por este instrumento normativo e por finalidade os ditames abaixo mencionados.

CAPÍTULO II - DA FINALIDADE

Art. 3º A Comissão de Farmácia e Terapêutica - CFT da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE, tem por finalidade assessorar a Direção desta unidade na formulação e implementação de políticas relacionadas à padronização e seleção de medicamentos, programação, prescrição, dispensação e uso racional, através de um processo dinâmico, participativo, multiprofissional e multidisciplinar, para assegurar terapêutica eficaz e segura e melhoria na qualidade da assistência prestada à saúde.

CAPÍTULO III - DA SUBORDINAÇÃO E AUTONOMIA

Art. 4º Esta Comissão está subordinada à Diretoria-Geral da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE, tendo em vista o Contrato de Gestão nº XXX/2020, processo nº XXX, pactuado com o Estado de Goiás, através da Secretaria Estadual de Saúde, e tem autonomia para implementação de suas recomendações técnicas, devendo ser cumpridas por todos os profissionais que exerçam atividades na unidade.

CAPÍTULO IV - DA CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO

Art. 5º A indicação dos nomes para a comissão será feita pela Direção-Geral e convalidada pela Direção da ABEAS, mediante consulta prévia junto aos representantes da equipe multidisciplinar.

Art. 6º A Comissão será composta por:

- I. Farmacêutico(s);
- II. Médicos;
- III. Médico infectologista;
- IV. Enfermeiro(s);
- V. Administração – Representante(s) da Policlínica.

Art. 7º A nomeação da referida Comissão será feita através de portaria da Direção Geral da Unidade o mandato dos membros será de 02(dois) anos com direito à recondução, contados a partir da data de publicação da portaria.

Parágrafo Único: Todos os integrantes da Comissão deverão assinar um documento declarando completa independência e total ausência de conflito de interesse financeiro ou de qualquer outra natureza em alguma indústria farmacêutica, representação farmacêutica, distribuidor, e que seu trabalho será isento de qualquer favorecimento pessoal. A declaração deverá ser arquivada no Escritório da Qualidade.

CAPÍTULO V - DAS REUNIÕES

Art. 8º As reuniões da Comissão serão realizadas a cada dois meses, às segundas terças-feiras do mês, em dias úteis, conforme agenda anual previamente estabelecida. Havendo necessidade de reunião extraordinária ou de alteração da agenda, os membros serão comunicados a qualquer tempo.

Art. 9º Previamente às reuniões, a pauta será elaborada pelo Secretário da Comissão, aprovada pela Presidência e enviada a todos os participantes, com 03 (três) dias de antecedência.

Art.10 Todas as reuniões serão registradas em Ata e, posteriormente, apresentada aos participantes da mesma, com o registro fidedigno de todas as deliberações tomadas. Após assinatura e aprovação, as atas serão arquivadas no Escritório da Qualidade.

Art. 11 No caso de um membro efetivo ausentar-se em 03 (três) reuniões consecutivas ou 6 (seis) intercaladas no decorrer de 12 (doze) meses, sem justificativa escrita e plausível, este será substituído por novo integrante, indicado pelo Presidente da Comissão, referendado pela Direção da Unidade/ABEAS.

Parágrafo único. Na eventualidade de algum integrante, por motivo de qualquer ordem, deixar de fazer parte da Comissão, seu Presidente deverá indicar um substituto, cuja posse deverá ser referendada pela Direção da Unidade / ABEAS.

Art. 12 As reuniões deverão seguir o seguinte roteiro:

- I. Abertura dos trabalhos pelo Presidente ou, em sua ausência, pelo Vice Presidente;
- II. Verificação da presença dos membros e existência de "quorum";
- III. Aprovação e assinatura da ata da reunião anterior;
- IV. Apresentação de assuntos por convidados externos, quando for o caso;
- V. Leitura e apresentação dos itens da Ordem do Dia, seguida por discussão e votação
- VI. Organização da pauta da próxima reunião e distribuição dos trabalhos;
- VII. Encerramento dos trabalhos.

§ 1º primeiro. Em caso de urgência da discussão de um determinado assunto, a CFT, por voto da maioria, poderá alterar a pauta da reunião comunicando-se a alteração a todos os membros.

§ 2º As questões deverão ser decididas através do voto da maioria dos membros desta comissão. Contudo, havendo a impossibilidade de se estabelecer o consenso e, esgotadas as argumentações (com base em evidências científicas), o Presidente terá direito ao voto de desempate. Qualquer membro poderá solicitar reexame de decisões exaradas, justificando possível inconveniência, inoportunidade ou ilegalidade.

§ 3º Após apresentação e leitura das solicitações de padronização de medicamentos, e dos anexos que a compuserem, o Presidente dará início a fase de discussão e abrirá, a seguir, a fase de votação. O membro da comissão que não se considerar suficientemente esclarecido quanto à matéria em exame, poderá solicitar vista do processo, propor diligências ou, ainda, adiamento da discussão e votação. Neste caso, o Presidente estabelecerá nova data para reapresentação desta matéria.

CAPÍTULO VI – DAS ATRIBUIÇÕES DA COMISSÃO

Art. 13 Elaborar e atualizar periodicamente a lista de medicamentos padronizados na Instituição, considerando a eficácia, segurança, qualidade e custo.

Art. 14 Divulgar a padronização.

Art. 15 Incentivar a investigação sobre a utilização de medicamentos e usar seus resultados para desenvolver o monitoramento de seu uso (estudos de utilização de medicamentos e farmacovigilância).

Art. 16 Validar protocolos de tratamento, elaborados pelos diferentes serviços clínicos da unidade.

Art. 17 Implementar atividades de educação continuada em terapêutica em parceria com o Departamento de Gestão de Pessoas/Policlínica.

Art. 18 Trocar experiências com Comissões de outras unidades, principalmente quanto a protocolos de uso de drogas.

Art. 19 Produzir material informativo sobre medicamentos e divulgá-los ao corpo técnico da Unidade.

Art. 20 Realizar controle de qualidade da padronização.

Art. 21 Repassar as deliberações da CFT para que a Farmácia providencie a atualização e divulgação da nova padronização sempre que necessário.

Art. 22 Avaliar a necessidade de emprego de novos medicamentos e evitar o uso de substâncias ineficazes e/ou eficácia duvidosa.

Art. 23 Avaliar as solicitações de inclusão e exclusão de medicações da padronização.

Art. 24 Sugerir à Diretoria Geral da Unidade / ABEAS a compra de literatura especializada sobre medicamentos.

Parágrafo Único: Os processos de avaliação para inclusão e exclusão de medicamentos, discutidos nas reuniões da Comissão, serão registrados e guardados no Escritório da Qualidade, disponibilizados para consulta de qualquer integrante do corpo técnico da Unidade, interessado, pelo período de 2 (dois) anos.

CAPÍTULO VII - DAS ATRIBUIÇÕES DOS MEMBROS

Art. 25 Ao Presidente da Comissão de Farmácia e Terapêutica – CFT compete dirigir, coordenar e supervisionar as atividades da Comissão e, especificamente:

- I. Constituir Grupos Técnicos de Trabalho e Apoio;
- II. Representar a CFT em suas relações internas e externas;
- III. Instalar e Presidir reuniões;
- IV. Emitir pronunciamento da CFT quanto às questões relativas a medicamentos;
- V. Promover a convocação das reuniões;
- VI. Tomar parte nas discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito de voto de desempate;
- VII. Designar membros executivos da CFT para emissão de Pareceres Técnicos, realização de estudos e levantamentos necessários à consecução dos objetivos desta Comissão;
- VIII. Aprovar “ad referendum” no caso de manifesta urgência;
- IX. Indicar o Vice-Presidente, enquanto seu substituto, entre os membros da Comissão;
- X. Distribuir tarefas.

Parágrafo Único: O Presidente poderá solicitar o encaminhamento de processos ou consultas a outros profissionais, ou instituições públicas ou privadas, para estudo, pesquisa ou informações a respeito do que julgar pertinente, bem como solicitar o

comparecimento de consultores às reuniões para esclarecimentos, após aprovação de sua convocação em ata.

Art. 26 Caberá ao Vice-Presidente:

- I. Auxiliar o Presidente nas atividades e decisões da Comissão;
- II. Substituir ou representar o Presidente, na sua ausência, em reuniões da Comissão e/ou eventos afins.

Art. 27 Caberá ao Secretário:

- I. Acompanhar as reuniões;
- II. Assistir ao Presidente e aos representantes da CFT;
- III. Oferecer condições técnico-administrativas para o cumprimento das competências da CFT;
- IV. Dar encaminhamento formal às deliberações e preparar o expediente;
- V. Manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser examinados nas reuniões da Comissão;
- VI. Providenciar as diligências determinadas;
- VII. Proceder à organização dos temas da ordem do dia das reuniões, obedecidos os critérios de prioridade determinados;
- VIII. Providenciar a elaboração das atas das reuniões bem como coletar a assinaturas dos membros;
- IX. Providenciar arquivo de documentos pertinentes;
- X. Elaborar relatório semestral das atividades da Comissão;
- XI. Manter em dia e protocoladas os documentos recebidos e enviados pela Comissão.

Art. 28 Aos demais Membros caberão:

- I. Zelar pelo pleno desenvolvimento das atribuições da CFT;
- II. Analisar e relatar nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes forem atribuídas pelo Presidente;
- III. Comparecer às reuniões, proferir voto ou pareceres;

- IV. Requerer votação de matéria em regime de urgência;
- V. Desempenhar atribuições que lhes forem estipuladas pelo Presidente;
- VI. Apresentar proposições sobre as questões pertinentes à Comissão;
- VII. Coordenar grupos técnicos de trabalho e apoio.

CAPÍTULO VIII - DA PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Art. 29 A seleção de medicamentos para a padronização é baseada nos critérios de eficácia, segurança, qualidade e custo obtidos através de revisões bibliográficas sistemáticas para avaliar evidência clínica ou ainda através de análise de decisão.

Art. 30 Inclui-se aos critérios para a padronização previstos no artigo anterior:

- I. Designação genérica (DCB), e, na sua ausência, a denominação comum internacional (DCI);
- II. Padronizar medicamentos com um único princípio ativo, excluindo-se (sempre que possível) as associações, exceto as que forem necessárias;
- III. Padronizar medicamentos, considerando o menor custo para aquisição, armazenamento, dispensação e controle, desde que resguardada a sua qualidade;
- IV. Padronizar, resguardando a qualidade, medicamentos cujo custo do tratamento/dia e o custo total do tratamento sejam menores;
- V. Padronizar, preferencialmente, formas farmacêuticas que permitam a individualização na dispensação;
- VI. Padronizar formas farmacêuticas, apresentação e dosagem considerando a comodidade para administração, faixa etária, facilidade da dose a ser administrada, facilidade de fracionamento ou multiplicação das doses;
- VII. Evitar multiplicidade de princípios ativos para a mesma indicação terapêutica.

Parágrafo único. Quando houver necessidade de parecer técnico específico, um profissional não integrante da comissão e com notório saber da causa será convidado a participar de reunião para deliberação conjunta.

Art. 31 A seleção de medicamentos (inicial, inclusões e exclusões posteriores) para a lista dos padronizados no Hospital, será consenso da Comissão e rediscutidos sempre que houver necessidade, sendo quaisquer modificações oficializadas e atualizadas em documento próprio.

Art. 32 O corpo técnico da Unidade terá a prerrogativa de solicitar a inclusão ou exclusão de medicamentos na padronização sempre que julgar necessário, mediante a aprovação da coordenação da especialidade solicitante atestada em formulário específico. Para a inclusão de medicamentos antimicrobianos será necessário o parecer da CCIH.

Parágrafo Único: Solicitações de inclusão ou exclusão de medicamentos serão analisadas em plenária, conforme critérios estabelecidos, e o solicitante receberá sempre uma resposta da Comissão. O mecanismo para este tipo de pedido será o Formulário de Solicitação de Inclusão ou Exclusão na Padronização.

CAPÍTULO IX - DOS INDICADORES DE QUALIDADE

Art. 33 O trabalho da Comissão será demonstrado pela divulgação de seus indicadores de desempenho.

CAPÍTULO X - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 34 Toda e qualquer política interna, rotina operacional ou decisão estratégica relacionada ao uso de medicamentos na Unidade deverá passar por avaliação prévia desta Comissão, que fará cumprir a implementação sugerida, desde que a julgue apropriada.

Art. 35 Conforme demanda de trabalho, será facultativo ao membro da Comissão a possibilidade de análise dos processos de inclusão e exclusão de medicamentos no próprio ambiente de trabalho, sem prejuízo dos serviços internos, sendo este um incentivo para atuação dos membros da Comissão de Farmácia e Terapêutica. Haverá, ainda, proteção de carga horária, principalmente para aqueles profissionais que estiverem a serviço desta Comissão, fora de seu horário de trabalho habitual; sendo que as horas de trabalho na Comissão contarão também como horas de trabalho no expediente normal.

Art. 36 Cabe à Direção da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE e às Diretorias da ABEAS fazer respeitar o presente Regimento Interno.

Art. 37º Este Regimento Interno, após aprovado pela maioria, deverá ser assinado pelos membros titulares, assim como eventuais alterações que porventura venham a ocorrer e, em seguida, referendados pela Diretoria Geral da Unidade/ABEAS.

Cronograma Anual:

Objetivos da comissão para o primeiro ano de contrato:

1. Identificar, entre os profissionais da unidade, aqueles que possuem o perfil adequado para compor a comissão.
2. Nomear oficialmente os membros da Comissão.
3. Nomear oficialmente os membros da Comissão.
4. Validação, pela Comissão, da proposta de Regimento Interno.
5. Reunião com as equipes multiprofissionais de saúde para apresentação das finalidades e objetivos da Comissão.
6. Redigir o formulário de padronização de medicamentos, materiais e equipamentos.
7. Selecionar os medicamentos para uso da unidade.
8. Avaliar a necessidade de emprego de novos medicamentos e evitar o uso de substâncias ineficazes e ou eficácia duvidosa.
9. Avaliar a exclusão de medicações da padronização;
10. Divulgar informações sobre o uso de medicamentos, materiais e equipamentos.
11. Sugerir aos órgãos competentes a compra de literatura especializada sobre medicamentos.
12. Estabelecer normas para a utilização de medicamentos de uso restrito e não padronizados.
13. Avaliar e analisar as solicitações de medicamentos não padronizados, tendo um prazo de até 48 horas para emitir seu parecer. Em caso de anti-infecciosos o parecer será dado pela CCIH.

Mês 1 e 2	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar, entre os profissionais da unidade, aqueles que possuem o perfil adequado para compor a comissão. - Nomear oficialmente os membros da Comissão. - Validação, pela Comissão, da proposta de Regimento Interno. - Reunião com o Corpo Clínico para apresentação das finalidades e objetivos da Comissão. - Realizar reunião ordinária.
Mês 3 e 4	<ul style="list-style-type: none"> - Redigir o formulário de padronização de medicamentos; - Redigir o formulário de padronização de materiais e equipamentos; - Selecionar os medicamentos para uso da unidade; - Avaliar a necessidade de emprego de novos medicamentos e evitar o uso de substâncias ineficazes e ou eficácia duvidosa; - Avaliar inclusão e exclusão de materiais e equipamentos padronizados; - Avaliar a exclusão de medicações da padronização. - Realizar reunião ordinária.
Mês 4	<ul style="list-style-type: none"> - Divulgar informações sobre o uso de medicamentos; - Sugerir aos órgãos competentes a compra de literatura especializada sobre medicamentos, materiais e equipamentos; - Estabelecer normas para a utilização de medicamentos de uso restrito e não padronizados. - Realizar reunião ordinária.
Mês 5	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar e analisar as solicitações de medicamentos não padronizados; - Elaboração de relatório mensal; - Realizar reunião ordinária; - Divulgação da lista de medicamentos padronizados para 20% das áreas específicas.
Mês 6	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar e analisar as solicitações de medicamentos não padronizados; - Elaboração de relatório mensal; - Realizar reunião ordinária.

	- Divulgação da lista de medicamentos padronizados para 30% das áreas específicas.
Mês 7	- Avaliar e analisar as solicitações de medicamentos não padronizados; - Elaboração de relatório mensal; - Realizar reunião ordinária. - Divulgação da lista de medicamentos padronizados para 40% das áreas específicas.
Mês 8	- Avaliar e analisar as solicitações de medicamentos não padronizados; - Elaboração de relatório mensal; - Realizar reunião ordinária. - Divulgação da lista de medicamentos padronizados para 60% das áreas específicas.
Mês 9	- Avaliar e analisar as solicitações de medicamentos não padronizados; - Elaboração de relatório mensal; - Realizar reunião ordinária. - Divulgação da lista de medicamentos padronizados para 80% das áreas específicas.
Mês 10	- Avaliar e analisar as solicitações de medicamentos não padronizados; - Elaboração de relatório mensal; - Realizar reunião ordinária. - Divulgação da lista de medicamentos padronizados para 100% das áreas específicas. - Avaliar e analisar as solicitações de medicamentos não padronizados.
Mês 11	- Realizar reunião ordinária. - Realizar palestras educativas.
Mês 12	- Elaboração de relatório anual de atividades da comissão; - Realizar reunião ordinária.

2.6.1.5. Outras Comissões

2.6.1.5.1. Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA e Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho – SESMT

Finalidade:

Tem-se como a principal finalidade da CIPA está voltada para 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. Cabe a CIPA, representar os interesses e necessidades da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE e seus funcionários na diminuição, neutralização e/ou eliminação dos riscos com potencial de geração de acidentes ou doenças durante o processo de trabalho, bem como atender a Legislação vigente.

Quanto às finalidades, podemos citar:

1. Identificar os riscos do processo de trabalho, e elaborar o mapa de riscos, com a participação do maior número de trabalhadores, com assessoria do SESMT da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE;

2. Elaborar plano de trabalho que possibilite a ação preventiva na solução de problemas de segurança e saúde no trabalho;

3. 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;

4. Realizar, periodicamente, verificações nos ambientes e condições de trabalho visando a identificação de situações que venham a trazer riscos para a segurança e saúde dos trabalhadores;

5. Realizar, a cada reunião, avaliação do cumprimento das metas fixadas em seu plano de trabalho e discutir as situações de risco que foram identificadas;

6. Divulgar aos trabalhadores informações relativas à segurança e saúde no trabalho;

7. Participar, com o SESMT, das discussões promovidas pelo empregador, para avaliar os impactos de alterações no ambiente e processo de trabalho relacionados à segurança e saúde dos trabalhadores;

8. Requerer ao SESMT, ou a direção da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE, a paralisação de máquina ou setor onde considere haver risco grave e iminente à segurança e saúde dos trabalhadores;

9. Colaborar no desenvolvimento e implementação do PCMSO e PPRA e de outros programas relacionados à segurança e saúde no trabalho;

10. Divulgar e promover o cumprimento das Normas Regulamentadoras, bem como cláusulas de acordos e convenções coletivas de trabalho, relativas à segurança e saúde no trabalho;

11. Participar, em conjunto com o SESMT, ou com o empregador, da análise das causas das doenças e acidentes de trabalho e propor medidas de solução dos problemas identificados;

12. Requisitar à POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE e analisar as informações sobre questões que tenham interferido na segurança e saúde dos trabalhadores;

13. Requisitar à POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE as cópias das CAT emitidas;

14. Promover, anualmente, em conjunto com o SESMT, a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho – SIPAT;

15. Participar, anualmente, em conjunto com a POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE das Campanhas de Prevenção.

16. Divulgar e promover o cumprimento das Normas Regulamentadoras, bem como cláusulas de acordos e convenções coletivas de trabalho, relativas à segurança e saúde no trabalho;

17. Promover Campanhas Humanitárias (doação de sangue, alimentos para entidades carentes etc.).

Constituição:

A constituição da CIPA, na POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE, deve atender as normas regulamentadoras e manter o regular funcionamento.

As disposições contidas na NR 05 aplicam-se, no que couber, aos trabalhadores avulsos e às entidades que lhes tomem serviços, observadas as disposições estabelecidas em Normas Regulamentadoras de setores econômicos específicos.

A POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE, estabelecerá, através dos membros da CIPA ou designados, mecanismos de integração com objetivo de promover o desenvolvimento de ações de prevenção de acidentes e doenças decorrentes do ambiente e instalações de uso coletivo, podendo contar com a participação da administração do mesmo.

DA ORGANIZAÇÃO

A CIPA será composta de representantes do empregador e dos empregados, de acordo com o dimensionamento previsto no Quadro I da NR 05, sendo:

- I. Presidente;
- II. Vice-Presidente;
- III. Secretário;
- IV. Membros titulares;
- V. Membros suplentes.

Os representantes dos empregadores, titulares e suplentes serão por eles designados. Os representantes dos empregados, titulares e suplentes, serão eleitos em escrutínio secreto, do qual participem, independentemente de filiação sindical, exclusivamente os empregados interessados.

O número de membros titulares e suplentes da CIPA, considerando a ordem decrescente de votos recebidos, observará o dimensionamento previsto no Quadro I desta NR,05 ressalvadas as alterações disciplinadas em atos normativos de setores econômicos específicos.

O SESMT - Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho - é uma equipe de profissionais, a serviço da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE, com a finalidade de promover a saúde e proteger a integridade física dos profissionais.

O SESMT está estabelecido no artigo 162 da Consolidação das Leis do Trabalho e é regulamentado pela Norma Regulamentadora 04.

O SESMT - Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE, deverá incluir os seguintes profissionais:

- I. Médico do trabalho;
- II. Enfermeiro do trabalho;
- III. Técnico de enfermagem do trabalho;
- IV. Engenheiro de segurança do trabalho;
- V. Técnico de segurança do trabalho.

REGIMENTO INTERNO

CAPÍTULO I - DO OBJETIVO

Art. 1º - 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.

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 2º - As CIPA's e SESMT terão por atribuições:

- I. identificar os riscos do processo de trabalho, e elaborar mapas de riscos com a participação do maior número de servidores e assessoria do SESMT (Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho);
- II. elaborar plano de trabalho que possibilite a ação preventiva na solução de problemas de segurança e saúde no trabalho;

- III. participar do controle da qualidade das medidas de prevenção necessárias, bem como da avaliação das prioridades de ação nos locais de trabalho;
- IV. realizar, periodicamente, verificações nos ambientes e condições de trabalho visando a identificação de situações que venham a trazer riscos para a segurança e saúde dos profissionais da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE;
- V. realizar verificações nos Laboratórios de pesquisa, com vistas às exigências contidas na NR 32;
- VI. realizar, a cada reunião, avaliação do cumprimento das metas fixadas em seu plano de trabalho e discutir as situações de risco que foram identificadas;
- VII. divulgar, aos demais servidores, informações relativas à segurança e saúde no trabalho;
- VIII. participar, com o SESMT, das discussões promovidas pela Administração, para avaliar os impactos de alterações no ambiente e processos de trabalho relacionadas à segurança e saúde dos profissionais;
- IX. participar, com o SESMT, da análise das causas das doenças e acidentes de trabalho e propor medidas de solução dos problemas encontrados;
- X. propor, realizar ou auxiliar a realização de cursos, treinamentos e medidas de prevenção de acidentes e de proteção à saúde, em conjunto com o SESMT;
- XI. verificar as causas da ocorrência dos acidentes e doenças, encaminhando os resultados das discussões ao SESMT, propondo medidas que previnam casos semelhantes e orientando aos demais servidores quanto à sua prevenção;
- XII. garantir a emissão e requisitar à Administração da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE as cópias das CAT's emitidas;
- XIII. colaborar no desenvolvimento e implantação do PCMSO (Programa de Controle Médico em Saúde Ocupacional) e PPRA (Programa de Prevenção de Riscos Ambientais) e de outros programas relacionados à segurança e saúde no trabalho;
- XIV. promover, anualmente, em conjunto com o SESMT, a Semana de Prevenção de Acidentes de Trabalho – SIPAT;

- XV. promover, anualmente, em conjunto com a direção da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE, Campanhas de Prevenção da AIDS, DST, Tabagismo, Alcoolismo e outras doenças correlatas;
- XVI. acompanhar as fiscalizações realizadas nos locais de trabalho efetuadas por instituições de saúde e segurança do trabalho, tendo acesso aos resultados e laudos periciais.

CAPÍTULO II - DA COMPOSIÇÃO

Art. 3º - A CIPA da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE terá a seguinte composição:

- I. Presidente;
- II. Vice-Presidente;
- III. Secretário;
- IV. membros titulares;
- V. membros suplentes.

Art. 4º - O mandato dos membros eleitos, titulares e suplentes, terá duração de um ano, sendo permitida uma reeleição.

Art. 5º - É vedada a dispensa arbitrária ou sem justa causa do empregado eleito para cargo de direção da CIPA desde o registro de sua candidatura até um ano após o final de seu mandato.

Art. 6º - A Diretoria da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE designará entre seus representantes o Presidente da CIPA. Os representantes eleitos escolherão entre os titulares o Vice-Presidente.

Art. 7º - Será indicado, de comum acordo entre os membros da CIPA um secretário e seu substituto.

DAS ELEIÇÕES

Art. 8º - A convocação das eleições será feita por edital a ser amplamente divulgado, o qual estabelecerá:

- I. Prazo de 15 (quinze) dias para inscrição dos candidatos;
- II. Fixação da data das eleições nos 15 (quinze) dias subsequentes;

III. Apuração dos votos imediatamente após o término da votação.

§ 1º - A convocação para abertura do processo eleitoral para novo mandato da CIPA será realizada pela Administração, com prazo 60 (sessenta) dias antes do término do mandato em curso.

§ 2º - Os membros das comissões eleitorais serão designados pela Administrações da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE, para procederem aos trabalhos de inscrições de candidatos, realização das eleições, apuração dos votos e elaboração dos respectivos atos que constarão dos editais.

§ 3º - Poderão se candidatar os profissionais, servidores e funcionários pertencentes ao quadro de pessoal da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE.

§ 4º - Fica vedada a participação de candidatos à CIPA nas comissões eleitorais.

Art. 09 – Os membros da CIPA, eleitos e os designados serão empossados no primeiro dia útil após o término do mandato anterior.

Art. 10 – Empossados os membros da CIPA, a Administração da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE, deverá protocolar, em até dez dias, nas unidades descentralizadas do Ministério do Trabalho, cópias das atas de eleição e de posse e o calendário anual das reuniões ordinárias.

Art. 11 – Assumirão a condição de membros titulares e suplentes, os candidatos mais votados.

§1º - Em caso de empate, assumirá aquele que tiver maior tempo de serviço.

Art. 12 – Os candidatos serão eleitos através de escrutínio secreto.

CAPÍTULO III - DAS COMPETÊNCIAS

Art. 13 – Compete aos profissionais, servidores e funcionários:

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

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

Art. 14 – Compete ao Presidente da CIPA:

- I. Convocar os membros para as reuniões da CIPA;
- II. Coordenar as reuniões da CIPA, encaminhando à Administração e ao SESMT, as decisões da comissão;
- III. Manter a Administração da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE, informada sobre os trabalhos da CIPA; IV. Coordenar e supervisionar as atividades da secretaria;
- IV. Delegar atribuições ao Vice-Presidente.

Art. 15 – Compete ao Vice-Presidente:

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

Art. 16 – Compete ao Presidente e ao Vice-Presidente, em conjunto, as seguintes atribuições:

- I. Cuidar para que a CIPA disponha de condições necessárias para o desenvolvimento dos trabalhos;
- II. Coordenar e supervisionar as atividades da CIPA, zelando para que os objetivos propostos sejam alcançados;
- III. Delegar atribuições aos membros da CIPA;
- IV. Promover o relacionamento da CIPA com o SESMT;
- V. Divulgar as decisões da CIPA a todos os servidores da sua área de abrangência;
- VI. Encaminhar os pedidos de reconsideração das decisões da CIPA;

Art. 17 – O Secretário da CIPA terá as seguintes atribuições:

- I. Acompanhar as reuniões da CIPA, e redigir as atas apresentando-as para aprovação e assinatura dos membros presentes;

- II. Preparar as correspondências;
- III. Outras que lhe forem conferidas.

Art.18 – Compete a todos os membros, titulares e suplentes, da CIPA:

- I. Participar do planejamento do trabalho e da organização do calendário anual da CIPA;
- II. Participar das reuniões da CIPA, contribuindo para a discussão dos assuntos em pauta, com a elaboração das propostas e seu encaminhamento.
- III. Averiguar os acidentes de trabalho e os casos de doenças profissionais, propondo medidas para a correção;
- IV. Garantir que todas as atribuições previstas neste Regimento sejam cumpridas durante sua gestão.

Art. 19 – Compete aos membros suplentes substituir os titulares nas ausências dos mesmos, com direito a voto.

§ 2º - 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.

DO FUNCIONAMENTO

Art. 20 – A CIPA terá reuniões ordinárias mensais, de acordo com o calendário preestabelecido, durante o expediente normal da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE, em local apropriado.

Art. 21 – Será previsto um período mensal de no mínimo 6 (seis) horas e no máximo de 12 (doze) horas, dentro da jornada normal de trabalho, para um dos membros da CIPA percorrer os locais de trabalho para levantamento de riscos e condições de trabalho nocivas à saúde.

Art. 22– As reuniões terão as atas assinadas pelos presentes com encaminhamento de cópias para todos os membros.

Art. 23– As atas ficarão na respectiva Diretoria da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE.

Art. 24 – As 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 de trabalho grave ou fatal;
- III. Houver solicitação expressa de uma das representações.

§ 1º - Dada a relevância dos assuntos relativos à saúde e segurança dos trabalhadores, deverá ser garantida a realização das reuniões, sem prejuízo dos vencimentos dos servidores.

§ 2º - Durante a ocorrência de epidemias, as reuniões poderão ser realizadas em horário alternativo, a ser designado de forma a não prejudicar os trabalhos.

Art. 25– As decisões serão tomadas preferencialmente por consenso.

Art. 26– Não havendo consenso, e frustrando-se as tentativas de negociação direta ou com mediação, será instalado processo de votação, registrando-se a ocorrência na ata da reunião.

Art. 27– O membro titular perderá o mandato, sendo substituído pelo suplente, quando faltar a mais de 4 (quatro) reuniões ordinárias consecutivas ou não, sem justificativa.

Art. 28 – A vacância definitiva de cargo, ocorrida durante o mandato, será suprida por suplente, obedecida à ordem de colocação decrescente registrada na ata de eleição, devendo a Administração Local comunicar à unidade descentralizada do Ministério do Trabalho e Emprego as alterações e justificar os motivos.

§1º - No caso de afastamento definitivo do Presidente, a Diretoria da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE, indicará o substituto, em dois dias úteis, preferencialmente entre os membros da CIPA.

§ 2º - No caso de afastamento definitivo do Vice-Presidente, os membros titulares da representação dos servidores escolherão o substituto, entre seus titulares, em dois dias úteis.

CAPÍTULO IV - DO TREINAMENTO

Art. 29 – A Administração da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE, deverá promover o Treinamento de Capacitação para os membros da CIPA, titulares e suplentes, em até 30 dias após a posse.

Parágrafo Único – O Programa do Treinamento será estabelecido pelo SESMT e pela Administração da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE, ouvindo os membros da CIPA.

Art. 30 – O Treinamento de Capacitação deverá contemplar, no mínimo, os seguintes itens:

- I. Estudo do ambiente, das condições de trabalho, bem como os riscos originários das atividades desenvolvidas;
- II. Metodologia de investigação e análise de acidentes e doenças de trabalho;
- III. Noções sobre acidentes e doenças do trabalho decorrentes de exposição aos riscos existentes em ambiente de saúde;
- IV. Noções e medidas de prevenção para dst/aids, tabagismo, alcoolismo e outras doenças correlatas;
- V. Noções sobre legislação trabalhista e previdenciária relativas à segurança e saúde no trabalho;
- VI. Princípios gerais de higiene do trabalho e de medidas de controle dos riscos;
- VII. Organização e funcionamento da CIPA.

Art. 31 – O treinamento terá carga horária de vinte horas, distribuídas em no máximo oito horas diárias e será realizado durante o expediente normal da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE.

Art. 32 – O treinamento será ministrado pelo SESMT.

DO REGISTRO

Art. 33 – A CIPA será registrada na Superintendência Regional do Trabalho – Ministério do Trabalho.

Art. 34 – A POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE, reconhecerá o, através de Portaria, as CIPA eleitas e empossadas.

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 35– As disposições da NR 05 deverão ser utilizadas complementarmente aos dispositivos do presente Regimento.

Art.36 – Data-se e publique-se as informações contidas no respectivo regimento

Cronograma Anual:

ATIVIDADE	1º M	2º M	3º M	4º M	5º M	6º M	7º M	8º M	9º M	10º M	11º M	12º M
Estimular a participação de funcionários nas atividades de ginástica laboral, por meio de eventos adjacentes e relatórios mensais divulgados a todos												
Reunir-se com as chefias para solicitar apoio para incentivar funcionários para participação na ginástica laboral e palestras da SIPAT												
Fazer levantamento de EPCs e EPIs da unidade, para identificar necessidade de substituições ou aquisições												
Realizar treinamentos sobre uso e controle de EPIs para a Seção de Manutenção e Seção Técnica de Informática												
Promover a divulgação de atividades, informações e ocorrências de forma mais eficiente, através da implementação do Site da CIPA e mural de avisos												

Atuar juntamente com a Assistência Administrativa no aprimoramento e otimização dos procedimentos em casos de emergência, bem como sua divulgação												
Finalizar a atualização do mapa de riscos da unidade												
Buscar recursos para realização de eventos, especialmente para a SIPAT												
Organização estratégica da SIPAT e CIPAIDS												
Trabalhar em conjunto com a brigada de incêndios na inspeção de equipamentos, como extintores e mangueiras de incêndio, iluminação de emergência, sinalização, interfones e funcionamento de elevadores, entre outros												
Investigar e analisar acidentes ocorridos, juntamente com as CATs, propondo medidas para evitar futuras ocorrências.												

2.6.1.5.2. Comissão de Proteção Radiológica

Finalidade:

Promover a adequação da utilização das técnicas de diagnóstico que emitem radiação ionizante e não ionizante, de forma a assegurar o cumprimento rigoroso das normas legais e regulamentares existentes, avaliando e definindo como elemento de política nacional um conjunto de diretrizes para se atingir um padrão aceitável de qualidade com segurança no campo da radiologia diagnóstica, a curto, médio e longo prazos.

Composição Básica:

- I. Diretor Técnico;
- II. Coordenação de Enfermagem;
- III. Diretoria Administrativa;
- IV. Supervisão do Setor de Apoio ao Diagnóstico e Terapêutica – SADT;
- V. Supervisão da Imaginologia

REGIMENTO INTERNO

CAPÍTULO I - DA DENOMINAÇÃO, SEDE E FINS

Art. 1º - A Comissão de Proteção Radiológica DA POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE será instituída / constituída pela Diretoria Geral da unidade de saúde tendo seu funcionamento regulamentado por este instrumento normativo.

Art. 2º - A Comissão de Proteção Radiológica, constituída por tempo indeterminado, possuirá sede na sala de Comissões Técnicas desta unidade, onde manterá infraestrutura básica necessária para seu funcionamento.

CAPÍTULO II - DA FINALIDADE

Art. 3º - A Comissão de Proteção Radiológica tem por finalidade promover a adequação da utilização das técnicas de diagnóstico que emitem radiação ionizante e não ionizante, de forma a assegurar o cumprimento rigoroso das normas legais e regulamentares existentes,

avaliando e definindo como elemento de política nacional um conjunto de diretrizes para se atingir um padrão aceitável de qualidade com segurança no campo da radiologia diagnóstica, a curto, médio e longo prazos. Portanto, um ponto fundamental é a implantação de um plano de aprimoramento das práticas radiológicas, seu compromisso com a qualidade e segurança, previstos nos códigos de ética profissional e na legislação sanitária, em consonância com as normas e recomendações internacionais.

CAPÍTULO III - DOS OBJETIVOS

Art. 4º - Acompanhar a execução de PPR – Plano de Proteção Radiológica desta unidade, conduzindo de forma rotineira e aplicável as seguintes atividades:

- I. Controle de trabalhadores ocupacionalmente expostos;
- II. Controle de áreas;
- III. Controle do meio ambiente e da população;
- IV. Controle de rejeitos;
- V. Controle de equipamentos;
- VI. Treinamento de trabalhadores ocupacionalmente expostos;
- VII. Registro de dados e preparação de relatórios.

CAPÍTULO IV - DA COMPOSIÇÃO

Art. 5º - A Comissão de Proteção Radiológica deverá ser formada por equipe multidisciplinar e constituída por membros representados e nomeados pelas seguintes áreas:

- I. Diretor Técnico;
- II. Coordenação de Enfermagem;
- III. Diretoria Administrativa;
- IV. Supervisão do Setor de Apoio ao Diagnóstico e Terapêutica – SADT;
- V. Supervisão da Imaginologia

Art. 6º - O Coordenador da Comissão Proteção Radiológica preferencialmente, deverá ter amplo conhecimento do assunto.

Art. 7º - Para realização dos trabalhos os membros serão disponibilizados de suas atividades por tempo a ser definido pela administração da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE.

CAPÍTULO V - DO MANDATO

Art. 8º - O mandato deverá ser de 24 (meses) meses, podendo ser permitida reconduções a critério da administração da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE.

CAPÍTULO VI - DO FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Art. 9º - As reuniões da Comissão de Proteção Radiológica serão bimestrais, devendo a ordem do dia ser comunicada previamente a todos os membros, com antecedência mínima de 2 (dois) dias úteis.

Art. 10 - Na ausência do Coordenador, o(a) Secretário(a) nomeado deverá realizar a reunião dando andamento aos trabalhos empreendidos;

Art. 11 - Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, será designado um relator ou convidado um consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto e prazo preestabelecido. Da mesma forma poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia.

Art. 12 - As reuniões da Comissão serão registradas em Ata, e as ações serão encaminhadas para as Diretorias da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE para conhecimento e providências.

Art. 13 - O encaminhamento dos trabalhos nas reuniões da Comissão de Proteção Radiológica, deverá observar:

- I. Verificação da presença e existência de "quorum";
- II. Assinatura da ata da reunião anterior;
- III. Leitura e despacho do expediente;
- IV. Ordem do dia, compreendendo a leitura, discussão e votação (se houver);
- V. Organização da pauta da próxima reunião.
- VI. Elaboração de atas das reuniões.

Art. 14 - Os assuntos tratados pela Comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Art. 15 - As ausências em reuniões deverão ser justificadas por escrito e/ou e-mail para o Setor de Comissões Técnicas da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE, para apreciação junto ao coordenador, sendo que 03 (três) ausências consecutivas ou 06 (seis) intercaladas no período de 01 (um) ano, não justificadas, poderão ocasionar desligamento e substituição do membro faltoso.

CAPÍTULO VII - DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 16 - Compete a Comissão de Proteção Radiológica:

- I. Normalizar as rotinas de exames em áreas controladas e não controladas.
- II. Coordenar a elaboração e implantação das normas de segurança para manipulação de equipamentos emissores de radiação ionizante.
- III. Monitorar do uso correto de EPI.
- IV. Estabelecer critérios de fiscalização do cumprimento das normas e legislações vigentes.
- V. Realizar visitas técnicas na Empresa Terceirizada e fazer cumprir as normas vigentes e contrato firmado.

Art. 17 - São atribuições do Coordenador da Comissão:

- I. Convocar e presidir as reuniões;
- II. Representar a comissão junto à administração da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE, ou indicar seu representante;
- III. Nas faltas e impedimentos legais do coordenador, o secretário assumirá e dará prosseguimento às atividades;
- IV. Fazer cumprir o Regimento.

Art. 18 - São atribuições do Secretário da Comissão:

- I. Substituir e/ou representar o Coordenador em suas faltas e/ou impedimentos;
- II. Auxiliar o Coordenador no desenvolvimento de suas atividades.

- III. Organizar a ordem do dia;
- IV. Receber e protocolar os processos e expedientes;
- V. Lavrar as Atas das reuniões;
- VI. Convocar os membros da Comissão para as reuniões determinadas pelo Coordenador;
- VII. Organizar e manter o arquivo da comissão;
- VIII. Realizar outras funções determinadas pelo Coordenador relacionadas ao serviço desta Comissão.

CAPÍTULO VIII - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 19 - A Comissão de Proteção Radiológica deverá manter estreita relação com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Comissão de Ética Médica, Comissão de Ética em Enfermagem e Comissão de Gerenciamento de Riscos desta unidade, com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações realizadas.

Art. 20 - Os casos omissos e as dúvidas surgidas na aplicação do presente Regimento Interno serão dirimidos pelo Coordenador desta Comissão, pela Diretoria Geral e pela ABEAS;

Art. 21 - O presente Regimento Interno poderá ser alterado, mediante proposta da Comissão, através da maioria absoluta de seus membros, bem como à Diretoria Geral e ABEAS.

Art. 22 - O presente Regimento Interno será aprovado pela ABEAS, e entra em vigor a partir da data da sua publicação.

Cronograma Anual

Mês 1 e 2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Elaborar normas para auditoria das unidades; 2. Elaborar o cronograma da Comissão; 3. Elaborar mapas de risco.
Mês 3 e 4	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar treinamento – Palestra 2. Realizar visitas e inspeções técnicas nos locais de trabalho.
Mês 5	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar treinamento – Palestra 2. Realizar visitas e inspeções técnicas nos locais de trabalho

Mês 6	1. Realizar treinamento – Palestra 2. Realizar visitas e inspeções técnicas nos locais de trabalho
Mês 7	1. Reunião Mensal
Mês 8	1. Realizar treinamento – Palestra 2. Realizar visitas e inspeções técnicas nos locais de trabalho
Mês 9	1. Realizar treinamento – Palestra 2. Realizar visitas e inspeções técnicas nos locais de trabalho
Mês 10	1. Realizar treinamento – Palestra 2. Realizar visitas e inspeções técnicas nos locais de trabalho
Mês 11	1. Realizar treinamento – Palestra 2. Realizar visitas e inspeções técnicas nos locais de trabalho
Mês 12	1. Realizar treinamento – Palestra 2. Realizar visitas e inspeções técnicas nos locais de trabalho 3. Nomear membros da Comissão para o segundo ano.

2.6.1.5.3. Comissão de Análise e Revisão de Prontuários Médicos

Finalidade:

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

O prontuário deve ser organizado para prestar serviços ao paciente, ao corpo clínico, à administração da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE e à sociedade. Serve como instrumento de consulta, avaliação, ensino, pesquisa, auditoria e estatística.

A Comissão de Análise e Revisão de Prontuários avalia o preenchimento e a qualidade dos prontuários dos pacientes, através de um instrumento padronizado. Esta comissão tem como principal objetivo melhorar a qualidade dos prontuários e a assistência ao paciente,

mantendo estreita relação com as comissões de ética médica, de enfermagem e multiprofissional da Unidade para discussão dos resultados das avaliações realizadas.

Constituição Básica:

A Comissão de Prontuários, por ser um órgão de assessoria, não terá estrutura funcional, contando em seu núcleo básico com um Presidente, Membros Representativos dos Serviços Médicos, do Serviço de Enfermagem e Representação do Apoio Administrativo.

REGIMENTO INTERNO

CAPÍTULO I - DA MISSÃO

Art. 1º - A Comissão de Análise e Revisão de Prontuários, doravante denominada simplesmente de Comissão de Prontuários, tem como missão a busca da melhoria da qualidade dos registros e anotações necessárias para a elaboração do Prontuário Clínico, dada a sua importância, dentre elas: I. O Paciente: como instrumento de defesa legal; para um diagnóstico e tratamento mais seguros;

II. A Equipe de Saúde: como instrumento de defesa, de diagnóstico, de tratamento, de acompanhamento da história do paciente: demonstrando o padrão do atendimento prestado.

CAPÍTULO II - DA FINALIDADE

Art. 2º - A Comissão de Prontuários será constituída por um grupo multiprofissional (profissionais de nível superior e técnico), atuante na POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE, tendo por finalidade: verificar, avaliar, sugerir, e orientar a formulação dos prontuários e registros clínicos e técnicos utilizados na Unidade.

CAPÍTULO III - DAS COMPETÊNCIAS

Art. 3º - À Comissão de Prontuários compete:

- I. Avaliar a qualidade dos registros e anotações contidas nos prontuários;
- II. Implementar o padrão do prontuário clínico, sugerindo medidas;
- III. Supervisionar e orientar a atuação dos profissionais, no seu âmbito;

- IV. Analisar os impressos e sugerir modificações;
- V. Verificar o padrão de atendimento prestado.

CAPÍTULO IV - DA ORGANIZAÇÃO

Art. 4º - A Comissão de Prontuários terá caráter normatizador e supervisor e atuará junto aos diversos profissionais envolvidos na elaboração dos prontuários clínicos.

Art. 5º - A Comissão de Prontuários é um órgão de atenção de controle e avaliação,

Art. 6º - A Comissão de Prontuários, por ser um órgão de assessoria, não terá estrutura funcional, contando em seu núcleo básico com um Presidente, Membros Representativos dos Serviços Médicos, do Serviço de Enfermagem e Representação do Apoio Administrativo.

Art. 7º - A participação da Comissão de Prontuários não implicará em qualquer vantagem econômica para seus membros, bem como em redução das tarefas normais e rotineiras dos participantes.

CAPÍTULO V - DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 8º - São atribuições da Comissão de Prontuários:

I. A avaliação dos itens que deverão constar obrigatoriamente:

a. Identificação do paciente – nome completo, data de nascimento (dia, mês e ano com quatro dígitos), sexo, nome da mãe, naturalidade (indicando o município e o Estado de nascimento), endereço completo (nome da via pública, número, complemento, bairro/distrito, município, Estado e CEP);

b. Anamnese, exame físico, exames complementares solicitados e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado;

c. Evolução do paciente, com data e hora, discriminação de todos os procedimentos aos quais o mesmo foi submetido e identificação dos profissionais que os realizaram, assinados eletronicamente quando elaborados e/ou armazenados em meio eletrônico;

d. Nos prontuários em suporte de papel é obrigatória a legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente, bem como a identificação dos profissionais prestadores do atendimento. São também obrigatórios a assinatura e o respectivo número do CRM;

e. Nos casos emergenciais, nos quais seja impossível a colheita de história clínica do paciente, deverá constar relato médico completo de todos os procedimentos realizados e que tenham possibilitado o diagnóstico e/ou a remoção para outra unidade.

II. Recomendar inclusão e exclusão de formulários, impressos e sistemas, bem como a conservação dos prontuários visando a qualidade dos mesmos;

III. Assessorar a Direção da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE, em assuntos de sua competência;

IV. Manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica, com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações feitas;

V. Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade; com atuação de Educação Permanente;

VI. Desenvolver atividades de caráter técnico – científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição.

Art. 9º - São atribuições do Presidente da Comissão:

- I. Convocar e presidir as reuniões.
- II. Indicar seu vice-presidente.
- III. Representar a comissão junto à Diretoria da instituição, ou indicar seu representante.
- IV. Subscriver todos os documentos e resoluções da comissão previamente aprovados pelos membros desta.
- V. Fazer cumprir o regimento.

Nas decisões da comissão, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva).

Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá seu vice-presidente.

As atribuições do vice-presidente serão assumir as atividades do presidente na sua ausência.

Art. 10 - São atribuições e competências do Apoio Administrativo da Comissão:

- I. Organizar a ordem do dia.
- II. Receber e protocolar os processos e expedientes.
- III. Lavrar a ata das sessões/reuniões.
- IV. Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo presidente.
- V. Organizar e manter o arquivo da comissão.
- VI. Preparar a correspondência.
- VII. Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço.
- VIII. Solicitar ao SAME (Serviço de Arquivo Médico e Estatística) todos os prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los em 24 horas após o trabalho realizado.

CAPÍTULO VI - DOS MEMBROS

Art. 11 - Os membros da Comissão de Prontuários distribuem-se na sequência abaixo:

- I. Presidente (representante médico);
- II. Membros Titulares (02 médicos, 03 enfermeiros e 03 níveis residentes);
- III. Membro Suplente (03 médicos, 03 enfermeiros e 03 residentes);
- IV. Representante do Apoio Administrativo, sendo 01 Titular e 01 Suplente.

CAPÍTULO VII - COMPETENCIA DOS MEMBROS

Art. 12 - Ao Presidente compete:

- I. Presidir e coordenar as atividades da Comissão;
- II. Coordenar as reuniões da Comissão;
- III. Convocar reuniões extraordinárias quando necessário;
- IV. Representar a Comissão;
- V. Cumprir e fazer cumprir o presente Regimento Interno;

- VI. Indicar entre os membros da Comissão um substituto para representá-lo nas eventualidades.

Art. 13 - Aos demais Membros Representativos da Comissão (Titular e Suplente) compete:

- I. Comparecer às reuniões quando convocados, ou em seu impedimento, encaminhar um substituto, previamente homologado pela Comissão para tal fim;
- II. Verificar a qualidade dos registros e anotações, bem como a organização geral dos Prontuários e registros médicos;
- III. Sugerir medidas para a melhoria dos registros, anotações, do prontuário em geral, inclusive de aspectos de guarda e arquivo;
- IV. Normatizar e orientar a atuação dos profissionais envolvidos na elaboração dos prontuários;
- V. Analisar os impressos e propor modificações quando necessário.

Art. 14 - Ao Membro representante apoio administrativo compete:

- I. Redigir ata de reunião de forma clara;
- II. Encaminhar convocação de reunião aos membros da Comissão;
- III. Manter os arquivos que se fizerem necessários em ordem.

CAPÍTULO VIII - DAS FUNÇÕES

Art. 15 - A Comissão de Prontuários se reunirá ordinariamente, mensalmente e extraordinariamente, quando for necessário, em dia, local e hora previamente estabelecidos, pela convocação, com no mínimo 24 (vinte e quatro) horas de antecedência, devendo ser lavrada em livro próprio.

Art. 16 - Para aprovação das deliberações da Comissão de Prontuários, exigir-se-á a presença de metade dos membros, prevalecendo a vontade da maioria.

Art. 17 - Poderão participar das reuniões, membros da força de trabalho, como convidados, quando sua presença for necessária para a elucidação de dúvidas e subsidiar a deliberação da Comissão, sem direito a voto.

Art. 18 - A presença às reuniões da Comissão de Prontuários é obrigatória a todos os membros, sendo automaticamente substituído o membro que atingir três faltas consecutivas.

Art. 19 - O membro que não puder comparecer à reunião, deverá avisar com antecedência e justificar por escrito o seu não comparecimento.

Art. 20 - É dever de todo membro da Comissão divulgar, entre seus pares os conhecimentos e esclarecer dúvidas, quando solicitado.

Art. 21 - A Comissão de Prontuários pautará sua atuação na legislação sanitária vigente, em especial observando os termos da Resolução nº 1638/2002 do Conselho Federal de Medicina.

Cronograma Anual:

Mês 1 e 2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Criar a Comissão de Revisão de Prontuários CRP, através de uma Resolução do Diretor Técnico, indicando nominalmente seus membros. 2. Aprovar o Regimento Interno da CRP. 3. Elaborar o Programa de Ação para o primeiro ano de atuação da CRP. 4. Elaborar relatórios de avaliação e acompanhamento das atividades desenvolvidas. 5. Elaborar programa de palestras. 6. Reunião ordinária a CRP.
Mês 3	<ol style="list-style-type: none"> 1. Elaborar normas para auditoria e revisão dos prontuários de pacientes; 2. Reunião ordinária a CRP. 3. Realizar treinamento – Palestra
Mês 4	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar a revisão dos prontuários relacionados a 100% das altas; 2. Reunião ordinária a CRP.
Mês 5	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar a revisão dos prontuários relacionados a 100% das altas; 2. Reunião ordinária a CRP.
Mês 6	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar a revisão dos prontuários relacionados a 100% das altas; 2. Reunião ordinária a CRP. 3. Realizar treinamento – Palestra
Mês 7	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar a revisão dos prontuários relacionados a 100% das altas; 2. Reunião ordinária a CRP.
Mês 8	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar a revisão dos prontuários relacionados a 100% das altas; 2. Reunião ordinária a CRP.
Mês 9	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar a revisão dos prontuários relacionados a 100% das altas;

	<ol style="list-style-type: none"> 2. Reunião ordinária a CRP. 3. Realizar treinamento – Palestra
Mês 10	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar a revisão dos prontuários relacionados a 100% das altas; 2. Reunião ordinária a CRP.
Mês 11	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar a revisão dos prontuários relacionados a 100% das altas; 2. Reunião ordinária a CRP
Mês 12	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar a revisão dos prontuários relacionados a 100% das altas; 2. Reunião ordinária a CRP 3. Realizar treinamento – Palestra

2.6.1.5.4. Comissão De Gerenciamento De Resíduos De Serviços De Saúde (CGRSS)

Finalidade:

A Comissão de Gerenciamento de Resíduos da POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE POSSE tem por finalidade a definição de ações que visem à implantação, implementação e manutenção do Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde Hospitalar, de acordo com as normas vigentes (Lei 12.305/10, RDC 306/04, CONAMA 358/05).

Membros:

- Dois representantes da Diretoria;
- Dois representantes da Gerência de Ensino e Pesquisa;
- Dois representantes da Gerência Administrativa;
- Quatro representantes da Gerência de Atenção e Saúde.

REGIMENTO INTERNO

CAPÍTULO I

Da Natureza e Finalidade

Art. 1º A Comissão de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde da POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE POSSE foi criada através da instrução de serviço n. 13 de 31 de janeiro de 2012.

Art. 2º É um órgão vinculado à Diretoria da POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE POSSE, por meio do Núcleo de Comissões, tem por finalidade a definição das ações que visem à implantação, implementação e manutenção do Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – CGRSS, de acordo com as normas vigentes (Lei 12.305/10, RDC 306/04, CONAMA 358/05).

CAPÍTULO II

Das Competências

Art. 3º Compete à Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde:

- I. Elaborar o Plano de Ação para implementação do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Saúde e encaminhar para o Colegiado Executivo para aprovação, através da Diretoria;
- II. Acompanhar e fazer cumprir o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde;
- III. Estabelecer programas de metas e atividades para o gerenciamento dos Resíduos, definindo prazo para seu cumprimento;
- IV. Desenvolver juntamente com a Superintendência a efetividade do programa e divulgar seus resultados regularmente;
- V. Avaliar, periódica e sistematicamente, o Plano de ação do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS);
- VI. Colaborar com os setores de treinamento, com vista a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais nas questões referentes ao gerenciamento de resíduos;
- VII. Atualizar anualmente o PGRSS da Instituição;
- VIII. Auxiliar na normatização de rotinas do manejo de todos os tipos de resíduos gerados na Instituição;
- IX. Auxiliar na elaboração e na implantação das normas de segurança para manipulação e transporte dos resíduos, supervisionando o cumprimento destas;
- X. Auxiliar os diversos setores da POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE POSSE em todas as questões que envolvam o gerenciamento de resíduos;
- XI. Estabelecer critérios de fiscalização do cumprimento das atividades descritas no Plano de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços e Saúde (PGRSS);

XII. Cooperar com os órgãos de gestão do meio ambiente a nível municipal, estadual e federal, bem como fornecer, prontamente, as informações solicitadas pelas autoridades competentes;

XIII. Cumprir e fazer cumprir o Regimento Interno da Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (CGRSS) da POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE POSSE, o Regimento do e demais normas da unidade.

CAPÍTULO III

Da Composição

Art. 4º A Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (CGRSS) será formada por servidores voluntários e terá a seguinte composição:

- I. Dois representantes da Diretoria;
- II. Dois representantes da Gerência de Ensino e Pesquisa;
- III. Dois representantes da Gerência Administrativa;
- IV. Quatro representantes da Gerência de Atenção e Saúde;

§ 1º Não será obrigatório o preenchimento de todas as vagas da comissão, desde que, esta seja composto por, no mínimo, 50% dos representantes de cada instância de governança.

§ 2º Os representantes indicados serão nomeados pela Superintendência.

§ 3º A presidência da CGRSS será exercida por um integrante da comissão eleito por esta e nomeado pela Diretoria da POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE POSSE, serão nomeados mediante portaria da Superintendência e terão mandato de (02) dois anos, permitida recondução, pelo mesmo período, salvo legislação superior em contrário.

§ 4º O não comparecimento de qualquer membro da comissão a (03) três reuniões consecutivas ou a (05) cinco alternadas num período de (01) um ano, sem justificativa, permitirá a solicitação de seu desligamento e uma nova indicação.

§ 5º A desistência de um dos Integrantes deverá ser relatada por meio de um memorando e encaminhada ao Presidente da Comissão.

§ 6º Em caso de vacância definitiva de um dos integrantes, deverá haver a indicação de um novo representante, pela área que ele representa, dentro de no máximo (30) trinta dias.

§ 7º A comissão terá autonomia para a indicação do novo integrante, caso for extinto esse prazo.

CAPÍTULO IV

Da Estruturação

Art. 5º Compreendem a Estrutura da CGRSS:

- I. Presidente;
- II. Vice-Presidente;
- III. Secretário;
- IV. Integrantes.

Art. 6º Compete ao Presidente da CGRSS:

- I. Convocar reuniões ordinárias e extraordinárias, coordenando os trabalhos; tomar votos e votar;
- II. Emitir votos de qualidade, nos casos de empate;
- III. Indicar Integrantes para funções ou tarefas específicas;
- IV. Representar a CGRSS ou indicar representantes;
- V. Supervisionar e assinar relatórios, convites, atas, e outros documentos;
- VI. Manter registro das atas das reuniões e dos pareceres emitidos;
- VII. Cumprir e fazer cumprir este Regimento;
- VIII. Indicar um ou mais integrantes para elaboração de relatórios.

Art. 7º Compete ao Vice-Presidente da CGRSS, na ausência do Presidente, exercer as funções indicadas no Art. 6º.

Art. 8º Compete ao Secretário:

- I. Preparar as pautas, secretariar e agendar as reuniões da Comissão;
- II. Preparar as atas das reuniões, submetendo-as à aprovação dos demais Integrantes;
- III. Expedir ato de convocação, conforme indicação do Presidente;
- IV. Executar outras atividades que lhe sejam atribuídas pela Comissão;
- V. Proceder ao registro de dados e informações autorizados para fins de divulgações;
- VI. Auxiliar o Presidente durante as sessões plenárias e prestar esclarecimentos que forem solicitados durante debates;
- VII. Encaminhar expediente aos interessados dando ciência dos despachos e decisões proferidas nos respectivos processos;

VIII. Elaborar os atos decorrentes das deliberações da Comissão.

§ 1º Na ausência do Presidente o Vice-Presidente assumirá a Presidência.

§ 2º No caso de ausência do Vice-Presidente o secretário assumirá.

3º Na ausência do secretário será nomeado para suas funções um dos integrantes da comissão.

Art. 9º Compete aos Integrantes da CGRSS:

I. Comparecer às reuniões ordinárias e extraordinárias;

II. Analisar projetos e emitir pareceres, relatando-os aos demais integrantes da Comissão, para discussão e deliberação, no prazo máximo de 15 dias;

III. Encaminhar quaisquer matérias que tenham interesse de submeter à Comissão, devendo estas ser entregues à secretaria da Comissão com antecedência mínima de 12 (doze) horas da reunião;

IV. Requisitar à Secretaria Executiva, à Presidência da Comissão de Resíduos e às demais integrantes informações que julgarem relevantes para o desempenho de suas atribuições;

V. Justificar ausência com antecedência;

VI. Elaborar relatório de atividades da Comissão e o planejamento de atividades futuras, quando solicitados;

VII. Propor à Presidência medidas que julgar necessárias ao bom andamento dos trabalhos;

VIII. Auxiliar na implementação do PGRSS.

CAPÍTULO V

Do Funcionamento

Art. 10. A CGRSS reunir-se-á ordinariamente uma vez por mês e, extraordinariamente, sempre que convocado pelo Presidente ou por requerimento da maioria de seus Integrantes.

§ 1º Salvo nos casos de alteração deste Regimento, nos quais serão necessários 2/3 de votos favoráveis do total de seus Integrantes, as demais deliberações serão tomadas por voto favorável da maioria simples dos Integrantes presentes.

§ 2º O comparecimento dos Integrantes as reuniões da CGRSS é obrigatório e prevalece as demais atividades, salvo as atividades das Direções e Conselhos Superiores da POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE POSSE e da ABEAS.

Art. 11. As convocações das reuniões ordinárias e extraordinárias da CGRSS serão feitas com a antecedência mínima de 48 (quarenta e oito) horas, por telefone ou via e-mail ou pessoalmente.

§ 1º A antecedência de 48 (quarenta e oito) horas poderá ser abreviada para até 24 (vinte e quatro) horas em caso de motivos excepcionais, justificados no documento de convocação e apreciados no início da reunião convocada.

§ 2º O termo de convocação das reuniões deverá ser obrigatoriamente acompanhado da pauta da reunião e dos documentos ou informações vinculadas à sua apreciação.

Art. 12. A CGRSS reunir-se-á com a presença da maioria de seus Integrantes, deliberando pelo voto da maioria dos presentes à reunião, resguardada a verificação do "quórum" mínimo (50%+1), salvo nos casos especiais previstos no Estatuto e neste Regimento.

§ 1º As reuniões extraordinárias realizar-se-ão independentemente de "quórum" em segunda chamada, a ser feita após 15 (quinze) minutos do horário previsto para seu início.

§ 2º O "quórum" será apurado no início da sessão pela contagem das assinaturas dos Integrantes na pauta.

§ 3º No caso de cancelamento da reunião ordinária ou suspensão de suas atividades por falta de "quórum", uma nova reunião só poderá ser convocada para, no mínimo, 24 horas depois do horário de cancelamento ou suspensão.

SEÇÃO I

Da Ata

Art. 13. De cada reunião da CGRSS lavrar-se-á ata assinada pelo Secretário, que, após aprovada na reunião ordinária subsequente, será subscrita pelo Presidente e assinada por todos os seus Integrantes presentes na reunião a que se refere.

Art. 14. Se houver quórum mínimo de Integrantes, e declarada aberta à sessão, proceder-se-á a apreciação da Ata da reunião anterior e, não havendo emendas ou impugnações, a Ata será considerada aprovada.

Art. 15. Da Ata das sessões da CGRSS, deverão constar:

I. A natureza da sessão, dia, hora e local de sua realização e o nome de quem a presidiu;

- II. Os nomes dos Integrantes presentes, bem como os dos que não compareceram, mencionando, a respeito destes, se foi ou não justificada a ausência;
- III. O expediente;
- IV. O resumo das discussões, porventura travadas na ordem do dia e os resultados das votações;
- V. Todas as propostas por extenso.

SEÇÃO II

Das Votações

Art. 16. Encerrada a discussão de uma matéria, essa será votada, sendo deliberada por maioria simples de votos.

§ 1º O voto do Integrante é obrigatório, consistindo em manifestação favorável ou contrária.

§ 2º Por questão de foro ético, qualquer Integrante da CGRSS poderá se declarar impedido de votar nas deliberações que, direta ou indiretamente, digam respeito a seus interesses particulares ou de seus parentes (sanguíneos, legais ou por afinidade) em até segundo grau, inclusive seu cônjuge ou companheiro (a).

Art. 17. As votações far-se-ão geralmente pelo processo simbólico.

CAPÍTULO VI

Das Disposições Finais

Art. 18. Os casos omissos serão resolvidos pelo Presidente da CGRSS e posteriormente encaminhados à Diretoria.

Art. 19. O presente Regimento somente poderá ser modificado mediante proposta da Presidência ou de, no mínimo, 1/5 (um quinto) dos Integrantes da CGRSS, devendo a modificação ser aprovada em reunião ordinária por, no mínimo, 2/3 (dois terços) dos votantes e encaminhado para aprovação no Colegiado Executivo da POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE POSSE /ABEAS.

Art. 20. Além de aprovações, autorizações, homologações e decisões outras que se resolva em anotações e comunicações, as deliberações da CGRSS poderão, conforme a natureza, reverter à forma de resoluções ou previsões que serão baixadas pelo Presidente e aprovadas pelo Colegiado Executivo da POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE POSSE /ABEAS.

Art. 21. Este Regimento entra em vigor na data de sua aprovação e publicação, ficando revogadas as disposições em contrário.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES ANUAL

Com o objetivo de reduzir a geração e minimização dos resíduos gerados nos diversos setores da POLICLÍNICA REGIONAL, bem como a redução dos índices de acidentes de trabalhos relacionados com a geração e manejo dos resíduos (perfurocortantes), serão elaborados para o decorrente ano, as seguintes ações:

- Incentivo da participação da comunidade da POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE POSSE, como agente facilitador na redução da geração dos resíduos comuns e infectantes;
- Realização de campanhas que busque a conscientização da responsabilidade na geração e no correto manejo dos resíduos gerados.
- Elaboração e implementação do Programa de Reciclagem – rHeCicla.

ATIVIDADE	1º M	2º M	3º M	4º M	5º M	6º M	7º M	8º M	9º M	10º M	11º M	12º M
Treinamentos												
Firmar contrato com empresa especializada												
Treinamento colaboradores												
Início Projeto rHeCicla												
Monitoramento da Coleta Seletiva												
Adequações do depósito externo												
Diagnóstico da geração de resíduos												
Prognóstico da geração de resíduos												

Campanha de redução consciente												
Diagnóstico resíduos do almoxarifado												
Prognóstico resíduos do almoxarifado												

2.6.1.5.5. Comissão De Humanização / Grupo De Trabalho Em Humanização

Finalidade:

Empreender na POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE POSSE uma política institucional de resgate da humanização na assistência à saúde, em benefício dos usuários, dos trabalhadores e acadêmicos de saúde.

Membros:

- Ouvidoria;
- um representante da Divisão de Enfermagem;
- um representante da Diretoria;
- um representante do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;
- um representante Gestor Médico;
- um representante da hotelaria;
- três representantes da Divisão de Gestão de Pessoas, sendo um da Unidade de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho;
- um representante de cada Secretaria de Saúde (Municipal e Estadual);
- um representante dos usuários;
- um representante das demais categorias atuantes na POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE POSSE.

CAPÍTULO I

Da Definição

Art. 1.º O Grupo de Trabalho em Humanização - GTH é uma equipe multiprofissional, organizada, participativa e democrática, que se destina a empreender na POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE POSSE uma política institucional de resgate da humanização na assistência à saúde intra-hospitalar, em benefício dos usuários, dos trabalhadores e acadêmicos de saúde.

Art. 2.º O GTH da POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE POSSE visa:

I - atender à Política Nacional de Humanização que, desde 2003, busca efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários;

II - apresentar, difundir, divulgar, publicar, informar e promover a Política Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar com valores e princípios humanitários que favoreçam a vida e a dignidade do ser humano nas dimensões do usuário;

III - inserir o ensino, a pesquisa e extensão na Humanização da Assistência Hospitalar.

CAPÍTULO II

Dos Objetivos

Art. 3.º São objetivos do GTH:

I - melhorar a qualidade e a eficiência da atenção dispensada aos usuários da POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE POSSE;

II - conceber e implantar novas iniciativas de humanização que venham beneficiar os usuários, profissionais e acadêmicos de saúde;

III - fortalecer e articular todas as iniciativas de humanização já existentes na POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE POSSE;

IV - estimular a realização de parcerias e intercâmbio de conhecimento e experiências nessa área.

CAPÍTULO III

Das Competências

Art. 4.º O GTH terá as seguintes competências:

- I - estabelecer estratégias e mecanismos que tornem os trabalhadores da POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE POSSE mais humanizados;
- II - traçar diretrizes de elaboração e aprovar o plano operativo para humanização;
- III - examinar propostas sobre assuntos pertinentes às relações interpessoais na instituição;
- IV - liderar o processo de humanização;
- V - buscar estratégias de comunicação e integração entre as diferentes Unidades da POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE POSSE;
- VI - promover o fluxo de propostas e deliberações das atividades de Humanização a serem desenvolvidas;
- VII - apoiar e divulgar as iniciativas de humanização em desenvolvimento;
- VIII - avaliar os projetos que já estão em desenvolvimento e os que ainda vão ser desenvolvidos, de acordo com os parâmetros de humanização propostos pelo SUS;
- IX - estimular a participação da comunidade acadêmica e de entidades da sociedade civil e usuários nas ações de humanização dos serviços.

CAPÍTULO IV

Da Estrutura Organizacional

Art. 5.º O GTH da POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE POSSE é constituído por uma equipe multidisciplinar de forma voluntária, nomeada em portaria pelo Superintendente e terá representantes das seguintes áreas:

- I – Ouvidoria;
- II – um representante da Divisão de Enfermagem;
- III – um representante da Diretoria;
- IV – um representante do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;
- V – um representante Gestor Médico;
- VI – um representante da hotelaria;
- VII – três representantes da Divisão de Gestão de Pessoas, sendo um da Unidade de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho;

VIII – um representante de cada Secretaria de Saúde (Municipal e Estadual);

IX – um representante dos usuários;

X – um representante das demais categorias atuantes na POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE POSSE.

Parágrafo único. As demais categorias atuantes na POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE POSSE poderão participar como membros consultivos do GTH, quando acionadas.

Art. 6.º O Coordenador e o Vice Coordenador serão escolhidos dentre os membros do Grupo, após indicação e votação, sendo eleitos por maioria simples dos votos dos membros presentes à reunião, tendo o mandato a duração de dois anos, podendo ser reconduzidos.

Art. 7.º Após a eleição, o Coordenador e o Vice indicarão três secretários, cujos mandatos terão a duração do mandato de seus respectivos Coordenadores.

CAPÍTULO V

Das Subcomissões

Art. 8.º Fica a critério do GTH a formação de subcomissões com tarefa específica a cumprir, de modo a subsidiar apreciação posterior da equipe.

Art. 9.º As subcomissões reger-se-ão pelas mesmas regras estabelecidas neste regimento e se reportarão ao Coordenador do GTH.

Art. 10. As subcomissões são instrumentos operacionais integrados e interdependentes na realização de ações humanizadas, no âmbito de sua especificidade com os objetivos:

I – elaborar projetos, parcerias, levantamento de pontos críticos, planejamento;

II - divulgar o processo de humanização no âmbito da POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE POSSE;

III - realizar atividades educativas aos usuários, trabalhadores e alunos;

IV - desenvolver e implantar formas de divulgação dos trabalhos do GTH da POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE POSSE à comunidade interna e externa.

CAPÍTULO VI

Das Atribuições

Art. 11. São atribuições do Coordenador:

- I – coordenar as atividades de promoção de humanização;
- II - convocar e presidir as reuniões do GTH dando execução às respectivas deliberações;
- III - representar oficialmente o GTH;
- IV - prestar contas das atividades do GTH ao Colegiado Executivo da POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE POSSE.

Art. 12. São atribuições do Vice Coordenador:

- I - assessorar o Coordenador;
- II - assumir as funções do Coordenador em suas ausências e impedimentos previstos em lei (como férias, afastamentos oficiais, licenças-saúde, etc);
- III - comparecer às reuniões do GTH.

Art. 13. São atribuições dos demais membros da comissão:

- I - estudar e relatar, nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes forem atribuídas pelo Coordenador;
- II - comparecer às reuniões, proferir voto ou pareceres;
- III - requerer votação de matéria em regime de urgência;
- IV - executar tarefas que lhes forem atribuídas pelo Coordenador;

Art. 14. Caberá ao secretário da comissão:

- I - organizar a ordem do dia;
- II - receber e protocolar os processos e expedientes;
- III - manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser reexaminados nas reuniões da comissão;
- IV - providenciar o cumprimento das diligências determinadas;
- V - lavrar termos de abertura e encerramento dos livros de ata, de protocolo, de registro de atas, e de registro de deliberações, rubricando-os e mantendo-os sob vigilância;
- VI - lavrar e assinar as atas de reuniões da comissão;
- VII - elaborar relatório mensal das atividades da comissão para publicização no sítio eletrônico da Instituição;
- VIII - providenciar, por determinação do presidente, a convocação das sessões ordinárias e extraordinárias, que deverá conter a pauta das reuniões;
- IX - realizar outras funções determinadas pelo Coordenador, relacionadas ao serviço.

CAPÍTULO VII

Das Reuniões

Art. 15. As reuniões ordinárias do GTH serão realizadas quinzenalmente, em dia e hora previamente agendados, com antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis.

Parágrafo único. As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo Coordenador ou a pedido de qualquer membro da Comissão com antecedência mínima de 3 (três) dias úteis.

Art. 16. As deliberações serão tomadas por maioria simples de votos dos membros presentes à reunião.

Art. 17. De cada reunião será lavrada ata, incluindo assuntos discutidos, decisões tomadas com assinatura dos membros em lista de presença.

CAPÍTULO VIII

Das Disposições Finais

Art. 18. A responsabilidade da direção hospitalar é garantir a infraestrutura necessária para o funcionamento da comissão.

Art. 19. Este Regimento poderá ser alterado, no todo ou em parte, após deliberação em reunião pela maioria simples dos membros presentes.

Art. 20. Os casos omissos serão discutidos e resolvidos pela comissão.

Art. 21. Este Regimento entra em vigor na data de sua publicação.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES ANUAL

ATIVIDADE	1º M	2º M	3º M	4º M	5º M	6º M	7º M	8º M	9º M	10º M	11º M	12º M
Expor a proposta e propor a inclusão do projeto ao Núcleo de Educação permanente da unidade												
Realizar rodas de conversa com todos os envolvidos no projeto de humanização												
Realizar atividades de Educação permanente por setor de acordo com a necessidade dos mesmos												
Realizar oficinas com trabalhadores de grupos diversos para compreensão do trabalho que o outro desenvolve e visualizar a importância da integração da equipe												
Realizar campanhas educativas na unidade, direcionadas a												

trabalhadores e usuários												
Avaliar os resultados do projeto durante o ano												

2.6.1.5.6. Núcleo da Qualidade

Finalidade:

A qualidade dos serviços e produtos de saúde e o controle da gestão em unidades é um fator de fundamental importância para uma administração em serviços de saúde eficiente, buscando o atendimento das necessidades, anseios e expectativa das pessoas. A qualidade nos serviços de saúde deve ser constantemente aperfeiçoada, tornando-se alvo constante dos esforços das instituições de saúde, tendo em vista a maior satisfação dos que necessitam desses serviços.

Para Silva et al (2010), os programas de qualidade na área hospitalar tem um complexo conjunto de dimensões a serem consideradas dentre elas, a reunião de um excelente corpo clínico, da gestão dos processos administrativos, da organização que envolvem finanças, logística, procedimentos operacionais e outras áreas comuns a organizações de diferentes setores.

A Fundação Nacional da Qualidade (FNO), do Brasil estabelece critérios de Excelência para uma gestão de qualidade plena.

Dentre eles:

1- Visão sistêmica – entendimento das relações de interdependência entre os diversos componentes de uma organização, bem como entre a organização e o ambiente externo.

2- Aprendizado organizacional – busca e alcance de um novo nível de conhecimento, por meio de percepção, reflexão, avaliação e compartilhamento de experiências, alterando princípios e conceitos aplicáveis a práticas, processos, sistemas, estratégias e negócios, e produzindo melhorias e mudanças na organização.

3- Proatividade – capacidade da organização de se antecipar às mudanças de cenários e às necessidades e expectativas dos clientes e das demais partes interessadas.

4- Foco no cliente e no mercado – conhecimento e entendimento do cliente e do mercado, visando à criação de valor de forma sustentada para o cliente e maior competitividade nos mercados

5- Responsabilidade social – atuação baseada em relacionamento ético e transparente com todas as partes interessadas, visando ao desenvolvimento sustentável da sociedade, preservando recursos ambientais e culturais para futuras gerações, respeitando a diversidade e promovendo a redução das desigualdades sociais.

6- Inovação – implementação de novas idéias geradoras de um diferencial competitivo.

7- Gestão baseada em fatos – tomada de decisões com base na medição e análise do desempenho, levando-se em consideração às informações disponíveis, incluindo os riscos identificados.

8- Valorização das pessoas – compreensão de que o desempenho da organização depende da capacitação, motivação e bem-estar da força de trabalho e da criação de um ambiente de trabalho propício à participação e ao desenvolvimento das pessoas.

9- Abordagem por processos – compreensão e gerenciamento da organização por meio de processos, visando à melhoria do desempenho e à agregação de valor para as partes interessadas.

10- Liderança e constância de propósitos – comprometimento dos líderes com os valores e princípios da organização; capacidade de construir e implementar estratégias e um sistema de gestão que estimule as pessoas a realizar um propósito comum e duradouro.

11- Visão de futuro – compreensão dos fatores que afetam o negócio e o mercado no curto e no longo prazo, permitindo o delineamento de uma perspectiva consistente para o futuro desejado pela organização.

12- Orientação para resultados – compromisso com a obtenção de resultados que atendam, de forma harmônica e balanceada, às necessidades de todas as partes interessadas na organização.

Devido a inúmeros problemas na área da saúde, houve a necessidade em criar alguma ferramenta que fosse capaz de entender os mecanismos e tentar reduzir falhas, com o objetivo de oferecer qualidade no atendimento e criar uma estrutura que atendesse com profissionalismo os usuários do sistema. Foi então criada a acreditação, que, de acordo com a Organização Nacional de Acreditação (ONA), é o procedimento pelo qual uma instituição acreditadora “reconhece formalmente que uma empresa tem competência para cumprir as atividades definidas na sua razão social”. No Sistema Brasileiro de acreditação das organizações prestadoras de serviços de saúde, a avaliação pauta-se por exigências legais de segurança no atendimento, bem como na organização do trabalho e seus resultados. A certificação na área de saúde surge com a intenção de promover a melhoria contínua dos processos da área da saúde.

REGIMENTO INTERNO / CONSTITUIÇÃO

Capítulo I - Das Disposições Gerais

Art. 1.º Este regimento atende as normas instituídas pela alta administração da POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE POSSE.

Art. 2.º As boas práticas de funcionamento do serviço de saúde são componentes da garantia da qualidade que asseguram que os serviços são ofertados com padrões de qualidade adequados.

Art. 3.º Para efeitos deste regimento a Qualidade é entendida "como um processo dinâmico, ininterrupto e de exaustiva atividade permanente de identificação de falhas nas rotinas e procedimentos, que devem ser periodicamente revisados, atualizados e difundidos, com participação da alta administração da unidade até seus funcionários mais básicos".

Art. 4.º O Núcleo da Qualidade tem como pontos básicos: foco no cliente, trabalho em equipe permeando toda a organização, decisões baseadas em fatos e dados e a busca constante da solução de problemas e da diminuição de erros.

Art. 5.º Considerar-se-ão Gestão por Processos o conjunto de operações sucessivas ou paralelas que proporcionam um resultado definido.

Parágrafo único. O monitoramento dos processos é fundamental para garantir resultados positivos e segurança, com atividades como: padronização de documentos, mapeamento de processos, gerenciamento de indicadores e análise de dados, determinação de conceitos e metodologias para gerenciamento de riscos, acompanhamento e implantação de melhorias, capacitação de gestores e colaboradores.

Art. 6.º Nas unidades são estabelecidas sistemáticas para tratamento e prevenção de falhas, com aplicação de ferramentas para gerenciamento de riscos associados aos cuidados prestados.

Parágrafo único. Além disso, fluxos e métodos são padronizados para execução das atividades clínicas e administrativas, evidenciados em documentos oficiais com o objetivo é fortalecer a interface entre profissionais de disciplinas diversas, com foco na integração assistencial e monitoramento contínuo dos resultados.

Art. 7.º A acreditação é um método de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico e reservado, que busca garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente definidos.

Parágrafo único. Terá caráter educacional e não fiscal para determinar se a instituição atende aos requisitos elaborados para melhorar a segurança e a qualidade do serviço.

Art. 8.º O Núcleo da Qualidade está alicerçado nos pilares fundamentais da Qualidade, segundo Donabedian (1990):

I - eficácia: é a habilidade da ciência médica em oferecer melhorias na saúde e no bem-estar dos indivíduos;

II - efetividade: é a relação entre o benefício real oferecido pela assistência e o resultado potencial, representado por estudos epidemiológicos e clínicos;

III - eficiência: é a relação entre o benefício oferecido pela assistência médica e seu custo econômico;

IV - otimização: é o estabelecimento do ponto de equilíbrio relativo, em que o benefício é elevado ao máximo em relação ao seu custo econômico. É a tentativa de evitar benefícios marginais a custos inaceitáveis;

V - aceitabilidade: é a adaptação dos cuidados médicos e da assistência à saúde às expectativas, desejos e valores dos pacientes e suas famílias. Este atributo é composto por 5 conceitos: acessibilidade, relação médico-paciente, amenidades, preferências do paciente quanto aos efeitos da assistência e preferências do paciente quanto aos custos da assistência;

VI - legitimidade: é a possibilidade de adaptar satisfatoriamente um serviço à comunidade ou à sociedade como um todo. Implica conformidade individual, satisfação e bem-estar da coletividade;

VII - equidade: é a determinação da adequada e justa distribuição dos serviços e benefícios para todos os membros da comunidade.

Do Núcleo da Qualidade

Art. 9.º O NQ tem o compromisso de introduzir a Gestão da Qualidade como uma ferramenta permanente de aprimoramento institucional, reorganizando suas práticas e diminuindo riscos para pacientes, profissionais e colaboradores, monitorando periodicamente os indicadores para subsidiar os responsáveis da POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE POSSE nas tomadas de decisão a fim de consolidar os processos.

Art. 10. O NQ tem por objetivo assegurar que a Gestão da Qualidade da POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE POSSE seja estabelecido, implantado e mantido, de acordo com requisitos da qualidade estabelecidos no processo de Acreditação da ONA.

Art. 11. O NQ, durante as ações de implantação, implementação e a manutenção, obedecerá as normas vigentes para cada processo trabalhado.

Capítulo II - Da Natureza e Finalidade

Art.12. O NQ é uma instância colegiada, de natureza consultiva e deliberativa, é diretamente ligado à Diretoria da Unidade.

Art. 13. O NQ é um conjunto de programas gerenciais que sistematiza o planejamento, a formulação e a operacionalização dos processos assistenciais e de apoio, necessários para garantir a excelência nos serviços prestados.

Art. 14. O NQ tem por finalidade assessorar a promoção de ações institucionais de melhoria contínua na gestão dos processos, elevando o padrão dos serviços prestados por meio de indicadores da qualidade, avaliação da satisfação dos usuários, definição de metodologias e ferramentas da qualidade e controle dos instrumentos administrativos que compõem a

estrutura organizacional.

Capítulo III - Da Composição

Art. 15. O NQ, composto por colaboradores da POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE POSSE e nomeado pelo Diretor em Portaria, é formado:

I- coordenador;

II - dois representantes da alta administração da Unidade;

III - grupo técnico/executor:

a) três representantes do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;

b) dois representantes da Administração Hospitalar para planejamento estratégico;

c) um representante da Divisão de Enfermagem;

V - secretário.

Art. 16. Fica facultada ao coordenador do Núcleo propor a participação de novos profissionais para atuarem como apoio técnico e operacional na implementação dos processos.

Capítulo IV - Dos Deveres e Responsabilidades

Art. 17. São deveres e responsabilidades dos membros do NQ:

I - participar das reuniões, discussões e deliberações sobre quaisquer assuntos constantes da pauta;

II - propor assuntos para a pauta das reuniões;

III - solicitar reunião extraordinária do NQ;

IV - colaborar com estudos e propostas ao NQ, que contribuam para a implantação de medidas que venham a assegurar a estruturação organizacional mais adequada à execução dos processos e das atividades do NQ;

V - colaborar com estudos e debates visando ao aperfeiçoamento permanente dos processos e das atividades do NQ;

VI - coordenar a implantação, na sua área de atuação, das medidas e processos aprovados pelo NQ;

VII - colaborar com as outras áreas de atuação do NQ na implantação das medidas e processos aprovados;

VIII - participar da apreciação e deliberação sobre propostas apresentadas por membros do NQ, a serem levadas às reuniões do Núcleo;

IX - pedir vistas de assuntos em discussão.

Art. 18. Eventuais conflitos de interesse, efetivos ou potenciais, que possam surgir em função do exercício das atividades dos membros do Núcleo deverão ser informados aos demais integrantes ao abrir o item de pauta.

Art. 19. As matérias examinadas nas reuniões do Núcleo têm caráter sigiloso, ao menos até sua deliberação final, quando será decidida sua forma de encaminhamento.

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

Art. 20. As atribuições dos representantes do NQ são as seguintes atividades:

I - representantes da alta administração:

a) assegurar que os processos e requisitos necessários à implantação e implementação do Sistema de Gestão da Qualidade sejam estabelecidos;

b) assegurar a promoção da conscientização sobre os requisitos do cliente em toda a organização;

c) servir como contato para organizações externas no que se refere NQ - POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE POSSE.

II - coordenador:

a) convocar e coordenar as reuniões ordinárias e extraordinárias do NQ;

- b) consolidar a pauta definitiva das reuniões do NQ;
- c) colocar em discussão qualquer matéria urgente ou de alta relevância, ainda que não constante da pauta de convocação;
- d) representar o NQ junto à Gestão Superior e entidades da sociedade;
- e) delegar atribuições aos demais membros do NQ;
- f) constituir grupo(s) de trabalho(s), se e quando necessário, indicando para cada grupo um relator;
- g) expedir todos os atos necessários à efetivação das deliberações do NQ;
- h) convidar, a seu critério ou por indicação dos membros do NQ, autoridades ou técnicos de notória competência profissional, para participar das reuniões, sem direito à participação nas deliberações do NQ;
- i) conceder visto de matérias aos membros do NQ, quando solicitado;
- j) supervisionar as atividades exercidas pelo Secretário do NQ;
- k) convocar e coordenar as reuniões de análise crítica do sistema e na periodicidade prevista no Manual da Qualidade;
- l) fazer cumprir este Regimento.

III - grupo técnico/executor:

- a) consolidar a pauta preliminar das reuniões do NQ, e submeter ao coordenador;
- b) estudar e propor ao NQ, medidas para assegurar a estruturação dos processos organizacionais, adequando-os ao cumprimento da missão institucional;
- c) mapear e monitorar a implantação das medidas e da estruturação dos processos organizacionais estabelecidos e aprovados pelo NQ;
- d) realizar estudos e debates visando o aperfeiçoamento permanente dos processos e da estrutura organizacional visando o cumprimento da missão institucional;

- e) apreciar e deliberar sobre propostas apresentadas por membros do NQ, a serem levadas às reuniões do Núcleo;
- f) representar o NQ junto aos setores da POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE POSSE;
- g) apoiar, acompanhar e controlar todas as ações voltadas para a implantação e manutenção do sistema da qualidade;
- h) assegurar a realização das reuniões de análise crítica do sistema e na periodicidade prevista;
- i) acompanhar os indicadores de desempenho do Sistema da Gestão da Qualidade para a tomada de decisão que garanta a eficácia do sistema;
- j) promover a integração do NQ com os demais setores, sendo interlocutor que viabilize a consolidação dos ajustes necessários à implantação das medidas que assegurem a estruturação dos processos organizacionais, adequando-os ao cumprimento da missão institucional do HC.;
- k) prestar serviço de consultoria interna em desenvolvimento organizacional e qualidade ao NQ;
- l) acompanhar os Planos Anuais de Auditoria Interna visando assegurar a sua realização;
- m) Prestar assistência ao processo de desenvolvimento e manutenção do NQ, buscando informações e feedback que possibilitem avaliação dos programas e procedimentos implantados.
- n) programar e executar o treinamento de todos os funcionários nas atividades relacionadas a qualidade hospitalar, visando a multiplicação dos conhecimentos e facilitar a implementação dos programas;
- o) organizar eventos internos e externos relativos ao Sistema de Gestão da Qualidade, visando promover o treinamento dos colaboradores;
- p) elaborar os fluxogramas de documentação do NQ, visando a correta comunicação e registro das informações;

q) desenvolver material de apoio, tais como apostilas, cartilhas, cartazes, visando otimizar os treinamentos e a divulgação do programa;

r) ministrar treinamentos internos relacionados com a qualidade.

IV - secretário:

a) controlar as ocorrências relacionadas com a qualidade, digitando dados, para elaboração de relatórios com estatísticas de produção;

b) participar da elaboração e redação dos procedimentos relacionados com a qualidade;

c) manter controles dos registros da qualidade;

d) controlar os certificados de qualidade de matérias-primas recebidas;

e) verificar os prazos dos certificados de aferição de instrumentos por entidade credenciada;

f) distribuir e controlar as cópias de manuais da qualidade;

g) preparar a proposta de pauta das reuniões do NQ, fazendo constar as sugestões encaminhadas previamente pelos membros do Comitê, e consolidá-la com o Coordenador;

h) expedir convocação para as reuniões do NQ, anexando a pauta e a documentação necessária para as deliberações;

i) providenciar a organização do local das reuniões, a infraestrutura necessária e a comunicação aos membros do NQ;

j) elaborar as atas ou notas de reuniões e encaminhá-las aos membros do NQ, num prazo máximo de 7 dias;

k) organizar a comunicação, o arquivo e a documentação da qualidade, de forma a garantir o acesso rápido e seguro às informações.

V - Assessor de planejamento e qualidade:

a) substituir o Coordenador nas suas ausências ou afastamentos temporários;

- b) assessorar o Coordenador e o grupo da Qualidade em todos os assuntos de sua competência;
- c) assessorar os gerentes e facilitadores da POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE POSSE na implantação das atividades do NQ, visando garantir sua execução dentro dos padrões estabelecidos.

Capítulo V - Das Competências do Núcleo de Qualidade

Art. 21. Estudar e propor à representantes da alta administração e da comunidade da POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE POSSE, medidas para assegurar a estruturação dos processos organizacionais, adequando-os ao cumprimento da missão institucional.

Art. 22. Assegurar a implantação e manutenção dos processos organizacionais estabelecidos e aprovados, inclusive através da viabilização, junto à alta administração.

Art. 23. Incentivar estudos e debates com as lideranças, visando o aperfeiçoamento permanente da estrutura e dos processos organizacionais, definidos para estes serviços.

Art.24. Assegurar a implantação das medidas aprovadas.

Art. 25. Garantir que o Núcleo de Qualidade (NQ) orientará os processos de trabalho elencados prioritariamente :

I - desenvolver o mapeamento dos processos essenciais;

II - estabelecer a cultura da elaboração documental e sua aplicação;

III - manter programas para o gerenciamento de riscos e eventos adversos, com vistas a contemplar as Metas Internacionais de Segurança do Paciente;

IV - capacitar os profissionais para a prática com qualidade e segurança;

V - sedimentar a cultura e a prática de qualidade e segurança na instituição.

VI - garantir o gerenciamento de riscos na instituição, através das diretrizes das Gerências de Risco, CCIH e NSP;

VII - garantir a implementação das metas internacionais de segurança;

VIII - obter efetividade nas ações voltadas para a melhoria da qualidade e segurança do paciente;

IX - mapear, revisar e monitorar os processos estabelecidos buscando a melhoria institucional contínua;

X - monitorar os indicadores de qualidade dos serviços, na aferição da melhoria dos processos;

XI - garantir que o monitoramento e a intervenção em todos dos processos estabelecidos, sejam realizados pelas lideranças, buscando as melhorias exigidas;

XII - garantir a manutenção das melhorias alcançadas com seus respectivos registros e divulgação a toda comunidade DA POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE POSSE;

XIII - promover a comunicação dos processos de melhoria da qualidade em toda a instituição.

Capítulo VI - Das Reuniões

Art. 26. As reuniões do NQ serão realizadas quinzenalmente com o grupo técnico, executor e assessor e mensalmente com os membros da alta administração em caráter ordinário, em dia, local e horário pré-estabelecido, de acordo com a conveniência de seus membros, na sala do NQ da POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE POSSE, devendo estas, serem comunicadas com no mínimo 48 horas de antecedência.

Art. 27. As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo Coordenador ou a pedido de qualquer membro da Comissão.

Art. 28. Na convocação para reunião deverá constar a pauta, podendo esta ser proposta por qualquer um dos membros da Comissão.

Art. 29. O NQ mensalmente apresentará nas suas reuniões, trabalhos propostos em andamento e concluídos, com entrega de relatórios podendo para isto contar com a participação de convidados de sua escolha.

Art. 30. As reuniões serão realizadas com qualquer número de participantes, a critério do Coordenador, ficando as resoluções na dependência da presença da metade, mais um, dos membros presentes à reunião.

Art. 31. De cada reunião será lavrada Ata, incluindo assuntos discutidos, decisões tomadas e lista de presença.

Art. 32. Os membros da comissão que faltarem a 3 (três) reuniões consecutivas, injustificadamente, serão automaticamente considerados desligados e o pedido de sua substituição encaminhado ao Diretor.

Capítulo VII - Das Deliberações e Recomendações

Art. 33. As deliberações do NQ serão preferencialmente estabelecidas por consenso entre os seus membros:

I - as votações, quando necessárias, serão abertas e acompanhadas de defesa verbal registradas em ata;

II - as decisões serão tomadas em votação por maioria simples dos presentes;

III - em caso de empate na votação, a decisão final caberá ao Coordenador do NQ.

Capítulo VIII - Do Suporte ao Funcionamento

Art. 34. O apoio administrativo ao NQ será realizado pelo trabalhador administrativo terceirizado a ser contratado.

Art. 35. São consideradas atividades administrativas:

I - prestar subsídios e informações relacionadas as atividades do NSP;

II - elaborar e arquivar atas, processos, relatórios, documentos, correspondências e a agenda do NSP;

III - realizar o agendamento, a preparação e a expedição das convocações para as reuniões e o provimento do apoio logístico para as mesmas.

Capítulo IX - Dos Grupos de Trabalho

Art. 36. O NQ poderá criar grupos de trabalho para tratamento de assuntos específicos.

Parágrafo único. Os grupos de trabalho serão compostos por pessoas de reconhecido saber e competência profissional no tema, todos indicados pelo coordenador do NQ e nomeados pela Diretoria.

Art. 37. Cada grupo de trabalho será coordenado por um representante do NQ.

Capítulo X - Das Disposições Finais

Art. 38. Este regulamento poderá ser modificado no todo ou em parte, por proposta dos membros do núcleo, mediante aprovação em reunião convocada para esta finalidade.

Art. 39. Os casos omissos serão resolvidos pelo núcleo em reunião para isto convocada com a presença do Diretor.

Art. 40. O presente Regulamento entra em vigor na data de sua aprovação e publicação.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES ANUAL

ATIVIDADE	1º M	2º M	3º M	4º M	5º M	6º M	7º M	8º M	9º M	10º M	11º M	12º M
Expor a proposta e propor a inclusão do projeto ao Núcleo da Qualidade da unidade												
Realizar rodas de conversa com todos os envolvidos no projeto de qualidade												
Realizar atividades de Educação permanente por setor de acordo com a necessidade dos mesmos												
Realizar oficinas com trabalhadores de grupos diversos para compreensão do trabalho que o outro desenvolve e visualizar a importância da integração da equipe												
Realizar campanhas educativas na unidade, direcionadas a trabalhadores e usuários												
Avaliar os resultados do projeto durante o ano												

2.6.2. QUALIDADE SUBJETIVA

2.6.2.1. Acolhimento

2.6.2.1.1. Manual com indicação das formas de notificação, recepção, orientação social e apoio psicossocial aos usuários e acompanhantes da Policlínica

Além da recepção cordial, das instruções verbais, dos eventuais esclarecimentos de dúvidas, também verbais, o paciente e acompanhante receberão um manual para orientação como a seguir:

“Prezado(a) Paciente”,

Esperamos que sua estada conosco seja breve e que tenha pronta recuperação. A finalidade deste manual é procurar orientá-lo e ao seu acompanhante sobre as rotinas da Unidade Assistencial de Saúde, dos procedimentos habituais e dos serviços disponíveis, para seu conforto e segurança durante sua permanência conosco.

a) PROCEDIMENTO:

- Receber o paciente na unidade.
- Conferir o prontuário quanto ao nome completo do paciente,
- Verificar prescrição
- Observar higiene do paciente.
- Oferecer pijama ou camisola da instituição.
- Verificar sinais vitais.
- Orientar o paciente quanto as normas da instituição.
- Conferir o preenchimento completo dos cabeçalhos dos impressos.
- Se houver pedidos de exames, encaminhá-los aos setores competentes.
- Organizar o prontuário para facilitar o manuseio pela própria enfermagem.

b) ATENDIMENTO MÉDICO E DE ENFERMAGEM

A Divisão de Enfermagem da Unidade Assistencial de Saúde mantém em cada unidade, enfermeiras e técnicos de enfermagem que atuam e prestam cuidados aos pacientes durante 12 horas. Os cuidados de enfermagem são prescritos pela enfermeira, que além de desenvolver planos de assistência individualizados é também, responsável pela execução da prescrição médica. É vedada a interferência de acompanhantes na assistência e na enfermagem da Unidade.

Informações para Acompanhantes:

O usuário terá direito a 1 acompanhante a ser solicitado pela enfermagem, havendo necessidade.

Só é permitida a permanência de acompanhante mediante a autorização feita em impresso anexo, preenchida, assinada e carimbada pelo (a) enfermeiro (a) supervisor.

Pessoas com mais de 60 anos de idade, gestantes e portadores de deficiência que não apresentarem boas condições de saúde, não poderão ser acompanhantes de seus pacientes.

Só é permitido acompanhante a partir de 18 anos de idade.

Cuidados dos Acompanhantes para Diminuição da Incidência de Infecção

As medidas a seguir são muito importantes para a diminuição da incidência de infecção, que representam sérios para os pacientes:

Lave as mãos ao chegar na unidade.

Não traga para o paciente poeira da rua. As mãos são um dos principais veículos de germes.

Lave sempre as suas mãos, antes e após cuidar do seu familiar.

Não se sente no leito, a roupa possui germes que podem gerar infecções

A roupa cedida pelo hospital é para a sua proteção.

Não é permitida a entrada sem o uso de camisa, utilizando roupas de banho ou trajes inadequados

Não traga alimentos.

Em caso de dúvida acerca do soro, curativo e outras situações, procure a enfermagem ou o médico para esclarecê – lo.

Não saia com dúvidas, procure nossos profissionais e, saiba que todas as medidas terapêuticas empregadas em seu familiar são unicamente em benefício dele.

c) AVISOS IMPORTANTES

Acompanhantes não devem sentar -se no leito do paciente.

Devem lavar as mãos antes de cumprimentá – la, contribuindo com a prevenção de infecção

Evitar circular nos corredores e Posto de Enfermagem.

Os aparelhos sonoros (TV, rádio, etc.) devem ser utilizados com volume em nível baixo.

É proibido fumar nos aposentos do paciente e nas dependências internas da Unidade Assistencial de Saúde.

É proibido mexer nos equipamentos destinados ao uso dos pacientes, assim como qualquer outro.

Os funcionários do hospital não estão autorizados a receber gratificações dos pacientes e/ou acompanhantes.

É proibido entrar com comida para o paciente sem a autorização da Gerência de Nutrição.

A enfermeira chefe da unidade é a pessoa mais indicada para esclarecer dúvidas. Procure-a sempre que necessário.

Guarda de Valores

A Unidade Assistencial de Saúde não se responsabiliza por objetos de valor deixados nas enfermarias -dinheiro, celulares, joias, etc.

d) DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Com a finalidade de proteger e resguardar o bem-estar dos pacientes e o bom funcionamento da Unidade é vedado:

Trazer medicamentos para ministrá-los ao paciente.

Acender velas e/ou trazer quaisquer outros objetos para os aposentos do paciente que tragam riscos para a integridade física e moral das pessoas.

A Administração da unidade reserva-se o direito de alterar qualquer item do presente manual, sem aviso prévio, no sentido de resguardar e proteger os interesses dos pacientes e da instituição.

Este Manual atende perfeitamente às necessidades de esclarecimentos de usuários e acompanhantes/visitantes.

e) ORIENTAÇÃO SOCIAL E APOIO PSICOSSOCIAL AOS USUÁRIOS E FAMILIARES

Os critérios para eleger o usuário e os familiares para apoio psicológico e assistência social serão definidos pelo médico responsável pelo caso, sendo informado ao Diretor Técnico quando houver dúvidas sobre o procedimento a ser adotado.

A definição do atendimento psicossocial ao usuário e familiares será tomada através de iniciativa do médico responsável pelo paciente ou a partir de sugestão/orientação da enfermagem, que são os profissionais que estão intimamente envolvidos com o paciente e familiares e podem avaliar com mais exatidão a necessidade de tal tipo de apoio psicológico.

A orientação social também será fruto da iniciativa do médico, basicamente, podendo a equipe de enfermagem contribuir com sugestões para a atuação da equipe de assistência social a partir de observações das atitudes do paciente e familiares.

Caso os familiares e paciente não necessitem de apoio social e sim psicológico, o médico e enfermagem serão os únicos profissionais que poderão acionar a área de psicologia para tomar a iniciativa de entrar em contato, novamente, com o paciente e familiares.

2.6.2.1.2. Acolhimento dos Usuários na Policlínica

Por humanização entendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão. Muitos são os desafios que aceitamos enfrentar quando estamos lidando com a defesa da vida, com a garantia do direito à saúde. Neste percurso de construção do SUS, acompanhamos avanços que nos alegram, novas questões que demandam outras respostas, mas também problemas que persistem sem solução, impondo a urgência seja de aperfeiçoamento do sistema, seja de mudança de rumos.

Especialmente num país como o Brasil, com as profundas desigualdades socioeconômicas que ainda o caracteriza, o acesso aos serviços e aos bens de saúde com consequente responsabilização de acompanhamento das necessidades de cada usuário, permanece com várias lacunas. Um dos aspectos que mais tem chamado a atenção quando da avaliação dos serviços de saúde é o despreparo dos trabalhadores para lidar com a dimensão subjetiva que toda prática de saúde supõe. Ligado a esse aspecto se destaca a presença de modelos de gestão centralizados e verticais desapropriando o trabalhador de seu próprio processo de trabalho.

Considerando este cenário atual e visando amenizar as lacunas existentes relativas a humanização dos processos assistenciais, a ABEAS implantará na POLICLÍNICA REGIONAL -

UNIDADE POSSE a Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde – “Humaniza SUS”.

Princípios Norteadores da Política de Humanização da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE:

- Valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores;
- Fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos;
- Aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde;
- Estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão;
- Identificação das dimensões de necessidades sociais, coletivas e subjetivas de saúde;
- Mudança nos modelos de atenção e gestão, tendo como foco as necessidades dos cidadãos, a produção de saúde e o próprio processo de trabalho em saúde, valorizando os trabalhadores e as relações sociais no trabalho;
- Compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento;
- Valorização da dimensão subjetiva, coletiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão;
- Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade;
- Apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos;
- Construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS;
- Corresponsabilidade desses sujeitos nos processos de gestão e atenção à saúde;
- Fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS;
- Compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos trabalhadores da saúde, estimulando processos de educação permanente;

- Valorização da ambiência, com organização de espaços saudáveis e acolhedores de trabalho.

Resultados esperados com a Política de Humanização (ACOLHIMENTO) da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE:

- Reduzidas as filas e o tempo de espera, com ampliação do acesso e oferta de atendimento acolhedor e resolutivo;
- Todos os usuários dos serviços diversos prestados pela POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE saberão quem são os profissionais que cuidam de sua saúde e a rede de serviços se responsabilizará por sua referência territorial e atenção integral;
- Garantia dos direitos dos usuários, asseguradas e ampliando os mecanismos de sua participação ativa, e de sua rede sócio familiar, nas propostas de intervenção, acompanhamento e cuidados em geral;
- Gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários, com investimento na educação permanente dos trabalhadores, na adequação de ambiência e espaços saudáveis e acolhedores de trabalho, propiciando maior integração de trabalhadores e usuários em diferentes momentos;
- Serão implementadas atividades de valorização e cuidado aos trabalhadores da saúde.

Assim, a ABEAS desenvolverá ações em busca dos resultados esperados através da valorização do profissional de saúde, com constantes treinamentos e busca por um ambiente de trabalho em harmonia ações que ficarão sob a guarda e responsabilidade dos Serviços de RH, Educação Permanente e Qualidade.

Estratégias de implantação do Programa de Humanização (acolhimento) da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE:

A implantação do programa de humanização (acolhimento) pressupõe vários eixos de ação que objetivam institucionalização, difusão dessa estratégia e, principalmente, a apropriação de seus resultados pelos profissionais dos diversos serviços institucionais.

1. No eixo da gestão do trabalho, serão desenvolvidas a promoção de ações que assegurem a participação dos trabalhadores nos processos de discussão e decisão, fortalecendo e valorizando e motivando, o autodesenvolvimento e o crescimento profissional;
2. No eixo do financiamento, propõe-se a integração de recursos vinculados a programas específicos de humanização e outros recursos de subsídio à atenção, unificando-os e repassando-os fundo a fundo mediante o compromisso dos gestores;
3. No eixo da atenção, propõe-se uma política incentivadora de ações integrais, promocionais e inter setoriais, inovando nos processos de trabalho que busquem o compartilhamento dos cuidados, resultando em aumento da autonomia e protagonismo dos sujeitos envolvidos;
4. No eixo da educação permanente, propõe-se a criação de um Programa de Educação Permanente que favoreça o desenvolvimento contínuo dos profissionais;

No eixo da gestão, propõem-se práticas de planejamento, monitoramento e avaliação baseados em seus princípios, diretrizes e metas, dimensionando seus resultados e gerando conhecimento específico na perspectiva da Humanização do SUS.

2.6.2.2. Atendimento

2.6.2.2.1. Serviço de Atendimento ao Usuário

O Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU) na área da saúde, principalmente no que tange o Sistema Único de Saúde (SUS) deve ser, sobretudo, humanizado. O usuário precisa ser tratado de forma única, considerando todas as suas necessidades dentro da rede pública, orientando-o claramente, cordialmente e objetivamente. O tratamento personalizado aumentará sua satisfação em relação a Unidade e toda a rede.

O SAU na Saúde precisa ser visto além do simples contato entre departamento e usuário, caso contrário deixa a impressão de que as outras áreas não estão inseridas neste

processo. Os clientes dos serviços de saúde, mais do que em qualquer área, necessitam de cuidados especiais, face à compreensiva fragilidade emocional a que estão submetidos (ou algum membro familiar). O SAU também é um importante instrumento de qualidade. Tem como objetivo registrar a opinião do cliente/usuário ou seu responsável e pontuar as questões referentes à atuação dos diversos profissionais que o assistiram durante a sua experiência na Policlínica, focando a qualidade da assistência prestada, tempo de espera, relação interpessoal e qualidade das instalações físicas e equipamentos, por meio de diversos canais de interação.

Os usuários são importantes fontes de opiniões e sugestões, por isso, ele é fator determinante na gestão. As suas informações auxiliam na mensuração da qualidade, contribuindo dessa forma para a melhoria dos serviços oferecidos. Os resultados demonstram que o usuário está atento a falhas na prestação da assistência, comparam padrões de atendimento e de comprometimento dos profissionais.

Com a expertise em gestão, a ABEAS propõe para a POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE, um modelo que garantirá que o usuário será sempre ouvido: o Programa de Satisfação do Paciente. O objetivo é oferecer diversos canais de atendimento para os usuários, facilitando a interação com os gestores da unidade, bem como unificar todas as manifestações em um núcleo, condensando as informações de forma eficiente, trazendo chaves de performance e análise de indicadores de desempenho.

Canais de Atendimento:

Os diferentes canais de atendimento têm como objetivo ampliar o acesso dos usuários aos gestores. A facilidade de comunicar-se com a unidade permite manifestações mais detalhadas e propicia ainda mais a realização de elogios. Segue abaixo a descrição destes canais:

- ü **Caixas de Opinião:** Instaladas nos setores, as Caixas de Opinião servirão para coletar informações mais detalhadas dos usuários. Eles podem escrever, além de sugestões, denúncias ou reclamações de forma discursiva. As opiniões serão

coletadas semanalmente, digitadas e enviadas por e-mail para as equipes responsáveis.

ü **Central de Atendimento:** Constituída por telefone, e-mail e via aplicativo WhatsApp.

a) Os telefonistas poderão receber as demandas da Policlínica, bem como entrar em contato com os pacientes. Com atendimento humanizado, a Central também funciona como canal para colher opinião do usuário.

b) Por meio do e-mail é possível ter informações sobre o trabalho da unidade.

c) Por meio de um número de telefone, via aplicativo WhatsApp, será possível enviar sugestões, críticas, reclamações e sanar dúvidas sobre o atendimento.

Neste projeto, também está previsto o uso de SMS e e-mail.

ü **Ouvidoria e Ouvidoria Virtual:** É o canal de comunicação presencial ou pelo site da Unidade, entre o cidadão e a Instituição. Tem como atribuições receber e examinar, sugestões, reclamações, elogios e denúncias do cidadão, quando não forem solucionadas pelos setores, departamentos e direções responsáveis. Encaminhar aos setores, departamentos e ou direções, a manifestação do cidadão, acompanhando as providências adotadas e garantir o retorno da mesma. Apoiar tecnicamente e atuar com as áreas internas, visando a solução do problema apontado pelo cidadão.

Após encaminhamento da Ouvidoria, as Coordenações e/ou supervisões terão até 05 dias úteis de prazo para responder por escrito os registros encaminhados. Caso a resposta não satisfaça o questionamento contido no registro, este deverá retornar aos supervisores para maiores esclarecimentos e terá mais 03 (três) dias de prazo.

A Ouvidoria, através do seu ouvidor, acompanhará cada um dos casos, tendo como responsabilidade, dar retorno ao usuário no prazo máximo de 10 (dez) dias.

ü **Pesquisa de Satisfação:** Realizada de forma contínua e totalmente eletrônica junto aos usuários, após o questionário, haverá um campo especial para deixar a opinião sobre o serviço. Críticas e elogios servem para avaliar o trabalho da equipe e a

organização da unidade, além de nortear as ações da Secretaria de Estado da Saúde (SES).

- ü **Site da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE:** Os usuários e toda a população terão acesso às informações da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE por meio de um site próprio, onde será possível conferir como funciona o atendimento, se informar sobre o que acontece na unidade, conferir sobre as formas de acesso, área de abrangência, conhecer cada setor da unidade, entre outras informações.

Análise das demandas

As opiniões registradas nos canais de atendimento serão mensuradas e seus resultados analisados pelo Núcleo de Satisfação do Paciente, onde serão discutidos e elaborados planos de ação e ciclos de melhoria. Os elogios serão reproduzidos em informativos pela Assessoria de Comunicação Social e encaminhados para ciência dos interessados e público externo. As sugestões relacionadas ao nível institucional serão encaminhadas às Coordenações e/ou Diretorias e aquelas relacionadas ao processo de trabalho das unidades serão encaminhadas aos supervisores, para análise e aproveitamento se for o caso.

A Ouvidoria será responsável pelo feedback (retorno) aos usuários com a solução do caso ou com a análise da demanda.

Pesquisa Periódica/Contínua de Satisfação dos Usuários

As pesquisas de satisfação do usuário acontecerão diariamente e terão um indicativo como meta, tanto de quantidade de pessoas pesquisadas quanto de nível geral de satisfação. Serão oferecidas duas formas de pesquisa, todas de forma eletrônica e com resultados simultâneos, que podem ser acessadas por qualquer gestor, com possibilidade de comunicação direta com o Conecta SUS da Secretaria de Estado da Saúde.

Caixas de Opinião: É quando o usuário poderá, de forma espontânea responder uma pesquisa de satisfação, avaliando as equipe e serviços da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE, como as dos médicos, enfermagem e multiprofissionais. A proposta é colocar as caixas em todas as áreas de atendimento da unidade. São perguntas rápidas e sem nenhuma interferência do profissional das unidades, bem como dispõe de campo aberto para manifestação livre do usuário.

Pesquisa de Satisfação: Realizada de forma contínua e totalmente eletrônica junto aos usuários da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE. Funcionários munidos de tablets entrevistarão os usuários sobre o atendimento e a estrutura da unidade, após a consulta. O preenchimento do questionário é simultâneo à entrevista.

Questionamentos:

- 1) Em geral, como você avalia o atendimento da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE?
- 2) Qual a sua avaliação em relação à estrutura (prédio, equipamentos)?
- 3) Qual a sua opinião sobre a limpeza da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE?
- 4) Qual a sua avaliação em relação à equipe de recepção e acolhimento?
- 5) Qual a sua avaliação em relação ao atendimento da equipe multidisciplinar?
- 6) Qual a sua avaliação do atendimento e tempo de espera?
- 7) Gostaria de deixar uma opinião sobre o serviço?

Opções de respostas: **Ótimo | Bom | Regular | Ruim | Não opinar**

Os resultados das pesquisas serão consolidados e entregues em relatórios mensais para cada supervisor, além de divulgados para o público externo por meio de informativos produzidos pelo Setor de Comunicação Social.

Plano de Comunicação Social

O Plano de Comunicação Social da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE visa à melhoria do relacionamento entre todos os públicos internos da organização, desde usuários, profissionais, prestadores, voluntários e a divulgação das ações e resultados também ao público externo, municiando os veículos de comunicação em massa com dados positivos do trabalho realizado ou gerenciando crises. Para atingir esses objetivos, primeiro faz-se necessária a análise aprofundada dos públicos envolvidos no sistema global de comunicação da instituição. Este é um item prioritário no planejamento de ações para que esta possa atuar de forma mais efetiva.

Na busca de atingir estes públicos, além do desenvolvimento de todas as atividades inerentes ao setor de comunicação, tais como produção de releases e avisos de pautas, atualização rotineira do mailling, produção de artigos, monitoramento de clipping, acompanhamento de entrevistas, produção de materiais de divulgação interna (cartões de aniversário, de datas especiais, etc), monitoramento de redes sociais, serão adotadas ferramentas da comunicação, como jornais murais, informativos impressos e eletrônicos, sites, intranet. Todas as ações serão feitas de forma integrada, em encontro aos valores e ideais da unidade.

Comunicação Interna

Murais

Os informativos fixados nos murais da unidade poderão ter periodicidade quinzenal ou de acordo com o volume de notícias geradas. Será fixado nos murais internos

e divulgará as ações voltadas para os recursos humanos e valorização dos profissionais, além de notícias de interesse dos usuários. O mural não se restringirá às notícias, mas também poderá ser utilizado como forma de comunicação entre pacientes e profissionais ou pacientes e pacientes, com quadro de recados. Dicas de saúde também poderão ser divulgadas neste espaço.

Intranet

Desenvolvimento de uma página de intranet a fim de melhorar a comunicação dos profissionais e ampliar a divulgação das ações promovidas pela POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE. A página de intranet poderá ter informações cruciais para uma padronização universal da linguagem da equipe, como atuação dos médicos, exames, comunicados urgentes, portarias, resoluções e outros assuntos de interesse do hospital, primordiais para o conhecimento de toda a equipe de profissionais.

Informativos eletrônicos

Destinado à diretoria e coordenações da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE, o informativo eletrônico ou newsletter deverá ser disparado por e-mail e trará assuntos estratégicos para melhorias na gestão da unidade. Informações a respeito de mudanças organizacionais, novos profissionais, trabalhos médicos inovadores, atuação das comissões entre outras informações poderão ser abordados. Poderá ser criado também um informativo especial aos médicos e residentes.

Campanhas

Serão promovidas campanhas internas para incentivar os profissionais a se engajarem em processos ou atividades voltadas para a promoção da imagem institucional do hospital como unidade de referência em credibilidade, sustentabilidade, qualidade no atendimento e outras.

Comunicação Externa

Site institucional

O site institucional deve ser a principal ferramenta de pesquisa de seus públicos. Por isso, será composto por 3 (três) conteúdos diferentes: O primeiro será o conteúdo institucional, onde estarão inseridas as informações gerais sobre a unidade (quem somos), descrição dos serviços oferecidos, relatórios de produtividade, Publicações Legais e Licitações (editais e extratos de licitação, etc) Sala de Imprensa (vídeos institucionais, materiais impressos, cópias de reportagens veiculadas sobre a POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE na imprensa), Seção de transparência (contratos e relatórios de gestão, atas de reuniões, etc), Notícias de interesse do público externo, Responsabilidade Social (ações que serão desenvolvidas nesta área pela unidade), Prêmios, Fale Conosco e Trabalhe Conosco (para envio de currículos).

O segundo conteúdo será destinado especificamente aos usuários, terá informações específicas para este público, com publicações sobre horários de atendimento, telefones úteis, regras de acesso, versão virtual do manual do usuário, e outras informações que forem consideradas úteis para facilitar o acesso e o trânsito do usuário na unidade.

O último conteúdo será destinado aos profissionais da equipe da unidade. Nesta parte, que será acessada mediante senha funcional, serão disponibilizadas informações técnico científicas e funcionais. Nela estará hospedado o conteúdo da intranet (descrito no capítulo sobre comunicação interna) e conteúdo de produção científica da equipe, conteúdos sobre bioética, artigos de produção interna e externa, acesso a bibliotecas virtuais gratuitas para pesquisa, entre outros.

Revista ou boletim impresso

De periodicidade mensal ou bimestral, o informativo impresso será destinado a pacientes e familiares e parceiros da Unidade. O informativo, que pode ser em formato de jornal ou revista, mostrará um resumo das ações desenvolvidas.

Portfólio institucional

Será desenvolvido um folder institucional sobre a POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE, para distribuição externa, com informações sobre a unidade, especialidades que oferece equipamentos e demais dados sobre equipe e estrutura. Este material será uma espécie de cartão de visita.

2.6.2.2.2. Ouvidoria SUS

Ouvidoria é um mecanismo que favorece a comunicação dos usuários com a instituição, apoiada nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e na Política Nacional de Humanização (PNH). Surge como uma estratégia na consolidação desta nova cultura nas instituições de saúde como um dos pontos abordados pelo PNH. Destacando que a humanização busca a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde (usuários, trabalhadores e gestores), como eixo estruturante das práticas de saúde em todas as instâncias do SUS.

Assim sendo, entendemos que a Ouvidoria é um instrumento para o fortalecimento da cidadania e do trabalho interdisciplinar apoiado num processo pedagógico, educativo e propositivo. A atividade da Ouvidoria se caracteriza por receber do usuário suas dúvidas, sugestões, possíveis críticas e elogios.

Além disso, diagnostica e agiliza mudanças pertinentes a demanda recebida, ou mantém determinadas condutas visando garantir e ampliar a qualidade do atendimento prestado aos cidadãos. O trabalho da Ouvidoria consiste, portanto, em possibilitar ao usuário do serviço o exercício da cidadania através da transparência na realização das ações dentro das instituições públicas, proporcionando a cada cidadão dar o seu parecer a respeito do atendimento, sendo ele positivo ou negativo. Assim sendo, podemos entender a ouvidoria como um agente permanente em defesa da cidadania e por isso deve se instrumentalizar de conhecimentos multidisciplinares para poder, enfrentar o complexo desafio de representar o usuário dentro de uma instituição, com o objetivo de aprimorar o relacionamento entre a instituição e o usuário.

Na prestação do serviço de atendimento ao usuário, a ABEAS propõe a implantação do Serviço de Ouvidoria, que prestará informações a respeito do atendimento aos pacientes e acompanhantes, além de ser o setor dedicado ao registro, encaminhamento e retorno das demandas desses usuários.

Assim, a Ouvidoria da **POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE** será uma célula de trabalho de apoio para a administração, responsável por atender queixas, sugestões, críticas e elogios dos usuários, objetivando melhorias tanto na qualidade de assistência quanto nas relações de trabalho. Assim sendo, constitui-se em um canal de comunicação imparcial, democrático e ético da unidade e os usuários do serviço de saúde que, de forma humanizada permeia o diálogo e promove a melhoria dos processos de trabalho.

A implantação da Ouvidoria da **POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE** irá encontrar suas bases nos princípios do SUS de democratização, envolvimento, e da desburocratização institucional e também na Política Nacional de Humanização – PNH, do Ministério da Saúde do Brasil.

Horário de Funcionamento:

O Serviço de Ouvidoria funcionará de Segunda à Sexta-Feira, das 07:00 às 11:00 horas e das 13:30 às 16:00 horas.

Finalidades:

1. Introduzir a voz do usuário dentro da unidade constituindo assim o controle social na instituição;
2. Melhorar a gestão administrativa, aprimorando a qualidade de atendimento prestado na **POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE** através de seus profissionais, estrutura e funcionamento.
3. Servir como ferramenta no processo de gestão visando à descentralização administrativa e o desenvolvimento dos postulados democráticos no interior da instituição.
4. Interpretar os dados de cada atendimento para propor a modificação de alguns serviços e, em outras vezes, contribuir na formulação de novas políticas públicas, ou até mesmo o re-planejamento do processo de trabalho, promovendo uma reflexão por parte do profissional envolvido na situação;

Para tanto a ABEAS buscará atender a Portaria nº 2.416, de 07 de novembro de 2014, que *Estabelece diretrizes para a organização e funcionamento dos serviços de ouvidoria do Sistema Único de Saúde (SUS) e suas atribuições*, conforme descrito abaixo:

“Art. 2º - Os serviços de ouvidoria do SUS têm como objetivo aprimorar o acesso, pelos cidadãos, às informações sobre o direito à saúde e ao seu exercício e possibilitar a avaliação permanente dos serviços de saúde, com vistas ao aprimoramento da gestão do SUS.

Art. 3º - A organização e funcionamento dos serviços de ouvidoria do SUS observarão as seguintes diretrizes:

I - defesa dos direitos da saúde, visando contribuir para o fortalecimento da cidadania e da transparência;

II - reconhecimento dos cidadãos, sem qualquer distinção, como sujeitos de direito;

III - objetividade e imparcialidade no tratamento das informações, sugestões, elogios, reclamações e denúncias recebidas dos usuários do SUS;

IV - zelo pela celeridade e qualidade das respostas às demandas dos usuários do SUS;

V - defesa da ética e da transparência nas relações entre administração pública e os cidadãos;

VI - sigilo da fonte quando o interessado solicitar a preservação de sua identidade; e

VII - identificação das necessidades e demandas da sociedade para o setor da saúde, tanto na dimensão coletiva, quanto na individual, transformando as em suporte estratégico à tomada de decisões no campo da gestão.

Art. 4º Os serviços de ouvidoria do SUS serão estruturados nos âmbitos Federal, Distrital, Estadual e Municipal.

Parágrafo único. Os serviços de ouvidoria do SUS poderão ser estruturados no âmbito de ouvidorias gerais, de acordo com a oportunidade e conveniência dos respectivos entes federativos.

Art. 5º Compete aos serviços de ouvidoria do SUS no âmbito de cada ente federativo:

I - analisar, de forma permanente, as necessidades e os interesses dos usuários do SUS, recebidos por meio de sugestões, denúncias, elogios e reclamações relativas às ações e serviços de saúde prestados pelo SUS;

- II - detectar, mediante procedimentos de ouvidoria, as reclamações, sugestões, elogios e denúncias, para subsidiar a avaliação das ações e serviços de saúde pelos órgãos competentes;
- III - encaminhar as denúncias aos órgãos e unidades da Secretaria de Saúde ou congêneres para as providências necessárias;
- IV - realizar a mediação administrativa junto às unidades administrativas do órgão com vistas à correta, objetiva e ágil instrução das demandas apresentadas pelos cidadãos, bem como a sua conclusão dentro do prazo estabelecido para resposta ao demandante;
- V - informar, sensibilizar e orientar o cidadão para a participação e o controle social dos serviços públicos de saúde;
- VI - informar os direitos e deveres dos usuários do SUS; e
- VII - elaborar relatórios contendo subsídios que contribuam para os gestores do SUS solucionarem, minimizarem e equacionarem as deficiências do SUS identificadas e apontadas pelo cidadão.

Art. 6º Os gestores de saúde deverão utilizar os dados dos serviços de ouvidoria do SUS como ferramenta para o estabelecimento de estratégias da melhoria das ações e dos serviços de saúde prestados pelo SUS.

Art. 7º Com a finalidade de melhor proteger os direitos fundamentais dos cidadãos, os serviços de ouvidoria deverão, sempre que possível, atuar em cooperação com os órgãos e entidades de defesa dos direitos do cidadão.

Para tanto a ABEAS montará na POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE uma estrutura com profissionais, devidamente treinados pela Secretaria Estadual da Saúde do Estado, no sistema OUVIDORSUS, com as atribuições de atendimento presencial, e coleta diária de reclamações no sistema, que deverão ser encaminhadas para os respectivos departamentos, para coletar informações e respondê-las em tempo hábil.

A Ouvidoria da terá características próprias, a saber:

Eixos Organizacionais:

Os eixos organizacionais da Ouvidoria da unidade estão assim constituídos:

1. **Organização Burocrática:** Esse eixo visará à desburocratização das ações da Ouvidoria melhorando o fluxo de papéis, otimizando o processamento da demanda com o objetivo de diminuir o tempo entre a entrada da demanda e sua resolução. Com base nisso, será pensado um fluxograma como instrumento para refletir as ações que devem ser implementadas. Assim sendo, haverá avanços significativos neste eixo no que diz respeito ao processamento imediato da demanda (contatos telefônicos, resposta imediata aos e-mails, entre outros).

Será realizado um mapeamento identificando quais setores demoram em responder as solicitações e assim serão construídas estratégias individuais com cada um deles.

Organização da Estrutura: Esse eixo visa pontuar as questões de infraestrutura que diretamente afetam o processo de trabalho como: falta de equipamento, espaço físico, entre outros.

Organização Técnico-Política: Esse eixo pressupõe o arranjo institucional no espaço de saberes constituído pelos conhecimentos que fazem parte do processo de produção de saúde, no desejo de mudanças e na busca de um trabalho e uma gestão mais humanizada.

Está relacionado aos grupos constituídos que se operacionalizam entre si, nos movimentos que ocorrem entre eles e do poder exercido pelos diferentes setores. Ressaltando que as relações entre os setores que operam dentro de uma organização são naturalmente cheias de ruídos onde a ouvidoria pode contribuir através da ressignificação da comunicação.

Desta forma, o objetivo é estabelecer diálogos e pactos, construindo assim uma rede de aliados com os diferentes grupos que atuam dentro da instituição e fora dela instigando a reflexão sobre os processos de trabalho e os relacionamentos da instituição.

Organização da Comunicação Social: Este eixo terá como finalidade conscientizar/sensibilizar os usuários, tanto internos quanto externos, do papel da Ouvidoria como um espaço de participação social com o objetivo de legitimar a Ouvidoria como um instrumento de cidadania, dignidade, respeito e acessibilidade aos serviços de saúde.

Organização de Intervenção das Demandas: Esse eixo tem como objetivo construir estratégias que diminuam o prazo entre o recebimento da demanda e a devolução do

resultado ao usuário. Desta forma, a estratégia construída consiste no primeiro momento em levantar o total de demandas com a mesma característica de cada serviço/disciplina com atenção a frequência de casos. Em um segundo momento, a Ouvidoria buscará soluções e parcerias junto a cada setor, firmando acordo para esses casos de forma que os reincidentes que procurarem a ouvidoria sejam encaminhados diretamente às referidas áreas.

Organização do Arranjo Institucional e seus Atores e Sujeitos: Esse eixo terá como objetivo a construção da relação formal e informal da Ouvidoria com os atores e sujeitos que constituem a instituição. Para o desenvolvimento de um trabalho adequado a Ouvidoria necessita da junção desses poderes, ou seja, é preciso que a Ouvidoria tenha um significado (um motivo para existir) não só para a Diretoria Geral como também para os setores/sujeitos que fazem parte da unidade.

Portanto, esse eixo tem como objetivo a atuação interna da Ouvidoria nos diferentes espaços institucionais (Fórum dos Ambulatórios, das Unidades de Internação, Reunião de Avaliação de Desempenho, e um trabalho conjunto com a Qualidade) para construir dentro desses espaços, conjuntamente com os sujeitos, um sentido para Ouvidoria buscando vencer suas próprias resistências.

Fluxograma do Atendimento:

A Ouvidoria prestará atendimento aos usuários da unidade que são classificados em:

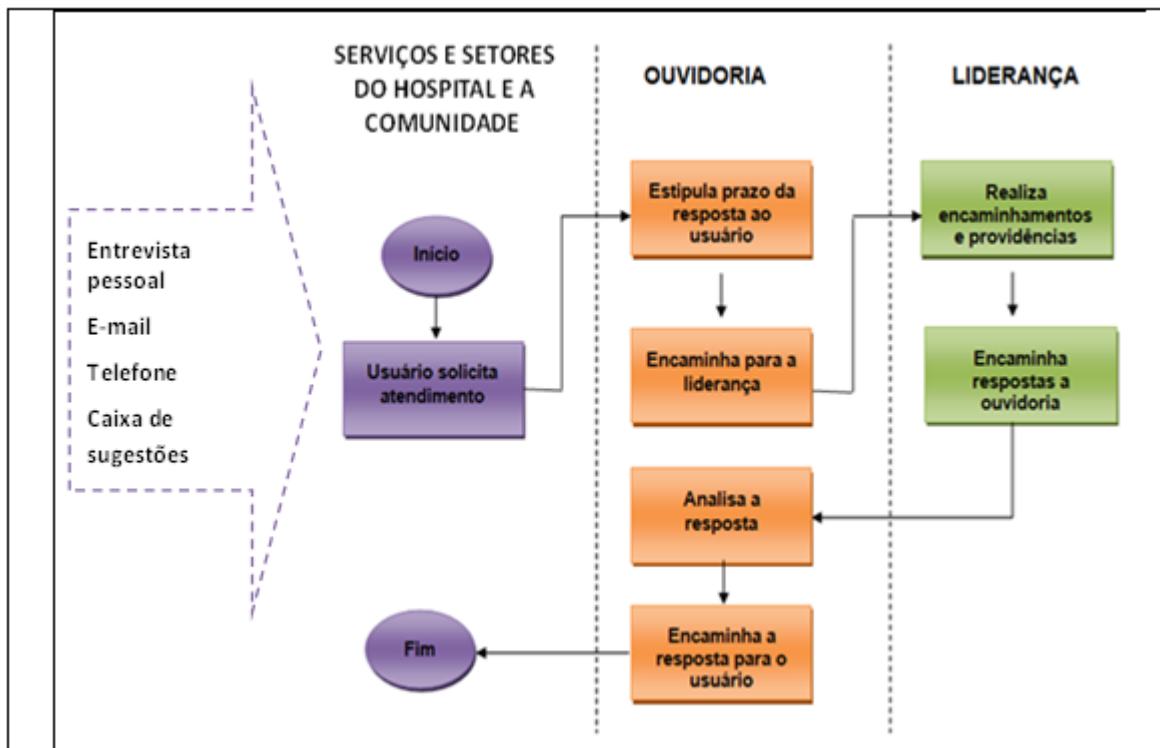
- Usuários internos: colaboradores dos todos níveis e categorias;
- Usuários externos: pacientes, familiares e responsáveis.

O acesso desses usuários a Ouvidoria ocorre através dos seguintes canais de comunicação:

- Entrevista pessoal,
- E-mail
- Telefone
- Caixa de Sugestões, espalhadas no interior da Unidade

A Ouvidoria estipulará prazo para respostas às áreas e profissionais envolvidos. A seguir encaminha a liderança para ciência e encaminhamentos/providências necessárias de forma

ética e humanizada com acompanhamento. Ao receber as respostas, analisa detalhadamente e as devolve ao usuário.



Processo de Tramitação Interna:

- **Registro:** Todas as manifestações recebidas serão registradas pela Ouvidoria.
- **Análise/Encaminhamento:** As informações serão analisadas e encaminhadas aos respectivos coordenadores dos serviços.
- **Posicionamento:** Os coordenadores dos serviços envolvidos deverão informar a Ouvidoria das ações tomadas.
- **Acompanhamento:** O trâmite será acompanhado e monitorado, respeitando-se os prazos previstos
- **Resposta:** A Ouvidoria recebe o retorno das manifestações com as informações das providências adotadas. Caso seja necessário, a manifestação poderá ser encaminhada para esclarecimentos adicionais.

- **Informe:** O usuário é informado sobre a providência adotada, devendo a Ouvidoria zelar para que o retorno ocorra dentro do prazo estabelecido.
- **Arquivo:** Todas as informações obtidas durante o processo serão arquivadas quando o usuário receber o retorno.
- **Prazo dos Retornos:** Zelar por um prazo não superior a 04 (cinco) dias úteis para que os responsáveis encaminhem à Ouvidoria as respostas referentes aos registros efetuados. Em caso de retardo não justificável, solicitar providências junto à direção e dar a resposta ao usuário no prazo não superior a 10 (dez) dias úteis, a contar da data do registro, desde que o interessado identifique-se fornecendo o endereço/telefone.

MODELO DE INFORMATIVO PARA ENTREGAR AOS ACOMPANHANTES	
<i>Horário de Funcionamento:</i>	<i>De segunda à sexta-feira, das 07:30 às 12 horas e das 13:30 às 16:30 horas</i>
<i>O que é?</i>	<i>A Ouvidoria é um serviço que preza pelos direitos fundamentais do cidadão, sendo um instrumento oficial e facilitador na comunicação formal entre o usuário e a Instituição.</i>
<i>Para que serve?</i>	<i>Para os usuários apresentarem elogios, sugestões e críticas como também esclarecer dúvidas.</i>
<i>Como funciona?</i>	<i>A Ouvidoria recebe as manifestações e encaminha para as chefias dos setores responsáveis, cobrando soluções e respondendo ao usuário dentro de um prazo previamente estabelecido.</i>
<i>Como proceder</i>	<i>Os elogios, sugestões, denúncias ou reclamações, poderão ser feitos das seguintes formas:</i> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Contato Pessoal;</i> - <i>Telefone/Fax;</i> - <i>Internet;</i> - <i>Caixas de Sugestões espalhadas pela Instituição;</i> - <i>Formulário de Avaliação do Usuário (entregue no momento dos Atendimentos Ambulatoriais e Exames, onde os usuários poderão expressar sua opinião em relação aos diversos serviços oferecidos).</i>

2.6.2.2.3. Formas de acomodação e conduta para os acompanhantes

Durante o atendimento multidisciplinar no momento da admissão do usuário, caberá ao enfermeiro a avaliação da necessidade de acompanhamento dos pacientes e solicitar à família a presença do mesmo durante o período de internação;

O serviço social será acionado em casos de desinteresse da família e/ ou responsáveis legais em fornecer acompanhante; tais como: pacientes sem identificação, portadores de doenças psiquiátricas bem como outras condições incapacitantes.

A equipe de enfermagem das unidades de internação será comunicada em casos com a necessidade de acompanhamento e a avaliação e liberação será realizada via sistema, garantindo que a mesma informação seja seguida por todos os setores envolvidos, desde a assistência até a portaria da unidade.

O serviço de Portaria irá verificar via sistema para todos os acompanhantes a cada entrada no hospital a autorização de acompanhante;

Todos os acompanhantes serão orientados sobre proibição de uso roupas curtas, decotadas e transparentes;

Fica vedada a entrada de bolsas, malas, bem como armas, cigarros, bebidas e alimentos.

Fica vedada a entrada de acompanhantes menores de 18 anos, gestantes, maiores de 60 anos ou incapazes, salvo com autorização formal por parte da equipe de enfermagem responsável pelo paciente;

Pacientes com necessidades especiais serão avaliados pela equipe de enfermagem para proceder à autorização de acompanhante extra. Essa particularidade deverá ser comunicada à portaria via sistema.

Normas para pacientes e acompanhantes

- I. É proibido fumar nas dependências da unidade, inclusive no estacionamento;

- II. É proibido usar os telefones da unidade;
- III. É proibido entrar nas dependências das unidades portando medicamentos, alimentos ou bebidas;
- IV. É proibido sentar no leito dos pacientes;
- V. É vedada a entrada de aparelhos eletrônicos como notebook, tablet, radio e etc;
- VI. É proibida a circulação de pacientes e acompanhantes em locais onde o paciente não está sendo atendido;
- VII. É proibido o ministrar medicamentos aos pacientes na unidade, pois os mesmos serão administrados pela equipe de enfermagem;
- VIII. É proibido o uso de roupas curtas, decotadas ou transparentes;
- IX. Após as refeições, todos os utensílios devem ser entregues à copeira;
- X. Após o atendimento no leito todo o enxoval deverá ser entregue para a equipe de enfermagem;
- XI. Os pacientes idosos, menores de 18 anos ou incapazes terão direito a um acompanhante;

Todos os pacientes e acompanhantes deverão ser orientados quanto ao descarte correto de resíduos no momento da geração.

Informações para Acompanhantes:

- O usuário terá direito a 01 (um) acompanhante a ser solicitado pela enfermagem, havendo necessidade.
- Será permitida a permanência de acompanhante mediante a autorização feita em sistema próprio, preenchida pelo (a) enfermeiro (a) supervisor.
- Pessoas com mais de sessenta (60) anos de idade, gestantes e portadores de deficiência que não apresentarem boas condições de saúde, não poderão ser acompanhantes de seus pacientes.

- Só é permitido acompanhante com idade a partir de dezoito (18) anos de idade e com condições adequadas de saúde.

MODELO DE INFORMATIVO PARA ENTREGAR AOS ACOMPANHANTES

Prezado Acompanhante,

A sua presença é muito importante para a recuperação do paciente, porém, é necessário que algumas normas sejam cumpridas durante sua permanência na unidade. Com a sua ajuda e compreensão, poderemos atingir melhores resultados.

IDENTIFICAÇÃO:

É obrigatório o uso da pulseira de identificação pelos acompanhantes, devendo devolvê-la na recepção, na ocasião da saída da Unidade.

PARTICIPAÇÃO:

O acompanhante deve apoiar e seguir as normas da unidade.

Não é permitido ao acompanhante realizar qualquer procedimento de enfermagem, como abrir ou fechar o soro.

Lembre-se que o acompanhante está aqui para confortar e ajudar o paciente, portanto deve permanecer junto ao mesmo, evitando circular nos corredores e escadas, e em outras dependências da unidade.

Qualquer dúvida chame a equipe de Enfermagem.

VESTIMENTAS:

Somente é permitido circular nas dependências de calça comprida, saia ou vestido.

ALIMENTAÇÃO:

Não é permitido trazer alimentos e lanches para as dependências.

Durante a permanência na Unidade, evite trazer objetos pessoais de valor. A unidade não se responsabilizará pelos mesmos.

SILÊNCIO:

O silêncio é muito importante para a recuperação do paciente.

Evite o uso de celular dentro das dependências.

DIREITO AO ACOMPANHANTE:

Terá direito a acompanhante os pacientes menores de 18 anos, os portadores de deficiência e gestantes. Em nenhum destes casos será permitida a presença de acompanhante menor de idade.

Contamos com sua colaboração.

Grata!

2.6.2.2.4. Sistema de Contra Referência à Atenção Primária

O Sistema Único de Saúde (SUS) funciona como uma espécie de rede que deve estar integrada para que o atendimento aos usuários não sofra interrupções, sendo o indivíduo acompanhado nos diversos níveis de atenção à saúde de acordo com suas especificidades. O sistema inicialmente organizado como uma pirâmide contém a atenção básica (ou nível primário) na base, sendo ela considerada a porta de entrada do usuário nesse sistema.

O nível secundário estaria localizado na parte intermediária composta por unidades de urgência e emergência, além de consultas especializadas. Finalmente, no topo da pirâmide, tem-se o nível terciário de atenção que abrange as hospitalizações e procedimentos de alta complexidade. Essa hierarquia ainda é mantida e é necessária para a organização segundo níveis de complexidade, porém, com uma visão mais ampla do processo, onde estes níveis se interligam e se comunicam de forma a manter o vínculo com o usuário.

Entretanto, a atenção básica não tem conseguido ser a porta de entrada mais importante dos pacientes, e esta função ainda está centrada nos hospitais, públicos ou privados, e nos serviços de urgência/emergência. Nesse contexto, as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) assumem papel essencial no acolhimento desses pacientes e do seu fluxo no sistema como um todo.

O sistema de referência e contra referência assume, nesse sentido, papel fundamental para que esse processo ocorra efetivamente. Referenciar um paciente implica em transferi-lo a um estabelecimento especializado a partir do Centro de Saúde. Porém, a comunicação deve ocorrer também no sentido oposto, ou seja, através da contra referência desse caso, ocorrendo assim uma dinâmica constante no sistema.

Devem existir normas claras para o "estabelecimento de mecanismos e fluxos de referência e contra referência, com o objetivo de garantir a integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços e ações de saúde de acordo com suas necessidades", evitando dessa forma, os furos nos serviços e no acompanhamento dos pacientes. Não deve haver hierarquia entre os diferentes nós da rede, e sim uma organização horizontal dos serviços, pois todos são igualmente importantes para os objetivos propostos.

"As redes de atenção à saúde devem ser integradas por sistemas logísticos, sustentados por potentes tecnologias de informação. A ausência de sistemas logísticos adequados é que faz com que a referência e contra referência no SUS sejam um discurso reiterado, mas sem possibilidade de concretização".

O que se observa no cotidiano das unidades de saúde é que, rotineiramente, a referência e contra referência não ocorre de forma sistemática, ficando o usuário solto no sistema, sem possibilidades de acompanhamento do seu estado de saúde de maneira integral.

Torna-se necessário uma reflexão acerca do tema e sobre a importância do preenchimento das guias e do encaminhamento do usuário para o nível de complexidade adequado. A não adesão a este importante instrumento de trabalho e de informação atinge diretamente os usuários e o sistema de saúde.

Entretanto, o que se observa na prática é que após dez anos de implantação do SUS o sistema ainda caminha de forma segmentada e desarticulada, sendo que na prática as guias de referência e contra referência não são preenchidas pelos profissionais responsáveis. Esta atitude impossibilita um atendimento integral do paciente. Percebe-se que os usuários têm que buscar, por conta própria, os serviços e procedimentos que achar que convém, e onde for possível o atendimento de que necessita. "Todos aqueles que têm atuado no setor saúde ou precisado se utilizar dele nos últimos anos podem afirmar, sem muitas dúvidas, que anda bastante difícil visualizar qualquer coisa que, de fato, se aproxime da imagem projetada da pirâmide."

A POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE implantará o sistema de contra referência para a atenção primária assim que iniciar o holl de consultas médicas. Os pacientes que adentrarem na unidade sem o encaminhamento para referência de atendimento na Policlínica, e sem este estar no sistema de regulação estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, serão automaticamente contra referenciados para a atenção primária, para então, serem inseridos no sistema, e então agendamento de consultas/exames.

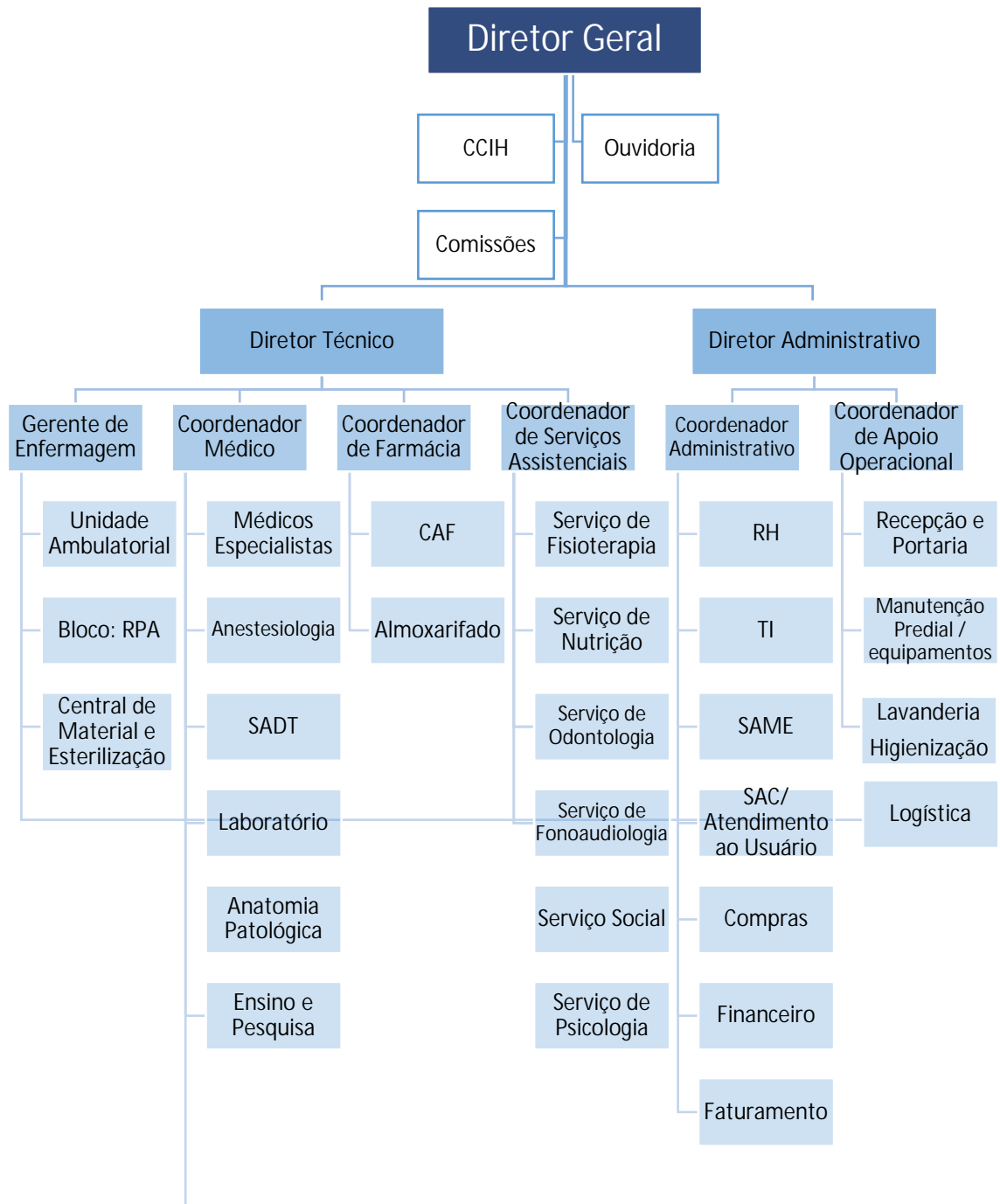
2.7 – ÁREA DE QUALIDADE

2.7.1. Experiência Anterior

Este item está apresentado em Anexo Específico.

2.7.2. Estrutura da Direção

2.7.2.1. Organograma



2.7.2.2. Competências dos membros do Corpo Diretivo

Diretor (a) Geral:

- I. Dirigir e administrar a Unidade em consonância com as normas contidas neste Regimento e em observância às normas da ABEAS e às determinadas pela Secretaria Estadual de Saúde - Goiás;
- II. Elaborar projetos e propostas de trabalho relacionadas às atividades desenvolvidas, bem como a novos serviços;
- III. Propor os nomes para preenchimento dos cargos de chefia da Unidade;
- IV. Tomar as providências de caráter urgente, motivadas por fatos imprevistos;
- V. Exercer o poder disciplinar no limite de sua competência e legislação aplicável;
- VI. Baixar Portarias e instruções de serviços para os diversos setores da Unidade;
- VII. Traçar normas técnico-administrativas e zelar pela aplicação das mesmas na Unidade;
- VIII. Prestar contas mensalmente de sua gestão e/ou sempre que solicitado;
- IX. Submeter à Diretoria Executiva da ABEAS quaisquer assuntos de interesse da Unidade, inclusive os casos omissos neste Regimento;
- X. Examinar e emitir parecer sobre relatórios que forem encaminhadas à Diretoria Geral;
- XI. Representar a Unidade em juízo ou fora dele, passiva e ativamente;
- XII. Presidir as reuniões de Diretoria e/ou de Chefias e solicitar reuniões extraordinárias;
- XIII. Assegurar a participação comunitária por meio dos segmentos organizados, preservando a qualidade dos serviços oferecidos pela Unidade aos seus usuários;
- XIV. Garantir a internalização das Diretrizes Organizacionais da Unidade;
- XV. Garantir a aplicação das práticas gerenciais relativas à melhoria da gestão institucional com foco na qualidade;
- XVI. Executar o Planejamento Estratégico, propondo adequações que se fizerem necessárias.

Diretor (a) Administrativo (a):

- I. Planejar, coordenar, controlar e avaliar o desenvolvimento de todas as atividades relacionadas aos serviços administrativos da unidade nas áreas de materiais, patrimônio, recursos humanos, faturamento, lavanderia, limpeza, jardinagem, dedetização, protocolo, reprografia, portaria, vigilância, telefonia, transportes, manutenção predial, engenharia clínica, segurança e medicina do trabalho e prontuário do paciente;
- II. Promover e executar políticas administrativas, bem como superintender e coordenar as ações / atividades dos seguintes serviços:
 - Farmácia;
 - Apoio Operacional;
 - Gerência de Pessoal;
 - Logística;
 - Telefonia e Recepção;
 - Engenharia Clínica;
 - Manutenção Predial;
 - SADT's;
 - Almoxarifado;
 - Hotelaria;
 - Documentação e Arquivo;
 - Material e Patrimônio;
 - Segurança e Saúde do Trabalhador;
 - Faturamento;
 - Tecnologia da Informação.

Diretor (a) Técnico (a):

- I. Responsável por garantir a correta prestação dos serviços assistenciais dentro da unidade, sendo também o responsável perante o Conselho Regional de Medicina;

- II. Promover e executar políticas voltadas para a área assistencial da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE;
- III. Superintender e coordenar as ações / atividades dos seguintes serviços, agência(s), supervisões(s) e intercorrência(s):
 - Serviços de Apoio e Diagnóstico;
 - Serviço de Controle de Infecção Hospitalar;
 - Serviço de Arquivo Médico;
 - Gerência de Enfermagem;
 - o Supervisão de CME;
 - Coordenação Clínica;
 - o Serviço de Especialidades Médicas;
 - o Serviço de Radiologia;
 - o Serviço de Patologia Clínica;
 - o Serviço de Odontologia;
 - Coordenação Multiprofissional;
 - o Equipe de Fisioterapia;
 - o Equipe de Psicologia;
 - o Equipe de Fonoaudiologia;
 - o Equipe de Nutrição e Dietética;
 - o Equipe de Farmácia Clínica;
 - o Setor de Análises Clínicas;
 - o Equipe de Serviço Social.

Gerência de Enfermagem:

- Assegurar a disponibilidade de serviços de enfermagem para todas as unidades da instituição, em perfeita conformidade com o regulamento do exercício da Enfermagem;

- Estruturar, organizar e dirigir os serviços sob a sua responsabilidade, assegurando a qualidade da assistência, desenvolvendo, preservando e mantendo atualizados os processos de qualidade;
- Organizar, dirigir e supervisionar os serviços executados pela equipe de Enfermagem, assegurando assistência contínua e eficiente aos pacientes nas doze horas;
- Colaborar no planejamento dos objetivos, estratégias e políticas operacionais da unidade;
- Elaborar, propor e executar o plano de atividades da sua área de responsabilidade, inclusive normas quando necessárias;
- Acompanhar problemas administrativos diversos (falta de pessoal, manutenção e outros);
- Aprovar e/ou elaborar os POP's (Procedimento Operacional Padrão) das áreas de sua responsabilidade;
- Dar sugestão das alterações em Protocolos e Instruções de Trabalho que possibilitem a melhoria contínua;
- Realizar controle mensal de: custo com medicamentos, custo com material médico-hospitalar; desempenho em relação aos registros de enfermagem; percentual de profissionais que participaram do programa de treinamento; percentual de funcionários novos treinados;
- Propor medidas de redução / eliminação de custos e ampliação de receitas;
- Realizar com os Enfermeiros a programação anual da capacitação para a equipe de enfermagem;
- Colaborar na execução do treinamento da área de sua responsabilidade;
- Colaborar com o Comitê Técnico de Gerenciamento de Resíduos (GTRSS) e com o serviço de Recursos Humanos na capacitação de profissionais da unidade;
- Analisar a avaliação de desempenho semestral;
- Analisar e avaliar qualitativa e quantitativamente os serviços realizados pela equipe das áreas sob sua responsabilidade;
- Participar das reuniões da CCIH e do CTGRSS;
- Zelar pelo patrimônio e imagem da unidade;

- Tratar de assuntos específicos, de acordo com as qualificações e conhecimentos pessoais;
- Elaborar com a coordenação responsável a necessidade de materiais e equipamentos para uso na assistência de sua responsabilidade;
- Manter a Diretoria Técnica informada sobre todos os problemas operacionais, técnicos e administrativos relacionados com as áreas de sua responsabilidade;
- Propiciar uma dinâmica de trabalho adequada à satisfação do paciente, de seus familiares e da própria equipe de trabalho das áreas sob a sua responsabilidade;
- Motivar a equipe para uma visão holística do paciente, mantendo cuidados de forma integral e individualizada;
- Visitar as áreas sob sua responsabilidade, interagindo com os integrantes da equipe;
- Convocar e presidir reuniões com as enfermeiras coordenadoras;
- Manter uma integração com os demais serviços para facilitar e agilizar o atendimento ao paciente.

2.7.3. Implementação de Serviços e Funcionamento da Equipe Multidisciplinar

2.7.3.1. Quadro de Pessoal Médico

CARGO / FUNÇÃO	QTDE	FORMA DE VÍNCULO	CARGA HORÁRIA	SALÁRIO (R\$)
Médico Anestesiologista	01	CLT / PJ	20 hs	8.000,00
Médico Cardiologista	01	CLT / PJ	20 hs	8.000,00
Médico Dermatologista	01	CLT / PJ	20 hs	9.000,00
Médico Endocrinologista	01	CLT / PJ	20 hs	8.000,00
Médico Gastroenterologista	01	CLT / PJ	20 hs	8.000,00
Médico Ginecologista / Obstetra	02	CLT / PJ	20 hs	8.000,00
Médico Hematologista	01	CLT / PJ	20 hs	8.000,00
Médico Mastologista	01	CLT / PJ	20 hs	8.000,00
Médico Nefrologista	01	CLT / PJ	20 hs	8.000,00
Médico Neurologista	01	CLT / PJ	20 hs	9.000,00
Médico Pediatra	02	CLT / PJ	20 hs	9.000,00
Médico Oftalmologista	01	CLT / PJ	20 hs	8.000,00
Médico Ortopedista / Traumatologista	01	CLT / PJ	20 hs	8.000,00
Médico Otorrinolaringologista	01	CLT / PJ	20 hs	8.000,00
Médico Pneumologista	01	CLT / PJ	20 hs	8.000,00
Médico Reumatologista	01	CLT / PJ	20 hs	8.000,00
Médico Urologista	01	CLT / PJ	20 hs	8.000,00
Médico da Família	01	CLT / PJ	20 hs	8.000,00
Médico Radiologista	01	CLT / PJ	20 hs	8.000,00

2.7.3.2. Quadro de Pessoal Técnico

CARGO / FUNÇÃO	QTDE	FORMA DE VÍNCULO	CARGA HORÁRIA	SALÁRIO (R\$)
Diretor Administrativo	01	CLT	40h	9.000,00
Diretor Geral	01	CLT	40h	10.000,00
Diretor Técnico	01	CLT	40h	9.000,00
Gerente de Enfermagem	01	CLT	40h	7.000,00
Técnico de Laboratório	02	CLT	40h	1.800,00
Odontólogo	01	CLT / PJ	20h	3.600,00
Assistente Social	02	CLT	30h	3.400,00
Psicólogo	01	CLT	40h	3.400,00
Nutricionista	01	CLT	40h	3.600,00
Fonoaudiólogo	01	CLT / PJ	40h	3.600,00
Fisioterapeuta	02	CLT	40h	3.600,00
Farmacêutico	01	CLT	40h	3.160,00
Técnico de farmácia	03	CLT	40h	1.800,00
Enfermeiro	04	CLT	40h	3.800,00
Técnico em Enfermagem	08	CLT	40h	1.800,00
Tecnico de radiologia	07	CLT	40h	1.800,00
Auxiliar de saude bucal	01	CLT	40h	1.400,00
Motorista da carreta	01	CLT	40h	2.800,00
Motorista microônibus	02	CLT	40h	2.400,00
Gerente administrativo	01	CLT	40h	6.800,00
Coordenador de compras	01	CLT	40h	4.100,00
Coordenador de logistica	01	CLT	40h	4.100,00
Coordenador administrativo	01	CLT	40h	4.100,00
Coordenador De Rh	01	CLT	40h	4.100,00
Coordenador financeiro	01	CLT	40h	4.100,00

Coordenador de manutenção	01	CLT	40h	4.100,00
Telefonista	02	CLT	30h	1.400,00
Recepcionista	06	CLT	40h	2.100,00
Maquero	03	CLT	40h	1.600,00
Auxiliar de serviços gerais	07	CLT / PJ	40h	1.200,00
Jardineiro	02	CLT / PJ	40h	1.400,00
Vigilante	08	CLT / PJ	40h	4.200,00
Tecnico de segurança do trabalho	01	CLT / PJ	40h	2.100,00
Médico de segurança do trabalho	01	CLT / PJ	20h	6.000,00
Engenheiro de segurança do trabalho	01	CLT / PJ	20h	6.000,00

2.7.3.3. Protocolos Assistenciais de Atenção Médica e Rotinas Operacionais para o Ambulatório

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) define a atenção à saúde como tudo o que envolve o cuidado com a saúde do ser humano, incluindo as ações e os serviços de promoção, prevenção, reabilitação e tratamento de doenças. Na organização das ações do Sistema Único de Saúde (SUS), o cuidado com a saúde está ordenado em níveis de atenção, quais sejam: a atenção básica, a atenção secundária e a atenção terciária.

O acesso da população a esta rede de serviços regionalizada e hierarquizada deve se dar no nível primário de atenção, que precisa estar qualificado para atender e resolver os principais problemas que demandam serviços de saúde. Os que não forem resolvidos neste nível deverão ser referenciados para os serviços especializados ambulatoriais.

Para a elaboração destes *Protocolos de Acesso Ambulatorial: Consultas Especializadas – POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE* foi considerada a acessibilidade aos serviços, em consonância com o perfil assistencial da unidade.

O emprego de protocolos dos serviços de saúde é uma necessidade e constitui um importante caminho de muita utilidade na gestão do conhecimento e na organização das ações de saúde. Os protocolos requerem esforço conjunto de gestores e profissionais para

que seu emprego seja, de fato, adequado às necessidades do serviço, permitindo o estabelecimento de objetivos e metas por meio da implementação de ações.

Para isso, são necessárias a constante revisão e discussão destes protocolos para o seu aprimoramento, de forma a permitir a sua utilização como ferramenta para os profissionais e orientar os encaminhamentos para a média e alta complexidade dos serviços da rede assistencial. A revisão dos protocolos deverá ser realizada, anualmente, pelas diversas especialidades, e as alterações deverão ser disponibilizadas na unidade para todos os profissionais de saúde.

Entre outras ações, métodos de conscientização e de capacitação profissional devem ser constantemente desenvolvidos para a qualificação permanente dos processos de trabalho em saúde.

Apresentação

O protocolo foi dividido nos seguintes itens:

Linhas de cuidado – as linhas de cuidado nas quais os serviços estão inseridos, para melhor coordenação do cuidado e ordenamento em rede.

Consulta – trata das nomenclaturas utilizadas pelas unidades.

Motivos de encaminhamento – a definição é feita com base na própria doença; hipótese diagnóstica com exames complementares sugeridos, *não necessariamente obrigatórios*, e exame físico do usuário.

A sugestão dos exames complementares visa à otimização da oferta dos serviços e à qualificação dos motivos de encaminhamento.

Prioridade de regulação – a definição é feita com base no parâmetro da história da doença atual (HDA).

Critério de regulação – está baseado na classificação de prioridade pertinente aos motivos de encaminhamento, como demonstrado no quadro 1.

Para o setor de Ambulatório da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE, a ABEAS implantará protocolos com normas e rotinas médicas que deverão ser praticados durante toda a vigência do Contrato de Gestão.

Atendimento Ambulatorial é o atendimento que se limita aos serviços exequíveis em consultório ou ambulatório, definidos em contrato, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que embora prescindam de internação, demandem de estruturas de saúde por período superior a 12 horas, ou serviços como de recuperação pós-anestésica, UTI, etc. Também são entendidos como atendimentos ambulatoriais, aqueles caracterizados como urgência/emergência que demandem observações, até o limite de 12 horas, período após o qual passará a ser caracterizado como internação.

O atendimento ambulatorial da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE compreende os atendimentos médicos e procedimentos cirúrgicos constituídos por:

- Primeira consulta e/ou consulta de egresso;
- Procedimentos Cirúrgicos;

Entende-se por consulta de egresso, a visita do paciente encaminhado pela própria instituição, que teve sua consulta agendada no momento da alta hospitalar pós-procedimento cirúrgico, para atendimento à especialidade referida.

Os procedimentos cirúrgicos serão realizados em regime ambulatorial sob qualquer tipo de anestesia, não demandam internação hospitalar e a permanência do paciente no serviço não deve exceder 12 horas.

As especialidades atendidas no ambulatório serão: Cardiologia, Dermatologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Ginecologia/Obstetrícia, Hematologia, Mastologia, Nefrologia, Neurologia, Pediatria, Oftalmologia, Ortopedia/Traumatologia, Otorrinolaringologia, Pneumologia, Reumatologia, Urologia, Medicina da Família.

O Ambulatório é destinado ao atendimento de pacientes que necessitam de prescrições terapêuticas, servindo, até mesmo, para a constatação da melhora do seu quadro clínico.

Nesta unidade, não são marcadas consultas de demanda espontânea. Todas as consultas, revisões ou acompanhamentos são feitos por determinação médica. A partir de então, é agendado o retorno do paciente para avaliação médica em data preestabelecida.

Atribuições dos Médicos Especialistas para o Setor de Ambulatório:

- O atendimento do paciente no ambulatório de egressos deverá ser feito pelo profissional responsável pelo seu acompanhamento hospitalar e alta;
- Verificar condições gerais dos pacientes no pós-operatório;
- Solicitar exames complementares, caso necessário;
- Planejar, organizar e gerenciar o cuidado realizado no âmbito da Unidade Ambulatorial;
- Implementar diretrizes da gestão da clínica/cirúrgica e da clínica ampliada, visando a linha de cuidado;
- Coordenar as atividades da equipe multiprofissional de saúde vinculada;
- Efetivar a horizontalização do cuidado multiprofissional, assegurando o vínculo da equipe com o paciente e familiares;
- Implantar e avaliar os protocolos clínicos, diretrizes terapêuticas e POPs dos cuidados desenvolvidos na Unidade Ambulatorial;
- Cuidar para que os dados dos pacientes estejam registrados nos sistemas nacionais de informação da Atenção e da Vigilância em Saúde;
- Identificar necessidades e propor ações de educação permanente das equipes multiprofissionais;
- Participar das atividades de educação permanente desenvolvidas na Instituição e na rede de atenção à saúde;

- Participar de Grupos de Trabalho, Comissões e Reuniões Administrativas determinadas pela Instituição;
- Manter a página da Unidade Ambulatorial atualizada no sítio eletrônico da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE, conforme determina a Lei de Acesso à Informação contendo, no mínimo, os seguintes dados: identificação, horário de atendimento, localização, telefone e e-mail, nome dos membros que compõem a equipe e cargos ocupados, descrição de histórico do serviço (opcional), competências, descrição das atividades desenvolvidas, relatórios de produção e escalas de trabalho;
- Definir processos de trabalho no âmbito da Unidade Ambulatorial, de acordo com as exigências institucionais, proporcionando retorno adequado à alta gestão e à sua equipe;
- Planejar juntamente com os profissionais (supervisor técnico), os insumos necessários na prestação da assistência realizando planejamento anual da unidade para apresentar ao administrador;
- Analisar a estatística do Complexo Ambulatorial e relatório de faturamento junto ao administrador;
- Receber, analisar, emitir parecer e encaminhar à chefia superior, as grades de atendimento ambulatorial e/ou atualização elaborada pelo supervisor técnico;
- Receber, analisar, emitir parecer e encaminhar à chefia superior, o pedido de fechamento das grades de atendimentos ambulatoriais;
- Receber da chefia superior o número de consultas preestabelecidas em contrato;
- Conhecer a programação pactuada e integrada ambulatorial;
- Monitorar em conjunto com a regulação, a gestão de consultas realizadas mensalmente com o que se pactuou para o atendimento ambulatorial;
- Intervir junto ao supervisor técnico para levantar causas de inconformidade na gestão de consultas;

- Comunicar às Divisões de Gestão de Pessoas e Médica, a taxa de absenteísmo dos profissionais;
- Auxiliar na criação do Centro de Custo Ambulatorial;
- Acompanhar os mapeamentos e monitorar os indicadores dos processos ambulatoriais.

Pequenos Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais

Procedimentos ambulatoriais são aqueles que podem ser realizados em consultórios e/ou clínicas, para alguns dos quais pode ser necessário aplicação de anestésias locais associadas ou não à sedação.

Ginecologia/mastologia

Linha de cuidado	Especialidade	Consulta	Motivo de encaminhamento	HDA	
				HDA	Exames complementares sugeridos
UNIDADE DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER	GINECOLOGIA	CIRURGIA	Sangramento uterino anormal.	Metrorragia, hipermenorreia, anemia aguda.	Colpocitologia oncótica com menos de um ano e USG transvaginal.
			Mioma uterino.	Metrorragia e fenômenos compressivos.	Colpocitologia oncótica com menos de um ano, USG transvaginal ou pélvica.
			Cólica menstrual incapacitante e refratária ao tratamento habitual.	Dismenorreia progressiva.	Colpocitologia oncótica com menos de um ano, USG transvaginal ou pélvica, CA 125.
			Tumorações pélvicas para esclarecimento.	Aumento do volume abdominal, dor pélvica.	Colpocitologia oncótica com menos de um ano, USG transvaginal ou pélvica, CA 125, CEA, CA 153, CA 19.9, alfa fetoproteína.
			Lesões vaginais e vulvares para esclarecimento.	Lesões visíveis de aparecimento recente.	Colpocitologia oncótica com menos de um ano.
			Prolapso uterino ou de cúpula vaginal com queixas diretamente relacionadas.	Dispareunia, alteração da qualidade de vida, obstrução vesical, queixas intestinais.	Colpocitologia oncótica com menos de um ano, USG transvaginal ou pélvica.
			Cistocele e/ou retocele com queixas diretamente relacionadas, dor pélvica crônica (superior a 6 meses) refratária ao tratamento prévio.	Dispareunia, alteração da qualidade de vida, obstrução vesical, queixas intestinais.	Colpocitologia oncótica com menos de um ano, USG transvaginal ou pélvica.
			Endometriose de parede abdominal, ovariana ou infiltrativa.	Dor abdominal, dispareunia, alteração da qualidade de vida, sangramento vesical e intestinal.	Colpocitologia oncótica com menos de um ano, USG transvaginal ou pélvica, CA 125.
			Laqueadura tubária.	Esterilização.	Planejamento familiar, manifestação da vontade, colpocitologia oncótica com menos de um ano, USG transvaginal.
			Incontinência urinária de esforço.	Perda urinária uretral.	Colpocitologia oncótica com menos de um ano, USG transvaginal ou pélvica, com sugestão de urodinâmica.

Protocolo de Acesso Ambulatorial			
Exame físico	Prioridade da regulação	Critério	Contrarreferência
Citar achados significativos.	Anemia acentuada.	P1	Dependendo da avaliação, a usuária poderá ser encaminhada à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.
Citar achados significativos.	Mioma submucoso de qualquer tamanho associado a sangramento uterino anormal; mioma intramural maior que 3cm com sangramento anormal, mioma uterino maior que 5cm, miomas de crescimento rápido.	P1	Dependendo da avaliação, a usuária poderá ser encaminhada à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.
Citar achados significativos.	Não se aplica.	P2	Dependendo da avaliação, a usuária poderá ser encaminhada à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.
Citar achados significativos.	Todos os casos.	P0	Dependendo da avaliação, a usuária poderá ser encaminhada à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.
Citar achados significativos.	Todos os casos.	P1	Dependendo da avaliação, a usuária poderá ser encaminhada à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.
Citar achados significativos.	Todos os casos.	P1	Dependendo da avaliação, a usuária poderá ser encaminhada à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.
Citar achados significativos.	Todos os casos.	P1	Dependendo da avaliação, a usuária poderá ser encaminhada à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.
Citar achados significativos.	Todos os casos.	P1	Dependendo da avaliação, a usuária poderá ser encaminhada à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.
Citar achados significativos.	Não se aplica.	P3	Dependendo da avaliação, a usuária poderá ser encaminhada à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.
Citar achados significativos.	Todos os casos.	P2	Dependendo da avaliação, a usuária poderá ser encaminhada à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.

Ginecologia/mastologia

continuação

Linha de cuidado	Especialidade	Consulta	Motivo de encaminhamento	HDA	Exames complementares sugeridos
UNIDADE DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER	GINECOLOGIA	ENDÓCRINO	Estados intersexuais.	Presença de dois sexos.	Cariótipo, urografia excretora, RNM de pelve.
			Galactorreia, hiperprolactinemia.	Descarga papilar, aumento da prolactina.	Dosagem de prolactina, colpocitologia oncótica com menos de 1 ano, USG transvaginal ou pélvica.
			Estados hiperandrogênicos.	Androgenização do complexo pilo-sebáceo, hirsutismo, alopecia, acne, seborreia, virilização, hipertrofia do clitóris, aumento de massa muscular, redução da tonalidade da voz.	Testosterona livre, TSH, T3, T4, FSH, avaliação pela endocrinologia.
			Queixas climatéricas em pacientes menores de 37 anos.	FSH aumentado.	FSH.
			Disfunções da tireoide com repercussão sobre o ciclo reprodutivo.	Obesidade, exoftalmia.	Avaliação pela endocrinologia.
			Malformações genitais femininas.	Agenesia de vagina, hipertrofia do clitóris, genitália dúbia.	Avaliação pela endocrinologia.
		PATOLOGIA CERVICAL	Lesões precursoras do trato genital inferior, inclusive ânus.	Estadiamento a partir de NIC II (inclusive), estadiamento Agus, persistência de no mínimo 2 citologias NIC I ou ASC-US após 1 ano de comprovação de tratamento, resultado de exames complementares já realizados.	USG transvaginal ou pélvica com validade de 6 meses e colpocitologia oncótica com menos de 1 ano (necessário).
		HISTEROSCOPIA	Video-histeroscopia.	Qualquer idade, com necessidade de exame de vídeo-histeroscopia diagnóstica ou cirúrgica.	USG transvaginal ou pélvica com validade de 6 meses e colpocitologia oncótica com menos de 1 ano (necessário).
		UROGINECOLOGIA	Incontinência urinária de esforço ou mista com indicação de tratamento cirúrgico e clínico.	Incontinência urinária de esforço uretral.	Estudo urodinâmico (necessário).
		ONCOLOGIA	Colo uterino.	Casos suspeitos de tumores de colo uterino.	Colpocitologia oncótica com menos de 1 ano.
			Vulva e vagina.	Casos suspeitos de tumores de vulva e vagina.	Colpocitologia oncótica com menos de 1 ano.
			Corpo uterino.	Casos suspeitos de tumores de colo uterino, resultados de biópsia com hiperplasias atípicas ou neoplasias malignas de endométrio, tumores uterinos de crescimento rápido, suspeitando-se de sarcoma.	Colpocitologia oncótica com menos de 1 ano.
			Ovários e anexos.	Casos suspeitos de tumores de ovários e anexos, tumores sólidos ou sólidos/císticos, massa pélvica.	Colpocitologia oncótica com menos de 1 ano, USG transvaginal ou pélvica, CA 125.

Protocolo de Acesso Ambulatorial			
Exame físico	Prioridade da regulação	Critério	Contrarreferência
Citar achados significativos.	Todos os casos.	P3	Dependendo da avaliação, a usuária poderá ser encaminhada à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.
Citar achados significativos.	Todos os casos.	P3	Dependendo da avaliação, a usuária poderá ser encaminhada à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.
Citar achados significativos.	Todos os casos.	P3	Dependendo da avaliação, a usuária poderá ser encaminhada à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.
Citar achados significativos.	Todos os casos.	P3	Dependendo da avaliação, a usuária poderá ser encaminhada à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.
Citar achados significativos.	Todos os casos.	P3	Dependendo da avaliação, a usuária poderá ser encaminhada à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.
Citar achados significativos.	Todos os casos.	P3	Dependendo da avaliação, a usuária poderá ser encaminhada à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.
Citar achados significativos.	Todos os casos.	P1	Dependendo da avaliação, a usuária poderá ser encaminhada à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.
Citar achados significativos.	Todos os casos.	P2	Dependendo da avaliação, a usuária poderá ser encaminhada à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.
Citar achados significativos.	Todos os casos.	P2	Dependendo da avaliação, a usuária poderá ser encaminhada à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.
Citar achados significativos.	Todos os casos.	P0	Permanecer no nível especializado.
Citar achados significativos.	Todos os casos.	P0	Permanecer no nível especializado.
Citar achados significativos.	Todos os casos.	P0	Permanecer no nível especializado.
Citar achados significativos.	Todos os casos.	P0	Permanecer no nível especializado.

Ginecologia/mastologia

condusão

Linha de cuidado	Especialidade	Consulta	Motivo de encaminhamento	HDA	Exames complementares sugeridos
UNIDADE DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER	GINECOLOGIA/MASTOLOGIA	GERAL	Neoplasias benignas com indicação cirúrgica, dor mamária, casos em que o médico discorde do laudo das imagens da mamografia e/ou casos em que ele ache necessário (encaminhar com justificativa).	Dor mamária intensa que afeta a qualidade de vida ou naquelas refratárias à orientação verbal.	Mamografia recente e, se necessário, USG de mama.
		ONCOLOGIA	Casos suspeitos ou com diagnóstico confirmado de câncer de mama.	Casos suspeitos.	Mamografia recente e USG de mama.

Protocolo de Acesso Ambulatorial			
Exame físico	Prioridade da regulação	Critério	Contrarreferência
Dor que interfere nas atividades diárias e na qualidade de vida, com necessidade de uso frequente de medicamentos.	Todas as pacientes com dor mamária intensa que afeta a sua qualidade de vida ou aquelas refratárias à orientação verbal.	P1	Dependendo da avaliação, a usuária poderá ser encaminhada à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.
Citar achados significativos.	Todos os casos.	P0	Dependendo da avaliação, a usuária poderá ser encaminhada à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.

Oftalmologia

Linha de Cuidado	Especialidade	Consulta	Motivo de encaminhamento	HDA	Exames complementares sugeridos
UNIDADE DE CLÍNICAS CIRÚRGICAS	OFTALMOLOGIA	GERAL	Baixa acuidade visual.	Dificuldade visual.	Teste de acuidade visual.
		RETINA	Retina clínica.	Degeneração macular relacionada à idade, oclusões vasculares da retina, retinopatia diabética, distrofias e outras.	Laudo oftalmológico com indicação clínica para mapeamento de retina, acuidade visual, refração, tonometria.
			Retina cirúrgica (descolamento de retina/vitrectomia).	Flashes de luzes, manchas escuras se movendo e perda parcial de visão. As manchas escuras são conhecidas como moscas volantes.	Laudo.
		CÓRNEA	Pterígio.	Tecido visível, olho vermelho.	Laudo.
			Ceratocone.	Visão borrada, imagens-fantasma, sensibilidade à luz e presença de halos noturnos são os principais sintomas relatados pelos pacientes. HFI: somente casos cirúrgicos.	Acuidade visual, refração, laudo oftalmológico.
			Transplante de córnea.	Nebulosidades, distorções, opacidade ocular visível, perda da visão.	Laudo, acuidade visual, refração, tonometria.
		ESTRABISMO	Desvio ocular e compensação do estrabismo pela posição de cabeça (diagnóstico diferencial do torcicolo congênito).	Laudo, acuidade visual, refração.	
		UVEÍTE	Olho vermelho, dor, fotofobia (aumento da sensibilidade à luz) e/ou baixa de visão.	Acuidade visual, refração, tonometria, laudo.	

Protocolo de Acesso Ambulatorial			
Exame físico	Prioridade da regulação	Critério	Contrarreferência
Não há.	Não há.	P3	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.
Não há.	Paciente diabético juvenil e outros com doença acima de 3 anos de duração (degeneração macular associada à idade, diabetes e oclusão venosa).	P2	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.
Não há.	Aumento desenfreado do descolamento de retina seguido do surgimento de pequenas manchas, em tom roxo, nas regiões periféricas da visão.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.
Ectoscopia.	Perturbação da visão.	P3	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.
Não há.	Todos os casos.	P2	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.
Citar os achados significativos, se há presença ou não de cicatrizes.	Paciente com córnea esbranquiçada, acidentes perfurocortantes.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.
Citar os achados significativos.	Menores de 7 anos.	P3	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.
Inflamação, olho vermelho.	Panuveite, suspeita de doença infecciosa.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.

Oftalmologia

conclusão

Linha de Cuidado	Especialidade	Consulta	Motivo de encaminhamento	HDA	Exames complementares sugeridos
UNIDADE DE CLÍNICAS CIRÚRGICAS	OFTALMOLOGIA		CATARATA	Pacientes com mais de 50 anos com queixa de baixa progressiva da visão, vista embaçada, com piora da acuidade para longe e melhora para perto. Cataratas traumáticas e de origem metabólica e leucocoria (pupila esbranquiçada) independentemente da idade.	Acuidade visual, refração, tonometria.
			GLAUCOMA	Pacientes com história familiar de glaucoma. HFI: somente casos cirúrgicos.	Acuidade visual, refração, tonometria, campo visual, retinografia.
			PÁLPEBRA	Blefarite, hordéolo, calázio, xantelasma, triquiase, entrópio, ectrópio, ptose palpebral, tumor palpebral, dermatocálase.	Laudos.

Protocolo de Acesso Ambulatorial			
Exame físico	Prioridade da regulação	Critério	Contrarreferência
Citar os achados significativos e relatar a presença ou não de leucocoria.	Paciente de olho único com insucesso no uso de lentes corretivas.	P3	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.
Citar os achados significativos.	Pacientes com história familiar, mesmo que assintomático, acima de 35 anos.	P3	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.
<p>BLEFARITE: queimação e lacrimejamento, vermelhidão nas bordas palpebrais e escamas nas margens das pálpebras.</p> <p>HORDÉOLO: lesão dolorosa com edema e hiperemia local.</p> <p>CALÁZIO: dor, edema e hiperemia localizada.</p> <p>XANTELASMA: placas amareladas macias de tamanho variado que podem aparecer na pálpebra superior e/ou inferior.</p> <p>TRÍQUIASE: sensação de corpo estranho, fotofobia, lacrimejamento e secreção seromucosa.</p> <p>ECTRÓPIO: conjuntivite crônica, ceratite, lacrimejamento e dor.</p> <p>PTOSE PALPEBRAL: dependendo do grau de ptose palpebral, o paciente pode apresentar comprometimento do campo visual.</p> <p>TUMOR PALPEBRAL: lesões elevadas, firmes, com telangiectasias na superfície. Durante o crescimento, o centro pode se tornar ulcerado e com crostas na superfície.</p> <p>DERMATOCÁLASE: peso nas pálpebras, redução do campo visual superior.</p>	Todos os casos.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.

Ortopedia e traumatologia

Linha de Cuidado	Especialidade	Consulta	Motivo de encaminhamento	HDA	Exames complementares sugeridos
UNIDADE DO SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	GERAL	Dores nas costas: cervicalgia, lombalgia.	Encaminhar os pacientes com queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial, constando história clínica sucinta com queixa, localização, irradiação, duração e evolução.	RX da área afetada em duas incidências.
			Deformidades (MMII, cifose e escoliose).	Os casos de deformidades em crianças devem ser encaminhados ao especialista a partir de 6 meses de vida. A deformidade em progressão deve ser acompanhada pelo ortopedista. Os casos de "pé torto" ou "pé plano rígido" deverão ser encaminhados para diagnóstico.	RX da área afetada.
			Dor localizada para esclarecimento (articular, tendinites).	Encaminhar os pacientes com queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial. Descrever presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	RX da área afetada em AP e perfil.
			Sequela de fratura.	Descrever queixas, localização, duração, evolução, dor e limitação à movimentação. Relatar frequência e intensidade das crises. Informar o motivo do encaminhamento.	RX da área afetada em AP e perfil. Encaminhar com RX da articulação acometida em duas incidências.
		QUADRIL	Dor localizada e/ou deformidade em quadril.	Encaminhar os pacientes com queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial. Descrever presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	RX da área afetada em panorâmica, TC.
			Artrose do quadril.	Encaminhar os pacientes com queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial. Descrever presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	RX simples da bacia, do quadril, AP e perfil.
			Epifisiólise. HF: somente pacientes acima de 16 anos.	Encaminhar os pacientes com queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial. Descrever presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	RX simples da bacia, do quadril, AP e perfil, TC.
			Cirurgias de revisão de ATQ realizadas na unidade que não necessitem de enxerto ósseo.	Encaminhar os pacientes com queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial. Descrever presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	RX simples da bacia, do quadril, AP e perfil.

Protocolo de Acesso Ambulatorial			
Exame físico	Prioridade da regulação	Critério	Contrarreferência
Citar os achados significativos.	Pacientes com queixas crônicas.	P2	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.
Descrever os achados importantes.	Prioridade para recém-nato.	P1	Permanecer no nível especializado.
Descrever a localização, a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	Limitação funcional.	P2	Permanecer no nível especializado.
Dor articular, algias ósseas, calcaneodínias, artrose de joelhos: descrever a localização, a presença de restrição ou dor à movimentação e a presença de sinais flogísticos.	Pacientes com sequelas mais recentes.	P2	Permanecer no nível especializado. Caso seja atingida a meta de tratamento, o paciente deve retornar à unidade de origem para continuar o tratamento e de posse do relatório de contrarreferência.
Descrever a localização e a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	Limitação funcional.	P2	Permanecer no nível especializado.
Descrever a localização e a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	Limitação funcional.	P2	Permanecer no nível especializado.
Descrever a localização e a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	Limitação funcional.	P0	Permanecer no nível especializado.
Descrever a localização e a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	Limitação funcional.	P2	Permanecer no nível especializado.

Ortopedia e traumatologia

continuação

Linha de Cuidado	Especialidade	Consulta	Motivo de encaminhamento	HDA	Exames complementares sugeridos
TRAUMATO-ORTOPEDIA	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	JOELHO	Dor localizada e/ou deformidade em joelho.	Queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial, com presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	RX da área afetada em AP e perfil.
			Gonartrose.	Queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial, com presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	RX: AP, perfil e axial sem carga, AP e perfil com carga. Todos em filme 30/40.
			Soltura de prótese.	Queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial, com presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	RX: AP, perfil e axial sem carga, AP e perfil com carga. Todos em filme 30/41.
			Lesão meniscal.	Queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial, com presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	RX: AP, perfil e axial, RNM.
			Lesão meniscal (pacientes acima de 50 anos)	Queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial, com presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	RX: AP, perfil, axial e incidência Roseberg, RNM.
			Lesão ligamentar (LCA) (ligamento cruzado anterior).	Queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial, com presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	RX: AP, perfil e axial sem carga, RNM.
			Lesão ligamentar (LCP) (ligamento cruzado posterior).	Queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial, com presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	RX: AP, perfil e axial sem carga, RNM.
			Lesão ligamentar (CPL) (canto póstero-lateral).	Queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial, com presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	RX: AP, perfil e axial sem carga, RNM.
			Lesão ligamentar (LPF medial) (ligamento patelo-femural-medial).	Queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial, com presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	RX: AP, perfil e axial, RNM, TC de patela (TA-GT).
			Osteonecrose.	Queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial, com presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	RX: AP, perfil, axial, RNM.
			Genovalgo e genovaro.	Queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial, com presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	RX: AP, perfil e panorâmico com carga de membros inferiores.
			Rotura de tendão quadriceptal e tendão patelar.	Queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial, com presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	RX: AP e perfil, USG e RNM.
		PÉ/ TORNOZELO	Dor localizada e/ou deformidade em pé/ tornozelo.	Encaminhar os pacientes com queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial. Descrever presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	RX da área afetada em AP e perfil.

Protocolo de Acesso Ambulatorial			
Exame físico	Prioridade da regulação	Critério	Contrarreferência
Descrever a localização e a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	Limitação funcional.	P2	Permanecer no nível especializado.
Descrever a localização e a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	Limitação funcional.	P2	Permanecer no nível especializado.
Descrever a localização e a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	Limitação funcional.	P2	Permanecer no nível especializado.
Descrever a localização e a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	Limitação funcional.	P2	Permanecer no nível especializado.
Descrever a localização e a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	Limitação funcional.	P2	Permanecer no nível especializado.
Descrever a localização e a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	Limitação funcional.	P2	Permanecer no nível especializado.
Descrever a localização e a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	Limitação funcional.	P2	Permanecer no nível especializado.
Descrever a localização e a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	Limitação funcional.	P2	Permanecer no nível especializado.
Descrever a localização e a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	Limitação funcional.	P2	Permanecer no nível especializado.
Descrever a localização e a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	Limitação funcional.	P2	Permanecer no nível especializado.
Descrever a localização e a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	Limitação funcional.	P2	Permanecer no nível especializado.
Descrever a localização e a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	Limitação funcional.	P2	Permanecer no nível especializado.
Descrever a localização e a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	Limitação funcional.	P1	Permanecer no nível especializado.
Descrever a localização e a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	Limitação funcional.	P2	Permanecer no nível especializado.

Protocolo de Acesso Ambulatorial			
Exame físico	Prioridade da regulação	Critério	Contrarreferência
Descrever a localização e a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	Limitação funcional.	P2	Permanecer no nível especializado.
Descrever a localização e a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	Limitação funcional.	P2	Permanecer no nível especializado.
Descrever a localização e a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	Limitação funcional.	P2	Permanecer no nível especializado.
Descrever a localização e a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	Limitação funcional.	P2	Permanecer no nível especializado.
Descrever a localização e a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	Limitação funcional.	P2	Permanecer no nível especializado.
Descrever a localização e a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	Limitação funcional.	P2	Permanecer no nível especializado.
Descrever a localização e a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	Limitação funcional.	P2	Permanecer no nível especializado.
Descrever a localização e a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	Limitação funcional.	P2	Permanecer no nível especializado.
Descrever a localização e a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	Limitação funcional.	P2	Permanecer no nível especializado.
Descrever a localização e a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	Limitação funcional.	P2	Permanecer no nível especializado.
Descrever a localização e a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	Limitação funcional.	P2	Permanecer no nível especializado.
Descrever a localização e a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	Limitação funcional.	P2	Permanecer no nível especializado.
Descrever a localização e a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	Limitação funcional.	P2	Permanecer no nível especializado.
Descrever a localização e a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	Limitação funcional.	P1	Permanecer no nível especializado.
Descrever a localização e a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	Limitação funcional.	P2	Permanecer no nível especializado.

Ortopedia e traumatologia

conclusão

Linha de Cuidado	Especialidade	Consulta	Motivo de encaminhamento	HDA	Exames complementares sugeridos
TRAUMATO-ORTOPEDIA	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	OMBRO	Dor localizada e/ou deformidade em ombro.	Encaminhar os pacientes com queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial. Descrever a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	RX da área afetada em AP e perfil.
			Lesão do manguito rotator e síndrome do impacto.	Encaminhar os pacientes com queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial. Descrever a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	RX simples da área em AP verdadeiro em rotação interna e externa, perfil escapular, perfil axilar, USG do ombro.
			Fraturas e luxações da cintura escapular.	Encaminhar os pacientes com queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial. Descrever a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	RX simples da área em AP verdadeiro em rotação interna e externa, perfil escapular, perfil axilar ou Velpeau axilar, Zanca para patologias na articulação AC. Apical oblíqua para instabilidades.
			Fraturas e luxações do cotovelo.	Encaminhar os pacientes com queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial. Descrever a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	RX simples da área em AP, perfil, oblíquas.
			Processos degenerativos do cotovelo.	Encaminhar os pacientes com queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial. Descrever a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	RX simples da área em AP, perfil, oblíquas.
			Processos degenerativos do ombro.	Encaminhar os pacientes com queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial. Descrever a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	RX simples da área em AP verdadeiro em rotação interna e externa, perfil axilar.
		MÃO	Todas as patologias, sem exigência de pré-requisitos.	Encaminhar os pacientes com queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial. Descrever a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	RX da área afetada.

Protocolo de Acesso Ambulatorial			
Exame físico	Prioridade da regulação	Critério	Contrarreferência
Descrever a localização e a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	Limitação funcional.	P2	Permanecer no nível especializado.
Descrever a localização e a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	Limitação funcional.	P2	Permanecer no nível especializado. Caso seja atingida a meta do tratamento, o paciente deve retornar à unidade de origem para continuar o tratamento e de posse do relatório de contrarreferência.
Descrever a localização e a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	Limitação funcional.	P0	Permanecer no nível especializado. Caso seja atingida a meta do tratamento, o paciente deve retornar à unidade de origem para continuar o tratamento e de posse do relatório de contrarreferência.
Descrever a localização e a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	Limitação funcional.	P0	Permanecer no nível especializado. Caso seja atingida a meta do tratamento, o paciente deve retornar à unidade de origem para continuar o tratamento e de posse do relatório de contrarreferência.
Descrever a localização e a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	Limitação funcional.	P2	Permanecer no nível especializado.
Descrever a localização e a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	Limitação funcional.	P2	Permanecer no nível especializado.
Descrever a localização e a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	Limitação funcional.	P2	Permanecer no nível especializado.

Urologia

Linha de cuidado	Especialidade	Consulta	Motivo de encaminhamento	HDA	Exames complementares sugeridos
UNIDADE DO SISTEMA URINÁRIO	UROLOGIA	GERAL	Hematúria.	Hematúria macroscópica ou microscópica de repetição, sem disúria (ardência para urinar)	USG de vias urinárias, EAS, citologia urinária, urinocultura e antibiograma, hemograma, coagulograma, TC de abdome e pelve.
			Hidrocele.	Todos os casos. HFI: somente pacientes maiores de 16 anos.	USG, hemograma, coagulograma.
			Varicocele.	Todos os casos. HFI: somente pacientes maiores de 16 anos.	Não há.
			Fimose.	Todos os casos. HFI: somente pacientes maiores de 16 anos.	Hemograma, coagulograma.
			Vasectomia.	Encaminhamento do serviço do planejamento familiar da unidade e do termo de consentimento informado da companheira.	Exames pré-operatórios.
			Estenose uretral traumática e/ou pós-operatória.	Trauma uretral e balanite xerótica obliterante.	USG, EAS, ureia, creatinina, uretrografia, hemograma, coagulograma.
		LITÍASE	Litíase vesical.	Cálculo de bexiga maior que 0,5 cm.	EAS, urinocultura, ureia, creatinina, cálcio, fósforo, hemograma, RX simples de abdome, USG de rins e vias urinárias, TC de abdome e pelve sem contraste.
			Litíase ureteral.	Cálculo renal maior que 0,5 cm. Os cálculos renais menores que 0,5 cm devem ser encaminhados se apresentarem hidronefrose associada e/ou malformações renais e/ou estenose de junção pieloureteral.	EAS, urinocultura, ureia, creatinina, cálcio, fósforo, hemograma, RX simples de abdome, USG de rins e vias urinárias, TC de abdome e pelve sem contraste.
			Litíase renal.	Cálculo renal maior que 1cm. Os cálculos renais menores que 1 cm devem ser encaminhados se apresentarem hidronefrose associada e/ou malformações renais e/ou estenose de junção pieloureteral.	EAS, urinocultura, ureia, creatinina, cálcio, fósforo, hemograma, RX simples de abdome, USG de rins e vias urinárias, TC de abdome e pelve sem contraste.

Protocolo de Acesso Ambulatorial			
Exame físico	Prioridade da regulação	Critério	Contrarreferência
Presença de sangue na urina.	Casos tratados e descompensados.	P0	Depende do diagnóstico.
Citar achados significativos.	Casos tratados e descompensados.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.
Citar achados significativos.	Casos tratados e descompensados.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.
Citar achados significativos.	Não há.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.
Não há.	Não há.	P3	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.
Não há.	Prioridade da regulação.	P2	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado a UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.
Associa-se com infecções urinárias de repetição, disúria, dificuldade miccional, hematúria, piúria e cristais em excesso no EAS.	Casos tratados e descompensados.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.
Cólica nefrética (com irradiação para flanco e fossa ilíaca e área genital), às vezes com náuseas e vômitos. Hematúria, piúria e cristais em excesso no EAS. Avaliação prévia para diagnóstico diferencial de apendicite, diverticulite, colecistite e pancreatite.	Hidronefrose associada ao exame de imagem; cálculo sem mudança de posição ureteral por 15 dias, de acordo com exame de imagem; cálculo maior ou igual a 0,5 cm, no seu maior eixo, de acordo com exame de imagem.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.
Quando do tipo coraliforme na pelve renal, associa-se com infecções urinárias de repetição, cólica nefrética (com irradiação para flanco e fossa ilíaca e área genital), às vezes com náuseas e vômitos. Hematúria, piúria e cristais em excesso no EAS. Teste de giordano positivo.	Casos tratados e descompensados.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.

Urologia

continuação

Linha de cuidado	Especialidade	Consulta	Motivo de encaminhamento	HDA	Exames complementares sugeridos
UNIDADE DO SISTEMA URINÁRIO	UROLOGIA	DISFUNÇÃO SEXUAL	Disfunção erétil.	Todos os casos com comorbidades tratadas previamente.	Dosagem sérica de testosterona total, FSH, LH, prolactina, TSH, T3, T4 e T4 livre, hepatograma, hemograma e lipidograma.
			Distúrbios do orgasmo.	Distúrbios do orgasmo masculino, tais como ejaculação precoce, anorgasmia e dificuldade de orgasmo, desde que já tenham sido submetidos ao tratamento farmacológico SEM SUCESSO.	Glicose, dosagem sérica de testosterona total, FSH, LH, prolactina, TSH, T3, T4 e T4 livre, hepatograma, hemograma e lipidograma.
			Doença de Peyronie.	Curvaturas penianas anormais comprovadas por exame físico.	Dosagem sérica de testosterona total, FSH, LH, prolactina, TSH, T3, T4 e T4 livre, hepatograma, hemograma e lipidograma.
			Distúrbio andrológico de envelhecimento masculino (Daem).	Portadores de testosterona total sérica inferior a 300 ng/dl, maiores de 50 anos de idade, sem evidências de câncer de próstata.	Dosagem sérica de testosterona total, FSH, LH, prolactina, TSH, T3, T4 e T4 livre, PSA total, hepatograma, hemograma e lipidograma.
			Infertilidade masculina.	Paciente masculino que esteja tentando constituir prole, sem método contraceptivo, por, pelo menos, 1 ano, com frequência sexual regular e parceira em investigação ginecológica em paralelo.	Pacientes portadores de alterações referentes a número, velocidade e/ou vitalidade persistentes em 3 espermogramas colhidos com intervalo mínimo de 15 dias, dosagem sérica de testosterona total, FSH, LH, prolactina, TSH, T3, T4 e T4 livre.

Protocolo de Acesso Ambulatorial			
Exame físico	Prioridade da regulação	Critério	Contrarreferência
Dificuldade de ereção.	Pacientes portadores de problemas de ereção que já tenham sido tratados com drogas orais inibidoras de fosfodiesterase tipo 5, sem sucesso, e que sejam portadores de fatores de risco, tais como: HAS, DM, dislipidemia, cardiopatias, endocrinopatias e neuropatias; disfunção erétil desenvolvida após cirurgia para tratamento do câncer de próstata, cistectomia radical e outras cirurgias pélvicas; disfunção erétil em pacientes submetidos à radioterapia da região pélvica.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.
Dificuldade de ereção.	Todos os casos.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.
Achados significativos, com ou sem dor peniana à ereção, com presença de nodulação fibrosa do corpo cavernoso.	Impossibilidade de penetração e/ou desconforto importante durante o ato sexual e pacientes que tenham recebido tratamento farmacológico por, pelo menos, 6 meses.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.
Curvaturas penianas anormais.	Impossibilidade de penetração e/ou desconforto importante durante o ato sexual e pacientes que tenham recebido tratamento farmacológico por, pelo menos, 6 meses.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.
Achados significativos. Exame geralmente normal, podendo apresentar varicocele, azoospermia.	Não há.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.

Urologia

continuação

Linha de cuidado	Especialidade	Consulta	Motivo de encaminhamento	HDA	Exames complementares sugeridos
UNIDADE DO SISTEMA URINÁRIO	UROLOGIA	DISFUNÇÃO MICCIONAL	Incontinência urinária em mulheres.	Perda urinária involuntária de urina aos esforços físicos e/ou aumento da pressão intra-abdominal e/ou perda involuntária de urina precedida de intenso desejo de micção, sem evidência de infecção ao EAS e urinocultura.	USG de vias urinárias, EAS, urinocultura e antibiograma.
			Incontinência urinária após cirurgia prostática e/ou radioterapia pélvica.	Qualquer tipo de perda involuntária de urina observada após cirurgia prostática e/ou radioterapia pélvica.	USG de vias urinárias, EAS, urinocultura e antibiograma.
			Queixas miccionais masculinas.	Dificuldade para urinar, hesitação pré-miccional, diminuição do jato urinário, insatisfação pós-miccional, noctúria, urgência para urinar, incontinência urinária por urgência, intermitência miccional e polaciúria associadas ou não à disúria, sem evidência de infecção ao EAS e urinocultura.	USG da próstata e bexiga (via abdominal), USG das vias urinárias, dosagem do PSA total sérico, EAS, urinocultura, ureia, creatinina.
			Queixas miccionais femininas.	Dificuldade para urinar, hesitação pré-miccional, diminuição do jato urinário, insatisfação pós-miccional, noctúria, urgência para urinar, incontinência urinária por urgência, intermitência miccional e polaciúria associadas ou não à disúria, sem evidência de infecção ao EAS e urinocultura.	USG de vias urinárias, dosagem do EAS, urinocultura.
			Queixas urinárias em pacientes com neuropatia.	Dificuldade para urinar, hesitação pré-miccional, diminuição do jato urinário, insatisfação pós-miccional, noctúria, urgência para urinar, incontinência urinária por urgência, intermitência miccional e polaciúria (associadas ou não) decorrentes de doença de Parkinson, AVE, mielopatias em geral (TRM, lesão por HTLV, neurosífilis etc.), neuropatia diabética, paraplegia, tetraplegia, esclerose múltipla e demais neuropatias periféricas, pós-operatório neurocirúrgico, pós-operatório de cirurgias pélvicas e pós-radioterapia pélvica.	USG das vias urinárias, EAS, urinocultura e antibiograma.
			Prolapso genital.	Prolapso genital grau III ou IV.	Hemograma e bioquímica.

Protocolo de Acesso Ambulatorial			
Exame físico	Prioridade da regulação	Critério	Contrarreferência
Achados significativos. Exame frequentemente normal.	Não há.	P1	Dependendo da avaliação, a usuária poderá ser encaminhada à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.
Achados significativos.	Não há.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.
Achados significativos, toque retal.	ITU de repetição, insuficiência renal, pós-renal, uronefrose, hematúria, retenção urinária, escórias nitrogenadas elevadas e que tenham recebido tratamento farmacológico sem resposta clínica favorável.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.
Achados significativos. Exame frequentemente normal.	Não há.	P1	Dependendo da avaliação, a usuária poderá ser encaminhada à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.
Alterações neurológicas.	Não há.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.
Órgão genital ultrapassa óstio vaginal em repouso.	Pacientes com complicações decorrentes do prolapso.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.

Urologia

conclusão

Linha de cuidado	Especialidade	Consulta	Motivo de encaminhamento	HDA	Exames complementares sugeridos
UNIDADE DO SISTEMA URINÁRIO	UROLOGIA	ONCOLOGIA	Tumor e hiperplasia de próstata.	Todos os casos.	Toque retal em todos os casos, USG, PSA total e livre, EAS, ureia, creatinina. Se a dosagem sérica de PSA total for maior que 20 ng/ml, são sugeridos exames de TC de abdome e pelve e cintigrafia óssea.
			Tumor de bexiga.	Todos os casos.	EAS, USG de rins e vias urinárias, RX de tórax, TC de abdome e pelve.
			Tumor de ureter.	Todos os casos.	RX de tórax, TC de abdome e pelve.
			Tumor renal (massa renal e cisto renal complexo).	Tumores sólidos. Pacientes portadores de cisto renal somente devem ser encaminhados caso a TC evidencie cisto renal complexo, com septações e/ou calcificações, múltiplos cistos (rim policístico); cisto renal de grande volume, ou seja, maior que 7 cm ao exame de TC e sinais tomográficos sugestivos de hemorragia intracística.	USG renal, TC de pelve e bexiga, EAS, RX de tórax e cintigrafia óssea para pacientes portadores de massa renal sólida ou cisto complexo à TC; RNM para tumores que apresentarem invasão de veia renal e/ou veia cava inferior.
			Tumor de pênis ou lesões cutâneas suspeitas.	Todos os casos.	RX de tórax, TC de abdome e pelve.
			Tumor de testículo.	Todos os casos.	RX de tórax, USG bolsa escrotal, TC de abdome e pelve.

Protocolo de Acesso Ambulatorial			
Exame físico	Prioridade da regulação	Critério	Contrarreferência
Gotejamento pós-miccional, dificuldade para urinar, mictúria, incontinência urinária, hematúria, toque retal.	Casos tratados e descompensados.	P0	Depende do diagnóstico.
Hematúria, massa suprapúbica.	Todos os casos.	P0	Permanecer no nível especializado.
Obstrução devido à compressão do lúmen, uronefrose e hematúria.	Todos os casos.	P0	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.
Hematúria, dor no flanco, emagrecimento, massa palpável no flanco (esta tríade só ocorre em 10% dos casos).	Casos tratados e descompensados.	P0	Permanecer no nível especializado.
Citar os achados significativos.	Todos os casos.	P0	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.
Massa testicular crescente indolor.	Todos os casos.	P0	Permanecer no nível especializado.

Cardiologia

Unidade de cuidado	Especialidade	Consulta	Motivo de encaminhamento	HDA	
				HDA	Exames complementares sugeridos
UNIDADE DO SISTEMA CARDIOVASCULAR	CARDIOLOGIA	GERAL	Hipertensão arterial sistêmica (HAS) de difícil controle e secundária.	A - Com a presença de alterações em órgão-alvo (comprometimento renal, cardiopatia hipertensiva, antecedentes de eventos neurológicos); B - Hipertensão não controlada em uso de pelo menos 3 drogas anti-hipertensivas, sendo uma delas um diurético; C - Que necessitam de investigação para casos suspeitos de HAS secundária.	Hemograma, glicose, colesterol total e frações, triglicerídeos, creatinina, ácido úrico, ureia, sódio, potássio, EAS, microalbuminúria, ECG. Se necessário, Mapa.
			Insuficiência cardíaca.	Diagnóstico comprovado de ICC para estratificação e tratamento.	Hemograma, glicose, colesterol total e frações, triglicerídeos, creatinina, ureia, sódio, potássio, RX de tórax, ECG, ecocardiograma, teste ergométrico e cateterismo.
			Arritmias.	Diagnóstico estabelecido de arritmia cardíaca.	Hemograma, glicose, colesterol total e frações, triglicerídeos, creatinina, ácido úrico, ureia, sódio, potássio, EAS, ECG, RX de tórax, ecocardiograma, espirometria, holter, teste ergométrico.
			Parecer cardiológico – pré-operatório com avaliação do risco cirúrgico.	Casos em que há evidência de cardiopatia com indicação cirúrgica já confirmada.	Hemograma, TAP, PTT, glicemia de Jejum, ureia, creatinina, TGO e TGP, ECG, RX de tórax.
		VALVULOPATIA	Doença orovalvular.	Diagnóstico de valvulopatia pré-estabelecida e para a qual está indicada intervenção cirúrgica ou percutânea, para estratificação e acompanhamento.	Hemograma, glicose, colesterol total e frações, triglicerídeos, creatinina, ureia, sódio, potássio, RX de tórax, ECG, ecocardiograma, teste ergométrico e cateterismo.
		CORONÁRIA	Doença aterosclerótica coronariana.	Doença coronária estabelecida (pós-Infarto agudo do miocárdio, pós-revascularização do miocárdio, pós-angioplastia) com indicação de tratamento clínico.	Hemograma, glicose, colesterol total e frações, triglicerídeos, creatinina, ureia, sódio, potássio, RX de tórax, ECG, ecocardiograma, teste ergométrico, dosagem de enzimas cardíacas e cateterismo.

Protocolo de Acesso Ambulatorial			
Exame físico	Prioridade da regulação	Critério	Contrarreferência
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes (descrever as alterações de ausculta cardíaca e respiratória, edema e visceromegalias etc.). Determinação da classe funcional.	A - HAS severa descompensada com sinais de doenças associadas (ICC, DM, doença vascular periférica, acidente Isquêmico e hemorrágico, coronariopatias, IRC); B - Idade (maiores de 40 anos); C - Portadores de HIV; D - História de dislipidemia familiar.	P1	Caso seja atingida a meta de tratamento e o paciente não apresentar lesão em órgão-alvo, o paciente deve retornar à unidade de origem para continuar tratamento, de posse do relatório de contrarreferência.
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, medida da pressão arterial, relatos importantes da ausculta cardiorrespiratória. Descrever a presença de dispneia, visceromegalias e edema de MMII. Determinação da classe funcional.	Quadro de início recente, particularmente em jovens e no período periparto. ICC de difícil controle e/ ou presença de doenças associadas com sinais de descompensação (HAS, DM, IRC), BRE com QRS alargado (acima de 150 ms).	P0	Retornar ao nível especializado, mas com acompanhamento mais frequente na UBS, de posse de relatório de contrarreferência.
Exame físico minucioso, após história clínica detalhada. Determinação da classe funcional.	A - Pacientes com diagnóstico de Insuficiência cardíaca ou Insuficiência coronária associada; B - Bloqueio atrioventricular (BAV) de 2º grau sintomático e BAV de 3º grau; C - Bloqueio bi e trifascicular, síncope no idoso, doenças dos canais iônicos.	P0	Permanecer no nível especializado.
Não há.	Pacientes com indicação cirúrgica eletiva e de grande porte.	P2	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.
Exame físico minucioso após história clínica detalhada. Determinação da classe funcional.	Pacientes sintomáticos.	P1	Permanecer no nível especializado.
Exame físico minucioso após história clínica detalhada. Determinação da classe funcional.	A - Dor torácica de início recente (em esforço ou repouso); B - Pacientes pós-Infarto, pós-revascularização e pós-angioplastia. Obs.: angina instável, com suspeita de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), é uma situação que requer avaliação de urgência pelo serviço de cardiologia.	P0	Permanecer no nível especializado. Caso seja atingida a meta de tratamento, o paciente deve retornar à unidade de origem para continuar o tratamento, de posse do relatório de contrarreferência.

Endocrinologia

Linha de cuidado	Especialidade	Consulta	Motivo de encaminhamento	HDA	Exames complementares sugeridos
UNIDADE DO SISTEMA ENDOCRINO	ENDOCRINOLOGIA	GERAL	Obesidade com comorbidade.	IMC maior que 35 com comorbidades (hipertensão, diabetes, apneia do sono, osteoartrose, casos descompensados) e com inserção no protocolo da cirurgia bariátrica (pré e pós-operatório). Não encaminhar pacientes com obesidade sem alterações hormonais.	Não há.
			Doenças gonadais.	Ginecomastia no homem acima de 18 anos, hipogonadismo masculino acima de 18 anos com distúrbio do desenvolvimento puberal e clínico de hipogonadismo no homem. Hipogonadismo feminino acima de 18 anos com distúrbio do desenvolvimento puberal e clínico de amenorreia primária e secundária, hiperandrogenismo, hirsutismo, virilização.	Hepatograma, ureia, creatinina, testosterona, βHCG, TSH, T4 livre, FSH, LH, sódio urinário, 17-OH progesterona, prolactina, DHEA, SDHEA, androstenediona, cortisol plasmático, estradiol, TC, USG.
			Dislipidemias.	Casos não responsivos à mudança do estilo de vida (atividade física e orientação alimentar) e à terapêutica com estatinas (colesterol total maior que 240 mg/dl e/ou triglicérides maior que 200 mg/dl). Colesterol maior que 300 mg/dl e triglicérides maior que 500 mg/dl.	Glicemia, TSH, T4 livre, colesterol total e frações, triglicérides, TGO, TGP, bilirrubina total e frações, ureia e creatinina.
		DIABETES	DM I.	Todos os casos.	Hemograma, glicemia de Jejum (duas determinações no intervalo de 2 a 3 semanas), ureia, creatinina, EAS, teste de tolerância à glicose, hemoglobina glicada, microalbuminúria, anti-GAD, peptídeo C, insulina, mapeamento de retina e fundo de olho.
			DM II.	Casos tratados e não responsivos à insulino terapia plena, hiperglicemia, hemoglobina glicada aumentada e/ou presença de comorbidades como nefropatia, neuropatia, retinopatia, dislipidemia e HAS.	Hemograma, glicemia de Jejum (duas determinações no intervalo de 2 a 3 semanas), ureia, creatinina, EAS, teste de tolerância à glicose, hemoglobina glicada, microalbuminúria, anti-GAD, peptídeo C, insulina, mapeamento de retina e fundo de olho.
			Diabetes pós-transplante.	Todos os casos.	-
			Diabetes gestacional.	Gestantes com diagnóstico prévio de DM I e DM II e critérios de DG.	2 glicemias de Jejum acima de 92 mg/dl. Curva glicêmica com 1 ponto alterado, Jejum acima de 92 mg/dl, 1h acima de 180 mg/dl e 2h acima de 153 mg/dl.
		DOENÇAS OSTEO-METABÓLICAS	Alteração do metabolismo ósseo.	Hiperparatireoidismo primário, hipoparatiroidismo com sintomas relacionados (parestésias, câimbras, tetania), pós-tireoidectomia, história de cirurgia cervical, osteoporose, cifose dorsal, diminuição da estatura, litíase urinária.	PTH elevado e cálcio, albumina, densitometria óssea.

Protocolo de Acesso Ambulatorial			
Exame físico	Prioridade da regulação	Critério	Contrarreferência
Citar achados significativos.	IMC maior que 35 com comorbidades (hipertensão, diabetes, apneia do sono, osteoartrose, casos descompensados).	P2	Permanecer no nível especializado.
Citar achados significativos.	Todos os casos.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.
Citar achados significativos.	Casos não responsivos à terapêutica (colesterol total maior que 240 mg/dl e triglicérides maior que 200 mg/dl).	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.
Citar achados significativos.	Todos os casos.	P1	Permanecer no nível especializado.
Citar achados significativos.	Todos os casos.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.
Citar achados significativos.	Todos os casos.	P2	Permanecer no nível especializado.
Citar achados significativos.	Todos os casos.	P0	Permanecer no nível especializado durante a gestação.
Citar achados significativos.	Todos os casos.	P2	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.

Endocrinologia

conduto

Linha de cuidado	Especialidade	Consulta	Motivo de encaminhamento	HDA	Exames complementares sugeridos
UNIDADE DO SISTEMA ENDOCRINO	ENDOCRINOLOGIA	TIREOIDE	Casos suspeitos de doença da tireoide.	<p>Hipotireoidismo: letargia, ressecamento da pele, queda de cabelos, obstipação intestinal, aumento do peso corporal, mixedema.</p> <p>Hipertireoidismo: nervosismo, irritabilidade, sudorese excessiva, diarreia, perda de peso, taquicardia, fibrilação atrial, exoftalmia.</p> <p>Nódulos de tireoide suspeitos.</p> <p>Tireoidite subaguda.</p> <p>Câncer de tireoide: pacientes que se submetem à tireoidectomia com diagnóstico histopatológico.</p> <p>Oftalmopatia de Graves em atividade.</p>	<p>Hipo e hiper: TSH, T4 livre.</p> <p>Nódulos: USG de tireoide.</p> <p>Nódulo de tireoide com características suspeitas na USG de tireoide (nódulo maior que 1 cm, bordas irregulares, microcalcificações, vascularização central).</p> <p>Ca de tireoide: histopatológico.</p>
			Casos suspeitos de neoplasias.	História sucinta constando tempo de evolução, história progressa, doenças associadas, exame físico. Relatar achados importantes.	Prolactina, cortisol sérico ou urinário, IgF1, ACTH, TSH, T4 livre, FSH, LH, GH.
		HIPOFISE/ADRENAL	Doenças neuroendócrinas.	<p>Acromegalia: GH elevado.</p> <p>Prolactinoma: galactorreia, amenorreia, prolactina elevada.</p> <p>Síndrome de Sheehan: agalactia e amenorreia pós-parto.</p> <p>Diabetes insipidus: poliúria (mais de 3L/24hs).</p> <p>Hipogonadismo: diminuição da libido, disfunção sexual, perda de pelos axilares e pubianos.</p> <p>Hipocortisolismo: hipotensão arterial.</p> <p>Hipotireoidismo: intolerância ao frio, alopecia, astenia, constipação intestinal.</p> <p>Insuficiência adrenal (doença de Addison): hipotensão arterial, perda de peso, hiperpigmentação.</p> <p>Feocromocitoma: hipertensão arterial paroxística com tríade clássica de cefaleia + sudorese profusa + palpitação.</p> <p>Hiperaldosteronismo primário.</p> <p>Síndrome de Cushing: hipertensão arterial + DM + fraqueza muscular + obesidade centripeta.</p> <p>Incidentaloma adrenal: lesão expansiva adrenal em exame de imagem (USG, TC, RNM).</p>	<p>Sódio baixo, potássio elevado, cortisol sérico matinal abaixo de 5 mcg/dl. Cortisol sérico maior que 25 mcg/dl.</p> <p>Cushing: glicemia, hemograma, sódio, potássio, cortisol sérico, urinário e salivar, ACTH, RX de crânio, TC de tórax e abdome, RNM sela túrcica.</p> <p>Addison: sódio, potássio, glicemia, cortisol sérico e urinário, resposta do cortisol após administração de ACTH e aldosterona.</p> <p>Hiperaldosteronismo: aldosterona sérica, excreção urinária de potássio, sódio, potássio, TC, relação aldo/APR (atividade plasmática de renina).</p>

Protocolo de Acesso Ambulatorial			
Exame físico	Prioridade da regulação	Critério	Contrarreferência
Hipo: mixedema, bradicardia, bulhas hipofonéticas, disфонia, hiporreflexia. Hiper: exoftalmia, bócio, taquicardia, arritmias, tremores de extremidades, hiperreflexia. Abscesso tireoideano com sinais flogísticos locais ou bócio doloroso com sinais de hipertireoidismo discreto.	Casos de difícil controle.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.
Citar achados significativos.	Todos os casos.	P1	Permanecer no nível especializado.
Hipotensão arterial, hiperpigmentação, estrias violáceas, face em lua cheia. Afastar síndrome metabólica.	Todos os casos.	P1	Permanecer no nível especializado.

Gastroenterologia

Linha de cuidado	Especialidade	Consulta	Motivo de encaminhamento	HDA	Exames complementares sugeridos
UNIDADE DO SISTEMA DIGESTIVO	GASTROENTEROLOGIA	GERAL	Disfagia motora.	Necessidade de gastrostomia endoscópica percutânea em Internação de 24 horas.	Risco cirúrgico.
			Disfagia/odinofagia.	Alteração ou dor à deglutição.	EDA.
			Doenças do refluxo gastroesofágico: hérnia de hiato, esofagite de refluxo, esôfago de Barret.	Pacientes cirúrgicos sem complicações: pacientes que não respondem satisfatoriamente ao tratamento clínico, inclusive aqueles com manifestações atípicas cujo refluxo foi devidamente comprovado. Pacientes cirúrgicos com complicações; esôfago de Barret, estenose, úlcera e sangramento esofágico.	EDA, exame radiológico contrastado do esôfago, pH metria e manometria esofágica.
			Hemorragia digestiva para esclarecimento.	Hemorragia digestiva.	EDA e/ou colonoscopia.
			Gastrite atrófica diagnosticada.	Gastrite não responsiva, história de neoplasia gástrica, história de úlcera gástrica ou duodenal tratada com recidiva de sintomas, desconforto digestivo 2 vezes por semana por 4 semanas.	EDA com biópsia, pesquisa de H. pylori (anticorpos séricos, teste de urease).
			Úlcera péptica.	Gastrite não responsiva, história de neoplasia gástrica, história de úlcera gástrica ou duodenal tratada com recidiva de sintomas, desconforto digestivo 2 vezes por semana por mais de 4 semanas.	EDA com biópsia, pesquisa de H. pylori (anticorpos séricos, teste de urease).
			Diarreia crônica.	Eliminação de fezes predominantemente desmanchadas ou líquidas, não importa o número de vezes, por um período maior que 3 a 4 semanas.	Hemograma, bioquímica, EPF.
			Constipação Intestinal refratária ao tratamento prévio.	Constipação Intestinal quando a pessoa evacua até duas vezes por semana (menos de uma vez a cada 3-4 dias) ou há excessiva dificuldade para defecar, apesar do uso de laxativos.	Hemograma, bioquímica, RX simples de abdome, colonoscopia.
			Pancreatite.	Casos de complicações.	amilase, lipase, triglicerídeos, BTF, fosfatase alcalina, teste de tolerância à glicose, glicemia, TGO, TGP, GGT, RX simples de abdome, USG abdome e TC do órgão.

Protocolo de Acesso Ambulatorial			
Exame físico	Prioridade da regulação	Critério	Contrarreferência
-	Todos os casos.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.
-	Todos os casos.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.
Pacientes que apresentam sintomas com frequência mínima de 2x por semana, há cerca de 4 a 8 semanas, devem ser considerados possíveis portadores de DRGE. Existe correlação entre o período de duração dos sintomas e o aumento do risco para o desenvolvimento do esôfago de Barrett e adenocarcinoma de esôfago.	Casos tratados e descompensados.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.
-	Todos os casos.	P0	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.
Dor epigástrica, vômitos e distensão abdominal.	Pacientes tratados e descompensados.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.
Dor epigástrica, vômitos e distensão abdominal.	Pacientes tratados e descompensados.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.
Diarreia com ou sem sangue, muco ou pus, tenesmo associado, com ou sem urgência fecal.	Diarreia com sangue, emagrecimento importante.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.
Distensão abdominal, avaliação de presença de massas abdominais.	Relato de emagrecimento.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.
Dor abdominal em barra, dispepsia e vômito.	Pacientes tratados e descompensados.	P0	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.

Gastroenterologia

condição

Linha de cuidado	Especialidade	Consulta	Motivo de encaminhamento	HDA	
				HDA	Exames complementares sugeridos
UNIDADE DO SISTEMA DIGESTIVO	GASTROENTEROLOGIA	DOENÇA INFLAMATORIA INTESTINAL	Colite ulcerativa, doença de Crohn e síndrome do cólon irritável.	Perfuração de cólon, risco de evolução para neoplasia e casos cirúrgicos.	Colite ulcerativa: colonoscopia, enema opaco, hemograma, VHS, PCR, alfa 1 glicoproteína ácida, perfil de ferro e ferritina. Doença de Crohn: colonoscopia, enema opaco. Síndrome do cólon irritável: colonoscopia, enema opaco.
			Icterícia para esclarecimento.	Suspeita diagnóstica.	Provas de função hepática, USG abdome.
			Ascite para esclarecimento.	Suspeita diagnóstica.	USG abdome.
			Nódulo hepático.	Suspeita de carcinoma hepatocelular, nódulo em fígado crônico.	Biópsia hepática, TC com estudo dinâmico hepático, RNM com estudo dinâmico com CD do exame.
			Doença gordurosa hepática não alcoólica.	Síndrome metabólica.	Hemograma, coagulograma, TGO, TGP, GGT, BTF, USG de abdome.
			Síndromes colestáticas crônicas.	Icterícia, colúria, acolia fecal e prurido.	Hemograma, hepatograma, USG de abdome, anticorpo antimitocôndria, colangiorressonância magnética.
			Hepatites crônicas.	Hepatite crônica.	Hemograma, coagulograma, hepatograma, BTF. Hepatite A: anti-HAV IgG. Hepatite B: HBsAg, HBeAg, anti-HBc IgM e IgG, anti-HBe, anti-HBs. Hepatite C: anti-HCV, PCR quantitativo para HCV-RNA, genótipo do HCV, imunoglobulinas IgG, IgM, IgA, FAN, antímúsculo liso, anti-LKM 1, anticorpo antimitocôndria, ferro, ferritina, TIBC, alfa 1 antitripsina, USG de abdome, biópsia hepática ou fibroscan (dependendo da situação).
			Hepatites agudas.	Hepatite aguda.	Hemograma, TAP, PTT, bilirrubinas, transaminases, fosfatase alcalina, GGT, proteínas totais e frações e sorologia para hepatites A, B e C: anti-HAV IgG e IgM, HBsAg, anti-HBc IgG e IgM, anti-HBs e anti-HCV.
			Cirrose hepática.	Todos os casos.	Sorologia para hepatites A, B e C, ferritina, anticorpo antimitocôndria, antímúsculo liso, anti-LKM, FAN, alfafetoproteína, USG de abdome, TC do órgão, biópsia hepática, hemograma, hepatograma, EDA, imunoglobulinas IgG, IgA, IgM, glicemia, eletroforese de proteínas, colesterol, triglicerídeos e coagulograma.
			HEPATITES VIRAIS B e C	Hepatites virais B e C.	Hepatites virais B e C.

Protocolo de Acesso Ambulatorial			
Exame físico	Prioridade da regulação	Critério	Contrarreferência
Collite ulcerativa: diarreia sangüinolenta, muco, febre, dor abdominal, tenesmo, perda de peso e anemia. Doença de Crohn: dor abdominal, diarreia, febre, perda de peso. Pode evoluir com estenose ou fistulas Intestinais e para outros órgãos.	Casos tratados e descompensados.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.
Citar achados significativos.	Todos os casos.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.
Citar achados significativos.	Todos os casos.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.
Citar achados significativos.	Todos os casos.	P0	Permanecer no nível especializado.
Obesidade, DM, HAS.	Doença hepática avançada.	P3	Permanecer no nível especializado.
Sinais de Icterícia.	Todos os casos.	P0	Permanecer no nível especializado.
Mal-estar, náuseas, vômitos, diarreia, febre, colúria e acolia fecal, icterícia, hepatomegalia dolorosa, artrite, glomerulonefrite, poliartrite nodosa.	Hepatite crônica.	P0	Permanecer no nível especializado.
TAP menor que 50% e/ou encefalopatia hepática, náuseas, vômitos, febre persistente.	Todos os casos.	P0	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.
Estima-se que aproximadamente 40% dos pacientes com cirrose são assintomáticos. Uma vez que os sintomas se manifestam, no entanto, o prognóstico é grave. Os principais sintomas são anorexia, vômitos, fraqueza, icterícia, eritema palmar, ginecomastia, hepatoesplenomegalia, ascite, hemorragia digestiva, anemia, neuropatia periférica, hipertensão portal.	Todos os casos.	P0	Permanecer no nível especializado.
Mal-estar, náuseas, vômitos, diarreia, febre, colúria e acolia fecal, icterícia, hepatomegalia dolorosa, artrite, glomerulonefrite, poliartrite nodosa.	Todos os casos.	P0	Permanecer no nível especializado.

Neurologia

Linha de cuidado	Especialidade	Consulta	Motivo de encaminhamento	HDA	Exames complementares sugeridos
UNIDADE DO SISTEMA NEUROMUSCULAR	NEUROLOGIA	GERAL	Cefaleia.	História sucinta informando localização, característica, evolução e doenças associadas. Cefaleia de difícil controle, para a qual já foi feita uma profilaxia sem sucesso. Pacientes com alterações no exame neurológico, crises convulsivas, sinais de HIC associados a distúrbios do comportamento, com plora progressiva ou instalação súbita e constante, devem ser encaminhados ao neurologista/neurocirurgião em serviço de emergência.	Hemograma, bioquímica (glicose, sódio, potássio, cálcio, ureia, creatinina, TGO, TGP, LDH, fosfatase alcalina, GGT, BTE, proteínas totais e frações), sorologias para sífilis, hepatite e HIV, ácido fólico, T4 livre, TSH, vitamina B12, eletroneuromiografia.
			Epilepsia, convulsão e desmaios.	Crises convulsivas de difícil controle (após uso de duas medicações anticonvulsivantes em doses plenas), suspeita de epilepsia sintomática, crises convulsivas como componentes de síndromes neurológicas.	Orientar o paciente a levar os exames que já possuir, tais como TC de crânio, EEG e outros.
			Doença de Parkinson.	Tremor de repouso, bradicinesia, rigidez e alterações posturais.	Não há.
			Distonias.	Focal ou generalizada.	RNM de crânio.
			Neuropatias e síndrome do túnel do carpo.	Neuropatias já diagnosticadas em outro serviço e que necessitem de tratamento especializado, dores neuropáticas com refratariedade, parestesias recorrentes, progressivas, acompanhadas ou não de dor, câlambas, parestias e paralisias em geral, excetuando-se as síndromes piramidais. Incluem-se principalmente as paraplegias areflexas/hiporreflexas e as parestias/paralisias segmentares e focais (facial, do nervo abducente etc.), bem como as disfagias e as disfonias mais arrastadas, amiotrofias generalizadas, segmentares ou focais que não sejam decorrentes de imobilização após AVE ou outra condição estranha ao sistema neuromuscular, quedas frequentes, perda do equilíbrio.	Hemograma, bioquímica (glicose, sódio, potássio, cálcio, ureia, creatinina, TGO, TGP, LDH, fosfatase alcalina, GGT, proteínas totais e frações), sorologias para hepatite e HIV, hormônios tireoidianos, vitamina B12, eletroneuromiografia.
			Distúrbio de aprendizagem e retardo psicomotor.	História sucinta que especifique qual atraso do desenvolvimento neuropsicológico foi observado, qual é o distúrbio do comportamento, o tempo de evolução e os dados sobre o parto no primeiro ano de vida.	TC de crânio.

Protocolo de Acesso Ambulatorial			
Exame físico	Prioridade da regulação	Critério	Contrarreferência
Relatar achados importantes e informar PA. Caso seja realizado exame de fundo de olho e se encontrar papiledema, encaminhar paciente com exames para avaliação neurológica/neurocirúrgica em serviço de urgência.	Não há. Pacientes com sinais de alerta devem procurar a emergência.	P2	Retorno à UBS de posse do relatório de contrarreferência.
Relatar achados importantes.	Múltiplas crises e alterações ao exame neurológico. Pacientes com mais de uma crise em menos de 24h e, sem medicação, devem procurar a emergência.	P2	Permanecer no nível especializado, mas com acompanhamento mais frequente na UBS.
Relatar principais achados.	Pacientes com necessidade de mais de duas medicações.	P2	Permanecer no nível especializado, mas com acompanhamento mais frequente na UBS.
Relatar principais achados.	Não há.	P2	Permanecer no nível especializado.
Relatar quadro neurológico.	Condições de evolução agudas.	P2	Permanecer no nível especializado.
Relatar achados importantes.	Não há.	P3	Retorno à UBS de posse do relatório de contrarreferência. Encaminhamento para nível especializado se houver intercorrências.

Neurologia

conduto

Linha de cuidado	Especialidade	Consulta	Motivo de encaminhamento	HDA	Exames complementares sugeridos
UNIDADE DO SISTEMA NEUROMUSCULAR	NEUROLOGIA	GERAL	Paralisia facial periférica.	Mononeuropatia isolada de instalação aguda com comprometimento de toda a hemiface. Pode-se acompanhar de alteração dos gostos salgado e doce na metade da língua do lado comprometido e hiperacusia. Não há outro déficit neurológico (hemiplegia, hemianestesia e alteração de sensibilidade superficial da face).	Não há.
			Cisticercose.	Encaminhar todos os casos.	TC de crânio, RNM e EEG.
			Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA).	Evolução de disfagia, disfonia e perda progressiva de força, generalizada ou bulbar.	Eletroencefalografia, RNM de crânio e cervical.
			Miastenia grave e outras miopatias.	Já diagnosticada em outro serviço e que necessite de tratamento especializado ou suspeita diagnóstica de miastenia.	TC de tórax, eletroencefalografia (estimulação repetitiva).
			Acidente vascular cerebral.	Quadros subagudos que necessitem de investigação para diagnóstico etiológico, se ainda não estabelecido.	Hemograma, bioquímica, lipidograma, ECG, TC e/ou RNM do crânio e USG vascular.
			Hidrocefalia.	Todos os casos com suspeita diagnóstica. Se o caso estiver associado à presença de tumor, encaminhar o paciente diretamente ao neurocirurgião.	TC e RNM de crânio.
			Síndromes demenciais (Alzheimer e outros).	História detalhando a instalação e o comprometimento cognitivo identificado (orientação, memória, atenção, julgamento, raciocínio e linguagem). Fazer diagnóstico diferencial entre demências tratáveis e não tratáveis.	Hemograma, TAP, glicose, sódio, potássio, cálcio, ureia, creatinina, TGO, TGP, fosfatase alcalina, GGT, bilirrubinas, proteínas totais e frações, VDRL, FTA-ABS, vitamina B12, ácido fólico, T4 livre, TSH, TC e/ou RNM do crânio.
		ESCLEROSE MÚLTIPLA	Surto agudo e quadro crônico.	História detalhando a instalação e o comprometimento neurológico identificado (motor, sensitivo, de coordenação, esfinteriano e visual), principalmente em mulher jovem. Diferenciar surto agudo em cenário de doença crônica e autoimune.	Orientar o paciente a levar os exames que já possuir, tais como RNM, líquor e potenciais evocados.

Protocolo de Acesso Ambulatorial			
Exame físico	Prioridade da regulação	Critério	Contra-referência
Diferenciar a paralisia periférica (toda a hemiface) da central (somente da parte inferior da face, não comprometendo a frontal).	Não há.	P1	Jamais encaminhar ao serviço de neurologia, manejar na UBS. Só encaminhar se houver eventos recorrentes ou outros achados neurológicos combinados.
Sintomas focais, meníngeos e crises epilépticas.	Casos tratados e descompensados e não tratados.	P1	Retorno à UBS, de posse de relatório de contra-referência.
Sinais de comprometimento de 1º e 2º neurônio motor.	Todos os casos.	P0	Permanecer no nível especializado.
Relatar achados importantes.	Todos os casos.	P0	Permanecer no nível especializado.
Relatar achados importantes.	Hemorragia subaracnóideia não investigada.	P1	Dependendo da avaliação, encaminhar à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contra-referência.
Aumento do perímetro cefálico em relação à faixa etária. Irritabilidade, vômitos, sonolência. Sinal do pote rachado (sinal de MacEwen).	Todos os casos descompensados ou mal tratados.	P0	Permanecer em nível especializado.
Avaliação neuropsicológica com Mini Exame do Estado Mental (MEEM) e Teste do Desenho do Relógio (TDR).	Não há.	P0	Permanecer no nível especializado, mas com acompanhamento mais frequente na UBS.
Exame neurológico.	Surto.	P0	Permanecer no nível especializado.

Pneumologia

Linha de cuidado	Especialidade	Consulta	Motivo de encaminhamento	HDA		
				HDA	Exames complementares sugeridos	
UNIDADE DO SISTEMA RESPIRATÓRIO	PNEUMOLOGIA	GERAL	Dor torácica.	Sintomas e sinais significativos de origem pneumológica, derrame pleural.	RX de tórax PA e perfil, ECG, ECO, TC de tórax.	
			Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC).	RX de tórax PA e perfil alterados, RX de selos da face alterado (sinusopatia), pneumonia arrastada, com possibilidade de outros diagnósticos, suspeita de neoplasia, obstrução brônquica, corpo estranho, empiema pleural, infecção multirresistente a antibióticos, pneumonia com hipoxemia, insuficiência respiratória.	RX de tórax, hemograma completo, glicemia, pesquisa de BK no escarro em casos suspeitos, TC de tórax em casos de suspeita de Pneumocystis carinii ou imunocomprometidos. Nos casos mais graves: ureia, creatinina, eletrólitos, proteínas totais e HIV.	
			Tosse.	Tosse crônica (duração superior a 3 semanas).	RX de tórax e dos selos da face ou TC dos selos da face e do tórax.	
			Pneumopatia Intersticiais difusas.	Doenças autoimunes, doenças Intersticiais Idlopáticas.	RX de tórax e TC de tórax.	
			Doenças supurativas pulmonares: bronquiectasias e abscessos.	RX de tórax ou TC de tórax alterados.	RX de tórax e TC de tórax.	
			Nódulo pulmonar, massa pulmonar ou mediastinal para investigação.	RX de tórax recente alterado ou suspeito, TC de tórax alterada ou suspeita, casos indeterminados mesmo com exames complementares, nódulos alterados em segmento radiológico ou RX prévio; nódulos espiculados, irregulares e/ou suspeitos.	RX de tórax em PA e perfil recentes e TC de tórax em casos indeterminados.	
			Hipertensão pulmonar.	Doenças do tecido conjuntivo, cardiopatias congênitas, hipertensão arterial pulmonar primária sem etiologia, HIV com hipertensão pulmonar, tromboembolismo crônico, drogas, anemias hemolíticas, doença veno-oclusiva.	RX de tórax, ECG, ECO.	
			Doenças da pleura.	RX de tórax e TC alterados.	RX de tórax e TC de tórax.	
			Doenças do mediastino.	RX de tórax e TC alterados.	RX de tórax e TC de tórax.	
			ASMA	Asma grave.	Asma grave ou de difícil controle.	RX de tórax (afastar outras doenças), RX de selos da face (sinusopatia), IgE (processo alérgico), espirometria, EDA na suspeita de refluxo gastroesofágico, teste alérgico em casos selecionados.
			DPOC	Doença pulmonar obstrutiva crônica.	Dispneia de esforço, tosse produtiva, DPOC estágios 3 e 4.	RX de tórax PA e perfil, TC de tórax.

Protocolo de Acesso Ambulatorial			
Exame físico	Prioridade da regulação	Critério	Contrarreferência
Identificar as principais causas da dor torácica.	Dor torácica de origem pneumológica e que se enquadre nas doenças de referência.	P0	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.
Citar os achados significativos.	Falhas no tratamento inicial ou naqueles com comorbidades importantes, como DPOC, DM, ICC, IRC.	P0	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.
Citar os achados significativos.	Pacientes cujos exames iniciais não identificaram a causa da tosse.	P3	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.
Citar os achados significativos.	Dispneia com hipoxemia.	P2	Permanecer no nível especializado.
Citar os achados significativos.	Pacientes com tosse crônica com expectoração, febre.	P0	Permanecer no nível especializado.
Citar os achados significativos.	Nódulo alterado em comparação a RX prévio ou TC de tórax e/ou biópsia pulmonar alterada.	P0	Permanecer no nível especializado.
Citar achados significativos.	Tosse, dispneia.	P1	Permanecer no nível especializado.
Citar os achados significativos.	-	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.
Citar os achados significativos.	-	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.
Citar achados significativos.	Pacientes que necessitam de uso contínuo e de altas doses de broncodilatadores e corticoides sistêmicos e inalatórios e não conseguem controlar os sintomas.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.
Citar achados significativos.	Pacientes sintomáticos (dispneia, tosse crônica, infecção respiratória de repetição). Insuficiência respiratória crônica, hipoxemia, cor pulmonale.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.

PROCEDIMENTO: 1ª Consulta Ambulatorial

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

Atender o paciente verificando hipótese diagnóstica e procedendo a investigação pertinente.

MATERIAL NECESSÁRIO

- Sala de ambulatório com maca, mesa e cadeiras
- Prontuário médico
- Receituário

PRINCIPAIS ATIVIDADES

- Realizar o registro do atendimento englobando motivo da consulta, história médica atual, interrogatório sistemático, antecedentes médicos, antecedentes familiares, história social e da personalidade, exame físico;
- Realizar o exame físico do paciente;
- Estabelecer a suspeita diagnóstica;
- Solicitar os exames laboratoriais, radiológicos, etc., necessários à investigação da suspeita diagnóstica;
- Programar consulta subsequente, se for o caso;
- Registrar na ficha de atendimento do paciente todos os dados da consulta.

CUIDADOS

- Adequar linguagem médica à linguagem local;
- Registrar os exames solicitados no prontuário;
- Checar se há registro de atendimento anterior bem com existência de exames recentes realizados;
- Orientar o paciente quanto à suspeita diagnóstica, condutas e tratamentos a serem prescritos e prognóstico.

PROCEDIMENTO: Consulta Subsequente em Ambulatório

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

Reavaliar o caso do paciente e tomar decisão terapêutica.

MATERIAL NECESSÁRIO

- Sala de ambulatório com maca, mesa e cadeiras
- Prontuário médico
- Receituário

PRINCIPAIS ATIVIDADES

- Receber e anotar em prontuário médico os resultados dos exames solicitados anteriormente;
- Encaminhar, se necessário, o paciente para outros especialistas, no caso de tratamento de doenças associadas, fornecendo relatório médico;
- Programar o retorno para acompanhamento, se for o caso.

CUIDADOS

- Adequar linguagem médica à linguagem local;
- Verificar a condição de compra de medicamentos pelo paciente;
- Prescrever sempre que possível, medicamentos genéricos.

Procedimentos Médicos: Cardiologia

PROCEDIMENTO: Prevenção da Aterosclerose - Dislipidemia

RESPONSÁVEL: Médico Cardiologista

DESCRIÇÃO DO MÉTODO DE COLETA DE EVIDÊNCIAS:

Levantamento bibliográfico no MEDLINE e INDEX MEDICUS Latino Americano. Consulta às Diretrizes europeias do ano de 1998 e Americanas de 2001.

GRAU DE RECOMENDAÇÃO E FORÇA DE EVIDÊNCIA:

A: Grandes ensaios clínicos aleatorizados e meta-análises.

B: Estudos clínicos e observacionais bem desenhados.

C: Relatos e séries de casos clínicos.

D: Publicações baseadas em consensos e opiniões de especialistas.

OBJETIVOS:

Definir e recomendar os principais procedimentos utilizados na prevenção da

aterosclerose.

CLASSIFICAÇÃO DAS DISLIPIDEMIAS

A aterosclerose é doença multifatorial na qual as dislipidemias são um fator de risco modificável. A diminuição do LDL-colesterol (LDL-C) em indivíduos sob risco diminui a morbimortalidade relacionada à aterosclerose coronariana^{1-5(A)6(D)}.

CLASSIFICAÇÃO LABORATORIAL 6(D):

- Hipercolesterolemia isolada (aumento do colesterol total-CT e ou LDL-C);
- Hipertrigliceridemia isolada (aumento dos triglicérides-TG);
- Hiperlipidemia Mista (aumento do CT e dos TG);
- Diminuição isolada do HDL-colesterol (HDL-C) ou associada a aumento dos TG ou LDL-C.

PROCEDIMENTO: Abordagem da Dor Torácica

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

- Identificar a etiologia da dor torácica
- Sedado a dor.
- Iniciar tratamento da eventual causa.

MATERIAL NECESSÁRIO

- Laudo do Raio X, Exames laboratoriais, Material descartável (seringas, agulhas, gelcos, catéter de oxigênio, catéter de PVC, equipos de soro), medicamentos (ver abaixo) e equipamentos pertinentes (aparelho eletrocardiograma, estetoscópio, ensiômetro, termômetro)

PRINCIPAIS ATIVIDADES

- Definir se a dor é Atípica ou Típica.

Se Atípica:

1. ECG
2. Rx de tórax em PA.
3. Investigar diagnóstico diferencial

4. (Dispepsia, Osteoartropatia de coluna, Afecção da parede muscular, Pleurisia, Embolia Pulmonar, Pneumotórax, Dissecção aórtica.)
5. Medicação com AINS.
6. Liberar o paciente.

Se Típica:

1. Monitorizar o paciente.
2. Acesso venoso periférico com gelco 16 ou 18.
3. Cateter nasal com O₂ a 5 l/min.
4. AAS 200mg via oral
5. ECG
6. Nitrato SL 5mg se PA sist.>100 mmHg
7. Caso dor não ceda e PA>100 mmHg – Morfina 3 a 4 mg IV
8. Rx de torax em PA e Perfil.
9. Solicitar enzimas CPK e CK-MB (se disponíveis e de 6/6 horas).
10. Controlar arritmias ameaçadoras.
11. Tratar hipotensão/choque.

CUIDADOS

- Não fazer medicação intramuscular.
- Lembrar que o horário da dor deve ser contado a partir do início da dor e não da chegada à emergência
- Referir ao protocolo de definição de risco de IAM ou morte na dor torácica (PHM 014)

AÇÕES CORRETIVAS

- Transferir o paciente para Unidade Coronariana ou UTI para curva enzimática e definição terapêutica.

PROCEDIMENTO: Abordagem das Taquicardias Estáveis

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

- Reconhecer a taquicardia
- Identificar as taquicardias de complexos estreitos e complexos largos
- Reverter o paciente a ritmo sinusal ou arritmia sem risco de vida

MATERIAL NECESSÁRIO

- Material descartável: cateter de oxigênio, equips, seringas, agulhas, gelcos, medicamentos e equipamentos pertinentes (oxímetro de pulso, desfibrilador, monitor cardíaco, estetoscópio, tensiômetro, aparelho de eletrocardiograma) material para curativo, material para intubação.

PRINCIPAIS ATIVIDADES

1. ABC (Suporte básico de vida)
2. O₂ sob cateter nasal a 5 lit/min
3. Acesso venoso com 2 gelcos N.16
4. Monitorização com cardioscopia
5. Monitorização da PA
6. Monitorização de sinais vitais
7. Oximetria de Pulso.
8. ECG com 12 derivações e DII longo.
9. Definir se a taquicardia estável tem complexos estreitos ou largos.

Complexos Estreitos

- Se fibrilação ou flutter atrial:
- Se a frequência ventricular não estiver elevada, deve-se apenas observar e estratificar.
- Se a FV estiver elevada – Amiodarona 5-10 mg/kg e manter 600 a 1200 mg/dia.
- Se Taquicardia Supraventricular Paroxística:
- Manobra vagal
- Não revertendo – Amiodarona 5-10 mg/kg.
- Manter infusão de 600-1200mg/dia.
- Não revertendo – Avaliar se há QRS alargado.
- Havendo QRS alargado – Lidocaína 1 a 1,5 mg/kg IV.

- Não revertendo – realizar cardioversão elétrica sincronizada.
- Não havendo QRS alargado – Verificar PA. Caso esteja baixa deve-se realizar a cardioversão elétrica.
- Caso PA esteja normal ou elevada – Amiodarona 5 a 10 mg/kg IV lento
- Não revertendo – realizar cardioversão elétrica sincronizada.

Complexos Largos

- Se taquicardia ventricular

o Lidocaína 1mg/kg IV até 3mg/kg

o Revertendo – manter lidocaína 1 a 4 mg/min em infusão contínua.

o Não revertendo – Amiodarona 5 a 10 mg/kg IV lento.

o Revertendo – Amiodarona 600 a 1200mg/dia

o Não revertendo – Cardioversão elétrica para pacientes instáveis.

CUIDADOS

- Checar os níveis de K sérico e de digoxina. Na FA ou flutter, caso seja afastada intoxicação digitalica, pode-se acrescentar digital.

AÇÕES CORRETIVAS

- Confirmando-se intoxicação digitalica deve-se suspender o digital e repor o potássio.

2.7.3.4. Apresentação de Quadro de Metas para a Área Médica e Não Médica

A primeira fase de gestão da operação da Unidade, será o momento de realizar as reestruturações necessárias dos serviços, buscando uma otimização do espaço físico e recursos humanos alinhando ao perfil e definições de atendimento para a POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE em conjunto com a Secretaria Estadual de Saúde.

A unidade deverá realizar um número de atendimento ambulatorial, perfazendo 5.748 (cinco mil setecentos e quarenta e oito) consultas ambulatoriais médicas nas seguintes especialidades: Cardiologia, Dermatologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Ginecologia/Obstetrícia, Hematologia, Mastologia, Nefrologia, Neurologia, Pediatria, Oftalmologia, Ortopedia/Traumatologia, Otorrinolaringologia, Pneumologia, Reumatologia, Urologia e Medicina da Família, encaminhados pelo Complexo Regulador Estadual e/ou Central de Regulação do Município de Posse.

A unidade deverá realizar um número de atendimento ambulatorial, perfazendo 2.544 (dois mil quinhentos e quarenta e quatro) atendimentos ambulatoriais não médicos nas seguintes especialidades: Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Psicologia, Serviço Social e Odontologia.

Especialidades Médicas	1º ano	2º ano	3º ano	4º ano
Cardiologia	3.201	3.630	3.630	3.630
Dermatologia	3.201	3.630	3.630	3.630
Endocrinologia	3.201	3.630	3.630	3.630
Gastroenterologia	3.201	3.630	3.630	3.630
Ginecologia/Obstetrícia	6.402	7.260	7.260	7.260
Hematologia	3.201	3.630	3.630	3.630
Mastologia	3.201	3.630	3.630	3.630
Nefrologia	3.201	3.630	3.630	3.630

Neurologia	3.201	3.630	3.630	3.630
Pediatria	6.402	7.260	7.260	7.260
Oftalmologia	3.201	3.630	3.630	3.630
Ortopedia/Traumatologia	3.201	3.630	3.630	3.630
Otorrinolaringologia	3.201	3.630	3.630	3.630
Pneumologia	3.201	3.630	3.630	3.630
Reumatologia	3.201	3.630	3.630	3.630
Urologia	3.201	3.630	3.630	3.630
Medicina da Família	3.201	3.630	3.630	3.630

Especialidades Não Médicas	1º ano	2º ano	3º ano	4º ano
Enfermagem	3.466	3.816	3.816	3.816
Farmácia	3.466	3.816	3.816	3.816
Fisioterapia	3.466	3.816	3.816	3.816
Fonoaudiologia	3.466	3.816	3.816	3.816
Nutrição	3.466	3.816	3.816	3.816
Psicologia	3.466	3.816	3.816	3.816
Serviço Social	3.466	3.816	3.816	3.816
Odontologia	3.466	3.816	3.816	3.816

2.7.3.5. Protocolos de Enfermagem nas Áreas de Central de Esterilização e Laboratório

2.7.3.5.1. Protocolos para a Central de Esterilização:

As infecções relacionadas a assistência à saúde constituem um problema grave e um grande desafio, exigindo ações efetivas de prevenção e controle pelos serviços de saúde. O controle de infecção é um processo de apoio dentro dos ambientes de assistência à saúde que atua como promotor de qualidade e segurança, sendo necessário implementar diretrizes de práticas corretas e fomentar a educação permanente dos profissionais, a fim de diminuir riscos de exposição dos usuários e dos profissionais de saúde na execução das atividades e procedimentos.

A ABEAS, entendendo a necessidade de manter atualizadas as recomendações para prevenção e controle das infecções, elaborou este Protocolo à partir da verificação do crescimento e magnitude de atendimentos realizados pela rede de atenção à saúde e da necessidade de normatizar e uniformizar as ações.

Abaixo alguns conceitos que fazem parte o Processo de Limpeza, desinfecção e esterilização em serviços de saúde:

- a) **ARTIGOS:** Compreendem instrumentais, objetos de natureza diversa, utensílios (talheres, louças e outros) e acessórios de equipamentos.
- b) **ARTIGOS NÃO CRÍTICOS:** Aqueles que entram em contato com a pele íntegra do usuário. Requerem limpeza e/ou desinfecção de baixo ou médio nível. Deve-se atentar para o risco de transmissão secundária por parte dos profissionais que lidam com o artigo e entrem em contato com o usuário. Ex: termômetro clínico.
- c) **ARTIGOS SEMI-CRÍTICOS:** Aqueles que entram em contato com a pele não intacta ou com mucosas íntegras. Exigem desinfecção de médio ou alto nível ou esterilização. Ex: equipamentos respiratórios, anestesia e endoscópios.
- d) **ARTIGOS CRÍTICOS:** Aqueles que entram em contato com tecidos estéreis ou com o sistema vascular, bem como todos os que estejam diretamente conectados com este sistema, pois possuem alto risco de causar infecção. Estes requerem esterilização para satisfazer os objetivos a que se propõem. Ex.: agulhas, roupas e instrumentos cirúrgicos.

- e) ARTIGOS DE USO ÚNICO: Produtos que perdem suas características originais após o uso ou, em função de outros riscos reais ou potenciais à saúde do usuário não devem ser reutilizados.
- f) DESCONTAMINAÇÃO: É o processo de redução dos microrganismos de artigos e superfícies, tornando-os seguro para o manuseio.
- g) DESINFECÇÃO: É o processo físico ou químico de destruição de microrganismos, exceto os esporulados. A desinfecção é realizada por meio físico, através da água quente (60 a 90°C) ou em ebulição e pelo meio químico, através de produtos denominados desinfetantes.
- h) ESTERILIZAÇÃO: É o processo de destruição de todos os microrganismos, inclusive esporulados, a tal ponto que não seja mais possível detectá-los através de testes microbiológicos padrão. A probabilidade de sobrevivência do microrganismo no item submetido ao processo de esterilização é menor que um em um milhão.
- i) LIMPEZA: É o processo manual ou mecânico de remoção de sujidade, mediante o uso da água, sabão e detergente neutro ou detergente enzimático para manter em estado de asseio os artigos e superfícies reduzindo a população microbiana. A limpeza o primeiro passo nos procedimentos técnicos de desinfecção e esterilização, considerando que a presença de matéria orgânica protege os microrganismos do contato com agentes desinfetantes e esterilizantes.
- j) PRE-LIMPEZA: Remoção da sujidade visível presente nos produtos para saúde.
- k) SUPERFÍCIES: compreende mobiliários, pisos, paredes, portas, tetos, janelas, equipamentos e demais instalações.

A Central de Material Esterilizado – CME é a área responsável pela limpeza e processamento de artigos e instrumentais médico-hospitalares.

Tem como atividades:

- Esterilização: Segundo a ANVISA, é um processo que visa destruir ou eliminar todas as formas de vida microbiana presentes, inclusive sob forma de esporos.

- Reprocessamento: processo a ser aplicado a produtos médico-hospitalares, exceto os de uso único, para permitir sua reutilização neste processo inclui a limpeza, desinfecção, embalagem, esterilização e testes de qualidade.
- Reesterilização: processo de esterilização de produto já esterilizado, mas não utilizado dentro do prazo de validade do produto.

Com a gestão e execução dos serviços de saúde pela ABEAS, serão implantados na POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE protocolos assistenciais para a área de Enfermagem, que estão descritos a seguir:

Equipe de enfermagem na CME:

- Enfermeiro Coordenador de Setor
- Técnicos de Enfermagem

Atribuições a Cada Cargo:

- **Enfermeiro Coordenador de Setor**
 - Assegurar a higienização pessoal e bem-estar próprio bem como dos demais profissionais que atuam no CME como cuidados com o corpo, unhas, uniforme (conforme especificidade abordado neste material), evitando a transmissão de infecções;
 - Assegurar o cumprimento das práticas assépticas, evitando a transmissão de infecções e proteção do profissional;
 - Planejar, coordenar, executar, supervisionar e avaliar todas as etapas relacionadas ao processamento de produtos para saúde: recepção, limpeza, secagem, avaliação da integridade e da funcionalidade, preparo, desinfecção ou esterilização, armazenamento e distribuição para as unidades consumidoras;
 - Participar da elaboração de Protocolo Operacional Padrão para as etapas do processamento de produtos para saúde, com base em referencial científico atualizado e normatização pertinente. Os Protocolos devem ser amplamente divulgados e estar disponíveis para consulta;

- Participar da elaboração de sistema de registro (manual ou informatizado) da execução, monitoramento e controle das etapas de limpeza e desinfecção ou esterilização, bem como da manutenção e monitoramento dos equipamentos em uso no CME;
- Propor e utilizar indicadores de controle de qualidade do processamento de produtos para saúde, sob sua responsabilidade;
- Avaliar a qualidade dos produtos fornecidos por empresa processadora terceirizada, quando for o caso, de acordo com critérios preestabelecidos;
- Acompanhar e documentar, sistematicamente, as visitas técnicas de qualificação da operação e do desempenho de equipamentos do CME, ou da empresa processadora de produtos para saúde;
- Definir critérios de utilização de materiais que não pertençam ao serviço de saúde, tais como prazo de entrada no CME, antes da utilização, necessidade, ou não, de reprocessamento, entre outros;
- Participar das ações de prevenção e controle de eventos adversos no serviço de saúde, incluindo o controle de infecção;
- Garantir a utilização de EPI – Equipamentos de Proteção Individual, de acordo com o ambiente de trabalho do CME ou da empresa processadora de produtos para saúde;
- Participar do dimensionamento e da definição da qualificação necessária aos profissionais para atuação no CME ou na empresa processadora de produtos para saúde;
- Promover capacitação, educação permanente e avaliação de desempenho dos profissionais que atuam no CME ou na empresa processadora de produtos para saúde;
- Orientar e supervisionar as unidades usuárias dos produtos para saúde, quanto ao transporte e armazenamento dos mesmos;
- Elaborar termo de referência ou emitir parecer técnico, relativo à aquisição de produtos para saúde, equipamentos e insumos a serem utilizados no CME ou na empresa processadora de produtos para saúde;
- Atualizar-se, continuamente, sobre as inovações tecnológicas relacionadas ao processamento de produtos para saúde.

- **Técnicos de Enfermagem**

- Garantir a higienização pessoal e bem-estar como Cuidados com o corpo, unhas, uniforme (conforme especificidade abordado neste material), evitando a transmissão de infecções.
- Cumprir as práticas assépticas, evitando a transmissão de infecções e proteção do profissional;
- Realizar a limpeza e a higienização das superfícies móveis dos ambientes relacionados aos atendimentos clínicos;
- Realizar a limpeza do instrumental após a sua utilização, para reduzir a carga microbiana presente nos artigos e impedir que a matéria orgânica fique aderida, formando biofilme;
- Disponibilizar artigos pronto para a esterilização;
- Realizar o teste nas autoclaves com pré-vácuo, a fim de monitorar todos os parâmetros que podem afetar o processo de esterilização;
- Disponibilizar artigos esterilizados e prontos para uso no serviço e oferecer segurança aos usuários.
- Manter o processo de esterilização;
- Realizar a limpeza do material inalatório, realizando desinfecção de alto nível.
- Disponibilizar artigos desinfetados e prontos para uso no serviço e oferecer segurança aos usuários;
- Realizar a limpeza e desinfecção nas almotolias após o término da solução e/ou semanalmente
- Disponibilizar artigos desinfetados e prontos para uso.

TÉCNICA DE LIMPEZA E/OU DESINFECÇÃO DE SUPERFÍCIES

EXECUTANTE: Técnicos de enfermagem.

ÁREA: Higienização, desinfecção e esterilização (área limpa e suja da sala de esterilização).

OBJETIVO: Realizar a limpeza e a higienização das superfícies.

Material necessário:

- Panos de limpeza
- Sabão líquido
- Usar álcool 70%
- Recipiente para solução
- EPI (luvas, máscara, avental e óculos)

Periodicidade: Uma vez por período ou sempre que necessário.

Passos:

- Preparar previamente todo o material necessário ao procedimento de limpeza e desinfecção;
- Usar uniforme e o equipamento de proteção individual (EPI), de acordo com as circunstâncias de risco;
- Limpar com movimentos únicos, do lugar mais limpo para o mais sujo as bancadas e superfícies antes e depois do término das atividades;
- Retirar os objetos de cima e, se possível,
- Retirar a poeira da bancada com o pano úmido dobrado, para obter várias superfícies de limpeza;
- Imergir o outro pano na solução detergente e retirar o excesso;
- Limpar a superfície, esfregando o pano dobrado com solução detergente; se necessário usar a escova;
- Retirar toda a solução detergente com pano umedecido em água limpa;
- Enxugar a bancada;

- Com um pano embebido em álcool 70% friccionar por 30 segundos as superfícies já limpas;
- Organizar o setor e recolher o material.

TÉCNICA DE LIMPEZA MANUAL DE INSTRUMENTAL

EXECUTANTE: Técnicos de enfermagem.

ÁREA: Higienização, desinfecção e esterilização.

OBJETIVO: Realizar a limpeza do instrumental após a sua utilização, para reduzir a carga microbiana presente nos artigos e impedir que a matéria orgânica fique aderida, formando biofilme.

Material necessário:

- EPI (avental impermeável, máscara, touca, óculos, luvas de autoproteção);
- Recipientes de plástico de tamanho compatível com a quantidade de material;
- Escova de cerdas duras e finas;
- Compressas ou panos limpos e macios;
- Solução de água e detergente neutro ou detergente enzimático.

Periodicidade: Sempre que necessário.

Passos:

- Separar o material;
- Usar EPI para iniciar a limpeza do instrumental;
- Manipular o material cuidadosamente evitando batidas ou quedas;
- Separar as pinças de pontas traumáticas (Pozzi, Backhaus) e lavar separadamente, evitando acidentes;
- Imergir o instrumental aberto na solução de água e detergente enzimático e deixar o tempo recomendado conforme orientação do fabricante, para remoção dos resíduos de matéria orgânica;
- Observar para que o instrumental mais pesado e maior fique sob os pequenos e leves;

- Lavar a instrumental peça por peça, cuidadosamente com escova, realizando movimentos no sentido das serrilhas, dar atenção especial para as articulações, serrilhas e cremalheiras;
- Enxaguar rigorosamente o instrumental em água corrente, abrindo e fechando as articulações;
- Inspecionar os artigos para a verificação da limpeza e de seu funcionamento, pode ser feito a olho nu ou com o uso de lupa com aumento de 8X;
- A água deve atender aos padrões de potabilidade definidos em normatização específica (destacar limpeza caixa d'água periodicamente);
- Enxugar as peças com pano macio e limpo, em toda a sua extensão,
- Usar ar comprimido no interior dos materiais canulados para secagem adequada.

PREPARO E ACONDICIONAMENTO

EXECUTANTE: Técnicos de enfermagem.

ÁREA: Sala de esterilização.

OBJETIVO: Disponibilizar artigos prontos para a esterilização.

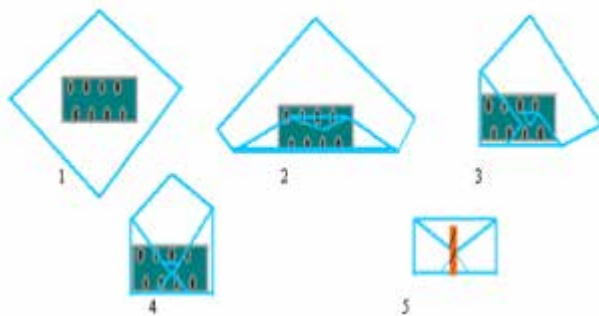
- Embalar devidamente os materiais para garantir a penetração do agente esterilizante e impedir a entrada de microrganismos até a sua abertura.

Técnica do Envelope

- Separar o material necessário:
- Campo em tecido de algodão cru duplo ou papel crepado, não é permitido o uso de embalagens de tecido de algodão reparadas com remendos ou cerzidas e sempre que for evidenciada a presença de perfurações, rasgos, desgaste do tecido ou comprometimento da função de barreira, a embalagem deve ter sua utilização suspensa.
Os campos de algodão utilizados em pacotes devem ser lavados antes de serem reutilizados, pois durante a esterilização a trama de tecido fecha, sendo necessário reidratar a fibra de tecido para novo processo de esterilização;
- Material a ser empacotado;
- Fita teste para autoclave a vapor.

- Colocar o campo em posição diagonal sobre a bancada, colocando o material no centro do campo;
- Pegar a ponta voltada para o operador e cobrir o material, fazendo uma dobra externa na ponta;
- Pegar uma das laterais do campo e trazer sobre o objeto a ser empacotado, fazendo uma dobra externa na ponta;
- Repetir o procedimento com a outra lateral;
- Completar o pacote trazendo a ponta restante sobre o objeto, finalizando o envelope, fazendo uma prega na ponta;
- Fechar o pacote com a fita teste para autoclave;
- Identificar a fita da embalagem com nome do produto, número do lote, data de esterilização, prazo de validade (data limite de uso de 7 dias para tecido e papel crepado e assinatura).

Figura – Técnica do Envelope



TÉCNICA DE EMPACOTAMENTO EM PAPEL GRAU CIRÚRGICO

- Utilizar o papel grau cirúrgico em tamanho adequado ao material, observando a data de validade (data de limite de uso) do mesmo;
- Colocar o material a ser esterilizado no papel grau cirúrgico e encaminhar para selagem. A selagem de embalagens tipo envelope ou rolo deve ser feita por termo seladora ou conforme orientação do fabricante, no selamento deverá ser deixada uma borda livre de

no mínimo 3cm da borda, com uma largura de 1cm de selagem, para facilitar a abertura, assim como deve ser íntegra, contínua, sem pregas e rugas;

– Identificar na borda livre com nome do produto, número do lote, data de esterilização, prazo de validade (30 dias) e assinatura.



TESTE BOWIE – DICK – INDICADOR QUÍMICO CLASSE II, PARA MONITORAMENTO DO PROCESSO DE ESTERILIZAÇÃO NAS AUTOCLAVES

EXECUTANTE: Técnicos de enfermagem.

ÁREA: Sala de esterilização.

OBJETIVO: Realizar o teste nas autoclaves com pré-vácuo, a fim de monitorar todos os parâmetros que podem afetar o processo de esterilização, como: Vapor super saturado, presença de gases não condensáveis, super aquecimento e presença de bolhas de ar.

RECURSOS NECESSÁRIOS:

1. Autoclave à vácuo
2. Folha do teste
3. Pacote desafio
4. Fita de identificação
5. Caderno ou impresso próprio para anotação e arquivo dos testes realizados

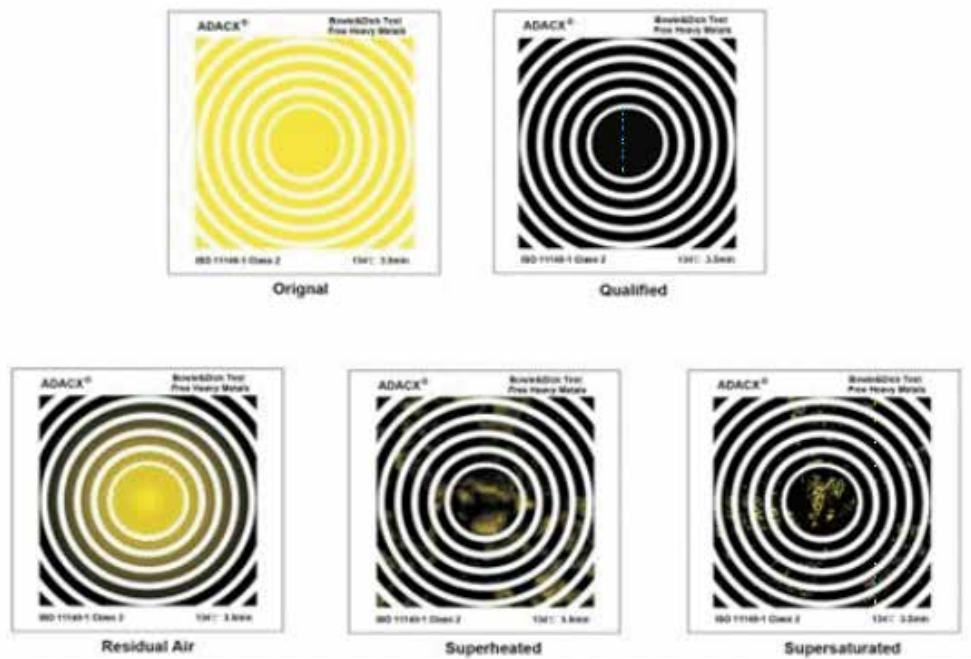
PERIODICIDADE: Diariamente, na primeira carga do dia.

PASSO A PASSO

CONFECÇÃO DO PACOTE MANUAL

- Higienizar as mãos conforme protocolo
 - Utilizar EPI recomendados
 - Ligar a autoclave para o aquecimento
1. Preparar pacote desafio –com campos, compressas, lençol (se for o caso), colocar a folha teste no centro geométrico do pacote;
 2. Embalar frouxamente o pacote em campo de algodão duplo, fechando com fita adesiva;
 3. Identificar o pacote como TESTE e nome do profissional responsável;
 4. Colocar o pacote no rack da autoclave, com a câmara vazia na parte frontal da autoclave;
 5. Selecionar o ciclo específico para teste de Bowie & Dick da autoclave, conforme recomendações do fabricante da autoclave (134° C e não deve ultrapassar 4 minutos);
 6. Aguardar o completo resfriamento da autoclave, antes de abri-la; depois de aberta aguardar 20 minutos com a porta entreaberta para secagem;
 7. Abrir o pacote, retirar a folha e observar a mudança uniforme de cor na folha teste. A não uniformidade na cor do indicador no centro do teste indica presença de ar residual na câmara interna, evidenciando uma falha na autoclave. Antes de solicitar manutenção, fazer novo processo conforme descrito, pois o aquecimento indevido da autoclave pode interferir no resultado. Caso mantenha as alterações na mudança de cor da folha teste a autoclave deverá ser interditada e avaliada pelo técnico responsável; após a manutenção da mesma realizar um novo teste do uso;
 8. Identificar na folha do teste a data, hora, operador que realizou o teste e o resultado, arquivando esse documento conforme rotina;
 9. Deixar o ambiente em ordem;
 10. Higienizar as mãos.

FIGURA 01 mudanças na coloração dos testes:



INDICADOR BIOLÓGICO

EXECUTANTE: Técnicos de Enfermagem

ÁREA: Sala de esterilização.

OBJETIVO: indicado para certificar a eficácia do processo de esterilização, demonstrando a destruição dos microrganismos frente aos processos.

PASSOS:

- Separar o material necessário:
- 1 Par de luvas de procedimento;
- 01 incubador biológico;
- 01 pacote grande (desafio para esterilização), utilizar o pacote da unidade com a maior densidade;
- 02 ampolas de indicador biológico;
- Impresso de controle de resultados;
- Rack montada com pacotes a serem esterilizados;

- Fita teste para autoclave;
- Calçar as luvas de procedimentos;
- Identificar a ampola de indicador biológico colocando: número da autoclave, nível escolhido, número do ciclo e data;
- Colocar a ampola de indicador biológico no centro do pacote, entre os campos;
- Fechar o pacote, conforme a técnica do envelope, identificando-o;
- Colocar o pacote teste dentro do cesto de aço;
- Posicionar o cesto com o pacote teste, no local escolhido da rack, entre os demais pacotes;
- Realizar o ciclo de esterilização;
- Retirar o pacote após o esfriamento;
- Abrir o pacote retirando a ampola de teste biológico;
- Quebrar a ampola, homogeneizar e colocá-la no incubador, juntamente com a ampola controle;
- Proceder a 1ª leitura a partir de 4 horas de incubação ou conforme orientação do fabricante;
- Fazer as leituras seguintes no intervalo máximo de 4 em 4 horas até completar 24 horas de incubação;
- Retirar as ampolas do incubador e verificar o resultado final;
- Preencher o impresso de controle dos resultados;
- Suspender a utilização do material autoclavado durante o teste, caso ocorra mudança de coloração na ampola e repetir o teste utilizando novo pacote;
- Solicitar avaliação técnica da autoclave caso persista a alteração na coloração da ampola;
- Manter a área limpa e organizada.

Observações: Recomenda-se a realização do teste biológico: No 1º ciclo de autoclave, diariamente; Após a manutenção preventiva e corretiva da autoclave.



UTILIZAÇÃO DA AUTOCLAVE

EXECUTANTE: Técnicos de Enfermagem.

ÁREA: Sala de Esterilização.

OBJETIVO: Disponibilizar artigos esterilizados e prontos para uso no serviço e oferecer segurança aos usuários.

Durante o processo de esterilização observar:

- Seguir as orientações do fabricante quanto ao manuseio da autoclave;
- Deve-se fazer a verificação da eficácia da esterilização por meio de teste biológico de acordo com as orientações preconizadas pela instituição;
- Carregar a autoclave, não ultrapassando 70% da capacidade da câmara;
- Não encostar os pacotes nas paredes;
- Colocar os pacotes maiores embaixo e os menores em cima;
- Deixar as caixas metálicas não perfuradas semiabertas;
- Artigos côncavos devem ser colocados com a abertura voltada para baixo;
- Deixar um espaço mínimo de 2 cm entre um pacote e outro;
- Colocar sempre a parte plástica dos pacotes voltados para cima;
- Dispor os pacotes embalados em papel grau cirúrgico colocando sempre o papel voltado para baixo;

- Atentar para que a parte de papel dos pacotes esteja voltada com o papel de outro pacote e o plástico com o plástico;
 - Entreatrir a porta da autoclave ao final do ciclo de esterilização e aguardar 20 minutos para retirar o material;
 - Caso os pacotes estejam umedecidos, substituir a embalagem e submeter a novo processo de esterilização;
 - Após o esfriamento dos pacotes, guarda-los em local apropriado;
- OBS: Ao final da esterilização os pacotes devem estar secos. Se os mesmos estão ficando umedecidos, deve-se verificar a ocorrência de falha técnica (posição dos pacotes, quantidade dos mesmos, volume de água utilizada no ciclo, entre outros), se a técnica estiver correta, fazer contato com a DLMS para solicitar a manutenção da autoclave.
- Manter a área limpa e organizada.

LIMPEZA DA AUTOCLAVE

EXECUTANTE: Técnicos de Enfermagem.

ÁREA: Sala de Esterilização.

OBJETIVO: Manter o processo de esterilização.

- Separar os materiais: Compressas, água, detergente E escova ou esponja;
- A autoclave deve estar fria e desligada;
- Usar luvas de látex e avental de plástico;
- Limpar a autoclave diariamente, antes do aquecimento, utilizando compressas embebidas em água;
- Semanalmente, no período da manhã, as autoclaves deverão ser limpas com água e detergente neutro, passar as compressas embebidas em água limpa, até onde o braço alcançar, passando-as por todas as paredes da frente, laterais e portas,
- Abrir a porta das autoclaves e retirar os racks das mesmas;
- Retirar o trilho da autoclave 01 (local onde corre o rack dentro da autoclave);

- Embeber uma compressa em água e passar por toda a câmara (paredes laterais, superior e inferior), molhando a compressa na água várias vezes, até que toda a autoclave tenha sido limpa, lembrando que se a autoclave estiver quente, a água se evaporará;
- Retirar o ralo do dreno e lavá-lo com água, sabão e escova;
- Enxaguar o trilho passando as compressas com água até que saiam limpas;
- Enxaguar bem a autoclave e secar com compressas e ligar novamente;
- Na parte externa passar diariamente um pano embebido em álcool 70%.

DESINFECÇÃO DE NEBULIZADORES (MÁSCARAS, COPINHO, CACHIMBO E TUBO DE CONEXÃO)

EXECUTANTE: Técnicos de Enfermagem

ÁREA: Higienização e Desinfecção

OBJETIVO: Realizar a limpeza do material inalatório, realizando desinfecção de alto nível.

Material Necessário:

- EPI (avental impermeável, máscara, touca, óculos e luvas de autoproteção);
- Solução de Ácido Peracético 0,1%
- Recipiente com tampa;
- Toalhas próprias para secar o material.

Passo a Passo:

- Colocar o EPI;
- Retirar o material da solução de detergente
- Desconectar as peças, lavando cada uma cuidadosamente com água e detergente;
- Enxaguar as peças com água corrente, na parte interna e externa;
- Colocar para escorrer e secar panos limpos;
- Secar os prolongamentos com ar comprimido;
- Imergir todas as peças em solução de Ácido Peracético 0,1% por 30 minutos, em recipiente com tampa.

- Retirar as peças da solução com luvas de procedimento e/ou pinça longa;
- Enxaguar as peças rigorosamente em água corrente;
- Secar com pano limpo e seco;
- Guardar as peças montadas em recipiente tampado; em recipiente fechado;
- Identificar com nome, data de desinfecção, prazo de validade e assinatura;
- Manter área limpa e organizada.

TÉCNICA DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE ALMOTOLIAS

EXECUTANTE: Técnicos de Enfermagem.

ÁREA: Higienização, Desinfecção e Esterilização

OBJETIVO: Realizar a limpeza e desinfecção nas almotolias após o término da solução e/ou semanalmente.

PASSOS:

- Separar o material:
- EPI (avental impermeável, touca, máscara, óculos e luvas de autoproteção);
- 01 esponja macia de limpeza sem partes abrasivas (trocar a esponja semanalmente ou antes se necessário);
- Solução de Ácido Peracético 0,1%;
- Panos limpos e secos;
- Recipiente com tampa;
- Esvaziar as almotolias, desprezando a solução na pia;
- Lavar externamente, incluindo a tampa, com solução de água e detergente usando a esponja de limpeza;
- Enxaguar abundantemente por dentro e por fora em água corrente;
- Colocar as almotolias e tampas para escorrer sobre o pano limpo e seco, até secarem completamente;
- Imergir as almotolias em solução de Ácido Peracético 0,1 % por 30 minutos;

- Retirar o material da solução de Ácido Peracético 0,1% e enxaguar rigorosamente em água corrente e deixar escorrer sobre pano limpo e seco;
- Guardar em recipiente com tampa ou reabastecer para uso.

Observações: A quantidade de solução colocada nas almotolias deve ser suficiente apenas para uso diário ou semanal.

- Nunca reabastecer as almotolias sem limpeza e desinfecção prévia.

2.7.3.5.2. Protocolos para o Laboratório:

Equipe Técnica:

O laboratório de análises clínicas contará com as seguintes profissionais:

1. Bioquímico;
2. Técnico de Laboratório;
3. Auxiliar Administrativo;
4. Auxiliar de Higienização.

Rotinas de Serviço e Atribuições dos Profissionais:

Bioquímico:

O bioquímico responsável pelo laboratório de análises clínicas desenvolverá suas atividades, com a responsabilidade de planejar, implementar e garantir a qualidade dos processos, incluindo:

1. A equipe técnica e os recursos necessários para o desempenho de suas atribuições;
2. A proteção das informações confidenciais dos pacientes;
3. A supervisão do pessoal técnico legalmente habilitado durante o seu período de funcionamento;
4. Os equipamentos, reagentes, insumos e produtos utilizados para diagnóstico de uso "in vitro", em conformidade com a legislação vigente;
5. A utilização de técnicas conforme recomendações do fabricante (equipamentos e produtos) ou com base científica comprovada;
6. A rastreabilidade de todos os seus processos;

7. Elaborar instruções escritas e atualizadas das rotinas técnicas e fazer atualizações quando for o caso;
8. Promover treinamento e educação permanente aos seus colaboradores mantendo disponíveis os registros dos mesmos;
9. Avaliar os equipamentos e instrumentos de acordo com a complexidade do serviço e necessidade de atendimento de sua demanda;
10. Manter registros das manutenções preventivas e corretivas;
11. Registrar a aquisição dos produtos para diagnóstico de uso in vitro, reagentes e insumos, de forma a garantir a rastreabilidade.

Técnico de Laboratório:

Profissional qualificado devidamente registrado no conselho de classe tem como atividades básicas:

1. Coletar o material empregando técnicas e instrumentações adequadas para testes e exames de Laboratório de Análises Clínicas;
2. Proceder ao registro, identificação, separação, distribuição, acondicionamento, conservação, transporte e descarte de amostra ou de material;
3. Preparar as amostras do material para a realização dos exames;
4. Auxiliar no preparo de soluções e reagentes;
5. Executar tarefas técnicas para garantir a integridade física, química e biológica do material biológico coletado;
6. Auxiliar na manutenção preventiva e corretiva dos instrumentos e equipamentos do Laboratório de Análises Clínicas;
7. Organizar o estoque e proceder ao levantamento de material de consumo para os diversos setores, revisando a provisão e a requisição necessária;
8. Seguir os procedimentos técnicos de boas práticas e as normas de segurança biológica, química e física, de qualidade, ocupacional e ambiental;
9. Guardar sigilo e confidencialidade de dados e informações conhecidas em decorrência do trabalho.

Auxiliar administrativo:

1. Recepcionar o paciente agendado;
2. Proceder a verificação do agendamento;
3. Registrar a ficha do paciente;
4. Encaminhar o paciente a sala de espera;
5. Organizar arquivos e registrar as cópias dos resultados, preparando os dados para fins estatísticos.

Auxiliar de Higienização:

1. Realizar limpeza concorrente, diariamente, uma vez ao dia, e quando solicitado pela equipe;
2. Proceder a higienização, limpeza, lavagem, desinfecção, secagem e esterilização de instrumental, vidraria, bancada e superfícies;
3. Realizar limpeza do chão de acordo técnica descrita no manual;
4. Realizar limpeza terminal uma vez por semana e quando solicitado;
5. Observar rotinas determinadas pelo PGRSS;
6. Observar horário de coleta do lixo geral;
7. Anotar no checklist atividades diárias realizadas;
8. Anotar intercorrências do plantão em livro próprio.

Normas Operacionais:

1. O laboratório clínico e a sala de coleta laboratorial devem implantar o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE atendendo aos requisitos da RDC/ANVISA nº 306 de 07/12/2004, suas atualizações, ou outro instrumento legal que venha substituí-la em conjunto com o SCISS;

2. O laboratório de análises seguirá as normas de instrução de limpeza, desinfecção e esterilização, quando aplicável, das superfícies, instalações, equipamentos, artigos e materiais de acordo orientação do SCISS contribuindo para sua fiscalização;
3. Os saneantes e os produtos usados nos processos de limpeza e desinfecção devem ser utilizados segundo as especificações do fabricante e estarem regularizados junto a ANVISA/MS, de acordo com a legislação vigente;
4. Os profissionais da área de Laboratório deverão seguir, obrigatoriamente, as normas de segurança contidas no manual do SCISS da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE/ NR32 / PGRSS do Laboratório de Análises e POPs do setor.
5. Todos os profissionais da área deverão seguir as instruções de uso para os equipamentos de proteção individual (EPI) e de proteção coletiva (EPC).

Procedimentos operacionais:

Fase pré-analítica:

1. Disponibilizar ao paciente ou responsável, instruções escritas e ou verbais, em linguagem acessível, orientando sobre o preparo e coleta de amostras tendo como objetivo o entendimento do paciente;
2. Solicitar ao paciente documento que comprove a sua identificação para o cadastro;
3. Pacientes em atendimento de urgência ou submetidos a regime de internação, a comprovação dos dados de identificação também poderá ser obtida no prontuário médico;
4. O cadastro do paciente deverá incluir as seguintes informações:
 - Número de registro de identificação do paciente gerado pelo laboratório;
 - Nome do paciente;
 - Idade, sexo e procedência do paciente;
 - Telefone e/ou endereço do paciente, quando aplicável;
 - Nome e contato do responsável em caso de menor de idade ou incapacitado;
 - Nome do solicitante;
 - Data e hora do atendimento;

- Horário da coleta, quando aplicável;
 - Exames solicitados e tipo de amostra;
 - Quando necessário: informações adicionais, em conformidade com o exame (medicamento em uso, indicação/observação clínica, dentre outros de relevância);
 - Data prevista para a entrega do laudo;
 - Indicação de urgência, quando aplicável.
5. Fornecer ao paciente ambulatorial ou ao seu responsável, um comprovante de atendimento com: número de registro, nome do paciente, data do atendimento, data prevista de entrega do laudo, relação de exames solicitados e dados para contato com o laboratório;
 6. Dispor de meios que permitam a rastreabilidade da hora do recebimento e/ou coleta da amostra;
 7. Identificar a amostra no momento da coleta ou da sua entrega quando coletada pelo paciente;
 8. Deve ser identificado o nome do colaborador que efetuou a coleta ou que recebeu a amostra de forma a garantir a rastreabilidade;
 9. Documentar o nível de biossegurança dos ambientes e/ou áreas, baseado nos procedimentos realizados, equipamentos e microrganismos envolvidos, adotando as medidas de segurança compatíveis.

Fase Analítica:

1. Dispor de instruções escritas, disponíveis e atualizadas para todos os processos analíticos, podendo ser utilizadas as instruções do fabricante;
2. Elaborar e disponibilizar para a equipe POPs com a descrição passo a passo de todas as técnicas disponíveis,
3. Disponibilizar por escrito, uma relação que identifique os exames realizados no local;
4. Definir mecanismos que possibilitem a agilização da liberação dos resultados em situações de urgência;

5. Definir o grau de pureza da água reagente utilizada nas suas análises, a forma de obtenção, o controle da qualidade.

Fase pós-analítica:

1. Elaborar e disponibilizar para a equipe POPs com instruções escritas para emissão de laudos, que contemplem as situações de rotina, plantões e urgências;
2. O laudo deve ser legível, sem rasuras de transcrição, escrito em língua portuguesa, datado e assinado por profissional de nível superior legalmente habilitado;
3. O laudo deve conter no mínimo os seguintes itens:
 - Identificação do laboratório;
 - Endereço e telefone do laboratório;
 - Identificação do Responsável Técnico (RT);
 - N.º. de registro do RT no respectivo conselho de classe profissional;
 - Identificação do profissional que liberou o exame;
 - N.º. registro do profissional que liberou o exame no respectivo conselho de classe do profissional;
 - Nome e registro de identificação do cliente no laboratório;
 - Data da coleta da amostra;
 - Data de emissão do laudo;
 - Nome do exame, tipo de amostra e método analítico;
 - Resultado do exame e unidade de medição;
 - Valores de referência, limitações técnicas da metodologia e dados para interpretação;
 - Observações pertinentes.
4. Quando for aceita amostra de paciente com restrição, esta condição deve constar no laudo;
5. O laudo de análise do diagnóstico sorológico de Anticorpos Anti-HIV deve estar de acordo com a Portaria MS n.º 59/2003, suas atualizações ou outro instrumento legal que venha a substituí-la;

6. As cópias dos laudos de análise bem como dados brutos devem ser arquivadas pelo prazo de 5 (cinco) anos, facilmente recuperáveis e de forma a garantir a sua rastreabilidade.

Protocolo de Instruções de Coleta

Serão elaborados POP de Instruções de Coleta, que deverão ser adequados ao perfil de atendimento quando da sua implantação e validados em um prazo de até 30 dias.

PGRSS do LABORATÓRIO ANÁLISES CLÍNICAS

O PGRSS apresentado para o laboratório será adequado ao funcionamento do serviço quando da sua implantação e avaliado em prazo de 90 dias.

Objetivo:

1. Racionalizar os recursos, permitindo-se tratamento específica e de acordo com as necessidades de cada categoria;
2. Intensificar as medidas de segurança apenas onde estas forem necessárias;
3. Facilitar a ação em caso de acidente ou emergência;
4. Divulgar os procedimentos para reduzir e eliminar os riscos para a saúde e para o meio ambiente e incentivar a minimização segura e econômica da geração de resíduos.

Definições:

1. **Geração:** Transformação de material utilizável em resíduos;
2. **Segregação:** Operação de separação dos resíduos no momento da geração;
3. **Resíduos de Serviço de Saúde (RSS) ou Lixo de Serviços de Saúde:** Resíduo resultante das atividades exercidas por estabelecimento gerador. Lixo da área técnica ou lixo contaminado. Deve ter tratamento diferenciado, pois é fonte potencial de transmissão de doenças;

4. **Lixo Administrativo:** Lixo de área administrativa, lixo de banheiros. Materiais adquiridos: insumos, medicamentos para provas funcionais, antígenos para reação intradérmica, kits de reagentes, controles, padrões e calibradores;
5. **Materiais Contaminados Descartáveis:** Tubos contendo os coágulos, sangue total, soro, plasma cuja sorologia para HIV e Hepatite for conhecidamente positiva, frascos contendo: escarro, urina, esperma, secreções, líquidos corporais e fezes, fitas de urina, gases, toalhas de papel, esparadrapos, swabs, algodão e espéculos contaminados;
6. **Materiais Reutilizáveis:** Materiais que não são descartáveis, por serem passíveis de reutilização nos processos produtivos, após limpeza adequada dos mesmos;
7. **Materiais Adquiridos:** Insumos, kits, reagentes;
8. **PGRSS:** Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde.

Classificação dos Resíduos de Serviços de Saúde que se Enquadram ao Laboratório:

Grupo A: Resíduos com a possível presença de agentes biológicos que, por suas características, podem apresentar risco de infecção.

A1:

- Culturas e estoques de microrganismos; resíduos de fabricação de produtos biológicos, exceto os hemoderivados; descarte de vacinas de microrganismos vivos ou atenuados; meios de cultura e instrumentais utilizados para transferência, inoculação ou mistura de culturas;
- Resíduos resultantes da atenção à saúde de indivíduos, com suspeita ou certeza de contaminação biológica por agentes classe de risco 4, microrganismos com relevância epidemiológica e risco de disseminação ou causador de doença emergente que se tome epidemiologicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido;
- Bolsas transfusionais contendo sangue ou hemocomponentes rejeitados por contaminação ou por má conservação, ou com prazo de validade vencido, e aquelas oriundas de coleta incompleta;

- Sobras de amostras de laboratório contendo sangue ou líquidos corpóreos, recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, contendo sangue ou líquidos corpóreos na forma livre.

A4:

- Sobras de amostras de laboratório e seus recipientes contendo fezes, urina e secreções, provenientes de pacientes que não contenham e nem sejam suspeitos de conter agentes Classe de Risco 4, e nem apresentem relevância epidemiológica e risco de disseminação, ou microrganismo causador de doença emergente que se torne epidemiologicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido ou com suspeita de contaminação com príons;
- Bolsas transfusionais vazias ou com volume residual pós-transfusão.

A5:

- Fluidos orgânicos, materiais perfurocortantes ou escarificantes e demais materiais resultantes da atenção à saúde de indivíduos ou animais, com suspeita ou contaminação com príons.

Grupo B: Resíduos contendo substâncias químicas que podem apresentar risco à saúde pública ou ao meio ambiente, dependendo de suas características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade e toxicidade.

- Resíduos de saneantes, desinfetantes, desinfestantes; resíduos contendo metais pesados; reagentes para laboratório, inclusive os recipientes contaminados por este;
- Efluentes dos equipamentos automatizados utilizados em análises clínicas;
- Demais produtos considerados perigosos, conforme classificação da NBR 10.004 da ABNT (tóxicos, corrosivos, inflamáveis e reativos).

Grupo C: Quaisquer materiais resultantes de atividades humanas que contenham radionuclídeos em quantidades superiores aos limites de isenção especificados nas normas dos CNEN e para os quais a reutilização imprópria ou não prevista.

- Enquadram-se neste grupo os rejeitos radioativos ou contaminados com radionuclídeos, provenientes de laboratório de análise clínicas, serviço de medicina nuclear e radioterapia, segundo a resolução CNEN-6.05.

Grupo D: Resíduos que não apresentam risco biológico, químico ou radiológico à saúde ou ao meio ambiente, podendo ser equiparados aos resíduos domiciliares.

- Papel de uso sanitário e fralda, absorventes higiênicos, peça descartáveis de vestuários, resto alimentar de paciente, material utilizado em antisepsia e hemostasia de venóclises, equipo de soro e outros similares não classificados como resíduos provenientes das áreas administrativa.

Grupo E: Materiais perfurocortantes ou escarificantes, tais com: lâminas de barbear, agulhas, escalpes, ampolas de vidro, brocas, limas endodônticas, pontas diamantadas, lâminas de bisturi, lancetas, tubos capilares; micropipetas; lâminas e lamínulas; espátulas; e todos os utensílios de vidro quebrados no laboratório (pipetas, tubos de coleta sanguínea e placas de petri) e outros similares.

Geração de Resíduos:

A geração de RSS, sempre que possível, deve contemplar sua minimização, reutilização, reciclagem ou recuperação. A identificação das unidades geradoras de RSS deve ocorrer de forma otimizada. O Laboratório de Análises Clínicas gera:

- Resíduos do grupo A.
- Resíduos do grupo B.
- Resíduos do grupo D.
- Resíduos do grupo E.

Segregação de Resíduos: Tem como objetivos principais:

- Impedir que resíduos infectantes contaminem os resíduos comuns.
- Racionalizar recursos e reduzir custos.

- Prevenir acidentes ocupacionais ocasionados pela inadequada segregação. A segregação entre resíduo perigoso e resíduo comum é feita no local de origem e seguindo a classificação;
- Separar, com exclusividade, o resíduo químico identificando sua embalagem;
- Classificar e separar, em recipientes ou embalagens recomendadas por normas técnicas, cada grupo de RSS gerado;
- Capacitar os colaboradores responsáveis pela limpeza quanto aos procedimentos de identificação, classificação de manuseio dos RSS. Deve o colaborador portar equipamentos de proteção individual, ao manusear qualquer grupo de RSS.

Acondicionamento do Resíduo:

O acondicionamento consiste no ato de acomodar em sacos plásticos, em recipientes ou em embalagens apropriadas, cada tipo de RSS, de acordo com suas características.

Considera-se como manuseio a manipulação realizada dentro do laboratório, consistindo na identificação e recolhimento de resíduos das lixeiras, fechamento dos sacos plásticos e sua remoção por colaboradores devidamente paramentados e capacitados, da unidade geradora até o armazenamento final.

Normas Gerais Para Manuseio e Acondicionamento:

Resíduos do Grupo A

- **Tubos Contendo Sangue Total:** São transportados em caixas plásticas até ao setor de lavagem, em seguida são autoclavados e colocados em sacos plásticos brancos leitosos escritos RSSS (Resíduos Sólidos de Serviço de Saúde) e encaminhados para o lixo hospitalar. Obs.: Os sacos deverão ser totalmente fechados de modo a não derramar conteúdo;
- **Tubos Contendo Coágulos:** São transportados em caixas plásticas até ao setor de lavagem, os coágulos são retirados dos tubos e são autoclavados em seguida são colocados em

sacos plásticos brancos (RSSS) e encaminhados para o lixo hospitalar. Os tubos são enxaguados em H₂O corrente e lavados;

- **Potes Contendo Urina:** São transportados em caixas plásticas até ao setor de lavagem, a urina é desprezada na pia em H₂O corrente em seguida os potes são lavados;
- **Potes Contendo Fezes:** São desprezados em sacos plásticos brancos escritos (Resíduos Infectantes), estes são totalmente fechados e encaminhados para o lixo hospitalar;
- **Resíduos Gerados no Setor de Microbiologia:** São transportados em galões com tampas ao setor de lavagem onde serão autoclavados, e em seguida desprezados em sacos plásticos brancos (RSSS) posteriormente encaminhados para o lixo hospitalar;
- **Frascos de Hemocultura:** São transportados em galões fechados ao setor de lavagem em seguida são autoclavados, e posteriormente descartados em descartex, que em seguida são lacrados em saco plástico branco (Resíduos Infectantes) e encaminhados para o lixo hospitalar;
- **Gases, Fitas de Urina, Algodão Contaminados:** São descartados em lixeira com sacos brancos leitosos e em seguida são encaminhados para o lixo hospitalar.

Resíduos do Grupo B

- São descartados em recipientes apropriados, e em seguida são recolhidos pela coleta interna da unidade, e encaminhados ao abrigo externo. O destino final é feito por empresa contratada pela Unidade.

Resíduos do Grupo D

- **Lixo Administrativo (Recepção):** São descartados em lixeiras com saco plástico azul, e encaminhados à lixeira para reciclagem da Unidade;
- **Papeis não Infectantes Resultantes do Setor Técnico:** São desprezados em um contêiner azul com saco plástico azul, posteriormente os sacos são encaminhados para a lixeira reciclagem da Unidade;
- **Papeis Provenientes do Banheiro:** São descartados em lixeiras com sacos plásticos pretos, em seguida são encaminhados para a lixeira da Unidade identificada como lixo comum.

Resíduos do Grupo E

- Os materiais perfuro cortantes devem ser descartados separadamente, no local de sua geração, imediatamente após o uso, em recipientes rígidos, devidamente identificados, sendo expressamente proibido o esvaziamento desses recipientes para o seu reaproveitamento. O volume dos recipientes deve ser compatível com a geração. Devem ser descartados quando o preenchimento atingir $\frac{2}{3}$ de sua capacidade deve ser devidamente lacrados e colocados em sacos plásticos brancos com o símbolo de risco infectante.

Observações:

- Todo resíduo infectante a ser transportado deverá ser acondicionado em saco plástico branco impermeável e resistente;
- Os sacos deverão ser totalmente fechados, de tal forma a não permitir o derramamento do conteúdo, mantendo-os íntegros até a destinação final do resíduo;
- Acondicionar o resíduo infectante em saco plástico de cor branca leitosa, retirando o excesso de ar sem inalar o conteúdo ou expor-se ao fluxo de ar interno;
- Fechar totalmente o saco plástico, torcendo e amarrando sua abertura comum;
- As lixeiras devem ser de material rígido, com pedal para abertura da tampa e submetidas a desinfecção quando necessário;
- Os sacos plásticos para resíduos Tipo A, devem conter o símbolo de resíduos infectantes;
- Conter o resíduo líquido em frasco ou recipiente inquebrável e, no caso de recipiente de vidro ou quebrável, protegê-lo dentro de outra embalagem resistente;
- Proceder a remoção de forma a não permitir o rompimento das embalagens e, no caso de acidente ou derramamento, realizar imediatamente a limpeza e desinfecção simultâneas do local, notificando à chefia;

Manusear o resíduo comum separadamente, de modo a evitar qualquer possibilidade de contaminação

Equipamentos e materiais para o processamento dos resíduos:

RESÍDUO	RECIPIENTE	SACO PLÁSTICO	EPI
Resíduo Laboratorial	Lixeira com tampa e pedal	Saco branco leitoso	Mangas longas, bota ou calçado fechado impermeável, luvas
Resíduos Perfuro cortantes	Recipiente rígido sinalizado "Risco Biológico"	Sacos branco leitoso	Mangas longas, bota ou calçado fechado impermeável, luvas
Resíduo Geral e Confidencial	Lixeira comum com tampa e pedal	Saco cor azul	Não se aplica

Coleta do Resíduo:

Coleta e Transporte Internos:

- Consistem no recolhimento de remoção dos RSS da unidade geradora até o abrigo de resíduos;
- É aquela realizada dentro da unidade, consiste no recolhimento das lixeiras, no fechamento do saco e no seu transporte até a sala de lixo. Os sacos e as lixeiras deverão ter capacidade de acordo com a quantidade de resíduos produzidos e o número previsto de coletas;
- O transporte interno de resíduos é realizado em sentido único;
- O horário de coleta deverá ser programado de forma a minimizar o tempo de permanência do lixo no local. O melhor horário prevê a coleta após as horas de maior movimento, para não atrapalhar a rotina dos setores;
- O colaborador do setor de esterilização passa nos setores técnicos pela manhã e à tarde recolhendo os materiais para lavagem ou descarte, usando os EPIs necessários segundo o Manual de Biossegurança do Laboratório da USE.

Horários para a coleta dos resíduos:

Áreas Técnicas: 07h00minh, 11h00minh, 11h30minh, 14h00minh, 16h00minh, 16h30minh.

Áreas Administrativas (recepção): 11h00minh, 14h00minh, 16h00minh.

Coleta Externa:

- A coleta externa seguirá as orientações preconizadas pela Unidade.

Observações:

Regras para Coleta Interna de Resíduos Infectantes ou Especiais:

- Jamais a cor do saco (o saco branco deverá ser sempre substituído por outro saco branco);
- As lixeiras para resíduos infectantes deverão ser providas de tampa não de ser lavadas pelo menos uma vez por semana ou sempre que houver vazamento do saco;
- A coleta do lixo infectante seguirá a esta rotina:
 - o Observar a cor do saco e utilizar equipamentos de segurança individual recomendados para aquele tipo de resíduo;
 - o Fechar o saco da lixeira;
 - o Colocar um saco novo, fixando-o firmemente nas bordas da lixeira.
- Recolher os RSS, nos intervalos estabelecidos, sendo proibido deixar os sacos plásticos no corredor, transportados abertos ou arrastados pelo piso.

Armazenamento do Resíduo: Consiste no armazenamento externo dos RSS em abrigos distintos, da Unidade.

Caberá ao Responsável pelo Manuseio e Armazenamento:

- Armazenar os RSS em contenedor padronizado e mantê-lo de forma ordenada no abrigo externo de armazenamento final até a coleta externa;
- Manter fechada a tampa do contenedor, sem empilhamento de recipientes sobre esta;
- Não utilizar o abrigo externo para a guarda de utensílios e materiais de limpeza;
- Realizar a limpeza e desinfecção dos abrigos.

Descarte do Resíduo:

- O descarte de materiais deve ser feito de acordo com a categoria a que pertence, ou seja:
 - **Lixo Administrativo:** Eliminar em sacos plásticos de cor preta;

- **Resíduos Perfuro cortantes:** Descartar em coletor rígido próprio, que deve ser colocado próximo ao local onde o procedimento é realizado para evitar que o colaborador circule com os perfuro cortantes nas mãos ou bandejas. Não exceder a capacidade do coletor rígido e, após preenchimento, acrescentar hipoclorito de sódio à 1%. Quando forem usadas caixas tipo descarpac o hipoclorito se faz desnecessário. Descartá-lo em saco de cor branca no lixo hospitalar;
- **Lixo Comum (papeis secos no setor técnico):** Descartar em contêiner azul contendo saco plástico azul;
- **Materiais Contaminados Descartáveis:** São encaminhados para o setor de lavagem, onde serão autoclavados, em seguida são descartados em sacos plásticos brancos, e encaminhados para o lixo hospitalar;
- **Urinas:** Descarte no esgoto;
- **Fezes, Esperma, Escarro, Secreções, Líquidos Corporais:** Descartar em saco plástico de cor branco (resíduos sólidos infectantes) e encaminhados para o lixo hospitalar;
- **Fitas de Urina, Gases, Swabs, Algodão e Esparadrapos Contaminados:** Descartar em saco de cor branca (Resíduos Sólidos Infectantes) e são encaminhados para lixo hospitalar;
- **Descarte de Resíduos Químicos:** O descarte é feito em recipientes apropriados e são recolhidos pelo colaborador do hospital até ao abrigo externo. A coleta é feita 02 vezes ao dia (11h30min e 16h30min)
- **Resíduos Sólidos:** São encaminhados para o lixo hospitalar em sacos de plástico branco (Resíduos Sólidos Infectantes);
- **Materiais Reutilizáveis:** Nos setores os materiais reutilizáveis são descartados em potes plásticos contendo hipoclorito 1%. Estes materiais são recolhidos pelo responsável do setor de limpeza e encaminhados para lavagem. **Importante:**
 - o As caixas de papelão devem ser desmontadas para diminuir de volume, antes de serem acondicionadas nas lixeiras;
 - o Jamais jogue lixo sobre a tampa da lixeira ou no chão;
 - o As lixeiras para resíduos biológicos devem permanecer fechadas;

- Nunca cole esparadrapos ou fitas autocolantes nas lixeiras;
- Não misture resíduo biológico com resíduo comum;
- Use as lixeiras adequadamente, com cuidado, de maneira a não destruí-las.
- **Lixo da Copa:** É descartado em lixeira de pedal com saco plástico preto, e em seguida são fechados e encaminhados para a lixeira do prédio.
 - Coleta Interna: será recolhido diariamente às 10h30minh da manhã;
 - Coleta Externa: será feita pelo responsável da limpeza urbana diariamente.
- **Lixo Administrativo:** É descartado em lixeiras com saco plástico azul, é recolhido internamente à tarde e em seguida encaminhado à lixeira laranja do prédio, que é recolhido pelo responsável da limpeza urbana;
- **Lixo Comum (Banheiro):** É descartado em lixeiras com saco plástico azul, é recolhido internamente pela manhã e à tarde, em seguida é encaminhado para a lixeira laranja do prédio;
- **Lixo Infectante (Sala de Coleta):** É descartado em lixeiras de pedal com saco plástico branco (Risco Biológico), em seguida são encaminhados para o lixo hospitalar que é recolhido diariamente pelo serviço de coleta seletiva da prefeitura;
- **Descarte de Perfuro cortantes:** É feito em descarpac, onde depois de preenchido $2/3$ de sua capacidade é lacrado colocado em saco plástico branco, e encaminhados para a lixeira branca onde será recolhida pelo serviço de coleta seletiva da prefeitura.

Segurança Ocupacional: O pessoal envolvido diretamente com o PGRSS é submetido a avaliação clínica abrangendo.

- Anamnese ocupacional, exame físico e os exames complementares incluindo hemograma completo e vacinação contra hepatite e tétano.
- O pessoal envolvido diretamente com o PGRSS é capacitado na ocasião da admissão e treinado, periodicamente, para as atividades de manejo de resíduos de serviço de saúde, desde a segregação, descarte, acondicionamento, coleta, transporte, armazenamento, tratamento e disposição final dos resíduos de serviço de saúde, incluindo a responsabilidade de higiene pessoal e de materiais.

- A capacitação deve incluir:
 - o Noções gerais sobre o ciclo de vida dos materiais;
 - o Conhecimento da legislação relativa aos RSS;
 - o Definição, tipo e classificação dos resíduos e potencial de risco do resíduo;
 - o Sistema de gerenciamento adotado internamente no estabelecimento;
 - o Formas de reduzir a geração de resíduos e a reutilização de materiais;
 - o Conhecimento das responsabilidades e de tarefas;
 - o Identificação das classes de resíduos;
 - o Conhecimento sobre a utilização dos veículos de coleta;
 - o Uso de EPI e EPC – conscientização da importância da utilização correta de equipamentos de proteção individual – uniforme, luvas, avental, máscara, botas e óculos de segurança específicos a cada atividade, bem como para mantê-los em perfeita higiene e estado de conservação;
 - o Orientações sobre biossegurança;
 - o Orientação quanto à higiene pessoal e do ambiente;
 - o Providências a serem tomadas em caso de acidentes e situações emergenciais;
 - o Visão básica do gerenciamento de resíduos sólidos do município;
 - o Noções básicas do Controle de Infecção e de Contaminação Química.

Monitoramento do PGRSS:

A avaliação e monitoramento do PGRSS levam em conta os seguintes indicadores, avaliados periodicamente a partir dos seguintes dados:

Indicação	Periodicidade	Calculo
Taxa de acidentes com resíduos perfuro-cortantes	Mensal	Numero de acidentes com perfuro-cortantes x 100 N. de atendimentos
Variação da geração de resíduos	Anual-coleta de dados (peso)	100 – $\frac{\text{Peso dos resid. na categoria}}{\text{Peso dos resíduos por categoria Na ultima avaliação}} \times 100$ Total de resíduos (kg) (Resíduos A+B) x 100
Variação da proporção de resíduo do grupo A		
Variação de resíduo do Grupo B		
Variação de resíduo do Grupo D		
Índice de reciclagem de materiais		

Tratamento e disposição final:

A segregação dos RSS pode ser encarada como parte integrante do tratamento, pois permite maior leque de opções na atividade propriamente dita. A finalidade de qualquer sistema de tratamento é eliminar as características de periculosidade. Neste caso, merecem destaque os resíduos do Grupo A (Resíduos de Risco Biológico), do Grupo B (Resíduos com Risco Químico) e do Grupo C (Rejeito Radioativo). Cada um desses grupos de resíduos tem características próprias, o que implica em tratamento específica.

O tratamento pode dividir-se em tratamento parcial e tratamento completo. Os tratamentos “parciais” existentes são a autoclavagem, tratamentos químicos, irradiação e micro-ondas. Os tratamentos completos são térmicos, incinerador, queimador elétrico e tocha de plasma. Normalmente apenas os tratamentos completos garantem a realização dos objetivos:

- Esterilização do fluxo de saída (como por exemplo, sangue);
- Destruição de moléculas altamente tóxicas e estabilização de elementos críticos (metais pesados presentes no fluxo de saída, como por exemplo, medicamentos vencidos ou parcialmente utilizados materiais contaminados com tais medicamentos, etc.);
- No Laboratório faz-se o tratamento parcial de autoclavagem;
- O tratamento completo é feito por empresa contratada pela Unidade.

2.7.3.6. Protocolos da Equipe Multiprofissional com rotinas por nível de qualificação

2.7.3.6.1. Protocolos para a equipe de Psicologia:

O principal objetivo do serviço da Psicologia na POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE será promover suporte psicológico aos pacientes, além do apoio emocional aos familiares, buscando minimizar o sofrimento provocado pelo processo de adoecimento.

Os atendimentos psicológicos são realizados através de busca ativa pelos próprios psicólogos e/ou mediante solicitação de interconsulta (por escrito e entregue na sala da subunidade Psicologia).

DESCRIÇÃO DAS TAREFAS:

- 1- Realizar análise de prontuário do paciente visando caracterização dos dados clínicos;

- 2- Identificar possibilidade de realização do atendimento (se paciente não está em procedimento) e se o paciente está em condições de atendimento (sem alteração do nível de consciência, orientado com capacidade de comunicação). Caso a avaliação seja realizada com o familiar, a mesma deve ser programada para ser realizada em um horário que este esteja presente e disponível para o contato com o psicólogo.
- 3- Realizar avaliação psicológica. A avaliação inicia-se com o estabelecimento de um contrato psicológico, que consiste em uma explicação para o paciente/familiar do que se trata a avaliação psicológica, incluindo a apresentação do profissional, disponibilização do atendimento, aceite do paciente/familiar, sinalização sobre a possibilidade de interferências e interrupções devido ao ambiente hospitalar. Objetiva-se identificar aspectos como: compreensão do diagnóstico e, quando possível, prognóstico; percepção do momento de hospitalização, demandas de sofrimento; capacidade de adaptação e reações ao adoecimento e recursos de enfrentamento existentes e potenciais; alterações na autoimagem; estilo de vida, alterações de hábitos e papéis desempenhados; dinâmica de relacionamentos afetivos; rede de apoio, crenças pessoais e religiosas; expectativas quanto ao processo vivido, possíveis fatores estressores e reações emocionais; histórico de comorbidade psiquiátrica; perdas pregressas significativas; luto pelas perdas reais ou simbólicas vividas; questões institucionais e relacionamento com equipe. Vale ressaltar que a avaliação psicológica pode durar mais que um atendimento, dependendo das condições do atendimento e das demandas que surgem. Ao se encerrar o atendimento, registrar se haverá seguimento no acompanhamento psicológico. Conforme o Conselho Federal de Psicologia (CFP), a avaliação psicológica é prática privativa dos psicólogos e pode ser utilizada nos mais diversos contextos de atuação da Psicologia, a partir de variadas demandas. Ela é dinâmica e constitui-se em fonte de informações de caráter explicativo sobre os fenômenos psicológicos, com a finalidade de subsidiar os trabalhos nos diferentes campos de atuação do psicólogo. Trata-se de um estudo que requer um planejamento prévio e cuidadoso, de acordo com a demanda e os fins aos quais a avaliação destina-se (CFP, 2003).

- 4- Dar retorno à equipe multiprofissional sobre aspectos que possam ter impacto no planejamento de cuidados do paciente. Segundo o Código de Ética de Psicologia, o psicólogo, no relacionamento com profissionais não psicólogos: “compartilhará somente informações relevantes para qualificar o serviço prestado, resguardando o caráter confidencial das comunicações, assinalando a responsabilidade, de quem as receber, de preservar o sigilo (Art.6º, CFP, 2005).”
- 5- Encaminhar, quando necessário, para outros serviços de psicologia ou afins.
- 6- Efetuar registros em prontuário, de acordo com o artigo 12 do Código de Ética que afirma que:

Art. 12 - Nos documentos que embasam as atividades em equipe multiprofissional, o psicólogo registrará apenas a informação necessária para o cumprimento dos objetivos do trabalho. Aplicam-se as considerações do artigo 6º, sendo que a definição dos objetivos de seu trabalho constitui um item que deve estar claro para o profissional, a despeito do mesmo registrar inadvertidamente informações irrelevantes para a atividade em questão. [...] Art. 14 - A utilização de quaisquer meios de registro e observação da prática psicológica obedecerá às normas deste Código e à Legislação vigente, devendo o usuário ou beneficiário, desde o início, ser informado. (CFP, 2005).

ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO AO PACIENTE:

- 1- O acompanhamento se dará através de atendimentos ao paciente e/ou ao familiar, a partir da avaliação psicológica e da discussão de caso com a equipe multiprofissional. A frequência e duração serão determinadas de acordo com a demanda apresentada;
- 2- Dar retorno à equipe multiprofissional sobre aspectos do atendimento que tenham impacto no planejamento de cuidados do paciente.
- 3- Encaminhamento, quando necessário, para outros serviços de psicologia ou afins.
- 4- Efetuar registros em folha de evolução no prontuário do paciente, descrevendo aspectos do atendimento pertinentes ao restante da equipe multiprofissional.
- 5- O acompanhamento psicológico será encerrado quando:
 - a) o paciente/familiar não apresentar mais desejo de ser atendido;
 - b) o paciente/familiar não apresentar mais condições de ser atendido;
 - c) o psicólogo considerar que não há mais demanda de acordo com os objetivos do acompanhamento;

ACOLHIMENTO:

- 1- O acolhimento psicológico será realizado em casos em que o paciente/familiar apresente mobilização afetiva intensa, fazendo com que a realização da avaliação inicial ou atendimento psicológico não seja indicada ou possível. Tende a ser realizado principalmente no contexto de comunicação de notícias difíceis, óbito, descompensação clínica, pré ou pós-cirúrgico, etc.
- 2- Dar retorno à equipe multiprofissional sobre aspectos do atendimento que tenham impacto no planejamento de cuidados do paciente.
- 3- Encaminhamento, quando necessário, para outros serviços de psicologia ou afins.

2.7.3.6.2. Protocolo para a equipe de Fisioterapia:

Competências Gerais do Serviço de Fisioterapia da Policlínica:

- Instituir tratamento fisioterapêutico humanizado, através de atendimento individualizado, chamando-os pelos nomes e dando atenção às suas queixas; com o objetivo de reduzir a depressão e a ansiedade do paciente, dando-lhes confiança de um ambiente seguro e tranquilo;
- Instituir exercícios específicos com o objetivo de aumentar a capacidade funcional, reduzindo risco de complicações;
- Realizar treinamento da equipe através da racionalização de recursos para adequada utilização dos mesmos, que implica na utilização dos produtos de melhor relação custo/benefício, ou seja, utilização de equipamentos que não exijam alto custo de investimento e tenham menor custo de manutenção, reparação e reposição de insumos;
- Instituir exercícios motores, com atividade musculoesquelética no leito, específica para o doente crítico, ou pré ou pós cirúrgico;
- Produzir relatório de atendimento fisioterapêutico com orientações específicas de exercícios individualizados.

Atribuições e Normas e Rotinas para o Serviço de Fisioterapia:

ü **Do Fisioterapeuta Coordenador:**

- Acompanhar as atividades de assistência e ensino realizadas na unidade;
- Conhecer e discutir sobre a condução das atividades de ensino aos estudantes, profissionais e residentes;
- Elaborar em parceria com o setor de recursos humanos programa de educação permanente, tais como: seminários, grupo de estudo e estudos de caso;
- Acompanhar planejamento estratégico do setor de fisioterapia;
- Coordenar a elaboração, implantação de protocolos de boas práticas do serviço;
- Discutir estratégias de funcionamento interno;
- Acompanhar resoluções burocráticas de funcionamento interno;
- Conhecimento e deliberação de solicitação de férias e demais atividades, como participação em eventos;
- Cumprir e fazer cumprir a legislação específica que regulamenta o exercício profissional da fisioterapia:
 - [Decreto Lei nº 938 de 1969](#), que regulamenta o exercício profissional da Fisioterapia e Terapia Ocupacional e dá outras providências.
 - [Resolução COFFITO nº 8 de 1978](#), que define as normas para habilitação ao exercício das profissões de Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional e dá outras providências.
 - [Resolução COFFITO nº 10 de 1978](#), que aprova o Código de Ética Profissional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

Ü **Do Fisioterapeuta Assistencial**

- Prestar atendimento fisioterapêutico em todos os níveis de atenção à saúde, integrando-se em programas de promoção, manutenção, prevenção, proteção e recuperação da saúde;
- Elaborar diagnóstico fisioterapêutico através de avaliação físico-funcional;
- Prescrever as técnicas próprias da fisioterapia;
- Oferecer assistência qualificada, personalizada e humanizada;
- Participar da passagem de plantão e discussão de casos clínicos multiprofissionais;
- Emitir laudos, pareceres, atestados e relatórios;

- Prestar esclarecimentos e orientar o indivíduo e os seus familiares sobre o processo terapêutico;
- Manter a confidencialidade das informações, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral;
- Encaminhar o paciente, quando necessário, a outros profissionais estabelecendo um nível de cooperação com os demais membros da equipe de saúde;
- Manter controle sobre a eficácia dos recursos tecnológicos pertinentes à atuação fisioterapêutica garantindo sua qualidade e segurança;
- Conhecer métodos e técnicas de investigação e elaboração de trabalhos acadêmicos e científicos;
- Procurar humanizar todos os atos dos profissionais nos contatos com os pacientes e seus familiares;
- Realizar avaliações e reavaliações do paciente colhendo dados, solicitando, executando e interpretando exames propedêuticos e complementares que permitam elaborar um diagnóstico cinético-funcional, para eleger e quantificar as intervenções e condutas fisioterapêuticas apropriadas, objetivando tratar as disfunções no campo da Fisioterapia, em toda sua extensão e complexidade, estabelecendo prognóstico, reavaliando condutas e decidindo pela alta fisioterapêutica;
- Elaborar criticamente o diagnóstico cinético funcional e a intervenção fisioterapêutica, considerando o amplo espectro de questões clínicas, científicas, filosóficas éticas, políticas, sociais e culturais implicadas na atuação profissional do fisioterapeuta, sendo capaz de intervir nas diversas áreas onde sua atuação profissional seja necessária;
- Exercer sua profissão de forma articulada ao contexto social, entendendo-a como uma forma de participação e contribuição social;
- Manter os registros atualizados sobre os pacientes atendidos;
- Responsabilizar-se pela guarda e manutenção do patrimônio de setor de fisioterapia;
- Apoiar e desenvolver atividades de ensino e pesquisa;
- Colaborar para a manutenção da organização operacional do serviço.

Para o Serviço de Fisioterapia da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE, existirão Normas Assistenciais, bem como Administrativas, descritas a seguir:

Normas Assistenciais:

- A fisioterapia atuará na unidade de internação atendendo aos pacientes clínicos e cirúrgicos com o objetivo de reduzir o tempo de internação, prevenir o risco de complicações respiratórias e/ou motoras;
- O atendimento acontecerá após solicitação do médico responsável, em registro no impresso de prescrição médica, anexado ao prontuário do paciente. Em seguida, o paciente será submetido a avaliação fisioterápica, e caso não apresente qualquer contra indicação, o tratamento será iniciado, na maioria dos pacientes, duas vezes ao dia, ou de acordo com a necessidade do doente, sendo realizada a fisioterapia motora e respiratória;
- A fisioterapia prestará assistência em todos os níveis de atenção à saúde, integrando-se em programas de promoção, manutenção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, sensibilizados e comprometidos com o ser humano, respeitando-o e valorizando-o;
- A fisioterapia deverá emitir relatórios das atividades até o 5º dia útil de cada mês, contendo as informações sobre os indicadores de produtividade (atendimentos, procedimentos e atividades de ensino/pesquisa);
- Para o melhor gerenciamento dessas ações e com o objetivo de melhorar os indicadores técnicos das unidades, a resolutividade dos processos de recuperação funcional e os mecanismos de controle das unidades, reduzindo dessa forma os custos e as perdas e otimizando o faturamento do hospital, o Serviço de Fisioterapia fará uso da ferramenta PDCA. A qualidade e a eficiência do serviço serão avaliadas através da monitorização dos planos terapêuticos, vistos através das respostas funcionais obtidas pelos pacientes. Serão definidos como indicadores de qualidade e eficiência:
 - a. Menor incidência de pneumonia;
 - b. Menor incidência de atelectasia;
 - c. Redução dos custos associados ao internamento;
 - d. Aumento na produção com menor custo;

- e. Cumprimento das metas assistenciais com menor quantitativo de profissionais.

Normas Administrativas:

- O uso do jaleco é indispensável desde a recepção da unidade até a mudança para a roupa privativa nas unidades fechadas;
- Em casos de faltas por qualquer motivo, comunicar à coordenação o mais breve possível para a mesma providenciar cobertura do plantão e evitar dobra e/ou contatar um colega para fazer a cobertura;
- O livro de ocorrências é o meio de comunicação entre a coordenação e os profissionais, portanto deve ser lido diariamente. Também é o meio de deixar registradas todas as intercorrências ocorridas no plantão;
- O não cumprimento das normas e regras estabelecidas acarretará em punição ao profissional envolvido no descumprimento das mesmas de acordo com as coordenações.

O serviço de fisioterapia também implantará um Protocolo Operacional Padrão – POP, que será adotado pelos profissionais, de acordo com rotinas pré-estabelecidas.

2.7.3.6.3. Protocolo para a equipe de Serviço Social:

Cada profissional que atuar no Serviço Social da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE terá suas atribuições previamente definidas, como descritas a seguir:

- Propor à Direção da Instituição a Política de Ação e o Plano Geral do Serviço Social;
- Planejar, coordenar e supervisionar as atividades do Serviço Social, realizando periodicamente reuniões avaliativas do ponto de vista técnico e administrativo;
- Representar o Serviço Social junto aos órgãos competentes;
- Manter entrosamento com os demais setores da Instituição através de reuniões periódicas com a Diretoria, Gerentes de Coordenadores, visando uma melhor articulação do trabalho desenvolvido;
- Prever e adequar recursos humanos e materiais de acordo com a necessidade do serviço e a programação estabelecida;

- Adotar medidas de ordem administrativa relativa à elaboração e controle de escalas de serviço de pessoal, para observância da frequência, horário de trabalho, férias, afastamentos, penalidades, além do levantamento de dados estatísticos das atividades do Serviço Social;
- Encaminhar periodicamente à Direção, relatórios avaliativos (qualitativa e quantitativamente) das atividades desenvolvidas, bem como prestação de contas dos gastos efetuados pelo setor;
- Cumprir e fazer cumprir as Ordens de Serviços, Portarias e Regimento da Instituição, participando das reformulações deste último, quando necessário;
- Estimular as atividades de pesquisa no campo de Serviço Social;
- Garantir que o trabalho do Serviço Social se desenvolva em consonância com as suas atribuições específicas, visando a qualidade no atendimento ao usuário;
- Facilitar a participação da equipe do Serviço Social em atividades de cunho técnico-científico, visando o aprimoramento profissional;
- Manter articulação com órgãos de classe representativos da categoria;
- Cumprir e fazer cumprir a legislação que regulamenta o exercício profissional do Assistente Social:
 - Lei nº 8.662 de 1993, que dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências.
 - Resoluções CFESS nº 594 de 2011, que dispõe sobre o Código de Ética dos Assistentes Sociais.

O Serviço Social é uma área Interdisciplinar que possui, para seus registros, impressos específicos de sua área de atuação. Os formulários que o Serviço Social da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE utilizará são:

- Ø Formulário de Evolução;
- Ø Formulário de Acompanhamento;
- Ø Formulário de Encerramento de Caso por Motivo de Óbito;
- Ø Solicitação de Comparecimento Familiar;

- Ø Autorização de Acesso;
- Ø Formulário de Levantamento Estatístico.

Normas Administrativas para o Serviço Social:

- É terminantemente proibido a todo colaborador lotado no Serviço Social, receber honorários, gratificações, taxas ou qualquer outro tipo de pagamento, praticado a qualquer título, por pessoa física ou jurídica;
- É proibido a todo colaborador lotado no Serviço Social, substituir ou ser substituído na sua jornada de trabalho por qualquer pessoa pertencente ou não ao quadro de pessoal do hospital. A permuta na jornada diária de trabalho será permitida, apenas, mediante autorização prévia do Coordenador do Serviço Social;
- O Serviço Social atenderá a todos os usuários/familiares que recorram a este serviço, dando os encaminhamentos peculiares a cada caso e/ou situação;
- O Serviço Social procederá à entrevista inicial com pacientes/responsável, estabelecendo seu plano para intervenção;
- O Serviço Social manterá contato com os pacientes/familiares sempre que se fizer necessário;
- O Serviço Social participará do processo de alta a pedido, juntamente com o médico e enfermeiro, através da reflexão com o paciente/familiar das consequências desta solicitação, ressaltando a necessidade de assinatura do usuário/responsável em termo específico;
- O Serviço Social participará do planejamento de programas na formulação e reformulação de normas e rotinas gerais da Unidade;
- O Serviço Social deverá promover pesquisas sociais e participar dentro sua especialidade de outras pesquisas na de área em saúde, em consonância com normas estabelecidas pela Unidade;
- O Serviço Social deverá manter-se informado a atualizado acerca dos recursos disponíveis na comunidade.

2.7.3.6.4. Protocolo para a equipe de Fonoaudiologia:

As ações de intervenção fonoaudiológica se dão nas áreas de fala, linguagem oral e escrita, aspectos cognitivos, voz, motricidade orofacial (MO) incluindo as funções neurovegetativas: respiração, mastigação, deglutição e sucção.

Com a finalidade de descrição as ações foram divididas por áreas de atuação, porém na prática, sabe-se que existe uma atenção integral ao paciente incluindo um olhar sobre todos os seus aspectos de manifestações fonoaudiológicas, portanto caberão devidas avaliações e consequentes intervenções, de acordo com cada caso.

A demanda acolhida para atendimento fonoaudiológico no Centro de Reabilitação restringe-se aos pacientes neurológicos de alta complexidade com as seguintes manifestações: disfasia (atraso na aquisição e no desenvolvimento da fala e da linguagem oral), afasias, alexia, agrafia, disartrias, apraxia da fala, alterações cognitivas no geral, disfagia orofaríngea neurogênica, disfonia ou afonia em decorrência de paresia e/ou paralisia de prega vocal, paralisia facial central e/ou periférica, alterações no sistema motor orofacial incluindo órgãos fonoarticulatórios e funções neurovegetativas, desde que seja de caráter neurológico.

Vale ressaltar que os pacientes não elegíveis para o atendimento fonoaudiológico no Centro de Reabilitação, voltado para alta complexidade, são submetidos a triagem fonoaudiológica, devidas orientações e possíveis encaminhamentos, incluindo, quando necessário, encaminhamentos para fonoterapia em outro serviço que acolha a determinada demanda. O setor de fonoaudiologia atende exclusivamente aos pacientes em tratamento no Centro de Reabilitação juntamente com a equipe multiprofissional.

Áreas de atuação com seus objetivos:

- DEGLUTIÇÃO

- Realizar avaliação funcional de deglutição: avalia-se a qualidade do processo de deglutição de alimentos em todas as consistências, secreções orais, saliva e medicações, desde a fase oral até o nível faríngeo.
- Realizar quando possível, a transição da alimentação por via alternativa (SNE ou gastrostomia) para a via oral, priorizando segurança e proteção das vias aéreas inferiores.

- Realizar o Blue Dye Test para deglutição juntamente com a o setor de fisioterapia respiratória, conforme as condições do paciente, avaliando os aspectos estruturais, funcionais e de proteção de vias aéreas com a realização de manobras de facilitação de deglutição quando necessário.
- Realizar manobras posturais, de facilitação e de proteção das vias aéreas inferiores para deglutição segura. • Realizar modificação na consistência alimentar.
- Orientar o paciente e cuidador quanto ao volume, consistência e forma de oferecimento da alimentação por via oral quando esta for possível.
- Gerenciar a disfagia orofaríngea neurogênica com deglutição assistida.
- Realizar estimulações passivas e exercícios ativos, com o objetivo de melhorar as estruturas estomatognáticas envolvidas no ato da alimentação.
- Realizar a estimulação direta da deglutição, com treino funcional utilizando-se de alimentos em diferentes consistências.
- Realizar eletroestimulação aplicada a disfagia orofaríngea neurogênica.

OBS.: quando a alimentação por via oral não for possível e colocar em risco a vida do paciente, discutir com a equipe multiprofissional e expor à família as vias alternativas possíveis à alimentação, explicando as vantagens e desvantagens de cada método e conseqüentemente realizar os encaminhamentos necessários a cada caso (SNE e/ou avaliação clínica para o procedimento de gastrostomia).

- RESPIRAÇÃO, MASTIGAÇÃO E SUCÇÃO

- Adequar tipo e modo respiratório.
- Adequar a mastigação diante a limitação do paciente.
- Introduzir alimentos mais consistentes quando a criança apresentar dificuldades no processo de transição da alimentação.
- Inibir a presença de reflexos patológicos.
- Reabilitar alterações orofaciais (funções neurovegetativas e expressões faciais) decorrentes de paralisia facial central ou periférica.

- VOZ

- Adequar a produção vocal, favorecendo a coaptação das pregas vocais e/ou compensações glóticas em pacientes com paresia e/ou paralisia de pregas vocais em decorrência de alterações neurológicas.
- Promover saúde vocal aos pacientes de alta complexidade.

Orientar os pacientes traqueostomizados ou com recente retirada quanto ao mecanismo de produção vocal.

- FALA E LINGUAGEM (ORAL E ESCRITA)

- Avaliar as estruturas dos órgãos fonoarticulatórios, as habilidades de emissão e recepção oral, os aspectos suprasegmentares da fala como o ritmo e a prosódia, além das habilidades não-verbais de comunicação, como escrita, gestos indicativos e representativos, expressões corporais e faciais.
- Orientar o paciente, familiares e cuidadores sobre a forma de maximizar a comunicação de diferentes formas, bem como sua estimulação.
- Utilizar de exercícios passivos e/ou ativos para ampliar a inteligibilidade da fala, bem como todo sistema estomatognático.
- Estimular aspectos de linguagem oral e/ou gráfica, nos níveis de recepção e expressão.
- Desenvolver e treinar estratégias por meio da readaptação da linguagem oral ou do estabelecimento quando necessário de uma comunicação efetiva não-verbal, optando pelo uso de uma via alternativa de comunicação.
- Confeccionar materiais para uso terapêutico exclusivo do paciente, de acordo com o caso, para ser utilizado durante as sessões de fonoterapia e/ou atividades orientadas a serem desenvolvidas em casa.

- GRUPO DE ESTIMULAÇÃO COGNITIVA

- Promover trocas de experiências entre os pacientes e seus familiares/cuidadores.
- Grupo promovido por uma equipe de profissionais (fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo) com o objetivo de reabilitar as funções cognitivas (memória, atenção, linguagem,

processamento das informações, raciocínio lógico, dentre outros aspectos) de usuários adultos decorrentes de acometimentos neurológicos. Os atendimentos são semanais com duração da sessão de 50 minutos. São utilizados nas sessões de estimulação cognitiva: recursos gráficos, audiovisuais, jogos educativos, materiais didáticos e de linguagem, atividades de vida diária e de vida prática, dentre outros.

- GRUPO DE PACIENTES COM MAL DE PARKINSON

- Realizar orientações aos pacientes, bem como sua família e/ou cuidadores quanto as manifestações fonoaudiológicas decorrentes da patologia e como proceder diante as limitações.
- Promover trocas de experiências entre os pacientes e seus familiares/cuidadores.
- Realizar exercícios ativos e passivos que promovam a adequação dos aspectos de fala (articulação), voz (prosódia e qualidade vocal), funções neurovegetativas (respiração) e expressões faciais, bem como o relaxamento da musculatura da região cervical e facial.

2.7.3.6.4. Protocolo para a equipe de Odontologia:

O que atuar na área de Odontologia da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE terá suas atribuições previamente definidas, como descritas a seguir:

- Propor à Direção da Instituição a Política de Ação e o Plano Geral da Odontologia;
- Planejar, coordenar e supervisionar as atividades de Odontologia, realizando periodicamente reuniões avaliativas do ponto de vista técnico e administrativo;
- Representar a Odontologia junto aos órgãos competentes;
- Manter entrosamento com os demais setores da Instituição através de reuniões periódicas com a Diretoria, Gerentes de Coordenadores, visando uma melhor articulação do trabalho desenvolvido;
- Prever e adequar recursos humanos e materiais de acordo com a necessidade do serviço e a programação estabelecida;
- Adotar medidas de ordem administrativa relativa à elaboração e controle de escalas de serviço de pessoal, para observância da frequência, horário de trabalho, férias,

afastamentos, penalidades, além do levantamento de dados estatísticos das atividades da Odontologia;

- Encaminhar periodicamente à Direção, relatórios avaliativos (qualitativa e quantitativamente) das atividades desenvolvidas, bem como prestação de contas dos gastos efetuados pelo setor;
- Cumprir e fazer cumprir as Ordens de Serviços, Portarias e Regimento da Instituição, participando das reformulações deste último, quando necessário;
- Estimular as atividades de pesquisa no campo de Odontologia;
- Garantir que o trabalho da Odontologia se desenvolva em consonância com as suas atribuições específicas, visando a qualidade no atendimento ao usuário;
- Facilitar a participação da equipe de Odontologia em atividades de cunho técnico-científico, visando o aprimoramento profissional;
- Manter articulação com órgãos de classe representativos da categoria;

A Odontologia é uma área Interdisciplinar que possui, para seus registros, impressos específicos de sua área de atuação. Os formulários que a Odontologia Utilizará são:

- Ø Formulário de Evolução;
- Ø Formulário de Acompanhamento;
- Ø Formulário de Encerramento de Caso por Motivo de Óbito;
- Ø Autorização de Acesso;
- Ø Formulário de Levantamento Estatístico.

Normas Administrativas:

- É terminantemente proibido a todo colaborador lotado na Odontologia, receber honorários, gratificações, taxas ou qualquer outro tipo de pagamento, praticado a qualquer título, por pessoa física ou jurídica;
- É proibido a todo colaborador lotado na Odontologia, substituir ou ser substituído na sua jornada de trabalho por qualquer pessoa pertencente ou não ao quadro de pessoal do hospital;

- A Odontologia procederá à entrevista inicial com pacientes/responsável, estabelecendo seu plano para intervenção;
- A Odontologia manterá contato com os pacientes/familiares sempre que se fizer necessário;
- A Odontologia participará do processo de alta a pedido, juntamente com o médico e enfermeiro, através da reflexão com o paciente/familiar das consequências desta solicitação, ressaltando a necessidade de assinatura do usuário/responsável em termo específico;
- A Odontologia participará do planejamento de programas na formulação e reformulação de normas e rotinas gerais da Unidade;
- A Odontologia deverá promover pesquisas sociais e participar dentro sua especialidade de outras pesquisas na de área em saúde, em consonância com normas estabelecidas pela Unidade;
- A Odontologia deverá manter-se informado a atualizado acerca dos recursos disponíveis na comunidade.

2.7.3.6.5. Protocolo para a equipe de Nutrição:

DESCRIÇÃO DAS TAREFAS:

1. Verificar as internações das clínicas específicas diariamente, e/ou os agendamentos ambulatoriais.
2. Participar das discussões de caso.
3. Realizar triagem nutricional quando pertinente.
4. Realizar Anamnese de acordo com as especificidades de cada especialidade
5. Aplicar Avaliação Subjetiva Global (ASG).
6. Realizar avaliação antropométrica.
7. Realizar avaliação por bioimpedância quando necessário.
8. Solicitar e/ou verificar exames bioquímicos.
9. Realizar diagnóstico nutricional.

10. Calcular necessidades nutricionais.
11. Registrar avaliação em prontuário.
12. Fazer acompanhamento de acordo com a necessidade.

Procedimentos de avaliação antropométrica para Adulto

- Avaliação do Peso

- a) Tarar (zerar) a balança.
- b) Paciente descalço, braços estendidos ao longo do corpo, peso igualmente distribuído entre os pés e calcanhares juntos.
- c) Preferencialmente pesar os pacientes em jejum e após urinar.
- d) Pesar com roupa da unidade, ou com o mínimo de roupa possível.

- Avaliação da Estatura:

- a) Paciente deve estar descalço.
- b) Com braços estendidos ao longo do corpo.
- c) Peso igualmente distribuído entre os pés.
- d) Calcanhares juntos.
- e) Parte superior da cabeça deve tocar a haste vertical do estadiômetro.
- f) Cabeça deve-se manter-se ereta, com olhar para o horizonte, e o paciente deve inspirar profundamente.

- Avaliação da Circunferência do Braço (CB)

A circunferência do braço (CB), deve ser realizada no braço não dominante. O ponto médio entre a acrómio e o olécrano deve ser realizado com o braço em posição de 90° e a medição com o braço relaxado. A avaliação deve ser realizada de acordo com os pontos de corte descritos nas tabelas.

Pontos de Corte da CB (cm)	
<i>Homem</i>	<i>Mulher</i>
29,3	28,5

Percentis para Prega Cutânea Triecipital (PCT) – Homens									
Idade (anos)	Percentil								
	5	10	15	25	50	75	85	90	95
14,0-14,9	3,9	4,5	5,1	6,0	8,8	13,9	18,8	23,8	35,8
15,0-15,9	3,7	4,3	4,8	5,7	8,2	12,9	17,4	21,8	32,5
16-16,9	3,8	4,4	4,9	5,8	8,4	13,1	17,5	21,9	32,2
17,0-17,9	4,0	4,7	5,2	6,1	8,7	13,5	17,8	22,1	32,0
18,0-18,9	3,7	4,4	5,0	6,1	8,8	13,2	16,8	19,9	26,0
19,0-19,9	3,9	4,6	5,2	6,2	9,0	13,6	17,3	20,5	26,7
20,0-29,9	4,3	5,2	6,0	7,2	10,2	14,4	17,3	19,7	23,6
30,0-39,9	4,7	5,6	6,4	7,7	10,8	15,1	18,1	20,5	24,5
40,0-49,9	5,2	6,2	7,0	8,3	11,5	15,7	18,6	20,9	24,7

- Avaliação da Prega Cutânea Triecipital (PCT)

A prega cutânea triecipital (PCT), deve ser aferida no ponto médio que se realizou a CB. A avaliação deve ser realizada de acordo com os pontos de corte descritos nas tabelas.

Pontos de Corte da PCT (mm)	
<i>Homem</i>	<i>Mulher</i>
12,5	16,5

Percentis para Prega Cutânea Tricipital (PCT) – Homens									
Idade (anos)	Percentil								
	5	10	15	25	50	75	85	90	95
14,0-14,9	3,9	4,5	5,1	6,0	8,8	13,9	18,8	23,8	35,8
15,0-15,9	3,7	4,3	4,8	5,7	8,2	12,9	17,4	21,8	32,5
16-16,9	3,8	4,4	4,9	5,8	8,4	13,1	17,5	21,9	32,2
17,0-17,9	4,0	4,7	5,2	6,1	8,7	13,5	17,8	22,1	32,0
18,0-18,9	3,7	4,4	5,0	6,1	8,8	13,2	16,8	19,9	26,0
19,0-19,9	3,9	4,6	5,2	6,2	9,0	13,6	17,3	20,5	26,7
20,0-29,9	4,3	5,2	6,0	7,2	10,2	14,4	17,3	19,7	23,6
30,0-39,9	4,7	5,6	6,4	7,7	10,8	15,1	18,1	20,5	24,5
40,0-49,9	5,2	6,2	7,0	8,3	11,5	15,7	18,6	20,9	24,7
50,0-59,9	5,4	6,4	7,2	8,5	11,7	15,9	18,8	21,0	24,7
60,0-69,9	5,5	6,5	7,3	8,6	11,6	15,6	18,3	20,4	24,0
70,0-79,9	5,5	6,5	7,2	8,5	11,4	15,2	17,8	19,8	23,2
80,0-89,9	5,4	6,3	7,0	8,2	10,9	14,5	16,9	18,7	21,8

Percentis para Prega Cutânea Tricipital (PCT) – Mulheres									
Idade (anos)	Percentil								
	5	10	15	25	50	75	85	90	95
14,0-14,9	8,3	9,7	10,8	12,5	16,5	21,5	24,8	27,2	31,2
15,0-15,9	8,9	10,4	11,5	13,3	17,4	22,6	25,9	28,4	32,5
16-16,9	9,1	10,6	11,7	13,6	17,8	23,2	26,6	29,2	33,4
17,0-17,9	8,8	10,4	11,5	13,5	17,8	23,4	27,0	29,7	34,1
18,0-18,9	9,0	10,5	11,7	13,6	17,9	23,5	27,0	29,7	34,0
19,0-19,9	9,0	10,5	11,7	13,6	18,0	23,6	27,2	29,9	34,3
20,0-29,9	10,2	12,0	13,4	15,7	20,5	26,3	29,9	32,4	36,6
30,0-39,9	10,8	13,6	15,5	18,4	23,9	29,5	32,6	34,7	37,8
40,0-49,9	12,7	15,5	17,4	20,3	25,7	31,2	34,2	36,3	39,4
50,0-59,9	13,6	16,3	18,1	20,9	26,1	31,4	34,2	36,2	39,1
60,0-69,9	12,7	15,3	17,1	19,7	24,7	29,8	32,6	34,5	37,3
70,0-79,9	10,4	12,8	14,6	17,1	21,9	26,9	29,6	31,4	34,1
80,0-89,9	6,7	8,9	10,5	12,9	17,4	22,0	24,5	26,3	28,8

- Avaliação da Circunferência Muscular do Braço (CMB)

A circunferência muscular do braço (CMB), é obtida através da seguinte fórmula:

$$\text{CMB (cm)} = \text{CB} - (0,314 \times \text{PCT})$$

A avaliação deverá ser realizada de acordo com os pontos de corte descritos nas tabelas:

Pontos de Corte da CMB (cm)	
Homem	Mulher
25	23,3

Percentis da Circunferência Muscular do Braço (CMB)– Homens							
Idade (anos)	Percentil						
	5	10	25	50	75	90	95
14,0-14,9	18,9	19,9	21,2	22,3	24,4	26,0	26,4
15,0-15,9	19,9	20,4	21,8	23,7	25,4	26,6	27,2
16-16,9	21,3	22,5	23,4	24,9	26,9	28,7	29,6
17,0-17,9	22,4	23,1	24,5	25,8	27,3	29,4	31,2
18,0-18,9	22,6	23,7	25,2	26,4	28,3	29,8	32,4
19,0-24,9	23,8	24,5	25,7	27,3	28,9	30,9	32,1
25,0-34,9	24,3	25,0	26,4	27,9	29,8	31,4	32,6
35,0-44,9	24,7	25,5	26,9	28,6	30,2	31,8	32,7
45,0-54,9	23,9	24,9	26,5	28,1	30,0	31,5	32,6
55,5-64,9	23,6	24,5	26,0	27,8	29,5	31,0	32,0
65,0-79,9	22,3	23,5	25,1	26,8	28,4	29,8	30,6

Percentis da Circunferência Muscular do Braço (CMB)– Mulheres							
Idade (anos)	Percentil						
	5	10	25	50	75	90	95
14,0-14,9	17,4	17,9	19,0	20,1	21,6	23,2	24,7
15,0-15,9	17,5	17,8	18,9	20,2	21,5	22,8	24,4
16-16,9	17,0	18,0	19,0	20,2	21,6	23,4	24,9
17,0-17,9	17,5	18,3	19,4	20,5	22,1	23,9	25,7
18,0-18,9	17,4	17,9	19,1	20,2	21,5	23,7	24,5
19,0-24,9	17,9	18,5	19,5	20,7	22,1	23,6	24,9
25,0-34,9	18,3	18,8	19,9	21,2	22,8	24,6	26,4
35,0-44,9	18,6	19,2	20,5	21,8	23,6	25,7	27,2
45,0-54,9	18,7	19,3	20,6	22,0	23,8	26,0	27,4
55,5-64,9	18,7	19,6	20,9	22,5	24,4	26,6	28,0
65,0-79,9	18,5	19,5	20,8	22,5	24,4	26,4	27,9

- Avaliação da Circunferência da Panturrilha (CP)

Circunferência da Panturrilha avalia a depleção de massa muscular, devendo seguir os pontos de corte da tabela:

Pontos de Corte da CP	
>31	<i>Eutrofia</i>
≤ 31	Marcador de Desnutrição

Procedimentos de avaliação antropométrica para Criança

- Avaliação do Peso:

Em crianças menores de 2 anos o peso deve ser aferido em balanças pediátrica ou “tipo bebê”, calibradas da seguinte maneira:

- a) Tarar (zerar) a balança.
- b) Criança deve estar completamente despida, acompanhada do responsável.
- c) Colocar a criança sentada ou deitada no centro do prato, de modo a distribuir o peso igualmente.
- d) Orientar o responsável a manter-se próximo, sem tocar na criança e no equipamento.
- e) Anotar peso e localizar o escore no gráfico de peso para idade da OMS, 2006.

Em crianças acima de 2 anos o peso deve ser aferido em pé em balanças calibradas, da seguinte maneira:

- a) Tarar (zerar) a balança.
- b) Paciente descalço, braços estendidos ao longo do corpo, peso igualmente distribuído entre os pés e calcanhares juntos.
- c) Preferencialmente pesar os pacientes em jejum e após urinar.
- d) Pesar com roupa da unidade, ou com o mínimo de roupa possível.
- e) Anotar peso e localizar o escore no gráfico de peso para idade da OMS, 2006.

- Avaliação do Comprimento:

Em crianças menores de 2 anos a estatura deve ser aferida com antropômetro da seguinte maneira:

- a) Deitar a criança no centro do antropômetro, descalça e com a cabeça livre de adereços.
- b) Manter, com a ajuda do responsável, a cabeça apoiada firmemente contra a parte fixa do equipamento, com o pescoço reto e o queixo afastado do peito; os ombros totalmente em contato com a superfície de apoio do antropômetro; os braços estendidos ao longo do corpo.

- c) As nádegas e os calcanhares da criança em pleno contato com a superfície que apoia o antropômetro.
- d) Pressionar, cuidadosamente, os joelhos da criança para baixo, com uma das mãos, de modo que eles fiquem estendidos.
- e) Juntar os pés, fazendo um ângulo reto com as pernas. Levar a parte móvel do equipamento até as plantas dos pés, com cuidado para que não se mexam.
- f) Realizar a leitura da estatura quando estiver seguro de que a criança não se moveu da posição indicada
- g) Anotar estatura e localizar o escore no gráfico de estatura para idade da OMS, 2006.

Em crianças acima de 2 anos:

- a) Paciente deve estar descalço.
- b) Com braços estendidos ao longo do corpo.
- c) Peso igualmente distribuído entre os pés.
- d) Calcanhares juntos.
- e) Parte superior da cabeça deve tocar a haste vertical do estatiômetro.
- f) Cabeça deve-se manter-se ereta, com olhar para o horizonte, e o paciente deve inspirar profundamente.
- g) Anotar estatura e localizar o escore no gráfico de estatura para idade da OMS, 2006.

Em crianças com limitações físicas, na faixa etária de 2 a 12 anos, utiliza-se as seguintes medidas de segmentos de membros inferiores e superiores para estimar a estatura com utilização de equações apresentadas na tabela:

Medida do Segmento	Estatura Estimada (cm)	Desvio Padrão (cm)
Comprimento Superior do Braço (CSB)	$E = 4,35 \times CSB + 21,8$	$\pm 1,7$
Comprimento Tibial (CT)	$E = 3,26 \times CT + 30,8$	$\pm 1,4$
Comprimento do Joelho (CJ)	$E = 2,69 \times CJ + 24,2$	$\pm 1,1$

Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), 2009

- Circunferência Craniana

A circunferência craniana é realizada até os 2 anos de vida, trata-se de uma importante medida para avaliar o crescimento e o desenvolvimento, especialmente em crianças nascidas prematuras, devendo ser realizada da seguinte forma:

- A fita métrica deve ser posicionada na porção posterior mais proeminente do crânio (occipício) e na parte frontal da cabeça (glabella).
- Anotar a medida e localizar o escore no gráfico de circunferência craniana por idade da OMS, 2006.

AValiação Subjetiva Global:

A: História:	
1: Alteração de Peso: ____ Kg ____%.	Tempo: ____ semanas.
2: Alterações no padrão alimentar (mais de 14 dias de duração):	
Tipo de alteração:	<input type="checkbox"/> Redução na quantidade <input type="checkbox"/> Dieta líquida <input type="checkbox"/> Dieta líquida sem resíduos <input type="checkbox"/> Jejum
3: Sintomas gastrointestinais (mais de 14 dias de duração):	
<input type="checkbox"/> Nenhum <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Anorexia	
4: Capacidade funcional:	
<input type="checkbox"/> Sem alterações <input type="checkbox"/> Com alterações (Duração: ____ dias).	
Tipo de Alteração:	
<input type="checkbox"/> Redução de trabalho <input type="checkbox"/> Deambulando <input type="checkbox"/> Restrito ao leito	
5: Necessidades nutricionais relacionadas à doença:	
Diagnóstico principal: _____	
Demanda metabólica:	
<input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Baixa <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Alta	
B: Exame físico (quantificar de 0 a 3, sendo 0: normal; 1: leve; 2: moderado e 3: grave):	
Perda de gordura subcutânea (tríceps e tórax): ____.	
Atrofia muscular (ombros e coxas): ____.	
Edema: tornozelos: ____ . Sacral: ____ . Ascite ____.	
C: Diagnóstico da ASG:	
<input type="checkbox"/> Bem nutrido <input type="checkbox"/> Moderadamente desnutrido / sob risco nutricional <input type="checkbox"/> Gravemente desnutrido	

2.7.4. Implementação e Funcionamento de Outros Serviços

2.7.4.1. Funcionamento do Serviço Social

A execução do Serviço Social na presente proposta, caracteriza-se pela atuação no processo de orientações aos pacientes e familiares sobre direitos e deveres (normas, códigos e legislação), serviços, recursos e programas sociais, tendo em vista proceder aos encaminhamentos das demandas sociais.

Normas

Na rotina da unidade, o profissional Assistente Social deverá:

- I. Respeitar os princípios éticos da sua profissão, observando normas, rotinas e diretrizes técnico-administrativas da unidade.
- II. Realizar os atendimentos com base nos Protocolos Assistenciais e Procedimentos Operacionais Padrão (POP's) estabelecidos na unidade, cabendo ao profissional determinar ou eleger os processos adequados a cada paciente.
- III. Garantir a plena informação sobre as possibilidades e consequências das situações apresentadas, respeitando as decisões do usuário, mesmo que sejam contrárias aos seus valores e às suas crenças individuais.
- IV. Empenhar-se na eliminação de todas as formas de preconceito, exercendo suas atividades sem discriminação por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, idade e condição física.
- V. Abster-se de assumir responsabilidade por atividades para as quais não esteja capacitado/a pessoal e tecnicamente.
- VI. Participar, sempre que possível, da prática profissional interdisciplinar; e respeitar as normas e princípios éticos das outras categorias.

Rotinas:

O Serviço Social, estará inserido não apenas na amenização dos problemas sociais, por meio da minimização das tensões, mas na democratização das informações e serviços que

possam garantir o direito social do usuário, por meio das suas diversas articulações, bem como, de encaminhamentos aos órgãos competentes, a fim de garantir a resolutividade e a integralidade dos serviços prestados, qualificando e humanizando o atendimento a todos os usuários que necessitam dos serviços.

O trabalho será realizado em sintonia com as equipes médicas e multiprofissional e obedecerá a seguinte rotina de atendimentos:

a) Construir o perfil socioeconômico dos usuários e familiares (habitacional, trabalhista e previdenciária) com a finalidade de subsidiar a prática dos demais profissionais de saúde.

b) Orientar os pacientes e familiares/acompanhantes no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento das suas demandas sociais.

c) Elaborar estudos socioeconômicos dos usuários e suas famílias, com vistas a subsidiar a construção de laudos e pareceres sociais na perspectiva de garantia de direitos e de acesso aos serviços sociais e de saúde.

d) Facilitar e possibilitar o acesso dos usuários aos serviços na esfera da seguridade social.

e) Conhecer a realidade do usuário por meio da realização de visitas domiciliares, quando avaliada a necessidade pelo profissional do Serviço Social, procurando não invadir a privacidade dos mesmos e esclarecendo os seus objetivos profissionais;

f) Conhecer e mobilizar a rede de serviços, tendo por objetivo viabilizar os direitos sociais por meio de visitas institucionais, quando avaliada a necessidade pelo Serviço Social.

g) Fortalecer os vínculos familiares, na perspectiva de incentivar o usuário e sua família a se tornarem sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde.

h) Acompanhar os pacientes, mas sem condições de alta social (casos de pessoas sem vínculos familiares, como moradores de rua, pacientes com necessidades especiais, entre outros).

i) Promover, participar e/ou realizar pesquisas científicas e profissional com os demais profissionais que realizam atividades dessa natureza;

Área de Abrangência:

O assistente social ao compor o quadro de profissionais da unidade, incidirá por meio dos diferentes processos de trabalho, nos determinantes sociais que impactam na saúde do usuário. Neste sentido, será definido cinco eixos de intervenção:

- I. No acolhimento aos usuários pela equipe multiprofissional: será possível a identificação das demandas sociais para encaminhamento à avaliação do Serviço Social.
- II. A vinculação com equipe de saúde: o Serviço Social atuará junto à equipe multiprofissional durante o processo de acompanhamento de pacientes e familiares.
- III. A humanização nas relações: a partir do momento em que a equipe de saúde terá a possibilidade de analisar e avaliar o paciente num contexto geral, sem levar em consideração somente a sua patologia, o atendimento e planejamento das ações proporcionarão a humanização nas relações institucionais, e conseqüentemente da equipe.
- IV. Assim que os problemas mais agudos estiverem resolvidos, o Serviço Social iniciará o processo para que o paciente e sua família possam receber orientações condizentes às suas necessidades. A gama de demandas necessárias para a continuidade dos cuidados iniciados no âmbito, serão encaminhadas e orientadas pelo Serviço Social, buscando reforçar a autonomia do usuário ou articulando a continuidade do cuidado com os demais pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde.
- V. A dinâmica do Serviço Social na unidade ocorrerá sempre através da aplicação do Procedimento Operacional Padrão (POP) e o Protocolo Assistencial a serem elaborados, os quais subsidiarão e nortearão o trabalho profissional no âmbito da unidade. Os mesmos descreverão detalhadamente as rotinas, no entanto, deverão

periodicamente sofrer alterações em decorrência de novos processos de trabalho e de adequações às legislações e políticas públicas vigentes.

Equipe Mínima:

A unidade de saúde contará com 02 Profissionais no período de 06 (seis) horas cada, para que todo o período de funcionamento seja coberto por profissionais dessa área.

2.7.4.2. Funcionamento da Equipe Multiprofissional

2.7.4.2.1. Serviço de Fisioterapia

Fisioterapia é uma ciência aplicada, tendo por objeto de estudos o movimento humano em todas as suas formas de expressão e potencialidades, tanto nas alterações patológicas quanto nas repercussões psíquicas e orgânicas. Seu objetivo é preservar, manter, desenvolver ou restaurar a integridade de órgãos, sistema ou função. Como processo terapêutico utiliza conhecimentos e recursos próprios, com base nas condições psico-físico-social, tendo por objetivo promover, aperfeiçoar ou adaptar o indivíduo a melhoria de qualidade de vida.

O fisioterapeuta é habilitado a construção do diagnóstico dos distúrbios cinéticos funcionais, a prescrição das condutas fisioterapêuticas, sua ordenação e indução no paciente, bem como, o acompanhamento da evolução do quadro funcional e a sua alta do serviço. O principal objetivo da fisioterapia é a reabilitação funcional do paciente lesionado no menor tempo possível, sem gerar riscos à sua integridade física.

O papel da Fisioterapia na equipe multiprofissional torna-se cada vez mais complexo face à constante qualificação dos serviços de assistência à saúde, que não se limitam mais a garantir sobrevivência, mas a oferecer qualidade de vida às pessoas. A fisioterapia é a profissão que realiza o tratamento das doenças e suas repercussões sistêmicas por agentes físicos e terapia manual, prepara os pacientes sob o ponto de vista músculo-respiratório para procedimentos pré e pós-cirúrgicos, e atua através de exercícios terapêuticos e técnicas específicas restaurando as funções osteomioarticulares e respiratórias.

Em pacientes hospitalizados é comum o aparecimento de alterações mecânicas ventilatórias e motoras decorrente da imobilidade prolongada a que são submetidos. Normalmente os sistemas: respiratório, osteomiorticular, cardiovascular e neurológico dos pacientes são afetados, o que pode, inclusive, acarretar problemas mais graves, como pneumonias, trombozes venosas, atelectasias entre outros e na maioria dos pacientes influenciam no tempo de hospitalização e morbimortalidade. O caráter crítico dos pacientes cria um perfil de multiplicidade nas disfunções e incapacidades funcionais que os acomete, necessitando de tratamento fisioterapêutico especializado e individualizado, podendo assim modificar o curso de tais afecções e possibilitando uma qualidade de vida melhor. Assim, a importância da fisioterapia vai do aspecto assistencial a redução do custo financeiro: o tratamento de pacientes em fase de recuperação, seja de traumas ou cirurgias, resulta em uma maior agilização das altas, o que aumenta a rotatividade dos leitos, diminui as chances de infecções hospitalares, minimiza os custos com remédios e oxigênio, e, principalmente, fornece uma melhor qualidade de vida ao paciente.

Em função disso, o Serviço de Fisioterapia **da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE**, quando instuído, será destinado à assistência integral e especializada a todos os pacientes, lançando mão do seu arsenal terapêutico específico, objetivando um restabelecimento das afecções, sequelas ou entidades nosológicas (primárias ou secundárias) que se apresentam no vasto universo clínico do ambiente de saúde.

A Equipe de Fisioterapia desenvolverá uma prática assistência qualificada e de real eficácia, dando enfoque à humanização do atendimento ao paciente, pois entendemos que este deve ser um processo vivencial que permeia toda a atividade do local e das pessoas que ali trabalham. O Serviço funcionará 12 horas, de segunda à sexta-feira.

Objetivo do Serviço de Fisioterapia:

1. Oferecer um serviço eficiente e qualificado através do gerenciamento e da racionalização de processos preventivos e terapêuticos, visando redução dos custos e otimização dos resultados.

Competências do Serviço:

1. Instituir tratamento fisioterapêutico humanizado, através de atendimento individualizado, chamando-os pelos nomes e dando atenção às suas queixas; com o objetivo de reduzir a depressão e a ansiedade do paciente, dando-lhes confiança de um ambiente seguro e tranquilo;
2. Realizar treinamento da equipe através da racionalização de recursos para adequada utilização dos mesmos que implica na utilização dos produtos de melhor relação custo/benefício, ou seja, utilização de equipamentos que não exijam alto custo de investimento e tenham menor custo de manutenção, reparação e reposição de insumos;
3. Instituir exercícios motores, com atividade musculoesquelética, específica para o doente;
4. Produzir relatório de atendimento fisioterapêutico com orientações específicas de exercícios individualizados.

Composição da Equipe:

A equipe de profissionais para os serviços deve ser constituída por Fisioterapeutas, o que garante um atendimento mais específico das alterações funcionais dos pacientes. Todos os profissionais estarão voltados para o estímulo ao ensino-pesquisa, além de experiência na implantação de serviços baseados em gestão e sistematização de processos para atingir metas.

Atribuições da Equipe:

Atribuições do Fisioterapeuta Coordenador:

1. Acompanhar as atividades de assistência e ensino realizadas na unidade;
2. Conhecer e discutir sobre a condução das atividades de ensino aos estudantes, profissionais e residentes;
3. Elaborar em parceria com o setor de recursos humanos programa de educação permanente, tais como: seminários, grupo de estudo e estudos de caso;

4. Acompanhar planejamento estratégico do setor de fisioterapia;
5. Coordenar elaboração, implantação de protocolos de boas práticas do serviço,
6. Discutir estratégias de funcionamento interno;
7. Acompanhar resoluções burocráticas de funcionamento interno;
8. Conhecimento e deliberação de solicitação de férias e demais atividades, como participação em eventos;
9. Cumprir e fazer cumprir a legislação específica que regulamenta o exercício profissional da fisioterapia:
 - [Decreto Lei nº 938 de 1969](#), que regulamenta o exercício profissional da Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional e dá outras providências.
 - [Resolução COFFITO nº 8 de 1978](#), que define as normas para habilitação ao exercício das profissões de Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional e dá outras providências.
 - [Resolução COFFITO nº 10 de 1978](#), que aprova o Código de Ética Profissional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

Atribuições do Fisioterapeuta assistencial:

1. Prestar atendimento fisioterapêutico em todos os níveis de atenção à saúde, integrando-se em programas de promoção, manutenção, prevenção, proteção e recuperação da saúde;
2. Elaborar diagnóstico fisioterapêutico através de avaliação físico-funcional;
3. Prescrever as técnicas próprias da fisioterapia;
4. Oferecer assistência qualificada, personalizada e humanizada;
5. Participar da passagem de plantão e discussão de casos clínicos multiprofissionais;

6. Realizar consultas, avaliações e reavaliações do paciente colhendo dados, solicitando, executando e interpretando exames propedêuticos e complementares que permitam elaborar um diagnóstico cinético-funcional, para eleger e quantificar as intervenções e condutas fisioterapêuticas apropriadas, objetivando tratar as disfunções no campo da Fisioterapia, em toda sua extensão e complexidade, estabelecendo prognóstico, reavaliando condutas e decidindo pela alta fisioterapêutica;
7. Elaborar criticamente o diagnóstico cinético funcional e a intervenção fisioterapêutica, considerando o amplo espectro de questões clínicas, científicas, filosóficas éticas, políticas, sociais e culturais implicadas na atuação profissional do fisioterapeuta, sendo capaz de intervir nas diversas áreas onde sua atuação profissional seja necessária;
8. Exercer sua profissão de forma articulada ao contexto social, entendendo-a como uma forma de participação e contribuição social;
9. Apoiar e desenvolver atividades de ensino e pesquisa;
10. Colaborar para a manutenção da organização operacional do serviço.

Normas Assistenciais:

2. O atendimento acontecerá após solicitação do médico responsável, em registro no impresso de prescrição médica, anexado ao prontuário do paciente. Em seguida, o paciente será submetido a avaliação fisioterápica, e caso não apresente qualquer contra indicação, o tratamento será iniciado, de acordo com a necessidade do doente, sendo realizada a fisioterapia motora e respiratória;
3. A fisioterapia prestará assistência em todos os níveis de atenção à saúde, integrando-se em programas de promoção, manutenção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, sensibilizados e comprometidos com o ser humano, respeitando-o e valorizando-o;

4. A fisioterapia deverá emitir relatórios das atividades até o 5º dia útil de cada mês, contendo as informações sobre os indicadores de produtividade (atendimentos, procedimentos e atividades de ensino/pesquisa);
5. Para o melhor gerenciamento dessas ações e com o objetivo de melhorar os indicadores técnicos das unidades, a resolutividade dos processos de recuperação funcional e os mecanismos de controle das unidades, reduzindo dessa forma os custos e as perdas e otimizando o faturamento da unidade, o Serviço de Fisioterapia fará uso da ferramenta PDCA. A qualidade e a eficiência do serviço serão avaliadas através da monitorização dos planos terapêuticos, vistos através das respostas funcionais obtidas pelos pacientes. Serão definidos como indicadores de qualidade e eficiência:
 - a. Aumento na produção com menor custo;
 - b. Cumprimento das metas assistenciais com menor quantitativo de profissionais.

Normas Administrativas:

- O uso do jaleco é indispensável desde a recepção da unidade até a mudança para a roupa privativa nas unidades fechadas;
- O profissional que chega deve receber o plantão, o qual será passado de forma breve pelo colega.
- Em casos de faltas por qualquer motivo, comunicar à coordenação o mais breve possível para a mesma providenciar cobertura do serviço e evitar dobra e/ou contatar um colega para fazer a cobertura.
- O livro de ocorrências é o meio de comunicação entre a coordenação e os profissionais, portanto deve ser lido diariamente. Também é o meio de deixar registradas todas as intercorrências ocorridas;
- O não cumprimento das normas e regras estabelecidas acarretará punição ao profissional envolvido no descumprimento das mesmas de acordo com as coordenações.

2.7.4.2.2. Serviço de Nutrição e Dietética - SND

A desnutrição, em âmbito dos serviços de saúde, foi identificada nas décadas de 70 e 80, desde então, preocupa os profissionais da saúde, devido à grande importância que o estado nutricional tem sobre o tratamento de pacientes visto que, a desnutrição em serviços de saúde é fator de risco para piora da evolução clínica, pois prejudica a função imune, interferindo na susceptibilidade às infecções, cicatrização e resposta inflamatória. Os prejuízos da desnutrição impactam também na perda de massa muscular prejudicando a função do trato gastrointestinal, dos músculos respiratórios e cardíacos acarretando maiores chances de fraturas ósseas e úlceras de pressão. Além disso, um paciente desnutrido, em sua maioria, acaba apresentando apatia e depressão durante seu tratamento.

Atualmente, o papel do SND na assistência ao paciente está bem documentado na literatura e já se tornou parte integrante da assistência ao paciente, especialmente para aqueles em estado grave, com depleção nutricional ou com ambas as indicações simultaneamente. A atuação do SND evoluiu da simples administração de nutrientes essenciais para um conjunto de medidas adjuvantes capazes de modificar a resposta ao estresse e melhorar os resultados do tratamento. Assim, o **Serviço de Nutrição e Dietética da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE** tem a finalidade de planejar, receber, armazenar e distribuir as refeições para colaboradores, pacientes e acompanhantes, conforme as normas da vigilância sanitária.

O SND da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE funcionará em regime de 12 horas por dia de segunda à sexta-feira, prestando assistência integral ao paciente e aos colaboradores da Unidade de Saúde, sobre a supervisão de uma nutricionista responsável técnica.

Objetivo do SND:

1. Gerenciar o Serviço de Nutrição e Dietética da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE norteado pelos princípios da gestão da qualidade, com o objetivo de desenvolver as atividades técnico-administrativas necessárias para a produção de alimentos e refeições, até a sua distribuição para coletividade sadia, com a prestação de assistência aos pacientes

atendidos na área ambulatorial e nas diversas áreas de atendimento nutricional de maneira qualificada e eficiente, com a organização de processos preventivos e terapêuticos de modo a torná-los mais eficazes e menos dispendiosos, otimizando os resultados com vistas na melhoria da qualidade de vida e segurança dos pacientes e demais usuários do serviço.

Competências do SND:

Serão competências do Serviço:

1. Assegurar a assistência nutricional individualizada, eficiente e humanizada aos pacientes;
2. Assegurar o controle higiênico sanitário no SND;
3. Desenvolver e implementar as técnicas apropriadas de nutrição clínica;
4. Realizar avaliação do estado nutricional do paciente, utilizando indicadores nutricionais subjetivos e objetivos, com base em protocolo pré-estabelecido, de forma a identificar o risco ou a deficiência nutricional.
5. Realizar a Nutrição Clínica dos pacientes adotando os seguintes critérios:
 - Realizar anamnese nutricional (Folha de Admissão Nutricional);
 - Elaborar e disponibilizar os Protocolos de Nutrição;
 - Elaborar os Mapas de Prescrição Nutricional;
 - Elaborar e disponibilizar orientações nutricionais;
 - Disponibilizar solicitação das dietas ao setor de alimentação;
 - Realizar registros da assistência nutricional no prontuário do paciente.
6. Desenvolver programas de educação continuada de profissionais, residentes e alunos da graduação dentro das áreas de Nutrição enfatizando progressos recentes na área da Nutrição;
7. Investigar cientificamente novas propostas e metodologias em Terapia Nutricional e Metabólica, clinicamente, respeitando as normas éticas da pesquisa científica.

Composição da Equipe do SND

A equipe de nutrição da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE será composta pelos seguintes profissionais:

- Nutricionistas
- Cozinheiros
- Copeiros
- Auxiliares de cozinha / Despenseiro
- Auxiliar Administrativo

Atribuições da Equipe do SND

Atribuições do Nutricionista Coordenador:

1. Implantar e acompanhar a execução de procedimentos de boas práticas em nutrição e dietética;
2. Colaborar com as atividades de fiscalização profissional e sanitária;
3. Participar da elaboração de projetos de construção e/ou reforma da área física do S.N.D;
4. Colaborar na execução dos programas de nutrição, e de pesquisas científicas e de estágios;
5. Elaborar escalas de serviço e fazer remanejamento de pessoal, de acordo com as necessidades do S.N.D.;
6. Implementar controle de plantões, como trocas, substituições, quantidades de acordo com necessidade do serviço;
7. Controlar manutenção de equipamentos e utensílios, assim como aquisição dos mesmos;
8. Avaliar qualidade e quantidade das atividades dos colaboradores do S.N.D.;
9. Realizar reuniões periódicas para avaliação das atividades desenvolvidas no Serviço;
10. Colaborar com os demais Serviços da Policlínica, participando das reuniões e atividades afins;
11. Planejar, orientar e desenvolver programas e treinamentos, em parceria com os setores responsáveis, para os colaboradores do S.N.D.;

12. Participar de Processos de Padronização proposta pela Diretoria Técnica;
13. Apresentar à Diretoria Técnica relatórios periódicos de atividades e estatísticas do S.N.D.;
14. Cumprir e fazer cumprir: Ordens de Serviço, Portarias e Regulamento expedidos pelo Diretor Geral da Unidade;
15. Cumprir e fazer cumprir os dispositivos legais que regulamentam o exercício profissional dos profissionais de Nutrição:
 - a. Lei nº 8.234 de 1991, que regulamenta a profissão Nutricionista e determina outras providências;
 - b. Resolução CFN N° 334/2004 Dispõe sobre o Código de Ética do Nutricionista e dá outras providências
 - c. RESOLUÇÃO CFN N° 333/2004 Dispõe sobre o Código de Ética Profissional dos Técnicos em Nutrição e Dietética e dá outras providências.

Atribuições dos Nutricionistas de Produção:

1. Solicitar o balanço diário de gêneros e materiais estocados;
2. Requisitar ao almoxarifado, de acordo com o balanço e o cronograma de pedido, os gêneros alimentícios não perecíveis e os materiais descartáveis;
3. Encaminhar aos fornecedores, de acordo com o cronograma de abastecimento, a solicitação de gêneros perecíveis;
4. Acompanhar o processo de abastecimento e armazenamento de gêneros alimentícios;
5. Solicitar dos fornecedores a substituição de gêneros alimentícios que não atendam às especificações;
6. Orientar técnicas de preparo de alimentos, e distribuição de refeições;
7. Elaborar cardápios adequados às condições do Serviço;
8. Modificar a requisição de gêneros para a confecção de cardápios quando surgir à necessidade de substituir insumos;
9. Requisitar insumos para a execução de cardápios

10. Orientar e acompanhar os procedimentos previstos nos protocolos de boas práticas do SND;
11. Realizar controle mensal do consumo de gêneros alimentícios;
12. Realizar estatística mensal das refeições servidas;
13. Elaborar trimestralmente, a previsão de gêneros alimentícios e de material de consumo;
14. Supervisionar o processo de abastecimento e armazenamento de gêneros alimentícios;
15. Manter contato com fornecedores visando solucionar questões relativas ao fornecimento de gêneros, encaminhando para a Coordenadora do Serviço àquelas que julgar necessárias;
16. Participar da elaboração de cardápios;
17. Introduzir preparações no cardápio;
18. Supervisionar a qualidade e quantidade de gêneros alimentícios a das preparações a serem servidas;
19. Providenciar a confecção e distribuição para os diversos setores do impresso contendo a programação semanal do cardápio para colaboradores;
20. Elaborar as escalas de Serviços dos colaboradores do setor, juntamente com a Coordenação;
21. Comunicar a ocorrência de trocas e/ou substituições de colaboradores da Supervisão de Produção à Supervisão de Gestão de Pessoas;
22. Solicitar reparo ou reposição de material danificado e a aquisição de materiais necessários ao setor;
23. Colaborar na execução de estágios de Nutrição em parceria com as Instituições de Ensino;
24. Solicitar a realização de cursos e treinamentos para colaboradores do Serviço;
25. Reunir informações registradas no serviço relativas às atividades desenvolvidas;
26. Participar da Elaboração dos Relatórios periódicos do S.N.D;
27. Registrar atividades desenvolvidas no Serviço.

Atribuições do Despenseiro:

1. Receber e conferir os gêneros alimentícios e materiais;
2. Realizar processo de higienização dos gêneros, de acordo com as normas do serviço;
3. Realizar o armazenamento adequado, de acordo com as normas do serviço, de gêneros e materiais recebidos;
4. Realizar balanço diário dos gêneros e materiais armazenados;
5. Entregar os insumos ao responsável pela respectiva área de trabalho, obedecendo à requisição da Nutricionista de Produção;
6. Comunicar à Supervisão imediata qualquer falta e/ou alteração no fornecimento normal de gêneros e materiais;
7. Encaminhar à Supervisão imediata os comprovantes de requisições e notas de entregas, devidamente assinadas e datadas;
8. Zelar pela manutenção da limpeza, ordem, controle de materiais e equipamentos do local de trabalho;
9. Comunicar à Nutricionista, quando necessário, a substituição de insumos para a confecção das preparações;
10. Cumprir ordens, instruções de serviço e o Regulamento do SND e da Instituição.

Atribuições do Cozinheiro:

1. Receber e conferir os gêneros para a confecção de preparações;
2. Executar as preparações determinadas pela Nutricionista de Produção;
3. Colaborar na manutenção da ordem e limpeza dos equipamentos e áreas de trabalho;
4. Comunicar à Supervisão imediata qualquer ocorrência que impossibilite a execução das preparações;
5. Distribuir as preparações sob sua responsabilidade para as áreas de porcionamento de refeições;
6. Cumprir ordens, instruções de serviço e o Regulamento do SND e da Instituição.

Atribuições do Auxiliar de Cozinha:

1. Receber e conferir os gêneros para a confecção de preparações;
2. Solicitar à Nutricionista, quando necessário, a substituição de insumos para garantir a qualidade final das preparações;
3. Comunicar à Nutricionista responsável qualquer ocorrência que impossibilite a execução das preparações;
4. Executar a confecção de preparações determinadas pela Nutricionista de Produção;
5. Colaborar na manutenção da ordem e limpeza dos equipamentos e áreas de trabalho;
6. Executar o porcionamento e a distribuição de refeições para os usuários do refeitório;
7. Lavar e higienizar as panelas e utensílios após a sua utilização;
8. Lavar os carros após a distribuição das refeições;
9. Lavar e esterilizar as bandejas de refeições;
10. Executar a limpeza e organização do Refeitório, antes e após as refeições;
11. Executar a limpeza do Serviço, de acordo com o cronograma de higienização do S.N.D;
12. Cumprir ordens, instruções de serviço e o Regulamento do SND e da Instituição.

Atribuições da Copeira:

1. Distribuir as refeições para os pacientes;
2. Participar da confecção centralizada dos lanches, de acordo com a escala do Serviço;
3. Solicitar, quando necessário, a substituição de insumos para garantir a qualidade final das preparações;
4. Zelar pela guarda e higiene de utensílios utilizados na distribuição de refeições;
5. Atender aos pedidos de alimentos sob a orientação da Nutricionista;
6. Cumprir ordens, instruções de serviço e o Regulamento do SND e da Instituição.

Auxiliar Administrativo:

1. Redigir e preparar correspondências;
2. Organizar fichários e arquivos;
3. Preencher requisições e formulários;

4. Controlar a movimentação de documentos;
5. Receber e transmitir mensagens telefônicas;
6. Digitar os documentos necessários ao Serviço;
7. Desempenhar tarefas correlatas que lhe forem solicitadas;
8. Auxiliar as Nutricionistas responsáveis na elaboração das escalas de Serviço;
9. Controlar a distribuição de materiais utilizados;
10. Manter atualizado o impresso de controle de refeições
11. Realizar controle diário de faltas e substituições dos colaboradores do S.N.D.
12. Cumprir ordens, instruções de serviço e o Regulamento do SND e da Instituição.

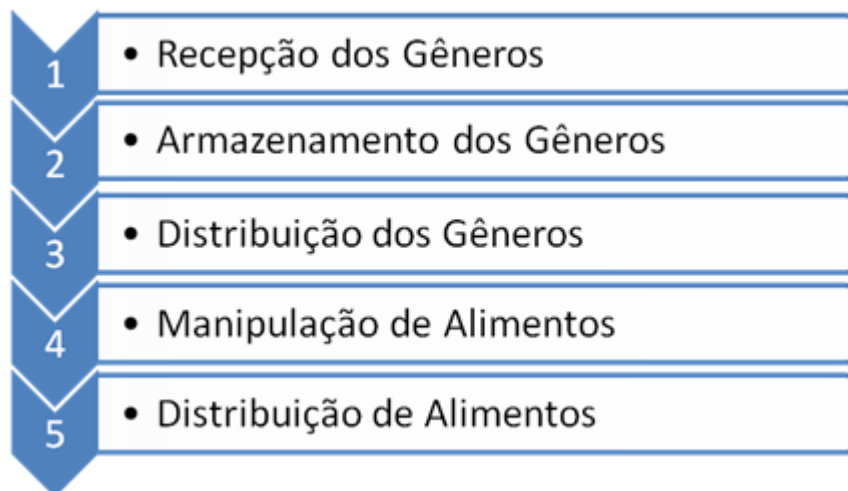
PRODUÇÃO

O Serviço de Nutrição realizará a produção e a distribuição de todos os alimentos da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE, empenhando-se muito para fazê-lo com qualidade. Terá a finalidade de planejar, receber, armazenar e distribuir as refeições conforme as normas da vigilância sanitária. Funcionará diariamente sobre a supervisão de uma nutricionista que será responsável pelo planejamento e organização do setor. Essa área produzirá refeições com dietas especializadas. O sistema de distribuição de refeições será centralizado sendo as mesmas porcionadas e acondicionadas dentro da cozinha. A produção das dietas seguirá alguns critérios, tais como:

- As refeições serão confeccionadas conforme as Normas Higiênico-sanitárias dos Alimentos para garantir o fornecimento de refeições seguras sob o ponto de vista higiênico sanitário por meio de rotinas de trabalho dentro da produção através de:
 - Controle a higiene pessoal dos colaboradores;
 - Avaliação da qualidade do produto e do fornecedor;
 - Supervisão das dietas produzidas;
 - Controle da higiene de utensílios, equipamentos e local de trabalho;
 - Controle contínuo do combate as pragas;
 - Controle ao acesso de visitantes e pessoal externo à área de produção de alimentos.

- As dietas especiais serão confeccionadas individualmente, e a sua composição será determinada pela Nutricionista Assistencial.

FLUXOGRAMA DO PROCESSO DE PRODUÇÃO DE ALIMENTOS



1. Recepção de Gêneros:

- O Recebimento tem por finalidade efetuar o recebimento de todos os gêneros alimentícios utilizados no SND. Durante todo o processo de recebimento será realizado controle de quantidade e qualidade, conforme legislações vigentes constantes das Portarias: 1.428 de 26/11/1993 - MS/CVS; 06/99 de 10/03/99; 1.210 de 03/08/06.
- Os gêneros devem ser recebidos e conferidos, de acordo com as notas de entrega do fornecedor. As notas devem ser assinadas e datadas pelo colaborador conferencista. Este processo deve ser supervisionado pela Nutricionista;
- Devem ser substituídos pelo fornecedor os gêneros que não atendam às especificações, que estejam com prazo de validade vencida, com embalagem danificada ou que apresentem características físicas inadequadas;
- Eventuais alterações nas notas de entrega ou no cronograma de abastecimento devem ser comunicadas imediatamente à Nutricionista;

- Os gêneros recebidos devem ser higienizados, de acordo com os protocolos de boas práticas do S.N.D.;
- A área de recepção de gêneros deve permanecer limpa.

2. Armazenamento de Gêneros:

- O armazenamento dos produtos destinados à cozinha será dividido em duas áreas: Estocáveis e Perecíveis.
 - Os **estocáveis** são os alimentos de maior tempo de duração ou validade como cereais, temperos, enlatados, açúcar, farináceos, café, óleo comestível, etc., além de materiais de uso e reposição como descartáveis em geral, talheres, pratos, bandejas, recipientes diversos, e outros. Estes por não necessitam de temperaturas baixas para a sua conservação, serão armazenados na despensa.
 - Os **perecíveis** por contarem com menor tempo de duração, como ovos, legumes, frutas e verduras, serão estocados sob refrigeração, em câmara frigorífica, com a faixa de temperatura adequada para congelados, carnes, laticínios e vegetais.
- Os gêneros devem ser armazenados em locais apropriados, de acordo com os protocolos de boas práticas do serviço;
- Os gêneros devem ser organizados de forma a facilitar o fluxo: primeiro que entra, primeiro que sai (PEPS);
- As caixas plásticas devem ser transportadas sobre carrinhos ou carregadas com as mãos;
- Os recipientes com tampas devem permanecer tampados;
- As portas das câmaras frigoríficas devem permanecer fechadas, permanecendo abertas o menor tempo possível;
- A área de armazenamento deve permanecer limpa;
- Os locais sem refrigeração, atenderão aos seguintes critérios:

- Os empilhamentos de embalagens serão feitos de maneira segura e nos locais determinados, obedecendo a forma e as quantidades recomendadas;
- Será evitado guarda de cargas em áreas de circulação, na proximidade da porta, quadros de energia elétrica, extintores e outros equipamentos.
- Os colaboradores farão treinamentos sobre os procedimentos para emergências como o desligamento de chaves em quadros de energia elétrica, telefones de emergência, manuseio de extintores de incêndio e rotas de fuga seguindo as devidas sinalizações.
- Nas câmaras frigoríficas os colaboradores serão orientados quanto:
 - A importância de procurar acumular os alimentos na antecâmara para retirá-los depois, evitando maiores choques térmicos, caso seja necessário entrar e sair várias vezes da câmara.
 - Ao uso dos Equipamentos de Proteção Individual (E.P.I.) necessários - casaco térmico com capuz, luvas térmicas e botas.
 - A necessidade de diariamente, antes da primeira entrada em qualquer das câmaras, verificar o destravamento das portas pelo lado interno (em todas as câmaras).

3. Distribuição de Gêneros:

- A distribuição de gêneros deve obedecer ao fluxo: primeiro que entra, primeiro que sai (PEPS);
- A distribuição de gêneros somente é feita mediante apresentação de requisição da Nutricionista;
- A distribuição de gêneros deve obedecer aos horários pré-estabelecidos pela Coordenação do S.N.D.;
- A substituição de gêneros só pode ser feita pela Nutricionista responsável, devendo a mesma ser comunicada pelo despenseiro sobre esta necessidade com a devida antecedência;
- A área de distribuição de gêneros deve permanecer limpa.

4. Manipulação de alimentos:

- O manipulador de alimentos deve seguir as Normas de Conduta do Manipulador e dos protocolos de boas práticas do serviço;
- A distribuição de colaboradores por área de trabalho deve obedecer à escala de serviço e atender às necessidades e conveniência do Serviço.
- Cada etapa da Manipulação de Alimentos é executada pelos manipuladores (Cozinheiro, Copeiro e Auxiliar de Cozinha) treinados para a execução da mesma.

Pré – Preparo:

- Esta etapa dos procedimentos incluirá as seguintes tarefas:
 - Transporte dos alimentos de suas áreas de estoque;
 - Retirada de embalagens;
 - Cortes;
 - Seleção (grãos, folhas e outros);
 - Retirada de cascas ou sementes;
 - Lavagem.
- A área de pré-preparo, os utensílios e gêneros alimentícios que serão utilizados durante este processo deverão ser previamente higienizados;
- As operações de pré-preparo devem obedecer às orientações feitas pela Nutricionista responsável;
 - Qualquer alteração verificada na quantidade/qualidade dos gêneros o cozinheiro deve comunicar à Nutricionista;
 - Os dejetos acumulados durante o pré-preparo devem ser colocados pelo cozinheiro nos depósitos apropriados;
 - Após o pré-preparo deve ser higienizados os utensílios e as áreas utilizadas.

Preparo:

- A operação de preparo dos alimentos deve obedecer às orientações, feitas pela Nutricionista responsável, para cada tipo de preparação;
- A área e os utensílios destinados à operação de preparo dos alimentos devem ser previamente higienizados;
- Os equipamentos elétricos devem ser manipulados obedecendo às Normas de Segurança. Após sua utilização devem ser imediatamente desligados. Somente depois de certificar-se de que os equipamentos estão desligados pode ser iniciada a higienização dos mesmos;
- O processo de higienização dos equipamentos utilizados durante o preparo é de responsabilidade do colaborador que o manipulou;
- Os cozinheiros devem zelar pela manutenção dos equipamentos destinados ao processo de cocção dos alimentos. Os mesmos são responsáveis pela higienização, pelo desligamento dos equipamentos elétricos e pelo fechamento dos botões dos equipamentos a gás.
- Sistema centralizado, preparado na cozinha dietética, porcionado em embalagens aluminizadas com tampa;
- A embalagem para sobremesa será devidamente fechada com tampa no caso de doces, e quando fruta embalada em sacos plásticos limpos e atóxicos;
- Os talheres de mesa serão acompanhados de guardanapo e embalados em sacos plásticos;
- As embalagens destinadas às dietas deverão estar devidamente identificadas com nome do paciente, leito, dieta, data e horário;
- Será fornecido copo descartável com ou sem tampa, de acordo com a necessidade dos pacientes.

5. Distribuições de Refeições – Sistema Centralizado:

- As refeições são distribuídas em horários pré-determinados pelo SND;

- Durante o processo de distribuição de refeições os colaboradores devem seguir as normas de conduta e dos protocolos de Boas Práticas/SND;
- A execução das tarefas deve obedecer à Escala de Serviço do S. N. D.
- O porcionamento das preparações deve obedecer aos per capita pré-estabelecidos pelo Serviço.
- A distribuição de refeições para pacientes deve obedecer à contagem prévia diária feita pelas Nutricionistas e transcritos para o impresso controle de dietas;
- As copeiras são responsáveis pela execução das refeições;
- O fornecimento de refeições para colaboradores fora da escala deve ser atendido mediante solicitação por escrita da Coordenação/Supervisão/Plantonista do Serviço solicitante, enviada ao SND até 11 horas;
- A distribuição de refeições no refeitório é feita nos horários pré-estabelecidos e divulgados pelo S. N. D;
- As dietas serão transportadas em recipientes fechados apropriados, para distribuição em carros de transporte fechados apropriados de maneira que garanta a chegada das mesmas em temperaturas adequadas;
- A distribuição de refeições no refeitório deve obedecer à organização da fila;
- Após as refeições, os usuários devem entregar suas respectivas bandejas no guichê próprio.

Normas Administrativas do SND da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE

São Normas administrativas do SND:

1. Os colaboradores deverão comparecer ao local de trabalho devidamente uniformizados;
2. Os colaboradores deverão se apresentar ao serviço no horário pré-estabelecido, havendo tolerância de 15 minutos;
3. É proibido o uso do uniforme nas dependências externas da instituição;
4. É proibida a entrada e circulação de pessoas estranhas ao serviço sem autorização prévia da coordenação do SND;

5. Os objetos de uso pessoal, bem como as vestimentas dos colaboradores devem ser guardadas nos armários destinados a este fim;
6. É terminantemente proibida a entrada de colaboradores nas dependências da despensa e câmaras sem autorização da Nutricionista responsável. Os colaboradores da área devem entrar nas câmaras o menor número de vezes possível, obedecendo ao horário de atividades;
7. É obrigatória a higienização imediata de equipamentos e utensílios utilizados nas operações de preparo dos alimentos. O responsável por este procedimento é o colaborador que o manipulou. Após utilização e higienização, os equipamentos elétricos devem ser desligados;
8. É proibido fazer as refeições fora do refeitório;
9. É proibido a todo e qualquer colaborador recolher sobras e/ou restos de alimentos para qualquer finalidade;
10. É proibido ausentar-se do Serviço portando sacolas e/ou pacotes, sem a devida autorização;
11. É proibido fumar nas dependências do SND;
12. É proibido trocar plantões sem a autorização por escrito da Coordenação do S.N.D.;
13. As faltas ao Serviço devem ser comunicadas à Coordenação do S.N.D. para as devidas providências.
14. A equipe de Nutricionistas plantonista do S.N.D. trabalha em regime de plantão matutino e vespertino de 06 horas cada, sendo obrigatório a presença permanente na Instituição, de onde não podem se afastar para atividades externas, alheias ao plantão;
15. As equipes de Copeiros, Cozinheiros, Auxiliar de Cozinha trabalham em regime de plantão de 06 horas (matutino ou vespertino), com presença permanente na Instituição, de onde não poderão se afastar para atividades externas, alheias ao plantão.

2.7.4.2.3. Serviço de Psicologia

O humanismo não é focalizado apenas em uma tendência literária, mas numa direção e visão de vida, caracterizado pelo interesse que se conferiu ao elemento humano como objeto de observação e como fundamento de ação. No campo da saúde, o crescente aprimoramento tecnológico, tanto em relação a equipamentos e medicamentos, quanto a técnicas de intervenção, leva a um distanciamento daquilo que é mais humano: a expressão da singularidade e subjetividade. Nesse sentido, surge a Política Nacional de Humanização (PNH-MS) ressaltando ainda que a humanização supõe troca de saberes, incluindo os dos usuários e de sua rede social, diálogo entre os profissionais e modos de trabalhar em equipe. O psicólogo surge então como o profissional que propõe um conjunto de contribuições educacionais, científicas e profissionais, específica da Psicologia à promoção e manutenção da saúde; à prevenção e ao tratamento das doenças; a identificação da etiologia e ao diagnóstico relacionado à saúde; à doença e as disfunções relacionadas, e a análise do desenvolvimento do sistema de atenção à saúde e formação de políticas de saúde.

O psicólogo em serviços de saúde é um dos profissionais mais recentemente incorporados à equipe de saúde. No entanto, assistimos ao rápido avanço desta especialidade que vem responder a uma demanda cada vez maior de reflexão e questionamento diante de momentos críticos na vida do ser humano. Exatamente por responder a esta demanda, o psicólogo foi inserido em equipes de saúde. Convém ressaltar que o psicólogo não é o responsável direto e único pela Humanização, até porque ela é uma postura ética, de comportamento e, sendo assim, depende de todos. Mas, por ser o profissional com formação específica para atenção à subjetividade, pode, justamente, viabilizar atendimentos individuais com os pacientes e/ou familiares e promover, junto à equipe, espaço para discussão/reflexão sobre o tema

Assim, o Serviço de Psicologia da **POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE**, será o porta-voz das necessidades e desejos do paciente/família para a equipe de saúde, facilitando a comunicação entre as partes envolvidas no processo. Dessa forma, sua atuação minimiza os efeitos psicológicos, pois o foco do atendimento na Unidade é o processo de adoecimento e tudo o que o mesmo implica. A assistência psicológica será oferecida a pacientes e seus

responsáveis, em horário administrativo, em atendimento ou pacientes egressos e referenciados pelo Complexo Regulador Estadual/Municipal.

Objetivo do Serviço de Psicologia:

1. Prestar assistência psicológica aos pacientes da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE, abordando especificamente as questões emocionais, bem como aquelas ligadas à doença e ao adoecer. Para tanto, lançamos mão de modalidades que vão desde o atendimento individual do paciente, até atendimento familiar do mesmo, bem como atendimentos em grupo, além de assessoria a equipe multiprofissional da instituição, quando necessário.
2. Prestar assistência psicológica em todos os níveis de atenção à saúde, integrando-se em programas de promoção, manutenção, prevenção, proteção e recuperação da saúde. Atuando de forma multiprofissional, interdisciplinar e transdisciplinar com produtividade na promoção da saúde baseada nas melhores evidências científicas, além de apoiar e desenvolver atividades de ensino e pesquisa.

Competências do Serviço:

1. Atuar em todos os níveis de atenção à saúde, integrando-se em programas de promoção, manutenção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, sensibilizados e comprometidos com o ser humano;
2. Reconhecer a saúde como direito e condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
3. Contribuir para a manutenção da saúde, bem-estar e qualidade de vida das pessoas, famílias e comunidade, considerando suas circunstâncias éticas, políticas, sociais, econômicas, ambientais e biológicas;
4. Encaminhar o paciente, quando necessário, a outros profissionais estabelecendo um nível de cooperação com os demais membros da equipe de saúde.

Composição da Equipe:

A equipe do Serviço de Psicologia será composta por:

Psicólogo Coordenador;

Psicólogo Assistencial;

Auxiliar Administrativo.

Atribuições da Equipe:

Atribuições do Psicólogo Coordenador:

1. Propor à Direção da Instituição a Política de Ação e o Plano Geral do Serviço de Psicologia;
2. Planejar, coordenar e supervisionar as atividades do Serviço de Psicologia, realizando periodicamente reuniões avaliativas do ponto de vista técnico e administrativo;
3. Representar o Serviço de Psicologia junto aos órgãos competentes;
4. Manter entrosamento com os demais setores da Instituição através de reuniões periódicas com a Diretoria, Gerentes de Coordenadores, visando uma melhor articulação do trabalho desenvolvido;
5. Prever e adequar recursos humanos e materiais de acordo com a necessidade do serviço e a programação estabelecida;
6. Adotar medidas de ordem administrativa relativa à elaboração e controle de escalas de serviço de pessoal, para observância da frequência, horário de trabalho, férias, afastamentos, penalidades, além do levantamento de dados estatísticos das atividades do Serviço de Psicologia;
7. Encaminhar periodicamente à Direção, relatórios avaliativos (qualitativa e quantitativamente) das atividades desenvolvidas, bem como prestação de contas dos gastos efetuados pelo setor;
8. Cumprir e fazer cumprir as ordens de serviços, portarias e regimento da instituição, participando das reformulações deste último, quando necessário;
9. Estimular as atividades de pesquisa no campo da Psicologia;

10. Garantir que o trabalho do Serviço de Psicologia se desenvolva em consonância com as suas atribuições específicas, visando a qualidade no atendimento ao usuário;
11. Facilitar a participação da equipe do Serviço de Psicologia em atividades de cunho técnico-científico, visando o aprimoramento profissional;
12. Manter articulação com órgãos de classe representativos da categoria;
13. Cumprir e fazer cumprir a legislação que regulamenta o exercício profissional do Psicólogo:

Lei nº 4.119 de 1962, que regulamenta a profissão de Psicólogo;

RESOLUÇÃO CFP Nº 010/05 que aprova o Código de Ética Profissional do Psicólogo.

Atribuições do Psicólogo Assistencial:

1. Realizar consultas, avaliações e reavaliações do paciente;
2. Elaborar criticamente o diagnóstico, considerando o amplo espectro de questões clínicas, científicas, filosóficas, éticas, políticas, sociais e culturais implicadas na sua atuação profissional;
3. Contribuir para a manutenção da saúde, bem estar e qualidade de vida das pessoas, famílias e comunidade, considerando suas circunstâncias éticas, políticas, sociais, econômicas, ambientais e biológicas;
4. Encaminhar o paciente, quando necessário, a outros profissionais estabelecendo um nível de cooperação com os demais membros da equipe de saúde;
5. Emitir laudos, pareceres, atestados e relatórios;
6. Emitir relatórios das atividades até o 5º dia útil de cada mês, contendo as informações sobre os indicadores de produtividade (atendimentos, procedimentos e atividades de ensino /pesquisa);
7. Manter a confidencialidade das informações, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral;

8. Humanizar todos os atos dos profissionais nos contatos com os pacientes e seus familiares.
9. Manter os registros atualizados sobre os pacientes atendidos;
10. Elaboração de relatório das atividades mensais referentes ao serviço de psicologia.
11. Encaminhamento de pacientes para o acompanhamento psicológico após alta,
12. Respeitar os princípios éticos inerentes ao exercício profissional.

Atribuições do Auxiliar Administrativo:

1. Recepcionar as pessoas que procurem a Coordenação do Serviço de Psicologia, estabelecendo os contatos necessários para o seu atendimento;
2. Atender telefone, receber e transmitir recados e dar informações em relação ao serviço;
3. Executar as tarefas que lhe forem atribuídas pela coordenação do serviço;
4. Examinar e providenciar o atendimento dos pedidos de material do consumo mantendo atualizada a previsão de estoque;
5. Receber, registrar e enviar correspondências;
6. Mensurar dados estatísticos mensais das atividades do Serviço de Psicologia, registrando-os em impresso próprio, mantendo-os atualizados;
7. Digitar e encaminhar mensagens, comunicações, solicitações e outros, às unidades da instituição e externas quando solicitadas pelo Psicólogo;

Sugerir métodos e processos de trabalho para melhor execução dos serviços administrativos.

Atividades do Serviço:

O psicólogo em serviços de saúde atuará em três níveis de atenção:

1. Psicoterapêutico: busca expressão e elaboração de medos, fantasias e outras emoções e sentimentos que podem levar o paciente/responsáveis a um contato mais profundo

consigo mesmo e com seus recursos positivos para lidar com este momento de crise.

Oferecerá suporte psicológico frente às situações mobilizadoras:

- Paciente/responsável em sofrimento psíquico desencadeado pela doença (apático, dificuldade para interagir com a equipe e/ou familiar, choroso, poli queixoso, agressivo, pouco colaborativo com o tratamento, entre outros);
- Paciente/familiar que apresente sintoma somático em função de algum sofrimento psíquico (distúrbio neurovegetativo, crise de histeria);
- Pacientes com história de transtorno psiquiátrico;
- Pacientes usuários de drogas;

2. Psicofilático: prepara o paciente para procedimentos.

- Verificação da percepção do paciente/familiar acerca dos procedimentos e intervenções utilizados.
- Facilitar as adaptações frente às mudanças e limitações impostas pela doença, e pelo tratamento.
- Avaliar a possibilidade de um surto psicótico (agitação psicomotora; desorientação alopsíquica –quem é, onde está, o que faz; alteração da senso percepção – ideias deliróides, alucinação, ente outros).
- Favorecer o relacionamento de confiança entre o paciente, o familiar e a equipe.
- Encaminhamento de pacientes e/ou familiares para unidades de referência do Estado/Município.

3. Psicopedagógico: ajuda a esclarecer, junto com outros profissionais, detalhes e explicações sobre a doença/tratamento.

Unidade de Atendimento Ambulatorial:

Nesta unidade assistencial, o psicólogo deverá atuar exercendo as seguintes funções:

- Atendimento Ambulatorial: O trabalho do psicólogo no ambulatório de uma unidade de saúde caracteriza-se pelos atendimentos a partir de demanda dos pacientes ou indicações de profissionais de saúde, como também por ações voltadas para programas de promoção e prevenção a saúde, visando apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos (um dos princípios norteadores da Política Nacional de Humanização), que podem ser assim descritos:
 - o Programas de Promoção e Prevenção à Saúde: Realização de grupos com pacientes, famílias e comunidade em geral que abordem temas relacionados a fatores biopsicossociais envolvidos na etiologia, evolução e tratamento da doença cardiovascular tais como: manejo de estresse; fatores de personalidade; apoio social; vulnerabilidade psicossocial; etc.
 - o Avaliação Psicológica: identificar alterações cognitivo/comportamentais dos usuários e/ou responsáveis frente à doença principalmente relacionadas à falta de compreensão do diagnóstico, prognóstico, entre outros; avaliar incompatibilidade entre sintomatologia e quadro clínico; viabilizar diagnóstico diferencial; aplicação de instrumentos psicológicos para identificação de quadros de ansiedade, depressão e estado de saúde geral do paciente; estimular a autonomia e a participação efetiva do paciente/responsáveis nas decisões sobre seu tratamento e sua própria vida, englobando relações afetivas, familiares, sociais e de trabalho.

O atendimento psicológico respeitará sempre a individualidade de cada doente/responsáveis e seus recursos para lidar com a situação de crise. Assim, resgatando o humano e integrando a humanização do atendimento à técnica científica, o psicólogo de unidade de saúde redimensionará o conceito de cura ampliando-o para todos os níveis do ser humano.

O Serviço de Psicologia dará apoio aos pacientes e familiares em todos os momentos de sua permanência na instituição, inclusive acompanhando pacientes terminais e em cuidados paliativos;

Vale ressaltar que além desses aspectos relacionados ao aumento do controle por parte do paciente, cabe ao psicólogo a realização de uma avaliação psicológica que busque:

- Identificar alterações cognitivo/comportamentais frente à doença principalmente relacionadas à falta de compreensão do diagnóstico prognóstico e tratamento;
- Avaliar incompatibilidade entre sintomatologia e quadro clínico;
- Viabilizar diagnóstico diferencial (quanto de emocional há junto com o quadro orgânico).
- Aplicação de instrumentos psicológicos para identificação de ansiedade, depressão e estado de saúde geral do paciente;
- Estimular a autonomia e a participação efetiva do paciente/responsáveis nas decisões sobre seu tratamento e sua própria vida, englobando relações afetivas, familiares, sociais e de trabalho.

Normas Administrativas:

- É terminantemente proibido a todo colaborador lotado no Serviço de Psicologia, receber honorários, gratificações, taxas ou qualquer outro tipo de pagamento, praticado a qualquer título, por pessoa física ou jurídica;
- É proibido a todo colaborador lotado no Serviço de Psicologia, substituir ou ser substituído na sua jornada de trabalho por qualquer pessoa pertencente ou não ao quadro de pessoal da instituição. A permuta na jornada diária de trabalho será permitida, apenas, mediante autorização prévia do Coordenador do Serviço;
- O Serviço de Psicologia atenderá a todos os usuários que recorram a este serviço, dando os encaminhamentos peculiares a cada caso e/ou situação;
- O Serviço de Psicologia procederá à entrevista inicial com pacientes e/ou familiares, responsável ou colateral, estabelecendo seu plano para intervenção;
- O Serviço de Psicologia manterá contato com os pacientes sempre que se fizer necessário;
- O Serviço de Psicologia participará do planejamento de programas na formulação e reformulação de normas e rotinas gerais da instituição;
- O Serviço de Psicologia deverá promover pesquisas e participar dentro sua especialidade de outras pesquisas na de área em saúde, em consonância com normas estabelecidas pela Instituição;

- O Serviço de Psicologia deverá manter-se informado e atualizado acerca dos recursos disponíveis na comunidade;
- O Serviço de Psicologia deverá manter registro sistemático de suas atividades em Folha de Evolução do Serviço de Psicologia, devendo constar de:
 - o Avaliação e investigação junto aos pacientes e ou familiares para intervenção das questões emocionais;
 - o Investigação da compreensão e entendimento por parte dos pacientes e familiares das informações passadas pela equipe médica e de enfermagem;
 - o Dados psicológicos referentes aos pacientes que sejam pertinentes a equipe de saúde e que possam contribuir com o tratamento.

2.7.4.3. Funcionamento do Serviço de Administração Geral

Normas para o Funcionamento do Serviço de Administração Geral com especificação de estrutura, normas e rotinas, horário e equipe mínima.

A estrutura administrativa da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE será estruturada conforme realidade e características da unidade, visando melhoria contínua e dar suporte para a implementação de um atendimento humanizado, bem como visa proporcionar atividades que alcancem as metas preestabelecidas, sendo que o modelo de gestão a ser implementado pela ABEAS tem por norte adotar elementos e um modelo que busca o alinhamento com as Diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS com a manutenção do atendimento ininterrupto dos pacientes e proporcionando condições de trabalho e segurança da equipe.

Cada setor terá supervisão do respectivo responsável, devidamente designado, bem como contará com estrutura e profissionais de apoio técnico-operacional e administrativa, que acompanhará os horários de funcionamento já estabelecidos na presente proposta de trabalho e preconizados no Edital. Os serviços administrativos comuns funcionarão em dias úteis e dentro do horário comercial, à exceção das atividades cruciais que requeiram

atendimentos em horários diferenciados (lavanderia, limpeza, farmácia, segurança, dentre outros).

A equipe mínima da unidade será estruturada conforme demanda de cada setor ligado a Administração Geral e como demonstrado no modelo proposto de Organograma constante na presente Proposta Técnica. Além da estrutura técnico-operacional prestada diretamente pela Administração da ABEAS, a Administração da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE também terá sua estrutura, no qual relacionamos a seguir e resumidamente apresentamos suas respectivas atribuições:

Gestão de Pessoal - responsável por todo tratamento documental e de atendimento relacionado aos profissionais da unidade;

Logística - na qual acompanhará toda a cadeia logística da unidade, inclusive recepção, bem como a gestão de contratos e os serviços de segurança e transporte;

Engenharia Clínica – acompanhamento, execução e gestão das manutenções preventivas e corretivas de todo parque tecnológico de equipamentos médico hospitalares da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE;

Segurança e Saúde do Trabalhador – responsável por acompanhar a segurança e saúde dos profissionais, com alimentação de dados estatísticos, controle de documentos e implementações de ações visando a prevenção de acidentes.

Faturamento e Contas de Serviços de Saúde – acompanhará a produção e faturamento dos atendimentos realizados na unidade, devidamente descritos no Manual de rotinas administrativas para Faturamento de Procedimentos;

Material e Patrimônio – no qual controlará a gestão de materiais, móveis e equipamentos diversos, bem como dará o devido tratamento conforme normas de gestão patrimonial relacionados na presente proposta;

Manutenção Predial – responsável pela gestão estrutural da unidade, providenciando manutenções e intervenções para viabilizar a continuidade do atendimento aos pacientes e

as atividades técnico-operacionais e administrativa da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE;

Hotelaria – acompanhará os serviços de lavanderia, rouparia, dedetização e controle de pragas, ajardinamento, limpeza e desinfecção hospitalar visando continuidade dos serviços da unidade, proporcionando segurança e conforto dos pacientes;

Farmácia – gestão de todo estoque, recebimento e distribuição de medicamentos, insumos e correlatos na unidade;

Documentação e Arquivo – acervo documental dos pacientes e da unidade com base na Tabela de Temporalidade e legislação em vigor.

Desta forma, serão adotados fluxos, Procedimentos Operacionais Padrão e demais ferramentas aplicáveis a higienização e desinfecção das unidade, manutenção preventiva e corretiva da estrutura predial, máquinas, móveis e equipamentos, dedetização e desratização, normativas para gestão dos recursos humanos e serviço de medicina do trabalho conforme consta na legislação vigente, bem como adotados os regulamentos e normas para contratação de serviços, compras de itens para suprimento e ressuprimento da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE, conforme normas e detalhamentos já explanados ao longo desta Proposta de Trabalho para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços da Policlínica.

No âmbito de segurança, a Direção Administrativa deverá organizar e planejar as ações em conformidade com as normativas de procedimentos administrativos integrados em conjunto com as demais áreas técnicas de atendimento direto aos pacientes, considerando e respeitando as rotinas executadas pelas equipes multidisciplinares. Abaixo segue um modelo de controle de acesso à POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE, onde serão implementadas normas que disciplinam a circulação de pessoas no interior da Unidade, cujos moldes inicialmente propostos seguem abaixo, porém, que poderão ser adequados para melhor se enquadrarem a necessidade da unidade:

ü Segurança – Acesso

1. Diretrizes Gerais:

1.1- O Serviço de Recepção e Vigilância deverá ser informado previamente pelo setor competente quando da entrada de pessoas para participação em eventos, reuniões, grupos educativos, imprensa e outros na Unidade;

1.2- O servidor/profissional que receber visitas, ou solicitar qualquer prestação de serviço externo afeto à Unidade, ficará responsável pela permanência destes na instituição, devendo encaminhá-los à recepção na sua saída;

1.3- O acesso de profissionais e servidores ao hospital deverá se dar exclusivamente pela Portaria destinada a tal, mediante apresentação e porte de crachá, em local visível; independentemente do sistema de biometria, quando disponível;

1.4- As ambulâncias que vierem transportando pacientes deverão estacionar em área específica. Somente serão liberadas as ambulâncias mediante a autorização da equipe;

1.5- O acesso dos pacientes externos para consulta no Ambulatório, assim como o de seus acompanhantes, e os Pacientes para realização de exames, dar-se-á exclusivamente pela portaria e horários específicos;

1.6- Durante todo o decorrer do expediente e, principalmente ao final das atividades diárias, as Coordenações/Supervisões ficarão incumbidas de verificar o devido fechamento dos portões internos que interligam as alas da Unidade.

1.7- Na área destinada à cargas ou descargas na unidade, todas as entradas e saídas de veículos, materiais, equipamentos, deverão ser registradas em formulário específico, contendo pelo menos o horário de entrada e saída, dados da placa do veículo, nome da empresa e identificação do condutor, sendo vedada a pernoite no pátio por veículos de prestadores de serviços (limpeza, segurança, manutenções, etc);

ü Corredores, Rampas, Escadas e Áreas Comuns

- O trânsito e permanência de pessoas sem identificação nos Corredores, Rampas, Escadas e Áreas Comuns da Unidade deverá ser imediatamente comunicada à Diretoria Administrativa e à Seção de Segurança, que tomará as medidas cabíveis;
- Todos os profissionais e servidores somente poderão ter acesso e locomoção na Unidade se estiverem em escala regular de trabalho e utilizando-se do uniforme, crachá e identificação apropriada;
- Autoridades e visitantes, somente poderão transitar na Unidade devidamente identificados e acompanhados de profissional responsável.

Ü Serviço de Segurança

- O serviço de segurança da Unidade poderá ser terceirizado. Os setores poderão ter comunicação entre rádios e ramais internos da unidade;
- Vislumbra-se ainda a possibilidade do monitoramento constante do sistema de vídeo, a se implementar conforme estrutura da Unidade.

Ü Manutenção Predial

O Serviço de Manutenção Predial da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE, será responsável por toda a estrutura física das unidades. Sob o seu comando estarão às ações relativas manutenções preditiva, preventivas e corretivas.

Ü Planejamento

A estrutura da unidade que compõem a POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE, deverá ser um organismo dinâmico, sempre em mutação: paredes e divisórias são seguidamente removidas, deslocadas e acrescidas; alterações espaciais se sucedem em decorrência de exigências normativas, administrativas e técnicas; novos equipamentos demandam suportes, apoios, suprimentos e instalações (água, energia elétrica e outros).

Didaticamente, as unidades abrangem em seu bojo várias "Arquiteturas", como: Arquitetura-Infecção-Preditiva, Arquitetura-Segurança-Preditiva, Arquitetura-Administração

Preditiva, Arquitetura-Humanização-Preditiva, Arquitetura Manutenção-Preditiva. É a manutenção predial por “Antecipação”.

Continuidade, Organização e Operacional.

A Manutenção Orgânica encontra-se vinculada à Arquitetura, à Construção, às Instalações, aos Equipamentos e à Funcionalidade. A Manutenção Operacional é a que sucede e é a que dá continuidade à Manutenção Orgânica, prevenindo, conservando, reparando, preservando e assegurando a operacionalidade da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE.

Manutenção Orgânica, Arquitetura-Manutenção-Preditiva ou Arquitetura de Manutenção são direcionados para os requisitos arquitetônicos, construtivos, de instalação e de equipamentos, que a arquitetura deve prever e incorporar ao edifício, para viabilizar, facilitar e tornar econômica e racional a manutenção futura da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE e, principalmente, para assegurar a imprescindível “Continuidade Operacional” (sem interrupção) de setores vitais e críticos.

A presente proposta de Serviço de Manutenção Predial cuida de aspectos de Manutenção Operacional, relacionados a Manutenção Preventiva, Condicionada a Manutenção Corretiva, com o objetivo é a abordagem de recursos e meios a serem incorporados, pela Arquitetura da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE visando ir ao encontro e facilitar e tornar possível a correta Manutenção Preventiva, Manutenção Condicionada e Manutenção Corretiva e tornar viáveis e/ou menos problemáticas as alterações e novas incorporações, que se sucederão no dia-a-dia da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE.

A Manutenção Preventiva Condicionada, como o nome sugere, é uma manutenção dependente de tecnologia mais avançada, visando apurar, com mais precisão, as condições e o estado da estrutura. O seu diagnóstico encontra-se condicionado a procedimentos técnicos, a recursos e instrumentos especializados, como: o ultrassom, que detecta fissuras estruturais; a espectrometria, que realiza diagnóstico através de análise da natureza de partículas presentes no lubrificante; a ferrografia, que quantifica o desgaste através de análises

minuciosas; a Manutenção Preventiva Condicionada recorre, ainda, a outros indicadores e meios de diagnóstico precoce, como: aquecimento, velocidade, ruído, desgaste, folga, desbalanceamento, desalinhamento, desregulagem e outros.

Ü **Sistema de Gestão dos Serviços da Seção de Manutenção Predial**

A durabilidade de uma edificação não depende apenas da qualidade dos materiais empregados em sua construção. É necessário garantir o uso adequado dos sistemas prediais, executar as ações de manutenção em conformidade e planejamento e tomar as ações de manutenção corretiva sempre que necessário.

Estas ações devem ser percebidas como investimento no patrimônio público.

Visando fornecer subsídios para o planejamento e execução das ações dos serviços de manutenção, apresentamos a seguir as Referências para os sistemas críticos, contendo as seguintes informações:

- Descrição do sistema;
- Cuidados de uso;
- Manutenção preventiva;
- Manutenção corretiva – critérios de inspeção.
- Considera-se os seguintes serviços críticos:
- Instalações Hidrossanitárias;
- Instalações Elétricas;
- Revestimento de Paredes e Tetos;
- Revestimento Cerâmico e Rejunte;
- Revestimento de Pedras Naturais;
- Piso Cimentado e Pisos Acabados em Concreto;
- Pintura Interna e Externa;
- Esquadrias;
- Forros;
- Divisórias;

- Impermeabilização;
- Coberturas;
- Sistemas de Condicionamento de Ar.

É importante ressaltar que as recomendações contidas nas referências devem ser avaliadas quanto à sua pertinência para a estrutura do prédio em questão, devendo-se fazer as adaptações necessárias, principalmente no que se refere à periodicidade das manutenções preventivas. Outros itens porventura não citados aqui, porém necessários para garantir a conservação do prédio que abrange a POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE, e que podem ser acrescentados no planejamento da manutenção.

Ü Instalações Hidrossanitárias

Descrição do Sistema: As Instalações Hidrossanitárias são constituídas pelas seguintes partes:

Água Fria e Água Quente

- Pontos de água (fria quente): pontos que alimentam os lavatórios, os vasos sanitários, os chuveiros, as pias, os tanques e as máquinas de lavar Tubulação de sucção: entre o ponto de tomada no reservatório inferior e a entrada da bomba Tubulação de recalque: leva água do reservatório inferior para o reservatório superior. Barrilete: conjunto de tubulações de saída do reservatório superior que alimentam as colunas de distribuição (prumadas).

- Prumadas de água (fria): são constituídas por tubulações principais que trazem a água do reservatório superior.

- Ramais e sub-ramais de distribuição de água (fria e quente): alimentadores dos diversos pontos, nos cômodos apropriados.

- Aquecedores: podem ser individuais ou centrais, de passagem ou por acumulação.

- Para estes equipamentos, seguir recomendações específicas dos fabricantes.

Registros:

- Registros de pressão: válvulas de pequeno porte, instaladas em sub-ramais ou em pontos de utilização, destinadas à regulação da vazão de água ou fechamento.
- Registros de gaveta: válvulas de fecho para a instalação hidráulica predial, destinadas a interrupção eventual de passagem de água para reparos na rede ou ramal.

Esgoto:

- Pontos de esgoto: pontos por onde são liberadas as águas servidas de lavatórios, vasos sanitários, tanques etc, além dos ralos secos e sifonados.
- Tubulação de esgoto: dividida em ramais de descarga, ramais de esgoto, tubos de queda, sub coletores e coletores.
- Tubulação de ventilação: possibilita o escoamento dos gases emanados do coletor público.

Ralos e sifões:

- Ralos: devem possuir grelhas de proteção para evitar que detritos maiores caiam em seu interior, ocasionando entupimento.
- Ralos sifonados e sifões possuem "fecho hídrico", que consiste numa pequena cortina de água, que evita o retorno do mau cheiro.

Águas pluviais:

- Águas de chuvas ou de lavagem: São normalmente coletadas pelas redes pluviais.
- Sistema de águas pluviais: tem a função de recolher e dispor adequadamente as águas pluviais. Composto por calhas e condutores horizontais e verticais.

Sistemas hidráulicos de combate a incêndio:

- Constituídos por reserva de água específica, tubulação de incêndio, hidrantes, mangotinhos e sprinklers. Os sistemas hidráulicos de combate a incêndios trabalham com pressões e vazões mínimas superiores às de uma instalação predial convencional. Na maioria

das vezes deve ser utilizado um sistema de bombas de incêndio para recalcar a água com pressão suficiente para produzir a vazão requerida ou, simplesmente, reforçar a pressão natural existente.

Cuidados de Uso

- Não lançar objetos nos vasos sanitários e ralos que possam causar entupimento, tais como: absorventes higiênicos, folhas de papel, cotonetes, cabelos, fio dental, etc.
- Não jogar gordura ou resíduo sólido nas pias e nos lavatórios. Jogá-los no lixo.
- Usar a grelha de proteção nos ralos das pias de cozinha.
- Não subir ou se apoiar nas louças e bancadas, pois podem se soltar ou quebrar, causando ferimentos graves. Não permitir sobrecarga sobre as bancadas.
- Não utilizar hastes, ácidos ou similares para desobstrução do esgoto.
- Banheiros, cozinhas e áreas de serviço sem utilização por longos períodos podem ocasionar mau cheiro, em função da ausência de água nos ralos e sifões. Para eliminar este problema, basta adicionar uma pequena quantidade de óleo de cozinha para a formação de uma película, evitando-se assim a evaporação.
- Durante longos períodos sem utilização de áreas molhadas, manter os registros de gaveta fechados.
- Não apertar em demasia os registros, torneiras e misturadores.
- Ao instalar filtros e torneiras não os atarraxar com excesso de força, pois pode danificar a saída da tubulação, provocando vazamentos.
- Não retirar elementos de apoio de peças de utilização ou bancadas (mão francesa, coluna do tanque, etc.).
- Manter desobstruído o extravasor (ladrão).

- Manter o ralo e seu entorno livre de detritos ou qualquer material que possa causar entupimento.
- Limpar os metais sanitários, ralos das pias e lavatórios, louças e cubas de aço inox em pias, com água e sabão neutro e pano macio. Nunca com esponja ou palha de aço e produtos abrasivos.
- O sistema de combate a incêndio não pode ser modificado e a água de reserva deve ser mantida.
- Manter instalações de incêndio sinalizadas.
- Nunca utilizar a mangueira do hidrante para qualquer outro uso que não seja combate a incêndio.
- Manter livre o acesso a hidrantes e extintores.
- Não utilizar a caixa de incêndio para depósito de materiais, mesmo que temporariamente.

Manutenção Preventiva	Periodicidade
Verificar, registrar e analisar a leitura do medidor de água. Utilizar como referência a Planilha Modelo para Acompanhamento de Consumo de Energia e Água.	Diária
Limpar ralos e grelhas das águas pluviais. Caso identifique-se grande quantidade de resíduos, fazer a limpeza diária.	Semanal
Alternar o funcionamento das bombas de recalque. Sugere-se ligar a bomba reserva por um dia a cada quinze dias.	Quinzenal
Verificar o funcionamento da bomba (ruído, apoios, vibração, estabilidade).	Mensal
Limpar os bicos removíveis das torneiras, pois é comum o acúmulo de resíduos provenientes da própria tubulação.	Mensal
Limpar e verificar a regulagem do mecanismo de descarga.	Mensal
Limpar caixas de inspeção e caixas de gordura. Pode-se alterar esta periodicidade para trimestral, caso o volume de resíduos seja pequeno.	Mensal
Verificar fechos hidráulicos das caixas sifonadas.	Mensal

Analisar consumo de água e efetuar testes de verificação de vazamentos, quando identificado na leitura do medidor aumento injustificado do consumo.	Mensal
Operar (fechar e abrir completamente) os registros de gaveta, principalmente dos barriletes e do subsolo;	Trimestral
Limpar crivo da válvula de pé.	Semestral
Limpar crivos dos chuveiros e arejadores.	Semestral
Efetuar limpeza dos reservatórios, com empresa especializada. Caso seja identificado algum indício de contaminação ou problemas no fornecimento de água potável pela rede pública, efetuar a limpeza em caráter extraordinário.	Semestral
Acionar tubulações que não são constantemente usadas, como o extravasor, de forma a evitar incrustações e entupimentos.	Semestral
Limpar calhas e buzinotes (planejar uma limpeza para antes das chuvas).	Trimestral
Limpar ralos e sifões das louças, tanques, lavatórios e pias, retirando todo material causador de entupimento (panos, fósforos, cabelos, etc.) e jogando água a fim de se manter o fecho hidrico nos ralos sifonados, evitando o mau cheiro proveniente da rede de esgoto.	Semestral
Verificar tubulações de captação e drenagem da água do jardim para detectar a presença de raízes que possam entupir a tubulação.	Anual
Verificar e substituir, quando necessário, as gaxetas, anéis o'ring e a estanqueidade dos registros de gaveta, visando evitar vazamento.	A cada 3 anos

Ü Manutenção Corretiva

- Realizar uma verificação visual dos pontos de saída de água, registros, válvulas, pontos de coleta de esgoto, ralos, etc., após a conclusão dos reparos.
- Verificar se os materiais utilizados nos reparos atendem às normas de referência (indicação nas peças) e se são compatíveis com os materiais já instalados.
- Verificar o correto funcionamento de registros e válvulas, após a conclusão da instalação de água fria. Para verificar o registro de gaveta, fechá-lo e abrir uma torneira. Um leve escoamento de água é aceitável nestes casos.
- Em caso de reparos em tubulações de água, solicitar que sejam realizados testes de pressão. Verificar se existem vazamentos, utilizando água sob pressão 50% superior à pressão estática máxima da instalação durante pelo menos 6 horas. Aguardar 1h para cada metro de

coluna d'água antes de submeter a tubulação à pressão. Caso se faça teste de pressão, aguardar 12h.

- Verificar inclinações mínimas dos tubos de esgoto: 1% para DN 100 e 2% para DN 75.
- Verificar diâmetro mínimo dos tubos de esgoto:
- Ramal de descarga de esgoto secundário: DN 40
- Ramal de descarga que descarregue vaso sanitário: DN 100
- Tubo de queda que descarregue vaso sanitário: DN 100
- Coletor Predial: DN 100
- Cortes em tubos devem sempre ser executados perpendicularmente ao eixo da peça.
- Tubos cortados fora de esquadro podem originar vazamentos.
- Verificar inclinação mínima das calhas: 0,5%.

Ü Instalações Elétricas

Descrição do Sistema: Uma instalação elétrica é constituída por diversos elementos, tais como componentes elétricos, circuitos e quadro elétrico de distribuição, conforme descrito a seguir.

Componentes Elétricos:

- Tomadas de uso geral: para ligação de aparelhos de utilização móveis ou portáteis.
- Tomadas de uso específico: para ligação de equipamentos fixos e estacionários.
- Pontos de iluminação: para ligação de lâmpadas e luminárias.
- Interruptores: para acionamento dos pontos de iluminação.
- Quadro de distribuição (QD): recebe a energia do medidor e distribui para os diversos circuitos. Neles se encontram os dispositivos de proteção (disjuntores).

Condutores Elétricos:

- Tem a função de transportar energia elétrica necessária ao bom funcionamento de todos os equipamentos. São feitos comumente de cobre ou de alumínio, com Isolamento de PVC.

Eletroduto:

- Tem função de proteger os condutores contra as ações mecânicas e corrosão. Tem também a função de proteger contra perigos de incêndio, resultante de superaquecimento de condutores. Podem ser tubos de metal ou de PVC, rígidos ou flexíveis.

Circuito:

- É um conjunto de tomadas de uso geral e específico, pontos de energia, pontos de iluminação e interruptores, cuja fiação se encontra interligada.

Quadro Elétrico:

- É composto por disjuntor geral com chave seccionadora ou dispositivo diferencial residual (DR), que desliga todos os circuitos, e por diversos disjuntores secundários, que desligam os seus respectivos circuitos. Esse disjuntor diferencial tem ainda a função de segurança de todos os circuitos elétricos contra as correntes de fuga provocadas por aparelhos eletrodomésticos ou instalação elétrica em más condições de conservação.

Sistema de Proteção Contra Descargas Atmosféricas (SPDA):

- É constituído pelos seguintes elementos: captosres (pára-raios, terminais), condutores de interligação ou descida, sistema de aterramento (hastes, cabos).

Sistema de Aterramento:

- Parte da instalação elétrica que visa proteger as edificações e as pessoas contra descargas atmosféricas e cargas eletrostáticas, por meio de ligação à terra. Constituído por condutor de proteção e eletrodo de aterramento (quando em barras rígidas, é chamado de haste de aterramento).

Cuidados de Uso

- Em caso de sobrecarga momentânea, o disjuntor do circuito atingido se desligará automaticamente. Neste caso, bastará religá-lo e tudo voltará ao normal. Caso ele volte a desligar, é sinal de que há sobrecarga contínua ou que está ocorrendo um curto em algum aparelho ou no próprio circuito. Neste caso, é preciso solicitar os serviços de um profissional habilitado.

- Sempre que for fazer manutenção, limpeza, reaperto nas instalações elétricas ou mesmo uma simples troca de lâmpadas, desligue o disjuntor correspondente ao circuito ou, na dúvida, o disjuntor geral.

- Em caso de necessidade de corte de energia, sobretudo havendo dúvida sobre o disjuntor específico, desligar o disjuntor geral ou disjuntor diferencial residual (DR).

- Ao adquirir aparelhos elétricos, verifique se o local escolhido para a sua colocação é provido de instalação elétrica adequada para o seu funcionamento nas condições especificadas pelos fabricantes.

- Utilizar proteção individual (ex.:estabilizadores, filtros de linha e etc.) para equipamentos mais sensíveis (como computadores, central de telefone, etc.).

- As instalações de equipamentos, lustres ou similares deverão ser executadas por técnico habilitado, observando-se em especial o aterramento, tensão (voltagem), bitola e qualidade dos fios, isolamentos, tomadas e plug's a serem empregados;

- Em instalações aparentes, os eletrodutos rígidos devem ser fixados de modo a constituírem um sistema de boa aparência e firmeza

- Não abrir furos em paredes próximas ao quadro de distribuição.

- Não utilizar "benjamins" ou extensões com várias tomadas, pois eles provocam sobrecargas.

- Nunca ligar aparelhos diretamente nos quadros de luz.

- Não ligar aparelhos com voltagem diferente das tomadas.

- Quaisquer serviços nos sistemas elétricos devem ser realizados por profissionais habilitados.
- Efetuar limpeza nas partes externas das instalações somente com pano seco.
- Em caso de incêndio, desligar o disjuntor geral do quadro de distribuição.
- Quando a edificação estiver sem uso, recomenda-se desligar a chave geral (disjuntor geral) no quadro de distribuição.
- Só instalar lâmpadas compatíveis com a tensão do projeto.
- Evitar contato dos componentes dos sistemas com água.
- Identificar a tensão das tomadas diferentes do padrão da edificação. (Ex: identificar tomadas em 220V quando o padrão geral for 127V).

Manutenção Preventiva, Periodicidade /Recomendações gerais:

- É de responsabilidade de contratantes e contratados cumprir a NR-10 – Segurança em Instalações e Serviços de Eletricidade.
- A manutenção deve ser executada com os circuitos desenergizados (disjuntores desligados);
- Permitir somente que profissionais habilitados tenham acesso às instalações e equipamentos.
- Sempre que for executada manutenção nas instalações, como troca de lâmpadas, limpeza e reabertos dos componentes, desligar os disjuntores correspondentes.

Manutenção Preventiva	Periodicidade
Verificar, registrar e analisar a leitura do medidor de energia. Utilizar como referência a Planilha Modelo para acompanhamento de Consumo de Energia e Água	Diária
Fazer teste de funcionamento do sistema de iluminação de emergência;	Mensal

Verificar se os fusíveis do sistema de iluminação de emergência estão mal fixados ou queimados;	Bimestral
Rever estado de isolamento das emendas de fios.	Semestral
Testar o disjuntor tipo DR apertando o botão localizado no próprio disjuntor. Ao apertar o botão, a energia será cortada. Caso isso não ocorra, trocar o disjuntor.	Semestral
Verificar o estado dos contatos elétricos, substituindo as peças que apresentarem desgaste (tomadas, interruptores, pontos de luz).	Semestral
Verificar a continuidade dos condutores em cobre nú do sistema de aterramento.	Anual
Desobstruir poços de inspeção das hastes de aterramento.	Anual
Verificar interligação das antenas ao sistema de aterramento.	Anual
Reapertar todas as conexões dos Quadros de Distribuição.	Anual
Realizar manutenção preventiva da subestação com empresa especializada.	A cada 2 anos
Efetuar manutenções previstas do grupo gerador;	Conforme fabricante

Ü Revestimentos e Pisos

Paredes e Tetos

Descrição do sistema.

Revestimento em Argamassa /Gesso

- São revestimentos utilizados para regularizar a superfície dos elementos de vedação e estruturais, servindo de base para receber outros acabamentos ou pintura. Auxiliam na proteção dos elementos de vedação e estruturais contra a ação direta de agentes agressivos.

Cuidados de Uso

- Antes de realizar quaisquer furos em paredes, verificar a posição das instalações hidráulicas, elétricas e impermeabilização.

- Para melhor fixação de objetos nas paredes e tetos, utilizar parafusos com buchas apropriadas ao revestimento. Evitar o uso de pregos para não danificar o acabamento.
- Evitar o choque causado por batida de portas.
- Não lavar as paredes e tetos com água e produtos abrasivos (ex: cloro líquido, soda cáustica ou ácido muriático).

Manutenção Preventiva Periodicidade

- Não há ações específicas para manutenção preventiva dos revestimentos de paredes. Deve-se, no entanto, executar inspeções periódicas e corrigir eventuais patologias (fissuras, trincas, umidade, etc) que sejam identificadas. Repintar paredes e tetos. A cada 3 anos.

Manutenção Corretiva – Critérios de Inspeção

- Verificar visualmente o aspecto final do revestimento, incluindo textura adequada à aplicação do acabamento final (pintura, textura ou cerâmica).
- Quando executado grandes reparos em paredes perpendiculares, verificar o esquadro entre as paredes com esquadro de alumínio.
- Verificar a planeza do revestimento utilizando uma régua de alumínio (tolerância: ± 3 mm);
- Verificar a regularidade dos cantos, também com o apoio de uma régua de alumínio.

Cerâmica e Rejuntas

Descrição do Sistema Azulejo / Cerâmica / Porcelanato

- Utilizados em revestimento de paredes e pisos para dar acabamento em áreas úmidas como cozinhas, banheiros, lavabos e áreas de serviço, protegendo estes ambientes e aumentando o desempenho contra umidade e infiltração de água. Facilitam também a limpeza e tornam o ambiente mais higiênico, além de possuírem uma função decorativa. Devem ser assentados com argamassa colante.

- Podem ser classificados por vários critérios, entre eles o desgaste da superfície esmaltada (PEI), dureza e outros.

Argamassa colante

- Produto industrial, no estado seco, composto de cimento Portland, agregados minerais e aditivos químicos, que, quando misturado com água, forma uma massa viscosa, plástica e aderente, empregada no assentamento de placas cerâmicas para revestimento.

Rejuntas

- Tratamento dado às juntas de assentamento dos materiais cerâmicos e pedras naturais para garantir a estanqueidade e o acabamento dos revestimentos de pisos e paredes e dificultar a penetração de água.
- Os rejuntas também têm a função de absorver pequenas deformações, por isso, existe um tipo específico de rejuntamento para cada local e tipo de revestimento.
- São utilizados no preenchimento das juntas de revestimentos cerâmicos em pisos e paredes, tanto internos(a) quanto externamente. Também são utilizados em pedras naturais, pastilhas de porcelana e pastilhas de vidro.

IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE MANUTENÇÃO PREDIAL DA POLICLÍNICA REGIONAL -

UNIDADE POSSE

A implantação do Serviço de Manutenção Predial para a POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE, consiste na determinação das atividades essenciais de manutenção, sua periodicidade, os responsáveis pela execução e os recursos necessários.

A responsabilidade pela elaboração desta programação será de responsabilidade do gestor predial, profissional especializado para auxiliar na elaboração e no gerenciamento do mesmo.

O funcionário destacado para exercer a função de gestor predial deverá exercer as seguintes atividades:

- observar o estabelecido nas normas técnicas e no manual de operação, uso e manutenção de sua edificação, se houver;
- assessorar o gestor do prédio nas decisões sobre manutenção da edificação, inclusive na organização do sistema de manutenção;
- providenciar e manter atualizados os registros da edificação;
- realizar as inspeções da edificação, apresentando relatórios periódicos sobre suas condições, identificando e classificando os serviços de manutenção necessários;
- definir planos de manutenção;
- realizar ou supervisionar a realização de projetos e programação dos serviços de manutenção;
- orçar previamente / estimativamente os serviços de manutenção;
- assessorar na contratação de serviços de terceiros para a realização da manutenção da edificação, na forma das regulamentações próprias da ABEAS;
- supervisionar a execução dos serviços de manutenção;
- orientar os usuários sobre o uso adequado da edificação em conformidade com o estabelecido nas normas técnicas e no Manual de Manutenção Predial.

A sistemática proposta visa auxiliar os gestores prediais na implementação de um processo de gestão da manutenção, que privilegie o planejamento das manutenções preventivas e a previsão de recursos para sua execução. Além disso, esta sistemática visa incorporar à rotina para realização de controles da manutenção e de registros das ações tomadas, de forma prover evidências da conformidade do serviço realizado e manter um histórico das ações executadas.

Vale lembrar a importância da contratação de empresas especializadas, de profissionais qualificados e da realização de treinamento adequado da equipe de manutenção para a execução dos serviços.

Sempre deverão ser utilizados materiais de boa qualidade, preferencialmente, seguindo as especificações de materiais utilizados na construção original da edificação. No caso de peças de reposição de equipamentos, sugere-se fortemente o uso de peças originais, na forma da legislação vigente.

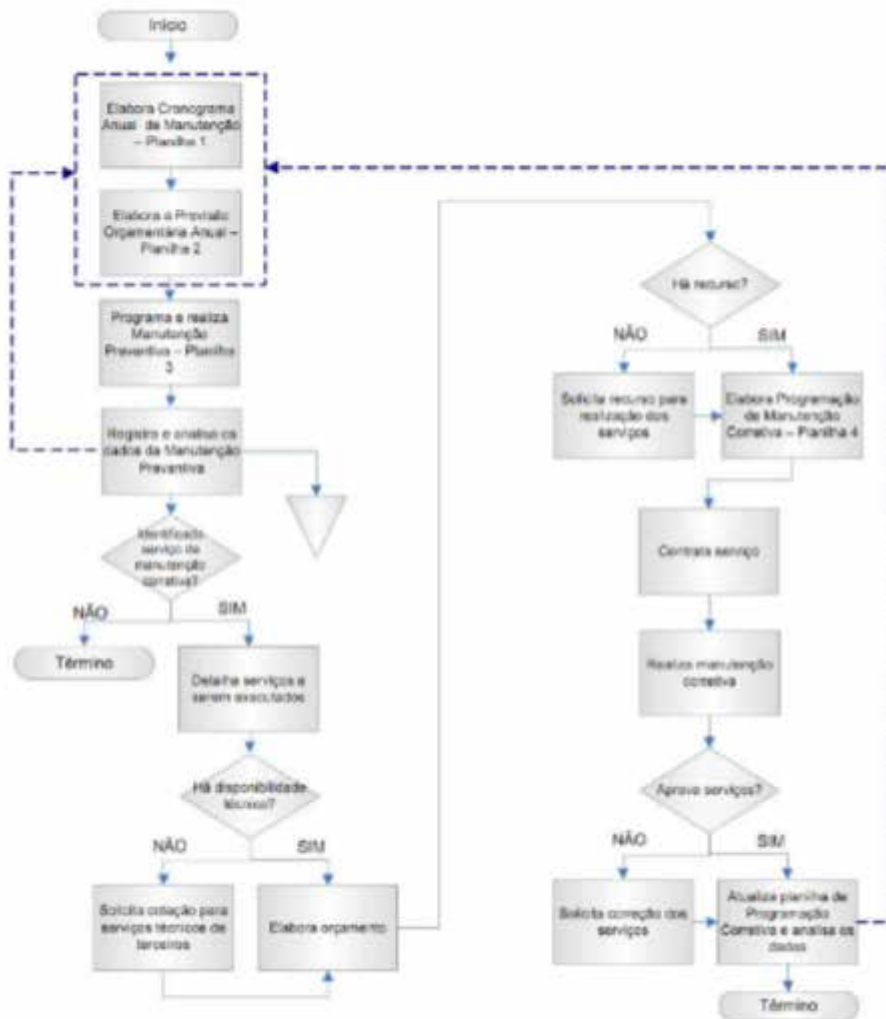
Esta sistemática envolve a descrição do fluxo do processo de gestão predial, bem como as planilhas para realização das atividades de manutenção preventiva e corretiva, além de controles de registros.

O fluxo de gestão da manutenção predial visa descrever as atividades deste processo, explicitando suas entradas, programação, controles e retroalimentação.

O fluxo da gestão da manutenção predial inicia-se com a elaboração do Cronograma Anual de Manutenção, assim como a Previsão Orçamentária Anual. Com base nestas duas planilhas, é elaborada a Programação de Manutenção Preventiva e a Programação de Manutenção Corretiva.

Tanto para a manutenção preventiva quanto para a manutenção corretiva, são previstos controles através da verificação das ações executadas. Caso uma ação não seja aprovada, o serviço deverá ser refeito, até que a solução dada seja satisfatória.

Por fim, o fluxo do processo de dos serviços de manutenção predial envolve a retroalimentação das informações, que ocorre a partir da análise de dados tanto das manutenções preventivas quanto corretivas, gerando novas informações para a revisão do cronograma anual de manutenção e previsão orçamentária anual. Esta retroalimentação está representada pela linha tracejada.



Controle e Planejamento da Manutenção Predial da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE.

A metodologia para planejamento e controle da gestão predial é composta por sistema com adaptação às necessidades de cada unidade, caso necessário.

Modelo a ser Implantado do Plano de Manutenção, Operação e Controle dos Serviços de Manutenção Predial

Não somente manter as condições originais das máquinas e equipamentos, mas as atividades de manutenção atualmente possuem um escopo mais abrangente. Elas também introduzem melhorias que permeiam a efetivação de condições que contribuem para o aumento da produtividade e qualidade dos serviços, assim, sendo divididas em atividades de Manutenção e Melhoria.

As atividades de manutenção têm o objetivo de manter ou reestabelecer as condições de operação e desempenho corrigindo eventuais deteriorações. Enquanto as atividades de melhoria focam-se na identificação de metodologias, ferramentas e processos que contribuam para o aprimoramento e maximização dos recursos possibilitando a antecipação e mitigação de falhas ou interrupções indesejadas.

O planejamento efetivo do setor de manutenção predial deve-se pautar em seu cronograma de atendimento, realizando e identificando as atividades de melhoria e manutenção, as quais se desmembram, conforme já citamos em:

- Manutenção Preditiva: baseia-se em planejamentos exímios e elaborados onde os componentes de uma máquina possam ser são substituídos em períodos pré-programados, baseados em estudos e históricos de cada componente, aproveitando ao máximo sua vida útil, e trocando-os antes de entrarem em colapso.

- Manutenção Preventiva: São atividades planejadas que prezam a conservação dos equipamentos e suas características produtivas ou de trabalho antecipando a ocorrência de falhas/quebras.

- Manutenção Corretiva: Possuem caráter emergencial e sem planejamento. Consiste em substituir peças ou componentes que se desgastaram ou falharam e que levaram a máquina/equipamento a uma interrupção.

Com o intuito de adotar boas práticas de trabalho o setor de manutenção predial irá elaborar um conjunto de procedimentos direcionados, visando padronizar e racionalizar as atividades a serem desenvolvidas no decorrer do ano pelo setor e através deste planejamento torna-las de conhecimento e possibilitando sua efetividade na POLICLÍNICA REGIONAL -

UNIDADE POSSE, sendo as mesas acompanhadas através de sistema e com monitoração de indicadores.

MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS, MOBILIÁRIOS E VEÍCULOS

Assim como utilizado na manutenção predial, para os equipamentos, computadores, móveis, veículos também poderá ser utilizado o sistema eletrônico de abertura e o acompanhamento das Ordens de Serviço. Os procedimentos de manutenção visam aumentar o tempo de vida útil, diminuir custos e potencializar a eficiência dos serviços prestados para os pacientes, visitantes e profissionais, evitando a paralisação destes por falhas.

Para um efetivo funcionamento do sistema, o preenchimento das Ordens de Serviço deve ser cuidadosamente monitorado pelo responsável pelo grupo, evitando atrasos e ineficiência da gestão da manutenção dos equipamentos por falhas evitáveis.

O recebimento de novos móveis, equipamentos e veículos que chegarem à unidade envolverá sua avaliação; aceitação e instalação. A abertura da embalagem que acondiciona o equipamento, preferencialmente será feita na presença do fornecedor ou assistência ou técnico por ele designado, evitando problemas por eventuais danos durante o transporte ou por falta de componentes que deveriam estar incluídos na embalagem.

Quanto aos equipamentos e mobiliários já disponíveis na unidade deverá ser feito um detalhado inventário por uma comissão integrada com representantes da contratante e da ABEAS. Após, serão identificados os bens que serão necessários na execução da presente proposta e os que serão devolvidos a contratante.

Sobre o acompanhamento e manutenção dos equipamentos médico-hospitalares deverão ter sua gestão realizada pelo setor de Engenharia Clínica, conforme manuais técnicos, normas e orientações relativas a particularidade de cada equipamento.

SERVIÇO DE CONSERVAÇÃO, HIGIENIZAÇÃO E DESINFECÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE

O Serviço de conservação higienização e desinfecção da unidade de saúde contemplará todas as atividades de limpeza, higienização e conforto na unidade, desde a chegada do paciente, até sua saída. É aplicável a todos os setores, pois envolve direta e indiretamente o receber, cuidar, assistir e outras ações igualmente importantes. Este serviço irá gerenciar o processamento e administração da higienização e limpeza, lavanderia e rouparia, controle de vetores (dedetização), jardinagem, armazenamento e destinação dos resíduos, ainda que estes sejam serviços terceirizados, pois a segurança das pessoas também depende de tais atividades.

A gestão desses serviços será realizada sob constante monitoramento da segurança dos profissionais, com especial atenção sobre os registros necessários ao serviço especializado em segurança e medicina do trabalho – SESMT (PPRA, CMSO, contratos de trabalho, carteiras de vacinação, treinamento e uso de EPIs, validade dos equipamentos de segurança, fichas técnicas dos produtos, ferramentas/utensílios apropriados, e outros).

A limpeza, higienização e a desinfecção são elementos que devem promover a sensação de bem-estar, segurança e conforto dos pacientes, profissionais e visitantes, contribuindo também para o controle das pragas e vetores e infecções relacionadas à assistência à saúde, por garantir um ambiente com superfícies limpas, com redução do número de microrganismos, e apropriadas para a realização das atividades desenvolvidas nesses serviços.

Assim, os serviços de limpeza, higienização e desinfecção serão executados nas áreas internas e áreas externas, obedecendo às técnicas e equipamentos apropriados e dos produtos químicos a serem utilizados, bem como na definição dos Procedimentos Operacionais Padrão - POPs.

Serão fornecidos todos os insumos e saneantes necessários para a limpeza e desinfecção (material de limpeza em geral, papel higiênico, papel toalha, álcool gel e sabonete em sachê, sacos plásticos para lixo infectante, lixo comum, lixo químico, sacos com cores específicas para a coleta de resíduos que serão definidos conforme definição do PGRS).

Dentre os indicadores do serviço de higienização e limpeza deverão ser monitorados:

Tempo médio de execução das limpezas; Percentual de limpeza programada não realizada;

Índice de retrabalho de limpeza concorrente; Peso/volume de resíduos produzidos por ala/setor.

O controle de vetores/pragas e de micro-organismos deverá ser realizado por empresas terceirizadas e especializadas e deve seguir as normas estabelecidas pela ANVISA. Assim, a POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE contratará empresa especializada, licenciada pelos órgãos competentes, que apresente responsável técnico devidamente habilitado para o exercício das funções relativas às atividades pertinentes ao controle de vetores e pragas urbanas, devendo apresentar o registro deste profissional junto ao respectivo conselho.

A POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE irá monitorar o serviço buscando garantir o mínimo impacto ambiental, a saúde dos pacientes, profissionais e do aplicador dos produtos saneantes desinfetantes. Todas as intervenções serão registradas fotograficamente e a empresa contratada deverá apresentar laudo referente aos serviços executados. A gestão da unidade também deverá articular com vizinhos, comerciantes, poder público local e outros, ações que visem eliminar focos de pragas que impactem dentro e fora da unidade, pois todos sabem que tais vetores não se restringem aos limites das propriedades.

A responsabilidade pelo abrigo temporário e a destinação final de resíduos é dos seus geradores; portanto, o licenciamento ambiental da unidade estará sujeito ao cumprimento das normas vigentes. Desta forma, a gestão da unidade irá elaborar e seguir o Programa de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Saúde – PGRSS (detalhamento constante nesta Proposta Técnica), através do qual os responsáveis deverão acompanhar todo o processo envolvendo os resíduos; garantindo-se a sua rastreabilidade.

Os abrigos serão mantidos de acordo com as normas sanitárias e a destinação final dos resíduos deverá ser acompanhada (reciclagem, aterro, incineração) e, dentre os registros necessários, deverá ser monitorado: Peso/volume de resíduos produzidos de acordo com seu

grupo; Peso/volume de resíduos encaminhados para outras coletas seletivas (pilhas, baterias, lâmpadas, papelão) e laudos de tratamento dos resíduos produzidos, conforme o caso.

Os serviços de jardinagem incluirão a poda, irrigação, combate a pragas e a ervas daninhas. Este serviço será executado de forma não interferir na arquitetura do edifício, oferecendo um ambiente de desconpressão aos pacientes, a seus familiares e aos profissionais da Unidade.

ROTINAS PARA ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA

A gestão contábil financeira da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE em relação ao Contrato de Gestão para a administração da Unidade deverá compreender um conjunto de ações e procedimentos administrativos que visam maximizar os resultados econômicos e financeiros, contemplando um conjunto de procedimentos administrativos que envolvem o planejamento, a análise e o controle das atividades financeiras da instituição. A partir de um detalhado planejamento inicial serão adotados os procedimentos elencados abaixo, visando a melhor execução de cada um dos itens, otimizando as ações da gestão financeira como um todo.

Contas a Pagar e a Receber: Processo a ser operado pela área de tesouraria que operacionaliza os pagamentos e recebimentos, para dar suporte ao fluxo de caixa e demais processos financeiros;

Fluxo de Caixa: Processo que faz a ligação entre as projeções dos recebimentos e pagamentos e as decisões de aplicação de recursos financeiros;

Aplicação de Recursos Financeiros: Processo que deverá definir e operar as aplicações temporárias de sobras de caixa, trabalhando preferencialmente com ativos financeiros de baixo risco e alta liquidez, também alinhados com o fluxo de caixa para dar confiabilidade aos compromissos da instituição;

Controle de estoque: É o processo que deverá registrar, fiscalizar e gerir a entrada e saída de mercadorias e produtos da instituição. A parte física deverá ser realizada pela área administrativa, enquanto a parte financeira é feita pela área gestão financeira/contábil;

Apuração de resultados: Processo que deverá demonstrar, de maneira clara e transparente, os resultados, apurando o saldo final de todas as contas, encerrando todas as contas de receitas e despesas, que irão para a conta de Resultado do Exercício;

Gestão patrimonial: Processo que deverá atualizar os valores monetários do patrimônio, através da contabilização e depreciação de seus bens imobilizados, a fim de ter um controle efetivo de todo o empreendimento da empresa. Neste processo está a atividade de balanço patrimonial, identificação e baixa do ativo imobilizado, balanço das depreciações, e listas de bens por grupo;

Gestão orçamentária: Este processo deverá ser implantado e terá como finalidade melhorar a rentabilidade do projeto/contrato de gestão, através de ajuste dos custos e despesas do mesmo.

Abaixo apresentamos um modelo do Manual de Rotinas para Administração Financeira que poderá ser aplicado para a POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE, a se adequar respeitando as devidas proporcionalidades e características da unidade:

CONTABILIDADE

1. OBJETIVO

Estabelecer as ações e padronizar os procedimentos contábeis, o Plano de Contas, a função e funcionamento das contas e as demais ações da área contábil a serem adotadas em âmbito da ABEAS.

A escrituração dos atos e fatos administrativos da Associação será feita de acordo com os procedimentos estabelecidos neste manual, nas formas analítica e sintética, com elaboração dos livros Diário e Razão, com base no Plano de Contas aprovado pela Diretoria

Geral e estruturado em grupos, subgrupos, contas e subcontas, em ordem cronológica de dia, mês e ano, à vista dos documentos hábeis (vias originais e legais) e tem a finalidade de:

- a. Registrar e controlar a execução orçamentária da receita e da despesa
- b. Registrar os atos e fatos de natureza financeira e patrimonial
- c. Emitir relatórios e peças contábeis - Diário, Razão, Balancetes e Demonstrações mensais e balanços e demonstrações anuais
- d. Demonstrar os resultados econômico-financeiros da Instituição para serem analisados e interpretados
- e. Fornecer os elementos para a elaboração da prestação de contas anual.

2. PROCEDIMENTOS

Visando à segurança, o controle da documentação e à facilidade de obtenção de informações, a contabilização dos atos e fatos administrativos será, preferencialmente, feita nas dependências da Instituição e obrigatoriamente por Contabilista inscrito no Conselho Regional de Contabilidade.

O Diretor Administrativo é o responsável pela supervisão e coordenação dos serviços administrativos, financeiros e contábeis da ABEAS e pelo fornecimento de informações gerenciais ao Diretor Geral e demais membros dos Conselhos de Administração e Fiscal.

A Contabilidade é a fase final do controle interno que registra todas as operações relacionadas com a execução orçamentária da receita e da despesa, outros ingressos e saídas de recursos, os créditos a receber e obrigações a pagar, a movimentação de bens patrimoniais e demais atos e fatos administrativos.

Compete ao Contabilista:

- a. Adotar o sistema contábil informatizado utilizado pela ABEAS, e a legislação aplicável ao processamento dos dados e relatórios relativos aos registros dos atos e fatos administrativos da Associação;

- b. Classificar os documentos contábeis de forma que indiquem os códigos das contas debitadas e creditadas e outros dados necessários e esclarecedores do registro efetuado;
- c. Organizar a documentação por ordem cronológica/sequencial de lançamentos.

3. EMISSÃO DE RELATÓRIOS MENSAIS

As operações econômicas e financeiras da Instituição serão demonstradas após o encerramento de cada mês, de forma analítica e sintética, mediante a elaboração das seguintes peças contábeis:

- a. Balancete Analítico de Verificação
- b. Balanço Financeiro
- c. Balanço Patrimonial
- d. Balanço da Receita Orçada x Arrecadada
- e. Balanço da Despesa Fixada x Realizada
- f. Conciliações bancárias acompanhadas dos respectivos extratos bancários

Os demonstrativos contábeis mensais deverão ser disponibilizados às Coordenações até o dia 20 do mês subsequente ao de referência.

4. RELATÓRIOS ANUAIS

Por ocasião do encerramento do exercício, serão emitidos, além dos relatórios referentes ao mês de dezembro, os relatórios que demonstram os saldos acumulados, no exercício, das contas de resultado e a posição patrimonial e financeira em 31 de dezembro. São peças componentes das demonstrações contábeis

- a. Balancete Analítico de Verificação - com o movimento do período de 1º de Janeiro a 31 de dezembro do exercício encerrado;
- b. Balanço Financeiro;
- c. Balanço Patrimonial Comparado;
- d. Demonstração das Variações Patrimoniais;

- e. Conciliações bancárias, acompanhadas dos respectivos extratos bancários;
- f. Análises das contas de Ativo e Passivo (notas explicativas).

O Contabilista deverá encerrar os balanços e apresentar os demonstrativos contábeis anuais até o dia 30 de abril do ano seguinte ao de referência.

5. PLANO DE CONTAS

Estrutura – O Plano de Contas é estruturado de forma hierárquica e é padrão da ABEAS, observadas a legislação aplicável e as características específicas da Instituição.

Ativo - Compreende todas as contas correspondentes aos bens e direitos da Instituição, demonstrando a aplicação dos recursos.

- Ativo Financeiro. Compreende a disponibilidade em Caixa e Bancos e os direitos pendentes ou em circulação, realizáveis até o término do exercício seguinte;
- Ativo Permanente. Representa as imobilizações em bens móveis e imóveis, os créditos e valores diversos de caráter permanente.

Passivo - Corresponde às obrigações, evidenciando a origem dos recursos aplicados.

Patrimônio Social - Representa o Ativo Real Líquido.

Receita - São contas representativas dos recursos auferidos no exercício, a serem computadas na apuração do resultado da Instituição, desdobradas nas seguintes categorias econômicas:

- a. Receitas Correntes – de natureza contínua, resultantes da arrecadação de serviços e patrimoniais;
- b. Receitas com Subvenções – assistência governamental geralmente na forma de contribuição de natureza pecuniária, mas não só restrita a ela, concedida à Instituição em troca do cumprimento condições relacionadas às atividades operacionais do contrato assinado pela entidade;

c. Receitas Financeiras – juros recebidos, descontos obtidos, o lucro na operação de reporte e os rendimentos nominais relativos a aplicações financeiras de renda fixa;

d. Receitas com Doações – constituem-se em transferência de dinheiro ou outros ativos para a Instituição, ou um cancelamento de um passivo, sem a necessidade de uma contrapartida.

Despesa - Compreende as contas representativas dos recursos despendidos no exercício financeiro, a serem computadas na apuração do resultado da Instituição, subdivididas por projeto e/ou contrato de gestão executado.

FINANCEIRO

1. OBJETIVO

Padronizar e racionalizar o processamento da despesa em âmbito da ABEAS.

2. PROCEDIMENTOS

As compras e contratações de serviços são realizadas para garantir o suprimento de bens e de serviços imprescindíveis ao cumprimento dos objetivos da ABEAS.

Todas as despesas de compra de material ou de contratação de serviços deverão ser feitas mediante processo constituído de acordo com o Regulamento de Compras e Contratações vigente, devendo ser observados os procedimentos legais estabelecidos.

Como os recursos são repassados pelo órgão contratante e estão sujeitos às crises econômicas, bem como a problemas referentes a atrasos nos repasses de recursos, a gestão financeira definiu um plano de contingência que consiste nas seguintes premissas:

a. Priorizar o pagamento de obrigações assumidas com seus profissionais/empregados e com fornecedores de materiais e insumos que impactam diretamente na segurança da assistência aos pacientes / gerenciamento de riscos;

b. Suspender obras e reformas de ampliação realizadas com eventuais sobras de recursos para custeio, bem como aquelas que não impactam negativamente nas metas contratuais de produção;

- c. Rescindir ou suspender contratos de serviços assessoriais;
- d. Negociar com fornecedores e prestadores de serviço sobre o parcelamento de valores pendentes de pagamento;
- e. Revisar com os prestadores de serviços de suporte à assistência, fluxos e rotinas que resulte na redução de custos, mantendo a segurança de pacientes e profissionais.

3. LIQUIDAÇÃO E PAGAMENTO

O material ou o serviço deverá guardar conformidade com as especificações e as quantidades contratadas, devendo ser exigido do fornecedor as garantias relativas à compra ou ao serviço contratado.

Entre o recebimento do material ou do serviço e o pagamento da despesa deverá ser observado um intervalo mínimo para o processamento das providências necessárias ao controle financeiro.

O pagamento da obrigação somente é autorizado após ser atestado pelo setor requisitante, que além de conferir o material, deverá verificar os documentos do fornecedor, como a legalidade da nota fiscal, a incidência e retenção de tributos e encargos.

Só poderão ser pagas despesas dentro do exercício vigente, salvo se o gasto houver sido registrado contabilmente (empenhado) para o exercício futuro.

4. FORMAS DE PAGAMENTO

Os pagamentos de despesas dar-se-ão através de transferência bancária (TED ou TEV), diretamente na conta do fornecedor, sendo admitidos eventualmente a emissão de emissão de cheque nominal, ou pelo Sistema Eletrônico de Pagamentos disponíveis na rede bancária.

Poderá haver o depósito em conta corrente nominal a ele, permanecendo o demonstrativo de depósito em poder da unidade do Instituição como comprovante do pagamento.

No caso dos pagamentos efetuados via Sistema Eletrônico de Pagamentos, o relatório de pagamentos efetuados, devidamente conciliado com o extrato bancário, é o comprovante da quitação da despesa.

5. ENCARGOS E TRIBUTOS

Para as despesas de prestação de serviço, mediante emissão de Nota Fiscal, deverão ser observadas as regras de retenção de impostos:

- IR, PIS, Cofins e CSLL – Lei nº 9.430/96, conjugada com as Instruções Normativas das Secretarias da Receita Federal nº 480 e 539;
- INSS – Instrução Normativa nº 3, da Secretaria de Receita Previdenciária do Ministério da Previdência Social;
- IRPF – Tabela Progressiva;
- ISS – Regras definidas por cada município.

Para serviços de profissionais autônomos, deverá haver retenção do Imposto de Renda (quando ultrapassar o limite de isenção), de INSS e o recolhimento do ISS (conforme regra definida pelo município sede do prestador do serviço).

Todos os pagamentos que tiverem a incidência de retenção de tributos deverão ser previamente submetidos ao Setor Contábil para cálculo do Imposto, da retenção do valor devido e emissão da Guia de Recolhimento correspondente. O Contador responde pelas incoerências e falta de recolhimento de tributos exigidos por Lei.

Quesitos para a execução da Despesa

- a. Disponibilidade Financeira – existência de recursos financeiros para suportá-la
- b. Legitimidade – toda a despesa deve ser prevista em Orçamento do exercício a que se refere o gasto, com enquadramento perfeito e claro de dispêndio

c. Legalidade – toda a despesa deve se revestir das formalidades legais e das normas internas. Verificar principalmente as certidões negativas da Receita Federal do Brasil, do FGTS e do Município

d. Competência – a despesa relativa a contratos e serão apropriadas/compromissadas em cada exercício financeiro, pela parte a ser nele executada.

6. FUNDO FIXO

Será autorizada a concessão de suprimento de fundos fixos para funcionários alocados na sede, sempre a serviço da Instituição, para pagamento de despesas de pronto pagamento.

Os valores concedidos ao funcionário responsável e os seu respectivo substituto, no caso de eventual afastamento, serão definidos e nomeados por meio de portaria da Direção Geral. O setor responsável procederá à solicitação da concessão do suprimento de fundo fixo para o funcionário designado, apresentando posteriormente o documento fiscal que comprove tal despesa. Este documento deverá ser emitido com o CNPJ e razão social da ABEAS para o contrato de gestão específico.

7. INDICADORES FINANCEIROS

Mensalmente também serão demonstrados a partir dos indicadores financeiros abaixo relacionados ao desempenho e evolução mensal financeira da ABEAS.

- Índice de Liquidez Corrente
- Índice de Liquidez Imediata
- Índice de Participação de Capital de Terceiros
- Garantia do Patrimônio Social ao Capital de Terceiros
- Composição dos Exigíveis (tipo de obrigação)

- Composição dos Exigíveis (por vencimento)
- Índice de Gastos Administrativos
- Índice de Acumulação de Superávit

CUSTOS

1. OBJETIVO

Apurar os custos utilizando o sistema de custeio por absorção pleno, ou seja, a extensão dos insumos utilizados para o custeio dos serviços não fica restrita aos custos de produção; mas também agrega as despesas operacionais.

No conceito de Gestão Gerencial de Custos as informações na forma de relatórios de custos serão disseminadas a todos os níveis da organização com o envolvimento e participação das chefias, coordenações e diretorias, para a avaliação de desempenho do setor e adequação dos custos de acordo com parâmetros e perfis adequados para o setor; e com o objetivo de que cada nível hierárquico tenha condições de planejar, controlar e decidir com eficiência e eficácia.

2. TERMINOLOGIA

- Centros de Custos Produtivos – são aqueles que atendem diretamente ao paciente desenvolvendo as atividades principais da Instituição. Os Centros de Custos Produtivos, por serem finalísticos, não tem seus custos rateados, ou seja, repassados para outros. Pelo contrário eles recebem ou arcam com os custos dos Centros de Custos Administrativos e Auxiliares;

- Centros de Custos não Operacionais - são aqueles que não estão diretamente relacionados às atividades principais da Unidade, porém não são rateados, assim como acontece com os Centros de Custos Produtivos;

- Centro de Custos Auxiliares - São os Centros de Custos de apoio que produzem bens ou serviços que auxiliam na assistência ao paciente e terão seus custos rateados as demais Centros de Custos;

- Centros de Custos Administrativos - São os relacionados com as atividades administrativas e trabalham como suporte para funcionamento completo da Unidade de Saúde e terão seus custos rateados aos demais Centros de Custos.

3. APURAÇÃO DOS CUSTOS

Os custos devem ser monitorados mensalmente a fim de se atingir a meta estabelecida para controle. Anualmente, nas revisões e atualizações do planejamento estratégico a meta de diminuição de custos deve ser avaliada e ajustada conforme critérios internos e externos.

2.7.4.4. Aquisição, Recebimento, Guarda e Distribuição de Materiais na Policlínica

A Associação Brasileira de Entidades de Assistência Social - ABEAS propõe a utilização de uma Política de Regulamentação Patrimonial (descrita abaixo), contendo as normas de controle e gestão de bens móveis e materiais de consumo, institucionalizada pela ABEAS e passível de Aplicação na POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE, conforme:

REGULAMENTAÇÃO PATRIMONIAL

Normas de Controle e Gestão de Bens Móveis e Materiais de Consumo

DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art.1º. O controle e a gestão de bens móveis e materiais de consumo no âmbito da ABEAS obedecerá ao disposto nesta normatização.

Art.2º. Para fins desta Normatização considera-se:

- I. Material: equipamentos, componentes sobressalentes, acessórios, veículos, matérias-primas, outros itens empregados ou passíveis de emprego nas atividades administrativas e de execução da ABEAS, inclusive bens de consumo;
- II. Material ou bem permanente: aquele que, pela própria natureza, possuir durabilidade superior a 02 (dois) anos, cujo valor integra o patrimônio da ABEAS;

III. Unidade administrativa: unidades da estrutura organizacional (organograma) da ABEAS ou postos de trabalho constantes dos contratos de gestão celebrados com órgãos públicos.

DA AQUISIÇÃO E CLASSIFICAÇÃO

Art.3º. A aquisição de materiais no âmbito da ABEAS compreende os seguintes tipos:

- I. Compra: operação de aquisição remunerada de bens, mediante preço previamente ajustado;
- II. Cessão: modalidade de movimentação de material do acervo, com transferência gratuita de posse e troca de responsabilidade;
- III. Doação: ato de liberalidade pelo qual os contraentes trocam entre si coisas de sua propriedade e, só se dará mediante as condições previstas no Estatuto Social;
- IV. Transferência: modalidade de movimentação de material, com troca de responsabilidade, de uma unidade administrativa para outra;
- V. Comodato: designa o contrato, a título gratuito, em virtude do qual uma das partes cede por empréstimo a outra determinada coisa para que a use pelo tempo e nas condições pré-estabelecidas.

Art.4º. A aquisição de material na modalidade compra será efetuada pelo Setor de Contratos e Licitações e, quando necessário, via Comissão Permanente de Licitação, de forma planejada, visando alcançar a economicidade, eficiência e eficácia na gestão de recursos orçamentários, financeiros e materiais.

Art.5º. As compras terão por princípio, respeitada a legislação em vigor, a padronização do material em uso, de forma a reduzir o número de itens, visando a simplificação dos processos de obtenção, controle de estoque e levantamento de inventários.

Art.6º. Os materiais deverão ser catalogados e, quando possível, codificados, com base na nota fiscal, devendo ser catalogadas todas as informações à identificação do material e do processo de compra.

Art.7º. Os pedidos de compra de materiais não catalogados deverão conter todos os elementos essenciais à sua caracterização, acompanhados, se necessário, de modelos gráficos, projetos, amostras e outros elementos que se fizerem necessários.

Art.8º. As compras realizadas fora da programação da Supervisão de Material e Patrimônio serão efetuadas somente depois de atingido o nível mínimo de estoque no almoxarifado;

§ 1º. As solicitações de itens que não fizerem parte do catálogo normal de materiais mantidos pela Supervisão de Material e Patrimônio serão efetuadas diretamente ao Diretor Administrativo, a quem caberá a análise da oportunidade e conveniência da aquisição;

§ 2º. Na hipótese do parágrafo anterior, caso a solicitação seja deferida pela Diretoria Administrativa, poderá ser modificado o catálogo de materiais, por iniciativa da Supervisão de Material e Patrimônio, para inclusão daquele item, desde que verificada a necessidade de aquisição para as demais unidades administrativas.

Art.9º. A quantidade de material a ser adquirida fica limitada à existência de espaço físico para seu armazenamento em condições adequadas de segurança e conservação.

Parágrafo Único – Fica proibida a aquisição de material permanente em quantidade superior à da pronta destinação e utilização por parte das unidades requisitantes, ressalvadas aquelas destinadas à reserva técnica para substituição imediata em caso de manutenção, para acomodação de novos profissionais ou implantação de novas unidades e/ou projetos / contratos de gestão.

Art.10º. Os materiais sujeitos à deterioração ou ao risco de se tornarem obsoletos deverão ser adquiridos em quantidades suficientes para a plena utilização, adotando-se, para tanto, critérios adequados à sua quantificação que serão definidos pela Supervisão de Material e Patrimônio.

Art.11º. Ficam estabelecidas as fórmulas a serem utilizados pela Supervisão de Material e Patrimônio para a reposição do estoque.

DO RECEBIMENTO PROVISÓRIO E DEFINITIVO

Art.12. Recebimento é o ato pelo qual o material adquirido é entregue à Supervisão de Material e Patrimônio, em local previamente designado, devendo este ser recebido em conjunto com o representante do setor solicitante caso não esteja no catálogo de materiais ou se a sua natureza assim o exigir.

§ 1º. O recebimento transfere apenas a responsabilidade pela guarda e conservação do material, do fornecedor à Supervisão de Material e Patrimônio;

§ 2º. Deve ocorrer preferencialmente no almoxarifado da Supervisão de Material e Patrimônio, salvo quando não possa ou não deva ali ser estocado, caso em que se fará nos locais designados;

§ 3º. Qualquer que seja o local de recebimento, os registros de entrada serão realizados na Supervisão de Material e Patrimônio, quando se tratar de material permanente, bem como quando se tratar de material de consumo.

Art.13. Todo material para ser recebido deverá vir acompanhando de documento hábil a caracterizar a sua origem e a natureza de sua incorporação ao âmbito patrimonial da ABEAS, cuja cópia será arquivada na Supervisão de Material e Patrimônio para os devidos registros.
Parágrafo Único – Considera-se documento hábil para os fins deste artigo os seguintes documentos:

- I. Nota Fiscal ou Nota Fiscal/Fatura;
- II. Termo de Cessão/Doação ou Declaração exarada no processo relativo à permuta;
- III. Guia de Remessa de Material ou Nota de Transferência.

Art.14. As Notas Fiscais de materiais deverão ser entregues diretamente na Supervisão de Material e Patrimônio, para serem conferidas e depois repassadas à Diretoria Administrativa ou por quem este delegar esta atribuição.

Parágrafo Único – As Notas Fiscais de materiais adquiridos com recursos do Fundo Rotativo / Suprimento de Fundos também serão conferidas pela Supervisão de Material e Patrimônio e depois repassadas ao gestor/suprido do fundo.

Art.15. O recebimento de materiais oriundos de compra, cessão, doação, permuta ou transferência e comodato será provisório quando da entrega e definitivo após a aceitação / inserção no patrimônio da ABEAS.

§ 1º. O recebimento provisório não caracteriza sua aceitação;

§ 2º. A aceitação é condição essencial para o recebimento definitivo dos materiais, que se dará após a verificação da descrição, qualidade e quantidade da Nota Fiscal que, por sua vez, deverá estar em conformidade com o Pedido / Solicitação de Compras;

§ 3º. Nas operações de cessão, doação, permuta ou transferência, a verificação da descrição, qualidade e quantidade deverá ser realizada tomando-se por base as informações constantes dos respectivos Termos de Cessão/Doação, Declaração exarada no processo relativo à permuta, Guia de Remessa de Bens ou Nota de Transferência.

Art.16. Nas operações de compra a aceitação deverá ser atestada na respectiva Nota Fiscal ou na Nota Fiscal/Fatura e, nos demais casos, nos Termos de Cessão/Doação, Declaração exarada no processo relativo à permuta, Guia de Remessa de Bens ou Nota de Transferência, devendo o atestado ser assinado pela Supervisão de Material e Patrimônio, em carimbo próprio.

§1º. Quando para aceitação for necessário conhecimento técnico específico, a Nota Fiscal/Fatura também deverá ser atestada por pessoa habilitada para esse fim;

§2º. Nos casos em que o material não esteja relacionado no Catálogo de Materiais será necessário o atesto/assinatura, também, do responsável pelo setor solicitante.

Art.17. Os documentos relativos à aquisição, recebimento e atestados de material e patrimônio deverão ser assinados por extenso ou conter o carimbo de identificação do assinante.

Art.18. Quando das aquisições de material para construção e reforma os documentos relativos à aquisição deverão ser encaminhados pela Supervisão de Material e Patrimônio aos Diretores ou responsáveis pelas obras e serviços conforme o caso, para que possam ter ciência do que está sendo adquirido.

Art.19. As Notas Fiscais relativas aos materiais para construção ou reforma deverão ser atestadas conjuntamente pelo supervisor de material e patrimônio/ responsável do acompanhamento da obra.

Art.20. Quando os materiais adquiridos não estiverem de acordo com o Pedido / Solicitação de Compras, o agente recebedor solicitará ao fornecedor sua regularização, bem como comunicará formalmente o fato ao Diretor Administrativo.

Art.21. Nenhum material será liberado para as unidades requisitantes sem o recebimento definitivo e conseqüente registro nos sistemas competentes/ inclusão no patrimônio (etiquetamento, conforme o caso), bem como sem a sua requisição formal.

Art.22.A Supervisão de Material e Patrimônio manterá controle sobre os materiais a receber, sendo responsável pela entrega ao fornecedor do(s) comprovante(s) de entrega, devendo, também, acompanhar os prazos de entrega, comunicando ao Setor de Contratos e Licitações os eventuais atrasos ou descumprimento do prazo de entrega.

Art.23.O sistema de controle de materiais, se possível, deverá permitir o recebimento provisório e definitivo, além de registrar as solicitações não atendidas – demanda reprimida.

Art.24.A Supervisão de Material e Patrimônio deverá ser comunicada formalmente da aquisição de qualquer material, ainda que não transite fisicamente pela mesma, a fim de que possa efetivar as anotações e os registros necessários em seu sistema.

DO CONTROLE PATRIMONIAL

Art.25. A Supervisão de Material e Patrimônio manterá o registro do patrimônio da ABEAS, por meio de sistema próprio, com vistas ao controle e gestão de equipamentos e materiais permanentes de forma a:

- I. registrar as incorporações e baixas, informando os bens existentes;
- II. registrar e informar a localização dos bens;
- III. registrar os agentes responsáveis;
- IV. emitir e atualizar os Termos de Responsabilidade;

- V. controlar a movimentação de material;
- VI. identificar os bens extraviados ou danificados com baixa e o número do patrimônio;
- VII. permitir a obtenção de informações gerenciais.

Art.26. Todo bem permanente, após seu recebimento definitivo, deverá ser tombado pela Supervisão de Material e Patrimônio, sendo vedada a sua saída sem o devido registro, etiquetamento e Termo de Responsabilidade.

Parágrafo Único - O tombamento consiste no arrolamento do bem permanente, por meio de numeração específica do sistema patrimonial da ABEAS, com a finalidade de identificá-lo e individualizá-lo.

Art.27. Para fins de tombamento será realizado o registro patrimonial de todos os materiais permanentes, o qual deverá conter:

- I. número de tombamento;
- II. descrição do material;
- III. modelo, número de série de fabricação, se for o caso;
- IV. valor de aquisição;
- V. data de aquisição e número de autos;
- VI. número do documento fiscal;
- VII. estado de conservação do material;
- VIII. outras observações consideradas indispensáveis.

Parágrafo Único – Para fins de registro patrimonial, o bem cujo valor de aquisição for desconhecido, será avaliado tomando como referência o valor de outro bem, semelhante ou sucedâneo, no mesmo estado de conservação e a preço de mercado.

Art.28. Toda manutenção e reparo realizados nos materiais permanentes da ABEAS deverá ser comunicado formalmente à Supervisão de Material e Patrimônio, para que providencie a anotação em ficha de controle, manual ou eletrônica, que será vinculada ao seu registro patrimonial.

Art.29. O número de tombamento dos bens será fixado por meio de etiquetas/ plaquetas.

Parágrafo Único – No caso de obras bibliográficas o número de tombamento deverá ser fixado por meio de carimbo ou etiqueta, que conterà também outras informações necessárias ao controle do acervo pela unidade gestora.

Art.30. Os bens que não transitarem na Supervisão de Material e Patrimônio serão tombados, no menor tempo possível, não podendo ultrapassar o prazo de 30(trinta) dias contados do seu recebimento definitivo.

Art.31. A movimentação de bens dentro da ABEAS, bem como a saída de material permanente da instituição é de responsabilidade única e exclusiva da Supervisão de Material e Patrimônio.

Art.32. A Supervisão de Pessoal, sempre que ocorrerem mudanças do agente responsável pelos bens, por qualquer que seja o motivo, deverá comunicar a Supervisão de Material e Patrimônio para atualização do Termo de Responsabilidade.

§ 1º- A Gerência de Pessoal informará à Supervisão de Material e Patrimônio todos os atos relacionados à dispensa, exoneração, nomeação, designação e afastamentos de membros e profissionais no prazo máximo de dez dias da assinatura do respectivo ato administrativo;

§ 2º -O mesmo procedimento deverá ser adotado pela Supervisão de Tecnologia da Informação quando houver troca de equipamentos de informática por aquela Supervisão.

Art.33. Compete ao Diretor Executivo, por meio de processo administrativo próprio, autorizar a baixa de bens do patrimônio, nos seguintes casos:

- I. furto;
- II. extravio;
- III. dano irrecuperável que impossibilite sua utilização ou alienação;
- IV. cessão;
- V. alienação.

Parágrafo Único – Nos casos de furtos e extravio, o Diretor Geral determinará as ações necessárias para apuração de responsabilidades, visando indenizar a ABEAS e aplicar penalidades administrativas, observada a legislação em vigor.

Art.34. Toda incorporação ou baixa no patrimônio será objeto de registro no sistema próprio concomitantemente à sua ocorrência.

Art.35. A devolução de qualquer bem ou material à Supervisão de Material e Patrimônio deverá ser precedida de comunicação formal devidamente fundamentada.

Parágrafo Único – Sempre que a quantidade de material a ser devolvido depender de conferência por parte da Supervisão de Material e Patrimônio, em razão da quantidade ou da natureza, deverá ser previamente agendada a data da efetivação da devolução.

DAS REQUISIÇÕES E DISTRIBUIÇÃO DOS BENS

Art.36. A requisição de qualquer material, realizada em formulário próprio ou, efetivamente, por meio de sistema eletrônico de processamento de dados, deverá ser feita observando-se os códigos e padrões a serem adotados.

§ 1º- Toda requisição de material de consumo ou bem permanente deverá ser registrada no sistema de controle do almoxarifado e patrimonial da Supervisão de Material e Patrimônio, respectivamente;

§ 2º - As unidades administrativas deverão encaminhar as solicitações de material com antecedência à Supervisão de Material e Patrimônio, a fim de possibilitar a separação e organização do material a ser entregue.

Art.37. Os dirigentes das unidades administrativas e titulares das Coordenações, Gerências, Setores e Serviços poderão indicar, por meio de comunicação formal, profissionais a serem cadastrados pela Supervisão de Material e Patrimônio (almoxarifado), para requisição de material de consumo.

Art.38. A Supervisão de Material e Patrimônio tem competência para atender ou não, no todo ou em parte, os pedidos que, em razão da quantidade superior ao consumo da unidade

requisitante em períodos pré-determinados, se mostrem supérfluos, desnecessários ou incompatíveis com o interesse da administração ou necessidade do serviço, observados os critérios definidos pela Diretoria Administrativa.

Art.39. O atendimento à requisição fica também sujeito às seguintes condições:

- I. quantidade existente;
- II. análise do consumo da unidade em períodos pré-determinados;
- III. prioridade de atendimento a determinadas áreas definidas pela administração;
- IV. vinculação do material catalogado às áreas específicas, requerendo, quando de sua solicitação por áreas diversas, a necessária autorização da Diretoria Administrativa;

§ 1º - Será sempre necessária a justificativa da unidade requisitante se a quantidade requisitada de determinado material for maior que a média de consumo obtida por meio da análise de consumo de que trata o inciso II;

§ 2º - As unidades que possuem prerrogativa de solicitação de material de uso exclusivo deverão manter controles que possibilitem a identificação de sua destinação;

§ 3º - As unidades que demandam materiais em grande quantidade, ou cujo consumo, dependendo das atividades programadas, sofram grandes variações, deverão apresentar previsão, com código e quantidade de material, ao longo do exercício, para fins de programação das unidades envolvidas.

Art.40. A Supervisão de Material e Patrimônio (almoxarifado) deve distribuir às unidades requisitantes os materiais estocados fisicamente a mais tempo ou, se for o caso, cujo prazo de validade esteja mais próximo de expirar, utilizando o critério PEPS – Primeiro que Entra, Primeiro Sai.

Art.41. Não havendo disponibilidade do material solicitado em estoque, deverá a Supervisão de Material e Patrimônio verificar se há processo em andamento para a aquisição do mesmo e a fase em que se encontra e, se não houver, tomar as providências necessárias para iniciá-lo.

Art.42. A Supervisão de Material e Patrimônio permanecerá fechada para atendimento nos últimos 02 (dois) dias úteis de cada mês, oportunidade na qual serão realizadas as averiguações e contagens de estoque (balanços).

Parágrafo Único - As solicitações encaminhadas durante o período supracitado serão atendidas a partir do primeiro dia útil subsequente, observada a ordem cronológica de recebimento.

DA ALIENAÇÃO, CESSÃO E TRANSFERÊNCIA DE BENS PATRIMONIAIS

ART.43. A alienação de bens, subordinada à existência de interesse da ABEAS, devidamente justificada, consiste na operação que transfere o direito de propriedade e compreende as seguintes formas:

- I. venda;
- II. permuta;
- III. doação.

Art.44. A alienação de material e bens móveis fica condicionada à avaliação, classificação, formação prévia de lotes, realizadas por comissão composta por pessoas habilitadas, e licitação, dispensada está nos seguintes casos:

- I. permuta, permitida exclusivamente entre unidades da ABEAS;
- II. doação, permitida exclusivamente para fins de interesse social, após avaliação de sua oportunidade e conveniência socioeconômica, relativamente à escolha de outra forma de alienação e sempre mediante aprovação em Assembleia Geral e de conformidade com as disposições estatutárias;
- III. venda, de bens produzidos ou comercializados pelas unidades da ABEAS, em virtude de suas finalidades.

Art.45. A cessão compreende a movimentação de materiais do acervo da ABEAS, com transferência gratuita de posse e troca de responsabilidade, para órgãos ou entidades da administração pública, bem como para entidades afins.

Parágrafo Único – A cessão deverá ser efetivada mediante Termo de Cessão onde constará a transferência do material e seu custo histórico.

Art.46. A alienação e a cessão de bem permanente e equipamentos gerarão os necessários registros no sistema de controle patrimonial.

Art.47. Transferência é a modalidade de movimentação de material, com troca de responsabilidade, de uma unidade administrativa para outra.

DA CARACTERIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DOS BENS PATRIMONIAIS

Art.48.Os materiais inservíveis classificam-se em:

- I. ocioso: quando não estiver sendo aproveitado, embora em perfeitas condições de uso;
- II. recuperável: quando sua recuperação for possível a um custo não superior a 50% de seu valor de mercado, e desde que atenda a conveniência da administração;
- III. antieconômico: quando, devido ao uso prolongado, desgaste prematuro ou obsolescência, a manutenção for onerosa;
- IV. irrecuperável: quando tecnicamente não for possível a sua recuperação ou quando o custo da recuperação for superior a 50% de seu valor de mercado;
- V. nocivo: quando oferecer riscos de danos para a saúde das pessoas ou ao meio ambiente.

Art.49. Para fins do artigo anterior serão instituídas Comissões Especiais de Avaliação, a qual caberá realizar a caracterização e avaliação dos bens patrimoniais da ABEAS, emitindo relatório de tudo para a Diretoria Administrativa, e será composta por no mínimo 03 (três) membros designados por meio de portaria da ABEAS.

§ 1º Pelo menos um membro da Comissão Especial de Avaliação deverá ter qualificação compatível com o bem avaliado.

§ 2º Os integrantes da Comissão Especial de Avaliação desempenharão suas funções sem prejuízo das atribuições habituais.

Art.50.O bem considerado anti-econômico ou irrecuperável poderá ser cedido a outras entidades administrativas ou obrigatoriamente alienado no menor tempo possível.

Art.51. Verificada a impossibilidade ou a inconveniência da alienação de bens classificados como irrecuperáveis, o Diretor Geral, após ouvir a Diretoria Administrativa/Comissão Especial de Avaliação, determinará sua descarga patrimonial e sua inutilização ou abandono, após a retirada das partes economicamente aproveitáveis, caso existam, que serão novamente incorporados ao patrimônio.

Art.52. A inutilização consiste na destruição total ou parcial do bem ou que implique em ameaça à saúde das pessoas ou risco de prejuízos ecológicos ou inconvenientes de qualquer natureza para a Instituição, sendo feita, sempre que necessário, mediante audiência dos setores especializados, de forma a ter sua eficácia assegurada.

Parágrafo Único A inutilização e abandono de bens será documentada mediante a formalização de termos os quais integrarão o respectivo processo administrativo.

Art.53. São motivos para inutilização de bens, dentre outros:

- I. a sua infestação por seres vivos nocivos, desde que apresentem algum risco;
- II. a sua natureza tóxica ou venenosa;
- III. a sua contaminação por radioatividade;
- IV. o perigo irremovível de sua utilização fraudulenta por terceiros;

Art.54. Por ocasião da realização do inventário deverão ser relacionados os bens disponíveis a serem alienados ou cedidos, de forma a evitar o desperdício de recursos, bem como o custo decorrente do armazenamento de material inservível.

Art.55. Os recursos provenientes das alienações de material, obtidos através de processo licitatório, deverão ser recolhidos em conta própria segundo a origem dos recursos quando da aquisição dos mesmos.

Parágrafo Único -A alienação de bens ou materiais, mediante dispensa prévia de licitação, somente poderá ser autorizada quando se revestir de justificado interesse público ou, em casos de doação, quando para atender ao interesse social.

Art.56. Os símbolos nacionais, armas, munições, materiais pirotécnicos ou outros que possam ocasionar perigo ou transtorno serão inutilizados de acordo com a legislação e normas específicas.

DOS INVENTÁRIOS

Art.57. O inventário é o arrolamento de todos os bens e materiais de consumo existentes em estoque, que tem por finalidade:

- I. verificar a existência física dos bens e materiais;
- II. informar o estado de conservação dos bens e materiais;
- III. confirmar os agentes responsáveis pelos bens;
- IV. manter atualizados e conciliados os registros de material e de patrimônio;
- V. apurar a ocorrência de dano, extravio ou qualquer irregularidade;
- VI. subsidiar as tomadas de contas, indicando os saldos existentes em 31 de dezembro de cada ano.

Art.58. O inventário físico no âmbito da ABEAS, para verificação dos saldos de estoque nos almoxarifados, equipamentos e materiais permanentes em uso nas unidades administrativas, será:

- I. ANUAL: destinado a comprovar a quantidade e o valor dos bens patrimoniais e materiais de consumo existentes em estoque, do acervo de cada unidade gestora, em 31 de dezembro de cada exercício;
- II. TRIMESTRAL;
- III. EVENTUAL: realizado em qualquer época por iniciativa dos Diretores Executivo, Administrativo ou pela própria Supervisão de Material e Patrimônio.

Art.59. Com a finalidade de realizar os inventários de que trata o artigo anterior, bem como manter atualizados e conciliados os registros do sistema de administração patrimonial e os contábeis e subsidiar as tomadas de contas, poderá ser instituída uma Comissão Permanente de Inventário, a qual será composta por no mínimo 03 (três) membros, designados pelo Diretor Executivo.

Parágrafo Único – Os membros das comissões de que se trata o caput serão designados até o dia 31 de março de cada ano, por um período de 01(um) ano.

Art.60.O inventário analítico é a verificação dos saldos, estado de conservação e localização dos bens e materiais existentes nas diversas unidades administrativas, bem como dos agentes por eles responsáveis, devendo ser todos elencados no artigo 27 desta Normatização.

Parágrafo Único – O inventário de que se trata o caput será realizado pela(s) Comissão(ões) Permanente(s) de Inventário, obedecendo os mesmos prazos fixados para realização do inventário físico anual, em conformidade com os §§ 1º e 2º do art.63, deste ato.

Art.61. A Supervisão de Material e Patrimônio, sem prejuízo de outras normas de controle dos sistemas competentes, poderá também utilizar como instrumento gerencial os seguintes inventários:

- I. ROTATIVO: que se consiste na conferência diária dos itens estocados, em parcelas, de modo que no período de um mês todo o estoque tenha sido conferido, com vista a manter efetivo controle dos estoques;
- II. POR AMOSTRAGEM: que consiste no levantamento em bases mensais de amostras de itens de material de um determinado grupo ou classe, e inferir os resultados para os demais itens do mesmo grupo de classe.
- III. INICIAL, DE EXTINÇÃO OU TRANSFORMAÇÃO: quando da criação, extinção ou transformação de unidades administrativas no âmbito da ABEAS, para identificação e registro de bens.

Art.62. As pendências decorrentes dos inventários de que tratam os artigos 58 e 61, deverão ser sanadas no prazo de 180 dias, a contar da verificação da ocorrência.

Art.63. A(s) Comissão(ões) Permanente(s) de Inventário deverá(ão), obrigatoriamente, realizar o inventário físico anual, mediante formalização de procedimento administrativo, no qual conterà também a verificação do estado de conservação dos bens e materiais, de forma a avaliar a gestão dos mesmos pelos agentes responsáveis, assim como evitar a permanência de material inservível ou ocioso nas unidades administrativas da ABEAS.

§ 1º. O prazo para conclusão processo do inventário físico anual, para fins de encerramento de exercício, será até o dia 15 de janeiro de cada ano, enquanto os demais seguirão os prazos fixados nos seus respectivos termos de autorização;

§ 2º. O inventário físico anual será encaminhado ao Setor de Contabilidade, o qual, após aprovação, encaminhará cópia do mesmo às Coordenações, que, por sua vez, o encaminharão aos Conselhos de Administração e Fiscal da ABEAS.

DA RESPONSABILIDADE DOS PROFISSIONAIS

Art.64. Todos os profissionais são responsáveis pelos bens que lhes são confiados, devendo observar, no seu manuseio, dentre outros cuidados necessários à guarda, localização, segurança e preservação, no que couber, aqueles constantes nesta Normatização;

§ 1º. Todas as unidades administrativas deverão arquivar, em pasta própria, os termos de responsabilidade e de ocorrência, com a finalidade de manter o controle dos bens permanentes sob sua guarda e uso;

§ 2º. Todas as unidades administrativas deverão manter um controle de estoque dos materiais de consumo que lhes forem disponibilizados.

Art.65. Os profissionais serão chamados à responsabilidade pelo desaparecimento de bem ou material de consumo que lhes forem confiados para guarda e uso, bem como pelo dano que, dolosa ou culposamente, causarem, estejam ou não sob sua guarda.

Art.66. Qualquer irregularidade ocorrida com bem ou material será objeto de imediata comunicação formal, de maneira circunstanciada, por parte do profissional ou responsável da unidade administrativa ou por iniciativa da própria Supervisão de Material e Patrimônio.

§ 1º. Além da hipótese prevista no caput, imediatamente após a conclusão do inventário físico anual de que trata o artigo 58, inciso I, desta normatização, caso seja detectada a qualquer irregularidade, deverá ser procedida, em processo distinto, a apuração de responsabilidade objetivando a localização do bem desaparecido ou ressarcimento do valor correspondente;

§ 2º. Para efeito do disposto neste artigo considera-se irregularidade toda ocorrência que resulte em prejuízo a ABEAS, relativamente a bens e materiais de sua propriedade ou sob sua guarda.

Art.67. Independentemente das sanções administrativas e penais cabíveis, o profissional responsabilizado pela avaria ou desaparecimento de bem ou material deverá arcar com as despesas de recuperação, substituí-lo por outro com as mesmas características ou indenizar em dinheiro, pelo preço da avaliação, apurado pela Comissão Especial de Avaliação, o valor correspondente.

Parágrafo Único – As empresas prestadoras de serviço a ABEAS deverão indenizar o mesmo, em virtude de dano, furto ou extravio causados por seus empregados, direta ou indiretamente, com culpa ou dolo, mediante pagamento em parcela única.

Art.68. Para fins de apuração das irregularidades previstas nesta normatização, considera-se:

- I. profissional responsável: o funcionário que se responsabiliza perante a ABEAS, assinando o respectivo termo e que, de forma direta ou indireta, pode propiciar ou facilitar a ocorrência da irregularidade;
- II. autor: o agente, inclusive o definido no inciso anterior, que praticou a irregularidade.

Art.69.O processo de responsabilidade deverá ter caráter sigiloso.

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art.70. Aos processos administrativos de alienação de materiais no âmbito da ABEAS aplicam-se, no que couber, as disposições da legislação pertinente em vigor.

Art.71. Fica vedada a utilização de qualquer recurso material, humano ou financeiro da ABEAS na manutenção de bens particulares, exceto aquele que se incluam nas hipóteses de cessão ou comodato.

Art.72. Todas as atividades inerentes ao registro e controle de bens patrimoniais de que trata este ato, serão transferidos automaticamente para a Supervisão de Material e Patrimônio.

Art.73. Os casos omissos serão resolvidos pela Diretoria da ABEAS.

Art.74. Esta normatização entrará em vigor após aprovação pelo Conselho de Administração e publicação no órgão oficial de imprensa, revogando-se as disposições em contrário.

Fórmulas para renovação e reposição de estoque

O acompanhamento dos níveis de estoque e as decisões de quando e quanto comprar deverão ocorrer em função da aplicação das fórmulas e disposições elencadas a seguir.

1. Os fatores de requerimento são definidos:

1.1. Consumo Médio Mensal (C). Média aritmética do consumo nos últimos 12 meses;

1.2. Tempo de Aquisição (T). Período decorrido entre a emissão do pedido de compra e o recebimento do material no almoxarifado (sempre relativo à unidade mês);

1.3. Intervalo de Aquisição (I). Período compreendido entre duas aquisições normais e sucessivas;

1.4. Estoque Mínimo ou de Segurança (Em). É a menor quantidade de material a ser mantida em estoque, capaz de atender a um consumo superior ao estimado para um certo período ou para atender à demanda normal em caso de atraso da entrega da nova aquisição. É aplicável tão somente aos itens indisponíveis aos serviços da unidade administrativa da ABEAS. Obtém-

se multiplicando o consumo médio mensal por uma fração do tempo (f) de aquisição que deve, em princípio, variar de 0,25 de T a 0,50 de T;

1.5. Estoque Máximo (EM). A maior quantidade de material admissível em estoque, suficiente para o consumo em certo período, devendo-se considerar a área de armazenagem, disponibilidade financeira, imobilização de recursos, intervalo e tempo de aquisição, perecimento, obsolescência, etc.

Obtém-se somando ao Estoque Mínimo o produto do Consumo Médio Mensal pelo Intervalo de Aquisição;

Ponto de Partida. (Pp). Nível de Estoque que, ao ser atingido, determina imediata emissão de um pedido de compra, visando a recompletar o Estoque Máximo.

Obtém-se somando ao Estoque Mínimo o produto do Consumo Médio Mensal pelo Tempo de Aquisição;

Quantidade a Ressuprir (Q). Número de unidades a adquirir para recompor o Estoque Máximo, obtém-se multiplicando o Consumo Médio Mensal pelo Intervalo de Aquisição.

2. As fórmulas aplicáveis à supervisão de Estoque são:

2.1. Consumo Médio Mensal. $C = \text{Consumo Anual} / 12$

2.2. Estoque Mínimo. $E_m = C \times f$

2.3. Estoque Máximo. $EM = E_m + C \times I$

2.4. Ponto de Partida. $P_p = E_m + C \times T$

2.5. Quantidade a Ressuprir. $Q = C \times I$

3. Os parâmetros de revisão poderão ser redimensionados à vista dos resultados do controle e corrigidas as distorções porventura existentes nos estoques.

Normas de segurança para armazenagem do material no Almoxarifado

I – Os princípios básicos para a organização do almoxarifado são os seguintes:

1. um lugar para cada material e cada material em seu lugar;
2. maximização da utilização do espaço; e
3. garantia do maior nível de segurança.

II -O almoxarifado deverá observar as seguintes normas:

1. quanto ao armazenamento:

- a. os materiais devem ficar agrupados por classe, de forma a viabilizar sua rápida conferência, adotando-se um sistema de endereçamento físico, possibilitando sua localização;
- b. os materiais não devem ser armazenados em contato direto com o piso;
- c. as etiquetas na face da embalagem devem ficar voltadas para o lado avesso;
- d. os materiais de menor peso nas prateleiras de cima, os de maior peso nas prateleiras de baixo;
- e. os materiais mais solicitados à frente, os menos atrás;
- f. os materiais devem ser empilhados, se necessário, observando-se a segurança e as recomendações dos fabricantes;
- g. os materiais devem ser estocados em suas embalagens originais;
- h. os materiais mais solicitados próximos à área de expedição; e
- i. a reposição do estoque deve ser feita atrás do material já existente.

2. As fórmulas aplicáveis à supervisão de Estoque são:

2.1. Consumo Médio Mensal. $C = \text{Consumo Anual} / 12$

2.2. Estoque Mínimo. $E_m = C \times f$

2.3. Estoque Máximo. $E_M = E_m + C \times I$

2.4. Ponto de Partida. $P_p = E_m + C \times T$

2.5. Quantidade a Ressuprir. $Q = C \times I$

3. Os parâmetros de revisão poderão ser redimensionados à vista dos resultados do controle e corrigidas as distorções porventura existentes nos estoques.

4. quanto à segurança:

a. existência de extintores de incêndio, mangueira etc, nos tipos e quantidades necessárias, com fácil acesso e manutenção periódica;

b. portas e janelas com instalações de segurança necessárias (grade, alarmes, trinco, cadeados, fechaduras etc);

c. proibição de entrada de pessoas estranhas ao local de guarda de materiais, a não ser em objeto de serviços;

d. Portas permanentemente trancadas e atendimento realizado por meio de balcão;

e. existência de armários trancados para a guarda de materiais de pequeno volume e grande valor;

f. instalações elétricas em perfeito estado de funcionamento;

g. proibição de estoque de explosivos e inflamáveis (álcool, gasolina, gás, querosene etc) no almoxarifado, junto a outros materiais, devendo ser observadas as normas de segurança expedidas pelos órgãos técnicos;

h. arrumação do almoxarifado deve permitir a fácil circulação dentro de sua área, bem como acesso aos extintores e mangueiras de incêndio, por parte do pessoal especializado no combate a incêndios;

i. colocação de placas indicativas de proibição de fumar no almoxarifado;

j. proteção contra insetos e roedores; e

k. reciclagem periódica dos servidores do setor em treinamento na área de medicina e segurança do trabalho e brigada de combate a incêndio.

5. quanto à movimentação:

a. existência de meios de locomoção seguros para os materiais. Deve-se evitar a utilização de empregados de firmas prestadoras de serviço nos trabalhos específicos da Supervisão de Material e Patrimônio.

Além da Política descrita acima, também são adotados diversos Procedimentos Operacionais Padrão (POP's), bem como fluxos que poderão nortear a cadeia de suprimentos dentro da unidade, conforme exemplos relacionados abaixo, que poderão ser adequados conforme a realidade da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE.

2.7.4.5. Critérios para a Contratação de Terceiros para os Serviços de Limpeza, Vigilância e Manutenção Predial

Para contratação de serviços de terceiros, será utilizado modelo / regulamento de compras e contratações os quais também se direcionam aos serviços de limpeza, vigilância, como também para contratação do serviço de Manutenção predial conforme modelo abaixo.

MODELO - REGULAMENTO DE COMPRAS E CONTRATAÇÕES

CAPÍTULO I - DOS PRINCÍPIOS

Art. 1º - O presente regulamento tem por finalidade estabelecer normas, rotinas e critérios para compras, contratações de serviços diversos, reformas, serviços comuns de engenharia e arquitetura, obras e alienações, quando na gestão de recursos publicitados, da Associação Brasileira das Entidades de Assistência Social, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, qualificada como Organização Social.

Art. 2º - As compras e contratações realizadas pela ABEAS deverão ser processadas e julgadas em estrita conformidade com os princípios básicos da legalidade, da impessoalidade, da boa-fé, da isonomia, da moralidade, da igualdade, da publicidade, da probidade, da vinculação ao instrumento convocatório, do julgamento objetivo, eficiência e economicidade e dos que lhe são correlatos, inadmitindo-se critérios que frustrem seu caráter competitivo.

Art. 3º - As compras e contratações não serão sigilosas, sendo acessíveis ao público os atos de seu procedimento, salvo quanto ao conteúdo das propostas até a data de sua respectiva

abertura, sendo garantida a ampla divulgação e a participação do maior número possível de interessados.

CAPÍTULO II - DAS DEFINIÇÕES

Art. 4º - Para os fins deste Regulamento, considera-se:

- I. Compras – toda aquisição remunerada de materiais de consumo e/ou bens permanentes para fornecimento de uma só vez ou de forma parcelada, com a finalidade de suprir a instituição com os materiais necessários ao desenvolvimento de suas atividades;
- II. Contratações – contratação de todo e qualquer serviço, para execuções de forma imediata ou parceladamente, não compreendidas em obras e serviço de engenharia;
- III. Reformas, Serviços Comuns de Engenharia e Arquitetura e Obras – toda construção, reforma, recuperação, ampliação e demais atividades que envolvam as atribuições privativas dos profissionais e empresas das áreas de engenharia, arquitetura e outras afins;
- IV. Alienação – todo e qualquer procedimento de doação, cessão, venda, transferência da posse ou propriedade de bens patrimoniais;

CAPÍTULO III - DAS MODALIDADES, LIMITES E PROCEDIMENTOS

Art. 5º - São modalidades de compras e contratações em geral:

- I. Compras Diretas ou Contratações Diretas – terão início com o recebimento da solicitação de compra ou contratação, elaborado em formulário próprio ou via Sistema, devendo ser assinado pelo responsável do setor requisitante, contendo a descrição pormenorizada do material, ou seja, do bem a ser adquirido ou serviço a ser contratado, especificação técnica, qualidade desejada, prazo de validade e/ou de vigência do produto e/ou serviço, prazo e local de entrega ou execução, bem como, demais condições que forem necessário para atender a demanda;

a. Os procedimentos de compras ou contratações deverão ser definidos em sendo de ROTINA ou URGÊNCIA/EMERGÊNCIA, cada qual elaborado em seu respectivo formulário próprio de solicitação;

b. Considera-se de URGÊNCIA/EMERGÊNCIA as aquisições de bens ou serviços de usos esporádicos ou excepcionais, com imediata necessidade de utilização, ou seja, aquelas que sejam imperiosas às atividades desenvolvidas, impondo a demora nas aquisições em dano às pessoas / usuários ou ao patrimônio, não podendo caracterizar falta de planejamento, bem como ser precedida de pesquisa mercadológica com orçamentos que demonstrem a compatibilidade com preço de mercado;

c. O setor solicitante deverá justificar a necessidade de se contratar serviços e adquirir materiais ou bens em regime de URGÊNCIA/EMERGÊNCIA;

d. O Setor de Compras, após consultas técnicas, poderá dar aos procedimentos de compras ou contratações o regime de ROTINA, caso conclua não estar caracterizada a situação de URGÊNCIA/EMERGÊNCIA, devendo informar o requisitante dessa decisão;

II. Pedido de Cotação Presencial - é a modalidade de compras e contratações entre quaisquer interessados que comprovem possuir os requisitos mínimos de qualificação exigidos no edital para execução de seu objeto, podendo disputar lances com demais concorrentes. Os Pedidos de Cotação Presencial terão seus avisos de Edital publicados no Site da ABEAS, em jornais de grande circulação nos casos de aquisições/contratações com valores estimados acima de R\$ 500.000,00 (quinhentos mil reais) e, quando julgado necessário, também no Placard e/ou Diário Oficial.

a. A modalidade de Pedido de Cotação Presencial poderá ser utilizada para qualquer valor estimado, e será realizada por Comissão Especial, composta de pelo menos 3 (três) integrantes formalmente designados, com a função, dentre outras, de receber, examinar e julgar todos os documentos e procedimentos relativos às compras e/ou contratações.

b. A publicação de que trata o inciso II se dará com antecedência mínima de 03 dias úteis para a apresentação das propostas, sendo que na contagem do prazo considerar-se-á como dia inicial o da publicação.

c. Após realizada a compra/contratação por meio de pedido de cotação presencial, deverá ser, ainda, publicado no site da ABEAS o resultado contendo o objeto, o fornecedor, as quantidades, vigência e o valor unitário contratado.

III. Alienações – procedimento de doação, cessão, venda, transferência da posse ou propriedade de bens móveis, cujos recursos advindos serão obrigatoriamente investidos no desenvolvimento de atividades do Contrato de Gestão, que serão definidos de acordo com o artigo 32 deste regulamento, na forma abaixo:

a. Solicitação de alienação devidamente justificada pelo setor requisitante;

b. Aprovação, por 2/3 (dois terços) dos membros do Conselho de Administração, acerca do pedido de alienação;

c. Avaliação de mercado do bem móvel a ser alienado, com 3 (três) diferentes cotações;

d. Anuência do Poder Público Estadual;

e. Elaboração de Edital de Alienação;

f. Publicação do Aviso do Edital de Alienação com, no mínimo, 3 (três) dias de antecedência da abertura do certame, no sitio eletrônico da ABEAS , em jornais de grande circulação nos casos de valores estimados acima de R\$ 500.000,00 (quinhentos mil reais) e, quando julgado necessário, também no Placard e/ou Diário Oficial;

g. Recebimento de Propostas;

h. Ata de realização do procedimento e escolha da melhor proposta;

i. Publicação do resultado;

j. Homologação do certame;

k. Assinatura do contrato.

§ 1o – Todas as modalidades de compras, contratações e alienações terão os seus respectivos avisos contendo os resumos dos instrumentos convocatórios e indicação do local onde os interessados poderão ler e obter os textos integrais, atendendo ao princípio da publicidade e demais correlatos neste regulamento, ficando a critério da Instituição

estender este prazo quando a complexidade do objeto assim o exigir, devendo estes serem publicados, no sítio eletrônico da ABEAS, em jornais de grande circulação nos casos de valores estimados acima de R\$ 500.000,00 (quinhentos mil reais) e, quando julgado necessário, também no Placard e/ou Diário Oficial, da seguinte forma:

a. As compras ou contratações previstas no Art. 6º, Inciso I deste regulamento, terão seus avisos publicados no sítio eletrônico e, quando julgado necessário também no Placard da ABEAS, com antecedência mínima de 03 dias úteis, do recebimento das propostas;

b. As compras ou contratações previstas no Art. 6º, Inciso II deste regulamento, além de terem seus avisos publicados no sítio eletrônico, em jornais de grande circulação e, quando julgado necessário, também no Placard e/ou no Diário Oficial;

c. Caso haja necessidade de uma maior divulgação com vistas a buscar um número maior de fornecedores, independentemente do valor, os Avisos poderão ser publicados em jornais de grande circulação regionais e/ou nacionais.

§ 2o - Será publicada, no sítio eletrônico da ABEAS, a relação de todas as compras ou contratações realizadas, contendo os fornecedores contratados, respectivos objetos, vigência e valores unitários, devendo ser mantida permanentemente no site e atualizada mensalmente.

Art. 6º - Os procedimentos de compras ou contratações, na forma estabelecida neste regulamento, obedecerão às seguintes condições e limites:

- I. Compras ou Contratações Diretas com valor estimado de até R\$ 500.000,00 (quinhentos mil reais), deverão ser precedidas de justificativa do setor solicitante,

e processadas com pesquisa de mercado, com no mínimo de 03 (três) cotações de diferentes fornecedores, que poderão ser obtidas preferencialmente por meio de plataforma eletrônica ou propostas protocoladas no setor de compras, encaminhadas via fax ou e-mail, onde em qualquer das hipóteses deverão ser registradas em mapa de cotação, desde que respeitadas as regras de publicidade prévia, com divulgação no site e, quando julgado necessário também no Placard da ABEAS;

- II. Compras ou Contratações, deverão ser precedidas de valor estimado devidamente apresentado pelo setor solicitante;
- III. Compras e contratações com valores acima de R\$ 500.000,00 (quinhentos mil reais) deverão ser precedidas de publicação no site, além de jornais de grande circulação e, quando julgado necessário, também, no Placard e/ou Diário Oficial;
- IV. Em casos de urgência/emergência, quando não for possível realizar no mínimo 03 (três) cotações de diferentes fornecedores, a autoridade superior poderá autorizar as compras ou contratações com o número de cotações que houver, mediante justificativa escrita devidamente fundamentada por técnico responsável e/ou chefe do Setor e com o aval da Diretoria Administrativa, conforme o caso.

Parágrafo Único - Entende-se como casos de urgência/emergência: quando a entrega do produto ou serviço não puder aguardar ou repetir o procedimento sem causar prejuízo ao paciente ou ao Contrato de Gestão ou comprometer a segurança de pessoas, obras, serviços, equipamentos e outros bens, exceto simples falta de material no estoque e/ou falta de planejamento, desde que haja a efetiva comprovação de que o preço proposto é o praticado no mercado a partir de notas fiscais, publicações ou por valores estabelecidos nas diversas câmaras de regulação oficiais.

a. Em caso do uso do dispositivo anterior para burlar as normas e rotinas deste regulamento, bem como para facilitar os procedimentos de compra ou contratação com vistas a favorecer algum fornecedor, ensejará na abertura imediata de procedimento de sindicância para apuração dos fatos e atribuição de responsabilidades, podendo, após comprovada a infração

e obedecido o princípio do contraditório e da ampla defesa, ensejar a demissão por justa causa do funcionário celetista. Se o envolvido se tratar de servidor público, será obedecida as disposições contidas na legislação vigente.

V. Compras ou Contratações de pequeno vulto, por meio de concessão de adiantamento a ser concedido pela autoridade superior por Portaria ou ato próprio, assim consideradas aquelas cujo valor total não ultrapasse R\$ 4.000,00 (quatro mil reais), sendo vedada a aplicação dessa hipótese para fracionamento de aquisições ou contratações, nas condições abaixo:

a. Será concedido prazo de execução para utilização do mesmo, podendo ser prorrogado – o seu prazo e valor residual – por igual período, contudo, a apresentação da prestação de contas dos gastos deverá ser feita à Diretoria Administrativa até o 5º dia do mês subsequente à sua utilização;

b. As despesas deverão ser comprovadas por meio de Nota Fiscal, ou documento fiscal equivalente, em nome e/ou CNPJ/MF da ABEAS, devidamente atestado, inclusive, pelo solicitante do produto / serviço, devendo, ainda, apresentar no campo “informações adicionais” o número do Contrato de Gestão a que se refere, juntamente com a justificativa da compra / contratação, além de outros meios de comprovação;

c. As aquisições / contratações deverão ser precedidas de consulta ao mercado, com a indicação de 3 (três) orçamentos de preço, apresentadas na prestação de contas por meio de relatório/planilha;

d. Fica vedada a aquisição de qualquer bem de caráter permanente por meio de processo de concessão de adiantamento;

e. Eventuais saldos remanescentes e não utilizados deverão ser devolvidos ao final do período de concessão;

f. Fica vedada a concessão de 2 (dois) adiantamentos de uma mesma fonte de recursos, para um mesmo profissional simultaneamente, ou caso persistam pendências em prestações de contas anteriores.

g. Deverá ser realizada, no sítio eletrônico da ABEAS, a publicação posterior das compras e/ou contratações deste inciso, contendo no mínimo o nome do fornecedor contratado, valor, vigência (se for o caso) e objeto.

Art. 7º - Os procedimentos de compras e contratações, de urgência/emergência ou de rotina, compreendem o cumprimento das seguintes etapas:

- I. Pedidos de compras e/ou contratações de serviços elaborados em formulário e/ou via Sistema próprio,
- II. Autorização dos procedimentos de compras ou contratações pela autoridade superior ou a quem for delegado.
 - a. Não sendo autorizado, será noticiado o fato ao setor solicitante via respectiva Diretoria, podendo, posteriormente, os processos serem arquivados ou reabertos em data oportuna, conforme realidade financeira do Contrato de Gestão e/ou demanda do projeto em execução;
 - b. Sendo autorizados os procedimentos de compras e/ou contratações, serão emitidas pelo Setor de Compras as respectivas autorizações, ordem de compra ou instrumentos contratuais, conforme o caso;
 - c. As autorizações de fornecimento deverão ser assinadas pelo setor de compras em conjunto com a Diretoria Administrativa e pela autoridade superior, porém, os instrumentos contratuais que regularão a entrega de produtos ou serviços, de forma parcelada ou de objeto específico, deverão ser assinados pela autoridade superior, em conjunto com a Assessoria Jurídica;
- III. Solicitações de orçamentos elaboradas pelo setor de compras, conforme especificações e condições contidas no termo de referência que, para os casos de rotina, deverão ser publicadas previamente nos termos deste regulamento, podendo, ainda, ser disponibilizados em plataforma eletrônica de compras, garantindo a divulgação prévia a todos os interessados e a obtenção de orçamentos de empresas com observância de critérios impessoais definidos neste regulamento, cuja abertura de prazo será de, no mínimo, 3 (três) dias úteis de antecedência para aquisições e/ou contratações de rotina;

IV. Apuração da proposta mais vantajosa, verificando o atendimento às condições explicitadas no termo de referência e documentações solicitadas, contendo, no mínimo: CNPJ, nome comercial, endereço, especificação técnica, valor expresso, prazo de entrega, condições de pagamento, prazo de validade ou de garantia, bem como comprovação de regularidade fiscal (CND junto ao INSS, FGTS, fazendas públicas Federal e do Estado de Goiás) e trabalhista (Justiça do Trabalho), etc;

V. Apresentação pelo setor de compras, do mapa ou relatório eletrônico de cotação contendo as razões da escolha do(s) fornecedor(es), demonstrando os participantes do procedimento adotado e os valores ofertados, bem como a declaração do vencedor que apresentar a proposta mais vantajosa, levando-se em consideração, além dos valores, os fatores / critérios estabelecidos neste regulamento; VI. Publicação do resultado no site, contendo: os fornecedores contratados, respectivos objetos, vigência (se for o caso) e valores unitários contratados.

Art. 8º - O Setor de Compras deverá selecionar criteriosamente as propostas apresentadas pelos fornecedores participantes da seleção, considerando a idoneidade, qualidade e menor custo, além da garantia de manutenção, reposição de peças, assistência técnica e atendimento de urgência, quando for o caso.

§1º - Para fins do disposto no "caput" deste artigo, considera-se menor custo aquele que resulta da verificação e comparação do somatório de fatores utilizados para determinar o menor preço avaliado, que além dos termos monetários, encerram um peso relativo para a avaliação das propostas envolvendo, entre outros, os seguintes aspectos:

- I. Qualidade do produto / serviço;
- II. Durabilidade do produto / serviço;
- III. Custos para operação do produto / serviço, eficiência e compatibilidade;
- IV. Credibilidade mercadológica da empresa proponente;
- V. Custo de transporte e seguro até o local da entrega;
- VI. Prazo de entrega;
- VII. Forma de pagamento;

- VIII. Disponibilidade de produtos / serviços;
- IX. Eventual necessidade de treinamento de pessoas;
- X. Assistência técnica;
- XI. Garantia dos produtos / serviço;
- XII. Análise Técnica.

§2º – Fornecedores com histórico de má prestação de serviços e/ou fornecimento de produtos em desacordo com o solicitado poderão perder o direito de contratar com a ABEAS, mediante fundamentações e respectivo registro no Formulário de Avaliação de Fornecedores;

Art. 9º – As autorizações de fornecimento ou ordens de compra, correspondem aos contratos formais efetuados com os fornecedores, que após executarem / entregarem o objeto, quitação e contabilização das despesas, encerrarão os procedimentos de compras ou contratações, devendo representar fielmente todas as condições em que foram realizadas.

Art. 10 – Para fins de controle e gestão de bens móveis e materiais de consumo no âmbito da ABEAS, os recebimentos dos bens e materiais serão realizados na forma de regulamentação própria, ressaltando que para os bens móveis adquiridos com recursos provenientes do contrato de gestão com o Poder Público, além dos mesmos destinar-se exclusivamente à execução do respectivo ajuste, a organização social oficiará sua aquisição ao órgão supervisor com o fito de atender o disposto no artigo 9º da Lei Estadual nº 15.503/2005.

Art. 11 – No caso de aquisições e contratações cujos produtos ou serviços tenham caráter exclusivo, ficam dispensados os procedimentos previstos no Art. 6º do presente regulamento.

§1º – O Setor de Compras deverá realizar as consultas necessárias para comprovar a exclusividade do fornecedor, mediante apresentação de documentação comprobatória, tais como pesquisas, cartas, declarações e atestados emitidos pelo órgão de registro do comércio do local em que se realizaria a contratação / aquisição, pelo Sindicato, Federação ou Confederação Patronal, ou, ainda, pelas entidades equivalentes que deverá apresentar documento original ou cópia autenticada, ou autenticação do Setor de Compras mediante o original, do órgão próprio, devendo, ainda, demonstrar que o preço pago é o praticado no

mercado através da apresentação de Notas Fiscais de contratações com outros clientes, com objeto idêntico, considerando, ainda, a qualidade e quantidade, sendo vedada, para a declaração de exclusividade do fornecedor, a indicação de preferência de marca do produto.

§2º – Nos casos em que não for possível demonstrar fielmente o mesmo tipo de contratação / aquisição, deverá se comprovar a impossibilidade, podendo-se fundamentar o preço com contratações similares, considerando a qualidade e quantidade, em cumprimento aos princípios da boa fé, da probidade e da economicidade.

Art. 12 – Para efeitos do presente regulamento, considera-se inviabilidade de competição, devidamente comprovada, nos seguintes casos:

- I. nas contratações de serviços com empresa ou profissional de notória especialização, assim entendido aqueles cujo conceito no campo de sua especialidade, decorrente de desempenho anterior, estudos, experiências, publicações, organização, aparelhamento, equipe técnica ou outros requisitos relacionados com sua atividade, permita inferir que o seu trabalho é o mais adequado à plena satisfação do objeto a ser contratado;
- II. na contratação de profissional de qualquer setor artístico;
- III. para participação da ABEAS em feiras, exposições, congressos, seminários e eventos em geral, relacionados com o Contrato de Gestão;
- IV. Na aquisição de materiais, equipamentos ou gêneros diretamente de produtor ou fornecedor exclusivo.

Parágrafo Único – Para os casos acima, ficarão também dispensados os procedimentos previstos Art. 6º do presente regulamento, sendo necessária comprovação de compatibilidade dos preços com os praticados no mercado, por meio de notas fiscais ou equivalentes de outras contratações, bem como publicação posterior do resultado no sítio eletrônico da ABEAS, contendo: fornecedor, objeto, vigência (se for o caso), quantidades e valores unitários contratados.

CAPÍTULO IV - DOS SERVIÇOS TÉCNICO PROFISSIONAIS ESPECIALIZADOS

Art. 13 – Para fins do presente Regulamento, consideram-se serviços técnico-profissionais especializados os trabalhos relativos a:

- I. estudos técnicos, planejamentos e projetos básicos ou executivos;
- II. pareceres, perícias e avaliações em geral;
- III. assessorias ou consultorias técnicas e auditorias financeiras ou tributárias;
- IV. fiscalização, supervisão ou gerenciamento de obras ou serviços;
- V. patrocínio ou defesa de causas judiciais ou administrativas;
- VI. treinamento e aperfeiçoamento de pessoal;
- VII. restauração de obras de arte e bens de valor histórico.

Art. 14 – O Setor de compras deverá selecionar criteriosamente o(s) prestador(es) de serviços técnico-profissionais especializados, que poderá ser pessoa física ou jurídica, considerando a idoneidade, a experiência e a especialização do contratado, dentro da respectiva área.

Parágrafo Único – Para as contratações previstas neste capítulo, poderá a autoridade superior nomear comissões para a realização de análise da documentação apresentada em que fique comprovada a inviabilidade de competição, bem como a justificativa de preço de acordo com o previsto no parágrafo 1º, do artigo 11, deste regulamento.

CAPÍTULO V - DA DOCUMENTAÇÃO DE REGULARIDADE

Art. 15 – Para comprovação de habilitação nos procedimentos de compras ou contratações deverá ser exigida dos interessados, no que couber, através da emissão das certidões negativas de débitos, atualizadas e válidas dentro do período, os seguintes documentos:

- I. Pessoa Física:

TIPO DE DOCUMENTO	OBRIGATÓRIO
a) Prova de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF);	Sim

b) Prova de regularidade com a Fazenda Estadual, mediante apresentação de Certidão Negativa de Débito da Fazenda Pública do Estado de Goiás;	Sim
c) Prova de regularidade para com a Fazenda Federal, mediante apresentação de Certidão Conjunta de Débitos Relativos a Tributos Federais e Dívida Ativa da União;	Sim
d) Prova de regularidade, referente a Dívidas Trabalhistas, mediante a apresentação de Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas – CNDT.	Sim

II. Pessoa Jurídica:

TIPO DE DOCUMENTO	OBRIGATÓRIO
a) Prova de inscrição no Cadastro de Pessoas Jurídicas (Cartão CNPJ/MF)	Sim
b) Prova de regularidade para com a Fazenda Federal, mediante apresentação de Certidão Conjunta de Débitos Relativos a Tributos Federais e Dívida Ativa da União;	Sim
c) Prova de regularidade para com o Estado de Goiás, mediante apresentação de Certidão Negativa de Débitos relativos aos Tributos Estaduais	Sim
d) Prova de regularidade mediante apresentação da Certidão Negativa de Débitos relativos ao FGTS	Sim
e) Prova de regularidade mediante apresentação da Certidão Negativa de Débitos relativos aos Tributos Previdenciários, emitida pelo INSS	Sim
f) Prova de regularidade, referente a Dívidas Trabalhistas, mediante a apresentação de Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas – CNDT	Sim
g) Contrato Social ou Estatuto com suas respectivas alterações	Sim (quando aplicável)
h) Licença de funcionamento emitida pela Vigilância Sanitária	Sim (quando aplicável)
i) Certificado de Boas Práticas de Produção, Armazenamento ou Transporte, conforme o caso	Sim (quando aplicável)
Atestado(s) de Capacidade Técnica	Sim (quando aplicável)
Registro Profissional na Entidade Competente da Empresa e/ou de seu Responsável Técnico de acordo com a especificidade do objeto	Sim (quando aplicável)
Visita Técnica na Sede ou Posto(s) de Trabalho da Empresa Participante	Sim (quando aplicável)

Documento que comprove o atendimento de cumprimento de normas (RDCs, dentre outras) e legislações, de acordo com a especificidade do objeto licitado	Sim (quando aplicável)
--	------------------------

III. Ainda para contratação de prestadores(as) de serviços, além da documentação acima indicadas, deverão ser apresentados:

TIPO DE DOCUMENTO	OBRIGATÓRIO
a) Prova de inscrição no Cadastro de Contribuintes Municipais	Sim (quando aplicável)
b) Prova de regularidade mediante apresentação da Certidão Negativa de Débitos relativos aos Tributos Municipais	Sim

§2º – A indisponibilidade de qualquer um dos documentos citados com obrigatoriedade poderá ser considerado critério para desclassificação do fornecedor ou da proposta;

CAPÍTULO VI - DOS CONTRATOS

Art. 16 – Os instrumentos contratuais são obrigatórios, salvo quando se tratar de bens ou serviços para entrega ou execução imediata, caso em que poderão ser substituídos pelas autorizações de fornecimento ou outros documentos equivalentes;

Art. 17 – Os contratos serão escritos e suas cláusulas indicarão necessariamente o seu objeto, com a especificação das compras, contratações de serviços diversos, reformas, serviços comuns de engenharia e arquitetura, e obras, preço ajustado, fonte de recursos no qual se suportará a despesa, prazo de execução, prazo de validade e/ou de vigência do produto e/ou serviço, garantias e penalidades, além de outras condições previamente estabelecidas nos instrumentos convocatórios;

§ 1o - Os contratos terão prazo determinado, podendo ser prorrogados mediante justificativa prévia, até o limite de 60 (sessenta meses), desde que comprovada a vantajosidade na manutenção da avença;

§ 2o - Os contratos poderão sofrer eventuais alterações, previamente justificadas, alterações estas que ocorrerão na forma de termos aditivos, não podendo, todavia, haver descaracterização do objeto e do valor inicialmente contratado, devendo ser observado o

indicador oficial de correção monetária para aplicação, se for o caso, considerando-se a periodicidade mínima de 12 meses para reajuste;

§ 3o – Nas compras por meio eletrônico, incluindo OPME, deverão ser utilizados o contrato padrão da plataforma, devendo fazer opção pelos documentos estabelecidos por esta Instituição.

Art. 18 – A critério da autoridade superior, em cada caso e desde que previsto no instrumento convocatório, poderá ser exigida a prestação de garantia nas compras, contratações de serviços diversos, reformas, serviços comuns de engenharia e arquitetura, e obras, cabendo ao contratado optar por uma das seguintes modalidades de garantia:

- I. Caução em dinheiro;
- II. Fiança bancária;
- III. Seguro-garantia.

§ 1o - A garantia a que se refere o caput deste artigo não excederá a 5% (cinco) por cento do valor do contrato e terá seu valor atualizado nas mesmas condições daquele;

§ 2o - A garantia prestada pelo contratado será liberada ou restituída após a execução do contrato e, quando em dinheiro, atualizada monetariamente, conforme índices praticados em poupança bancária;

§ 3o - Nos casos de reformas, serviços comuns de engenharia e arquitetura, e obras, o instrumento convocatório poderá fixar a modalidade de garantia dentre os elencados anteriormente.

Art. 19 – O contratado poderá subcontratar partes do objeto contratual, se admitido no instrumento convocatório (que estipulará os limites, bem como vedação à possibilidade de subcontratação total do objeto), no respectivo contrato e mediante prévia autorização da ABEAS, observando-se que, quando concedida autorização para subcontratação a terceiros, o subcontratado deverá ter inteira obediência aos termos do contrato original e sob a inteira e exclusiva responsabilidade da contratada, sendo vedada a subcontratação com fornecedor

que tenha participado do mesmo procedimento de compras, contratações de serviços diversos, reformas, serviços comuns de engenharia e arquitetura, e obras;

Art. 20 – As alterações contratuais por acordo entre as partes, desde que justificadas, e as decorrentes de necessidade de prorrogação, constarão de termos aditivos e/ou apostilamento, na forma da legislação vigente;

Art. 21 – A recusa injustificada em assinar o contrato ou retirar o instrumento equivalente, ou mesmo recusar-se a executar o que já havia sido contratado / autorizado, dentro do prazo fixado, caracterizará o descumprimento total da obrigação assumida e poderá acarretar ao fornecedor as seguintes penalidades:

- I. perda do direito à contratação;
- II. perda da caução em dinheiro ou execução das demais garantias de propostas oferecidas, sem prejuízo de outras penalidades previstas no instrumento convocatório;
- III. suspensão do direito de fornecer / contratar com a ABEAS, por prazo não superior a 02 (dois) anos;

Art. 22 – O inadimplemento total ou parcial das obrigações contratuais assumidas, ou oferecimento de vantagens pessoais a qualquer profissional da ABEAS, ou corrupção de qualquer natureza, dará ao contratante o direito de rescindir unilateralmente o contrato, sem prejuízo de outras penalidades previstas no instrumento convocatório da compra / contratação, inclusive a de aplicar pena de suspensão do direito de contratar com a ABEAS, por prazo de até 02 (dois) anos, sem prejuízo da adoção de demais instâncias judiciais.

CAPÍTULO VII - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 23 – Para as contratações de Soluções de Tecnologia da Informação e aquisição de objetos e equipamentos de informática, no âmbito dos contratos de gestão, também deverão seguir as normas e procedimentos previstos neste regulamento.

Art. 24 – A ABEAS poderá realizar, bem como aderir às Atas de Registro de Preços realizadas pela administração pública e pelas entidades públicas ou privadas do terceiro setor, com vistas a buscar propostas mais vantajosas, desde que precedidas de valor estimado devidamente apresentado pelo setor solicitante, processados com pesquisa de mercado e, deverá ser autorizada pela autoridade superior;

Art. 25 – As compras e contratações previstas nos Incisos I e II, do Art. 6º, terão os avisos contendo os resumos dos instrumentos convocatórios publicados nos termos do §1º do art. 5º deste Regulamento, ficando a critério do setor de compras ou por determinação da autoridade superior estender este prazo quando a complexidade do objeto assim o exigir.

Parágrafo Único- As compras e contratações de urgência/emergência devidamente justificadas ficam dispensadas do cumprimento de prazo para publicação do Aviso contendo o resumo dos instrumentos convocatórios.

Art. 26 – Além das vedações previstas no art. 8º C da Lei Estadual nº 15.503/2005, a ABEAS não manterá nenhum tipo de relacionamento comercial ou profissional com pessoas físicas e jurídicas que se relacionem com dirigentes que detenham poder decisório.

Parágrafo Único - Não será permitido o conflito de interesse ou recebimento de vantagens de qualquer natureza, por qualquer profissional da Instituição, em qualquer das fases do processo de compras e contratações;

Art. 27 – Os instrumentos convocatórios deverão assegurar a ABEAS o direito de cancelar a compra ou contratação, antes de assinado o contrato ou instrumento equivalente, desde que justificado;

Art. 28 – Na contagem dos prazos estabelecidos no presente regulamento, excluir-se-á o dia do início e incluir-se-á o do vencimento, e considerar-se-ão os dias consecutivos, exceto quando for explicitamente disposto em contrário.

Parágrafo único - Só se iniciam e vencem os prazos referidos neste Regulamento em dia de funcionamento da Sede Administrativa da ABEAS.

Art. 29 – As disposições deste Regulamento poderão ser modificadas pelo Conselho de Administração mediante proposta fundamentada.

Art. 30 – Para fins do presente regulamento considera-se autoridade superior a Diretoria da ABEAS, ou a quem a mesma delegar oficialmente tais poderes.

Art. 31 – A destinação dos bens móveis e imóveis adquiridos pela ABEAS com recursos públicos, será vinculada exclusivamente, a execução do(s) contrato(s) de gestão firmado(s).

- a. São inalienáveis os bens imóveis adquiridos com recursos públicos;
- b. Quanto à alienação dos bens móveis, ficam estas condicionadas à anuência do poder público estadual;
- c. Quanto à aquisição dos bens imóveis, ficam estes condicionados à autorização do órgão ou da entidade estatal parceira, com a ratificação do Chefe do Poder Executivo;
- d. Todos os recursos advindos das alienações deverão ser investidos no desenvolvimento das atividades do contrato de gestão;

Art. 32 – No caso de extinção ou desqualificação da ABEAS, as doações e legados que lhes forem destinados pelo Poder Público, através de Contratos de Gestão firmados com o mesmo, bem como os excedentes financeiros decorrentes das atividades destes e as doações realizadas por terceiros em decorrência dos mesmos, serão incorporados ao patrimônio público ou a outra organização social;

Art. 33 – Todos os documentos fiscais resultantes das contratações e aquisições realizadas pela ABEAS deverão ser identificados com as referências do Contrato de Gestão e da unidade hospitalar atendida, solicitando ao fornecedor incluí-las no campo “informações adicionais” da nota fiscal;

Art. 34 – Os casos omissos serão resolvidos pela autoridade superior, sob assistência da assessoria jurídica, com base nos princípios gerais da administração;

Art. 35 – Os valores estabelecidos no presente Regulamento, se necessário, serão revistos e atualizados pela autoridade superior mediante deliberação do Conselho de Administração;

Art. 36 – O presente Regulamento entrará em vigor na data de sua publicação na imprensa oficial, revogadas as disposições em contrário.

2.7.4.6. Serviço de Farmácia

Nas unidades de saúde modernas, podem ser encontrados equipamentos sofisticados e complexos procedimentos, sem contar os recursos de informática, que vêm conquistando cada vez mais espaço. Ao lado de toda essa tecnologia, o medicamento permanece como um dos insumos mais importantes, representando um poderoso instrumento capaz de curar, remediar e prevenir doenças. O medicamento, no entanto, não pode ser considerado sinônimo de saúde, pois sua efetividade só é garantida quando usado de forma racional. Para maximizar os benefícios e minimizar os riscos, é incontestável a necessidade de um profissional responsável por todo o ciclo do medicamento dentro de uma unidade de saúde, desde sua seleção, negociação com fornecedores, armazenamento, controles, até a dispensação e o uso pelo paciente. O reconhecimento da importância do uso racional do medicamento faz com que a farmácia hospitalar seja cada vez mais valorizada.

O Serviço de Farmácia da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE será responsável pelo planejamento, execução e/ou supervisão dos processos e métodos farmacêuticos ou de natureza farmacêutica, e ainda pelo armazenamento e estocagem de medicamentos e demais produtos farmacêuticos e demais insumos de saúde. Deverá assegurar ainda, um sistema de dispensação de medicamentos seguro e eficaz. As atividades desenvolvidas serão divididas entre os serviços de farmácia e almoxarifado, que funcionarão em regime de plantão de 12 horas por dia de segunda à sexta-feira.

Objetivos do Serviço de Farmácia:

- Desenvolver a gestão, a distribuição e dispensação de medicamentos e produtos para a saúde, a manipulação e a unitarização de medicamentos, bem como o cuidado ao

paciente, a informação sobre medicamentos e outras tecnologias em saúde e, inclusive, as atividades de ensino e pesquisa e educação continuada.

- Contribuir no processo de cuidado à saúde, visando à melhoria da qualidade da assistência prestada ao paciente, promovendo o uso seguro e racional de medicamentos - incluindo os radio fármacos e os gases medicinais - e outros produtos para a saúde, nos planos assistencial, administrativo, tecnológico e científico.

Competências do Serviço:

1. Desenvolver a gestão, a distribuição e dispensação de medicamentos e produtos para a saúde;
2. Manipular medicamentos e soluções necessárias para a unitarização das doses;
3. Prestar informações e orientações a pacientes e demais profissionais da equipe multiprofissional sobre medicamentos e outras tecnologias em saúde;
4. Desenvolver atividades de ensino, pesquisa e educação continuada específicas;
5. Desenvolver atividades visando racionalização dos custos e uso racional dos medicamentos;
6. Realizar a gestão dos estoques e logística farmacêutica, tendo o medicamento como insumo mais importante;
7. Representar o Serviço de Farmácia nas mais variadas comissões em serviços de saúde, sendo uma referência em tudo que cerca o medicamento.

Composição da Equipe:

- Farmacêutico
- Auxiliar de Farmácia
- Auxiliar de Almoxarifado
- Auxiliar Administrativo

Atribuições da Equipe:

Atribuições do Farmacêutico Coordenador:

1. Cumprir e fazer cumprir a legislação pertinente à assistência farmacêutica nos aspectos físicos e estruturais, considerando o perfil e a complexidade da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE;
2. Prover e prever os meios necessários para o funcionamento da farmácia da unidade de saúde, relacionados ao ambiente e aos recursos humanos, em conformidade com os parâmetros mínimos recomendáveis;
3. Implementar estruturas e procedimentos na organização e funcionamento da farmácia do serviço de saúde, visando a garantir o abastecimento e a qualidade dos produtos e serviços, utilizando-se de instrumentos de organização e métodos, tais como regulamento interno, organograma, manuais e protocolos de boas práticas;
4. Assumir a coordenação técnica nas ações relacionadas à padronização, programação, seleção e aquisição de medicamentos, insumos, matérias-primas, produtos para a saúde e saneantes, buscando a qualidade e a otimização da terapia medicamentosa;
5. Organizar, supervisionar e orientar tecnicamente, todos os setores que compõem a farmácia hospitalar de forma a assegurar o mínimo recomendável para o funcionamento harmonioso da unidade dentro da visão da integralidade do cuidado;
6. Incorporar sistemas informatizados para a gestão de estoques, desenvolvendo infraestrutura adequada à utilização de tecnologia da informação e de comunicação;
7. Manter membro permanente nas comissões multidisciplinares que estabelecem as normas e políticas de investigação científica da instituição;
8. Implantar Centro ou Serviço de Informação sobre Medicamentos;
9. Implantar ações de farmacovigilância para garantir o uso racional de medicamentos;
10. Instituir processos de avaliação de resultados, aplicando critérios e indicadores de qualidade, com foco em certificações de qualidade;
11. Estimular a implantação e o desenvolvimento da Farmácia Clínica e da Atenção Farmacêutica;

12. Desenvolver práticas clínico-assistenciais que contribuam para a integralidade de cuidados;
13. Articular parcerias interinstitucionais, acadêmicas e comunitárias.
14. Cumprir e fazer cumprir a legislação que regulamenta o exercício dos profissionais de farmácia:
 - a. Lei nº 13.021 de 2014, que dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas;
 - b. RESOLUÇÃO CFF nº 596 de 2014, que dispõe sobre o Código de Ética Farmacêutica, o Código de Processo Ético e estabelece as infrações e as regras de aplicação das sanções disciplinares.
15. Realizar outras atividades afins que se façam necessárias para a melhor eficácia e eficiência do serviço.

Atribuições do Farmacêutico:

1. Participar de processos de qualificação e monitorização da qualidade de fornecedores de medicamentos, produtos para a saúde e saneantes;
2. Cumprir a legislação vigente relativa ao armazenamento, conservação, controle de estoque de medicamentos, produtos para a saúde, saneantes, insumos e matérias-primas, bem como as normas relacionadas com a distribuição e utilização dos mesmos;
3. Estabelecer um sistema eficiente, eficaz e seguro de transporte e dispensação dos medicamentos;
4. Participar das decisões relativas à terapia medicamentosa, tais como protocolos clínicos, protocolos de utilização de medicamentos e prescrições;
5. Executar as operações farmacotécnicas, entre as quais:
 - Manipulação de fórmulas magistrais e oficinais;
 - Preparo e diluição de germicidas;
 - Reconstituição de medicamentos, preparo de misturas intravenosas;
 - Fracionamento de medicamentos;

- Produção de medicamentos;
 - Análises e controle de qualidade correspondente a cada operação farmacêutica realizada.
6. Elaborar manuais técnicos e formulários próprios;
 7. Participar de Comissões Institucionais, tais como:
 - Comissão de Farmacoterapia;
 - Comissão e Serviço de Controle de infecção em serviços de saúde;
 - Comissão de Segurança do Paciente;
 - Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde;
 - Comissão de Avaliação do Prontuário do Paciente;
 - Comissão de Humanização em Serviços de Saúde.
 8. Desenvolver e participar de ações assistenciais multidisciplinares, dentro da visão da integralidade do cuidado, interagindo com as equipes de forma interdisciplinar;
 9. Atuar junto à Central de Esterilização, na orientação de processos de desinfecção e esterilização de materiais;
 10. Atuar junto ao setor de higiene hospitalar padronizando rotinas, orientando e capacitando pessoal para a utilização segura de saneantes e realização de limpeza e desinfecção de áreas;
 11. Realizar ações de farmacovigilância, tecnovigilância e hemovigilância na unidade, notificando as suspeitas de reações adversas e queixas técnicas, às autoridades sanitárias competentes;
 12. Promover ações de educação para o uso racional de medicamentos, produtos para a saúde e saneantes, aos demais membros da equipe de saúde;
 13. Exercer atividades de ensino, por meio de programas de treinamento e educação permanente, contribuindo para o desenvolvimento de recursos humanos;
 14. Exercer atividades de pesquisa, participar nos estudos de ensaios clínicos, investigação científica, desenvolvimento de tecnologias farmacêuticas de medicamentos, produtos para a saúde e saneantes;
 15. Realizar estudos e monitorar a utilização de medicamentos, produtos para a saúde e

saneantes;

16. Desenvolver ações de gerenciamento de riscos hospitalares, como detecção de reações adversas a medicamentos; queixas técnicas; problemas com produtos para a saúde, saneantes, kits diagnósticos e equipamentos;
17. Prevenir e/ou detectar erros no processo de utilização de medicamentos;
18. Zelar pelo adequado gerenciamento dos resíduos resultantes das atividades técnicas desenvolvidas no serviço, atendendo às normas sanitárias e de saúde ocupacional;
19. Realizar e manter registros das ações farmacêuticas, de acordo com a legislação vigente;
20. Orientar e acompanhar, diretamente os auxiliares de farmácia na realização de suas atividades, treinando-os e capacitando-os para tal;
21. Realizar outras atividades afins que se façam necessárias para a melhor eficácia e eficiência do serviço.

Atribuições do Auxiliar de Farmácia:

1. Separar medicamentos e produtos afins, de acordo com a prescrição ou receita médica, sob orientação do profissional farmacêutico;
2. Receber, conferir, organizar e encaminhar medicamentos e produtos correlatos;
3. Preparação de medicamentos (fracionamento e diluição), sob a supervisão do farmacêutico;
4. Entregar medicamentos diariamente e produtos afins nas unidades de internação leito/dia;
5. Controlar estoques, separar requisições e receitas;
6. Providenciar, através de microcomputadores, a atualização de entradas e saída de medicamentos;
7. Fazer a transcrição em sistema informatizado da prescrição médica;
8. Organização dos medicamentos dentro da farmácia;
9. Conferência do estoque observando lote e data de validade;
10. Recebimento de novos medicamentos e etiquetagem dos mesmos;
11. Conferimento e registro de notas fiscais.
12. Realizar outras atividades afins que se façam necessárias para a melhor eficácia e

eficiência do serviço.

Atribuições do Auxiliar de Almoxarifado:

1. Verificar notas fiscais dos produtos e materiais, confrontando-as com os pedidos realizados;
2. Guardar todos os materiais no estoque;
3. Fazer lançamentos de entrada e saída de materiais;
4. Conferir prazos de entrega e quantidade de materiais pedidos;
5. Conferir a marca dos produtos, qualidade e prazos de vencimento dos materiais adquiridos;
6. Solicitar reposição de estoque de materiais;
7. Emitir notas fiscais de transferência de itens e devoluções;
8. Emitir requisição de compras;
9. Emitir documentos fiscais;
10. Armazenar todo e qualquer produto adquirido no estoque;
11. Supervisionar o almoxarifado, relatando as entradas e saídas de materiais que forem feitas;
12. Remanejar itens e materiais disponíveis no estoque;
13. Dimensionar as quantidades mínimas e máximas que podem conter no estoque;
14. Controlar os pedidos de compras de materiais;
15. Vistoriar produtos avariados;
16. Controlar emissão de notas manuais e termos de responsabilidades de materiais acautelados;
17. Identificar os produtos por etiquetas;
18. Organizar todos os materiais no estoque físico e prateleiras
19. Limpar o almoxarifado e equipamentos;
20. Controlar o acesso de pessoas no almoxarifado;
21. Realizar o inventário de materiais e equipamentos, cadastrando-os adequadamente;
22. Atualizar o patrimônio mensalmente.

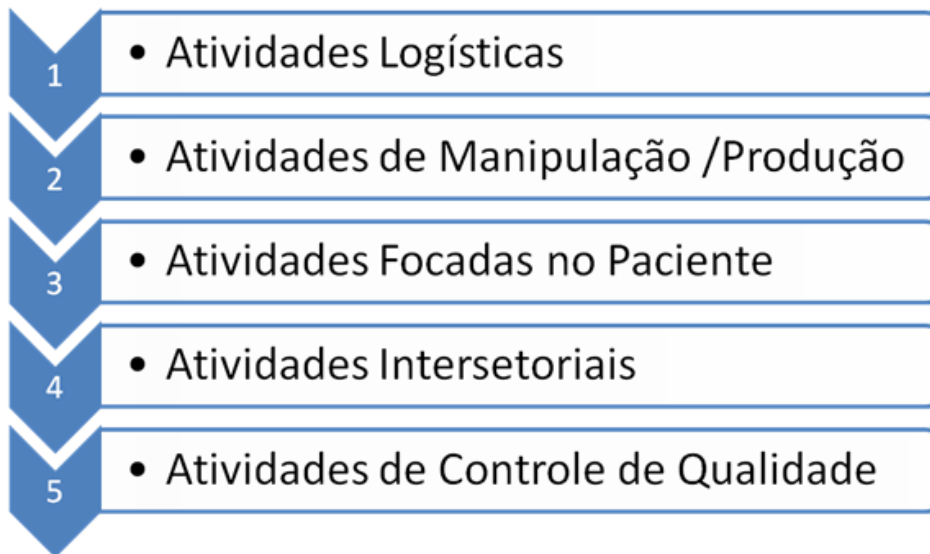
23. Realizar outras atividades afins que se façam necessárias para a melhor eficácia e eficiência do serviço.

Atribuições do Auxiliar Administrativo:

1. Auxiliar nos serviços de atendimento e recepção dos usuários do serviço;
2. Atender e direcionar ligações telefônicas;
3. Redigir expediente sumário, tais como cartas, ofícios e memorandos, de acordo com modelos e normas preestabelecidas;
4. Auxiliar nos serviços de organização e manutenção de cadastro, arquivos e outros instrumentos de controle administrativo;
5. Distribuir e encaminhar papéis e correspondências do setor de trabalho;
6. Executar atividades de auxílio e de apoio administrativo;
7. Zelar pelos equipamentos sob sua guarda, comunicando a chefia imediata a necessidade de consertos e reparos;
8. Atender e encaminhar usuários do serviço que desejam falar com a coordenação do serviço.
9. Realizar outras atividades afins que se façam necessárias para a melhor eficácia e eficiência do serviço.

Atividades do Serviço de Farmácia:

As atividades do Serviço de Farmácia POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE serão desenvolvidas considerando os seguintes seguimentos:



1. Atividades Logísticas:

A logística farmacêutica é essencial para o perfeito funcionamento da unidade de saúde de modo a poder preservar a vida e/ou restaurar a saúde dos pacientes com ótima qualidade, custo baixo e retorno satisfatório para a instituição. Assim, O Serviço de Farmácia será responsável por todo o fluxo do medicamento da Policlínica, englobando todas as atividades de planejamento, implementação e controle eficiente, do custo, fluxo e armazenagem de materiais médico-hospitalares, medicamentos e outros materiais correlatos. Principais atividades logísticas:

Dispensação

- A dispensação de medicamentos será a principal atividade logística da farmácia de unidade de saúde, sendo definida como o ato profissional farmacêutico de proporcionar um ou mais medicamentos a um paciente, mediante prescrição médica;
- A dispensação deverá ser realizada nas quantidades e especificações solicitadas, de forma segura e no prazo estabelecido nos protocolos de boas práticas, promovendo o uso adequado e correto de medicamentos e correlatos;

- Os procedimentos serão realizados em fluxos organizacionais racionais, buscando minimizar a ocorrência de erros, definido em protocolos de boas práticas elaborados pelo serviço de farmácia;
- A dispensação deve garantir o processo "3C": fazer com que o medicamento certo chegue ao paciente certo, no momento certo.
- O sistema de dispensação de medicamentos será através de dose unitária, a ser organizado e implantado pelo serviço;
- O Serviço de Farmácia dispensará os medicamentos, até às 14h00min;
- Diariamente, o farmacêutico deverá realizar rondas no setor de sua responsabilidade, orientando quanto ao uso das drogas e observando as condições de seu armazenamento;
- Os carros de emergência devem ter a lista básica dos medicamentos, materiais e equipamentos neles contidos e as quantidades mínimas necessárias para as 12 horas. A reposição dos medicamentos será realizada pelo Serviço de Farmácia mediante solicitação;
- Todas as prescrições médicas deverão ser interpretadas pelos farmacêuticos antes das doses serem preparadas pelos auxiliares de farmácia. Essas doses são conferidas pelo farmacêutico antes de serem dispensadas para as unidades de internação leito/dia;
- No momento da entrega das doses dos medicamentos em cada unidade de internação, o pessoal de enfermagem fará a conferência dos medicamentos recebidos, colocados no box de cada paciente. Na mesma ocasião serão feitas as devoluções dos medicamentos não administrados nas horas anteriores;
- O horário de entrega dos medicamentos deverá ser acordado entre o serviço de farmácia e enfermagem, preferencialmente, até as 14h00 horas;

A avaliação do sistema de dispensação será efetuada através do acompanhamento dos seguintes indicadores: Custo mensal com medicamentos; Custo mensal com antibióticos; Custo mensal com antibióticos de uso restrito; Custo mensal com material médico-hospitalar; Número global de solicitações ao Serviço de Farmácia; Número de solicitações ao Serviço de Farmácia durante o período diurno.

FLUXOGRAMA DA DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS



Atividades de Manipulação Produção:

- A manipulação de fármacos, por exigência ética e jurídica, deverá seguir os princípios das Boas Práticas de Manipulação em Farmácia, conforme RDC Anvisa nº 67/2007. A manipulação de fórmulas magistrais, oficinais e parenterais possibilita o fracionamento e diluição dos medicamentos elaborados pela indústria farmacêutica, a fim de racionalizar sua utilização e distribuição e ainda preparar ou diluir germicidas necessários para realização de antissepsia, limpeza, desinfecção e esterilização, proporcionando medicamentos com segurança e qualidade, adaptados à necessidade dos pacientes.

2. Atividades Focadas no Paciente:

- O Serviço de Farmácia deverá assegurar, mediante divulgação e aplicação de conhecimentos específicos, que o uso do medicamento seja seguro e apropriado, para os pacientes e profissionais de saúde envolvidos com o processo de administração de medicamentos, para isso a interação multiprofissional será fator de destaque;
- O Serviço de Farmácia deverá desenvolver atividades de “Atenção Farmacêutica”, desenvolvida através de atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e corresponsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. Compreende a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando a uma farmacoterapia racional e à obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida;
- O Serviço de Farmácia deverá desenvolver atividades de Educação em Saúde incluindo promoção do uso racional de medicamentos;
- O Serviço de Farmácia deverá realizar registro sistemático das atividades, mensuração e avaliação dos resultados.

3. Atividades Inter setoriais:

Devido à complexidade do ambiente de saúde, o Serviço de Farmácia deverá desenvolver ação conjunta interdisciplinar para atingir seu objetivo maior que é melhorar a saúde dos pacientes

atendidos. Nesse sentido, o farmacêutico do serviço de saúde deverá oferecer contribuições aos seguintes seguimentos:

Programas de Capacitação de Ensino

- O Serviço de Farmácia deverá desenvolver programas de capacitação e educação permanente para os colaboradores. O ensino ocorre pela realização palestras e cursos para equipe multidisciplinar e pacientes. Além das atividades educativas voltadas aos colaboradores internos, o farmacêutico também poderá participar de processos de educação continuada envolvendo outros departamentos do hospital, fomentando a prescrição e administração racional de medicamentos.

Pesquisa em seres humanos

- O Serviço de Farmácia deverá desenvolver pesquisa que contribuam para o desenvolvimento do conhecimento científico, empregando métodos reconhecidos de observação e inferência. Todas as investigações em seres humanos, objetivando descobrir ou verificar os efeitos farmacodinâmicos, farmacológicos, clínicos e/ou outros efeitos de produto(s) e/ou identificar reações adversas ao(s) produto(s) em investigação com o objetivo de averiguar sua segurança e/ou eficácia, deverão ser acompanhadas pelo farmacêutico responsável.

Farmacovigilância

- O Serviço de Farmácia deverá desenvolver Farmacovigilância visando a detecção, avaliação, compreensão e prevenção de efeitos adversos ou quaisquer outros possíveis problemas relacionados a medicamentos. Para execução dessas ações de farmacovigilância, deverá realizar coleta de informações junto aos profissionais diretamente envolvidos com o processo de administração de medicamentos.

Tecnovigilância

- O Serviço de Farmácia deverá realizar acompanhamento do uso de produtos para saúde e equipamentos médico-hospitalares quanto a sua eficácia, adequação, uso e segurança. Para isso deverá realizar as seguintes atividades:
 - o Monitorar, agregar e analisar as notificações de queixas técnicas e ocorrência de eventos adversos com suspeita de envolvimento de equipamentos, produtos de diagnósticos de uso in vitro e produtos para a saúde;
 - o Fomentar estudos epidemiológicos que envolvam equipamentos, produtos para diagnósticos de uso in vitro e produtos para a saúde;
 - o Identificar os equipamentos, produtos para diagnósticos de uso in vitro e produtos para a saúde tecnologicamente obsoletos.

Hemovigilância

- O Serviço de Farmácia deverá realizar atividades de Hemovigilância visando a prevenção de incidentes e acidentes transfusionais, de acordo com as normas técnicas em hemoterapia para a realização da coleta, processamento e transfusão de sangue, componentes e hemoderivados, da Portaria MS nº 721/89 do MS/ANVISA. Deverá, ainda, contribuir para o controle e eficiência da cadeia transfusional, por meio da garantia de rastreabilidade e o registro documental.

Centro de Informações de Medicamentos

- O Serviço de Farmácia deverá selecionar e sistematizar informações atualizadas sobre medicamentos, de maneira a responder a demandas dos membros da equipe de saúde e pacientes, visando promover o uso racional dos mesmos. O farmacêutico poderá receber uma consulta e fornecer as informações sobre medicamentos. A informação também poderá ser transmitida de maneira ativa, na qual o farmacêutico identifica necessidades e elabora métodos de fornecê-las, através de boletins informativos e guias farmacoterapêuticos.

Participação nas Comissões Hospitalares

- O Serviço de Farmácia deverá participar ativamente das Comissões, entre estas:
 - o Comissão de Fármaco, Tecno e Vigilância: diante da imensa oferta de medicamentos no mercado, caberá ao farmacêutico selecionar os medicamentos que melhor atendam às necessidades terapêuticas dos pacientes que utilizam aquela unidade.
 - o Comissão de Licitação e Parecer Técnico: as compras de materiais e medicamentos devem obedecer à Lei Federal nº 8.666/93. Nos processos licitatórios, o farmacêutico deverá: § elaborar editais de compras e especificação técnica; participar de licitações e aquisições por meio de avaliação técnica; colaborar de forma decisiva na qualificação de fornecedores.
 - o Comissão de Controle de Infecção em Serviços de Saúde (CCISS): a participação do farmacêutico nesta comissão será obrigatória, segundo a Portaria GM/MS nº 2.616 de 1988. As principais atribuições desta comissão serão: participar da elaboração do guia de utilização de antimicrobianos e do manual de germicidas; observar os indicadores de controle de infecção e sensibilidade dos antimicrobianos, consumo e taxa de letalidade; monitorar as prescrições de antimicrobianos; verificar a ocorrência de resistência microbiana e estabelecer rotina de dispensação de antimicrobianos; monitorar as prescrições de antimicrobianos; auxiliar no controle de custos; elaborar relatórios de consumo.
 - o Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde: o objetivo será zelar pelo adequado gerenciamento dos resíduos resultantes das atividades técnicas desenvolvidas em todas as unidades de assistência direta ao paciente.
 - o Comissão de Gerenciamento de Riscos em Serviços de Saúde: nesta comissão, a participação do farmacêutico terá como objetivo desenvolver ações de gerenciamento de riscos em serviços de saúde, como detecção de reações adversas a medicamentos; queixas técnicas; problemas com produtos para saúde, saneantes, kits diagnósticos e equipamentos.

4. Atividades de Controle de Qualidade:

O Serviço de Farmácia da Policlínica, como parte integrante da unidade de saúde, deverá desenvolver ações de melhoria permanente da qualidade de sua gestão e assistência de tal forma que consiga uma integração harmônica com as áreas médica, tecnológica, administrativa, econômica e assistencial. Assim deverá disseminar, entre seus colaboradores, a cultura de qualidade como também oferecer um diferencial no atendimento aos clientes/usuários. Assim, o Serviço de Farmácia deverá ter como meta a máxima efetividade, procurando satisfazer tanto os clientes externos (pacientes) quanto os internos (médicos, enfermeiros e demais profissionais da saúde).

Gases Medicinais

- O Serviço de Farmácia deverá garantir a segurança e a eficácia dos gases e misturas de uso terapêutico e para fins diagnósticos, prezando pelo transporte, armazenamento e uso dos gases, inclusive orientando cuidadores e pacientes sobre o uso dos mesmos.

Farmacoeconomia

- O Serviço de Farmácia deverá implantar programa de análise e comparação de custos e consequências das terapias medicamentosas aos pacientes com o objetivo de identificar produtos e serviços farmacêuticos cujas características possam conciliar as necessidades terapêuticas com as possibilidades de custeio. A atividade deverá ser realizada em parceria com as áreas clínica e administrativa.

Erros de Medicamentos:

- O erro de medicação é qualquer erro que se produz em qualquer dos processos do sistema de utilização de medicamentos. Estes erros podem assumir dimensões clinicamente significativas e impor custos relevantes ao sistema de saúde. Os erros de medicação podem estar relacionados à prática profissional, produtos usados na área de saúde,

procedimentos, problemas de comunicação, educação do paciente, monitoramento e uso de medicamentos. Os erros de medicação podem ser classificados em:

- o Erros de prescrição: o erro de prescrição com significado clínico é definido como um erro de decisão ou de redação, não intencional, que pode reduzir a probabilidade de o tratamento ser efetivo ou aumentar o risco de lesão no paciente, quando comparado com as práticas clínicas estabelecidas e aceitas.
 - o Erros de dispensação: os erros de dispensação são os que estão mais relacionados com as atividades da farmácia de serviços de saúde e englobam os erros de conteúdo, rotulagem e documentação. Os erros referentes ao conteúdo da dispensação, ou seja, relacionados aos medicamentos que estão prescritos e serão dispensados (medicamento errado; concentração errada; forma farmacêutica errada; medicamento com desvio de qualidade; dispensação de medicamento prescrito sem horário, quantidade, concentração ou forma farmacêutica). Os erros relacionados à rotulagem podem gerar dúvidas no momento da dispensação e/ou administração e incluem os erros de grafia nos rótulos e tamanho de letras que impedem a leitura correta. São considerados os rótulos do próprio produto as etiquetas impressas na farmácia e utilizadas na identificação dos medicamentos, das misturas intravenosas preparadas na farmácia. Os erros de documentação de registro do processo de dispensação englobam, por exemplo, a ausência ou registro incorreto da dispensação de medicamentos controlados, falta de data na prescrição, falta de assinatura do prescritor ou do dispensador, dentre outros.
 - o Erros de administração: o erro de administração é qualquer desvio no preparo e administração de medicamentos mediante prescrição médica, não observância das recomendações ou das instruções técnicas do fabricante do medicamento.
- O Serviço de Farmácia terá um papel importante na prevenção desses erros visto que sua função é dispensar os medicamentos de acordo com a prescrição médica, nas quantidades e especificações solicitadas, de forma segura e no prazo requerido, promovendo o uso seguro e correto de medicamentos.

Métodos de controle sobre fármacos controlados e/ou de alto custo:

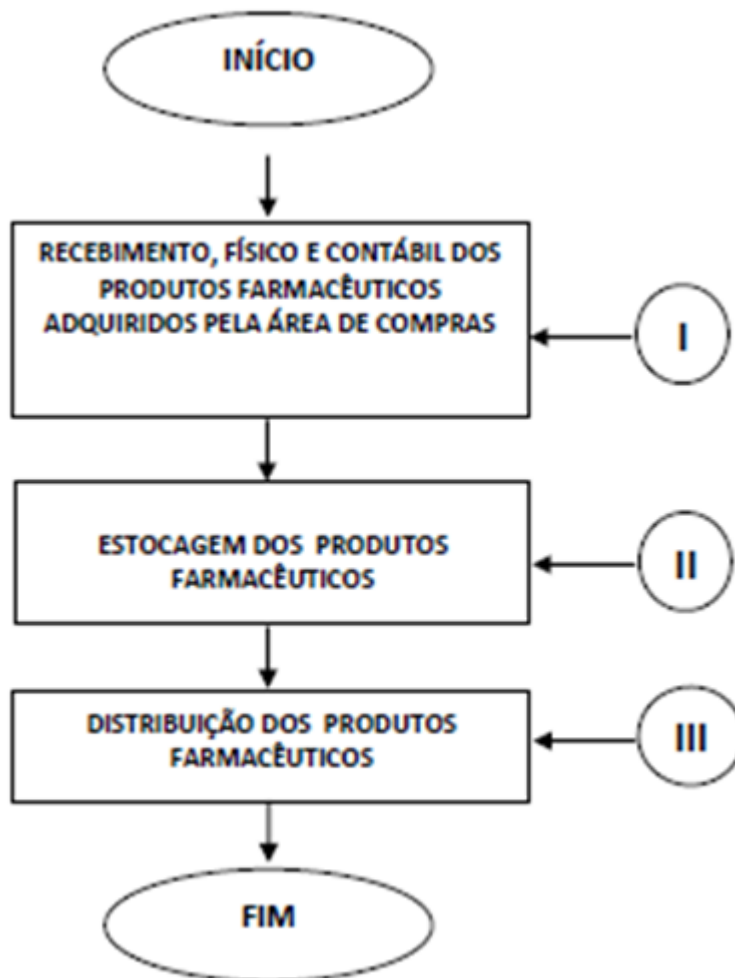
- Na Policlínica, para o regulamento da utilização de fármacos controlados e/ou de alto risco, será respeitado o disposto na Portaria SVS/MS nº 344/98. Assim esta rotina deverá seguir os critérios:
 - o A dispensação dos medicamentos deve ser efetuada mediante receita, ou outro documento equivalente, como a prescrição médica diária, subscrita em papel privativo do estabelecimento;
 - o Para os pacientes em tratamento ambulatorial, a exigência de receita (em duas vias) para os medicamentos sujeitos a controle especial e os receituários próprios de notificação de receita "A" (Entorpecentes) e "B" (Psicotrópicos);
 - o A receita impressa em formulário próprio deverá conter as seguintes informações: Dados de identificação do emitente, impresso em formulário da instituição, contendo o nome e o endereço da mesma; Dados de identificação do usuário: nome e endereço completo do paciente; Nome do medicamento ou substância prescrita sob a forma da Denominação Comum Brasileira (DCB), dosagem ou concentração, forma farmacêutica, quantidade em algarismos arábicos e a posologia por extenso; Data de emissão; Assinatura do médico que prescreveu a medicação. Quando os dados do profissional estiverem devidamente impressos no cabeçalho da receita, este poderá apenas assiná-la.
- Os medicamentos e substâncias de uso controlado constantes da Portaria SVS/MS nº 344/98 que fizerem parte do protocolo de assistência à saúde do paciente da Policlínica, serão de total responsabilidade do profissional farmacêutico e guardados sob chave, em local que ofereça segurança, e exclusivo para esse fim.
- Para a dispensação de fármaco controlado com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico, adotaremos os seguintes procedimentos: prescrição médica com identificação completa do usuário, do serviço e do médico responsável pela prescrição, com referência a forma farmacêutica, regime posológico, via de administração e duração do tratamento.

- O Serviço de Farmácia reterá as prescrições e terá um Livro de Registro Específico para controle mensal de Vigilância Sanitária destinado à anotação em ordem cronológica, de estoques, de entradas por aquisição, de saídas por uso e de perdas de medicamentos.

SETOR DE RECEPÇÃO, ARMAZENAMENTO E EXPEDIÇÃO DE PRODUTOS FARMACÊUTICOS

CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO (CAF)

FLUXOGRAMA



RECEBIMENTO:

1. Conferir os produtos farmacêuticos e correlatos quanto à apresentação, forma farmacêutica, concentração, prazo de validade e o valor unitário de acordo com a Ordem de Compra (O.C) e os dados da nota fiscal;
2. Verificar as condições de embalagem, que deverão estar compatíveis ao tipo de produto, para não afetar a sua integridade, durante o transporte, armazenamento e manuseio;
3. Verificar validades e lotes. Por segurança não deve ser recebido produto com prazo de validade inferior a 12 (doze meses) à data de vencimento;
4. Comunicar imediatamente ao fornecedor quando houver divergência na quantidade, na validade ou na integridade física do produto, para que seja efetuada a regularização e/ou troca do mesmo;
5. Comunicar imediatamente ao fornecedor se a nota fiscal apresentar divergência no preenchimento em relação à Ordem de Compra, protocolando e devolvendo juntamente com os produtos;
6. Proceder às entradas dos produtos farmacêuticos e correlatos levando em consideração o tipo de documento (Nota Fiscal, Vales, Devolução, Doação, Produção Interna, Material Consignado, etc.) no Sistema Informatizado;
7. Atestar o recebimento na Nota Fiscal ou nos Vales;
8. Anexar a Ordem de Fornecimento e as Notas de Entrada às Notas Fiscais, encaminhando-as para serem assinadas;
9. Protocolar e encaminhar à Contabilidade;
10. Conferir quando for o caso de entrega parcelada, o quantitativo a ser recebido, anotando na OC e liberando a Nota Fiscal para pagamento.
11. Comunicar ao fornecedor quando da expiração do prazo de entrega do restante da parcela;
12. Comunicar qualquer intercorrência que houver na entrega dos produtos.

ARMAZENAMENTO (ESTOCAGEM):

1. Armazenar os produtos farmacêuticos e correlatos de forma adequada obedecendo à forma de organização escolhida (Ordem Alfabética, Forma Farmacêutica ou Grupo Terapêutico), separados por lotes para facilitar o acesso, identificação, manuseio, controle, distribuição e inventário;
2. Priorizar a distribuição dos lotes mais antigos dos produtos farmacêuticos e correlatos, observando que os materiais estocados há mais tempo devem ser fornecidos em primeiro lugar (primeiro a entrar, primeiro a sair - PEPS), com a finalidade de evitar a expiração do prazo de validade;
3. Os produtos farmacêuticos e correlatos devem ser conservados nas embalagens originais e somente abertos quando houver necessidade de fornecimento parcelado, ou por ocasião da utilização sob o conhecimento do gerente do setor;
4. Empilhar as caixas dos produtos farmacêuticos de grande volume em estrados, obedecendo ao limite máximo permitido;
5. Manter equidistância entre piso e paredes, obedecendo à distância mínima, de um metro, entre os estrados e paredes, para facilitar a limpeza, aeração e circulação de pessoas;
6. Resguardar os materiais contra o furto ou roubo, e protegê-los contra a ação dos perigos mecânicos e das ameaças climáticas, bem como de animais daninhos;
7. Manter bom nível de organização, de modo a possibilitar uma fácil inspeção e um rápido inventário;
8. Registrar a temperatura ambiente em "Mapa de Controle de Temperatura e Umidade";
9. Informar periodicamente a existência de produtos farmacêuticos com prazo de validade próximo a vencer;
10. Armazenar os produtos farmacêuticos que requerem baixas temperaturas, imediatamente ao seu recebimento e conferência;
11. Registrar diariamente a temperatura da Câmara Fria, geladeira e freezer;

12. Armazenar os medicamentos psicotrópicos e entorpecentes em armários com chaves e em local seguro.

EXPEDIÇÃO (DISTRIBUIÇÃO):

1. Promover e orientar as retiradas dos produtos farmacêuticos armazenados na Central de Abastecimento Farmacêuticos – CAF, levando em consideração o prazo de validade;
2. Atender as solicitações mediante conferência dos itens digitados, devendo a Nota de Fornecimento estar devidamente assinada pelo Almojarife, Conferente e pelo colaborador que realizou o recebimento;
3. Registrar na Nota de Fornecimento qualquer inconsistência que houver;
4. Arquivar as Notas de Fornecimento devidamente assinadas, após a entrega dos pedidos.

OUTRAS ATIVIDADES:

1. Garantir as condições mínimas necessárias de qualidade e segurança para armazenamento dos produtos farmacêuticos adquiridos obedecendo aos padrões e normas técnicas específicas que venham assegurar a manutenção das características dos mesmos;
2. Manter atualizada a Relação de Materiais Padronizados e a Relação de Códigos por Centro de Custos;
3. Realizar inventários;
4. Zelar pela conservação dos produtos farmacêuticos e correlatos.
5. Manter arquivadas, por tempo estabelecido pela instituição: Nota de Solicitação, Nota de Entrega de Material, Nota de Devolução de Material e Cópia de Prescrições Médicas;
6. Assegurar a qualidade dos produtos farmacêuticos e correlatos recebidos pelo setor, observando especificações constantes.

2.7.4.7. Funcionamento da Unidade Móvel de Prevenção do Câncer (carreta da prevenção)

Um dos desafios para a atuação do Sistema Único de Saúde (SUS) no País como um todo é a concentração geográfica de profissionais e serviços nas regiões economicamente mais favorecidas. Na área oncológica, algumas iniciativas tentam transpor essa barreira, levando prevenção e detecção precoce do câncer a municípios distantes dos grandes centros. Mais do que médicos, enfermeiros e outros profissionais, pequenas clínicas montadas em ônibus e carretas transportam, de Norte a Sul do Brasil, atendimento – gratuito – para a população. Os veículos são equipados e oferecem os serviços aonde o povo está com mamógrafo digital, sala para coleta de preventivo ginecológico e sala de pequena cirurgia.

A partir do início das atividades pela ABEAS na POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE POSSE, será iniciado o serviço de rastreamento do câncer de mama e colo do útero através da Unidade Móvel de Prevenção.

A Unidade de prevenção será uma unidade móvel da POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE POSSE para desenvolver ações de prevenção do câncer nos municípios que compõem a região de abrangência, e terá como objetivo implantar, manter e monitorar o programa de rastreamento e prevenção ao câncer de mama e colo uterino por meio da realização dos exames de mamografia e papanicolau, e permitir o diagnóstico precoce (quando a chance de cura é de 95%).

Oferecerá exames de Mamografia e Papanicolau a todas as mulheres que se enquadrem nos critérios de inclusão, ou seja, que estejam na faixa etária do rastreamento, 40 a 69 anos para mamografia, 25 a 64 anos para o papanicolau e que residam na macrorregião de saúde.

Os resultados dos exames serão encaminhados para o endereço do paciente. Laudos normais, ou seja, sem achados de malignidade e que não necessitem de exames complementares, serão encaminhados para a unidade básica de saúde da região onde a unidade móvel forneceu atendimento. O paciente que necessite de exame complementar (compressão, magnificação,

ou ultrassonografia mamária) será convocado pela equipe de enfermagem e/ou serviço social da POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE POSSE para realização do mesmo conforme agendamento prévio.

A unidade móvel contará com técnico de radiologia, técnico de enfermagem, enfermeiro e motorista.

A Unidade Móvel oferecerá serviços de prevenção e educação por meio da conscientização quanto ao diagnóstico precoce da doença, para desta forma aumentar as chances de cura em até 95%. Este modelo de prevenção visa diminuir o crescente número de pessoas que podem ser afastados de suas atividades profissionais devido a problemas com a doença.

A Unidade Móvel de atendimento para prevenção ao câncer possuirá equipamentos de última geração, além de equipe de profissionais especializados, para atender os colaboradores da sua empresa com exames de prevenção para mama e colo do útero.

A estratégia adotada consistirá em uma busca ativa de mulheres para fazerem os exames preventivos de câncer em seus domicílios ou em locais próximos. A Unidade de Saúde irá até a residência dessas mulheres, para a realização de exames preventivos de Colo Uterino / mama.

Essa atuação trará resultados positivos: do total de mulheres diagnosticadas com câncer, 80% dos casos poderão estar em estadiamento inicial - período do desenvolvimento da doença em que a chance de cura é de 90%. Com o sucesso desta iniciativa, o trabalho de prevenção será estendido por toda a Macrorregião de abrangência da POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE POSSE.

A unidade móvel realizará o rastreamento do câncer de mama e colo de útero através de exames preventivos na população.

No decorrer do Contrato de Gestão, será também instituído o programa de rastreamento do câncer de pele, o qual, além dos exames, os pacientes poderão ser tratados na própria

unidade móvel, equipada com uma sala de pequenas cirurgias completa, para a realização de cirurgias ambulatoriais.

Câncer de Mama

O serviço de prevenção diagnóstica em média 270 novos casos de câncer de mama ao ano no rastreamento, tratados em sua plenitude. A instituição seguirá protocolos internacionais, o que nos diferenciará dos demais serviços, pois ofereceremos um atendimento integral ao paciente do primeiro exame ao tratamento final, caracterizando uma ação efetiva, com segurança e qualidade no combate ao câncer de mama.

Atuaremos na Macrorregião distinta e o nosso público alvo a ser alcançado será as mulheres de 40 a 69 anos, que deverão realizar um exame de mamografia a cada dois anos.

O rastreamento mamográfico, em algumas áreas atingirá cerca de 70% da população alvo e o diagnóstico precoce atingirá a 80% dos casos de câncer, números comparáveis aos rastreamentos europeus.

Câncer de Colo de Útero

O exame preventivo do câncer do colo de útero também receberá atenção especial na Macrorregião onde a Unidade Móvel ofertará o serviço.

Será realizado o controle de qualidade nos municípios da Macrorregião, e serão oferecidos exames de papanicolau para o diagnóstico precoce do câncer de colo de útero.

Unidade de Prevenção da POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE POSSE

A Unidade de Prevenção da POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE POSSE será equipada para poder atender especialmente as mulheres com exames preventivos de câncer de mama e colo de

útero. O espaço possuirá 80 metros quadrados, uma enfermeira, um mamógrafo, um ultrassom para a realização de exames de mama e transvaginal, e um colposcópico para realização do papanicolau.

O objetivo dessa unidade é desenvolver um projeto de pesquisa por meio de exames de colposcopia - procedimento complementar ao Papanicolau, na investigação de câncer do colo do útero – nas cidades previamente atendidas pelas carretas da instituição.

Tratar-se-á de um consultório móvel de colposcopia, com todos os equipamentos necessários, o que vai facilitar o acesso da população tanto à realização de exames complementares, quanto ao tratamento imediato de lesões pré-cancerígenas.

Essa iniciativa vai comparar a adesão das mulheres aos exames ginecológicos entre o grupo tratado nas cidades visitadas pela unidade móvel e o grupo de mulheres convocadas para exames nas unidades básicas.

Com essa iniciativa, dezenas de pacientes vão poder agora realizar a investigação complementar no seu próprio município, evitando grandes deslocamentos.

Além da oferta de exames gratuitos para prevenção do câncer de mama e colo de útero, serão realizadas ações educativas para a promoção da saúde. A Unidade Móvel beneficiará a população, uma vez que a instituição se aproxima de vários elementos para a análise das condições de vida da clientela a ser atendida, ao atuar no local onde vive cada grupo e compreender o contexto social envolvido em sua saúde.

Para fazer os atendimentos gratuitos, a unidade fechará parcerias com os municípios para que as unidades básicas de saúde possam cadastrar mulheres aptas a fazerem os testes, após ser feito um levantamento de dados de quantos atendimentos serão feitos. Os cadastros serão registrados no sistema do instituto.

Os resultados saem em aproximadamente 45 dias, onde os exames são enviados para a POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE POSSE para análise em laboratório, e emissão dos laudos dos exames de imagem, e os resultados entregues na residência dos pacientes.

EXAMES OFERECIDOS

Mamografia: Exame será realizado em mulher assintomática (sem sinais e sintomas de câncer de mama) com idade entre 50 a 69 anos. O pedido médico será indispensável.

Citopatológico: Indicado a toda mulher que já iniciou sua vida sexual, principalmente aquelas com idade entre 25 e 64 anos. O pedido médico será dispensável.

ESTRUTURA DA UNIDADE MÓVEL DE PREVENÇÃO:

- Consultório para realização de exames citopatológicos (preventivo);
- Sala de Mamografia: com mamógrafo digital, estação de trabalho e negatoscópio;
- Mesa ginecológica;
- Banheiro adaptado;
- Tenda externa com espaço multimídia para ações educativas, recepção e sala de espera;
- Elevador Plataforma para acessibilidade de pessoa com deficiência física ou com dificuldade de locomoção;
- Equipamentos e insumos médico hospitalares.

RECURSOS HUMANOS

- **Equipe Fixa:** Enfermeira, educadora em saúde, técnico de radiologia, artifice de manutenção e coordenadora do projeto, que acompanhará a Unidade Móvel em todas as localidades.
- **Equipe Temporária:** Técnica de enfermagem, técnica de apoio (repcionista), vigias e auxiliar de serviços gerais, que serão cedidos ou contratados por instituições ou Órgãos parceiros.

Além disso, conta com a colaboração de laboratório para emissão de laudo, assim como um médico responsável técnico que responderá pela Unidade.

FORMAS DE ATUAÇÃO

A ABEAS atuará em parceria com órgãos que garantem o cuidado nos casos onde são detectados agravos na saúde da mulher.

CAPACIDADE OPERACIONAL

Além de diversas ações de educação em saúde, a Unidade Móvel terá a capacidade máxima de realizar 47 exames citopatológicos por dia (1.400/mês em média) e 38 mamografias por dia (1.140/mês aproximadamente). Será disponibilizado um médico responsável técnico pela Unidade e um coordenador que atuará na sede, além da contratação de laboratório para leitura de lâminas do exame citopatológico (Papanicolau).

As mamografias serão laudadas pela POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE POSSE. Os laudos impressos e imagens em CD da mamografia e resultados dos exames citopatológicos serão encaminhados para a residência das pacientes.

Prevenção – Os exames de rastreamento do câncer de mama para o diagnóstico precoce aumentam consideravelmente as chances de cura e atualmente é o mais preciso é a mamografia digital, capaz de detectar um nódulo (menor que 1cm) antes mesmo que ele se torne palpável. No entanto, é importante ressaltar que ele não substitui a ultrassonografia ou o autoexame, que também são fundamentais para a prevenção.

No combate ao câncer do colo do útero, o teste de Papanicolau é a melhor arma das mulheres. Ele consiste em um exame simples e rápido, mas bastante efetivo, que coleta células do colo

do útero para análise em laboratório. As duas primeiras avaliações precisam ser realizadas com um intervalo de um ano, mas se os resultados vierem negativos, as próximas podem ser repetidas de três em três anos.

2.7.4.8. Programa de Rastreamento do Câncer na Unidade Móvel

Com o funcionamento da Carreta Móvel de prevenção ao câncer, será implantado pela ABEAS o programa de rastreamento ao câncer de mama e de colo do útero, que serão descritos a seguir:

Rastreamento do Câncer de Colo de Útero

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), as estratégias para a detecção precoce são o diagnóstico precoce (abordagem de pessoas com sinais e/ou sintomas da doença) e o rastreamento (aplicação de um teste ou exame numa população assintomática, aparentemente saudável, com objetivo de identificar lesões sugestivas de câncer e encaminhá-la para investigação e tratamento). O teste utilizado em rastreamento deve ser seguro, e de fácil aceitação pela população, ter sensibilidade e especificidade comprovadas, além de relação custo-efetividade favorável.

Tanto a incidência como a mortalidade por câncer do colo do útero podem ser reduzidas com programas organizados de rastreamento. Uma expressiva redução na morbimortalidade pela doença foi alcançada nos países desenvolvidos após a implantação de programas de rastreamento de base populacional a partir de 1950 e 1960.

O rastreamento do câncer do colo do útero se baseia na história natural da doença e no reconhecimento de que o câncer invasivo evolui a partir de lesões precursoras (lesões intraepiteliais escamosas de alto grau e adenocarcinoma in situ), que podem ser detectadas e tratadas adequadamente, impedindo a progressão para o câncer.

O método principal e mais amplamente utilizado para rastreamento do câncer do colo do útero é o teste de Papanicolau (exame citopatológico do colo do útero). Segundo a OMS, com uma cobertura da população-alvo de, no mínimo, 80% e a garantia de diagnóstico e

tratamento adequados dos casos alterados, é possível reduzir, em média, de 60 a 90% a incidência do câncer cervical invasivo [3]. A experiência de alguns países desenvolvidos mostra que a incidência do câncer do colo do útero foi reduzida em torno de 80% onde o rastreamento citológico foi implantado com qualidade, cobertura, tratamento e seguimento das mulheres.

Diretrizes do rastreamento

O método de rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil é o exame citopatológico (exame de Papanicolau), que deve ser oferecido às mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos e que já tiveram atividade sexual.

A priorização desta faixa etária como a população-alvo do Programa justifica-se por ser a de maior ocorrência das lesões de alto grau, passíveis de serem tratadas efetivamente para não evoluírem para o câncer. Segundo a OMS, a incidência deste câncer aumenta nas mulheres entre 30 e 39 anos de idade e atinge seu pico na quinta ou sexta décadas de vida. Antes dos 25 anos prevalecem as infecções por HPV e as lesões de baixo grau, que regredirão espontaneamente na maioria dos casos e, portanto, podem ser apenas acompanhadas conforme recomendações clínicas. Após os 65 anos, por outro lado, se a mulher tiver feito os exames preventivos regularmente, com resultados normais, o risco de desenvolvimento do câncer cervical é reduzido dada a sua lenta evolução.

A rotina recomendada para o rastreamento no Brasil é a repetição do exame Papanicolau a cada três anos, após dois exames normais consecutivos realizados com um intervalo de um ano. A repetição em um ano após o primeiro teste tem como objetivo reduzir a possibilidade de um resultado falso-negativo na primeira rodada do rastreamento. A periodicidade de três anos tem como base a recomendação da OMS e as diretrizes da maioria dos países com programa de rastreamento organizado. Tais diretrizes justificam-se pela ausência de evidências de que o rastreamento anual seja significativamente mais efetivo do que se realizado em intervalo de três anos.

O rastreamento de mulheres portadoras do vírus HIV ou imunodeprimidas constitui uma situação especial, pois, em função da defesa imunológica reduzida e, conseqüentemente, da maior vulnerabilidade para as lesões precursoras do câncer do colo do útero, o exame deve ser realizado logo após o início da atividade sexual, com periodicidade anual após dois exames normais consecutivos realizados com intervalo semestral. Por outro lado, não devem ser incluídas no rastreamento mulheres sem história de atividade sexual ou submetidas a histerectomia total por outras razões que não o câncer do colo do útero.

O êxito das ações de rastreamento depende dos seguintes pilares:

Informar e mobilizar a população e a sociedade civil organizada;

Alcançar a meta de cobertura da população alvo;

Garantir acesso a diagnóstico e tratamento;

Garantir a qualidade das ações;

Monitorar e gerenciar continuamente as ações.

É importante destacar que a priorização de uma faixa etária não significa a impossibilidade da oferta do exame para as mulheres mais jovens ou mais velhas. Na prática assistencial, a anamnese bem realizada e a escuta atenta para reconhecimento dos fatores de risco envolvidos e do histórico assistencial da mulher são fundamentais para a indicação do exame de rastreamento.

As mulheres diagnosticadas com lesões intraepiteliais do colo do útero no rastreamento devem ser encaminhadas à unidade secundária para confirmação diagnóstica e tratamento, segundo as diretrizes clínicas estabelecidas.

Sistema de Informação do Câncer

O Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero - SISCOLO foi desenvolvido pelo INCA em 1999, em parceria com o Departamento de Informática do SUS (Datasus), como ferramenta de gerência das ações do programa de controle do câncer de colo do útero. Os

dados gerados pelo sistema permitem avaliar a cobertura da população-alvo, a qualidade dos exames, a prevalência das lesões precursoras, a situação do seguimento das mulheres com exames alterados, dentre outras informações relevantes ao acompanhamento e melhoria das ações de rastreamento, diagnóstico e tratamento.

O sistema está implantado nos laboratórios de citopatologia que realizam o exame citopatológico do colo do útero pelo Sistema Único de Saúde (módulo do prestador de serviço) e nas coordenações estaduais, regionais e municipais de detecção precoce do câncer (módulo de coordenação).

O formulário de requisição do exame citopatológico está disponível nas Unidades de Atenção Primária à Saúde e nas Unidades Secundárias que tratam as lesões precursoras. O formulário de requisição de exame histopatológico está disponível nas Unidades Secundárias.

As orientações básicas para uso do sistema pelos laboratórios e pelas coordenações podem ser acessadas nos manuais operacional e gerencial disponíveis no site do Datasus.

Os dados do Siscolo estão disponíveis para consulta pública no tabnet do Sistema no Datasus. Alguns indicadores selecionados estão disponíveis no painel de indicadores do Siscolo no site do INCA, com finalidade de auxiliar os profissionais de saúde e gestores no acompanhamento das ações de rastreamento do câncer do colo do útero e, em especial, dos indicadores que fazem parte do Pacto pela Vida.

Atualmente este sistema está sendo substituído pelo Sistema de Informação do Câncer (SISCAN), versão online que integra o SISCOLO e o SISMAMA. Os formulários do SISCAN estão disponíveis em: <http://siscan.saude.gov.br/formulario/listarFormulariosUsuarioPublico.jsf>

Gestão da Qualidade do Exame Citopatológico

Foi iniciado em 2009 um Projeto com o objetivo de impulsionar o monitoramento interno e externo da qualidade dos laboratórios de citopatologia (MIQ e MEQ). As ações incluíram a avaliação das diretrizes e construção de modelo de monitoramento para o plano de trabalho dos Estados; realização de diagnóstico situacional do MIQ e MEQ nos prestadores de serviços ao SUS; acompanhamento e monitoramento das atividades em estados-piloto.

Em 2013 foi publicada a Portaria nº 3388 visando garantir a qualidade do exame citopatológicos do colo do útero a partir da implantação do MIQ e MEQ e acompanhamento de indicadores de qualidade dos laboratórios de citopatologia ligados ao SUS.

Serviços de Referência para o diagnóstico e tratamento de lesões precursoras do câncer do colo do útero (SRC)

A portaria nº 189 de 31 de janeiro de 2014 define parâmetros e incentivos financeiros de custeio e de investimento para funcionamento de serviços que, integrados à rede de atenção a saúde, realizem o diagnóstico e tratamento das lesões precursoras através de colposcopia, biópsia e exérese da lesão (EZT).

Centros Qualificadores de Ginecologistas para Assistência Secundária às Mulheres com Lesão Intraepitelial do Colo do Útero

Projeto iniciado em 2008, com objetivo de apoiar a ações de capacitação profissional de médicos na atenção secundária à saúde, de forma regionalizada, possibilitando a implantação de serviços de referência para o diagnóstico e tratamento de lesões precursoras a nível ambulatorial.

Aperfeiçoamento da Gestão das Ações de Detecção Precoce

Apoio técnico ao planejamento e à avaliação das ações de detecção precoce do câncer nos estados. Produção de boletins informativos para acompanhamento dos indicadores, difusão de experiências e intercâmbio institucional.

O método de rastreamento do câncer do colo do útero e de suas lesões precursoras é o exame citopatológico. Os dois primeiros exames devem ser realizados com intervalo anual e, se ambos os resultados forem negativos, os próximos devem ser realizados a cada 3 anos (A). O início da coleta deve ser aos 25 anos de idade para as mulheres que já tiveram ou têm atividade sexual (A). O rastreamento antes dos 25 anos deve ser evitado (D).

Os exames periódicos devem seguir até os 64 anos de idade e, naquelas mulheres sem história prévia de doença neoplásica pré-invasiva, interrompidos quando essas mulheres

tiverem pelo menos dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos (B). Para mulheres com mais 64 anos de idade e que nunca se submeteram ao exame citopatológico, deve-se realizar dois exames com intervalo de um a três anos. Se ambos os exames forem negativos, essas mulheres podem ser dispensadas de exames adicionais (B).

Podem estar presentes células representativas dos epitélios do colo do útero: – Células escamosas. – Células glandulares (não inclui o epitélio endometrial). – Células metaplásicas. Embora a indicação dos epitélios representados na amostra seja informação obrigatória nos laudos citopatológicos, seu significado deixa de pertencer à esfera de responsabilidade dos profissionais que realizam a leitura do exame. As células glandulares podem ter origem em outros órgãos que não o colo do útero, o que nem sempre é identificável no exame citopatológico.

A presença de células metaplásicas ou células endocervicais, representativas da junção escamocolunar (JEC), tem sido considerada como indicador da qualidade da coleta, pelo fato de essa coleta buscar obter elementos celulares representativos do local onde se situa a quase totalidade dos cânceres do colo do útero. Uma metanálise de estudos que abordaram a eficácia de diversos dispositivos de coleta mostrou que o uso da espátula de Ayre e da escova de canal aumenta em cerca de três vezes a chance de obtenção de células endocervicais³¹ (evidência alta). Estudo realizado no Brasil, entre 1992 e 1996, mostrou que a detecção de NIC foi cerca de dez vezes maior no grupo em que as células da JEC estavam representadas²⁹ (evidência moderada).

RECOMENDAÇÕES PARA A ATENÇÃO À SAÚDE

Resumo de recomendações para conduta inicial frente aos resultados alterados de exames citopatológicos.

Diagnóstico Citopatológico	Faixa etária	Conduta inicial
Células escamosas Possivelmente não neoplásicas atípicas de significado indeterminado (ASCUS)	< 25 anos	Repetir em 3 anos
	Entre 25 e 29 anos	Repetir a citologia em 12 meses

		≥30 anos	Repetir a citologia em 6 meses
	Não se podendo afastar lesão de alto grau (ASC-H)		Encaminhar para colposcopia
Células glandulares atípicas de significado indeterminado (AGC)	Possivelmente não neoplásicas ou não se podendo afastar lesão de alto grau		Encaminhar para colposcopia
Células atípicas de origem indefinida (AOI)	Possivelmente não neoplásicas ou não se podendo afastar lesão de alto grau		Encaminhar para colposcopia
Lesão de Baixo Grau (LSIL)		< 25 anos	Repetir em 3 anos
			Repetir a citologia em 6 meses
Lesão de Alto Grau (HSIL)			Encaminhar para colposcopia
Lesão intraepitelial de alto grau não podendo excluir microinvasão			Encaminhar para colposcopia
Carcinoma escamoso invasor			Encaminhar para colposcopia
Adenocarcinoma in situ (AIS) ou invasor			Encaminhar para colposcopia

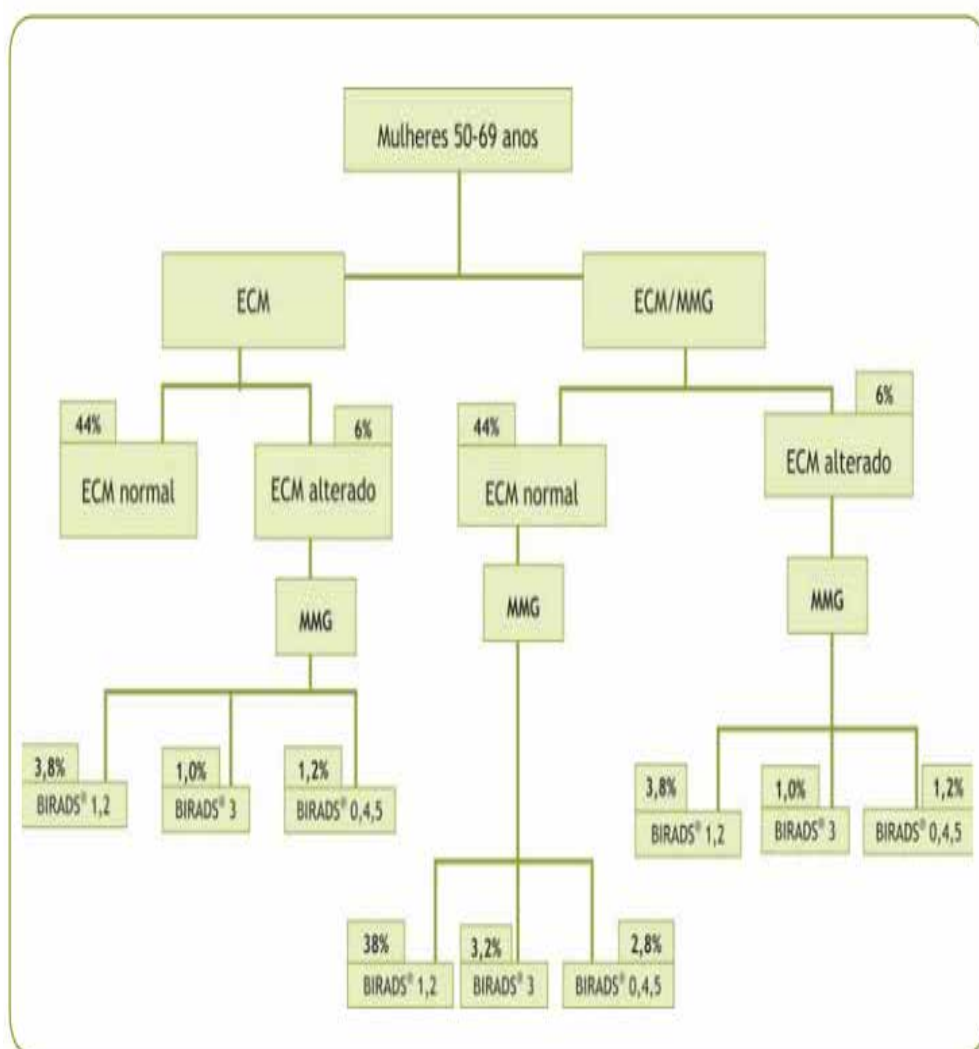
RASTREAMENTO PARA O CÂNCER DE MAMA

Os parâmetros para a programação do rastreamento têm como objetivo subsidiar o planejamento e a regulação das ações no rastreamento do câncer de mama; e, sobretudo, servir de referência para a previsão e estimativa de gastos do conjunto mínimo de procedimentos a serem ofertados à população-alvo. Este texto tem como base as recomendações do Documento de Consenso para Controle do Câncer de Mama (INCA, 2004), que está de acordo com evidências científicas atuais (GOTZSCHE et al., 2006; DECK E KAKUMA, 2006; PERRY et al., 2006 e IARC, 2002) e o fluxo das ações correspondentes. Conforme mencionado no Documento de Consenso, os resultados do exame mamográfico são classificados de acordo com o Breast Imaging Reporting and Data System (BI-RADS®), publicado pelo Colégio Americano de Radiologia (ACR) e traduzido pelo Colégio Brasileiro de Radiologia (CBR) para o Brasil. Esse sistema utiliza categorias de 0 a 6 na descrição dos achados dos exames radiológicos e prevê recomendação de conduta para cada categoria. O tipo de

procedimento de investigação diagnóstica complementar dependerá do tipo de lesão encontrada nos achados clínicos ou radiológicos. Os parâmetros aqui apresentados representam um esforço em obter a melhor aproximação possível do que se espera encontrar nos resultados dos exames de rastreamento a partir da sua implantação em âmbito nacional. As estimativas de necessidade de exames se basearam em resultados de estudos nacionais e internacionais e na experiência de programas de rastreamento populacional do câncer de mama de outros países, como Canadá, EUA, Reino Unido e Austrália. É reconhecida a possibilidade de os resultados no Brasil serem diferentes daqueles de países desenvolvidos, cuja incidência e mortalidade são bem superiores às verificadas em nosso país. Entretanto, as referências propostas podem servir para uma programação inicial e serão ajustadas posteriormente de acordo com os resultados obtidos através do Sistema de Informação do Câncer de Mama (SISMAMA), em implantação no país. Os dados nacionais sobre a distribuição dos resultados de exame clínico das mamas (ECM) e mamografia (MMG) possibilitarão o ajuste futuro desses parâmetros.

A rotina de rastreamento preconizada para as mulheres nessa faixa etária é a realização anual do ECM e da mamografia a cada dois anos. Na programação de procedimentos é necessário prever que, em determinado ano, 50% das mulheres farão rastreamento através do ECM, complementado pela mamografia quando o ECM for alterado; e 50% realizarão ECM e mamografia, independente dos achados no ECM. O desenho do fluxograma do rastreamento nessa faixa etária (figura 1) mostra a distribuição dos achados nesses dois subgrupos. A estimativa de 12% de resultados alterados no ECM (6% em cada subgrupo) foi baseada em dados disponíveis de programas de rastreamento do Canadá que utilizam esse método, em conjunto com a mamografia. Nas províncias canadenses que adotam o ECM combinado com a mamografia, os resultados alterados em mulheres de 50 a 69 anos de idade variaram de 7,5% a 16,8% na primeira rodada do rastreamento (1ª vez), representando 11,6%, em média (HEALTH CANADA, 2008). No Brasil, dados recentes do projeto-piloto de rastreamento do câncer de mama em municípios do Estado de Mato Grosso do Sul mostraram 10,7% de mulheres na faixa etária de 40 a 69 anos com ECM alterados (THULER, 2007/2008). Entre as mulheres que farão apenas o ECM, a distribuição dos resultados de mamografia

diagnóstica nas que tiveram ECM alterado baseou-se no estudo de Caplan et al. (1999), realizado com mais de 100 mil mulheres acima de 40 anos de idade nos Estados Unidos. Esse estudo mostrou que, nas mulheres que tiveram alterações no ECM, os resultados do exame mamográfico foram normais em 64,2% (BI-RADS® 1 e 2) e provavelmente benignos em 15,8% (BI-RADS® 3).



MULHERES DE 40 A 49 ANOS DE IDADE

A rotina de rastreamento preconizada para as mulheres nessa faixa etária é a realização anual do ECM e, nos casos alterados, a complementação com o exame mamográfico (INCA, 2004), como mostra a figura 2. Dados do relatório do programa canadense de 2003-2004 (HEALTH CANADA, 2008) indicam que entre 13,5% (1ª vez) e 6,6% (subsequente) das mulheres de 40 a 49 anos de idade apresentam exames alterados no rastreamento para o câncer de mama, independentemente do método utilizado (ECM e mamografia combinados ou somente mamografia). O relatório de 2001-2002 apresenta valores entre 12,2% (1ª vez) e 5,8% (subsequente) de mulheres com exames alterados. O relatório de 1997-1998 apresenta valores entre 10,7% (1ª vez) e 5,2% (subsequente).

MULHERES DE 35 ANOS DE IDADE OU MAIS, COM RISCO ELEVADO PARA CÂNCER DE MAMA

A prevalência de mulheres com risco elevado para câncer de mama na população brasileira é pouco conhecida. Uma aproximação para realizar a presente estimativa foi feita com base em alguns estudos caso-controle, realizados em território nacional (PINHO E COUTINHO, 2005), e em um grande inquérito sobre fatores de risco realizado nos Estados Unidos (DAWSON E THOMPSON, 1989). Segundo a revisão bibliográfica de Pinho e Coutinho (2005), os três estudos brasileiros com maiores amostras que abordaram essa questão relataram uma prevalência de história familiar de câncer de mama em parente de primeiro grau de 2,7%; 3,5% e 3,7%. O inquérito americano de 1987 relatou uma prevalência de 7,9% desse fator de risco, o que é coerente considerando que a incidência de câncer de mama naquele país era aproximadamente o dobro (110,6/100.000 mulheres em 1992) da brasileira (52,9/100.000 em 2005). Com base nesses dados, estimou-se em 4% a prevalência dessa característica na população feminina brasileira. Contudo, de acordo com o Documento de Consenso (INCA, 2004), a história familiar de câncer de mama unilateral em parente de primeiro grau só é considerada critério para risco elevado se o caso de câncer ocorreu antes dos 50 anos de idade. Uma vez que apenas 20% dos cânceres de mama ocorrem antes dos 50 anos de idade (STOLL, 1991), apenas 0,8% das mulheres (20% de 4%) teriam risco elevado de

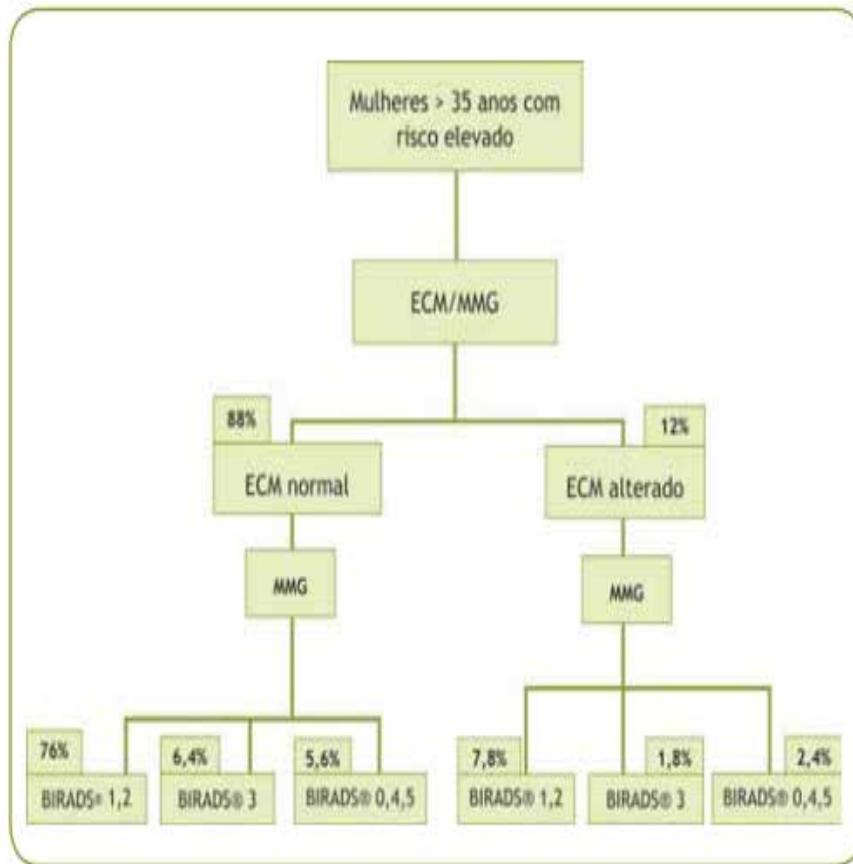
câncer de mama por conta dessa história familiar. Outros fatores, como história familiar de câncer de ovário ou de mama bilateral, história familiar de câncer de mama masculino e diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular in situ, são também critérios para considerar a mulher como de risco elevado. Não há dados sobre a prevalência desses fatores na população, mas sabe-se que são bem menos frequentes que o primeiro. Estimou-se, portanto, que 1% das mulheres acima dos 35 anos de idade apresentará critérios para serem consideradas como de risco elevado, necessitando de exames com maior frequência. Não há dados sobre a distribuição dos resultados dos exames de rastreamento nessa população de risco elevado. Por esse motivo, optou-se por adotar a mesma estimativa de distribuição dos achados na população de 50 a 69 anos de idade, com base no fato desta ser a de maior risco para câncer de mama. Utilizou-se especificamente a distribuição no subgrupo cuja rotina é a combinação do ECM com a mamografia por ser esta a mesma recomendação para as mulheres de risco elevado. Aplicando os mesmos valores de referência, foram estimadas as seguintes distribuições para este subgrupo:

=> Quando o ECM for normal:

- 76% serão resultados nas categorias 1 e 2 (87% de 88% dos ECM normais = 76%).
- 6,4% na categoria 3 (7% de 88% dos ECM normais = 6,4%).
- 5,6% nas categorias 0, 4 e 5 (6% de 88% dos ECM normais = 5,6%).

=> Quando o ECM for alterado:

- 7,8% de exames nas categorias 1 e 2 (64% de 12% dos ECM alterados = 7,8%).
- 1,8% na categoria 3 (16% de 12% dos ECM alterados = 1,8%).
- 2,4% nas categorias 0, 4 e 5 (20% de 12% dos ECM alterados = 2,4%).



A previsão de procedimentos neste grupo deve ser calculada da mesma forma que para o grupo de 50 a 69 anos de idade, com a particularidade de que aqui a base populacional a ser considerada equivale a 1% das mulheres acima de 35 anos de idade.

PARÂMETROS PARA A PROGRAMAÇÃO NO RASTREAMENTO DO CÂNCER DE MAMA

O resumo dos procedimentos previstos em cada subgrupo da população alvo, considerando uma cobertura de 100%, pode ser visto no quadro:

Procedimentos	Parâmetros*
Mamografia de rastreamento	> 35 anos com risco elevado: 100% 40 a 49 anos: - (não recomendada) 50 a 69 anos: 50%
Mamografia diagnóstica	> 35 anos com risco elevado: 8,9% 40 a 49 anos: 10% 50 a 69 anos: 8,9%
Ultrassonografia das mamas	> 35 anos com risco elevado: 6,5% 40 a 49 anos: 5,4% 50 a 69 anos: 6,5%
Punção aspirativa por agulha fina	> 35 anos com risco elevado: 0,5% 40 a 49 anos: 0,4% 50 a 69 anos: 0,5%
Punção por agulha grossa	> 35 anos com risco elevado: 1,5% 40 a 49 anos: 1,2% 50 a 69 anos: 1,5%
Biópsia cirúrgica da mama	> 35 anos com risco elevado: 0,7% 40 a 49 anos: 0,6% 50 a 69 anos: 0,7%

* Os percentuais devem ser considerados em relação à população feminina estimada em cada grupo etário.

2.7.5. Ciência e Tecnologia

2.7.5.1. Convênio de Cooperação Técnica com Entidades de Ensino para Desenvolvimento de Estágios Curriculares e Treinamentos

A ABEAS tem o papel significativo sobre procedimentos de instruções processuais relativos a convênios, protocolos e similares (nacionais), observando o cumprimento das normas internas da Instituição e das legislações superiores que regem a matéria, fornecendo subsídios técnicos e administrativos, visando promover condições para o andamento das ações em conjunto com os instrumentos jurídicos e administrativos para estabelecer convênios, cooperações técnicas na área de ensino para desenvolvimento de estágios e treinamentos.

Para tanto, através do plano estratégico da ABEAS, será possível agregar valor a ações vinculadas a cooperação técnica de ensino para desenvolvimento de estágios treinamentos e residências, conforme descrição do processo de planejamento.

Processo de Planejamento

O Plano Estratégico da ABEAS, define os rumos da instituição em busca de seu desenvolvimento e suas metas, explicitando a missão e seus objetivos estratégicos e se colocando como proposta de referência para o futuro na gestão da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE. Em seu processo de elaboração foi pautado por ampla discussão com todos os segmentos da comunidade universitária e científica para coletar propostas e sugestões e subsidiar a apreciação no Conselho. Além disso, teremos como princípios ser participativo, combinando opiniões de professores, técnico-administrativos, formadores de opinião e sociedade, dentro do processo de planejamento estratégico adotado foi dividido em cinco fases, conforme apresentado a seguir.

Preparação:

Iniciada com as discussões dos processos que serão adotados que culminam com a constituição das ações da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE ao Planejamento

Estratégico, onde se terá um grupo responsável pela construção do Plano, constituído através de Portaria contendo:

- Formação Acadêmica de Graduação e Pós-Graduação
- Pesquisa, Inovação e Extensão
- Desenvolvimento Técnico
- Internacionalização
- Gestão de Pessoas
- Informação, Comunicação
- Infraestrutura e Segurança
- Ciência

Análise e Avaliação Institucional (diagnóstico):

Serão realizadas discussões de grandes temas nos Grupos Técnicos para elaborar um texto de referência da Visão de Futuro para que se pretende obter na POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE.

Definição da visão, missão e valores, construção do Mapa Estratégico e definição dos objetivos e ações estratégicas

Será traçado também a missão, a visão e os valores, culminando com a construção do Mapa Estratégico e a definição dos objetivos e ações estratégicas para a POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE.

Mapa Estratégico

O Mapa Estratégico da ABEAS, apresentará a missão e visão da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE contemplando os objetivos estratégicos que são derivados das demandas de seus stakeholders, traduzindo assim de forma visual todos esses objetivos nas ações que

congregam a convênios, cooperações técnicas na área de ensino para desenvolvimento de estágios treinamentos e residências.

Nesta perspectiva, pretende-se estabelecer os alicerces, processos e resultados, com cada ente, englobando um conjunto de objetivos estratégicos, e estes sendo desdobrados em ações estratégicas.

2.7.5.2. Parcerias com instituições para desenvolvimento de projetos de pesquisa na área de assistência ambulatorial

O ensino e pesquisa, por meio de projetos colaborativos com as Instituições de Ensino Superior, poderá implantar projetos voltados para a transformação de práticas profissionais. Nesse sentido, a unidade poderá atuar como um centro difusor do conhecimento relacionados às boas práticas e à gestão na área da saúde.

Ainda, por meio da pesquisa, em atuação com diversas instituições públicas e privadas poderá divulgar e compartilhar experiências exitosas e aumentar a convivência com instituições que compartilham os mesmos valores, no município. Além de gerar ações e oportunidades para convivências diversas e aumentar a capacidade de compartilhar experiências adquiridas. A experiência por meio do ensino-aprendizagem possibilita melhorar a forma de cuidar e gerir a unidade.

OBJETIVOS

GERAL: Contribuir com desenvolvimento científico e tecnológico e formação profissional em saúde, em consonância com as políticas de Educação, de Saúde e de Ciência, Tecnologia e Inovação.

ESPECÍFICOS: Implementar um modelo de gestão de pesquisas clínicas para unidades de saúde que assegure sua institucionalização, efetividade e transparência no processo de aprovação, desenvolvimento, execução orçamentária e monitoramento, em consonância com

as Boas Práticas Clínicas. Estimular, no âmbito da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE, a realização de pesquisas clínicas em insumos estratégicos para Sistema Único de Saúde – SUS.

ESTRATÉGIAS DE IMPLEMENTAÇÃO

Articulação interna na ABEAS, para a definição e implementação de um modelo de gestão de pesquisas clínicas que harmonize etapas, atores, procedimentos e fluxos necessários à aprovação, desenvolvimento, execução orçamentária e monitoramento dos projetos na POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE.

Articulação intersetorial para o desenvolvimento e aprimoramento de competências técnicas e científicas em gestão e elaboração de projetos de pesquisa clínica.

Articulação intersetorial para a definição e implementação de mecanismos que contribuam para conferir celeridade ao processo de aprovação das pesquisas a serem realizadas no âmbito do Programa.

Articulação com órgãos públicos de fomento em ciência, tecnologia e inovação para a implementação de estratégias que assegurem a sinergia e o fortalecimento do Programa junto a outras iniciativas afins.

Articulação com órgãos e entidades afins de fomento à pesquisa clínica para o estabelecimento de parcerias que contribuam com a implementação e aprimoramento do Programa.

PLANO DE IMPLEMENTAÇÃO

A implementação do Programa deve se dar por meio de duas frentes de trabalho que dialogam entre si. A primeira deve se dedicar à elaboração e ao acompanhamento da implementação do modelo de gestão de pesquisas clínicas, por meio de atividades internas ao sistema ABEAS da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE, ouvidos o Comitê Gestor do

Programa e instâncias afins ao tema. Essa frente deverá desenvolver atividades contínuas, porém com prazos para entrega de produtos. A segunda frente de trabalho reveste-se, principalmente, de um caráter de articulação, que poderá, de forma contínua, ter desdobramentos em projetos e ações.

OBETIVO ESPECÍFICO 1: Implementar um modelo de gestão de pesquisas clínicas para a POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE que assegure sua institucionalização, efetividade e transparência no processo de aprovação, desenvolvimento, execução orçamentária e monitoramento, em consonância com as Boas Práticas Clínicas.

Ações: formulação, validação, implementação, monitoramento e avaliação do Modelo.

Participantes: representantes da Seção de Ensino e Pesquisa e das diretorias da sede, das coordenações de ensino e pesquisa da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE e de outras unidades de referência em pesquisa clínica, do Comitê Gestor do Programa e de entidades representativas de pesquisa clínica e setor produtivo.

Resultados esperados: institucionalização e harmonização dos processos de trabalho relacionados à pesquisa clínica e instituição de um ambiente de colaboração na POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE.

Metas: A partir da publicação da Portaria, elaboração do escopo geral do modelo em oito meses, e início, a partir de então de sua implementação na POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE.

OBJETIVO ESPECÍFICO 2: Estimular, no âmbito da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE, a realização de pesquisas clínicas em insumos estratégicos para Sistema Único de Saúde.

Ações: articulação, definição e pactuação das pesquisas a serem desenvolvidas no âmbito do Programa.

Participantes: Comitê Gestor do Programa e coordenação de ensino e pesquisa da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE.



Resultados esperados: contribuição efetiva da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE no processo de desenvolvimento tecnológico de insumos para a saúde para SUS.

Metas: A partir da publicação da Portaria, instituição do Comitê Gestor em três meses e início da realização de estudos colaborativos em 12 meses.

ESTRUTURA DE GOVERNANÇA

Considerando os objetivos propostos, assim como as estratégias para a implementação do Programa, propõe-se a seguinte estrutura de gestão:

ABEAS sede: interlocução e coordenação da formulação e implementação do Programa, por meio de equipe técnica vinculada à Coordenação de Ensino e Pesquisa.

POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE: participação na formulação e implementação das atividades, por meio do coordenador de ensino e pesquisa, chefe de setor de pesquisa e inovação tecnológica e chefe de unidade de pesquisa clínica, quando couber.

Comitê Gestor: articulação e contribuição na implementação das atividades, por meio de seus representantes.

INVESTIMENTOS

Referem-se aos recursos necessários à implementação do modelo de gestão de pesquisa clínica (consultorias especializadas, passagens, diárias, desenvolvimento de aplicativos, treinamentos, entre outros) a serem devidamente explicitado sem conformidade com as ações as serem delineadas. A agenda de pesquisas e investimentos será definida no ambiente do Comitê Gestor.

2.7.5.3. Projeto em Educação Permanente com vista á capacitação da equipe interdisciplinar

Para o Ministério da Saúde, “a educação permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa, que promove e produz sentidos, e sugere a transformação das práticas profissionais estando baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais, de profissionais reais, em ação na rede de serviços. A educação permanente é a realização do encontro entre o mundo de formação e o mundo de trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho” (BRASIL, 2004, p. 9).

Neste contexto, a ABEAS propõe processos que visam o desenvolvimento pessoal e profissional de todos funcionários, de forma continuada e ampliando os conhecimentos, as capacidades e suas habilidades, a fim de aprimorar seu desempenho funcional no cumprimento das ações de atendimento à população na POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE.

Desta forma, a ABEAS buscará desenvolver as competências de seus profissionais (conhecimentos, habilidades e atitudes) através de capacitações, visando a sua ascensão na carreira funcional e, também, o desenvolvimento da Instituição e para tanto a política de Recursos Humanos proposta está pautada nos seguintes princípios e ações:

- Programas específicos voltados a garantir a devida cobertura da vida funcional do funcionário;
- Capacitação dos funcionários será adequada a necessidade institucional e deverá contemplar, além dos aspectos técnico e comportamentais, programas com estratégias voltadas a promover momentos de reflexão sobre o trabalho do dia a dia numa instituição hospitalar, voltados a ampliar a visão do colaborador, pautada nos valores éticos e humanos, como um sistema aberto que interage no meio ambiente em que atua;
- As ações de capacitação deverão ser estruturadas no sentido de permitir ao colaborador ascender em sua carreira funcional, oportunizando ao mesmo tempo o aperfeiçoamento nas suas atividades diárias com uma melhor aplicação de seus conhecimentos e habilidades;

- Será implantado um Programa de Capacitação visando a capacitação técnica dos colaboradores para o exercício dos cargos de chefias, além de promover uma reflexão do perfil gerencial desejável inserido no sistema de saúde;
- Serão realizados levantamentos periódicos das necessidades para a atualização do plano de capacitação visando estimular crescimento e o desenvolvimento do colaborador e, a partir das necessidades identificadas, deverá ser operacionalizado diferentes cursos voltados às áreas técnico-operacionais e administrativas, prevendo a profissional de todos colaboradores, de forma continuada que ampliando os conhecimentos, as capacidades e suas habilidades, a fim de aprimorar seu desempenho funcional no cumprimento das ações de atendimento à população na POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE.
- Serão criados espaços de promoção e divulgação do potencial artístico e cultural dos colaboradores, incluindo a criação de um banco de talentos;
- Haverá incentivos viabilizando a participação dos profissionais em cursos e eventos de curta duração de interesse da sua área de atuação, dentre outros.

Nessa mesma linha, e no intuito de garantir a efetividade das ações, será instituído o Comitê Gestor Intersetorial do Programa de Educação Permanente, instância colegiada, de caráter consultivo, com a finalidade de assegurar a articulação necessária ao planejamento e à implementação das ações necessárias ao alcance dos objetivos propostos.

2.7.6. POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS

2.7.6.1. Projeto de Desenvolvimento humano com pesquisa periódica de clima organizacional

ü PROPOSTA PARA MANTER PESSOAS

Visando a criação de condições ambientais psicológicas satisfatórias para as atividades dos colaboradores no desempenho de suas atividades, a ABEAS propõe processos que visam a manutenção das pessoas em seu quadro laboral. Tais processos se baseiam na administração da cultura organizacional, clima, disciplina, higiene, segurança e qualidade de vida e manutenção de relações interpessoais.

Após o indivíduo ser recrutado, selecionado, socializado, aceito e ter começado a trabalhar na organização, por uma série de motivos – entre os quais os custos mencionados anteriormente – passa a ser recomendado mantê-lo dentro dela. O conceito de manutenção na gestão de pessoas valoriza o contrato psicológico, que começa a assumir a forma de um contrato mais objetivo, mediado por relações de trabalho (MALIK, 1998).

No processo de manter pessoas busca-se a valorização pessoal e profissional, sempre adequada aos fins institucionais, tendo como princípios e ações:

1. A representação dos trabalhadores terá importante papel na manutenção do planejamento estratégico, visando dar voz aos atores institucionais;
2. A instituição deverá garantir condições adequadas de trabalho, incluindo as normas de biossegurança, na forma da legislação vigente;
3. A instituição deverá garantir o desenvolvimento de ações de vigilância voltadas à prevenção de riscos dos possíveis agravos à saúde resultantes do exercício profissional e promoção da saúde;
4. Haverá um canal de comunicação e serão realizadas pesquisas para conhecer o nível de satisfação dos colaboradores em seus locais de trabalho, visando o melhoramento contínuo das condições laborais e atendimento à população;

5. Serão aplicados os programas de controle da saúde dos colaboradores, incluindo exames periódicos e a criação de parcerias para desenvolvimento de estratégias sócio recreativas voltadas à interação entre os colaboradores.

ü **PROCESSO DE ACOMPANHAR PESSOAS:**

A Gestão de Recursos Humanos propõe demanda de vida e manutenção de relações interpessoais pelo acompanhamento constante do colaborador pois, conforme referenciado acima, após este ser recrutado, selecionado, socializado, aceito e ter começado a atuar nas suas funções, passa a ser recomendado mantê-lo dentro do quadro de colaboradores, salvo os casos em que a execução das suas atividades não mais representam ganhos para o atendimento à população, motivos pelos quais há a necessidade do acompanhamento de pessoas. Os processos utilizados para acompanhar e controlar as atividades das pessoas e verificar resultados incluem avaliação, banco de dados e sistemas de informações gerenciais voltados à gestão de pessoas.

"As abordagens participativas ou centradas nos usuários tem como objetivo engajar os atores no processo de avaliação visando à sua capacitação e desenvolvimento, além de evitar ou minimizar eventuais efeitos negativos de uma avaliação" (FURTADO, 2001, p. 169). Entende-se, portanto, que a avaliação significa emitir um juízo de valor, sendo importante lembrar que mesmo que se institua métodos quantitativos, objetivos, os resultados sempre serão julgados a partir de méritos e valores impossíveis de serem objetivados. O processo de avaliação constitui-se numa ferramenta que auxilia o trabalhador a clarear para si e para a organização, quais competências possui, que deverá buscar desenvolver ou incrementar, sendo que as competências individuais devem estar alinhadas às competências essenciais da própria organização.

Neste contexto, a avaliação dos colaboradores deverá seguir critérios pré-estabelecidos que contemplem o desenvolvimento das competências técnicas, éticas, relacionais e políticas, tendo por finalidade de instrumentalizar as chefias no que concerne ao acompanhamento do colaborador, bem como indicativos para educação permanente e poderá servir também em processos internos de seleção.

Já o sistema de informações gerenciais é compreendido de um sistema informatizado que possibilita acompanhar a vida funcional do colaborador, contendo todo seu histórico, avaliações, advertências, experiências e capacitações, faltas e demais informações que poderão ser consultadas, a qualquer momento, oportunizando a melhor gestão e avaliação da atuação do mesmo.

Para possibilitar o processo de acompanhar pessoas, foram definidos os seguintes princípios e ações:

1. O processo de avaliação deverá incluir indicadores com base nas metas estabelecidas pelos gestores, com conhecimento dos colaboradores;
2. A avaliação deve ser um processo contínuo e permanente de reflexão-ação, democrático, ético, participativo, inclusivo, periódico e sistemático, contemplando aspectos relacionados às especificidades do cargo que ocupa, dando uma conotação de individualidade; contemplando suas diversas dimensões (técnica, ética, relacional, política);
3. O processo de avaliação objetiva, também, a efetivação de mudanças e de motivação das pessoas, valorizando o potencial das equipes na busca da excelência do serviço e da instituição;
4. Serão realizados processos de avaliação dos serviços semestralmente, sob a responsabilidade de cada diretoria setorial, contemplando o desenvolvimento das competências técnicas, éticas, relacionais.

POLÍTICA DE QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO

A busca pela Qualidade de Vida no Trabalho (QVT), envolve uma atitude pró-ativa das organizações frente à evolução social da classe trabalhadora e constitui um desafio para a Gerência de Pessoal. O objetivo desta Política é propor, segundo modelo teórico de Walton (1973), maior valorização do profissional, aumento da satisfação e melhoria do desempenho.

Por sua vez, a tendência da gestão do trabalho no segmento público do SUS reproduz a valorização do trabalho e dos trabalhadores da saúde. Promover a saúde e a qualidade de vida

desses profissionais passa a significar responsabilidade social e o trabalhador em saúde torna-se ator principal para a melhoria do sistema de saúde no país.

Nas unidades de saúde os trabalhadores estão expostos aos mais diversos riscos decorrentes de fatores físicos, químicos, biológicos psicossociais e ergonômicos, além de que, o trabalhador sofre sobrecarga física e emocional em função das características próprias do serviço “a arte de cuidar do outro, mas esquecer do autocuidado”, o que pode levar ao desenvolvimento de várias patologias como Obesidade, Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus tipo 2, Dislipidemias, Cardiopatias, etc. Alguns maus hábitos, como o consumo exagerado de alimentos industrializados, cigarros, bebidas alcoólicas, alimentação inadequada e sedentarismo, são fatores que também colocam em risco a saúde do trabalhador.

Outra situação que impacta nas avaliações de aptidão para o trabalho é o aumento da prevalência de doenças crônicas na população em geral. Estudos demonstram que as doenças crônicas que mais envolvem mortes prematuras e gastos no Brasil são: a doença cardiovascular e o diabetes e suas complicações. Essas doenças possuem, em linhas gerais, quatro fatores de risco em comum: sedentarismo, uso abusivo de álcool, tabagismo e alimentação não saudável.

Outrossim, ambiente estressor nas unidades de saúde, as doenças crônicas e falta de programa de qualidade de vida favorecem para aumento das taxas de absenteísmo, o que exerce impacto negativo tanto para a qualidade da assistência prestada aos pacientes, como para a instituição, com atraso ou redução da produção e aumento dos custos operacionais. Como em um círculo vicioso, o absenteísmo retorna também com impacto negativo para os próprios trabalhadores, pois interfere nas condições laborais das equipes: aumenta a sobrecarga de trabalho, gera insatisfação nos profissionais assíduos, aumenta os riscos laborais, psicossociais, estresse, perda de qualidade de vida e adoecimento.

Nesse contexto, será traçado a Política de Qualidade de Vida PQV no trabalho da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE para a melhoria da saúde e bem-estar dos

trabalhadores da unidade que interferem diretamente na qualidade da assistência e na eficiência organizacional.

Princípios

- promoção de um conjunto de ações sistematizadas e continuadas de cuidado com a saúde, bem-estar e qualidade de vida no trabalho dos profissionais da Policlínica;
- desenvolvimento de atividades que propiciem melhor inserção no ambiente e nas relações de trabalho e que busque manter em nível elevado a satisfação profissional e pessoal dos profissionais;
- melhora do clima organizacional;
- redução do absenteísmo por adoecimento;

Diretrizes

- I. incentivo à humanização do espaço de trabalho, através de ações que visem ao desenvolvimento humano, promovendo a autoestima, o bem-estar físico e mental, o acesso à cultura e ao lazer dos profissionais;
- II. identificação de riscos potenciais de saúde, através do perfil epidemiológico dos profissionais traçado;
- III. elaboração de Programa de Qualidade de Vida no Trabalho alinhado ao perfil Epidemiológico do profissional traçado pelo SESMT local;
- IV. encorajamento dos profissionais à mudança de seus estilos de vida através de exercícios, boa alimentação e monitoramento da saúde.

Instrumentos

Serão instituídos como instrumentos da Política de Qualidade de Vida no Trabalho as seguintes ferramentas:

- I. Perfil Epidemiológico dos profissionais
- II. Pesquisa de Clima Organizacional

III. Programa de Qualidade de Vida no Trabalho

PESQUISA DE CLIMA ORGANIZACIONAL

Para a compreensão da cultura organizacional associada aos valores dos profissionais, o setor de Gestão de Recursos Humanos deverá garantir a aplicação anual da Pesquisa de Clima Organizacional, que considere valores pessoais dos profissionais, cultura atual e desejada.

Deverá ser utilizado um instrumento que possibilite a área de Gestão de Recursos Humanos e alta direção, conhecer a opinião dos funcionários a respeito do clima organizacional, permitindo posteriormente identificar necessidades de melhorias e traçar estratégias que contribuam para o desenvolvimento da instituição. Assim sendo, o questionário a ser utilizado deverá contemplar minimamente variáveis como: imagem da unidade, ética, participação na gestão, reconhecimento do profissional, estilo de gestão, relacionamento Interpessoal, comunicação, treinamento e desenvolvimento, envolvimento e comprometimento, instalações físicas, condições de trabalho, dentre outras.

A aplicação da Pesquisa de Clima Organizacional implicará no cumprimento das seguintes etapas pelo setor de Recursos Humanos:

1. Definição do instrumento de pesquisa;
2. Definição da melhor data, considerando calendário anual de atividades do setor;
3. Divulgação ampla no âmbito da unidade para garantir percentual de participação satisfatório dos profissionais;
4. Aplicação da pesquisa;
5. Monitoramento semanal de adesão por meio de relatórios de participação;
6. Adoção de mecanismos de incentivo para a participação dos profissionais;
7. Apuração da pesquisa e tabulação dos resultados;

8. Elaboração do relatório final com propostas de ações de melhoria;
9. Encaminhamento de relatórios às lideranças;
10. Divulgação dos resultados aos profissionais.

Os resultados da pesquisa deverão necessariamente gerar relatórios para encaminhamento às lideranças, que deverão apresentar planos de melhorias que poderão ser implementados, os quais deverão ser divulgados enquanto mecanismos de feedback aos profissionais.

Canais de Comunicação:

Ainda complementando o conhecimento da cultura organizacional e na perspectiva de levantar subsídios para os investimentos em melhorias contínuas no âmbito da unidade e conseqüentemente promover o desenvolvimento humano da sua força de trabalho, será instituído um canal de escuta e diálogo aberto com os públicos internos, considerando sobretudo a ampla participação dos profissionais, o engajamento de todos, para que se sintam corresponsáveis e comprometidos com os objetivos e estratégias institucionais.

Este canal deverá favorecer a criação de um cenário de gestão participativa, no qual os profissionais se sintam envolvidos para expressarem não só pontos críticos, mas sobretudo para apresentarem sugestões, a partir das quais se possa levantar indicadores que direcionem decisões e ações de melhoria da qualidade dos serviços institucionais. O projeto terá, portanto como princípios:

- Criar um contexto de participação e integração;
- Propiciar o desenvolvimento humano e organizacional;
- Agregar valor aos profissionais, criando sentimento de pertencimento, compromisso com resultados, metas e protocolos, espírito de equipe, entre outros fatores essenciais para a uma gestão participativa;
- Estabelecer canais efetivos de comunicação;

- Exercitar a comunicação precisa, assertiva e compreensiva a todos, evitando ambiguidades e outros ruídos.

O projeto poderá inicialmente ser implantado com dois canais, os quais deverão estimular a comunicação com os profissionais, identificando e monitorando regularmente, os números e tipos de sugestões, reclamações, preocupações e número de agravos, índice de participação e satisfação.

1. E-mail especial falecomorh@...

2. E-mail que deverá ser criado especialmente para os profissionais, para encaminhamento de sugestões, críticas e tirar dúvidas relativas à estrutura e funcionamento do seu setor de trabalho e da unidade de uma forma geral

3. Link "Gestão Participativa"

4. Deverá ser disponibilizado na Intranet, um questionário eletrônico, para a participação voluntária dos profissionais independente de vínculo, cargo ou função. A pesquisa online levantará regularmente informações sobre as ideias e sugestões inovadoras dos profissionais a respeito do seu local de trabalho e/ou da instituição de uma forma geral.

Três categorias de sugestões poderão ser investigadas:

- Categoria A – Ideia para o meu setor
- Categoria B – Pequenas mudanças
- Categoria C – Ideias para outros setores

A implantação dos canais de comunicação implicará no cumprimento das seguintes etapas pelo setor de Recursos Humanos:

1. Definição de e-mail institucional e setor de referência;
2. Divulgação ampla no âmbito da unidade para garantir participação dos profissionais;

3. Tratamento semanal das informações – Todos os contatos serão recebidos e filtrados e todos deverão ser respondidos, porém os casos que merecerem uma melhor investigação serão encaminhados às instâncias superiores.

4. Seleção das ideias e sugestões consideradas inovadoras e aplicáveis para cada categoria.

5. O profissional responsável pela ideia selecionada receberá premiação a ser definida pela gestão da unidade.

6. Emissão de relatórios periódicos a serem encaminhados às lideranças.

7. Divulgação dos resultados aos profissionais.

2.7.6.2. Estabelecimento de normas para seleção de pessoal, contrato de trabalho e avaliação de desempenho. Sugestão de condutas para combater o absenteísmo e estimular produção.

Política de Recursos Humanos proposta para a POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE

Políticas são decisões de caráter estruturante que orientam o planejamento e a operacionalização de ações que atendam aos interesses da Instituição e de seus profissionais.

Formar quadros profissionais adequados e devidamente qualificados para servir aos diversos setores do hospital exige traçar políticas que objetivem, sobretudo, a melhoria da eficiência, eficácia e qualidade dos serviços prestados aos usuários.

Nesta perspectiva, a Seção de Desenvolvimento de Pessoas, ciente da importância de se investir no desenvolvimento das competências individuais, gerenciais e institucionais, articula seus processos de trabalho baseados nos princípios da gestão por competências.

A Política de Recursos Humanos da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE será traçada em conformidade com a legislação vigente e alinhada à missão, visão, valores e objetivos estratégicos da Instituição. desenvolvendo processos de avaliação, gestão e qualificação continuada destinada aos profissionais, a partir de uma política de desenvolvimento voltada para um melhor nível de qualidade de vida no trabalho e melhoria

do clima organizacional, visando a potencialização destes como agentes de transformação social no desempenho de suas funções.

Dessa forma, este documento, tem por objetivo definir os princípios e fundamentos focados em competências, que orientarão as ações inerentes à Gestão de Pessoas no âmbito da Unidade.

A Política de Gestão de Pessoas da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE tem como foco oferecer as condições que proporcionem à força de trabalho o cumprimento da missão e visão da Unidade, atendendo a legislação vigente, considerando o interesse público e os valores institucionais. Prevê ações voltadas ao desenvolvimento dos recursos humanos e à qualidade de vida no trabalho. Para maior efetividade no alcance dos objetivos institucionais, a política traçada nesse instrumento subdividir-se-á nas Políticas de:

- a) Recrutamento, Seleção e Contratação de Pessoal
- b) Integração (Acolhimento, Acompanhamento e orientação, Remanejamento, Readaptação e Desligamento)
- c) Avaliação de Desempenho
- d) Capacitação e Qualificação de Profissionais
- e) Qualidade de Vida no Trabalho

Princípios

- Obediência à legislação vigente;
- Desenvolvimento do profissional vinculado aos objetivos estratégicos institucionais;
- Adequação do quadro de pessoal ajustado às competências individuais e setoriais;
- Adequação do perfil do profissional às demandas da unidade;
- Vinculação à missão da instituição e aos princípios em conformidade com o Planejamento Estratégico;

- Processo de Avaliação de Desempenho Funcional, voltado para o aprimoramento das competências comportamentais, organizacionais e gerenciais;
- Avaliação de desempenho profissional focado em competências, voltada para a gestão de resultados e melhoria da qualidade da assistência.
- Garantia de que viabilize a formação e o aperfeiçoamento técnico, gerencial e comportamental do servidor;
- Melhoria da qualidade de vida do profissional, por meio de ações planejadas para este fim.
- Cooperação e comunicação entre os setores da unidade, para a melhoria e agilidade nos processos organizacionais.
- Corresponsabilização pela gestão – diretorias, supervisores e área de gestão de pessoas
- Qualidade do atendimento prestado ao usuário;

Diretrizes

- Admissão de profissionais provenientes de processo seletivo e de concurso público, obedecendo à legislação vigente e atendendo a necessidade institucional, seguindo as orientações dos órgãos superiores;
- Alocação de profissionais com o perfil adequado, alinhado com às necessidades institucionais;
- Descrição de cargos, funções, competências técnicas e comportamentais alinhadas aos objetivos e necessidades setoriais;
- Implementação do sistema de gestão por competências subsidiado pelos processos de descrição de cargos e das ferramentas Sistema Integrado de Avaliação de Desempenho Individual e Plano de desenvolvimento Individual (SIADI/PDI);

- Manutenção do Programa de Capacitação e Qualificação compatível com as necessidades e metas institucionais buscando oferecer aos profissionais os recursos necessários ao seu desenvolvimento;
- Monitoramento das metas pactuadas na instituição por meio dos indicadores de recursos humanos.
- Promoção da saúde, segurança e a Qualidade de Vida no Trabalho

RECRUTAMENTO, SELEÇÃO E CONTRATAÇÃO DE PESSOAL

Processo Seletivo e de Admissão – Contratados pela ABEAS e Efetivos

Considerando o cumprimento dos princípios administrativos que regem a missão institucional da ABEAS e a necessidade de imprimir medidas que promovam melhor gestão e agilidade aos procedimentos internos desta Instituição, empreendendo ações conjuntas mais céleres, confiáveis, padronizadas e efetivas nos processos de seleção de novos profissionais, a ABEAS utiliza-se e se utilizará dos seguintes fluxos:

Do Processo de Seleção – Efetivos

Mediante solicitação de remoção para Unidade de Saúde, através de formulário de requerimento de assuntos diversos o servidor irá montar processo de lotação, uma vez este encaminhado à ABEAS, a instituição avaliará a disponibilidade de vagas e entrará em contato com o servidor para realização de avaliação.

Esta avaliação se dará através de duas etapas – 1ª Avaliação Psicológica e 2ª Entrevista por Competências Técnicas e Comportamentais.

Após será encaminhado para análise e deliberação da Diretoria Executiva da ABEAS.

Do Processo de Seleção – Recrutamento Interno ou Externo e Seleção – Contratados pela ABEAS.

Para o recrutamento interno, visando o aproveitamento do capital intelectual da ABEAS, será realizado processo seletivo que verificará o atendimento às condições técnicas de exigência do cargo e poderá incluir outras espécies de avaliação, previamente estabelecidas em instrumento de recrutamento, aos profissionais interessados a participarem do processo seletivo.

Para fins de participação no processo seletivo interno serão adotadas as seguintes medidas:

- I. Divulgação ampla da existência da vaga para candidatos internos, quando do seu surgimento, através de publicações no sítio eletrônico, nos murais existentes nos postos de trabalho e através de informativos internos da ABEAS;
- II. Adesão voluntária dos profissionais que assim desejarem, com no mínimo 90 dias desde a data de sua admissão na Instituição, devendo ser encaminhadas a Gerência de Pessoas, as informações sobre formação acadêmica, qualificação profissional e habilidades especiais, tudo com vistas a garantir o caráter competitivo, impessoal e isonômico.

Os profissionais que tenham recebido sanções administrativas, com advertências disciplinares e suspensões nos últimos 6 (seis) meses que antecedem o certame, não poderão participar do processo seletivo interno.

Os profissionais interessados em participar de processos seletivos conduzidos pela ABEAS deverão observar os critérios e requisitos ora fixados neste Regulamento.

A análise do aproveitamento interno será realizada pela Gerência de Pessoas, a Supervisão do setor solicitante e a Diretoria Executiva, que verificarão o atendimento as exigências estabelecidas para promoção interna.

Para o Recrutamento Externo, visando atrair candidatos externos do mercado de trabalho, será divulgado previamente na imprensa oficial, bem como por meio do sítio eletrônico da ABEAS e demais sites de divulgação de vagas, no prazo mínimo de 02 dias de

antecedência da realização do processo seletivo, e conterão número de vagas previstas por cargo, os prazos e devido cronograma e as condições para a participação dos candidatos.

Os Candidatos interessados em participar de processos seletivos conduzidos pela ABEAS deverão observar os critérios e requisitos ora fixados no Edital.

Não poderá ter vínculo de trabalho com a ABEAS os Candidatos que tenham sido responsabilizados ou condenados pela prática de infração penal, civil ou administrativa nas situações descritas pela legislação eleitoral configurem hipótese de inelegibilidade.

O Processo Seletivo compreende as seguintes etapas:

- I. Primeira Etapa, de caráter classificatório e/ou eliminatório: Avaliação curricular, que tomará como base a formação escolar, cursos profissionalizantes, a experiência profissional e outros dados fornecidos pelos candidatos para avaliação de sua conformidade com os requisitos mínimos exigidos. Os currículos serão recebidos dentro do prazo de inscrições estabelecidas pelo Edital de Processo Seletivo.
- II. Segunda Etapa, de caráter eliminatório. Os candidatos que cumprirem os requisitos mínimos exigidos participarão das seguintes avaliações:
 - a. Teste de aptidão em Informática que tem por finalidade atestar conhecimento básico para utilização de um computador, quando necessário;
 - b. Testes psicológicos, que tem por finalidade: investigar, avaliar e mensurar a capacidade dos candidatos. Esta etapa contribuirá para o levantamento mais preciso do perfil destes candidatos, com o intuito de escolher dentre os recrutados o que melhor se adequar ao perfil traçado pela Instituição;
 - c. Dinâmicas de grupo, que tem o objetivo de avaliar competências que são caracterizadas pelo conjunto de conhecimentos, habilidades, comportamentos e aptidões que possibilitam maior probabilidade de obtenção de sucesso na execução de determinadas atividades.

III. Terceira Etapa, de caráter classificatório e/ou eliminatório: Avaliação Técnica, através da aplicação de prova objetiva com matérias e assuntos atinentes à vaga apresentada que possibilitem aferir o conhecimento técnico específico do profissional em sua área de atuação;

IV. Quarta Etapa, de caráter classificatório: Entrevista por Competências tem o objetivo de avaliar no candidato qual o grau de evidência das competências comportamentais definidas na Descrição do Cargo, para verificar o candidato que mais se adequar a vaga. A entrevista será realizada por uma banca de profissionais examinadores, bem como pelo gestor solicitante, com vistas a garantir a aplicação dos princípios da isonomia, da impessoalidade, da eficiência e do julgamento objetivo.

V. Quinta Etapa: Os candidatos aprovados na etapa anterior de seleção deverão aguardar o chamamento para entrega dos documentos de contratação exigidos pela ABEAS e passar por exame médico admissional para fins de aprovação final.

Antes da abertura do processo seletivo, será designada pela Diretoria Executiva da ABEAS uma Comissão de Processo Seletivo composta por, no mínimo, um representante da Gerência de Pessoal, um representante indicado pela Diretoria Executiva e um representante do (s) Setor (es) Solicitante (s).

O representante da Gerência de Pessoal presidirá a comissão.

A Comissão irá elaborar o Termo de Referência / Edital, contendo os pré-requisitos para o processo seletivo.

A Comissão garantirá a lisura do Processo Seletivo, tendo em vista no mínimo, a observância dos princípios da impessoalidade, da moralidade, da boa-fé, da probidade, da economicidade, da eficiência, da isonomia, da publicidade e do julgamento objetivo.

A classificação final gera para os candidatos selecionados apenas a expectativa de direito à contratação, sendo que a ABEAS poderá deixar de convocá-los por razões supervenientes, bem como poderá revogar o processo seletivo em qualquer etapa, desde que devidamente justificado, e quando houver taxa de inscrição, está deverá ser ressarcida, se efetivamente

paga e solicitada pelo candidato, em até 03 (três) meses após o ato de revogação do procedimento, sendo indevido qualquer outro tipo de indenização.

Os candidatos aprovados na entrevista final e que não forem contratados em razão do número de vagas disponíveis, ficarão no Cadastro Reserva por um período de até 12 (doze) meses e poderão ser aproveitados quando do surgimento de novas oportunidades, para os mesmos cargos que concorreram, facultando-se a aplicação de testes e exames complementares.

Será assegurado aos portadores de deficiência o direito de participação no Recrutamento e Seleção, sendo que o preenchimento dos cargos será de acordo com as proporções estabelecidas no artigo 93 da Lei 8.213/91, levando-se em consideração para atendimento da cota legal a quantidade de vagas existentes no mês de divulgação do processo seletivo.

O resultado do processo seletivo será sempre divulgado no sítio eletrônico da ABEAS, a partir da data de encerramento do processo.

Notas

- Os critérios de seleção serão impessoais e isonômicos e a classificação dos candidatos se dará pelo perfil das competências técnicas e comportamentais e experiência dos mesmos, relacionada ao cargo pretendido;

- Durante a primeira seleção para formação de equipe de atuação, será garantido cadastro reserva com o fim de cobrir qualquer desistência e manter a equipe/quadro de pessoal completo, com intuito de não haver postos de trabalho descobertos, sem prejudicar as atividades e atendimento na Unidade.

- As contratações terão prazo de experiência de 45 (quarenta e cinco) dias, podendo ser prorrogada por igual período e, após avaliação, o profissional será efetivado por tempo indeterminado, na forma da legislação vigente;

- A avaliação, ao final do segundo período do contrato de experiência, é feita pelo superior imediato através do Formulário de Avaliação de Desempenho para Contrato de Experiência;

- Os documentos necessários para a admissão, com exceção da Carteira de Trabalho, ficarão arquivados em forma física nos dossiês próprios, na Gerência de Pessoal – GEP da ABEAS, bem como na Diretoria Administrativa da unidade, de forma digitalizada.

Normatizações e Regulamentações de Trabalho

No ato da contratação, em regime da Consolidação das Leis de Trabalho – CLT, cada profissional deverá receber orientações acerca das Regulamentações de Trabalho que deverão ser seguidas. Os profissionais da área administrativa e operacional deverão receber ainda orientações acerca das Normas de Controle de Bens Móveis e Materiais de consumo no âmbito da ABEAS.

Quando houver o descumprimento da normatização de trabalho, dos protocolos, do regimento interno, das normas estatutárias, bem como de ordens expressas do superior imediato, os profissionais poderão, conforme o caso, serem advertidos, suspensos ou até mesmo demitidos sem ou por justa causa, dependendo da situação.

Processo de promoção e/ou reenquadramento de Profissionais

Conforme já explanado ao longo desta Proposta de Trabalho, dentro do contexto da Gestão de Pessoas a ABEAS possui uma política de motivação e valorização dos seus profissionais. Faz parte desta política o Recrutamento Interno, no qual seleciona os profissionais que obtiveram bons desempenhos na execução de suas ações e cujas competências os permite a ascensão e início de nova jornada com sua respectiva promoção e/ou reenquadramento. Tal procedimento passa pelos seguintes passos:

a) Após detectada a demanda pela promoção e/ou reenquadramento de profissionais, a Diretoria interessada deverá elaborar documento justificando os fatos, momento em que

será aberto processo administrativo próprio e a Gerência de Pessoas será consultada sobre o preenchimento dos requisitos;

b) Os critérios de promoção e/ou reenquadramento se darão por competência, técnica, perfil, experiência, esforço e compromisso do candidato para com as atividades desta Instituição e, caso as Coordenações deliberem favoravelmente à respeito, será baixada Portaria própria e feitura dos trâmites subsequentes.

POLÍTICA DE INTEGRAÇÃO

A Política de Integração da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE será traçada no sentido de promover a gestão de pessoal, com vistas a alcançar um quadro de profissionais adequado para servir aos diversos setores da Unidade conforme perfil de competências.

No sentido de encontrar caminhos e mecanismos para a melhor integração dos profissionais à Unidade é que serão traçadas nesta Política, diretrizes que proporcionem aos profissionais um espaço que propicie um conjunto de orientações que objetivem a integração ao seu novo contexto de trabalho facilitando a adaptação do recém-admitido às rotinas, competências e atividades a serem desenvolvidas e estimular o relacionamento mais próximo e saudável entre o novo profissional e a equipe, fazendo com que no decorrer do desempenho das suas funções, estes possam sentir-se partes integrantes e responsáveis pelas suas atividades e seu local de trabalho.

Princípios

- I. Promoção do acolhimento dos novos profissionais;
- II. Adequação do quadro de pessoal ajustado às competências individuais e setoriais;
- III. Adequação do perfil do profissional às demandas da unidade;
- IV. Movimentação, remanejamento e readaptação de função dos profissionais tendo como parâmetros o perfil de competências profissionais e as atribuições do setor em questão.

Diretrizes

I. Concretização da política de integração dos profissionais por meio dos processos de: Acolhimento, Acompanhamento/Orientação, Remanejamento, Readaptação de função e Desligamento dos profissionais;

II. Realização do processo de acompanhamento e orientação do profissional, com vistas a minimizar os fatores que estejam interferindo negativamente no seu desempenho funcional;

III. Realização do processo de mensuração do desempenho profissional dos profissionais, em função das atividades que realiza e das metas estabelecidas.

IV. Análise e acompanhamento dos índices de rotatividade de profissionais, para fins de controle e manutenção do capital intelectual da instituição, com vistas a redução dos impactos nos custos de recrutamento, seleção e treinamento.

V. Estabelecimento do Manual de Descrição de Cargos e Funções como instrumento da Política de Integração.

Instrumentos

- Manual de Descrição de Cargos e Funções

Programa de Acolhimento

A Política de Integração da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE será concretizada por meio dos processos de: Acolhimento, Acompanhamento/Orientação, Remanejamento, Readaptação de função e Desligamento dos profissionais, processos que serão traçados a seguir.

Acolhimento

Objetivo

Receber mediante encaminhamento, os novos profissionais e desenvolver ações que facilitem a integração do profissional recém-admitido, permitindo que o mesmo conheça da estrutura, valores e normas da Instituição da qual passa a fazer parte, assim como a

expectativa da organização em relação ao seu desempenho, suas atribuições e seu papel nos processos de trabalho.

Normas e Critérios

- I. proceder, obedecendo a legislação vigente, a admissão dos novos profissionais mediante encaminhamento de ficha de lotação da ABEAS e da Gerência Especial de Desenvolvimento de Pessoas / Secretaria de Estado da Saúde – SES, os profissionais recém-admitidos com vínculo celetista, aprovados em Processo Seletivo Simplificado e os efetivos, aprovados em Concurso Público;
- II. receber os profissionais celetistas através de encaminhamento da Gerência de Pessoal/ABEAS com lotação previamente definida;
- III. receber o profissional efetivo através de encaminhamento da Gerência Especial de Desenvolvimento de Pessoas/SES para lotação na unidade, mediante prévia anuência das Diretorias e Diretoria Executiva/ABEAS;
- IV. implementar o Programa de Acolhimento com o desenvolvimento de (03) três linhas de ação: Acolhimento Inicial. Treinamento Introdutório Funcional e Treinamento para a execução do Trabalho;
- V. instituir o Programa de Acolhimento como principal ferramenta de socialização e instrumentalização adequada à recepção, informação e orientação do novo profissional;
- VI. acolher os novos profissionais nos termos do Programa de Acolhimento da Unidade;
- VII. planejar os Treinamentos Introdutórios Funcionais para periodicidade quinzenal, conforme as categorias profissionais participantes e constituí-lo como meio através do qual, as informações relevantes sobre a Instituição em termos de estrutura e recursos humanos serão apresentadas;
- VIII. padronizar o treinamento para a execução do serviço conforme as peculiaridades de cada área e obrigatoriamente abranger os procedimentos de segurança adotados pela Unidade;

- IX. assegurar que todos os profissionais participem do Programa de Acolhimento;
- X. estabelecer periodicidade anual para avaliação do Programa de Acolhimento conforme indicadores nele estabelecidas.

Ações

As ações para a implementação do processo de acolhimento do novo profissional serão descritas no Programa de Acolhimento.

Controle/Registros

Relatório Mensal de Admissão de Pessoal.

Acompanhamento e Orientação

Objetivo

Identificar e minimizar os fatores que estejam interferindo negativamente no desempenho funcional do profissional e promover sua reintegração no setor de trabalho.

Normas e Critérios.

I. O Serviço de Acompanhamento e Orientação do Profissional será acionado nas situações de:

a. solicitação de acompanhamento e orientação pela Diretoria e/ou pelo profissional e outras instâncias;

b. observância de redução continuada em termos de produtividade ou de qualidade e do não cumprimento satisfatório das funções que são atribuídas ao profissional em decorrência de situações problemas no ambiente de trabalho, situações passíveis de intervenções da Supervisão de Desenvolvimento de Pessoas;

c. demandas espontâneas;

d. situações que sejam passíveis de intervenções do DGP.

II. O serviço quando solicitado pela chefia do profissional ou pelo próprio profissional deverá ser instruído com documentos comprobatórios que venham auxiliar no processo de acompanhamento.

III. O acompanhamento deverá envolver a efetiva participação da supervisão imediata do profissional e pressupor um trabalho de apreciação sobre o desempenho funcional dos envolvidos, análise das situações apresentadas, diagnóstico das necessidades de mudança e propostas de ações corretivas e preventivas para melhorar o desempenho do profissional(a) e/ou da equipe.

Ações

- I. realização de Entrevistas de Acompanhamento com o Profissional e com a Chefia;
- II. mobilização dos atores que forem necessários em situações que requeiram atendimento e acompanhamento psicossocial, solução de situações de inadaptação funcional e conflitos identificados nos ambientes de trabalho;
- III. verificação da adaptação do profissional, visando seu desempenho profissional, buscando alternativas nos casos de percepção de problemas funcionais ou de saúde;
- IV. intermediação de situações de desadaptação funcional;
- V. instrumentalização de profissional/chefia para a busca de soluções de eventuais dificuldades, relacionadas ao trabalho ou de ordem pessoal, que possam interferir nas tarefas e no seu desenvolvimento profissional;
- VI. acompanhamento da evolução dos casos de dificuldades funcionais;
- VII. acionamento de instâncias superiores da Unidade, caso haja necessidade;
- VIII. esgotadas as possibilidades de remanejamento na unidade, o profissional efetivo poderá ser colocado à disposição da Gerência Especial de Desenvolvimento de Pessoas/SES para remoção e o profissional celetista à disposição da Gerência de Recursos Humanos/ ABEAS para demissão.

Controle/Registros

- I. Fluxo de Acompanhamento e orientação do Profissional
- II. Entrevista de Acompanhamento do Profissional com aplicação de feedback

Remanejamento

Objetivo

Proceder à movimentação interna de servidores conforme o interesse da Instituição buscando como parâmetros o perfil de competências profissionais, as atribuições do setor em questão e as competências do profissional.

Normas e Critérios

- I. os remanejamentos ocorrerão dentro dos limites da lei, não envolvendo mudança de cargo, sendo essa possível somente por intermédio de Concurso Público ou Processo Seletivo Simplificado;
- II. a efetivação do remanejamento fica condicionada à concordância da chefia imediata do setor de origem;
- III. havendo discordância da chefia imediata acerca do remanejamento esta deverá apresentar justificativa à GRH;
- IV. as solicitações de remanejamentos serão encaminhadas às Supervisões para ciência e após, às Diretorias responsáveis para deliberação.
- V. se no momento da efetivação do remanejamento houver necessidade do profissional permanecer no setor de origem para contribuir no treinamento do novo profissional, o setor terá o prazo máximo de 5 dias para a liberação do mesmo.
- VI. os remanejamentos internos, trocas de setores e turnos serão realizados conforme o interesse da instituição, com total transparência, atendendo a legislação vigente e atenderão as seguintes demandas:
 - a. Remanejamento por indicação de saúde e/ou readaptação de função temporária;

- b. Remanejamento da área de enfermagem;
- c. Remanejamento interno e/ou troca de turno por interesse do trabalhador;
- d. Remanejamento por interesse do setor com existência de vaga;
- e. Remanejamento por interesse do setor disponibilizando o profissional;
- f. Remanejamento para outro setor a pedido do profissional;
- g. Remanejamento por necessidade da Instituição;
- h. Remanejamento por indicação de saúde e/ou readaptação de função temporária

O remanejamento por indicação de saúde será realizado para o profissional que apresenta restrições da capacidade laborativa no desempenho de suas funções.

Normas e Critérios

1) O remanejamento ocorrerá após o retorno do processo de Readaptação de Função com o Relatório do Médico do Trabalho do Serviço Especializado em Medicina e Segurança no Trabalho da Instituição, solicitando o remanejamento temporário do profissional até findar-se o processo de Readaptação de Função.

2) Remanejamento da área de enfermagem

O remanejamento de profissional da área de enfermagem será efetivado internamente, na própria Coordenação de Enfermagem, devendo ser solicitada diretamente à Supervisão.

Normas e Critérios

Cabe à Gerência solicitante cientificar a Gerência de Pessoal/POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE e à Gerência de Pessoal para que sejam feitos os registros necessários e em especial às alterações no sistema de gestão de pessoas.

3) Remanejamento interno e/ou troca de turno/plantão por interesse do profissional

O profissional que desejar trocar de turno/plantão poderá solicitar diretamente à sua chefia imediata.

Normas e Critérios

- I. O remanejamento interno e troca de turno/plantão será possível através de abertura de nova vaga ou permuta, dentro do próprio setor de lotação.
- II. O profissional que desejar remanejamento de área de trabalho sob a mesma supervisão e deverá solicitar à esta chefia que procederá aos arranjos internos necessários.

4) Remanejamento por interesse do setor com existência de vaga

A solicitação de remanejamento em decorrência de vaga, ocorrerá nos casos em que surgir déficit em determinada área;

Normas e Critérios

- I. O setor deverá encaminhar à Supervisão de Desenvolvimento de Pessoal informação do perfil a ser preenchido;
- II. Havendo profissional disponível para remanejamento, à Gerência de Pessoal verificará a compatibilidade entre o perfil e as atribuições do profissional disponível e encaminhará a solicitação e as possibilidades existentes às Supervisões e, em seguida, às Diretorias para deliberação.

5) Remanejamento por interesse do setor disponibilizando o profissional

A solicitação de remanejamento por desinteresse do setor em permanecer com o profissional no seu quadro de pessoal, poderá ocorrer em decorrência dos seguintes fatores: inadaptação, baixo desempenho, indisciplina, absenteísmo, carga horária e perfil profissional incompatível, dentre outros motivos de mesma natureza;

Normas e critérios

I. A supervisão solicitante deverá apresentar junto ao requerimento as devidas justificativas que subsidiaram a necessidade do remanejamento anexando relatório e documentos comprobatórios sobre a vida funcional do profissional;

II. É de responsabilidade da supervisão solicitante comunicar ao profissional a necessidade do remanejamento;

III. A solicitação será encaminhada às Diretorias da unidade para ciência e após à Diretoria Executiva/ABEAS para prosseguimento, que poderá deliberar pelo remanejamento interno, disposição para a Gerência Especial de Desenvolvimento de Pessoas/SES para remoção (no caso de profissional efetivo) ou pela demissão (no caso de profissional celetista);

IV. O profissional deverá aguardar no setor de trabalho em que estiver lotado e em exercício, até que movimentação seja efetivada, apresentando-se à nova seção ou Unidade na data em que for cientificado do remanejamento/remoção.

6) Remanejamento para outro setor a pedido do profissional

A solicitação de remanejamento a pedido do profissional, é possível através de abertura de nova vaga ou permuta.

Normas e Critérios

- I. remanejamento a pedido do profissional deverá ser formalizada por meio de formulário próprio, que será encaminhado à GRH com o parecer da chefia imediata.
- II. observada a existência de vaga no setor solicitado, será realizado entrevista com o interessado e com a chefia imediata, com o intuito de subsidiar a tomada de decisão.
- III. profissional deverá aguardar na unidade em que estiver lotado até que a mudança seja efetivada, apresentando-se à nova unidade ou lotação na data em que for cientificado do deferimento do pedido.

Considerações Gerais

Os remanejamentos dos profissionais serão pautados pela adequação aos perfis de competência pessoais, aos perfis de competência traçados no manual de Cargos e Funções e às peculiaridades setoriais. Constitui responsabilidade da GRH informar o remanejamento à Gerência de Pessoal, via eletrônica ou através de formulário para os registros necessários, em

especial às alterações no sistema de gestão de pessoas e arquivamento em dossiê. Nos remanejamentos realizados internamente pela Coordenação de Enfermagem, esta será responsável pela informação em questão à GRH e GP para os registros necessários.

Readaptação de Função

Objetivo

Reaproveitar o profissional em outras atribuições e responsabilidades compatíveis com a sua condição de saúde em decorrência de modificações do seu estado físico ou psíquico, que acarretem limitações da sua capacidade funcional sem que haja mudança de cargo.

Normas e Critérios

- I. a readaptação de função para os profissionais efetivos obedecerá aos critérios legais previstos no art. 24 do Estatuto do Servidor Público e será precedida de processo administrativo para esse
- II. o médico do trabalho do SESMT local procederá a avaliação do profissional e encaminhará relatório informando se haverá a necessidade de readaptação temporária até resultado final;
- III. o profissional poderá ou não ser afastado de seu local de trabalho para a realização de atividades atendendo suas limitações;
- IV. expirado o prazo da readaptação o profissional voltará às atividades funcionais anteriores;
- V. o processo tramitará na Unidade, na ABEAS, na SES e na SEGPLAN;
- VI. a solicitação de readaptação de função seguirá o fluxo padronizado no mapeamento de processos da Gestão de Pessoas;
- VII. a efetiva readaptação ou não do profissional ocorrerá após avaliação médico pericial da Gerência de Saúde e Prevenção com o envio à Unidade do Atestado de Saúde Ocupacional.

Ações

I. A Readaptação de Função deverá ser instruída com a seguinte documentação:

- a. Requerimento Diversos;
- b. Requerimento a ser preenchido pelo servidor;
- c. Relatório Médico – Preenchido pelo Médico Assistente;
- d. Laudos de Exames;
- e. Formulário Preenchido pelo RH;
- f. Formulário Preenchido pelo Chefe Imediato;

II. Após, a documentação é encaminhada para autuação e prosseguimento.

O processo de readaptação de função envolverá ações setoriais da: Seção de Desenvolvimento de Pessoas, da Gerência de Pessoal da ABEAS, do SESMT local e da Gerência de Saúde e Prevenção da SEGPLAN, conforme fluxograma padronizado para esse fim.

A readaptação será efetivada com o remanejamento do profissional em cargo de atribuições afins, respeitada a habilitação exigida, nível de escolaridade e equivalência de vencimentos e, na hipótese de inexistência de cargo vago, o servidor exercerá suas atribuições como excedente, até a ocorrência de vaga.

Controle/Registros

- I. Planilha Anual de Remanejamentos e/ou readaptação
- II. Fluxo de Readaptação de Função

POLÍTICA DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

A Política de Avaliação de Desempenho focará em estratégias capazes de contabilizar e registrar a contribuição de cada profissional, a qualidade da execução de suas responsabilidades e da relação dessa contribuição aos objetivos e metas organizacionais.

A Política será realizada por meio da avaliação dos fatores de competências de modo a identificar as lacunas de desenvolvimento dos profissionais e a partir daí estruturar planos de desenvolvimentos tendo para a promoção do desenvolvimento pessoal e profissional e a elevação da qualidade dos serviços prestados.

A prioridade da Política ora traçada será subsidiar o sistema de gestão por competências, mensurando o desempenho de cada profissional na instituição, em função das tarefas que desempenha, das metas que possui, das atitudes que são esperadas e dos resultados a serem alcançados, além de potencializar seu desenvolvimento.

As dificuldades na adesão a este modelo de avaliação poderão ser minimizadas com uma política eficiente de Recursos Humanos que incentive um maior comprometimento através do acompanhamento do crescimento dos profissionais nos exercícios de suas atribuições.

Princípios

- sistema de gestão por competências subsidiado pelo processos de descrição de cargos, avaliação de desempenho e de capacitação através da ferramenta Sistema Integrado de Avaliação de Desempenho Individual e Plano de Desenvolvimento Individual (SIADI/PDI);
- identificação dos pontos de melhoria de gestores e profissionais.
- adequação dos profissionais a suas funções;
- identificação de discrepâncias ou carências de treinamento e estabelecer meios e programas para reduzi-las ou eliminá-las;

Diretrizes

- I. realização da avaliação dos profissionais efetivos em Estágio Probatório cumprindo o disposto no Decreto nº 5668 de 11 de outubro de 2002;
- II. efetivação da avaliação por competências através do Sistema Integrado de Avaliação de Desempenho Individual;

- III. aperfeiçoamento das competências técnicas, gerenciais e comportamentais dos profissionais para o alinhamento das atribuições do cargo aos setores da unidade;
- IV. busca de um corpo funcional comprometido com o desenvolvimento de sua missão, evidenciando um serviço de saúde prestado de forma excelente à sociedade;
- V. fortalecimento da adequação do perfil dos profissionais à Descrição de Cargos a partir de critérios abrangentes, procurando não apenas contemplar as exigências de nível de formação escolar, como também outros requisitos para as atividades do cargo como, conhecimentos, habilidades e atitudes;
- VI. mensuração dos dados obtidos na avaliação de desempenho de modo a relacioná-los aos objetivos e metas organizacionais para que seja traçado um plano de desenvolvimento para cada profissional;
- VII. instituição como instrumento para a implementação da política ora descrita, o Sistema Integrado de Avaliação de Desempenho Individual, o Plano de Desenvolvimento Individual – SIADI-PDI e o Programa de Avaliação e Desempenho;

Instrumentos

A Política de Avaliação de Desempenho será implementada pelos seguintes instrumentos:

- I. Avaliação de Desempenho no Estágio Probatório;
- II. Sistema Integrado de Avaliação de Desempenho Individual;
- III. Plano de Desenvolvimento Individual.
- IV. Programa de Avaliação de Desempenho e Implementação do Plano de Desenvolvimento Individual
- V. formulário de feedback acerca dos resultados do PDI (Anexo IX)

Avaliação de Desempenho no Estágio Probatório

Objetivo

Verificação da capacidade do profissional efetivo em estágio probatório em desempenhar satisfatoriamente as atribuições exigidas pelo seu cargo, possibilitando a sua confirmação no mesmo, avaliação prevista no Decreto N° 5.668, de 11 de outubro de 2002, destinada apenas a profissional nomeado para cargo de provimento efetivo da Secretaria da Saúde.

Normas e Critérios

- I. O profissional efetivo, ficará sujeito a estágio probatório por período de três (03) anos, e será submetido a avaliação dos seguintes requisitos: Idoneidade moral, Assiduidade e pontualidade, Disciplina; Eficiência e Aptidão;
- II. A Avaliação deverá ser realizada nos parâmetros do Decreto N° 5.668, de 11 de outubro de 2002.
- III. O servidor em estágio Probatório não poderá ter sua lotação inicial alterada, exceto nos casos de: comprovada inadequação funcional e necessidade da unidade de lotação.

Sistema Integrado de Avaliação de Desempenho Individual (SIADI)

Mensuração do desempenho profissional do profissional efetivo e celetista, em função da atividade que realiza e das metas estabelecidas, objetivando o desenvolvimento contínuo dos profissionais potencializando condições para a instalação da cultura de excelência na prestação de serviços.

Normas e Critérios

- I. A avaliação será realizada através do Sistema Integrado de Avaliação de Desempenho Individual – SIADI/PDI, por meio de competências essenciais à instituição, focando em conhecimentos, habilidades e atitudes, determinantes para a eficácia profissional;

- II. A Avaliação de Desempenho e a estruturação do Planos de Desenvolvimento Individuais serão realizados conforme Programa traçado.
- III. O Programa de Avaliação de Desempenho constituir-se-á como ferramenta de avaliação na efetiva aplicação do SIADI/PDI;
- IV. Todos os profissionais, com vínculo estatutário, celetista ou cedidos de outros órgãos, que exercem funções nas áreas: assistencial, administrativa e gerencial, serão submetidos à avaliação.
- V. A avaliação de desempenho SIADI será realizada semestralmente através de formulário eletrônico disponível na internet, o qual será acessado pelo CPF e senha individual;
- VI. A Avaliação será realizada pelo profissional(autoavaliação) e pelo gestor avaliador;
- VII. Após a autoavaliação e a avaliação do gestor avaliador, será preenchido pelo gestor avaliador o Plano de Desenvolvimento Individual, plano que deverá ser validado pelo avaliado.

Critérios de Avaliação Serão avaliados 12 (doze) fatores de qualidade funcional, de acordo com a área de atuação do profissional:

Área Assistencial	Área Administrativa	Área Gerencial
Comprometimento	Comprometimento	Comprometimento
Cumprimento de normas e procedimentos de conduta	Cumprimento de normas e Procedimentos de conduta	Cumprimento de normas e Procedimentos de conduta
Relacionamento interpessoal	Relacionamento interpessoal	Relacionamento interpessoal
Cooperação	Cooperação	Comunicação
Proatividade	Proatividade	Visão estratégica
Conhecimento de métodos e técnicas	Conhecimento de métodos e Técnicas	Conhecimento técnico gerencial
Comunicação	Comunicação	Planejamento
Pontualidade	Pontualidade	Orientação para o usuário
Auto-desenvolvimento	Auto-desenvolvimento	Auto-desenvolvimento
Auto-controle	Auto-controle	Pontualidade
Conservação de patrimônio	Conservação de patrimônio	Flexibilidade e negociação
Orientação para o usuário	Empreendedorismo	Liderança mobilizadora

b. Cada fator é avaliado por meio de duas competências:

(1) Competência Técnica – trata dos conhecimentos técnicos inerentes ao exercício da função;

(2) Competência Comportamental – trata das habilidades e atitudes presentes no desempenho das funções.

Plano de Desenvolvimento Individual

Objetivo Subsidiado pela avaliação de desempenho descrever ações de desenvolvimento individualmente aos profissionais para o decorrer do semestre.

Normas e Critérios

- I. Ao final de cada período avaliativo, será gerado relatório das pontuações obtidas pelo profissional em cada fator, que informará as competências, nas quais existem lacunas de conhecimento e/ou desempenho e que necessitam de ações de desenvolvimento.
- II. Com base nesses relatórios, o gestor e o profissional traçarão o Plano de Desenvolvimento Individual - PDI, que especifica a competência a ser desenvolvida, o tipo de plano, o método e o conteúdo programático específico.
- III. O PDI deve estar vinculado à prática profissional e aos resultados da avaliação de desempenho, contemplando o objetivo a ser atingido e a respectiva ação de desenvolvimento, com previsão de início e término da ação. Por exemplo: desenvolver a competência “Conhecimento de Métodos e Técnicas” - Qual o conteúdo que se refere, qual a metodologia recomendada e prazo de realização.
- IV. Para as “ações de desenvolvimento” deverão ser consideradas ações que vão além daqueles treinamentos subsidiados pela unidade, que contemplarão o plano Anual, podendo ser visitas, coaching, leituras, benchmarking, etc.

- V. Os Planos de Desenvolvimento Individuais serão analisados pela Gerência de Pessoal e subsidiarão o Plano Anual de Desenvolvimento, que reúne as ações de capacitação previstas para grupos de profissionais de áreas afins.

Controles e Registros

- I. Sistema Integrado de Avaliação de Desempenho Individual;
- II. Planos de Desenvolvimento Individuais;
- III. Dimensionamento das necessidades de treinamento.

Política de Capacitação e Qualificação de Profissionais

A Política de Capacitação e Qualificação dos profissionais da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE busca atender as diretrizes da Unidade, para a obtenção de um corpo funcional qualificado, com as competências necessárias ao cumprimento de suas metas e desenvolvimento de sua missão.

Implementar a Política de Capacitação e Qualificação ora traçada, significa obter como resultado profissionais possuidores de competências essenciais à execução de suas atividades, conforme as atribuições de seu cargo ou da área de sua lotação/atuação.

Com enfoque na qualificação profissional, na motivação para o trabalho e na melhoria da qualidade de vida dos profissionais, serão adotadas algumas diretrizes básicas para definir a política de capacitação e qualificação da Instituição e, conseqüentemente, delinear um programa de desenvolvimento dos seus recursos humanos.

A Política de Capacitação e Desenvolvimento dos profissionais da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE focará na promoção, aprimoramento e capacitação de pessoas que exerçam suas atividades na Unidade, bem como também estimular a produção científica realizada dentro da organização e desta forma agregar valores aos profissionais e aos serviços ofertados aos usuários do Sistema Único de Saúde.

Para uma Instituição que tem como objetivo fortalecer ações para o cumprimento dos objetivos estratégicos voltados à aprendizagem, a promoção do desenvolvimento pessoal e profissional de seu quadro de profissionais é condição indispensável para tal finalidade.

Dessa forma a Política de capacitação será traçada no sentido de responder à necessidade de integrar, fundamentalmente os profissionais em cursos de formação e de educação continuada e como consequência favorecer aos seus profissionais no exercício pleno de suas funções e a melhoria de desempenho na Instituição.

Sob essa perspectiva o documento ora disposto resulta do esforço da atual gestão em parceria com o agrupamento multiprofissional de pessoas que compartilhem as diversas áreas de conhecimento e se propõe a estabelecer diretrizes para nortear as ações de desenvolvimento das potencialidades institucionais esperando atingir novos patamares para um serviço público de maior qualidade.

Princípios

obediência à legislação vigente, em especial ao Estatuto do Servidor Público Estadual (Lei 10460/88);

cumprimento das metas estabelecidas para a capacitação previstas no Contrato de Gestão;

elaboração de Programa de Capacitação regido pelos princípios da vinculação das ações de capacitação ao planejamento estratégico e ao desenvolvimento organizacional da Instituição;

sistema de gestão por competências, ferramenta gerencial que permite planejar, monitorar e avaliar ações de capacitação a partir da identificação dos conhecimentos, habilidades e das atitudes necessárias ao desempenho das funções;

melhoria da eficiência, eficácia e qualidades dos serviços públicos prestados;

garantia de Programa de capacitação que viabilize a formação e o aperfeiçoamento técnico, gerencial e comportamental do servidor;

adequação do perfil do profissional às demandas da unidade;

fortalecimento das ações para o cumprimento dos objetivos estratégicos voltados à aprendizagem;

Diretrizes

- I. ações de capacitação voltadas à propiciar ao profissional os conhecimentos e habilidades necessários à realização de tarefas, ao planejamento das atividades da Instituição e ao seu próprio papel e à responsabilidade na implementação do Plano de Desenvolvimento Individual;
- II. produção periódica de diagnóstico dos efeitos das ações desenvolvidas, tendo em vista a identificação e respostas às demandas articuladas pelo Sistema Integrado de Avaliação de Desempenho Individual e os planos de desenvolvimento Individuais traçados;
- III. necessidades de capacitação diagnosticadas, de forma articulada com os setores e a partir daí a consolidação do plano anual de capacitação;
- IV. criação e/ou estabelecimento de processos sistemáticos de capacitação e qualificação.
- V. incentivo à participação dos profissionais às ações que visem a qualificação profissional conforme critérios estabelecidos no Regulamento de Afastamento para a capacitação;
- VI. capacitação dos servidores para o desempenho de cargos e funções, nos termos do Programa de Capacitação e Qualificação da Unidade;

Instrumentos

São instituídos como instrumentos da Política de Capacitação e Qualificação as seguintes ferramentas:

- I. Programa de Capacitação e Qualificação dos profissionais da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE - programa que objetiva estabelecer diretrizes para

as ações que visem o crescimento profissional de seus profissionais ao alcance da missão institucional e à excelência nos serviços prestados.;

- II. Regulamento de Afastamento para a capacitação: normatização interna que estabelece, em conformidade legal, os critérios a serem obedecidos para a dispensa ou a licença dos profissionais para a participação de eventos de capacitação fora da Unidade com o abono da frequência.
- III. Portarias normatizadoras da realização dos eventos de aprendizagem na Instituição e do afastamento dos profissionais para a participação em capacitações externas;
- IV. Sistema Integrado de Avaliação de Desempenho Individual e o Plano de Desenvolvimento Individual - mensuração das competências requeridas a partir de critérios pré-estabelecidos que subsidiará o Plano de Desenvolvimento Individual.
- V. Levantamento de Necessidades de Treinamento e Desenvolvimento - Dimensionamento anual das necessidades de treinamento, elaborado a partir do levantamento setorial, que compreenderá as definições dos temas, as metodologias de capacitação, bem como as ações de capacitação voltadas à habilitação dos profissionais;
- VI. Relatório de execução do plano anual de capacitação – documento elaborado pelo consolidado das informações sobre as ações de capacitação realizadas no ano anterior e a análise dos resultados alcançados.

Programa de Qualidade de Vida no Trabalho

A promoção da saúde do trabalhador baseia-se no conceito de que a saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição, boas condições de trabalho, ambiente físico limpo, hábitos e estilo de vida saudável.

Diante do exposto optamos como ponto de partida para o desenvolvimento e implantação de um Programa de Qualidade de Vida – PQV a identificação das principais causas do adoecimento de trabalhador e assim definir ações para minimizar os problemas existentes e planejar estratégias para a prevenção de doenças ocupacionais através de orientações individuais e coletivas. Diante dos principais motivos do absentismo é imprescindível que o Programa, implemente os monitoramentos para: hipertensão arterial, diabetes, obesidade, e gestantes bem como a realização de campanhas para tabagismo / alcoolismo / uso de drogas, DST/AIDS, orientações sobre alimentação saudável e o incentivo à atividade física. Estas ações culminarão, também, na prevenção de doenças osteomusculares.

Um dos aspectos relevantes à promoção da saúde do trabalhador é o nutricional e através da orientação, educação e o fornecimento de alimentação adequada e equilibrada pode-se promover a saúde e prevenir doenças. Para Cooper (1982), a dieta é o alicerce sobre o qual está assentado o bem-estar total, físico e emocional do indivíduo e o desenvolvimento de um corpo saudável.

Além de alimentar-se bem o trabalhador precisa ter uma rotina atividades físicas para se manter mais dispostos e produtivos. Para atender a essa necessidade do profissional será implementado um programa a ginástica laboral, além dessa ação interna deve-se orientar para a prática de atividades físicas fora do ambiente de trabalho, porque elas trazem benefícios tanto físicos como mentais.

A saúde mental também deve ser tratada no Programa de Qualidade de Vida, pois estudos mostram em documento da Comisión de lãs Comunidades Europeias, enfermidades consideradas emergentes, como o estresse, a depressão, ansiedade, assim como a violência no trabalho, o assédio e a intimidação, são responsáveis por 18% dos problemas de saúde associados ao trabalho, uma quarta parte dos quais implica em duas semanas ou mais de ausência no ambiente da organização.

O desenvolvimento de ações de prevenção devem ser adotadas, porque a prevenção é a chave para enfrentar o peso das doenças relacionada ao trabalho e é mais eficaz e menos dispendiosa do que o tratamento e a reabilitação, neste a POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE

POSSE vai atuar em diversas frentes (acompanhamento de pessoas portadoras de doença crônicas como: diabetes, pressão arterial, obesidade e gestantes) e manter as ações de prevenção e promoção à Saúde, entende-se por ações prevencionistas do trabalho, as que são motivadas pelo estudo das características locais da população envolvida, antecedendo-se aos acontecimentos reais com a elaboração de um plano de educação continuada em assuntos de promoção à Saúde.

A falta de programa de qualidade de vida no trabalho abre um imenso precedente para o adoecimento físico, mental e emocional dos trabalhadores, uma situação saudável de trabalho seria a que permitisse o desenvolvimento do indivíduo, alternando exigências e períodos de repouso, numa interação dinâmica homem-trabalho-ambiente.

O controle do absenteísmo é uma ferramenta necessária na gestão de saúde. A consolidação das informações obtidas neste controle orientará ações corretivas e preventivas a serem implementadas na busca de melhor performance da Saúde Ocupacional.

O desenvolvimento das atividades para promoção da saúde e qualidade de vida dos profissionais, estagiários e residentes será integrada, com participação multiprofissional, visando atender a demanda de forma direcionada.

Objetivos:

- Identificação de riscos potenciais de saúde, por meio de perfil epidemiológico da força de trabalho da unidade;
- Humanização do espaço de trabalho, através de ações que visem ao desenvolvimento humano;
- Promoção da autoestima e do bem-estar físico e mental;
- Incentivo a mudanças de estilos de vida através de exercícios, boa alimentação e monitoramento da saúde.

Programa de Ginástica Laboral

De acordo com um estudo publicado na Revista Brasileira de Ciências do Esporte a ginástica laboral pode ser uma alternativa muito eficaz para combater a incidência de dores nas costas e lombalgias nas instituições. Além disso, a pesquisa também apontou que incentivar essa prática ajuda a corrigir a postura dos trabalhadores, indicando que os profissionais levam essa prática para o seu cotidiano. (SOC – Software Integrado de Gestão Ocupacional).

A implantação do QVT, considerando a atividade física, será do tipo preparatória (no início do expediente): visando preparação da musculatura e das articulações que serão utilizadas no trabalho, prevenindo acidentes, distensões musculares e doenças ocupacionais.

A ginástica laboral deverá incentivar a prática de atividades físicas bem como a prática de hábitos saudáveis fora do ambiente de trabalho, através de palestras.

Serão definidas estratégias para orientar o profissional sobre a importância da prevenção às doenças relacionadas ao trabalho.

Acompanhamento Psicológico

São vários os fatores presentes no ambiente hospitalar que influencia na qualidade de vida no trabalho dos profissionais de saúde, como os abalos físicos e psicológicos a que estão expostos, estrutura ambiental, as jornadas duplas de trabalho, as insatisfações com o trabalho, a sobrecarga das atividades, o dimensionamento de pessoal às vezes insuficiente, o processo de trabalho desgastante, o trabalho noturno, os acidentes de trabalho e o elevado nível de tensão e stress próprio do ambiente, por estarem lidando com a vida humana.

Nesse contexto, o atendimento psicológico integra o QVT proposto pela ABEAS, visando contribuir para a melhoria da saúde e bem-estar dos trabalhadores da unidade, na perspectiva de melhorar a qualidade da assistência prestada e a eficiência organizacional. O suporte psicológico aqui apresentado, poderá ser implementado nas seguintes linhas de ação.

Divulgação

- Difundir no âmbito da unidade, informações pertinentes à saúde mental, divulgando as ações de forma direta e transparente, buscando envolver as equipes nos objetivos do programa.
- Difundir na unidade informações pertinentes ao bem-estar psíquico, por meio de palestras, panfletos, cursos rápidos "in loco" voltados para a rotina setorial, email, dentre outros.
- Promover campanhas educativas em datas comemorativas relacionadas à promoção à saúde mental.

Atividades desenvolvidas para melhoria da saúde mental:

- Ações que proporcionem melhora no bem-estar físico e mental aos profissionais da unidade.
- Suporte psicológico às equipes ou grupos de trabalho, cujas funções ou ambiente a que estão sujeitos, interfiram no equilíbrio/estabilidade emocional dos mesmos, por meio de grupos de apoio terapêutico;
- Momentos de Técnicas de Relaxamento a todos os profissionais interessados;
- Dinâmicas de Grupos em setores que apresentem relações de trabalho conflituosas, as quais estejam interferindo negativamente no alcance dos objetivos institucionais.

2.7.6.3. Registro e controle de pessoal e modelo para escalas de trabalho

A ABEAS instituirá o Programa de Tratamento de Registro de Ponto – SREP e o consequente sistema de Registro Eletrônico de Ponto dos Profissionais lotados na Policlínica.

Tais normatizações estão em acordo com a legislação vigente, e considera, sobretudo, as Portarias e instruções Normativas do Ministério do Trabalho e Emprego – MTE.

O programa compreende o conjunto de rotinas informatizadas que tem por função tratar os dados relativos a marcação dos horários de entrada e saída, gerando relatório do Espelho de Ponto Eletrônico, o Arquivo Fonte de Dados Tratados - AFDT e Arquivo de Controle de Jornada para Efeitos Fiscais – ACJEF, devendo os referidos arquivos e relatórios serem disponibilizados aos auditores fiscais, no caso de fiscalização, sendo que os profissionais deverão cumprir a jornada de trabalho estabelecida pela ABEAS, não sendo permitida a realização de horas extras, salvo quando houver autorização da Diretoria Executiva.

Para o Registro Eletrônico de Ponto, a ABEAS se utilizará de equipamentos de última geração, homologados pelo Ministério do Trabalho e Emprego e que possibilitem o fiel controle e gestão dos recursos humanos. O espelho de ponto e controle de intervalos deverão ser assinados pelos profissionais e pelos superiores imediatos, sendo que a Diretoria Administrativa, com apoio do Setor de Tecnologia da Informação, é encarregada de atender ao disposto pela instituição e ao estabelecido na legislação em vigor.

Os profissionais deverão registrar no Ponto Eletrônico o horário de entrada, saída para intervalo de refeições, retorno do intervalo e no final do dia de trabalho, segundo o horário de trabalho constante da escala de trabalho / quadro de horário afixado em local visível e, caso os profissionais esqueçam de registrar o ponto eletrônico nos horários estabelecidos, os mesmos serão advertidos por escrito.

Outrossim, os ocupantes dos Cargos de Coordenação e Assessoramento Superior e dos cargos de Coordenação e Assessorias Intermediárias poderão ser dispensados do registro eletrônico de ponto, mediante deliberação superior, podendo utilizar o Sistema Manual de Registro de Frequência.

Proposta de Escala de Trabalho

ABEAS	POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE ESCALA MENSAL DE SERVIÇO
--------------	--

Ano:	Mês:	Setor:																																
Cargo:																																		
NOME	DATA																																	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			

2.7.7. METODOLOGIA DE PROJETOS E INDICADORES

2.7.7.1. Sistemática e Metodologia do Trabalho

A presente proposta destina-se a organizar o funcionamento da unidade de estatística POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE, utilizando para tanto métodos estatísticos próprios para a área da saúde e tem como seu principal objetivo ajudar a entender o funcionamento e características dos serviços prestados pelo hospital e as suas consequências.

- Estatística Administrativa: Elabora os Indicadores e outras estabelecidas pela Administração da Unidade.
- Estatística Nosológica: Refere-se às causas de morbidade e mortalidade das investigações classificadas de acordo com a Codificação Internacional de Doenças (CID-10), contidos em nosso Sistema Integrado de Gestão de Saúde.

Será criado um manual de normas, serviços e rotinas, que visa o melhor aproveitamento dos recursos e dados existentes, bem como a implantação, coleta e gerencia de novos dados.

O auxílio de uma ferramenta de BI (Business Intelligence) será de fundamental importância para o sucesso dessa etapa.

Estar a par dos problemas da instituição é uma das metas da Unidade de Estatística, de forma a fomentar a Direção e Comissões, inclusive com comparativos com outros núcleos de trabalho, hospitais, identificando as áreas em que a POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE pode melhorar e as áreas em que se está caminhando corretamente rumo ao sucesso.

A seguir apresentamos de forma simples as técnicas necessárias a organização de um serviço de estatística hospitalar através da utilização das técnicas do controle estatística da qualidade, análise dos indicadores hospitalares, as fases do trabalho estatístico e demais ferramentas.

Finalidade

A finalidade é fornecer dados para a avaliação da instituição e eficiência dos serviços prestados dentro do menor tempo, com qualidade e confiabilidade, atuando e auxiliando uma ampla gama de departamentos dentro da Policlínica.

Objetivo Geral

Investir na busca de parâmetros fidedignos que facilitem a tomada de decisão, o planejamento e a pesquisa científica sem esquecer seu papel de agente fiscalizar em saúde pública e elemento de ligação ao sistema de informação em saúde.

Objetivos Específicos

- Resgatar a importância do SAME (Serviço de Arquivo Médico e Estatística) nas instituições de saúde;
- Servir como roteiro, ajudar e apresentar de maneira simples as noções necessárias à organização de um serviço de estatística;
- Facilitar a compreensão das circunstâncias que envolvem sua administração e interpretação de seus indicadores;
- Contribuir com a pesquisa clínica;
- O registro das evoluções médicas;
- O registro das evoluções de enfermagem.

Composição da Unidade

A Unidade de Estatística terá composição multidisciplinar e multiprofissional, contando com seis componentes. As unidades de saúde em sua maioria não dispõem de pessoal qualificado para o desempenho das atividades estatísticas. Antes de planejar e organizar o serviço de estatística deve-se preparar o pessoal habilitado necessário ao seu funcionamento. Este preparo deve ser feito através de curso específico, com o objetivo de melhorar o aproveitamento dos recursos humanos. São atribuições da Unidade de Estatística:

- Compaginar e fazer revisão de identificação dos prontuários médicos dos pacientes egressos;
- Manter o controle do uso das informações dos diferentes índices;
- Codificar diagnósticos existentes no prontuário;
- Manter índices de doenças (arquivo nosológico), segundo normas estabelecidas;
- Processar informações coletadas e revisadas para o relatório mensal;
- Processar as fichas de indicadores, coletando os dados setoriais;
- Preparar relatório estatístico mensal e anual.

A Unidade funcionará nos turnos matutino (07h00min às 13h00min) e vespertino (13h00min às 19h00).

2.7.7.2. Indicadores

As estatísticas de saúde são construídas a partir de dados relativos a eventos vitais (nascimentos, óbitos e perdas fetais), estrutura da população, morbidade (doenças) e serviços e atividades sanitárias. A avaliação da situação de saúde de uma comunidade pode ser complementada por coeficientes e índices provenientes de medidas de avaliação de saúde também conhecidas como medidas hospitalares ou indicadores hospitalares (Laurenti et al., 1987).

Indicadores são instrumentos utilizados para avaliar o desempenho da unidade de saúde, envolvendo sua organização, recursos e metodologia de trabalho. Os dados coletados nas diversas áreas da unidade, quando relacionados entre si, transformam-se em instrumentos de gestão úteis para a avaliação da assistência prestada, quantidade e tipo de recursos envolvidos, controle dos custos gerados na produção dos serviços e grau de resolutividade dos mesmos. (APM e CRM/SP, 1992).

Em que pese o fato de que indicadores são meramente reflexos de uma situação real e, portanto, medidas indiretas e parciais de uma situação complexa, quando calculados

sequencialmente, no tempo, podem indicar a direção e a velocidade das mudanças e servem para comparar diferentes áreas ou grupo de pessoas em um mesmo momento (Mello Jorge et al., 1992).

Uma ressalva a ser considerada é a grande dificuldade existente em definir e interpretar "gold standards" para a performance de unidades de saúde. A alternativa é acompanhar indiretamente o desempenho ao longo do tempo, na própria instituição e comparativamente a outras unidades, através de indicadores.

Azevedo (1993) por sua vez, destacou "a complexidade e os cuidados que devem acompanhar qualquer tentativa de comparação entre a qualidade de distintos serviços de saúde por similares que pareçam, iguais a um primeiro exame".

Para facilitar as comparações de dados e informações dentro dos hospitais e entre hospitais, a terminologia, as definições, o vocabulário e a nomenclatura utilizada devem estar acordados e padronizados, de maneira uniforme.

Os dados devem ser codificados para que possam ser armazenados de forma compacta e recuperados mais rapidamente. A Classificação Internacional de Doenças é um exemplo de codificação bem conhecido por profissionais de saúde.

Nesse contexto, é importante salientar que o indicador é uma variável, característica ou atributo de estrutura, processo, estratégico ou resultado que é capaz de sintetizar, representar, ou dar maior significado ao que se quer avaliar, sendo válido, portanto, num contexto específico. Neste Plano, será utilizado um conjunto de indicadores que deverá mensurar a melhoria do desempenho da Unidade de Saúde e sua efetividade no contexto da atenção à saúde, humanização, ensino e pesquisa e gestão administrativa e financeira.

O estabelecimento de uma linha de base que permita situar a Unidade em relação a esses quesitos será imprescindível para estabelecer condições de avaliar seu desempenho.

Para tanto, a ABEAS propõe a utilização, no decorrer da sua gestão, dos indicadores relacionados a seguir, os quais estão divididos em Indicadores de Resultado (RES), Indicadores de Estrutura (ESTR) Indicadores de Processos (PROC) e Indicadores Estratégicos. Todavia,

ressaltamos que os indicadores propostos serão parametrizados e reavaliados no período de um ano ou sempre que necessária a implantação de outros meios de mensuração de desempenho.

Tabela de Indicadores			
Classificação	Setor	Indicador	Dados / Método
ESTR	DIRETORIA ADMINISTRATIVA	Índice de equilíbrio entre receita e despesa	Valor total de receita / Valor total de despesa
RES	OUVIDORIA	Resultados das Pesquisas de Satisfação e Ações de Melhorias Divulgadas	Número de divulgações
RES	OUVIDORIA	Atenção ao usuário	Queixas recebidas/queixas resolvidas
PROC	GERÊNCIA DE ENFERMAGEM	Índice de Quedas Ocorridas na Instituição	Total de quedas no período / Total de pacientes-dia
ESTR	NUTRIÇÃO	% De pacientes com risco > = 3	nº de pacientes com risco > ou = 3 / Total de pacientes avaliados (Triados)
ESTR	NUTRIÇÃO	Giro de estoque	Valor total de saída / Valor total de Entrada
ESTR	ENGENHARIA CLINICA	Tempo médio para reparo (Dias)	Tempo médio para reparo em horas, período de 6 meses (indicado pelo sistema DÍNAMUS) / 24
ESTR	ENGENHARIA CLINICA	Taxa de Atendimentos das Manutenções Preventivas	Total de O.S.M.P. fechadas no período / Total de O.S.M.P. abertas no período x100
ESTR	ENGENHARIA CLINICA	Relação das Manutenções Preventivas e Corretivas	Total de O.S.M.P. fechadas no período / Total de O.S. fechadas no período x100
ESTR	ENGENHARIA CLINICA	Taxa de Atendimento das Inspeções dos Gases Medicinais	Total de O.S.I.G.M. fechadas no período / Total de O.S.I.G.M. abertas no período x100;
RES	ENGENHARIA CLINICA	Taxa de Atendimento das Manutenções Corretivas	Total de O.S.M.C. fechadas no período / Total de O.S.M.C. abertas no período x100
ESTR	ENGENHARIA CLINICA	Taxa de Manutenções Corretivas Internas	Total de O.S.M.C. Internas fechadas no período / Total de O.S.M.C. fechadas no período x 100;
RES	ENGENHARIA CLINICA	Taxa de Atendimento das O.S. dentro do Tempo de Criticidade	Total de O.S.M.C. Atendidas dentro do tempo estabelecido pela criticidade / Total de O.S.M.C. fechadas no período
ESTR	ENGENHARIA CLINICA	Tempo médio entre falhas (meses) Monitor Multiparamétrico	Tempo do período analisado (-) (Data e Hora de Funcionamento (-) Data e Hora de Parada) / Total de ordens de serviços de manutenções corretivas
ESTR	ENGENHARIA CLINICA	Tempo médio entre falhas (meses) Estação de Anestesia	Tempo do período analisado (-) (Data e Hora de Funcionamento (-) Data e Hora de Parada) / Total de ordens de serviços de manutenções corretivas

ESTR	ENGENHARIA CLINICA	Tempo médio para Reparo (TMPR)	TRPT = Tempo em reparo total; ? = Somatório n = quantidade de OSs por equipamento Tr = tempo de reparo i = quantidade de equipamentos Se dividirmos por n, que é o número de ciclos de trabalho ou o número de vezes em que a máquina trabalhou e quebrou
ESTR	GERÊNCIA DE PESSOAL	Quantidade de ações de treinamento nos protocolos institucionais	Somatório de ações de treinamento nos Protocolos realizados no período, / total previsto (20) mais o percentual já realizado
RES	GERÊNCIA DE PESSOAL	Índice de Satisfação quanto ao Clima Organizacional	nº de colaboradores satisfeitos / nº de pesquisas realizadas
ESTR	GERÊNCIA DE PESSOAL	% de Participação do Recém-Admitido no Treinamento Introdutório Funcional	nº de colaboradores que participaram do Treinamento Introdutório Funcional no período / nº de colaboradores que foram admitidos no período de referência
ESTR	GERÊNCIA DE PESSOAL	Índice de adequação do recém-admitido à vaga	nº de colaboradores adequados à vaga / nº de avaliações realizadas
ESTR	GERÊNCIA DE PESSOAL	Tempo médio de preenchimento de vagas	Somatório da quantidade de dias de cada vaga preenchida por grupo <hr/> Número de vagas 1. Soma das médias da quantidade de dias para o preenchimento da vaga para cada grupo profissional 2. nº de vagas preenchidas.
ESTR	GERÊNCIA DE PESSOAL	% de Taxa de Rotatividade (Turnover)	(Número de admissões + desligamentos)/2 / 1/Nº de colaboradores ativos no cadastro do hospital * 100
RES	GERÊNCIA DE PESSOAL	Índice de Treinamento	(Número funcionários ouvintes no curso 1 x carga horária curso 1) + (Número funcionários ouvintes no curso 2 x carga horária curso 2) + ...+ ... + (Número funcionários ouvintes no curso n x carga horária curso n) x 1000 / Numero de horas/Homem trabalha
ESTR	GERÊNCIA DE PESSOAL	Tempo médio de preenchimento de vagas	Somatório da quantidade de dias de cada vaga preenchida por grupo <hr/> Número de vagas

			1. Soma das médias da quantidade de dias para o preenchimento da vaga para cada grupo profissional 2. nº de vagas preenchidas
RES	GERÊNCIA DE PESSOAL	Índice de Treinamento	(Número funcionários ouvintes no curso 1 x carga horária curso 1) + (Número funcionários ouvintes no curso 2 x carga horária curso 2) + ...+ + (Número funcionários ouvintes no curso n x carga horária curso n) x 1000 / Numero de horas/Homem trabalhadas
RES	SESMT	Taxa de adesão aos exames periódicos	Número de exames periódicos realizados / Quantidade Total Convocações na semana x 100
ESTR	SESMT	Taxa de entrega de documentos de empresas terceirizadas	Números de empresas terceirizadas que entregaram toda documentação / Quantidade Total de empresas terceirizadas x 100
RES	SESMT	Estatística de acidente de trabalho com material biológico	Número de acidentes com material biológico / número total de colaboradores * 100
ESTR	ALMOXARIFADO	Cancelamento de solicitações	Nº de solicitações canceladas / Nº total de solicitações
RES	ALMOXARIFADO	Falta de estoque	Nº itens não atendidos por falta de estoque / Nº de itens solicitados x 100
ESTR	ALMOXARIFADO	Fornecedores abaixo do índice satisfatório	Nº Fornecedores com nota insatisfatória / Nº Total de fornecedores x 100
ESTR	ALMOXARIFADO	Acurácia dos estoques	Quantidade de itens com estoque correto / Quantidade de itens contado x 100
ESTR	ALMOXARIFADO	Índice de Abastecimento de gases medicinais - cilindros	Quantidade Atendida / Quantidade Solicitada x 100
ESTR	ALMOXARIFADO	Eficiência atendimento OS almoxarifado	Qtd. Ordens de serviço concluídas / Qtd. OS solicitadas x 100
ESTR	ALMOXARIFADO	Eficiência por item atendido	Nº de itens solicitados / Nº de itens atendidos c/ divergência
RES	ALMOXARIFADO	Giro de Estoque	Saídas Setor (por custo) / Estoque Médio (E méd)
ESTR	AMBULATÓRIO	Quantidade de consultas médicas	Quantidade de consultas médicas no mês
ESTR	AMBULATÓRIO	Quantidade de consultas não médicas	Quantidade de consultas não médicas no mês
ESTR	AMBULATÓRIO	Índice de Aproveitamento de vagas	Nº de consultas agendadas / Nº de vagas ofertadas
ESTR	AMBULATÓRIO	Índice de Absenteísmo de Consultas Ambulatoriais	Nº de consultas não realizadas / Nº de consultas agendadas

ESTR	FARMÁCIA	Planejamento de compras	Valor das compras emergenciais / valor da compra mensal x100
ESTR	FARMÁCIA	Recebimento de insumos	Número de entregas realizadas / nº de entregas com cancelamentos x100.
ESTR	FARMÁCIA	Avaliação de fornecedores	Número de fornecedores abaixo do esperado / nº fornecedores dentro do esperado x100.
ESTR	FARMÁCIA	% de Perda de drogas por validade	Quantitativo de itens vencidos / quantidade dos itens da mesma classe terapêutica em estoque.
ESTR	FARMÁCIA	Inventário	Quantitativo de itens divergentes / Quantidade de itens contabilizados no inventário x 100
ESTR	FARMÁCIA	Giro de estoque	Valor de entrada no estoque / Valor de saída do estoque
ESTR	FARMÁCIA	% De erro nos kits confeccionados na dispensação	Número de kits que apresentaram erro / Número de kits analisados / x100
ESTR	FARMÁCIA	Atendimento dos Kits de medicamentos	Número de kits atendidos com itens faltantes / Número de kits atendidos em sua totalidade
RES	SEGURANÇA PATRIMONIAL	% de Ocorrências adversas identificadas nas rondas	Número de eventos adversos identificados durante as rondas / Número de rondas realizadas registradas em bastão *100
RES	TECNOLOGIA	Índice de OS fechadas no mesmo dia por mês	Quantidade de OS fechadas no mesmo dia / Quantidade de OS abertas no mês * 100
RES	TRANSPORTE	% de Ocorrências adversas identificadas no Controle de Transporte de Pacientes/sangue	Número de eventos adversos identificados durante o Transporte de Paciente e ou sangue / Número de Transportes solicitados
ESTR	SAME	Prontuários solicitados sob demanda / Prontuários apresentados pelo Arquivo sob demanda	Prontuários solicitados) / Prontuários apresentados
RES	MANUTENÇÃO PREDIAL	Porcentagem de atendimentos das solicitações de manutenção corretiva em obra civil	nº de ordens de serviço fechadas / nº de ordens de serviço abertas *100
ESTR	MANUTENÇÃO PREDIAL	Taxa de realização das manutenções preventivas do ar condicionado	nº de manutenções realizadas do ar condicionado / nº de manutenções planejadas do ar condicionado * 100
ESTR	MANUTENÇÃO PREDIAL	Taxa de realização das manutenções preventivas do grupo gerador	nº de manutenções realizadas do grupo gerador / nº de manutenções planejadas do grupo gerador * 100

ESTR	MANUTENÇÃO PREDIAL	% Tratamento de Água nos Sistemas de Ar Condicionado	nº de tratamento de água realizados nos sistemas de ar condicionado / nº de tratamento de água planejados nos sistemas de ar condicionado * 100
RES	MANUTENÇÃO PREDIAL	% de Atendimento das OS dentro do Tempo de Criticidade	nº de ordens de serviço fechadas / nº de ordens de serviço abertas *100

2.8. Planilha de Custeio Mensal

PLANILHA DE DESPESAS MENSAIS													
Itens de Despesas	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12	TOTAL
1. Pessoal	R\$ 417.000,00	R\$ 450.000,00	R\$ 490.000,00	R\$ 570.000,00	R\$ 570.000,00	R\$ 570.000,00	R\$ 570.000,00	R\$ 570.000,00	R\$ 570.000,00	R\$ 570.000,00	R\$ 570.000,00	R\$ 570.000,00	R\$ 6.487.000,00
1.1. Salários	R\$ 185.000,00	R\$ 195.000,00	R\$ 210.000,00	R\$ 240.000,00	R\$ 240.000,00	R\$ 240.000,00	R\$ 240.000,00	R\$ 240.000,00	R\$ 240.000,00	R\$ 240.000,00	R\$ 240.000,00	R\$ 240.000,00	R\$ 2.750.000,00
1.2. Outras Formas de Contratação	R\$ 140.000,00	R\$ 150.000,00	R\$ 160.000,00	R\$ 180.000,00	R\$ 180.000,00	R\$ 180.000,00	R\$ 180.000,00	R\$ 180.000,00	R\$ 180.000,00	R\$ 180.000,00	R\$ 180.000,00	R\$ 180.000,00	R\$ 2.070.000,00
1.3. Enc. Benef de 1.1 e 1.2	R\$ 92.000,00	R\$ 105.000,00	R\$ 120.000,00	R\$ 150.000,00	R\$ 150.000,00	R\$ 150.000,00	R\$ 150.000,00	R\$ 150.000,00	R\$ 150.000,00	R\$ 150.000,00	R\$ 150.000,00	R\$ 150.000,00	R\$ 1.667.000,00
2. Medicamentos	R\$ 25.000,00	R\$ 30.000,00	R\$ 35.000,00	R\$ 35.000,00	R\$ 35.000,00	R\$ 35.000,00	R\$ 35.000,00	R\$ 35.000,00	R\$ 35.000,00	R\$ 35.000,00	R\$ 35.000,00	R\$ 35.000,00	R\$ 405.000,00
3. Materiais	R\$ 24.000,00	R\$ 34.000,00	R\$ 40.000,00	R\$ 45.000,00	R\$ 45.000,00	R\$ 45.000,00	R\$ 45.000,00	R\$ 45.000,00	R\$ 45.000,00	R\$ 45.000,00	R\$ 45.000,00	R\$ 45.000,00	R\$ 503.000,00
3.1. Materiais Hospitalares	R\$ 15.000,00	R\$ 25.000,00	R\$ 30.000,00	R\$ 35.000,00	R\$ 35.000,00	R\$ 35.000,00	R\$ 35.000,00	R\$ 35.000,00	R\$ 35.000,00	R\$ 35.000,00	R\$ 35.000,00	R\$ 35.000,00	R\$ 385.000,00
3.2. Gases Medicinais	R\$ 9.000,00	R\$ 9.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 118.000,00
4. Materiais Diversos	R\$ 47.500,00	R\$ 58.500,00	R\$ 65.500,00	R\$ 75.500,00	R\$ 75.500,00	R\$ 75.500,00	R\$ 75.500,00	R\$ 75.500,00	R\$ 75.500,00	R\$ 75.500,00	R\$ 75.500,00	R\$ 75.500,00	R\$ 851.000,00
4.1. Material de Higienização	R\$ 12.000,00	R\$ 15.000,00	R\$ 17.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 224.000,00
4.2. Gêneros Alimentícios	R\$ 5.000,00	R\$ 6.000,00	R\$ 7.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 108.000,00
4.3. Material Expediente	R\$ 10.000,00	R\$ 15.000,00	R\$ 17.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 222.000,00
4.4. Combustível	R\$ 20.000,00	R\$ 22.000,00	R\$ 24.000,00	R\$ 25.000,00	R\$ 25.000,00	R\$ 25.000,00	R\$ 25.000,00	R\$ 25.000,00	R\$ 25.000,00	R\$ 25.000,00	R\$ 25.000,00	R\$ 25.000,00	R\$ 291.000,00
4.5. GLP	R\$ 500,00	R\$ 500,00	R\$ 500,00	R\$ 500,00	R\$ 500,00	R\$ 500,00	R\$ 500,00	R\$ 500,00	R\$ 500,00	R\$ 500,00	R\$ 500,00	R\$ 500,00	R\$ 6.000,00
5. Serviços de Apoio	R\$ 12.000,00	R\$ 30.000,00	R\$ 35.000,00	R\$ 40.000,00	R\$ 40.000,00	R\$ 40.000,00	R\$ 40.000,00	R\$ 40.000,00	R\$ 40.000,00	R\$ 40.000,00	R\$ 40.000,00	R\$ 40.000,00	R\$ 437.000,00
5.1. Laboratório	R\$ 20.000,00	R\$ 30.000,00	R\$ 35.000,00	R\$ 40.000,00	R\$ 40.000,00	R\$ 40.000,00	R\$ 40.000,00	R\$ 40.000,00	R\$ 40.000,00	R\$ 40.000,00	R\$ 40.000,00	R\$ 40.000,00	R\$ 445.000,00
6. Manutenção	R\$ 30.000,00	R\$ 35.000,00	R\$ 40.000,00	R\$ 40.000,00	R\$ 40.000,00	R\$ 40.000,00	R\$ 40.000,00	R\$ 40.000,00	R\$ 40.000,00	R\$ 40.000,00	R\$ 40.000,00	R\$ 40.000,00	R\$ 465.000,00
6.1. Material / Serviços	R\$ 30.000,00	R\$ 35.000,00	R\$ 40.000,00	R\$ 40.000,00	R\$ 40.000,00	R\$ 40.000,00	R\$ 40.000,00	R\$ 40.000,00	R\$ 40.000,00	R\$ 40.000,00	R\$ 40.000,00	R\$ 40.000,00	R\$ 465.000,00
7. Seguros/Impostos/Taxas	R\$ 51.500,00	R\$ 59.000,00	R\$ 78.000,00	R\$ 88.000,00	R\$ 88.000,00	R\$ 88.000,00	R\$ 88.000,00	R\$ 88.000,00	R\$ 88.000,00	R\$ 88.000,00	R\$ 88.000,00	R\$ 88.000,00	R\$ 980.500,00
7.1. Seguros	R\$ 1.500,00	R\$ 2.000,00	R\$ 4.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 52.500,00
7.2. Impostos/Taxas	R\$ 50.000,00	R\$ 57.000,00	R\$ 74.000,00	R\$ 83.000,00	R\$ 83.000,00	R\$ 83.000,00	R\$ 83.000,00	R\$ 83.000,00	R\$ 83.000,00	R\$ 83.000,00	R\$ 83.000,00	R\$ 83.000,00	R\$ 928.000,00
8. Telefonia	R\$ 3.000,00	R\$ 3.000,00	R\$ 3.500,00	R\$ 3.500,00	R\$ 3.500,00	R\$ 3.500,00	R\$ 3.500,00	R\$ 3.500,00	R\$ 3.500,00	R\$ 3.500,00	R\$ 3.500,00	R\$ 3.500,00	R\$ 41.000,00
9. Água	R\$ 12.000,00	R\$ 15.000,00	R\$ 17.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 224.000,00
10. Energia Elétrica	R\$ 20.000,00	R\$ 25.000,00	R\$ 26.000,00	R\$ 30.000,00	R\$ 30.000,00	R\$ 30.000,00	R\$ 30.000,00	R\$ 30.000,00	R\$ 30.000,00	R\$ 30.000,00	R\$ 30.000,00	R\$ 30.000,00	R\$ 341.000,00
11. Prestação de Serviços Terceiros	R\$ 342.885,50	R\$ 384.452,03	R\$ 632.072,32	R\$ 700.804,24	R\$ 700.804,24	R\$ 700.804,24	R\$ 700.804,24	R\$ 700.804,24	R\$ 700.804,24	R\$ 700.804,24	R\$ 700.804,24	R\$ 700.804,24	R\$ 7.666.648,01
12. Informática	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 120.000,00
13. TOTAL	R\$ 994.885,50	R\$ 1.133.952,03	R\$ 1.472.072,32	R\$ 1.657.804,24	R\$ 1.657.804,24	R\$ 1.657.804,24	R\$ 1.657.804,24	R\$ 1.657.804,24	R\$ 1.657.804,24	R\$ 1.657.804,24	R\$ 1.657.804,24	R\$ 1.657.804,24	R\$ 18.521.148,01

