

3.9.3.5 Sistemas de Tecnologia da Informação

21 - C2.11 Critério Descrição de Sistemas de Tecnologia da Informação

Sistemas de Atendimento

- Utilizaremos sistema próprio de gestão de tecnologia da informação.
 - Na eventualidade de troca do sistema de gestão de tecnologia da informação, nos responsabilizaremos pela adequação das máquinas e qualquer outra infraestrutura necessária ao perfeito funcionamento do sistema na unidade de saúde.
 - Contrataremos o sistema de gestão de tecnologia da informação de acordo com as especificações necessárias para atendimento adequado da população, a fim de registrar eletronicamente todos os procedimentos de assistência à saúde e apresentar indicadores e relatórios, incluindo o prontuário eletrônico.
 - A proposta de preço de trabalho não contemplará despesas com o sistema de gestão de tecnologia da informação.
 - Iremos utilizar sistema próprio, garantimos após análise do layout e de viabilidade a integração de todos os dados solicitados ao sistema de Gestão de Tecnologia da Informação da Santa Casa sem custo para o Município.
- O acesso ao sistema no atendimento e PEP será realizado por meio de plataforma web.
- Enviaremos à Secretaria da Saúde, a lista de funcionários com os dados para cadastro no CNES. Esse procedimento será repetido sempre que houver novas contratações. Informaremos, ainda, os desligamentos diretamente no sistema SCNES para envio a secretaria conforme cronograma do CNES.
- Garantiremos a regularidade da situação no CNES dos funcionários ativos.
- Registraremos eletronicamente os procedimentos de assistência à saúde realizados na unidade, incluindo atendimentos no prontuário eletrônico, consumo dos pacientes em conta hospitalar, e demais exigências de acordo com as Portarias e Instruções Normativas vigente.

225

- Alimentaremos adequadamente os módulos de Farmácia e Almoxarifado para controle de insumos e materiais, além de cadastrar todos os materiais utilizados na unidade para controle.
- Realizaremos registros de atendimento de forma adequada, preenchendo documentos e módulos no sistema informatizado para o histórico assistencial.
- Indicaremos gestores e multiplicadores para treinamento no uso do sistema e na implantação das operações e manteremos sempre gestores capacitados para treinar novos funcionários. Caso necessário, realizaremos treinamento adicional para novas equipes.
- Utilizaremos sistema de chamados interno para registro de qualquer problema ou solicitação referente ao sistema.
- Manteremos computadores em todos os consultórios e salas de procedimentos em quantidade necessária para o registro no PEP de todos os procedimentos executados.
- Manteremos impressoras individuais em todos os consultórios e salas de procedimentos conforme especificado.
- Instalaremos no mínimo um TV Smart entre 30" e 50" em cada recepção, sala de espera ou outro local necessário para comunicação de chamada de pacientes, funcionando como painel de senha integrado ao sistema. O tamanho a ser adotado será definido conforme local a ser utilizado.
- Providenciaremos as tecnologias e equipamentos necessários para acesso ao sistema, como internet, infraestrutura de dados e voz, computadores e certificados digitais dos profissionais.
- Disponibilizaremos acesso à internet de forma independente da estrutura já existente no local.
 - Garantiremos alta disponibilidade de acesso com links de internet redundantes, de operadoras diferentes, utilizando equipamentos de firewall adequados para gestão de múltiplos links.
 - Um dos links será corporativo, com conexão por fibra óptica e taxa garantida de no mínimo 120 Mbps de upload/download.
 - Os links de internet destinados ao uso interno serão distintos da rede wifi destinada à população, garantindo redes separadas.

- Contrataremos os links, hardware adicional, e realizaremos a instalação e configuração para garantir alta disponibilidade de acesso.
 - Acompanharemos a instalação dos links pelos fornecedores contratados na unidade.
 - Realizaremos testes de redundância sempre que solicitado para garantir a continuidade do serviço.
 - Informaremos imediatamente à Secretaria da Saúde qualquer falha nos links.
- Desenvolveremos um Plano de Contingência e encaminharemos para a validação da Secretaria da Saúde, a fim de assegurar a continuidade do serviço durante eventualidades.
- Providenciaremos reparo/reposição de equipamentos em até 24 horas na ocorrência de avarias ou acionaremos o plano de contingência definido na unidade para continuidade das operações.
- Garantiremos reparo/reposição de links de internet em até 4 horas no caso de falhas ou acionaremos o plano de contingência definido na unidade para continuidade das operações.
- Disponibilizaremos suporte técnico em TI durante o horário de atendimento da unidade.
- Asseguraremos que todos os computadores estejam conectados por rede física diretamente ao rack, sem emendas sendo que a utilização de racks adicionais com switch serão instalados seguindo as boas práticas de mercado.
- Forneceremos um Painel Web com, no mínimo, 10 acessos, para acompanhamento remoto de métricas em tempo real, como tempos de espera por cor, triagem e número total de todos os tipos de atendimentos no dia e mês.
- A maioria dos equipamentos de tecnologia será da modalidade de serviço. Contudo, caso sejam adquiridos equipamentos com recursos públicos, estes serão incorporados ao patrimônio da Prefeitura ao término do contrato, sendo entregues em perfeito estado de conservação e funcionamento.
- Manteremos computadores em número suficiente para evitar atrasos nas operações.

- Todos os computadores e periféricos utilizados estarão em pleno funcionamento, cumprindo ou superando as configurações solicitadas.
- Resolveremos problemas em computadores ou periféricos no prazo máximo de 4 horas, incluindo substituições quando necessário, sem ônus à Prefeitura ou acionaremos o plano de contingência definido na unidade para continuidade das operações.

Integração com outros serviços de apoio diagnóstico

- Disponibilizaremos interface para inclusão dos resultados nos sistemas contratados pela Santa Casa, nos casos em que utilizarmos serviços de apoio diagnóstico de terceiros.
- Integraremos aos sistemas contratados pela Santa Casa todos os exames e procedimentos realizados nos pacientes, sem quaisquer ônus à Prefeitura.
 - Garantiremos que toda entrada de dados nos sistemas contratados pela Santa Casa, como a solicitação de exames, será registrada na base de dados por meio de WebService ou integração via banco de dados. A liberação dos resultados será enviada ao Sistema da Santa Casa também por WebService ou integração via banco de dados.
 - Teremos acesso ao dicionário de dados e às características tecnológicas do Sistema da Santa Casa para verificar os serviços que poderão ser desenvolvidos.
- Quando possível, importaremos informações referentes aos pacientes e aos exames solicitados.
- Exportaremos todas as informações referentes aos exames e aos respectivos pacientes.
- Todas as rotinas de importação e exportação serão efetuadas exclusivamente via WebService ou integração via banco de dados.
- Garantiremos que todo esse processo será realizado sem impacto financeiro para a Prefeitura.
- Caso nosso sistema não contemple alguma informação necessária para o funcionamento da unidade, faremos as adequações necessárias.
- Se houver necessidade de desenvolvimento, assumiremos a responsabilidade por sua execução.

- O aplicativo será instalado no servidor próprio da Santa Casa e ficará disponível no local da prestação do serviço, garantindo backup externo das informações e sistemas utilizados na unidade.
- O aplicativo será compatível com a plataforma web.
- Forneceremos especificações mínimas do servidor Web para execução do sistema.
- O faturamento dos procedimentos será realizado exclusivamente através da exportação dos dados do sistema da santa casa e importação nos sistemas oficiais do DATASUS.

Especificações Mínimas: Computadores

- Disponibilizaremos computadores novos e nunca usados, atendendo às configurações mínimas:
 - Processador com, no mínimo, 4 núcleos e 8 Threads, frequência mínima de 3.0GHz e memória cache total de no mínimo 6 MB.
 - Unidade SSD NVMe ou SATA com capacidade mínima de 256 GB.
 - Memória RAM SDRAM DDR-4 com velocidade mínima de 2666 MHz e capacidade mínima de 8 GB.
 - Performance mínima de 6000 pontos no Passmark CPU Mark, conforme [Benchmark disponível] (http://www.cpubenchmark.net/cpu_list.php).
 - Mouse óptico USB com 2 botões e scroll.
 - Teclado padrão ABNT II USB, com bloco numérico, no mínimo 107 teclas e cabo de 1,5 m ou mais.
 - Monitor com tela de 21,5" ou superior.
- Garantiremos entrega com licença original e válida do sistema operacional Microsoft Windows 11 Pró 64 bits, em português do Brasil.

Especificações Mínimas: Impressoras

- Para consultórios:
 - Velocidade de impressão A4 no mínimo 20 ppm.
 - Resolução de impressão no mínimo 1200 x 1200 dpi.

- Tecnologia de impressão: laser, ciclo mensal de no mínimo 10.000 páginas.
- Suporte para mídias de 60 a 163 g/m² e tamanhos A4, A5, Ofício, entre outros.

● **Para locais de acesso compartilhado:**

- Impressora multifuncional monocromática com impressão, cópia e digitalização.
- Velocidade mínima de 55 ppm.
- Resolução de impressão no mínimo 1200 x 1200 dpi.
- Memória mínima de 1 GB e processador mínimo de 700 MHz.
- Bandeja com capacidade mínima de 500 folhas e alimentador duplex.
- Impressão segura com uso de senha no painel e frente e verso automático.
- Digitalização em TIFF, JPG, PDF e PDF pesquisável.

230

Impressora de Identificação / Classificação de Risco

Garantimos uma solução para impressão de pulseiras de identificação e classificação de risco:

- Impressão colorida, respeitando as cores da gravidade de risco ou identificação com.
- Dados do paciente impressos na pulseira, incluindo nome, nome da mãe e data de nascimento.
- O fornecimento de pulseiras e insumos será de nossa responsabilidade.

● **Certificado Digital**

Forneceremos certificados digitais válidos aos funcionários, conforme exigências legais e regulatórias.

- Todos os profissionais assistenciais, quando necessário terão certificados do tipo A3 nuvem. O acesso ao sistema será somente com o uso de certificado.

DESCRIPTIVO DO SOFTWARE DE GESTÃO UPA ZONA LESTE

O sistema que será utilizado reúne um conjunto de soluções que não apenas simplificam o fluxo de informações entre setores, mas também integram todos os processos da unidade de saúde. O sistema oferece uma abordagem abrangente para gerenciar dados clínicos, assistenciais, administrativos, financeiros e estratégicos, contribuindo para uma gestão mais eficiente e um atendimento de qualidade.

231

Entre os objetivos principais da solução estão:

Estabelecer a padronização dos processos assistenciais, promovendo maior agilidade e precisão nos tratamentos realizados.

Supervisionar as atividades da equipe multiprofissional, assegurando melhor coordenação e eficiência no acompanhamento dos serviços prestados.

Mitigar erros médicos com o uso de prontuário eletrônico, garantindo acesso rápido e simplificado ao histórico completo dos pacientes, o que aumenta a segurança nos atendimentos.

Garantir um ciclo de compras eficiente, eliminando desperdícios e otimizando a administração de materiais como insumos, equipamentos, medicamentos e serviços.

Reduzir a lotação em unidades de urgência e emergência, descongestionando o fluxo de atendimentos e promovendo um cuidado mais humanizado para os pacientes.

Além disso, o sistema destaca-se por incluir informações sobre interoperabilidade com outros sistemas, garantindo integração fluida, além de priorizar a segurança dos dados através de controle de acesso e conformidade legal, bem como oferecer suporte às decisões gerenciais e clínicas.

Exemplos claros de impacto positivo incluem:

Redução de erros nos processos clínicos e administrativos.

Maior agilidade no atendimento, otimizando o tempo e recursos.

Otimização de processos, assegurando eficiência em todas as etapas operacionais.

Interface Simples e Clara: O sistema possui um design amigável, com menus organizados e botões bem localizados, o que facilita a navegação mesmo para usuários sem experiência prévia.



Facilidade de Adaptação: Mesmo sem treinamento extenso, novos usuários conseguem operar o sistema rapidamente, graças à interface intuitiva e à lógica de navegação.

Experiência do Usuário: O sistema é projetado para oferecer uma experiência fluida, destacando ferramentas interativas e elementos visuais que guiam os usuários durante o uso.

Apoio para Decisões: Relatórios e painéis interativos ajudam na visualização de dados, permitindo decisões mais precisas e informadas.

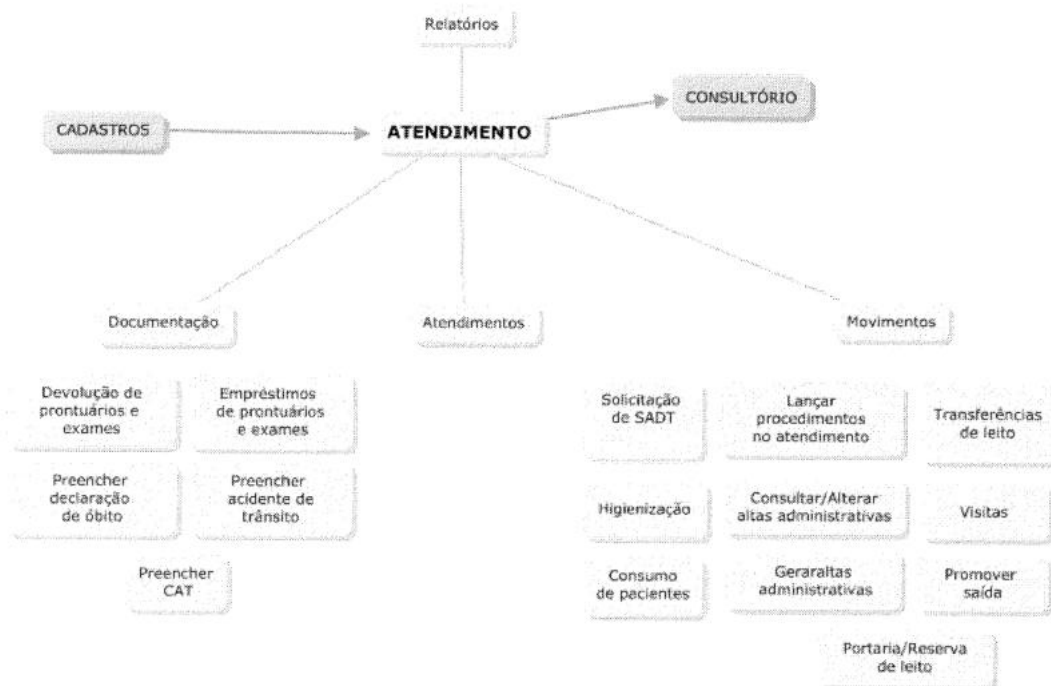
Suporte Multidispositivo: Compatível com computadores, tablets e smartphones, garantindo uma experiência consistente em outros dispositivos.

Principais módulos e funcionalidades.

Atendimento

- **Totem de senha:** Realiza a emissão de senha para garantir um atendimento rápido e conforme normas e legislação aplicáveis.
- **Painel de Senha:** Realiza a chamada do paciente conforme seu tipo de senha ou sua classificação. Possibilita a emissão de relatórios de tempo de atendimento e gestão de filas dos pacientes.
- **Classificação de Risco:** Realiza triagem padronizada com protocolos de risco, priorizando o atendimento de casos mais graves
- **Urgência e Emergência:** Garante registro detalhado e acompanhamento em tempo real dos atendimentos críticos. Configurações de entrada de dados para o SUS.

Figura 35 - Macroprocesso de Atendimento no Sistema Wareline



Fonte: Documentação do Sistema Wareline

Clínica e Assistencial

• Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP):

Com este módulo é possível verificar todas os atendimentos ambulatoriais vinculadas ao prontuário de cada paciente e, deste modo, todas as evoluções, exames de imagem, materiais e medicamentos lançados para a Ficha de Atendimento Ambulatorial. Trata-se de um histórico clínico eletrônico do paciente com todos os seus atendimentos, exames, prescrições, consumos.

Principais funcionalidades:

- Prescrição eletrônica composta por dietas, nutrição, medicação, cuidados, exames e materiais. Fichas de Anamnese e evoluções médicas e evoluções de enfermagem.
- Impressão de fichas nos consultórios.
- Receituário médico.
- Atendimento conforme classificação de risco.



- Visualização das movimentações dos pacientes pelos diversos setores do hospital.
- Escalas de paciente: braden, morse, glasgow, pews, entre outras.
- Passagem de plantões.
- Comunicação de eventos adversos.
- Nesse módulo também é possível utilizar a Assinatura Eletrônica, criada para simplificar os processos da unidade dando segurança e autenticidade legal aos documentos eletrônicos. Utilizando uma tecnologia baseada em certificados digitais ICP-Brasil, os profissionais podem assinar digitalmente documentos diretamente no sistema, evitando desperdícios de recursos, tempo e espaço.

Figura 36 - Macroprocesso da Prescrição Eletrônica - Wareline



Fonte: Documentação do Sistema Wareline

- **Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE):** Planeja e documenta os cuidados de enfermagem com base em diretrizes e boas práticas assistenciais.
- **Diretoria Clínica:** Oferece relatórios dos profissionais cadastrados no sistema, promovendo controle dos médicos que atuam na unidade.

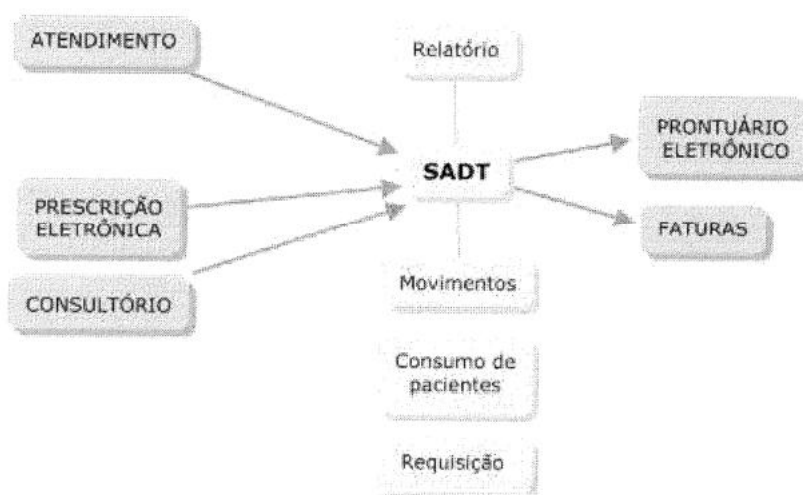
- **Cheragem a beira Leito:** Checagem beira leito com leitor de código de barras.

Diagnóstico e Terapia (SADT)

- **Laboratório de Análises Clínicas:** Gerencia todo o fluxo laboratorial, desde solicitações de exames até a entrega de resultados com integração automatizada.
- **Exames de diagnóstico por imagem:** Recebe as solicitações de exames diretamente do PEP e integra com os equipamentos médicos, promovendo o retorno do diagnóstico para outros módulos do sistema como o prontuário (PEP) e faturamento.

235

Figura 37 - Macroprocesso SADT no Sistema Wareline



Fonte: Documentação do Sistema Wareline

Estoque

A gestão de materiais é otimizada através das ferramentas de controle e administração de estoques disponíveis no sistema, com destaque para o processo de lote e validade, que monitora os materiais e medicamentos e emite aviso sobre a proximidade do vencimento.

Principais funcionalidades:

- Controle multi-estoque dos centros de estocagem e centros de custo.
- Ferramentas para gerenciar as necessidades de compra e emissão automática de pedidos.
- Livro de medicamentos controlados.
- Fracionamento e dose unitária.
- Controle de validade por lote.
- Códigos de barras para rastreamento.
- Integração com os módulos de Faturamento, Prescrição Eletrônica, Financeiro e Custo.
- Aplicação de Curva ABC e Curva XYZ.
- Controle de posição de estoque e geração de resumo mensal.
- Localização detalhada dos produtos.
- Restrição por cotas de consumo para melhor gestão.
- Kits de materiais para organização.

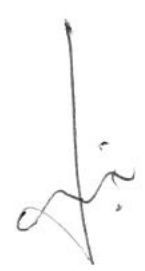
236

Compras

O processo de compras é aperfeiçoado pela utilização de integrações e por regras de aprovação eletrônica, promovendo agilidade, segurança e praticidade. Além disso, o sistema possibilita aos fornecedores participarem do processo de cotações diretamente via internet através da integração com a plataforma de compras on line da Santa Casa.

Principais funcionalidades:

- Solicitações de compras.
- Cotações com importação de preços.
- Exportação de planilhas, cotações e pedidos.
- Cálculo automático do menor preço e geração de pedidos.
- Sistema com níveis de autorização e possibilidade de rastrear todos os processos realizados no sistema, garantindo auditoria das compras realizadas



Patrimônio

O módulo de Patrimônio está totalmente integrado aos módulos de Estoque e Contabilidade. Todas as notas de entrada de bens podem ser incorporadas ao sistema patrimonial sem a necessidade de retrabalho, permitindo controle sobre os bens imobilizados.

Principais funcionalidades:

- Controle de entrada de bens imobilizados.
- Registro de ocorrências relacionadas aos bens.
- Cálculo de depreciação conforme critérios estabelecidos.
- Controle dos responsáveis por cada bem.
- Gerenciamento da localização dos bens com etiquetas e fotos armazenadas no sistema.

237

Manutenção

O módulo de Manutenção, integrado ao Patrimônio, permite o acompanhamento completo de serviços e equipamentos, garantindo a eficiência das operações.

Principais funcionalidades:

- Controle de manutenções preventivas.
- Registro de itens com garantia.
- Monitoramento do tempo gasto em cada ordem de serviço.
- Gestão de ordens de serviço por centro de custo.
- Acompanhamento de contratos, equipes de manutenção e programação de manutenções preventivas.

Faturas

O módulo de Faturas gerencia os produtos e serviços oferecidos pela unidade hospitalar, aplicando regras específicas de faturamento com base na tabela de procedimentos SUS SIGTAP. Os consumos realizados pelo paciente nos diferentes setores do hospital são automaticamente identificados e alocados para a conta do paciente SUS.

Principais funcionalidades:

- Emissão de faturas SUS, separadas por período, remessas e lotes.

- Layouts de espelhos de conta configuráveis.
- Configurações automáticas de cobrança de diárias.
- Criação e configuração de kits de faturamento.

BPA / SUS

O módulo BPA/SUS gerencia o faturamento ambulatorial do SUS, tanto de forma individualizada quanto consolidada, com funcionalidades que promovem agilidade nos processos.

238

Principais funcionalidades:

- Faturamento ambulatorial individualizado e consolidado do SUS.
- Transferência de dados para o sistema do governo.
- Controle por procedimento ou valor.
- Consistência entre procedimentos e CBO.
- Controle de atendimentos não faturados.
- Impressão de espelho para comparação entre procedimentos permitidos e digitados.
- Geração de arquivos de exportação para os sistemas do SUS.

Financeiro

Este módulo auxilia as operações financeiras da unidade, oferecendo controle sobre movimentações bancárias, contas e fluxo de caixa, além de parametrização personalizada para a unidade.

Principais funcionalidades:

- Controle de movimentações bancárias e saldos do caixa.
- Gerenciamento de contas a pagar e receber por fornecedor, período e grupo financeiro.
- Integrado ao estoque e faturamento.
- Planejamento orçamentário por centro de custo e tipos de despesas e receitas.
- Cálculo automático de impostos devidos.
- Emissão de borderôs, ordens de pagamentos e recebimentos.
- Gerenciamento financeiro por filiais.

- Controle de armazenamento, dispensação, expurgo e esterilização por centro de custo.

Painel de Indicadores WEB

Possibilita a visualização dos principais indicadores da unidade. Permite a criação de novos itens conforme a necessidade da instituição.

Integrações

O sistema possibilita a integração com mais de 80 empresas de diferentes seguimentos através de APIs e integrações via banco de dados. Permite ainda a exportação e importação de dados do sistema, via aplicação ou via banco de dados.

Certificações

- SBIS (NGS1) Prontuário eletrônico certificado.
- ABNT ISO NBR 9001.
- LGPD Lei Geral de Proteção de Dados.

3.9.4. Planos de Contingência

Um Plano de Contingência nada mais é do que um conjunto de estratégias e procedimentos elaborados para garantir que uma organização possa manter suas operações essenciais em caso de interrupções ou crises que comprometam o seu funcionamento normal. Assim sendo, considerando a preocupação da Irmandade com o atendimento seguro e otimizado a população, elaborou propostas de planos de contingência para as mais diversas situações que podem ocorrer na UPA Zona Leste, garantindo a continuidade do processo de trabalho em situações imprevistas. Os planos de contingência propostos pela Irmandade estão listados abaixo e podem ser consultados na íntegra no Anexo 11:

- Para rotinas relacionadas a esterilização de instrumentais;
- Para indisponibilidade de equipamentos médico-hospitalares;
- Para indisponibilidade de geladeiras para refrigeração de medicamentos;
- Para a indisponibilidade de água;

- Para indisponibilidade de energia elétrica;
- Para a indisponibilidade de insumos;
- Para a indisponibilidade de internet;
- Para a indisponibilidade de enxoval higienizado.

3.9.5. Comissões hospitalares

241

As Comissões Hospitalares são um importante instrumento de gestão em serviços de saúde, visando a melhoria da qualidade assistencial, segurança do paciente e também dos profissionais. São constituídas de profissionais da área da saúde com o objetivo de analisar, discutir e deliberar sobre o funcionamento do serviço de saúde, conforme sua competência.

As Comissões obrigatórias são regidas por legislação específica, sendo que as Comissões a serem implantadas na UPA Zona Leste devem ter minimamente os seguintes documentos que comprovam a sua Instituição e funcionamento:

- Nomeação de membros e cronograma das reuniões;
- Regimento Interno;
- Lista de presença e ata das reuniões assinada pelos participantes.

Todos esses grupos serão compostos minimamente por um Presidente, um Secretário e membros definidos em legislação e na proposta do regimento interno.

Assim, a Irmandade irá implantar e implementar minimamente as seguintes comissões:

- Comissão de Revisão de Óbitos;
- Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente;
- Comissão de Educação Permanente;
- Comissão de Ética Médica;
- Comissão de Enfermagem;
- Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e Assédio;
- Comissão de Assistência Odontológica;
- Comissão de Revisão de Prontuários;
- Comissão de Humanização;
- Comissão de Integração com o Complexo Regulador da Secretaria

Municipal de Saúde, implantação do NIR (Núcleo Interno de Regulação);

- Comissão Interna de Qualidade;
- Comissão de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde / Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- Comissão de Farmácia e Terapêutica;
- Comissão de Gerenciamento de Resíduos;
- Núcleo de Gestão de Indicadores e Resultados.

242

3.9.5.1 Proposta de Regimento da Comissão de Revisão de Óbitos

22 - C3.5 Critério Comissão de Óbito

CAPÍTULO I

DO OBJETO

Art. 1º – Este Regimento apresenta a identidade e características organizacionais da Comissão de Óbitos da Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba, que tem por objetivo atender a Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 2.171/2017, que regulamenta e normatiza as Comissões de Revisão de Óbito, tornando-as obrigatórias nas instituições hospitalares.

Art. 2º – A atuação da Comissão é técnico-científica, sigilosa, não podendo ser coercitiva ou punitiva.

Parágrafo único. As diretrizes para as ações investigatórias e educativas serão definidas nas reuniões da Comissão e desencadeadas pelo(a) Presidente da Comissão.

CAPÍTULO II

DA COMPETÊNCIA

Art. 3º – Compete à Comissão de Óbitos:

- I. Analisar e emitir parecer sobre os assuntos relativos a óbitos que lhe forem enviados.
- II. Elaborar normas para auditoria e revisão dos prontuários de pacientes que foram a óbito.

- III. Realizar a revisão dos prontuários relacionados aos óbitos.
- IV. Normatizar e fiscalizar o adequado registro e preenchimento dos Atestados de Óbitos.
- V. Convocar o(a) Médico(a) que atestou o óbito, caso as informações sejam conflitantes.
- VI. Criar instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações dos prontuários de óbito.
- VII. Comparar diagnóstico pré-operatório com os exames anatomopatológicos das peças cirúrgicas (avaliar disponibilidade).
- VIII. Correlacionar os diagnósticos prévios com os resultados de necropsia, mesmo que realizadas pelo SVO (Serviço de Verificação de Óbitos).
- IX. Zelar pelo sigilo ético das informações.
- X. Emitir Parecer Técnico ou Relatório quando solicitado pela Comissão de Ética Médica ou outro serviço interessado.
- XI. Assessorar a Direção de Departamento Técnico ou Clínico da Instituição em assuntos de sua competência.
- XII. Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente.
- XIII. Desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes à Instituição.

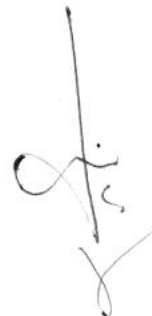
CAPÍTULO III DA POSIÇÃO NA ESTRUTURA HIERÁRQUICA

Art. 4º – A Comissão de Óbitos é nomeada e subordinada à Diretoria Técnica.

CAPÍTULO IV DOS REQUISITOS

Art. 5º – São requisitos para a atividade de Presidente/Vice-Presidente da Comissão:

- I. Médico(a) com CRM ativo.
- II. Fazer parte do Corpo Clínico da Instituição.
- III. Ser nomeado(a) pelo Diretor Técnico.



Art. 6º – São requisitos para a atividade de Secretário(a):

- I. Ter facilidade para redigir documentos.
- II. Ser nomeado pelo Diretor Técnico.

Art. 7º – São requisitos para a atividade de membro da Comissão de Óbitos:

- I. Médico(a) e Enfermeiro(a) com o devido registro no Conselho. Poderá participar também um(a) Funcionário(a) Administrativo(a), conforme a Resolução CFM nº 2.171/2017.
- II. Fazer parte do Corpo Clínico ou quadro de funcionários da Instituição.
- III. Ser nomeado(a) pelo Diretor Técnico.

244

CAPÍTULO V DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 8º – São atribuições do(a) Presidente da Comissão:

- I. Convocar e presidir as reuniões.
- II. Indicar seu Vice-Presidente, que será referendado pela Diretoria Técnica.
- 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.
- VI. Nas decisões da Comissão, em casos de empate, o seu voto terá também a qualidade de voto de desempate (voto de minerva).

Art. 9º – São atribuições do(a) Vice-Presidente da Comissão:

- I. Substituir o(a) Presidente nos seus impedimentos.

Art. 10 – São atribuições do(a) Secretário:

- 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(a) Presidente.

- V. Organizar e manter o arquivo da Comissão.
- VI. Preparar a correspondência.
- VII. Realizar outras funções determinadas pelo(a) Presidente relacionadas aos serviços desta Secretaria.
- VIII. Solicitar ao Serviço de Arquivo Médico (SAME) todos os prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los em 24 horas após o trabalho realizado, podendo ser auxiliado por outros membros da Comissão.

Art. 11 – São atribuições dos membros da Comissão de Óbitos:

- I. Analisar e emitir parecer sobre os assuntos que lhes forem enviados.
- II. Elaborar, conjuntamente com a Comissão de Documentação Médica, Estatística e Faturamento, normas para auditoria e revisão dos prontuários de pacientes que foram a óbito.
- III. Realizar a revisão dos prontuários relacionados aos óbitos.
- IV. Normatizar e fiscalizar o adequado registro e preenchimento dos atestados de óbitos.
- V. Convocar o(a) Médico(a) que atestou o óbito, caso as informações sejam conflitantes.
- VI. Criar, conjuntamente com a Comissão de Documentação Médica, Estatística e Faturamento, instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações dos prontuários de óbito.

CAPÍTULO VI DA COMPOSIÇÃO

Art. 12 – A composição mínima da Comissão deverá ser de três membros Médicos, um(a) Enfermeiro(a) e um Funcionário(a) Administrativo(a), podendo ser superior a isso, conforme a Resolução CFM nº 2.171/2017.

- I. Poderá haver representantes dos serviços das especialidades atendidas no Hospital.

Art. 13 – Na impossibilidade de participação dos Coordenadores das especialidades na Comissão, estes poderão indicar seus representantes. A

Comissão poderá convidar outros profissionais para participar de suas reuniões, quando julgar necessário.

Art. 14 – Para realização dos trabalhos da Comissão, os membros deverão ser disponibilizados de suas atividades assistenciais por tempo a ser definido pela Diretoria Técnica. A critério da Diretoria e da própria Comissão, a carga horária total do membro poderá ser de uso exclusivo da Comissão, desde que respeitadas as necessidades dos serviços.

246

CAPÍTULO VII

DO ACESSO A PROTEÇÃO DA INFORMAÇÃO

Art. 15 – Os profissionais da Comissão terão acesso aos seguintes dados e informações e ambientes:

Profissional	Acesso
Presidente da COBI	Dados e informações do prontuário do paciente (pessoais e clínicos).
Vice-Presidente da COBI	Dados e informações do prontuário do paciente (pessoais e clínicos).
Secretário da COBI	Dados e informações do prontuário do paciente (pessoais e clínicos).
Membro da COBI	Dados e informações do prontuário do paciente (pessoais e clínicos).

Art. 16 – Todos os profissionais da Comissão devem zelar pela proteção dos dados e informações da Empresa, tomando os seguintes cuidados:

- I. Solicitar e utilizar dados e informações exclusivamente necessárias para o desempenho da sua função.
- II. Não passar dados e informações a pessoas/órgãos não autorizadas(os), seja por de forma verbal, física (cópias), virtual (e-mail, WhatsApp, etc) ou por qualquer outro meio. Mesmo quando enviados a pessoas autorizadas, limitar-se

ao envio do que foi solicitado, restringindo a visualização de demais informações, mesmo que no mesmo documento.

III. Não realizar conversas sigilosas ou que exponham dados e informações de pacientes, profissionais e da Instituição em corredores, elevadores e/ou qualquer outra área comum.

IV. Restringir o acesso ao Setor de pessoas não comuns ao serviço.

V. Ao descartar documentos, destruí-los de forma a descaracterizá-los totalmente, considerando sempre o tempo de guarda e autorização para o descarte.

VI. Não compartilhar senhas pessoais.

VII. Utilizar a “política de mesa e tela limpas”.

247

CAPÍTULO VIII DO FUNCIONAMENTO

Art.17 – O mandato deverá ser de até 30 meses, de acordo com a Resolução CFM nº 2.171/2017.

Parágrafo único. No caso de substituição de um ou mais membros, bem como no início de cada mandato, os nomes dos integrantes deverão ser encaminhados ao setor responsável.

Art. 18 – A Comissão de Revisão de Óbitos deverá reunir-se toda 2ª terça-feira de cada mês, com pauta, local e horário previamente definidos e comunicados.

§1º As reuniões da Comissão serão registradas em Ata, que deverá ser arquivada, contendo data, horário, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisões que foram deliberadas.

§2º Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, bem como de normas de preenchimento e qualidade do atestado de óbito, será designado(a) um(a) relator(a), convidado(a), ou consultor(a), que deverá apresentar parecer sobre o assunto, em prazo pré-estabelecido.



Art. 23 – Os instrumentos utilizados pela Comissão para a avaliação serão escolhidos/elaborados de acordo com os dados mínimos exigidos pela Legislação.

CAPÍTULO IX DAS CONSIDERAÇÕES FINAIS

Art. 24 – Este Regimento entrará em vigor a partir da sua aprovação pela Diretoria Técnica da Instituição e será revisado periodicamente ou sempre que necessário.

Art. 25 – Este Regimento serve de instrumento de definição de responsabilidades e autoridade e será observado e cumprido por todos os profissionais da Comissão.

Art. 26 – Todos os profissionais da Instituição, independentemente do tipo de vínculo contratual com o Hospital, estão obrigados ao cumprimento dos artigos aqui descritos, ao fiel cumprimento das políticas estabelecidas pela Instituição, seja em definições de programas, comissões ou outros meios, bem como cumprir os respectivos Códigos de Ética das categorias profissionais, as orientações pertinentes à Lei Geral de Proteção de Dados (Lei 13.709/2018) e demais legislações vigentes aplicáveis.

Art. 27 – Todos os profissionais devem contribuir com o desenvolvimento do Hospital, zelar pelo patrimônio e meios colocados à disposição para realização do trabalho, em respeito aos serviços prestados até então.

Art. 28 – Os casos omissos neste Regimento serão resolvidos pela Comissão de Óbitos juntamente com a Comissão de Ética Médica e Diretoria Técnica da Instituição.

Art. 29 – Comentários inoportunos que possam comprometer os demais profissionais e/ou serviços prestados pela Instituição não devem ser feitos e são sujeitos a medidas disciplinares.

Art. 30 – As informações sobre pacientes, sobre a Instituição, seus profissionais, negociações em andamento e contratos vigentes são sigilosas, não devendo ser reveladas a pessoas não autorizadas.

3.9.5.2 Proposta de Regimento do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente

23 - C3.7 Critério Núcleo de Segurança do paciente

250

CAPÍTULO I

DO OBJETO

Art. 1º - Este Regimento apresenta a identidade e características organizacionais do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) da Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba, grupo colegiado criado para promover e apoiar a implantação, implementação e monitoramento das ações voltadas à segurança do paciente, dentro dos padrões de qualidade exigidos, conforme a Portaria 529/2013 e RDC 36/2013, expedidas pelo Ministério da Saúde (MS).

Art. 2º - O NQSP observa as seguintes normas de implantação, implementação e funcionamento:

- I. Resolução - RDC nº 63 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), de 25 de novembro de 2011 que dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde.
- II. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013 do MS que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).
- III. Resolução - RDC nº 36 do MS, de 25 de julho de 2013 que institui ações para a Segurança do Paciente em Serviços de Saúde e dá outras Providências.
- IV. Portaria nº 1.377 do MS, de 9 de julho de 2013 que aprova os Protocolos de Segurança do Paciente.
- V. Portaria nº 2.095 do MS, de 24 de setembro de 2013 que aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente.

- VI. Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde - Monitoramento e Investigação de Eventos Adversos e Avaliação de Práticas de Segurança do(a) Paciente – Brasília: Anvisa, 2015.
- VII. Nota Técnica Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde (GVIMS)/ Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde (GGTES)/ Anvisa nº 05/2019 - Orientações gerais para a notificação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde.

CAPÍTULO II DA COMPETÊNCIA

Art. 3º - Compete ao NQSP:

- I. O Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) é fórum multidisciplinar o qual possui caráter consultivo, deliberativo, fiscalizador e educativo, criado para garantir a segurança do paciente na Instituição, diretamente ligado ao Diretor Presidente do Hospital.
- II. O NQSP tem por finalidade assessorar o Diretor Presidente estabelecendo políticas e diretrizes de trabalho, a fim de promover uma cultura hospitalar voltada para a segurança dos pacientes, por meio do planejamento, desenvolvimento, controle e avaliação de programas que visem garantir a qualidade dos processos assistenciais do Hospital, de forma a fortalecer a gestão hospitalar e atender à legislação vigente.
- III. Promover ações para a gestão de riscos no âmbito da Instituição.
- IV. Analisar e avaliar as notificações sobre incidentes e queixas técnicas selecionadas pelo Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente.
- V. Desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no âmbito da Instituição.
- VI. 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.

- VII. Promover e acompanhar ações de melhoria de qualidade alinhadas com a segurança do paciente, especialmente aquelas relacionadas aos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde.
- VIII. Estabelecer, avaliar e monitorar barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde.
- IX. Elaborar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde, sendo a divulgação delegável a outros serviços da Instituição.
- X. Avaliar e monitorar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde.
- XI. Priorizar a implantação dos Protocolos de Segurança do Paciente determinados pelo Ministério da Saúde, Anvisa e realizar o monitoramento dos respectivos indicadores, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços do Hospital.
- XII. Acompanhar o processo de notificação ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária dos eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde.
- XIII. Acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias.
- XIV. Desenvolver, implantar, avaliar, monitorar e manter atualizado o plano de capacitação em segurança do paciente, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços do Hospital.
- XV. Desenvolver, implantar, avaliar, monitorar e manter atualizado o plano de comunicação social em saúde quanto aos temas referentes à segurança do paciente (alertas; informações aos novos residentes, acadêmicos e profissionais, bem como aos pacientes/familiares), sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços do Hospital.
- XVI. Promover e acompanhar ações de disseminação sistemática da cultura de segurança com foco no aprendizado e desenvolvimento institucional.

Art. 4º - São princípios do NQSP:

- I. A garantia da proteção à honra e à imagem dos pacientes, profissionais, fabricantes de produtos e notificadores envolvidos em incidentes em saúde.

- II. A garantia da independência e imparcialidade de seus membros na apuração dos fatos.
- III. A melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde.
- IV. A disseminação sistemática da cultura de segurança.
- V. A articulação e a integração dos processos de gestão de risco.
- VI. A garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde.
- VII. A promoção da gestão do conhecimento sobre a segurança do paciente.
- VIII. Promover ações para a gestão de risco no serviço de saúde.
- IX. Desenvolver ações para a integração e articulação multiprofissional no serviço de saúde.

CAPÍTULO III

DA POSIÇÃO NA ESTRUTURA HIERÁRQUICA

Art. 5º - O NQSP é um grupo de natureza consultiva e deliberativa e está subordinado ao Diretor Presidente.

CAPÍTULO IV

DOS REQUISITOS

Art. 6º - São requisitos para exercer a atividade de Presidente do NQSP:

- I. Ser indicado(a) pelo Diretor Presidente.
- II. Ter conhecimento pertinente ao tema de segurança do paciente.

Art. 7º - São requisitos para exercer a atividade de Secretário(a) do NQSP:

- I. Ser indicado pelo(a) Presidente da Comissão.
- II. Ter facilidade para elaboração e organização de documentos.

Art. 8º - São requisitos para ser membro do NQSP:

- I. Ser indicado pelo(a) Presidente da Comissão.
- II. Ser representante de alguns desses serviços:
 - a. Diretoria.
 - b. Equipe Médica.
 - c. Enfermagem.

- d. Farmácia.
- e. Engenharia Clínica.
- f. Representante UTI Adulto.
- g. Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS).
- h. Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH).
- III. Ser pró-ativo.
- IV. Ter interesse pelo tema de segurança do paciente.

CAPÍTULO V DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 9º - São atribuições do(a) Presidente do NQSP:

- I. Representar o NQSP e ser o elo entre o Diretor Presidente e o NQSP.
- II. Coordenar as reuniões, delegar as tarefas e conduzir os trabalhos.
- III. Elaborar e expedir documentos.
- IV. Coordenar e supervisionar as atividades do(a) Secretário(a).
- V. Criar os grupos de trabalho no Núcleo e supervisionar a execução das tarefas delegadas.
- VI. Ser assíduo e pontual com o cronograma do Núcleo.
- VII. Inscrever o Núcleo na Vigilância Sanitária.

Art. 10 - São atribuições do(a) Secretário(a):

- I. Acompanhar as reuniões do NQSP e redigir as Atas, apresentando-as para aprovação e assinatura dos membros.
- II. Prestar apoio administrativo e organizacional ao(à) Presidente do NQSP.

Art. 11 - São atribuições dos membros do NQSP:

- I. Participar das reuniões, contribuindo de forma pró-ativa com o conhecimento técnico e organizacional relacionado à sua área de atuação.
- II. Contribuir com a elaboração, divulgação e execução do Plano de Segurança do Paciente e demais tarefas do NQSP.

CAPÍTULO VI DO FUNCIONAMENTO

Art. 12 - O mandato dos membros do NQSP terá duração de dois anos, podendo ser reconduzidos conforme decisão do(a) Presidente da Comissão.

Parágrafo único: A fim de manter a continuidade das ações do Núcleo, pelo menos a metade dos membros deverá permanecer na próxima gestão.

Art. 13 - Um membro do NQSP somente poderá ser destituído sob apreciação e ato do(a) Presidente do NQSP ou do Diretor Presidente.

255

Art. 14 - As reuniões serão realizadas na última quarta-feira de cada mês. Na necessidade de cancelamento, o(a) Presidente do NQSP deverá fazer a justificativa de cancelamento por escrito para os membros.

Art. 15 - As decisões são tomadas nas reuniões ordinárias, e aprovadas de acordo com a aceitação da maioria simples.

Art. 16 - A solicitação de desligamento de qualquer membro deverá ser feita mediante Carta formal enviada ao(a) Presidente do NQSP, salvo em caso de desligamento da Entidade.

Art. 17 - Deverá ser mantida cópia dos seguintes documentos da Comissão junto ao(a) Presidente ou Secretário(a) da Comissão, bem como no Sistema de Gestão de Documentos (MaxDoc):

- I. Nomeação (com os integrantes e datas das reuniões).
- II. Cópia da Lei e Portaria que institui a Comissão.
- III. Regimento da Comissão.
- IV. Atas das reuniões assinadas pelos membros presentes.
- V. Listas de presença.
- VI. Plano de Trabalho Anual da Comissão.

CAPÍTULO VI

DAS CONSIDERAÇÕES FINAIS

Art. 18 - Este Regimento entrará em vigor a partir da sua aprovação pela Diretoria e será revisado periodicamente ou sempre que necessário.

Art. 19 – Este Regimento serve de instrumento de definição de responsabilidades e autoridade e será observado e cumprido por todos(as) os(as) profissionais do Núcleo.

Art. 20 – Todos(as) os(as) profissionais da Instituição, independentemente do tipo de vínculo contratual com o Hospital, estão obrigados ao cumprimento dos artigos aqui descritos, ao fiel cumprimento das Políticas estabelecidas pela Instituição, quer seja em definições de Programas, Comissões ou outros meios, bem como cumprir os respectivos Códigos de Ética da Irmandade e das categorias profissionais pertinentes, as orientações pertinentes à Lei Geral de Proteção de Dados (Lei 13.709/2018) e demais legislações vigentes aplicáveis.

256

Art. 21 – Todos os profissionais devem contribuir com o desenvolvimento do Hospital, zelar pelo patrimônio e meios colocados à disposição para realização do trabalho, em respeito aos serviços prestados até então.

Art. 22 – Os casos omissos neste Regimento serão resolvidos pelo NQSP junto ao Diretor Presidente.

Art. 23 – Comentários inoportunos que possam comprometer os(as) demais profissionais e/ou serviços prestados pela Instituição não devem ser feitos e são sujeitos a medidas disciplinares.

Art. 24 – As informações sobre pacientes, sobre a Instituição, seus profissionais, contratos vigentes e negociações em andamento são sigilosas não devendo ser reveladas a pessoas não autorizadas.

Parágrafo Único: Os membros do NQSP não poderão manifestar-se publicamente sobre quaisquer assuntos tratados nas reuniões, cabendo ao(à) Presidente do NQSP o encaminhamento de assuntos a serem publicados para apreciação do Diretor Presidente.

3.9.5.3 Proposta de Regimento da Comissão de Educação Permanente

CAPÍTULO I DO OBJETO

Art. 1º - Este Regimento apresenta a identidade e características organizacionais do Núcleo de Educação Permanente em Saúde da Unidade, instância do serviço de saúde criada para contribuir no aprimoramento e na qualificação das práticas, na organização das ações e dos serviços, através de processos formativos e de práticas pedagógicas na formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde. A base legal da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) encontra-se na portaria GM/MS nº1.996, de 20 de agosto de 2007. Educação permanente deve ser entendida tanto como uma prática de ensino-aprendizagem quanto como uma política de educação em saúde. Considerando que a educação permanente em saúde realiza a integração entre aprendizado, reflexão crítica sobre o trabalho e resolutividade de clínica e da promoção da saúde coletiva (portaria GM/MS nº 198 de 13 de fevereiro 2004).

257

CAPÍTULO II DA COMPETÊNCIA

Art. 2º - Compete ao Núcleo de Educação Permanente em Saúde - NEPS:

1. Levantar as necessidades e demandas de ofertas de formação e qualificação profissional, com vistas à melhoria do processo de trabalho e fortalecimento da integração ensino-serviço no âmbito do HABF.
2. Apoiar a elaboração de processos de qualificação profissional e formação em saúde favorecendo a construção de metodologias que propiciem a integração ensino, serviço e controle social;
3. Desenvolver conjuntamente com a área de Gestão de Pessoas e a equipe multidisciplinar, ações educacionais para capacitação e desenvolvimento do público interno;
4. Acolher os trabalhadores que ingressarem no quadro de profissionais da instituição;
5. Elaborar propostas para programas e projetos educacionais, em conjunto com as unidades operacionais;

6. Promover o inter-relacionamento com as diversas áreas profissionais do HABF;
7. Propor ações educativas de apoio às equipes multidisciplinares envolvidas em atividades de ensino e pesquisa;
8. Zelar pelo cumprimento das normas e padrões estabelecidos pela NEP;
9. Acompanhar, monitorar e avaliar as ações e estratégias de educação em saúde implementadas no HABF;
10. Apoiar os profissionais de saúde em seus processos de trabalho assistencial no monitoramento e avaliação das ações de saúde e de educação permanente;
11. Elaborar projetos a partir das necessidades do serviço e do planejamento participativo, promovendo espaços de discussão e de qualificação profissional contribuindo para alcance das metas institucionais;
12. Apoiar os gestores na discussão sobre Educação Permanente em Saúde, na proposição de intervenções, no planejamento e desenvolvimento de ações.
13. Monitorar indicadores de treinamento e apresentar os resultados à direção e Gestores de área.

CAPÍTULO III

DA POSIÇÃO NA ESTRUTURA HIERÁRQUICA

Art. 3º - O Núcleo de Educação Permanente em Saúde está subordinado a Gerência da Unidade.

CAPÍTULO IV

DOS REQUISITOS

Art. 4º - São requisitos para exercer a função de Presidente da Comissão xxx:

- I. Ser profissional da área da saúde;
- II. Possuir experiência na assistência direta ao paciente ou atuações correlatas que se assemelhem a atuação dos profissionais da Unidade.
- III. Possuir experiência e/ou formação voltada para Educação em Saúde.

Art. 5º - São requisitos para exercer a função de Secretário da Comissão xxx:

- I. Ser indicado pelo(a) Presidente da Comissão;
- II. Ter facilidade na elaboração e organização de documentos.

Art. 6º - São requisitos para exercer a função de membro da Comissão xxx:

- I. Ser profissional da área da saúde;
- II. Possuir experiência na assistência direta ao paciente ou atuações correlatas que se assemelhem a atuação dos profissionais da Unidade.
- III. Possuir experiência e/ou formação voltada para Educação em Saúde

CAPÍTULO V DAS ATRIBUIÇÕES

259

Art. 7º - São atribuições do Presidente do Núcleo de Educação Permanente em Saúde:

- I. Representar o Núcleo de Educação Permanente;
- II. Dirigir os trabalhos do Núcleo de Educação Permanente;
- III. Propiciar parcerias Institucionais para o Núcleo de Educação Permanente;
- IV. Convocar e presidir as reuniões com a Comissão do Núcleo de Educação Permanente;
- V. Despachar documentos da Comissão do Núcleo de Educação Permanente;
- VI. Comunicar a destituição da Comissão do Núcleo de Educação Permanente;
- VII. Distribuir as ações para a Comissão do Núcleo de Educação Permanente;
- VIII. Gerenciar a educação permanente em saúde, a qual compreende atividades de desenvolvimento dos profissionais que atuam na Unidade, por meio de práticas monitoradas, simulações de atendimento hospitalar, cursos, palestras, seminários e capacitação profissional;
- IX. Cumprir e fazer cumprir as atribuições descritas neste Regimento Interno;

Art. 8º - São atribuições do(a) Secretário(a) do Núcleo de Educação Permanente em Saúde:

- I. Acompanhar as reuniões;
- II. Redigir as Atas das reuniões e colher assinaturas dos presentes;
- III. Circular ofícios de alteração ou informação de data de reuniões quando necessário;

- IV. Prestar apoio administrativo e organizacional ao Presidente em atividades inerentes a Comissão.

Art. 9º - São atribuições dos membros do Núcleo de Educação Permanente em Saúde:

- I. Comparecer às reuniões e participar das discussões, apresentando sugestões;
- II. Executar tarefas que lhes forem atribuídas pelo(a) coordenador(a) e vice coordenador(a);
- III. Apresentar proposições sobre as questões atinentes às suas atribuições;
- IV. Encaminhar ao NEPS assuntos que envolvam desenvolvimento e capacitação de pessoal;
- V. Auxiliar na realização de práticas que envolvam o NEPS.

260

CAPÍTULO VI DO FUNCIONAMENTO

Art. 10 - O mandato dos membros da Comissão terá duração de 01 ano, podendo ser reconduzidos por igual período.

Art. 11 - As reuniões serão realizadas uma vez ao mês em data a ser definida no planejamento anual de trabalho que deve ser desenvolvido pelo Presidente da Comissão. Na necessidade de cancelamento, o Secretário deve realizar e circular ofício de alteração de data.

Art. 12 – As decisões são tomadas nas reuniões ordinárias, de acordo com a aceitação da maioria - metade dos membros presentes mais um.

Art. 13 - Um membro da Comissão somente poderá ser destituído sob apreciação e ato da Comissão.

Art. 14 – A solicitação de desligamento de qualquer membro deverá ser feita mediante Carta formal enviada ao Presidente da Comissão, salvo em caso de desligamento da entidade.



Parágrafo único: Após 3 faltas consecutivas, o membro será automaticamente desligado e substituído por novo representante.

Art. 15 – Deverá ser mantida cópia dos seguintes documentos da Comissão junto ao Presidente ou Secretário da Comissão, bem como no Sistema de Gestão de Documentos:

- I. Nomeação (com os integrantes e data das reuniões).
- II. Cópia da Lei e Portaria que institui a Comissão.
- III. Regimento da Comissão.
- IV. Atas das reuniões assinadas por todos os presentes.
- V. Listas de presença.
- VI. Plano de Trabalho Anual da Comissão.

261

CAPÍTULO VII

DO ACESSO A PROTEÇÃO DA INFORMAÇÃO

Art. 16 - Os profissionais do setor terão acesso aos seguintes dados e informações e ambientes:

Profissional	Acesso
Presidente	• Dados e informações do prontuário do paciente (pessoais e clínicos). • Dados e informações do prontuário do empregado (pessoais, laborais, trabalhistas, financeiros). • Salários de empregados e valores pagos a prestadores de serviços.

Art. 17 - Todos os profissionais da Comissão devem zelar pela proteção dos dados e informações da Empresa, tomando os seguintes cuidados:

- I. Solicitar e utilizar dados e informações exclusivamente necessárias para o desempenho da sua função.
- II. Não passar dados e informações a pessoas/ órgãos não autorizadas, seja por de forma verbal, física (cópias), virtual (email, whatsapp, etc) ou por qualquer outro meio. Mesmo quando enviado a pessoas autorizadas,

limitar-se ao envio do que foi solicitado, restringindo a visualização de demais informações, mesmo que no mesmo documento.

- III. Não realizar conversas sigilosas ou que exponham dados e informações de pacientes, profissionais e da Instituição em corredores, elevadores e/ou qualquer outra área comum.
- IV. Restringir o acesso ao setor, de pessoas não comuns ao serviço.
- V. Ao descartar documentos, destruí-los de forma a descaracterizá-lo totalmente, considerando sempre o tempo de guarda e autorização para o descarte.
- VI. Não compartilhar senhas pessoais.
- VII. Utilizar a “política de mesa e tela limpa”.

262

CAPÍTULO VIII

DAS CONSIDERAÇÕES FINAIS

Art. 18 – Este Regimento entrará em vigor a partir da sua aprovação e será revisado periodicamente ou sempre que necessário, sendo que possíveis alterações poderão ser implementadas. Neste último caso, revoga-se automaticamente o Regimento anterior.

Art. 19 – Este Regimento serve de instrumento de definição de responsabilidades e autoridade e será observado e cumprido por todos os profissionais da Comissão. Demais documentos tais como Políticas e Procedimentos Operacionais poderão complementar os assuntos aqui tratados.

Art. 20 – Todos os profissionais da Instituição, independentemente do tipo de vínculo contratual com a Unidade, estão obrigados ao cumprimento dos artigos aqui descritos, ao fiel cumprimento das Políticas estabelecidas pela Instituição, quer seja em definições de Programas, Comissões ou outros meios, bem como cumprir os respectivos Códigos de Ética das categorias profissionais, as orientações pertinentes à Lei Geral de Proteção de Dados (Lei 13.709/2018) e demais legislações vigentes aplicáveis.

Art. 21 – Todos os profissionais devem contribuir com o desenvolvimento do Hospital, zelar pelo patrimônio e meios colocados à disposição para realização dos trabalhos.

Art. 22 – Os casos omissos neste Regimento serão resolvidos pelo Gerência da Unidade.

Art. 23 – Comentários inoportunos que possam comprometer os demais profissionais e/ou serviços prestados pela Instituição não devem ser feitos e são sujeitos a medidas disciplinares.

Art. 24 – As informações sobre pacientes, sobre a Instituição, seus profissionais, negociações em andamento e contratos vigentes são sigilosas não devendo ser reveladas a pessoas não autorizadas.

CAPÍTULO VIX

DAS REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- I. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Brasília, v. 141, n 32, 2004. SEÇÃO 1, p. 37 – 41;
- II. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Brasília, v. 144, n. 162, 20 ago 2007. Seção 1, p. 34-38.
- III. BRASIL. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD).

3.9.5.4 Proposta de Regimento da Comissão de Ética Médica

24 - C3.2 Critério Comissão de Ética Médica

CAPÍTULO I

DO OBJETO

Art. 1º - Este Regimento apresenta a identidade e características organizacionais da Comissão de Ética Médica (CEM) da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba, que é o órgão representativo do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo - CREMESP, junto à Santa Casa de

Misericórdia de Sorocaba, estando a ele vinculada. Constituída nos termos da Resolução nº 83/1998 do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo e Resolução nº 2.152/2016 do Conselho Federal de Medicina (CFM), apresenta as funções opinativas, educativas e fiscalizadoras do desempenho Ético da Medicina.

CAPÍTULO II DA COMPETÊNCIA

264

Art. 2º - Compete à Comissão de Ética Médica:

- I. Orientar e fiscalizar o desempenho ético da profissão dentro da Instituição.
- II. Verificar as condições oferecidas pela Instituição para o exercício profissional, bem como a qualidade do atendimento prestado aos pacientes, sugerindo modificações que venham a julgar necessárias.
- III. Denunciar às instâncias superiores, inclusive ao Conselho Regional de Medicina, as eventuais más condições de trabalho na Instituição.
- IV. Colaborar com o Conselho Regional de Medicina divulgando resoluções, normas e pareceres.
- V. Assessorar a Diretoria Clínica, Administrativa e Técnica da Instituição, dentro de sua área de competência.
- VI. Proceder à sindicância a pedido de interessados, médicos(as), Delegacias do Conselho Regional de Medicina e do próprio Conselho ou por iniciativa própria, visando dirimir conflitos e dúvidas existentes na Instituição.

Artigo 3º - Do Processo de Sindicância:

- I. As Sindicâncias instauradas pela Comissão de Ética Médica obedecerão aos seguintes preceitos contidos neste Regimento:
 - a. Reclamação por escrito e devidamente identificada, seja ela do Corpo Clínico, do paciente e familiares responsáveis.
 - b. Comunicação escrita do(a) Diretor(a) Clínico(a).
 - c. Deliberação da própria Comissão de Ética Médica.
 - d. Solicitação da Delegacia Regional do Conselho Regional de Medicina.
 - e. Solicitação do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo.

§1º - As peças deverão ser capeadas e organizadas em ordem cronológica.

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

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

Parágrafo único: As sindicâncias deverão ser concluídas no prazo máximo de 60 dias, prorrogáveis por igual período a critério do(a) Presidente da Comissão de Ética Médica.

III. Todos os documentos relacionados com os fatos, quais sejam: Prontuários, Fichas Clínicas, Ordens de Serviços e outros, que possam colaborar no deslinde da questão, deverão ser anexados à Sindicância.

a. O acesso a estes documentos é facultado somente à Comissão de Ética Médica.

b. Toda e qualquer peça anexada à Sindicância deverá ser capeada, organizada e numerada em ordem cronológica e numérica.

IV. O(A) Presidente da Comissão de Ética Médica nomeará pelo menos um membro sindicante para convocar e realizar audiências, analisar documentos e elaborar relatório à Comissão.

V. Finda a coleta de informações, a Comissão de Ética Médica poderá solicitar novas audiências dos envolvidos sobre a existência ou não de indícios de conduta antiética e/ ou infração administrativa. Parágrafo único: Caso necessário a Comissão de Ética Médica poderá solicitar novas audiências dos envolvidos ou testemunhas, bem como apresentar novas provas.

VI. Estando evidenciada a existência de indícios de infração administrativa, o resultado deverá ser encaminhado ao(à) Diretor(a) Técnico(a), conforme previsão do Regimento Interno do Corpo Clínico da Instituição, para que determine as providências a serem adotadas.

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

VIII. Os casos omissos serão avaliados e decididos em Sessão Plenária do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo.

266

Artigo 4º - Das Eleições:

- I. Os Membros da Comissão de Ética Médica serão eleitos dentre os integrantes do Corpo Clínico da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba, obedecidas às normas regimentais, através de voto secreto e direto de seus pares.
- II. A Comissão que estiver cumprindo o mandato fará a escolha de uma Comissão Eleitoral que se responsabilizará pela organização, apuração e proclamação dos resultados do pleito.
- III. As eleições para as Comissões de Ética Médica serão realizadas no Dia do Médico, isto é, no dia 18 de outubro, nos anos pares. Em se tratando de dias não úteis, as eleições serão antecipadas para o primeiro dia útil que o anteceder.
 - a. A convocação das eleições será feita através de Edital divulgado pela Comissão Eleitoral que deverá conceder um prazo mínimo de 30 (trinta) dias para as inscrições das chapas, o qual será encerrado em 48 (quarenta e oito) horas antes das eleições.
 - b. O processo eleitoral será aberto e encerrado pelo(a) Presidente da Comissão Eleitoral ou por seu(sua) eventual substituto(a).
 - c. A apuração será realizada imediatamente após o encerramento do Processo Eleitoral, por escrutinadores(as) nomeados(as) pela Comissão Eleitoral, podendo ser assistida por todos(as) os(as) interessados(as) e acompanhada por fiscais das chapas concorrentes.
 - d. Será considerada eleita a chapa que obtiver o maior número de votos. Será redigida uma respectiva Ata Eleitoral, que deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo para os devidos assentamentos.



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

V. Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão Eleitoral.

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

VII. Os membros da Comissão de Ética Médica que deixarem de prestar serviços na Instituição, serão automaticamente afastados de suas funções na Comissão.

267

CAPÍTULO III

DA POSIÇÃO NA ESTRUTURA HIERÁRQUICA

Art. 5º - A Comissão de Ética Médica está subordinada e vinculada ao Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo e será composta por membros efetivos e membros suplentes, eleitos dentre o Corpo Clínico da

Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba, prevendo-se, sempre sendo, um Presidente e um Secretário, ambos membros titulares.

CAPÍTULO IV

DOS REQUISITOS

Art. 6º - Não poderão integrar as Comissões de Ética Médica os(as) Médicos(as) que exercerem cargos de Direção Técnica, Clínica ou Administrativa da Instituição e os(as) que não estejam quites com o Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único: Quando investidos nas funções de direção durante o curso de seu mandato, o(a) Médico(a) deverá se afastar dos trabalhos da Comissão de Ética Médica, enquanto perdurar o impedimento.



Art. 7º - São inelegíveis para as Comissões de Ética Médica os(as) Médicos(as) que não estiverem quites com o Conselho Regional de Medicina, bem como os(as) que tiverem sido apenados(as) eticamente nos últimos 8 (oito) anos, com decisão transitada em julgado no âmbito administrativo, ou que estejam afastados(as) cautelarmente pelo Conselho Regional de Medicina (CRM).

Parágrafo único. Considerando a existência de penas privadas, os Conselhos Regionais de Medicina deverão apenas certificar a condição de elegível ou inelegível dos(as) candidatos(as), de acordo com seus antecedentes ético-profissionais.

268

CAPÍTULO V DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 8º - São responsabilidades do(a) Presidente da Comissão de Ética Médica:

- I. Representar a Comissão de Ética Médica para todos os fins.
- II. Comunicar ao Conselho Regional de Medicina da respectiva jurisdição quaisquer indícios de infração aos dispositivos éticos vigentes, eventual exercício ilegal da medicina ou irregularidades que impliquem em cerceio à atividade médica no âmbito da Instituição à qual se encontra vinculada.
- III. Convocar as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de Ética Médica.
- IV. Convocar o(a) Secretário(a) para substituí-lo(la) em seus impedimentos ocasionais.
- V. Convocar os membros suplentes para auxiliar nos trabalhos da Comissão de Ética Médica, sempre que necessário.
- VI. Nomear os membros encarregados de instruir as apurações internas instauradas.

Parágrafo único: O(A) Presidente deverá ser membro efetivo(a) da Comissão de Ética Médica.

Art. 9º - São responsabilidades do(a) Secretário(a):

- I. Substituir o(a) Presidente em seus impedimentos ou ausências.
- II. Secretariar as reuniões da Comissão de Ética Médica.

- II. Não passar dados e informações a pessoas/ órgãos não autorizadas, seja por de forma verbal, física (cópias), virtual (email, whatsapp, etc) ou por qualquer outro meio. Mesmo quando enviado a pessoas autorizadas, limitar-se ao envio do que foi solicitado, restringindo a visualização de demais informações, mesmo que no mesmo documento.
- III. Não realizar conversas sigilosas ou que exponham dados e informações de pacientes, profissionais e da Instituição em corredores, elevadores e/ou qualquer outra área comum.
- IV. Restringir o acesso ao setor, de pessoas não comuns ao serviço.
- V. Ao descartar documentos, destruí-los de forma a descaracterizá-los totalmente, considerando sempre o tempo de guarda e autorização para o descarte.
- VI. Não compartilhar senhas pessoais.
- VII. Utilizar a “política de mesa e tela limpa”.

CAPÍTULO VI DO FUNCIONAMENTO

Art. 13 - O mandato dos membros da Comissão terá duração de 24 meses. Os membros da Comissão de Ética Médica poderão se recandidatar e participar das novas eleições sempre que desejarem, desde que sem impedimentos e seguindo todas as disposições legais das eleições.

Art. 14 - Um membro da Comissão de Ética Médica somente poderá ser destituído mediante apreciação e ato da Presidência da Comissão.

Art. 15 - As reuniões serão realizadas trimestralmente na 3ª quinta-feira dos meses. Na necessidade de cancelamento, o (a) Secretário (a) deverá fazer a justificativa de cancelamento para os membros. Reuniões extraordinárias poderão ser feitas mediante convocação do (a) Presidente da Comissão de Ética Médica.

Art. 16 – As decisões são tomadas nas reuniões ordinárias e extraordinárias, de acordo com a aceitação da maioria dos membros efetivos.

Art. 17 – A solicitação de desligamento de qualquer membro deverá ser feita mediante Carta formal enviada ao(à) Presidente da Comissão de Ética Médica, salvo em caso de desligamento da Instituição, conforme o previsto no Artigo 4º, item VII, deste Regimento.

Art. 18 – Deverão ser mantidas cópias dos seguintes documentos da Comissão na Diretoria Clínica do Hospital e enviados em formato digital para a Qualidade:

- I. Nomeação (com os(as) integrantes e datas das reuniões).
- II. Cópia da Lei e Portaria que institui a Comissão.
- III. Regimento da Comissão.
- IV. Atas das reuniões assinadas por todos os presentes.
- V. Listas de presença.
- VI. Plano de Trabalho da Comissão.

CAPÍTULO VIII

DAS CONSIDERAÇÕES FINAIS

Art. 19 – Os(as) profissionais eleitos desta Comissão de Ética Médica desempenharão funções em caráter honorífico e prestarão serviços de grande relevância ao Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo.

Art. 20 – A Comissão de Ética Médica manterá em caráter confidencial as informações recebidas.

Art. 21 – Este Regimento entrará em vigor a partir da sua aprovação e será revisado periodicamente ou sempre que necessário.

Art. 22 – O presente Regimento Interno poderá ser alterado, mediante proposta da Comissão de Ética Médica, através da maioria absoluta de seus membros, sendo 60% dos membros efetivos presentes.

Art. 23 – Este Regimento serve de instrumento de definição de responsabilidades e autoridade e será observado e cumprido por todos(as) os(as) profissionais da Comissão.

Art. 24 – Todos(as) os(as) profissionais da Instituição, independentemente do tipo de vínculo contratual com o Hospital, estão obrigados(as) ao cumprimento dos artigos aqui descritos, ao fiel cumprimento das Políticas estabelecidas pela Instituição, quer seja em definições de Programas, Comissões ou outros meios, bem como cumprir os respectivos Códigos de Ética das categorias profissionais, as orientações pertinentes à Lei Geral de Proteção de Dados (Lei 13.709/2018) e demais legislações vigentes aplicáveis.

Art. 25 – Todos(as) os(as) profissionais devem contribuir com o desenvolvimento do Hospital, zelar pela infraestrutura oferecida para o melhor desenvolvimento do trabalho.

Art. 26 – Os casos omissos neste Regimento serão resolvidos pelo Presidente da Comissão de Ética Médica.

Art. 27 – Comentários inoportunos que possam comprometer os demais profissionais e/ou serviços prestados pela Instituição não devem ser feitos e são sujeitos a medidas disciplinares.

Art. 28 – As informações sobre pacientes, sobre a Instituição e seus integrantes, negociações em andamento e contratos vigentes são sigilosas, não devendo ser reveladas a pessoas não autorizadas.

CAPÍTULO VIX DAS REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Art. 29 – Resolução CFM nº 2.152, de 30 de setembro de 2016. Estabelece normas de organização, funcionamento, eleição e competências das Comissões de Ética Médica dos estabelecimentos de saúde. Disponível em:
<<http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=PesquisaLegislacao&dif=s&ficha=1&id=14088&tipo=RESOLU%C7%C3O&orgao=Conselho%20Federal%20de%20Medicina&numero=2152&situacao=VIGENTE&data=30-09-2016>>. Acesso em: 21 out. 2022.

Art. 30 – resolução CREMESP nº 161, de 24 de abril de 2007. Disponível em:

<<http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=PesquisaLegislacao&dif=s&ficha=1&id=7007&tipo=RESOLU%C7%C3O&or>

[gao=Conselho%20Regional%20de%20Medicina%20do%20Estado%20de%20S%E3o%20Paulo&numero=161&siteAcao=VIGENTE&data=24-04-2007](http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=PesquisaLegislacao&dif=s&ficha=1&id=7007&tipo=RESOLU%C7%C3O&or)>.

Acesso em: 21 out. 2022.

3.9.5.5 Proposta de Regimento da Comissão de Ética de Enfermagem

25 - C3.3 Critério Comissão de Ética de Enfermagem

CAPÍTULO I

DO OBJETO

Art. 1º - Este regimento apresenta a identidade e características organizacionais da Comissão de Ética de Enfermagem – CEE da Santa Casa de Sorocaba, que exerce mediante delegação do Coren-SP, atividade destinada à prestação idônea de serviços de Enfermagem na Instituição, assumindo função educativa, consultiva, de conciliação, de orientação e vigilância do exercício profissional, ético e disciplinar de Enfermagem nesta Instituição conforme a Resolução 564 de 2017, Resolução Cofen nº 593/2018, Decisão Coren/SP Plenário número 14 de 2018 e Código de Ética de Enfermagem.

Parágrafo único: A CEE é reconhecida pela Santa Casa de Sorocaba, estabelecendo com a mesma uma relação de independência e autonomia em assuntos pertinentes à ética em enfermagem.

CAPÍTULO II

DA COMPETÊNCIA

Art. 2º - Compete a CEE:

- I. Divulgar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e demais normas disciplinares e éticas do exercício profissional.



- II. Estimular a conduta ética dos profissionais de Enfermagem da Santa Casa de Sorocaba, através da análise das intercorrências notificadas por meio de denúncia formal.
- III. Zelar pelo exercício ético dos profissionais de Enfermagem na Instituição.
- IV. Colaborar com o Coren-SP na prevenção do exercício ilegal e irregular de atividade de enfermagem e na tarefa de: educar, discutir, orientar e divulgar temas relativos à ética para os profissionais de Enfermagem.
- V. Representar o Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo no Serviço de Enfermagem da Instituição, com relação aos assuntos atinentes à ética profissional de enfermagem.
- VI. Divulgar e zelar pelo cumprimento da Legislação Profissional de Enfermagem, do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, do Código de Processo Ético dos Profissionais de Enfermagem e das demais normatizações emanadas pelo Conselho Federal de Enfermagem e pelo Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo.
- VII. Propor e participar em conjunto com o(a) Enfermeiro(a) Responsável Técnico(a) de Enfermagem e Enfermeiro(a) responsável pelo Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS) ações preventivas e educativas sobre as questões éticas e disciplinares em enfermagem.
- VIII. Promover e participar de atividades multiprofissionais referentes à ética e bioética.
- IX. Assessorar a Diretoria/ Chefia/ Gerência de Enfermagem/Enfermeiro(a) Responsável Técnico(a) nas questões inerentes à ética profissional.
- X. Participar de atividades educativas do Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo.
- XI. Identificar as ocorrências éticas e disciplinares no serviço de enfermagem onde atua.
- XII. Receber denúncia de profissionais de enfermagem, usuários e membros da comunidade relativa ao exercício profissional de enfermagem.
- XIII. Instaurar procedimento sindicante, apurar os fatos e anexar documentos comprobatórios relativos a indícios de infração ética, bem como os depoimentos colhidos.

- XIV. Elaborar o relatório conclusivo, sem formular juízo de valor sobre os fatos apurados, limitando-se à narrativa dos fatos, com posterior encaminhamento ao Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, nos casos em que há indícios de infração ética ou disciplinar.
- XV. Encerrar o procedimento sindicante, nos casos em que não for identificado indícios de infração ética ou disciplinar, apensando todos os documentos em processo individualizado e elaborando relatório para arquivo na Instituição e ciência do arquivamento para o(a) enfermeiro(a) responsável técnico(a).
- XVI. Propor a conciliação ética, no serviço de enfermagem, quando no procedimento sindicante, for verificado que houve apenas o conflito interprofissional, sem dano aos envolvidos, a terceiros, ou a Instituição, em que as partes concordem de comum acordo, em se reconciliar, sem prejuízo as atividades de enfermagem, devendo o fato ser documentado na Comissão de Ética.
- XVII. Comunicar formalmente, e imediatamente, ao Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, ao(a) Enfermeiro(a) Responsável Técnico(a) de Enfermagem/ Direção/Gerência de Enfermagem, e demais autoridades competentes, indícios de ilegalidade na prática do exercício profissional de enfermagem, quando configurada a impossibilidade de sanear tais condutas em âmbito institucional.
- XVIII. Solicitar ao Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, assessoria técnica, quando o fato em apuração assim o requeira.
- XIX. Manter os dados dos membros da CEE atualizados junto ao Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo.
- XX. Formalizar ao(a) Presidente da CEE, ao(a) Enfermeiro(a) Responsável Técnico(a) e ao Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo o desligamento de qualquer membro da CEE, e sua respectiva substituição.
- XXI. Atender as solicitações de reuniões e convocações inerentes às atribuições da CEE junto ao Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo.
- XXII. Apresentar anualmente o cronograma de reuniões, e o relatório de suas atividades ao Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Esta

documentação deverá ser encaminhada por meio eletrônico ao Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo.

XXIII. A CEE deverá estabelecer o cronograma de suas atividades.

Art. 3º - Das eleições:

I. Os membros da CEE serão eleitos por meio de voto facultativo, direto e secreto, pelos profissionais da equipe de Enfermagem.

II. O(A) Enfermeiro(a) Responsável Técnico – Gerente do Serviço de Enfermagem designará uma comissão eleitoral que será responsável pela organização, apuração e divulgação dos resultados do pleito.

a. Os membros da Comissão Eleitoral não poderão ser candidatos, assim como o(a) Enfermeiro(a) Responsável Técnico da Instituição.

b. A convocação para eleição será feita por meio de ampla divulgação interna, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias da data estabelecida para as eleições.

c. Os candidatos poderão pertencer a todas as categorias de Enfermagem(enfermeiro/ obstetriz, técnico e auxiliar de Enfermagem).

III. Os membros da Comissão Eleitoral e os candidatos que irão concorrer na eleição da CEE deverão atender os seguintes requisitos:

a. Possuir registro profissional no Coren-SP, regularidade cadastral e financeira para com essa autarquia federal.

b. Não possuir condenação à penalidade prevista no Código de Ética de Enfermagem, transitada em julgado, em processo ético-disciplinar junto ao Coren-SP, anterior à data do registro da candidatura.

c. Não ter sido condenado em processo administrativo junto a instituições em que preste serviços de Enfermagem, em período inferior a 5 (cinco) anos, a contar da data do registro da candidatura.

d. Não possuir anotações de penalidades junto ao seu empregador, nos últimos 5 (cinco) anos.

IV. Somente poderão votar os profissionais regularmente inscritos no Coren-SP e com vínculo empregatício na Instituição.

V. Protestos e recursos relativos ao processo eleitoral deverão ser formalizados, por escrito, dentro de no máximo 48 horas após as eleições e encaminhados em primeira instância à Comissão Eleitoral e por último à instância superior – o Coren-SP.

Art. 4º - Do procedimento sindicante:

I. A CEE por meio de denúncia, ou de ofício, descrevendo indícios de irregularidades e supostas infrações ético- disciplinares, envolvendo profissionais de enfermagem, realizará a apuração, por meio de procedimento sindicante, no qual será conferido ao(s) profissional(is) envolvido(s) o direito a ampla defesa e do contraditório.

II. Todos os atos do procedimento sindicante deverão ser redigidos e documentados, e compor os autos do procedimento sindicante, que tramitará sob a forma de processo administrativo.

III. Os atos da CEE relativos ao procedimento sindicante deverão ser sempre sigilosos, durante e após a apuração, não lhes sendo vedado, contudo, o aproveitamento de fatos ocorridos para fins educativos e de orientação, desde que preservados os dados de identificação dos envolvidos, bem como as circunstâncias de especificidade do(s) caso(s) que possam induzir a identificação de envolvido(s).

Portanto, não se pode, em hipótese alguma, expor o(s) profissional(is) denunciado(s)/denunciante(s) em procedimentos sindicantes, por qualquer meio, cabendo tão somente, se questionado, quando de denúncia, ou fato de repercussão na Instituição, o(a) presidente da CEE restringir sua resposta para aquele(a) que não está envolvido, de que os fatos estão “em apuração”.

E mesmo depois da apuração por meio de procedimento sindicante, com os devidos encaminhamentos para a ciência do(a) Enfermeiro(a) Responsável Técnico(a) e do Conselho Regional de Enfermagem, somente aos profissionais envolvidos, denunciante e denunciado, cabe a ciência do resultado da apuração. De mesmo modo, não cabe aos profissionais de enfermagem denunciante(s)/denunciado(s) expor nomes ou situações publicamente, durante, ou após a apuração dos fatos pela CEE ou pelo Conselho Regional de Enfermagem, implicando também em análise de sua conduta, que poderá ser

vinculada a quebra de sigilo, ou ainda, injúria, calúnia ou difamação, se caso, a denúncia ou fato não for comprovado, ou se após a apuração, se conclua por não haver indícios de infração ético-disciplinar.

Portanto, cabe ressaltar que os locais apropriados para apresentara denúncia ética em Enfermagem, e realizar a apuração dos fatos referentes a suposta infração ética e disciplinar são: a CEE e o Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo.

CAPÍTULO III

DA POSIÇÃO NA ESTRUTURA HIERÁRQUICA

Art. 5º - A CEE está subordinado ao Coren/SP.

CAPÍTULO IV

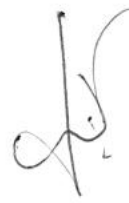
DA QUALIFICAÇÃO

Art. 6º - São requisitos para o cargo de Presidente:

- I. Ser Enfermeiro.
- II. Ser eleito pela equipe de enfermagem do hospital por processo eleitoral.
- III. Possuir registro profissional no Coren-SP, regularidade cadastral e financeira para com essa autarquia federal.
- IV. Não possuir condenação à penalidade prevista no Código de Ética de Enfermagem, transitada em julgado, em processo ético-disciplinar junto ao Coren-SP, anterior à data do registro da candidatura.
- V. Não ter sido condenado em processo administrativo junto a instituições em que preste serviços de Enfermagem, em período inferior a 5 (cinco) anos, a contar da data do registro da candidatura.
- VI. Não possuir anotações de penalidades junto ao seu empregador, nos últimos 5 (cinco) anos.

Art. 7º - São requisitos para o cargo de Secretário:

- I. Ser auxiliar, técnico de enfermagem ou Enfermeiro.
- II. Ser eleito pela equipe de enfermagem do hospital por processo eleitoral.



- III. Possuir registro profissional no Coren-SP, regularidade cadastral e financeira para com essa autarquia federal.
- IV. Não possuir condenação à penalidade prevista no Código de Ética de Enfermagem, transitada em julgado, em processo ético-disciplinar junto ao Coren-SP, anterior à data do registro da candidatura.
- V. Não ter sido condenado em processo administrativo junto a instituições em que preste serviços de Enfermagem, em período inferior a 5 (cinco) anos, a contar da data do registro da candidatura.
- VI. Não possuir anotações de penalidades junto ao seu empregador, nos últimos 5 (cinco) anos.

Art. 8º - São requisitos para ser membro da CEE:

- I. Ser Enfermeiro, Obstetiz, Técnico e/ou Auxiliares de Enfermagem
- II. Possuir registro profissional no Coren-SP, regularidade cadastral e financeira para com essa autarquia federal.
- III. Não possuir condenação à penalidade prevista no Código de Ética de Enfermagem, transitada em julgado, em processo ético-disciplinar junto ao Coren-SP, anterior à data do registro da candidatura.
- IV. Não ter sido condenado em processo administrativo junto a instituições em que preste serviços de Enfermagem, em período inferior a 5 (cinco) anos, a contar da data do registro da candidatura.
- V. Não possuir anotações de penalidades junto ao seu empregador, nos últimos 5 (cinco) anos.
- VI. Ser eleito pela equipe de enfermagem do hospital por processo eleitoral.

CAPÍTULO V DAS RESPONSABILIDADES

Art. 9º - São responsabilidades do(a) Presidente da CEE:

- I. Presidir, coordenar e dirigir as reuniões da Comissão.
- II. Planejar e controlar as atividades programadas.
- III. Representar a CEE na Instituição perante as instâncias superiores, em outras comissões, em eventos e no Coren-SP.

- IV. Nomear os membros para instauração e apuração do procedimentos indicante.
- V. Solicitar a participação de membros nas reuniões da CEE.
- VI. Elaborar relatório Conclusivo do Procedimento Sindicante com os resultados dos casos analisados e encaminhar ao Coren-SP e posteriormente encaminhá-los e protocolá-los junto ao Enfermeiro(a) Responsável Técnico(a) (RT) – Gerente do Serviço de Enfermagem para ciência.

Art. 10 - São responsabilidades do(a) Secretário(a):

- I. Registrar as reuniões em ata.
- II. Secretariar as atividades da CEE.
- III. Verificar o quórum de deliberação nas reuniões estabelecidas –ordinárias e extraordinárias. Não entendi
- IV. Realizar as convocações da(s) testemunha(s), denunciante(s) e denunciado(s), nos procedimentos sindicantes.
- V. Organizar o arquivo referente aos documentos e relatórios dos procedimentos sindicantes.
- VI. Colaborar com o(a) presidente, no que lhe for por este solicitado, nas atividades da CEE.
- VII. Substituir o(a) Presidente na sua ausência.

Art. 11 - São responsabilidades dos membros efetivos e suplentes:

- I. Eleger presidente e secretário(a), dentre os(as) Enfermeiros(as)efetivos da CEE.
- II. Comparecer às reuniões da comissão, discutindo e opinando sobre as matérias em pauta.
- III. Garantir o exercício do amplo direito de defesa aos profissionais de Enfermagem envolvidos em procedimentos sindicantes.
- IV. Os membros suplentes, quando houver, serão convocados a comparecer às reuniões mediante deliberação do presidente da CEE,em que poderão participar das reuniões como ouvintes, e assumirão a função na vacância da função de um membro efetivo correspondente.



**CAPÍTULO VI
DO FUNCIONAMENTO**

Art. 12 - A CEE é formada por enfermeiros/obstetizes, técnicos e/ou auxiliares de Enfermagem como membros efetivos, (e com seus respectivos suplentes, se houver), de acordo com a Resolução Cofen 593/2018 e Decisão Coren-SP/ Plenário – 14/2018.

281

Art. 13 - A CEE terá um presidente, um secretário e membros efetivos (e suplentes, se houver). Parágrafo único - A função do presidente deverá ser exercida exclusivamente por Enfermeiro(a).

Art. 14 - O mandato dos membros da Comissão terá duração de 3 anos, podendo ser reconduzidos por igual período apenas uma vez.

Art. 15 - As reuniões serão realizadas na 1ª terça-feira de cada mês, ou extraordinariamente quando necessário.

Art. 16 – Os membros eleitos podem se desligar da comissão de Ética em Enfermagem mediante solicitação por escrito que deverá ser enviada para o COREN.

Art. 17 - A ausência não justificada em mais de 3 (três) reuniões consecutivas e/ou alternadas excluirá, automaticamente, o membro efetivo da CEE, devendo ser convocado o respectivo suplente, quando houver.

Art. 18 – Evidenciada a desistência de membro(s) da CEE, impossibilitando seu quórum mínimo, de 2 (dois) Enfermeiros(as) e 1 (um) Técnico(a)/ Auxiliar de Enfermagem para realização de suas atividades, o(a) presidente da CEE em conjunto com o(a) Enfermeiro(a) Responsável Técnico deverão de imediato, de ofício, documentar e comunicar ao Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo as circunstâncias e a extinção da referida CEE, e a realização de um novo processo eleitoral para composição de nova CEE.

Art. 17 - O Serviço de Enfermagem da Instituição garantirá as condições necessárias para o desenvolvimento das atividades da CEE.

Art. 19 - Em caso de denúncia envolvendo membro da CEE o mesmo deverá ser afastado de suas atividades, em caráter preventivo, enquanto perdurar o procedimento sindicante e a apuração no Coren-SP.

282

Art. 20 - Deverá ser mantida cópia dos seguintes documentos junto ao Presidente ou Secretário da Comissão:

- I. Nomeação (com os integrantes e data das reuniões).
- II. Cópia da Lei e Portaria que institui a Comissão.
- III. Regimento da Comissão atualizado.
- IV. Atas das reuniões assinadas por todos os presentes.
- V. Listas de presença.

CAPÍTULO VI

DAS CONSIDERAÇÕES FINAIS

Art. 21 – Este regimento entrará em vigor a partir da sua aprovação pela Superintendência Executiva e será revisado periodicamente ou sempre que necessário.

Art. 22 – Este regimento serve de instrumento de definição de responsabilidades e autoridade e será observado e cumprido por todos os profissionais da comissão.

Art. 23 – Todos os profissionais da Instituição, independentemente do tipo de vínculo empregatício com o hospital, estão obrigados ao cumprimento dos artigos aqui descritos, ao fiel cumprimento das políticas estabelecidas pela Instituição, seja em definições de programas comissões ou outros meios, bem como, cumprir os respectivos Códigos de Ética das categorias profissionais.



Art. 24 – Todos os profissionais devem contribuir com o desenvolvimento do hospital, zelar pelo patrimônio e meios colocados à disposição para realização do trabalho, em respeito aos serviços prestados até então.

Art. 25 – Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pela Comissão de Ética em Enfermagem junto ao Coren/SP.

Art. 26 – Comentários inoportunos que possam comprometer os demais profissionais e/ou serviços prestados pela Instituição não devem ser feitos e são sujeitos a medidas disciplinares.

Art. 27 – As informações sobre pacientes, sobre a Instituição e seus profissionais são sigilosas não devendo ser reveladas a pessoas não autorizadas.

3.9.5.6 Proposta de Regimento da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e Assédio (CIPA)

CAPÍTULO I DO OBJETO

Art. 1º – Este Regimento apresenta a identidade e características organizacionais da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e Assédio – CIPA, da Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba, que tem por objetivo a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, promovendo a saúde e proteção do trabalhador, visando a preservação da vida, baseando-se pelo Art. 154 a 201 da CLT Lei Nº 6514, de 22 de dezembro de 1977 pela Portaria 3214, de 08 de junho de 1978 – NR 5, pela Portaria MTP nº 4.219, de 20 de dezembro de 2022 e em conformidade com a Missão, Visão e Valores da Instituição.

CAPÍTULO II DA COMPETÊNCIA

Art. 2º - Compete à CIPA, conforme NR5:

CAPÍTULO IV DOS REQUISITOS

Art. 4º - São requisitos para a função de Presidente da CIPA:

- I. Ser indicado(a) pelo Diretor Presidente.
- II. Participar e ser aprovado(a) no curso de formação de Cipeiros, comprovado por Certificado.

Art. 5º - São requisitos para a função de Vice-Presidente da CIPA:

- I. Ser membro titular dos empregados escolhido(a) pelos membros representantes dos empregados.
- II. Participar e ser aprovado(a) no curso de formação de Cipeiros, comprovado por Certificado.

Art. 6º - São requisitos para a função de Secretário(a) da CIPA:

- I. Ser indicado(a) pelo(a) Presidente da CIPA.
- II. Ter facilidade na redação e organização de documentos.

Art. 7º - São requisitos para a função de Representante dos Empregados:

- I. Realizar inscrição junto ao RH para concorrer à eleição para ser Membro da CIPA.
- II. Participar e concorrer com os(as) demais candidatos(as), e ser eleito, em escrutínio secreto, por maioria de votos, conforme vagas definidas.
- III. Participar e ser aprovado(a) no curso de formação de Cipeiros, comprovado por Certificado.

Art. 8º - São requisitos para a função de Representante do Empregador:

- I. Ser indicado(a) pelo Presidente da CIPA.
- II. Participar e ser aprovado(a) no curso de formação de Cipeiros, comprovado por Certificado.

CAPÍTULO V DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 9º - São atribuições do (a) Presidente:

- I. Convocar os membros para as reuniões.
- II. Coordenar as reuniões, encaminhando à Organização, ao SESMT e à Diretoria da Irmandade as decisões da Comissão.
- III. Delegar atribuições ao(à) Vice-Presidente.
- IV. Coordenar e supervisionar as atividades do(a) Secretário(a).

Art. 10 - São atribuições do(a) Vice-Presidente:

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

Art. 11 - São atribuições do(a) Presidente e do(a) Vice-Presidente da CIPA, em conjunto:

- I. Coordenar e supervisionar as atividades da CIPA, zelando para que os objetivos propostos sejam alcançados.
- II. Divulgar as decisões da CIPA a todos os trabalhadores do estabelecimento.
- III. O(A) Presidente e o(a) Vice-Presidente da CIPA constituirão, dentre seus membros a comissão eleitoral, que será a responsável pela organização e acompanhamento do processo eleitoral.

Art. 12 - São responsabilidades do(a) Secretário(a):

- I. Acompanhar as reuniões da CIPA e redigir as Atas, apresentando-as para apreciação, aprovação e assinaturas dos membros presentes.
- II. Preparar e encaminhar as correspondências.
- III. Elaborar ofícios que forem necessários.
- IV. Outras atividades que lhe forem conferidas.

Parágrafo único: No impedimento do(a) Secretário(a) será indicado um dos membros para redação da Ata na reunião.

Art. 13 - São responsabilidades dos Membros da CIPA:

- I. Participar das reuniões.
- II. Participar dos eventos realizados pela CIPA, conforme calendário anual.

III. Outras atividades que lhes forem conferidas.

Parágrafo único: Todos os membros devem colaborar para a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível e permanente o trabalho com a preservação da vida e a promoção de saúde do trabalhador.

287

Art. 14 - Cabe ao Empregador:

- I. Proporcionar aos membros da CIPA os meios necessários ao desempenho de suas atribuições, garantindo tempo suficiente para a realização das tarefas constantes do plano de trabalho.
- II. Permitir a colaboração dos trabalhadores nas ações da CIPA.
- III. Fornecer à CIPA, quando requisitadas, as informações relacionadas às suas atribuições.

Art. 15 - Cabe aos Empregados:

- I. Participar da eleição de seus representantes.
- II. Colaborar com a gestão da CIPA.
- III. Indicar à CIPA, ao SESMT e ao Empregador situações de riscos e apresentar sugestões para melhoria das condições de trabalho.
- IV. Observar e aplicar no ambiente de trabalho as recomendações quanto à prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho.

CAPÍTULO VI DO FUNCIONAMENTO

Art. 16 - O mandato dos membros da Comissão terá duração de 1 ano.

Art. 17 – Reuniões da CIPA:

- I. A CIPA terá reuniões ordinárias mensais, de acordo com o calendário preestabelecido.
- II. As reuniões ordinárias da CIPA serão realizadas durante o expediente normal da Empresa e em local apropriado.

III. As reuniões serão realizadas na 4ª quarta-feira de cada mês. Na necessidade de reagendamento, o(a) Presidente deverá fazer a justificativa para os membros tão logo possível.

IV. As deliberações e encaminhamentos das reuniões da CIPA devem ser disponibilizados a todos os empregados em quadro de aviso ou por meio eletrônico.

288

Art. 18 - Reuniões extraordinárias deverão ser realizadas quando:

- I. Ocorrer acidente do trabalho grave ou fatal.
- II. Houver solicitação expressa de uma das representações.

Art. 19 - Titulares e Suplentes dos representantes dos empregados terão estabilidade, desde o registro de sua candidatura até um ano após o final de seu mandato, exceto se descumprirem o Regulamento ou infringirem leis trabalhistas que ensejem seu desligamento legal.

Parágrafo único: Conforme NR5 "5.6.6 - O membro titular perderá o mandato, sendo substituído por suplente, quando faltar a mais de quatro reuniões ordinárias sem justificativa. 5.6.7 A vacância definitiva de cargo, ocorrida durante o mandato, será suprida por suplente, obedecida a ordem de colocação decrescente que consta na Ata de eleição, devendo os motivos ser registrados em Ata de reunião."

Entende-se por faltas justificadas: férias, abono mãe, abono maternidade, licença-maternidade licença devido a casamento, licença devido a falecimento, devido a nascimento dos filhos, atestado ou licença médica, afastamento, convocação eleitoral e demais faltas justificadas no RH.

Art. 20 - O mandato dos membros eleitos da CIPA terá a duração de um ano, permitida uma reeleição.

Art. 21 - É vedada a dispensa arbitrária ou sem justa causa do empregado eleito para cargo de direção de Comissões Internas de Prevenção de Acidentes desde o registro de sua candidatura até um ano após o final de seu mandato.



Art. 22 – As decisões da CIPA serão preferencialmente por consenso. Não havendo consenso, a CIPA deve regular o procedimento de votação e o pedido de reconsideração da decisão.

Art. 23 – Deverá ser mantido os seguintes documentos junto ao(à) Presidente ou Secretário(a) da Comissão e enviado por e-mail para o Setor da Qualidade mensalmente:

- I. Nomeação (com os integrantes e data das reuniões).
- II. Cópia da Lei e Portaria que institui a Comissão.
- III. Regimento da Comissão.
- IV. Atas das reuniões assinadas por todos os presentes.
- V. Listas de presença.
- VI. Plano de Trabalho da Comissão.

Parágrafo único: Os documentos de Gestões anteriores devem ser encaminhadas para arquivo no SESMT por no mínimo 5 anos.

CAPÍTULO VII

DO ACESSO A PROTEÇÃO DA INFORMAÇÃO

Art. 24 - Os profissionais do setor terão acesso aos seguintes dados e informações e ambientes:

Profissional	Acesso
Membros da CIPA	Dados e informações sobre acidentes de trabalho.

Art. 25 - Todos os profissionais do setor devem zelar pela proteção dos dados e informações da Empresa, tomando os seguintes cuidados:

- I. Solicitar e utilizar dados e informações exclusivamente necessárias para o desempenho da sua função.
- II. Não passar dados e informações a pessoas/ órgãos não autorizadas, seja por forma verbal, física (cópias), virtual (e-mail, whatsapp, etc) ou por qualquer

outro meio. Mesmo quando enviado a pessoas autorizadas, limitar-se ao envio do que foi solicitado, restringindo a visualização de demais informações, mesmo que no mesmo documento.

III. Não realizar conversas sigilosas ou que exponham dados e informações de pacientes, profissionais e da

Instituição em corredores, elevadores e/ou qualquer outra área comum.

IV. Restringir o acesso ao setor, de pessoas não comuns ao serviço.

V. Ao descartar documentos, destruí-los de forma a descaracterizá-los totalmente, considerando sempre o tempo de guarda e autorização para o descarte.

VI. Não compartilhar senhas pessoais.

VII. Utilizar a “política de mesa e tela limpa”.

CAPÍTULO VIII

DAS CONSIDERAÇÕES FINAIS

Art. 26 – Este Regimento entrará em vigor a partir da sua aprovação e será revisado periodicamente ou sempre que necessário, sendo que possíveis alterações poderão ser implementadas. Neste último caso, revoga-se automaticamente o Regimento anterior.

Art. 27 – Este Regimento serve de instrumento de definição de responsabilidades e autoridade e será observado e cumprido por todos os profissionais da Comissão. Demais documentos tais como Políticas e Procedimentos Operacionais poderão complementar os assuntos aqui tratados.

Art. 28 – Todos os profissionais da Instituição, independentemente do tipo de vínculo contratual com o Hospital, estão obrigados ao cumprimento dos artigos aqui descritos, ao fiel cumprimento das Políticas estabelecidas pela Instituição, quer seja em definições de Programas, Comissões ou outros meios, bem como cumprir os respectivos Códigos de Ética da Instituição e das categorias profissionais, as orientações pertinentes à Lei Geral de Proteção de Dados (Lei 13.709/2018) e demais legislações vigentes aplicáveis.

Art. 29 – Todos os profissionais devem contribuir com o desenvolvimento do Hospital, zelar pelo patrimônio e meios colocados à disposição para a realização dos trabalhos.

Art. 30 – Os casos omissos neste Regimento serão definidos ou resolvidos pela Diretoria da Irmandade.

Art. 31 – Comentários inoportunos que possam comprometer os demais profissionais e/ou serviços prestados pela Instituição não devem ser feitos e são sujeitos a medidas disciplinares.

Art. 32 – As informações sobre pacientes, sobre a Instituição, seus profissionais, negociações em andamento e contratos vigentes são sigilosas não devendo ser reveladas a pessoas não autorizadas.

Art.33 – Independentemente das cláusulas firmadas no presente Regimento, ficam integralmente ratificadas as disposições contidas na NR-5 e demais disposições legais aplicáveis.

CAPÍTULO VIX

DAS REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Art. 34 – CLT. Lei Nº 6514, de 22 de dezembro de 1977. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6514.htm#:~:text=L6514&text=LEI%20N%C2%BA%206.514%2C%20DE%2022,trabalho%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAsncias.
Acessado em: 27/11/2023.

Art 35 - Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria 3214, de 08 de junho de 1978 – NR 5. Disponível em: <https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/comissao-tripartite-partitaria-permanente/arquivos/normas-regulamentadoras/nr-05-atualizada-2022.pdf> Acessado em: 27/11/2023.

Art. 36 - Ministério do Trabalho e Previdência. Portaria MTP nº 4.219, de 20 de dezembro de 2022. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-mtp-n-4.219-de-20-de-dezembro-de-2022-452780351>. Acessado em: 27/11/2023.

3.9.5.7 Proposta de Regimento da Comissão de Assistência Odontológica

26 - C3.6 Critério Comissão de Assistência Odontológica

REGIMENTO INTERNO

I – NOME: Comissão de Odontologia (CO)

A C.O constitui-se por definição do Dentista Responsável Técnico xxx e é diretamente subordinada ao Drº xxx .

II – DEFINIÇÃO E FINALIDADE:

- Analisar, propor e/ou emitir parecer quando solicitado em relação a assuntos pertinentes à odontologia na UPA Éden, em consenso com o Código de Ética Odontológica;
- Assessorar quando solicitado, quanto à produção de material instrutivo ou informativo sobre regulamentação e obrigatoriedade do atendimento odontológico, de acordo com a Secretaria Municipal do município de Sorocaba- SP, no que tange a procedimentos de urgência e emergência;

III – COMPOSIÇÃO:

Serão membros da Comissão de Odontologia:

- Presidente: Dr. Xxx;
- Vice Presidente: Dr. Xxx;
- Membro Executor: Dr. xxx;
- Gerente Administrativo: xxx;

IV – MANDATO:

O mandato dos membros da Comissão de Odontologia deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável conforme definição da Diretoria Técnica de Departamento.

V – FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO:

Realizar reuniões mensais para acompanhar indicadores de atendimentos do setor, propor melhorias, discutir casos clínicos e demais assuntos que forem pertinentes as melhorias dos processos;

293

VI – ATRIBUIÇÕES:

Compete à Comissão de Odontologia:

- Acompanhar, sugerir propostas, emitir parecer e assessorar quando solicitado, a SES Sorocaba-SP, em suas representações e demais comissões afins, nas discussões junto a SES quanto à inclusão de outros procedimentos ou mudanças de protocolos, assim como demais assuntos pertinentes de interesse à UPA Éden e atendimento dos munícipes em todos os pontos da rede de atenção à saúde do município;
- Sugerir, propor, discutir ou emitir parecer quando solicitado a cerca de ações executadas na área de abrangência da odontologia na UPA Zona Leste conforme protocolo vigente.

3.9.5.8 Proposta de Regimento da Comissão de Revisão de Prontuários

27 - C3.1 Critério Comissão de Revisão de Prontuário

CAPÍTULO I

DO OBJETO

Art. 1º – Este Regimento apresenta a identidade e características organizacionais da Comissão de Revisão de Prontuários (CRP) da Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba, que tem por finalidade atender à Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 1.638/2002, que define Prontuário Médico como o Documento único constituído de um conjunto de informações,

sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do(a) paciente e à assistência a ele(a) prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

Os serviços prestados pela CRP não serão remunerados.

CAPÍTULO II DA COMPETÊNCIA

Art. 2º – Compete à CRP:

- I. Registrar em formulário próprio a avaliação dos itens do Prontuário, onde deverão constar obrigatoriamente:
 - a. Identificação do(a) paciente em todos os impressos, termo geral de internação, anamnese, exame físico, exames complementares, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo, consentimentos específicos (quando necessários), tratamento efetuado e outros documentos pertinentes ao atendimento.
 - b. Obrigatoriedade de letra legível dos profissionais que atenderam o(a) paciente, bem como de assinatura e carimbo ou nome legível dos(as) profissionais e respectiva inscrição no Conselho de Classe.
 - c. Obrigatoriedade da avaliação médica e de enfermagem e registro diário da evolução clínica do(a) paciente, bem como a prescrição médica consignando data e hora do atendimento.
 - d. Preenchimento completo do resumo de alta.
 - e. Ordenação do Prontuário.
- II. Recomendar inclusão e exclusão de formulários, impressos e nos sistemas, bem como divulgar a necessidade de conservação dos Prontuários visando a qualidade dos mesmos.
- III. Assessorar a Direção Técnica e Clínica em assuntos de sua competência.
- IV. Manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da Unidade com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações feitas.
- V. Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente.



VI. Coletar e processar os dados, proceder à análise estatística, divulgá-los apropriadamente e avaliá-los a cada semestre.

CAPÍTULO III

DA POSIÇÃO NA ESTRUTURA HIERÁRQUICA

Art. 3º – A CRP é um órgão de assessoria diretamente vinculado à Diretoria Clínica da Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba.

§1º A CRP deverá manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da Instituição, com a qual deverá discutir os resultados das avaliações realizadas.

§2º A composição mínima da Comissão deverá ser de 3 (três) membros Médicos(as), 1 (um) membro do Serviço de Arquivo Médico (SAME) e 1 (um) membro Enfermeiro(a), que serão nomeados pelo(a) Diretor(a) Clínico(a), cuja Presidência deverá ser exercida, exclusivamente, por um(a) Médico(a).

CAPÍTULO IV

DOS REQUISITOS

Art. 4º – São requisitos para a atividade de Presidente/Vice-presidente:

- I. Ser Médico(a) do Corpo Clínico com CRM ativo.
- II. Ser indicado(a) pelo(a) Diretor(a) Clínico(a).

Art. 5º – São requisitos para a atividade de Secretário(a):

- I. Ter facilidade na digitação de documentos.
- II. Ser indicado(a) pelo(a) Diretor(a) Clínico(a).

Art. 6º – São requisitos para ser membro do CRP:

- I. Ser indicado(a) pelo(a) Diretor(a) Clínico(a).

CAPÍTULO V

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 7º – São atribuições do(a) Presidente da Comissão:

- I. Convocar e presidir as reuniões.

- II. Representar a Comissão junto à Direção Geral da Instituição, ou indicar seu(sua) representante.
- III. Escrever todos os documentos e resoluções da Comissão previamente aprovados pelos membros desta.
- IV. Cumprir e fazer cumprir este Regimento.
- V. Nas decisões da Comissão, havendo empate, sem prejuízo de seu voto, o(a) Presidente exercerá o voto de qualidade (ou seja, de desempate).
- VI. Além de outras responsabilidades instituídas neste Regimento ou que decorram de suas funções ou prerrogativas.

Art. 8º – São atribuições do(a) Vice-Presidente:

- I. Assumir as atividades do(a) Presidente da Comissão em seus impedimentos.

Art. 9º – São atribuições do(a) Secretário(a) da CRP:

- 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(a) Presidente da Comissão.
- V. Organizar e manter o arquivo da Comissão.
- VI. Preparar a correspondência.
- VII. Realizar outras funções determinadas pelo(a) Presidente da CRP relacionadas ao serviço.
- VIII. Solicitar ao SAME todos os Prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los em 24 horas após o trabalho realizado.

Art. 10 – São atribuições dos membros:

- I. Analisar os Prontuários e apontar as irregularidades em formulário próprio.
- II. Participar das reuniões.
- III. Participar das votações, caso haja necessidade.

CAPÍTULO VI DO FUNCIONAMENTO

Art. 11 – O mandato dos membros da Comissão terá duração de 2 anos, a contar da nomeação formal de seus membros, e poderá ser indefinidamente renovado por decisão da Direção Geral. A relação dos membros de cada mandato deverá ser publicada para o Corpo Clínico a cada 2 (dois) anos, bem como a substituição de qualquer membro, a qualquer momento.

297

Art. 12 – Um membro da Comissão poderá ser destituído sob apreciação e ato do(a) Diretor(a) Clínico(a), caso haja necessidade.

Art. 13 – As reuniões serão realizadas na 3ª terça-feira de cada mês. Na necessidade de cancelamento ou alteração, o(a) Presidente deverá reagendar o mais breve possível e avisar os membros. Poderão ser realizadas reuniões extraordinárias, mediante solicitação do(a) Presidente da CRP.

Art. 14 – Na ausência do(a) Presidente ou de seu(sua) Vice-presidente, os membros da Comissão presentes, estando em maioria, poderão realizar a reunião, nomeando um(a) Coordenador(a) provisório(a) para dirigir a mesma.

Art. 15 – A Sede da Comissão será a sala da Direção Clínica ou outra designada pela Direção Geral. Art. 16 – As decisões são tomadas nas reuniões ordinárias, de acordo com a aceitação da maioria.

Art. 17 – A solicitação de desligamento de qualquer membro deverá ser feita mediante Carta formal enviada ao(à) Presidente da Comissão, salvo em caso de desligamento da Instituição, quando então o desligamento será automático.

Parágrafo único. Após 03 faltas consecutivas não justificadas, o membro será automaticamente desligado e substituído por novo(a) representante.

Art. 18 – Deverá ser mantida cópia dos seguintes documentos da Comissão na Diretoria Clínica do Hospital, bem como no Sistema de Gestão de Documentos (MaxDoc):

- I. Nomeação (com os integrantes e data das reuniões).

- II. Cópia da Lei e Portaria que institui a Comissão.
- III. Regimento da Comissão.
- IV. Atas das reuniões assinadas por todos os presentes.
- V. Listas de presença.
- VI. Plano de Trabalho Anual da Comissão.

CAPÍTULO VII

DO ACESSO A PROTEÇÃO DA INFORMAÇÃO

Art. 19 – Os profissionais da Comissão terão acesso aos seguintes dados e informações e ambientes:

Profissional	Acesso
Presidente da CRP	Dados e informações do prontuário do paciente (pessoais e clínicos).
Vice-presidente da CRP	Dados e informações do prontuário do paciente (pessoais e clínicos).
Secretário da CRP	Dados e informações do prontuário do paciente (pessoais e clínicos).
Membro da CRP	Dados e informações do prontuário do paciente (pessoais e clínicos).

Art. 20 – Todos os profissionais da Comissão devem zelar pela proteção dos dados e informações da Empresa, tomando os seguintes cuidados:

- I. Solicitar e utilizar dados e informações exclusivamente necessárias para o desempenho da sua função.
- II. Não passar dados e informações a pessoas/órgãos não autorizadas, seja por de forma verbal, física (cópias), virtual (e-mail, WhatsApp, etc) ou por qualquer outro meio. Mesmo quando enviado a pessoas autorizadas, limitar-se ao envio do que foi solicitado, restringindo a visualização de demais informações, mesmo que no mesmo documento.

- III. Não realizar conversas sigilosas ou que exponham dados e informações de pacientes, profissionais e da Instituição em corredores, elevadores e/ou qualquer outra área comum.
- IV. Ao descartar documentos, destruí-los de forma a descaracterizá-los totalmente, considerando sempre o tempo de guarda e autorização para o descarte.
- V. Não compartilhar senhas pessoais.
- VI. Utilizar a “política de mesa e tela limpa”.

CAPÍTULO VIII

DAS CONSIDERAÇÕES FINAIS

Art. 21 – Este Regimento deverá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

Art. 22 – Todos os membros deverão guardar sigilo ético no que se refere aos assuntos abordados pela CRP.

Art. 23 – Este Regimento entrará em vigor a partir da sua aprovação pela CRP e pela Direção Clínica e será revisado periodicamente ou sempre que necessário.

Art. 24 – Este Regimento serve de instrumento de definição de responsabilidades e autoridade e será observado e cumprido por todos os profissionais da Comissão.

Art. 25 – Todos(as) os(as) profissionais da Instituição, independentemente do tipo de vínculo contratual com o Hospital, estão obrigados(as) ao cumprimento dos artigos aqui descritos, ao fiel cumprimento das Políticas estabelecidas pela Instituição, seja em definições de Programas, Comissões ou outros meios, bem como cumprir os respectivos Códigos de Ética das categorias profissionais, as orientações pertinentes à Lei Geral de Proteção de Dados (Lei 13.709/2018) e demais legislações vigentes aplicáveis.



Art. 26 – Todos(as) os(as) profissionais devem contribuir com o desenvolvimento do Hospital, zelar pelo patrimônio e meios colocados à disposição para realização dos trabalhos.

Art. 27 – Os casos omissos neste Regimento serão resolvidos pelos membros da CRP, em conjunto com o(a) Diretor(a) Clínico(a), e submetidos à Direção Geral, a quem competirá a palavra final.

Art. 28 – Comentários inoportunos que possam comprometer os(as) demais profissionais e/ou serviços prestados pela Instituição não devem ser feitos e são sujeitos a medidas disciplinares.

Art. 29 – As informações sobre pacientes, sobre a Instituição, seus(suas) profissionais, contratos vigentes e negociações em andamento são sigilosas, não devendo ser reveladas a pessoas não autorizadas.

3.9.5.9 Proposta de Regimento da Comissão de Humanização

CAPÍTULO I DO OBJETO

Art. 1º - Este Regimento apresenta a identidade e características organizacionais da Comissão de Humanização (CH) e Grupo de Trabalho da Humanização (GTH) da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba, tendo em vista que a Comissão de Humanização é uma instância que se destina a empreender uma Política Institucional de resgate da Humanização na assistência à saúde, em consonância com a Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde.

A Humanização, como uma política transversal, supõe necessariamente que sejam ultrapassadas as fronteiras, muitas vezes rígidas, dos diferentes núcleos de saber/poder que se ocupam da produção da saúde. (Ministério da Saúde-2004).

CAPÍTULO II DA COMPETÊNCIA

Art. 2º - A Comissão de Humanização tem as seguintes competências:

- I. Estabelecer estratégias e mecanismos que tornem a Instituição e suas políticas mais humanizadas.
- II. Traçar diretrizes, elaborar, aprovar e avaliar planos de ação para a Humanização da Instituição, em estreita consonância com a Diretoria da Instituição.
- III. Garantir que as ações do Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) estejam articuladas com os vários níveis de gestão e com os vários segmentos que compõem esta Instituição.
- IV. Criar e acompanhar projetos que estejam em desenvolvimento, e os que ainda serão desenvolvidos na Instituição, apoiando aqueles que estejam de acordo com os parâmetros definidos pela Política Nacional de Humanização e segundo os critérios cristãos, respeitando-se as demais crenças.
- V. Zelar pela Ambiência Hospitalar que refere-se ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, humana e resolutiva, considerando alguns elementos que atuam como catalisadores da inter-relação homem x espaço.
- VI. Auxiliar na cogestão ou gestão participativa, que é um modo de administrar que inclui o pensar e o fazer coletivo, para que não haja excessos por parte dos diferentes e possíveis corporativismos. Sendo assim, trabalhar por uma diretriz ética e política que vise motivar e educar os(as) trabalhadores(as) envolvidos(as).

CAPÍTULO III DA POSIÇÃO NA ESTRUTURA HIERÁRQUICA

Art. 3º - A Comissão de Humanização está subordinada à Superintendência Executiva da Irmandade.

CAPÍTULO IV

DA QUALIFICAÇÃO

Art. 4º - São requisitos para o cargo de Coordenador(a):

- I. Ser indicado(a) pelo Diretor-Presidente da Irmandade.

Art. 5º - São requisitos para o cargo de Secretário(a):

- I. Ser indicado(a) pelo Diretor-Presidente da Irmandade.

Art. 6º - São requisitos para ser membro do GTH:

- I. Ser indicado(a) pelo Diretor-Presidente da Irmandade.
- II. Ocupar cargo de liderança no Hospital.

Art. 7º - São requisitos para o cargo de Agente da Comissão de Humanização.

- I. Ser indicado(a) pelo Diretor-Presidente da Irmandade, com aprovação da Coordenação e Conselho Administrativo.
- II. Possuir postura profissional para a atividade exigida, discrição, ter experiência de vida no trato com pessoas e não fazer acepções de quaisquer espécies no serviço de humanização junto às pessoas.

CAPÍTULO V DA COMPOSIÇÃO

Art. 8º – A Comissão de Humanização terá a seguinte composição mínima permanente:

- I. Comissão de Humanização: Agentes de Humanização.
- II. GTH (Grupo de Trabalho de Humanização): Gestores das seguintes áreas do Hospital: Enfermagem, Nutrição, Psicologia, Assistência Social, Qualidade, Administração, Comunicação, Núcleo Interno de Regulação (NIR), Hotelaria, Ouvidoria, Diretoria Clínica, Farmácia, Manutenção, Recepção, Diretoria Técnica e Superintendência Executiva.

CAPÍTULO VI DAS RESPONSABILIDADES

Art. 9º – São responsabilidades do(a) Coordenador(a):

- I. Administrar a pautas das reuniões.



- II. Articular a pauta, administrando os encaminhamentos, assuntos pendentes e a divisão de tarefas.
- III. Elaborar o cronograma semanal de visitas aos quartos e setores do Hospital, observando o cumprimento do mesmo.
- IV. Entrar em contato com os membros, a fim de monitorar o andamento das tarefas acordadas pela Comissão ou pelo Diretor Presidente da Irmandade.

Art. 10 – São responsabilidades do(a) Secretário(a):

- I. Acompanhar as reuniões do GTH e da Comissão e redigir as Atas, apresentando-as para aprovação e assinatura dos membros.
- II. Digitar relatórios e documentos de interesse da Comissão.
- III. Enviar e-mails/correspondências que o serviço requeira.
- IV. Executar demais atividades afins deliberadas pelo(a) Coordenador(a).

Art. 11 – São responsabilidades dos membros da Comissão de Humanização:

- I. Observar:
 - a. Se no ambiente de trabalho está havendo harmonia entre os(as) profissionais(as) em todos os setores.
 - b. Se os(as) pacientes estão sendo tratados(as) de forma justa, com respeito e humanização, da parte de todos os setores (Médicos(as), Enfermagem, Hotelaria etc).
 - c. Se o ambiente estrutural, dentro das possibilidades, está trazendo conforto e segurança a todos(as).
- II. Ouvir:
 - a. Ouvir os(as) funcionários(as) em suas reivindicações, desabafos e propostas para melhorar o ambiente de trabalho.
 - b. Ouvir os(as) pacientes e acompanhantes, sua história de vida, elogios e reclamações, captando pontos sensíveis e críticos para o direcionamento do trabalho da gestão.
 - c. Solicitar esclarecimentos e propor modificações de procedimentos direcionados para a Ouvidoria referente às não conformidades identificadas.
- III. Agir:

- a. Trabalhar com discrição, respeito, humildade, honestidade e equilíbrio emocional, resolvendo com as Equipes responsáveis todos os problemas que surgirem, tanto de pacientes, como de funcionários(as), sem interferir em assuntos fora da alçada da Humanização.
- b. Agir sempre de maneira a harmonizar o ambiente em geral.
- IV. Manter presença e participação efetiva nas reuniões periódicas e nas demais atividades desenvolvidas.
- V. Atuar com independência, autonomia e livre acesso a todos os setores, desde que não haja recomendações e orientações em contrário, para poder apurar e propor as soluções que entender cabíveis, buscando junto aos(às) responsáveis de cada setor a adequada gestão dos processos inerentes e a correção de erros, omissões, abusos e atuando na prevenção e solução de conflitos próprios da alçada da Comissão de Humanização em toda área hospitalar, dando sempre que cabível e de modo harmonioso resposta ao(à) interessado(a).
- VI. Ser identificado(a) pelo crachá, ser aseado(a), trajar-se de forma sóbria, usando jaleco Amarelo, conforme decisão do Diretor-Presidente.
- VII. Trabalhar em sintonia com a Ouvidoria e o Serviço Social, promovendo harmonia entre todos os setores.
- VIII. Direcionar à Administração da Irmandade os casos mais relevantes.

Art. 12 – São responsabilidades dos membros do GTH:

- I. Participar das reuniões agendadas e extraordinárias, quando convocados.
- II. Justificar possíveis ausências antecipadamente à Secretaria da Comissão.
- III. Executar, no âmbito de sua competência, o que for acordado nas reuniões.
- IV. Apresentar problemas observados, sugerir melhorias e propostas para solução dos mesmos, visando a melhoria dos serviços do Hospital, sem prejuízos (sejam financeiros, morais ou de quaisquer outros tipos).



CAPÍTULO VII DO FUNCIONAMENTO

Art. 13 – O mandato dos membros da Comissão e do GTH terá prazo indeterminado de duração, segundo a decisão e as determinações do Diretor-Presidente.

Art. 14 – Um membro da Comissão de Humanização e do GTH somente poderá ser destituído mediante a apreciação e ato do Diretor-Presidente.

Art. 15 – As reuniões serão realizadas mensalmente na quarta sexta-feira do mês, ou extraordinariamente quando convocada pelo Diretor-Presidente da Irmandade.

Art. 16 – No caso de impossibilidade de participação, o membro deverá comunicar antecipadamente o Grupo, não havendo necessidade de enviar representante, salvo quando solicitado pelo Diretor-Presidente.

Art. 17 – Deverá ser mantida cópia dos seguintes documentos da Comissão e do GTH junto ao(à) Coordenador(a)/ Secretário(a) da Comissão e no sistema Docnix:

- I. Nomeação dos membros (com os integrantes e data das reuniões).
- II. Cópia da Lei e Portaria que institui a Comissão.
- III. Regimento da Comissão.
- IV. Atas das reuniões assinadas por todos os presentes.
- V. Listas de presença.
- VI. Plano de Trabalho Anual da Comissão.

Art 18 – Dinâmica da reunião:

- I. Leitura da Ata e demais registros da reunião anterior, com abordagem das pendências.
- II. Discussão da pauta do dia e informes.
- III. Encaminhamentos.
- IV. Avaliação do encontro pelo Grupo.



CAPÍTULO VIII

DAS CONSIDERAÇÕES FINAIS

Art. 19 - Este Regimento entrará em vigor a partir da sua aprovação e será revisado periodicamente e sempre que necessário.

Art. 20 – Este Regimento serve de instrumento de definição de responsabilidades e autoridade referentes ao Grupo.

Art. 21 – Todos os profissionais da Instituição, independentemente do tipo de vínculo contratual com o Hospital, estão obrigados(as) ao cumprimento dos artigos aqui descritos, ao fiel cumprimento das Políticas estabelecidas pela Instituição, quer seja em definições de Programas, Comissões ou outros meios, bem como cumprir os respectivos Códigos de Ética das categorias profissionais, as orientações pertinentes à Lei Geral de Proteção de Dados (Lei 13.709/2018) e legislações vigentes aplicáveis.

Art. 22 – Todos(as) os(as) profissionais devem contribuir com o desenvolvimento do Hospital, zelar pelo patrimônio e meios colocados à disposição para realização dos trabalhos.

Art. 23 – Os casos omissos neste Regimento serão resolvidos e/ou encaminhados pelo Diretor-Presidente da Irmandade.

Art. 24 – Comentários inoportunos que possam comprometer os(as) demais profissionais e/ou serviços prestados pela Instituição não devem ser feitos e são sujeitos a medidas disciplinares.

Art. 25 – As informações sobre pacientes, sobre a Instituição, seus funcionários(as), serviços terceirizados, contratos vigentes e negociações em andamento são sigilosas, não devendo ser reveladas a pessoas não autorizadas, observando-se os ditames da Conduta Ética pertinentes.

3.9.5.10 Proposta de Regimento da Comissão de Integração com o Complexo Regulador da Secretaria Municipal de Saúde, implantando o NIR (Núcleo Interno de Regulação) da Unidade

28 - C3.8 Critério NIR Núcleo Interno de Regulação

Capítulo I

Da legislação

O Núcleo Interno de Regulação - NIR - do Hospital Santa Casa de Misericórdia De Sorocaba -SP foi estruturado, considerando a Portaria n.º 3.390, de 30 de dezembro de 2013, do Ministério da Saúde que:

I - instituiu a Política Nacional de Atenção Hospitalar, no âmbito do Sistema Único de Saúde, estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde;

II - determinou em seu Artigo 11, parágrafo 6.º, que o gerenciamento dos leitos será realizado na perspectiva da integração da prática clínica no processo de internação e de alta, preferencialmente por meio da implantação de um Núcleo Interno de Regulação ou Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar (NAQH).

Parágrafo único. O objetivo da criação do NIR pela supracitada portaria é aumentar a ocupação de leitos e otimizar a utilização da capacidade instalada, melhorando o atendimento ao usuário atingindo as metas qualitativas estabelecidas por contratos.

Capítulo II

Das definições

O NIR do HSCMS possui natureza técnico-administrativa permanente, com a finalidade de fiscalizar e deliberar sobre temas relacionados às atividades e atribuições na Instituição, referentes à regulação, controle e avaliação dos serviços prestados, com vistas a:

I - qualificar os fluxos e processos de trabalho internos;

II - otimizar os recursos institucionais;

III - responsabilizar todos os profissionais responsáveis pelo atendimento ao usuário e pelo uso dos recursos.

Capítulo III

Da composição, mandato e funcionamento

O NIR terá composição multidisciplinar, sendo um coordenador administrativo, todos designados pelo Diretor Técnico e Administrativo:

- I – coordenador administrativo;
- II – Médico Regulador de Vagas;
- III - enfermeiro regulador hospitalar ;
- IV – Auxiliares de Regulação;
- V – referência técnica (Grupo Consultivo).

308

Os componentes do NIR serão divididos da seguinte forma:

- I - grupo executivo hospitalar;
- II - grupo executivo de regulação;
- III - grupo administrativo;
- IV - grupo consultivo.

O Grupo Consultivo está constituído por:

- Diretor Técnico; Diretoria Clínica; Diretoria Administrativa;
- RT de Enfermagem; Coordenadores de Enfermagem (Quando necessário); Gestor Operacional; Auditoria; OPME; Assessoria Jurídica e Gerencia Multidisciplinar.

O NIR reunir-se-á, ordinariamente mensalmente e extraordinariamente quando convocado pelo Coordenador Administrativo, ou a requerimento do Diretor Técnico do HSCMS;

Capítulo IV

Das competências

Caberá ao NIR:

- I - apoiar as equipes das unidades no correto fluxo do paciente no HSCMS;
- II - acompanhar a efetividade clínica e, em caso de desequilíbrio entre a demanda e a oferta de leitos, utilizar critério de admissão por método Kaizen;

- III - participar da criação e implementação de protocolos clínicos baseados no perfil de morbimortalidade hospitalar, na Medicina Baseada em Evidência, na Enfermagem Baseada em Evidência, com foco nas Linhas de Cuidado – Coordenador Administrativo;
- IV - atuar como facilitador na implantação do Projeto Terapêutico Singular (PTS), especialmente para os pacientes de longa permanência;
- V - monitorar o Tempo Médio de Permanência (TMP) das internações e identificar possíveis inconsistências e suas causas;
- VI - monitorar o Tempo de Espera de Cirurgia e identificar possíveis inconsistências e suas causas;
- VII - monitorar a taxa de reinternação hospitalar e identificar possíveis inconsistências e suas causas;
- VIII- monitorar a Taxa de Ocupação Hospitalar e identificar suas inconsistências;
- IX- participar da criação e implementação do Plano de Alta Hospitalar baseado no perfil de morbimortalidade hospitalar, na Medicina Baseada em Evidência, na Enfermagem Baseada em Evidência, com foco nas Linhas de Cuidado;
- X- realizar o monitoramento contínuo do Plano Diretor, juntamente com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), alta e média complexidade;
- XI- integrar o serviço aos outros hospitais da rede assistencial local e fora da macrorregião para o remanejamento de pacientes, quando as condições clínicas permitirem, para realização de procedimentos de apoio diagnóstico e terapêutico não disponíveis no serviço, com vistas à diminuição das taxas de permanência e aumento das taxas de ocupação e rodiziamento da Instituição (Via Sistema CROSS).

Capítulo V

Das atribuições

- São atribuições do Coordenador Administrativo do NIR
- I - presidir suas reuniões;
- II - indicar seu substituto eventual;
- III - representar o NIR em suas relações internas e externas;

- IV - suscitar pronunciamento do NIR quanto às questões relativas aos documentos e informações médicas e de dados estatísticos sobre qualidade da assistência e fechamento de contas junto com a auditoria do HSCMS;
- V - coordenar as discussões e deliberações e, quando for o caso, exercer direito de desempate;
- VI - indicar membros pertencentes ou não ao Núcleo e a seu conselho consultivo para realização de estudos, levantamentos e emissão de pareceres, necessários à efetivação do trabalho do NIR;
- VII - coordenar as auditorias junto com a enfermeira auditora do HSCMS realizadas pela comissão.
- VIII- Realiza a estratificação dos Indicadores pertinentes ao setor, identificando o fluxo e corrigindo as não conformidades;
- IX- Pontuar via relatório as não conformidades de demandas encaminhadas via CROSS e internas do Hospital para os devidos setores;
- X- Coordenar a equipe sendo seu principal responsável.

☐ São Atribuições do Médico Coordenador das Internações

Ao coordenador médico das enfermarias incumbe dirigir, coordenar e supervisionar as atividades das Enfermarias do HSCMS especificamente:

- I. Seguir as atribuições dos responsáveis pelos postos de trabalho definidas no item VII das diretrizes para a gestão organizacional das divisões da Gerência de Atenção à Saúde, 1ª versão /2017;
- II. Coordenar e orientar as ações da equipe em relação a regulação médica assistencial;
- III. Fornecer suporte técnico relacionado a questões médico hospitalares;
- IV. Discutir com as equipes médicas e chefias juntamente de unidades a criação de protocolos administrativos e assistenciais para melhorar o fluxo regulatório – Juntamente com o NIR;
- V. Informar e orientar a equipe a atuar em consonância com os serviços ofertados pelo hospital através do instrumento formal de contratualização;
- VI. Prezar pelo funcionamento dos fluxos regulatórios em consonância com o preconizado pela Política Nacional de Regulação e de acordo com as diretrizes

e grades de referência definidas pelo gestor local do Sistema Único de Saúde - SUS;

VII. Participar dos processos de organização dos fluxos internos e externos de referência e contra-referências dos usuários atendidos no hospital;

VIII. Juntamente com o Coordenador Administrativo do NIR, monitorar os indicadores Hospitalares das Enfermarias;

IX. Realizar visitas à beira leito avaliando quadro dos pacientes do Pronto Socorro Referenciado, discutindo possíveis remanejamentos e transferências;

X. Monitorar e avaliar possíveis altas hospitalares ou transferência a outros estabelecimentos de saúde – Juntamente com o NIR;

XI. Conferir documentação de solicitação de internação;

XII. Orientar a realização de remanejamentos internos, quando necessário tanto nos casos de isolamentos quanto na otimização das vagas de acordo com as demandas – em acordo com o NIR e Coordenação de Enfermagem.

Parágrafo único – Na ausência ou impedimento temporário do coordenador médico do Núcleo Interno de Regulação - NIR, suas funções serão exercidas interinamente pelo médico coordenador das Enfermarias, e em caso de ausência ou impedimento temporário de ambos, será eleito um membro pelos seus pares para exercer essa função interinamente (Seja o Vice Diretor Clínico ou o Coordenador da Clínica Médica).

São Atribuições do Médico Regulador

Ao médico regulador incumbe:

- I. Respeitar os preceitos constitucionais do País, a legislação do Sistema Único de Saúde - SUS, as leis do exercício profissional médico, o Código de Ética Médica, bem como toda a legislação correlata existente;
- II. Atuar na liberação das vagas reguladas pela Central de Regulação de Leitos;
- III. Realizar visitas à beira leito avaliando quadro dos pacientes do Pronto Socorro Referenciado, discutindo possíveis remanejamentos e transferências;
- IV. Monitorar as respostas de solicitação de vagas externas, com a finalidade de agilizar o fluxo de transferência de pacientes;

- V. Acompanhar a admissão dos pacientes com vaga liberada via Central de Regulação de Leitos, a fim de verificar a compatibilidade do quadro clínico descrito com o real;
- VI. Monitorar e avaliar possíveis altas hospitalares ou transferência a outros estabelecimentos de saúde – Juntamente com o Coordenador Médico das Enfermarias;
- VII. Orientar a realização de remanejamentos internos, quando necessário tanto nos casos de isolamentos quanto na otimização das vagas de acordo com as demandas – em acordo com o NIR e Coordenação de Enfermagem.

312

Parágrafo único – Na ausência ou impedimento temporário do coordenador médico do Núcleo Interno de Regulação - NIR, suas funções serão exercidas interinamente pelo médico coordenador das Enfermarias, e em caso de ausência ou impedimento temporário de ambos, será eleito um membro pelos seus pares para exercer essa função interinamente (Seja o Vice Diretor Clínico ou o Coordenador da Clínica Médica).

□ São atribuições do Enfermeiro Regulador do NIR

- I - estar ciente de todos os leitos disponíveis na Instituição e suas destinações;
- II - ser responsável pela priorização das transferências dos pacientes da unidade de Retaguarda para as Enfermarias e Centros de Terapia Intensiva (CTIs) conforme a classificação de risco, em comum acordo com a equipe médica;
- III - ser responsável pela cessão de leitos em prioridade para os pacientes provenientes dos CTIs, Salas de Recuperação Pós-Anestésica e Pronto Socorro;
- IV - monitorar a admissão dos pacientes para procedimentos eletivos nas respectivas enfermarias, de acordo com a solicitação e comunicação prévia das equipes responsáveis;
- V - verificar a admissão no Pronto Socorro dos pacientes aceitos via Regulação Municipal de Leitos, de acordo com a disponibilidade de leitos naquele setor;
- VI – redistribuir os leitos institucionais no caso de superlotação, em acordo com o coordenador do NIR;
- VIII – monitorar a admissão de pacientes de Alta Complexidade conforme pactuação da Instituição;

IX - colaborar com os possíveis mutirões e campanhas de procedimentos através da disponibilização de leitos, em acordo com o coordenador do NIR.

São Atribuições dos Auxiliares de Regulação

- I- coletar, compilar, analisar e divulgar os indicadores - ao coordenador administrativo do NIR- de internação hospitalar: censo hospitalar diário, tempo de permanência e outros;
- II- centralizar, organizar, priorizar e regular as solicitações internas para internação de pacientes provenientes da UTI, Centro Cirúrgico, Enfermaria e Estabilização;
- III- centralizar, organizar, priorizar e regular as internações de pacientes provenientes do SIRESP ;
- IV- sinalizar os Leitos vagos para a Central de regulação de Leitos do Município de acordo com sua demanda e prioridade. Também irá regular internamente a UTI, Internações Clínicas e Cirúrgicas e Internação de Usuários para Cirurgias eletivas conforme o mapa disponibilizado pela Central de Agendamento, realizando as devidas reservas de internações e bloqueios necessários;
- V- irá atuar em conjunto com a equipe multiprofissional, sinalizando os pacientes no método KAIZEM com as cores mapeando o tempo de permanência prolongado;
- VI-estar em contato permanente com as Equipes assistenciais Gerenciando todo o Fluxo do Usuário SUS;
- VII- intermediar via CROSS junto ao médico solicitante (CRL) e médico Regulador Interno do HSMS pacientes que necessitem de transferência para outras unidades hospitalares;
- VIII- avaliará juntamente com o Médico Regulador do NIR os pacientes que foram solicitados via e-mail encaminhado pela Central de Regulação de Leitos se os mesmo se encaixam nos Protocolos Instituídos e Determinados pela Instituição;
- IX- comunicará a equipe de Hotelaria dos leitos que necessitam higienizar, dando prioridade aos que serão utilizados imediatamente, o acompanhamento;



X- deverá obter a resposta da equipe de hotelaria em tempo real a partir do término da higienização, cobrando a mesma via e-mail caso não ocorra a comunicação ou a demora da entrega do leito em casos de não terminal;

XI- deverá ser informada, caso haja qualquer problema de manutenção ou nos equipamentos hospitalares que sejam pertinentes a este setor.

XII- deverá cumprir tudo o que se encontra descrito neste Regimento Setorial assim como, aos procedimentos Operacionais da Instituição que sejam estabelecidos e definidos pelo seu coordenador;

XIII- deverá comparecer a todas as reuniões das quais forem convocados e em sua ausência deverá justificar ao seu coordenador, podendo assim ser advertido verbalmente pelo não cumprimento do que se encontra aqui estabelecido.

São atribuições do Auxiliar de Agendamentos de Cirurgias

I- centralizar, organizar e priorizar os agendamentos de cirurgias de pacientes internados ou eletivos;

II- irá atuar em unidade com a equipe Médica, Enfermagem (coordenação), OPME e Recepção, que auxiliarão nos agendamentos das cirurgias;

III- irá atuar em conjunto com a equipe de enfermagem do Centro Cirúrgico para realização de seus indicadores e atualização do sistema vigente neste hospital;

IV- irá fiscalizar a realização das cirurgias eletivas, das cirurgias de urgência e das cirurgias agendadas, solicitando justificativa da equipe de enfermagem da não realização do mesmo;

V- estar em contato permanente com a equipe de enfermagem caso haja qualquer intercorrência, assim como com a equipe de Regulação Interna;

VI- deverá estar em contato com a equipe de enfermagem setoriais, Reguladores Internos e Recepção, caso paciente não tenha internado;

VII- deverá estar em contato com a Regulação Interna para ter ciência se há vagas de UTI e Internação;

VIII- deverá preencher o indicador instituído pela coordenação do NIR diariamente;

IX- deverá encaminhar via-e-mail ao Coordenador do NIR e Coordenadora de Enfermagem do Centro cirúrgico das cirurgias suspensas e reagendadas;

- X- deverá juntamente com a coordenadora do Centro cirúrgico programar o mapa cirúrgico do dia consecutivo;
- XI- deverá juntamente com a equipe instituída pelos coordenadores participar da validação do mapa cirúrgico as 15:30 todos os dias da semana, exceto aos Sábados e Domingo;
- XII- deverá participar de reuniões com a equipe sempre que convocada pela coordenação do NIR;
- ☐ São Competências do Auxiliar de Agendamento de Exames
- I. Estabelecer Fluxo de Agenda Ambulatorial e Agenda Interna;
- II. Criar agendas no Sistema com programação de datas e horas;
- III. Gerenciar os horários nas agendas internas;
- IV. Abrir agendas Externas via SIRESP, com horários estabelecidos com os prestadores;
- V. Gerenciar agendas externas junto a regulação Ambulatorial do município de Sorocaba;
- VI. Deverá participar das reuniões de Gestão;
- VII. Deverá Gerenciar junto as equipes técnicas os horários;
- VIII. Deverá Gerenciar os Exames de Cateterismo junto a Regulação Ambulatorial e Hospital Santa Lucinda;
- IX. Estabelecer fluxos de informações internas e externas quanto ao agendamento;
- X. Deverá manter contato com a Equipe de recepção para agendamentos pós consulta médica.

Capítulo VI

Disposições gerais

- I- o Serviço de Apoio Administrativo proporcionará a infra-estrutura necessária a assegurar o suporte técnico, científico e operacional, indispensáveis à eficiência do NIR;
- II- os casos omissos serão resolvidos pelo Grupo Consultivo juntamente com o NIR.
- III- toda a equipe do NIR deverá impreterivelmente respeitar e cumprir todos os Protocolos Instituídos para este setor;



- IV- toda a equipe do NIR deverá respeitar as normativas estabelecidas e padronizada pelo seu coordenador;
- V- o contato com os médicos reguladores se dará somente pelo Médico Regulador Interno e pelo coordenador administrativo do NIR, não podendo ser feito contato por outros membros deste setor, exceto os médicos reguladores do SAMU;
- VI- o contato com os enfermeiros reguladores deverá ser feito somente pelo Médico Regulador Interno ou pelo Coordenador do NIR, não cabendo a equipe discussões de casos com os mesmos, exceto se solicitado pelo coordenador do NIR;
- VII- aos membros do NIR caberá contato apenas com os assistentes administrativos das respectivas regulações, exceto SAMU;
- VIII- caberá somente ao coordenador do NIR notificar as não conformidades ao município ou Diretoria desta Instituição;
- IX- todos os e-mails e notificações deverão ser encaminhadas ao coordenador do NIR, tudo deverá ser notificado via e-mail, seja interno ou externo;
- X- Todos os Protocolos Operacionais Padronizados deverão ser cumpridos.
- Que se cumpra tal Regimento por todos os seus membros com duração de um ano e/ou até sua revisão.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar, no âmbito do Sistema Único de Saúde, estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde.

3.9.5.11 Proposta de Regimento da Comissão Interna de Qualidade

Obs.: A Comissão Interna da Qualidade está vinculada ao Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente e ao Escritório da Qualidade, ambas com o regimento apresentado abaixo.

Regimento do Núcleo da Qualidade e Segurança do Paciente

CAPÍTULO I

DO OBJETO

Art. 1º - Este Regimento apresenta a identidade e características organizacionais do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) da Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba, grupo colegiado criado para promover e apoiar a implantação, implementação e monitoramento das ações voltadas à segurança do paciente, dentro dos padrões de qualidade exigidos, conforme a Portaria 529/2013 e RDC 36/2013, expedidas pelo Ministério da Saúde (MS).

Art. 2º - O NQSP observa as seguintes normas de implantação, implementação e funcionamento:

- I. Resolução - RDC nº 63 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), de 25 de novembro de 2011 que dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde.
- II. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013 do MS que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).
- III. Resolução - RDC nº 36 do MS, de 25 de julho de 2013 que institui ações para a Segurança do Paciente em Serviços de Saúde e dá outras Providências.
- IV. Portaria nº 1.377 do MS, de 9 de julho de 2013 que aprova os Protocolos de Segurança do Paciente.
- V. Portaria nº 2.095 do MS, de 24 de setembro de 2013 que aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente.
- VI. Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde - Monitoramento e Investigação de Eventos Adversos e Avaliação de Práticas de Segurança do(a) Paciente – Brasília: Anvisa, 2015.

VII. Nota Técnica Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde (GVIMS)/ Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde (GGTES)/ Anvisa nº 05/2019 - Orientações gerais para a notificação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde.

CAPÍTULO II DA COMPETÊNCIA

Art. 3º - Compete ao NQSP:

- I. O Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) é fórum multidisciplinar o qual possui caráter consultivo, deliberativo, fiscalizador e educativo, criado para garantir a segurança do paciente na Instituição, diretamente ligado ao Diretor Presidente do Hospital.
- II. O NQSP tem por finalidade assessorar o Diretor Presidente estabelecendo políticas e diretrizes de trabalho, a fim de promover uma cultura hospitalar voltada para a segurança dos pacientes, por meio do planejamento, desenvolvimento, controle e avaliação de programas que visem garantir a qualidade dos processos assistenciais do Hospital, de forma a fortalecer a gestão hospitalar e atender à legislação vigente.
- III. Promover ações para a gestão de riscos no âmbito da Instituição.
- IV. Analisar e avaliar as notificações sobre incidentes e queixas técnicas selecionadas pelo Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente.
- V. Desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no âmbito da Instituição.
- VI. 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.
- VII. Promover e acompanhar ações de melhoria de qualidade alinhadas com a segurança do paciente, especialmente aquelas relacionadas aos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde.
- VIII. Estabelecer, avaliar e monitorar barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde.

- IX. Elaborar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde, sendo a divulgação delegável a outros serviços da Instituição.
- X. Avaliar e monitorar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde.
- XI. Priorizar a implantação dos Protocolos de Segurança do Paciente determinados pelo Ministério da Saúde, Anvisa e realizar o monitoramento dos respectivos indicadores, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços do Hospital.
- XII. Acompanhar o processo de notificação ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária dos eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde.
- XIII. Acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias.
- XIV. Desenvolver, implantar, avaliar, monitorar e manter atualizado o plano de capacitação em segurança do paciente, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços do Hospital.
- XV. Desenvolver, implantar, avaliar, monitorar e manter atualizado o plano de comunicação social em saúde quanto aos temas referentes à segurança do paciente (alertas; informações aos novos residentes, acadêmicos e profissionais, bem como aos pacientes/familiares), sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços do Hospital.
- XVI. Promover e acompanhar ações de disseminação sistemática da cultura de segurança com foco no aprendizado e desenvolvimento institucional.

Art. 4º - São princípios do NQSP:

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

- VI. A garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde.
- VII. A promoção da gestão do conhecimento sobre a segurança do paciente.
- VIII. Promover ações para a gestão de risco no serviço de saúde.
- IX. Desenvolver ações para a integração e articulação multiprofissional no serviço de saúde.

CAPÍTULO III

DA POSIÇÃO NA ESTRUTURA HIERÁRQUICA

Art. 5º - O NQSP é um grupo de natureza consultiva e deliberativa e está subordinado ao Diretor Presidente.

CAPÍTULO IV

DOS REQUISITOS

Art. 6º - São requisitos para exercer a atividade de Presidente do NQSP:

- I. Ser indicado(a) pelo Diretor Presidente.
- II. Ter conhecimento pertinente ao tema de segurança do paciente.

Art. 7º - São requisitos para exercer a atividade de Secretário(a) do NQSP:

- I. Ser indicado pelo(a) Presidente da Comissão.
- II. Ter facilidade para elaboração e organização de documentos.

Art. 8º - São requisitos para ser membro do NQSP:

- I. Ser indicado pelo(a) Presidente da Comissão.
- II. Ser representante de alguns desses serviços:
 - a. Diretoria.
 - b. Equipe Médica.
 - c. Enfermagem.
 - d. Farmácia.
 - e. Engenharia Clínica.
 - f. Representante UTI Adulto.
 - g. Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS).
 - h. Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH).
- III. Ser pró-ativo.



- IV. Ter interesse pelo tema de segurança do paciente.

CAPÍTULO V DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 9º - São atribuições do(a) Presidente do NQSP:

- I. Representar o NQSP e ser o elo entre o Diretor Presidente e o NQSP.
- II. Coordenar as reuniões, delegar as tarefas e conduzir os trabalhos.
- III. Elaborar e expedir documentos.
- IV. Coordenar e supervisionar as atividades do(a) Secretário(a).
- V. Criar os grupos de trabalho no Núcleo e supervisionar a execução das tarefas delegadas.
- VI. Ser assíduo e pontual com o cronograma do Núcleo.
- VII. Inscrever o Núcleo na Vigilância Sanitária.

Art. 10 - São atribuições do(a) Secretário(a):

- I. Acompanhar as reuniões do NQSP e redigir as Atas, apresentando-as para aprovação e assinatura dos membros.
- II. Prestar apoio administrativo e organizacional ao(à) Presidente do NQSP.

Art. 11 - São atribuições dos membros do NQSP:

- I. Participar das reuniões, contribuindo de forma pró-ativa com o conhecimento técnico e organizacional relacionado à sua área de atuação.
- II. Contribuir com a elaboração, divulgação e execução do Plano de Segurança do Paciente e demais tarefas do NQSP.

CAPÍTULO VI DO FUNCIONAMENTO

Art. 12 - O mandato dos membros do NQSP terá duração de dois anos, podendo ser reconduzidos conforme decisão do(a) Presidente da Comissão.

Parágrafo único: A fim de manter a continuidade das ações do Núcleo, pelo menos a metade dos membros deverá permanecer na próxima gestão.

Art. 13 - Um membro do NQSP somente poderá ser destituído sob apreciação e ato do(a) Presidente do NQSP ou do Diretor Presidente.

Art. 14 - As reuniões serão realizadas na última quarta-feira de cada mês. Na necessidade de cancelamento, o(a) Presidente do NQSP deverá fazer a justificativa de cancelamento por escrito para os membros.

Art. 15 – As decisões são tomadas nas reuniões ordinárias, e aprovadas de acordo com a aceitação da maioria simples.

Art. 16 – A solicitação de desligamento de qualquer membro deverá ser feita mediante Carta formal enviada ao(à) Presidente do NQSP, salvo em caso de desligamento da Entidade.

Art. 17 – Deverá ser mantida cópia dos seguintes documentos da Comissão junto ao(à) Presidente ou Secretário(a) da Comissão, bem como no Sistema de Gestão de Documentos (MaxDoc):

- I. Nomeação (com os integrantes e datas das reuniões).
- II. Cópia da Lei e Portaria que institui a Comissão.
- III. Regimento da Comissão.
- IV. Atas das reuniões assinadas pelos membros presentes.
- V. Listas de presença.
- VI. Plano de Trabalho Anual da Comissão.

CAPÍTULO VI DAS CONSIDERAÇÕES FINAIS

Art. 18 – Este Regimento entrará em vigor a partir da sua aprovação pela Diretoria e será revisado periodicamente ou sempre que necessário.

Art. 19 – Este Regimento serve de instrumento de definição de responsabilidades e autoridade e será observado e cumprido por todos(as) os(as) profissionais do Núcleo.



Art. 20 – Todos(as) os(as) profissionais da Instituição, independentemente do tipo de vínculo contratual com o Hospital, estão obrigados ao cumprimento dos artigos aqui descritos, ao fiel cumprimento das Políticas estabelecidas pela Instituição, quer seja em definições de Programas, Comissões ou outros meios, bem como cumprir os respectivos Códigos de Ética da Irmandade e das categorias profissionais pertinentes, as orientações pertinentes à Lei Geral de Proteção de Dados (Lei 13.709/2018) e demais legislações vigentes aplicáveis.

Art. 21 – Todos os profissionais devem contribuir com o desenvolvimento do Hospital, zelar pelo patrimônio e meios colocados à disposição para realização do trabalho, em respeito aos serviços prestados até então.

Art. 22 – Os casos omissos neste Regimento serão resolvidos pelo NQSP junto ao Diretor Presidente.

Art. 23 – Comentários inoportunos que possam comprometer os(as) demais profissionais e/ou serviços prestados pela Instituição não devem ser feitos e são sujeitos a medidas disciplinares.

Art. 24 – As informações sobre pacientes, sobre a Instituição, seus profissionais, contratos vigentes e negociações em andamento são sigilosas não devendo ser reveladas a pessoas não autorizadas.

Parágrafo Único: Os membros do NQSP não poderão manifestar-se publicamente sobre quaisquer assuntos tratados nas reuniões, cabendo ao(à) Presidente do NQSP o encaminhamento de assuntos a serem publicados para apreciação do Diretor Presidente.



Regimento do Escritório da Qualidade

CAPÍTULO I

DO OBJETO

Art. 1º – Este Regimento apresenta a identidade e características organizacionais do Escritório da Qualidade e Comissão Interna da Qualidade da Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba, grupo criado para implantar o Sistema de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente na Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba.

324

CAPÍTULO II DA COMPETÊNCIA

Art. 2º – Compete ao Escritório da Qualidade:

- I. Participar da elaboração do Planejamento Estratégico da Instituição integrando as metas da Qualidade aos objetivos macroinstitucionais.
- II. Implantar e implementar o Sistema de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente de acordo com as políticas estabelecidas (Manual da Qualidade e Política da Qualidade).
- III. Realizar gestão de documentos da Instituição: padronização de documento, fluxo de aprovação, controle de validade e de cópia controlada.
- IV. Realizar gestão de processos.
- V. Realizar gestão de risco institucional (clínicos e não clínicos).
- VI. Manter cópia dos Laudos de Limpeza de Caixas d'água, Certificados de Dedetização, Licenças de Funcionamento, LTAs (Laudos Técnicos de Avaliação) e documentos afins no Sistema de Gestão de Documentos.
- VII. Colaborar na elaboração, acompanhamento e revisão dos Indicadores de Qualidade Hospitalar e demais Indicadores importantes para a Instituição.
- VIII. Realizar ações de melhorias contínuas junto às áreas que possibilitem o alcance de Acreditações e Certificações Hospitalares.
- IX. Interagir e monitorar o desempenho das Comissões Hospitalares obrigatórias por meio de indicadores mensais.
- X. Desenhar e avaliar continuamente os processos hospitalares, propondo melhorias junto às áreas envolvidas.

- XI. Interagir com o Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP), principalmente no Gerenciamento dos Riscos por meio de ferramentas padronizadas e informatizadas.
- XII. Apoiar e fomentar as ações de Gestão Ambiental e Sustentabilidade.
- XIII. Realizar interface com órgãos externos relacionados à saúde e segurança do paciente (sociedades, instituições acreditadoras, entre outros).
- XIV. Acompanhar as visitas de fiscalização dos Órgãos Sanitários e intermediar as ações de melhorias solicitadas junto aos gestores de área.
- XV. Fomentar e acompanhar a utilização de Boas Práticas da Saúde.
- XVI. Gerenciar as auditorias internas, visando a melhoria e manutenção de sistema e gestão.
- XVII. Gerenciar as falhas de processos internos (notificações).
- XVIII. Gerenciar os eventos adversos.
- XIX. Realizar investigação dos eventos adversos classificados como dano moderado, grave e/ou catastrófico, visando melhoria dos processos internos.
- XX. Promover a capacitação dos profissionais da Instituição, em relação aos processos da qualidade.

CAPÍTULO III

DA POSIÇÃO NA ESTRUTURA HIERÁRQUICA

Art. 3º – O Escritório da Qualidade está vinculado diretamente ao Diretor Presidente da Irmandade e está dividido em 8 (oito) áreas principais:

- I. Gestão da Equipe de Auditoria Interna, a qual possui Regimento e composição própria.
- II. Gestão do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP), o qual possui Regimento e composição própria.
- III. Gestão de Indicadores.
- IV. Gestão de Documentos e Processos.
- V. Gestão de Risco e Tratamento de Ocorrências.
- VI. Gestão do Processo de Certificações e Acreditações.
- VII. Gestão de Ações relacionadas à Vigilância Sanitária (VISA).
- VIII. Monitoramento das Comissões Hospitalares.

- I. Garantir meios para implantação e implementação do Sistema de Gestão da Qualidade e Segurança, seguindo a Política da Qualidade da Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba.
- I. Definir as diretrizes do Escritório da Qualidade.
- II. Gerenciar/coordenar a Equipe do Escritório da Qualidade no desenvolvimento das atividades relacionadas ao planejamento, à gestão e melhoria da qualidade.
- III. Trabalhar na promoção da mudança da cultura da gestão da qualidade, estrutura e método de trabalho, incorporando medidas para elevar a qualidade nos processos.
- IV. Gerenciar as interações sistêmicas dos processos, alinhando-as aos objetivos estratégicos.
- V. Gerenciar o Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP).
- VI. Garantir que todos os membros do Escritório da Qualidade atendam aos princípios e diretrizes da Missão, Visão e Valores da Política da Qualidade e do Sistema de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente.
- VII. Estabelecer a cultura de Gestão de Documentos na Instituição.
- VIII. Manter programas para o Gerenciamento de Riscos e Eventos Adversos, com vistas a contemplar as 6 (Seis) Metas Internacionais de Segurança do Paciente.
- IX. Apoiar a capacitação dos profissionais para a prática com qualidade e segurança.
- X. Sedimentar a cultura e a prática de qualidade e segurança na Instituição.
- XI. Garantir o Gerenciamento de Riscos na Instituição, através das diretrizes das Gerências de Risco, do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) e do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP).
- XII. Apoiar a implementação de Políticas de Gestão Ambiental e Sustentabilidade.
- XIII. Monitorar os Indicadores de Qualidade dos serviços na aferição da melhoria dos processos.
- XIV. Garantir a manutenção das melhorias alcançadas com seus respectivos registros e divulgação a toda a comunidade.

- XV. Promover a comunicação dos processos de melhoria da qualidade em toda a Instituição.
- XVI. Promover a melhoria contínua, a continuidade da Política de Qualidade e a busca de certificações de qualidade, delegando as funções relacionadas ao setor responsável.
- XVII. Acompanhar todo o processo de emissão das Licenças Sanitárias e intermediar as ações de melhorias solicitadas junto aos gestores de área.
- XVIII. Acompanhar o mapeamento de processos e elaboração dos respectivos fluxos.
- XIX. Estimular a abertura de notificações na Instituição.
- XX. Realizar treinamentos de ferramentas da qualidade.
- XXI. Cumprir com o Plano de ação setorial junto à sua Equipe.
- XXII. Participar das Comissões para as quais for indicado(a).
- XXIII. Zelar pelo cumprimento dos instrumentos normativos do setor, bem como conhecer e respeitar as políticas e normas do Hospital.
- XXIV. Orientar a Equipe sob sua responsabilidade a como realizar as tarefas do setor, ou delegar a quem de direito.

Art. 9º – São atribuições do(a) Analista de Processos:

- I. Orientar os profissionais da Instituição na elaboração de Regimentos Setoriais, POPs (Procedimentos Operacionais Padrão), Formulários, Políticas, Manuais e demais Documentos da Qualidade.
- II. Oferecer orientação e treinamento aos profissionais da Instituição, sobre o gerenciamento/normatização/utilização/ consulta dos documentos da qualidade, bem como no uso do Sistema de Gestão de Documentos.
- III. Emitir as cópias controladas e não controladas dos Documentos da Qualidade.
- IV. Gerenciar o Sistema de Gestão de Documentos utilizado na Instituição.
- V. Gerenciar o Cadastro de Usuários e Áreas do Sistema Informatizado de Gestão da Qualidade.
- VI. Realizar o mapeamento de processos e elaboração dos respectivos fluxos.

- VII. Implementar e monitorar a gestão de indicadores.
- VIII. Estimular a abertura de notificações na Instituição.
- IX. Realizar treinamentos de ferramentas da qualidade.
- X. Cumprir com o Plano de ação setorial junto à sua equipe.
- XI. Participar das Comissões para as quais for indicado(a).
- XII. Zelar pelo cumprimento dos instrumentos normativos do setor, bem como conhecer e respeitar as políticas e normas do Hospital.

Art. 10 – São atribuições do(a) Escriturário(a) do Escritório de Qualidade:

- I. Monitorar mensalmente as Comissões Hospitalares (obrigatórias e não obrigatórias), utilizando o sistema de Gestão de Documentos.
- II. Solicitar a renovação ou cancelamento das Licenças de Funcionamento Sanitárias e intermediar as ações de melhorias solicitadas junto aos gestores de área.
- III. Acompanhar as visitas dos Órgãos Sanitários, quando necessário.
- IV. Manter cópia e controlar a validade de documentos solicitados em inspeções.
- V. Secretariar o setor.
- VI. Realizar a criação/edição de usuários do Sistema Informatizado de Gestão da Qualidade.
 - I. Acompanhar cronogramas de projetos da qualidade e cobrar os responsáveis, quando solicitado.
- VII. Realizar treinamentos de Consulta de Documentos, Abertura de Ocorrências e demais orientações básicas de interesse da Qualidade.
- VIII. Estimular a abertura de notificações na Instituição.
- IX. Cumprir com o Plano de ação setorial junto à sua equipe.
- X. Participar das Comissões para as quais for indicado(a).
- XI. Zelar pelo cumprimento dos instrumentos normativos do setor, bem como conhecer e respeitar as políticas e normas do Hospital.

Art. 11 – São atribuições do(a) Auxiliar de Escritório/Jovem Aprendiz:

- I. Prestar apoio aos demais profissionais do setor.



- II. Digitar e formatar documentos.
 - III. Coletar assinaturas, entregar e receber documentos, realizar atendimento telefônico e solicitar material de escritório.
 - IV. Estimular a abertura de notificações na Instituição.
- Parágrafo único: Na ausência do Jovem Aprendiz, as atribuições deverão ser realizadas pelo(a) Escriturário(a).

Art. 12 – São responsabilidades do(a) Enfermeiro(a) do Escritório de Qualidade:

- I. Realizar o Gerenciamento de Riscos.
- II. Estimular a segurança dos profissionais através do Gerenciamento de Riscos.
- III. Avaliar, categorizar e tratar as ocorrências junto aos gestores de áreas.
- IV. Contribuir na avaliação das ocorrências (não conformidades, eventos sentinela, reclamações, sugestões, elogios e outros).
- V. Monitorar as ações relacionadas às tratativas de ocorrências.
- VI. Gerenciar a auditoria interna.
- VII. Realizar auditoria de qualidade dos processos hospitalares, priorizando aqueles que envolvem a Segurança do Paciente.
- VIII. Ser membro do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) e participar das reuniões mensais.
- IX. Fornecer subsídios técnicos na avaliação de questões da Gestão da Qualidade relativas a temas técnicos de saúde.
- X. Auxiliar e acompanhar na adesão dos planos terapêuticos.
- XI. Auxiliar e acompanhar na adesão dos protocolos.
- XII. Executar outras tarefas correlatas à área.
- XIII. Estimular a abertura de notificações na Instituição.
- XIV. Realizar treinamentos de ferramentas da qualidade.
- XV. Cumprir com o Plano de ação setorial junto à sua equipe.
- XVI. Participar das Comissões para as quais for indicado(a).
- XVII. Zelar pelo cumprimento dos instrumentos normativos do setor, bem como conhecer e respeitar as políticas e normas do Hospital.

CAPÍTULO VI

DO ACESSO A PROTEÇÃO DA INFORMAÇÃO

Art. 13 - Os profissionais do setor terão acesso aos seguintes dados e informações e ambientes:

Profissional	Acesso
Coordenador(a)/ Enfermeiro(a)	Dados e informações do prontuário do paciente (pessoais e clínicos). Dados e informações dos contratos de prestação de serviços.
Analista de Processos/ Escriturário(a)	Dados e informações dos contratos de prestação de serviços.
Auxiliar de Escritório/ Jovem Aprendiz	Não se aplica.

331

Art. 14 - Todos os profissionais do setor devem zelar pela proteção dos dados e informações da Empresa, tomando os seguintes cuidados:

- I. Solicitar e utilizar dados e informações exclusivamente necessárias para o desempenho da sua função.
- II. Não passar dados e informações a pessoas/ órgãos não autorizadas, seja por de forma verbal, física (cópias), virtual (email, whatsapp, etc) ou por qualquer outro meio. Mesmo quando enviado a pessoas autorizadas, limitar-se ao envio do que foi solicitado, restringindo a visualização de demais informações, mesmo que no mesmo documento.
- III. Não realizar conversas sigilosas ou que exponham dados e informações de pacientes, profissionais e da Instituição em corredores, elevadores e/ou qualquer outra área comum.
- IV. Restringir o acesso ao setor, de pessoas não comuns ao serviço.

V. Ao descartar documentos, destruí-los de forma a descaracterizá-lo totalmente, considerando sempre o tempo de guarda e autorização para o descarte.

VI. Não compartilhar senhas pessoais.

VII. Utilizar a “política de mesa e tela limpa”.

CAPÍTULO VII

DAS CONSIDERAÇÕES FINAIS

Art. 15 – Este Regimento entrará em vigor a partir da sua aprovação e será revisado periodicamente ou sempre que necessário.

Art. 16 – Este Regimento serve de instrumento de definição de responsabilidades e autoridade e será observado e cumprido por todos os profissionais do Setor.

Art. 17 – Todos os profissionais da Instituição, independentemente do tipo de vínculo contratual com o Hospital, estão obrigados ao cumprimento dos artigos aqui descritos, ao fiel cumprimento das Políticas estabelecidas pela Instituição, quer seja em definições de Programas, Comissões ou outros meios, bem como cumprir os respectivos Códigos de Ética da Irmandade e das categorias profissionais pertinentes, as orientações pertinentes à Lei Geral de Proteção de Dados (Lei 13.709/2018) e demais legislações vigentes aplicáveis.

Art. 18 – Todos os profissionais devem contribuir com o desenvolvimento do Hospital, zelar pelo patrimônio e meios colocados à disposição para realização dos trabalhos.

Art. 19 – Os casos omissos neste Regimento serão resolvidos pelo Diretor Presidente.

Art. 20 – Comentários inoportunos que possam comprometer os demais profissionais e/ou serviços prestados pela Instituição não devem ser feitos e são sujeitos a medidas disciplinares.

Art. 21 – As informações sobre pacientes, sobre a Instituição, seus profissionais, negociações em andamento e contratos vigentes são sigilosas, não devendo ser reveladas a pessoas não autorizadas.

Art. 22 – Todos os membros do Escritório da Qualidade devem assinar o Termo de Confidencialidade das Informações elaborado pelo Departamento Jurídico da Instituição.

Art. 23 – O Manual de Conduta Ética da Santa Casa de Sorocaba deve ser seguido e difundido por todos os integrantes do Escritório da Qualidade.

Art. 24 – Este documento deve ser considerado juntamente com a Política da Qualidade e o Manual da Qualidade da Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba.

333

**3.9.5.12 Proposta de Regimento da Comissão de Infecções
Relacionadas à Assistência à Saúde / Comissão de
Controle de Infecção Hospitalar**

29 - C3.4 Critério Comissão de Infecção Institucional

**CAPÍTULO I
DO OBJETIVO**

Art. 1º - Este Regimento apresenta a identidade e características organizacionais da CCIRAS – Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde da Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba, que tem por objetivo desenvolver, acompanhar e garantir o cumprimento das ações do Programa de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde.

§ 1º - As ações do Programa de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde serão realizadas pelos membros executores dessa Comissão, indicados para esse fim pela Diretoria Clínica, observando a Portaria 2.616/1998 do Ministério da Saúde.



CAPÍTULO II DA COMPETÊNCIA

Art. 2º - Compete à CCIRAS:

- I. Definir diretrizes institucionais e operacionais para o controle das infecções relacionadas à assistência à saúde.
- II. Aprovar e promover a implantação de normatizações para a prevenção e controle das infecções relacionadas à assistência à saúde.
- III. Desenvolver, acompanhar e garantir o cumprimento das ações do Programa de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde.
- IV. Sugerir prioridades de ação para o controle das infecções relacionadas à assistência à saúde.
- V. Divulgar e promover ações que viabilizem o cumprimento das medidas aprovadas nas reuniões da CCIRAS.
- VI. Avaliar periodicamente os dados referentes à ocorrência de infecções relacionadas à assistência à saúde apresentados pelos membros executores.
- VII. Comunicar regularmente à Direção e às Chefias dos serviços de todo o Hospital a situação do controle das infecções relacionadas à assistência à saúde, promovendo seu amplo debate entre a comunidade hospitalar.
- VIII. Cooperar com a ação de fiscalização do Serviço de Vigilância Sanitária do órgão municipal ou estadual.
- IX. Notificar o Serviço de Vigilância local, casos ou surtos, confirmados ou suspeitos de infecção associadas à utilização de insumos e produtos industrializados.

CAPÍTULO III DA POSIÇÃO NA ESTRUTURA HIERÁRQUICA

Art. 3º - A CCIRAS está subordinada ao Diretor Técnico da Irmandade, e é composta por:

- I. Presidente: nomeado pela Diretoria Clínica.
- II. Representante do Setor Administrativo.
- III. Membros do SCIRAS (Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde).

IV. Representantes dos serviços afins – Corpo Clínico da Santa Casa, Serviço de Enfermagem, Serviço de Farmácia, Serviço de Lavanderia, Serviço de Nutrição e Dietética, Serviço de Higiene Hospitalar, Laboratório de Farmácia – Bioquímica e de Microbiologia.

CAPÍTULO IV DA QUALIFICAÇÃO

Art. 4º - É qualificação para o exercício da função de Presidente da CCIRAS:

- I. Graduação em Medicina.
- II. Registro no CRM.
- III. Ser nomeado pela Diretoria Clínica.

Art. 5º - É qualificação para o exercício das demais funções:

- I. Ensino superior completo.

CAPÍTULO V DAS RESPONSABILIDADES

Art. 6º - Ao Presidente da CCIRAS nomeado pela Diretoria Clínica compete:

- I. Presidir as reuniões ordinárias.
- II. Convocar reuniões extraordinárias sempre que necessário.
- III. Encaminhar aos membros consultores as propostas técnicas e administrativas de funcionamento da CCIRAS para apreciação e aprovação.
- IV. Representar a CCIRAS sempre que solicitado.
- V. Nos impedimentos, indicar um representante para substituí-lo.

Art. 7º - Aos membros consultores compete:

- I. Participar das reuniões ordinárias e extraordinárias da CCIRAS.
- II. Sugerir e participar das discussões a respeito de medidas técnicas de controle de infecção relacionada à assistência à saúde a serem implementadas pelos membros executores.
- III. Colaborar com os membros executores promovendo a divulgação e o cumprimento das medidas de controle de IH dentro de suas respectivas áreas de atuação.

§1º - A Farmácia subsidiará a CCIRAS nos seguintes quesitos:

- I. Monitorar o consumo de antimicrobianos, em especial aqueles mais tóxicos e mais caros.
- II. Elaborar rotinas para uso de antimicrobianos, em comum acordo com a CCIRAS e o corpo clínico, especialmente antibioticoprofilaxia em cirurgia e antimicrobianos especiais e não padronizados.
- III. Participar da padronização das soluções germicidas, bem como o uso e controle interno da qualidade desses produtos.
- IV. Supervisionar as dietas parenterais.

336

§2º - Compete ao Microbiologista:

- I. Estabelecer rotina de coleta de material.
- II. Supervisionar as culturas que estarão em processo de andamento, informando ao SCIRAS o tipo de microorganismo que está crescendo.
- III. Acompanhar e divulgar, juntamente com o médico do SCIRAS, o padrão da flora microbiológica das infecções hospitalares.
- IV. Colaborar em tudo que diz respeito ao desenvolvimento do SCIRAS.

CAPÍTULO VI DAS CONSIDERAÇÕES FINAIS

Art. 8º – Este Regimento entrará em vigor a partir da sua aprovação e será revisado periodicamente ou sempre que necessário.

Art. 9º – Este Regimento serve de instrumento de definição de responsabilidades e autoridade e será observado e cumprido por todos os profissionais do setor.

Art. 10 – Todos os profissionais da Instituição, independentemente do tipo de vínculo contratual com o Hospital, estão obrigados ao cumprimento dos artigos aqui descritos, ao fiel cumprimento das Políticas estabelecidas pela Instituição, seja em definições de Programas, Comissões ou outros meios, bem como, cumprir os respectivos Códigos de Ética do Hospital e das categorias profissionais e as orientações pertinentes à Lei Geral de Proteção de Dados.

Art. 11 – Todos os profissionais devem contribuir com o desenvolvimento do Hospital, zelar pelo patrimônio e meios colocados à disposição para realização dos trabalhos.

Art. 12 – Os casos omissos neste Regimento serão resolvidos pela CCIRAS - Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde.

Art. 13 – Comentários inoportunos que possam comprometer os demais profissionais e/ou serviços prestados pela Instituição não devem ser feitos e são sujeitos a medidas disciplinares.

Art. 14 – As informações sobre pacientes, sobre a Instituição e seus profissionais são sigilosas não devendo ser reveladas a pessoas não autorizadas.

Art. 15 - As reuniões da CCIRAS são realizadas mensalmente, na Sala de Reuniões com agendamento anual, podendo essas datas ser modificadas caso necessário.

Art. 16 - As reuniões extraordinárias serão realizadas sempre que necessário e poderão ser solicitadas por qualquer membro da CCIRAS.

3.9.5.13 Proposta de Regimento da Comissão Farmácia e Terapêutica (C3.4)

CAPÍTULO I DO OBJETO

Art. 1º - Este Regimento apresenta a identidade e características organizacionais da Comissão de Farmácia e Terapêutica, Padronização de Materiais, Medicamentos e Equipamentos Médico-Hospitalares da Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba.

Constituída por uma Equipe Multidisciplinar e Multiprofissional, tem como objetivo padronizar materiais e equipamentos de acordo com a demanda e atento às normas da Resolução 449/2006 do Conselho Federal de Medicina,

Portaria 13/01/2011 do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia, e Resolução 619/2015 do Conselho Federal de Farmácia. São seguidos os preceitos estabelecidos pela Qualidade, Núcleo de Segurança do Paciente, Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) entre outros, assegurando resultados clínicos satisfatórios e risco potencial mínimo (uso seguro e racional de medicamentos).

CAPÍTULO II DA COMPETÊNCIA

Art. 2º - Compete a essa Comissão:

- I. Deliberar sobre a padronização de medicamentos, materiais e equipamentos médico-hospitalares, com especificações técnicas objetivas, visando atender a demanda, obedecendo aos princípios de qualidade e economicidade.
- II. Estabelecer critérios de inclusão e exclusão para padronização de qualquer material, medicamento e equipamento médico-hospitalar.
- III. Revisar, sempre que necessário a Lista de Materiais, Medicamentos e Equipamentos Médico-Hospitalares Padronizados, utilizando o método descritivo, identificando com clareza as especificações e necessidades, cientes de que novas técnicas e tecnologias estarão sempre presentes.
- IV. Divulgar as alterações realizadas na Lista de Materiais, Medicamentos e Equipamentos Médico-Hospitalares Padronizados, sempre que ocorrerem.
- V. Designar os profissionais responsáveis pela emissão de pareceres técnicos.
- VI. Trabalhar junto ao Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS) da Instituição para desenvolver programas educacionais, de modo a atualizar o conhecimento dos profissionais sobre novos produtos padronizados.
- VII. Analisar as notificações relacionadas a artigos e equipamentos médico-hospitalares, no Sistema de Informação de Vigilância Hospitalar (VIGIHOSP), como indicador para revisão de padronização.
- VIII. Propor modificações em seu Regimento Interno, quando julgar necessário, como também nas situações não previstas ou omissas, para aprimoramento de suas atividades.

Art. 3º A Comissão implementará suas atividades com a finalidade de padronizar materiais, medicamentos e equipamentos médico-hospitalares, e suas especificações técnicas, atendendo às seguintes definições:

- I. **Materiais Médico-Hospitalares:** são todos os artigos de consumo e permanentes, de uso médico ou laboratorial destinado a fornecer suporte a procedimentos diagnósticos, terapêuticos ou cirúrgicos.
- II. **Equipamentos Médico-Hospitalares:** Equipamentos, aparelhos ou instrumentos de uso médico ou laboratorial destinado a fornecer suporte a procedimentos diagnósticos, terapêuticos ou cirúrgicos.
- III. **Medicamentos:** são produtos farmacêuticos, tecnicamente obtidos ou elaborados, com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico.
- IV. **Padronização:** é a incorporação de um material à Lista de Materiais, Medicamentos e Equipamentos Médico- Hospitalares Padronizados, passíveis de serem comprados para estar disponível para prescrição e utilização no Hospital.
- V. **Materiais padronizados:** insumos de uso contínuo, aprovados na Empresa, que demandam um consumo médio mensal, devendo ser providenciada automaticamente sua reposição nos estoques.
- VI. **Materiais não padronizados:** Insumos excluídos da Lista de Materiais e Equipamentos Médico-Hospitalares Padronizados.
- VII. **Especificações técnicas:** É a descrição minuciosa das características do material, a saber: nome do produto, uso e aplicação e matéria prima que compõe o produto, dimensões (diâmetro, largura, altura, comprimento), tipo de fechamento (tampa rosqueada, de pressão, proteção, de metal rosqueado ou tampa gotejadora), tipo de apresentação (frasco, bandeja ou rolo), gramatura, densidade, transparência, toxidade, flexibilidade ou rigidez, pontas, apêndices, adaptabilidade, capacidade, requerimento de sonoridade (alarmes), uso único ou não, acabamento, tipo de embalagem (plástico selado, papel grau cirúrgico selado ou selamento com ambos) se for acessório ou necessitar acessórios (requisitos de compatibilidade), propriedades físico-químicas, método de



esterilização, prazo de validade, lote, se se trata de material que pode ser processado ou reesterilizado, código de impressão da marca no corpo dos artigos e série, caso aplicável.

VIII. Parecer técnico: É uma comunicação escrita sobre as vantagens e desvantagens do material, e se este se encontra de acordo com as especificações e de acordo com a Legislação preconizada pelo Governo Federal, Ministério da Saúde, ANVISA e Código de Defesa do Consumidor (Lei 8.078 de 11/09/90). Isto compreende a apresentação por parte dos Fornecedores dos Registros dos artigos na ANVISA, conforme RDC nº 16/2013 da ANVISA/MS, com sua publicação no D.O.U. ou documento do cadastramento (RDC 260/02) dos produtos, nos casos não aplicáveis.

340

CAPÍTULO III

DA POSIÇÃO NA ESTRUTURA HIERÁRQUICA

Art. 4º - Essa Comissão é um grupo de natureza consultiva e deliberativa, está subordinada ao Diretor Técnico e é nomeada pelo Diretor Presidente.

CAPÍTULO IV

DA QUALIFICAÇÃO

Art. 5º - São requisitos para o cargo de Presidente/ Vice-presidente:

- I. Ser nomeado(a) pelo Diretor Presidente da Irmandade.
- II. Ter conhecimento pertinente ao tema.

Art. 6º - São requisitos para o cargo de Secretário(a)/ Vice-secretário(a):

- I. Ser nomeado(a) pelo Diretor Presidente da Irmandade.
- II. Ter facilidade para elaboração e organização de documentos.

Art. 7º - São requisitos para ser membro efetivo da Comissão:

- I. Ser nomeado(a) pelo Diretor Presidente da Irmandade.
- II. Ser pró-ativo nas atividades pertinentes.
- III. Ser Representante de alguns desses serviços:
 1. Representante do Serviço de Clínica Médica.
 2. Representante do Serviço de Terapia Intensiva.

3. Representante do Serviço de Anestesiologia.
4. Representante do Serviço de Neonatologia.
5. Representante do SCIH.
6. Representante da Coordenação de Enfermagem.
7. Representante da Coordenação de Materiais.
8. Representante do Setor de Farmácia.
9. Representante da Administração.
10. Representante do Setor de Engenharia Clínica.
11. Representante do Setor de OPME (Órteses, próteses e materiais especiais).
12. Representante do Setor de Compras.

Parágrafo único: As reuniões poderão contar com a presença de membros convidados, a depender do tema a ser discutido.

CAPÍTULO V

DAS RESPONSABILIDADES

Art. 8º - São responsabilidades do(a) Presidente da Comissão:

- I. Representar a Comissão de Padronização e ser o elo entre a Superintendência, Alta Direção e a Comissão de Padronização.
- II. Convocar, coordenar as reuniões, delegar as tarefas e conduzir os trabalhos.
- III. Elaborar e expedir documentos.
- IV. Coordenar e supervisionar as atividades do(a) Secretário(a).
- V. Criar os grupos de trabalho e supervisionar a execução das tarefas delegadas.
- VI. Ser assíduo e pontual com o cronograma da Comissão.
- VII. Encaminhar à Direção Subordinada, para apreciação e homologação, a Lista de Materiais, Medicamentos e Equipamentos Médico-Hospitalares Padronizados.
- VIII. Elaborar relatório bimestral das atividades da Comissão de Padronização.

Art. 9º - São responsabilidades do(a) Vice-Presidente da Comissão:



Art. 16 - A Comissão reunir-se-á ordinariamente segundo calendário por ela fixado, e extraordinariamente conforme o disposto no Artigo 17.

Artigo 17 - As convocações extraordinárias para as reuniões da Comissão serão feitas pelo(a) Presidente da Comissão em exercício, sempre que possível – dependendo de seu caráter emergencial - com a antecedência mínima de 48 horas.

343

Art. 18 – As reuniões terão duração máxima de 2 horas.

Art. 19 – Os membros deverão comparecer pontualmente às reuniões para as quais forem convocados.

§ 1º Em caso de ausência, a mesma deve ser justificada e registrada.

§ 2º Os membros, quando em gozo de férias, não poderão comparecer às reuniões.

Art. 20 – Compete ao(à) Presidente estabelecer a ordem do dia da reunião.

Parágrafo único - Na impossibilidade do(a) Presidente e do(a) Vice-Presidente estarem presentes em reunião ordinária, a mesma será conduzida por um membro indicado pela Comissão.

Art. 21 – A Comissão só poderá instalar-se com pelo menos a presença de metade mais um de seus membros (quórum).

§ 1º O quórum será apurado no início de cada reunião pela contagem das assinaturas dos membros em lista de presença.

§ 2º Não havendo quórum, o(a) Presidente declarará a impossibilidade de efetuar a reunião, o que constará em Ata extraordinária, registrando-se os nomes de todos os membros ausentes para os efeitos do disposto neste Regimento.

Art. 22 – As decisões serão tomadas por maioria de votos simples dos presentes na reunião.

§ 1º Membros consultivos não terão direito a voto.

§ 2º Em caso de empate a decisão será dada por novo voto da Presidência.



Art. 23 – O encaminhamento das reuniões da Comissão obedecerá a seguinte rotina:

- I. Aprovação da Ata da reunião anterior, seguida das assinaturas.
- II. Deliberação dos itens da pauta, e votação quando for o caso.
- III. Sugestão de pauta da próxima reunião.

344

CAPÍTULO VI DAS CONSIDERAÇÕES FINAIS

Art. 24 – Este Regimento entrará em vigor a partir da sua aprovação e será revisado sempre que necessário.

Art. 25 – Este Regimento serve de instrumento de definição de responsabilidades e autoridade e será observado e cumprido por todos os profissionais da Comissão.

Art. 26 – Todos os profissionais da Instituição, independentemente do tipo de vínculo contratual com o Hospital, estão obrigados ao cumprimento dos artigos aqui descritos, ao fiel cumprimento das Políticas estabelecidas pela Instituição, quer seja em definições de Programas, Comissões ou outros meios, bem como, cumprir os respectivos Códigos de Ética das categorias profissionais e as orientações pertinentes à Lei Geral de Proteção de Dados (Lei 13.709/2018).

Art. 27 – Todos os profissionais devem contribuir com o desenvolvimento do Hospital, zelar pelo patrimônio e meios colocados à disposição para realização dos trabalhos.

Art. 28 – Os casos omissos neste Regimento serão resolvidos pela Comissão de Padronização junto à Direção Técnica do Hospital.

Art. 29 – Comentários inoportunos que possam comprometer os demais profissionais e/ou serviços prestados pela Instituição são terminantemente proibidas e não devem ser feitos e são sujeitos a medidas disciplinares.

Art. 30 – As informações sobre pacientes, sobre a Instituição, seus profissionais, negociações em andamento e contratos vigentes são sigilosas não devendo ser reveladas a pessoas não autorizadas.

3.9.5.14 Proposta de Regimento da Comissão de Gerenciamento de Resíduos

345

CAPÍTULO I

DO OBJETO

Art. 1º – A Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde - CGRSS da Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba, tem por finalidade a definição das ações que visem à implantação, implementação e manutenção do Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde - PGRSS, de acordo com as normas vigentes, conforme segue:

- Lei 12.305/10.
- Lei 13576/2009.
- Lei 2005/1979.
- RDC 222/2018 – Ministério da Saúde/ Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA.
- Resolução 430/2011 - Ministério do Meio Ambiente/ Conselho Nacional do Meio Ambiente - CONAMA.

CAPÍTULO II

DA COMPETÊNCIA

Art. 2º – Compete à CGRSS:

- I. Elaborar e atualizar anualmente o Plano de Ação para implementação do PGRSS e encaminhar para a Superintendência.
- II. Acompanhar e fazer cumprir o PGRSS.
- III. Estabelecer programas de metas e atividades para o gerenciamento dos resíduos, definindo prazo para seu cumprimento.

- IV. Desenvolver juntamente à Superintendência a efetividade do programa e divulgar seus resultados regularmente.
- V. Colaborar com o Núcleo de Educação Permanente da Instituição - NEPS, com vistas a obter capacitação adequada do quadro de profissionais nas questões referentes ao gerenciamento de resíduos.
- VI. Auxiliar na normatização de procedimentos do manejo de todos os tipos de resíduos gerados na Instituição.
- VII. Auxiliar na elaboração e na implantação das normas de segurança para manipulação e transporte dos resíduos, supervisionando o cumprimento destas.
- VIII. Auxiliar os diversos setores da Instituição em todas as questões que envolvam o gerenciamento de resíduos.
- IX. Estabelecer critérios de fiscalização do cumprimento das atividades descritas no PGRSS.
- X. 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.

CAPÍTULO III

DA POSIÇÃO NA ESTRUTURA HIERÁRQUICA

Art. 3º – A CGRSS está subordinada à Diretoria Técnica.

CAPÍTULO IV

DOS REQUISITOS

Art. 4º – São requisitos para exercer a função de Presidente da CGRSS:

- I. Ser o Responsável Técnico do PGRSS do Hospital.
- II. Ser nomeado(a) pelo(a) Superintendente.

Art. 5º – São requisitos para exercer a função de Secretário(a) da CGRSS:

- I. Ser nomeado(a) pelo(a) Superintendente.
- II. Ter facilidade para elaboração e organização de documentos.

Art. 6º – São requisitos para ser membro da CGRSS:

- I. Ser nomeado(a) pelo(a) Superintendente.

II. Ser representante de alguns desses serviços: Enfermagem, Farmácia, Administração, Manutenção, Hotelaria, Segurança do Trabalho, SCIH, Qualidade e Segurança do Paciente.

III. Ser pró-ativo.

CAPÍTULO V DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 7º – São atribuições do(a) Presidente da CGRSS:

- I. Assegurar que os resíduos de serviço de saúde sejam manuseados de forma a garantir a segurança das pessoas e do meio-ambiente.
- I. Convocar reuniões ordinárias e extraordinárias, coordenar 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. Cumprir e fazer cumprir este Regimento.
- VII. Indicar um(a) ou mais Integrantes para elaboração de relatórios.
- VIII. Gerenciar os planos de ação, treinamentos relacionados à Comissão.

Art. 8º – São atribuições do(a) Secretário(a) da CGRSS:

- I. Preparar as pautas, secretariar e agendar as reuniões da Comissão.
- II. Elaborar as atas das reuniões, submetendo-as à aprovação dos demais Integrantes.
- III. Expedir ato de convocação, conforme indicação do(a) 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(a) 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. Redigir os atos decorrentes das deliberações da Comissão.



IX. Manter registro das atas das reuniões e dos pareceres emitidos.

Art. 9º – São atribuições dos(as) 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.
- III. Justificar ausência com antecedência.
- IV. Elaborar relatório de atividades da Comissão e o planejamento de atividades futuras, quando solicitados.
- V. Propor à Coordenação as medidas que julgar necessárias ao bom andamento dos trabalhos.
- VI. Auxiliar na implementação do PGRSS.
- VII. Colaborar com a execução dos planos de ação e treinamentos da Comissão.

Parágrafo Único – A Coordenação da CGRSS será exercida por um(a) dos(as) integrantes da Comissão eleito(a) por esta e nomeado(a) pelo(a) Superintendente. No caso de ausência do(a) Presidente, o(a) Secretário(a)

assumirá. Na ausência do(a) Secretário(a) será nomeado(a) para suas funções um(a) dos(as) integrantes da Comissão.

CAPÍTULO VI

DO FUNCIONAMENTO

Art. 10 – O mandato dos membros da Comissão terá duração de dois anos, podendo os mesmos serem reconduzidos por igual período, apenas uma vez.

Art. 11 – As reuniões ordinárias serão realizadas na 4ª quarta-feira bimestralmente e, extraordinariamente, sempre que convocadas pelo(a) Presidente ou por requerimento da maioria de seus(suas) Integrantes. Na necessidade de cancelamento, o(a) Presidente deverá fazer a justificativa de cancelamento para os membros.

Art. 12 – A solicitação de desligamento de qualquer membro deverá ser feita mediante Carta formal enviada à Comissão, salvo em caso de desligamento da Instituição.

Parágrafo único: Após três faltas consecutivas não justificadas, o membro será automaticamente desligado e substituído por novo(a) representante.

Art. 13 – Deverá ser mantida cópia dos seguintes documentos junto ao(à) Presidente ou Secretário(a) da Comissão e Sistema Docnix:

- I. Nomeação feita pelo Superintendente (com os(as) integrantes e data das reuniões).
- II. Cópia da Lei e Portaria que institui a Comissão.
- III. Regimento da Comissão.
- IV. Atas das reuniões assinadas por todos os presentes.
- V. Listas de presença.
- VI. Plano de Trabalho anual.

CAPÍTULO VII

DAS CONSIDERAÇÕES FINAIS

Art. 14 – O presente Regimento somente poderá ser modificado mediante proposta da Presidência ou de, no mínimo, 1/5 (um quinto) dos(as) Integrantes da CGRSS.

Art. 15 – Este Regimento entrará em vigor a partir da sua aprovação e será revisado periodicamente ou sempre que necessário.

Art. 16 – Este regimento serve de instrumento de definição de responsabilidades e autoridade e será observado e cumprido por todos(as) os(as) profissionais do setor.

Art. 17 – Todos(as) os(as) profissionais da Instituição, independentemente do tipo de vínculo contratual com o Hospital, estão obrigados(as) ao cumprimento dos artigos aqui descritos, ao fiel cumprimento das Políticas estabelecidas pela Instituição, quer seja em definições de Programas, Comissões ou outros meios,

bem como cumprir os respectivos Códigos de Ética das categorias profissionais, as orientações pertinentes à Lei Geral de Proteção de Dados (Lei 13.709/2018) e demais legislações vigentes aplicáveis.

Art. 18 – Todos(as) os(as) profissionais devem contribuir com o desenvolvimento do Hospital, zelar pelo patrimônio e meios colocados à disposição para realização dos trabalhos.

350

Art. 19 – Os casos omissos neste Regimento serão resolvidos pelo(a) Presidente da CGRSS.

Art. 20 – Comentários inoportunos que possam comprometer os(as) demais profissionais e/ou serviços prestados pela Instituição não devem ser feitos e são sujeitos a medidas disciplinares.

Art. 21 – As informações sobre pacientes, sobre a Instituição, seus profissionais, negociações em andamento e contratos vigentes são sigilosas não devendo ser reveladas a pessoas não autorizadas.

3.9.5.15 Proposta de Regimento Núcleo de Gestão de Indicadores e Resultados

CAPÍTULO I DO OBJETO

Art. 1º - Este Regimento apresenta a identidade e características organizacionais do Núcleo de Gestão de Indicadores e Resultados da Unidade, conforme a RDC nº 36, de 25 de julho de 2013 que estabelece ações para a segurança do paciente e a melhoria da qualidade.

CAPÍTULO II DA COMPETÊNCIA

Art. 2º - Compete ao Núcleo de Gestão de Indicadores e Resultados:

- I. **Realizar ações para melhoria da qualidade e a segurança da assistência:** Ao identificar áreas de melhoria e implementar ações corretivas, o NGIR contribui para a melhoria contínua dos processos hospitalares.
- II. **Realizar ações para aumentar a eficiência no serviço:** O monitoramento de KPIs permite identificar gargalos e otimizar a utilização de recursos, como leitos e tempo de internação.
- III. **Apresentar planos de redução e otimização de custos:** A análise de indicadores pode revelar oportunidades de redução de custos, como a prevenção de infecções hospitalares.
- IV. **Realizar ações que visem aumentar a satisfação do paciente:** Acompanhar indicadores de satisfação do paciente e implementar ações para melhorar a experiência do paciente são objetivos importantes do NGIR.
- V. **Avaliar o desempenho da Unidade:** Os resultados do NGIR são utilizados para avaliar o desempenho da instituição e tomar decisões estratégicas.
- VI. **Subsidiar o planejamento e a gestão:** Os dados coletados e analisados pelo NGIR são usados para subsidiar o planejamento e a gestão do hospital.

CAPÍTULO III

DA POSIÇÃO NA ESTRUTURA HIERÁRQUICA

Art. 3º - O Núcleo de Gestão de Indicadores e Resultados está subordinado a Gerência da Unidade.

CAPÍTULO IV

DOS REQUISITOS

Art. 4º - São requisitos para exercer a função de Presidente do Núcleo de Gestão de Indicadores e Resultados:

- I. Ser profissional da saúde ou da gestão da Unidade;
- II. Possuir conhecimento prévio e/ou experiência em levantamento e análises de Indicadores de Desempenho KPI;

Art. 5º - São requisitos para exercer a função de Secretário do Núcleo de Gestão de Indicadores e Resultados:

- III. Ser profissional dos setores administrativos da Unidade;
- I. Ter facilidade na elaboração e organização de documentos;

Art. 6º - São requisitos para exercer a função de membro do Núcleo de Gestão de Indicadores e Resultados:

- I. Deve possuir em sua nomeação um profissional da Qualidade da Unidade;

- II. Profissionais de saúde como Enfermeiros, Médicos e Farmacêuticos com experiência ou facilidade no levantamento e análise de Indicadores de Desempenho KPI;
- III. Gerência da Unidade.

CAPÍTULO V DAS ATRIBUIÇÕES

- I. Representar o NGIR;
- II. Dirigir os trabalhos do NGIR;
- III. Propiciar parcerias Institucionais para o NGIR;
- IV. Convocar e presidir as reuniões com o NGIR;
- V. Despachar documentos do NGIR;
- VI. Comunicar a destituição da Comissão do NGIR;
- VII. Distribuir as ações para os membros do NGIR;
- VIII. Gerenciar o levantamento e análise de dados e indicadores e atuar em parceria com a gestão imediata;
- IX. Cumprir e fazer cumprir as atribuições descritas neste Regimento Interno;

Art. 8º - São atribuições do(a) Secretário(a) do Núcleo de Gerenciamento de Indicadores e Resultados:

- I. Acompanhar as reuniões;
- II. Redigir as Atas das reuniões e colher assinaturas dos presentes;
- III. Circular ofícios de alteração ou informação de data de reuniões quando necessário;
- IV. Prestar apoio administrativo e organizacional ao Presidente em atividades inerentes a Comissão.

Art. 9º - São atribuições dos membros do Núcleo de Gerenciamento de Indicadores e Resultados:

- I. Comparecer às reuniões e participar das discussões, apresentando sugestões;
- II. Executar tarefas que lhes forem atribuídas pelo(a) coordenador(a) e vice coordenador(a);
- III. Apresentar proposições sobre as questões atinentes às suas atribuições;
- IV. Encaminhar ao Núcleo de Gerenciamento de Indicadores e Resultados, assuntos que envolvam desenvolvimento e capacitação de pessoal;
- V. Auxiliar na realização de práticas que envolvam o Núcleo de Gerenciamento de Indicadores e Resultados.

CAPÍTULO VI DO FUNCIONAMENTO

Art. 10 - O mandato dos membros da Comissão terá duração de 01 ano, podendo ser reconduzidos por igual período.

Art. 11 - As reuniões serão realizadas na última quinta-feira de cada mês. Na necessidade de cancelamento, o Coordenador deverá fazer a justificativa de cancelamento para os membros.

Art. 12 - As decisões são tomadas nas reuniões ordinárias, de acordo com a aceitação da maioria.

Art. 13 - Um membro da Comissão somente poderá ser destituído sob apreciação e ato da Comissão.

Art. 14 - A solicitação de desligamento de qualquer membro deverá ser feita mediante Carta formal enviada à ao Presidente da Comissão, salvo em caso de desligamento da entidade.

Parágrafo único: Após 3 faltas consecutivas, o membro será automaticamente desligado e substituído por novo representante.

Art. 15 - Deverá ser mantido cópia dos seguintes documentos da Comissão junto ao Presidente ou Secretário da Comissão, bem como no Sistema de Gestão de Documentos:

- I. Nomeação (com os integrantes e data das reuniões).
- II. Cópia da Lei e Portaria que institui a Comissão.
- III. Regimento da Comissão.
- IV. Atas das reuniões assinadas por todos os presentes.
- V. Listas de presença.
- VI. Plano de Trabalho Anual da Comissão.

CAPÍTULO VII DO ACESSO A PROTEÇÃO DA INFORMAÇÃO

Art. 16 - Os profissionais do setor terão acesso aos seguintes dados e informações e ambientes:

Profissional	Acesso
Presidente	- Dados e informações do prontuário do paciente (pessoais e clínicos). - Dados e informações do prontuário do empregado (pessoais, laborais, trabalhistas, financeiros). - Dados e informações dos contratos de prestação de serviços. - Salários de empregados e valores pagos a prestadores de serviços.
Secretário	Dados e informações do prontuário do paciente (pessoais e clínicos).
Membro	Dados previamente analisados e fornecidos pelo Presidente ou dados obtidos de relatórios de indicadores previamente estabelecidos.

Art. 17 - Todos os profissionais do setor devem zelar pela proteção dos dados e informações da Empresa, tomando os seguintes cuidados:

- I. Solicitar e utilizar dados e informações exclusivamente necessárias para o desempenho da sua função.
- II. Não passar dados e informações a pessoas/ órgãos não autorizadas, seja por de forma verbal, física (cópias), virtual (email, whatsapp, etc) ou por qualquer outro meio. Mesmo quando enviado a pessoas autorizadas, limitar-se ao envio do que foi solicitado, restringindo a visualização de demais informações, mesmo que no mesmo documento.
- III. Não realizar conversas sigilosas ou que exponham dados e informações de pacientes, profissionais e da Instituição em corredores, elevadores e/ou qualquer outra área comum.
- IV. Restringir o acesso ao setor, de pessoas não comuns ao serviço.
- V. Ao descartar documentos, destruí-los de forma a descaracterizá-lo totalmente, considerando sempre o tempo de guarda e autorização para o descarte.
- VI. Não compartilhar senhas pessoais.
- VII. Utilizar a "política de mesa e tela limpa".
- VIII.

- Insuficiência Renal Aguda (IRA)
- Atendimento odontológico de urgência

3. Interface com a Rede Básica e Linhas de Cuidado

- Fluxos de referência e contrarreferência entre UPA e Atenção Básica.
- Continuidade do cuidado e comunicação entre equipes
- Linhas de cuidado prioritárias: saúde da criança, gestante, crônicos, saúde mental
- Encaminhamento e retorno ao território: protocolos e instrumentos.

358

4. Temas Transversais e Complementares

- Segurança do paciente e gestão de riscos
- Biossegurança e prevenção de infecções
- Ética, sigilo e humanização do atendimento
- Trabalho em equipe e comunicação efetiva
- Atualização sobre novas legislações e políticas de saúde.

5. Integração com a Rede e Monitoramento

O programa prevê o fortalecimento dos fluxos de integração da unidade com a rede básica, hospitais e outros serviços, promovendo reuniões de articulação e revisando periodicamente os protocolos de referência e contrarreferência, conforme diretrizes do SUS.

6. Monitoramento

A Comissão de Educação Permanente da unidade, cuja proposta de regimento foi encaminhada neste projeto (capítulo 3.9.5.3) será responsável por identificar as necessidades de capacitação das equipes, planejar e organizar ações educativas, articular parcerias, implementar treinamentos e oficinas, além de monitorar e avaliar o impacto dessas ações na prática assistencial. Atuará de forma multidisciplinar e contínua, promovendo a integração entre ensino e serviço, apoiando a gestão na qualificação dos profissionais e contribuindo para a melhoria da qualidade do atendimento na urgência e emergência.

Também deverá indicar os indicadores e estatísticas que poderão ser utilizados para monitorar as ações de educação permanente.

A Educação Permanente deverá ser incorporada à rotina da unidade como eixo estratégico para a qualidade do cuidado, valorização dos profissionais e fortalecimento do SUS, com participação ativa das equipes na construção e avaliação das ações formativas.

359

Cronograma para os primeiros 12 meses da UPA Zona Leste

O cronograma inicial pactuado abaixo será rigorosamente executado, podendo ser alterado para inclusões a partir de levantamento de necessidades.

Tabela 33 - Cronograma de Educação Permanente

Mês	Temática	Objetivo	Habilidades Desenvolvidas
Junho/25 início contínuo	Diagnóstico de Educação Permanente	Identificar "lacunas"/necessidades da equipe, planejar capacitações, integrar teoria e prática, alinhar-se às políticas do SUS e garantir segurança e qualidade no atendimento	Desenvolver trabalho em equipe, aplicar protocolos clínicos, tomar decisões rápidas, priorizar atendimentos, utilizar equipamentos com segurança, agir com ética e empatia, e buscar aprimoramento contínuo
Junho	Treinamento admissional "on boarding"	Integrar o novo profissional à cultura da empresa, facilitar sua adaptação e prepará-lo para desempenhar suas atividades	Compreensão da cultura, comunicação, domínio de processos, organização, proatividade, trabalho em equipe e adaptação.

		funções com eficiência e engajamento.	
Junho	Metodologia Lean nas emergências	Capacitação específica para metodologia Lean e six sigma	Melhora do atendimento, reduz desperdícios e melhora a qualidade e segurança do cuidado, aumentando a satisfação de pacientes e equipes.
Junho	Acolhimento com Classificação de Risco	Padronizar o fluxo de triagem e priorização dos atendimentos	Aplicar protocolos de classificação, comunicação humanizada, priorização segura
Julho	Suporte Avançado de Vida em Cardiologia (ACLS) -Treinamento das equipes conforme cronograma específico do protocolo clínico	Capacitar para atendimento às emergências cardíacas	Realizar RCP, desfibrilação, uso correto de medicações
Julho	Protocolo de Trauma (ATLS) -Treinamento das equipes conforme cronograma específico do protocolo clínico	Padronizar o atendimento inicial ao trauma grave	Avaliação primária e secundária, imobilização, manejo de vias aéreas
Agosto	Protocolo de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) - treinamento das equipes conforme	Atualizar condutas para diagnóstico e manejo do IAM	Reconhecer sinais, interpretar ECG, iniciar tratamento imediato

	cronograma específico do protocolo clínico		
Agosto	Protocolo de AVE - Treinamento das equipes conforme cronograma específico do protocolo clínico	Fortalecer o atendimento rápido e adequado ao paciente com AVE	Identificar sintomas, acionar fluxos, manejo inicial
Setembro	Protocolo de Seps - Treinamento das equipes conforme cronograma específico do protocolo clínico	Melhorar a identificação e manejo precoce da seps	Reconhecer sinais de seps, iniciar antibioticoterapia, monitorar paciente
Outubro	Cetoacidose Diabética - Treinamento das equipes conforme cronograma específico do protocolo clínico	Atualizar condutas para emergências metabólicas	Diagnóstico rápido, manejo de fluidos e eletrólitos
Novembro	Protocolo de Asma e Insuficiência Respiratória - Treinamento das equipes conforme cronograma específico do protocolo clínico	Padronizar abordagem e tratamento de Crises de Asma e Insuficiência Respiratória	Diagnóstico diferencial, identificação rápida de deterioração respiratória
Dezembro	Protocolo de Infecção do Trato Urinário (ITU) - Treinamento das equipes conforme cronograma específico do protocolo clínico	Padronizar abordagem e tratamento de ITUs graves	Diagnóstico diferencial, escolha de antibióticos, monitoramento

Janeiro/26	Atendimento Odontológico de Urgência	Capacitar para manejo inicial de urgências odontológicas	Controle da dor, manejo de infecções, encaminhamento adequado
Fevereiro/26	Interface com a Rede Básica e Linhas de Cuidado	Fortalecer fluxos de referência e contrarreferência	Utilizar instrumentos de comunicação, elaborar encaminhamentos, garantir continuidade do cuidado
Março/26	Segurança do Paciente e Biossegurança	Promover práticas seguras e prevenção de infecções	Higienização das mãos, uso de EPIs, identificação e notificação de eventos adversos
Abril/26	Trabalho em Equipe e Comunicação Efetiva	Melhorar integração e comunicação entre profissionais	Práticas colaborativas, escuta ativa, feedback construtivo

Deverão ser promovidos ainda outros cursos de atualização e aperfeiçoamento em temas críticos da urgência e emergência (paciente crítico, ventilação mecânica, atendimento a emergências pediátricas) a serem agendados conforme diagnóstico de necessidade a ser realizado no primeiro mês de início das atividades. Também será realizada capacitação básica sobre formação e constituição das comissões.

Apresentamos alguns instrumentais para diagnóstico, programação e acompanhamento de impacto dos treinamentos e atividade de Educação Permanente.

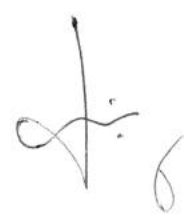


Tabela 34 - Ficha Técnica de Treinamento

FICHA TÉCNICA DE TREINAMENTO	
Setor	
Público alvo	
Tema	
Diagnóstico Problema	
Instrutor/ Instituição	
Local	() Auditório () NEPS () Sala de reunião () In loco () Outro:
Equipamentos necessários	() Computador com data-show () Microfone () Outro:
Divulgação	() Email () Quadro de aviso () Mídias sociais () Outro:
Datas	
Planejamento do Treinamento	
Conteúdo:	
Métodos e recursos instrucionais:	
Objetivos esperados:	
Avaliação pós-treinamento (resultado esperado):	

Orientações Gerais:

1. O conteúdo deverá ser apresentado de forma objetiva. Se necessário anexar material de apoio;
2. O proponente pelo treinamento deverá providenciar os recursos necessários para a realização do treinamento;

3. A avaliação pós treinamento deverá contemplar a metodologia que deverá ser utilizada para essa avaliação (ex: modificações desejadas no comportamento das pessoas);
4. Encaminhar essa Ficha para o NEPS, três dias antes do treinamento para ciência.
5. Caso necessite de agendamento do espaço do NEPS agendar com uma semana de antecedência.

Tabela 35 - Questionário Semi-estruturado de Diagnóstico - Educação Permanente

QUESTIONÁRIO SEMI-ESTRUTURADO DE DIAGNÓSTICO – EDUCAÇÃO PERMANENTE (*)		
Nº	Pergunta	Tipo de Resposta
1	Quais situações do seu trabalho você considera mais desafiadoras ou que geram dúvidas?	
2	Em quais protocolos, rotinas ou procedimentos você sente necessidade de atualização?	
3	Você já participou de treinamentos ou capacitações nos últimos 12 meses? Se sim, quais?	() Sim () Não
4	Quais temas ou habilidades você considera prioritários para capacitação da equipe?	
5	Que dificuldades você encontra para participar das ações educativas oferecidas?	
6	Sugestões para melhorar as atividades de educação permanente na unidade:	

(*) *Instrumento diagnóstico das necessidades de educação permanente a ser aplicado à equipe multiprofissional.*

Todas as atividades de educação permanente serão registradas em Lista de Presença padronizada pela instituição Irmandade, disponíveis para consulta, auditoria e controles internos e externos.

Fluxograma resumido para implantação do Programa de Educação Permanente da UPA Zona Leste apresentado acima:

Descrição das Etapas do Fluxograma



- Comissão de Educação Permanente: Responsável por coordenar todo o processo.
- Diagnóstico de Necessidades: Aplicação de instrumentos (questionário semiestruturado) para identificar demandas de capacitação não previstas no cronograma inicial.
- Planejamento das Ações Educativas: Organização das atividades, metodologias e recursos necessários.
- Ajustes de cronograma e temas: Seleção dos temas prioritários e elaboração do calendário mensal/semanal para atingir todos os plantões.
- Execução das Capacitações e Oficinas: Realização das atividades formativas (oficinas, simulações, estudos de caso, etc)
- Registro e Controle de Participação: Lista de presença padronizada e documentação dos treinamentos.
- Monitoramento e Avaliação de Impacto: Avaliação dos resultados, indicadores e coleta de feedback.
- Revisão e Ajuste do Programa: Adequação contínua do programa com base nos resultados e novas necessidades.

3.9.7. Regulamento de compras

31 - C4.3 - Regulamento de Compras

Segue abaixo a Política de Compras vigente na Irmandade, para aquisição de materiais, medicamentos, alimentos e outros itens necessários ao bom funcionamento do serviço.

Política de Compras

1. OBJETIVOS

1.1. Definir o processo bem como as regras relacionadas ao processo de compras da Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba.

2. REFERÊNCIA

2.1. Código de Conduta Ética da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba.

3. RESPONSÁVEIS

- 3.1. Gerente de Compras.
- 3.2. Comprador.
- 3.3. Controladores de estoque.
- 3.4. Gerente Executivo Financeiro.
- 3.5. Demais profissionais envolvidos no processo de compras.

4. CAMPO DE APLICAÇÃO

- 4.1. Em todos os setores do Hospital, em especial no setor de Compras e nos Estoques.

5. DEFINIÇÕES

- 5.1. SND: Serviço de Nutrição e Dietética.
- 5.2. CAF: Centro de Abastecimento Farmacêutico.
- 5.3. Apoio Cotações: Plataforma de cotações on-line da área da saúde.
- 5.4. Mapa mensal: Compra mensal para reposição de estoque.
- 5.5. Mapa emergencial: Atender demanda que não pode aguardar a compra mensal.
- 5.6. Mapa complementar: Itens que não foram inseridos no mapa mensal ou itens que são pedidos esporadicamente.
- 5.7. Siconv/ Plataforma mais Brasil: A Plataforma +Brasil constitui ferramenta integrada e centralizada, com dados abertos, destinada à informatização e à operacionalização das transferências de recursos oriundos do Orçamento Fiscal e da Seguridade Social da União a órgão ou entidade da administração pública estadual, distrital, municipal, direta ou indireta, consórcios públicos e entidades privadas sem fins lucrativos.

6. POLÍTICA

Pedido de Compras

- 6.1. Todos os mapas de compras são elaborados pelos setores controladores de estoque.
 - 6.1.1. Suprimentos.
 - 6.1.2. SND.



6.1.3. Segurança do Trabalho.

6.1.4. Agência Transfusional.

6.1.5. CAF.

6.1.6. Farmácia Oncologia.

6.1.7. Manutenção.

6.2. Os mapas de abastecimento para reposição de estoque não necessitam de justificativa detalhada e são recebidos até o dia 20 de cada mês. As demais compras devem ser justificadas através do preenchimento do formulário de “FO-SANT-207 Justificativa de Compras”.

6.3. O Setor de Compras recebe os mapas via email, analisa se a demanda é de reposição ou emergencial.

6.4. Insere o mapa na íntegra na plataforma de compras Apoio Cotações.

6.5. O prazo de fechamento de compras para mapas de reposição de estoque é D+5. E para os emergenciais D+1. Sendo que “D” é o dia do recebimento do Mapa. Em datas festivas, feriados prolongados e final de ano, é antecipado a data do recebimento dos mapas de compras, afim de não impactar em atrasos na entrega dos fornecedores.

Negociação

6.6. Após inserção do mapa o fornecedor tem o prazo de 48 horas para apresentar custos.

6.7. Deve ter no mínimo três cotações para cada item, salvo itens com fabricante exclusivo.

6.8. O Comprador deve avaliar os preços atuais, preços pagos nas últimas compras, a documentação do fornecedor, a avaliação de desempenho do fornecedor, fazer adequações de quantidade devido à apresentação da embalagem e se atingiu faturamento mínimo.

6.9. Realizar as negociações com os fornecedores, a fim de reduzir custos baseando em preços pagos nas últimas compras, fechamento mínimo para faturamento, negociar frete quando houver, atendendo as especificações dos produtos padronizados.

6.10. Todos os fechamentos de compras devem ser feitas com prazos para pagamento. Em caso de exceções, o pagamento é realizado a vista com nota fiscal emitida.

Autorização

6.11. Realizar o fluxo de autorização de compras por alçada (Comprador → Gerente de Compras → Gerente Executivo Financeiro). Caso a compra não seja autorizada, processo será reprovado para revisão.

368

Resgate do pedido e previsão de entrega

6.12. Após aprovado, é realizado contato com os fornecedores para agilizar o resgate dos pedidos e verificar posição de entrega.

6.13. Após aprovada a compra com os fornecedores ganhadores no Apoio Cotações é gerado pedido no sistema para que o Suprimentos, CAF ou SND possam fazer a conferência de valores e quantidades fechadas e possam dar entrada das mercadorias no estoque posteriormente.

Relacionamento com os fornecedores

6.14. O contato com os fornecedores é realizado exclusivamente pelo setor de Compras.

6.15. Sempre que necessário, são abertas ocorrências para pontuar não cumprimento de prazo, quantidade, inconformidade do descritivo, falta de estoque comunicada após fechamento da compra, higiene e postura do entregador e do veículo de transporte e condições de embalagem do material.

6.16. Quando há inconformidade na entrega o Suprimentos, CAF ou SND comunicam o Setor de Compras para que sejam feitas as devidas tratativas.

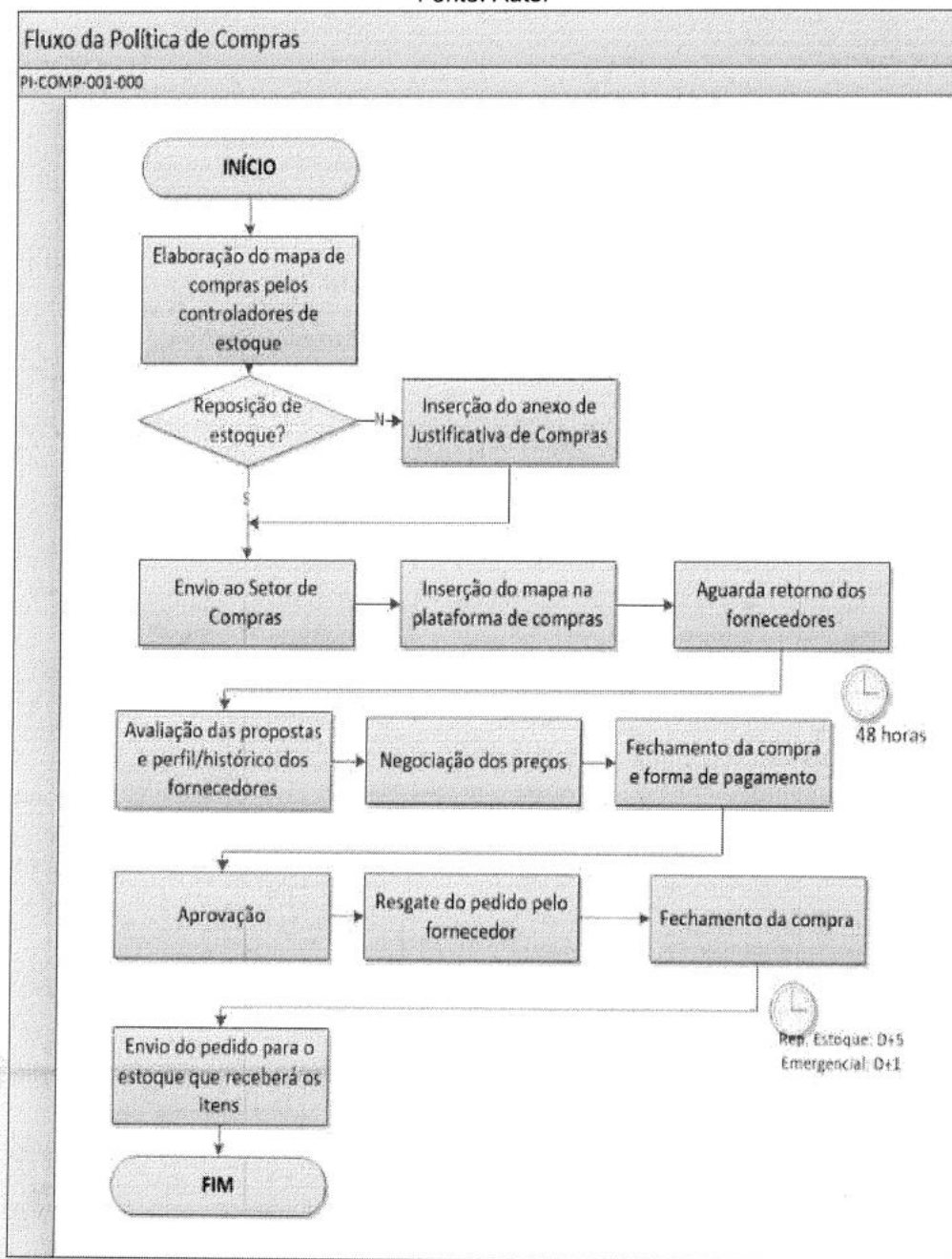
6.17. É realizado o bloqueio do fornecedor, caso descumpra um ou mais itens citados acima, ou haja recorrência com tratativas sem sucesso.

Compras por emendas parlamentares

6.18. Equipamentos: cotações e tratativas devem ser realizadas através do Portal SICONV/ Plataforma Mais Brasil e devem seguir as premissas da lei 8666.

Figura 38 - Fluxo da Política de Compras

Fonte: Autor



370

3.9.8. Cronograma de manutenção estrutural e de equipamentos médicos

32 - C4.4 Critério Cronograma de manutenção estrutural e de equipamentos médicos

Apresentação

Os serviços de manutenção contemplarão os serviços continuados de manutenção predial, preventiva, corretiva, preditiva e imprevisível (intempéries e vandalismo), bem como os serviços de manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos e mobiliários, de uso geral (não médicos) incluindo todas as despesas necessárias para execução dos serviços: materiais, equipamentos, deslocamentos, fretes, entre outros.

371

Objetivo

Setor de Manutenção Predial

O objetivo do setor de manutenção predial é manter em boas condições de uso os equipamentos, bem como as infraestruturas da UPA Zona Leste. É de responsabilidade do setor implementar e controlar os módulos institucionais através de manuais, normas, rotinas e protocolos, garantindo assim a segurança de um padrão institucional direcionado para a plena satisfação dos clientes da unidade.

O setor da Manutenção Predial atua no desenvolvimento das seguintes atividades:

- Manutenção Corretiva e preventiva de Equipamentos;
- Manutenção Corretiva e preventiva de Predial;
- Elétrica;
- Hidráulica;
- Gases medicinais (*terceirizado*);
- Refrigeração (*terceirizado*);
- Execução de serviços gerais;
- Administração de abastecimento (água, energia, gases, ar comprimido, e vácuo);

O setor da Manutenção trabalha com uma equipe multiprofissional, que atua nas diversas áreas de aplicação como: Pintura, Hidráulica, Eletricidade,

3.9.9. Faturamento

O setor de faturamento da unidade será responsável por garantir o correto registro, processamento e cobrança dos serviços prestados aos pacientes, assegurando o registro dos atendimentos no Sistema Único de Saúde (SUS).

Suas principais atribuições incluem: coletar e conferir as informações dos atendimentos realizados, codificar procedimentos e diagnósticos conforme tabelas padronizadas, preparar e organizar a documentação necessária para faturamento, lançar e processar os dados nos sistemas oficiais, emitir faturas e relatórios de produção, acompanhar o fluxo de envio e retorno das faturas, analisar e tratar glosas ou questionamentos do serviço de regulação municipal, manter o controle de liberação recebidos e pendentes, e garantir a conformidade com as normas regulatórias e prazos estabelecidos.

Em relação à execução das tarefas de faturamento na unidade as mesmas serão realizadas por profissionais com capacidade técnica para alimentação do sistema SIA (Sistema de Informação Ambulatorial) seguindo os lançamentos dos procedimentos constantes a Tabela SIGTAP/SUS de acordo com o cronograma de envio da SES/Sorocaba.

Para facilitar o processo de faturamento, o software de gestão a ser implantado, permitirá a conectividade com o do Ministério da Saúde, o que atribuirá agilidade no processo de envio de informações.

Fluxograma de atividades

- I. Faturamento de ficha de atendimento ambulatorial;
- II. Faturamento de ficha de atendimento de urgência e emergência;
- III. Envio de Dados de Faturamento Ambulatorial à Secretaria Municipal de Saúde;
- IV. Faturamento de Exames de Imagem;
- X. Faturamento de Exames Laboratoriais.

OS profissionais responsáveis realizarão o faturamento diário dos procedimentos por meio de sistema de informação, comunicando com a

Secretaria Municipal de Saúde de Sorocaba/SP e Ministério de Saúde em tempo adequado.

Encaminhamos Anexo 12 a este projeto a proposta de Rotina de Faturamento da unidade.

Faturamento Ambulatorial

Em atendimento aos dispostos no edital e seus anexos o faturamento ambulatorial da unidade seguirá o cronograma da Secretaria da Saúde, enviando até o 5º dia útil do mês seguinte, por meio eletrônico, o arquivo do Boletim de Produção Ambulatorial (BPA), que registra todos os atendimentos ambulatoriais realizados, inclusive por equipes multiprofissionais e serviços terceirizados, para processamento no sistema SIASUS.

As consultas devem ser lançadas via BPA-I (individualizado) e os demais procedimentos em BPA-C (consolidado), conforme permitido pela tabela SIGTAP. Toda a produção da unidade, sem exceção, será registrada no BPA, incluindo exames realizados por terceiros.

O setor de faturamento da unidade será responsável por garantir o correto registro, processamento e cobrança dos serviços prestados aos pacientes, assegurando o registro dos atendimentos no Sistema Único de Saúde (SUS).

Suas principais atribuições incluem: coletar e conferir as informações dos atendimentos realizados, codificar procedimentos e diagnósticos conforme tabelas padronizadas, preparar e organizar a documentação necessária para faturamento, lançar e processar os dados nos sistemas oficiais, emitir faturas e relatórios de produção, acompanhar o fluxo de envio e retorno das faturas, analisar e tratar glosas ou questionamentos do serviço de regulação municipal, manter o controle de liberação recebidos e pendentes, e garantir a conformidade com as normas regulatórias e prazos estabelecidos.

Em relação à execução das tarefas de faturamento na unidade as mesmas serão realizadas por profissionais com capacidade técnica para alimentação do sistema SIA (Sistema de Informação Ambulatorial) seguindo os lançamentos dos procedimentos constantes a Tabela SIGTAP/SUS de acordo com o cronograma de envio da SES/Sorocaba.



Para facilitar o processo de faturamento, o software de gestão a ser implantado, permitirá a conectividade com o do Ministério da Saúde, o que atribuirá agilidade no processo de envio de informações.

Fluxograma de atividades

- I. Faturamento de ficha de atendimento ambulatorial;
- II. Faturamento de ficha de atendimento de urgência e emergência;
- III. Envio de Dados de Faturamento Ambulatorial à Secretaria Municipal de Saúde;
- IV. Faturamento de Exames de Imagem;
- X. Faturamento de Exames Laboratoriais.

OS profissionais responsáveis realizarão o faturamento diário dos procedimentos por meio de sistema de informação, comunicando com a Secretaria Municipal de Saúde de Sorocaba/SP e Ministério de Saúde em tempo adequado.

Encaminhamos Anexo 12 a este projeto a proposta de Rotina de Faturamento da unidade.

Faturamento e CNES

Em atendimento aos dispostos no edital, a Irmandade será responsável por manter o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) sempre atualizado, realizando mensalmente a inclusão e exclusão de profissionais que atuam na unidade e enviando eletronicamente o arquivo com a base de dados conforme cronograma definido pela Seção de Faturas e Cadastramento da Secretaria da Saúde.

Além de manter as informações dos profissionais sempre corretas e atualizadas conforme as exigências do órgão gestor, outras alterações importantes, como inclusão ou exclusão de serviços, mudanças em prestadores terceirizados, equipamentos ou diretor clínico, serão solicitadas por meio de fichas específicas encaminhadas à Seção de Faturas e Cadastramento, por e-mail, garantindo que todos os dados da unidade permaneçam em conformidade com as normas vigentes e assegurando a regularidade das informações cadastrais.

Transparência

A Irmandade atenderá integralmente os requisitos de transparência constantes em edital, assegurando a máxima transparência em sua gestão, disponibilizando em seu site, de forma acessível e atualizada, os seguintes documentos: estatuto social vigente; cópia dos termos firmados, planos de trabalho e valores recebidos; relação nominal dos dirigentes; lista de prestadores de serviços (pessoas físicas e jurídicas) com respectivos valores repassados; remuneração individualizada de dirigentes e empregados, incluindo nomes, cargos ou funções vinculadas ao objeto pactuado; balanços, demonstrações contábeis e relatórios físico-financeiros; regulamento de compras e contratação de pessoal; detalhamento dos gastos custeados com recursos públicos; e, conforme a Lei 8.080/1990 (ou outra que venha a substituí-la), a relação atualizada do estoque de medicamentos disponível para dispensação, com atualização quinzenal.

Além disso, a instituição manterá em local visível na entrada de suas sedes e estabelecimentos, uma placa informativa (mínimo tamanho A2) contendo o nome da organização, o nome da atividade ou projeto pactuado com o Município e a frase: *“Serviço executado por meio de repasses públicos da Prefeitura de Sorocaba – Secretaria/Órgão ...”*.

Prontuário

Em atendimento aos dispostos no edital, será implantado o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) para registrar toda a assistência clínica, incluindo histórico, exame físico, exames, prescrições e encaminhamentos, conforme normas e legislação vigente, respeitando o código de ética profissional e as orientações dos Conselhos de Classe, além de receber, guardar e arquivar adequadamente os prontuários físicos de gestões anteriores, zelando pela segurança, privacidade e disponibilização dos documentos conforme a legislação, sempre que solicitados pelo paciente, conveniente ou autoridades.

SAME - Serviço de Arquivo Médico e Estatística

O Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) tem a premissa de garantir a integridade dos prontuários por meio de atividades desenvolvidas seguindo



critérios bem definidos como guarda, conservação, organização, controle, sigilo e ética.

O setor de arquivo de prontuários da unidade UPA Zona Leste ficará localizado em sala adequada com controle restrito de acesso (segurança).

Para garantir logística e capacidade adequada de armazenamento esta sala manterá os prontuários apenas pelo período de 30 dias e irá contar com serviço de digitalização garantindo a gestão eficiente, segura e organizada dos registros clínicos dos pacientes, tanto em formato físico quanto digital. Inicialmente, os prontuários (fichas de atendimento e outros impressos) físicos recebidos são preparados, classificados e organizados conforme critérios estabelecidos, seguindo normas do Conselho Nacional de Arquivos (CONARQ) e do Conselho Federal de Medicina (CFM), para assegurar a integridade e a fidedignidade dos documentos digitalizados.

Após a preparação, os documentos dos prontuários são digitalizados, indexados e armazenados em sistemas eletrônicos que garantem acesso rápido, seguro e restrito às informações clínicas, em conformidade com a legislação vigente, incluindo a LGPD. Esse processo reduz a necessidade de espaço físico, minimiza riscos de perda ou extravio, facilita o compartilhamento autorizado de dados entre profissionais de saúde e assegura a confidencialidade e integridade dos registros por meio de certificação digital e backups. O setor de arquivo, além de manter políticas claras para guarda, descarte seguro e controle de prazos, torna-se um núcleo estratégico na gestão da informação clínica, promovendo eficiência, segurança jurídica e melhoria no atendimento ao paciente, além de ser responsável pelo arquivamento dos prontuários físicos conforme as normas legais.

O acesso a cópias dos prontuários (fichas de atendimento) é assegurado dentro dos prazos legais e conforme rotina previamente estabelecida.



4. VIGÊNCIA DO PLANO DE TRABALHO E CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

Tabela 36 - Cronograma de Implantação do Plano

CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO													
Nº	ATIVIDADE	Mês											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Validação e Implantação das Atividades Médicas	X											
2	Validação e Implantação das Atividades Assistenciais	X											
3	Validação e Implantação das Atividades de Apoio	X											
4	Validação e Adequação da Estrutura Física	X	X	X									
5	Validação e Estruturação de Móveis e Equipamentos	X	X	X									
6	Validação e Contratação dos Serviços Terceirizados	X	X										
7	Estruturação e Implantação dos Serviços de Tecnologia da Informação	X	X	X	X								



	Estruturação e Implantação das Estruturas de Tecnologia da Informação	X	X	X	X									
8	Informação	X	X	X	X									
	Elaboração, Implantação e Padronização dos Documentos Oficiais	X	X											
9	Documentos Oficiais	X	X											
	Criação Adaptação e Validação dos Planos de Contingência dos fluxos da Unidade	X	X	X										
10	de Contingência dos fluxos da Unidade	X	X	X										
11	Realização de Inventários	X											X	
12	Recrutamento e Seleção das Equipes	X	X	X										
13	Capacitação inicial das Equipes	X	X	X										
14	Contratação dos Veículos de apoio	X												
15	Criação das Comissões obrigatórias	X												
16	Validação dos Indicadores de Monitoramento do Serviço	X												
17	Auditoria dos Indicadores de Monitoramento do Serviço		X		X		X		X		X		X	

18	Vistorias/Manutenção Preventivas da Estrutura Física	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
19	Auditorias/Manutenção Preventivas dos Equipamentos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
20	Auditorias Internas dos Serviços						X		X		X		X
21	Treinamentos de Capacitação das Equipes (consultar cronogramas específicos no capítulo 3.6)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
22	Implantação dos Protocolos de Segurança do Paciente	X	x	x									
23	Auditoria dos Protocolos de Segurança do Paciente				X		X		X		X		X
24	Reuniões de Acompanhamento dos Indicadores	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

5. POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS

33 - C4.1 - Recursos Humanos

Com base nos requisitos estabelecidos no edital e no projeto básico, especialmente no Anexo H – Dos Recursos Humanos, do qual declaramos ciência e concordância, a Irmandade apresenta sua proposta de Recursos Humanos para atendimento ao objeto contratado. Considerando a complexidade e a abrangência das exigências detalhadas no referido anexo, destaca-se a necessidade de implantar um projeto de recursos humanos robusto, que assegure o atendimento integral das demandas previstas e a adequada adaptação da equipe às necessidades da UPA Zona Leste. Todo o processo será conduzido de forma planejada e criteriosa, garantindo o dimensionamento, a qualificação e a composição das equipes multiprofissionais em conformidade com as obrigações contratuais, padrões de qualidade assistencial e diretrizes estabelecidas pelo edital e pelo Projeto Básico.

Dessa forma, a implantação será realizada de maneira planejada e escalonada, assegurando que o dimensionamento, a qualificação e a composição das equipes multiprofissionais estejam alinhados às obrigações contratuais, aos padrões de qualidade assistencial e às diretrizes estabelecidas pelo edital e pelo projeto básico. Todo o processo será conduzido com rigor técnico e acompanhamento sistemático, para garantir a conformidade legal e a excelência na prestação dos serviços.

Assim, a Irmandade reafirma seu compromisso em estruturar e manter uma equipe de recursos humanos qualificada, capaz de atender plenamente às demandas da UPA Zona Leste, promovendo a continuidade, a segurança e a qualidade do atendimento à população assistida.

Para uma compreensão aprofundada da proposta apresentada, é fundamental considerar três pilares essenciais: o atendimento rigoroso aos requisitos do edital; a Missão, Visão e Valores Institucionais da Irmandade e a Política de Recursos Humanos da Organização. Esses princípios orientam toda a estruturação do projeto e garantem alinhamento com as diretrizes legais, éticas e de qualidade assistencial estabelecidas para a UPA Zona Leste. A política de recursos humanos da Irmandade pode ser consultada na íntegra no capítulo 5.1 deste Plano.

A seguir, serão detalhados a composição, o dimensionamento e a qualificação das equipes multiprofissionais, assim como a definição das atribuições comuns e específicas de cada categoria profissional, sempre em conformidade com as normas legais e regulamentares aplicáveis. Esse enfoque assegura que a prestação dos serviços de

383

saúde seja realizada por profissionais capacitados, em ambiente seguro, com processos bem definidos e alinhados às melhores práticas de gestão e assistência.

Dessa forma, a proposta busca não apenas cumprir as exigências contratuais, mas também promover um ambiente de trabalho pautado pela ética, excelência, valorização do capital humano e compromisso com a saúde e o bem-estar dos usuários, refletindo os valores institucionais da Irmandade e a responsabilidade social da organização.

I - Atendimento aos Requisitos do Edital

384

Do Objeto, Da Equipe E Requisitos Mínimos

A implantação prevê a contratação de profissionais qualificados em todas as áreas essenciais (médicos, enfermeiros, farmacêuticos, assistentes sociais, cirurgiões-dentistas, técnicos e auxiliares, administrativos, entre outros), respeitando o quantitativo mínimo e a escala exigida para o funcionamento ininterrupto da unidade. Cada profissional deverá apresentar formação e registro profissional compatíveis com sua função, além de experiência comprovada quando exigido, garantindo a assistência eficaz, eficiente e segura.

Segue a listagem das categorias profissionais com seus respectivos conselhos de classe, conforme requisitos mínimos exigidos:

Tabela 37 - Categoria Profissional x Conselho de Classe Responsável

Categoria Profissional	Conselho de Classe Responsável
Médico Clínico, Pediatra, Infectologista, Ultrasonografista, Radiologista	Conselho Regional de Medicina (CRM) / Conselho Federal de Medicina (CFM)
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem	Conselho Regional de Enfermagem (COREN) / Conselho Federal de Enfermagem (COFEN)
Cirurgião-Dentista, Auxiliar de Saúde Bucal	Conselho Regional de Odontologia (CRO) / Conselho Federal de Odontologia (CFO)
Farmacêutico, Técnico de Farmácia	Conselho Regional de Farmácia (CRF) / Conselho Federal de Farmácia (CFF)
Assistente Social	Conselho Regional de Serviço Social (CRESS) / Conselho Federal de Serviço Social (CFESS)
Nutricionista	Conselho Regional de Nutricionistas (CRN) / Conselho Federal de Nutricionistas (CFN)

Biomédico	Conselho Regional de Biomedicina (CRBM) / Conselho Federal de Biomedicina (CFBM)
Técnico de Laboratório	Conselho Regional de Farmácia (CRF) / Conselho Federal de Farmácia (CFF)
Tecnólogo de Equipamentos Médicos	Conselho Federal dos Técnicos Industriais (CFT)
Técnico em Radiologia*	Conselho Nacional de Técnicos em Radiologia (CONTER) / Conselho Regional de Técnicos em Radiologia (CRTR)
Técnico de Segurança do Trabalho	Conselho Regional dos Técnicos Industriais (CFT)
Auxiliar Administrativo, Recepcionista, Copeira, Controlador de Acesso, Profissionais de Manutenção Predial, Elétrica e Hidráulica, Cargos de Chefia/Coordenação	Não possuem conselho de classe específico, mas devem seguir normas técnicas e administrativas pertinentes

Ainda para atendimento aos requisitos mínimos serão observados:

Profissionais devem possuir diploma na área exigida e registro no respectivo Conselho de Classe, conforme normas estaduais e federais.

Cirurgiões-dentistas: diploma em odontologia, registro no conselho e experiência comprovada em urgências odontológicas; auxiliares de saúde bucal também devem ter registro no conselho.

Cirurgiões-dentistas devem estar aptos a realizar todos os procedimentos clínicos odontológicos necessários, para qualquer faixa etária ou condição.

Médico Infectologista: residência médica ou título/certificado na especialidade, com registro de qualificação no CRM, conforme resoluções do CFM.

Atendimento pediátrico: escala deve ter pelo menos um pediatra especialista com registro de qualificação no CRM; demais médicos da escala devem ter experiência em pediatria.

Escala médica deve sempre incluir plantonista com experiência em urgências/emergências ou residência médica, com registro de qualificação no CRM.

Médico Responsável Técnico (RT): diploma em medicina, pelo menos 5 anos de experiência em urgências/emergências ou residência médica, registro de qualificação no CRM e responsabilidade técnica perante o conselho.

Enfermeiro Responsável Técnico (RT): diploma em enfermagem, pelo menos 5 anos de experiência em urgências/emergências ou residência/especialização em Urgência e

Emergência ou Terapia Intensiva, registro no COREN e responsabilidade técnica perante o conselho.

Quanto ao atendimento odontológico: Necessidade Saúde Bucal, os cirurgiões-dentistas devem estar preparados para realizar todos os procedimentos odontológicos necessários a qualquer paciente que procure a UPA, independentemente da idade, condição de saúde ou situação social, garantindo atendimento resolutivo conforme as necessidades identificadas. O atendimento detalhado do atendimento odontológico é apresentado neste projeto (capítulo 3.6.12).

386

Da Conformação do Quadro de Alocação das Equipes e dos Profissionais na UPA Zona Leste

Apresentamos a composição da equipe com as respectivas categorias profissionais, dimensionamento de cada categoria, carga horária semanal e mensal.

A proposta atende aos quantitativos mínimos estipulados para atendimento nas 24 horas, de forma ininterrupta.

EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

Quanto à presença do profissional nos dias da semana serão utilizados os parâmetros constantes na Tabela 1. Dimensionamento de pessoal: UPA Zona Leste anexo H - Dos Recursos Humanos do Projeto Básico.

A proposta apresentada pela Irmandade para a equipe multidisciplinar foi ampliada com a inclusão de novas categorias, como Auxiliar de Consultório Dentário, Biomédico, Técnico de Laboratório e Tecnólogo, com o objetivo de atender de maneira mais abrangente às necessidades da unidade, considerando a demanda média prevista de 20.000 atendimentos/mês (Médico e Não Médico).

Tabela 38 - Proposta de Dimensionamento de pessoal – UPA Zona Leste

Proposta de Dimensionamento de pessoal da Equipe Multiprofissional Unidade de Pronto Atendimento – UPA ZONA LESTE				
CATEGORIA	TOTAL DE PROFISSIONAIS	CARGA HORÁRIA SEMANAL	CARGA HORÁRIA MENSAL	PRESEÇA DO PROFISSIONAL NA UNIDADE NOS DIAS DA SEMANA
Analista de Laboratório/ Biomédico	5	30	180	Todos os dias(Segunda a Domingo) às 24h do dia
Auxiliar de Limpeza	13	30	180	Todos os dias(Segunda a Domingo) às 24h do dia
Auxiliar de Saúde Bucal	5	30	180	Todos os dias(Segunda a Domingo) às 24h do dia
Assistente Social	6	30	180	Todos os dias(Segunda a Domingo) às 24h do dia
Auxiliar Administrativo	10	44	220	Todos os dias(Segunda a Domingo) às 24h do dia
Controlador de Acesso	6	30	180	Todos os dias(Segunda a Domingo) às 24h do dia
Coordenador Administrativo	1	44	220	Segunda a Sexta-feira horário diurno
Copeira	5	30	180	Todos os dias(Segunda a Domingo) às 24h do dia
Enfermeiro Assistencial	40	30	180	Todos os dias(Segunda a Domingo) às 24h do dia
Enfermeiro Educação Permanente e Qualidade	1	44	220	Segunda a Sexta-feira horário diurno
Enfermeiro SCIH	1	44	220	Todos os dias(Segunda a Domingo) às 24h do dia
Farmacêutico Assistencial	5	44	220	Todos os dias(Segunda a Domingo) às 24h do dia
Gerente de Enfermagem (RT)	1	44	220	Segunda a Sexta-feira horário diurno
Gerente Farmacêutico (RT)	1	44	220	Segunda a Sexta-feira horário diurno
Nutricionista	1	44	220	Todos os dias(Segunda a Domingo)
Recepcionista	25	30	180	Todos os dias(Segunda a Domingo) às 24h do dia
Segurança	5	30	180	Todos os dias(Segunda a Domingo) às 24h do dia
Técnico de Enfermagem	94	30	180	Todos os dias(Segunda a Domingo) às 24h do dia
Técnico de Farmácia	10	44	220	Todos os dias(Segunda a Domingo) às 24h do dia

Esclarecemos que a equipe do laboratório será estruturada com recursos humanos próprios com regime de contratação por CLT e que a equipe de radiologia convencional será terceirizada (PJ).

5.1. POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS

1 OBJETIVOS

- 1.1. Estabelecer diretrizes para o processo de contratação de funcionários, assim como prazos e fluxo.

2 REFERÊNCIA

- 2.1. Consolidação das Leis do Trabalho – CLT.
- 2.2. Normas Coletivas de Trabalho.
- 2.3. Código de Conduta Ética da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba.
- 2.4. Lei Geral de Proteção de Dados.

3 RESPONSÁVEIS

- 3.1. **Gestor imediato:** Analisar os motivos e solicitar aprovação à área de Recursos Humanos que, posteriormente, encaminhará à Presidência e à Diretoria, justificando o pedido através da Requisição de Pessoal (Anexo I). Definir o perfil de competências e experiências desejadas; entrevistar os candidatos selecionados pela Área de Recrutamento e Seleção de responsabilidade do Recursos Humanos; aprovar o candidato escolhido; receber e acolher o novo funcionário na área e garantir o cumprimento do processo de integração da empresa em sua plenitude.
- 3.2. **Presidência e Diretoria:** Aprovar a requisição de contratação e encaminhar a área de Recursos Humanos. Assegurar que as exceções não se transformem em regra. Sempre que necessário participar do processo seletivo.
- 3.3. **Área de Recrutamento e Seleção (Recursos Humanos):** Avaliar as requisições de contratação aprovadas; validar o perfil de

competências e experiência desejada com o Gestor imediato, e conduzir o processo de acordo com a presente Política.

- 3.4. **Área de Administração de Recursos Humanos:** Registrar (Admitir) o novo funcionário de acordo com cronograma padrão estabelecido pela área e prazos legais estabelecidos por Lei e normas vigentes.
- 3.5. **Candidato:** Atender os compromissos estabelecidos durante o processo, apresentar documentação necessária para a contratação prevista na Relação de Documentos (Anexo II) dentro do prazo determinado pelo RH e cumprir o programa de integração.

389

4 CAMPO DE APLICAÇÃO

- 4.1. Todo Hospital e área de Recursos Humanos.

5 DEFINIÇÕES

- 5.1. PCD: Pessoa com deficiência.

Priorizar sempre que possível a contratação de candidatos PCDs (Com laudos, avaliados pelo Médico do Trabalho) para cumprimento da Cota.

6 POLÍTICA

- 6.1. A decisão em contratar um novo funcionário é de responsabilidade do superior imediato. Cabe a ele avaliar a necessidade da contratação, tendo em vista as necessidades da área, os resultados do negócio e a disponibilidade de vagas aprovadas.
- 6.2. A solicitação de contratação deverá obrigatoriamente seguir o fluxo de aprovações previsto nesta Política.
O processo seletivo será iniciado somente após a conclusão do ciclo de aprovações.
- 6.3. Nos casos de categorias específicas como Jovem Aprendiz e PCD – Pessoa com Deficiência, a decisão pela contratação ficará a cargo

da Área de Recursos Humanos, responsável pela gestão destes programas.

- 6.4. Qualquer exceção deverá obrigatoriamente ser aprovada pela Presidência e Diretoria da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba.
- 6.5. Para efeito dessa Política, entende-se como Gestor imediato o nível de supervisão direta a quem o funcionário se reporta.

390

O processo de contratação de profissionais ocorrerá conforme estabelecido a seguir:

6.6. Contratação de profissionais em substituição a outro profissional:

Isto poderá ocorrer sempre que uma posição já existente estiver vaga, independente do motivo (desligamento, transferência, afastamento, promoção etc.). Nesta situação o Gestor imediato da posição e responsável pela solicitação deverá proceder uma avaliação rigorosa da real necessidade da contratação, avaliando o desempenho e resultados da área, o volume de negócios da empresa, o cenário de mercado, dentre outros aspectos, antes de solicitar a requisição de pessoal e enviar para aprovações. O objetivo é estimular os Gestores a buscar outras alternativas, como revisão de processos, redistribuição de tarefas etc.

6.7. Contratação de profissionais em aumento de quadro:

Nos casos de aumento de quadro, o rigor desta análise pelo Gestor deve ser muito mais profundo e detalhado que nos casos de substituição. É esperado que cada Gestor justifique na requisição todos os fatores que sustentam tal contratação, preferencialmente com indicadores de desempenho que estão ou serão impactados com a não contratação do profissional.

6.7.1. Previstos em orçamento

Mesmo previsto em orçamento, cabe ao Gestor imediato levantar todos os fatores que justifiquem a contratação prevista no orçamento, obtendo todas as aprovações previstas nesta Política.

6.7.2. Não previstos em orçamento

Se a vaga não estiver prevista em orçamento, o Gestor deverá obrigatoriamente justificar esta contratação de forma detalhada na requisição e se submeterá a todas as aprovações previstas nesta Política. (Presidência/Diretoria).

6.8. Congelamento de contratação:

6.8.1. A Empresa se reserva no direito de em situações críticas de desempenho, resultado ou por outros fatores quaisquer que possam afetar sua sustentabilidade, de estabelecer o congelamento de contratações, por prazo indeterminado, independente da existência ou não de vaga disponível e anteriormente aprovada.

6.8.2. Nestes casos qualquer contratação seguirá um fluxo específico de aprovação pela Presidência/Diretoria.

6.9. Alçadas de Aprovação

Tipo da Vaga	Nível do Cargo	Solicitação (Superior Imediato)	Aprovação Área Solicitante	Aprovação Recursos Humanos
Substituição de Profissionais	Diretores	Diretoria	Presidência	Sim
	Gerentes	Diretoria	Presidência	Sim
	Supervisor / Coordenador	Gestor	Diretoria	Sim
	Demais níveis	Gestor	Diretoria	Sim
	Jovem Aprendiz, PCD	Recursos Humanos	Diretoria	Sim
Aumento de quadro previsto em orçamento	Quaisquer	Gestor	Diretoria	Sim

Aumento de quadro não previsto em orçamento	Quaisquer	Gestor	Diretoria/ Presidência	Sim
---	-----------	--------	---------------------------	-----

7 OBSERVAÇÕES

7.1. Não se aplica.

392

6. INDICADORES DE AVALIAÇÃO

Considerando como “comissões, indicadores, estimativas de atendimento mensal e metas qualitativas” os itens obrigatórios que a Irmandade deverá implantar para uma assistência organizada e qualificada com processos de trabalho que garantam a sistematização da assistência com protocolos, fluxos, indicadores, avaliação sistematizada e acompanhamento, apresentamos a seguir a proposta de acompanhamento e gestão de indicadores.

Esta proposta inclui a explanação de como serão apresentados os relatórios gerenciais, os quais deverão possuir estrutura detalhada, contendo indicadores quantitativos e qualitativos claros, acompanhados de uma análise crítica e interpretativa dos dados, com propostas de ações corretivas ou melhorias baseadas nas evidências apresentadas. A apresentação possuirá visual claro e organizada, com o uso de gráficos, tabelas ou dashboards que facilitam a compreensão, sempre integrados ao sistemas de tomada de decisão e planejamento estratégico.

6.1. DESCRIÇÃO DOS RELATÓRIOS GERENCIAIS

34 - C2.10 Critério Descrição dos Relatórios Gerenciais

SISTEMA DE MONITORAMENTO DE INDICADORES DA IRMANDADE

Os indicadores avaliados pela unidade deverão abranger, obrigatoriamente, aqueles previstos no edital e apresentado acima e no contrato de gestão, além dos KPIs (Key Performance Indicators) e outros indicadores quantitativos e qualitativos relevantes para o monitoramento dos processos e a avaliação dos resultados assistenciais e operacionais.

A Irmandade possui um sistema robusto de avaliação de indicadores, contanto com emissão de relatórios mensais, reuniões temáticas de avaliação e análise crítica de indicadores. Todas as unidades filiais participam desta sistemática e integram esta análise.

A sistemática de análise faz parte do planejamento estratégico institucional e conta com a participação da alta e média gestão (presidente, diretores, coordenadores, supervisores e líderes setoriais).

A importância do planejamento estratégico, da avaliação de KPIs (Key Performance Indicators) e da participação da alta gestão na avaliação de indicadores é fundamental para o sucesso de qualquer organização, especialmente em ambientes complexos como unidades de saúde.

Além disso, os indicadores são divulgados a toda a organização através da emissão de relatórios de indicadores e reuniões operacionais, garantindo ampla divulgação dos resultados alcançados, garantindo a participação de todos (gestão participativa e focada em resultados).

A integração do planejamento estratégico, a avaliação de KPIs e a participação ativa da alta gestão são elementos interdependentes que, juntos, criam uma base sólida para a gestão eficaz de uma organização. Essa abordagem não apenas melhora o desempenho organizacional, mas também garante que a instituição esteja sempre focada em oferecer o melhor atendimento possível à sua comunidade.

A imagem abaixo representa, de forma simbólica, a estrutura da melhoria contínua por meio de um templo sustentado por três pilares: os indicadores obrigatórios, os indicadores de desempenho (KPIs) e os indicadores de uso interno da unidade. Esses pilares se apoiam sobre uma base sólida formada por dados confiáveis e monitoramento sistemático, demonstrando que a coleta e análise adequada de informações são essenciais para a gestão eficiente. No topo do templo está o objetivo central — a melhoria contínua — e acima dele destaca-se a análise crítica, que representa a necessidade de interpretar os dados com profundidade, promovendo decisões embasadas e ações corretivas eficazes para a evolução constante dos processos.

Figura 41 - Melhoria Contínua



SISTEMA DE MONITORAMENTO DE INDICADORES INTERNO DA UPA ZONA LESTE

Em nossa experiência na gestão de unidades de urgência e emergência no município de Sorocaba, observamos que a forma de envio dos indicadores obrigatórios do contrato (Plano Operativo e outros contratos de gestão) segue normativas próprias e definidas pela gestão de contratos do ente público municipal. Desta forma, nossa primeira ação em relação à gestão de indicadores será promover reunião técnica de alinhamento para definições de prazos, modelos, impressos, periodicidades, relatórios padronizados, entre outros. Estas definições deverão nortear a elaboração, apresentação e entrega de relatórios gerenciais obrigatórios da unidade.

A UPA Zona Leste constituirá um “Núcleo de Gestão de Indicadores e Resultados vinculado ao setor de qualidade”. Este núcleo terá como principais atribuições:

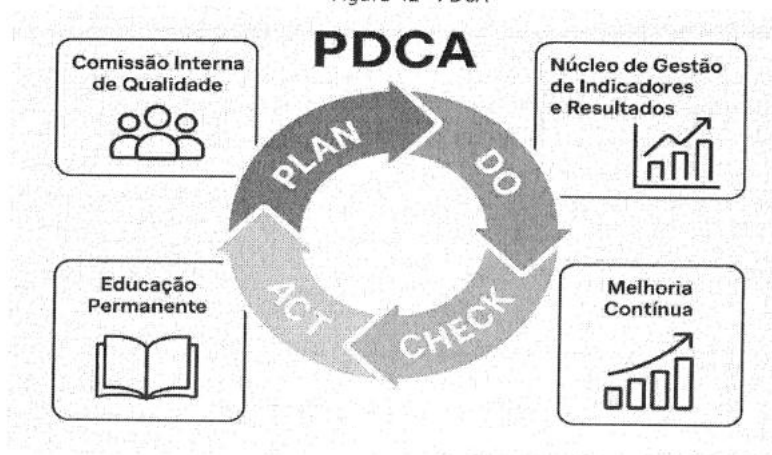
- **Monitorar indicadores** relevantes para a unidade de urgência e emergência, incluindo os indicadores obrigatórios de contrato.

- **Coletar, analisar e validar dados** para garantir informações confiáveis.
- **Gerar relatórios** para apoiar decisões e propor melhorias.
- **Acompanhar metas e planos de ação** junto às equipes.
- **Promover a cultura de qualidade e segurança**, orientando e capacitando os profissionais.

A figura 42 abaixo ilustra a inter-relação entre a atuação da Comissão Interna da Qualidade, o Núcleo de Gestão de Indicadores e Resultados, a Educação Permanente e o processo de melhoria contínua a ser implantado na unidade.

395

Figura 42 - PDCA



A tabela a seguir apresenta as principais etapas desse processo, detalhando desde a estruturação dos sistemas de coleta até a capacitação das equipes e o uso estratégico dos dados para tomada de decisão. Cada etapa contribui para criar uma rotina de monitoramento eficiente, que apoia a gestão, orienta intervenções e fortalece a cultura de melhoria contínua na unidade de saúde.

Tabela 39 - Etapas do Processo de Monitoramento e Gestão de Indicadores na Unidade de Urgência e Emergência

Etapas do Processo de Monitoramento e Gestão de Indicadores na Unidade de Urgência e Emergência	
Etapa	Descrição
Coleta Sistemática de Dados	Implantação de sistema para coleta regular, incluindo registros eletrônicos, questionários de satisfação, entrevistas com pacientes e profissionais, entre outros métodos.
Análise de Dados	Utilização de ferramentas analíticas para interpretar os dados, com apoio de gráficos, relatórios, fichas técnicas e dashboards. Relatórios



Classificação de Risco dos pacientes até 10 minutos da chegada Unidade	recepção que passaram em acolhimento em até 10 minutos / número total de pacientes que passaram no acolhimento x100	espontaneamente, exceto os da emergência, devem ser atendidos pelo enfermeiro no acolhimento em até 10 minutos.			Qualidade e Núcleo de Gestão de Indicadores e Resultados
5-Cumprir o tempo de espera para o atendimento médico dos pacientes classificados como "VERDE" no Acolhimento e classificação de risco	Número total de pacientes classificados como verde atendidos pelo médico em até 60 minutos / número total de pacientes classificados como verde x100	Atendimento médico com espera máxima de 30 minutos, a partir do preenchimento da ficha, para pelo menos 95% dos pacientes classificados como verde	Sistema de informação	de Mensal	Comissão Interna de Qualidade e Núcleo de Gestão de Indicadores e Resultados
6-Cumprir o tempo de espera para o atendimento médico dos pacientes classificados como "AMARELO" no Acolhimento e	Cálculo: Número total de pacientes classificados como amarelo que atendidas pelo médico em até 20 minutos / número total de pacientes classificados	Atendimento médico com espera máxima de 20 minutos, a partir do preenchimento da ficha, para pelo menos 95% dos pacientes classificados	Sistema de informação	de Mensal	Comissão Interna de Qualidade e Núcleo de Gestão de Indicadores e Resultados



classificação de risco.	como amarelos x100	como amarelo			
7-Cumprir o tempo de espera do paciente para o atendimento odontológico dos pacientes (adultos e criança) classificados como: VERMELHO	Cálculo: $\frac{\text{Número total de pacientes classificados como vermelho atendidos imediatamente pelo dentista}}{\text{número total de pacientes classificados como vermelho}} \times 100$	Atendimento odontológico imediato, após o preenchimento da ficha, para pelo menos 95% dos pacientes classificados como vermelho	Sistema de informação	de Mensal	Comissão Interna de Qualidade e Núcleo de Gestão de Indicadores e Resultados
8-Cumprir o tempo de espera do paciente para o atendimento odontológico dos pacientes (adultos e crianças) classificados como: LARANJA	Cálculo: $\frac{\text{Número total de pacientes classificados como laranja atendidos pelo dentista em até 15 minutos}}{\text{número total de pacientes classificados como laranja}} \times 100$	Atendimento odontológico com espera máxima de 15 minutos, após o preenchimento da ficha, para pelo menos 95% dos pacientes classificados como laranja (muito urgentes)	Sistema de informação	de Mensal	Comissão Interna de Qualidade e Núcleo de Gestão de Indicadores e Resultados
9-Cumprir o tempo de espera do paciente para o atendimento odontológico	Número total de pacientes classificados como amarelo atendidos em até 60 minutos/número total de	Atendimento odontológico com espera máxima de 60 minutos,	Sistema de informação	de Mensal	Comissão Interna de Qualidade e Núcleo de

dos pacientes (adultos e crianças) classificados como: AMARELO	pacientes e classificados como amarelo x100	após o preenchimento da ficha, para pelo menos 95% dos pacientes classificados como amarelo			Gestão de Indicadores e Resultados
10-Cumprir o tempo de espera do paciente para o atendimento odontológico dos pacientes (adultos e crianças) classificados como: VERDE	Número total de pacientes classificados como verde x100	Atendimento odontológico com espera máxima de 60 minutos, após o preenchimento da ficha, para pelo menos 95% dos pacientes classificados como amarelo	Sistema de informação	Mensal	Comissão Interna de Qualidade e Núcleo de Gestão de Indicadores e Resultados
11-Cumprir o tempo de espera do paciente para o atendimento odontológico dos pacientes (adultos e crianças) classificados como: AZUL	Número total de pacientes classificados como azul x100	Atendimento odontológico com espera máxima de 3 horas, após o preenchimento da ficha, para pelo menos 95% dos pacientes classificados	Sistema de informação	Mensal	Comissão Interna de Qualidade e Núcleo de Gestão de Indicadores e Resultados



		s como azul			
12-Notificar para Vigilância Epidemiológica a 100% dos agravos de notificação conforme prazo estabelecido	Cálculo 1: número de notificações compulsórias em tempo oportuno/ número total de notificações compulsórias realizadas pela unidade x 100 Cálculo 2: Número de notificações compulsórias negativas enviadas em tempo oportuno / número de notificações compulsórias negativas queas deveriam ter chegado a vigilância epidemiológica X100	100% dos agravos de notificação compulsórias a deverão ser notificados em seu tempo de cada agravo determinado assim como 100% das notificações compulsórias negativas.	Sistema de informação/email /planilha	Controle diário relatório mensal	Enfermeiro SCIH
13-Encaminhar a planilha de surtos (diarreia, conjuntivite, varicela, sarampo, síndrome mão, pé e boca, parotidite)	Número de planilhas enviadas pela unidade / número de planilhas a serem enviadas conforme semana epidemiológica X 100	100% dos surtos devem ser encaminhados via planilha para Vigilância Epidemiológica ao final de cada semana	Sistema de informação/email /planilha	Semanal/ mensal	Enfermeiro SCIH

semanalmente, ao final de cada Semana Epidemiológica.		epidemiológica			
14. Preencher corretamente todas as Declarações de Óbitos (D.O.) e encaminhar para Vigilância Epidemiológica	Cálculo: número de óbitos fetais/ número de DOs fetais enviadas em 48 horas x 100 Cálculo: número de óbitos de mulheres em idade fértil e maternos/ número de DOs de mulheres em idade fértil enviadas em 48 horas x 100	100% das declarações de óbitos a Vigilância Epidemiológica nos tempos determinados.	Comissão de Óbito/auditoria interna	Controle diário/planiha mensal	Enfermeiro SCIH
15 Envio diário Censo de Ocupação de Leitos e evolução dos pacientes suspeitos/confirmados de agravos de notificação compulsória que aguardam transferência para hospital	Número de planilhas enviadas diariamente/dias do mês x 100	Enviar 100% das planilhas diariamente, incluindo a notificação negativa caso não haja agravo	NIR – UPA Zona Leste	Controle diário/planiha mensal	Adm. UPA NIR

de referência,					
16- Taxa de mortalidade na unidade de emergência 24 horas	-Número de óbitos ocorridos com pacientes que permaneceram em observação por tempo menor ou igual a 24h na unidade Número total de pacientes que permaneceram em observação na unidade no período analisado (considerar todas as salas de internação) x100	<4% Excluem-se óbitos constatados previamente e sem intervenção. Incluem-se todos os falecimentos ocorridos na unidade ou em seus setores.	Comissão Óbito	Controle diário/plani lha mensal	Enfermei ro SCIH
17-percentual de trombólises realizadas no tratamento do infarto agudo do miocárdio – iam com supra de st – linha de cuidado do infarto agudo do miocárdio, conforme portaria nº2.994, de 13 de dezembro de	Total de pacientes com IAM com Supra de ST trombolizados* ** / Total de pacientes com diagnóstico de IAM com Supra de ST no período analisado*** x 100	95% dos pacientes trombolizados	Sistema de informação/relatório padronizado SES/formulário próprio (bundles de protocolo)	Mensal	Comissão Interna de Qualidade e Núcleo de Gestão de Indicadores e Resultados



2011 e suas atualizações.					
18-Percentual de pacientes com suspeita de AVC atendidos de acordo com a linha de cuidado dos AVC (portaria nº 665, de 12 de abril de 2011) e suas atualizações.	Cálculo 1: Total de pacientes com suspeita de AVC atendidos com início dos sintomas com tempo menor que 4h / Total de pacientes com suspeita de AVC atendidos x 100 Cálculo 2: Total de pacientes com suspeita de AVC com vaga cedida transferido para unidade referenciada / Total de pacientes com suspeita de AVC com vaga cedida transferido para unidade referenciada x 100	No mínimo 95% dos pacientes transferidos em tempo oportuno	Sistema de informação/relatório padronizado SES/formulário próprio (bundles de protocolo)	Mensal	Comissão Interna de Qualidade e Núcleo de Gestão de Indicadores e Resultados
19-Percentual de pacientes vítimas de trauma grave que foram transferidos	Cálculo 1: Total de pacientes que deram entrada com trauma grave e foram inseridos	No mínimo 95% dos pacientes com trauma grave serem inseridos	Sistema de informação/relatório padronizado SES/formulário próprio (bundles de protocolo)	Mensal	Comissão Interna de Qualidade e Núcleo de



para a inseridos no no unidade de Protocolo de Protocolo referência de Transferência /de maior Total de Transferên complexidade pacientes quecia em tempoderam entradaNo mínimo hável, para ona unidade95% dos tratamento com traumapacientes definitivo, grave x 100 com trauma conforme a grave com linha deCálculo 2: vaga cuidado Total decedida trauma pacientes comserem trauma gravetransferido com vagas em até 15 cedida minutos transferidos em para até 15 minutosunidade para unidade referenciad referenciada /a Total de pacientes com trauma grave com vaga cedida transferido para unidade referenciada x 100			Gestão de Indicador es e Resultad os
20- Inícioia iniciado em oportuno demenos de 60 antibioticoteraminutos pia na sepseabertura (adultos eprotocolo de infantil). Sepse / Número total de pacientes com protocolo	Número de pacientes com antibioticoterap deve iniciar a antibioticot erapia em menos de 60 minutos após a abertura do protocolo de Sepse	Pelo menos 95% dos pacientes deve iniciar a antibioticot erapia em menos de 60 minutos após a abertura do protocolo de Sepse	PEP/relatório padronizado SES/formulário próprio (bundles de protocolo) Mensal Enfermei ro SCIH

[Handwritten signature]



	de aberto x 100				
21- Garantir a capacitação e atualização da equipe médica e multidisciplinar com os cursos ATLS, ACLS e PALS ou similares credenciados (e dentro do prazo de validade) e pós-graduação em atendimento de urgências.	Número de profissionais com curso de ATLSA CLS/PA LS ou similar vigente / Número total de profissionais na unidade x 100*	50% da equipe deve estar atualizada nos três cursos até o final do primeiro trimestre da gestão. 75% da equipe deve estar atualizada nos três cursos até o final do segundo trimestre da gestão. 100% da equipe deve estar atualizada nos três cursos até o final do terceiro trimestre da gestão. 100% da equipe deve possuir formação em pós-graduação até o final do quarto	Relatório nominal/certificados/ check list mensal	Controle Mensal	Enfermeiro Educação o NEP

		trimestre da gestão.			
22-Avaliar a regularidade do CNES atualizado	Número de profissionais da unidade com cadastro no CNES da unidade/ Número total de profissionais da unidade x 100 Número de profissionais da unidade com cadastro no SIS / Número total de profissionais da unidade x 100	Manter 100% atualizado o cadastro de profissionais no CNES e no Sistema de Informação	Faturamento UPA Zona Leste	Mensal	Coordenador Administrativo
23- Avaliar o registro correto dos procedimentos no bpa-i e bpa-c.	Número absoluto de ocorrências nos relatórios	Manter 0% de ocorrência nos relatórios SIS/SUS	Faturamento UPA Zona Leste	Mensal	Coordenador Administrativo
24-Manter prontuários/fichas de atendimentos devidamente preenchidos	Total de prontuários (ficha de atendimento) com identificação correta (conforme descrição do indicador) avaliados por amostragem e por profissional / Número total de prontuários		Relatório Comissão de Revisão de Prontuário/auditoria interna de prontuários**	Mensal	Faturamento

	avaliados x100.				
--	--------------------	--	--	--	--

Tabela 41 - Indicadores obrigatórios

Indicadores obrigatórios					
Indicador	Cálculo	Meta/Referência	Fonte de Dados UPA Zona Leste	Periodicidade de	Responsável
1-Taxa de cumprimento do prazo de resposta dos ofícios dados pela prefeitura	Número Total de Ofícios Enviados pela Rede de Saúde Pública com prazo de respostas estabelecido no documento / (dividido pelo) Número Total de Ofícios respondidos dentro prazo estabelecido no documento (multiplicado por 100	Atingir mais de 95% (noventa e cinco por cento) das informações em tempo oportuno, conforme prazo estipulado no próprio ofício.	Planilha da Rede de Saúde Pública/ Planilha padrão uso interno	Mensal	Diretoria Irmandade e
2 - CUMPRIMENTO DO TEMPO RESPOSTA TRANSP	Número de pacientes que foram transportados com ambulância tipo B em até 01 hora (60 minutos) / (dividido pelo) Número Total de pacientes que	Cumprir em 100% o tempo resposta, conforme tipo de transporte	Planilha de controle dos transportes (Modelo fornecido pela SES)	Diário/control e mensal	NIR -UPA Zona Leste

ORTE CONFOR ME TERMO DE REFERÊ NCIA: TIPO B, ATENDIM ENTO EM ATÉ 60 MINUTO	foram transportados e termo de com ambulância Tipo referência B x100				
3 Cumprime nto do tempo resposta transporte conforme termo de referência : tipo d, atendime nto em até 10 minutos	Número de pacientes que foram transportados com ambulância tipo D em tempo até 10 minutos / resposta, (dividido pelo) conforme o Número Total de tipo de pacientes que foram transportados como termo de referência ambulância Tipo D x100	Cumprir em 100% o tempo resposta, conforme o tipo de transporte fornecido pela SES)	Planilha de controle dos transportes (Modelo de planilha fornecido pela SES)	Diário/control e mensal	NIR -UPA Zona Leste

(*) Considerar definição e cálculo conforme Ficha Técnica do Indicador e explicação Anexo II – Projeto básico

(**) amostragem de auditoria conforme Ficha técnica do indicador e cálculo Anexo II – Projeto básico

Tabela 42 - Indicadores de processo (uso interno) – UPA Zona Leste



II - Indicadores de processo (uso interno) – UPA Zona Leste

Indicador	Cálculo	Meta	Fonte de Dados	Periodicidade	Responsável
1 Percentual de adesão às atividades educativas programadas:	Calculo do número de profissionais que participaram das atividades educativas pelo número total de profissionais que deveriam participar.	$\geq 80\%$	Planejamento de EP/Cronograma e planejamentos NEP/Listas de presença	Trimestral	Educação Permanente - NEP
2 Taxa de Absenteísmo	(Horas/Dias de Ausência / Horas/Dias de Trabalho Planejado)	$\leq 3\%$	RH – relatório do sistema	Mensal	Coordenação Administrativa
3 Índice de Turn-over (KPI)	número de saídas de profissionais pelo número total de profissionais na unidade, em um determinado período,	Redução anual de 10%	RH – relatório do sistema	Mensal	Coordenação Administrativa

	multiplicando o resultado por 100 para obter o percentual				
--	---	--	--	--	--

Tabela 43 - Indicadores de avaliação de Sistema de Acolhimento e Classificação de Risco

Indicadores de avaliação de Sistema de Acolhimento e Classificação de Risco					
1	Indicador	Cálculo	Meta	Periodicidade	Responsável
2	Tempo médio de espera para classificação de risco	Soma dos tempos de espera / Nº de pacientes	Até 10 min (geral); 30 min (verde); 20 min (amarelo)		Comissão Interna de Qualidade – Núcleo de Gestão de Indicadores e Resultados
3	Tempo médio entre classificação e atendimento para exames	Soma dos tempos / Nº de pacientes	Conforme protocolo interno	Diário relatório mensal	Comissão Interna de Qualidade – Núcleo de Gestão de Indicadores e Resultados
4	Tempo médio de permanência do paciente na unidade	Soma dos tempos de permanência / Nº de pacientes	Até 4 horas	Diário relatório mensal	Coordenação Administrativa
5	% pacientes atendidos em até 1h para procedimentos de enfermagem	(Nº de pacientes atendidos em até 1h / Total de	95%	Diário relatório mensal	Gerência de enfermagem

		pacientes) x 100			
6	Nº de consultas em clínica médica e pediatria	Total de consultas registradas	Conforme capacidade/de manda	Diário relatório mensal	/Coordenação médica
7	Taxa de retorno não programado em até 24h	(Nº retornos em 24h / Total de atendimentos) x 100	< 5%	Diário relatório mensal	/Diretoria médica
8	% pacientes atendidos pelo SAMU ou urgência	(Nº atendidos pelo SAMU/urgência / Total de atendimentos) x 100	Monitoramento contínuo	Diário relatório mensal	/NIR UPA
9	Taxa de eventos adversos/notificações (NSP)	(Nº eventos adversos / Total de atendimentos) x 100	Redução progressiva	Mensal	NSP /UPA
10	Taxa de ocupação de leitos de observação	(Dias de ocupação / Dias disponíveis) x 100	80% a 85%	Diário relatório mensal	/NIR -UPA
11	% usuários satisfeitos/muito satisfeitos	(Nº satisfeitos / Total de respondentes) x 100	Acima de 80%	Mensal	Coordenação Administrativa
12	% manifestações/reclamações/sugestões	(Nº manifestações / Total de atendimentos) x 100	Redução contínua	Mensal	Coordenação Administrativa

1		(Nº			
3	% pacientes encaminhados para outros níveis- KPI	encaminhados / Total de atendimentos) x 100	Conforme perfil da unidade/rede	Diário / relatório mensal	NIR -UPA

INDICADORES

A Irmandade informará mensalmente os resultados dos indicadores listados à Divisão de Administração de Convênios até o 5º dia útil, cientes de que a Secretaria Municipal de Saúde poderá incluir novos indicadores a qualquer momento durante o convênio.

413

ESTIMATIVA DE AÇÕES UPA ZONA LESTE

Considerando a capacidade técnica instalada conforme dimensionamento previsto em edital e demais anexos, estima-se a oferta mínima mensal de 20.000 consultas clínicas a pacientes (adultos e pediátricos).

DAS METAS E BASE DE CÁLCULO

Das Definições

Entende-se por custos fixos aqueles que não sofrem alteração de valor em caso de aumento e diminuição da produção, sendo que as possíveis variações na produção não afetarão os gastos apresentados pela conveniada.

Entende-se por custos variáveis aqueles que variam proporcionalmente de acordo com nível de produção ou atividades.

Base de Cálculo

Os custos fixos corresponderão a no máximo 86% do valor total de repasse mensais. Os custos Variáveis Corresponderão a no mínimo 14% do valor total de repasses mensais.

O não atingimento das metas qualitativas ensejará em desconto na importância de até 100% do valor estimado para custos variáveis.

A não oferta ou oferta parcial dos itens descritos a seguir, após a devida comprovação, ensejará na aplicação de pena de advertência, se reincidente será



aplicada a pena de multa na importância 1/30 do valor mensal previsto em convênio para a respectiva despesa para cada dia comprovado em que os itens não foram ofertados ou ofertados de forma parcial:

- Insumos médicos, odontológicos, medicamentos, materiais de enfermagem, materiais de escritório;
- Serviços de Apoio Diagnóstico em Análises Clínicas;
- Procedimentos e Exames de Apoio Diagnóstico por Métodos Gráficos – Eletrocardiograma;
- Procedimentos e exames de apoio diagnóstico por imagem – Raio-X Médico;
- Serviço de Nutrição e Alimentação;
- Serviço de Rouparia e Lavanderia;
- Serviço de Higienização;
- Segurança e Engenharia Clínica;
- Transporte de Pacientes.

414

A oferta de profissionais em quantitativo inferior ao previsto em convênio, após a devida comprovação, ensejará na aplicação de pena de advertência, se reincidente será aplicada a pena de multa na importância 1/30 do valor mensal previsto em convênio para custeio da respectiva categoria profissional para cada dia em que se verifique a ausência do respectivo profissional.

Das Metas Qualitativas

Os serviços serão avaliados de acordo com as metas qualitativas definidas, sendo que os pagamentos serão realizados de forma proporcional ao cumprimento dos parâmetros estabelecidos.

Entende-se por metas qualitativas: os indicadores qualitativos que serão obtidos por metodologias definidas pela Secretaria da Saúde para avaliar a qualidade dos serviços.

As avaliações das metas qualitativas serão realizadas pela Comissão de Avaliação de Contratos e Ajustes com o Terceiro Setor a cada trimestre, mas a unidade deverá encaminhar a prestação de contas assistencial mensalmente.



A Irmandade deverá enviar mensalmente à Divisão de Administração de Convênios os indicadores qualitativos, na Prestação de Contas, ou seja, até 30 (trinta) dias após o recebimento de cada parcela.

Periodicidade: Estes indicadores serão levantados mensalmente pela conveniada que deverá enviar em forma física a prestação de contas assistencial até o 5º dia útil de cada mês para a Divisão de Convênios.

Cabe a Irmandade ir informar mensalmente o resultado dos indicadores e metas listadas abaixo, no formato solicitado pela Secretaria Municipal de Saúde.

Os indicadores passíveis de parametrização pelo Sistema de Gestão de Tecnologia da Informação, disponibilizadas pela Secretaria da Saúde, serão formalmente comunicados a Irmandade e esta será a ferramenta de escolha para consolidação dos dados e envio ao convênio.

Os indicadores não possíveis de parametrização pelo Sistema de Gestão de Tecnologia da Informação, disponibilizadas pela Secretaria da Saúde, deverão ser consolidados a partir de instrumentos validados pela Secretaria da Saúde. A Irmandade deverá prestar contas de todas as metas qualitativas, respeitando os critérios e parâmetros estabelecidos em cada um dos indicadores.

O não cumprimento de cada meta qualitativa corresponderá a um desconto de 4% (quatro por cento por meta não cumprida) no valor do repasse dos custos variáveis.

Indicadores para Metas qualitativas:

A Irmandade irá elaborar uma Ficha Técnica para cada indicador utilizado em nossa unidade. Nesta Ficha será incluído todos os parâmetros destacados abaixo e que serão utilizados para elaboração dos resultados de cada indicador. Encaminhamos no Anexo 13 neste documento um exemplo de Ficha Técnica de Indicador utilizado em nosso Sistema de Gestão da Qualidade.

A **ficha técnica de indicador** é um documento padronizado que estrutura as informações essenciais para mensurar e avaliar um indicador, enquanto a **análise crítica** examina sua validade, confiabilidade e relevância para decisões estratégicas. A integração entre ambos garante indicadores robustos e alinhados aos objetivos organizacionais.

Tabela 44 - Informações para a Ficha Técnica

1-TOTAL DE OCORRÊNCIAS TIPO EVENTO SENTINELA E/OU REGISTRO DE OCORRÊNCIA (R.O.)	
Explicação	O “Evento Sentinela” e/ou “ocorrência” são entendidos como todo evento de “não cumprimento das normas estabelecidas pelas autoridades de saúde”, incluindo o desrespeito aos protocolos, rotinas operacionais e fluxos. A unidade deve trabalhar de maneira integrada com toda a Rede de Saúde, incluindo, todas as unidades assistenciais públicas e privadas, os serviços de gestão assistencial da rede de saúde pública (Atenção Primária, Urgência e Emergência, Programa Municipal de IST/AIDS, Saúde Mental, Policlínica Municipal e seus Programas), o setor de Vigilância em Saúde, o Núcleo de Políticas de Saúde, as Centrais de Regulação Municipal e Estadual e a Supervisão da Prefeitura de Sorocaba. Para que isso aconteça, é preciso seguir todos os protocolos (Municipais, Estaduais e Ministeriais), preencher os impressos adequadamente, respeitar os prazos, fazer as notificações obrigatórias, preencher os sistemas de informações, os relatórios, as fichas de encaminhamento, os relatórios de alta (Relatório de Alta Qualificada e outros que forem instituídos), vigilâncias compartilhadas instituídas pela Secretaria Municipal de Saúde (SES), os documentos médicos e da enfermagem e os prontuários. A unidade deverá seguir também as normas sanitárias; as normas estabelecidas pelos conselhos de classe; pela Prefeitura de Sorocaba; e outras que couberem. Quando isso não acontecer, a ocorrência é nomeada como “evento sentinela”. Após a comprovação da “ocorrência” tipo “evento sentinela” a prestadora será notificada por meios oficiais (ofícios, notificação de Evento Sentinela e/ou Registro de Ocorrência – R.O. ou outros meios apontando a não conformidade) para a correção imediata do evento. O que se espera é que a unidade trabalhe respeitando as orientações e fluxos das estâncias gestoras e de vigilância, por esse

	motivo, a princípio, não deveria receber nenhuma notificação de “não conformidade”.
Fonte	Todos os apontamentos e notificações de não conformidade, tratados aqui como “evento sentinela”.
Cálculo	Número absoluto de evento sentinela não atendidos no prazo estabelecido e/ou sem devida justificativa e plano de ação
Meta	Responder 100% dos eventos sentinelas e notificações dentro do prazo estabelecido com a devida justificativa e plano de ação.
2-CUMPRIR O PRAZO DE RESPOSTA DAS OUVIDORIAS MUNICIPAIS	
Explicação	A ouvidoria da Saúde é um canal de comunicação permanente entre a população e a Prefeitura de Sorocaba, com o objetivo de registrar, sugestões, elogios e reclamações, a fim de tornar melhor o serviço de saúde. É um mecanismo de extrema importância no SUS permitindo a avaliação e melhoria de processo de trabalho. A conveniada deveria dar ciência e orientar todos os pacientes sobre os canais de comunicação com a Ouvidoria Municipal da Saúde (comunicação visual inclusive). Quando o paciente procura a ouvidoria municipal com alguma reclamação, é aberta uma ocorrência e a demanda é avaliada e encaminhada aos canais competentes. Em muitos casos, faz-se necessário ouvir os envolvidos, e a ocorrência é encaminhada a unidade que realizou o atendimento para prestar esclarecimentos e, se necessário, tomar as medidas corretivas. Os elogios e sugestões são encaminhados para os serviços envolvidos. Quando uma ocorrência (ouvidoria) é encaminhada para a unidade a fim de buscar um esclarecimento e/ou justificativa, existe um prazo a ser cumprido, pois a Prefeitura dá um feedback aos munícipes sobre as medidas adotadas. A conveniada deve responder prestando todas as informações solicitadas de maneira clara e transparente, respeitando os

	prazos. Se a conveniada tiver dificuldade em responder a ouvidoria, ela devera acionar imediatamente a SES para que possa tentar sanar as dificuldades para cumprir o prazo estabelecido. É de extrema importância que a conveniada mantenha uma resposta qualificada de todas as ouvidorias. Define-se como qualificada a resposta que atende as expectativas do setor da SES responsável pelo tipo de reclamação. A conveniada deverá realizar avaliação sistematizada das ouvidorias municipais, identificação de pontos críticos e soluções encaminhadas com: análise objetiva da queixa, plano de ação corretiva, responsável e prazo. Todas as ouvidorias deverão ser respondidas conforme prazo estabelecido em legislação e fluxo da Rede de Saúde Pública.
Fonte	Ouvidoria da Saúde e Controle da Rede de Saúde Pública
Cálculo	Número de ouvidorias respondidas no prazo pactuado e com resposta qualificada / Número Total de ouvidorias x 100
Meta	Cumprir em 100% o tempo de resposta qualificada conforme fluxo Rede de Saúde Pública
3-REALIZAR A PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO (CLÍNICO, PEDIATRIA E ODONTOLOGIA), ATINGIR 80% DE SATISFAÇÃO POSITIVA ("BOM" OU "ÓTIMO").	
Explicação	Explicação: A conveniada deverá aplicar pesquisa de satisfação do usuário, no momento da alta ou após a alta, em 15 pacientes por dia, sendo 05 pacientes que deram entrada no serviço das 7h às 13h, 05 pacientes que deram entrada no serviço das 13h às 19h e 05 pacientes que deram entrada no serviço das 19h às 07h. A pesquisa deverá ser aplicada em todos os dias incluindo nos finais de semana, feriados e pontos facultativos. A pesquisa de satisfação do usuário sobre o atendimento da Unidade,

4-Acolhimento e Classificação de Risco dos pacientes em até 10 minutos da chegada na Unidade

Explicação	O Acolhimento e Classificação de Risco (ACR) é uma ferramenta que organiza a demanda e propõe atendimento não por ordem de chegada, e sim pelo critério de grau de risco elevado do paciente. Proporciona também uma maior clareza para pacientes e Familiares sobre o tempo máximo de espera estimado. Também amplia a resolutividade com a incorporação de critérios de avaliação de risco, verificando a complexidade do processo saúde/doença, possibilitando diminuição de mortes evitáveis e consequente sequelas e internações. Ele promove melhores condições do trabalho em equipe, discussão de ambiência e cuidado horizontalizado, resolutivo e humanizado. Também possibilita um aumento da satisfação do usuário e melhores diagnósticos para implementações de melhorias na qualidade da assistência na unidade e redução da morbimortalidade. O objetivo principal do Acolhimento e Classificação de Risco é identificar (para priorizar) os pacientes de maior risco. Isso só é possível se a unidade conhecer a clientela que procura a unidade logo que chega, em tempo oportuno, para oferecer um tempo resposta adequado. O que se espera é que o atendimento pelo Enfermeiro do acolhimento ocorra assim que o paciente preencher a ficha na recepção, pois a demora pode comprometer o prognóstico em alguns casos e aumentar o risco de morbimortalidade. Para esse indicador, são considerados apenas os pacientes que procuraram a unidade diretamente na recepção, os que chegaram via ambulância não devem ser analisados neste indicador, pois seguem um fluxo interno diferente na unidade. Será avaliado o tempo resposta entre a chegada do paciente na recepção e o atendimento do Enfermeiro no Acolhimento e Classificação de Risco que deverá ser no máximo em até 10 minutos da chegada do paciente na unidade. O
--------------------------	--

	protocolo do acolhimento e classificação de risco deverá ser validado pela SES. Os eventos sentinelas e ouvidorias relacionadas a este indicador (acolhimento) será avaliada pela Comissão de Avaliação de Contratos e Ajustes com o Terceiro Setor.
Fonte	Sistema de Informação
Cálculo	Número de pacientes atendidos pela recepção que passaram no acolhimento em até 10 minutos / número total de pacientes que passaram no acolhimento x100
Meta	Meta: Que 95% dos pacientes recepcionados, de forma espontânea, exceto os recepcionados pela emergência, sejam atendidos pelo Enfermeiro no Acolhimento no máximo em até 10 minutos.
5-Cumprir o tempo de espera para o atendimento médico dos pacientes classificados como “VERDE” no Acolhimento e classificação de risco.	
Explicação	Explicação: Todos os pacientes devem ser atendidos com agilidade e resolutividade, independente do risco, mas sempre a prioridade precisa ser dos pacientes com maior risco. E importante entender que para pontuar, todo o processo de acolhimento da unidade precisa estar bem organizado e implantado – a equipe que fará a classificação de risco devera ser bem dimensionada e atender prontamente a clientela, classificando corretamente os pacientes e dando prioridade aos de maior risco, os fluxos precisam estar organizados e claros para as equipes e aos pacientes, a equipe precisa estar treinada, precisam ter pessoas organizando as filas, etc. O que se espera e atendimento humanizado, resolutivo, com acesso rápido e acolhedor. Explicação Classificação Verde: Pelo Protocolo de Classificação de Risco de Urgência e Emergência, o paciente com classificação de risco na categoria “verde” deve ter o atendimento médico em até 60 minutos (a partir do cadastro na recepção) , para que a equipe possa realmente



	avaliar o risco dos pacientes e sua melhor assistência.
Fonte	Fonte: Sistema de Informação
Cálculo	Cálculo: Número total de pacientes classificados como verde atendidas pelo médico em até 60 minutos/ número total de pacientes classificados como verde x100
Meta	Meta: Atendimento médico com espera no máximo de 30 minutos a partir da entrada do paciente na unidade, a contar a partir do preenchimento da ficha de atendimento pela recepção, de no mínimo 95% dos pacientes classificados como verde.
6-Cumprir o tempo de espera para o atendimento médico dos pacientes classificados como "AMARELO" no Acolhimento e classificação de risco.	



Explicação	Explicação: Todos os pacientes devem ser atendidos com agilidade e resolutividade, independente do risco, mas sempre a prioridade precisa ser dos pacientes com maior risco. E importante entender que para pontuar, todo o processo de acolhimento da unidade precisa estar bem organizado e implantado – a equipe que fara
-------------------	--

	a classificação de risco deverá ser bem dimensionada e atender prontamente a clientela, classificando corretamente os pacientes e dando prioridade aos de maior risco, os fluxos precisam estar organizados e claros para as equipes e aos pacientes, a equipe precisa estar treinada, precisam ter pessoas organizando as filas, etc. O que se espera e atendimento humanizado, resolutivo, com acesso rápido e acolhedor. Explicação Classificação Amarelo: Pelo Protocolo de Classificação de Risco de Urgência e Emergência, o paciente com classificação de risco na categoria “amarelo” deve ter o atendimento médico em até 20 minutos (a partir do cadastro na recepção) , para que a equipe possa realmente avaliar o risco dos pacientes e sua melhor assistência.
Fonte	Fonte: Sistema de Informação
Cálculo	Cálculo: Número total de pacientes classificados como amarelo que atendidas pelo médico em ate 20 minutos/ número total de pacientes classificados como amarelo x100

Meta	Meta: Atendimento médico com espera no máximo de 20 minutos a partir da entrada do paciente na unidade, a contar a partir do preenchimento da ficha de atendimento pela recepção, de no mínimo 95% dos pacientes classificados como amarelo.
-------------	--

7-Cumprir o tempo de espera do paciente para o atendimento odontológico dos pacientes (adultos e criança) classificados como: VERMELHO

Explicação **Explicação:** Avaliar o tempo de espera do paciente para o atendimento odontológico, conforme classificação de risco.

O atendimento odontológico deve ocorrer por livre demanda para todos os indivíduos que buscarem o serviço, independentemente da sua linha de cuidado (faixa etária) ou situação de vida (portadores de doenças crônicas, infectocontagiosas, necessidades especiais, pessoas em situação de rua etc.). O serviço deverá acolher, classificar e dar a devida conduta aos usuários, via demanda espontânea, com agilidade e resolutividade, independente do risco, priorizando os casos de maior gravidade. No atendimento de Urgência e Emergência odontológico, os usuários devem ser classificados pelas cores **vermelho, laranja, amarelo, verde e azul**, sendo do maior para o menor risco. A escala concebida vem de encontro com escalas descritas na literatura (EVANS et al., 2001; SCOTTISH DENTAL CLINICAL EFFECTIVENESSPROGRAMME, 2007, MANCHESTER TRIAGE GROUP, 2008; PADILHA, 2012).

Esse termo de referência dimensionou a expectativa de atendimentos (meta quantitativa) considerando também na clientela classificada como azul, e por esse motivo, o que se espera e que os atendimentos de baixo risco (classificados como azuis) aconteçam somente após os de maior risco. Os pacientes classificados com riscos maiores que azul, necessariamente deverão ser atendidos antes dos classificados como azul – caso isso não aconteça, esse indicador não será pontuado. É importante compreender que para pontuar, todo o processo de acolhimento da unidade precisa estar adequadamente organizado – a equipe que fará a classificação de risco deverá ser bem dimensionada e atender prontamente a clientela, classificando corretamente os

	pacientes e dando prioridade aos de maior risco, os fluxos precisam estar organizados e claros para as equipes e aos pacientes, a equipe precisa estar treinada, precisam ter pessoas organizando as filas etc. O que se espera é atendimento humanizado, resolutivo, com acesso rápido e acolhedor. A Unidade deverá seguir o Protocolo instituído ou validado pela SES. Explicação Vermelho (Emergência odontológica - prioridade zero): paciente deve ser estabilizado de imediato e encaminhado Unidades de Referência via Regulação – SIRESP. Considera-se como prioridade máxima do atendimento. Pacientes com risco a vida e/ ou condição que exija curto tempo resposta a condição apresentada. Sangramentos não controlados, celulite ou infecções bacterianas difusas, com aumento de volume(edema) de localização intraoral ou extraoral, e potencial risco de comprometimento da via aérea dos pacientes, traumatismos envolvendo os ossos da face, com potencial comprometimento da via aérea do paciente.	Classificação
Fonte	Fonte: Sistema de Informação	
Cálculo	Cálculo: Número total de pacientes classificados como vermelho atendidos imediatamente pelo dentista/ número total de pacientes classificados como vermelho x100	

Meta	Meta : Atendimento odontológico imediato a partir da entrada do paciente na unidade, a contar do preenchimento da ficha de atendimento pela recepção, de no mínimo 95% pacientes classificados como vermelho.
8-Cumprir o tempo de espera do paciente para o atendimento odontológico dos pacientes (adultos e crianças) classificados como: LARANJA	
Explicação	Explicação: Classificação Laranja (Atendimento Prioritário em até 15 minutos –prioridade 1): incluem as hemorragias menores (controláveis por medidas locais);traumatismos dento alveolares ocorridos em tempo inferior a duas horas; abscessos agudos; tumefação relacionada a infecções de tecido mole e dor de origem dentaria intensa, espontânea e
	continua. A presença de usuários institucionalizados, que requerem escolta, traz dificuldades de manejo aos trabalhadores e aos demais usuários, assim como risco de complicações como uma eventual tentativa de fuga ou resgate. Por isso, devem retornar o mais rápido possível a instituição de origem, sendo também prioritários.
Fonte	Fonte: Sistema de Informação
Cálculo	Cálculo: Número total de pacientes classificados como laranja atendidas pelo dentista em ate 15 minutos/ número total de pacientes classificados como laranja x100
Meta	Meta: Atendimento odontológico com espera máxima de 15 minutos a partir da entrada do paciente na unidade, a contar do preenchimento da ficha de atendimento pela recepção, de no mínimo 95% dos pacientes classificados como laranja.
9-Cumprir o tempo de espera do paciente para o atendimento odontológicos dos pacientes (adultos e crianças) classificados como: AMARELO	



Explicação	Explicação: Classificação Laranja (Atendimento Prioritário em até 60 minutos –prioridade 2): Usuários com dor intermitente, intensa, mas com períodos de acalmia, e passível de controle por analgésico: devem ser atendidos por ordem de chegada ou dentro de um período de uma hora. São casos em que o usuário não poderá aguardar por atendimento programado, pois a dor é intensa, mesmo que em curtos períodos ou que não esteja com dor no momento.
Fonte	Fonte: Sistema de Informação
Cálculo	Cálculo: Número total de pacientes classificados como amarelo atendidas em até 60 minutos/ número total de pacientes classificados como amarelo x100
Meta	Meta: Atendimento odontológico com espera máxima de 60 minutos a
	partir da entrada do paciente na unidade, a contar do preenchimento da ficha de atendimento pela recepção, de no mínimo 95% dos pacientes classificados como amarelo.
10-Cumprir o tempo de espera do paciente para o atendimento odontológicos dos pacientes (adultos e crianças) classificados como: VERDE	
Explicação	Explicação: Classificação Verde (Atendimento em até 2 horas – prioridade 3): incluídas condições que ainda que não sejam caracterizadas como urgências odontológicas, mas essas são do ponto de vista do usuário ou por merecerem atenção diferenciada pela condição sistêmica do paciente. O relato de doença crônica descompensada e infecção bucal, lesão bucal autorreferida e perda estética relevante com comprometimento psicossocial devem ser aqui consideradas.
Fonte	Sistema de Informação
Cálculo	Cálculo: Número total de pacientes classificados como verde atendidas em até 2 horas /número total de pacientes classificados

	como verde x100
Meta	Atendimento odontológico com espera máxima de 2 horas a partir da entrada do paciente na unidade, a contar do preenchimento da ficha de atendimento pela recepção, de no mínimo 95% dos pacientes classificados como verde.
11-Cumprir o tempo de espera do paciente para o atendimento odontológicos dos pacientes (adultos e crianças) classificados como: AZUL	
Explicação	Explicação: Classificação Azul (Atendimento em até 3 horas – prioridade 4): Compreende todas as demais queixas odontológicas não urgentes, sendo
	que se destaca dor leve, sensibilidade dentinária, fraturas de restauração, exodontia de decíduos e reparos de peças protéticas. São usuários que tem necessidade de tratamento odontológico percebido como urgente, mas que podem aguardar por atendimento dentro de 3 horas
Fonte	Sistema de Informação
Cálculo	Número total de pacientes classificados como azul atendidas em até 3 horas /número total de pacientes classificados como azul x100
Meta	Atendimento odontológico com espera máxima de 3 horas a partir da entrada do paciente na unidade, a contar do preenchimento da ficha de atendimento pela recepção, de no mínimo 95% dos pacientes classificados como azul.

12-Notificar para Vigilância Epidemiológica 100% dos agravos de notificação compulsória, de acordo com prazos estabelecidos em portaria n.º 3.418 de 31/08/2022 ou a que vier substituí-la, e em até 07 dias as notificações compulsórias negativas. A equipe deverá realizar completo e correto preenchimento dos dados e seguimento dos protocolos, preenchimento correto da ficha SINAN e demais sistemas de informações, seguimento correto de coleta de amostras e tratamento conforme protocolos estabelecidos de cada agravo.

Explicação: As doenças de notificação compulsória são de extrema importância para as autoridades sanitárias, determinando medidas para nortear as políticas públicas para conter a disseminação e intervenções dos órgãos de saúde. Além da notificação no tempo oportuno, reforçamos que a qualidade da informação e dados corretos coletados pelas equipes de saúde, são de extrema importância para a condução do caso e para que as ações de vigilância possam ser tomadas com dados corretos e completos. Conforme Portaria no 1061 de 18 de maio de 2020 que atualiza a Lista de Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de Saúde Pública nos Serviços de Saúde Públicos e privados

em todo o território nacional. Informamos que na lista de agravos temos doenças que deverão ser notificadas em **até 24 horas, em até 07 dias e notificação compulsória negativa.**

Para as doenças ou agravos que podem ser preveníveis e que indicam que a população está sob risco, se faz necessária a adoção de algumas medidas que devem ser tomadas no momento oportuno.

Esta vigilância proporcionara em alguns casos ações de campo como: investigações de surtos, monitoramento de eventos de massa e inquéritos que possibilitem prevenção e proteção de interesse de saúde pública, as quais poderão determinar revisão de

	ações, normas, educação em saúde e políticas de saúde. O Regulamento Sanitário Internacional, recomenda aos países-membros da Organização Mundial de Saúde, a adoção de medidas para “prevenir, proteger, controlar e dar reposta contra a propagação internacional de doenças, de maneiras proporcionais e restritas aos riscos para Saúde Pública e que evitem interferências desnecessárias com o tráfego e comércio internacional”, conforme Guia de Investigações de Surtos ou Epidemias do Ministério da Saúde, 2018. A ficha de notificação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação -SINAN deve ser preenchida pelo profissional que atendeu o paciente e fez a suspeita do agravo ou doença. Os pacientes vítimas de qualquer forma de violência deverão ser notificados através do SINAN. Neste indicador será avaliado o conjunto das notificações compulsórias. Assim, a unidade deverá ter 100% de todas as notificações nos tempos oportunos, caso contrário terá este indicador zerado. Este indicador será planilhado (modelo fornecido pela SES) pela unidade e encaminhado mensalmente para setor de Convênio. A Vigilância Epidemiológica fará planilha para acompanhamento deste indicador, a qual será encaminhada ao setor de Convênio para avaliação da Comissão.
Fonte	Fonte: SINAN,e-SUS e Sivep
Cálculo	Cálculo 1: número de notificações compulsórias em tempo oportuno/ número total de notificacoes compulsórias realizadas pela unidade x 100 Cálculo 2: Número de notificações compulsórias negativas enviadas em tempo oportuno /número de notificações compulsórias negativas que deveriam ter chegado a vigilância epidemiológica X100
Meta	Meta: 100% dos agravos de notificação compulsória deverão ser notificados em seu tempo de cada agravo determinado assim como 100% das notificações compulsórias negativas.

13-Encaminhar a planilha de surtos (diarreia, conjuntivite, varicela, sarampo, síndrome mão, pé e boca, parotidite) semanalmente, ao final de cada Semana Epidemiológica.

Explicação A unidade deverá encaminhar semanalmente a planilha de surtos (diarreia, conjuntivite, varicela, sarampo, síndrome mão, pé e boca, parotidite), e qualquer outro surto que a SES/ Vigilância Epidemiológica determine. A unidade deverá utilizar a planilha de surto, para o consolidado mensal, devendo seguir a planilha pactuada pela SES/Vigilância Epidemiológica e enviar consolidado mensalmente para setor de Convênio.

Fonte Vigilância Epidemiológica

Cálculo Número de planilhas enviadas pela unidade / número de planilhas a ser enviadas conforme semana epidemiológica X 100

Meta 100% dos surtos devem ser encaminhados via planilha para Vigilância Epidemiológica ao final de cada semana epidemiológica

14-Preencher corretamente todas as Declarações de Óbitos (D.O.) e encaminhar para Vigilância Epidemiológica por e-mail HYPERLINK "mailto:(epidemiologica@sorocaba.sp.gov.br)" \h (epidemiologica@sorocaba.sp.gov.br) as situações descritas:

- Em até 24 horas: Casos suspeitos e confirmados da COVID-19;
- Em até 48 horas: Óbitos infantis (menor de 01 ano de idade), fetais, mulher em idade fértil (10 a 49 anos) / materno.

Explicação A Vigilância Epidemiológica, conforme legislações específicas, deve seguir protocolos e fluxos em relação aos óbitos, assim, as unidades deverão encaminhar estas declarações de óbitos nestes prazos determinados, conforme portaria CCD-17/ de 05 de maio de 2010 e suas atualizações.

Fonte	Vigilância Epidemiológica Cálculo: número de óbitos de suspeitos ou confirmados de COVID-19/ número de Das enviadas em ate 24 horas x100 Cálculo: número de óbitos de menores de 1 ano/ número de DOs de <1 ano enviadas em ate48 horasx100
Cálculo	Cálculo: número de óbitos fetais/ número de DOs fetais enviadas em ate 48 horasx100 Cálculo: número de óbitos de mulheres em idade fértil e maternos/ numero de DOs de mulheres em idade fértil enviadas em ate 48 horas x 100
Meta	Enviar 100% das declarações de óbitos a Vigilância Epidemiológica nos tempos determinados. A Vigilância Epidemiológica enviara o consolidado mensal da unidade para setor de convênio. Neste indicador será avaliado o conjunto dos óbitos (Óbitos confirmado ou suspeito de COVID, óbitos menores de 1 ano, fetais e óbitos de mulher em idade fértil/maternos), assim a unidade devera ter 100% dos encaminhamentos das Declarações de Óbitos descritas neste indicador nos tempos oportunos e determinados, caso contrário tera este indicador zerado.
15-Enviar diariamente o Censo de Ocupação de Leitos e evolução dos pacientes suspeitos/confirmados de agravos de notificação compulsória que aguardam transferência para hospital de referência, este envio deverá ser para Vigilância Epidemiológica e para Gestão da Rede de Saúde Pública, no padrão e horário determinado pela SES e parametrizar o sistema de informação.	
Explicação	Os pacientes com determinadas doenças de notificação compulsória, que estiverem aguardando internação na unidade, a equipe devera enviar diariamente e no horário determinado, a planilha para a Vigilância Epidemiológica e a Rede de Saúde Pública. A SES enviara o modelo de planilha a ser utilizado pela unidade

Fonte	Vigilância Epidemiológica/ Rede de Saúde Pública/ Central de Regulação de leitos
Cálculo	Número de planilhas enviadas diariamente/ dias do mes x100
Meta	Enviar 100% das planilhas diariamente, e se não tiver agravo, a unidade devera enviar a planilha de notificação negativa.
16-TAXA DE MORTALIDADE NA UNIDADE DE EMERGÊNCIA 24 HORAS	
Explicação	Medir a taxa de óbitos ocorridos em unidade pré-hospitalar fixa, este indicador deverá medir indiretamente a capacidade e eficácia do Serviço de Urgência e Emergência para resolver os casos mais críticos com rapidez, seja solucionado o problema com seus meios ou derivando o paciente para o serviço, unidade ou centro mais adequado a gravidade do caso. Somente os casos classificados com características de evitabilidade com fragilidades da unidade serão analisados neste indicador.
Fonte	Relatório e ata da reunião da Comissão de Óbito
Cálculo	Cálculo: Número de óbitos ocorridos com pacientes que permaneceram em observação por tempo menor ou igual a 24h na unidade / Número total de pacientes que permaneceram em observação na unidade no período analisado (considerar todas as salas de internação) x100
Meta	<4% Excluem-se os que chegarem em óbito constatado anteriormente, que não receberam nenhuma manobra de reanimação nem outros atos terapêuticos. Inclui todos os falecimentos por qualquer causa durante sua permanência na Unidade e em suas dependências, incluindo os deslocamentos para radiologia, ou outros meios diagnósticos. Deverá ser implantada a Comissão de Óbitos no primeiro mês de funcionamento da unidade, a qual realizará reuniões mensais, cuja ata deverá ser anexada no relatório.



Cálculo	Total de pacientes com IAM com Supra de ST trombolisados*** / Total de pacientes com diagnóstico de IAM com Supra de ST no período analisado*** x 100 *** <u>Para efeito de cálculo</u>, só serão considerados os pacientes que foram diagnosticados com IAM com supra de ST, os demais casos de IAM que não possuam os requisitos necessários para esta classificação não serão considerados, assim como os casos em que o tempo do aparecimento dos sintomas até a atendimento médico for superior ao tempo adequado para realização da trombólise.
Meta	No mínimo 95% dos pacientes trombolisados
18-PERCENTUAL DE PACIENTES COM SUSPEITA DE AVC ATENDIDOS CONFORME A LINHA DE CUIDADO DO AVC (PORTARIA Nº 665, DE 12 DE ABRIL DE 2011) E SUAS ATUALIZAÇÕES.	
Explicação	Medir a taxa de pacientes com suspeita de AVC que foram transferidos para o centro de referência em <u>tempo menor que 4 horas</u> para tratamento definitivo. A unidade deverá encaminhar relatório com pacientes identificados com suspeita de AVC com seguintes dados: • Tempo de abertura de Ficha de Atendimento até a consulta médica • Tempo Porta Centro de Referência • Tempo Início de Sintoma - Tempo saída da unidade • Tempo vaga cedida – Tempo saída da unidade (transporte) Aos pacientes com indicação médica de trombólise e vaga aceita pela referência, tempo máximo de 30 minutos para transporte pela conveniada.

Fonte	Relatório Padronizado pela SES Deverá constar na planilha o número da ocorrência, sigla nome paciente, idade do paciente, horário início dos sintomas, horário entrada na unidade, horário de inserção SIRESP, horário de liberação da vaga SIRESP, o horário da solicitação do transporte e o horário do efetivo transporte (chegada) do paciente na unidade referenciada
Cálculo	Cálculo 1: Total de pacientes com suspeita de AVC atendidos com início dos sintomas com tempo menor que 4h / Total de pacientes com suspeita de AVC atendidos x 100
	Cálculo 2: Total de pacientes com suspeita de AVC <u>com vaga cedida</u> transferidos em até 30 minutos para unidade referenciada / Total de pacientes com suspeita de AVC <u>com vaga cedida</u> transferido para unidade referenciada x 100
Meta	No mínimo 95% dos pacientes transferidos em tempo oportuno
19-PERCENTUAL DE PACIENTES VÍTIMAS DE TRAUMA GRAVE QUE FORAM TRANSFERIDOS PARA A UNIDADE DE REFERÊNCIA DE MAIOR COMPLEXIDADE EM TEMPO HÁBIL, PARA O TRATAMENTO DEFINITIVO, CONFORME A LINHA DE CUIDADO TRAUMA (PORTARIA Nº1600, DE 07 DE JULHO DE 2011) E SUAS ATUALIZAÇÕES.	



Explicação Este indicador deverá medir o percentual de pacientes **vítimas de trauma grave** que foram **transferidos** para a **Unidade de Referência de maior complexidade em tempo hábil** para tratamento definitivo.

O objetivo é minimizar o tempo entre a chegada do paciente e o início do atendimento, o que pode ter um impacto significativo na evolução e prognóstico do paciente.

A Unidade deverá enviar relatório com os pacientes identificados como vítimas de trauma contendo:

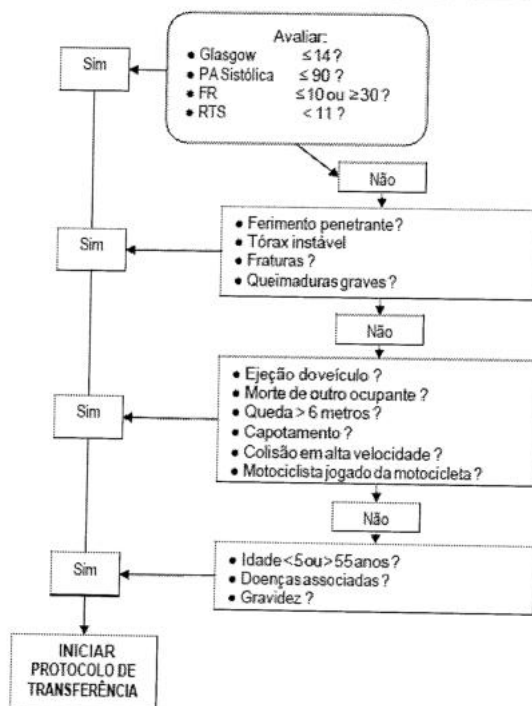
- Tipo/Mecanismo do Trauma (Lesões envolvidas)
- Tempo de abertura de Ficha de Atendimento até a consulta médica
- Horário de inserção do paciente no SIRESP:
- Tempo Porta - Centro de Referência
- Tempo Início do Trauma - Tempo saída da unidade
- Tempo vaga cedida – Tempo saída da unidade (transporte)
- Desfecho final da UPA em relação ao paciente com data e horário

TRAUMA GRAVE: Se refere a lesões que representam uma ameaça à vida do paciente. Isso pode incluir lesões que levam a hemorragias graves, lesões cerebrais graves, lesões na medula espinhal ou outras condições que, se não tratadas imediatamente, podem resultar em morte. Também pode incluir lesões que têm o potencial de resultar em deficiências significativas ou incapacidade a longo prazo.

Para a caracterização de trauma grave considerar as seguintes situações: Fraturas ou luxações na coluna vertebral; Alteração progressiva do nível de consciência; Insuficiência respiratória; Ferida aberta volumosa com sucção; Tórax instável; Pneumotórax hipertensivo (tentar estabilização na UPA); Trauma torácico maciço; Choque (Quadro sugestivo de evolução ao choque: abdome distendido e doloroso, instabilidade pélvica); Fratura de fêmur;

Nos casos não contemplados na relação acima, favor utilizar o algoritmo para transferência de paciente de trauma grave descrito a seguir:

ALGORÍTIMO PARA TRANSFERÊNCIA DE TRAUMA GRAVE



Fonte

Relatório/planilha SES

Deverá constar na planilha o número da ocorrência, tipo de trauma, horário entrada na unidade, horário de inserção SIRESP, horário de liberação da vaga SIRESP, o horário da solicitação do transporte e o horário do efetivo transporte (chegada) do paciente na unidade referenciada

Cálculo

Cálculo 1:

Total de pacientes que deram entrada na unidade com trauma grave e foram inseridos no Protocolo de Transferência / Total de pacientes que deram entrada na unidade com trauma grave x 100

Cálculo 2:

Total de pacientes com trauma grave com vaga cedida transferidos em até 15 minutos para unidade referenciada / Total de pacientes com trauma grave com vaga cedida transferido para unidade referenciada x 100

Meta	No mínimo 95% dos pacientes com trauma grave serem inseridos no Protocolo de Transferência No mínimo 95% dos pacientes com trauma grave com vaga cedida serem transferidos em até 15 minutos para unidade referenciada
20-INÍCIO OPORTUNO DE ANTIBIOTICOTERAPIA NA SEPSE (ADULTOS E INFANTIL).	
Explicação	A sepse pode ser definida como a resposta sistêmica a uma doença infecciosa, seja ela causada por bactérias, vírus, fungos ou protozoários. Manifestando-se como diferentes estágios clínicos de um mesmo processo fisiopatológico. Este indicador avaliará o tempo entre a hipótese de diagnóstico de sepse e a administração do primeiro antibiótico conforme o protocolo já estabelecido na unidade. A Unidade deverá seguir o Protocolo Municipal ou o protocolo elaborado deverá ser validado pela SES. A Unidade deverá implantar um registro que permita a medição dos tempos no momento do acolhimento, cadastro do usuário, avaliação médica com hipótese diagnóstica de sepse e prescrição, resultado de exames laboratorial, e administração de medicação. A <u>abertura</u> de protocolo de <u>suspeita de sepse</u> pode ser feita por <u>técnico de enfermagem, enfermeiro ou médico</u>. Mas só poderá ser suspenso pelo médico após avaliação do paciente. Para fins de cálculo deste indicador, serão considerados apenas os pacientes cuja equipe médica confirmou a suspeita e deu prosseguimento ao protocolo de sepse. Para avaliação e rastreio deste indicador o início da administração do

	antibiótico deverá considerar a data e hora da dispensa do medicamento pela farmácia, assim como o horário da administração do medicamento pela equipe de enfermagem. Os pacientes que já estiverem em uso de antimicrobianos não serão considerados. Este indicador deverá ter como partida a ficha de abertura de protocolo de sepse adulto e pediátrico. A ficha de abertura de protocolo deverá, obrigatoriamente, ter campos que auxiliem o levantamento deste indicador (data e hora da admissão do paciente; data e hora da suspeita de sepse e abertura da ficha do protocolo; data e hora da primeira dose do antibiótico).
Fonte	Prontuário e ficha de abertura de protocolo Sepse e Relatório/planilha SES Deverá constar na planilha o número da ocorrência, sigla nome paciente, idade do paciente, horário entrada na unidade, horário de abertura do protocolo de sepse, horário da administração do antibiótico.
Cálculo	Número de pacientes com antibioticoterapia iniciado em menos de 60 minutos da abertura do protocolo de Sepse / Número total de pacientes com protocolo de sepse aberto x 100
Meta	No mínimo 95% dos pacientes com a antibioticoterapia iniciado em menos de 60 minutos da abertura do protocolo de Sepse.
21-GARANTIR A CAPACITAÇÃO E ATUALIZAÇÃO DA EQUIPE MÉDICA E MULTIDISCIPLINAR COM OS CURSOS ATLS, ACLS E PALS OU SIMILARES CREDENCIADOS (E DENTRO DO PRAZO DE VALIDADE) E PÓS-GRADUAÇÃO EM ATENDIMENTO DE URGÊNCIAS.	
Explicação	A unidade deverá manter 100% dos profissionais médicos e equipe multidisciplinar com cursos certificados, validados e atualizados na área de

	urgência e emergência. A unidade deverá enviar ao setor de Convênio até o dia 5º dia do mês imediatamente subsequente, um relatório nominal e por categoria com o curso realizado, sua validade e no anexo a comprovação dos cursos nominais. Este relatório deverá sempre estar atualizado conforme mudança de quadro de profissionais.
Fonte	Relatório com nome do funcionário, categoria profissional e o curso com a validade. Juntamente ao relatório deverá constar anexo 01 cópia do certificado de cada profissional e sua validade.
Cálculo	• Número de profissionais médicos com curso de ATLS ou similar vigente / Número total de profissionais médicos na unidade x 100 • Número de profissionais médicos e enfermeiros com curso de ACLS ou similar vigente / Número total de profissionais médicos e enfermeiros na unidade x 100 • Número de profissionais médicos e enfermeiros com curso de PALS ou similar vigente / Número total de profissionais médicos e enfermeiros na unidade x 100 • Número de profissionais médicos e equipe multidisciplinar com curso de pós-graduação em atendimento de urgência e

	Além de todas as informações é imprescindível que o médico inclua o CID compatível com o procedimento realizado.
Fonte	Central de Regulação Municipal (CRM/CREDAC)
Cálculo	Número absoluto de ocorrências nos relatórios
Meta	Manter 0% de ocorrência nos relatórios SIS/SUS



24-MANTER PRONTUÁRIOS/ FICHAS DE ATENDIMENTOS DEVIDAMENTE PREENCHIDOS

Explicação	A avaliação do prontuário ou ficha de atendimento deverá seguir todos os itens obrigatórios conforme legislação vigente. Será imprescindível a identificação do paciente, anamnese, exame físico, exames complementares solicitados e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas e/ou diagnóstico definitivo com CID, tratamento efetuado, evolução do paciente, legibilidade da letra dos profissionais e assinatura dos profissionais, o respectivo número do Conselho de Classe e carimbo. O quadro clínico descrito nos prontuários/fichas selecionadas deverão estar compatíveis com o CID informado, checagem da realização das medicações conforme legislação, inserção e atualização do caso no SIRESP, solicitação de transporte e demais aspectos que permeiam a qualidade da assistência ao paciente. Deverá ser cumprido toda legislação de cada Conselho de Classe referente a prontuário médico/ ficha de atendimento. O prontuário ou ficha de atendimento devem estar completos, legíveis e sem muitas abreviações e códigos pessoais, com registros de todas as etapas de tratamento, reações do paciente, eventuais faltas ou resistências em seguir a recomendação proposta e as soluções buscadas ao longo do processo. Deve ser evitado abreviar nome de medicamentos, evitar escrever siglas aleatórias para descrever vias e modos de administração. Se for utilizar siglas poderá ser utilizada apenas as as siglas padronizadas universalmente, como: Oral (VO), intramuscular (IM), endovenoso(EV), subcutâneo (SC), intradérmico (ID), gastrostomia (GTM) e outros. A Comissão de Avaliação de Contratos e Ajustes com o Terceiro Setor fara por amostragem avaliação dos prontuários/fichas de atendimento.
Fonte	Ficha de atendimento clínico, pediátrico e odontológico e ficha SIRESP.

Cálculo	Total de prontuários (ficha de atendimento) com identificação correta (conforme descrição do indicador) avaliados por amostragem e por profissional / Número total de prontuários avaliados x100. <i>*cálculo da amostra:</i> correspondente a um quantitativo estatístico do total de prontuários abertos a cada trimestre, com grau de confiança de no mínimo 80% e margem de erro de no mínimo 15%
Meta	100% dos prontuários/fichas de atendimentos avaliados estejam de acordo com a legislação vigente

**DAS METAS PASSIVEIS DE DESCONTO ESPECÍFICO NÃO VINCULADO
APENAS A CUSTOS VARIÁVEIS E/OU PENA**

1-TAXA DE CUMPRIMENTO DE PRAZO DE RESPOSTA DOS OFÍCIOS DA PREFEITURA	
Explicação	O objetivo deste indicador é documentar o recebimento das informações contábeis, administrativas e assistenciais nos prazos estabelecidos pela contratante. Define-se como prazo Administrativo/Assistencial, o prazo estabelecido pela contratante constará no Ofício enviado. O indicador avaliará se o envio das informações estará no prazo determinado pela SES e demais setores.
Fonte	Planilha da Rede de Saúde Pública
Cálculo	$\frac{\text{Número Total de Ofícios Enviados pela Rede de Saúde Pública com prazo de respostas estabelecido no documento}}{\text{Número Total de Ofícios respondidos dentro do prazo estabelecido no documento}} \times 100$
Meta	- Atingir mais de 95% (noventa e cinco por cento) das informações em tempo oportuno, conforme prazo estipulado no próprio ofício. - O processo comprobatório será realizado por meio da

	documentação recebida e enviada pelo setor de protocolo da SES, os prazos de resposta constarão no próprio ofício. • Todos os ofícios que necessitarem de resposta deverão conter este prazo no próprio documento: <i>Ex: Prazo de resposta em até 05 dias úteis a contar da data de recebimento pela unidade.</i> • Os ofícios enviados em forma eletrônica (em alguns casos devido à urgência) poderão ser respondidos em forma eletrônica, em casos específicos, desde que sua resposta também seja enviada posteriormente em forma física, respeitando o tempo estipulado no próprio ofício enviado. • A unidade deverá utilizar planilha de controle elaborada pela SES.
Penalidade	Advertência, sem desconto financeiro. Se reincidente, passível de multa contratual.
2 – CUMPRIMENTO DO TEMPO RESPOSTA TRANSPORTE CONFORME TERMO DE REFERÊNCIA: TIPO B, ATENDIMENTO EM ATÉ 60 MINUTOS	
Explicação	A unidade deverá seguir o tempo resposta determinado no termo de referência da ambulância tipo B de até 60 minutos entre a solicitação do transporte e o efetivo transporte do paciente
Fonte	Planilha de controle dos transportes (Modelo planilha fornecido pela SES) Deverá constar na planilha o número da ocorrência, o horário de liberação da vaga SIRESP, o horário da solicitação do transporte e o horário do efetivo transporte (chegada) do paciente na unidade referenciada
Cálculo	$\frac{\text{Número de pacientes que foram transportados com ambulância tipo B em até 01 hora (60 minutos)}}{\text{Número Total de pacientes que foram transportados com ambulância Tipo B}} \times 100$
Meta	Cumprir em 100% o tempo resposta, conforme o tipo de transporte e termo de referência
Penalidade	Desconto proporcional ao valor destinado para transporte

	correspondente ao período de eventual indisponibilidade do serviço. Em caso de atraso no tempo resposta, será aplicada a pena de Advertência, se reincidente, passível de multa contratual.
3 – CUMPRIMENTO DO TEMPO RESPOSTA TRANSPORTE CONFORME TERMO DE REFERÊNCIA: TIPO D, ATENDIMENTO EM ATÉ 10 MINUTOS	
Explicação	A unidade deverá seguir o tempo resposta determinado no termo de referência da ambulância tipo D de até 10 minutos entre a solicitação do transporte e o efetivo transporte do paciente
Fonte	Planilha de controle dos transportes (Modelo planilha fornecido pela SES) Deverá constar na planilha o número da ocorrência, o horário de liberação da vaga SIRESP, o horário da solicitação do transporte e o horário do efetivo transporte (chegada) do paciente na unidade referenciada
Cálculo	Número de pacientes que foram transportados com ambulância tipo D em até 10 minutos / (dividido pelo) <u>Número Total de</u> pacientes que foram transportados com ambulância Tipo D x100
Meta	Cumprir em 100% o tempo resposta, conforme o tipo de transporte e termo de referência
Penalidade	Desconto proporcional ao valor destinado para transporte correspondente ao período de eventual indisponibilidade do serviço. Em caso de atraso no tempo resposta, será aplicada a pena de Advertência, se reincidente, passível de multa contratual.

1. MÉTODO PARA CÁLCULO DE ATINGIMENTO DE METAS QUALITATIVAS: $\text{DESCONTO} = \text{META NÃO ATINGIDA} \times 100$

META ESTIPULADA Atingimento da Meta Indicada = Realizado mês 01 +
Realizado mês 02 + Realizado mês 03

Meta Estipulada = Meta mês 01 + Meta mês 02 + Meta mês 03

Meta NÃO Atingida = Meta Estipulada – Atingimento da Meta Indicada

Desconto = O resultado equivalerá a porcentagem de desconto da respectiva meta sobre o valor variável.

452

6.1.1.2 Comissões

A Irmandade irá enviar mensalmente a comprovação da atuação efetiva das comissões (atas, listas de presença e documentos técnicos). Cada comissão possuirá ato de nomeação dos membros, cronograma e periodicidade das reuniões, regimento interno e atas assinadas das reuniões, detalhando as ações realizadas, em consonância a legislação vigente.

Serão estruturadas, implantadas e implementadas as seguintes comissões:

- Comissão de Revisão de Óbitos
- Núcleo de Segurança do Paciente
- Comissão Educação Permanente
- Comissão de Ética Médica
- Comissão de Ética de Enfermagem
- Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e Assédio (CIPA)
- Comissão de Assistência Odontológica
- Comissão de Revisão de Prontuários
- Comissão de Humanização
- Comissão de Integração com o Complexo Regulador da Secretaria Municipal de Saúde, implantação do NIR (Núcleo Interno de Regulação) da unidade
- Comissão Interna de Qualidade
- Comissão de Controle de Infecção Institucional
- Comissão de Farmácia e Terapêutica
- Comissão de Gerenciamento de Resíduos

- Núcleo de Gestão de Indicadores e Resultados

Foram apresentados nesta proposta os regimentos de todas as comissões acima a serem efetivadas pela Irmandade (capítulo 3.9.5), usando como modelo as comissões já implantadas em nossas unidades, ou seja, Hospital e unidades de urgência e emergência.

A Irmandade possui sistemática de avaliação de desempenho das comissões, apresentados abaixo, onde de forma corporativa o setor de qualidade avalia a efetividade das comissões, e sendo os indicadores abaixo devem ser coletados e gerenciados pela própria Comissão.

453

CHECKLIST DE MONITORAMENTO DAS COMISSÕES HOSPITALARES

Comissão: _____ Ano: _____

Presidente: _____ Secretário(a): _____

Documentos	Pontos	Ja n	Fe v	Ma r	Ab r	Ma i	Ju n	Jul	Ago	Set	Out	No v	De z
Nomeação e cronograma (Padronizado, preenchido e assinado)	1,0												
Regimento (Atualizado e publicado no CeosGo)	1,0												
Plano de trabalho (Padronizado, preenchido e assinado)	1,0												
Lista de presença (Padronizada, preenchida e legível)	1,5												
Ata da reunião (Padronizada, preenchida, legível e assinada - a princípio - pelo menos pelo(a) Presidente. Pode ser substituída por Declaração de realização da reunião nos casos das Comissões de Ética de Enfermagem, Ética Médica, Óbitos e Revisão de Prontuário)	1,5												
Controle de frequência (Preenchido)	0,5												
Nº de participantes > 50% (Utilizar o controle de frequência para calcular. Alertar o(a) Presidente/ Secretário(a) caso haja 3 faltas consecutivas de algum membro)	0,5												



Reunião acontece de acordo com cronograma (Caso não, considerar 0,5 ponto se apresentar ofício de alteração de data. Em cronogramas bi ou trimestrais, copiar a nota anterior, nos itens aplicáveis)	1,0																			
Apresentação para a Diretoria (Preenchida)	1,5																			
Legislação (Cópia da Lei, Portaria, etc que justifica a criação da Comissão, se houver)	0,5																			
Nota	Total1 0																			
Visto da Qualidade																				
Visto da Comissão																				

Observações
Janeiro:
Fevereiro:
Março:
Abril:
Maior:
Junho:
Julho:
Agosto:
Setembro:
Outubro:
Novembro:
Dezembro:

A seguir apresentamos os parâmetros a serem adotados para efetivação das comissões, ou seja, produto (embasamento legal), meta e fonte de verificação:

Tabela 45 - Parâmetros para efetivação de Comissões

Comissão de Revisão de Óbitos	
Operação	Implantar e Implementar a Comissão de Revisão de Óbitos.
Produto	Conforme Resolução CREMESP 114/2005 e Resolução CFM 2.171/2017
Meta	• Avaliar todos os óbitos ocorridos na unidade; • Avaliar a qualidade da assistência prestada a partir da análise dos óbitos; • Detectar a ocorrência de eventos adversos que podem comprometer a qualidade da assistência; • Avaliar a adequação da história clínica de admissão, da evolução, da investigação diagnóstica e da terapêutica instituída, bem como a qualidade de informações das declarações de óbito; • Encaminhar às Comissões de Ética (Médica, Enfermagem, etc) sempre que os casos se mostrarem necessários, para que os mesmos tomem as devidas providências éticas e legais segundo legislações vigentes; • Nas discussões dos casos é obrigatório avaliar todos os atendimentos do paciente na unidade. • Elaborar relatório de atendimento sempre que solicitado pela Vigilância Epidemiológica Municipal ou Órgãos Ministeriais Estadual/Federal, conforme preconizado pelo Comitê Municipal de Vigilância à Mortalidade Materna, Infantil e Fetal, e demais protocolos do Ministério da Saúde e Secretaria do Estado de São Paulo, para auxílio na Investigação de óbito com causas mal definidas (Código Garbage); • Participar das reuniões técnicas do Comitê Municipal de Vigilância à Mortalidade Materna, Infantil e Fetal, sempre que solicitado; Seguir as recomendações preconizadas pelo Comitê Municipal, revisando os processos de trabalho na assistência materna, infantil e fetal; • Realizar os trabalhos desta Comissão cumprindo a ética e o sigilo.
Fonte de	• Cronograma de reuniões e registro de atas dessas reuniões;

Verificação	• Relatórios de todos os óbitos ocorridos dentro de cada mês, seguindo sigilo e ética; • Iniciais do nome do paciente (Não colocar o nome do paciente); • Data de Nascimento do paciente; • Data do Óbito do paciente; • Número da D.O. enviada a Vigilância Epidemiológica; • Relatórios do perfil epidemiológico dos óbitos; • Declaração dos óbitos preenchidas corretamente; • Verificação de todos os óbitos ocorridos no mês analisado (100% dos prontuários cujos óbitos foram apontados); • Implementação dos processos de trabalho de forma sistematizada; • Seguir a Lei 13.709 – Lei Geral de Proteção de Dados - LGPD e suas atualizações;
Núcleo de Segurança do Paciente	
Operação	Implantar e Implementar a Comissão de Segurança do paciente
Produto	Conforme RDC 36/2013 e RDC 63/2011
Meta	• Elaborar protocolo de segurança do paciente (necessário ser validado pela SES); • Criar e implementar o Núcleo de Segurança do Paciente com

	as competências, vigilância, monitoramento, indicadores e notificações de todos os eventos adversos; • Implantar a sinalização de riscos assistenciais, como: • Identificação do paciente em prontuário, em leito e no paciente; • Identificação de possíveis alergias, caso o paciente apresente alguma, em prontuário, em leito e no paciente; • Identificação, em prontuário, de toda história pregressa, de modo que possibilite a segurança na hora da prescrição; • Identificação e comunicação ao paciente sobre o medicamento que será administrado, assim como seus possíveis efeitos adversos; • Identificação de isolamento em prontuário, em leito e no paciente, para os casos onde o isolamento do paciente for necessário; • Identificação do risco de queda do paciente em leito e no paciente; • Identificação de risco de evasão do paciente; • Demais critérios que se fizerem necessários, conforme protocolo fornecido e/ou validado pela SES
Fonte de Verificação	• Plano de segurança, indicadores, notificações e plano de ação. • Visita in loco para averiguação do protocolo implementado, com verificação da sinalização no leito e no paciente. • Identificação imediata das ocorrências/eventos sentinelas/notificações e ações corretivas imediatas; • Averiguação de plano de segurança, indicadores e plano de ação com os devidos responsáveis e comprovação a partir de evidência;
Comissão De Educação Permanente	
Operação	Implantar e Implementar a Comissão Educação Permanente

Produto	Conforme Portaria-SEI nº 244 17/11/2020 (Boletim de Serviço nº 152 de 18/11/2020) e Portaria GM/MS no 1.996, 20/08/2007
Meta	• Atividades de educação permanente desenvolvidas de acordo com o calendário do plano mensal de trabalho a ser definido pela unidade. • Promover a boa prática da utilização dos equipamentos, com melhorias nos processos e procedimentos, garantindo a melhor assistência aos pacientes. • Garantir multiplicadores em cada serviço/setor. • Manter 100% dos profissionais capacitados e atualizados, com cursos e treinamentos de educação permanente. Os programas e escalas de capacitação da equipe devem ser informados a Secretaria Municipal de Sorocaba (SES) e com aprovação prévia. • A SES poderá solicitar a capacitação específica em qualquer área e no prazo determinado. • Disponibilizar ao menos um profissional com treinamento para comunicação em linguagem de Libras para pacientes que busquem atendimento 24 h/dia, conforme estabelecido na Lei Estadual no 8.013 de 29 de junho de 2018 e suas atualizações. Todos os profissionais deverão passar por atualizações com comprovação de frequência e certificado, conforme Plano de Educação Permanente definido e/ou validado pela SES.
Fonte de Verificação	• Elaboração do plano mensal de atividades de educação permanente; • Realização de atividades programadas de educação permanente conforme calendário; • Validação pela SES do calendário;
Comissão de Ética Médica	
Operação	Implantar e implementar a Comissão de Ética Médica

Produto	Conforme Resolução CFM 2.152/2016, alterada pela Resolução CFM no 1.657 de 2020 e Resolução CREMESP 161/2007
Meta	• Fiscalizar o exercício da atividade médica para que estejam de acordo com os preceitos éticos e legais que norteiam a profissão; • Educar, discutir, divulgar e orientar os profissionais sobre temas relativos a Ética Médica; • Realizar reuniões mensais, e, extraordinariamente, quantas vezes necessárias para o bom andamento dos trabalhos; • Realizar os devidos encaminhamentos legais de todos os casos necessários conforme legislação vigente
Fonte de Verificação	• Cronograma e registro de atas das reuniões, relatórios e registros das ações corretivas relacionados a eventos adversos; • Seguir as normas éticas e legais; • Seguir a Lei 13.709 – Lei Geral de Proteção de Dados - LGPD e suas atualizações;
Comissão de Ética de Enfermagem	
Operação	Implantar e Implementar a Comissão de Ética de Enfermagem
Produto	Conforme RESOLUÇÃO COFEN Nº 593/2018
Meta	• Divulgar e zelar pelo cumprimento das legislações vigentes • Identificar as ocorrências éticas e disciplinares e tomar as providências cabíveis, conforme a situação. • Realizar os devidos encaminhamentos legais de todos os casos necessários conforme legislação vigente
Fonte de Verificação	• Cronograma e registro de atas das reuniões, mapas de risco, registros das ações realizadas e SIPAT.
Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e Assédio	

Operação	Implantar e Implementar a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
Produto	Conforme LEI Nº 6.514, DE 22 DE DEZEMBRO DE 1977. Norma Regulamentadora NR5
Meta	• Identificar os riscos dos ambientes, condições e processos de trabalho; • Elaborar o mapa de riscos; • Elaborar o plano de ação preventiva na segurança e saúde; • Realizar o controle de qualidade das medidas de prevenções necessárias, bem como da avaliação das prioridades de ação nos locais de trabalho;
Fonte de Verificação	• Cronograma e registro de atas das reuniões, mapas de risco, registros das ações realizadas e SIPAT.
Comissão de Assistência Odontológica	
Operação	Implantar e implementar a Comissão de Assistência Odontológica
Produto	Comissão de Assistência Odontológica implantada e implementada
Meta	• Reuniões mensais para análise dos processos da assistência odontológica; • Relatórios mensais com as análises e propostas de melhorias ao setor; • Implantar todos os fluxos pactuados pela SES e garantir que 100% dos medicamentos, instrumentais e insumos odontológicos que constam no Projeto Básico sem nenhuma deficiência. • Elaborar plano de ação com correção imediata das ocorrências ou evento Sentinela.
Fonte de Verificação	• Apresentação de relatórios mensais com as propostas e o registro das atas das Reuniões.

	• Diminuição das ocorrências/ eventos sentinelas e diminuição das ouvidorias • Seguir a Lei 13.709 – Lei Geral de Proteção de Dados - LGPD e suas atualizações;
Comissão de Revisão de Prontuários	
Operação	Implantar e implementar a Comissão de Revisão de Prontuários
Produto	Conforme Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) no 1.638/2002
Meta	Garantir que o prontuário médico seja o registro fiel dos atos assistenciais e Ocorrências da UPA, de forma a cumprir com as suas finalidades a saber: I) Observar os itens que deverão constar obrigatoriamente do prontuário confeccionado em qualquer suporte, eletrônico ou papel: 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 diária 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 e 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, devera constar relato médico completo de todos os procedimentos realizados e que tenham possibilitado o diagnóstico e/ou a remoção para outra unidade. II) Assegurar a responsabilidade do preenchimento, guarda e manuseio dos prontuários, que cabem ao médico assistente, a chefia da equipe, a chefia da Clínica e a Direção técnica da unidade.
Fonte de Verificação	• Cronograma e registro de atas das reuniões; • Prontuários eletrônico ou em papel com os itens obrigatórios, conforme Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) 1.638/2020 e 1821/2007; • Seguir a Lei 13.709 – Lei Geral de Proteção de Dados - LGPD e suas atualizações;
Comissão de Humanização	
Operação	Implantar e implementar a Comissão de Humanização
Produto	Conforme Programa Humaniza SUS
Meta	• Realizar capacitações periódicas com as equipes e fazer avaliação dos indicadores. • Planejar, organizar e coordenar eventos e atividades voltadas a humanização na unidade, de acordo com o Humaniza SUS.
Fonte de Verificação	• Cronograma e registro de atas das reuniões. • Registros de melhorias nos ambientes de trabalho. • Registros de treinamentos de funcionários. • Registros de outras ações realizadas.

	Seguir a Lei 13.709 – Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD e suas atualizações;
Comissão de Integração com o Complexo Regulador Da Secretaria Municipal De Saúde (Central de Regulação Municipal de Leitos e SAMU) - Implantação do NIR (Núcleo Interno De Regulação)	
Operação	Implantar o NIR (Nucleo de Regulacao Interna). Estar articulado com o Complexo Regulador da SES para o correto seguimento dos protocolos e fluxos instituídos (e suas atualizações) para encaminhamento dos pacientes referenciados. Deverá cobrar e garantir a atualização do SIRESP, conforme fluxo SES, completo e correto preenchimento do sistema. Monitorar as vagas cedidas para o acionar o transporte de pacientes, e cumprir com os prazos estabelecidos no Projeto Básico e seus anexos. Será responsável em fazer a gestão dos leitos seguindo e respeitando os protocolos da Central de Regulação Municipal e Estadual e SIRESP.
Produto	Pacientes encaminhados a partir do Complexo Regulador
Meta	- Manter 100% dos médicos capacitados e seguindo os fluxos e protocolos instituídos. - Manter 100% dos casos das fichas SIRESP com atualização conforme fluxo da CRL, preenchimento completo e correto dos dados. - Ter 100% dos pacientes transportados, de acordo com a vaga cedida, no tempo estabelecido no Projeto Básico e seus anexos. Ter 100% dos pacientes encaminhados via regulação e/ou SAMU e com registros adequados e seguimento correto dos fluxos.

Fonte de Verificação	• Informação prestada pela Central de Regulação Municipal de Leitos e SAMU; • Ata de reunião e lista de presença mensal com as ações planejadas para garantir o melhor seguimento dos fluxos, a implantação de fluxos atualizados e discussão com a equipe para implementar estratégias para garantir o melhor seguimento dos fluxos municipais • Diminuição dos eventos sentinelas relacionadas ao SIRESP e SAMU Plano de ação dos casos de evento sentinela, relacionados a regulação
Comissão Interna de Qualidade	
Operação	Comissão Interna de Qualidade
Produto	Instituir ferramentas de avaliação contínua da unidade. Trabalhar com os eventos sentinelas / registro de ocorrências internos e externos e ouvidorias. Acompanhar com ferramentas específicas as correções pactuadas e seus prazos. Identificação das principais fragilidades, causas e plano de ação, com prazos e responsáveis. Verificação in loco das correções e registro das evidências comprovando as correções, deverá realizar trabalho compartilhado com todas as comissões e serviços

Meta	● Manter o serviço com qualidade na assistência e em todos os processos de trabalho. ● Garantir que todos os protocolos, fluxos sejam efetivamente implantados. ● Garantir que todas as ocorrências tenham plano de ação para correção e efetiva resolução. ● Garantir a melhoria da qualidade em todos os processos de trabalho da unidade. ● Diminuição das ouvidorias, evento sentinela ou ocorrências. ● Aumento na adesão e efetiva implantação dos protocolos e fluxos. ● Mudança positiva nos resultados dos indicadores. ● A unidade deverá elaborar rotinas técnicas e assistenciais. ● Implementar ações nas unidades baseadas em evidências científicas e nas diretrizes de boas práticas de atenção seguindo princípios do Conselho Federal de Medicina, Ministério da Saúde, Organização Mundial da Saúde, Secretaria do Estado da Saúde e Secretaria Municipal da Saúde de Sorocaba.
Fonte de Verificação	● Atas das reuniões com os setores, registros das avaliações e acompanhamento dos eventos e suas efetivas correções, diminuição dos eventos da mesma natureza. ● Evidências das correções: fotos, planilhas, gráficos, listas de presença, capacitações, mudança de indicadores, diminuição das mesmas ocorrências, diminuição das ouvidorias, diminuição eventos sentinelas/ registro ocorrência. ● Implantação e comprovação de todas as exigências conforme legislação Federal, Estadual e Municipal, como: cartaz da Ouvidoria

	com telefone, Cartaz da Lei Antifumo, Cartaz sobre Lei Municipal no 11.706/2018, de 02/05/2018, "Dispõe sobre a emissão de documentos legíveis por profissionais da saúde no Município de Sorocaba e dá outras providências", cartaz da obrigatoriedade uso de máscara, conforme Decreto n o 64.959/2020 e Resolução Municipal no 5596/2020. Letra legível, e toda legislação da Vigilância Sanitária e seguir as atualizações, entre outros.
Comissão de Controle de Infecção Hospitalar	
Operação	Implantar e implementar a CCIH
Produto	Serviço de Controle de Infecção Institucional implantada e implementada RDC 48/2000 Portaria 2616/1998
Meta	• Elaboração, implantação e avaliação do Programa de Controle de Infecções, visando a máxima redução da incidência e gravidade das infecções. • Executar e avaliar as ações de prevenção e controle de infecções, que envolvem: controle do ambiente, controle do pessoal, controle de produtos químicos, elaboração de normas e rotinas, Investigação epidemiológica e reuniões periódicas. • Realizar treinamentos sobre os temas, objetivando capacitação periódica dos funcionários. Este serviço deverá atuar de forma ativa na prevenção e Controle de Infecção Institucional, elaborando, discutindo e instituindo ações e medidas de redução de incidência das infecções. Desenvolver todas as ações e controle de vigilância, compartilhando com as equipes todos os fluxos, notificações, coordenando as implantações de fluxos, rotinas processos de trabalho que envolvam as doenças de notificações compulsórias, surtos e agravos, desenvolvendo com as equipes as ações locais em relação as epidemias e Pandemias.

	• Serviço implantado com a realização avaliação mensal. • Reunião quinzenal com as coordenações técnicas. • Realizar plano de trabalho de implementação das ações para melhoria com indicadores de processo. • Implantar todos os fluxos e protocolos que permeiam Vigilância Epidemiológica; • Avaliação das Ouvidorias e Eventos Sentinela, relacionados com as doenças de notificação compulsória com plano de ação e correção imediata.
Fonte de Verificação	• Registro das atas de reuniões, relatório mensal contendo os resultados definidos e as providências adotadas, com indicadores e processos de trabalho. • Cronograma e registro de atas das reuniões, relatórios normas e rotinas, registro de treinamento de funcionários. Redução das ocorrências/eventos sentinelas.
COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA	
Operação	Implantar e implementar a COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA
Produto	A Comissão de Farmácia e Terapêutica tem, entre outras atribuições, elaborar, implementar, orientar e monitorar a prescrição médica e todo ciclo do medicamento na unidade, a fim de contribuir para a racionalidade na prescrição e na utilização dos mesmos pela equipe de saúde. Desta forma, os medicamentos serão selecionados por sua relevância em saúde pública, evidências de eficácia, segurança e custo efetividade favorável comparativamente, além de considerar os itens que estão padronizados pela RENAME e REMUME.

Meta	Elaborar regime interno para a CGRSS; Capacitação do quadro de funcionários e profissionais da instituição, no que diz respeito à prevenção e controle dos resíduos gerados na unidade; Avaliar, periodicamente, as informações providas pelo Sistema de Higienização e Limpeza hospitalar e aprovar as medidas de controle propostas pela CGRSSS; Elaborar e divulgar regularmente a situação do controle de resíduos de serviço de saúde; Elaborar, implantar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnicas operacionais, visando à redução de resíduos perigosos e incidência de acidentes ocupacionais a saúde pública e meio ambiente; Cooperar com o setor de treinamento, com vistas a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais, no que diz respeito à prevenção e redução dos riscos ao meio ambiente Cooperar com a ação dos órgãos de gestão de meio ambiente a nível municipal, estadual e federal, bem como fornecer prontamente, as informações solicitadas pelas autoridades competentes.
Fonte de Verificação	• Regimento interno, atas das reuniões com os setores, registros dos treinamentos e acompanhamento dos eventos relativos ao gerenciamento de resíduos da unidade e suas efetivas correções. • Evidências das correções: fotos, planilhas, gráficos, listas de presença, capacitações, mudança de indicadores, diminuição das mesmas ocorrências, diminuição das ouvidorias, diminuição eventos sentinelas/ registro ocorrência.

7. ESTRUTURA FÍSICA

A UPA Zona Leste “Mario Cândido de Oliveira Gomes”, está situada a rua R. Cel. Nogueira Padilha, 2585 - Vila Hortência, Sorocaba - SP, 18020-003.

O imóvel possui dois pavimentos, com 1 elevador e rampas de acessibilidade. É equipado com rede de gases medicinais, gerador, ar-condicionado em todos os ambientes e sistema de exaustão, tendo inclusive Licença Sanitária vigente e AVCB válido até o ano de 2027 (pode ser consultado junto aos documentos do envelope 2).

470

Em relação ao sistema construtivo temos:

- Revestimentos das paredes: massa corrida com pintura acrílica lavável e cerâmica;
- Pisos: concreto, cerâmica e porcelanato;
- Divisórias: drywall;
- Forros: placas antichamas;
- Sala de Radiografia (Raio-X) e Consultórios Odontológicos com materiais baritados para proteção contra radiação ionizante.

As medidas de acessibilidade estão adequadas às referências básicas a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, o Decreto Federal nº 5.296/2004, o conjunto de Normas de Acessibilidade da Associação Brasileira de Acessibilidade – ABNT, em especial a NBR 9050 - Acessibilidade a Edificações, Mobiliário, Espaços e Equipamentos Urbanos e as demais leis federais, estaduais, municipais e normas brasileiras que tratam do tema em estudo.

Em atendimento as demais exigências do Edital, segue no **Anexo 14** as plantas baixa dos pavimentos térreo e superior da Unidade, bem como, localização da Unidade.

