

ENVELOPE 01

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO 05/2024 - SES

**PLANO DE TRABALHO (PROPOSTA TÉCNICA) PARA A
EXECUÇÃO DO SERVIÇO DE: GERENCIAMENTO,
ADMINISTRAÇÃO E MANUTENÇÃO DAS ATIVIDADES DA
UNIDADE PRONTO ATENDIMENTO ZONA LESTE "MÁRIO
CÂNDIDO DE OLIVEIRA GOMES"**

**PROPONENTE: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA
DE SOROCABA**

Sorocaba/SP

Maior/2025

Volume 3/3

ANEXO 1

Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba

Av. São Paulo, 750 - Jd. Árvore Grande - Sorocaba/SP CEP 13013-002 CNPJ: 71.485.056/0001-21
☎ (15) 2101-8000 🌐 www.santacasasorocaba.com.br 📱 Siga-nos: @santacasasorocaba

Regimento Geral da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba

Título: Regimento Geral da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba

Número e Versão do Documento: RI.SUPE.001 v.001

Fase: Publicado

Elaborado por: Conrado Puglia Barbosa - Administrador(a) Hospitalar

Data de Publicação: 12/09/2023

Área Emitente: Superintendência Executiva

Próxima revisão: 23/04/2026

CAPÍTULO I

DO OBJETO

Art. 1º - Este Regimento apresenta a identidade e características organizacionais da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba, Hospital Privado sem Fins Lucrativos que oferece atendimento de saúde especializado de média e alta complexidade; atendimento de urgência e emergência; cirurgias eletivas e tratamentos clínico-cirúrgicos especializados para pacientes do município de Sorocaba. Oferece também atendimentos de alta complexidade em Oncologia, Ortopedia e Neurocirurgia também são ofertados para pacientes da Região Metropolitana de Sorocaba.

Atualmente o atendimento no Hospital Santa Casa é realizado exclusivamente aos pacientes do Sistema Único de Saúde - SUS.

CAPÍTULO II

MISSÃO, VISÃO E VALORES

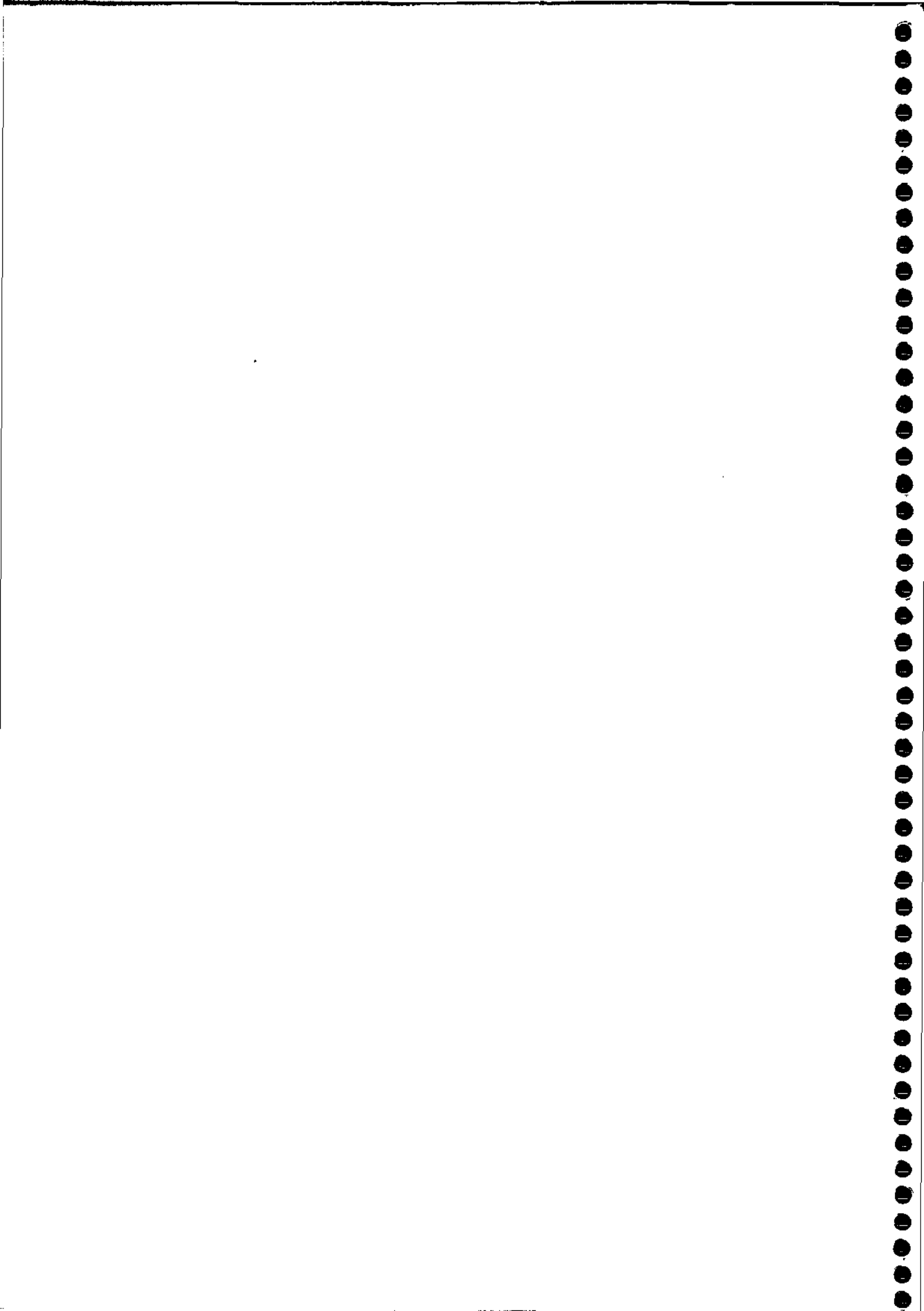
Art. 2º - Missão, Visão e Valores:

Missão: Promover a saúde, prestando assistência hospitalar de excelência, conciliando técnica, humanização, responsabilidade social e ambiental, à luz do evangelho de Jesus Cristo.

Visão: Sermos reconhecidos como Hospital de excelência no sistema de saúde, referência na assistência de qualidade e no atendimento ético e humano.

Valores:

- Prezar pelos princípios e valores da ética cristã;
- Humanização;
- Reconhecer a dignidade natural e essencial do ser humano, servindo-o com respeito, acolhimento, prontidão e dedicação;
- Qualidade e segurança;
- Buscar e utilizar continuamente as melhores práticas em saúde com foco na excelência;
- Responsabilidade Socioambiental;



- Despertar em todas as pessoas e em suas atividades a consciência sobre a sustentabilidade como recurso presente e vital ao ser humano;
- Transparência;
- Prestação de contas e informação contínua e transparente à sociedade das ações desenvolvidas;
- Estar a serviço do direito à vida das pessoas desde a sua concepção até o seu fim natural.

CAPÍTULO III

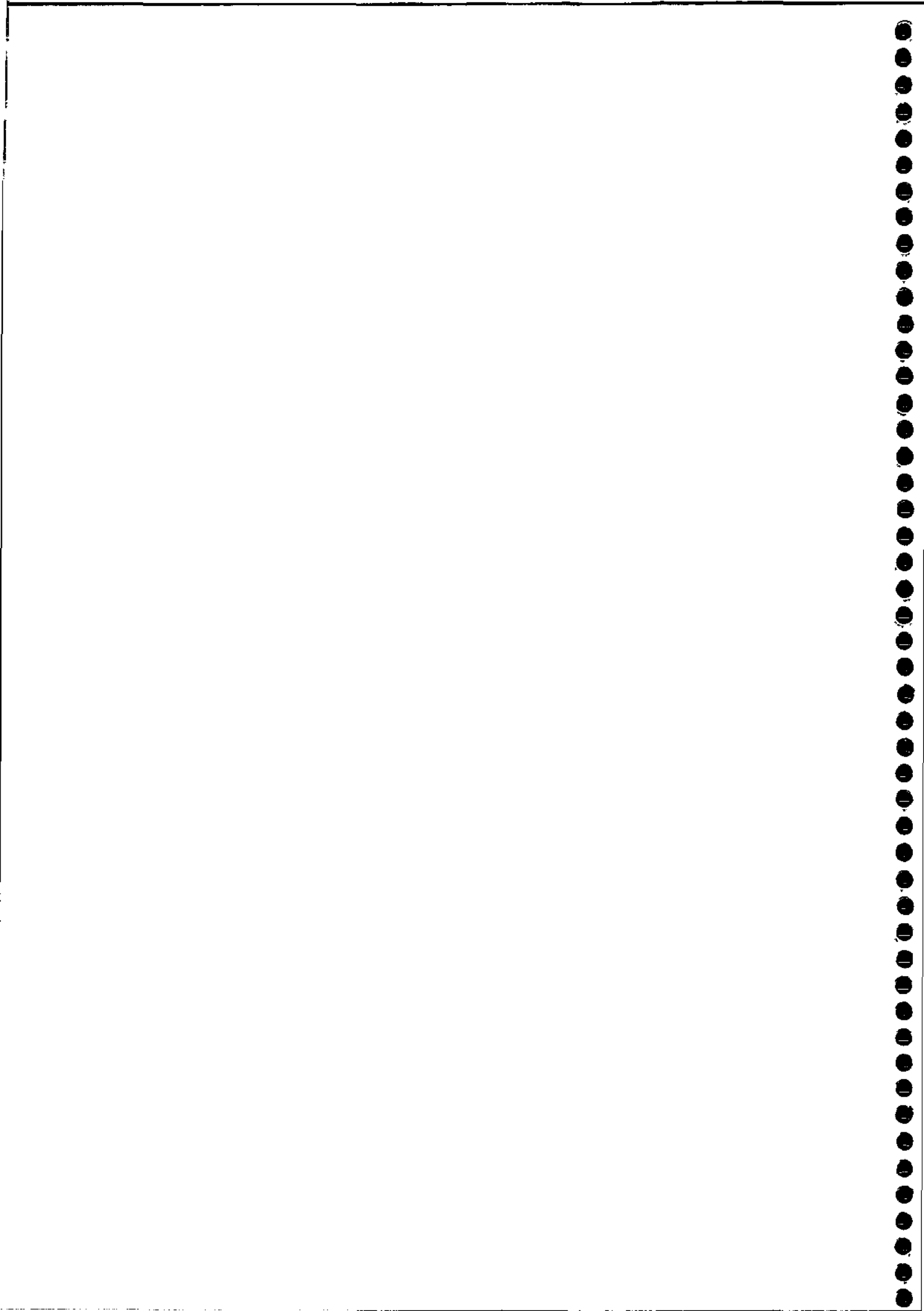
DA COMPETÊNCIA

Art. 3º - Segundo o Estatuto Social, compete ao Hospital Santa Casa de Sorocaba:

- I. Prestar serviços de assistência a saúde a todos quantos buscarem seus serviços, sem distinção de nacionalidade, etnia, credo, opinião política ou qualquer outra condição;
- II. Desenvolver atividades médicas e paramédicas, com programas de internato e residência médica, bem como cursos de especialização;
- III. Manter atividade de assistência a saúde comunitária através da imunização, prevenção a doença e orientação sanitária;
- IV. Desenvolver qualquer atividade que se relacione com assistência médico-hospitalar, mantendo de forma exclusiva ou associada a terceiros, operadora de planos de saúde, de acordo com a legislação vigente;
- V. Atender pacientes que não disponham de recursos para seu tratamento, proporcionando-lhes assistência médico-hospitalar.

Art. 4º - Para atender o disposto no Artigo 3º, o Hospital é composto atualmente pelos setores/serviços abaixo, sendo esses regidos por Regimento Interno próprio.

- I. Setores assistenciais:
 1. Ambulatório de Ortopedia;
 2. Ambulatório de Especialidades;
 3. Centro Cirúrgico;
 4. Centro Regional de Oncologia;
 5. Enfermarias de Internação e de Retaguarda;
 6. Maternidade;
 7. Saúde Mental;
 8. Unidade de Terapia Intensiva Neonatal;
 9. Unidades de Terapia Intensiva Adulto.
- II. Serviços de apoio, diagnóstico e terapêutico:
 - a. Agência Transfusional;
 - b. Endoscopia digestiva;
 - c. Fisioterapia;
 - d. Fonoaudiologia;
 - e. Hemodiálise;
 - f. Psicologia;



- g. Radiologia;
- h. Radioterapia;
- i. Serviço Social;
- j. Terapia Ocupacional;
- k. Ultrassonografia;
- l. Entre outros.

- III. Setores administrativos e demais serviços de apoio, inerentes ao bom funcionamento do Hospital.
- IV. Setores de Captação de Recursos, Projetos, Doações, que atuam fortemente na captação de recursos financeiros e/ou materiais para a Instituição.
- V. Serviço de Assistência Religiosa, que organiza e assegura o direito de atendimento religioso aos pacientes do Hospital.
- VI. Setor de Voluntariado, o qual gerencia os diversos tipos de voluntários do Hospital, desde a sua inscrição até o seu encerramento.

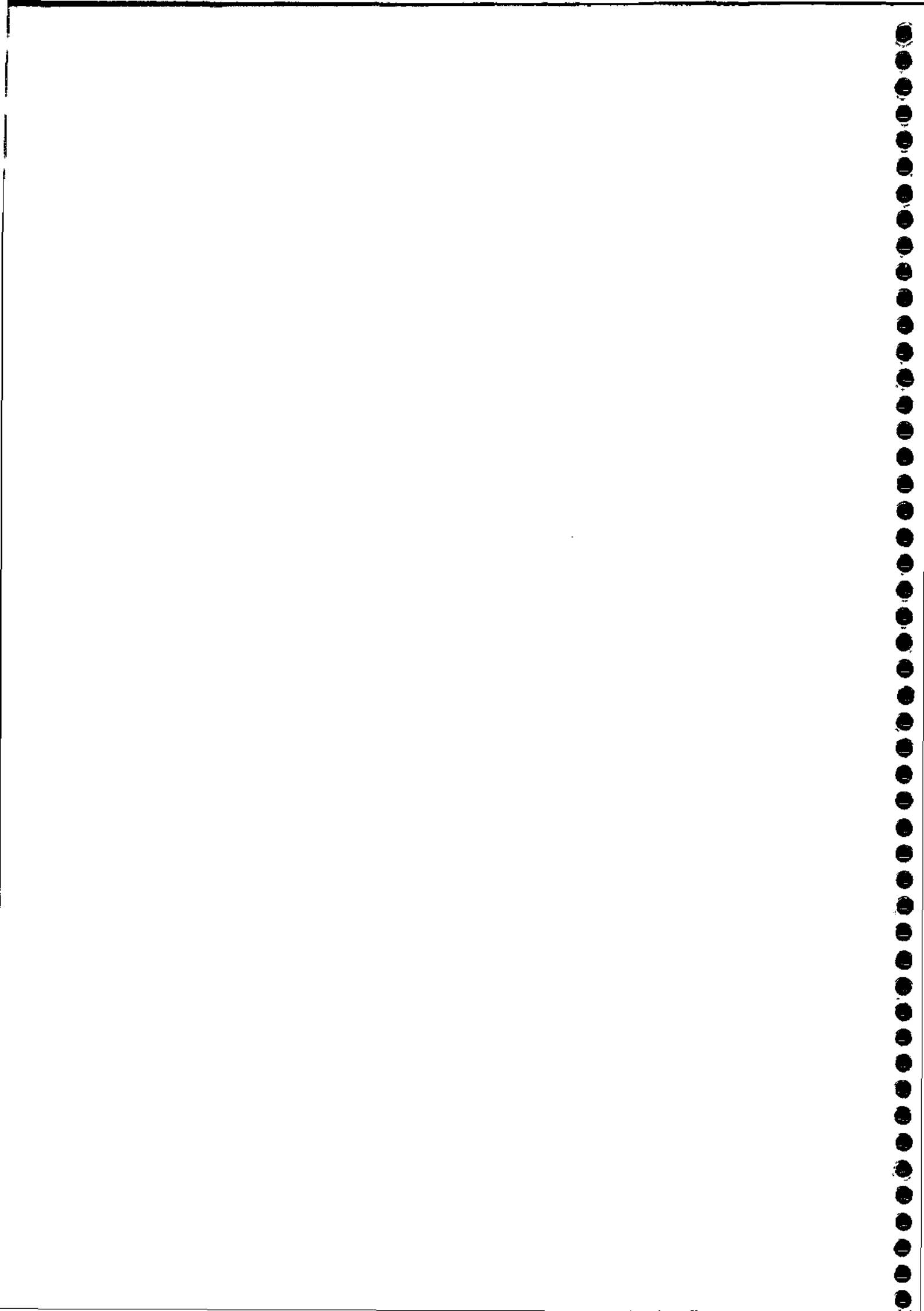
CAPÍTULO IV DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 5º - As atribuições dos membros da Diretoria e Superintendência estão descritos no Estatuto Social da Instituição.

CAPÍTULO V COMISSÕES HOSPITALARES

Art. 6º - Além dos setores, a Santa Casa de Sorocaba é composta por Comissões Hospitalares, que são grupos de trabalho multidisciplinares, formadas para a discussão de assuntos de interesse da Instituição. Podem ser de caráter educativo, consultivo ou deliberativo, conforme descrito no Regimento de cada uma delas:

- I. Comissão de Auditoria Interna;
- II. Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH;
- III. Comissão de Documentação Médica e Estatística – CDME;
- IV. Comissão de Ética de Enfermagem;
- V. Comissão de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – CEPE;
- VI. Comissão de Ética Médica;
- VII. Comissão de Farmácia e Terapêutica, Padronização de Materiais e Equipamentos Médico-Hospitalares;
- VIII. Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde;
- IX. Comissão de Humanização;
- X. Comissão de Óbitos;



- XI. Comissão de Prevenção e Tratamento de Feridas – CPTF;
- XII. Comissão de Revisão de Prontuário;
- XIII. Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;
- XIV. Comissão Intra-Hospitalar de Transplantes – CIHT;
- XV. Comitê de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal;
- XVI. Comitê de Processamento de Produtos para Saúde – CPPS;
- XVII. Comitê de Proteção Radiológica;
- XVIII. Comitê Transfusional;
- XIX. Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional – EMTN;
- XX. Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente – NQSP.

CAPÍTULO VI

CORPO CLÍNICO

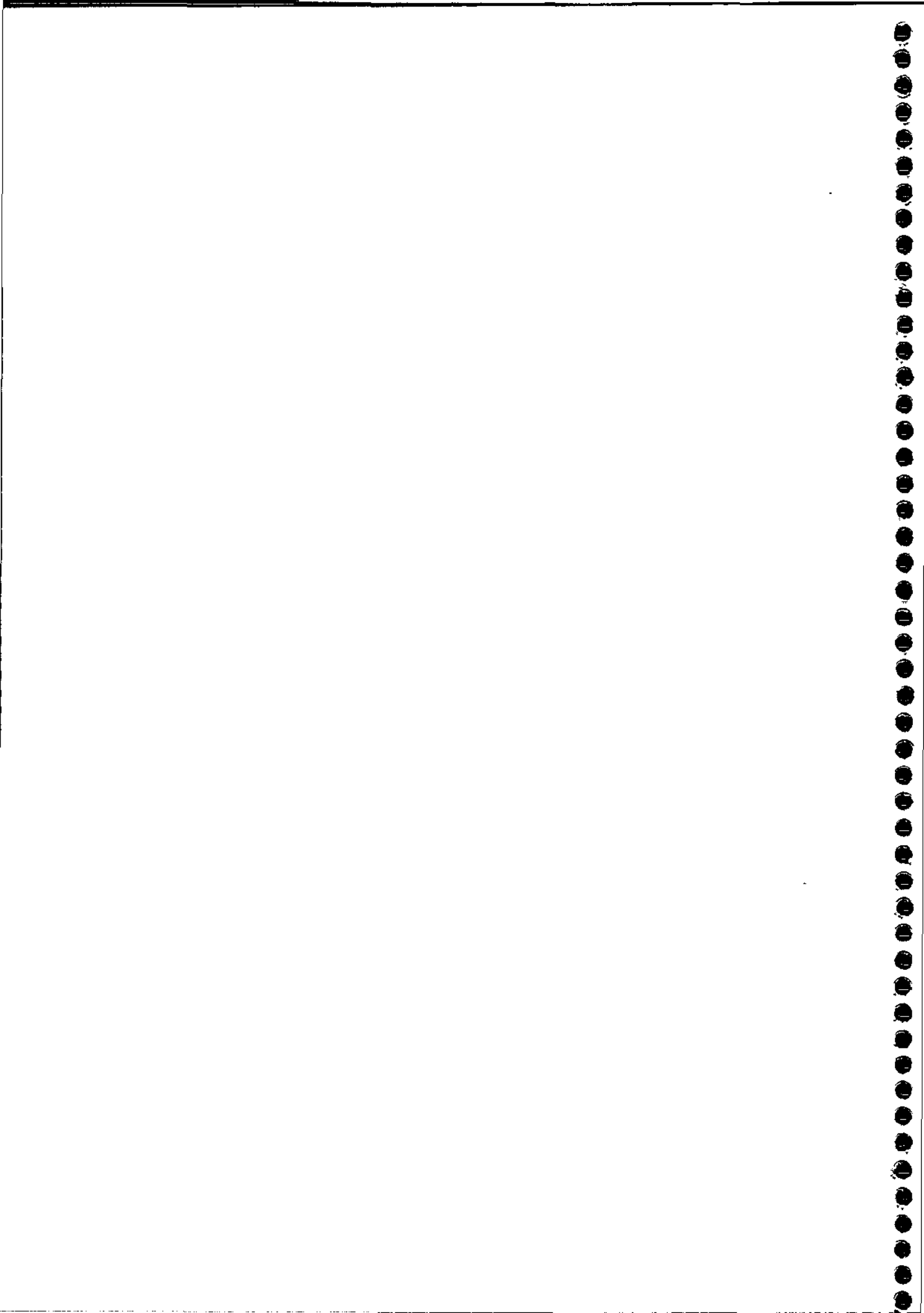
Art. 7º - Segundo o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, “Corpo Clínico é o conjunto de Médicos de uma Instituição com a incumbência de prestar assistência aos pacientes que a procuram, gozando de autonomia profissional, técnica, científica, política e cultural”. Na Santa Casa de Sorocaba o Corpo Clínico é regido por Regimento próprio, instrumento este que regula as atividades entre os Médicos e a entidade, o qual visa disciplinar a constituição, ações, relações, avaliação e direção dos Médicos que se utilizam das instalações da Instituição para o exercício de suas atividades profissionais.

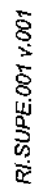
Art. 8º - Atuam também no Hospital Residentes, Estagiários e Estudantes de Medicina, que são supervisionados pelo Diretor Clínico.

CAPÍTULO VII

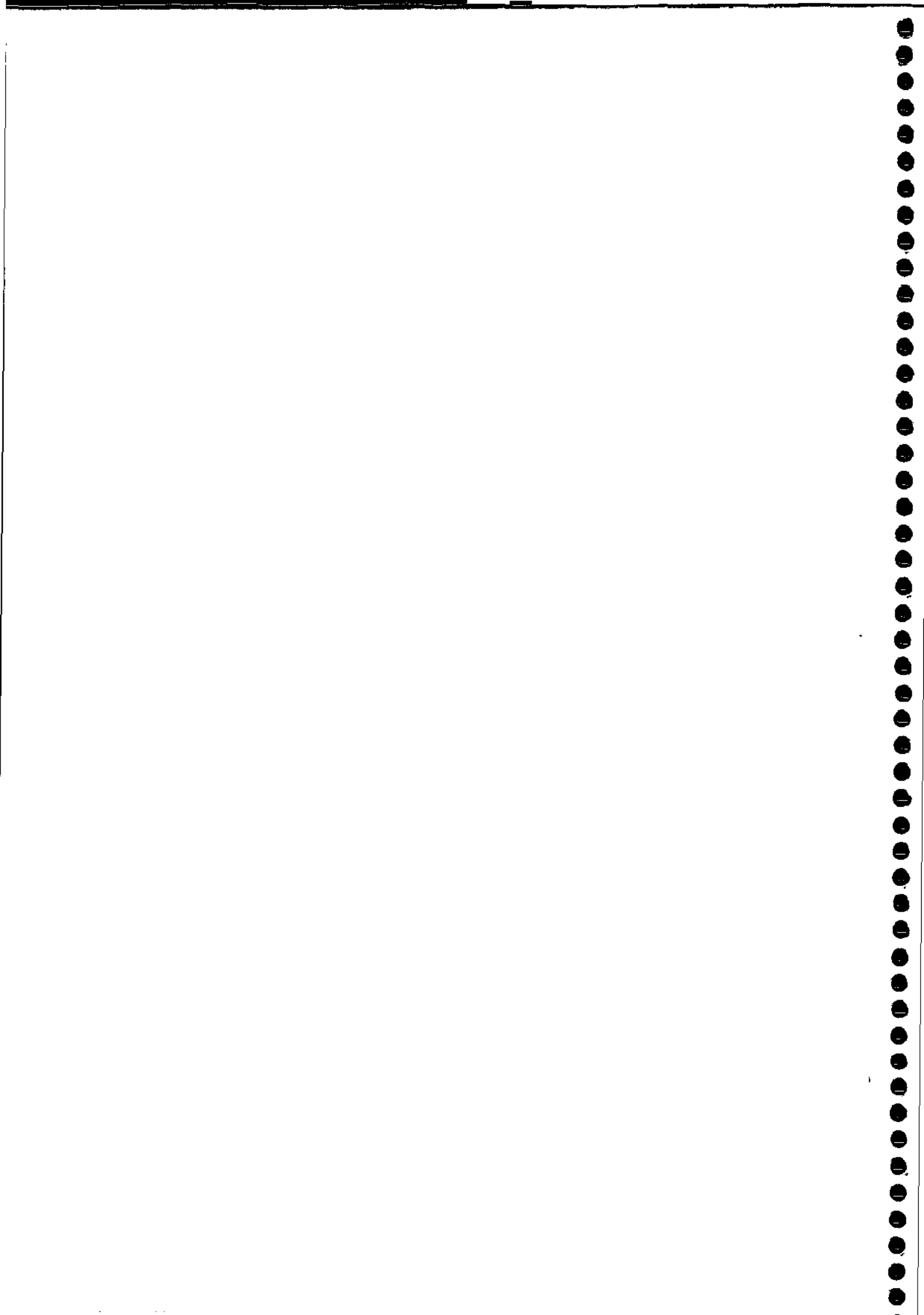
ESTRUTURA HIERÁRQUICA

Art. 9º - O Hospital é organizado hierarquicamente conforme o organograma abaixo:





6/2/



**CAPÍTULO VIII
DO CÓDIGO DE CONDUTA ÉTICA**

Art. 10 – A fim de elucidar o que é a ética no contexto da Instituição, em 2019 foi publicada a primeira versão do Código de Conduta Ética da Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba. O Código não substitui, mas sim, complementa os códigos de ética das classes profissionais, bem como as demais políticas e normas da Instituição. A condução de atividades e comportamento no ambiente de trabalho deve seguir o disposto neste Código.

**CAPÍTULO IX
DA CARTA DE SERVIÇOS**

Art. 11 – O Hospital dispõe de Carta de Serviços, onde é descrito os recursos disponíveis e suas formas de acesso. A Carta pode ser consultada no site da Instituição.

**CAPÍTULO X
DAS CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Art. 12 – 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. 13 – Todos os profissionais devem contribuir com o desenvolvimento do Hospital, zelar pelo patrimônio e meios colocados à disposição para realização dos trabalhos.

Art. 14 – Os casos omissos neste Regimento serão resolvidos pelo Diretor Presidente.

**CAPÍTULO XI
DAS REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

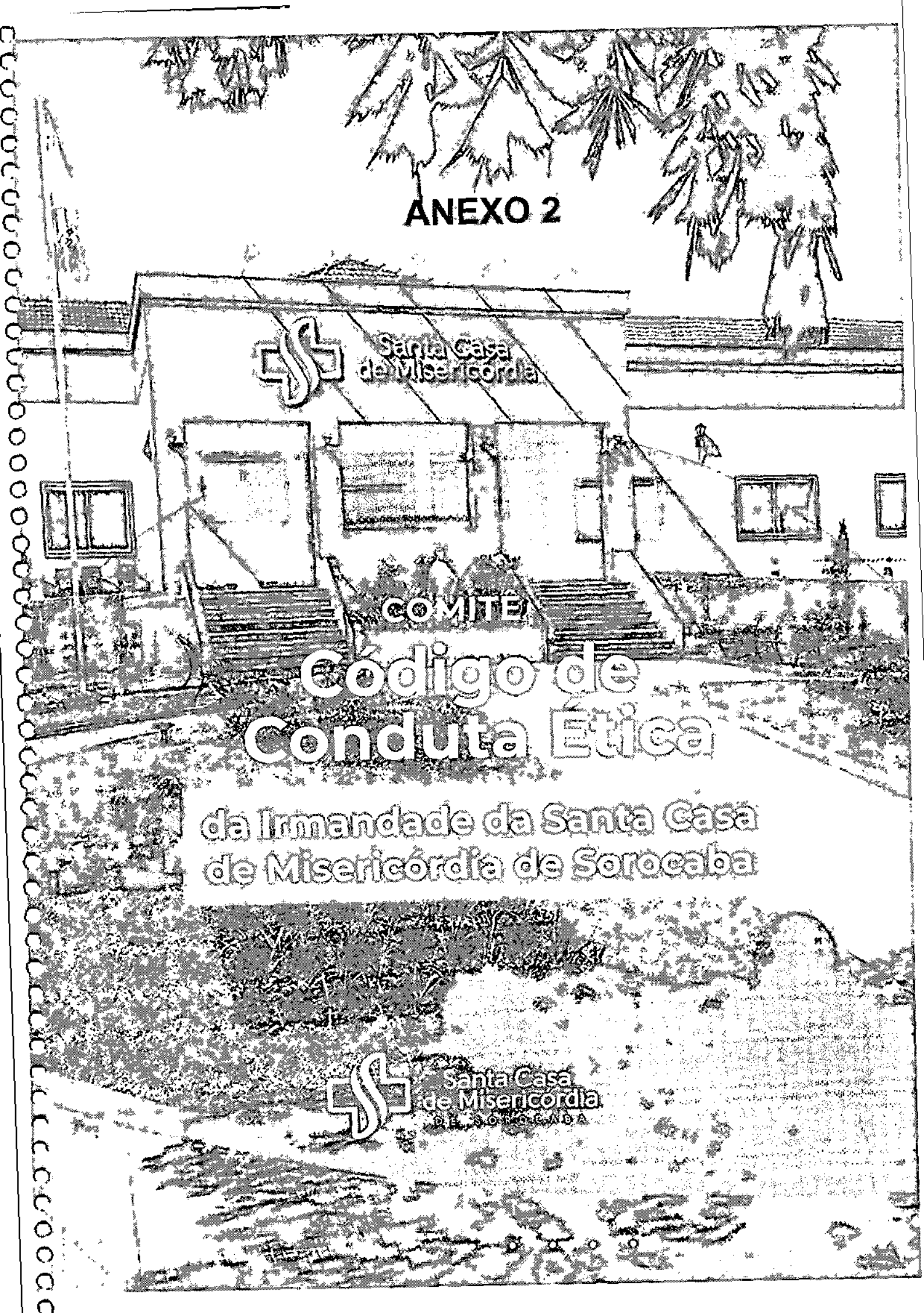
Art. 15 – Referências bibliográficas utilizadas para elaboração do Regimento Geral:

- I. Santa Casa de Sorocaba. Administração. Disponível em: <https://santacasasorocaba.com.br/administracao/>. Acessado em: 07/06/2023.
- II. Santa Casa de Sorocaba. Missão, Visão e Valores. Disponível em: <https://santacasasorocaba.com.br/missao-visao-e-valores/>. Acessado em: 07/06/2023.
- III. Santa Casa de Sorocaba. Carta de Serviços. Disponível em: <https://santacasasorocaba.com.br/transparencia/carta-de-servicos/>. Acessado em: 07/06/2023.
- IV. Estatuto Social da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba.
- V. Santa Casa de Sorocaba. Código de Conduta Ética da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba. Disponível em: <https://santacasasorocaba.com.br/wp-content/uploads/2022/11/Codigo-de-Etica-Versao-Leitura.pdf>. Acessado em: 07/06/2023.
- VI. Regimento do Corpo Clínico da Santa Casa de Sorocaba.
- VII. CREMESP. Resolução Cremesp nº 134/06. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=6385. Acessado em: 07/06/2023.

HISTÓRICO

Revisão	Data	Natureza da operação	Responsável
000	07/06/2023	Criação do documento	Conrado Puglia Barbosa Viviane Roso Barbosa
001	07/06/2023	Atualização da formatação do documento	Conrado Puglia Barbosa

Elaborado por: Conrado Puglia Barbosa - Administrador(a) Hospitalar	Verificado por: Qualidade (Revisor de Documentos) - GQ
Envolvidos:	Aprovado por: Matheus Miguel Sanches - Advogado(a) Jurídico, Reinaldo Beserra dos Reis - Superintendente Executivo



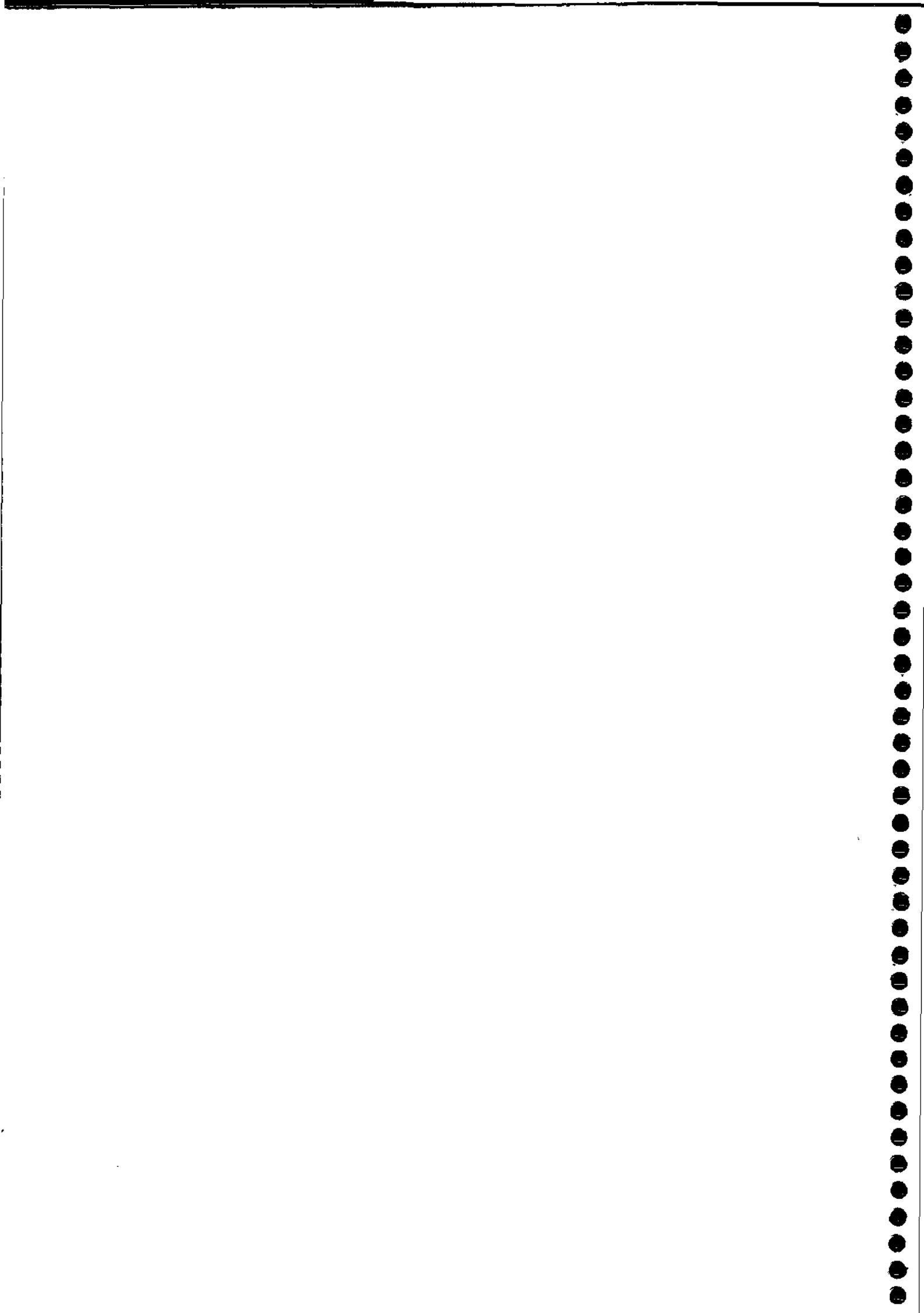
ANEXO 2

COMITE Código de Conduta Ética

da Irmandade da Santa Casa
de Misericórdia de Sorocaba



Santa Casa
de Misericórdia
de Sorocaba



APRESENTAÇÃO



Este Código de Conduta Ética é a objetivação dos princípios éticos que norteiam as relações internas e externas, as atividades, o comportamento pessoal e as decisões administrativas da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba. Como Código, ele deve estar sempre ao alcance das mãos e do coração: **das mãos para agir e do coração para decidir com ética e responsabilidade.**

Obviamente, não contém tudo, mas o essencial e o mais importante para que a ética cristã e cidadã seja efetivamente seguida sempre e por toda a comunidade da Santa Casa.

O presente Código de Conduta Ética não tem o objetivo de impedir a liberdade. Pelo contrário, garante a autêntica liberdade pessoal, que é a prática do bem. As suas proibições objetivam ser obstáculo para o abuso e não para o exercício da liberdade de fazer o bem.

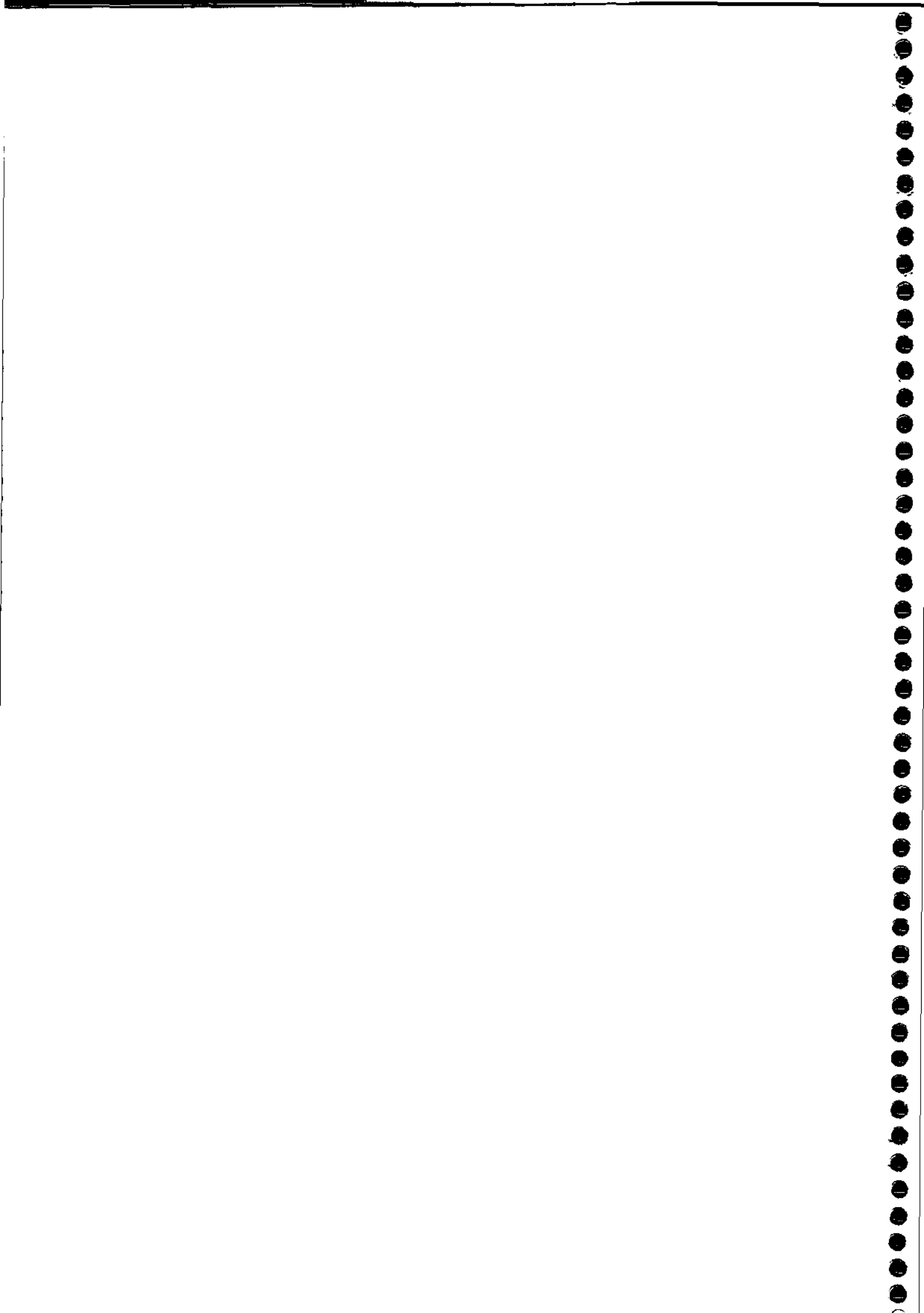
O Código não se restringe a ele mesmo, mas nos remete a todos para a formação continuada, considerando que a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba tem como seu patrimônio mais precioso as vidas humanas e, em razão desta realidade, exige de todos nós que esforcemo-nos com lealdade e sinceridade em buscar uma atualização específica para o trabalho no âmbito da saúde e, ainda mais, um constante aprofundamento e estudo das motivações morais que guiam a nossa conduta e as nossas decisões.

A todos concedo minha benção para uma eficaz implantação deste Código de Conduta Ética.



DOM JULIO ENDI AKAMINE

Moderador da Irmandade da Santa
Casa de Misericórdia de Sorocaba



MENSAGEM DO DIRETOR PRESIDENTE



Há mais de dois séculos, a Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba vem se dedicando a promover assistência à saúde, independentemente de credo, raça ou nível socioeconômico das pessoas.

Atualmente, nosso Hospital vem sendo administrado pelos padres da Arquidiocese de Sorocaba, cujo primeiro papel é servir os mais pobres e doentes à luz do Evangelho de Jesus. Com a graça do Senhor, em pouco tempo a Santa Casa tornou-se referência por sua postura íntegra e transparente, base fundamental e indissociável da fé cristã.

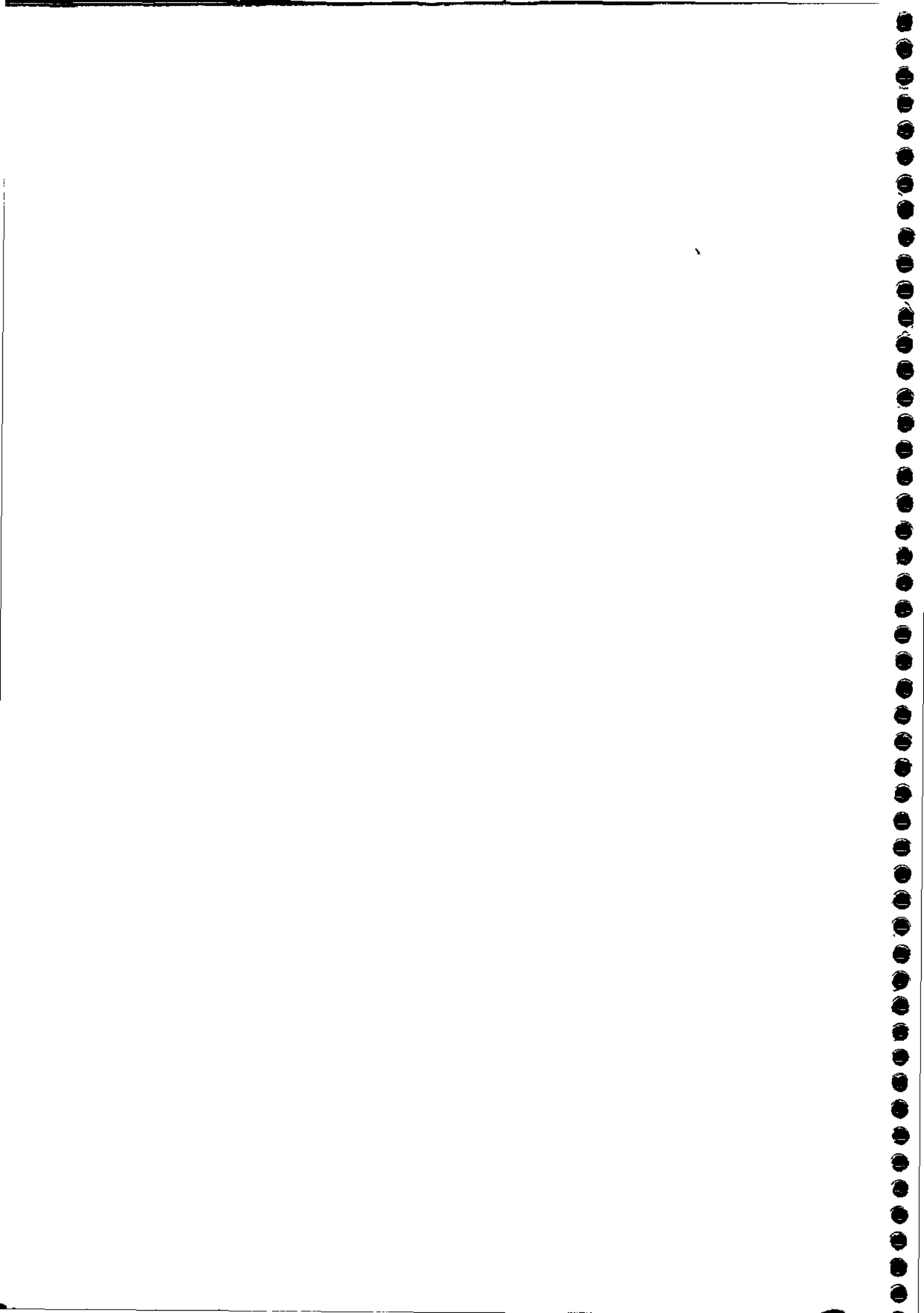
O contexto atual de nosso país reforça ainda mais a importância de agirmos de forma ética. Neste sentido, o nosso Código de Conduta Ética e nossas políticas internas refletem o nosso compromisso diante dessa realidade.

A preocupação e o cuidado com a ética na assistência à saúde devem levar em conta as múltiplas formas de relacionamento entre os agentes envolvidos e os prestadores de serviços do setor, bem como os diversos interesses e valores econômicos, oriundos do ritmo das mudanças que fazem parte do cenário atual.

As Instituições de Saúde têm outras tarefas importantes, dentre as quais está a de assegurar a existência de um modelo operacional que atenda aos mais elevados padrões éticos, sempre com lisura e responsabilidade. Tal comportamento certamente influencia positivamente as diversas atividades cotidianas, como o processo de compras, os modelos de remuneração, as iniciativas de redução de custos, a gestão do acesso à saúde, a proteção da privacidade e a segurança do paciente, além da gestão de relacionamento com o Corpo Clínico, e Governos Municipal, Estadual e Federal.

Construído com a participação das lideranças do Hospital, o presente Código reafirma o compromisso da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba em conduzir suas atividades de forma íntegra em todos seus aspectos, principalmente em relação às pessoas. Com o propósito de "Conviver e Compartilhar", estimulamos relações sociais mais justas e fraternas. Além disso, estas relações também precisam ser saudáveis, legítimas e pautadas sempre na integridade e transparência.

Ética e Governança Corporativa devem andar sempre juntas, mas a primeira é pré condição para a existência da segunda. Não existe uma boa Governança sem que haja



MENSAGEM DO DIRETOR PRESIDENTE

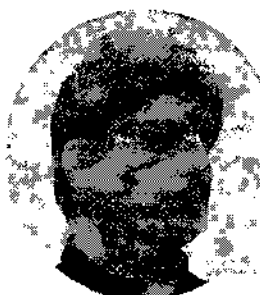
CONTINUAÇÃO



a vigência plena de princípios éticos, o que significa, por exemplo, manter um posicionamento firme contra qualquer forma de desvio de conduta que normalmente favorece a corrupção.

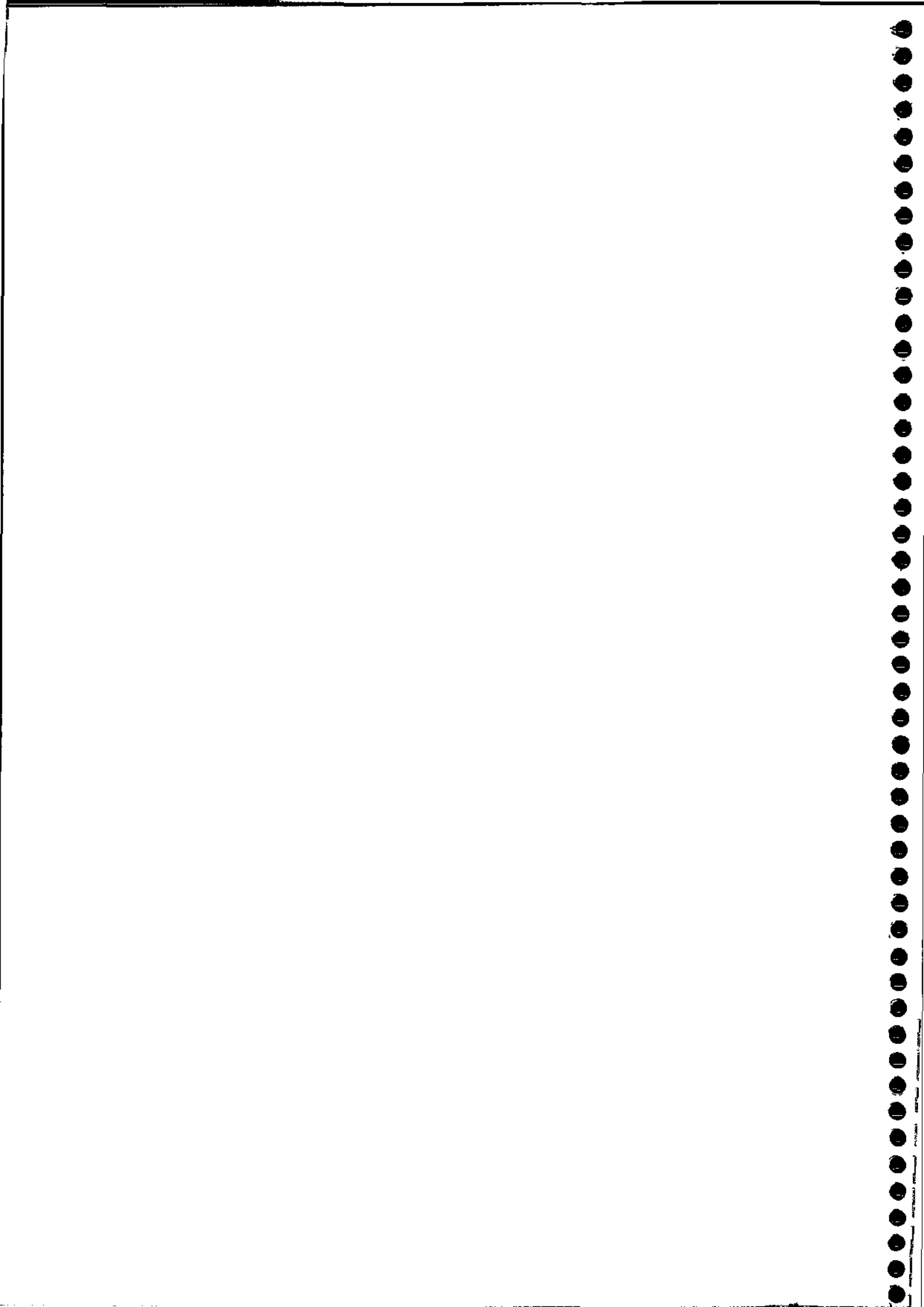
O reconhecimento da importância deste Código de Conduta Ética e a sua observância são fundamentais para o seu engajamento na vida da Instituição e para o cumprimento da nossa missão, que é servir com amor!

Conto com a colaboração, a participação e o envolvimento de todos os funcionários, prestadores de serviço, voluntários e Corpo Clínico para a adoção afetiva e efetiva deste Código de Conduta Ética, que nada mais é do que a formalização dos princípios e valores éticos que sempre foram observados pela Igreja Católica, gestora do Hospital.



PE. FLAVIO JORGE MIGUEL JUNIOR

Diretor Presidente da Irmandade da
Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba

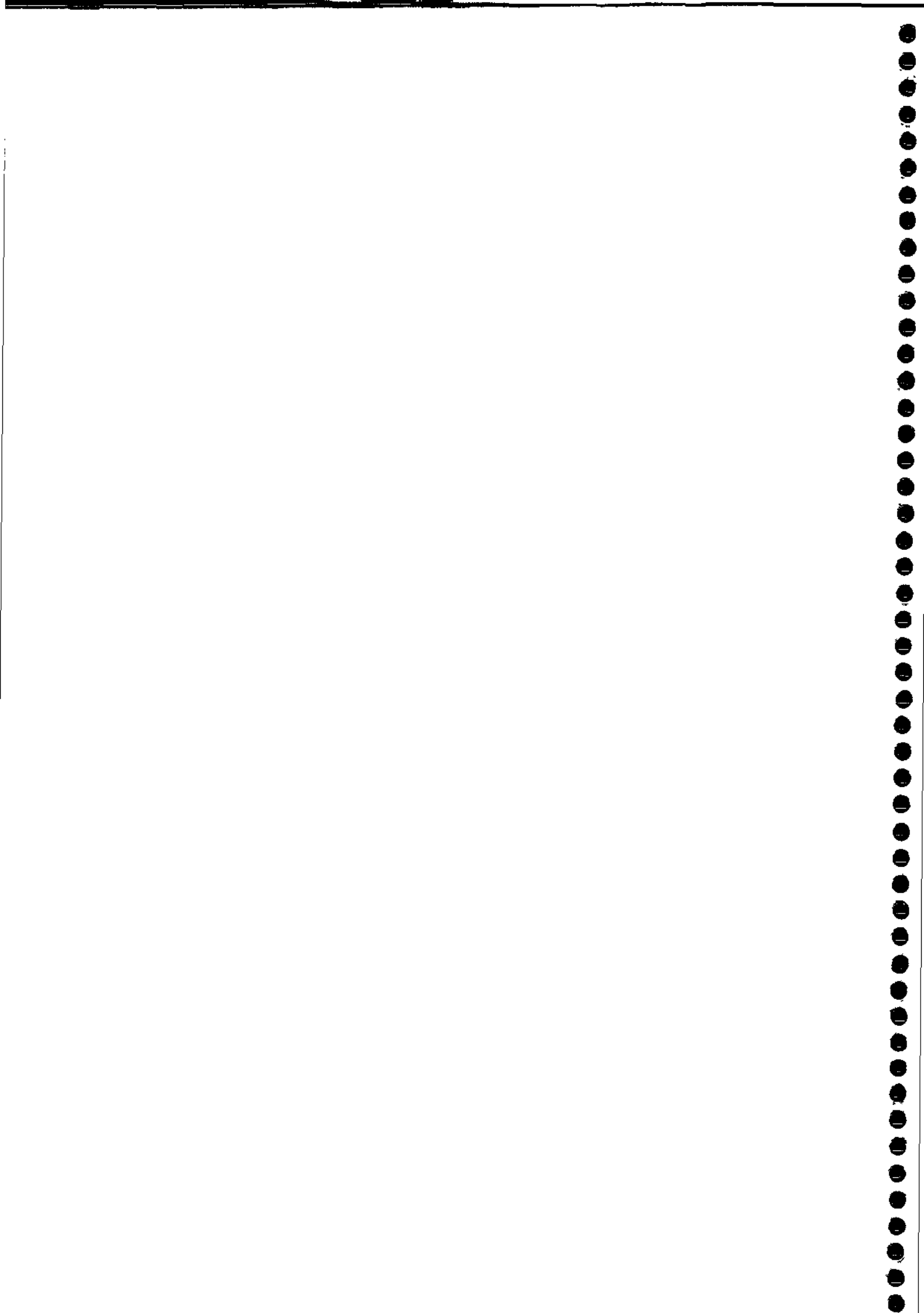


ÍNDICE



1. PRECEITO CRISTÃO.....	5
2. MISSÃO, VISÃO E VALORES.....	6
3. RESPONSABILIDADE PELO CÓDIGO DE CONDUTA ÉTICA DA SANTA CASA.....	7
4. RESPEITO COM OS PACIENTES.....	11
5. RESPEITO COM A INSTITUIÇÃO.....	13
6. RESPEITO COM O MEIO AMBIENTE E SAÚDE.....	16
7. CONFLITO DE INTERESSES.....	17
8. CONFIDENCIALIDADE E SEGURANÇA DA INFORMAÇÃO.....	19
9. INTEGRIDADE NOS PROCESSOS DE COMPRAS	23
10. FATURAMENTO.....	24
11. CONTROLE E REGISTROS DE DOCUMENTOS RELACIONADAS À INVESTIGAÇÃO DE DENÚNCIAS.....	25
12. GESTÃO DO CÓDIGO DE CONDUTA ÉTICA.....	26
13. MEDIDAS DISCIPLINARES	27

Handwritten signature or initials.



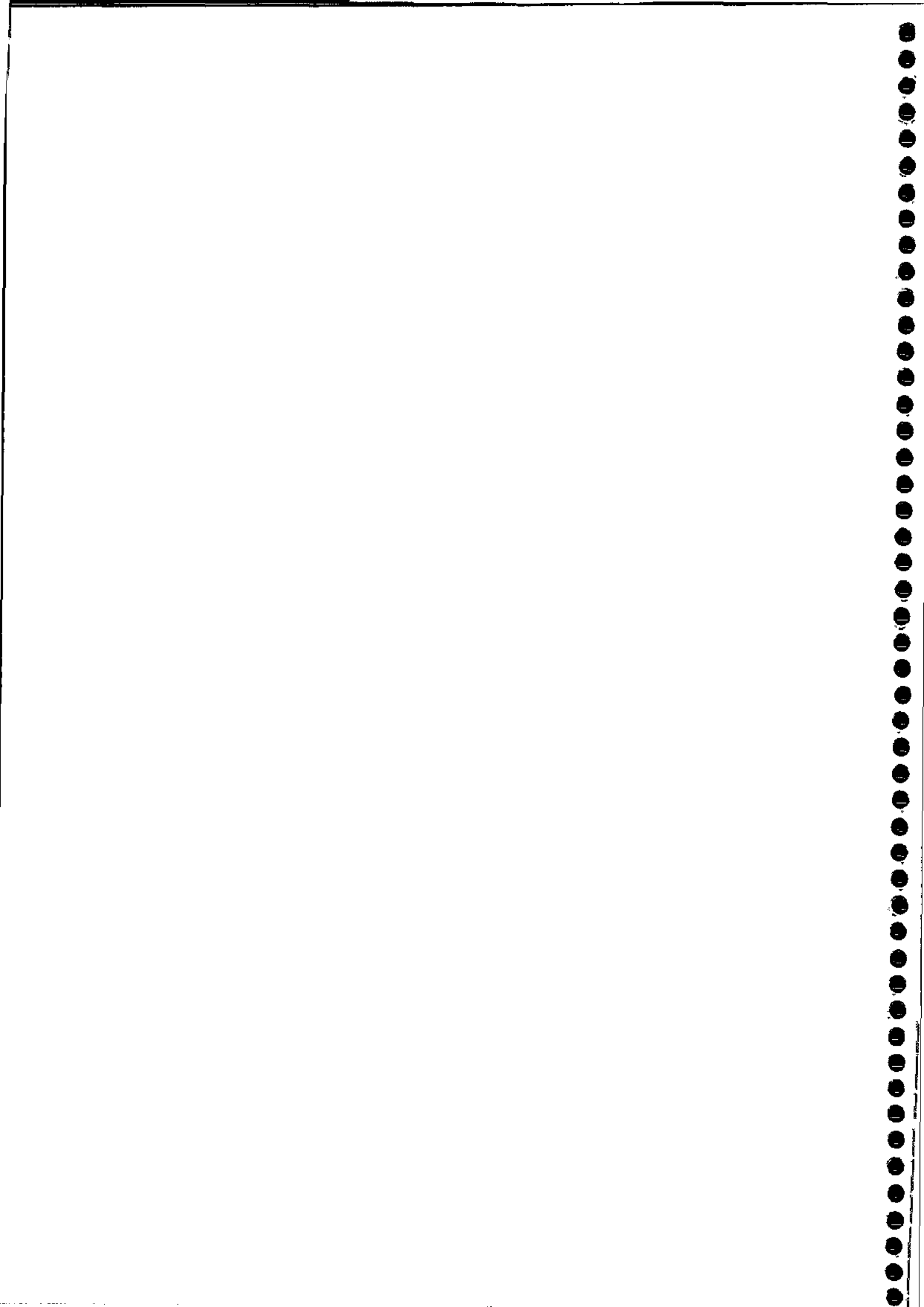
1. PRECEITO CRISTÃO



A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba, Entidade Filantrópica voltada para o cuidado da saúde, surgiu a partir da iniciativa de pessoas iluminadas por valores cristãos e humanitários, preocupadas com o bem-estar físico e espiritual dos enfermos, fato que ocorreu no ano de 1803.

Seguindo princípios éticos e morais, advindos do Cristianismo, a Irmandade compromete-se em:

1. Cuidar com amor dos pobres e doentes;
2. Tolerar e respeitar o próximo;
3. Dar vez às pessoas que não têm vez e dar voz aos que não tem voz;
4. Ser um sinal do amor de Jesus no ambiente hospitalar.



2. MISSÃO, VISÃO E VALORES



MISSÃO

Promover a saúde, prestando assistência hospitalar de excelência, conciliando técnica, humanização, responsabilidade social e ambiental.



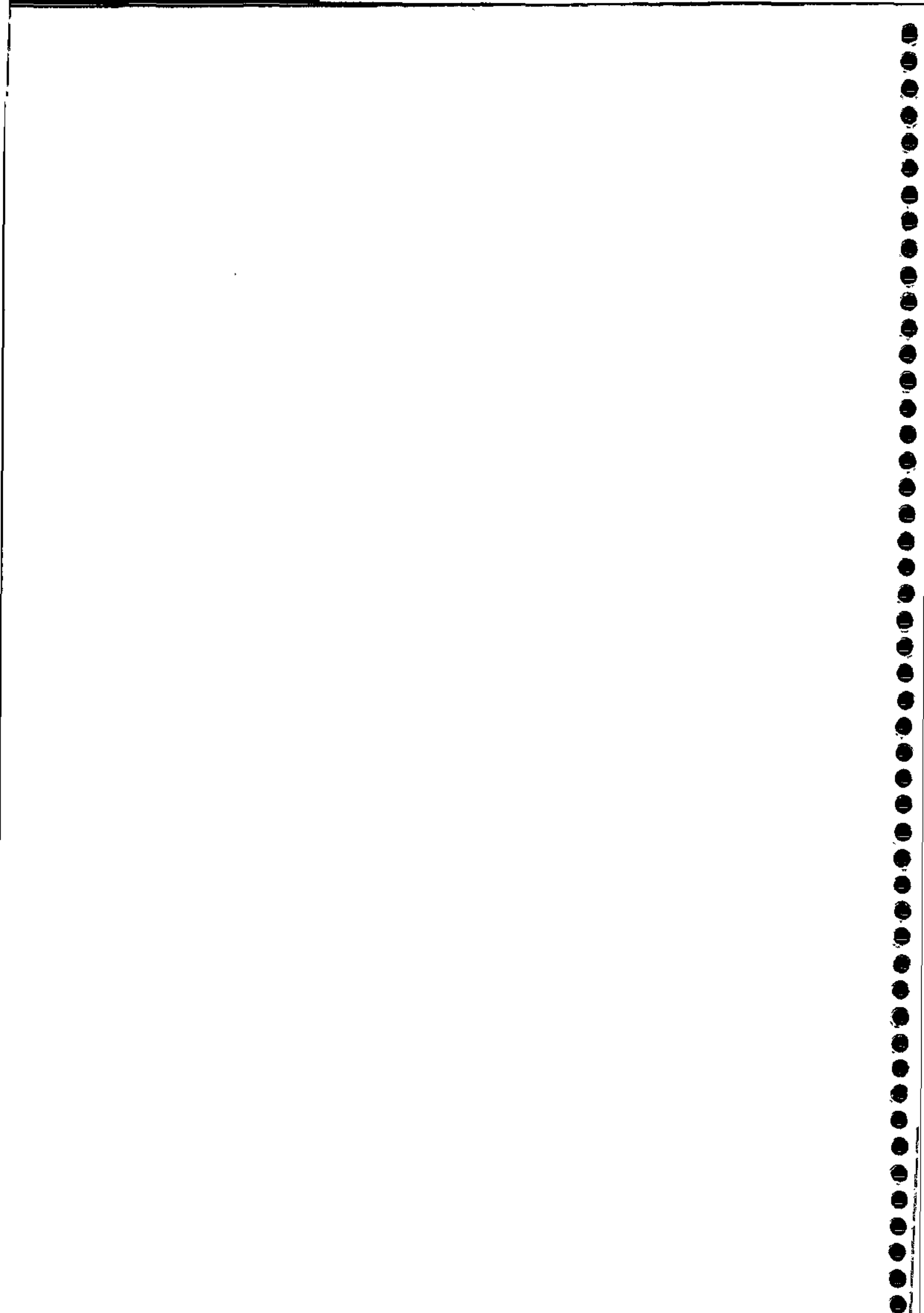
VISÃO

Ser reconhecido como hospital de excelência no sistema de saúde, referência na assistência de qualidade e no atendimento ético e humano.



VALORES

- Zelo pelos princípios e valores fundamentais da ética cristã.
- Humanização.
- Reconhecimento à dignidade natural e essencial do ser humano, servido-o respeito, acolhimento, prontidão e dedicação.
- Qualidade e segurança.
- Busca e utilização contínua das melhores práticas em saúde com foco na excelência
- Responsabilidade socio-ambiental.
- Conscientização de todas as pessoas para a adoção da sustentabilidade da natureza, em suas atividades de trabalho, como recurso vital ao ser humano.
- Transparência.
- Prestação de contas e informação contínua à sociedade das ações desenvolvidas.
- Defesa do direito à vida das pessoas desde a sua concepção até o seu fim natural.



3. RESPONSABILIDADE PELO CÓDIGO DE CONDUTA ÉTICA DA SANTA CASA

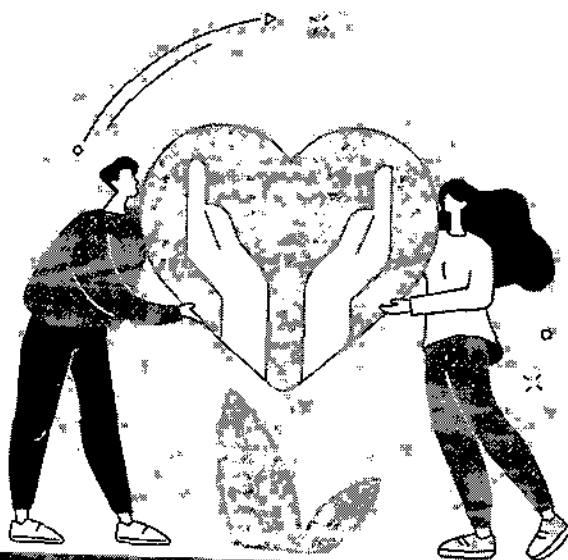


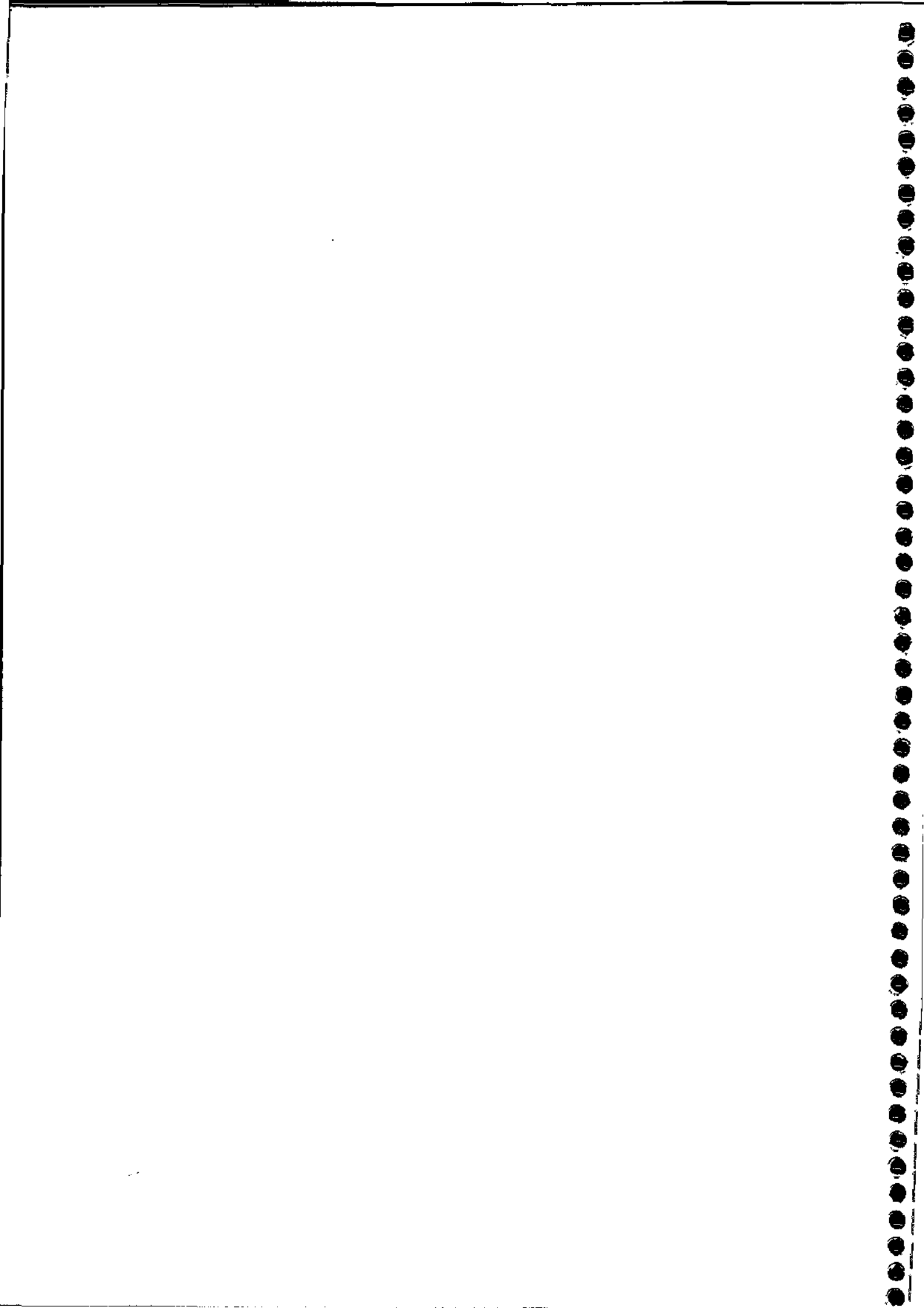
O Código de Conduta Ética da Santa Casa de Sorocaba é um documento formal que fornece diretrizes para ajudar-nos a manter padrões de comportamentos éticos elevados em nosso trabalho.

Muito mais do que um simples documento, o Código deve nortear todos os comportamentos que fazem parte de um relacionamento profissional, e ser reflexo de nossas condutas. Você participa dessas relações a partir do momento em que aceitou fazer parte da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba e por isso deve assumir tal responsabilidade.

Espera-se que, após a divulgação deste guia orientador, todos os envolvidos alinhem suas condutas com as disposições aqui contidas. Obviamente, o Código não tem condições de abordar todas as situações relativas a comportamentos éticos, dada a sua complexidade. Sendo assim, sempre que houver dúvidas, procure seu superior imediato ou responsável pela gestão da ética em seu setor, que poderá orientá-lo ou buscar respostas com outros profissionais da organização.

A compreensão de que devemos cumprir as leis vigentes no País pode parecer óbvia. É com a mesma naturalidade que este Código deve ser incorporado nas nossas relações profissionais. Por esse motivo, a partir do momento em que se toma conhecimento deste Documento, ele passa a ser da responsabilidade de todos e de cada um, individualmente.





3. RESPONSABILIDADE PELO CÓDIGO DE CONDUTA ÉTICA DA SANTA CASA



CONTINUAÇÃO

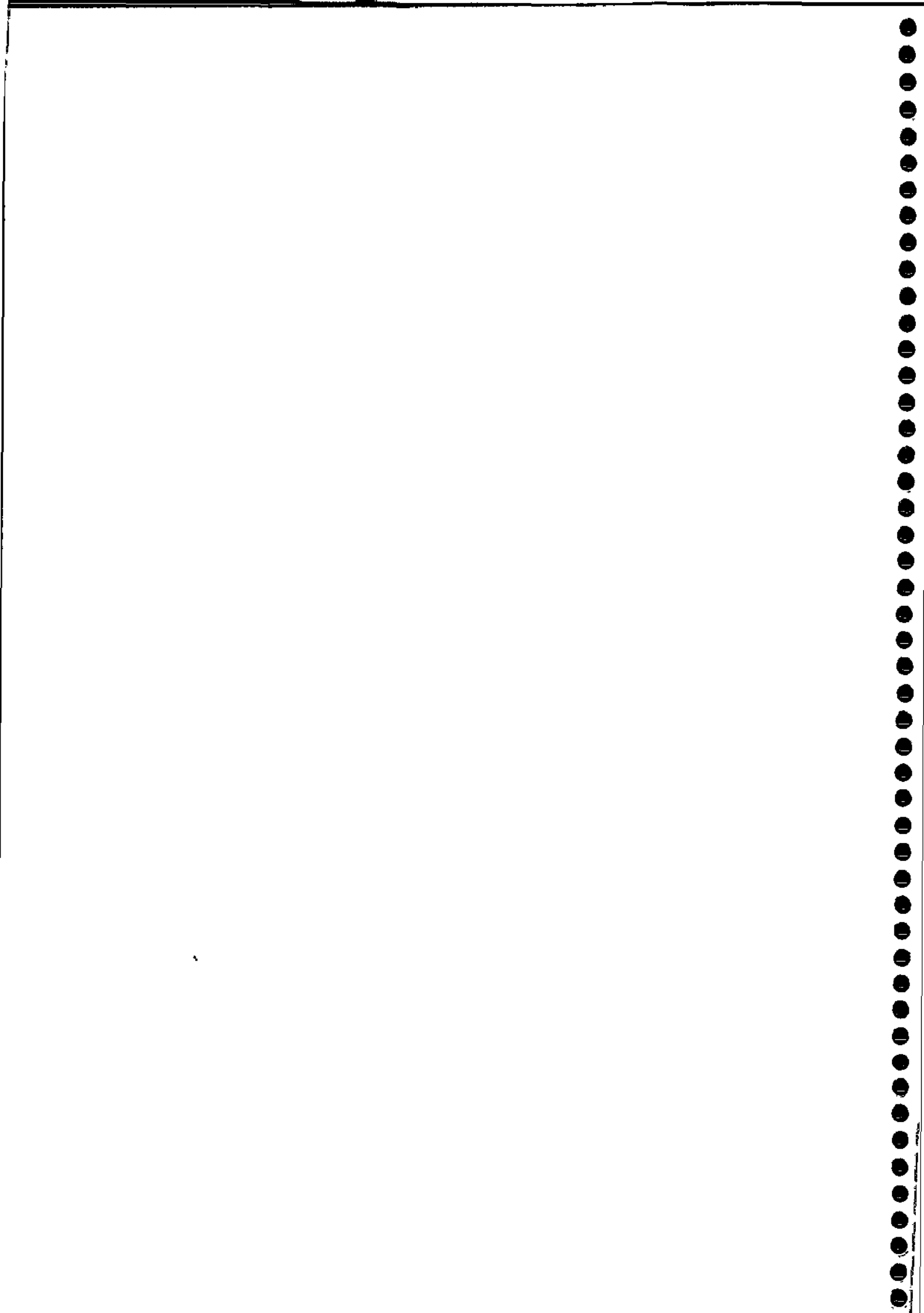
Violar este Código e suas políticas internas decorrentes poderá não apenas acarretar consequências jurídicas como também comprometer a reputação da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba. Portanto, no caso de uma conduta que entre em contradição com as diretrizes deste Documento, procure os canais de denúncia ou responsáveis pela gestão da ética da nossa Santa Casa. Conforme mencionado, seu superior imediato também poderá orientá-lo nesse caso. Não buscar o pleno esclarecimento de possíveis dúvidas ou ignorar atitudes que estejam em desacordo com este Código torna-se uma conduta inaceitável.

As diretrizes contidas neste Código de Conduta Ética, devem ser observadas por todos: Diretores, Conselheiros da Irmandade, funcionários, estagiários, jovens aprendizes e voluntários. Devem também seguir este Código de Conduta Ética, todos os profissionais que, de alguma forma, mantenham relacionamento com a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba, ou seja, médicos do Corpo Clínico aberto, profissionais das diversas disciplinas assistenciais que atuam nas equipes médicas, prestadores de serviços, fornecedores, autônomos e preceptores envolvidos na prestação de serviços à Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba ou em seu nome.

3.1 DEVERES

A Santa Casa de Sorocaba reconhece o capital humano como fator-chave para o êxito da Organização. Logo, é fundamental a manutenção de equipes preparadas, motivadas e em contínuo processo de aprimoramento profissional. Portanto, são deveres de todos os gestores, funcionários e profissionais e demais membros que atuam na Irmandade da Santa Casa:

- Zelar pela imagem e reputação da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba e sua Administração;
- Estimular o trabalho em equipe, com respeito à individualidade e à busca de consenso entre as pessoas, bem como buscar o conhecimento e preparo profissional devendo ser informado o superior imediato quando identificada a ausência de pessoa capacitada para o exercício de determinada função, sem prejuízo da busca de meios necessários e legais para superá-la;

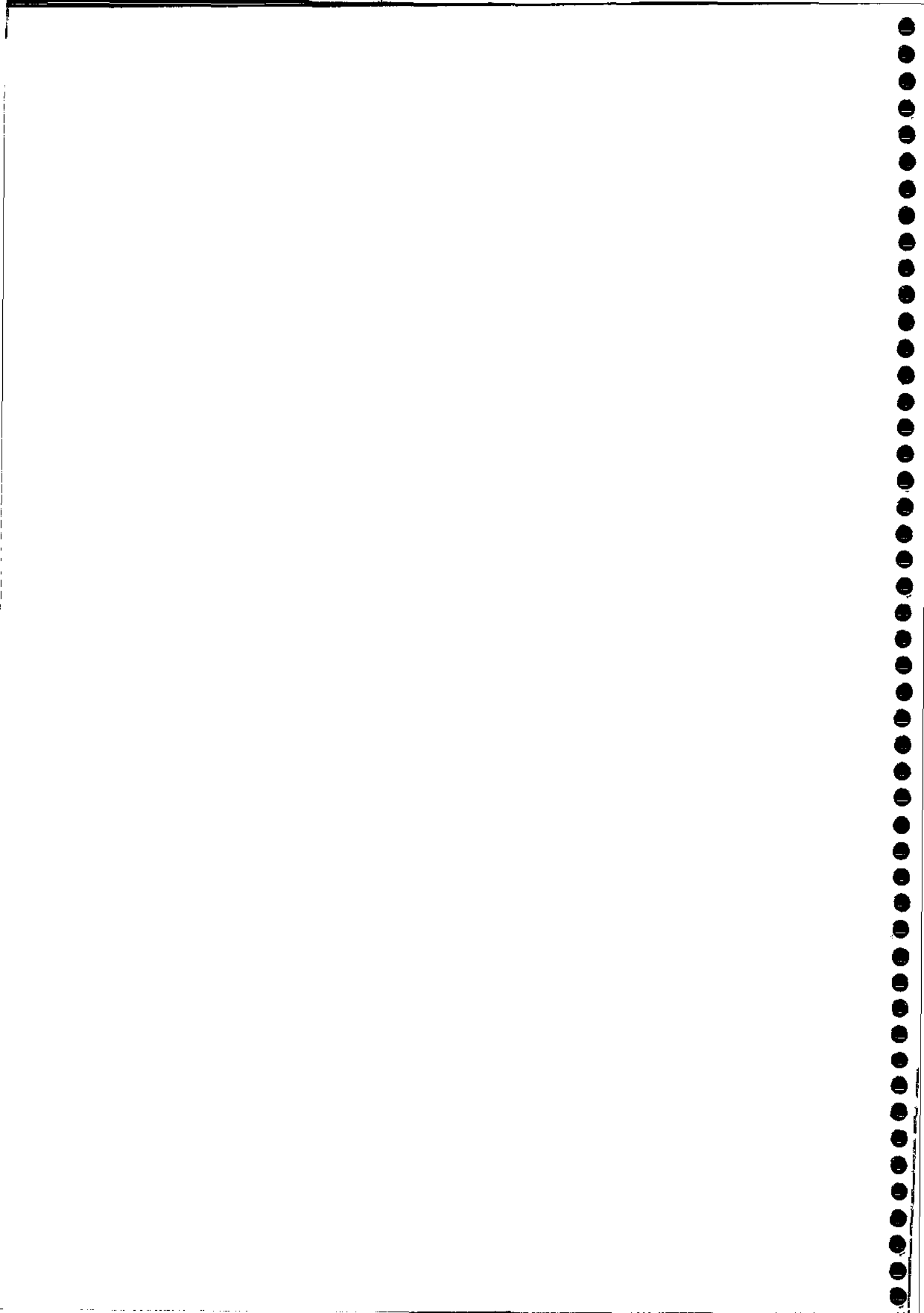


3. RESPONSABILIDADE PELO CÓDIGO DE CONDUTA ÉTICA DA SANTA CASA

CONTINUAÇÃO



- Reconhecer os erros cometidos, comunicando ao superior hierárquico o ocorrido, e usá-los como fonte de aprendizado, tendo a oportunidade de eliminar as causas e evitar sua repetição;
- Respeitar o próximo tratando-o com civilidade e polidez, mantendo o respeito mútuo, independentemente do cargo ou posição hierárquica;
- Evitar desperdícios e *mal uso de suprimentos, equipamentos, tecnologias e recursos naturais*, evitando assim prejuízo de materiais e tempo;
- Não caluniar, injuriar, difamar ou ridicularizar dirigentes, funcionários e prestadores de serviços da Instituição;
- Ser criterioso com sua conduta em ambientes públicos e nas Redes Sociais, agindo com prudência e zelo em circunstâncias de sua atividade profissional, não expondo negativamente a imagem da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba, nem mesmo expor conteúdo sigiloso, da rotina de trabalho ou conteúdo que não está autorizado a divulgar por se tratar de informação institucional;
- Durante o período de trabalho, utilizar o tempo para atividades laborais do Hospital, evitando o acesso ao celular (especialmente Whatsapp e redes sociais) para uso pessoal ou como uma forma de entretenimento, exceto no intervalo intrajornada e horários de descanso;
- Portar-se corretamente, evitando participar de ações que ocasionem desentendimentos, desgastes e antipatias entre os outros funcionários e demais prestadores de serviço;
- Abster-se peremptoriamente de atos que possam ser interpretados como abuso de poder, constrangimento moral e assédio sexual;
- Obedecer aos Princípios e aos valores da Instituição, bem como às suas políticas, normas e diretrizes, enquadrando-se nos parâmetros estabelecidos.



3. RESPONSABILIDADE PELO CÓDIGO DE CONDUTA ÉTICA DA SANTA CASA

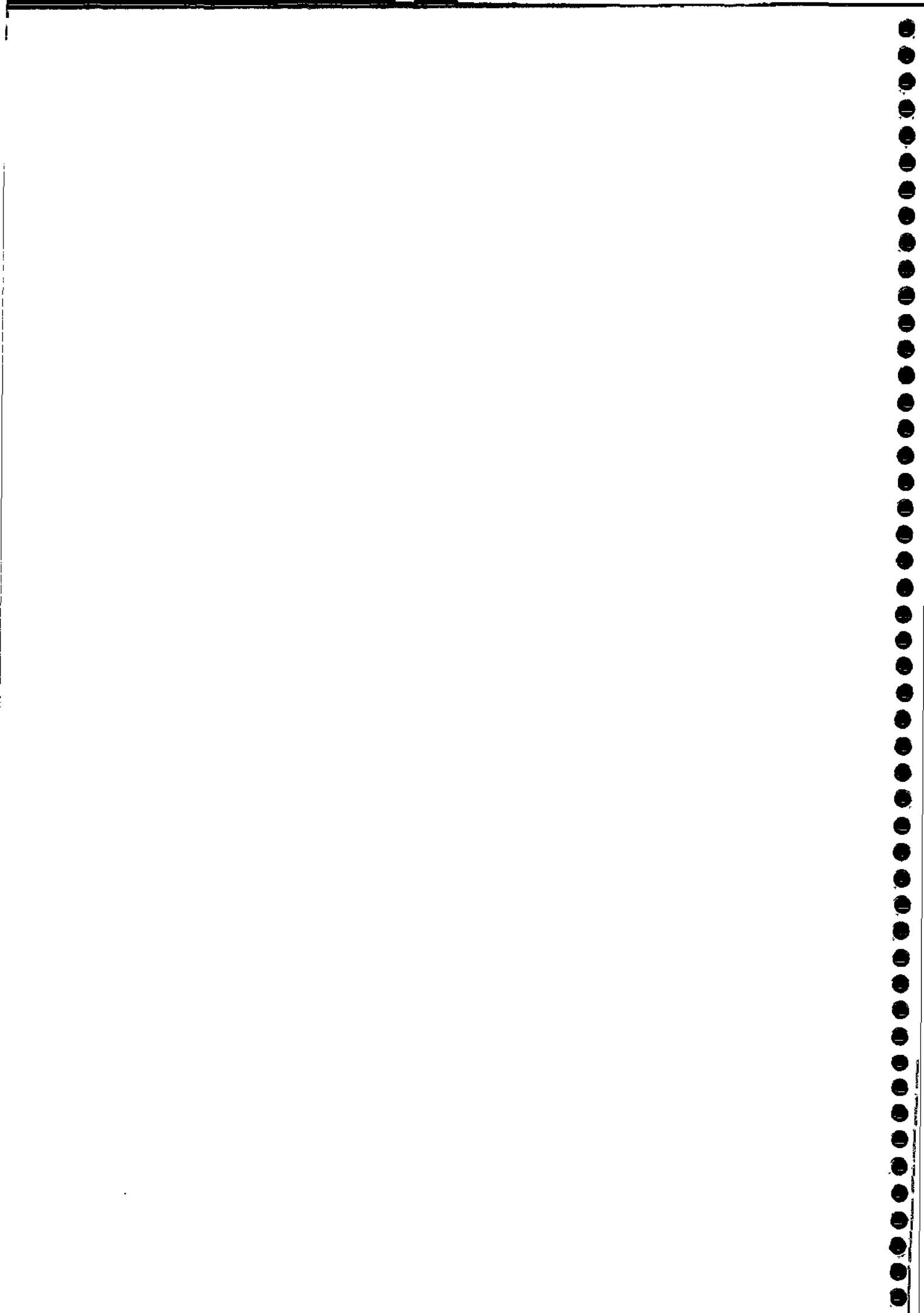


CONTINUAÇÃO

3.2 DIREITO E RESPEITO COM OS FUNCIONÁRIOS

- A todos os funcionários e profissionais de saúde da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba, são assegurados os direitos instituídos em Leis, normas e norma coletiva, que garantam a liberdade de associação, privacidade, jornadas de trabalho e remuneração, bem como demais legislações que assegurem direitos fundamentais e sociais;
- Compete à Diretoria promover ações que propiciem um ambiente de trabalho seguro a todos, visando proteger seus funcionários e profissionais, prevenindo riscos inerentes ao trabalho. Em razão disso, se espera que todos relatem quaisquer preocupações e/ou violações às regras de segurança e bem-estar;
- Todos os funcionários e profissionais têm assegurado o direito de serem tratados com respeito e dignidade, bem como de terem oportunidade de crescimento profissional. Não é permitida nenhuma forma de trabalho forçado, infantil ou compulsório, discriminação, ameaça, coerção, abuso ou assédio no ambiente de trabalho da Santa Casa;
- Todos têm o direito de participar do processo político partidário, desde que fora do Hospital e do horário de trabalho e dentro das regras do Estatuto Social da Irmandade.

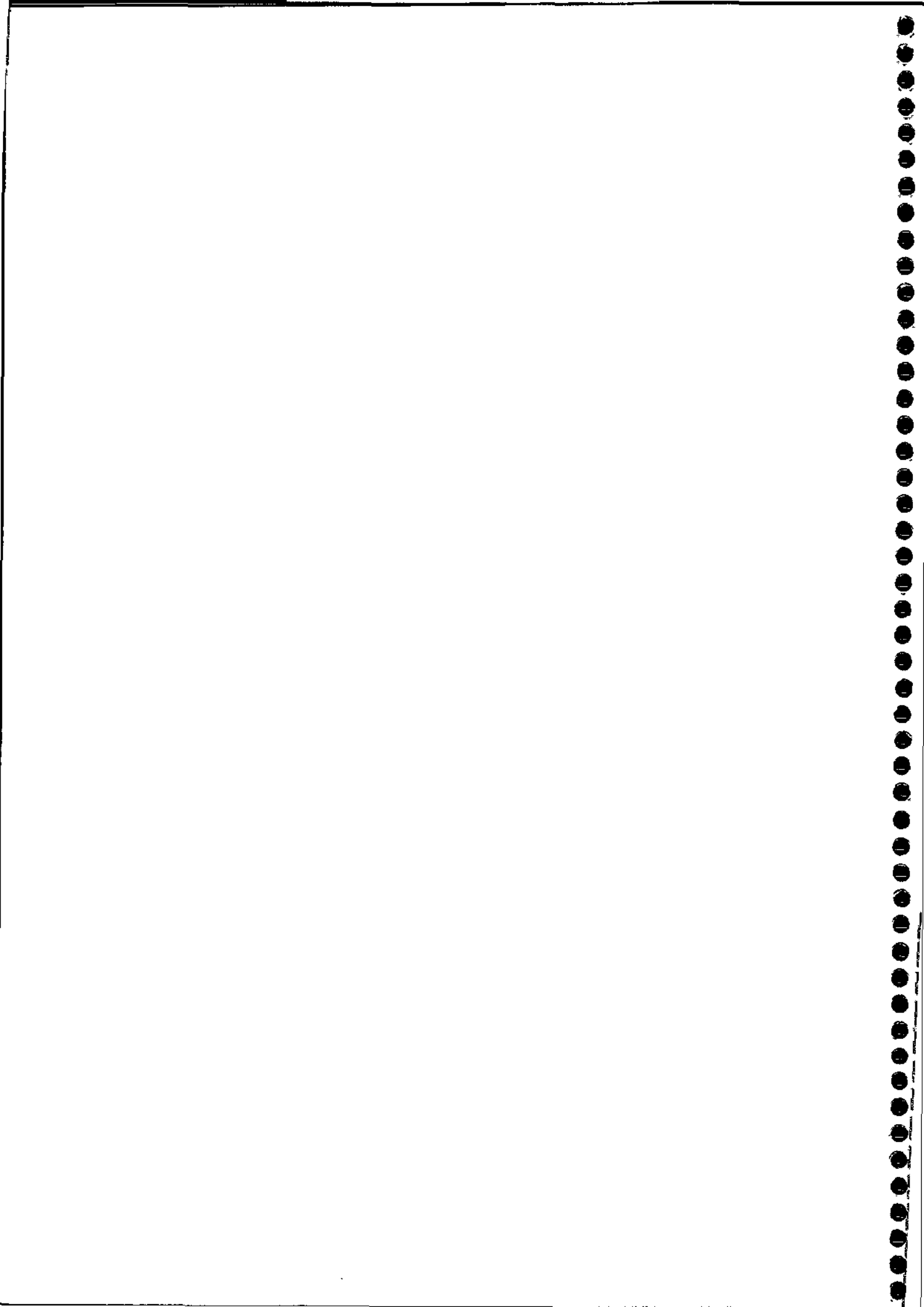




4. RESPEITO COM OS PACIENTES



- 4.1 Tratar todos os pacientes com educação, humanização, respeito, gentileza, compreensão, empatia e caridade. Este também deve ser o espírito no relacionamento entre os funcionários, profissionais de saúde, terceiros, prestadores de serviços e voluntários;
- 4.2 Os funcionários e profissionais *devem agir com equidade, ou seja, respeitando a necessidade de cada um e as peculiaridades de cada caso, provendo uma assistência singular, cuja qualidade não varie em função de características pessoais. Portanto, não discriminar as pessoas sob qualquer forma, seja por etnia, idade, sexo, religião, filosofia, capacidade física ou intelectual, origem e condição socioeconômica, orientação sexual, saúde mental ou física, comportamento, local de origem, valores culturais ou posição política;*
- 4.3 Os médicos e equipes de enfermagem devem procurar passar informações claras aos pacientes e seus familiares sobre o serviço ou tratamento realizado ou que vier a ser realizado ao paciente, com a certeza de que compreenderam o que foi dito, objetivando que as informações sejam brevemente passadas assim que disponíveis, de acordo com o fluxo de atendimento.
- 4.4 Os funcionários e profissionais devem lavar continuamente as mãos e utilizar álcool gel para higienização, sempre que necessário, preferencialmente na presença do paciente ou familiar, bem como seguir as normas de medicina e segurança do trabalho dentre outras aplicáveis;
- 4.5 Os profissionais de saúde devem agir com discrição, solicitando apenas as informações necessárias para melhor tratamento dos pacientes;
- 4.6 Os médicos e equipe de enfermagem devem dar assistência no tempo adequado, no intuito de reduzir esperas e atrasos, por vezes prejudiciais àqueles que recebem os cuidados, tais como as visitas médicas e altas, que devem ser feitas no período da manhã, para maior agilidade na rotatividade de leitos;
- 4.7 Nos casos de realização de cirurgia compete ao médico cirurgião *conversar com o paciente antes da indução anestésica, se possível ainda no quarto, bem como cabe ao médico ir pessoalmente comunicar à família, informando o procedimento e as condições clínicas do paciente. Em caso de cancelamento da cirurgia, o médico também deverá avisar o paciente e familiares;*

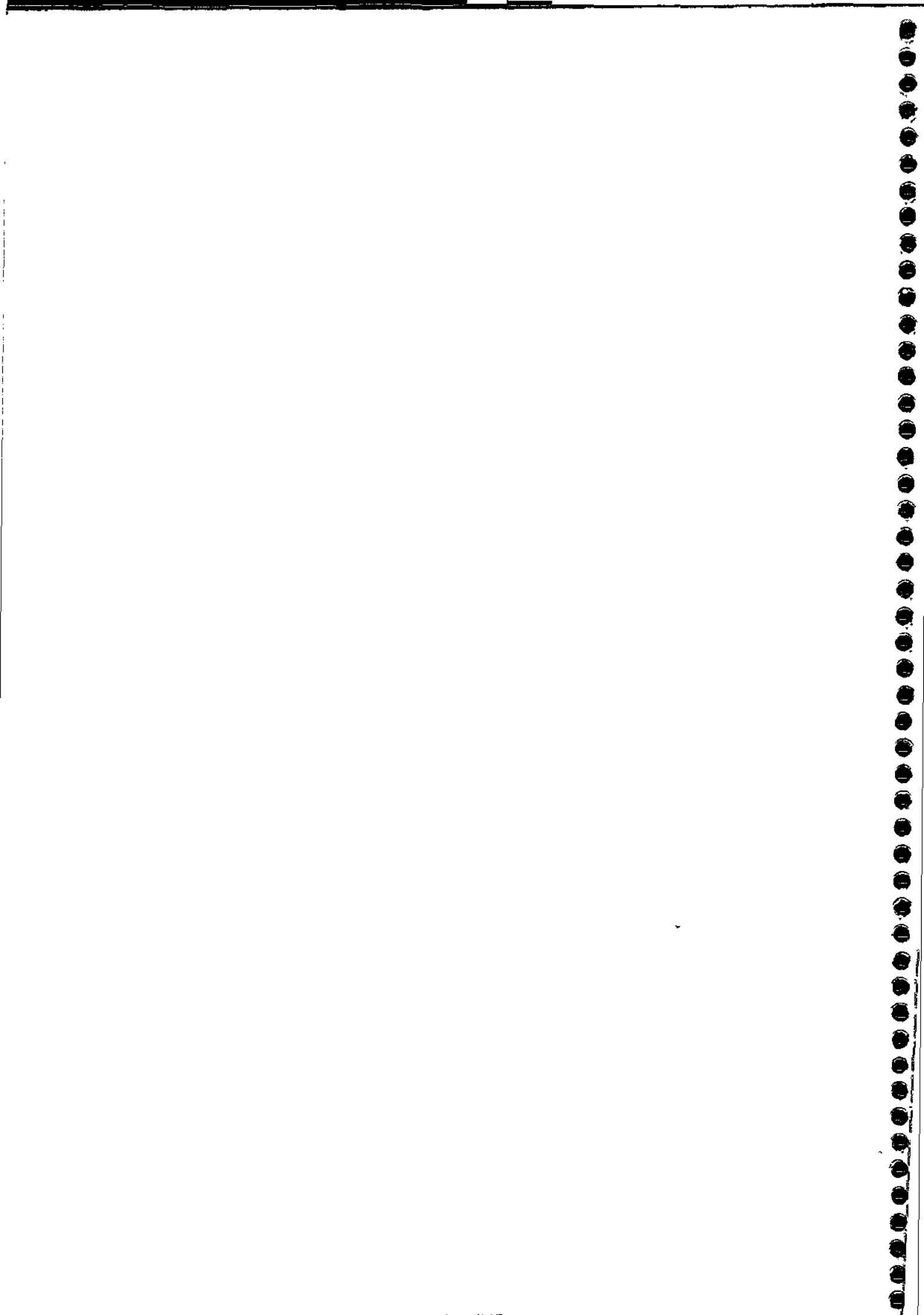


4. RESPEITO COM OS PACIENTES

CONTINUAÇÃO



- 4.7 Nos casos de realização de cirurgia compete ao médico cirurgião conversar com o paciente antes da indução anestésica, se possível ainda no quarto, bem como cabe ao médico ir pessoalmente comunicar à família, informando o procedimento e as condições clínicas do paciente. Em caso de cancelamento da cirurgia, o médico também deverá avisar o paciente e familiares;
- 4.8 Os funcionários e profissionais de saúde devem se apresentar ao trabalho trajando roupas e sapatos adequados, seguindo rigorosamente as *normas da Instituição*, abolindo o uso de adornos, tais como: anéis, brincos, pulseiras, entre outros, respeitando as normas aplicáveis;
- 4.9 Em virtude do sigilo das informações contidas no prontuário, o acesso ocorrerá com base nas autorizações legais e normativas, incluindo o acesso a resultado de exames;
- 4.10 Os funcionários e profissionais de saúde devem se apresentar ao paciente e acompanhante, portando obrigatoriamente o crachá Institucional, informando seu nome, categoria profissional e definindo o papel a ser desempenhado no cuidado do paciente;
- 4.11 A Santa Casa de Sorocaba se compromete a adotar os mais rigorosos procedimentos para a proteção das *informações dos pacientes*, nos termos da Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados) dentre outras normas aplicáveis. Essa medida é necessária para que os *pacientes sintam-se confortáveis* em dividi-las com os profissionais da Santa Casa, possibilitando que a Equipe de cuidado tome sempre as melhores decisões. Todas as *informações de paciente* são confidenciais, sejam elas referentes a dados pessoais ou ao estado de saúde, visto que relacionadas ao seu prontuário;
- 4.12 A Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba e seus profissionais não permitirão qualquer tipo de comportamento que possa ofender a integridade física, moral ou psíquica de qualquer indivíduo. Esse comportamento inclui, mas não se limita ao assédio sexual, assédio moral, agressão física ou qualquer outro tipo de ação ofensiva.



5. RESPEITO COM A INSTITUIÇÃO

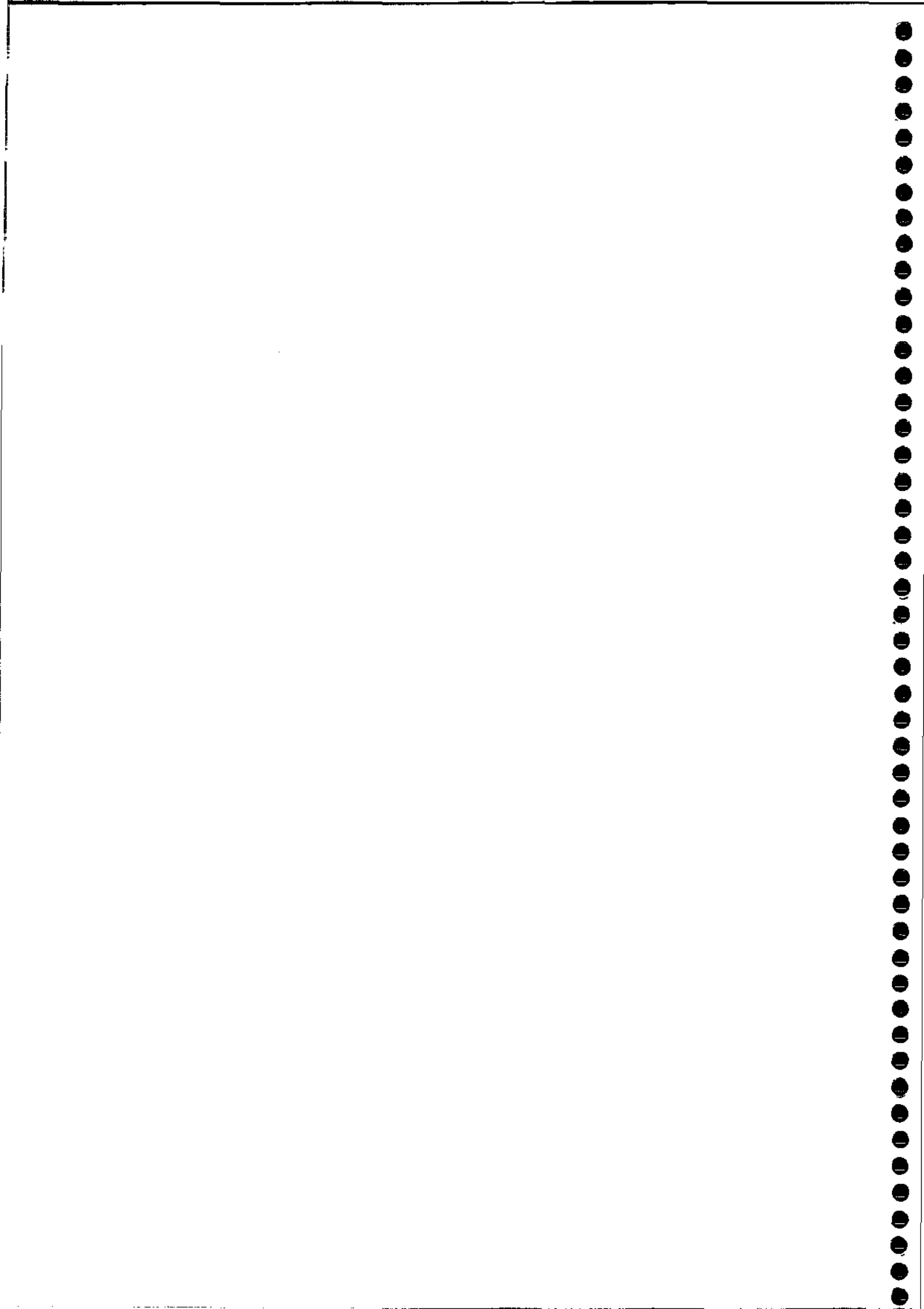


5.1 Transparência: todas as atividades e decisões da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba e de seus profissionais, no exercício de suas funções, serão tomadas e conduzidas de forma íntegra e transparente, resguardando os melhores interesses da Santa Casa e de acordo com a legislação brasileira em vigor, com as disposições previstas neste Código de Conduta Ética, assim como com as demais políticas e normas internas da Irmandade. Importante assinalar que, havendo conflito de interpretação do presente Código, prevalecerá a legislação vigente. Além do mais, fica estabelecido que:

- Todas as principais decisões devem ser fundamentadas e registradas em Ata ou processo interno;
- Todos os despachos ou manifestações de quaisquer equipes, sejam da administração, sejam de médicos, devem ser formalizadas por meio eletrônico ou em letra legível;
- Para resguardar os direitos da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba, deve-se oficializar os órgãos e entidades públicas ou particulares por meios eletrônicos ou físicos oficiais, sendo que em todos os casos deverão ser arquivados todos os documentos de envio e recebimento para fins de protocolo. Havendo aplicativo de mensagem (Ex: whatsapp), deve-se arquivar o print da conversa e arquivar para fins de protocolo.

5.2 Combate à Corrupção: a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba e seus funcionários e profissionais de saúde não permitirão o pagamento ou o recebimento de qualquer forma de propina, suborno ou qualquer outra vantagem indevida, dentro ou fora do Brasil. A simples promessa também será interpretada como um ato indevido. Além disso:

- Todos os pagamentos efetuados ou recebidos pela Irmandade ou por seus funcionários e profissionais de saúde, no exercício de suas funções na Santa Casa, deverão estar expressamente previstos em contrato;



5. RESPEITO COM A INSTITUIÇÃO

CONTINUAÇÃO



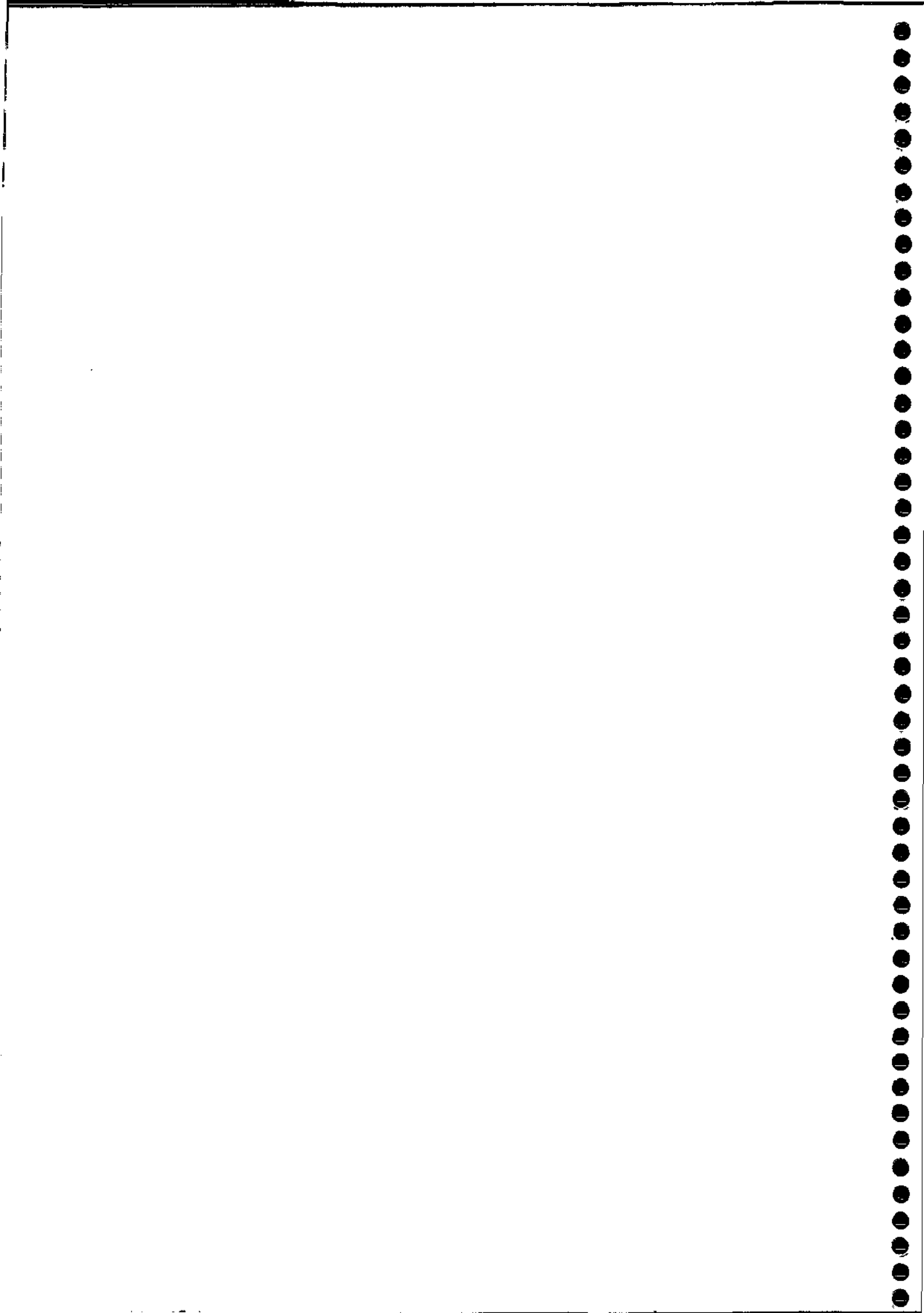
• **Vantagens Indevidas:** Para fins deste Código de Conduta Ética, serão consideradas "Vantagens Indevidas" quaisquer tipos de vantagens prometidas, oferecidas ou dadas a qualquer pessoa, especialmente a um agente público ou a um terceiro relacionado a este, em troca de benefício ou expectativa de benefício. Tal vantagem não se limita a pagamentos em dinheiro, podendo incluir, por exemplo, presentes, refeições, entretenimento, hospitalidade, viagens, descontos e ofertas de emprego.

5.3 Fraude: todas as condutas dos funcionários e profissionais devem estar pautadas pela transparência, boa-fé e integridade. Independentemente de gerar benefícios à Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba ou aos pacientes, condutas fraudulentas realizadas pelos funcionários e profissionais de saúde não são admitidas.

5.4 Equipamentos, recursos, insumos e patrimônio: os funcionários e os profissionais deverão utilizar racionalmente os equipamentos, recursos e insumos da Santa Casa, de modo a evitar desperdícios e, única e exclusivamente, para realização de atividades diretamente relacionadas à Santa Casa. O uso para propósitos ilegais, não relacionados à Instituição, para obtenção de benefícios pessoais, prejuízo de outrem e/ou financiamento de atividades políticas, é terminantemente proibido. Compete ainda a cada funcionário e profissional zelar pelo patrimônio do Hospital e os bens que nele se encontram, colaborando para que não sejam objeto de dano, furto ou uso inadequado.

5.5 Doações, patrocínios e parcerias: todas as doações, patrocínios e parcerias efetuadas ou recebidas pela Santa Casa ou por seus funcionários e profissionais, em nome da mesma, deverão ser documentados rigorosamente. Além disso:

• As doações feitas à ou pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba, sejam elas para fins de pesquisa, de assistência à saúde, de educação, de filantropia ou para qualquer outra finalidade, devem ser atos descomprometidos, sem a geração de qualquer tipo de vantagem ou contrapartida material;



5. RESPEITO COM A INSTITUIÇÃO

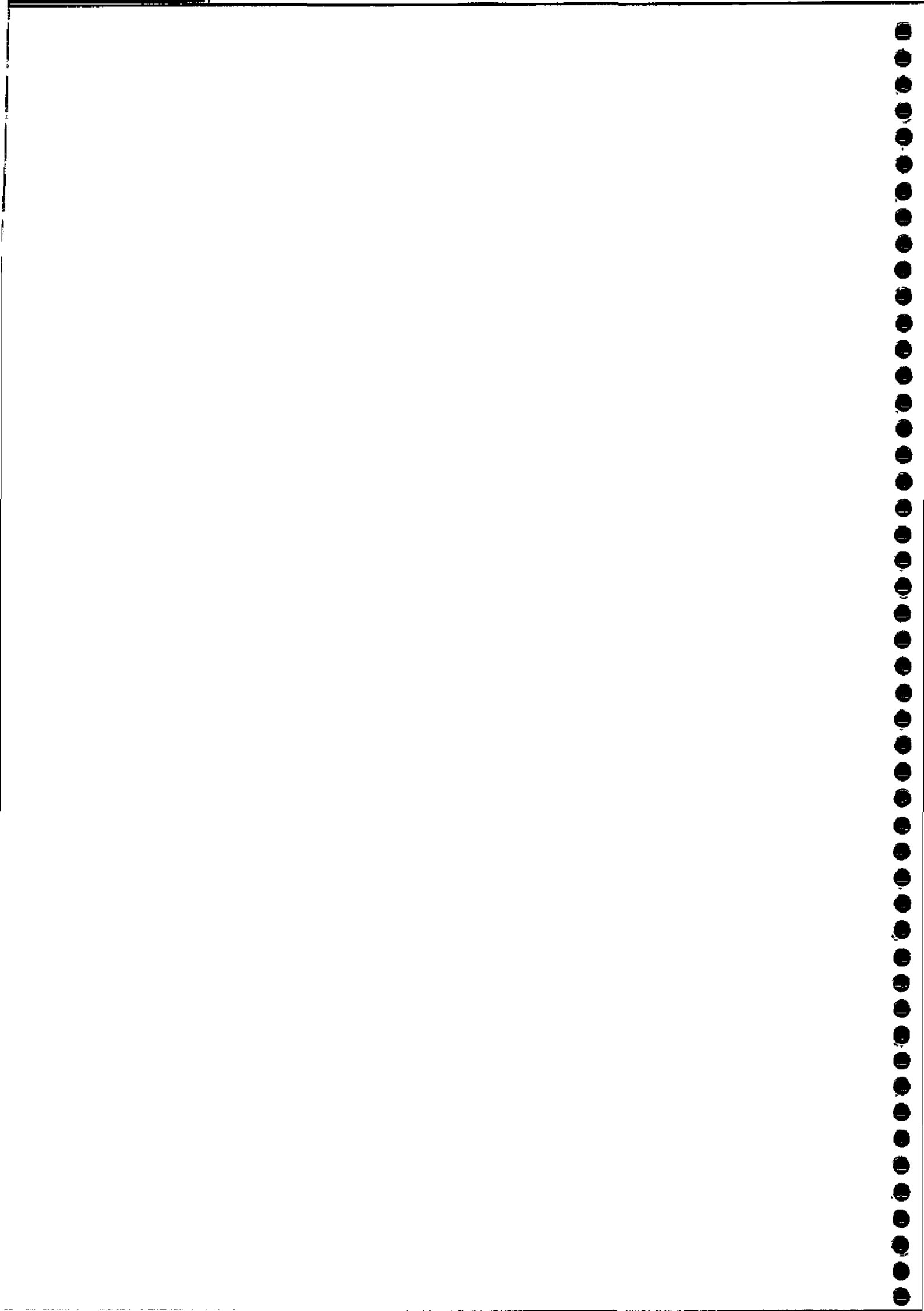
CONTINUAÇÃO



- As doações devem sempre ser recebidas e gerenciadas pela Irmandade, que manterá os registros dos valores recebidos de forma apropriada e com todas as informações necessárias para fins de prestação de contas;
- Patrocínios e parcerias, da mesma forma, devem ser sempre realizados, recebidos ou pagos conforme diretrizes documentadas, e as contrapartidas devem estar detalhadas e explícitas em contrato formalmente firmado entre as partes. É vedado qualquer benefício ao patrocinador que não esteja devidamente expresso no contrato de patrocínio;
- Qualquer colaborador, conselheiro ou voluntário que seja abordado por entidades ou pessoas interessadas em oferecer doações, ou realizar patrocínios e parcerias com a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba, deve direcionar a solicitação para a Diretoria e/ou para o Departamento de Doações.

5.6 Controles financeiros e contábeis: a Irmandade da Santa Casa e seus funcionários e profissionais comprometem-se a controlar as operações financeiras realizadas, evitando que recursos sejam desviados ou utilizados para fins indevidos. Além disso, comprometem-se a realizar a manutenção de um sistema de registro contábil que reflita de forma completa e precisa todas as transações realizadas. Contratos, notas fiscais, relatórios, faturas e todos os outros documentos relacionados à contratação de bens e serviços deverão sempre corresponder à realidade do que foi contratado.

5.7 Proteção de dados e confidencialidade: a Irmandade da Santa Casa de Sorocaba e seus funcionários e profissionais de saúde deverão seguir as disposições da Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados), bem como demais normas aplicáveis. Ainda, deverão tratar como *confidencial* qualquer dado ou informação que não seja pública e/ou cuja divulgação não tenha sido autorizada pela pessoa a quem se refere ou, ainda, pela Instituição. A obrigação de confidencialidade deverá permanecer mesmo após o desligamento ou descredenciamento do funcionário e demais profissionais que possuíam algum tipo de relação de trabalho, efetivo ou mesmo voluntário, com a Santa Casa.



6. RESPEITO COM O MEIO AMBIENTE



6.1 A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba e seus funcionários e profissionais comprometem-se a cumprir a legislação ambiental e sanitária, além das políticas e normas internas do Hospital, bem como na preservação do meio ambiente;

6.2 A gestão ambiental da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba deve objetivar o desenvolvimento sustentável por meio do descarte adequado de resíduos e o consumo racional de recursos;

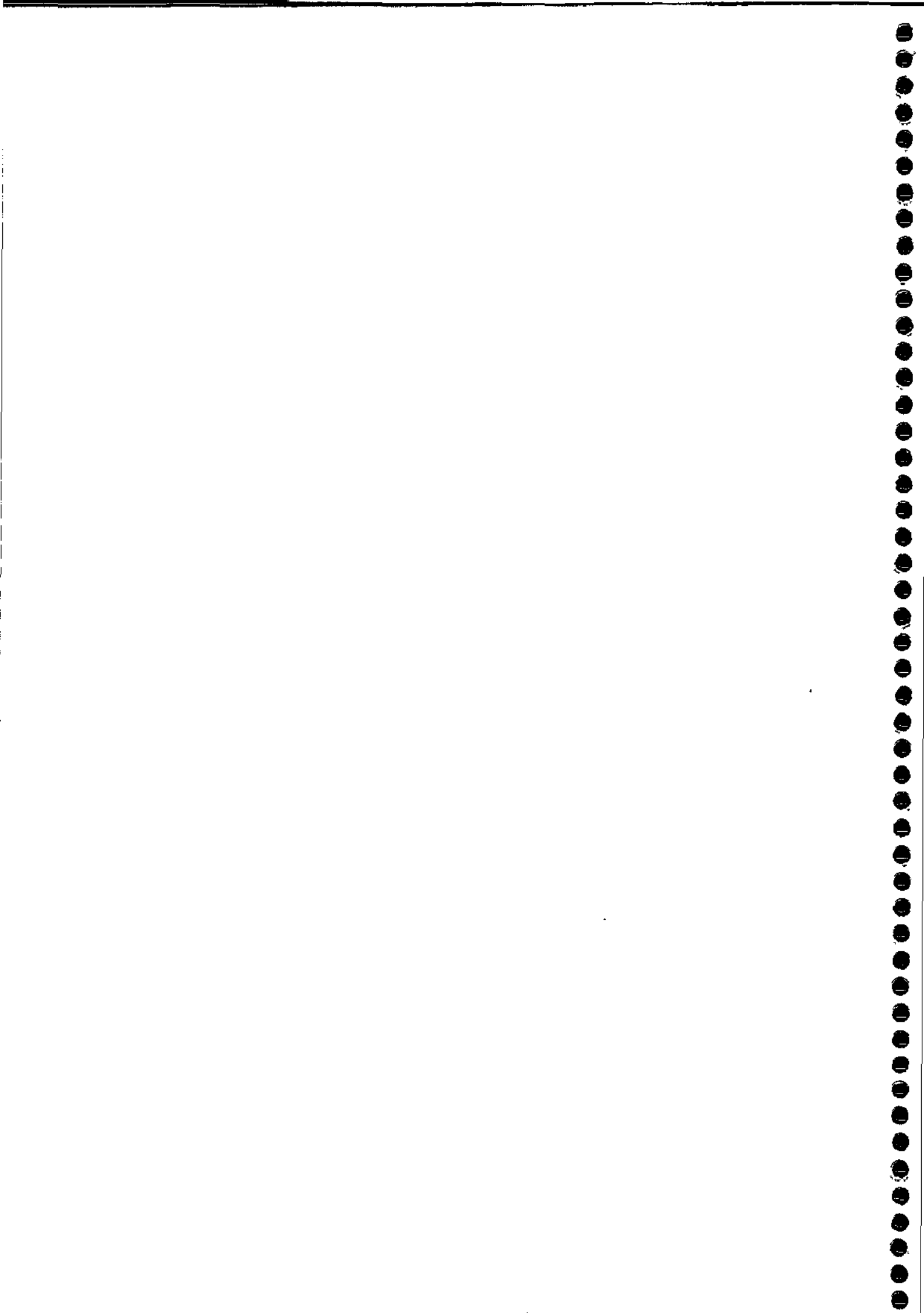
6.3 A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba preza pela segurança dos seus funcionários e profissionais, bem como a de Terceiros e dos Voluntários, e determina que eles promovam esforços para cumprir todas as normas de segurança do trabalho e medicina do trabalho;

6.4 Os funcionários e profissionais da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba não trabalharão sob o efeito de drogas ilícitas ou do álcool. Tal prática é passível de caracterização de falta grave, nos termos da legislação vigente. O fumo de tabaco, por sua vez, só será permitido nas áreas externas, fora do Hospital e no intervalo intrajornada;

6.5 A Irmandade da Santa Casa de Sorocaba não permitirá o acesso às suas dependências de pessoas portando armas de fogo, armas brancas ou qualquer outro dispositivo inflamável ou explosivo que possa colocar em risco a vida das pessoas, exceto se trazido por pessoas autorizadas para o desempenho da sua função.



Handwritten signature or initials.

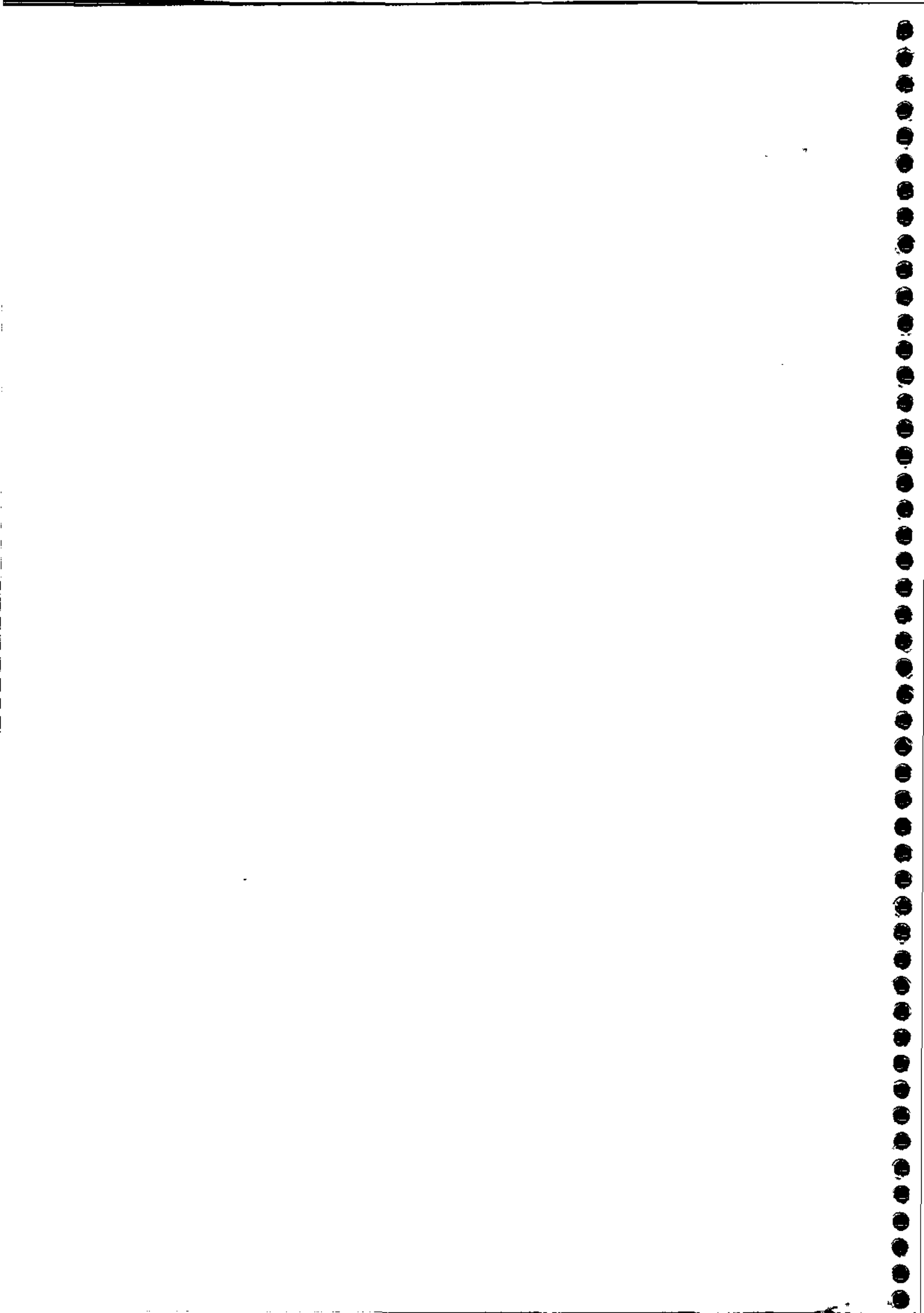


7. CONFLITO DE INTERESSES



Conflito de interesses é toda situação na qual um funcionário ou profissional, esposa, filho, demais parentes ou pessoas próximas, possuam interesses profissionais ou pessoais que tornem difícil o cumprimento com imparcialidade por parte do funcionário e do profissional, das suas obrigações com a Irmandade, ainda que nenhum ato antiético ou impróprio resulte dele. Embora não seja possível listar todas as situações ou relações que possam constituir um conflito de interesses, podemos exemplificar:

- Utilizar as instalações, os equipamentos, materiais de escritório ou quaisquer outros recursos ou direitos da Irmandade da Santa Casa, para seu benefício pessoal ou de Terceiros;
- Usar informações privilegiadas, obtidas em função de sua posição na Irmandade e no Hospital, para benefício pessoal ou ganhos diretos ou indiretos;
- Utilizar tempo que contratualmente deveria ser dedicado à Santa Casa para fins particulares, mesmo que científicos ou acadêmicos, desde que estranhos ao seu trabalho;
- Estabelecer ou manter relação de sociedade, formal ou informal, com fornecedores ou concorrentes;
- Contratar ou influenciar na contratação de bens ou serviços de empresas de propriedade ou em que trabalhem familiares (cônjuge, pais ou filhos). Influenciar a contratação ou contratar funcionários que sejam familiares como moeda de troca com a Santa Casa;
- Relação de subordinação entre familiares diretos (por exemplo: marido e esposa, pais e filhos). Quando houver vínculo familiar entre funcionários e demais profissionais que façam parte da mesma equipe, sem subordinação, isto deve ser declarado ao Departamento de RH e ao gestor imediato para que avaliem o risco de conflitos de interesses e possam recomendar ações preventivas;
- Quando houver questionamento quanto à existência ou não de um potencial Conflito de Interesses, este deve ser levado para análise da Diretoria.



7. CONFLITO DE INTERESSES

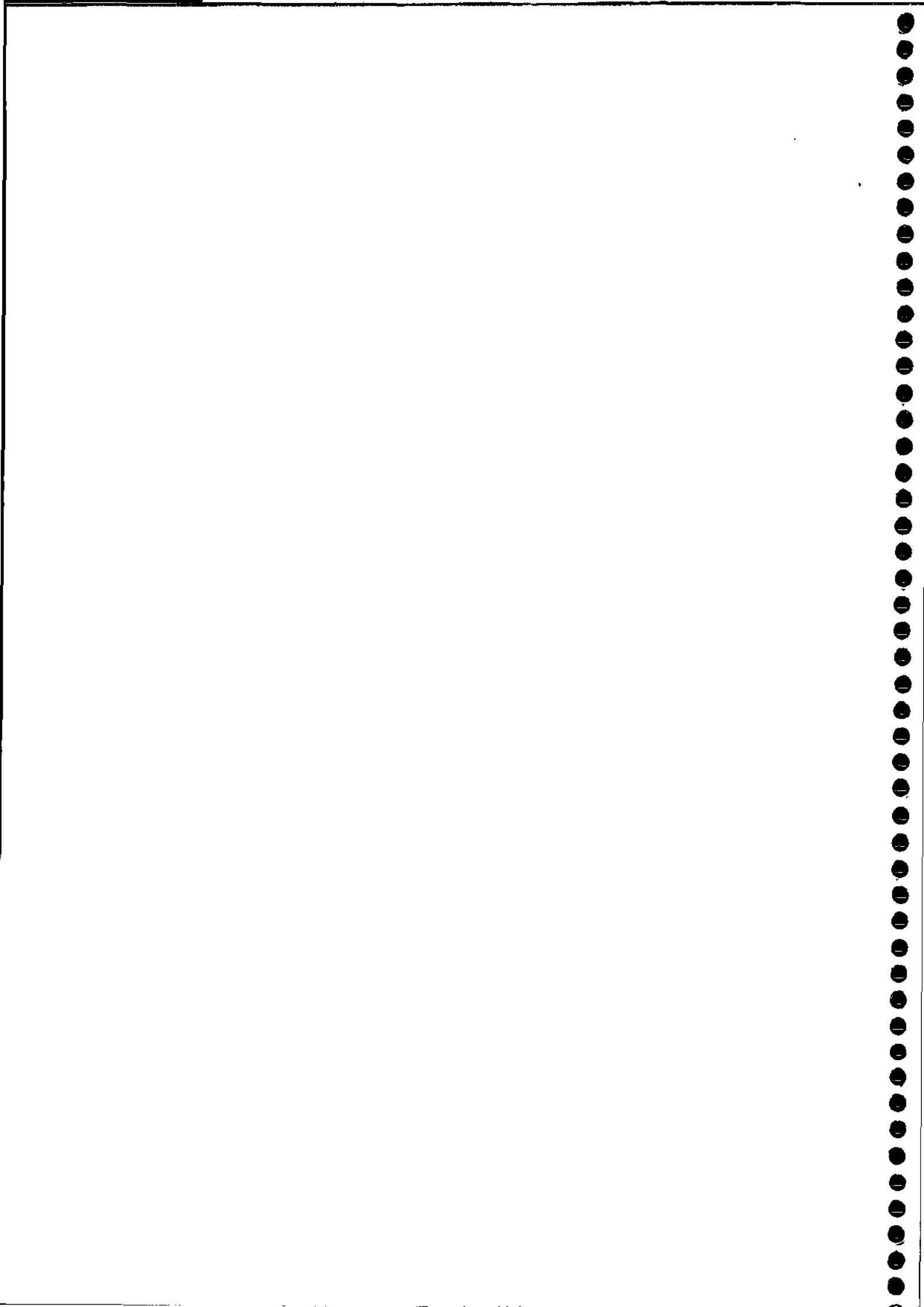
CONTINUAÇÃO



A Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba e seus funcionários e profissionais comprometem-se a conduzir o relacionamento com os Terceiros de forma ética e transparente, resguardando os melhores interesses da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia e de acordo com a legislação vigente, com as disposições previstas neste Código de Conduta Ética, assim como com as demais políticas e normas internas pertinentes.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba e seus funcionários e profissionais devem garantir que a contratação de Terceiros como fornecedores de bens ou serviços, seja feita de forma imparcial, prevalecendo sempre a escolha com base *tanto em especificações técnicas, bem como no custo-benefício* que melhor atenda às necessidades do Hospital.

Tanto os *pagamentos efetuados ou recebidos pela Santa Casa* ou por seus funcionários e profissionais, no exercício de suas funções no Hospital, deverão estar expressamente previstos em contrato e/ou refletir de forma completa e precisa uma transação lícitamente realizada.



8. CONFIDENCIALIDADE E SEGURANÇA DA INFORMAÇÃO



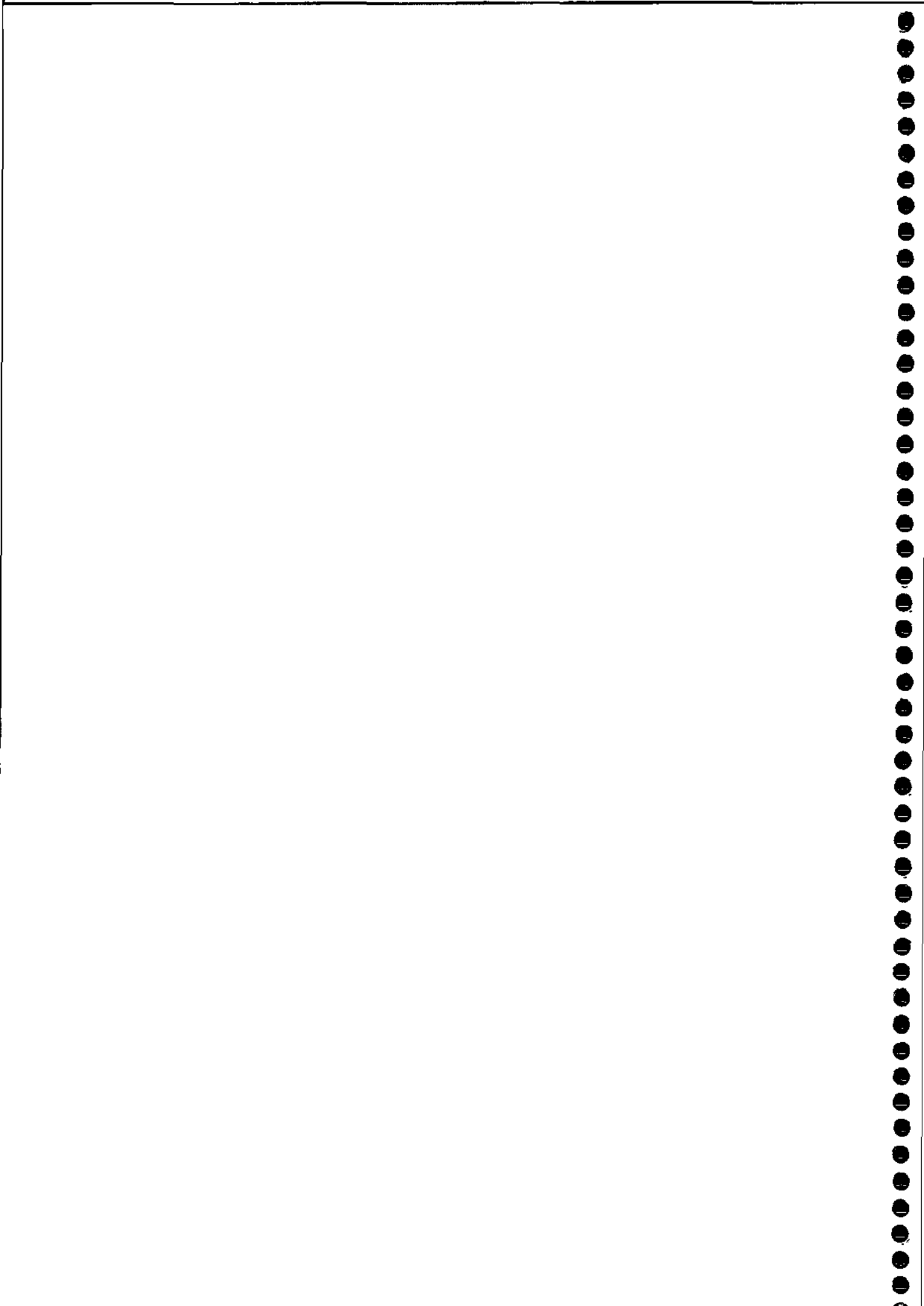
Consideram-se informações confidenciais os dados e informações do Hospital, de pacientes, funcionários, estudantes, etc., dados técnicos e comerciais sobre serviços, objetivos e estratégias de negócios e de comercialização, orçamentos anuais, planejamento de curto, médio e longo prazo, resultados de pesquisas, dados estatísticos, financeiros e contábeis, bem como quaisquer outras informações ou dados que estejam vinculados ou relacionados com o interesse empresarial da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba.

I) Normas a serem observadas:

- Manter a confidencialidade sobre qualquer informação sigilosa ou estratégica da Santa Casa. Somente pessoas autorizadas podem fornecer informações dessa natureza a Terceiros também autorizados;
- Cumprir sigilo ético em relação a todos os documentos e informações dos funcionários e profissionais da Santa Casa. Prontuários ocupacionais dos funcionários devem ser acessados apenas por pessoas autorizadas;
- Continuar cumprindo as regras de sigilo e confidencialidade, mesmo após o término do vínculo de trabalho com a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba;
- Não fornecer informações sigilosas ou estratégicas da Santa Casa a Terceiros, sem a devida autorização;
- Em caso de dúvidas sobre confidencialidade de alguma informação, procure seu gestor imediato, o Departamento Jurídico ou a Área de Comunicação.

II) Segurança da Informação

Para a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba, a informação é um bem valioso que deve ser utilizado, gerenciado e protegido adequadamente. Integram esse ativo todos os conhecimentos técnicos e tecnológicos (publicações, relatórios e demais informações confidenciais) que garantem a qualidade dos nossos serviços. Todos os funcionários, profissionais, parceiros e fornecedores são responsáveis pela segurança da informação na Irmandade.



8. CONFIDENCIALIDADE E SEGURANÇA DA INFORMAÇÃO



Para tanto devem ser seguidas as seguintes práticas:

- Utilizar computadores, redes, entradas USB, internet, e-mails, impressões, e demais recursos de acordo com a Política de Segurança da Informação;
- Utilizar computadores, impressoras, softwares e equipamentos de informática da Santa Casa, e seus respectivos recursos de rede, somente para serviços da Instituição, salvo mediante a autorização prévia do gestor imediato;
- Apresentar à Área de Tecnologia da Informação todo e qualquer equipamento pessoal (computador ou mídia externa), para que seja cadastrado e verificado se está apto à utilização dentro do ambiente de trabalho;
- Não instalar ou utilizar em equipamentos da Instituição cópia ilegal de software ou cópia pertencente a si próprio ou a Terceiros;
- Não transmitir softwares sem licença por meio dos sistemas da Instituição;
- Não compartilhar credenciais individuais, como logins, senhas e crachás;
- Não enviar imagens de processos, equipamentos ou maquinário da Instituição por e-mail, sem prévia autorização;
- Todos os funcionários, profissionais parceiros e fornecedores são responsáveis pela segurança da informação da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba;
- Todo funcionário e profissional deve estar ciente de que o ambiente da Instituição, os sistemas e recursos de TI, são monitorados de acordo com as diretrizes de regulação e legislação aplicáveis. O acesso a determinados sites é restrito a cargos de nível estratégico e gerencial.





III) Propriedade Intelectual

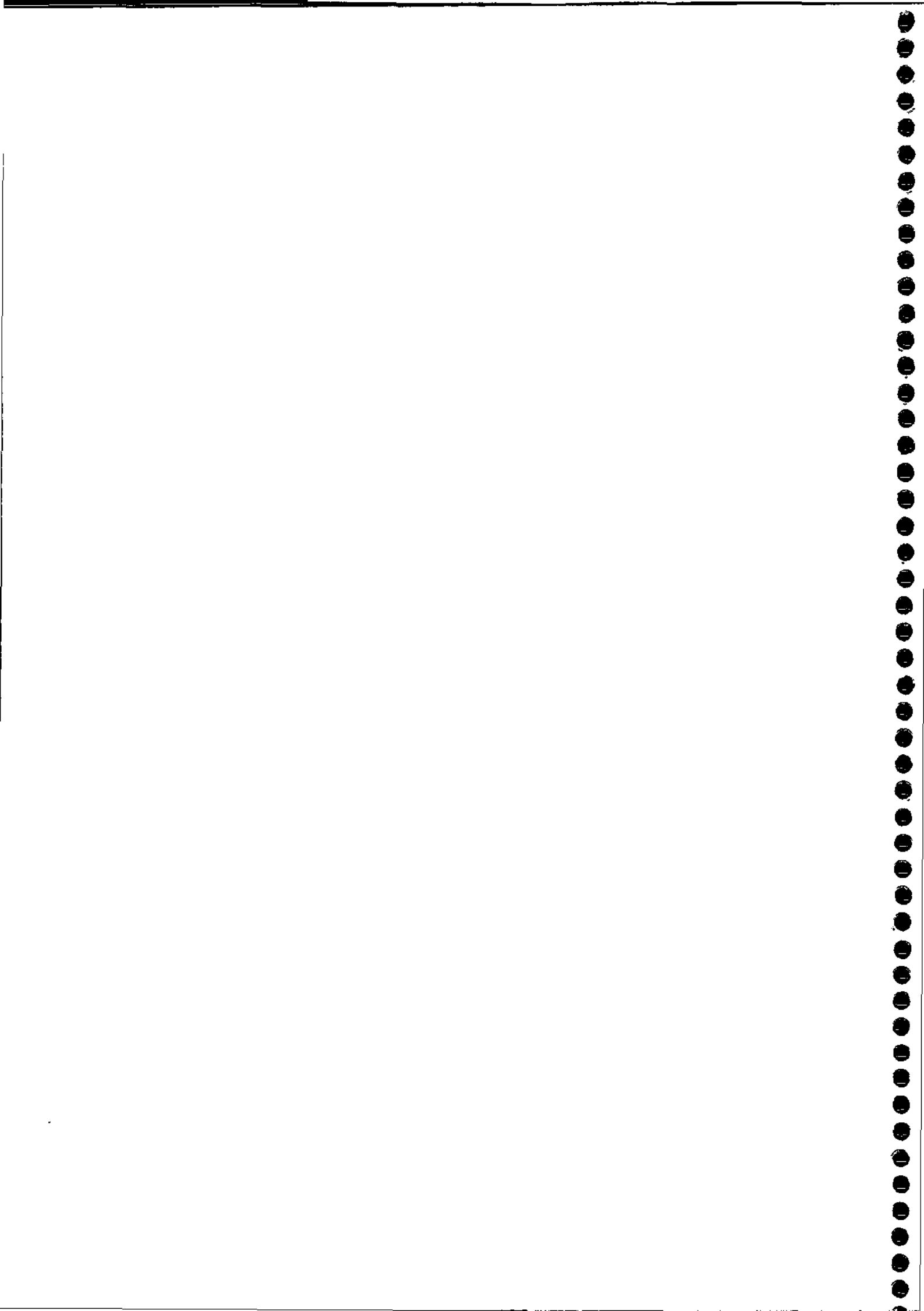
Todas as informações, tecnologias e propriedades intelectuais, incluindo todos os materiais criativos, programas, processos, estratégias, procedimentos e demais documentos desenvolvidos ou solicitados, pertencem à Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba, e a ela são atribuídos todos os direitos que possa ter sobre a Propriedade Intelectual.

Toda Propriedade Intelectual permanecerá com a Instituição após o encerramento do vínculo contratual e relação com qualquer parte interessada, sendo autorizado o aperfeiçoamento e manutenção do título de tal propriedade. Para tal, funcionários, profissionais parceiros e fornecedores cedem os direitos patrimoniais decorrentes dos direitos de autoria, salvo se houver previsão contratual adversa.

- São vedadas fotos ou filmagens dos ambientes internos - bem como de pessoas - sem a devida autorização da Diretoria e/ou da Área Corporativa de Comunicação;
- É vedado reproduzir, distribuir ou alterar materiais relacionados à Irmandade e serviços por ela prestados sem a prévia autorização do gestor responsável pela Área;
- Todos os funcionários, mesmo após seu desligamento, têm o dever de zelar pela marca e imagem da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba, guardando sigilo sobre todas as informações confidenciais a que tiveram acesso, bem como as informações confiadas à Instituição por clientes, parceiros, fornecedores e demais prestadores de serviços, salvo aquelas que forem notoriamente de domínio público.

IV) Utilização de Redes Sociais

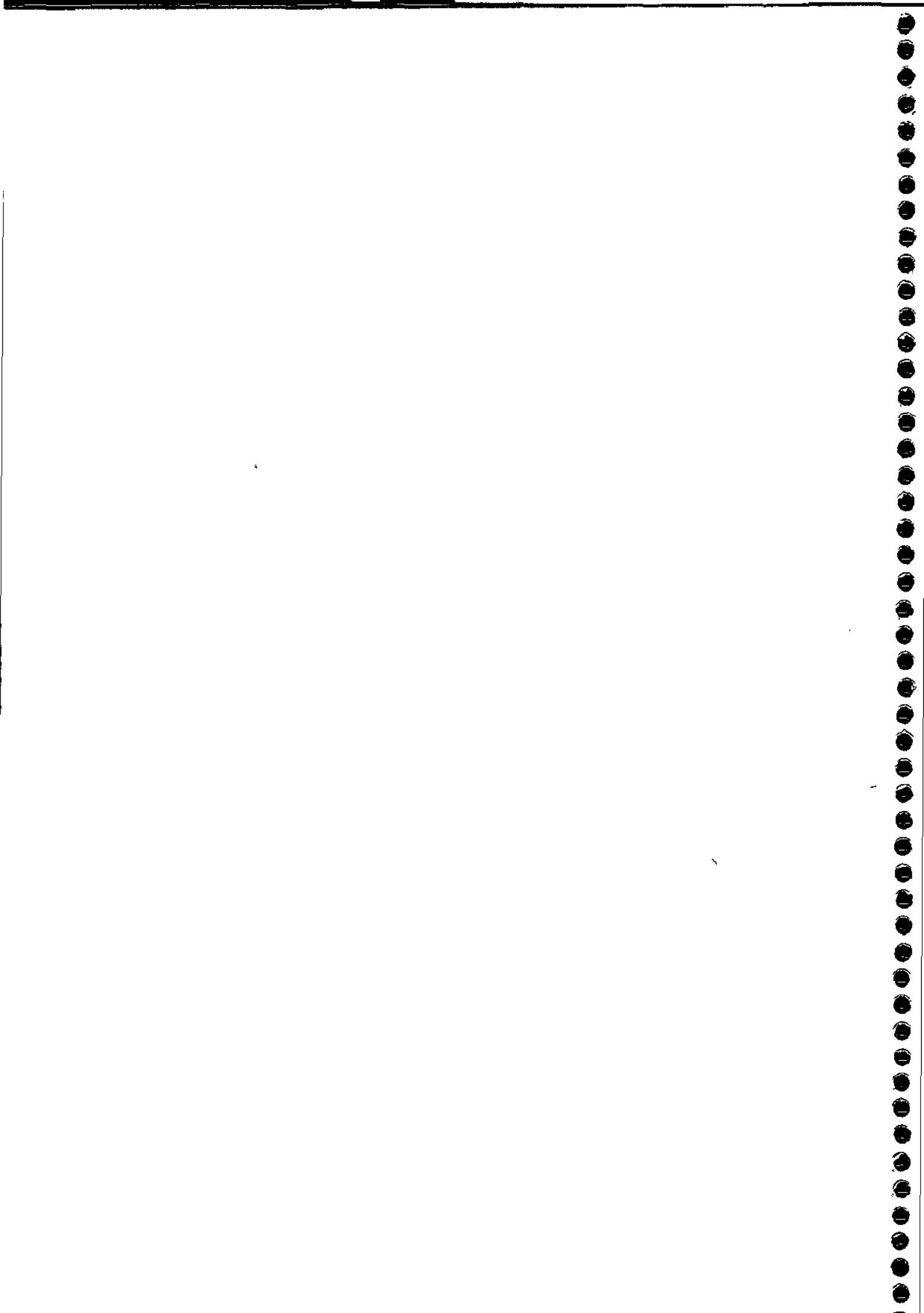
A Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba está presente nas principais mídias sociais. A gestão do conteúdo inserido e do relacionamento com as partes interessadas externas é de responsabilidade da Área Corporativa de Comunicação. Todavia, a proteção da imagem da Instituição é responsabilidade de todos os funcionários e profissionais.



8. CONFIDENCIALIDADE E SEGURANÇA DA INFORMAÇÃO



- Nunca falar em nome da Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba, deixando esta incumbência à Área Corporativa de Comunicação, compartilhando somente as campanhas, textos e imagens divulgadas na página oficial da Santa Casa;
- Estar ciente que qualquer informação divulgada em mídias sociais será de responsabilidade do funcionário/profissional que a divulgou, ficando a Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba totalmente isenta e reservando-se a ela o direito de obter ressarcimento de eventuais prejuízos;
- Não divulgar, em mídias sociais, informações e comentários sobre a Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba, seus clientes, funcionários, pacientes, alunos, acompanhantes ou responsáveis, informações confidenciais, de rotina de trabalho e assuntos internos, seja em seus perfis pessoais ou de Terceiros;
- Direcionar à Área de Comunicação todo e qualquer assunto controverso, polêmico ou reclamação que tenha acessado ou recebido por meio de mídia social;
- Ser responsável e respeitoso nos posts em mídias sociais que envolvam o nome ou a imagem da Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba;
- Não divulgar, em mídias sociais, fotografias ou vídeos registrados nas dependências dos estabelecimentos mantidos pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba, sem a prévia autorização do setor responsável;
- Todos os colaboradores devem conhecer e respeitar a Política de Comunicação da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba, no que diz respeito ao uso de mídias sociais, sem prejuízo do que já definido no presente Código.



9. INTEGRIDADE NOS PROCESSOS DE COMPRAS



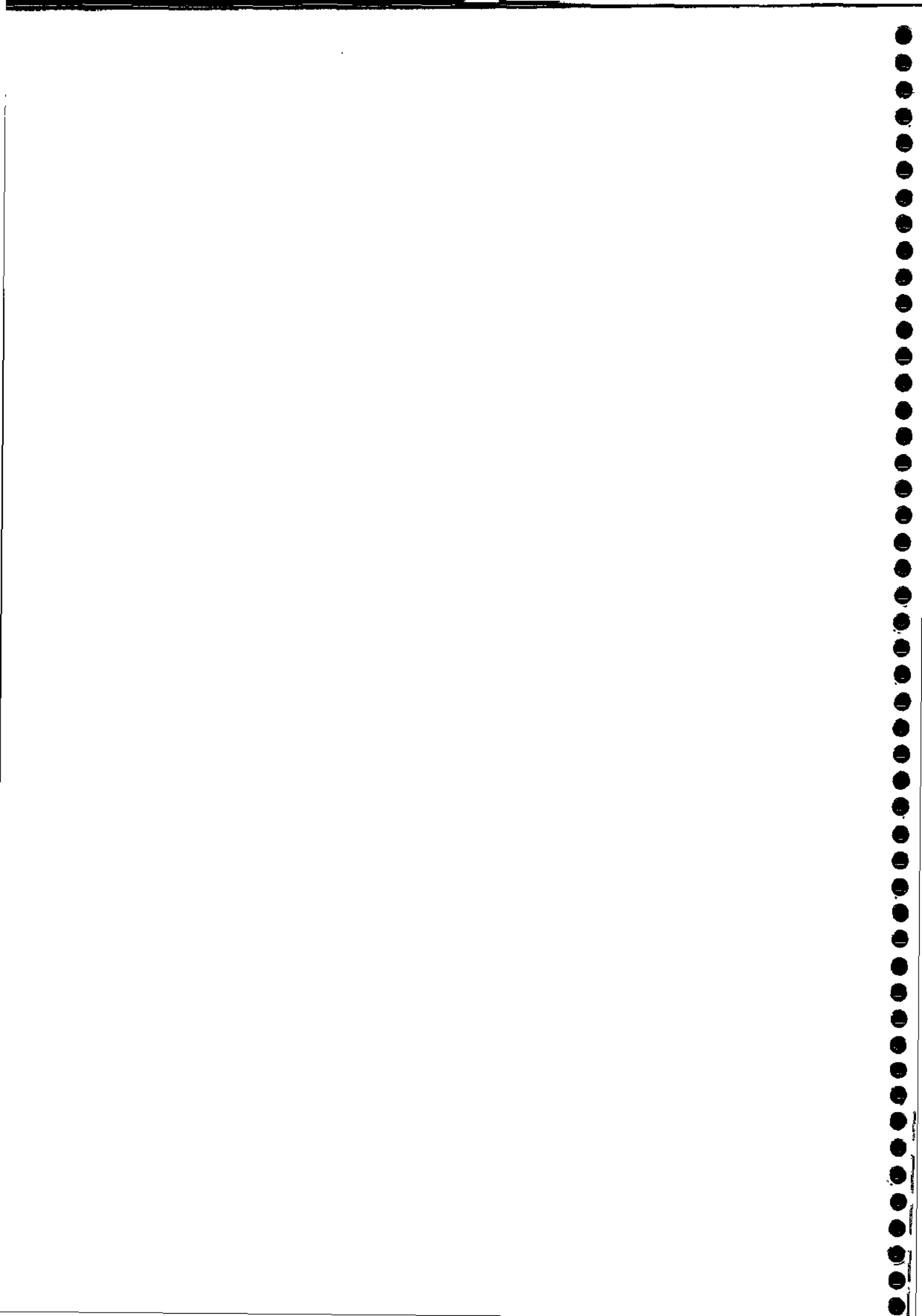
- 9.1 Os processos de compras e suprimentos são norteados por práticas legais de mercado e pelo atendimento às leis que regulam a concorrência. São garantidas oportunidades transparentes e equitativas aos fornecedores e prestadores de serviços.
- 9.2 A escolha e contratação dos fornecedores e prestadores de serviços são feitas a partir de critérios técnicos e éticos. Os processos de compra são devidamente documentados por meio de políticas e procedimentos, visando a garantir o nível de serviço prestado a um custo justo, levando também em conta o custo-benefício.
- 9.3 Os fornecedores e prestadores de serviços da Santa Casa devem estar comprometidos com as políticas e procedimentos da Irmandade e respeitar este Código de Conduta Ética, agindo de acordo com as normas que regulam o setor de saúde, a segurança e o ambiente de trabalho, o respeito à privacidade e ao tratamento de informações confidenciais, e com as leis da concorrência e anticorrupção.
- 9.4 Toda reunião ou negociação presencial feita pelo Setor de Compras deverá ser realizada com a presença de pelo menos 2 pessoas, devendo haver rodízio de pessoas, e sempre que possível com a participação de um representante do setor financeiro, em casos de maior relevância.

10. FATURAMENTO



O processo de faturamento é feito com transparência, baseado na legislação vigente e nos contratos firmados entre a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba e o Governo, seja ele federal, estadual ou municipal e, da mesma forma, quando da eventual relação com Operadoras de Saúde, e com seus clientes. A Santa Casa mantém todos os registros necessários para prestação de contas, tais como documentação médica e administrativa.

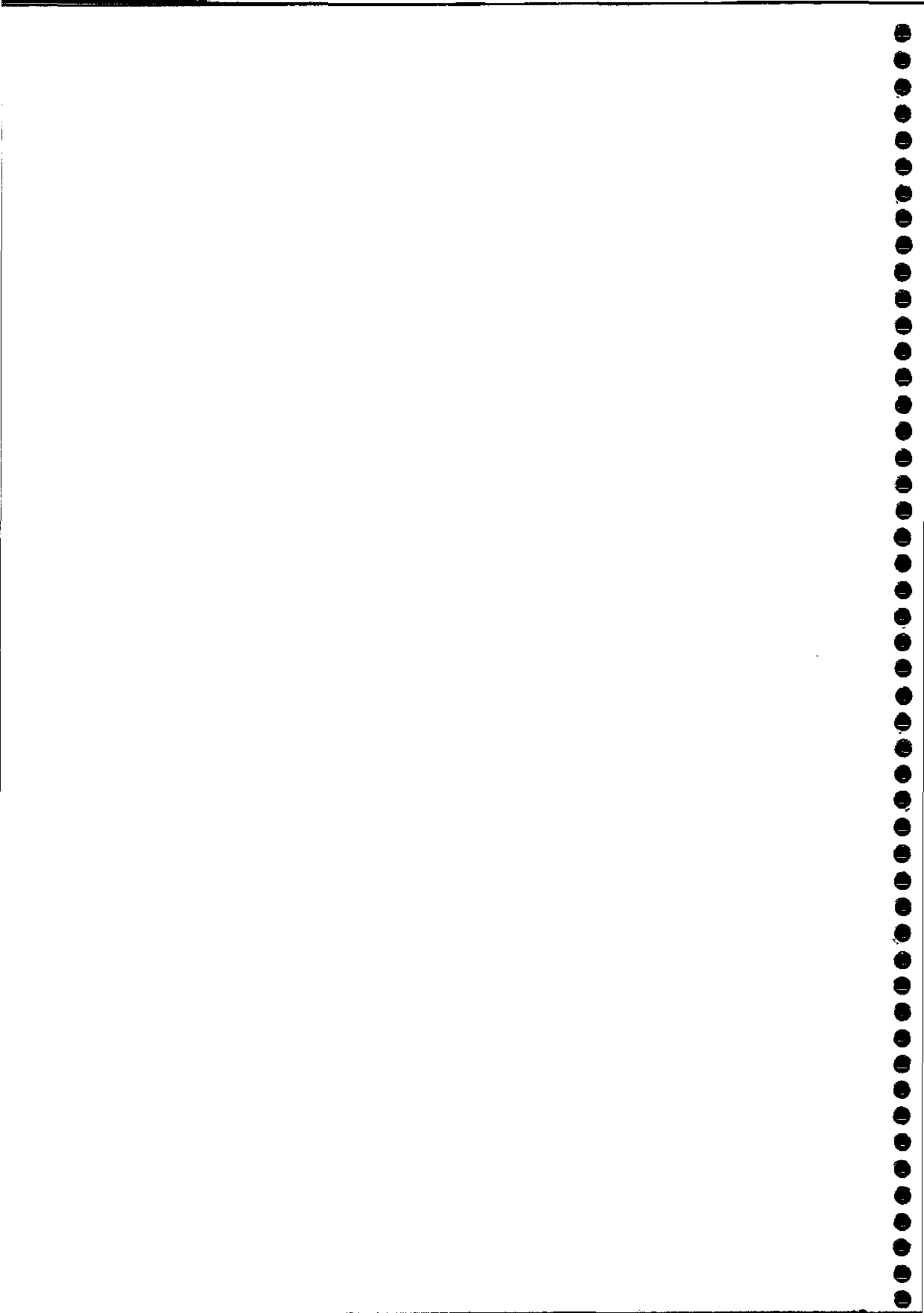




II. CONTROLE DOS REGISTROS E DOCUMENTOS RELACIONADOS À INVESTIGAÇÃO DE DENÚNCIAS



- 11.1 Os funcionários e profissionais que suspeitarem ou descobrirem qualquer conduta indevida deverão reportar imediatamente à liderança ou utilizar-se do canal de denúncia, sendo garantido o sigilo.
- 11.2 Além dos funcionários e profissionais, qualquer outra pessoa poderá fazer uma denúncia à Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba. As denúncias deverão ser feitas de forma ética, transparente e não deverão ter como objetivo satisfazer interesses próprios, de Terceiros ou atingir negativamente a imagem de Terceiros.
- 11.3 O(a) denunciante poderá efetuar a denúncia de forma anônima ou identificada.
- 11.4 Todas as informações prestadas pelo(a) denunciante serão tratadas de forma confidencial e serão divulgadas apenas às pessoas envolvidas no processo de investigação.
- 11.5 A Santa Casa não permitirá qualquer tipo de retaliação, especialmente contra o denunciante.
- 11.6 O(a) denunciante que comprovadamente fizer uma denúncia falsa ou que tenha como objetivo satisfazer interesses pessoais próprios ou de Terceiros, ou atingir negativamente a imagem de Terceiros, poderá sofrer medidas legais ou disciplinares, conforme previsto na legislação vigente.
- 11.7 As denúncias deverão ser formalizadas por meio do seguinte canal de denúncia: denuncia@santacasasorocaba.com.br.
- 11.8 Todas as denúncias serão recebidas, registradas, consideradas e investigadas pelo Comitê de Conduta Ética.
- 11.9 O(a) denunciante receberá um número de protocolo com o qual poderá fazer o acompanhamento de sua denúncia.



12. GESTÃO DO CÓDIGO DE ÉTICA

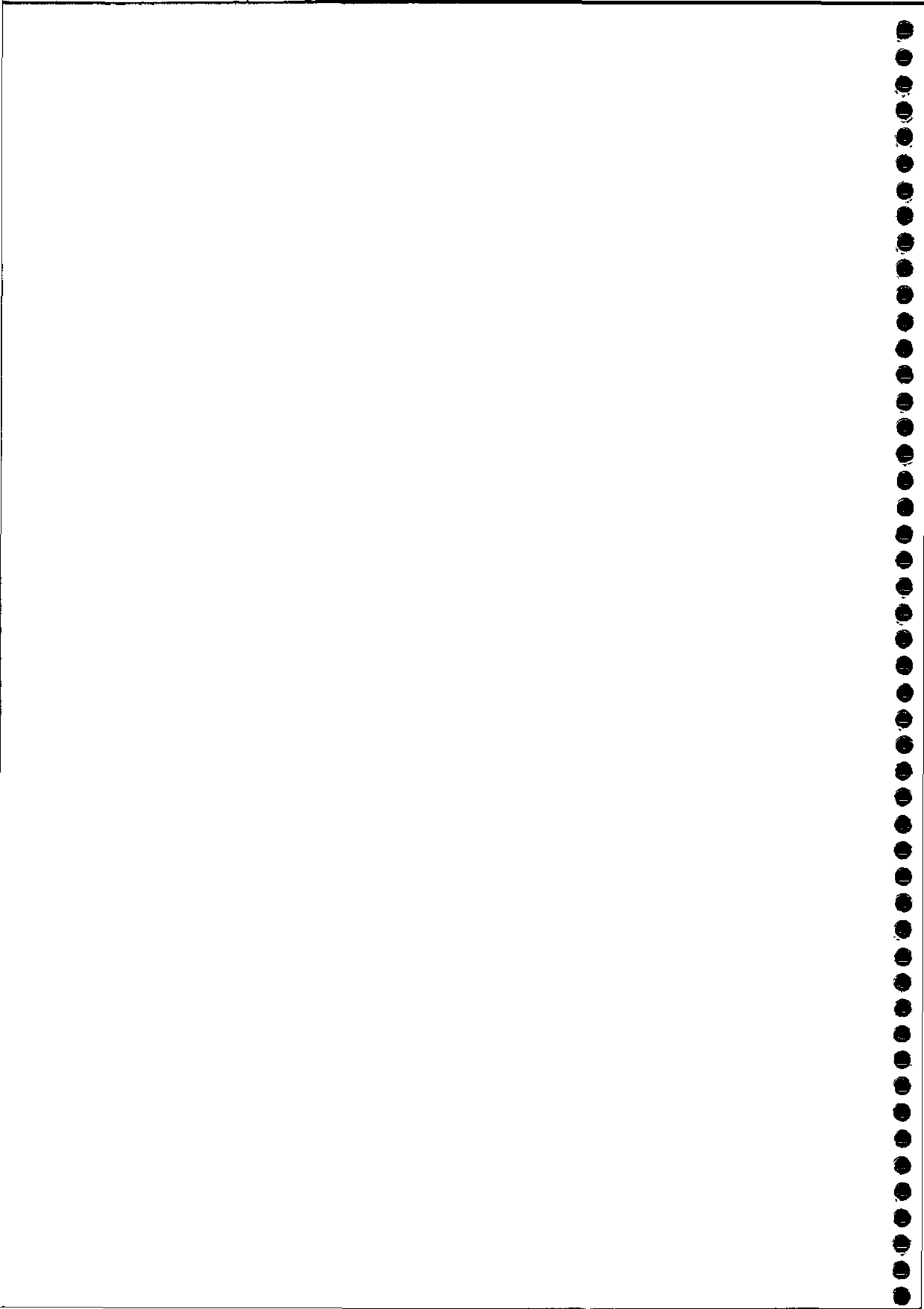


A Gestão deste Manual fica a cargo do Comitê de Conduta Ética, composto conforme Regimento Interno, ficando a cargo do Diretor Presidente a indicação dos membros, inclusive do(a) Coordenador(a).

Cabe ao Comitê de Conduta Ética as seguintes atribuições:

- Avaliar permanentemente a atualização e pertinência deste Código de Conduta Ética, bem como determinar as ações necessárias para a divulgação e disseminação dos padrões de conduta ética dentro da Santa Casa;
- Avaliar os casos de violação ao Código de Conduta Ética e deliberar sobre dúvidas na sua interpretação e apresenta-las ao Diretor Presidente;
- Recomendar soluções eficazes e oportunas aos conflitos éticos que surgirem.





13. MEDIDAS DISCIPLINARES



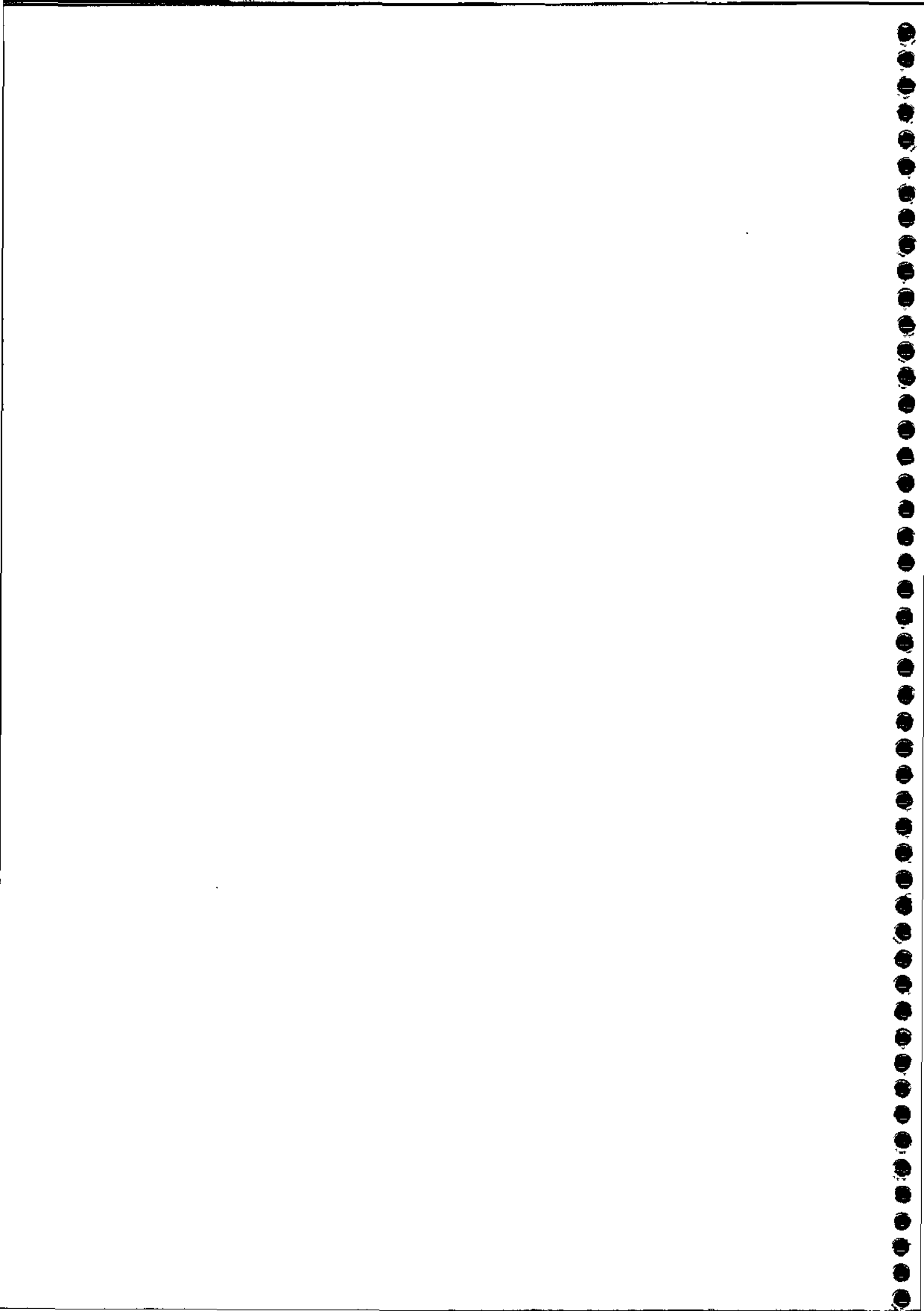
Os membros da Diretoria, bem como os membros dos Conselhos de Administração e Fiscal da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba, devem ser por excelência, os grandes guardiões do presente Código de Conduta Ética.

A violação do presente Código de Conduta Ética, das políticas internas da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba ou da legislação brasileira em vigor poderá acarretar sanções que, dependendo da gravidade dos fatos, poderão variar de uma advertência verbal a uma falta grave e rescisão do contrato de trabalho e, ainda, à rescisão contratual com prestadores de serviços.



**Santa Casa
de Misericórdia**
DE SOROCABA

Nossa missão é servir com amor



ANEXO 3

ANEXO 3

Política Nacional de Humanização e Acolhimento com Classificação de Risco (ACR) como dispositivo da PNH

PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DE POLÍTICAS DE HUMANIZAÇÃO

DISPOSITIVOS E FERRAMENTAS DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO (PNH)

A **Política Nacional de Humanização (PNH)**, também conhecida como **HumanizaSUS**, foi criada para garantir um atendimento mais humanizado no Sistema Único de Saúde (SUS). Ela busca qualificar a gestão e o cuidado em saúde, promovendo a valorização dos trabalhadores e dos usuários.

A PNH possui **dispositivos e ferramentas** que auxiliam na implementação de práticas humanizadas nos serviços de saúde. Discorreremos com mais detalhes sobre o acolhimento, um dos principais dispositivos da PNH. Entretanto, reforçamos o compromisso de implantar todos os dispositivos e ferramentas da PNH conforme segue:

DISPOSITIVOS DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

Cogestão

Criação de espaço para **reuniões periódicas** entre gestores, trabalhadores e representantes dos pacientes para discutir melhorias no atendimento.

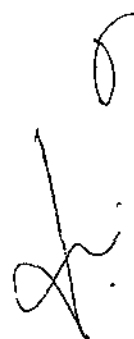
Formação de **colegiados de gestão** para garantir que as decisões sejam compartilhadas e não apenas impostas pelos gestores.

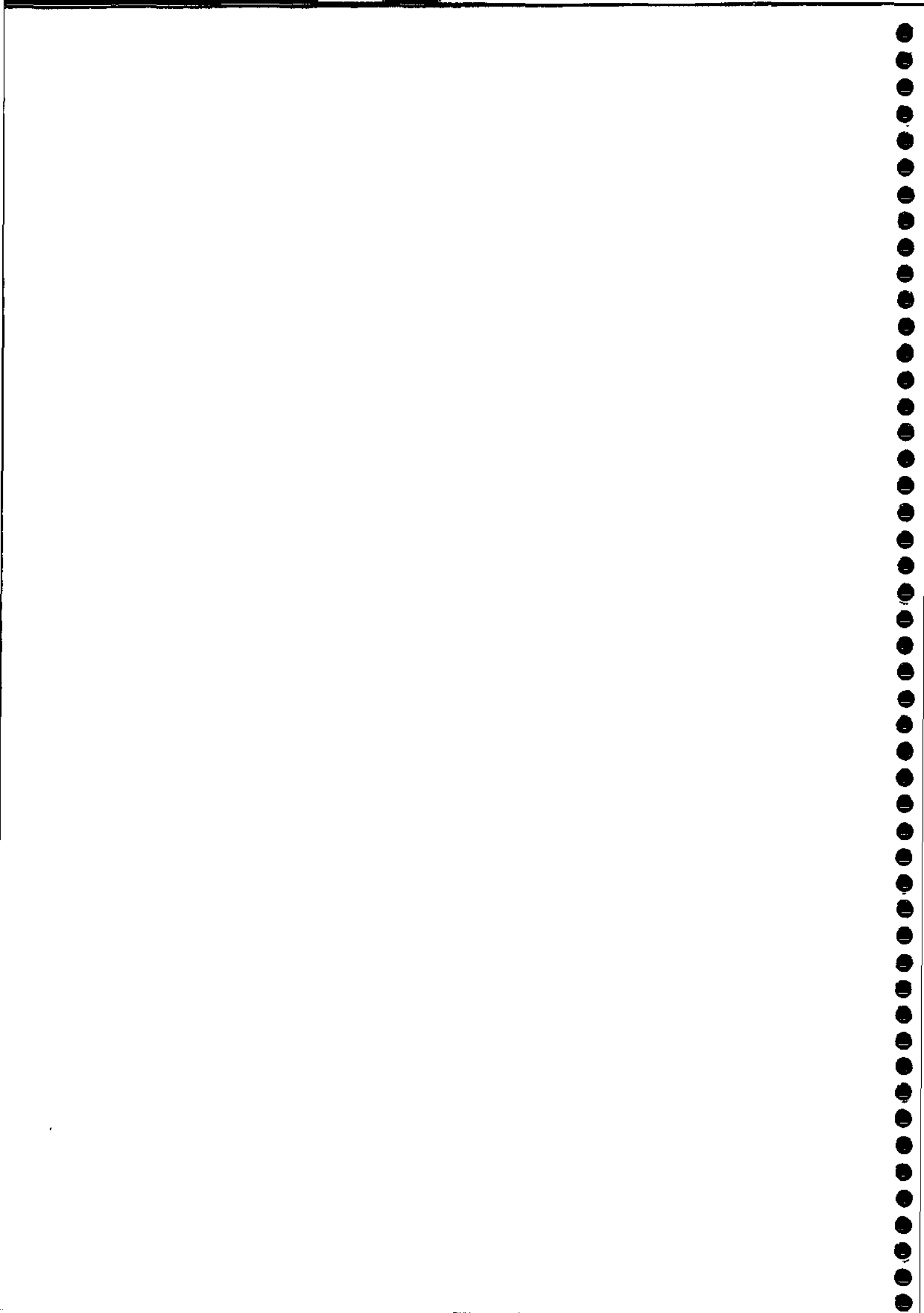
Clínica Ampliada e Compartilhada

Criação de **equipes multidisciplinares** que discutam juntos os casos mais complexos, envolvendo médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais, tais como as visitas multidisciplinares;

Desenvolvimento de protocolos que considerem o paciente como um **todo**, incluindo aspectos sociais e emocionais.

Projeto Terapêutico Singular (PTS)





Desenvolvimento de um plano de cuidado individualizado para pacientes com **doenças crônicas ou alta recorrência na emergência.**

Criação de **planos de alta qualificados**, evitando que o paciente volte repetidamente à unidade por falta de acompanhamento.

Gestão Participativa

Estabelecer **Comissão de Humanização** para acompanhar e propor melhorias.

Ambiência

Adaptação dos espaços físicos para torná-los mais confortáveis, acessíveis e acolhedores.

Criação de áreas diferenciadas para **crianças, idosos e pacientes mais vulneráveis.**

Valorização do Trabalhador

Criação de espaços de descanso adequados para os profissionais.

Oferecer suporte psicológico e capacitações periódicas (saúde mental e ações contra o burnout dos profissionais)

FERRAMENTAS DA PNH – PROPOSTAS DE TRABALHO:

Grupo de Trabalho de Humanização (GTH)

Criação de uma **equipe interna** para acompanhar a implementação da humanização na unidade.

Promoção de encontros regulares para discutir problemas e propor soluções.

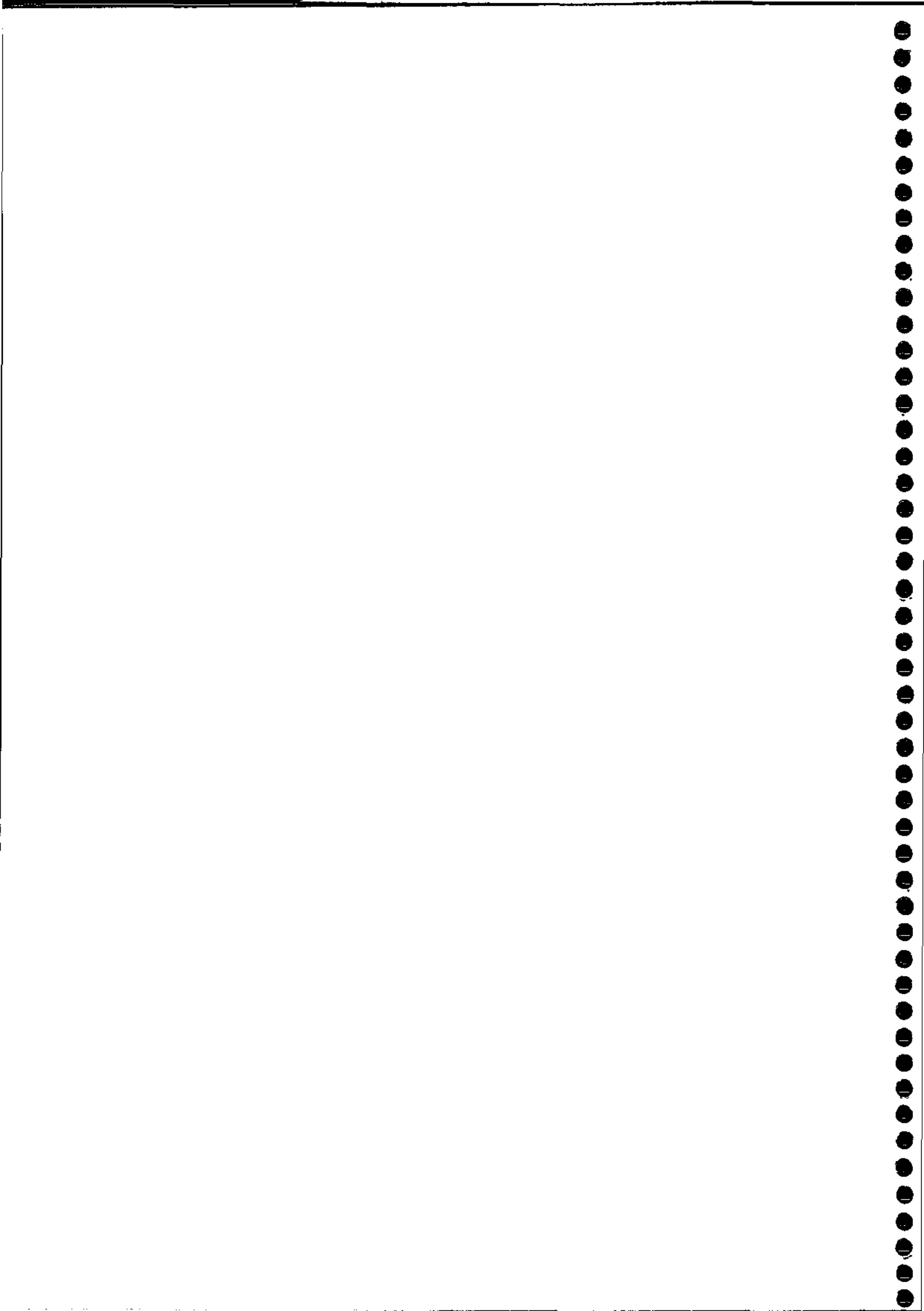
Rodas de Conversa

Promoção de reuniões entre os profissionais para troca de experiências e aprimoramento do atendimento.

Inclusão de pacientes e familiares nas discussões sempre que possível.

Ouvidorias do SUS





Disponibilizará um **canal de comunicação** para que pacientes e familiares registrem sugestões, elogios e reclamações, conforme descrito em detalhes neste projeto.

Garantia de que as queixas sejam analisadas e resultem em melhorias.

Visitas Abertas e Direito ao Acompanhante

Flexibilização dos horários de visita para pacientes na emergência.

Garantir o direito de acompanhantes para grupos prioritários (gestantes, idosos, PCDs).

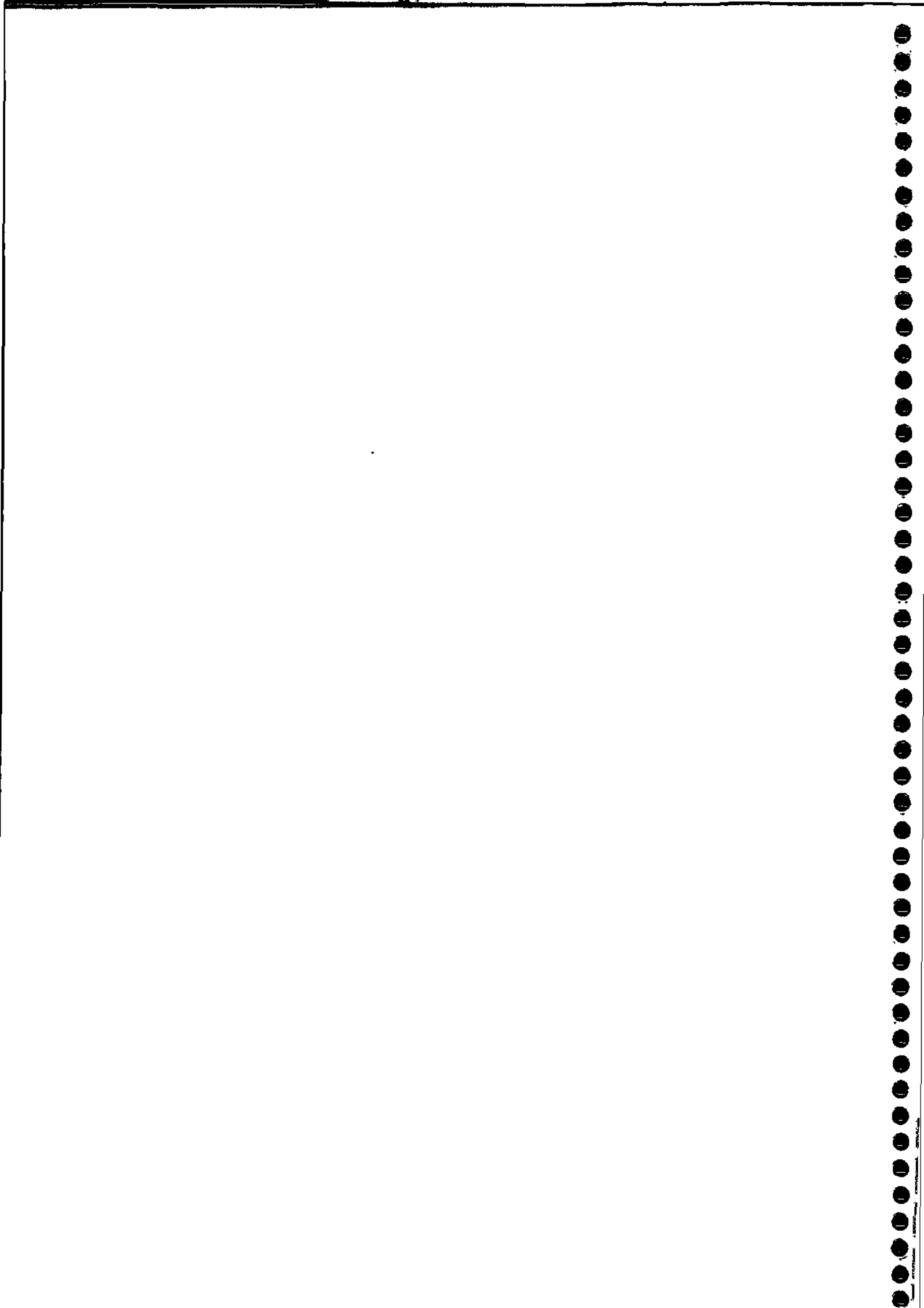
Carta dos Direitos dos Usuários do SUS

Disponibilização de cartazes e folhetos informativos sobre os direitos dos pacientes.

Treinamento da equipe para garantir que esses direitos sejam respeitados.

A aplicação dos dispositivos e ferramentas da PNH em unidades de urgência e emergência melhora a eficiência do atendimento, a qualidade do cuidado e o bem-estar dos pacientes e trabalhadores. A humanização da saúde torna o SUS mais acessível e acolhedor, garantindo que as pessoas sejam tratadas com dignidade e respeito.





ANEXO 4

B – ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO – ACR

O ACR é um dos principais dispositivos da Política Nacional de Humanização. Detalhamos abaixo o seu método de aplicação nos fluxos internos da UPH Zona Leste .

METODOLOGIA DE APLICAÇÃO

Será um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de intervenção médica e de cuidados de enfermagem, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento. Esse processo se dá mediante escuta qualificada e tomada de decisão baseada em protocolo, aliadas à capacidade de julgamento crítico e experiência do enfermeiro. Ao chegar ao serviço de urgência demandando necessidade aguda ou de urgência, o usuário é acolhido pelos funcionários da portaria/recepção

Após a sua identificação, o usuário é rapidamente encaminhado ao espaço destinado à Classificação de Risco onde é acolhido pelo enfermeiro que, utilizando informações da escuta qualificada e da tomada de dados vitais, se baseia no protocolo e classifica o usuário conforme Escala disponibilizada pelo Município:

Vermelho: gravíssimo - imediato

Amarelo: gravidade moderada – 20 minutos

Verde: pouco urgente – 60 minutos

Para os atendimento odontológicos deverá seguir a seguinte escala de prioridades:

Gravíssimo VERMELHO Atendimento imediato

Grave LARANJA Atendimento em até 15 minutos

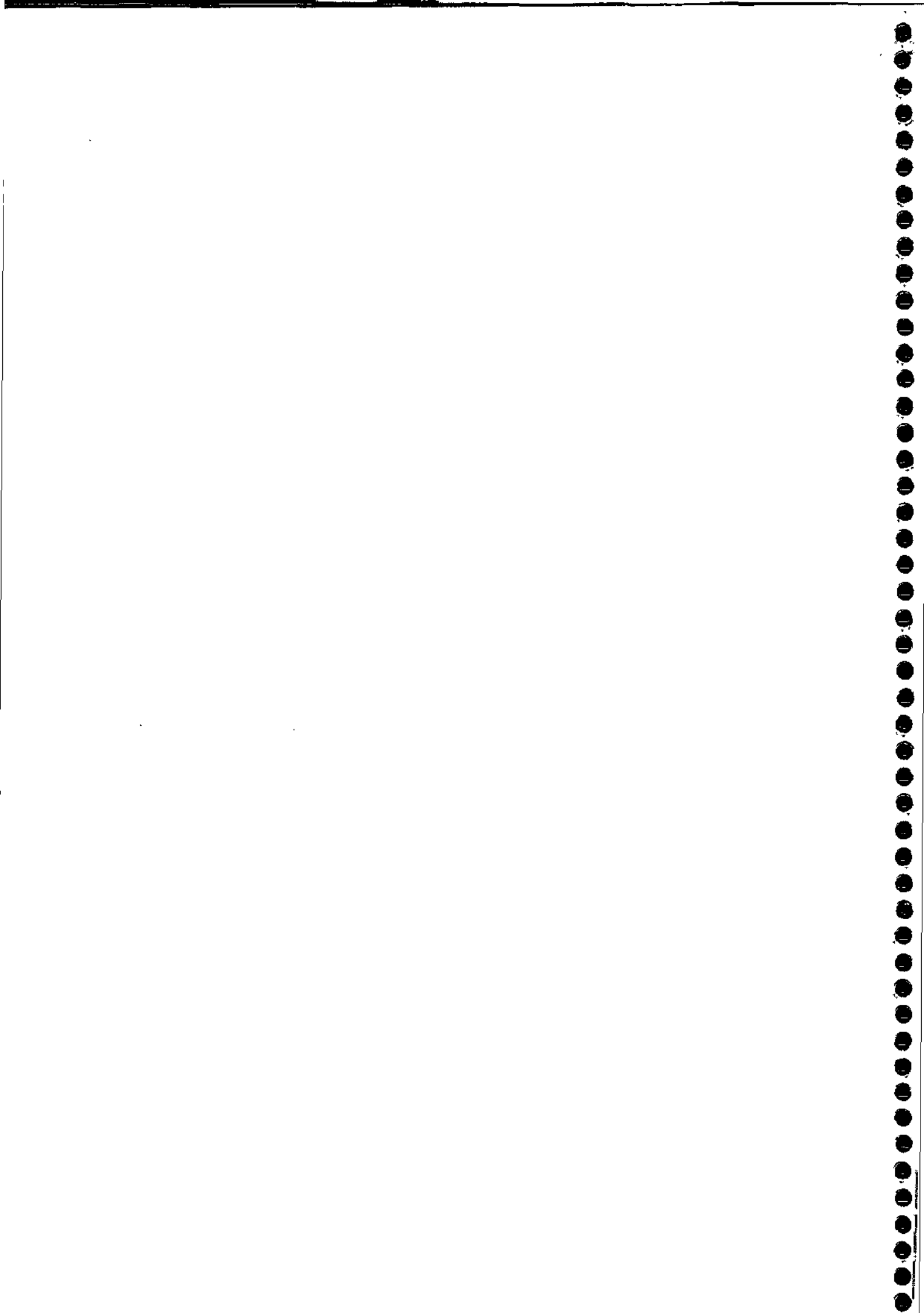
Gravidade moderada AMARELO Atendimento em até 60 minutos

Pouco urgente VERDE Atendimento em até 120 minutos

Não urgente AZUL Atendimento em até 180 minutos

DIRECIONAMENTOS / CONDOTA A SER ADOTADA:





- Os pacientes classificados como VERMELHO devem ser rapidamente encaminhados para a sala de emergência, onde deverão receber cuidados médicos e de enfermagem imediatos.
- Os pacientes classificados como AMARELO devem ser atendidos de forma muito urgente, com prioridade sobre os classificados como AZUL. Deverão ser atendidos no prazo máximo de 20 minutos.
- Os pacientes classificados como AMARELO devem aguardar atendimento médico em sala de espera priorizada, assentados, onde deverão estar sob supervisão contínua de toda a equipe da Unidade. Deverão ser reavaliados continuamente ou imediatamente em caso de alteração do quadro clínico, durante a espera para o atendimento médico.
- Os pacientes classificados como VERDE também aguardam atendimento médico em sala de espera, tendo sido orientados que serão atendidos após os pacientes classificados como VERMELHO ou AMARELO. Deverão ser reavaliados em caso de alteração do quadro clínico.

Observação importante: Todos os pacientes serão atendidos.

Importante destacar que o atendimento da unidade sempre estará focado no paciente e suas necessidades, ou seja, independente da classificação o paciente será encaminhado se necessário com garantia de alta responsável, dentro de um linha de cuidado, com transição de cuidado garantida nas melhores práticas de gestão da clínica.

RECEPÇÃO, ORIENTAÇÃO SOCIAL E APOIO PSICOSSOCIAL

A seguir se encontram enumerados os procedimentos e instruções com indicação das formas de acolhimento na portaria, segurança, recepção, enfermagem, serviço social e apoio psicossocial aos usuários e familiares da unidade.

O processo de Acolhimento e Classificação de Risco é uma ação de caráter interdisciplinar e envolve diferentes profissionais, com as seguintes atribuições:

Profissionais da Recepção:



Após acolhimento do usuário na unidade pelo porteiro (controle de acesso) ou administrativo do setor de apoio ao fluxo (posso ajudar) inicia-se o fluxo de registro e recepção do usuário.

- Acolher na porta a todas as usuários que procuram a recepção, orientando-as e direcionando-as para o seu atendimento;
- Preencher corretamente e completamente a ficha de atendimento com agilidade e clareza nos dados;
- Registrar os atendimentos, altas e encaminhamentos realizados na unidade;
- Organizar e arquivar, conforme rotina do serviço, a ficha de atendimento;
- Zelar pela reposição de impressos nos diversos setores do acolhimento;
- Realizar passagem de plantão regularmente; não é permitido abandonar o plantão sem que outro funcionário o assuma;
- Estar integrado com a equipe multiprofissional da unidade, buscando melhor resolutividade quanto aos problemas do usuário.

Técnico de Enfermagem:

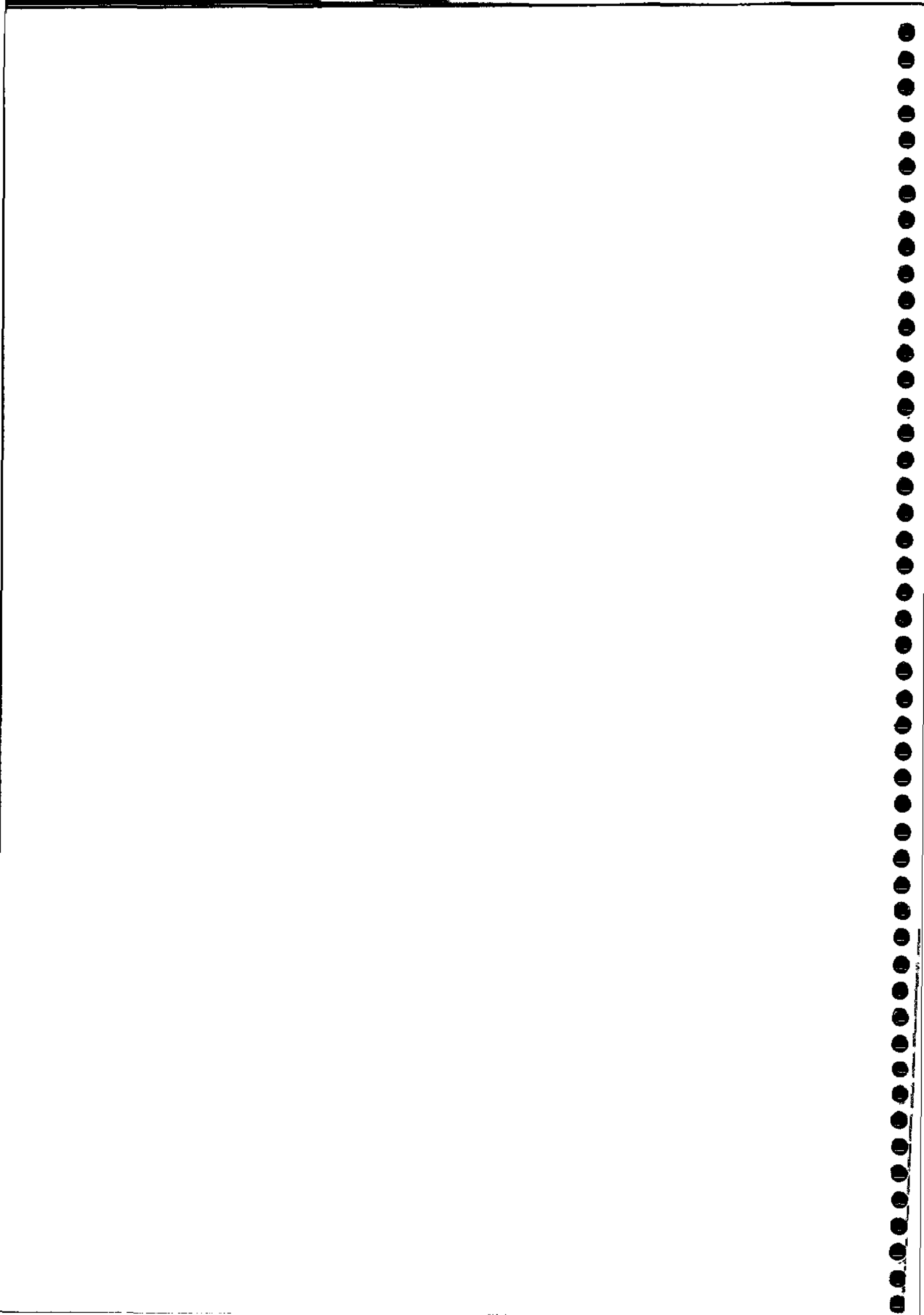
Atuará em apoio ao enfermeiro, auxiliando em atividades delegadas e sob supervisão direta do profissional enfermeiro.

- Acolher o paciente e acompanhante de forma cordial e responsável;
- Acomodar e/ou posicionar o usuário adequadamente para que possa ser chamado;
- Aferir sinais vitais do paciente;
- Encaminhar o usuário para atendimento;
- Encaminhar/orientar usuário quanto ao local de realização de exames;
- Encaminhar usuário para Serviço Social e Psicologia quando for o caso;
- Realizar passagem de plantão regularmente, não é permitido abandonar o plantão sem que outro funcionário o assuma.

Enfermeiro:

- Avaliar no sistema as fichas de atendimento, avaliando de forma ágil e responsável;
- Realizar a chamada no painel eletrônico
- Chamar o paciente pelo nome e cumprindo os protocolos de identificação do paciente;
- Acolher o paciente e acompanhante de forma cordial e responsável;





- Registrar dados da classificação no sistema;
- Registrar a classificação no mapa;
- Orientar o paciente de forma clara quanto à sua situação e quanto ao tempo de espera do atendimento;
- Encaminhar no sistema o atendimento para o médico conforme a classificação;
- Estar integrado com a equipe multiprofissional, buscando melhor resolatividade quanto aos problemas do usuário;
- Supervisionar o trabalho do técnico/auxiliar de enfermagem e estagiário, orientando corretamente quando necessário;
- Realizar passagem de plantão regularmente, não é permitido abandonar o plantão sem que outro funcionário o assuma;
- Registrar em livro próprio as ocorrências do setor.

Serviço Social:

- Prestar apoio matricial a todos os casos solicitados pela equipe multiprofissional;
- Atualizar informação sobre a rede SUS loco regional, bem como a rede de proteção social existente para efetivação de encaminhamentos necessários;

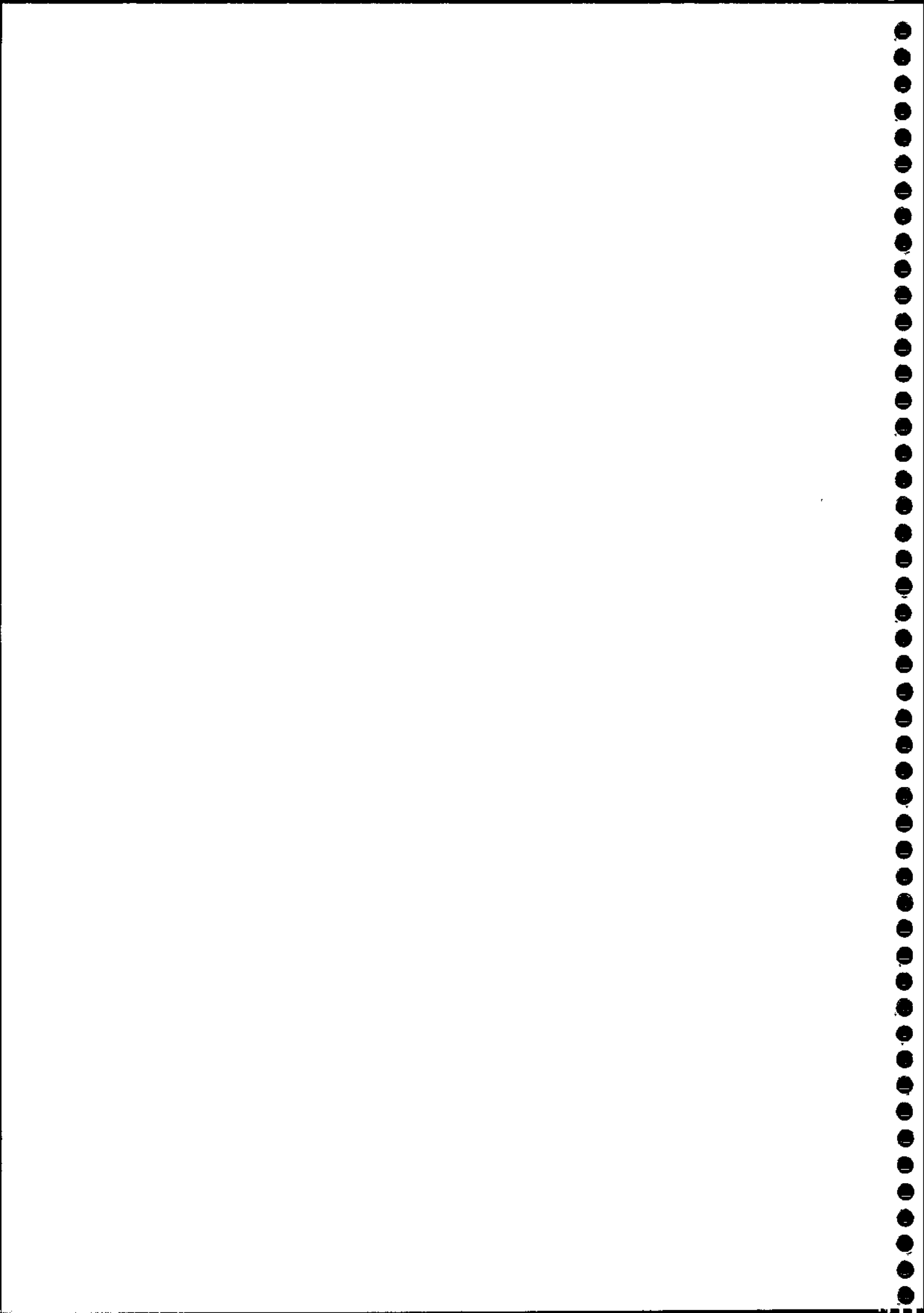
Serviço de Segurança e Vigilância:

- Zelar pela segurança dos profissionais que trabalham no acolhimento;
- Zelar pela segurança do patrimônio;
- Estar integrado com a equipe multiprofissional da unidade;
- Estar capacitado para acolher e orientar corretamente, sempre que necessário;

Coordenação Médica e de Enfermagem:

- Organizar os processos de trabalho de sua unidade, objetivando a integração da equipe, a atuação multiprofissional e a gestão centrada nas necessidades da paciente e família;
- Apoiar a equipe sempre que necessário e quando for solicitado pela mesma;
- Administrar problemas e conflitos inerentes ao cotidiano do trabalho em equipe;
- Responsabilizar-se pelas ações de educação permanente e educação em serviço.





ANEXO 5.1



Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba

Av. São Paulo, 750 - Jd. Árvore Grande - Sorocaba/SP CEP 13013-002 CNPJ: 71.485.056/0001-21
☎ (15) 2101-8000 🌐 www.santacasasorocaba.com.br 📺 📢 Siga-nos: @santacasasorocaba

POP

Título: Conduta de Enfermagem na Parada Cardiorrespiratória (PCR)	
Número e Versão do Documento: PO.ENFE.017 v.002	Fase: Publicado
Elaborado por: Miriam Sanches do Nascimento Silveira - Gerente NEPS	Data de Publicação: 24/07/2023
Área Emitente: Enfermagem Geral	Próxima revisão: 23/07/2025

1. OBJETIVO

- 1.1. Descrever ações da enfermagem na parada cardiorrespiratória.

2. RESPONSÁVEIS

- 2.1. Auxiliar de Enfermagem, Técnico(a) em Enfermagem e Enfermeiros(as).

3. ÁREAS ENVOLVIDAS

- 3.1. Setores Assistenciais.

4. DEFINIÇÕES

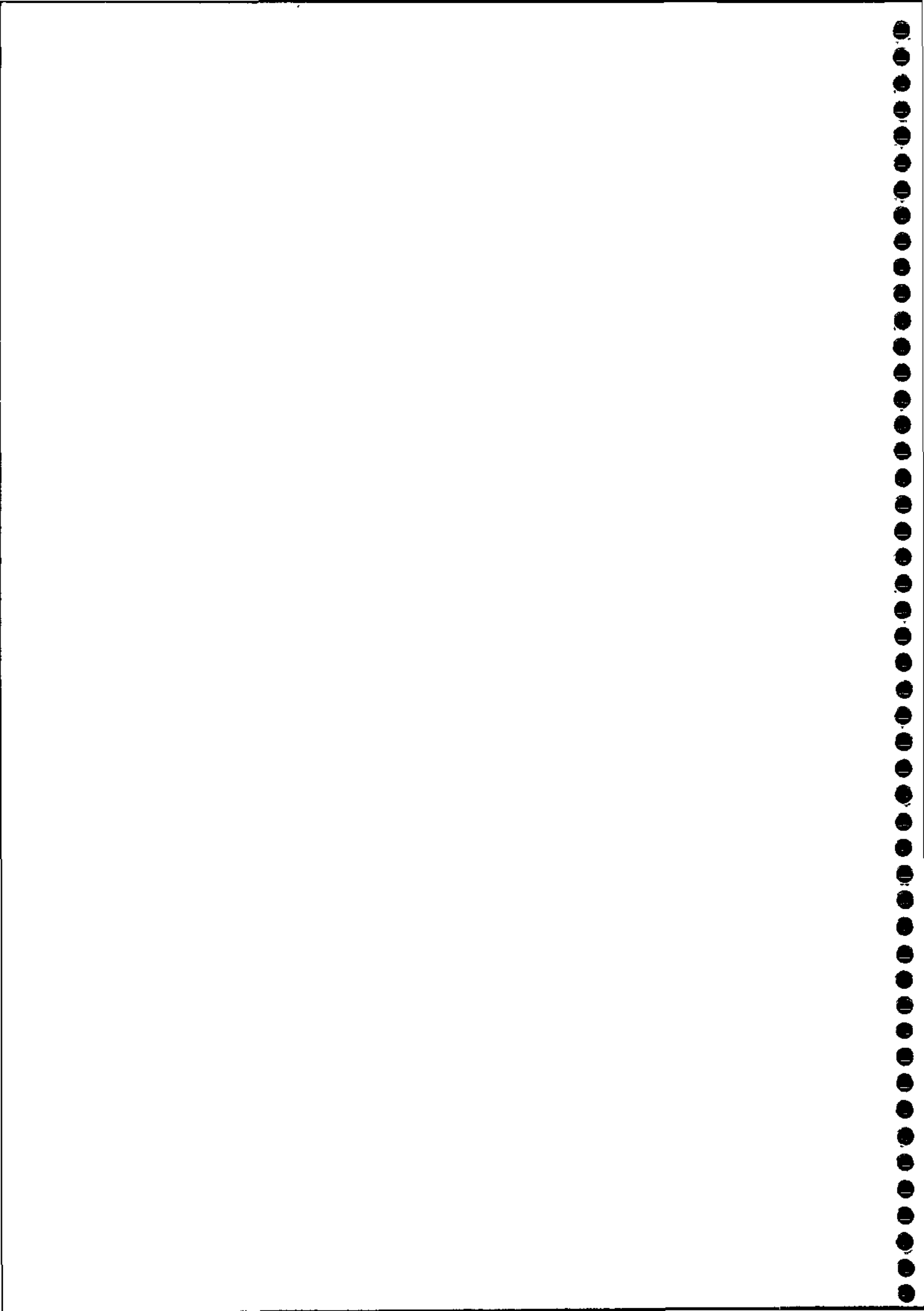
- 4.1. PCR: Parada Cardiorrespiratória.
- 4.2. EPI: Equipamento de Proteção Individual.
- 4.3. ECG: Eletrocardiograma.
- 4.4. RCP: Ressuscitação Cardiopulmonar.
- 4.5. PGRSS: Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde.

5. MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

- 5.1. EPIs: luvas de procedimento, avental impermeável ou gasparzinho (se caso de isolamento), máscara cirúrgica, protetor facial (se caso de isolamento) e óculos de proteção.
- 5.2. Bolsa-valva-máscara com reservatório (Ambú).
- 5.3. Cânula de guedel.
- 5.4. Monitor ECG e oximetria de pulso.
- 5.5. Gel condutor.
- 5.6. Tábua rígida.
- 5.7. Relógio ou cronômetro.
- 5.8. Carrinho de emergência.
- 5.9. Biombo.
- 5.10. Material de aspiração e intubação.

6. PROCEDIMENTOS

- 6.1. Abordar paciente e verificar se o mesmo está consciente (alerta), chamando-o duas vezes com estímulo auditivo e tátil (estimular com toque nos dois ombros e chamar pelo nome do paciente).
- 6.2. Verificar pulso central: carotídeo (preferencial) ou femoral. Se pulso fraco (bradicardia) ou ausente acionar "CÓDIGO AZUL".
- 6.3. O "CÓDIGO AZUL" consiste no reconhecimento precoce de mudanças agudas nos parâmetros vitais dos pacientes, com o intuito de reduzir o número de paradas cardiorrespiratórias (PCR), diminuir a mortalidade intra hospitalar favorecendo a segurança do paciente, dos profissionais e da Instituição. O acionamento do "CÓDIGO AZUL" deve ser realizado em situações em que o paciente encontra-se em provável PCR (parada cardiorrespiratória), baseada na ausência de responsividade, ausência de pulso palpável, ausência de

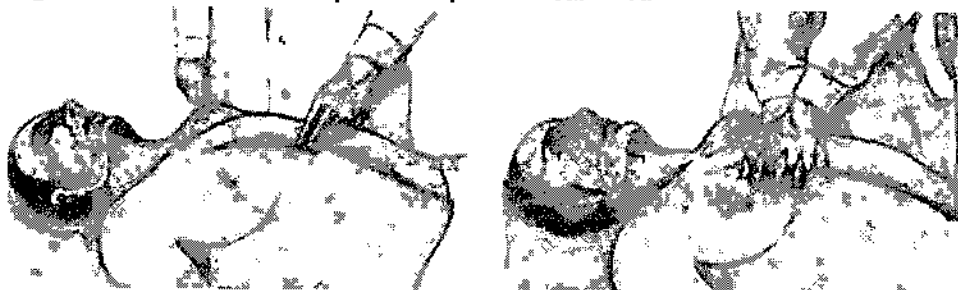


respiração. Qualquer indivíduo pode acionar o código azul, embora seja função preferencial da Equipe de Enfermagem. É recomendado que o Enfermeiro ao assumir o plantão, dimensione sua Equipe, de tal forma que o profissional de Enfermagem tenha ciência de sua participação no atendimento.

6.4. Solicitar apoio da Equipe para:

- Acionar Médico Internista e o Enfermeiro do setor.
- Pegar o carrinho de emergência, material de aspiração (ligado) e intubação e deixar próximo ao paciente.
- Pedir e/ou providenciar biombo, a fim que a privacidade do paciente seja garantida.
- Solicitar aos acompanhantes do quarto que se retirem enquanto os procedimentos sejam realizados.
- Se houver, parar a infusão de medicamentos e dietas.
- Ligar o desfibrilador na tomada.
- Monitorizar o paciente.
- Se paramentar com o EPI.
- Retirar o travesseiro, zerar o decúbito, lateralizar o paciente e posicionar a tábua de reanimação sob o tórax do paciente. Iniciar compressão torácica, se não houver pulso.
- Aproximar a "escadinha" ao leito. O profissional que irá iniciar as compressões cardíacas deverá subir na escada e posicionar as mãos entrelaçadas sobre o esterno, 2 dedos acima do processo xifóide, e iniciar as compressões com profundidade mínima de 5 a 6 cm (**figura 01**).
- Realizar pelo menos 100 a 120 compressões torácicas por minuto, durante um ciclo de 2 minutos.
- Um segundo profissional de Enfermagem deve preparar a medicação conforme a prescrição verbal médica. Esse profissional ficará responsável pela administração dos medicamentos até o término do atendimento.

Figura 01: Posicionamento para Compressão cardíaca



Fonte: https://www.isastur.com/external/seguridad/data/pt/1/1_12_5.htm

6.5. Pacientes não intubados:

- Realizar pelo menos 100 a 120 compressões torácicas por minuto.
- Abrir vias aéreas do paciente com a técnica de hiperextensão da cabeça (dois dedos no queixo e a outra mão na testa – técnica de "chin lift") ou elevação da mandíbula, utilizando das duas mãos do profissional, posicionando os dedos médios e indicadores no ângulo da mandíbula, projetando-a para frente, enquanto os polegares deprimem o lábio inferior, abrindo a boca para verificar se há obstrução visível (– técnica de "jaw thrust"). – **figura 02**.
- Realizar a ventilação de resgate com auxílio do ambú (dispositivo bolsa válvula máscara) até a chegada do Médico. – **figura 03**.
- Realizar 30 compressões e 2 ventilações, em ciclos de 2 minutos (utilizar o cronômetro).
- Auxiliar o Médico na intubação, conforme POP PO-ENFE-008.

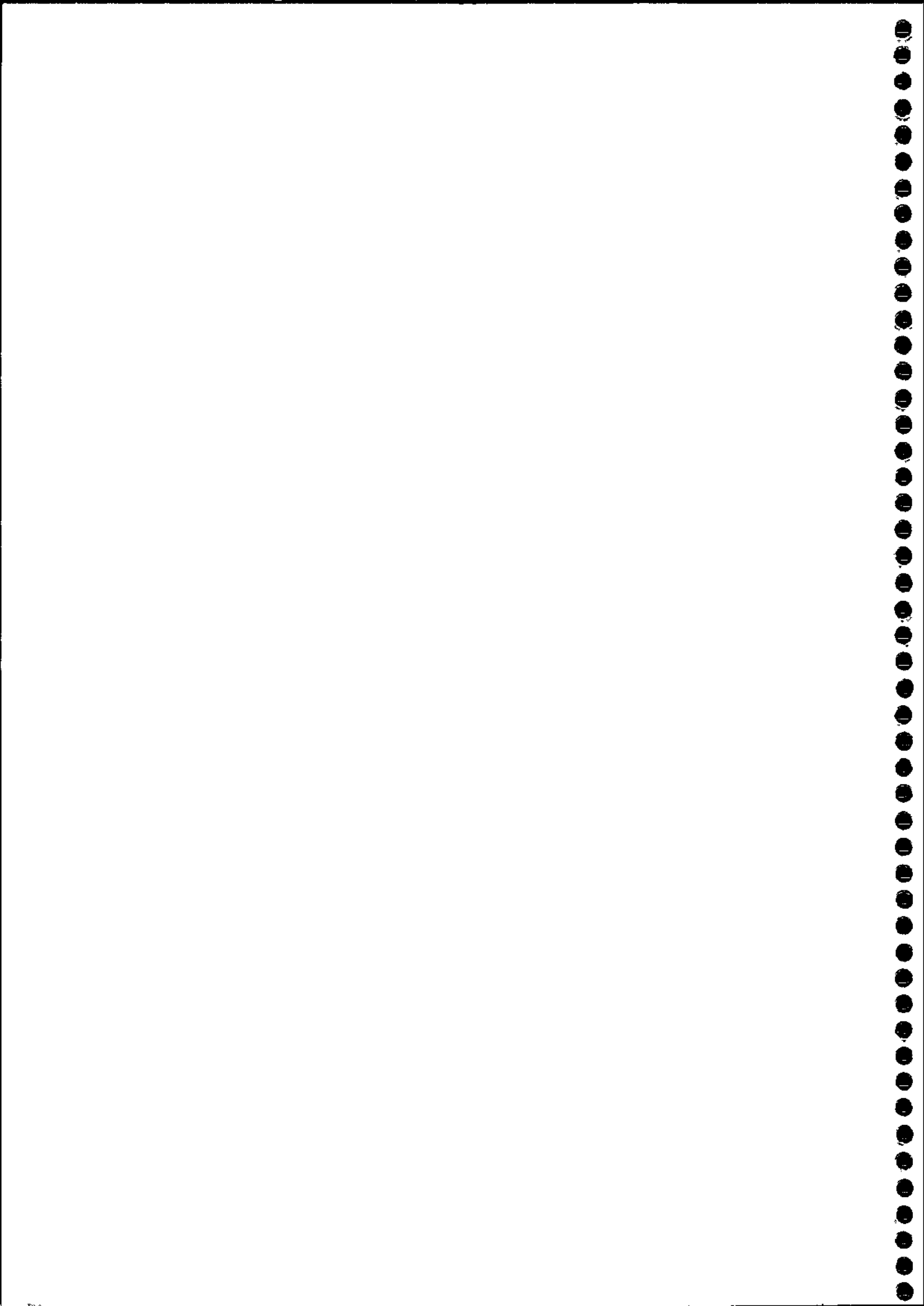
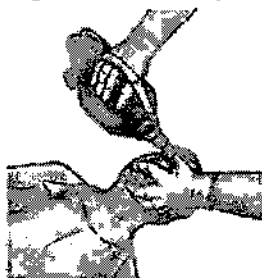


Figura 02: Técnica de abertura de via aérea



Fonte: <https://www.sanamed.com/abcde-do-trauma>

Figura 03: Ventilação com dispositivo bolsa válvula máscara



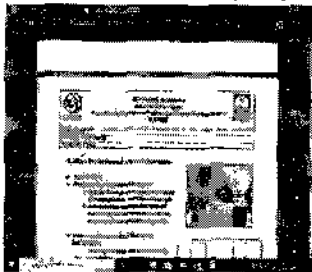
Fonte: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2013003600001

6.6. Paciente intubados: Realizar 30 compressões e as ventilações serão simultâneas, respeitado a média de frequência de 16 respirações por minuto. Esse ciclo deve ser realizado por 2 minutos (utilizar o cronômetro), e em seguida verificado novamente o pulso central.

6.7. O Médico avaliará se o ritmo é chocável ou não. Se for chocável:

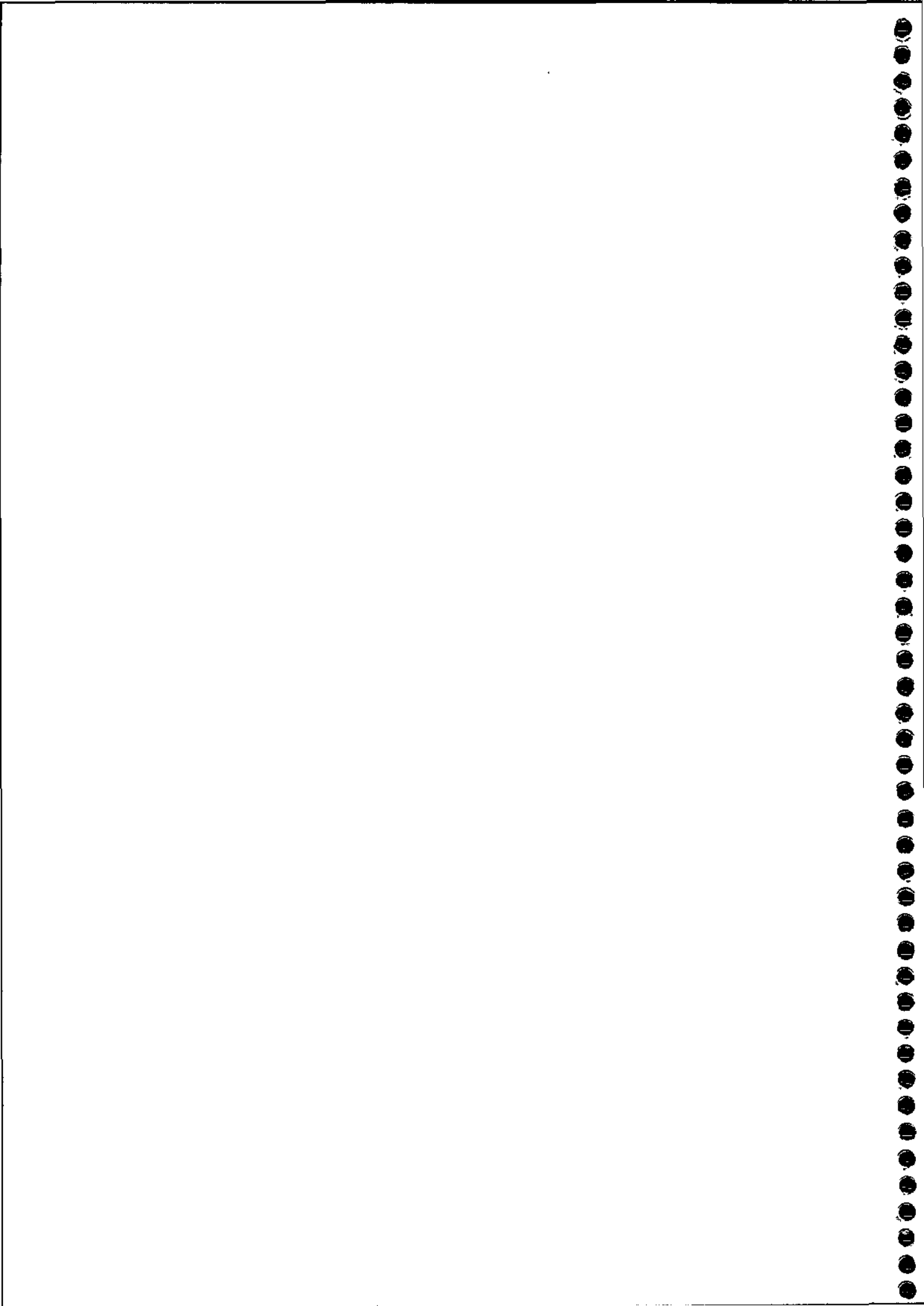
- Expor o tórax do paciente.
- Enxugar o suor (se houver), do tórax do paciente para que não haja dispersão da energia sobre a superfície.
- Aplicar o gel condutor nas pás e oferecer ao Médico.
- Ligar o desfibrilador e carregar com a carga solicitada pelo Médico.
- Verificar se todos estão afastados antes da desfibrilação.
- O Médico deverá dar o comando: "Afastem-se todos, vou aplicar o choque!".
- Após choque, o Médico irá avaliar o paciente e dará a conduta.
- Seguir orientações médicas.

Figura 04: Localização para posicionamento das Pás para desfibrilação



Fonte: <https://pt.slideshare.net/samben/desfibrilao-e-cardioverso>

- Se não for chocável, realizar manobras e medicações conforme orientação médica.
- Após estabilização do paciente, realizar demais procedimentos necessários ou preparar materiais para procedimentos médicos.



- Desprezar resíduos conforme orientação do PGRSS.
- Higienizar as mãos conforme POP PO-SCIH-001.
- Realizar checagem em prescrição médica e anotação de enfermagem, não esquecendo de anotar o horário da PCR e o horário das medicações realizadas.
- Realizar a conferência e reposição do carrinho de emergência (POP PO-ENFE-111).

7. OBSERVAÇÕES

7.1. Não se aplica.

8. CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

Tarefa	Orientação
Assistência direta ao paciente	Seguir os 5 momentos de higienização das mãos
Uso de luvas	Higienizar as mãos antes de calçar e após descalçar as luvas

9. SEGURANÇA DO TRABALHO

EPI	Recomendação
Luvas de procedimento	Recomenda-se o uso caso haja contato com sangue, líquidos potencialmente infectantes ou agentes biológicos
Avental impermeável ou Gasparzinho sê caso de isolamento	Recomenda-se o uso caso haja possibilidade de contato de pele ou roupas do profissional com sangue ou líquidos potencialmente infectantes
Máscara, protetor facial sê caso de isolamento	Recomenda-se o uso caso haja possibilidade de respingo de sangue ou líquidos potencialmente infectantes atingirem a face do profissional de saúde.
Óculos de proteção	Proteção dos olhos contra agente biológicos, contra impacto de partículas volantes.

10. DESCARTE DE RESÍDUOS (PGRSS)

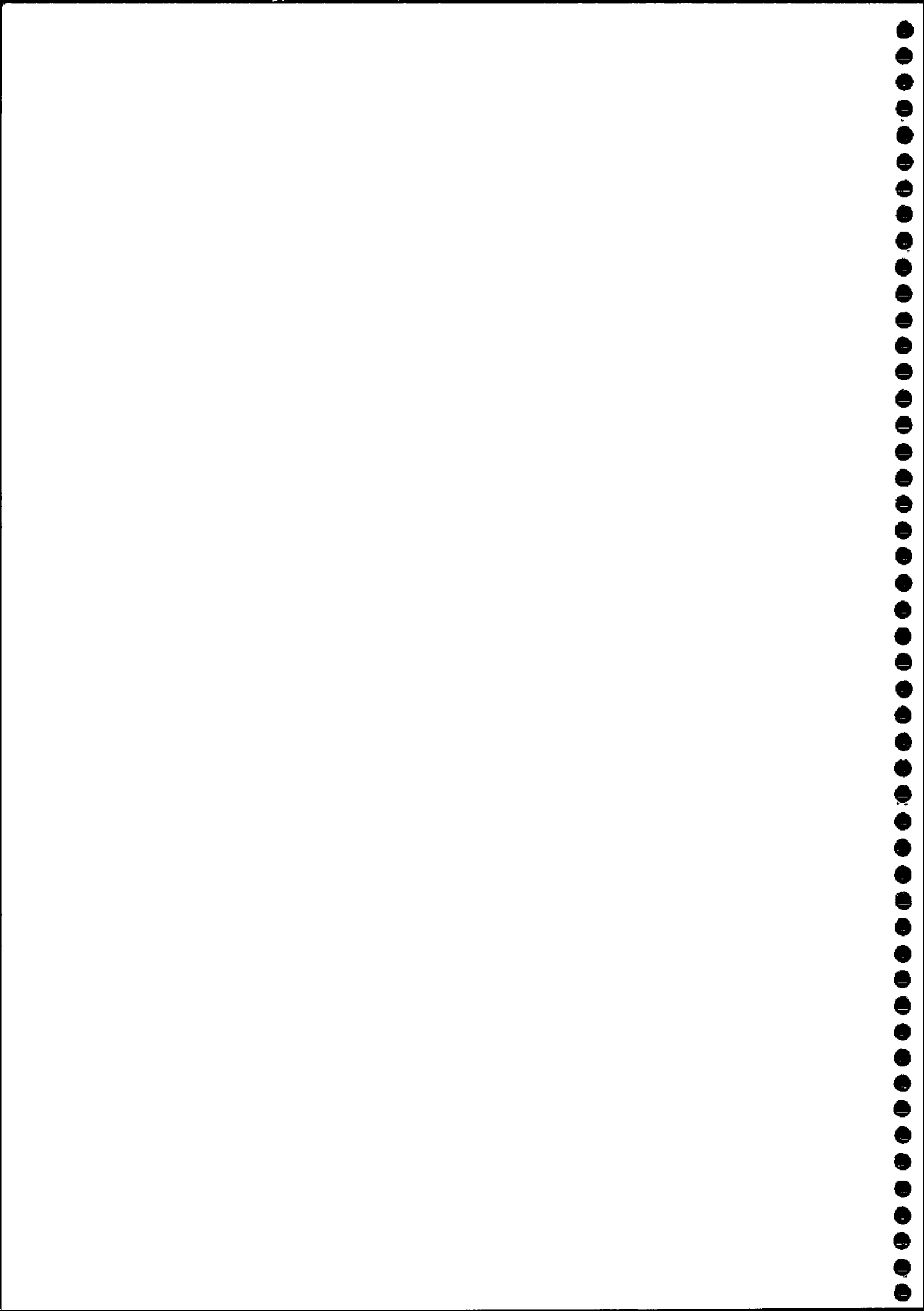
Tipo de resíduo	Definição	Descarte
Comum 	Resíduos que não apresentam risco biológico, químico ou radioativo. Normalmente são similares aos resíduos domiciliares (papel, embalagens...)	Em fixo com simbologia comum e saco preto
Infectante 	Resíduos como: algodão, gaze, luva ou qualquer outro material que contenha sangue ou fluidos corpóreos, curativos, resíduos de cirurgias, moldagens e kits para exames.	Em lixo com simbologia infectante e saco branco leitoso
Perfurocortante 	Resíduos como: lâminas de barbear, bisturis, agulhas, escalpes, ampolas de vidro, vidrarias e outros assemelhados	Em caixa perfurocortante de cor amarela

11. ORIENTAÇÕES PARA O PACIENTE

11.1. Orientar paciente e/ou familiar ao procedimento a ser realizado.

12. REFERÊNCIA

12.1. COREN SP. Parecer COREN-SP 26/2013. Disponível em: https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2013_26.pdf Acessado em: 02/08/2022.

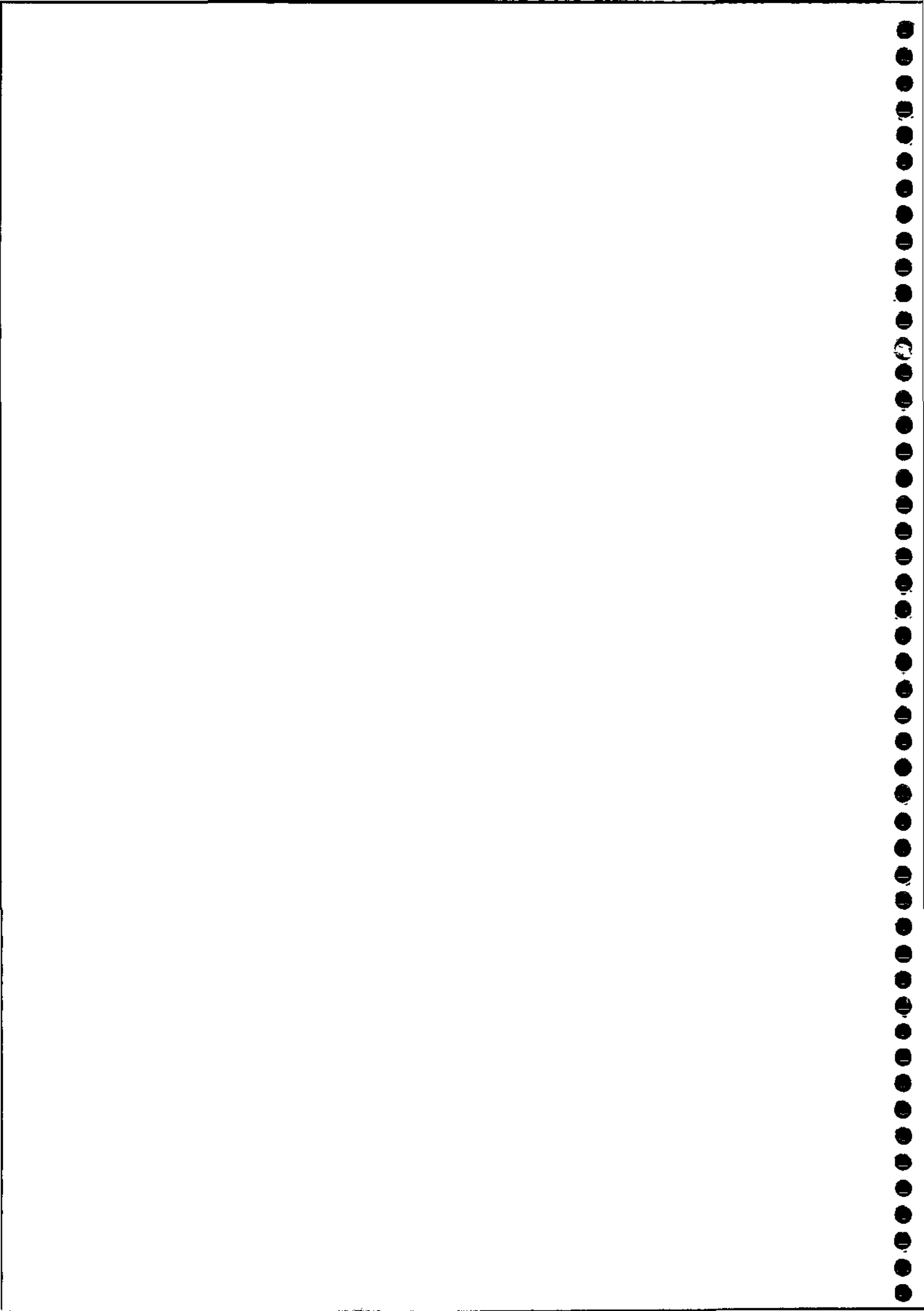


- 12.2. CARMANGNANI, M.I.S ET AL. Procedimentos de Enfermagem guia prático. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan. 2011.
- 12.3. American Heart Association. Destaques das atualizações direcionadas nas Diretrizes de 2020 da American Heart Association para Ressuscitação Cardiopulmonar e Atendimento Cardiovascular de Emergência.
- 12.4. American Heart Association. DESTAQUES DAS DIRETRIZES DE RCP E ACE DE 2020 DA AMERICAN HEART ASSOCIATION. 2020. Disponível em: <https://cpr.heart.org/-/media/CPR-Files/CPR-Guidelines-Files/Highlights/Hghlights_2020ECCGuidelines_Portuguese.pdf>. Acessado em: 02/08/2022.

13. HISTÓRICO

Revisão	Data	Natureza da operação	Responsável
000	25/09/2017	Criação do Documento	Enf. Fabiana Silva Ferrari Coren/SP:235.772
001	08/12/2020	Revisão Geral do documento	Enf. Miriam Sanches do Nascimento Silveira
002	01/08/2022	Atualização do documento, inclusão de capítulos.	Enf. Miriam Sanches do Nascimento Silveira

Elaborado por: Miriam Sanches do Nascimento Silveira - Gerente NEPS Envolvidos:	Verificado por: Stephany Gabriele Sousa Galone - Escriturário(a) Qualidade Aprovado por: Giliane Aparecida Moraes Silveira Brait - Gerente Assistencial, Camila Sanches de Oliveira Correa - Enfermeiro(a) SCIH, Robson de Oliveira Souza - Técnico(a) Segurança do Trabalho, Camila Oliveira Souza Sola - Biomédico(a) Agência Transfusional
---	--





ANEXO 5.2

Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba

Av. São Paulo, 750 - Jd. Árvore Graúde - Sorocaba/SP CEP 13013-002 CNPJ: 71.485.056/0001-21
(15) 2101-8000 @www.santacasasorocaba.com.br f@in Siga-nos: @santacasasorocaba

POP

Título: Atuação do Fisioterapeuta na parada Cardiorespiratória

Número e Versão do Documento: PO..FISI.001 v.001

Fase: Publicado

Elaborado por: Edna Heloisa da Silva Barros - Fisioterapeuta

Data de Publicação: 30/06/2023

Área Emitente: Fisioterapia

Próxima revisão: 29/06/2025

1. OBJETIVO

- 1.1. Auxiliar equipe multiprofissional da unidade de terapia intensiva nas manobras de ressuscitação cardiopulmonar.

2. RESPONSÁVEIS

- 2.1. Fisioterapeutas.

3. ÁREAS ENVOLVIDAS

- 3.1. Setores assistenciais, exceto Ambulatórios.

4. DEFINIÇÕES

- 4.1. EPI: Equipamento de proteção individual.
- 4.2. PGRSS: Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde.

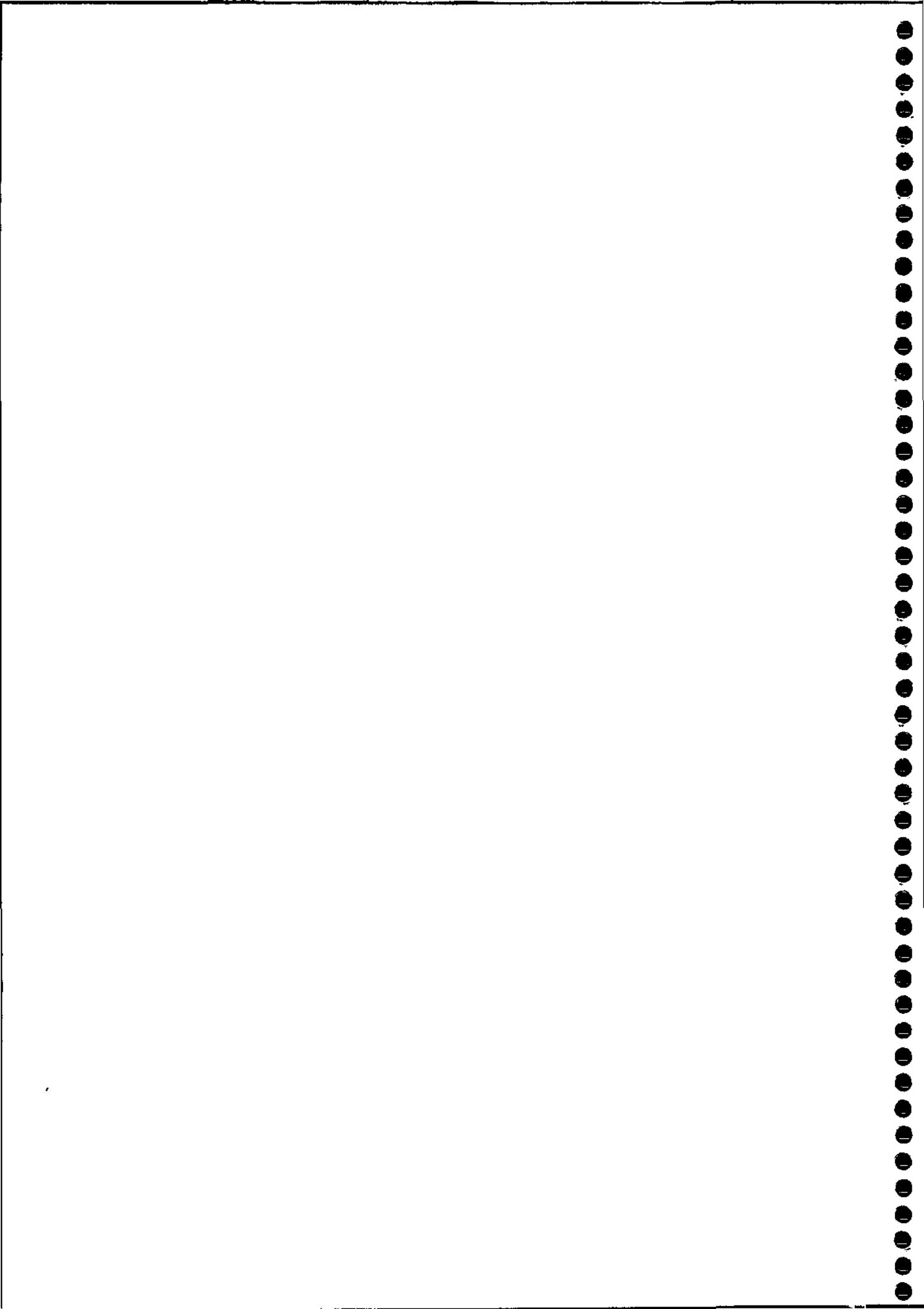
5. MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

- 5.1. EPIs (Máscara cirúrgica, óculos de proteção e luvas de procedimento).
- 5.2. Ressuscitador manual.
- 5.3. Rede de oxigênio.
- 5.4. Tábua para reanimação cardiopulmonar.
- 5.5. Sonda de aspiração nº 12.
- 5.6. Respirador mecânico.

6. PROCEDIMENTOS

COMPETÊNCIAS FISIOTERAPÊUTICAS

- 6.1. Ao identificar uma parada cardiorrespiratória ou ser informado sobre a parada, o Fisioterapeuta deverá auxiliar a equipe nas manobras de ressuscitação cardiopulmonar.
- 6.2. Habitualmente o Fisioterapeuta deve ser responsável pela monitorização e cuidados com a via aérea, ventilação e manutenção da permeabilidade.
- 6.3. Quando não estiver responsável pelas vias aéreas o Fisioterapeuta pode auxiliar nas manobras de compressões torácicas.



PARADA CARDIORESPIRATÓRIA

- 6.4. Identificação do evento.
- 6.5. Se houver a parada cardiorrespiratória durante o atendimento ou for o primeiro profissional a perceber a ocorrência, deverá iniciar os primeiros socorros básicos, salvo se houver outra conduta definida com a equipe, como em casos específicos de cuidados paliativos, estando esta descrita em prontuário e com a ciência da família.
- 6.6. Certificar-se da disponibilidade de um ressuscitador manual em bom estado.
- 6.7. Higienizar as mãos (POP PO-SCIH-001).
- 6.8. Verificar se todos os materiais necessários estão à beira leito, se não, levar até o leito do paciente.
- 6.9. Paramentar-se com os EPIs.
- 6.10. Calçar as luvas de procedimento (POP PO-SCIH-002).
- 6.11. Conectar o ressuscitador manual a rede de oxigênio.
- 6.12. Verificar se a dieta está pausada.
- 6.13. Em caso de paciente ventilando espontaneamente, colocar a máscara de coxim inflável na face do doente e iniciar a ventilação até procedimento de intubação orotraqueal.
- 6.14. Em caso de paciente em ventilação mecânica, desconectar o paciente do respirador mecânico e conectar o paciente ao ressuscitador manual.
- 6.15. Quando julgar necessário, o Fisioterapeuta deve solicitar o revezamento da manipulação do ressuscitador manual, a fim de manter a qualidade da ventilação.
- 6.16. Comprimir o tórax do paciente com as mãos entrelaçadas, região hipotênar de uma das mãos sobre o esterno do paciente e a outra mão sobre a primeira, cotovelos em extensão completa, posicionar-se num ângulo de cerca de 90° acima do paciente.
- 6.17. Realizar numa profundidade de cerca de 5cm, em um ritmo de 100 compressões por minuto, permitir o retorno por completo do tórax após cada compressão.
- 6.18. Em caso de necessidade de cardio-desfibrilação, obedecer à ordem dada pelo Médico Assistente de afastar, soltar o ressuscitador manual ou suspender as manobras de compressões torácicas.
- 6.19. Solicitar revezamento quando achar necessário, a fim de manter a qualidade das manobras de ressuscitação.

RECUPERAÇÃO PÓS-RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR

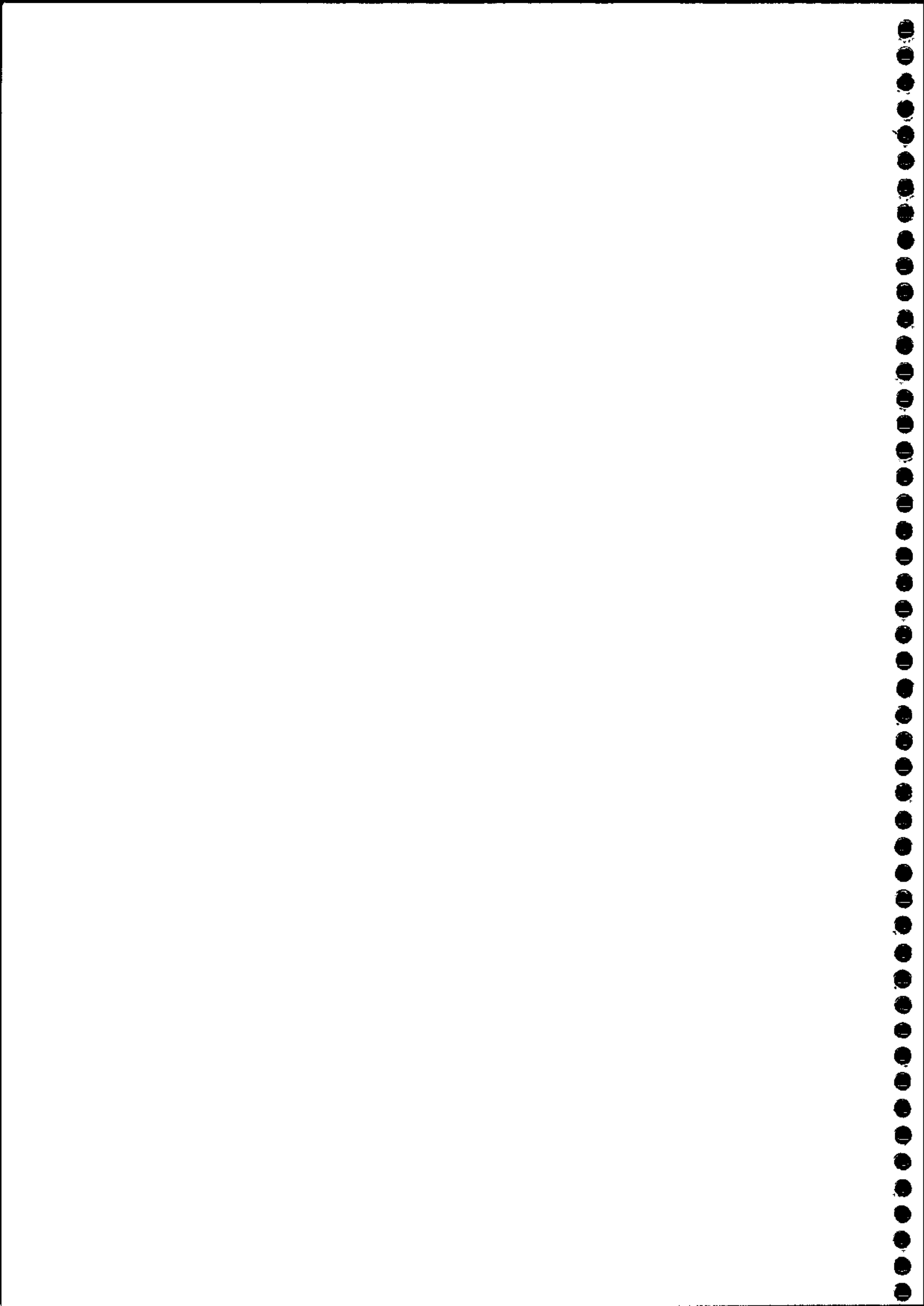
- 6.20. Em caso de manobras de ressuscitação cardiopulmonar efetivas, com retorno dos batimentos cardíacos do paciente, reconectá-lo a ventilação mecânica.
- 6.21. Ajustar parâmetros ventilatórios para normoventilar o paciente, manter volume corrente e frequência respiratória para PaCO₂ 35 - 45mmHg, fração inspirada de oxigênio suficiente para saturação periférica de 94 - 96%.
- 6.22. Realizar ausculta pulmonar.
- 6.23. Aspirar (se necessário) via aérea artificial, cavidade nasotraqueal e oral (POP PO-FISI-003).
- 6.24. Retirar as luvas de procedimento, (POP PO-SCIH-002).
- 6.25. Higienizar as mãos (POP PO-SCIH-001).
- 6.26. Preencher a Evolução de Fisioterapia.
- 6.27. Conferir gasometria pós-parada cardiorrespiratória para ajustes na ventilação mecânica.
- 6.28. Conferir Rx de tórax pós-parada cardiorrespiratória.
- 6.29. Registrar em formulário de Evolução de Fisioterapia, incluindo tempo de parada.

7. OBSERVAÇÕES

- 7.1. Instalar prancha abaixo do paciente.

8. CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

Tarefa	Orientação
Assistência direta ao paciente	Seguir os 5 momentos de higienização das mãos
Uso de luvas	Higienizar as mãos antes de calçar e após descalçar as luvas



9. SEGURANÇA DO TRABALHO

Recomendações de segurança	
Sapato fechado	Proteção dos pés do usuário contra riscos de natureza leve. Deve ter fechamento no calcâneo, dorso e a lateral do pé. Ex.: Tênis e sapato.

Procedimentos assistenciais

EPI	Recomendação
Luvas de procedimento	Recomenda-se o uso caso haja contato com sangue, líquidos potencialmente infectantes ou agentes biológicos
Máscara, protetor facial	Recomenda-se o uso caso haja possibilidade de respingo de sangue ou líquidos potencialmente infectantes atingirem a face do profissional de saúde.
Óculos de proteção	Proteção dos olhos contra agente biológicos, contra impacto de partículas volantes.

10. DESCARTE DE RESÍDUOS (PGRSS)

Tipo de resíduo	Definição	Descarte
Comum 	Resíduos que não apresentam risco biológico, químico ou radioativo. Normalmente são similares aos resíduos domiciliares (papel, embalagens...)	Em lixo com simbologia comum e saco preto

11. ORIENTAÇÕES PARA O PACIENTE

11.1. Não se aplica.

12. REFERÊNCIA

- 12.1. SBC. Atualização da Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia - 2019. Disponível em: <https://abccardiol.org/article/atualizacao-da-diretriz-de-ressuscitacao-cardiopulmonar-e-cuidadoscardiovasculares-de-emergencia-da-sociedade-brasileira-de-cardiologia-2019/> Acessado em: 16/02/2023.
- 12.2. Crefito. Portaria Crefito - 3 nº 185, de 18 de agosto de 2022. Disponível em: <http://crefito3.org.br/dsn/pdfs/2022/08/diretrizes-profissao-ambito-hospitalar.pdf> Acessado em: 16/02/2023.

13. HISTÓRICO

Revisão	Data	Natureza da operação	Responsável
000	08/04/2019	Criação do documento	Mariane Andriotti Albergoni Antunes
001	10/01/2023	Revisão geral e adaptação ao novo modelo de POP	Isabel Cristina Fernandes

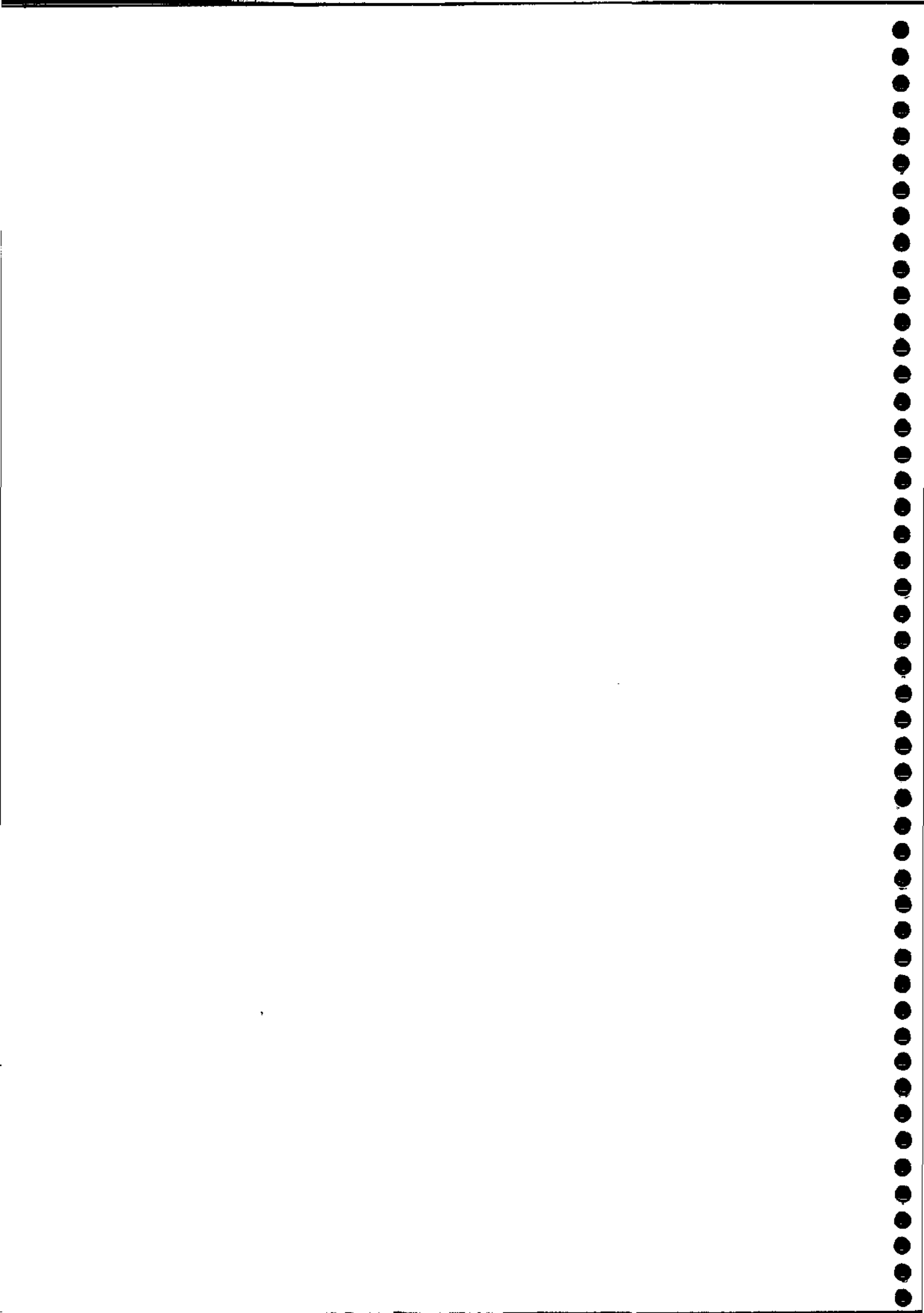
Elaborado por: Edna Heloisa da Silva Barros - Fisioterapeuta	Verificado por: Qualidade (Revisor de Documentos) - GQ
Envolvidos: NULL	Aprovado por: Iuri Stachurski - Diretor(a) Técnico(a), PGRSS - GQ, SCIH (Enfermeiros) - GQ, Segurança do Trabalho - GQ

PROJETO

TRAUMA

Enf. Miriam Sanches do Nascimento
Núcleo de Educação Permanente em Saúde

Av. São Paulo, 750
Jardim Árvore Grande - Sorocaba - SP
Cep: 18013-002 - Tel.: (15) 2101-8000
CNPJ: 71.485.056/0001-21



1. INTRODUÇÃO

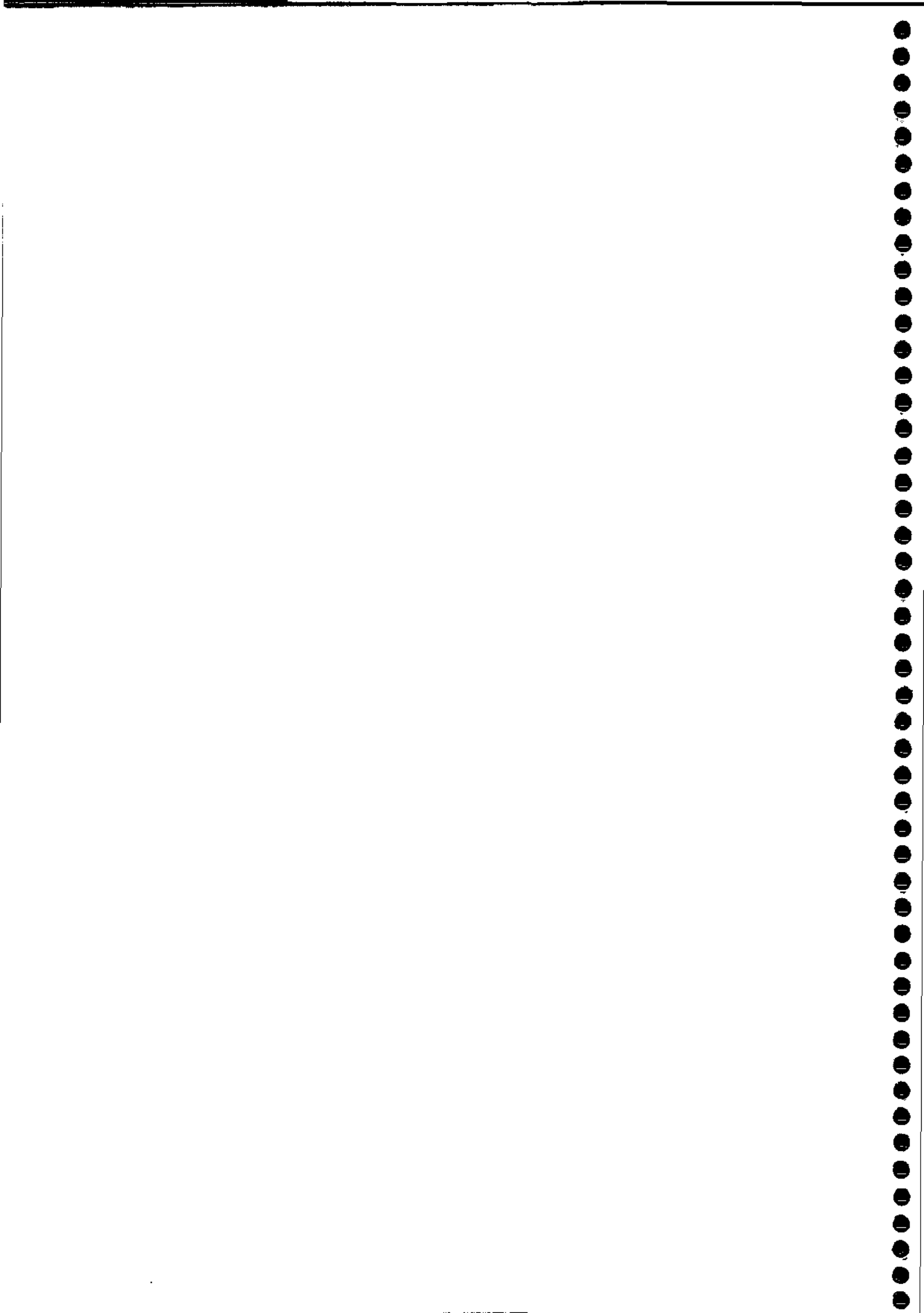
O "trauma" pode ser entendido como uma doença que envolve a troca de energia entre o meio ambiente e o corpo, resultando em lesões que acometem os diferentes sistemas e órgãos. Estima-se que mais de cinco milhões de pessoas em todo o mundo percam a vida anualmente devido a este problema¹.

A prevenção ainda é a medida que tem se mostrado mais eficaz nos países desenvolvidos, embora ainda tenha um longo caminho a percorrer nos países em desenvolvimento, onde infraestruturas mal desenvolvidas apresentam uma importante barreira aos esforços de educação e prevenção. Incidentes traumáticos se enquadram em duas categorias: intencional e não intencional. A lesão intencional resulta de um ato realizado em com a intenção de prejudicar, ferir ou matar. Lesão traumática que ocorre não como resultado de ação deliberada, mas como uma consequência não intencional ou acidental, é considerada não intencional².

De acordo com PHTLS - Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado, o atendimento ao trauma é dividido em três fases:

- **PRÉ-EVENTO:** envolve as circunstâncias que levam a uma lesão. Os esforços nesta fase se concentram principalmente na prevenção de lesões;
- **EVENTO:** é o momento para um trauma real. As ações tomadas durante esta fase visam minimizar a lesão em decorrência do trauma. O uso de equipamentos de segurança tem uma influência significativa na gravidade da lesão causada pelo evento traumático
- **e PÓS-EVENTO:** resultado do evento traumático

O objetivo delineado para esse projeto é de viabilizar uma formação em forma de treinamento para os brigadistas da Irmandade Santa Casa de Sorocaba, em detrimento a NR 23 / T 17 do Corpo de Bombeiros, a fim de que tenhamos profissionais capacitados para o atendimento a vítimas de acidentes no território do hospital.



2. OBJETIVO

2.1. Geral

O objetivo geral do projeto é contribuir para a capacitação profissional, possibilitando ao brigadista e ou funcionário conhecimentos básicos sobre o primeiro atendimento à vítima de trauma.

2.2. Específico

- Treinar os brigadistas e funcionários no atendimento à vítima de trauma;
- Padronizar o atendimento na Instituição para vítimas de trauma;

3. METODOLOGIA

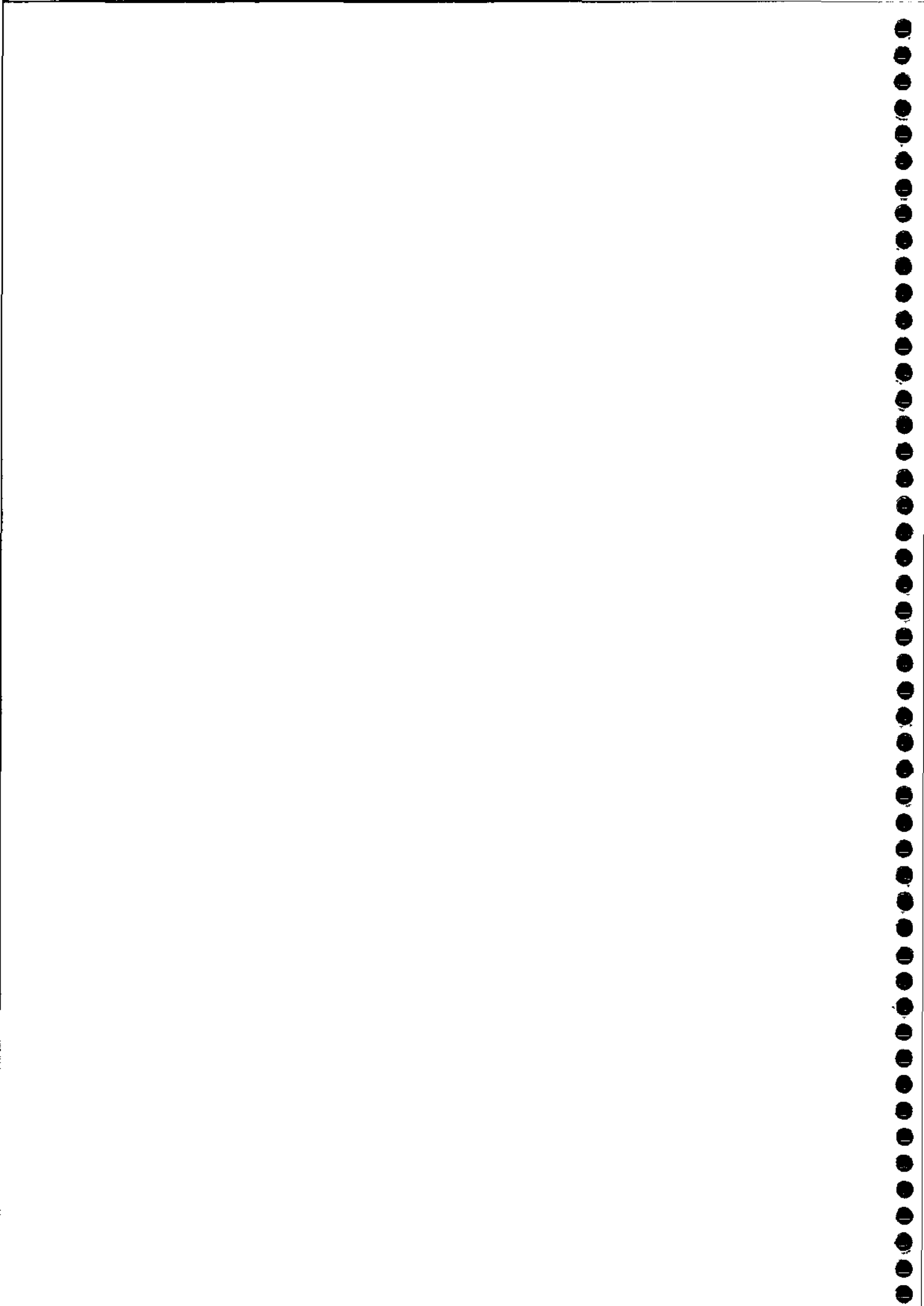
O desenvolvimento do projeto será de responsabilidade da Segurança do Trabalho e do Neps. A equipe de brigadistas será dividida em grupos com no máximo 10 (dez) participantes. A duração do treinamento será de 4 horas. O conteúdo teórico prático será dividido em:

- Avaliação Primária;

Mnemônica do ABCDE segundo ATLS

A	Airway	Desobstrução de vias aéreas
B	Breathing	Respiração e ventilação
C	Circulation	Circulação
D	Disability	Distúrbio neurológico, estado neurológico
E	Exposition	Exposição e controle do ambiente (despir a vítima atentando para as medidas de prevenção de hipotermia).

Fonte: (ATLS, 2012; ENGEL, 2015, adaptado).



- Avaliação Secundária;

- A** Alergias
- M** Medicamentos
- P** Passado mórbido
- L** Líquidos ingeridos
- A** Ambientes e eventos relacionados ao trauma

- Imobilização e Fraturas;



Angulação de 10° no joelho por meio da instalação de cunha (pedaço de tecido dobrado) sob o joelho.

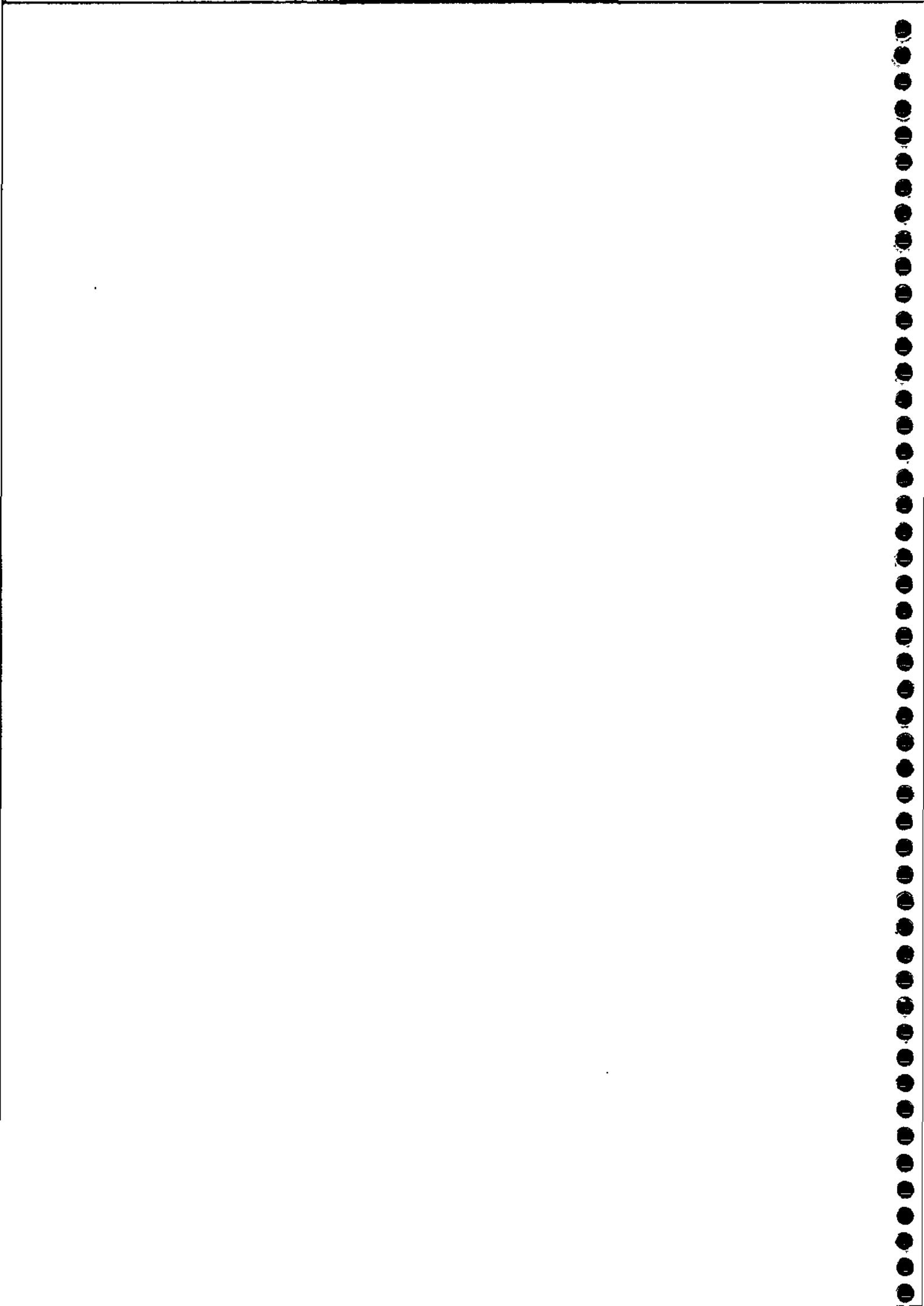
- Transporte.

O cronograma sugerido é apresentado nesse projeto como apêndice 1.
Todos os brigadistas receberão certificado.

4. ESTRUTURA

- Equipes: As equipes serão formadas por dois profissionais, preferencialmente pelas equipes da rotina de trabalho.
- Tempo: As equipes terão 10 minutos para realizar o atendimento completo da vítima, sendo deste tempo 9 minutos de atendimento e 1 minuto para passagem de caso ao instrutor.
- Concentração: definir local
- Cenário:
 1. Segurança de cena;
 2. Triagem das vítimas;

Av. São Paulo, 750
Jardim Árvore Grande - Sorocaba - SP
Cep: 18013-002 - Tel.: (15) 2101-8000
CNPJ: 71.485.056/0001-21





Santa Casa
de Misericórdia
DE SOROCABA



3. Atendimento da vítima;
4. Identificação e tratamento das lesões;
5. Imobilização e rolamento;
6. Transporte e passagem de caso no setor de Observação (PS).

● Maletas: apêndice 2

1. Trauma
2. Ataque

Obs.: checklist maletas

5. RESULTADOS ESPERADOS

Permitir o desenvolvimento da equipe de brigadistas da instituição, bem como possibilitar a capacitação dos profissionais para o atendimento às vítimas de trauma.

Referencial

1. World Health Organization [Internet]. Health topics. Injuries. Geneva: WHO; 2014 [cited 2014 Aug 4]. Available from: URL: <http://www.who.int/topics/injuries/en/> » <http://www.who.int/topics/injuries/en/>.
2. PHTLS - Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado. 9. ed. Burlington: Jones & Bartlett Learning, 2020.

Av. São Paulo, 750
Jardim Árvore Grande - Sorocaba - SP
Cep: 18013-002 - Tel.: (15) 2101-8000
CNPJ: 71.485.056/0001-21

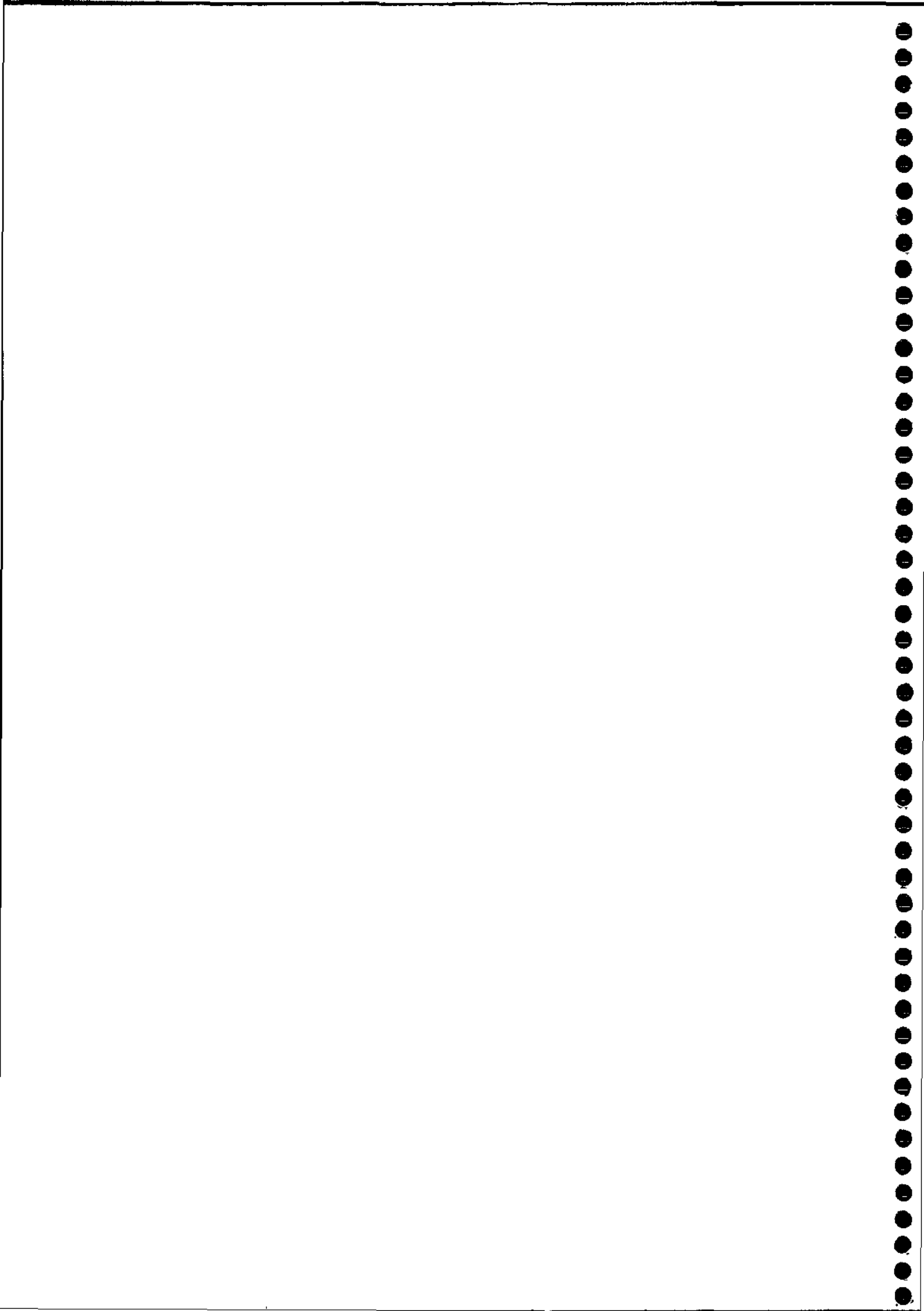

www.santacasasorocaba.com.br

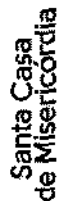
APÊNDICE 1

Cronograma

Cada grupo deverá ser composto por 10 funcionários

<u>SETEMBRO/2022</u>	<u>OUTUBRO/2022</u>	<u>NOVEMBRO/2022</u>
8	13	10
15	20	17
22		24





APENDICEZ

[illegible]

Av. São Paulo, 750
Jardim Árvore Grande - Sorocaba - SP
Cep: 13013-002 - Tel.: (15) 2101-8000
CNPJ: 71.485.056/0001-21

www.santaesasorocaba.com.br





Santa Casa
de Misericórdia

PE SOROCABA



MALETA DE TRAUMA				MALETA DE TRAUMA				MALETA DE TRAUMA			
MATERIAL	QTDE. PADRÃO	QTDE.	VALIDA DE	MATERIAL	QTDE. PADRÃO	QTDE.	VALIDA DE	MATERIAL	QTDE. PADRÃO	QTDE.	VALIDA DE
Ataduras 15cm	12			Ataduras 15cm	12			Ataduras 15cm	12		
Ataduras 10cm	10			Ataduras 10cm	10			Ataduras 10cm	10		
Gaze	10			Gaze	10			Gaze	10		
Zobeg	10			Zobeg	10			Zobeg	10		
Corta anel	1			Corta anel	1			Corta anel	1		
Manta aluminizada	6			Manta aluminizada	6			Manta aluminizada	6		
Colar Cervical	01 cda			Colar Cervical	01 cda			Colar Cervical	01 cda		
PP,P,M,G,GG				PP,P,M,G,GG				PP,P,M,G,GG			
Colar Neo	1			Colar Neo	1			Colar Neo	1		
Talas P,M,G,GG	03 cda			Talas P,M,G,GG	01 cda			Talas P,M,G,GG	01 cda		
Prancha	1			Prancha	1			Prancha	1		
Tirantes	3			Tirantes	3			Tirantes	3		
Assinatura e carimbo do profissional				Assinatura e carimbo do profissional				Assinatura e carimbo do profissional			
Nº Lacre/ Obs:				Nº Lacre/ Obs:				Nº Lacre/ Obs:			

Av. São Paulo, 750
Jardim Árvore Grande - Sorocaba - SP
Cep: 18013-002 - Tel.: (15) 2101-8000
CNPJ: 71.485.056/0001-21





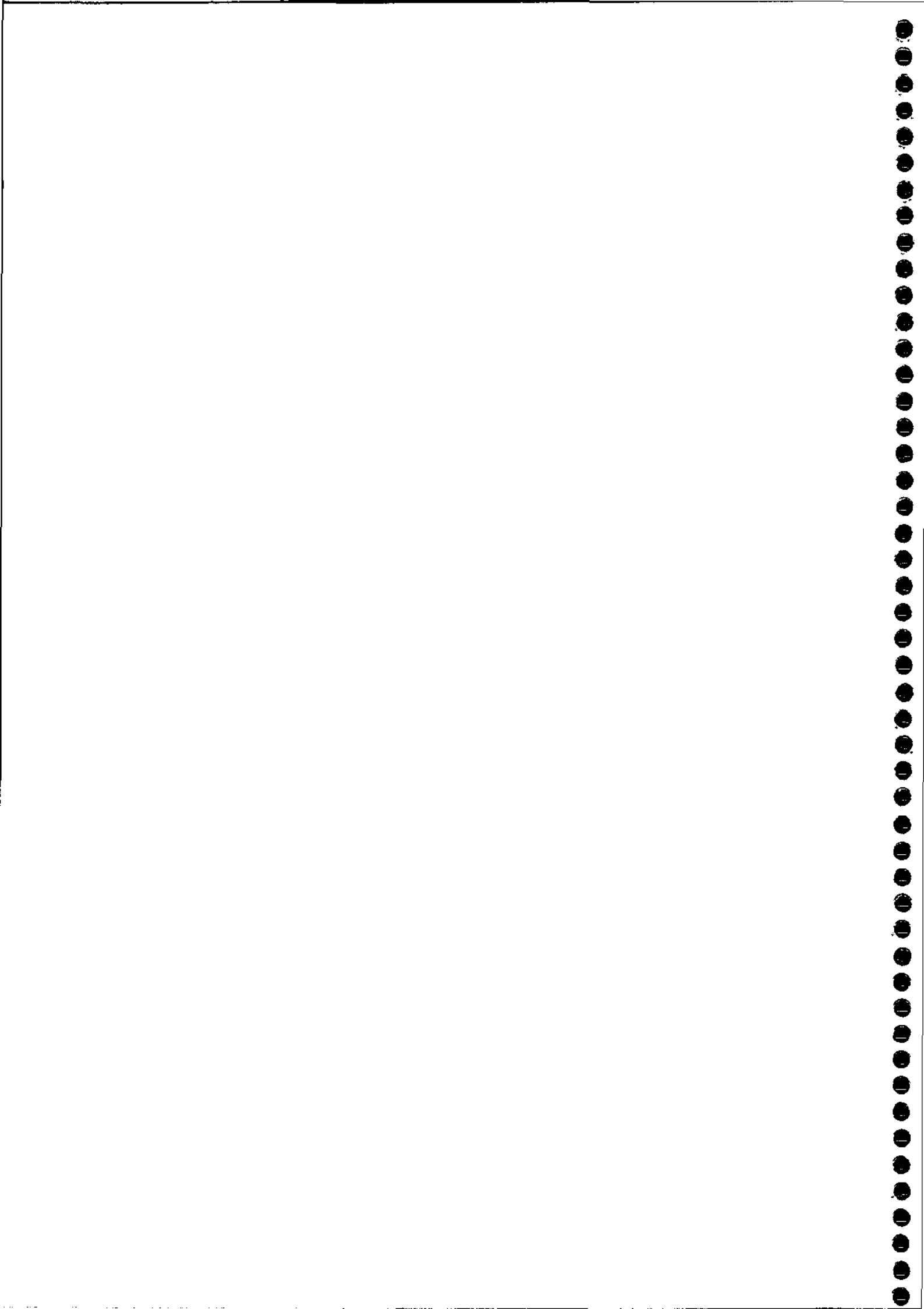
**Santa Casa
Sorocaba**
Compromisso com a Saúde

OSZM-IZ-O-IZM-GMR

CORPO CLÍNICO

REGISTRADO NOS ASSENTAMENTOS DO
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA EM 02/12/2008

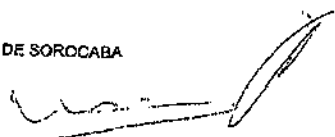
[Handwritten signature]

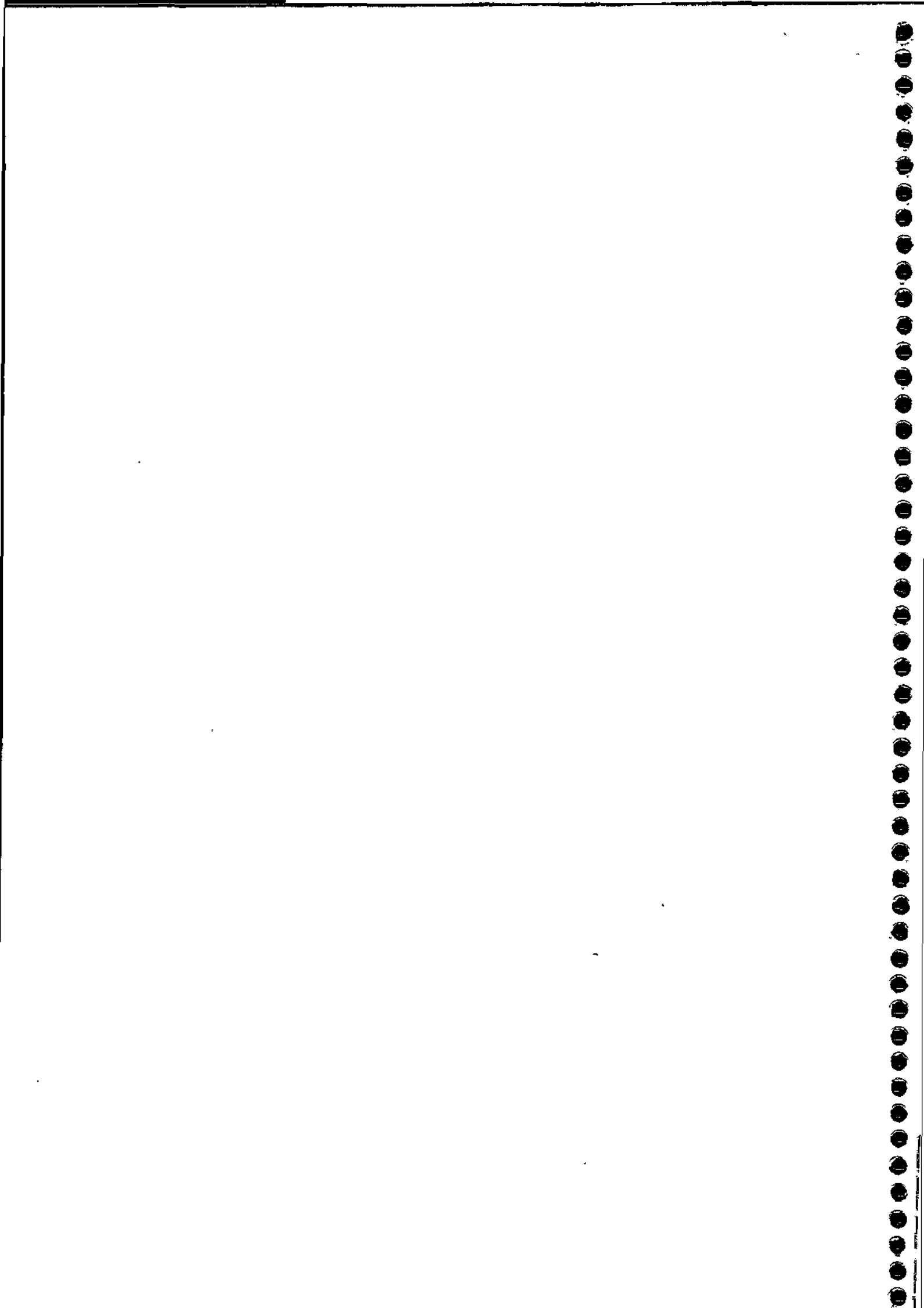


SUMÁRIO

CAPÍTULOS	PÁGINA
I. Princípios e objetivos	2
II. Constituição do Corpo Clínico	2
III. Órgãos do Corpo Clínico	4
IV. Competências, direitos e deveres do Corpo Clínico e seus órgãos	8
V. Do Ingresso no Corpo Clínico	12
VI. Das infrações e penalidades	13
VII. Da eleição para Diretor e Vice Diretor Clínico	14
VIII. Disposições Gerais e complementares	15

REGIMENTO INTERNO DO CORPO CLÍNICO
HOSPITAL IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOROCABA





CAPÍTULO I PRINCÍPIOS E OBJETIVOS

Artigo 1º - A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba é instituição de direito privado, constituída juridicamente como Sociedade Civil Beneficente, sem fins lucrativos e subordinada aos estatutos de sua constituição registrados no 1º Cartório de Registro de Imóveis e Anexos de Sorocaba, sob o número de ordem 6.948 - Protocolo A-1, averbado sob o número 07 à margem do Registro número de ordem 56, às folhas 34 do livro A-1 de Registro de Pessoas Jurídicas, em 13 de novembro de 1980.

Artigo 2º - A finalidade do Hospital da Irmandade da Santa Casa de Sorocaba (HISCMS) satisfazidas as normas administrativas e legais é a assistência médica e hospitalar aos doentes, independentemente de cor, raça, religião e convicções em cujo benefício o Corpo Técnico e Administrativo da Entidade, juntamente com o Corpo Clínico, agirá com o máximo zelo e o melhor de suas capacidades profissionais.

§ 1º - A pesquisa científica, o ensino e a reabilitação dos doentes serão atividades paralelas da Instituição.

§ 2º - Os atendimentos e internações respeitarão as normas administrativas específicas estabelecidas pela Instituição, ressalvados os casos de urgência médica.

§ 3º - É direito dos médicos internar e assistir seus pacientes no Hospital da Santa Casa de Sorocaba, respeitada as normas técnicas da Instituição.

Artigo 3º - O Regimento Interno do Corpo Clínico do HISCMS visa disciplinar a constituição, ações, relações, avaliação e direção dos médicos que se utilizam das instalações da Instituição para o exercício de suas atividades profissionais.

Artigo 4º - O Regimento Interno se constitui em instrumento jurídico que regula as relações entre os médicos e a entidade, não sendo cabível a inserção de artigos ou cláusulas que criem obrigações à entidade.

CAPÍTULO II CONSTITUIÇÃO DO CORPO CLÍNICO

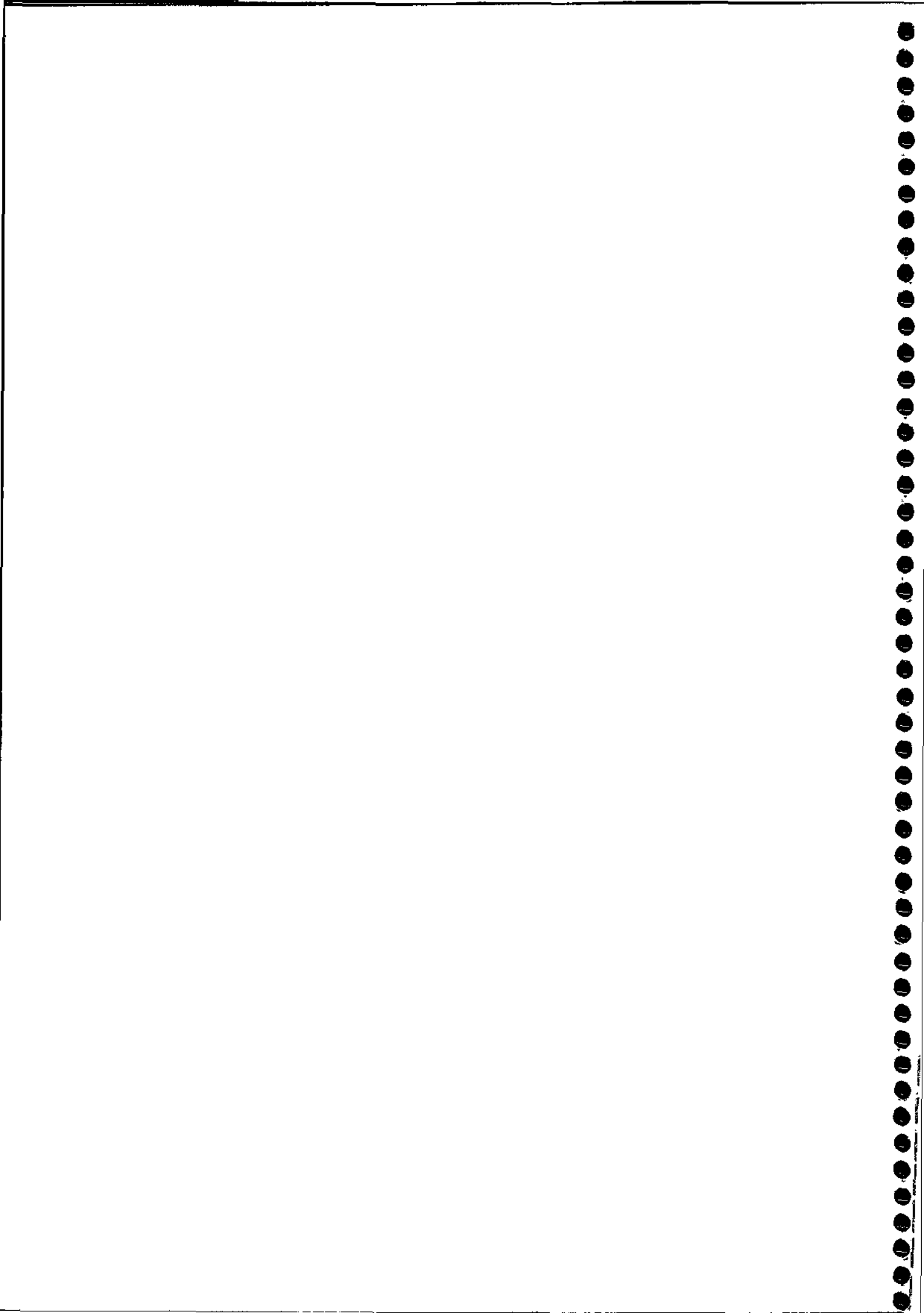
Artigo 5º - O Corpo Clínico é o conjunto de médicos de uma instituição com a incumbência de prestar assistência aos pacientes que procuram, gozando de autonomia profissional, técnica, científica, política e cultural.

§ 1º - Os demais profissionais da área de saúde, levando-se em consideração que sempre deve ser incentivado o corpo multidisciplinar, poderão estar incluídos nesta definição, mas não terão qualquer ingerência do presente Regimento Interno em suas atividades, resguardando-se, ainda a atividade fiscalizatória de cada Conselho.

Artigo 6º - O Corpo Clínico do HISCMS compõe-se de todos os médicos que utilizam das suas instalações, dependências ou serviços, através das Clínicas organizadas e que se encontram em pleno direito de exercer a profissão, classificados nas seguintes categorias:

- I- **TITULARES** - os profissionais que, na ocasião deste regimento, contarem da listagem do Corpo Clínico vigente na categoria de Titular;
- II- **ASSISTENTES** - profissionais que, na ocasião da aprovação deste regimento, constarem da listagem do Corpo Clínico vigente na categoria de Assistente, bem como os

REGIMENTO INTERNO DO CORPO CLÍNICO
HOSPITAL IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOROCABA



profissionais que iniciarem suas atividades na Instituição, obedecendo as normas deste regimento:

§ 1º - Os participantes do Corpo Clínico, estão subordinados à Diretoria Clínica.

§ 2º - Os membros do Corpo Clínico da categoria **TITULARES e ASSISTENTES**, poderão votar e ser votados nas Assembléias Gerais.

§ 3º - Os participantes da categoria **ASSISTENTES**, poderão ser promovidos para a categoria **TITULARES** após 05 (cinco) anos de atividades no **HISCMS**, quando indicados pelo Chefe de Clínica ao qual estiverem subordinados e devidamente aprovados pelo Conselho Técnico Médico.

§ 4º - Não ocorrendo a promoção prevista no parágrafo anterior, o participante da categoria **ASSISTENTES** permanecerá como tal.

§ 5º - Todo o participante do Corpo Clínico que deixe de freqüentar o **HISCMS** ou prestar serviços de acordo com a Clínica à qual estiver subordinado, pelo prazo de 1(um) ano, sem justificativa, será transferido para a categoria de "**CADASTRADOS**" após comunicação da respectiva Chefia, cabendo recurso ao interessado.

§ 6º - Todo membro do Corpo Clínico responde individualmente pelos seus atos profissionais as Leis do País e perante a Direção Clínica

§ 7º - Todos os membros do Corpo Clínico tem direito de votar na Assembléia Geral Extraordinária.

§ 8º - A Direção Clínica do **HISCMS** manterá registro atualizado do Corpo Clínico, bem como a mudança de categoria, quando ela ocorrer.

§ 9º - Os demais profissionais da área de saúde poderão, a critério exclusivo do Diretor Clínico, participar como ouvintes nas Assembléias do Corpo Clínico

Artigo 7º - Outros profissionais médicos serão classificados nas seguintes categorias:

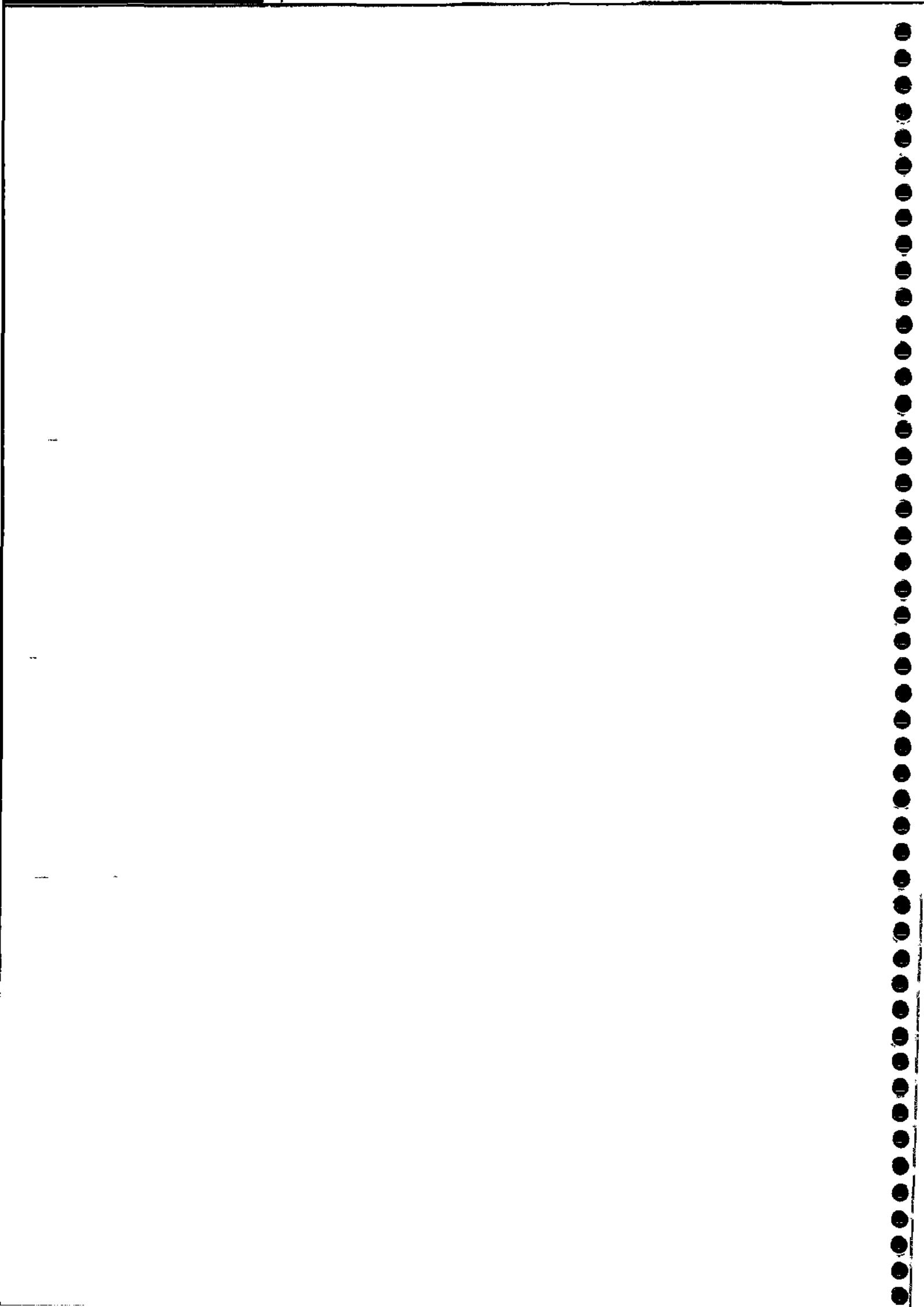
III- EMÉRITOS - profissionais que tendo atingido 65 anos de idade e 30 anos de desempenho de suas atividades no **HISCMS**, façam jus ao título, que será concedido pelo Corpo Clínico em Assembléia Geral para tal fim convocada e homologada, e os profissionais que já atingiram nesta data 65 anos de idade e 30 anos de desempenho estarão automaticamente considerados como **EMÉRITOS** por ocasião de aprovação deste Regimento.

§ 1º - O médico assim caracterizado poderá obedecer a horário especial de trabalho e desobrigado do plantão de sua especialidade, continuando a subordinar-se a Direção Clínica.

§ 2º - O médico que satisfizer o enunciado do caput deste artigo e que não tiver mais condições de militar no Corpo Clínico do **HISCMS**, ficará desobrigado das atividades profissionais no **HISCMS**.

Artigo 8º - IV - Temporários - São médicos visitantes ou consultores, que não fazem parte do Corpo Clínico por não exercerem suas atividades de maneira habitual na Instituição, devendo porém obediência ao Regimento Interno no período que estiverem na dependência da Entidade, podendo participar de Assembléia sem direito a voto.

V - Cadastrados - Profissionais que exercem suas atividades médicas na instituição como pessoa física ou através de pessoa jurídica, com remuneração e regime específico podendo ter sua atividade através de contrato de trabalho, fazendo parte do Corpo Clínico, com direito a voto, porem, não poderão ocupar cargos de Chefia, Direção e



Comissão. O médico desta categoria será automaticamente excluído como membro do Corpo Clínico após terminado o prazo de sua atuação no Hospital.

VI - **Contratados** - São profissionais que exercem sua atividade médica na Instituição através de contrato com a Entidade, por prazo determinado ou não, fazendo parte do Corpo Clínico com direito a voto, porém não poderão ocupar cargos de Chefia, Direção e Comissões.

VII - **Estagiários** - não se enquadra como membro do Corpo Clínico, que apesar de médicos devem estar sempre acompanhados de um preceptor do Corpo Clínico.

Artigo 9º - O Corpo Clínico do HISCMS é regido por este regimento e constituído em todos os níveis aqui estabelecidos por médicos, legalmente habilitados aos quais cabe a execução de todos os atos aos pacientes, com plena autonomia profissional.

CAPÍTULO III ÓRGÃOS DO CORPO CLÍNICO

Artigo 10º - São órgãos do Corpo Clínico:

- I. DIRETOR CLÍNICO;
- II. VICE-DIRETOR CLÍNICO;
- III. DIRETOR TÉCNICO MÉDICO;
- IV. CONSELHO TÉCNICO MÉDICO;
- V. CONSELHO CONSULTIVO;
- VI. DEPARTAMENTOS;
- VII. COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA;
- VIII. COMISSÃO DE INFECÇÃO HOSPITALAR;
- IX. COMISSÃO DE ADMISSÃO AO CORPO CLÍNICO;
- X. COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS;
- XI. COMISSÃO DE ANÁLISE DE ÓBITOS;
- XII. COMISSÃO DE CONVÊNIOS MÉDICOS;
- XIII. COMISSÕES PERMANENTES OU TEMPORÁRIAS;
- XIV. ASSEMBLÉIA GERAL.

Artigo 11º - O Diretor Clínico e o Vice-Diretor Clínico serão eleitos pelo Corpo Clínico do HISCMS de acordo com as normas do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, dentre os participantes da categoria de **TITULARES**, para um mandato de 03 (três) anos, podendo ser reconduzidos.

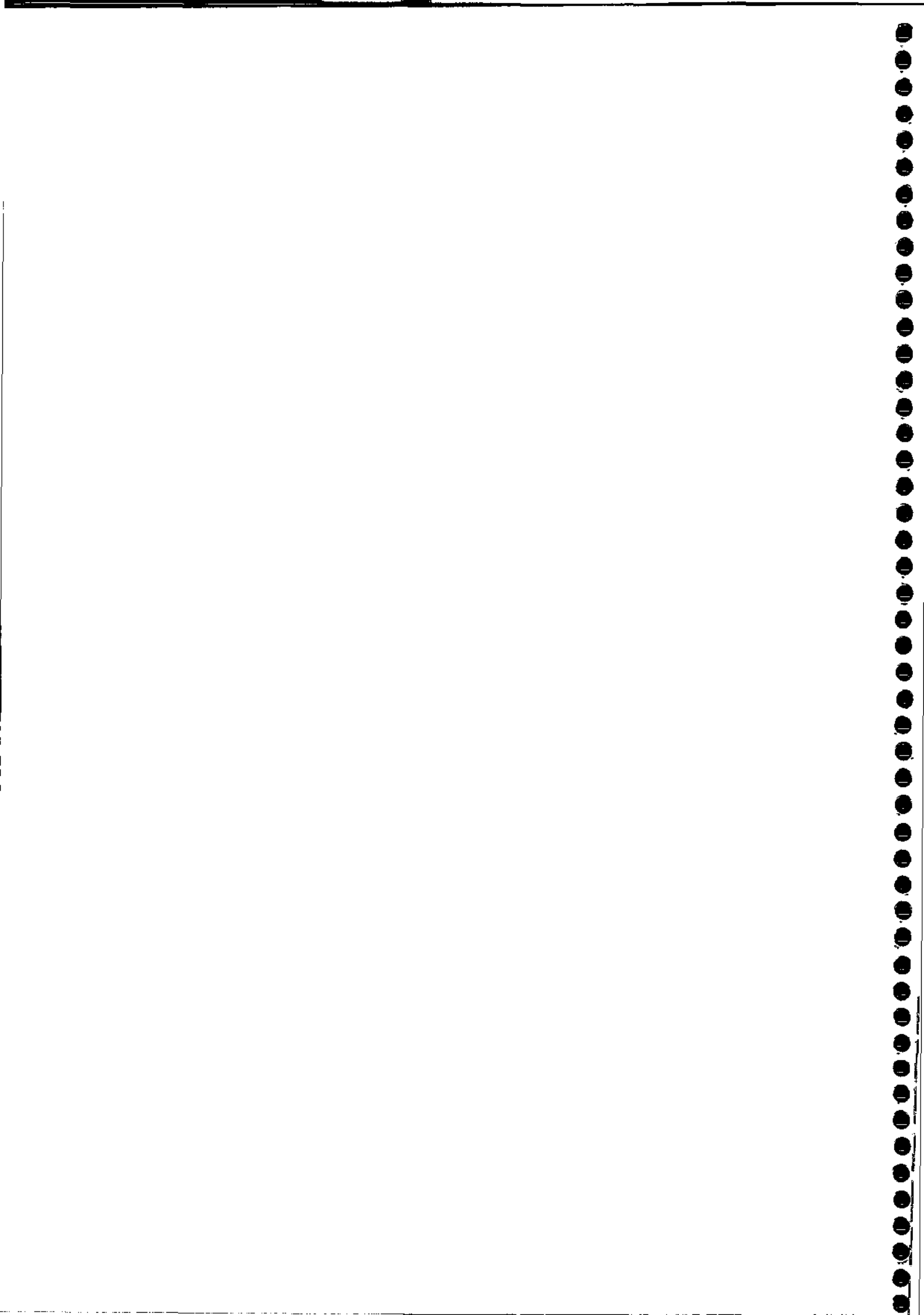
§ Único - Para exercício da função de Diretor Clínico, o candidato eleito deverá ter tempo disponível suficiente e capacidade para o exercício do cargo.

Artigo 12º - O Diretor Técnico será indicado pela Administração do HISCMS.

§ Único - Os cargos de Diretor Clínico e Diretor Técnico Médico poderão ser exercidos cumulativamente pelo Diretor Clínico.

Artigo 13º - O Conselho Técnico Médico é órgão auxiliar da Direção Clínica do HISCMS e será formado pelo VICE-DIRETOR CLÍNICO e CHEFES DE DEPARTAMENTO, para um mandato coincidente com a Direção Clínica.

§ Único - Em caso de renúncia ou demissão, outro membro será escolhido para completar o mandato.



Artigo 14º - O Conselho Consultivo será formado por Membros do Corpo Clínico que completarem 25 anos de contínuo exercício estando na época na categoria de Titulares.

§ 1º - Este Conselho será regido por normas próprias.

§ 2º - O Conselho Consultivo deverá ser consultado pelo Diretor Clínico para opinar sobre assuntos relevantes.

Artigo 15º - Cada departamento será formado pela reunião das Clínicas do HISCMS e dirigido por um CHEFE de uma das Clínicas participantes.

§ 1º - A escolha do Chefe do Departamento deverá obedecer critérios de liderança, antiguidade, produtividade e sintonia com a Direção Clínica.

§ 2º - O Chefe do Departamento será eleito pelos Chefes das Clínicas que o compõem.

§ 3º - A eleição dos Chefes de Departamento, ocorrerá 01(um) ano após a eleição do Diretor Clínico e em seguida à escolha dos Chefes de Clínica.

§ 4º - São os seguintes departamentos do HISCMS:

- I. Departamento de Clínicas Médicas;
- II. Departamento de Clínicas Cirúrgicas;
- III. Departamento dos Serviços Auxiliares e Complementares de Diagnóstico e Tratamento.
- IV. Departamento dos Serviços de Urgência e Pronto Atendimento;

§ 5º - O Departamento das Clínicas Médicas será composto de:

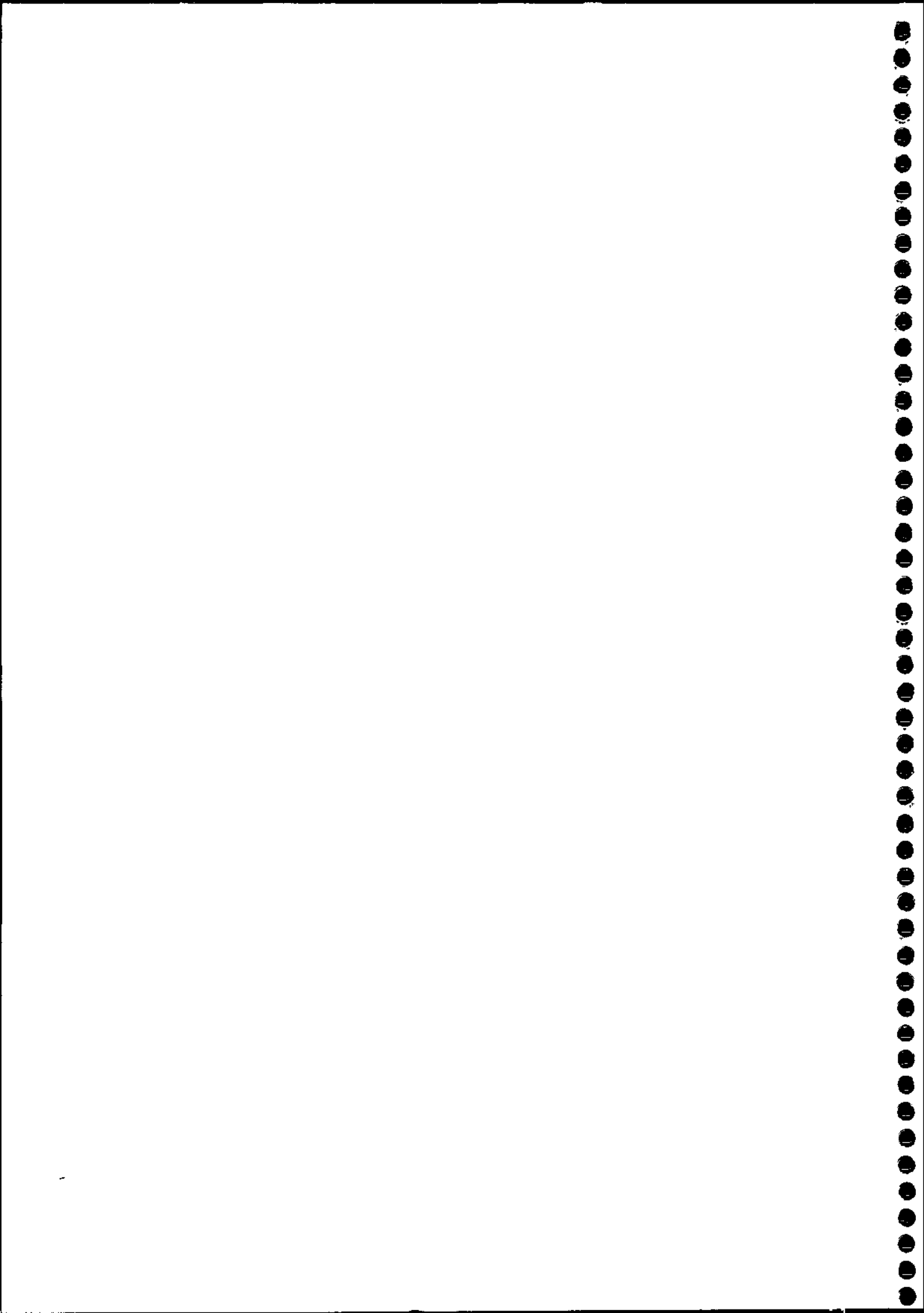
- I. Clínica Médica;
- II. Clínica Pediátrica e de Neonatologia;
- III. Oncologia Clínica;
- IV. Cardiologia Clínica;
- V. Clínica de Terapia Intensiva de Adultos;

§ 6º - O Departamento das Clínicas Cirúrgicas será composto de:

- I. Clínica Cirúrgica;
- II. Clínica Cirúrgica Pediátrica;
- III. Clínica Ginecológica e Obstétrica;
- IV. Clínica Ortopédica e Traumatológica;
- V. Clínica Oftalmológica;
- VI. Clínica Otorrinolaringológica;
- VII. Clínica Neurológica e Neurocirúrgica;
- VIII. Clínica Angiológica e Vascular;
- IX. Clínica Urológica;
- X. Clínica Anestesiológica, Terapia Respiratória e da Dor;
- XI. Clínica de Cirurgia Plástica;

§ 7º - O Departamento dos Serviços Auxiliares e Complementares de Diagnóstico e Tratamento é composto de:

- I. Patologia Clínica;
- II. Anatomia Patológica e Citologia Geral;
- III. Radiodiagnóstico e Diagnóstico por Imagem;
- IV. Medicina Nuclear;
- V. Hemoterapia;
- VI. Fisiatria;



§ 8º - O departamento dos Serviços de Urgência E Pronto Atendimento é composto de:

- I - Serviço de Pronto Socorro;
- II - Serviço de Pronto Atendimento;
- III - Serviço de Plantão médico interno

§ 9º - Outros Serviços e Clínicas poderão ser criados de acordo com a evolução Técnica dos departamentos devidamente aprovados pelo Conselho Técnico Médico.

§ 10º - A Unidade de Pronto Socorro está diretamente subordinada ao Diretor Clínico e Conselho Técnico Médico, devendo seguir o seu Regimento Interno próprio.

§ 11º - O médico tem direito de internar e assistir seus pacientes, sendo responsabilidade do Diretor Clínico a sua entrada e do Diretor Técnico a sua atuação, frente às condições e normas técnicas da Instituição.

Artigo 16º - Os Chefes de Clínica serão escolhidos de comum acordo entre os membros **TITULARES** da Clínica, observados os critérios de antiguidade, títulos na especialidade, liderança e regulamento de cada Clínica, aprovados pelo Conselho Técnico Médico e Diretor Clínico do HISCMS.

§ 1º - Na aprovação do presente Regimento serão considerados Chefes de Clínica os atuais responsáveis pelas Clínicas existentes no HISCMS.

§ 2º - A divisão de cada Clínica em Serviços ou em Grupos, ficará sob a responsabilidade da Chefia da Clínica, respeitadas as normas deste Regimento, que comunicará a Direção Clínica do HISCMS a estrutura existente e o nome dos responsáveis e participantes.

§ 3º - Os participantes das Clínicas estão subordinados as respectivas Chefias, independentemente da categoria a que pertençam.

§ 4º - O Chefe da Clínica será eleito um ano após a eleição da Diretoria Clínica, com mandato a se encerrar um ano após a nova eleição.

§ 5º - O Chefe da Clínica poderá ser reeleito por mais de 01(um) mandato.

§ 6º - As diversas Clínicas comportarão apenas uma chefia, estando portanto vedada a formação de Clínicas paralelas do mesmo serviço.

Artigo 17º - A Comissão de Ética Médica será constituída de 05(cinco) membros eleitos para um mandato de 02(dois) anos, em conformidade com as normas do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP).

§ 1º - Cada membro efetivo terá um suplente, eleito na mesma ocasião, que assumirá em caso de renúncia, demissão ou necessidade imediata.

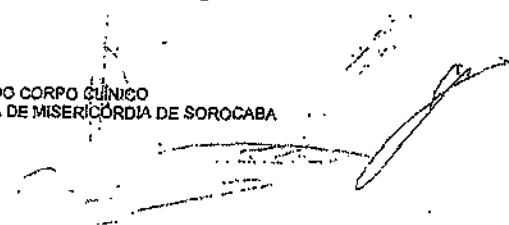
§ 2º - A Comissão terá funcionamento conforme resolução do CFM nº 83/98 de 29 de julho de 1998.

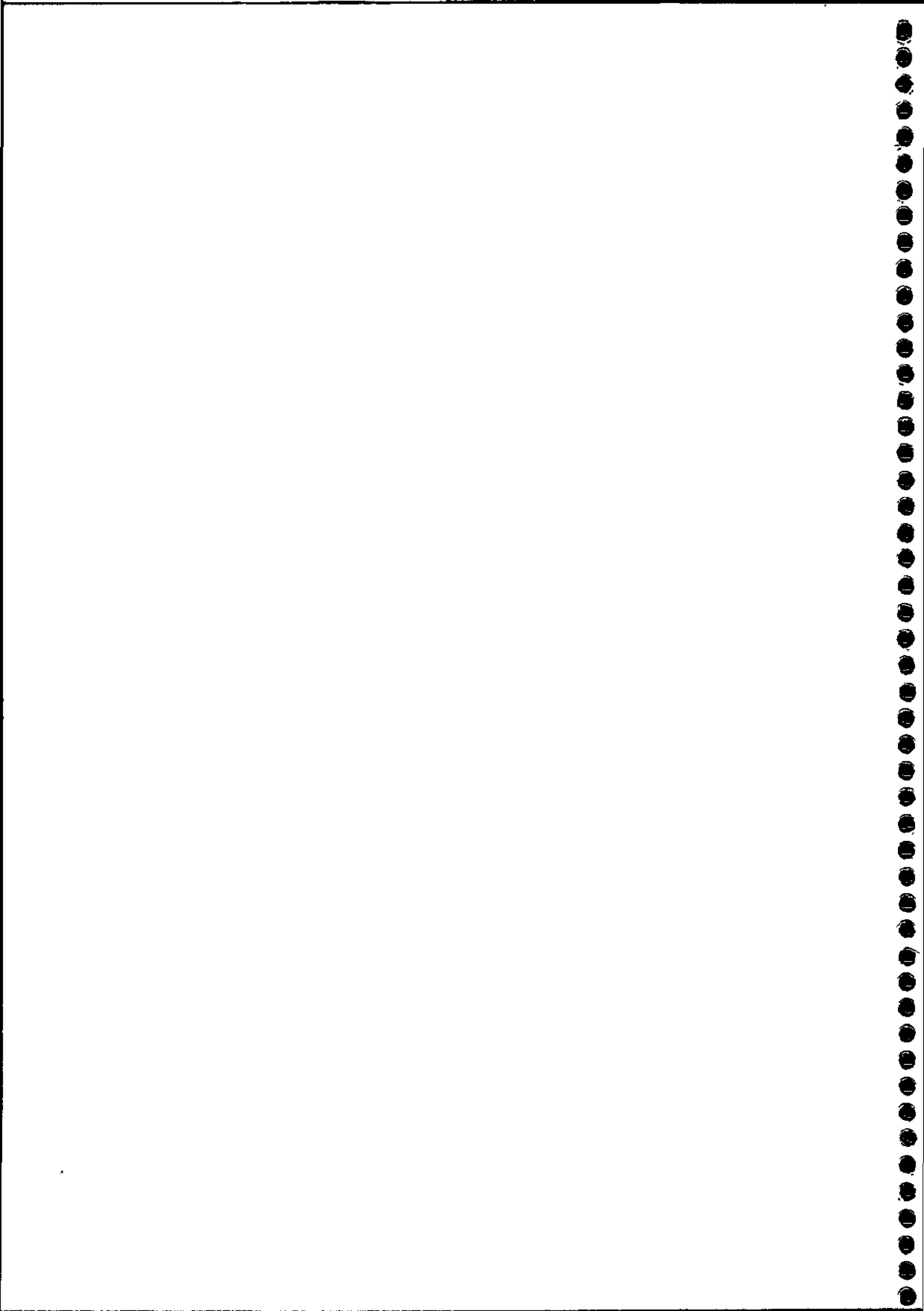
Artigo 18º - A Comissão de Infecção Hospitalar será nomeada pelo Diretor Clínico, obedecidas as normas legais.

Artigo 19º - A Comissão de Admissão ao Corpo Clínico será eleita pelo Corpo Clínico e contará com representantes de várias clínicas existentes no HISCMS.

§ Único: A Comissão de Admissão ao Corpo Clínico reunir-se-á periodicamente e se regerá por normas por ela estabelecidas.

REGIMENTO INTERNO DO CORPO CLÍNICO
HOSPITAL IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOROCABA





Artigo 20º - A Comissão de Revisão de Prontuários Médicos e a Comissão de Análise de Óbitos serão referendadas pelo Diretor Clínico e atuarão segundo normas próprias, respeitando indicações das diversas Clínicas do HISCMS, pelo Chefe de Clínica

§ Único: A responsabilidade pela Revisão de Prontuários e Análise de Óbitos será do Chefe da Clínica, que poderá indicar um representante formalmente à Diretoria Clínica.

Artigo 21º - A Comissão de Convênios Médicos representará o Corpo Clínico, junto à Diretoria Administrativa a fim de estabelecer negociação referente a procedimentos, honorários médicos e plantões dos Convênios Médicos. A mesma terá como membros representantes das Clínicas: Médica, Cirúrgica, Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria, Ortopedia e como convidado um representante da Associação dos Médicos da Santa Casa Sorocaba

Artigo 22º - As Comissões Temporárias serão nomeadas pelo Diretor Clínico, de acordo com as necessidades e extintas após cumprirem sua missão.

Artigo 23º - Outras Comissões Permanentes poderão ser criadas à medida das necessidades pela Assembléia Geral convocada ordinária ou extraordinariamente.

Artigo 24º - A Assembléia Geral, convocada pela Diretoria Clínica reunir-se-á ordinariamente uma vez por ano, através de edital afixado na Diretoria Clínica e demais locais do âmbito hospitalar através de comunicação escrita com o mínimo de 10(dez) dias de antecedência.

§ 1º - Mediante a convocação direta do Diretor Clínico para a discussão e solução de assuntos emergenciais, com antecedência mínima de 24h, na qual poderão votar todos os participantes do Corpo Clínico.

§ 2º - Mediante requerimento assinado no mínimo por 1/3 dos membros participantes do Corpo Clínico, com antecedência mínima de 24 horas, o Diretor Clínico fará a convocação da Assembléia Geral Extraordinária para discutir os assuntos constantes no requerimento apresentado.

§ 3º - Poderão votar na Assembléia Geral assim convocada todos os participantes do Corpo Clínico.

Artigo 25º - As Assembléias Gerais Ordinárias e Extraordinárias terão início com a presença, anotada em livro próprio, de 2/3 dos membros do Corpo Clínico em primeira convocação e com qualquer número em segunda convocação após 01(uma) hora.

§ 1º - As decisões serão tomadas pela maioria de votos exceto para a exclusão de membros do Corpo Clínico quando será exigida aprovação de 2/3 dos votos.

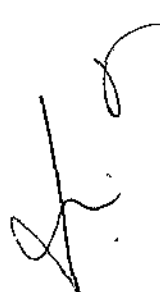
§ 2º - As votações das Assembléias Gerais poderão ser secretas, abertas ou por aclamação, de acordo como for decidido na realização da mesma.

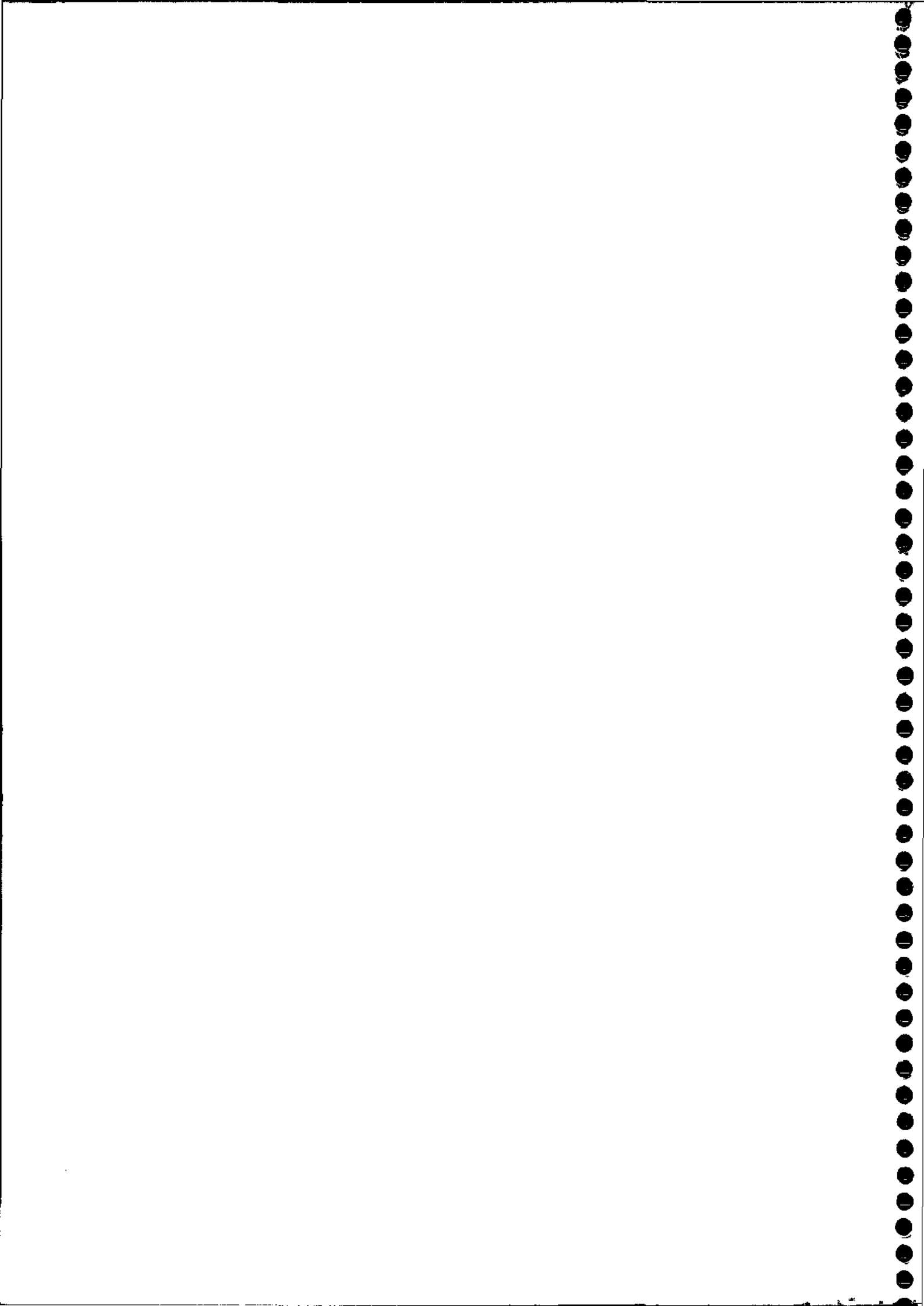
§ 3º - Para a exclusão de membro do Corpo Clínico será exigida votação secreta.

§ 4º - Nas Assembléias Geral Ordinária ou Extraordinária, não serão aceitos votos por procuração.

§ 5º - As Entidades Jurídicas não terão direito a voto.

REGIMENTO INTERNO DO CORPO CLÍNICO
HOSPITAL IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOROCABA





Artigo 26º - As diversas Clínicas do HICSMS deverão manter uma escala de plantão de disponibilidade, segunda as características e necessidades próprias, plantões esses que deverão ser remunerados, conforme Resolução do CREMESP.

§ Único - A Clínica de Obstetrícia deverá manter além do Plantão e Disponibilidade um plantonista "in loco" para o atendimento emergencial que a especialidade exige.

CAPÍTULO IV COMPETÊNCIAS, DIREITOS E DEVERES DO CORPO CLÍNICO E SEUS ÓRGÃOS

Artigo 27º - Compete ao Diretor Clínico, de acordo com as resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM), zelar pela garantia plena do exercício da medicina, tendo como encargo a saúde do paciente, bem como as condições materiais e humanas para a prestação dos serviços hospitalares.

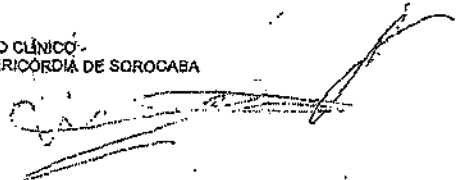
§ 1º - O Diretor Clínico poderá exercer o cargo de Diretor Técnico, assumindo as funções que a ele são atribuídas.

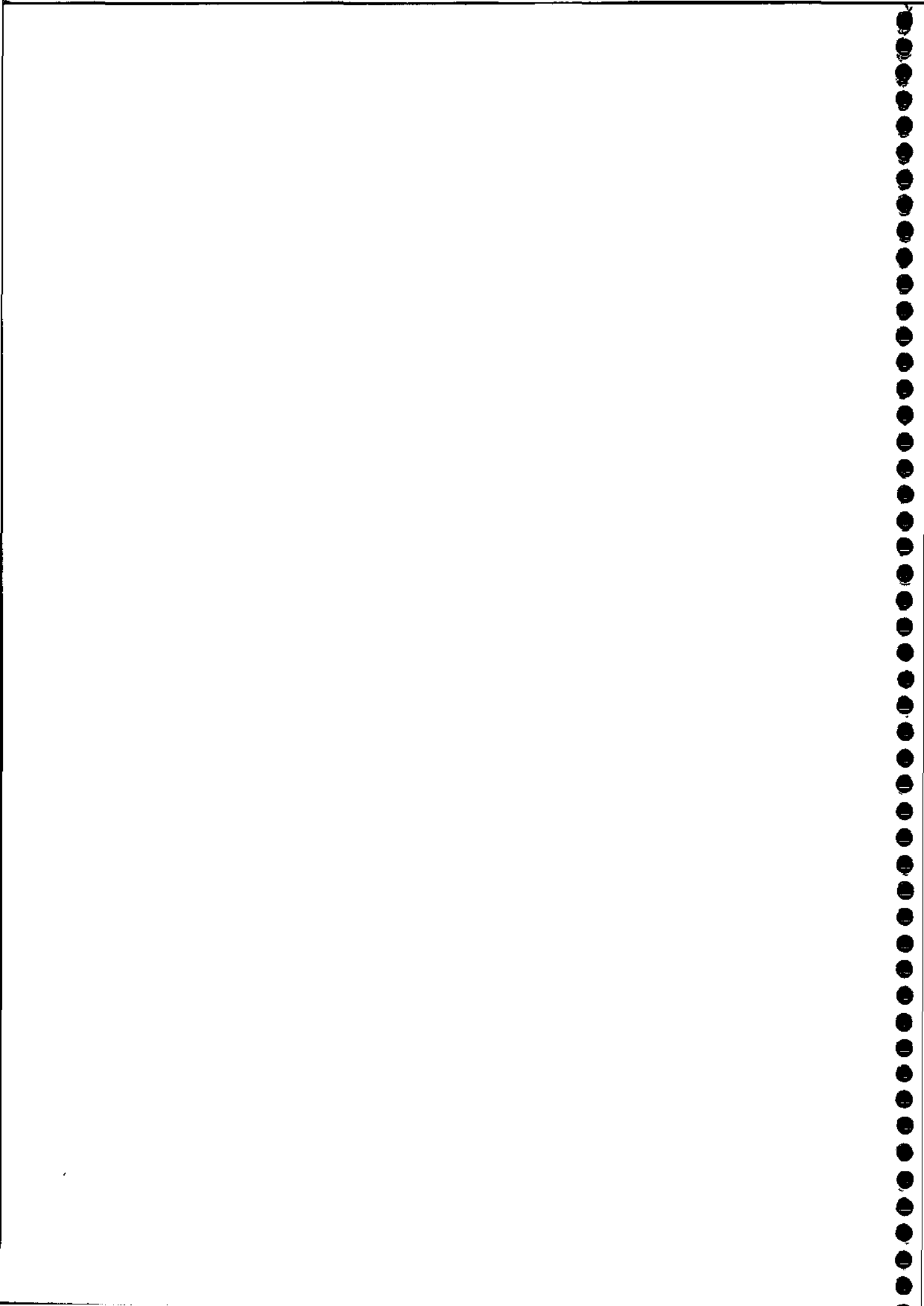
§ 2º - Tanto a Diretoria Clínica quanto a Técnica, cargos privativos de médicos, possuem suas atribuições definidas na Resolução CFM Nº 1.342/91 ou outra que por ventura a substitua.

Artigo 28º - Para atingir as metas estabelecidas, compete ao Diretor Clínico:

- I. Propor a admissão de novos componentes do Corpo Clínico, de conformidade com o disposto neste Regimento Interno;
- II. Referendar as Chefias de Clínica e indicar seu representante no caso de vacância;
- III. Representar o Corpo Clínico junto à Mesa Administrativa da Instituição;
- IV. Desenvolver o espírito de crítica científica e estimular o estudo e a pesquisa;
- V. Permanecer na Instituição no período de maior atividade profissional, fixando horário do seu expediente;
- VI. Tomar conhecimento, para as providências necessárias, de todas as solicitações do Corpo Clínico previstas no Regimento Interno;
- VII. Prestar contas de seus atos ao Corpo Clínico nas Assembléias Gerais;
- VIII. Executar e fazer executar a orientação dada pela Assembléia de Corpo Clínico quanto a assuntos Médicos;
- IX. Esclarecer as partes interessadas em eventual conflito de posição entre o Corpo Clínico e a Mesa Administrativa, visando harmonizá-las em face dos postulados éticos;
- X. Empenhar-se para que os integrantes do Corpo Clínico observem os princípios do Código de Ética Médica, as disposições legais em vigor, a ordem interna da instituição e as resoluções baixadas pelos órgãos e autoridades competentes em matéria de procedimento ético ou recomendações técnica para o exercício da Medicina;
- XI. Encaminhar à Comissão de Ética Médica consulta ou denúncia relativas a quaisquer assuntos de natureza ética, visando o bom exercício da Medicina na instituição;
- XII. Apresentar a Mesa Administrativa relatório anual das atividades médicas;
- XIII. Executar e fazer executar a orientação dada pela Instituição em matéria administrativa;

REGIMENTO INTERNO DO CORPO CLÍNICO -
HOSPITAL IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOROCABA



- XIV. Representar a Instituição em suas relações com as autoridades sanitárias e outras quando a legislação em vigor exigir;
- XV. Assegurar condições médicas dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática médica, visando o melhor desempenho do Corpo Clínico e demais profissionais de saúde em benefício dos usuários da Instituição.
- XVI. Assegurar o pleno e autônomo funcionamento da Comissão de Ética;
- XVII. Convocar em tempo hábil e por edital afixado em local visível a todos os Médicos da instituição, as assembleias gerais ordinárias e extraordinárias previstas no Regimento Interno;
- XVIII. Presidir as assembleias gerais do Corpo Clínico;
- XIX. Nomear a Comissão Eleitoral para reger a eleição do Diretor Clínico e Comissões;
- XX. Dar orientação científica, fazendo com que sejam cumpridas as normas de bom atendimento, dentro dos princípios da ética médica;
- XXI. Zelar pelo cumprimento do Regimento Interno;
- XXII. Zelar pelos livros de atas e do arquivo do Corpo Clínico;
- XXIII. Transmitir o seu cargo ao vice-diretor, em caso de férias, licenças e impedimentos **EVENTUAIS**;
- XXIV. Manter atualizado o registro dos participantes do Corpo Clínico;
- XXV. Divulgar o nome dos novos participantes e apresentá-los ao Corpo Clínico e à Administração do HISCMS.
- XXVI. Ouvir o Conselho Consultivo em assuntos relevantes.
- XXVII. Cientificar a mesa Administrativa da Instituição das irregularidades que se relacionem com a boa ordem, asseio e disciplina hospitalares.

Artigo 29º - Compete ao Vice-Diretor Clínico:

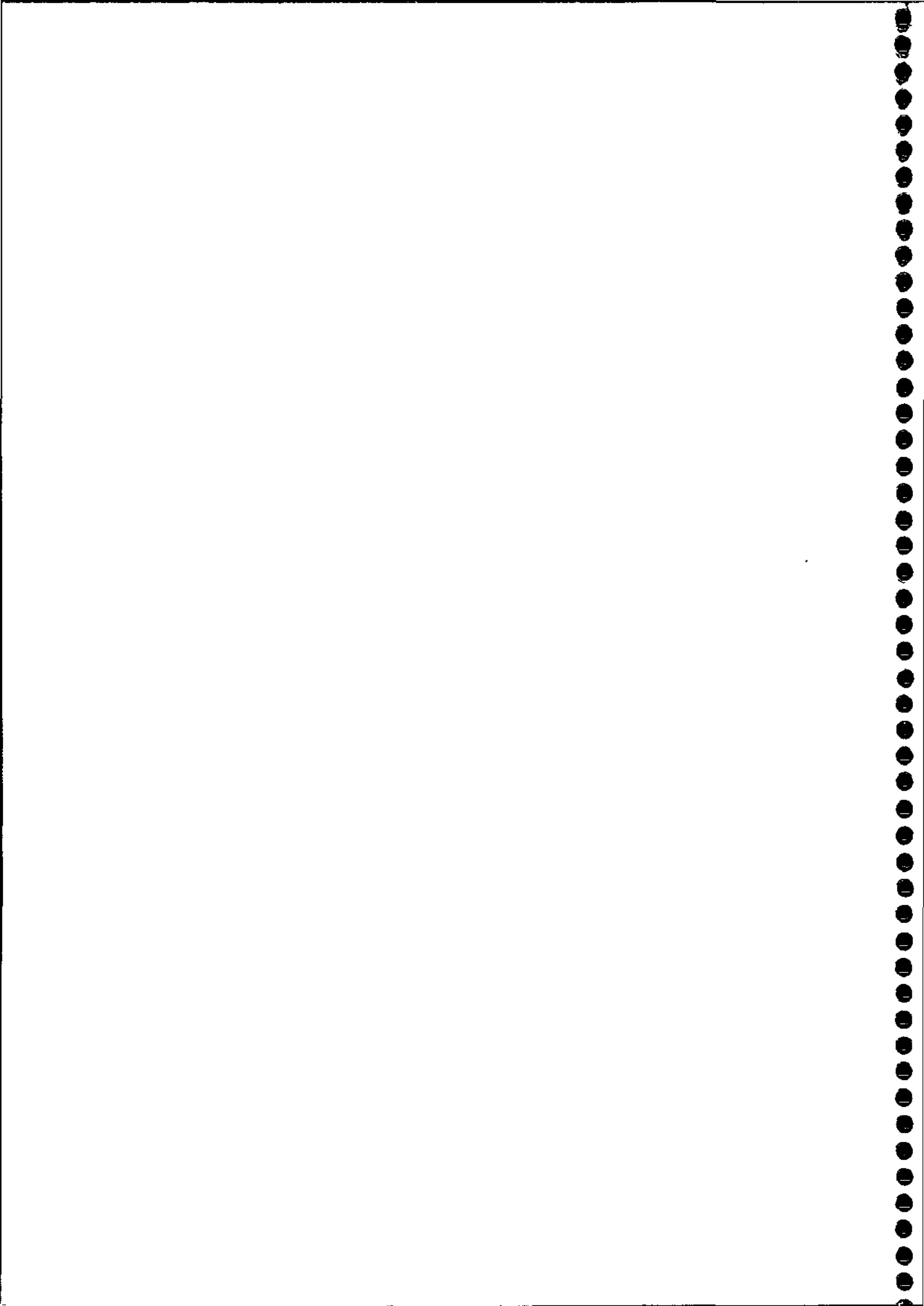
- I. Substituir o Diretor Clínico nas suas ausências, quando para isso for convocado;
- II. Substituir o Diretor Clínico nos seus impedimentos;
- III. Substituir o Diretor Clínico no caso de vacância do cargo, completando-lhe o mandato;
- IV. Participar do Conselho Técnico Médico.

Artigo 30º - Compete ao Diretor Técnico:

- I. Cientificar a Mesa Administrativa da instituição das irregularidades que se relacionem com a boa ordem, asseio e disciplina hospitalares;
- II. Executar e fazer executar a orientação dada pela instituição em matéria administrativa;
- III. Representar a instituição em suas relações com as autoridades sanitárias e outras, quando exigirem a legislação em vigor;
- IV. Zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor;
- V. Assegurar condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática médica, visando o melhor desempenho do Corpo Clínico e demais profissionais de saúde em benefício da população usuária da instituição;
- VI. Assegurar o pleno e autônomo funcionamento da Comissão de Ética Médica;
- VII. Manter harmonioso relacionamento com a Diretoria Clínica e membros do Corpo Clínico da instituição.
- VIII. Os cargos de Diretores Clínico e Técnico poderão ser preenchidos cumulativamente pelo Diretor Clínico.

REGIMENTO INTERNO DO CORPO CLÍNICO
HOSPITAL IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOROCABA





§ 1º - O Diretor Técnico se constitui em cargo de confiança da Diretoria da Instituição, podendo ser nomeado médico não integrante do Corpo Clínico, durante a sua gestão.

Artigo 31º - Compete ao Conselho Técnico Médico:

- I. Assessorar e auxiliar o Diretor Clínico nas suas funções, principalmente quando solicitado;
- II. Sugerir ao Corpo Clínico a mudança na Chefia da Clínica em descompasso técnico/científico ou administrativo;
- III. Propor ao Corpo Clínico, em Assembléia Geral ou por votação plesbicitária, assuntos polêmicos para permitir a melhor orientação do HISCMS;
- IV. Assessorar o Diretor Clínico nas decisões emergenciais, ad referendum da Assembléia Geral Extraordinária que será convocada imediatamente para discutir o assunto se necessária.

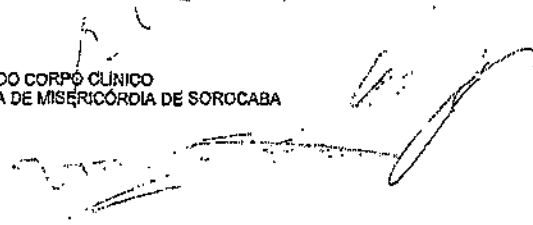
Artigo 32º - Compete aos Chefes de Departamento:

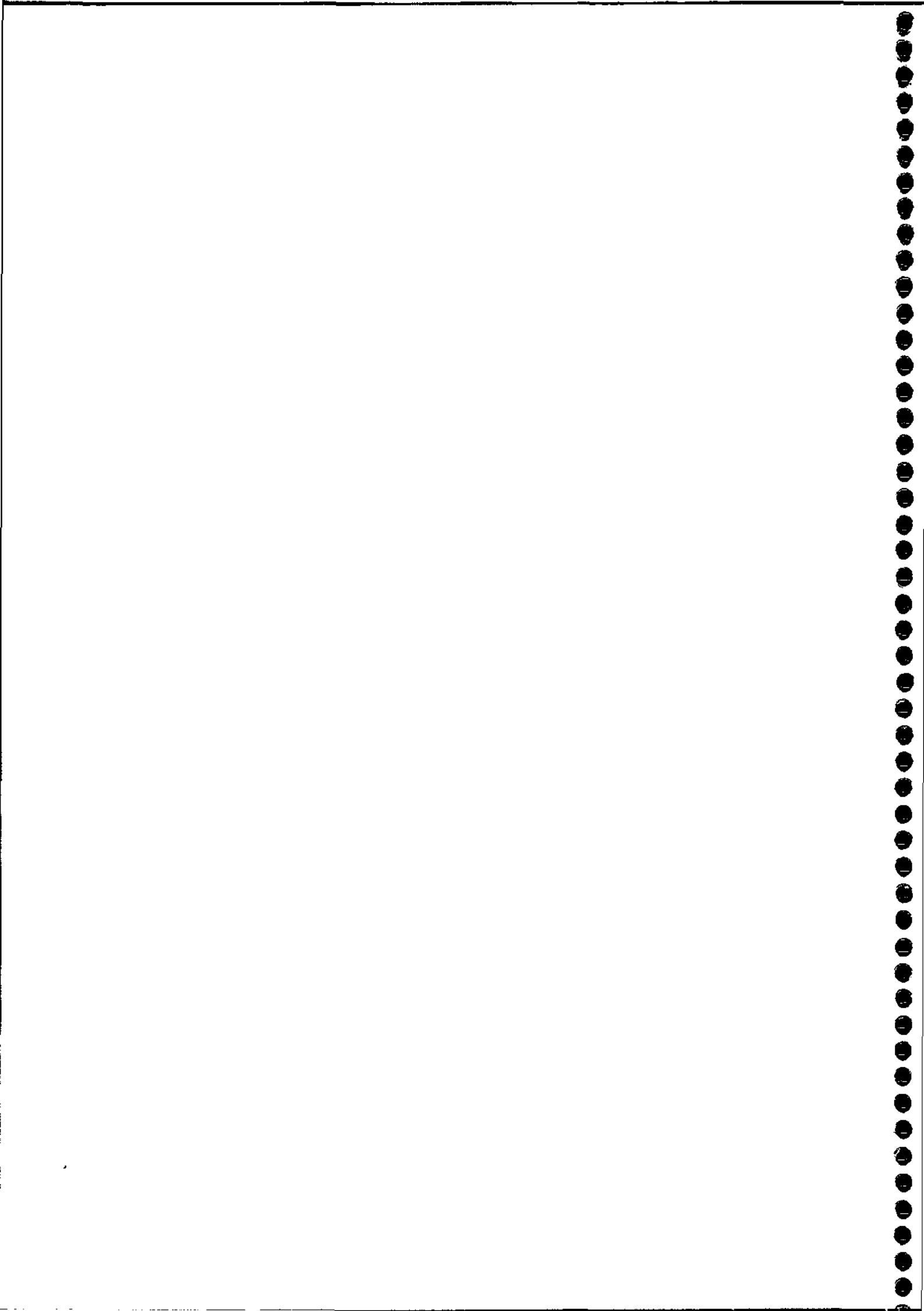
- I. Exigir Regulamento Interno das Clínicas participantes do Departamento;
- II. Coordenar as reuniões das Clínicas participantes do Departamento;
- III. Observar o comportamento técnico assistencial das Clínicas participantes do Departamento;
- IV. Auxiliar a Chefia das Clínicas participantes do Departamento nas dificuldades técnicas e administrativas;
- V. Reunir-se periodicamente com a Direção Clínica e Conselho Técnico Médico;
- VI. Assessorar o Conselho Técnico Médico nos problemas, levando as resoluções para as Clínicas afeitas;
- VII. Solicitar, quando for necessário, a todos os componentes do Departamento, comportamento humanístico em relação aos pacientes e servidores do HISCMS e aos Colegas.

Artigo 33º - Compete aos Chefes de Clínica:

- I. Chefiar a Clínica sob sua responsabilidade, imprimindo-lhe características adequadas à evolução dos conhecimentos médicos;
- II. Organizar a Clínica sob sua responsabilidade, para dar a melhor e mais adequada assistência aos pacientes, atribuindo funções aos participantes e administrando os resultados;
- III. Manifestar anualmente à Direção Clínica a condição em que se encontra cada membro participante de sua Clínica;
- IV. Indicar os candidatos ao ingresso no Corpo Clínico do HISCMS para as categorias possíveis exceto a categoria de TITULARES que obedece os preceitos deste Regimento;
- V. Indicar as promoções de ASSISTENTES para TITULARES dos Médicos, participantes que se enquadrem na condição exigida;
- VI. Dividir a Clínica em Serviços ou Grupos, conforme for do interesse em melhor prestar serviços assistenciais;
- VII. Elaborar o Regulamento Interno de sua Clínica;
- VIII. Elaborar ESCALA DE PLANTÃO para os atendimentos dos usuários do Hospital, enviando-a para a Diretoria Clínica responsabilizando-se pelo cumprimento da

REGIMENTO INTERNO DO CORPO CLÍNICO
HOSPITAL IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOROCABA





mesma, inclusive os plantões de disponibilidade das diversas clínicas que deverão ser remunerados conforme Resolução do CREMESP.

- IX. Determinar a peculiaridade da frequência ao Hospital dos seus componentes;
- X. Assegurar o atendimento dentro da sua Clínica a todos os conveniados atendidos pela Entidade;
- XI. Responsável pela Revisão de Prontuários de sua Clínica e poderá indicar representante formalmente à Diretoria Clínica;
- XII. Manter atualizados seus conhecimentos na especialidade e insistir que os subordinados também o façam;
- XIII. Comparecer aos principais eventos nacionais e internacionais da especialidade, quando possível, assim como estimular os subordinados para comportamento semelhante;
- XIV. Promover cursos de atualização, para profissionais do HISCMS ou Hospitais da cidade e região;
- XV. Ser portador do título de especialista, fornecido pela autoridade médica competente e exigir, dentro das possibilidades, o mesmo título de todos os participantes de sua Clínica;
- XVI. Ser portador de outros títulos, quantos possíveis, dentro da área de sua especialidade e estimular os participantes de sua Clínica que também o façam.
- XVII. O não cumprimento das normas acima, estará sujeito as penalidades regimentais.

Artigo 34º - Compete a Comissão de Ética Médica cumprir as funções estabelecidas nas resoluções do CFM e do CREMESP.

Artigo 35º - Compete a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar cumprir e fazer cumprir as normas legais vigentes.

Artigo 36º - Compete a Comissão de Admissão ao Corpo Clínico:

- I. Receber o pedido de admissão ao Corpo Clínico;
- II. Verificar, ordenar e avaliar os documentos que lhe forem apresentados;
- III. Analisar a necessidade da admissão;
- IV. Remete-los ao Diretor Clínico, com parecer.

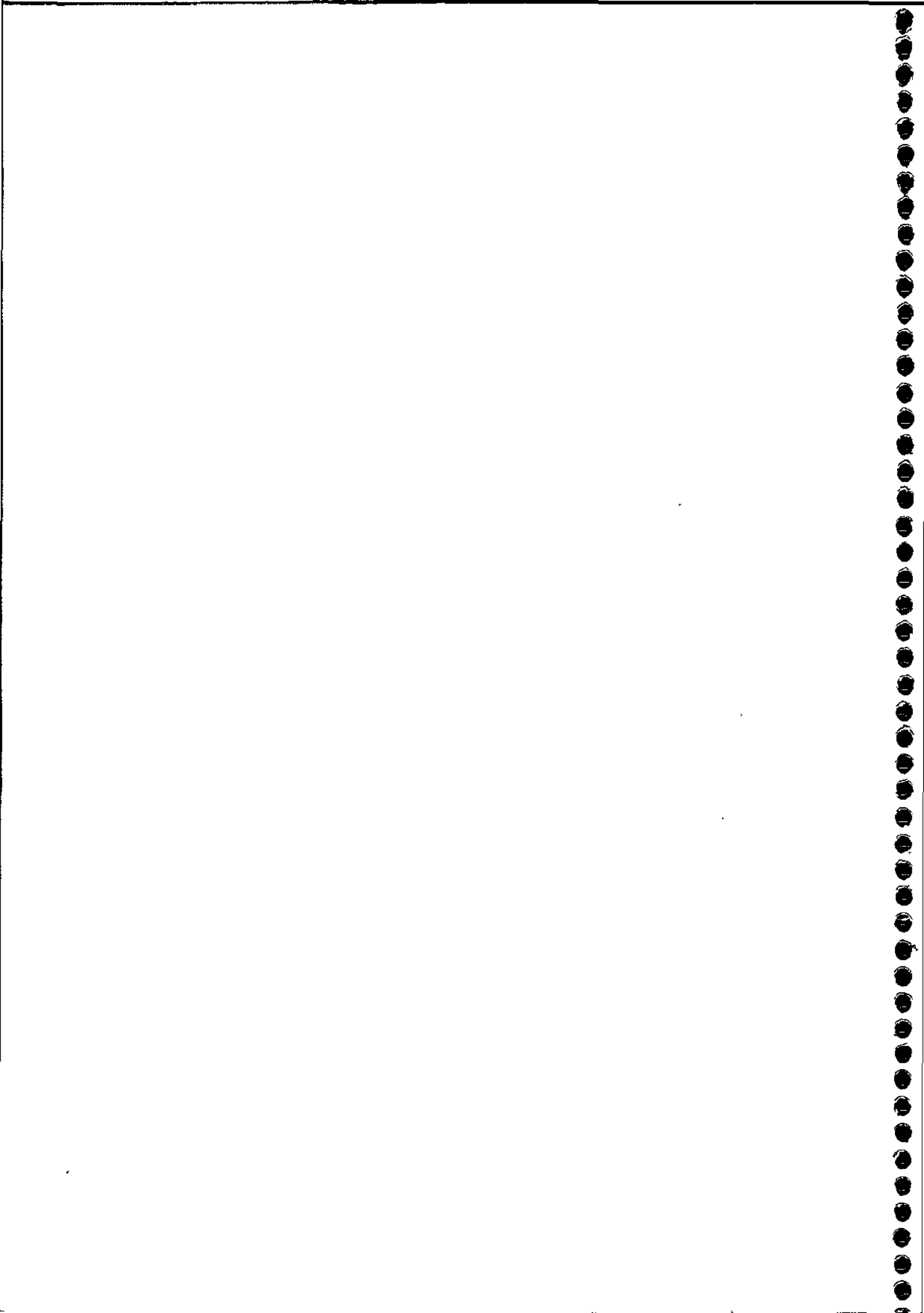
Artigo 37º - Compete as Comissões Temporárias cumprir as determinações que lhes forem designadas pelo Diretor Clínico, apresentando o resultado nos prazos que lhes forem determinados.

Artigo 38º - Compete as Comissões Permanentes que forem criadas, cumprir as funções que lhe forem atribuídas, de acordo com a determinação da Assembléia Geral que lhes der origem e função.

Artigo 39º - Para melhor desempenho no atendimento aos pacientes, compete a cada membro do Corpo Clínico:

- I. Frequentar o HISCMS, internando e assistindo pessoalmente aos pacientes sob sua responsabilidade;
- II. Frequentar o Ambulatório do HISCMS de acordo com a determinação da Chefia da Clínica da qual fizer parte;

REGIMENTO INTERNO DO CORPO CLÍNICO
HOSPITAL IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOROCABA



- III. Atender os pacientes internados no HISCMS sob todos os convênios celebrados pela Entidade mantenedora conforme a especialidade de cada participante;
- IV. Usar os recursos técnicos disponíveis e serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento, de acordo com a qualificação e treinamento específico, respeitadas as normas administrativas do HISCMS;
- V. Cumprir o regulamento da Clínica a qual estiver vinculado.
- VI. Participar das reuniões do Departamento, Clínica ou Serviço dos quais fizer parte, além das Assembléias e atividades científicas do HISCMS;
- VII. Receber remuneração pela atividade desenvolvida, diretamente de seus pacientes ou responsáveis, ou dos convênios, dentro dos limites estabelecidos no Código de Ética Médica;
- VIII. Elaborar e manter atualizado o Prontuário Médico de seus pacientes, que deverá conter de forma ordenada e legível, o histórico clínico, evolução, todas as ordens e prescrições assinadas, atender os pacientes internados na Santa Casa sob os convênios mantidos por ela;
- IX. Informar e relatar aos órgãos diretivos, quando solicitado, esclarecimentos de ordem médica e/ou administrativa, relativa à atividade, ou aos pacientes, para fins de esclarecimento de intercorrências administrativas, médicas, éticas ou jurídicas;
- X. Assumir a responsabilidade criminal, civil e ética pelos seus atos médicos e pelas indicações de métodos de diagnóstico, tratamento e medicamentos;
- XI. Comunicar ao Chefe da Clínica a que estiver subordinado aos órgãos do Corpo Clínico e, em última instância, ao CREMESP, as falhas da organização, nos meios e na execução da assistência médica prestada na Instituição;
- XII. Votar e ser votado para os cargos do Corpo Clínico de acordo com a sua qualificação e o previsto neste Regimento;
- XIII. Auxiliar a administração do HISCMS e órgãos diretivos do Corpo Clínico, propondo modificações e aperfeiçoamento com a finalidade de melhorar a assistência aos pacientes e o padrão técnico operacional do HISCMS, bem como zelar pelo bom nome e reputação do Corpo Clínico e da Instituição;
- XIV. Conhecer e seguir o Código de Ética Médica, manter comportamento cordial, respeitando os colegas e servidores do HISCMS;
- XV. Conhecer e seguir este Regimento Interno.

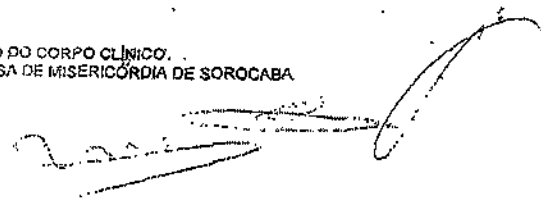
CAPÍTULO V

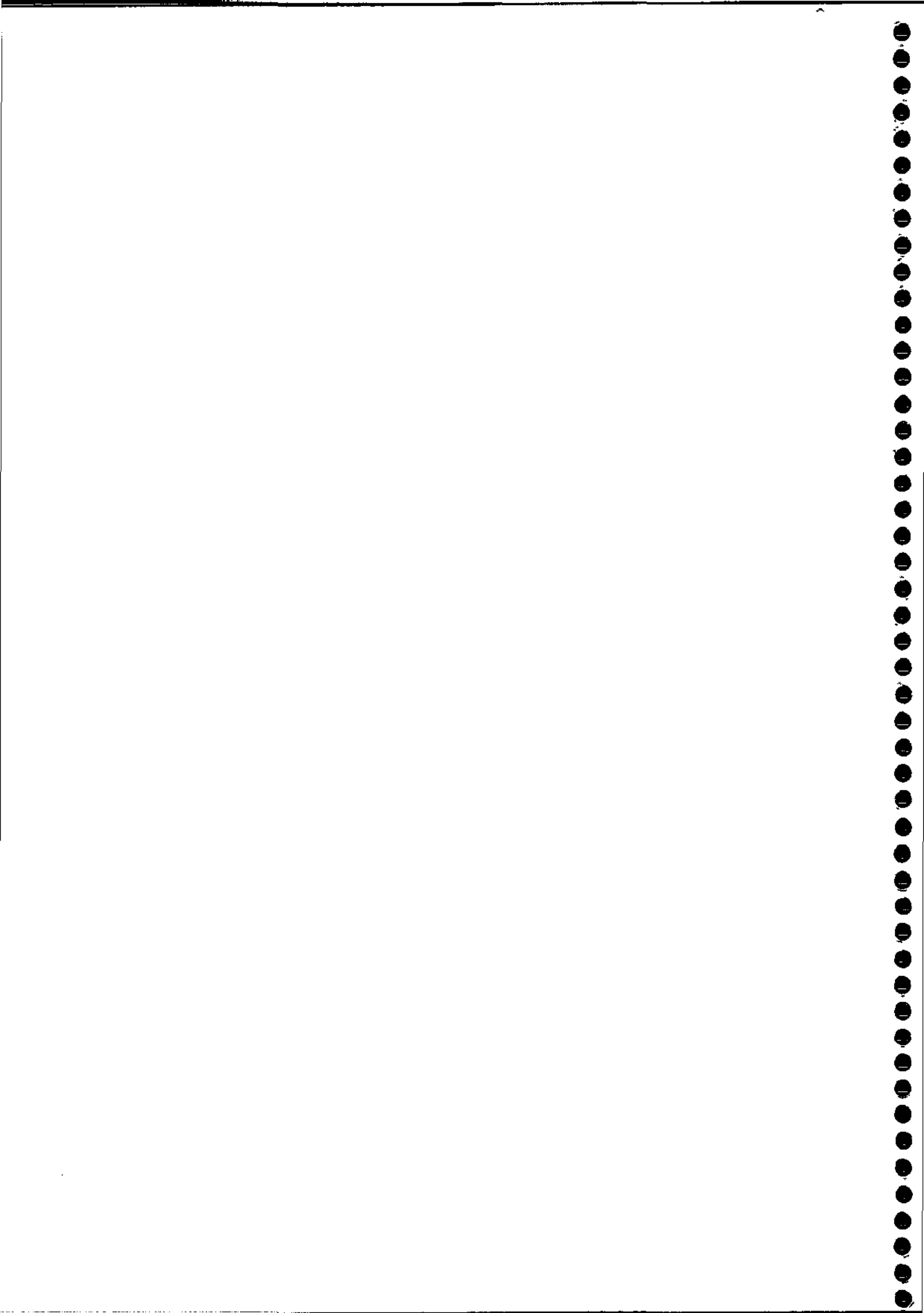
DO INGRESSO NO CORPO CLÍNICO

Artigo 40º - Para ingressar no Corpo Clínico do HISCMS o candidato deverá preencher requerimento dirigido a Comissão de Admissão ao Corpo Clínico, qualificando-se e atendendo os seguintes requisitos:

- I. Estar devidamente registrado no CREMESP, apresentando documentação competente;
- II. Indicar sua especialidade médica com respectivos registros, currículo de formação, e atividades médicas, além de títulos universitários, se os tiver;
- III. Tomar conhecimento e assinar declaração de ciência e aceitação deste Regimento e das normas administrativas do HISCMS;
- IV. Ter indicação formal da Chefia do Serviço.

REGIMENTO INTERNO DO CORPO CLÍNICO
HOSPITAL IRMÃDÃO DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOROCABA



§ Único - O interessado deverá solicitar seu ingresso apresentando a documentação pertinente a Comissão de Admissão ao Corpo Clínico, que determinará seu enquadramento, tal solicitação deverá ter a ciência da Chefia do Serviço.

CAPÍTULO VI DAS INFRAÇÕES E PENALIDADES

Artigo 41º - Qualquer membro do Corpo Clínico será considerado infrator e sujeito a penalidade, quando:

- I. Desrespeitar os estatutos do HISCMS;
- II. Desrespeitar este Regimento;
- III. Desrespeitar o Regulamento de sua Clínica;
- IV. Desrespeitar normas administrativas internas, não disciplinadas no Regimento e estatuto do HISCMS;
- V. Revelar-se inábil para o exercício da profissão e/ou função, independentemente da caracterização da transgressão de natureza ética.

Artigo 42º - A suspeita ou denúncia da infração cometida pelos membros do Corpo Clínico ensejarão sindicância a ser realizada pela Comissão de Ética Médica, assegurando ao interessado (a) envolvido (s) amplo direito de defesa.

§ 1º - A Comissão de Ética Médica deverá, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, emitir parecer conclusivo sobre a existência de indícios, ou não, de transgressão;

§ 2º - Nos casos de indícios de infringência de natureza ética, o resultado da sindicância deverá ser enviado ao CREMESP, único órgão julgador de ética médica;

§ 3º - Nos casos de infringência de caráter administrativo e regimental interno, o resultado da sindicância deverá ser enviado ao Diretor Clínico que, ouvido o Conselho Técnico Médico, aplicará a penalidade respectiva.

Artigo 43º - As penalidades aplicáveis aos membros do Corpo Clínico são:

- I. Advertência reservada;
- II. Advertência a ser afixada internamente, em local apropriado;
- III. Censura escrita;
- IV. Perda de funções específicas no Corpo Clínico;
- V. Suspensão temporária do Corpo Clínico por até 06 (seis) meses;
- VI. Exclusão do Corpo Clínico.

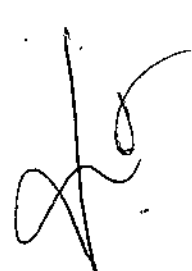
§ 1º - As penalidades aplicadas a nível interno do HISCMS não eliminam a obrigatoriedade da análise do CREMESP nos casos de indícios de infração de natureza ética.

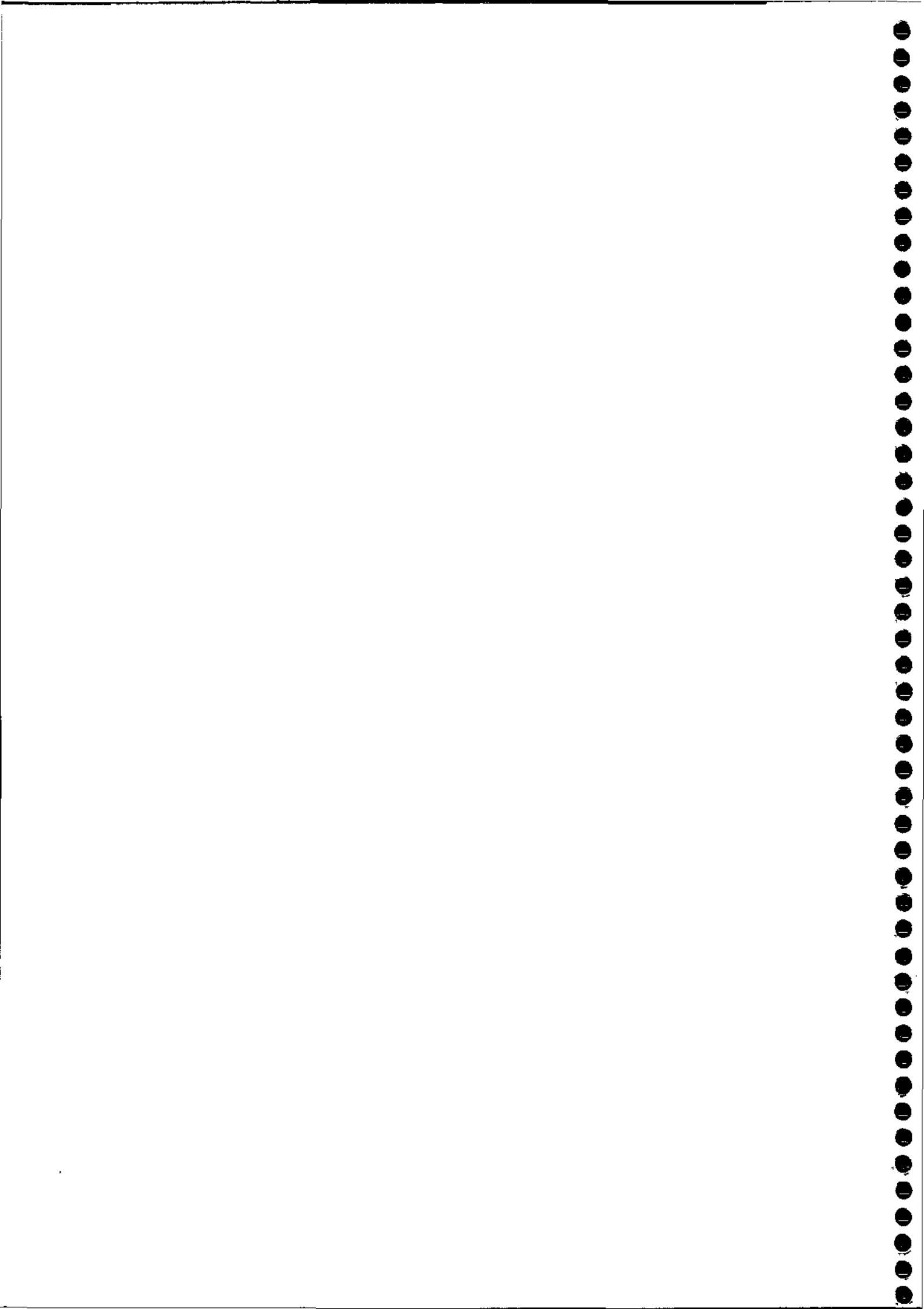
§ 2º - As penalidades para as transgressões de ordem regimental ou administrativa obedecerão a gradação das penas no "caput" deste artigo, salvo nos casos de gravidade incontestável;

§ 3º - A aplicação das penas IV, V e VI estão condicionadas a parecer da Comissão de Ética Médica e Conselho Técnico Médico, devendo ser apresentadas em Assembleia Geral Extraordinária do Corpo Clínico e tomará a decisão final, por no mínimo 2/3 dos presentes.

§ 4º - Os membros do Corpo Clínico sujeitos as penalidades terão ter amplo direito de defesa podem recorrer ao CREMESP;

REGIMENTO INTERNO DO CORPO CLÍNICO
HOSPITAL IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOROCABA





§ 5º - Compete ao CREMESP a aplicação da penalidade a qualquer membro do Corpo Clínico.

CAPÍTULO VII DA ELEIÇÃO PARA DIRETOR E VICE-DIRETOR CLÍNICO

Artigo 44º - A escolha do Diretor Clínico, do Vice-Diretor Clínico e da Comissão de Admissão ao Corpo Clínico será feita através de eleição, conforme os preceitos do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo.

§ 1º - O Diretor Clínico e seu vice serão eleitos para o mandato de 03 (três) anos;

§ 2º - Será criada uma Comissão Eleitoral temporária, com membros indicados pelo Corpo Clínico em assembléia ou pelo próprio Diretor Clínico, para condução dos trabalhos eleitorais, podendo deliberar sobre eventuais ocorrências nas eleições, encaminhando ao CREMESP como órgão recursal, quando não houver solução pela própria Comissão;

§ 3º - A eleição para cargo de Diretor Clínico deve ser realizada por votação direta e secreta, não sendo permitido voto por procuração, mediante convocação específica do Corpo Clínico para este fim com antecedência mínima de 10 (dez) dias, através de edital.

§ 4º - Para o cargo de Diretor Clínico é admitida a formação de chapas onde conste o candidato ao cargo bem como o seu Vice sendo considerada eleita a chapa que obtiver a maioria simples dos votos.

§ 5º - Os candidatos só poderão ser inscritos por uma chapa;

§ 6º - A Comissão de Admissão ao Corpo Clínico deverá conter membros das Clínicas Médica, Cirúrgica, Pediátrica, Traumatológica e Anestesiologia com inscrição separada das chapas que participarem da eleição para Diretor Clínico e Vice Diretor Clínico.

§ 7º - A eleição terá início às 08 (oito) horas do dia determinado, encerrando-se às 17 (dezesete) horas do mesmo dia, sendo realizada nos locais designados pela Comissão Eleitoral;

§ 8º - A votação será direta e secreta. As cédulas poderão ser impressas ou preparadas no momento da votação;

§ 9º - Encerrada a votação a Comissão Eleitoral dará início a apuração dos votos declarando o eleito e empossando-o em seguida, fazendo as devidas comunicações necessárias para o exercício do seu cargo.

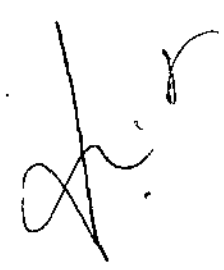
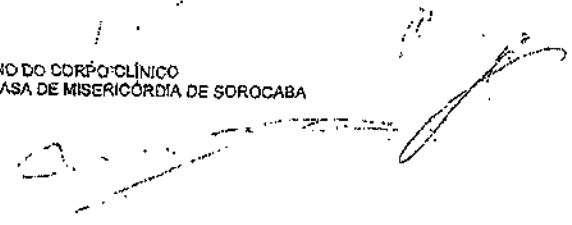
§ 10º - Os candidatos poderão nomear fiscalizadores para acompanhar a votação e a apuração dos votos;

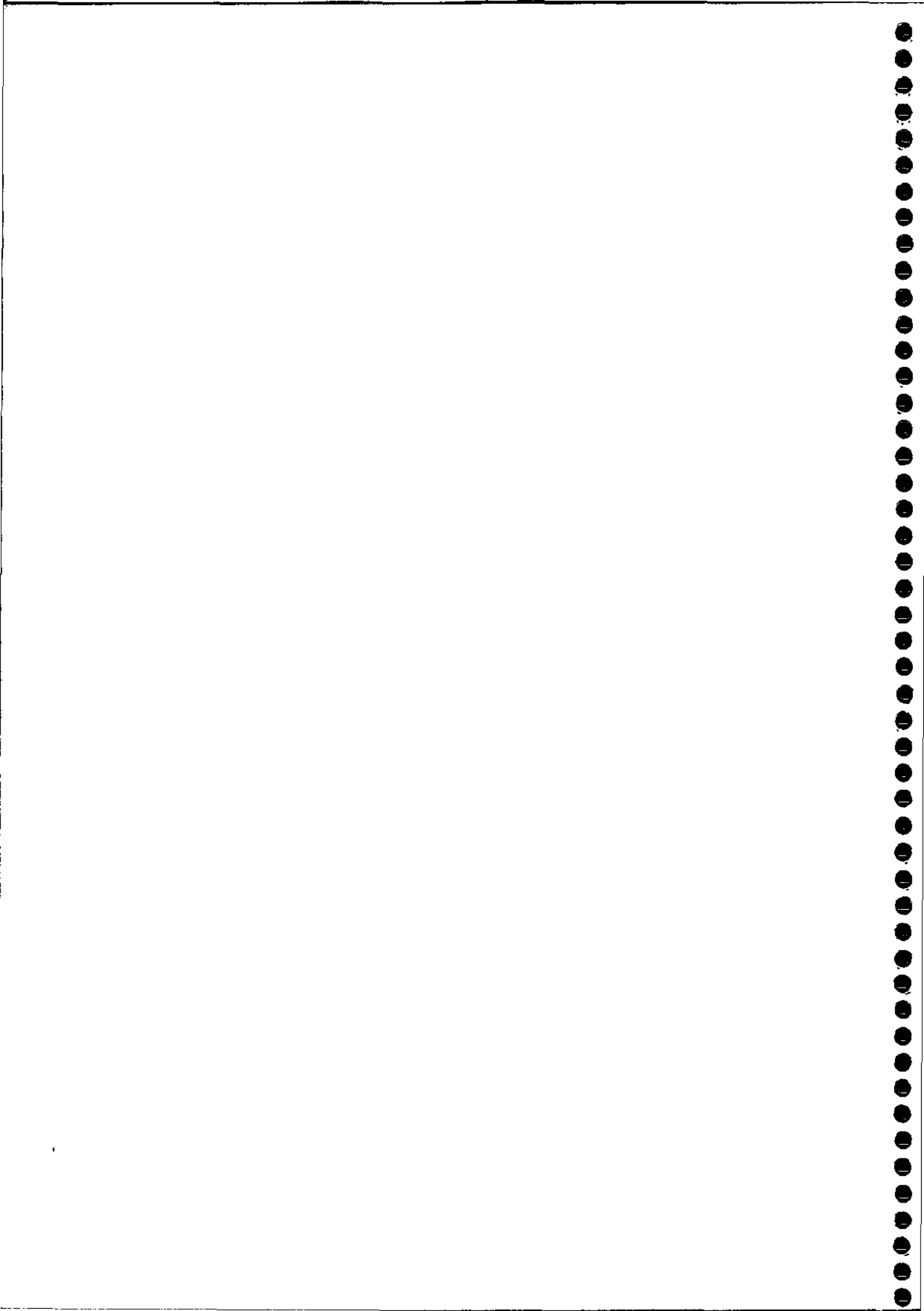
§ 11º - Caberá recurso no prazo máximo de 72 (setenta e duas) horas do interessado, médico do Corpo Clínico, ao Conselho Regional de Medicina em caso de impugnação ou irregularidades na votação e apuração dos votos.

§ 12º - Poderão votar na escolha de Diretor Clínico, Vice-Diretor Clínico e Membros da Comissão de Admissão ao Corpo Clínico os Médicos participantes do Corpo Clínico das categorias TITULARES e ASSISTENTES.

Artigo 45º - Ocorrendo vacância no cargo do Diretor Clínico, o Vice-Diretor Clínico assumirá automaticamente, para cumprir o restante do mandato em referência convocando, dentro de 30 dias, eleição para o preenchimento do cargo de Vice-Diretor Clínico para o restante do mandato.

REGIMENTO INTERNO DO CORPO CLÍNICO
HOSPITAL IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOROCABA





§ Único: Ocorrendo vacância dos cargos de Diretor Clínico e Vice Diretor Clínico, assumirá como Diretor Clínico interino o Presidente da Comissão de Ética Médica, que terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para marcar nova eleição.

Artigo 46º - Ocorrendo vacância no cargo de Vice-Diretor Clínico, o Diretor Clínico convocará, no prazo de 30 dias, eleição para o preenchimento do cargo no restante do mandato.

CAPÍTULO VIII DISPOSIÇÕES GERAIS E COMPLEMENTARES

Artigo 47º - Os atos médicos que impliquem em grande risco de vida, incapacidade física permanente ou ainda, interrupção da gravidez, dever ser submetidos pelo médico assistente à apreciação do Diretor Clínico e mais um médico do Conselho Técnico Médico por ele indicado, cuja decisão deverá ser registrada em ata.

§ Único - Em caso de emergência, essa junta poderá ser exercida por 03(três) médicos presentes no HISCMS ou convocados pelos meios de comunicação mais adequados à situação, cuja decisão deverá ser posteriormente ser submetida ao Diretor Clínico.

Artigo 48º - A internação de qualquer paciente somente poderá ser realizada para uma Clínica do HISCMS, sob a responsabilidade de um Médico do Corpo Clínico, que registrará sua indicação, diagnósticos provisórios ou definitivos e recomendações especiais necessárias para os cuidados ao paciente.

§ 1º - As internações sempre estarão sujeitas as normas administrativas do HISCMS e disponibilidade de vagas, ressalvados os casos de eminente risco de vida.

§ 2º - Os casos emergenciais oriundos do Pronto Socorro deverão ser assumidos pela Clínica indicada e atendido pelos Médicos conforme a Escala de Plantão a qual for destinada a internação de acordo com a normatização existente.

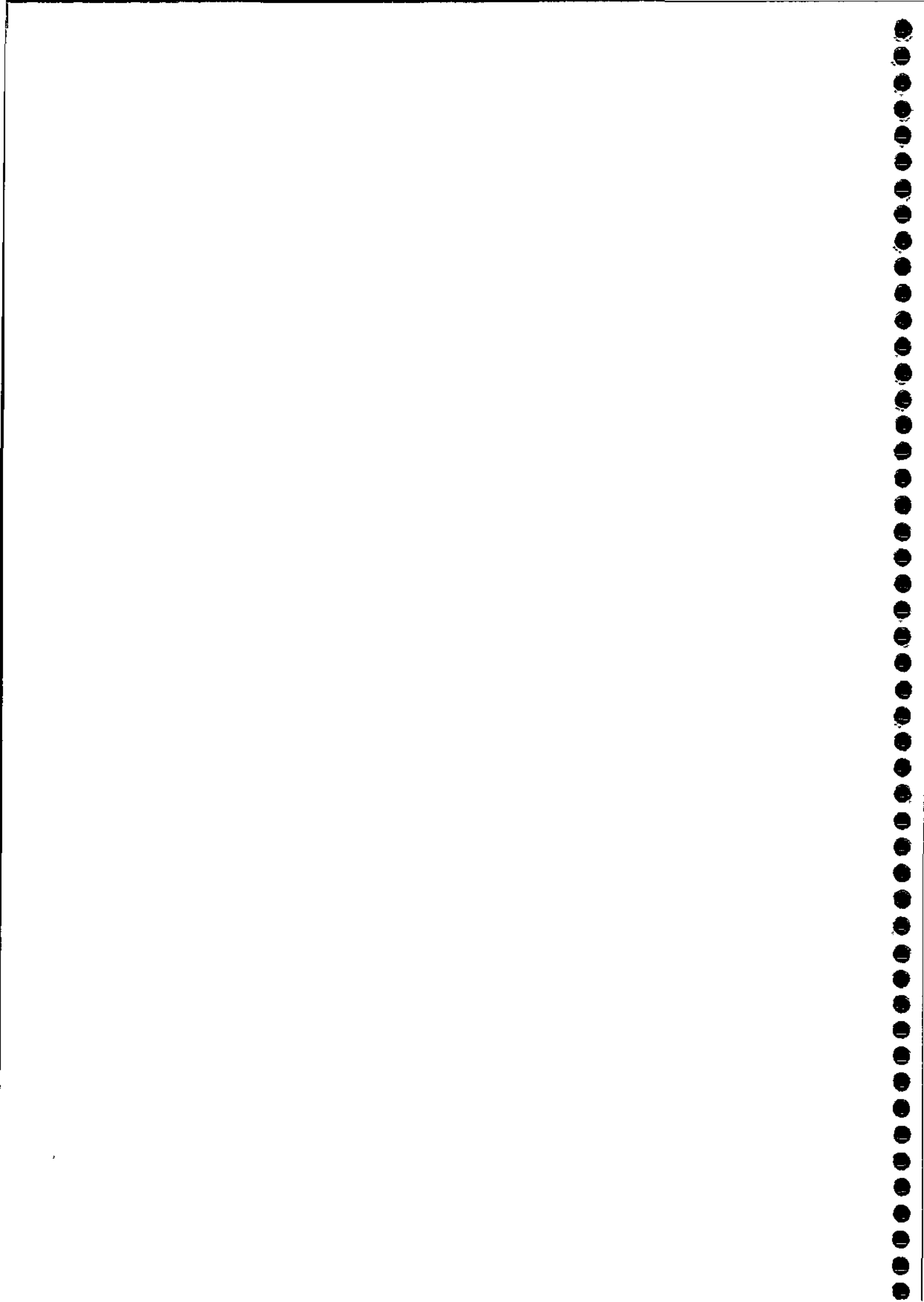
Artigo 49º - Os documentos do prontuário médico são de propriedade do paciente, permanecendo sob a guarda do HISCMS de acordo com as determinações legais, preservando-se as condições de sigilos estabelecidas na Lei e no Código de Ética Médica.

§ 1º - É vedado ao médico, ainda que assistente do paciente, apossar-se, total ou parcialmente do prontuário, podendo consultá-lo após o arquivamento, por solicitação escrita e mediante assinatura de termo de responsabilidade;

§ 2º - Somente com autorização do médico que assiste ao paciente é que Colegas não relacionados ao caso poderão ter acesso ao prontuário.

Artigo 50º - O estabelecimento de Residência Médica no HISCMS deverá seguir as normas legais vigentes sobre o assunto.

§ Único - A proposta de estabelecimento de Residência Médica deverá ser discutida em Assembleia Geral Extraordinária para tal fim convocada, encaminhada pelo(s) Chefe(s) de Clínica(s) interessado(s) e autorizado(s) e, se for aprovada, será encaminhada para a Administração da Instituição onde será analisada.



Artigo 51º - As alterações deste Regimento Interno que forem necessárias, serão feitas após aprovação na Assembleia Geral Extraordinária convocada para tal fim.

Artigo 52º - A divulgação pública em qualquer veículo de divulgação ou através de outros meios diretos, ou indiretos, de fatos referentes as atividades do HISCMS, ou de quaisquer informações sobre pacientes, somente poderão ser dadas pelos órgãos diretivos do HISCMS ou mediante autorização destes.

§ Único: As informações sobre pacientes, após autorização do Diretor Clínico, deverão ser dadas pelo médico que assistir o paciente em referência, sob a forma de Boletim Médico, desde que haja concordância deste ou dos seus responsáveis no caso de impedimento, respeitando-se os preceitos do código de Ética Médica e, ainda, envio de cópia ao Diretor Clínico.

Artigo 53º - Os casos emergenciais serão resolvidos pelo Diretor Clínico, devendo ser apreciados pela Assembleia Geral Extraordinária convocada para tal fim.

Artigo 54º - O presente Regimento entra em vigor imediatamente após ser aprovado pela Assembleia Geral, revogando-se as disposições em contrário.

§ 1º - Após aprovação deste Regimento Interno, o mesmo será enviado ao CREMESP e ao Diretor Técnico do HISCMS.

§ 2º - Na aprovação deste Regimento Interno pela Assembleia Geral os participantes do Corpo Clínico independente da categoria a que pertençam aceitam implicitamente os termos aqui epigrafados.

Membros da Comissão de Revisão do Regimento Interno do Corpo Clínico
Designados na Assembleia do Corpo Clínico do dia 26/05/08.

Dr. Antônio Mauá Neto
CRM 18.477

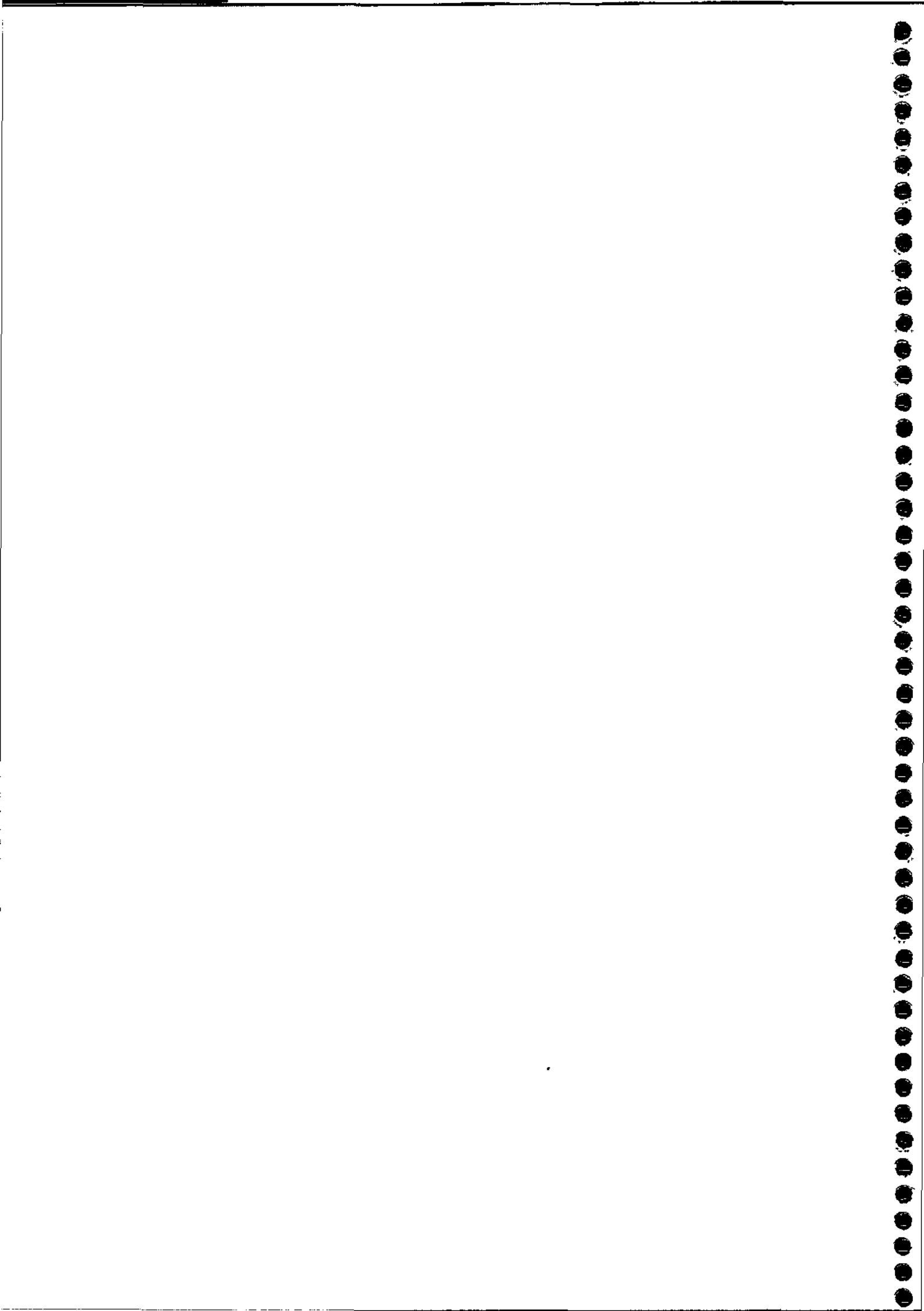
Dr. Fábio Bernardes de Oliveira
CRM 30.545

Dr. Francisco Scattolin
CRM 18.660

Dr. José Roberto Guerra da Cunha
CRM 28.358

Dr. José Roberto Redini Martins
CRM 31.085

REGIMENTO INTERNO DO CORPO CLÍNICO
HOSPITAL IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOROCABA



Anexo 8



Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba

Av. São Paulo, 750 - Jd. Árvore Grande - Sorocaba/SP CEP 13013-002 CNPJ: 71.485.056/0001-21
(15) 2101-8000 @www.santacasasorocaba.com.br f@in@ siga-nos: @santacasasorocaba

Regimento Interno

Título: Regimento do Serviço de Enfermagem	
Número e Versão do Documento: RI.ENFE.001 v.000	Fase: Publicado
Elaborado por: Giliane Aparecida Moraes Silveira Brait - Gerente Assistencial	Data de Publicação: 26/07/2023
Área Emitente: Enfermagem Geral	Próxima revisão: 26/05/2026

CAPÍTULO I DO OBJETO

Art. 1º - Este Regimento apresenta a identidade e características organizacionais do Serviço de Enfermagem da Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba. Ele reflete a visão de profissionais de Enfermagem que lutam por uma profissão verdadeiramente preocupada com uma sociedade mais justa e mais humana. Em linhas gerais, são representados os aspectos diretivos, estruturais e políticos da enfermagem do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba (HSCMS) e institui as normas gerais de funcionamento do Serviço de Enfermagem, (SE) aplicável a todos os profissionais lotados neste serviço.

Art. 2º - Este serviço interage com todas as áreas, de forma integrada e com a co- responsabilidade da qualidade no atendimento ao paciente, e sua atuação é sempre feita com responsabilidade, competência, conhecimento técnico - científico e humanização. Ele se baseia em normas técnicas e administrativas para a sua realização.

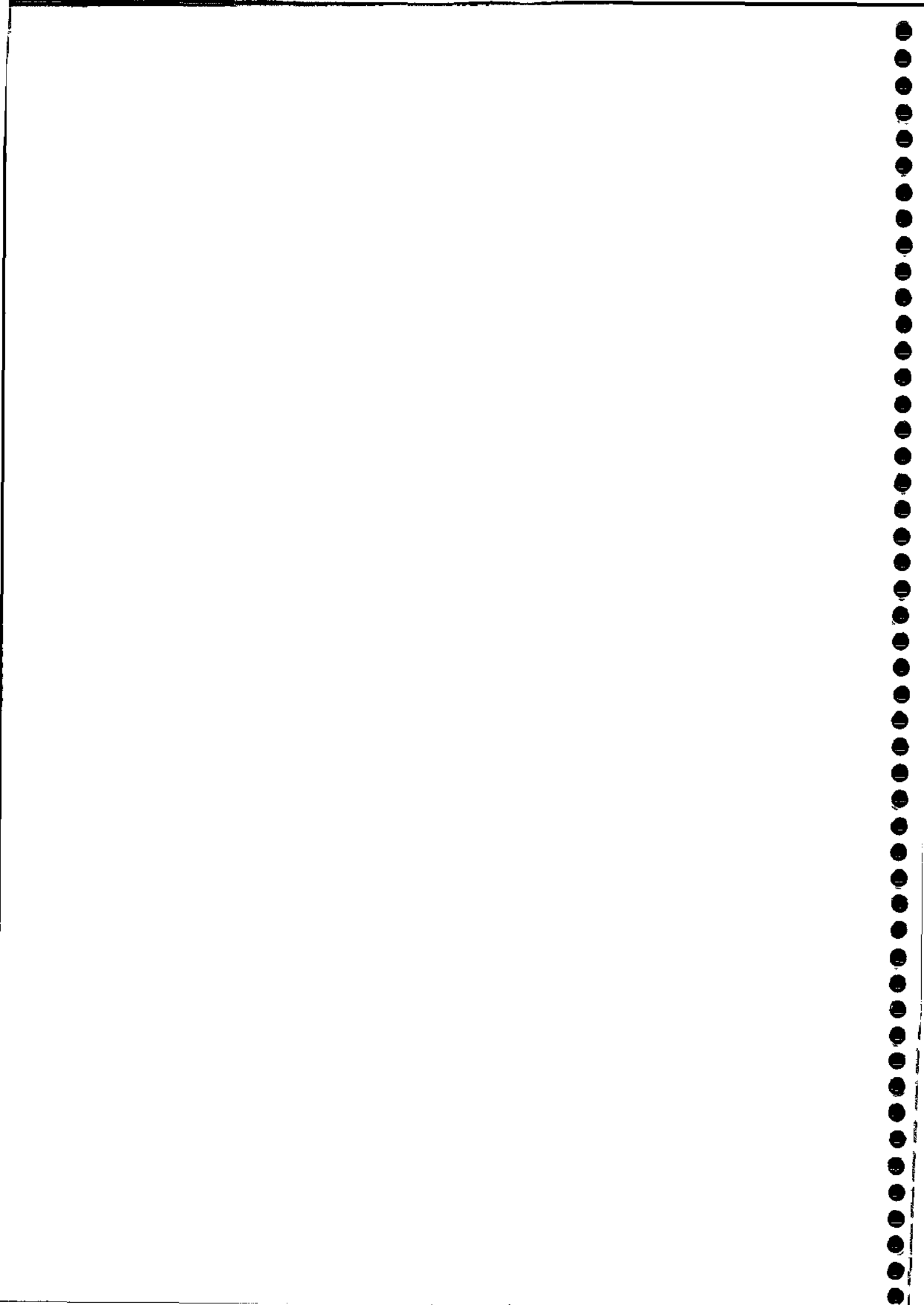
O presente Regimento Interno norteará o Serviço de Enfermagem, pré-estabelecendo o seu posicionamento no organograma, assim como a descrição de cargos, funções, unidades de internação e finalidades do Serviço.

O presente Regimento foi elaborado segundo Normas do Conselho Regional de Enfermagem (COREN) e do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN).

Art. 3º - O Serviço de Enfermagem do HSCMS tem por meta promover o crescimento e desenvolvimento da Equipe de Enfermagem através do conhecimento técnico-científico, a fim de se atingir metas em excelência na qualidade dos serviços prestados, de forma humanizada e primando pela valorização do ser humano na sua integralidade, respeitando princípios éticos com dedicação, compromisso e amor.

Art. 4º - O Serviço de Enfermagem do HSCMS constitui-se das seguintes unidades de trabalho:

- I. Gerência de Enfermagem;
- II. Coordenação das Unidades de Internações, compreendendo:
 - a. Setor de Clínica Cirúrgica (Enfermaria 1 – Bloco A);
 - b. Setor de Clínica Médica (Enfermarias 2 e 3 – Bloco A térreo);
 - c. Setor de Clínica Médica, Enfermarias 4 e 5 Bloco B – 1º andar).
- III. Coordenação do Bloco Materno Infantil, compreendendo:
 - a. Sala de parto normal;
 - b. Sala de pré-parto;



- c. Sala de exames;
- d. Acolhimento;
- e. Sala de Observação;
- f. Setor de Maternidade e Alojamento Conjunto;
- g. UTI Neonatal;
- h. Posto de Coleta de Leite Humano.

IV. Coordenação do Bloco Cirúrgico, compreendendo:

- a. Salas operatórias para: ortopedia, cirurgias em geral, parto operatório;
- b. Salas de Recuperação Anestésica (RA);
- c. Centro de Material e Esterilização (CME);
- d. Expurgo da CME;
- e. Sala de acondicionamento de material;
- f. Sala de esterilização;
- g. Arsenal de material estéril;
- h. Sala para realização de Endoscopia e Colonoscopia.

V. Coordenação das Unidades Críticas, compreendendo:

- a. Unidades de Terapia Intensiva Adulto.

VI. Coordenação de Pronto Socorro, compreendendo:

- a. Ambulatório de Ortopedia;
- b. Sala de Gesso;
- c. Sala de Curativos.
- d. PS Observação.

VII. Coordenação Oncologia, compreendendo:

- a. Ambulatório de Oncologia;
- b. Internação Saúde Mental.

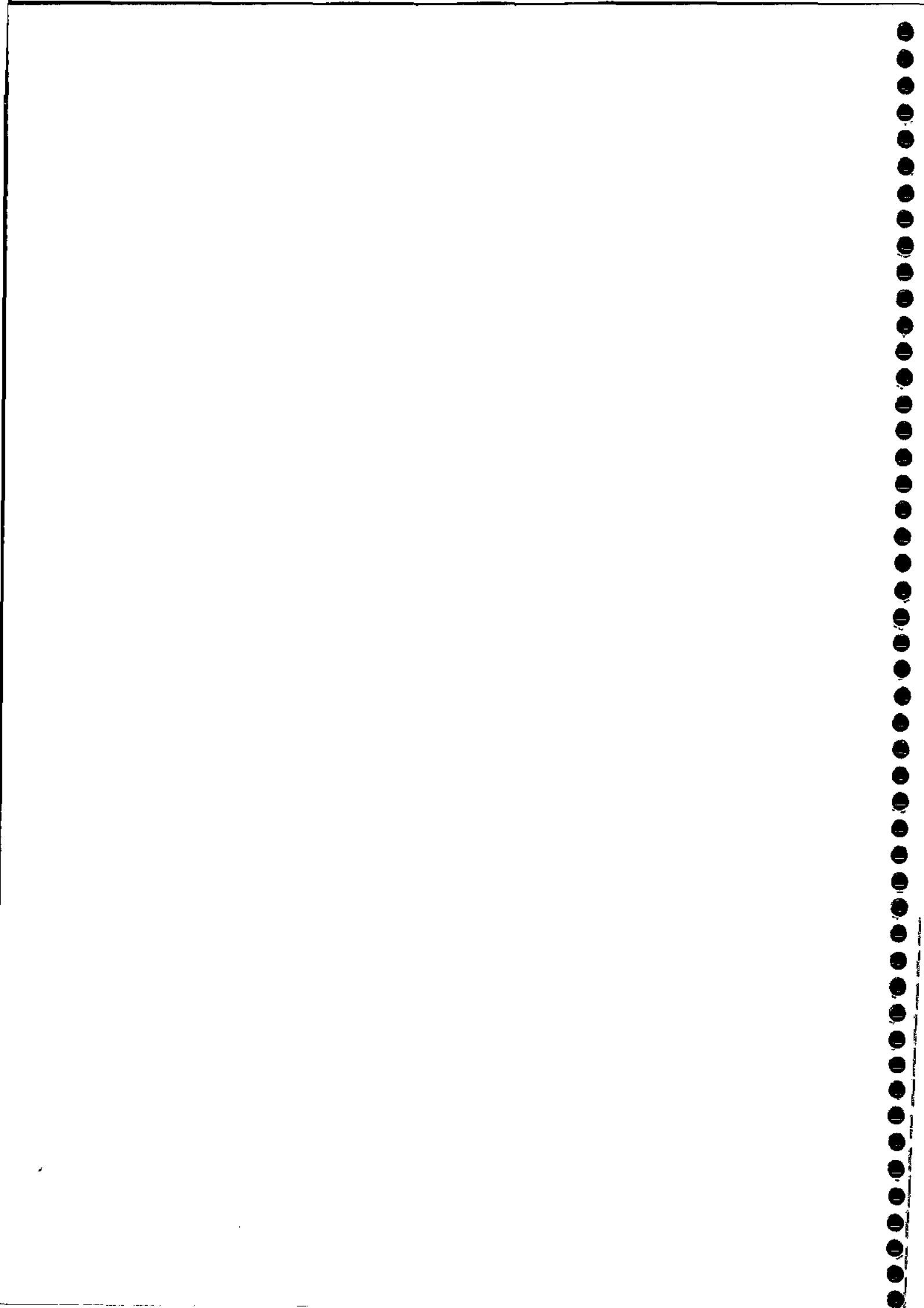
VIII. Serviços de Assessoria:

- a. Comissão de Prevenção e Tratamento de Feridas - CPTF;
- b. Comissão de Ética em Enfermagem.

CAPÍTULO II DA COMPETÊNCIA

Art. 5º - Compete ao Serviço de Enfermagem:

- I. Desenvolver com segurança e qualidade as atividades de assistência ao paciente, de forma participativa e humanizada, enaltecendo as potencialidades individuais e coletivas, tanto de quem presta o cuidado, como do sujeito de suas ações;
- II. Executar os cuidados de Enfermagem de todas as unidades do HSCMS, com atenção voltada ao paciente, considerando suas limitações e necessidades de estadia, locomoção, repouso e conforto;
- III. Fundamentar-se numa filosofia condizente com a missão e com os objetivos do Hospital;



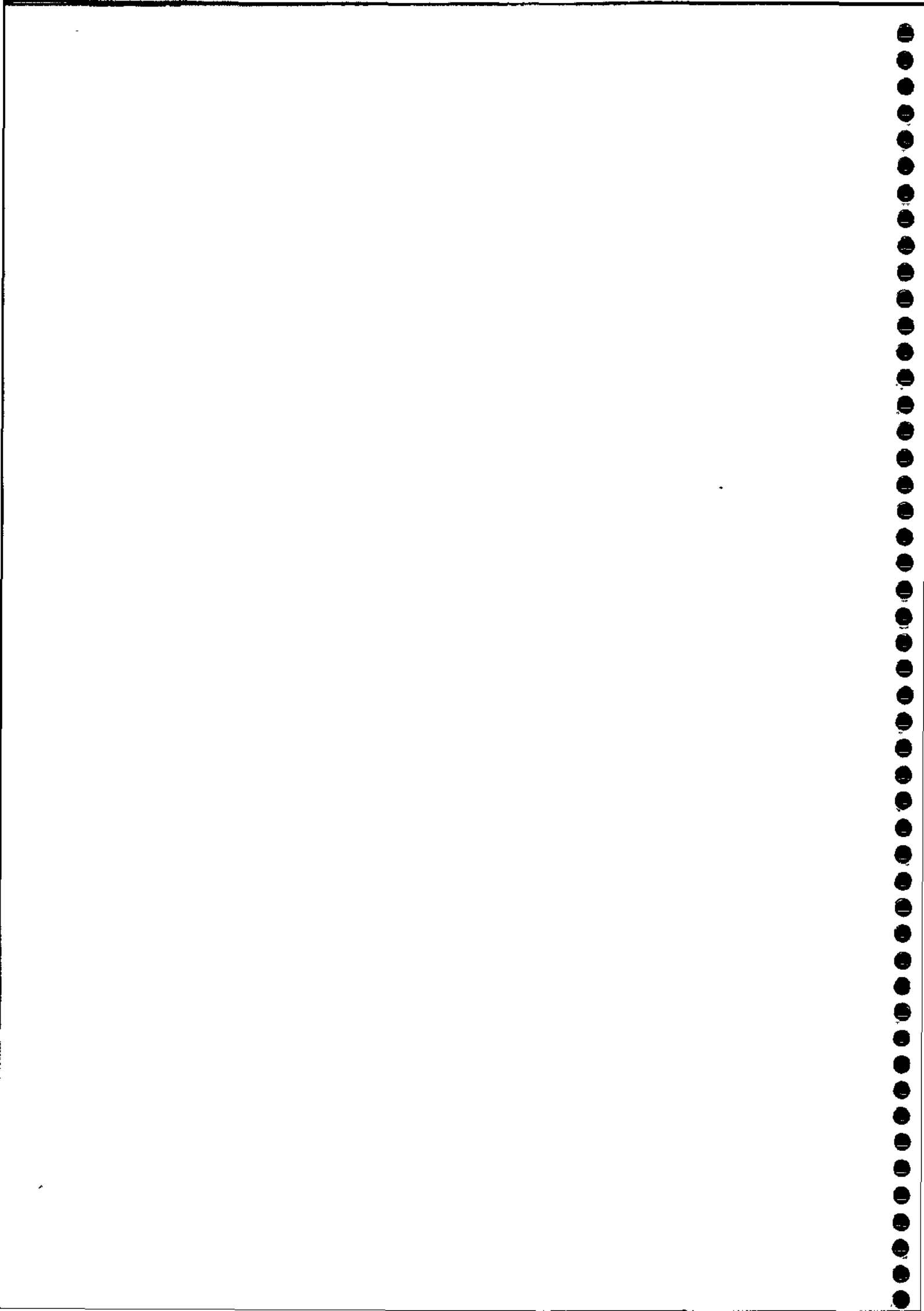
- IV. Promover um padrão de atendimento, estimulando a equipe ao desenvolvimento técnico-científico, oferecendo a oportunidade de crescimento dentro das especialidades;
- V. Colaborar com os Programas de Ensino de Educação Continuada do HSCMS;
- VI. Servir de campo de estágio, contribuindo com Escolas de Enfermagem e Instituições Educacionais conveniadas na formação dos profissionais para Equipes de Saúde;
- VII. Cumprir e fazer cumprir as normas Administrativas e Técnicas do HSCMS;
- VIII. Trabalhar de acordo com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN); do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e do Conselho Regional de Enfermagem (COREN);
- IX. Realizar e colaborar com os treinamentos e capacitações para os funcionários do HSCMS, em particular aqueles do Serviço de Enfermagem;
- X. Desenvolver indicadores de qualidade e dados estatísticos nas unidades do HSCMS;
- XI. Desenvolver programas humanizados de atendimento, tanto para o paciente quanto para o profissional de enfermagem.

Art. 6º - Ao Serviço de Enfermagem das Unidades de Internação compete:

- I. Admitir pacientes adultos e pediátricos;
- II. Executar procedimentos de pré e pós-operatório respeitando os princípios de humanização e qualidade;
- III. Priorizar um ambiente tranquilo e humanizado para o bem-estar do paciente;
- IV. Atender aos médicos, executando a prescrição com critérios éticos e científicos;
- V. Colaborar com o Serviço de Controle e Infecção Hospitalar (SCIH);
- VI. Incentivar a execução de pesquisas científicas em assuntos de enfermagem e colaborar com as pesquisas dos demais profissionais da área da saúde;
- VII. Colaborar com o Serviço de Educação Continuada;
- VIII. Cooperar com os demais Serviços do Hospital;
- IX. Preservar e controlar equipamentos, instrumentos, instalações, estoque de materiais, drogas e medicamentos colocados à sua disposição;
- X. Apresentar relatório trimestral das atividades realizadas e do movimento estatístico;
- XI. Controlar e divulgar indicadores de qualidade da assistência de Enfermagem;
- XII. Colaborar com as Escolas de Enfermagem e outras Instituições de Ensino que mantenham convênio com o Hospital para campo de estágio de seus alunos;
- XIII. Manter e controlar os estoques mínimos de materiais, drogas e medicamentos;
- XIV. Desenvolver programas de atendimento humanizado juntamente com as outras Unidades do Hospital.

Art. 7º - Ao Serviço de Enfermagem da Unidade Obstétrica compete:

- I. Assistir à parturiente e puérpera, atendendo às suas necessidades, seja no parto normal ou cirúrgico;
- II. Verificar e controlar o foco fetal e a dilatação uterina de acordo com as necessidades;
- III. Comunicar ao médico responsável as alterações no estado da parturiente ou do feto;
- IV. Prestar assistência imediata ao recém-nascido normal ou prematuro, atendendo às suas necessidades;
- V. Orientar a mãe quanto às necessidades do recém-nascido (RN);
- VI. Orientar a família sobre os cuidados com o RN e a mãe no puerpério;
- VII. Apresentar relatório sobre indicadores pertinentes à unidade;



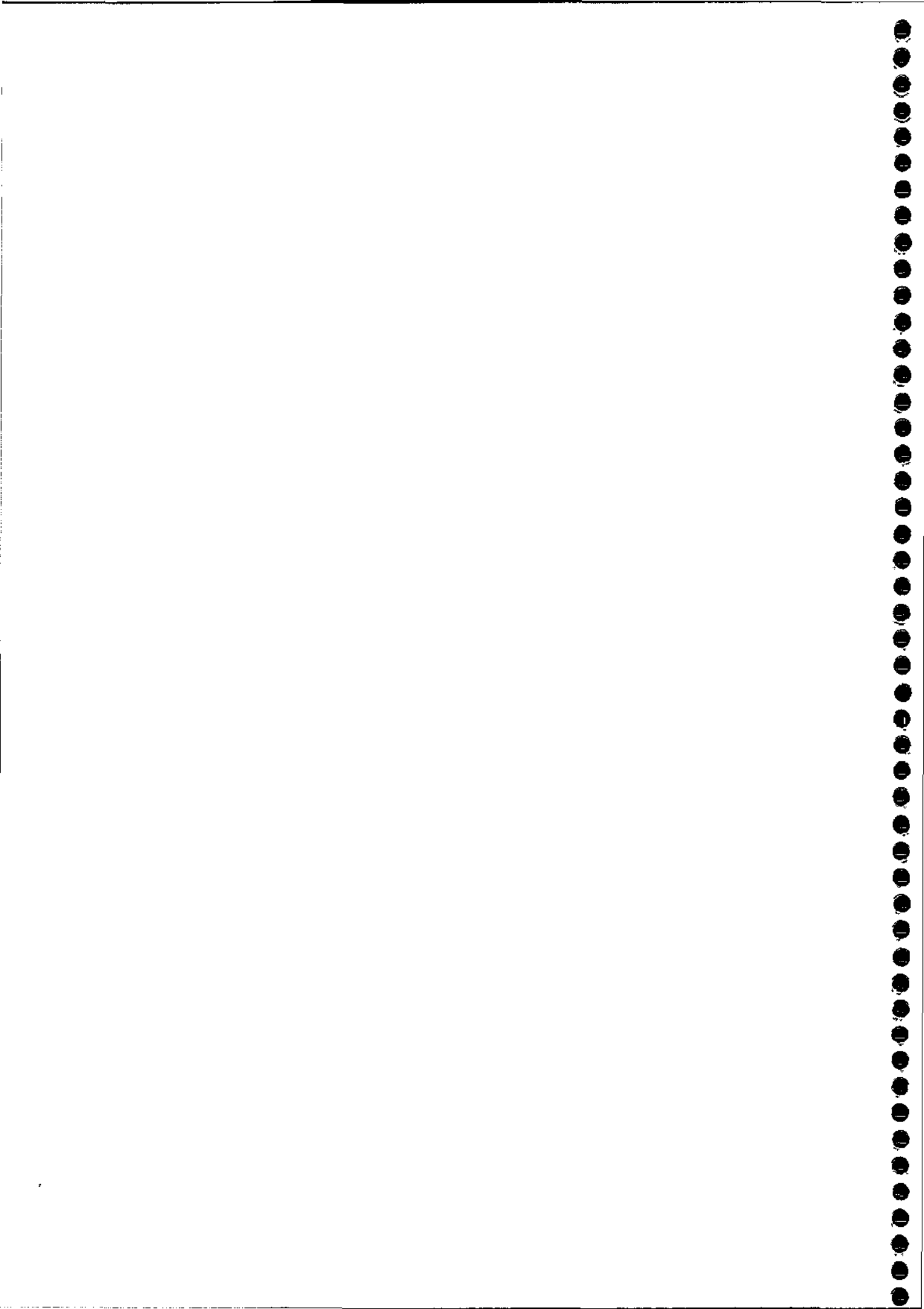
- VIII. Propiciar um ambiente seguro de trabalho, mantendo em perfeitas condições todos os equipamentos das salas de pré-parto e de parto;
- IX. Registra e divulgar indicadores de qualidade;
- X. Colaborar com as Escolas de Enfermagem e outras Instituições de Ensino que mantenham convênio com o Hospital para campo de estágio de seus alunos;
- XI. Incentivar a execução de pesquisas científicas em assuntos de enfermagem e colaborar com as pesquisas dos demais profissionais da área da saúde;
- XII. Colaborar com o Serviço de Educação Continuada;
- XIII. Cooperar com os demais Serviços do Hospital;
- XIV. Manter e controlar os estoques mínimos de materiais, drogas e medicamentos;
- XV. Desenvolver orientações de alta às gestantes e acompanhantes que serão acompanhadas nas Unidades Básicas de Saúde, e acompanhantes;
- XVI. Orientar a mãe sobre os cuidados com o RN, amamentação e cuidados pós-alta;
- XVII. Desenvolver programas de atendimento humanizado juntamente com as outras Unidades do Hospital.

Art. 8º - Ao Serviço de Enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal compete:

- I. Admitir o paciente na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal;
- II. Manter a Unidade e o pessoal preparado para atendimento de rotina e qualquer atendimento de emergência;
- III. Atender a Equipe Médica e multidisciplinar no desempenho de suas atividades;
- IV. Manter materiais e equipamentos em condições de uso imediato, bem como, medicamentos e drogas necessários ao uso nas emergências;
- V. Registrar e divulgar indicadores de qualidade;
- VI. Colaborar com as pesquisas dos demais profissionais da área da saúde;
- VII. Colaborar com o Serviço de Educação Continuada;
- VIII. Cooperar com os demais Serviços do Hospital;
- IX. Desenvolver programas de atendimento humanizado juntamente com as outras Unidades do Hospital.

Art. 9º - Ao Serviço de Enfermagem da Unidade do Centro Cirúrgico compete:

- I. Receber e dar assistência integral ao paciente que será submetido à cirurgia;
- II. Cumprir as normas técnicas específicas para o funcionamento do setor;
- III. Atender a Equipe Médica, de modo a facilitar o desenvolvimento do trabalho;
- IV. Propiciar um ambiente seguro de trabalho, mantendo em perfeitas condições todos os equipamentos das salas de operação;
- V. Atender o paciente antes, durante o trans-operatório e no pós-operatório dentro do Serviço;
- VI. Fixar rotinas de marcação de cirurgias que permitam a preparação prévia das salas, equipamentos, medicamentos e materiais;
- VII. Controlar e marcar os gastos dos materiais, medicamentos e produtos;
- VIII. Preparar de forma adequada a sala de recuperação anestésica com os materiais, medicamentos de urgência e equipamentos para atendimento específico do paciente;
- IX. Prestar assistência ao paciente na Sala de Recuperação Anestésica;
- X. Encaminhar o paciente para a unidade de origem, após avaliação de alta assinada pelo Anestesista;



- XI. Manter sigilo profissional e conduta ética em relação a todos os procedimentos realizados no centro cirúrgico, a fim de manter um ambiente de trabalho seguro e harmonioso;
- XII. Apresentar relatórios mensais das atividades realizadas e do movimento estatístico das unidades;
- XIII. Colaborar com as Escolas de Enfermagem e outras Instituições de Ensino que mantenham convênio com o Hospital para campo de estágio de seus alunos;
- XIV. Incentivar a execução de pesquisas científicas em assuntos de enfermagem e colaborar com as pesquisas dos demais profissionais da área da saúde;
- XV. Registrar e divulgar indicadores de qualidade;
- XVI. Colaborar com o Serviço de Educação Continuada;
- XVII. Cooperar com os demais Serviços do Hospital;
- XVIII. Desenvolver programas de atendimento humanizado juntamente com as outras Unidades do Hospital.

Art. 10 - Ao Serviço de Enfermagem da Unidade Centro de Material compete:

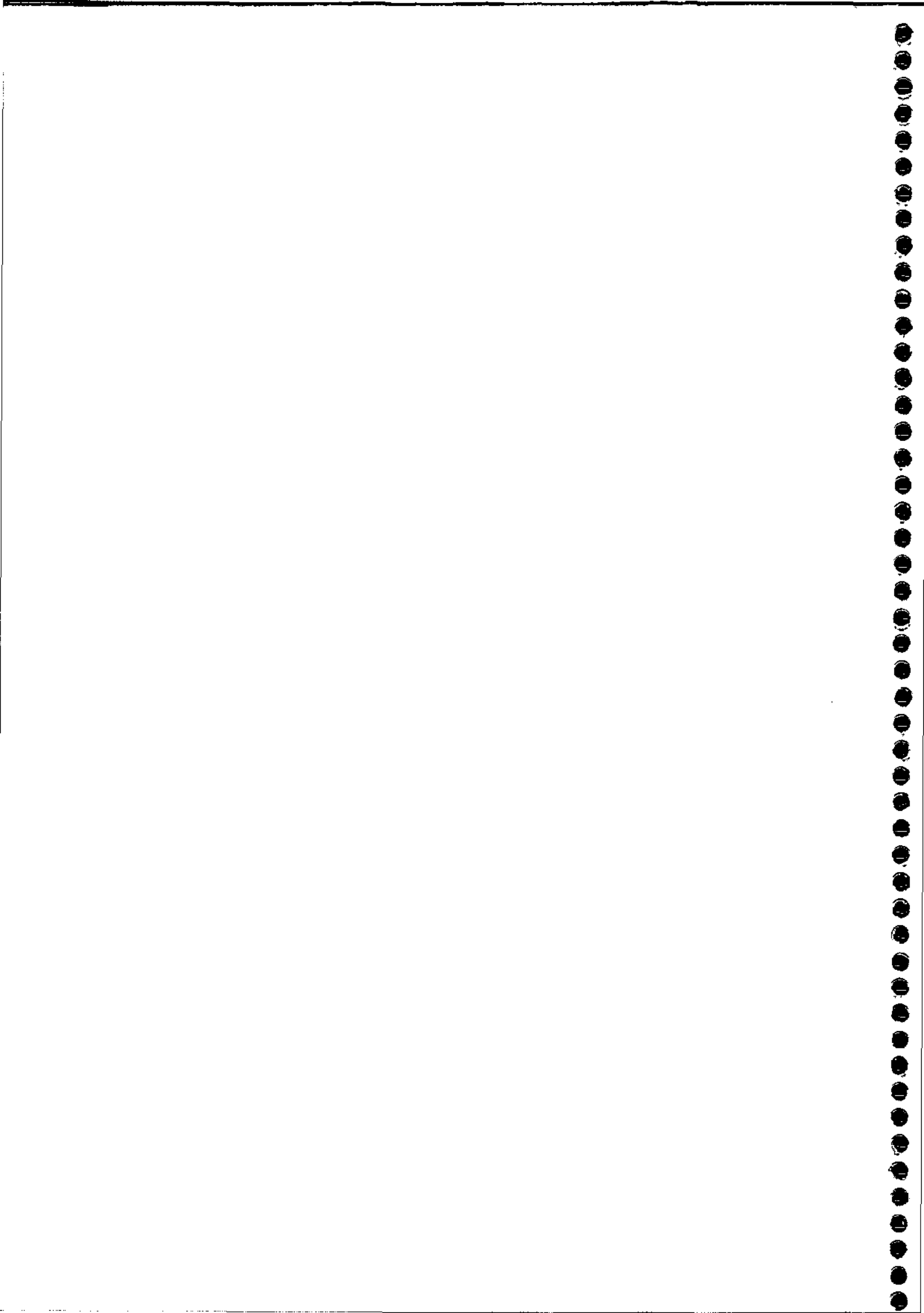
- I. Receber, preparar, esterilizar, armazenar e distribuir materiais, roupas cirúrgicas e instrumentais, utilizados nos Centros Cirúrgicos;
- II. Manter em perfeito funcionamento os aparelhos de limpeza, inspeção e de materiais cirúrgicos;
- III. Realizar testes de segurança de esterilização, conforme rotina estabelecida pela Chefia do Setor e em concordância com o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar do HSCMS;
- IV. Efetuar o inventário anualmente, em período estabelecido pela Chefia;
- V. Elaborar relatórios trimestrais das atividades realizadas e do movimento estatístico de todo o material;
- VI. Registrar e divulgar indicadores de qualidade;
- VII. Colaborar com as Escolas de Enfermagem e outras Instituições de Ensino conveniadas com o Hospital para campo de estágio de seus alunos;
- VIII. Colaborar com o Serviço de Educação Continuada;
- IX. Cooperar com os demais Serviços do Hospital;
- X. Realizar reuniões para planejamento de materiais de acordo com mapas cirúrgicos.

Art. 11 - Ao Serviço de Enfermagem das Unidades Críticas compete:

- I. Admitir o paciente na Unidade de Terapia Intensiva Adulto;
- II. Manter a Unidade e o pessoal preparado para atendimento de rotina e qualquer atendimento de emergência;
- III. Atender a Equipe Médica e multidisciplinar no desempenho de suas atividades;
- IV. Manter materiais e equipamentos em condições de uso imediato, bem como medicamentos e drogas necessários ao uso nas emergências;
- V. Apresentar relatórios trimestrais das atividades realizadas e do movimento estatístico destas Unidades;
- VI. Registrar e divulgar indicadores de qualidade;
- VII. Colaborar com o Serviço de Educação Continuada;
- VIII. Cooperar com os demais Serviços do Hospital;
- IX. Desenvolver programas de atendimento humanizado juntamente com as outras Unidades do Hospital.

Art. 12 - Ao Serviço de Enfermagem da Unidade de Ambulatório compete:

- I. Prover número suficiente de profissionais de enfermagem para atender aos Serviços;



- II. Planejar o fluxograma para o atendimento, a fim de se minimizar o tempo do paciente na Unidade;
- III. Prestar orientação aos pacientes, após consulta e atendimento;
- IV. Manter o Setor, seus equipamentos, materiais, drogas e medicamentos em quantidade e condições perfeitas para qualquer atendimento de emergência;
- V. Atender à Equipe Médica;
- VI. Desenvolver assistência de enfermagem sistematizada no pré-operatório de cirurgias;
- VII. Controlar os gastos da Unidade e os individuais por paciente, registrando-os adequadamente;
- VIII. Desenvolver programas de atendimento humanizado juntamente com as outras Unidades do Hospital.

CAPÍTULO III **DA POSIÇÃO NA ESTRUTURA HIERÁRQUICA**

Art. 13 - O Serviço de Enfermagem faz parte dos serviços técnicos, de atendimento direto ao paciente e é subordinado administrativamente ao(à) Gerente Assistencial do HSCMS por meio de sua Gerência, atuando junto às Diretorias Clínica/Técnica do Hospital.

CAPÍTULO IV **DOS REQUISITOS**

Art. 14 - São requisitos para exercer a atividade de Gerente do Serviço de Enfermagem:

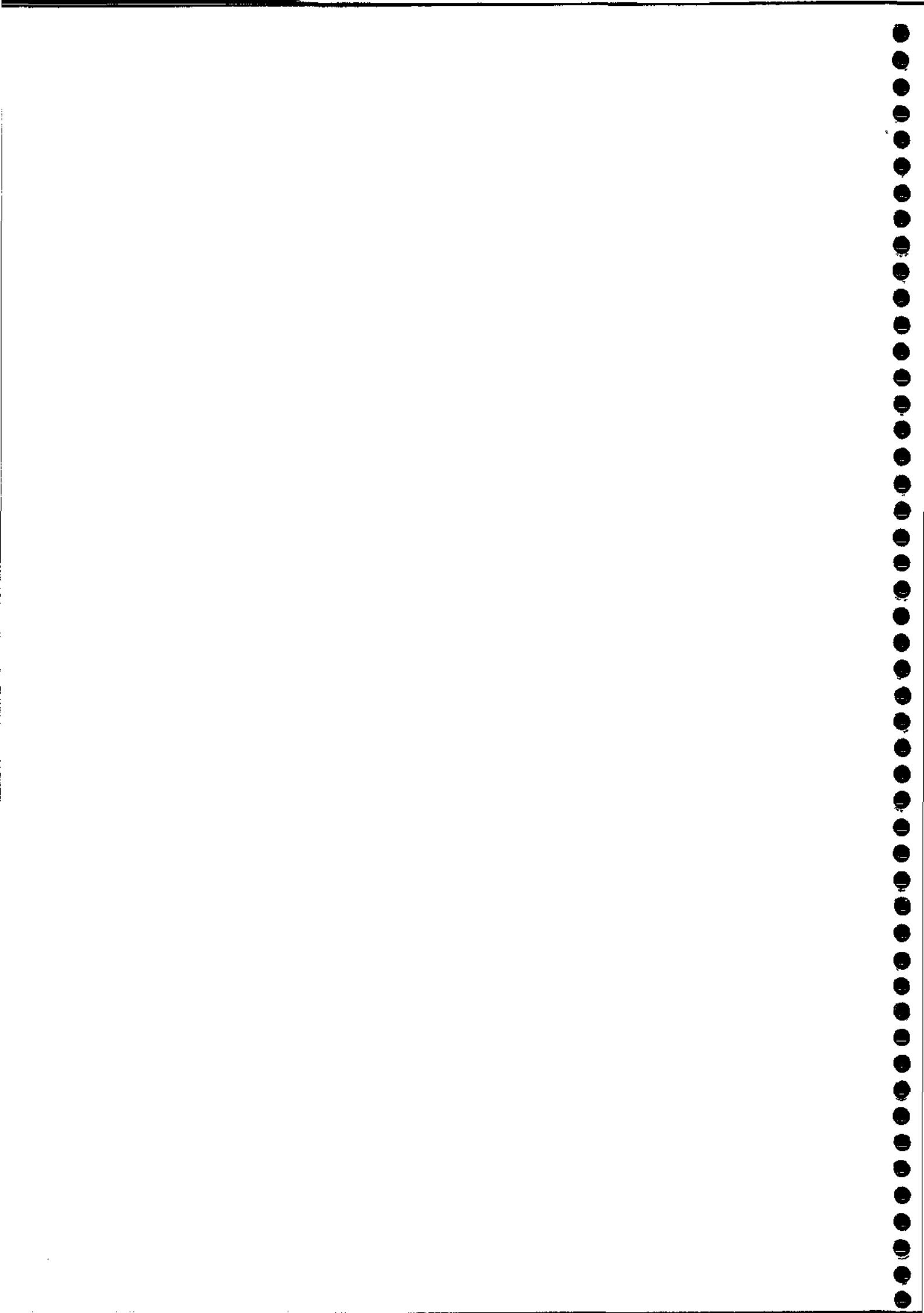
- I. Certificado do COREN;
- II. Diploma de Enfermeira (o);
- III. Experiência profissional de pelo menos três anos no campo de coordenação;
- IV. Conhecimento geral para direção de um Bloco Operatório, Unidades Críticas e demais Serviços de um Hospital;
- V. Competência técnica-científica, capacidade de liderança, relacionamento e facilidade de trabalho em equipe;
- VI. Habilidades humanizadas no atendimento e trato com pacientes e familiares;
- VII. Habilidades para desenvolver Programas de Qualidade.

Art. 15 - São requisitos para exercer a atividade de Coordenação de Enfermagem:

- I. Certificado do COREN;
- II. Cursos de especialização em áreas afins às quais coordena;
- III. Experiência profissional de no mínimo dois anos;
- IV. Conhecimento específico e abrangente para a área de Coordenação;
- V. Competência técnica-científica, capacidade de liderança, relacionamento e facilidade de trabalho em equipe;
- VI. Habilidades humanizadas no atendimento e trato com pacientes e familiares.

Art. 16 - São requisitos para exercer a atividade de Enfermeiro de Unidade:

- I. Certificado do COREN;
- II. Ser especialista na área de escolha e ter visão abrangente nos cuidados ao paciente;
- III. Habilidades humanizadas no atendimento e trato com pacientes e familiares;
- IV. Dinamismo, versatilidade, bom relacionamento e facilidade para trabalhar em equipe;
- V. Competência técnico-científica e qualidades para interagir e agir com rapidez;



- VI. Ter experiência de pelo menos um ano na área de atuação.

Art. 17 - São requisitos para exercer a atividade de Técnico de Enfermagem:

- I. Certificado do COREN dentro de sua categoria;
- II. Habilidades humanizadas no atendimento e trato com pacientes e familiares;
- III. Habilidades técnicas e conhecimento científico, liderança, espírito de cooperação, facilidade para trabalhar em equipe, disciplina, respeito à hierarquia;
- IV. Ter experiência de pelo menos seis meses na área de atuação.

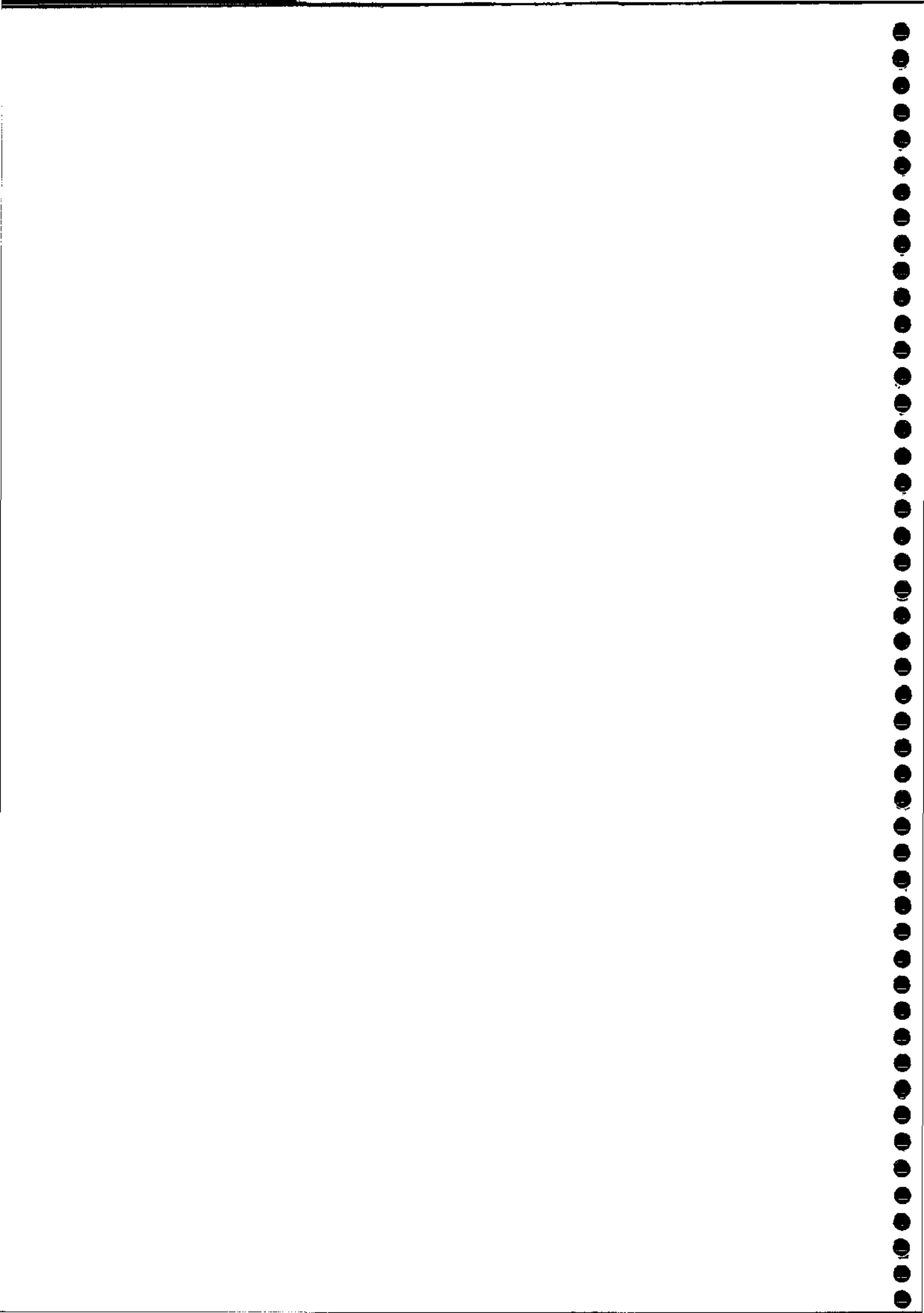
Art. 18 - São requisitos para exercer a atividade de Auxiliar de Enfermagem:

- I. Certificado do COREN dentro de sua categoria;
- II. Habilidades humanizadas no atendimento e trato com pacientes e familiares;
- III. Habilidades técnicas e conhecimento científico, liderança, espírito de cooperação, trabalho em equipe, disciplina, respeito à hierarquia;
- IV. Ter experiência de seis meses na área de atuação.

CAPÍTULO V DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 19 - São atribuições do(a) Gerente de Enfermagem:

- I. Ser responsável técnico(a) pelo Serviço de Enfermagem;
- II. Organizar e dirigir o Serviço de Enfermagem, incentivando o trabalho em equipe;
- III. Executar o dimensionamento do Quadro de Enfermagem, atualizando-o anualmente no planejamento estratégico;
- IV. Supervisionar a descrição e a atualização regular de normas, rotinas e procedimentos técnicos;
- V. Analisar e avaliar os cuidados de enfermagem prestados aos pacientes;
- VI. Desenvolver o planejamento estratégico anual, mensurando o seu cumprimento;
- VII. Colaborar com as Diretorias Técnica, Clínica e Superintendência;
- VIII. Passar visita diariamente em todas as Unidades do HSCMS;
- IX. Incentivar a pesquisa científica na sua equipe;
- X. Desenvolver o programa de reuniões e canal aberto com a Equipe de Enfermagem;
- XI. Interagir com os demais Serviços de apoio do Hospital para facilitar e agilizar o atendimento ao paciente;
- XII. Prever materiais, medicamentos e equipamentos necessários ao funcionamento das diversas Unidades, junto às Chefias de Serviços;
- XIII. Incentivar a elaboração e a divulgação dos indicadores de qualidade em todas as Unidades e acompanhar os resultados;
- XIV. Acompanhar os programas de estágios das Instituições de Ensino de Enfermagem que mantenham convênio com o Hospital, utilizando-o como campo de estágio para seus alunos;
- XV. Desenvolver programas de auditoria dos processos de Enfermagem;
- XVI. Fazer cumprir a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE;
- XVII. Assegurar o pleno e autônomo funcionamento da Comissão de Ética em Enfermagem;
- XVIII. Desenvolver programas de atendimento humanizado juntamente com as outras Unidades do Hospital;
- XIX. Supervisionar as Coordenações de Enfermagem, a fim de colaborar em suas decisões;
- XX. Realizar avaliação de desempenho anualmente da sua equipe de Coordenadores de Enfermagem.



Art. 20 - São atribuições do(a) Coordenador(a) de Enfermagem:

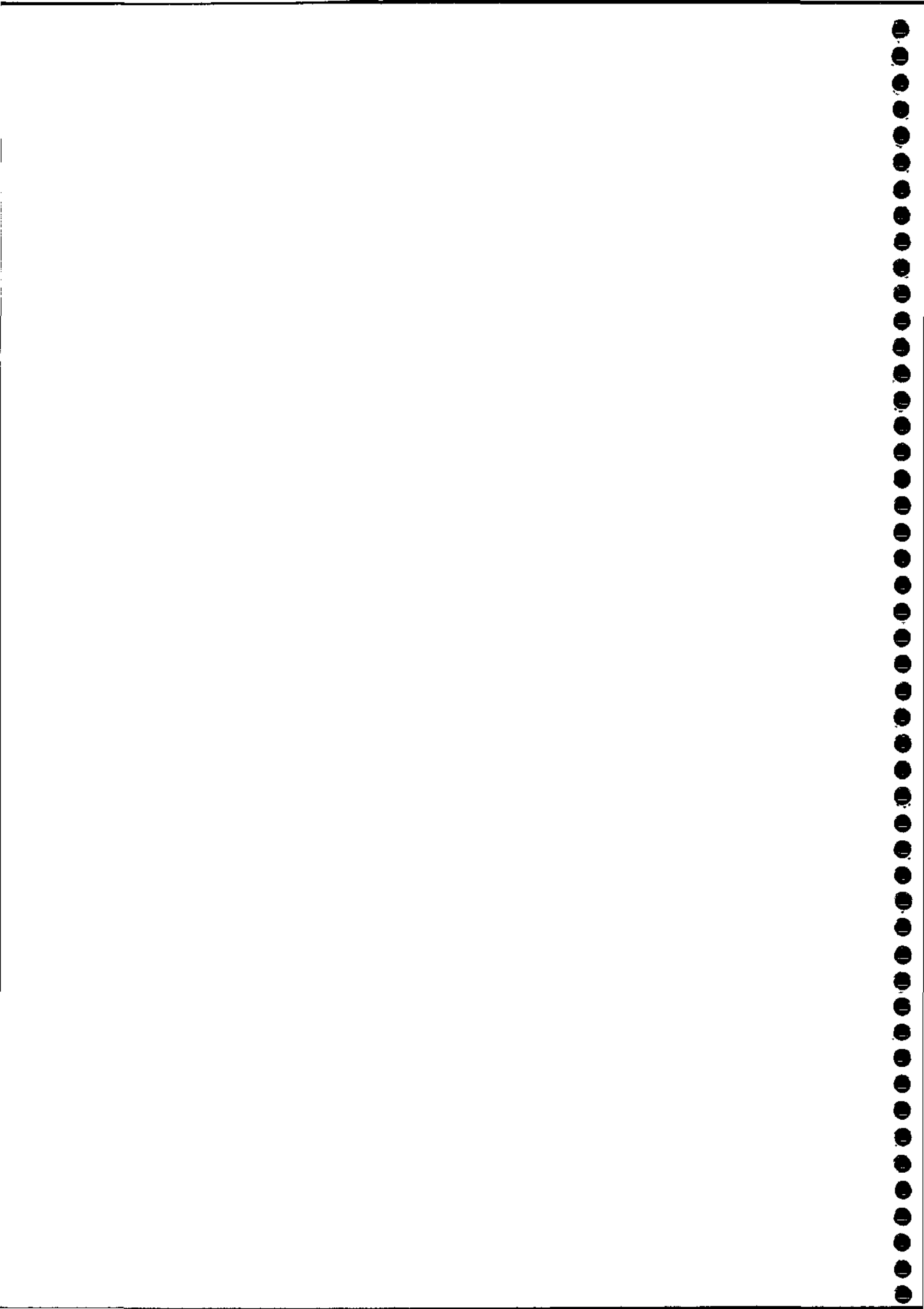
- I. Coordenar os serviços desenvolvidos pelos profissionais Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem nas Unidades afins;
- II. Passar visita nos setores sob sua coordenação diariamente;
- III. Auditar os procedimentos de enfermagem e aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE, bem como os prontuários;
- IV. Executar diariamente remanejamento dos profissionais e checagem das escalas de trabalho;
- V. Supervisionar as escalas de serviço desenvolvidas pelos profissionais Enfermeiros;
- VI. Participar das reuniões científicas ou administrativas e passar as informações devidas à equipe de trabalho;
- VII. Desenvolver trimestralmente reuniões com técnicos, auxiliares e profissionais enfermeiros;
- VIII. Colaborar com a Gerência do Serviço de Enfermagem no desempenho de suas atividades, substituindo-a em suas ausências e/ou impedimentos;
- IX. Avaliar técnicas e rotinas de Serviço, ajudando na implantação e nas mudanças;
- X. Registrar ocorrências e alterações no tratamento aos pacientes;
- XI. Colaborar com o desenvolvimento do planejamento estratégico das Unidades afins;
- XII. Realizar avaliação de desempenho anualmente da equipe de enfermeiros de seus setores.

Art. 21 - São atribuições do(a) Enfermeiro(a) Assistencial:

- I. Atender às solicitações da Coordenação de Enfermagem;
- II. Visitar diariamente os pacientes da Unidade, executando a SAE;
- III. Planejar a escala de serviço da Unidade;
- IV. Supervisionar a realização dos procedimentos técnicos;
- V. Prestar assistência ao paciente respeitando os princípios técnicos, éticos e científicos;
- VI. Elaborar rotinas e técnicas, e revisá-las periodicamente, em intervalos máximos de dois anos;
- VII. Participar dos programas de Educação Continuada;
- VIII. Elaborar os planos de assistência de enfermagem aos pacientes;
- IX. Acompanhar as visitas médicas sempre que possível e/ou solicitada;
- X. Assistir a passagem de plantão;
- XI. Controlar a assiduidade, pontualidade e disciplina dos funcionários sob sua responsabilidade;
- XII. Requisitar materiais e medicamentos;
- XIII. Controlar os equipamentos, materiais e medicamentos;
- XIV. Promover reuniões periódicas com os funcionários sob sua responsabilidade;
- XV. Participar de pesquisas em enfermagem;
- XVI. Atender ao público e às visitas aos pacientes;
- XVII. Colaborar com os alunos e professores nos estágios;
- XVIII. Realizar avaliação de desempenho anualmente da equipe de auxiliares / técnicos de enfermagem de seus respectivos setores.

Art. 22 - São atribuições do(a) Técnico(a) em Enfermagem:

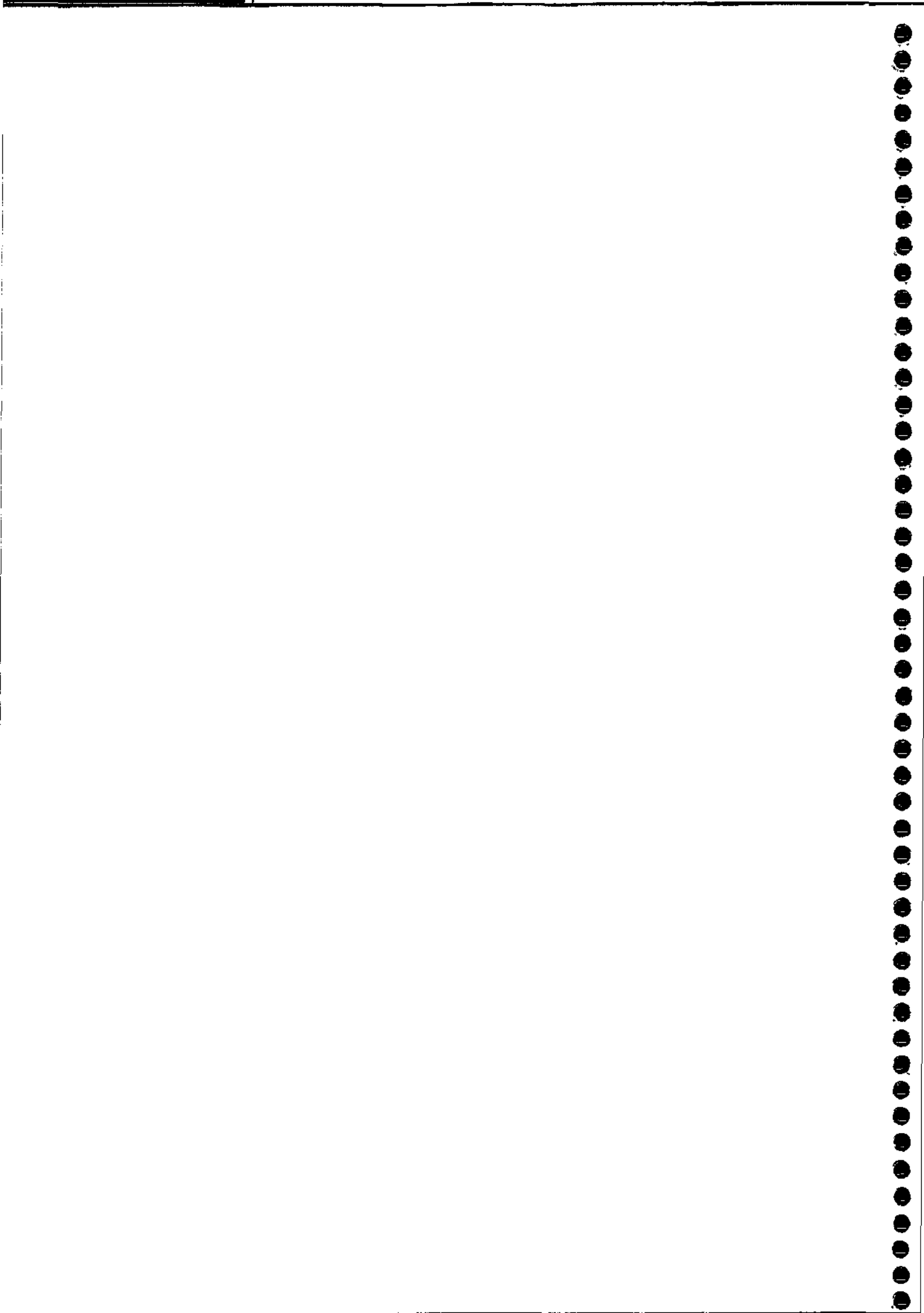
- I. Assistir a passagem de plantão;



- II. Receber os pacientes admitidos e orientá-los na Unidade;
- III. Executar os cuidados de enfermagem que foram planejados;
- IV. Executar procedimentos de Enfermagem de sua competência;
- V. Executar os procedimentos do pré, trans e pós-operatório;
- VI. Preparar os pacientes para os exames complementares de diagnóstico;
- VII. Realizar cuidados de higiene e alimentação dos pacientes;
- VIII. Colaborar com o(a) Enfermeiro(a) no cumprimento da escala de serviço e prescrição de enfermagem;
- IX. Comunicar o(a) Enfermeiro(a) anormalidades com o paciente;
- X. Anotar no prontuário do paciente os cuidados prestados e as observações;
- XI. Anotar no prontuário, diariamente, os materiais e medicamentos gastos na execução de técnicas;
- XII. Zelar pela manutenção e limpeza das dependências da Unidade;
- XIII. Zelar pelos equipamentos de sua unidade;
- XIV. Atender o público e visitas dos pacientes;
- XV. Colaborar com os alunos e professores nos estágios.

Art. 23 - São atribuições do(a) Auxiliar de Enfermagem:

- I. Assistir a passagem de plantão;
- II. Receber os pacientes admitidos e orientá-los na Unidade;
- III. Executar os cuidados de enfermagem que foram planejados;
- IV. Executar procedimentos de enfermagem de sua competência;
- V. Executar os procedimentos de enfermagem do pré, trans e pós-operatório;
- VI. Preparar os pacientes para os exames complementares de diagnóstico;
- VII. Realizar cuidados de higiene e alimentação dos pacientes;
- VIII. Realiza transporte interno de pacientes;
- IX. Colaborar com o(a) Enfermeiro (a) no cumprimento da escala de serviço e prescrição de enfermagem;
- X. Comunicar o(a) Enfermeiro(a) anormalidades com o paciente;
- XI. Anotar no prontuário do paciente os cuidados prestados e as observações;
- XII. Anotar no prontuário, diariamente, os materiais e medicamentos gastos na execução de técnicas;
- XIII. Zelar pela manutenção e limpeza das dependências da Unidade;
- XIV. Zelar pelos equipamentos de sua unidade;
- XV. Atender ao público e às visitas dos pacientes;
- XVI. Colaborar com os alunos e professores nos estágios.



CAPÍTULO VI
DO ACESSO A PROTEÇÃO DA INFORMAÇÃO

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

Profissional	Acesso
Gerente de Enfermagem	• Dados e informações do prontuário do paciente (pessoais e clínicos). • Dados e informações do prontuário do empregado (pessoais, laborais, trabalhistas, financeiros). • Salários de empregados.
Coordenador(a) de Enfermagem	• Dados e informações do prontuário do paciente (pessoais e clínicos).
Enfermeiro(a)	
Técnico(a) em Enfermagem	
Auxiliar de Enfermagem	

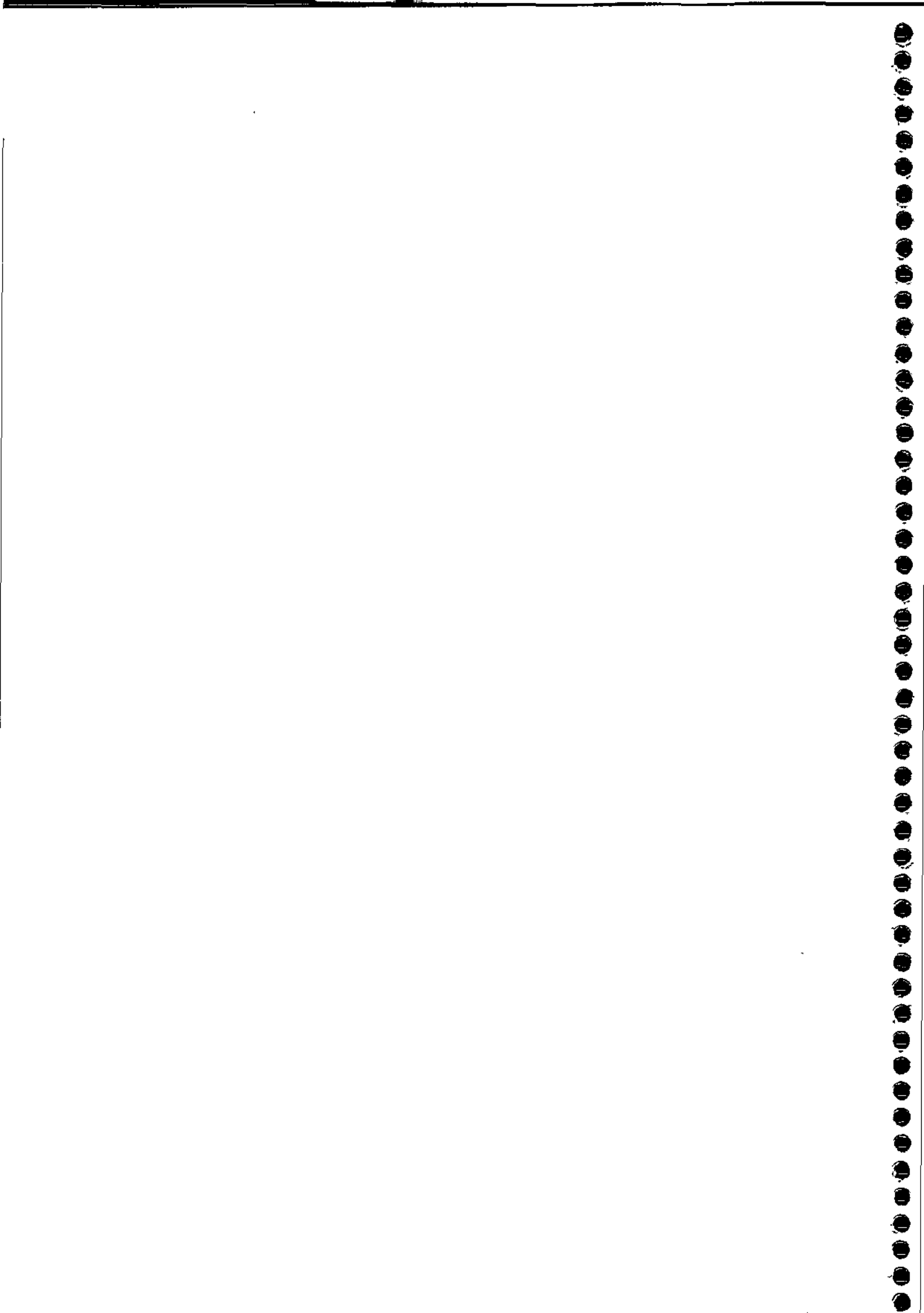
Art. 25 - Todos os profissionais do setor devem zelar pela proteção dos dados e informações da Empresa, tomando os seguintes cuidados:

- 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 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. 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. 26 - Este Regimento entrará em vigor a partir da sua aprovação e será revisado periodicamente ou sempre que necessário, por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes, por implantação ou desativação de unidades ou serviços que desenvolvam atividades de enfermagem, ou ainda, por iniciativa do(a) Gerente de Enfermagem. Neste último caso, revoga-se automaticamente o Regimento anterior.

Parágrafo único - As alterações propostas neste artigo deverão ser submetidas à aprovação do Superintendente Executivo.



Art. 27 – Este Regimento serve de instrumento de definição de responsabilidades e autoridade e será observado e cumprido por todos os profissionais do setor. 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 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 realização dos trabalhos.

Art. 30 – Os casos omissos neste Regimento serão resolvidos pelo(a) Gerente de Enfermagem e Gerente Assistencial em conjunto com o Diretor Presidente.

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 - O Serviço de Enfermagem manterá plantão durante as 24 (vinte e quatro) horas diárias, através de escalas de revezamento e de acordo com a legislação trabalhista vigente no país.

Art. 34 - Todo funcionário do Serviço de Enfermagem deverá se apresentar ao trabalho devidamente uniformizado e no horário determinado em escala.

Art. 35 - Os funcionários trabalharão de acordo com a escala elaborada mensalmente pelo(a) Enfermeiro(a) da Unidade, Coordenação e Gerência de Enfermagem, seguindo a escala diária de trabalho específico.

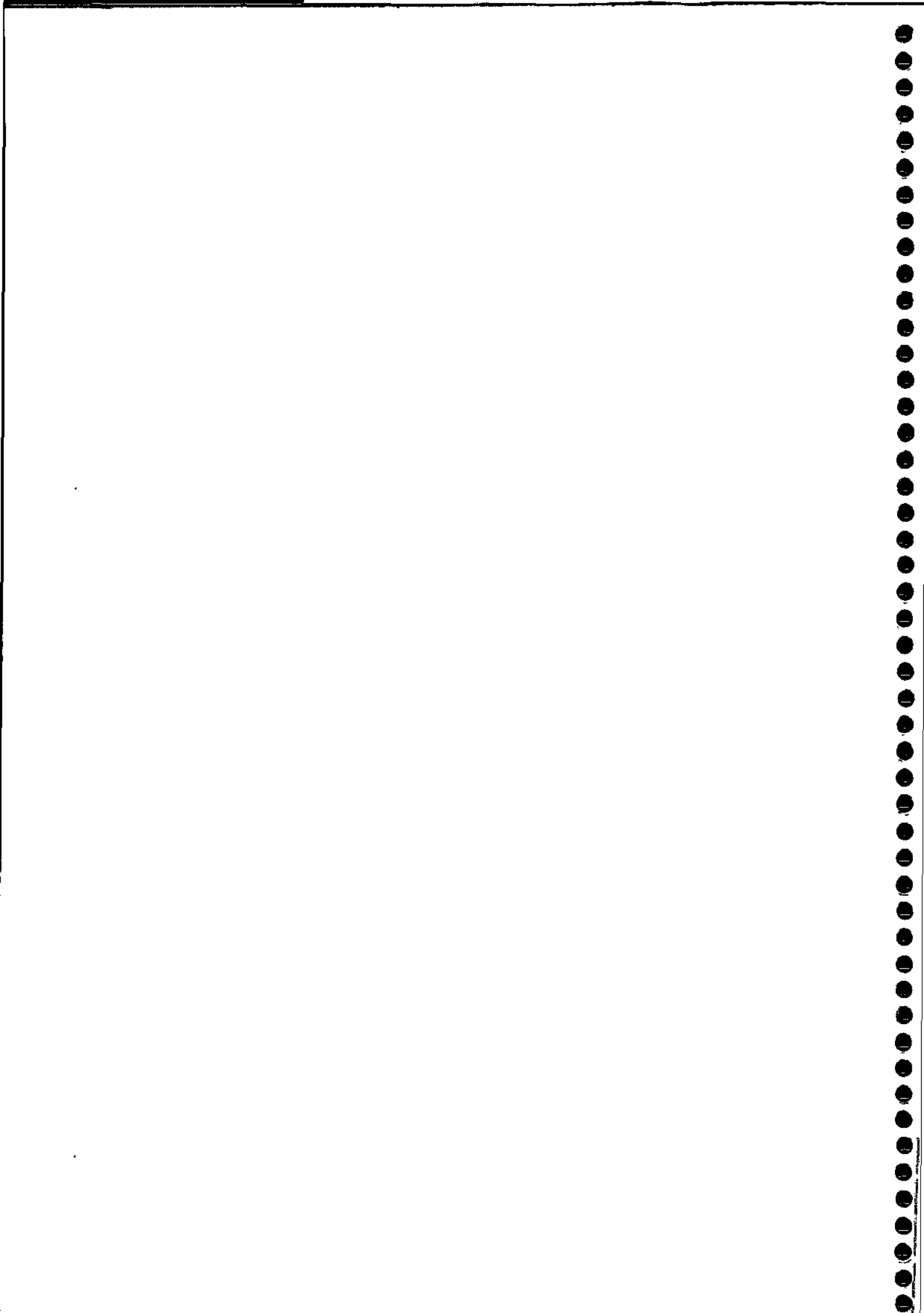
Art. 36 - Todo funcionário deverá prorrogar o seu plantão, em casos de emergência, se for determinado pela Enfermeira da Unidade, Coordenação ou Gerência de Enfermagem.

Art. 37 - O pessoal de enfermagem não poderá receber de pacientes e familiares pagamentos referentes aos serviços prestados durante sua jornada normal de trabalho.

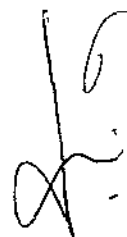
Art. 38 - Os serviços de Assessoria, estabelecidos no inciso VIII do Art. 3º deverão desenvolver suas próprias normativas, observadas a legislação vigente e as normas do presente Regimento Interno.

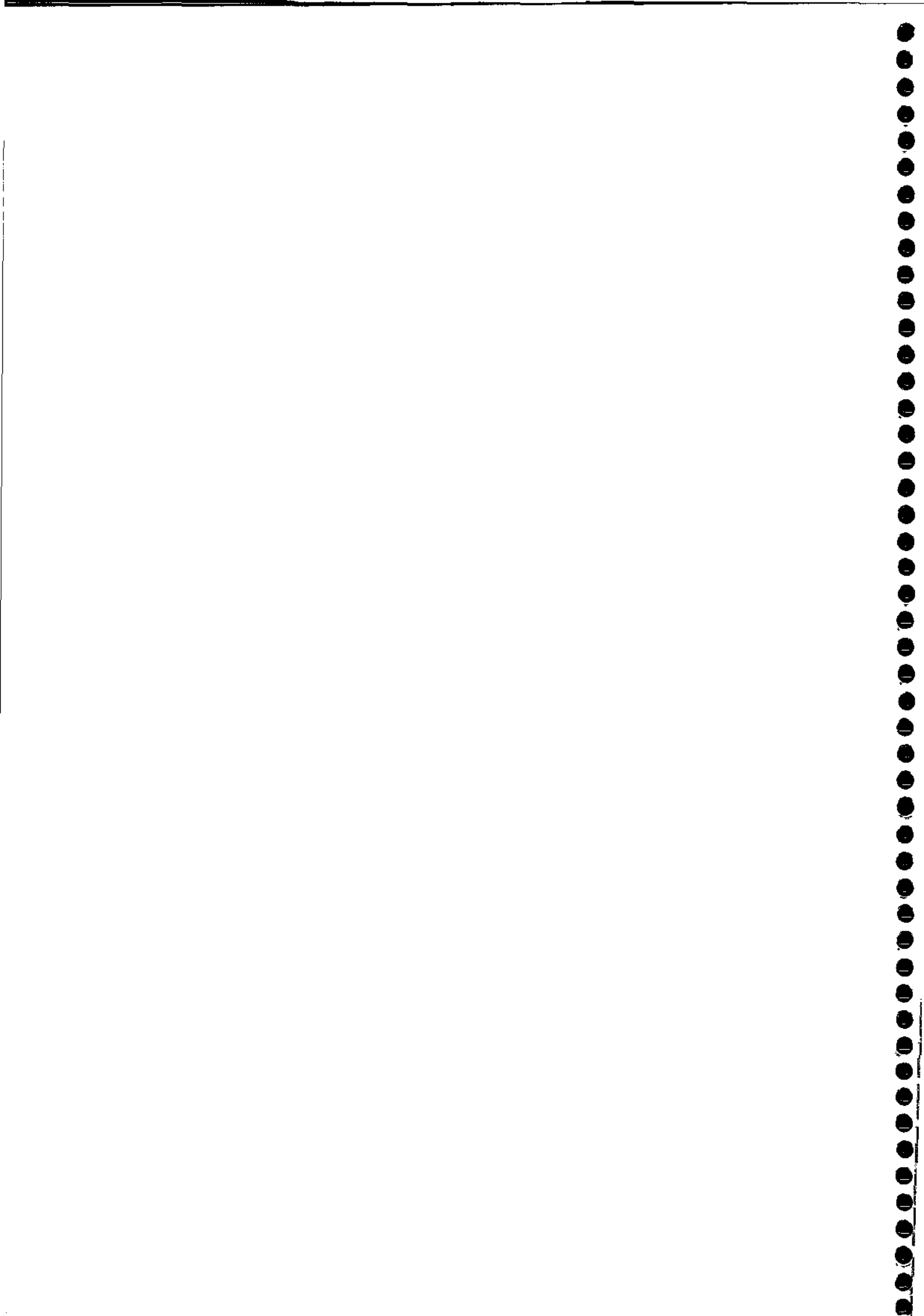
HISTÓRICO

Revisão	Data	Natureza da operação	Responsável
000	08/03/2022	Criação do documento	Adriana Silveira Camargo

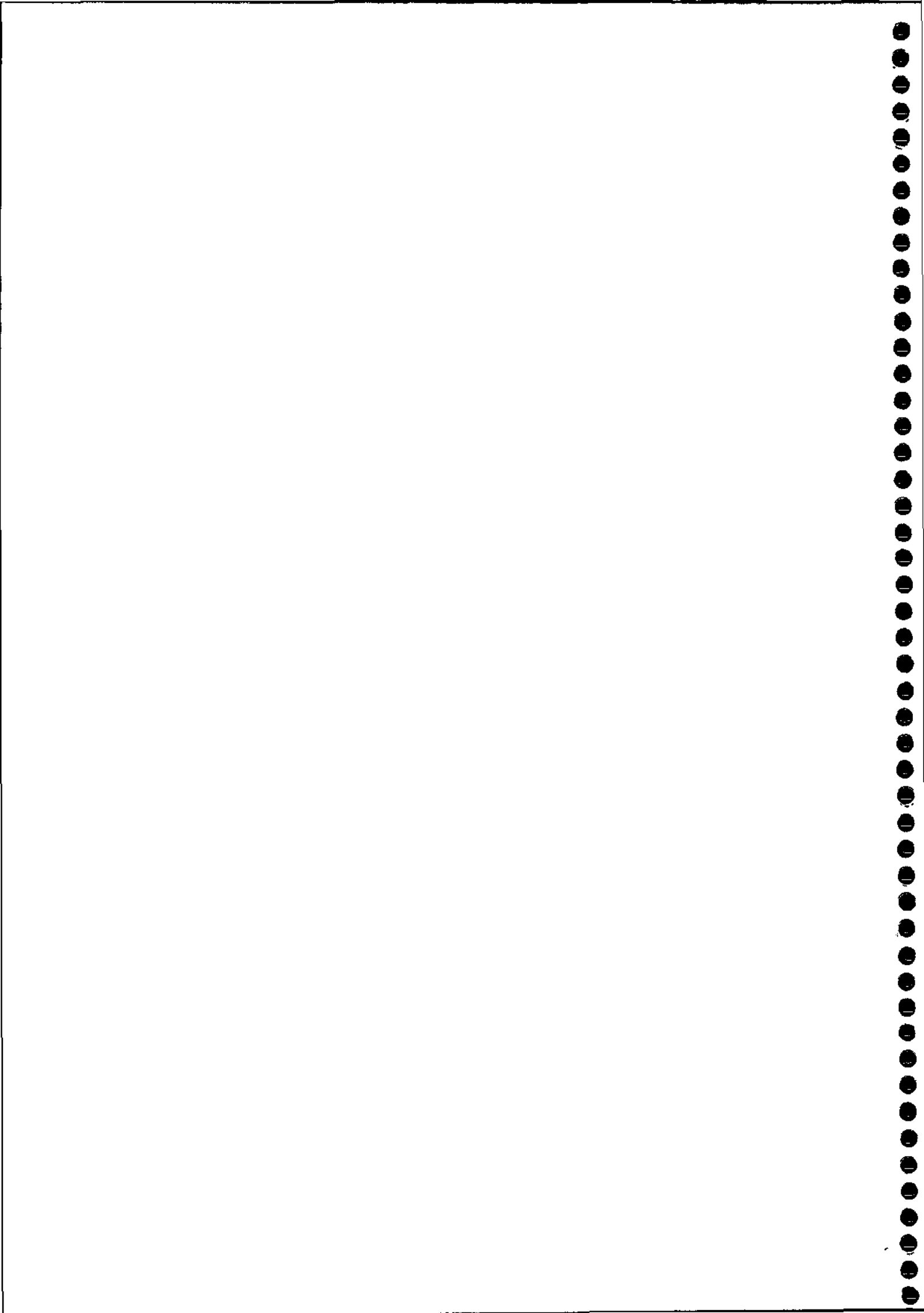


Elaborado por: Giliane Aparecida Moraes Silveira Brait - Gerente Assistencial Envolvidos:	Verificado por: Stephany Gabriele Sousa Galone - Escriturário(a) Qualidade Aprovado por: Reinaldo Beserra dos Reis - Superintendente Executivo
--	--





ANEXO 9**PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS
DE SERVIÇO DE SAÚDE (PGRSS)****UNIDADE PRÉ-HOSPITALAR ZONA LESTE**Tatiane Fernanda Nalesso Rodrigues –
Tecnóloga em SaúdeSUPERVISÃO IMEDIATA
Dr.º Fernando Brum – CRM 67331**ENVOLVIDOS**Ana Carolina Galati R. dos Santos – Gerente
Operacional
Ana Paula de Barros Roso – Gerente Enfermagem
Fernando Carriel – CCIH
Robson O. Souza – TST



SUMÁRIO

1. HISTÓRICO	3
2. INTRODUÇÃO	3
2.1 RESÍDUOS DE SERVIÇO DE SAÚDE (RSS)	3
3. ASPECTOS LEGAIS	5
4. PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (PGRSS)	6
4.1 Objetivos	7
4.2 Estrutura Organizacional	7
4.3 Responsabilidades:	7
4.4 Forma de Descarte de Acordo com a Classificação	7
4.5 Estrutura para Armazenamento dos Resíduos	8
4.6 Treinamento e Uso de EPI's	8
4.7 Riscos Associados ao Manejo dos RSS	9
5. DADOS GERAIS DO ESTABELECIMENTO	9
6. RESPONSABILIDADES NO PGRSS	10
7. CARACTERIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO	10
8. ORGANOGRAMA DO ESTABELECIMENTO	11
9. TIPOS DE RESÍDUOS GERADOS	12
9.1 Diagnóstico dos Resíduos da UPH	12
9.2 Acondicionamento	20
9.3 Especificações sobre a disposição final	24
10. INFORMAÇÕES SOBRE A COLETA E TRANSPORTE EXTERNO	25
11. RESPONSABILIDADES E QUALIFICAÇÕES DAS EQUIPES	25
12. ANEXOS	26
12.1 Controle de água e abastecimento.	26
12.2 Manutenção da Qualidade da água.	26
12.3 Controle de Emissões gasosas.	26
13. REVISÕES	27

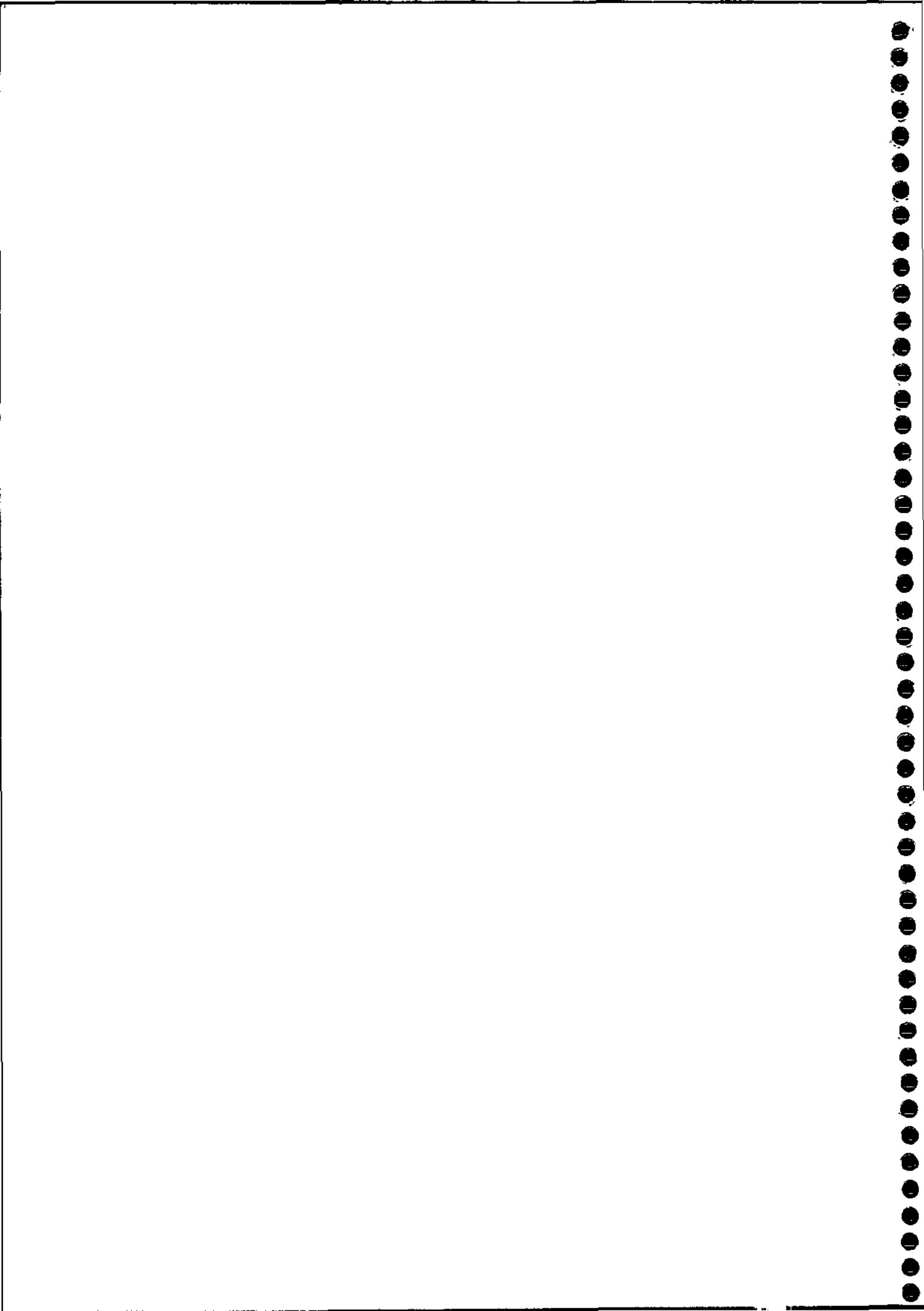


Tatiane Fernanda Nalesso Rodrigues –
Tecnóloga em Saúde

SUPERVISÃO IMEDIATA
Dr.º Fernando Brum – CRM 67331

ENVOLVIDOS

Ana Carolina Galati R. dos Santos – Gerente Operacional
Ana Paula de Barros Roso – Gerente Enfermagem
Fernando Carriel – CCIH
Robson O. Souza – TST



1. HISTÓRICO

A Unidade Pré Hospitalar Zona Leste foi fundada em 2013 pela Prefeitura de Sorocaba, com o comprometimento de atendimento médico em emergência e urgência à população de Sorocaba e região, está situada na cidade de Sorocaba localizada à Av. Coronel Nogueira Padilha 2585, Vila Hortência.

Em Maio de 2019 foi firmado o convênio com a Santa Casa de Sorocaba para administração da UPH Zona Leste.

Ao todo a UPH Zona Leste atende a uma população de cerca de 21 mil atendimentos ao mês. Atualmente a unidade presta serviço à população nas especialidades de Clínico Geral, Pediatria e exames complementares de Raio-X, laboratoriais e ultrassom.

Existem no hospital 10 leitos de observação adulto, 5 leitos de observação pediátrica, 2 leitos de isolamento, 4 leitos de emergência, postos de enfermagem, medicação, inalação, sutura e consultórios médicos.

Além disso, a UPH Zona Leste administrada pela Santa Casa de Sorocaba mantém uma linha de contato direto com os profissionais que o utilizam, garantindo assim sua evolução constante para melhor qualidade, atendimento e humanização aos pacientes. Visando melhoramento contínuo dos processos e da segurança, buscando a conscientização e a capacitação de todos.

Para que as ações na questão ambiental, definido no Plano de Gerenciamento de Resíduos tenham sucesso, é necessário compreender quais os impactos no meio ambiente e como podem ser causados em decorrência das atividades realizadas pela UPH Zona Leste, minimizando os riscos associados ao descarte do resíduo até seu destino final.

Este plano segue-se em base a RDC 222/18, 10 de Abril de 2018, e dispõe sobre o regulamento técnico para Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde.

2. INTRODUÇÃO

2.1 RESÍDUOS DE SERVIÇO DE SAÚDE (RSS)

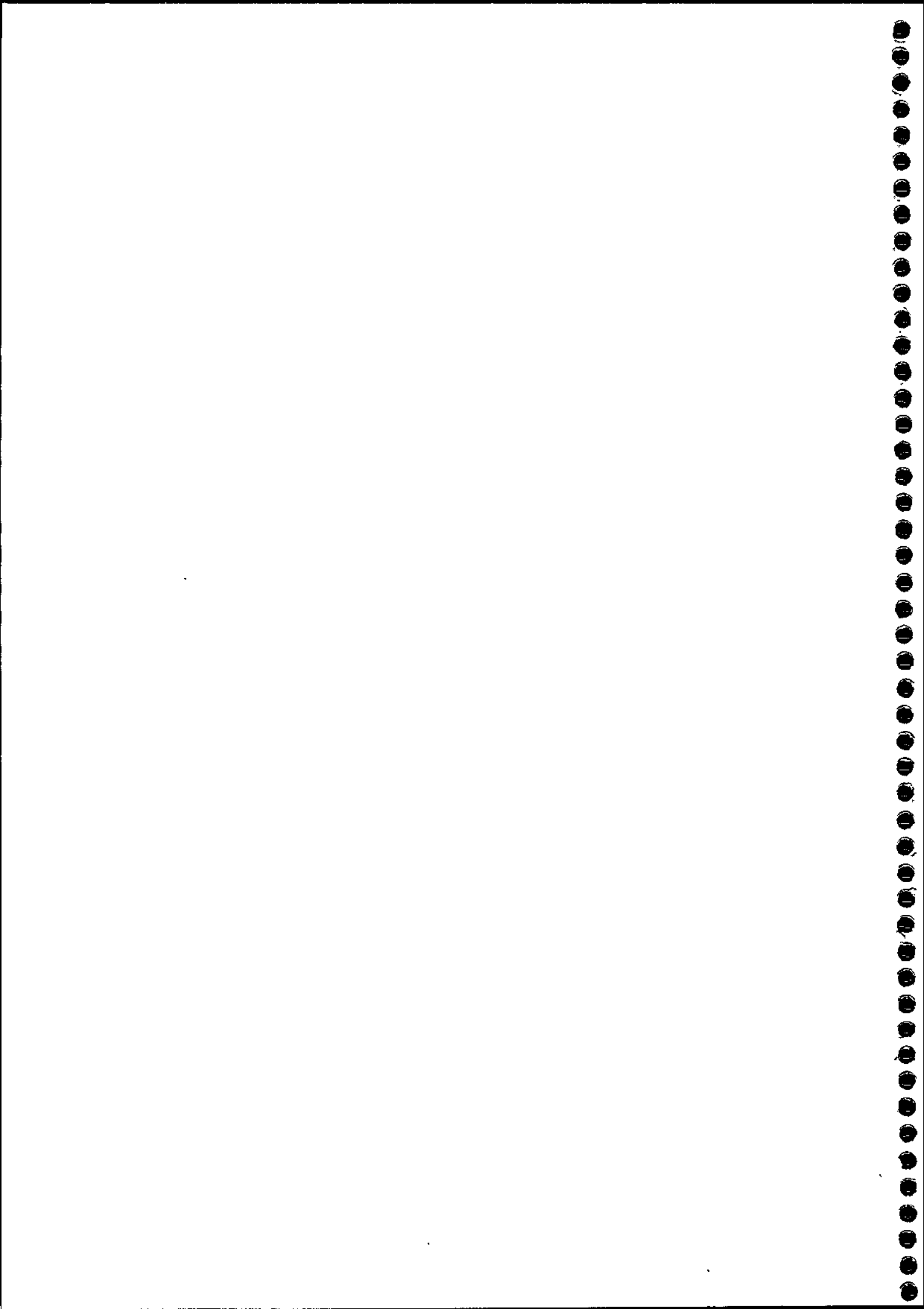
O tema Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde visa demonstrar a importância de estruturar o manejo e viabilizar um encaminhamento correto dos resíduos gerados dentro de um estabelecimento de saúde desde sua geração até sua destinação final. Cabe aos cidadãos conscientes e aos profissionais responsáveis diminuir ao máximo a produção desnecessária de resíduos, reutilizando-os

Tatiane Fernanda Nalesso Rodrigues –
Tecnóloga em Saúde

SUPERVISÃO IMEDIATA
Dr.º Fernando Brum – CRM 67331

ENVOLVIDOS

Ana Carolina Galati R. dos Santos – Gerente Operacional
Ana Paula de Barros Roso – Gerente Enfermagem
Fernando Carriel – CCIH
Robson O. Souza – TST



na medida do possível, a fim de garantir a preservação da saúde humana e a sustentabilidade ambiental das atividades da saúde (BRASIL, MS, 2002).

A resolução CONAMA n° 5/93, define resíduos sólidos e resíduos de serviço de saúde:

- **Resíduos Sólidos:** "Resíduos no estado sólido e semissólidos que resultam de atividades da comunidade de origem: industrial, doméstica, hospitalar, comercial, agrícola, de serviços e de varrição. Estão incluídos nesta definição os lodos provenientes de sistemas de tratamento de água, aqueles gerados em equipamentos e instalação de controle de poluição, bem como determinados líquidos cujas particularidades tornem inviável seu lançamento na rede pública de esgotos ou corpos d'água, ou exijam para isso soluções técnicas e economicamente inviáveis, em face a melhor tecnologia disponível". Vale ressaltar que, quando se diz "resíduo sólido" nem sempre se refere ao seu estado sólido.

Resíduos de Serviço de Saúde: "Todo produto resultante da atividade médico-assistencial e de pesquisa na área de saúde, voltadas às populações humanas e animal, classificado de acordo com suas características de risco e quanto à natureza física, química e patogênica, conforme a NBR 12808 e a Resolução CONAMA n° 5/93, em infectante, especial e comum" (LEI n° 6.047, 1999 – Art. 3°).

A classificação dos resíduos de serviços de saúde tem como objetivo destacar a composição desses resíduos segundo as suas características biológicas, físicas, químicas, estado da matéria e origem, estabelecendo assim técnicas de manejo seguras. **A Resolução da ANVISA (RDC 33/2003) classifica os resíduos como:**

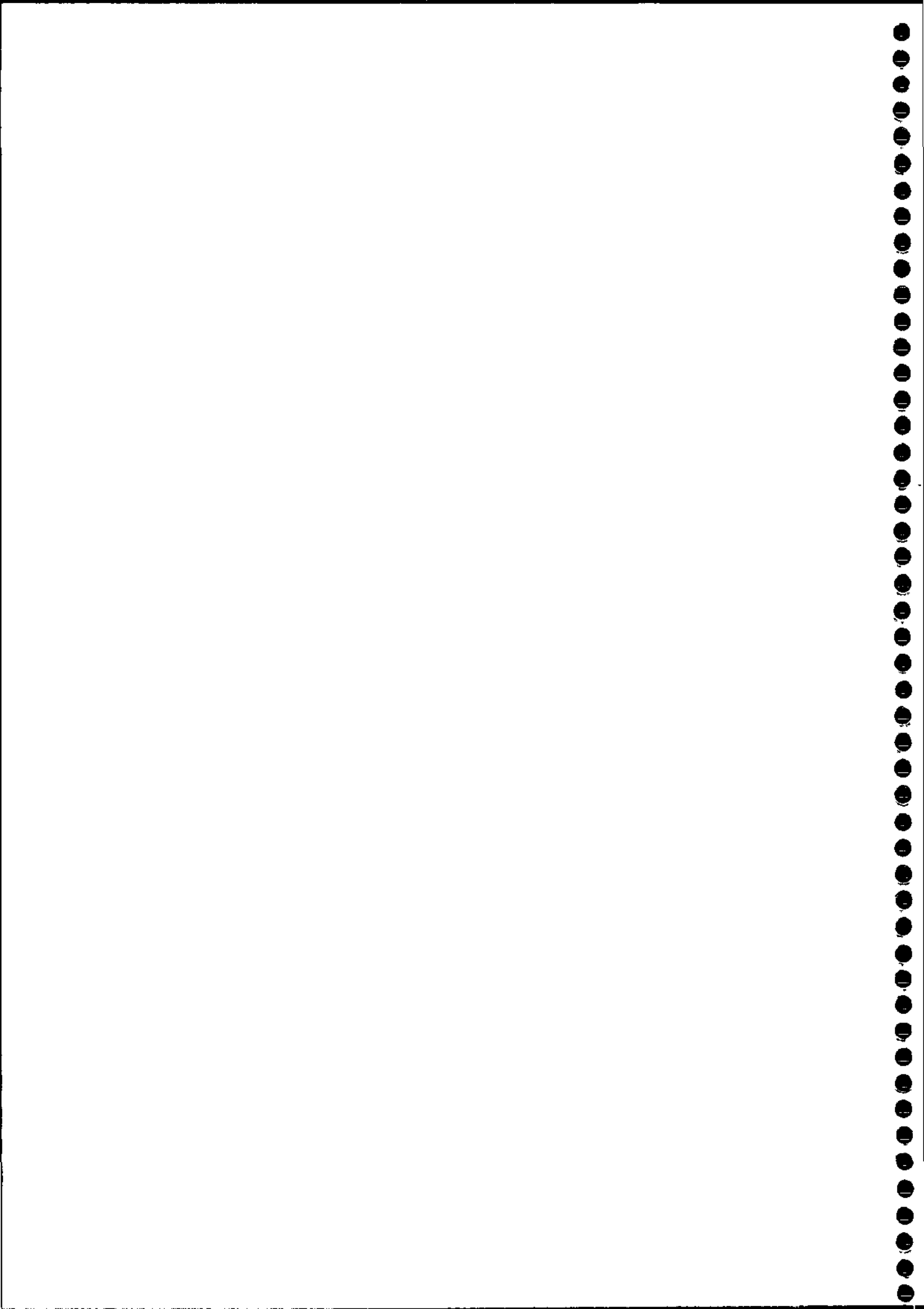
- **GRUPO A (POTENCIALMENTE INFECTANTES):** resíduos com a possível presença de agentes biológicos que, por suas características de maior virulência ou concentração, podem apresentar risco de infecção;
- **GRUPO B (QUÍMICOS):** resíduos contendo substâncias químicas que aprestam risco à saúde pública ou ao meio ambiente, independente de suas características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade e toxicidade;
- **GRUPO C (REJEITOS RADIOATIVOS):** são considerados rejeitos radioativos quaisquer materiais resultantes de atividades humanas que contenham radionuclídeos em quantidades superiores aos limites de isenção especificados na norma CNEN-NE-6.02 - "Licenciamento de Instalações Radioativas", para os quais a reutilização é imprópria ou não prevista;

Tatiane Fernanda Nalesso Rodrigues –
Tecnóloga em Saúde

SUPERVISÃO IMEDIATA
Dr.º Fernando Brum – CRM 67331

ENVOLVIDOS

Ana Carolina Galati R. dos Santos – Gerente Operacional
Ana Paula de Barros Roso – Gerente Enfermagem
Fernando Carriel – CCIH
Robson O. Souza – TST



- **GRUPO D (RESÍDUOS COMUNS):** são todos os resíduos gerados nos serviços abrangidos por esta resolução que, por suas características, não necessitam de processos diferenciados relacionados ao acondicionamento, identificação e tratamento, devendo ser considerados resíduos sólidos urbanos – RSU;
- **GRUPO E (PERFUROCORTANTES):** são objetos e instrumentos contendo cantos, bordas, pontos ou protuberâncias rígidas e agudas, capazes de cortar ou perfurar.

3. ASPECTOS LEGAIS

Para atender a Política Nacional do Meio Ambiente, no que se refere aos resíduos sólidos, tornou-se imprescindível a adoção de procedimentos que visem controlar a geração e disposição dos resíduos de serviço de saúde, pois o crescente aumento das especialidades e complexidades dos tratamentos médicos estava aliado ao manejo inadequado dos resíduos gerados, como a queima a céu aberto, disposição em lixões, entre outros.

A Resolução nº 5 do CONAMA, aprovada em 5 de agosto de 1993, levanta alguns aspectos importantes no que diz respeito aos resíduos sólidos:

- Estabelece a classificação, para os resíduos gerados nos serviços de saúde, em quatro grupos: biológicos, químicos, radioativos e comuns;
- Determina que a administração dos estabelecimentos de saúde, em operação ou a serem implantados, deverá elaborar o Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos (PGRS), a ser submetido à aprovação pelos órgãos de meio ambiente e de saúde, dentro de suas respectivas esferas de competência;
- Atribui responsabilidade ao gerador, pelo gerenciamento de todas as etapas do ciclo de vida dos resíduos, devendo o estabelecimento nomear um responsável técnico, devidamente registrado em Conselho Profissional. Essa responsabilidade não cessa mesmo após a transferência dos resíduos a terceiros para o transporte, tratamento e disposição final, o que é conhecido como co-responsabilidade;
- Exige licenciamento ambiental para a implantação de sistemas de tratamento e destinação final dos resíduos;

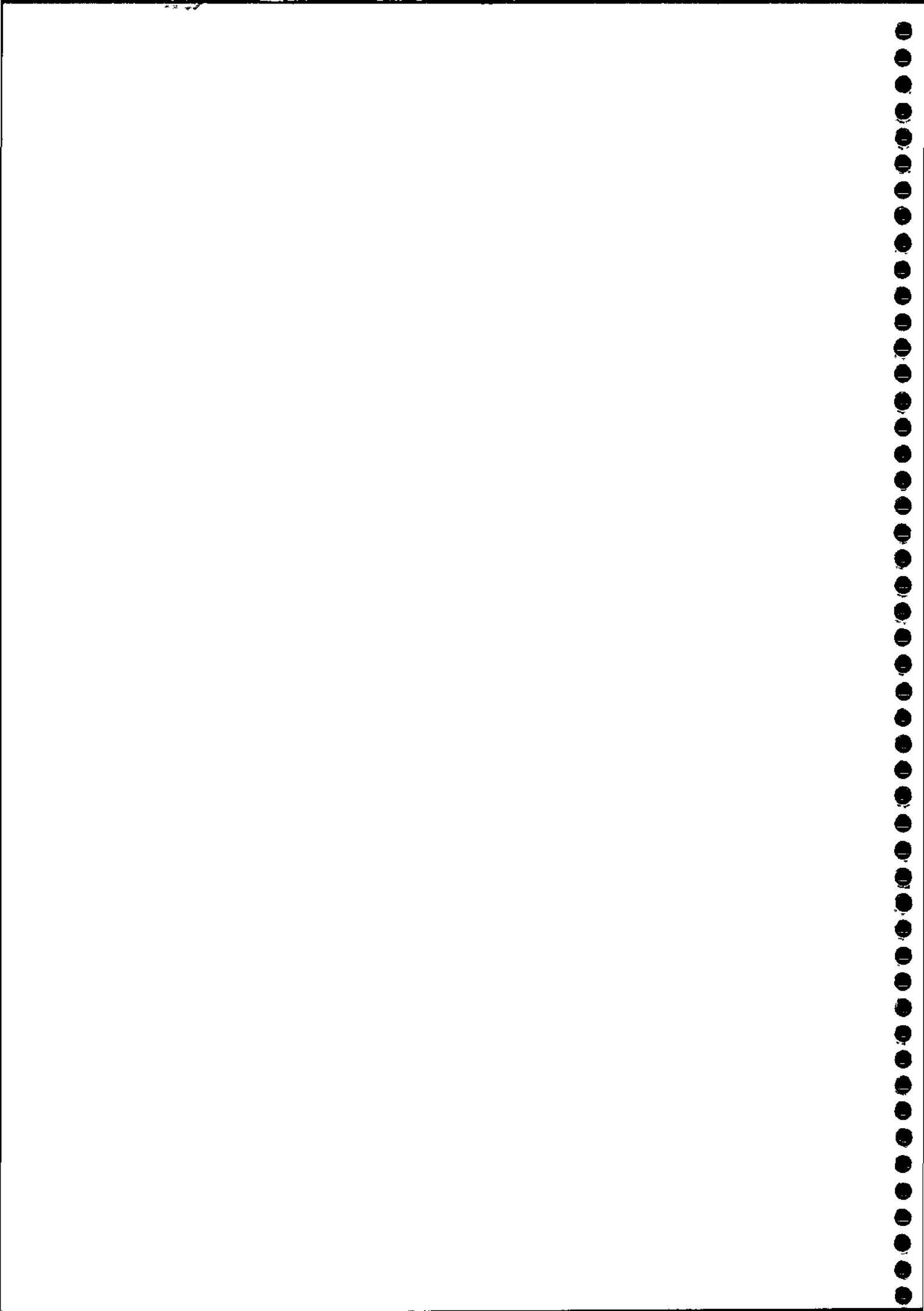
No âmbito da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) existem algumas normas que servem de norteador para a elaboração de um programa de gerenciamento de resíduos sólidos, porém,

Tatiane Fernanda Nafesso Rodrigues –
Tecnóloga em Saúde

SUPERVISÃO IMEDIATA
Dr.º Fernando Brum – CRM 67331

ENVOLVIDOS

Ana Carolina Galati R. dos Santos – Gerente Operacional
Ana Paula de Barros Roso – Gerente Enfermagem
Fernando Carriel – CCIH
Robson O. Souza – TST



essas normas só têm valor legal quando amparadas por alguma legislação, pois em caso de discordância entre a norma e a lei, vale sempre a lei. Algumas dessas normas são:

NBR 10004 – Classifica os resíduos sólidos quanto aos riscos potenciais ao meio ambiente e à saúde pública.

NBR 9190 – Classifica os sacos plásticos para acondicionamento de resíduos.

NBR 9191 – Especifica sacos plásticos para o acondicionamento.

NBR 12807 – Terminologia dos Resíduos de Serviços de Saúde.

NBR 12809 – Manuseio dos Resíduos de Serviços de Saúde.

NBR 12810 – Coleta de Resíduos de Serviços de Saúde.

NBR 7500 – Símbolos de Risco e Manuseio para o Transporte e Armazenagem de Materiais.

4. PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (PGRSS)

A elaboração de um Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde deve definir critérios técnicos de segregação, acondicionamento, identificação, coleta interna (I e II), armazenamento temporário, tratamento preliminar, armazenamento externo, coleta externa, tratamento externo e disposição final de todos os resíduos gerados pelo estabelecimento de saúde, conforme RDC 306, de 07 de dezembro de 2004.

O PGRSS deverá estar de acordo com os procedimentos estabelecidos pela legislação vigente e específica da área, deste modo, a organização precisa conhecer a legislação aplicável à sua unidade de saúde. Um correto PGRSS será uma excelente ferramenta para se minimizarem os riscos e impactos ambientais como:

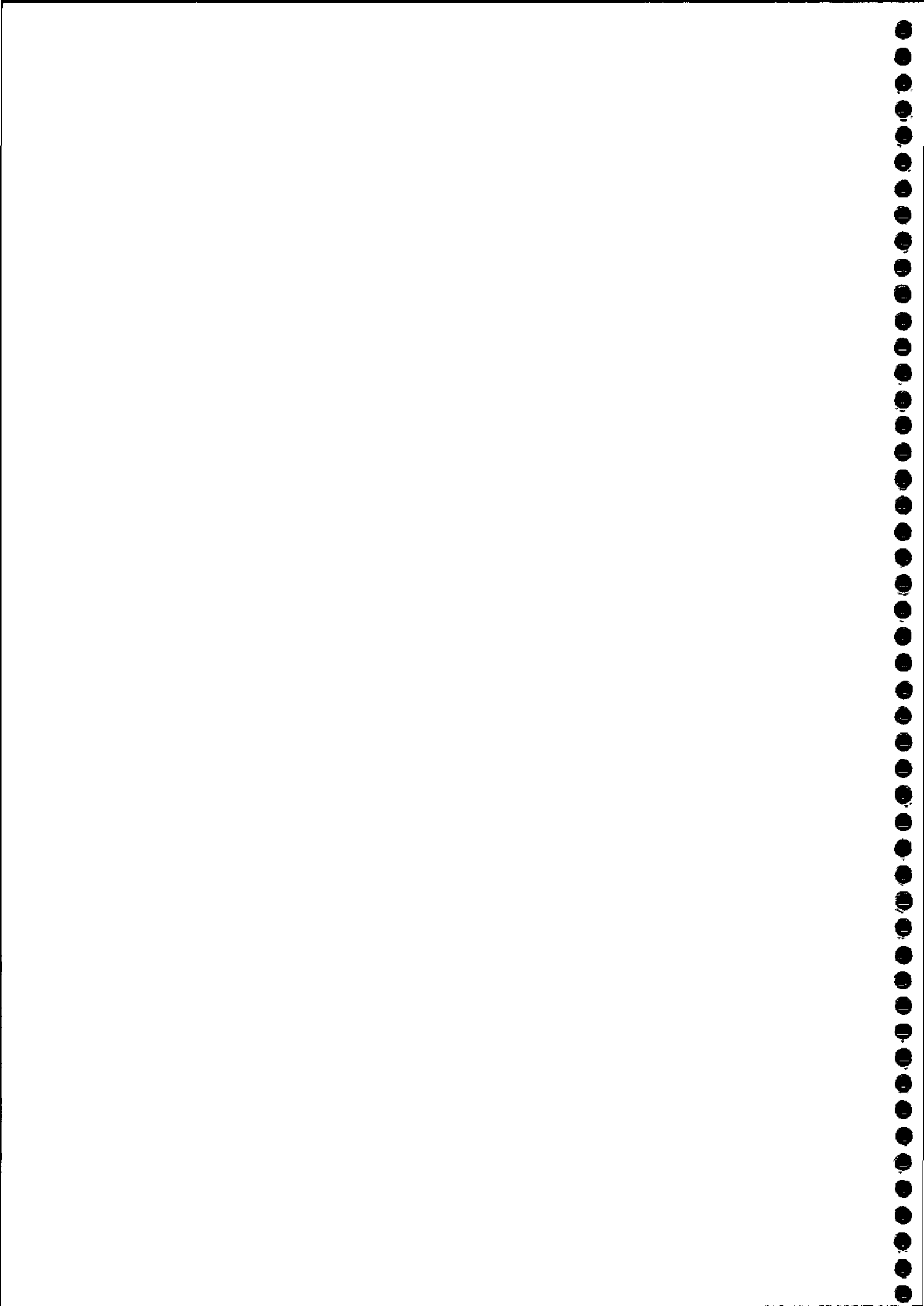
- **Redução de Riscos:** os riscos de contaminação poderão ser reduzidos sensivelmente, principalmente dos resíduos classificados como perigosos;
- **Redução do Número de Acidentes de Trabalho:** um gerenciamento de resíduos poderá reduzir a ocorrência de acidentes, sobretudo no manejo de resíduos perfuro cortantes, entre funcionários do estabelecimento de saúde;
- **Redução de Custos de Manejo dos Resíduos:** haverá uma redução nos custos do manejo dos resíduos, pois uma segregação correta reduzirá a massa de resíduos que necessitará de tratamentos específicos;

Tatiane Fernanda Nalesso Rodrigues –
Tecnóloga em Saúde

SUPERVISÃO IMEDIATA
Dr.º Fernando Brum – CRM 67331

ENVOLVIDOS

Ana Carolina Galati R. dos Santos – Gerente Operacional
Ana Paula de Barros Roso – Gerente Enfermagem
Fernando Carriel – CCIH
Robson O. Souza – TST



- **Redução do Número de Infecções Hospitalares:** um PGRSS poderá reduzir o número de infecções hospitalares associadas ao manejo incorreto dos resíduos;
- **Incremento da Reciclagem:** o estabelecimento de saúde terá oportunidade de reciclar alguns de seus resíduos, através de doação para uma cooperativa de reciclagem.

4.1 Objetivos

Proteger a saúde e o meio ambiente, melhorar as medidas de segurança e higiene no trabalho, cumprir a legislação vigente e reduzir o volume de resíduos perigosos.

4.2 Estrutura Organizacional

- 1 Responsável Técnico;
- 1 Presidente;
- 1 Vice-Presidente;
- 1 Secretário;
- 3 Membros Atuantes.

4.3 Responsabilidades:

Responsável Técnico: Implementar e assegurar a manutenção do PGRSS de acordo com a legislação e garantir a aplicação das normas de segurança;

Presidente e Vice-Presidente: Representar o PGRSS diante da administração e promover campanhas de conscientização para o descarte e tratamento correto dos resíduos;

Secretário: Elaborar as pautas, os cronogramas de reuniões, eventos, auditorias internas e controlar a evolução dos processos e campanhas discutidos em reunião;

Membros Atuantes: Apoiar e desenvolver as ações para a aplicação do PGRSS.

OBS.: Todas as ações e procedimentos necessitam da aprovação do SCIH e da Segurança Ocupacional.

4.4 Forma de Descarte de acordo com a Classificação

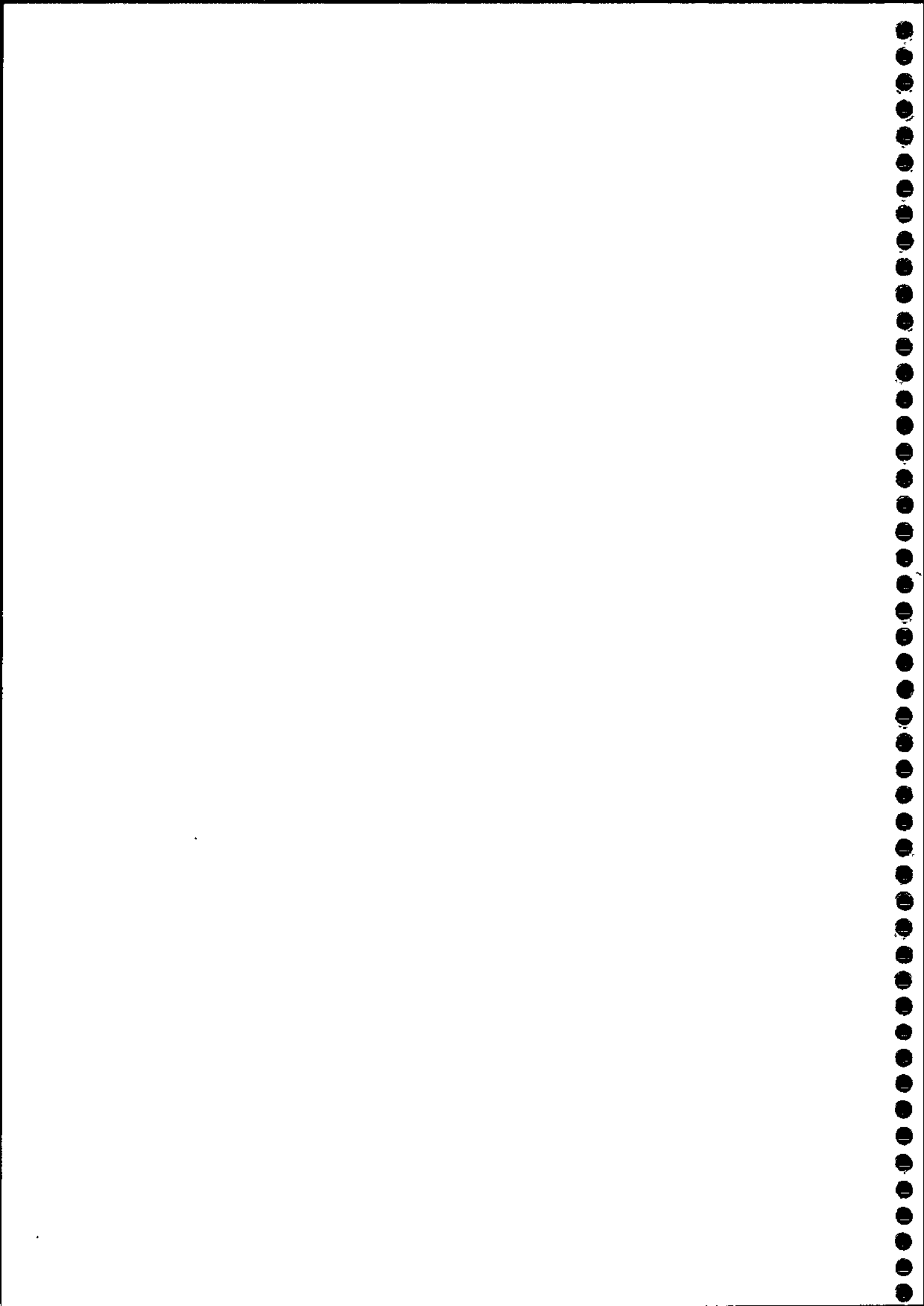
GRUPO A (Potencialmente Infectante) => O descarte é realizado pela equipe de enfermagem através de recipiente com saco branco identificado como resíduo infectante para ser coletado pela equipe de higiene através de container de 240L e depositado em um abrigo para ser coletado por uma empresa especializado no tratamento dos mesmos.

Tatiane Fernanda Nalesso Rodrigues –
Tecnóloga em Saúde

SUPERVISÃO IMEDIATA
Dr.º Fernando Brum – CRM 67331

ENVOLVIDOS

Ana Carolina Galati R. dos Santos – Gerente Operacional
Ana Paula de Barros Roso – Gerente Enfermagem
Fernando Carriel – CCIH
Robson O. Souza – TST



GRUPO B (Químicos) => O descarte é realizado pelas equipes de enfermagem, farmácia e higiene através de recipientes com sacos laranja e caixas (descarpack) até o limite pré-estabelecido pelo fabricante e armazenado em saco laranja para ser coletado pela equipe de higiene através de container de 240L e depositado em um abrigo para ser coletado por uma empresa especializada no tratamento dos mesmos.

GRUPO D (Comum/Reciclável) => O descarte é realizado por todos os colaboradores através de recipientes devidamente identificados por siglas e cores para ser coletado pela equipe de higiene através de container de 240L e depositado em um abrigo para ser coletado por uma empresa especializada no tratamento dos mesmos.

GRUPO E (Perfuro cortantes) => O descarte é realizado pelas equipes de enfermagem, farmácia e médicos através de caixas (descarpack) até o limite pré-estabelecido pelo fabricante para ser coletado pela equipe de higiene e armazenado em saco branco identificado como resíduo infectante e depositado em um abrigo para ser coletado por uma empresa especializada no tratamento dos mesmos.

4.5 Estrutura para Armazenamento dos Resíduos

Contamos para armazenamento até a coleta externa:

Containers de armazenamento

1 abrigo final

4.6 Treinamento e Uso de EPI's

O treinamento para a coleta e uso de EPI's (equipamento de proteção individual) é realizado na admissão do colaborador e reforçado de acordo com cronograma.

EPI's:

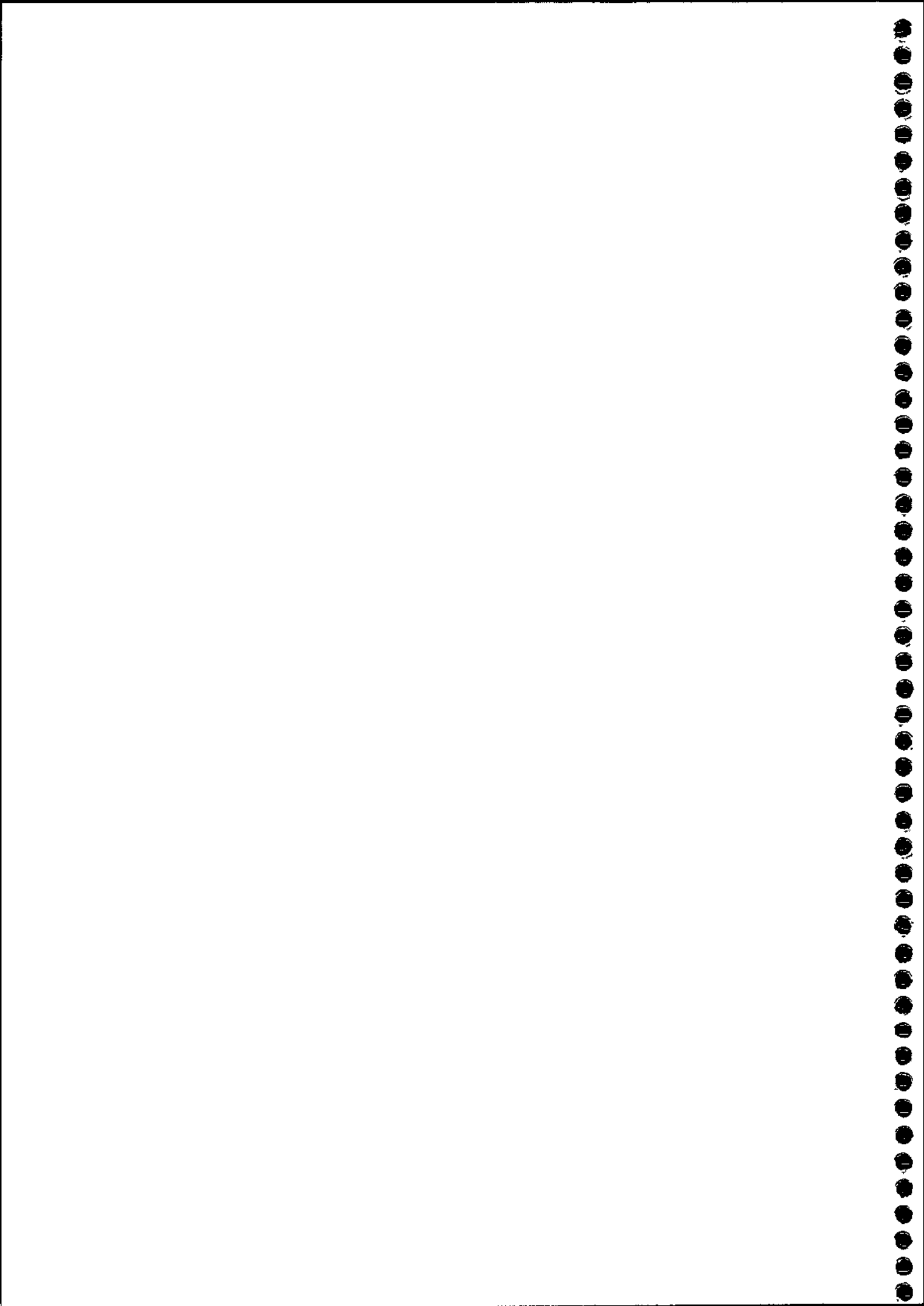
- Bota de Borracha;
- Sapato de segurança;
- Avental PVC;
- Óculos Proteção;
- Máscara PFF2/ N95
- Luvas PVC Verde

Tatiane Fernanda Nalesso Rodrigues –
Tecnóloga em Saúde

SUPERVISÃO IMEDIATA
Dr.º Fernando Brum – CRM 67331

ENVOLVIDOS

Ana Carolina Galati R. dos Santos – Gerente Operacional
Ana Paula de Barros Roso – Gerente Enfermagem
Fernando Carriel – CCIH
Robson O. Souza – TST



4.7 Riscos Associados ao Manejo dos RSS

Um gerenciamento de RSS seguro exige de todas as pessoas que trabalham no estabelecimento de saúde tenham suas responsabilidades claras e que sejam capacitadas para a realização dos procedimentos relacionados com o manejo dos resíduos.

O gerenciamento inadequado dos resíduos de serviço de saúde é o maior responsável pela ocorrência de diversos tipos de acidentes. Algumas situações abaixo citadas estão associadas às falhas do gerenciamento de resíduos:

- A mistura de resíduos perigosos (de risco biológico, rejeito radioativo) com resíduos considerados comuns (de características típicas domésticas) promove a contaminação destes, aumentando a quantidade de material contaminado e incrementando também os riscos relacionados a cada um desses tipos de resíduos;
- A segregação inadequada dos materiais perfurocortantes é responsável pela maior quantidade de lesões em estabelecimentos de saúde e aos responsáveis pela coleta e disposição final dos resíduos;
- O lançamento de RSS em lixões representa um grave risco de lesão nos catadores, assim como a contaminação do meio ambiente próximo ao lançamento

5. DADOS GERAIS DO ESTABELECIMENTO

RAZÃO SOCIAL: Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba

NOME FANTASIA: Unidade Pré Hospitalar Zona Leste – Santa Casa

ENDEREÇO: Av. Coronel Nogueira Padilha, 2585 Vila Hortência – Sorocaba – SP.

CEP: 18020-003

FONE: (15) 3333-0100

CNPJ: 71.485.056/0004-74

INSCR. MUNICÍPIO: 366684

INSCR. ESTADUAL: Isento

HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO: 24 horas

REFERÊNCIA EM: Clínico Geral, Pediatria em Emergência e Urgência.

MUNICÍPIO: Sorocaba/SP

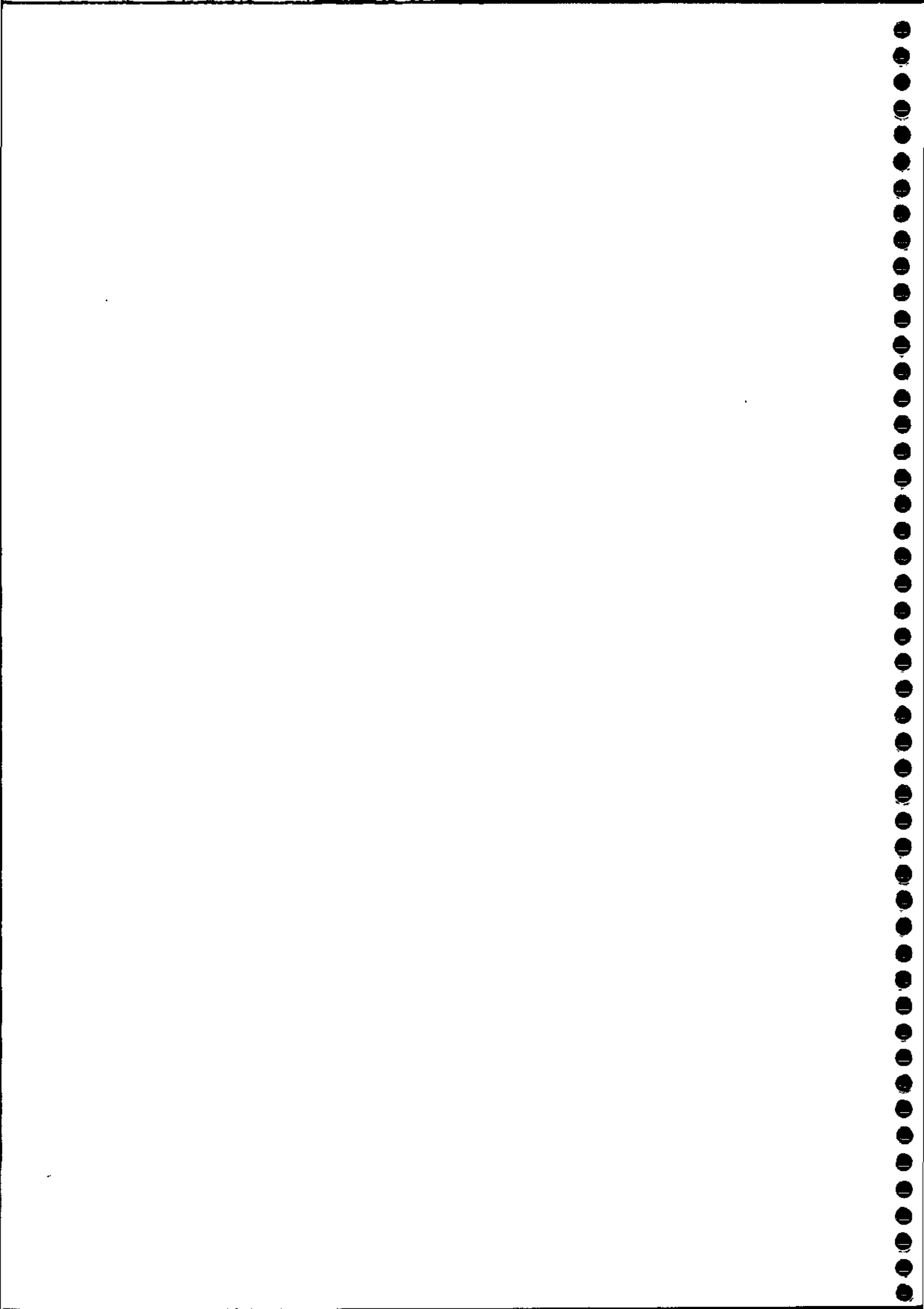
Nº DE HABITANTES: 671.186

Tatiane Fernanda Nalesso Rodrigues –
Tecnóloga em Saúde

SUPERVISÃO IMEDIATA
Dr.º Fernando Brum – CRM 67331

ENVOLVIDOS

Ana Carolina Galati R. dos Santos – Gerente Operacional
Ana Paula de Barros Roso – Gerente Enfermagem
Fernando Carriel – CCIH
Robson O. Souza – TST



RESPONSÁVEL TÉCNICO PELO ESTABELECIMENTO: DRº Fernando Brum Prestes da Silveira **CPF** 074.309.508-17 **CRM** 67.331

6. RESPONSABILIDADES NO PGRSS

NÍVEL	RESPONSABILIDADES	RESPONSÁVEL
Responsável Técnico pelo PGRSS	Implementar e assegurar a manutenção do PGRSS e a aplicação das respectivas normas de segurança	Ana Carolina Galati R. dos Santos Gerente Operacional
Presidente Vice Presidente da Comissão de Gerenciamento de Resíduos	Responsável por entregar à administração as recomendações para a prevenção de infecções relacionadas ao RSS fazendo com que as normas e procedimentos sejam aplicados de acordo com estas recomendações. Participar da aprovação dos métodos de manejo do RSS	Tatiane Nalesso – Tecnóloga Robson - TST
Representante dos Setores	Garantir a execução do PGRSS e das normas de manejo interno	Suede – Atendimento Fernando Carriel – SCIH Roseli – Hotelaria Ana Paula – Enfermagem Danielle – Farmacêutica Robson – TST Tatiane - Tecnóloga

7. CARACTERIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

Nº TOTAL DE FUNCIONÁRIOS: 200 funcionários efetivos

CONDIÇÃO DE FUNCIONAMENTO: Em atividade

ÁREA TOTAL DO TERRENO: 1772,51 m²

ÁREA TOTAL CONSTRUÍDA: 1951,63 m²

HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO: 24H

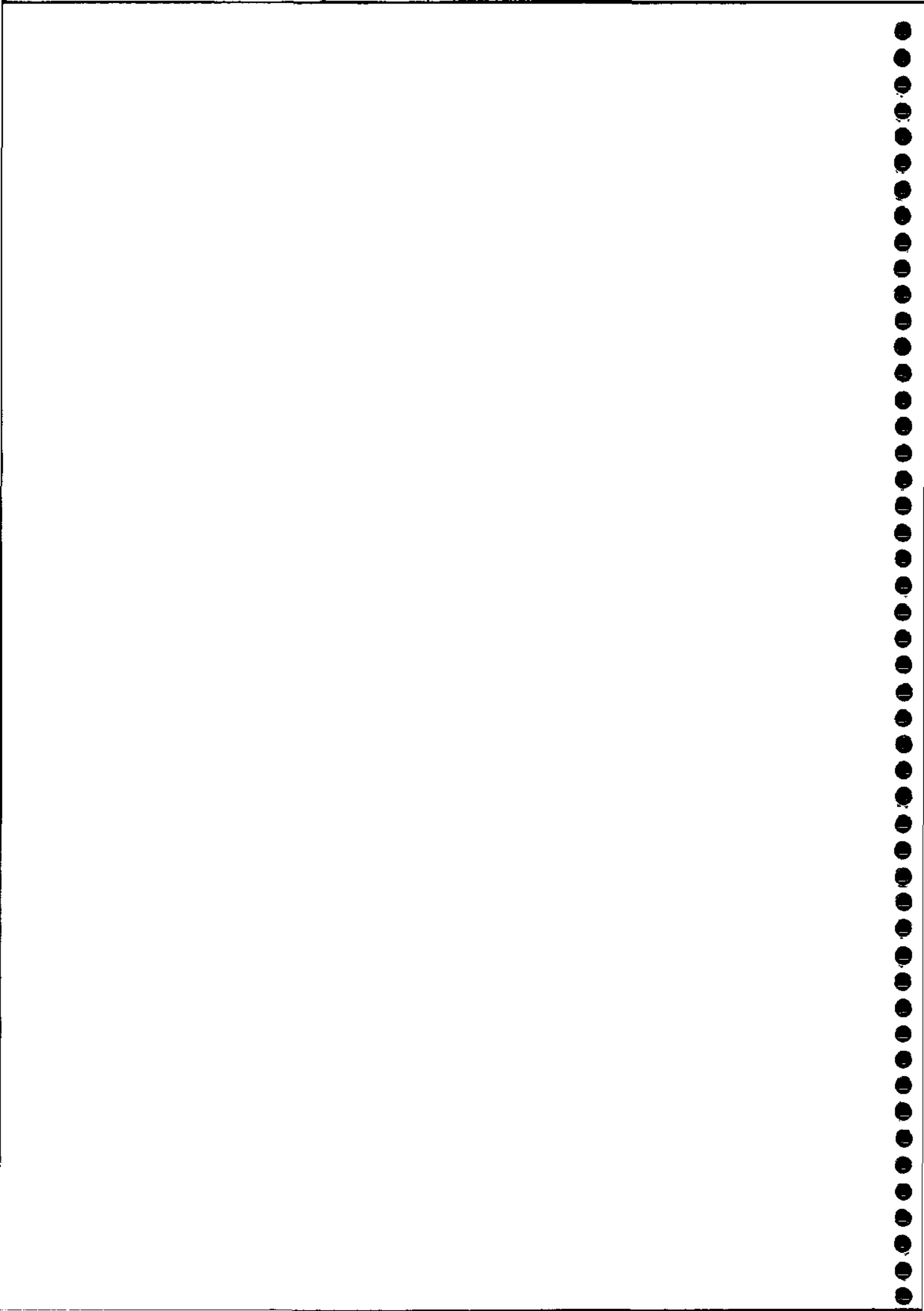
ESTRUTURA FÍSICA: 01 Prédio, com 2 pavimentos.

ABASTECIMENTO DE ÁGUA: Concessionária.

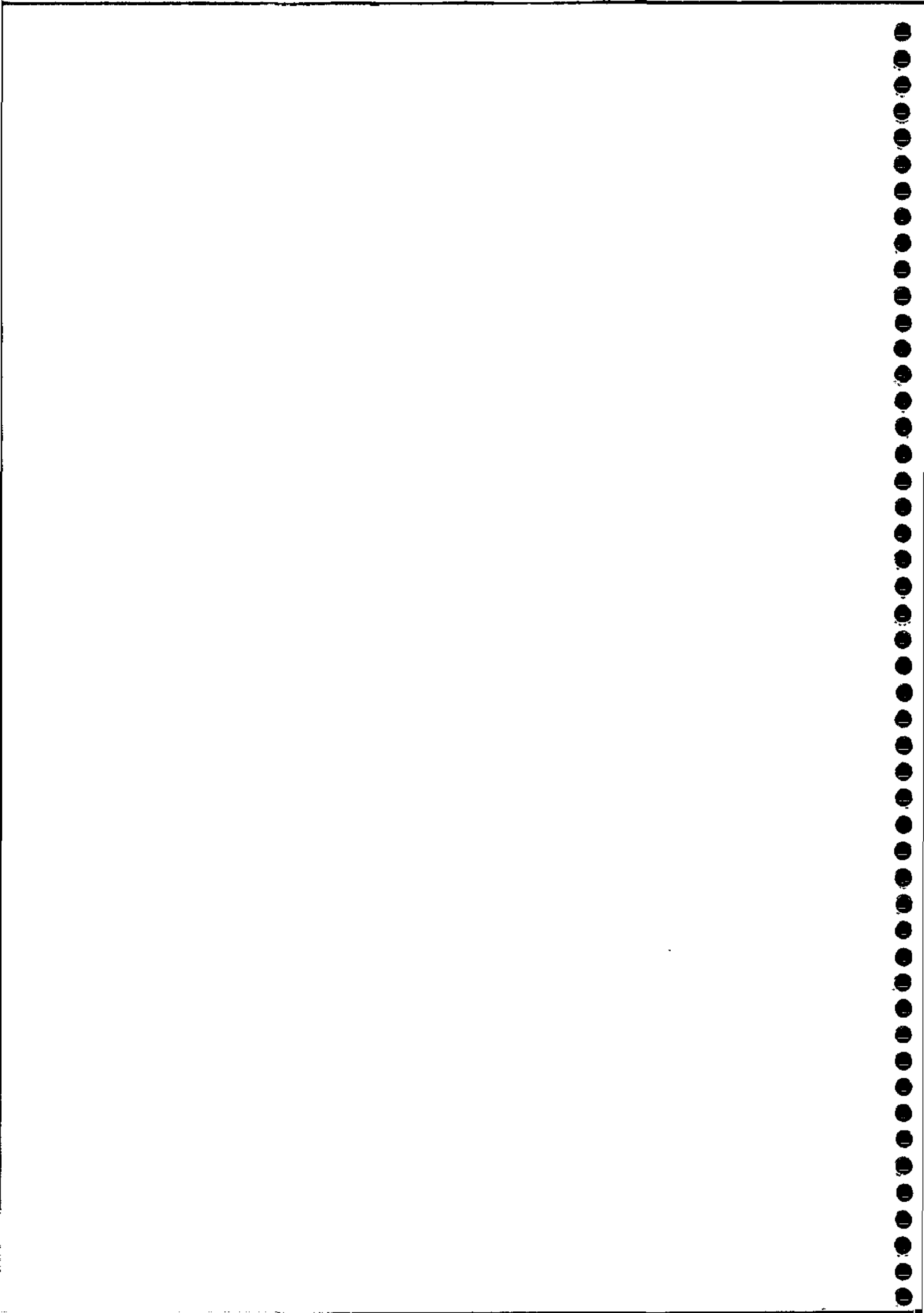
COLETA DE ESGOTO SANITÁRIO: Coleta e tratamento público



		ENVOLVIDOS
Tatiane Fernanda Nalesso Rodrigues – Tecnóloga em Saúde	SUPERVISÃO IMEDIATA Drº Fernando Brum – CRM 67331	Ana Carolina Galati R. dos Santos – Gerente Operacional Ana Paula de Barros Roso – Gerente Enfermagem Fernando Carriel – CCIH Robson O. Souza – TST



Tatiane Fernanda Nelesso Rodrigues – Tecnóloga em Saúde	SUPERVISÃO IMEDIATA Dr.º Fernando Brum – CRM 67331	ENVOLVIDOS Ana Carolina Galati R. dos Santos – Gerente Operacional Ana Paula de Barros Roso – Gerente Enfermagem Fernando Carriel – CCIH Robson O. Souza – TST
--	--	---



9. TIPOS DE RESÍDUOS GERADOS
9.1 Diagnóstico dos Resíduos da UPH

Aspectos ambientais e classificação dos RSS gerados no Posto de Enfermagem (Medicação e Inalação) na Unidade Pré Hospitalar Zona Leste.

Posto de Enfermagem(Medicação e Inalação)										
Descrição de Resíduos	Grupos									
	A1	A2	A3	A4	B	C	D	DR	E	
Luvas sem sangue							X			
Caixa de luvas							X			
Blood Stop sem sangue				X						
Máscaras cirúrgicas				X						
Papel toalha							X			
Papel Branco (Sulfite)							X			
Embalagens de seringas							X			
Embalagens plásticas							X			
Rolo de fita crepe							X			
Rolo de micropore							X			
Embalagens de soro sem sangue				X						
Embalagens de agulhas							X			
Tampa de cateter/Ampolas plástica							X			
Curativos				X						
Algodão com sangue				X						
Lanceta									X	
Gazes				X						
Luvas com sangue				X						
Seringa				X						
Equipo de soro				X						
Blad Stop com sangue				X						
Copos Plásticos							X			
Fralda descartável							X			
Seringa				X						
Agulhas									X	
Lâmina de bisturi									X	
Ampolas de vidro									X	
Tiras de Glicemia				X						
Frascos de medicamentos										

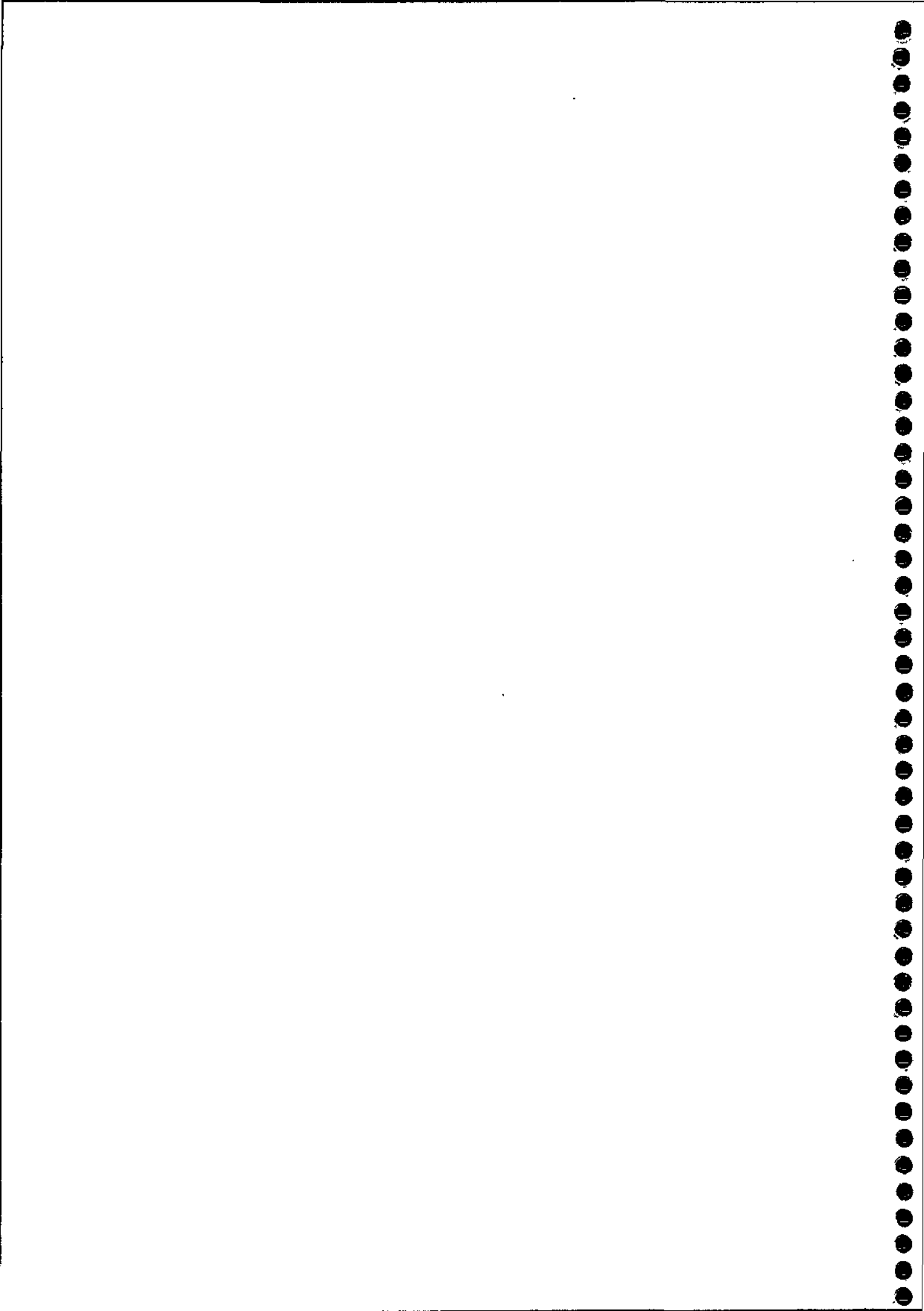
Aspectos

Tatiane Fernanda Nalessio Rodrigues –
Tecnóloga em Saúde

SUPERVISÃO IMEDIATA
Dr.º Fernando Brum – CRM 67331

ENVOLVIDOS

Ana Carolina Galati R. dos Santos – Gerente Operacional
Ana Paula de Barros Roso – Gerente Enfermagem
Fernando Carriel – CCIH
Robson O. Souza – TST



ambientais e classificação dos RSS gerados na Observação Adulto e Pediatria na Unidade Pré Hospitalar Zona Leste

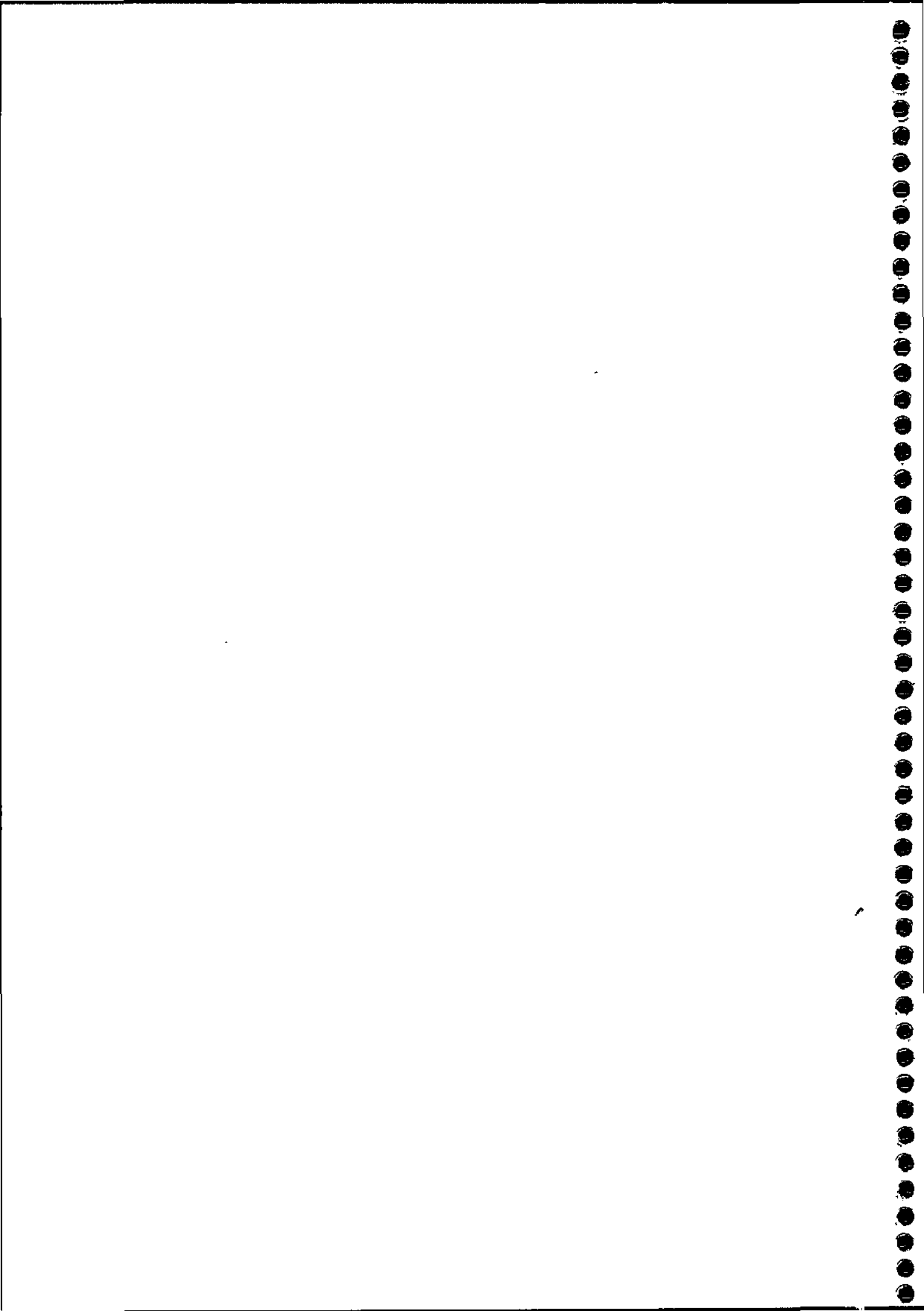
Observação										
Descrição de Resíduos	Grupos									
	A1	A2	A3	A4	B	C	D	DR	E	
Luas sem sangue							X			
Caixa de luvas							X			
Blood Stop sem sangue				X						
Máscaras cirúrgicas				X						
Papel toalha							X			
Papel Branco (Sulfite)							X			
Embalagens de seringas							X			
Rolo de fita crepe							X			
Rolo de micropore							X			
Embalagens de soro sem sangue				X						
Embalagens de agulhas							X			
Tampa de cateter/Ampolas plástica							X			
Curativos				X						
Gazes				X						
Luvas com sangue				X						
Seringa				X						
Equipo de soro				X						
Blad Stop com sangue				X						
Copos Plásticos							X			
Fralda descartável							X			
Seringa				X						
Agulhas										X
Algodão com sangue				X						
Lâmina de bisturi										X
Ampolas de vidro										X
Lanceta										X
Tiras de Glicemia				X						
Frascos de medicamentos										

Tatiane Fernanda Nalesso Rodrigues –
Tecnóloga em Saúde

SUPERVISÃO IMEDIATA
Dr.º Fernando Brum – CRM 67331

ENVOLVIDOS

Ana Carolina Galati R. dos Santos – Gerente Operacional
Ana Paula de Barros Roso – Gerente Enfermagem
Fernando Carriel – CCIH
Robson O. Souza – TST



Aspectos ambientais e classificação dos RSS gerados na Emergência Térreo e 1º andar da Unidade Pré Hospitalar Zona Leste.

Emergência										
Descrição de Resíduos	Grupos									
	A1	A2	A3	A4	B	C	D	DR	E	
Luvras sem sangue							X			
Caixa de luvas							X			
Blood Stop sem sangue				X						
Máscaras cirúrgicas				X						
Papel toalha							X			
Papel Branco (Sulfite)							X			
Embalagens de seringas							X			
Rolo de fita crepe							X			
Rolo de micropore							X			
Embalagens de soro sem sangue				X						
Embalagens de agulhas							X			
Tampa de cateter/Ampolas plástica							X			
Curativos				X						
Gazes				X						
Luvras com sangue				X						
Algodão com sangue				X						
Seringa				X						
Equipo de soro				X						
Blad Stop com sangue				X						
Copos Plásticos							X			
Fralda descartável							X			
Seringa				X						
Lanceta										X
Agulhas										X
Lâmina de bisturi										X
Ampolas de vidro										X
Tiras de Glicemia				X						
Frascos de medicamentos										

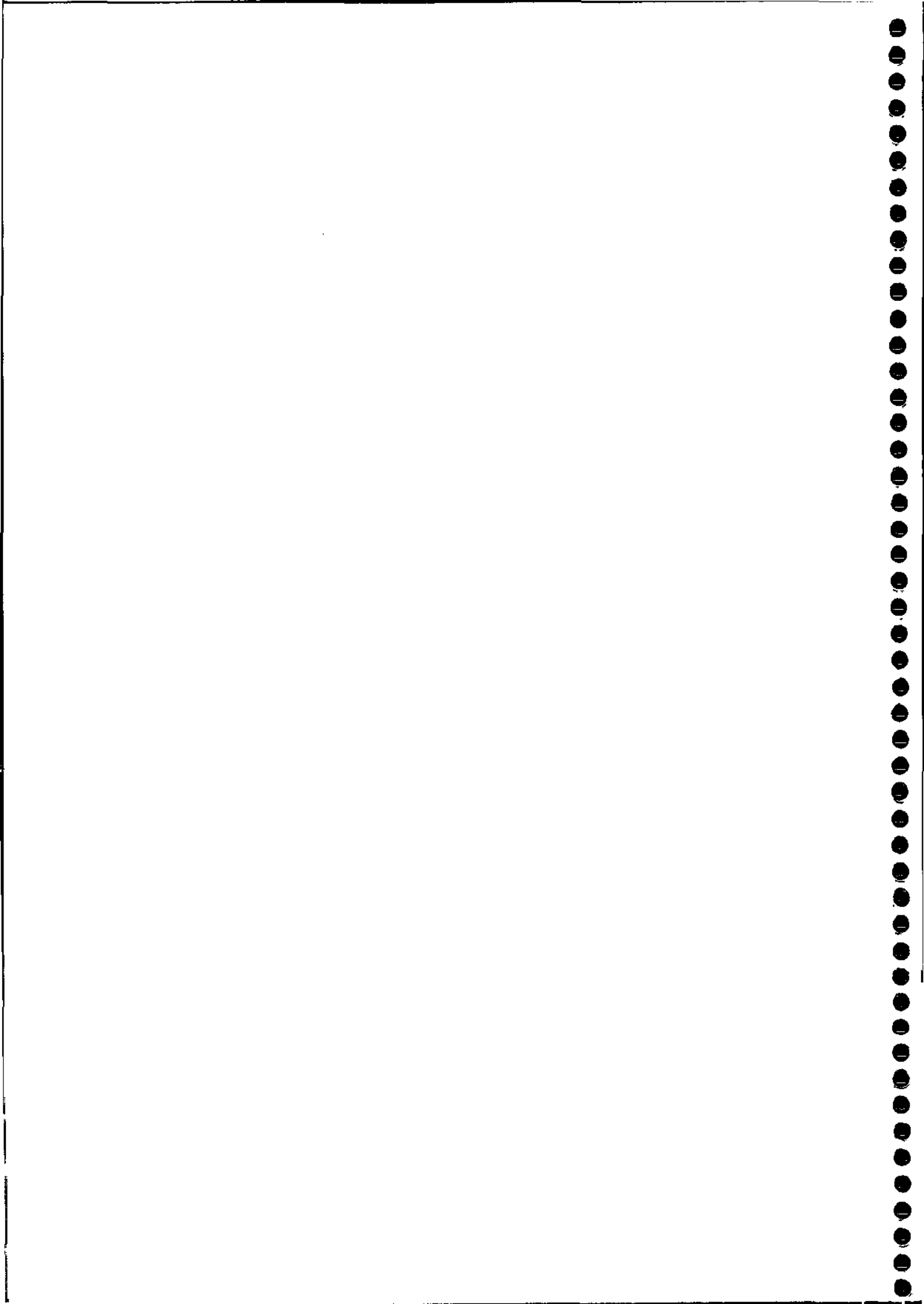


Tatiane Fernanda Nalessio Rodrigues –
Tecnóloga em Saúde

SUPERVISÃO IMEDIATA
Dr.º Fernando Brum – CRM 67331

ENVOLVIDOS

Ana Carolina Galati R. dos Santos – Gerente Operacional
Ana Paula de Barros Roso – Gerente Enfermagem
Fernando Carriel – CCIH
Robson O. Souza – TST



Aspectos ambientais e classificação dos RSS gerados na parte Administrativa da Unidade Pré Hospitalar Zona Leste

Administrativo										
Descrição de Resíduos	Grupos									
	A1	A2	A3	A4	B	C	D	DR	E	
Papel toalha							X			
Papel branco (Sulfite)							X			
Canetas							X			
Restos orgânicos							X			
Caixas de Papelão										
Copos Plásticos							X			
Embalagens plásticas							X			

Aspectos ambientais e classificação dos RSS gerados na Refeitório da Unidade Pré Hospitalar Zona Leste.

Refeitório										
Descrição de Resíduos	Grupos									
	A1	A2	A3	A4	B	C	D	DR	E	
Talheres de plásticos							X			
Resíduo orgânico							X			
Papel toalha							X			
Copos plásticos							X			
Embalagem de plásticas							X			

Aspectos ambientais e classificação dos RSS gerados na Copa da Unidade Pré Hospitalar Zona Leste.

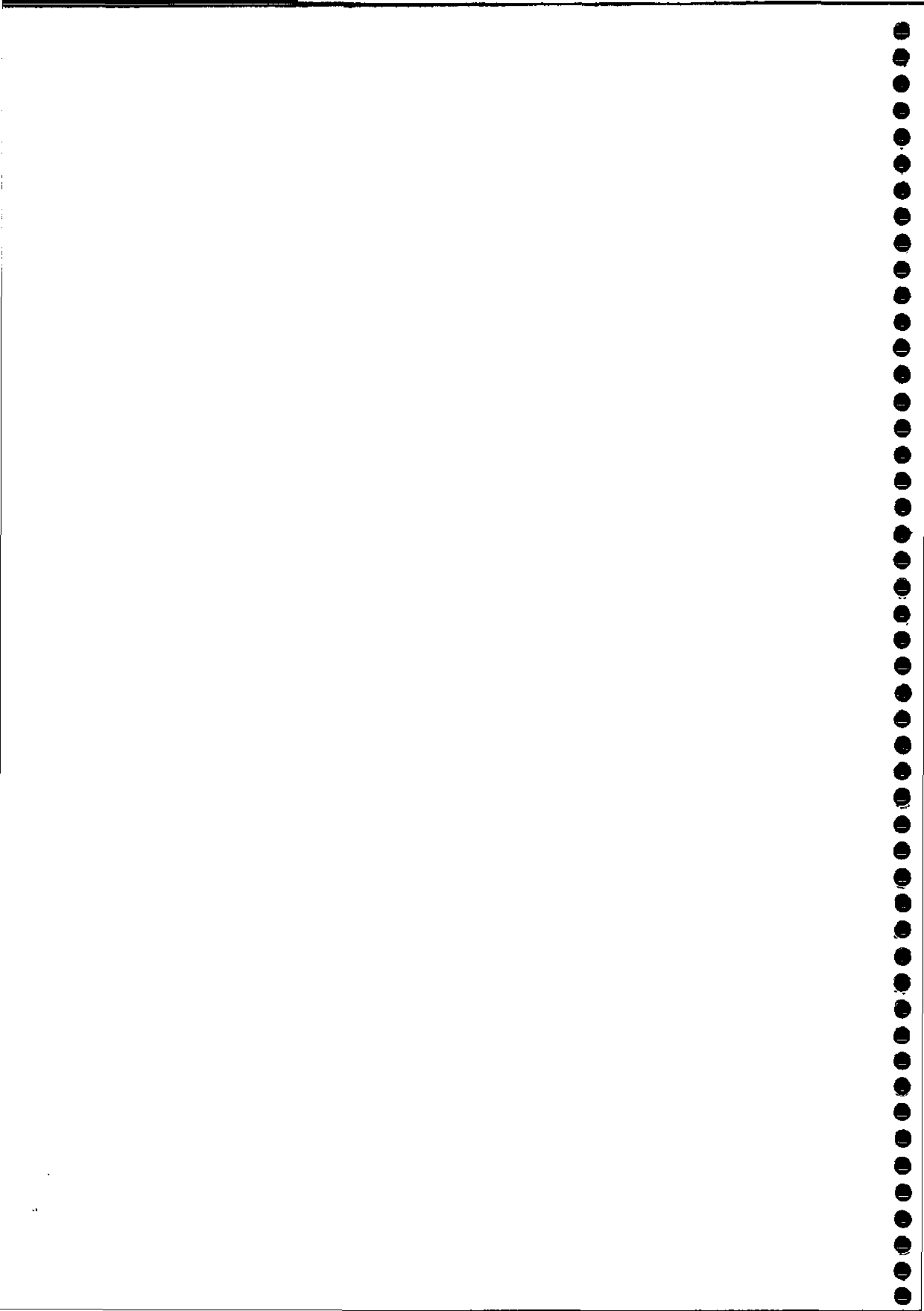
Copa										
Descrição de Resíduos	Grupos									
	A1	A2	A3	A4	B	C	D	DR	E	
Embalagem de marmitex							X			
Talheres de plásticos							X			
Resíduo orgânico							X			
Papel toalha							X			
Copos plásticos							X			
Embalagem de plásticas							X			

Tatiane Fernanda Nalesso Rodrigues –
Tecnóloga em Saúde

SUPERVISÃO IMEDIATA
Dr.º Fernando Brum – CRM 67331

ENVOLVIDOS

Ana Carolina Galati R. dos Santos – Gerente Operacional
Ana Paula de Barros Roso – Gerente Enfermagem
Fernando Carriel – CCIH
Robson O. Souza – TST



Aspectos ambientais e classificação dos RSS gerados na Coleta do Laboratório da Unidade Pré Hospitalar Zona Leste.

Coleta Laboratório										
Descrição de Resíduos	Grupos									
	A1	A2	A3	A4	B	C	D	DR	E	
Luvas sem sangue							X			
Caixa de luvas							X			
Blood Stop sem sangue				X						
Máscaras cirúrgicas				X						
Papel toalha							X			
Papel Branco (Sulfite)							X			
Embalagens de seringas							X			
Rolo de fita crepe							X			
Rolo de micropore							X			
Embalagens de agulhas							X			
Copos Plásticos							X			
Curativos				X						
Gazes				X						
Luvas com sangue				X						
Seringa				X						
Blad Stop com sangue				X						
Seringa				X						
Agulhas										X
Tubo de sangue				X						

Aspectos ambientais e classificação dos RSS gerados nos Consultórios da Unidade Pré Hospitalar Zona Leste

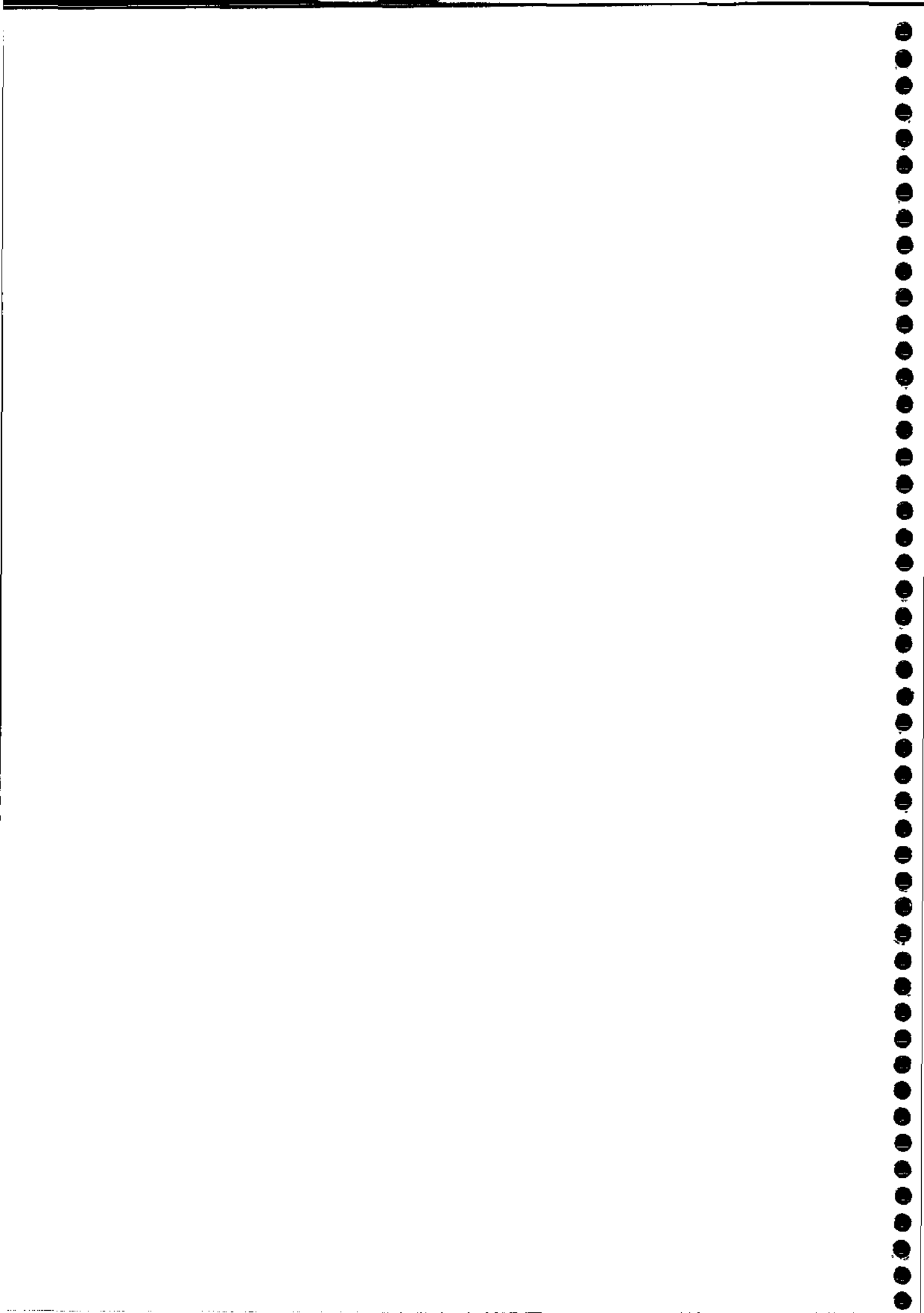
Consultórios										
Descrição dos Resíduos	Grupos									
	A1	A2	A3	A4	B	C	D	DR	E	
Abaixador de Língua							X			
Algodão							X			
Resíduo orgânico							X			
Papel toalha							X			
Papel Branco (sulfite)							X			
Copos plásticos							X			
Embalagem de plásticas							X			

Tatiane Fernanda Nafesso Rodrigues –
Tecnóloga em Saúde

SUPERVISÃO IMEDIATA
Dr.º Fernando Brum – CRM 67331

ENVOLVIDOS

Ana Carolina Galati R. dos Santos – Gerente Operacional
Ana Paula de Barros Roso – Gerente Enfermagem
Fernando Carriel – CCIH
Robson O. Souza – TST



Aspectos ambientais e classificação dos RSS gerados na Farmácia da Unidade Pré Hospitalar Zona Leste.

Farmácia										
Descrição de Resíduos	Grupos									
	A1	A2	A3	A4	B	C	D	DR	E	
Papel toalha							X			
Papel Branco (Sulfite)							X			
Rolo de fita crepe							X			
Frascos de medicamentos										
Embalagens Plásticas							X			
Copos Plásticos							X			
Caixas de Papelão										

Aspectos ambientais e classificação dos RSS gerados no Expurgo da Unidade Pré Hospitalar Zona Leste.

Expurgo										
Descrição de Resíduos	Grupos									
	A1	A2	A3	A4	B	C	D	DR	E	
Luvas							X			
Luvas contaminada				X						
Embalagens plásticas							X			
Papel toalha							X			

Aspectos ambientais e classificação dos RSS gerados na Recepção dos pacientes e Espera da Unidade Pré Hospitalar Zona Leste.

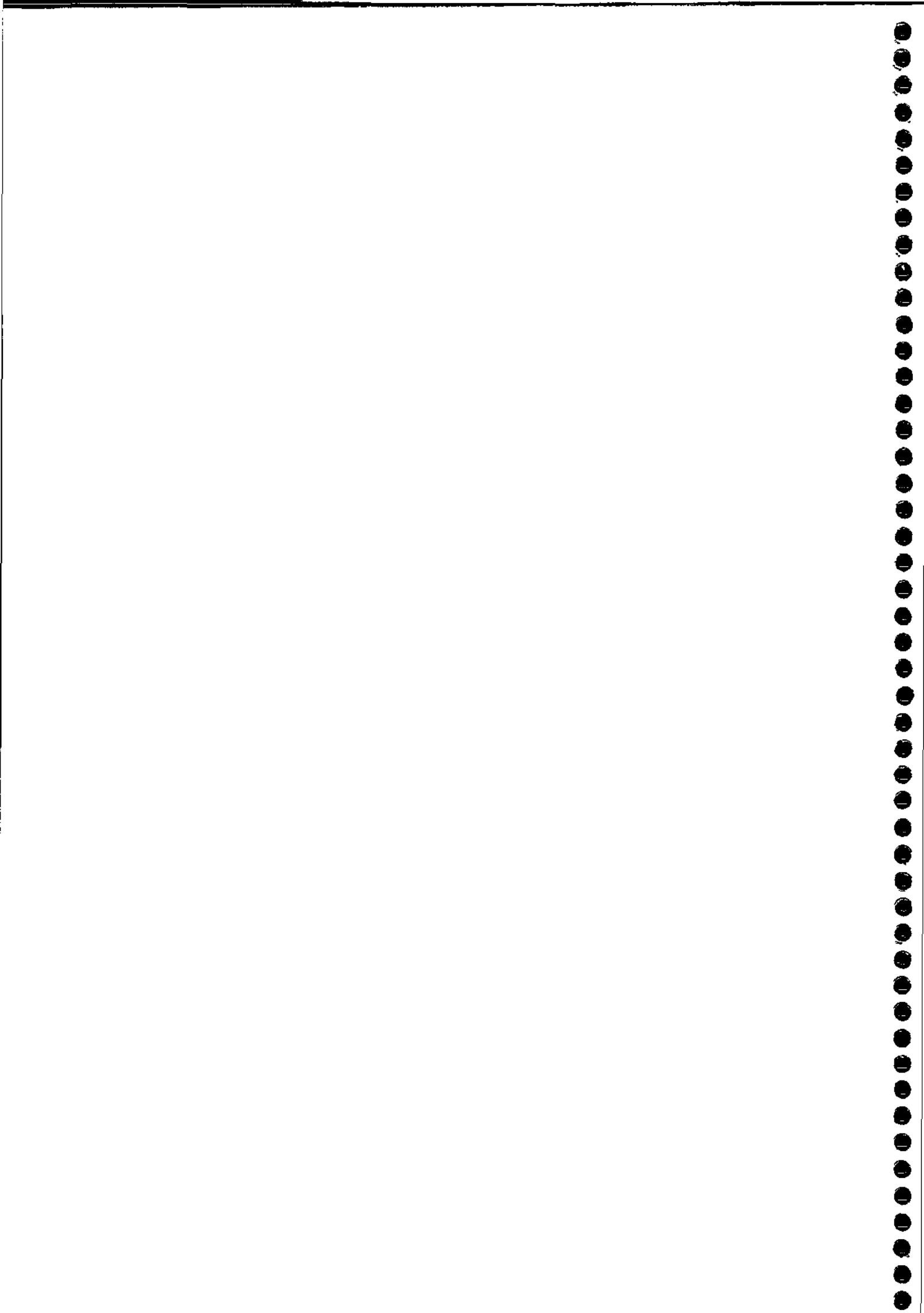
Recepção e Espera dos pacientes										
Descrição de Resíduos	Grupos									
	A1	A2	A3	A4	B	C	D	DR	E	
Resíduo orgânico							X			
Papel toalha							X			
Papel Branco (sulfite)							X			
Copos plásticos							X			
Embalagem de plásticas							X			

Tatiane Fernanda Nalesso Rodrigues --
Tecnóloga em Saúde

SUPERVISÃO IMEDIATA
Dr.º Fernando Brum -- CRM 67331

ENVOLVIDOS

Ana Carolina Gaiati R. dos Santos -- Gerente Operacional
Ana Paula de Barros Roso -- Gerente Enfermagem
Fernando Carriel -- CCIH
Robson O. Souza -- TST



Aspectos ambientais e classificação dos RSS gerados na Triagens 1, 2 e 3 da Unidade Pré Hospitalar Zona Leste.

Triagens										
Descrição de Resíduos	Grupos									
	A1	A2	A3	A4	B	C	D	DR	E	
Algodão com sangue				X						
Algodão							X			
Tiras de Glicemia				X						
Lanceta										X
Embalagens plásticas							X			
Papel toalha							X			
Papel Branco (sulfite)							X			
Caneta							X			

Aspectos ambientais e classificação dos RSS gerados na Manutenção e Engenharia Clínica Hospitalar Zona Leste.

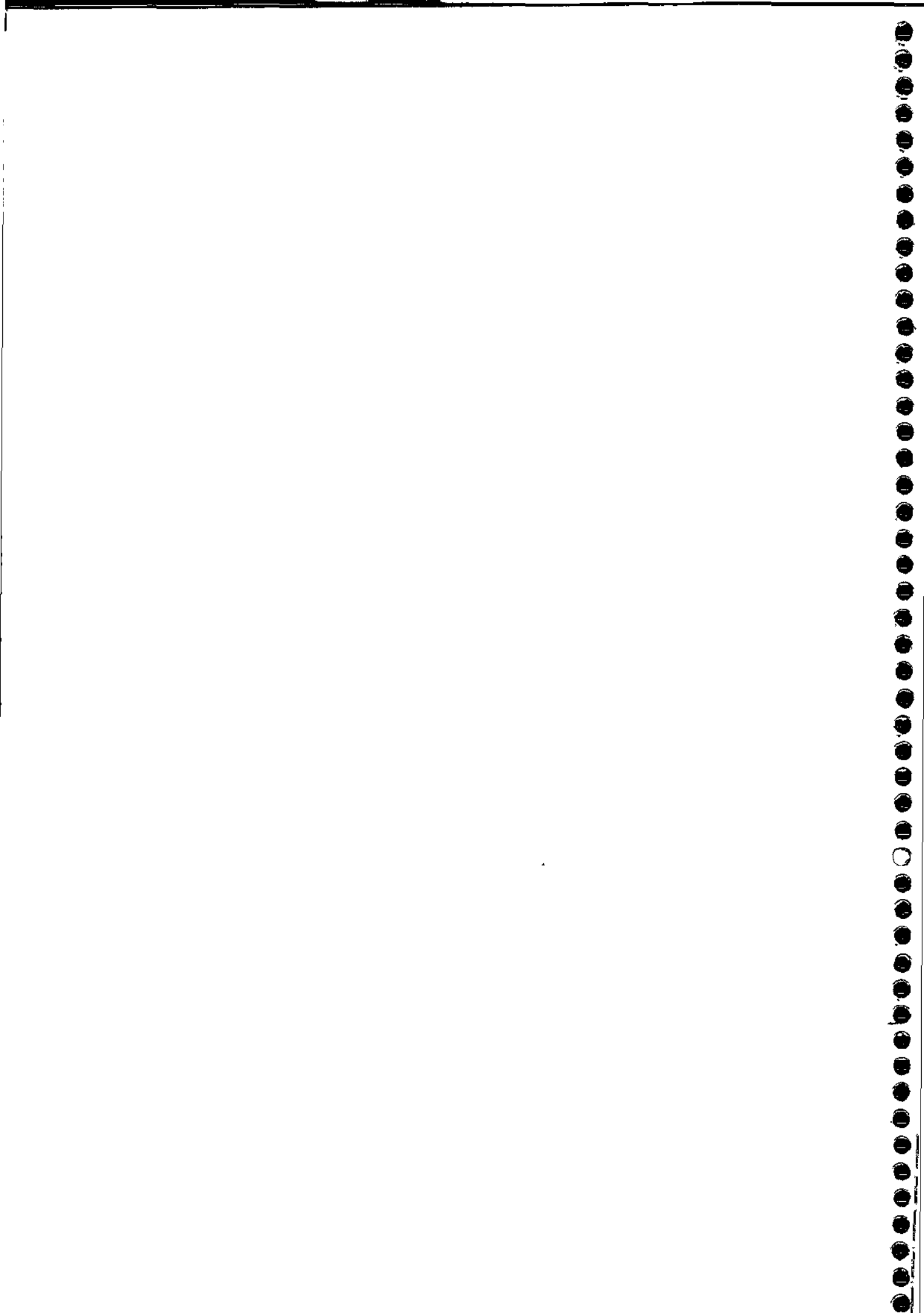
Manutenção/Engenharia Clínica										
Descrição de Resíduos	Grupos									
	A1	A2	A3	A4	B	C	D	DR	E	
Lâmpadas Fluorescentes										
Pilhas/Baterias										
Filtros							X			
Latas							X			
Embalagens plásticas							X			
Papel toalha							X			
Papel Branco (sulfite)							X			
Caneta							X			

Tatiane Fernanda Nalesso Rodrigues –
Tecnóloga em Saúde

SUPERVISÃO IMEDIATA
Dr.º Fernando Brum – CRM 67331

ENVOLVIDOS

Ana Carolina Galati R. dos Santos – Gerente Operacional
Ana Paula de Barros Roso – Gerente Enfermagem
Fernando Carriel – CCIH
Robson O. Souza – TST



Aspectos ambientais e classificação dos RSS gerados no Laboratório Hospitalar Zona Leste.

Laboratório										
Descrição de Resíduos	Grupos									
	A1	A2	A3	A4	B	C	D	DR	E	
Caixa de luvas							X			
Papel toalha							X			
Papel Branco (Sulfite)							X			
Embalagens de seringas							X			
Luvas							X			
Copos Plásticos							X			
Frascos de Vidro									X	
Tubo de sangue				X						
Tubo de urina				X						

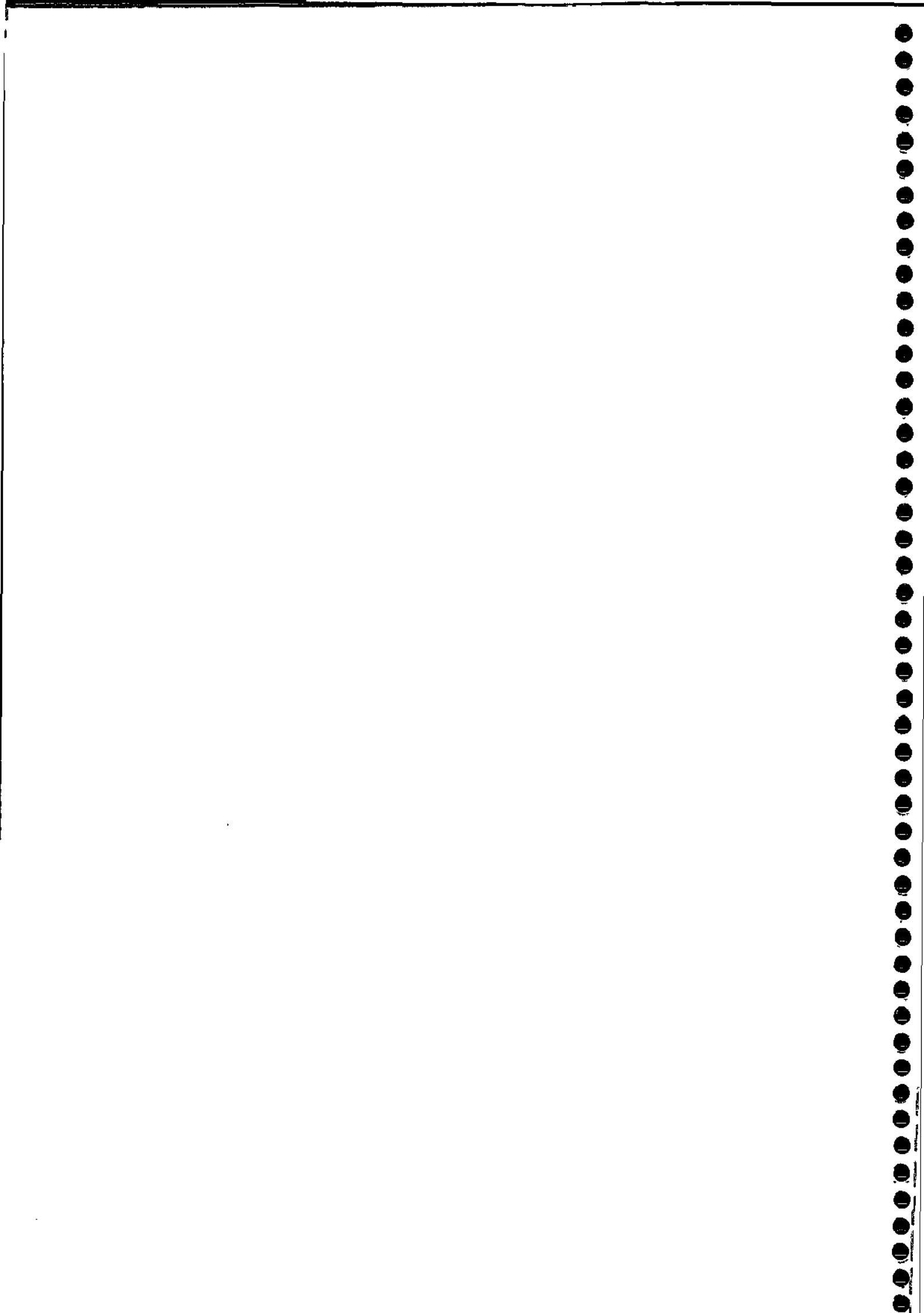


Tatiane Fernanda Nalessio Rodrigues –
Tecnóloga em Saúde

SUPERVISÃO IMEDIATA
Dr.º Fernando Brum – CRM 67331

ENVOLVIDOS

Ana Carolina Galati R. dos Santos – Gerente Operacional
Ana Paula de Barros Roso – Gerente Enfermagem
Fernando Carriel – CCIH
Robson O. Souza – TST



9.2 Acondicionamento

DESCRIÇÃO DO RESÍDUO	RECIPIENTE UTILIZADO		
	DESCRIÇÃO	CAPAC. (LITROS)	SIMBOLOGIA/ IDENTIFICAÇÃO
Infectante	Lixeira plástico com tampa e pedal contendo saco branco leitoso para os resíduos classificados com A4.	50/100 litros	Símbolo de Risco Biológico 
Perfurocortantes	Acondicionar em saco branco leitoso	50 litros	Símbolo de Risco Biológico 
Comum	Recipiente de paredes rígidas para perfuro cortantes	60/100 litros	Símbolo de Resíduo Comum 

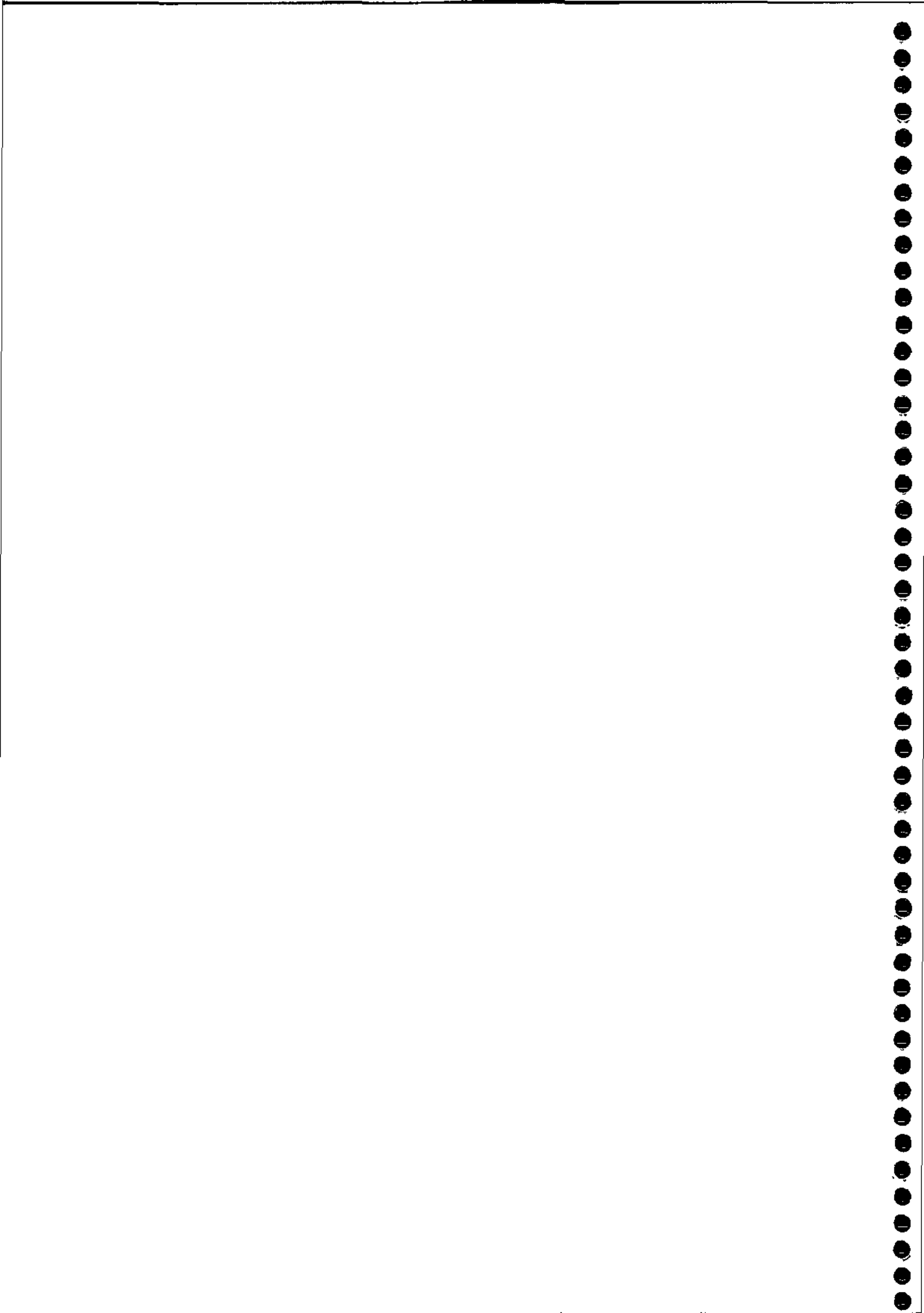


Tatiane Fernanda Nalesso Rodrigues –
Tecnóloga em Saúde

SUPERVISÃO IMEDIATA
Dr.º Fernando Brum – CRM 67331

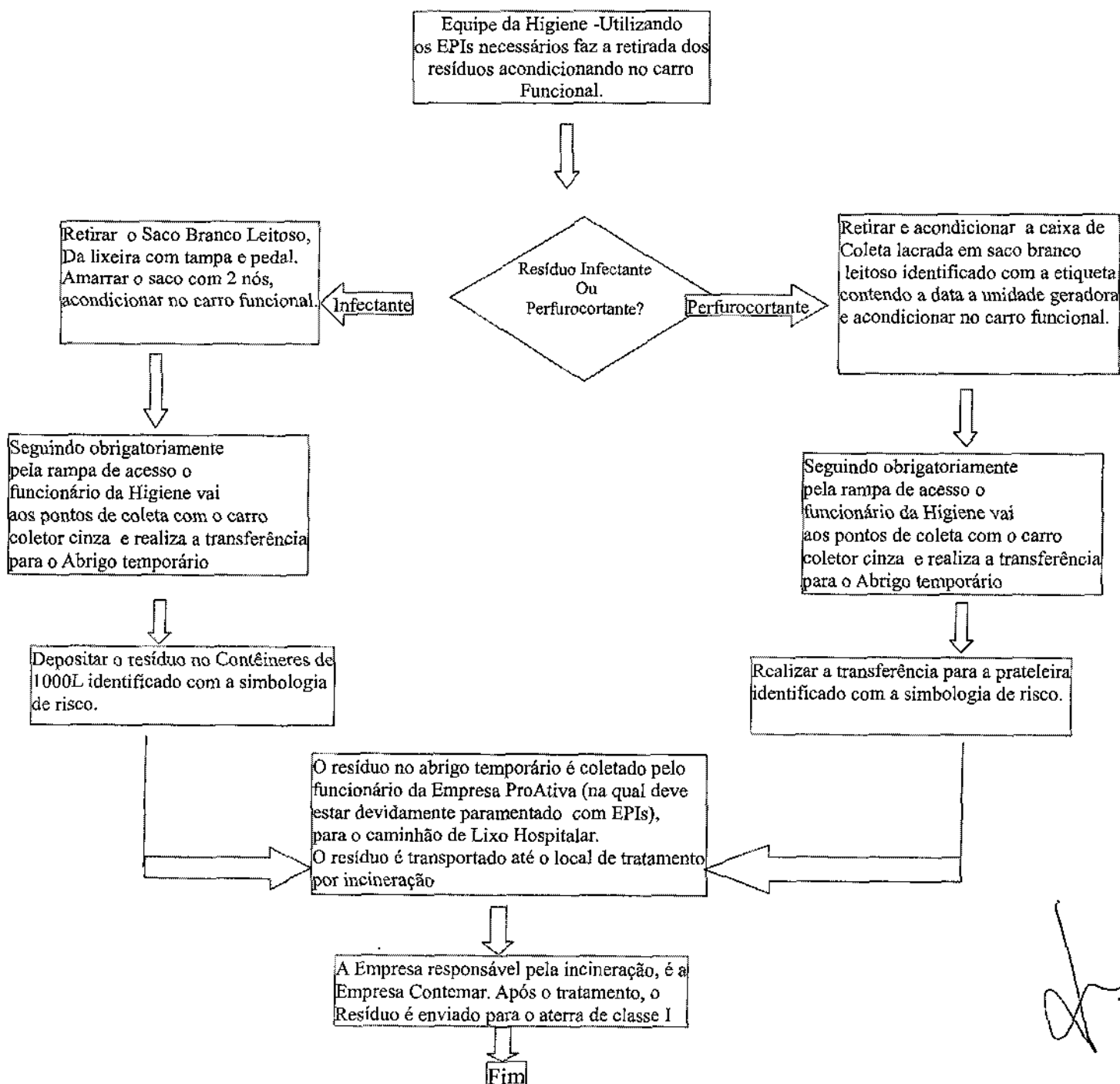
ENVOLVIDOS

Ana Carolina Gaiati R. dos Santos – Gerente Operacional
Ana Paula de Barros Roso – Gerente Enfermagem
Fernando Carriel – CCIH
Robson O. Souza – TST



Fluxograma do Transporte Interno; Armazenamento Interno; Armazenamento Externo, Coleta e Disposição Final.

Fluxograma dos Resíduos Infectantes e Perfurocortantes

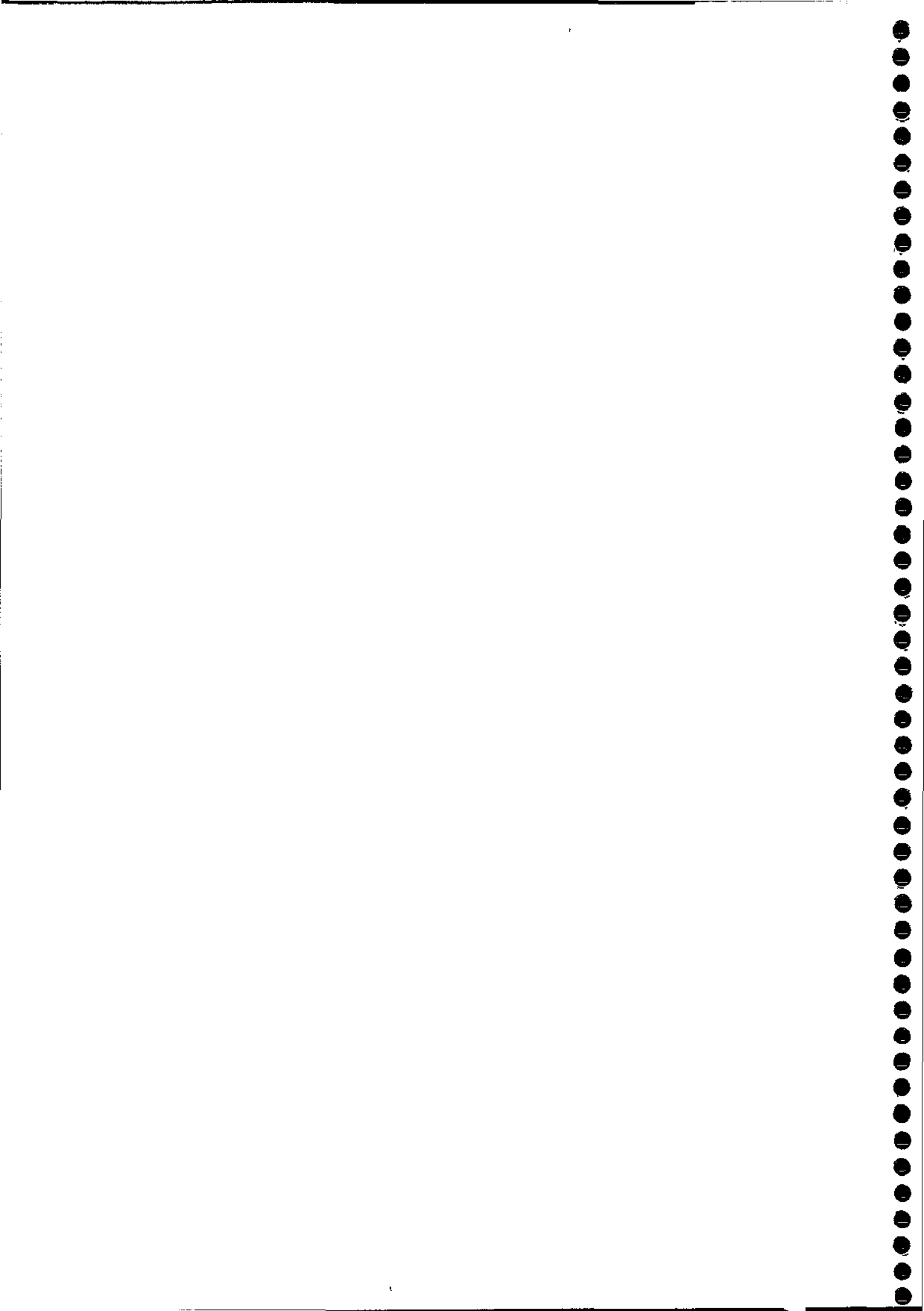


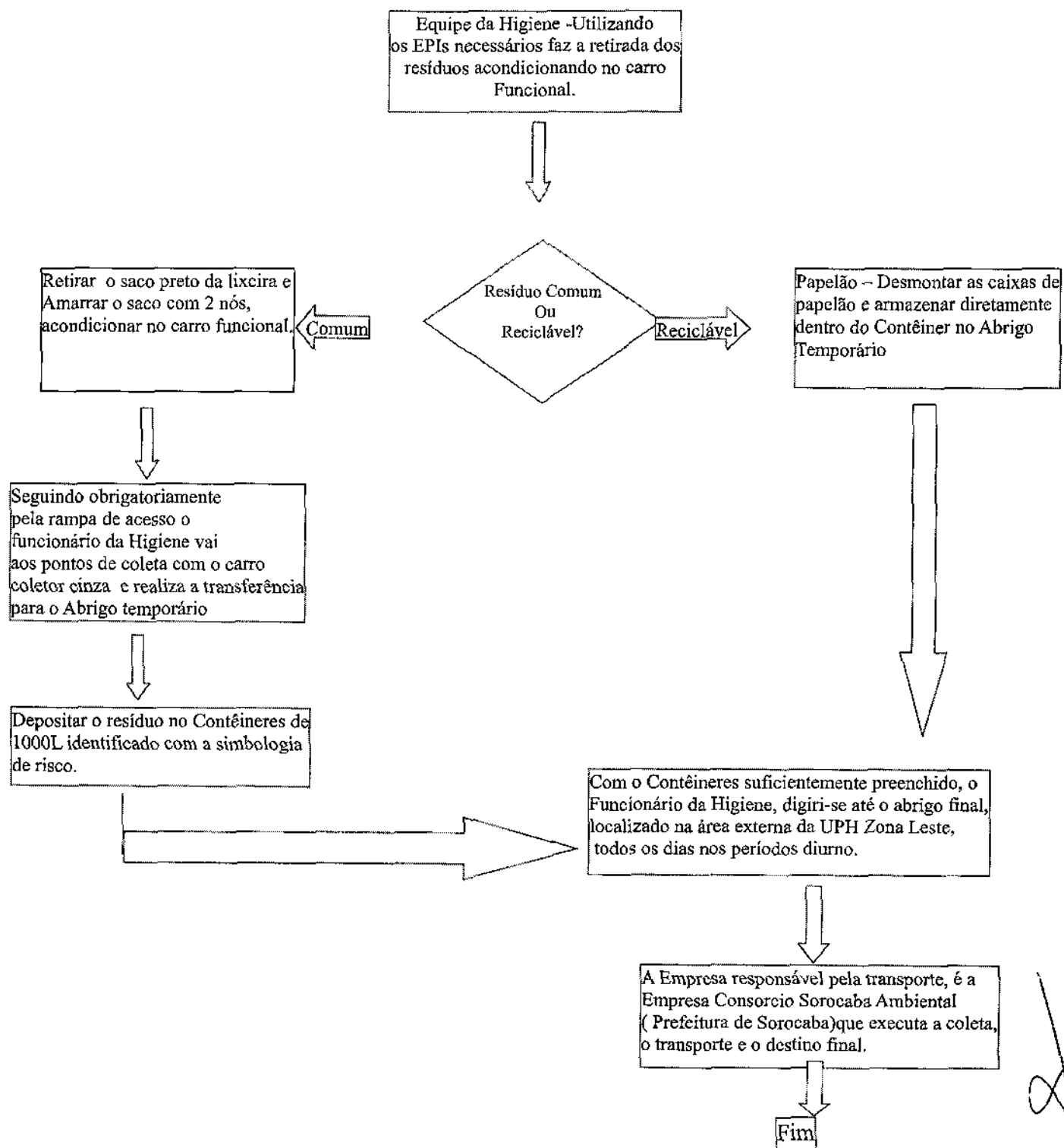
Tatiane Fernanda Nalesso Rodrigues –
Tecnóloga em Saúde

SUPERVISÃO IMEDIATA
Dr.º Fernando Brum – CRM 67331

ENVOLVIDOS

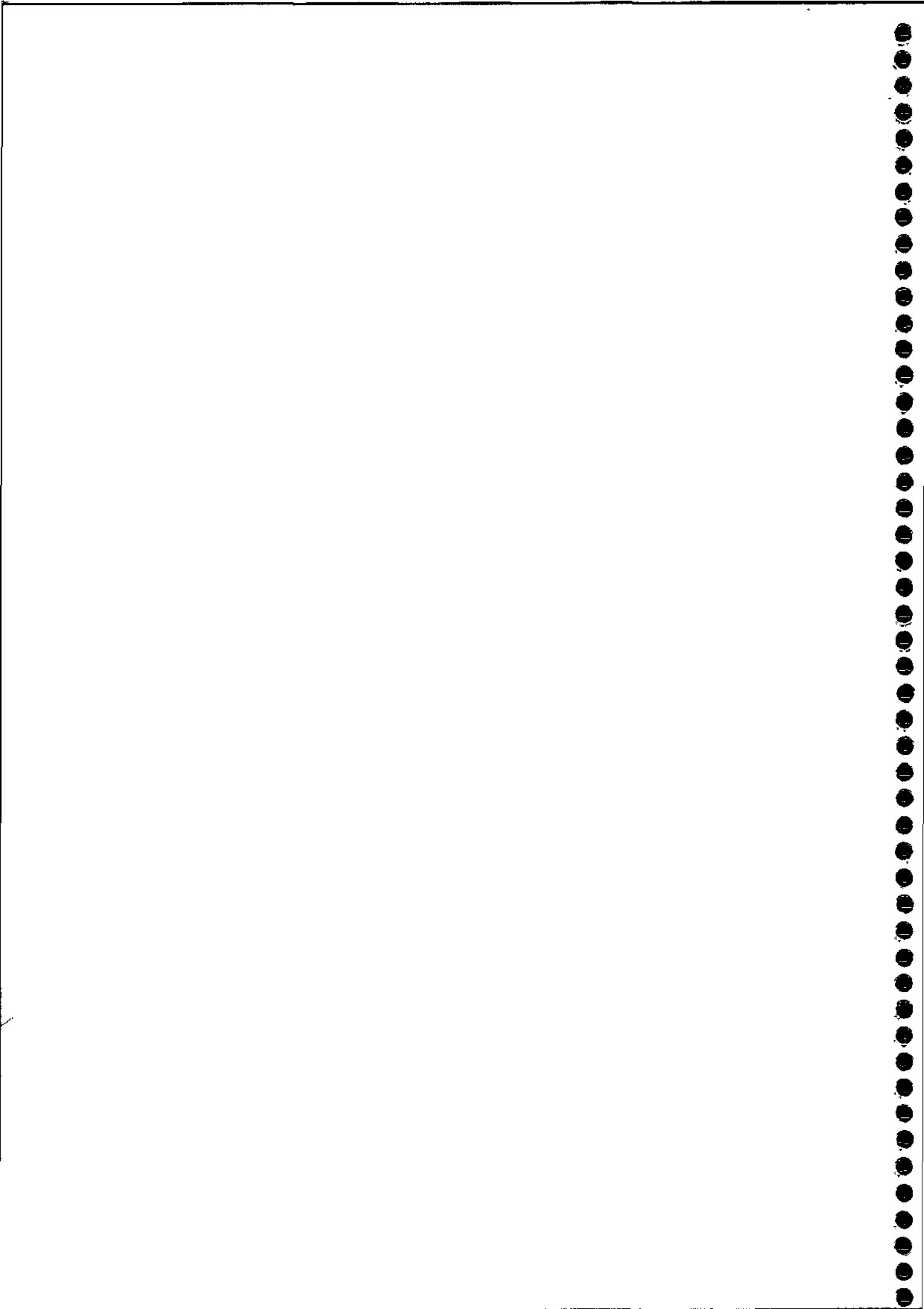
Ana Carolina Galati R. dos Santos – Gerente Operacional
Ana Paula de Barros Roso – Gerente Enfermagem
Fernando Carriel – CCIH
Robson O. Souza – TST

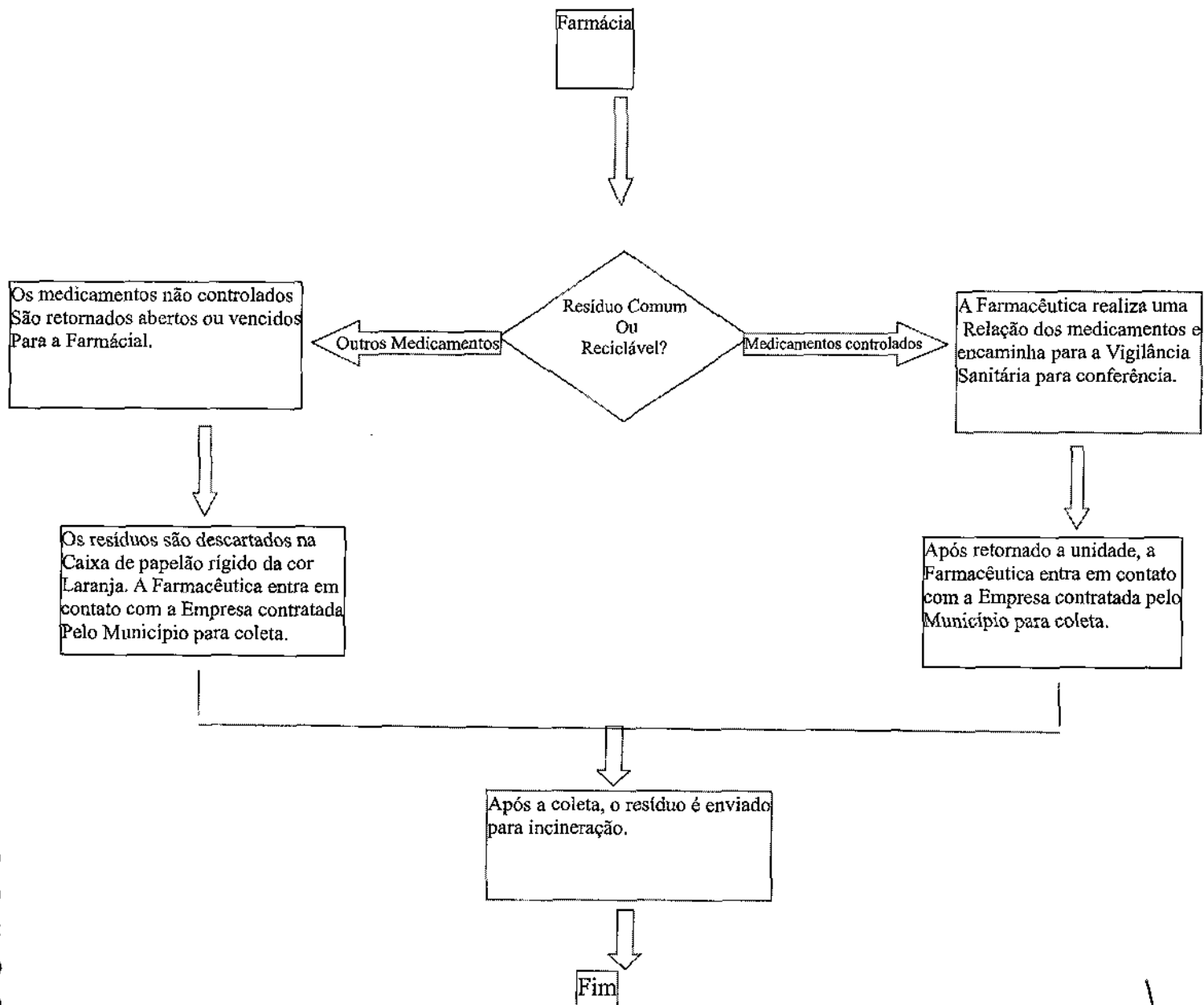


Fluxograma dos Resíduos Comuns e ReciclávelTatiane Fernanda Nalesso Rodrigues -
Tecnóloga em SaúdeSUPERVISÃO IMEDIATA
Dr.º Fernando Brum - CRM 67331

ENVOLVIDOS

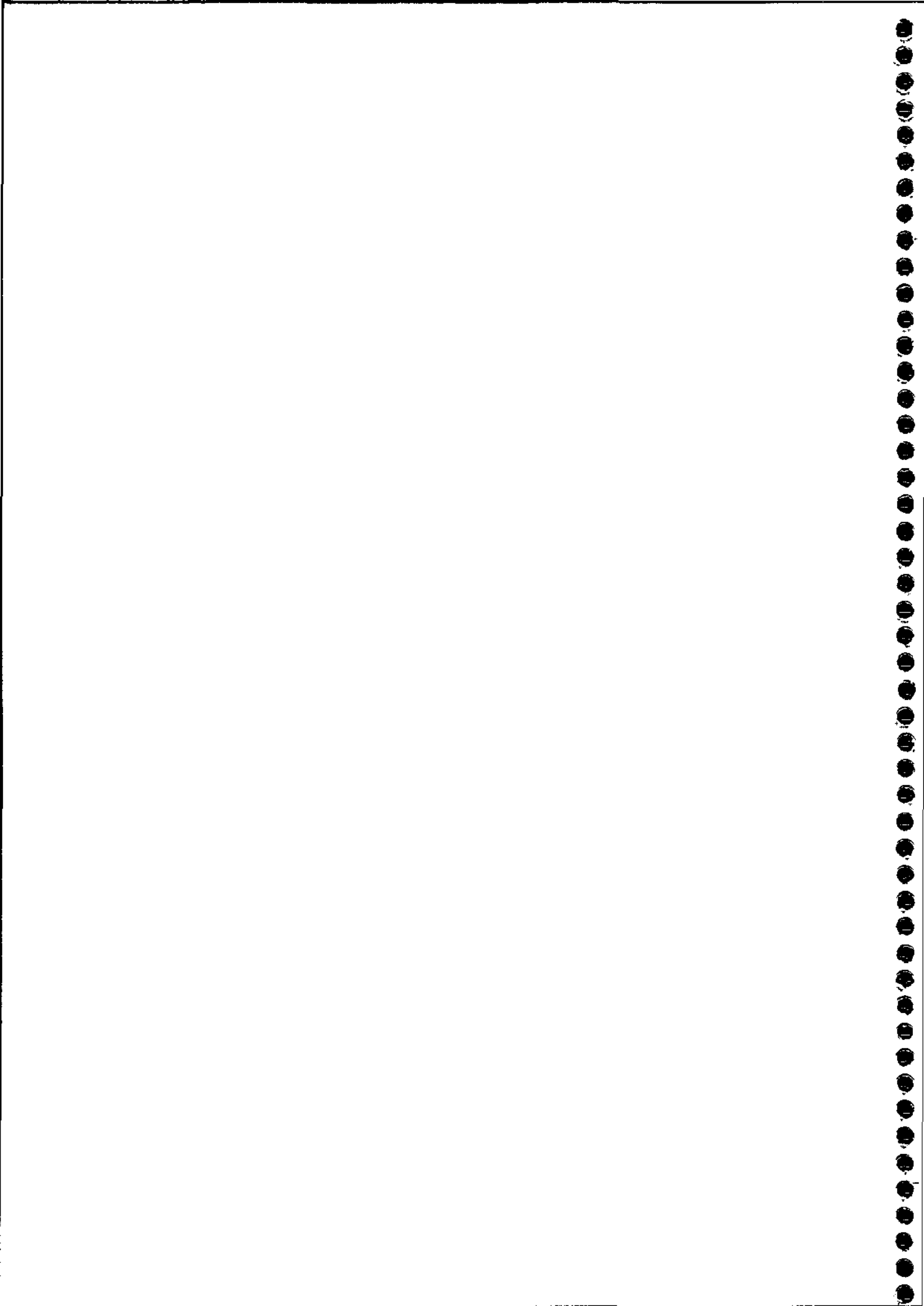
Ana Carolina Galati R. dos Santos - Gerente Operacional
Ana Paula de Barros Roso - Gerente Enfermagem
Fernando Carriel - CCIH
Robson O. Souza - TST



Fluxograma dos Resíduos Químicos – Outros Medicamentos e Medicamentos ControladosTatiane Fernanda Nalesso Rodrigues –
Tecnóloga em SaúdeSUPERVISÃO IMEDIATA
Dr.º Fernando Brum – CRM 67331

ENVOLVIDOS

Ana Carolina Galati R. dos Santos – Gerente Operacional
Ana Paula de Barros Roso – Gerente Enfermagem
Fernando Carriel – CCIH
Robson O. Souza – TST



9.3 Especificações sobre a disposição final

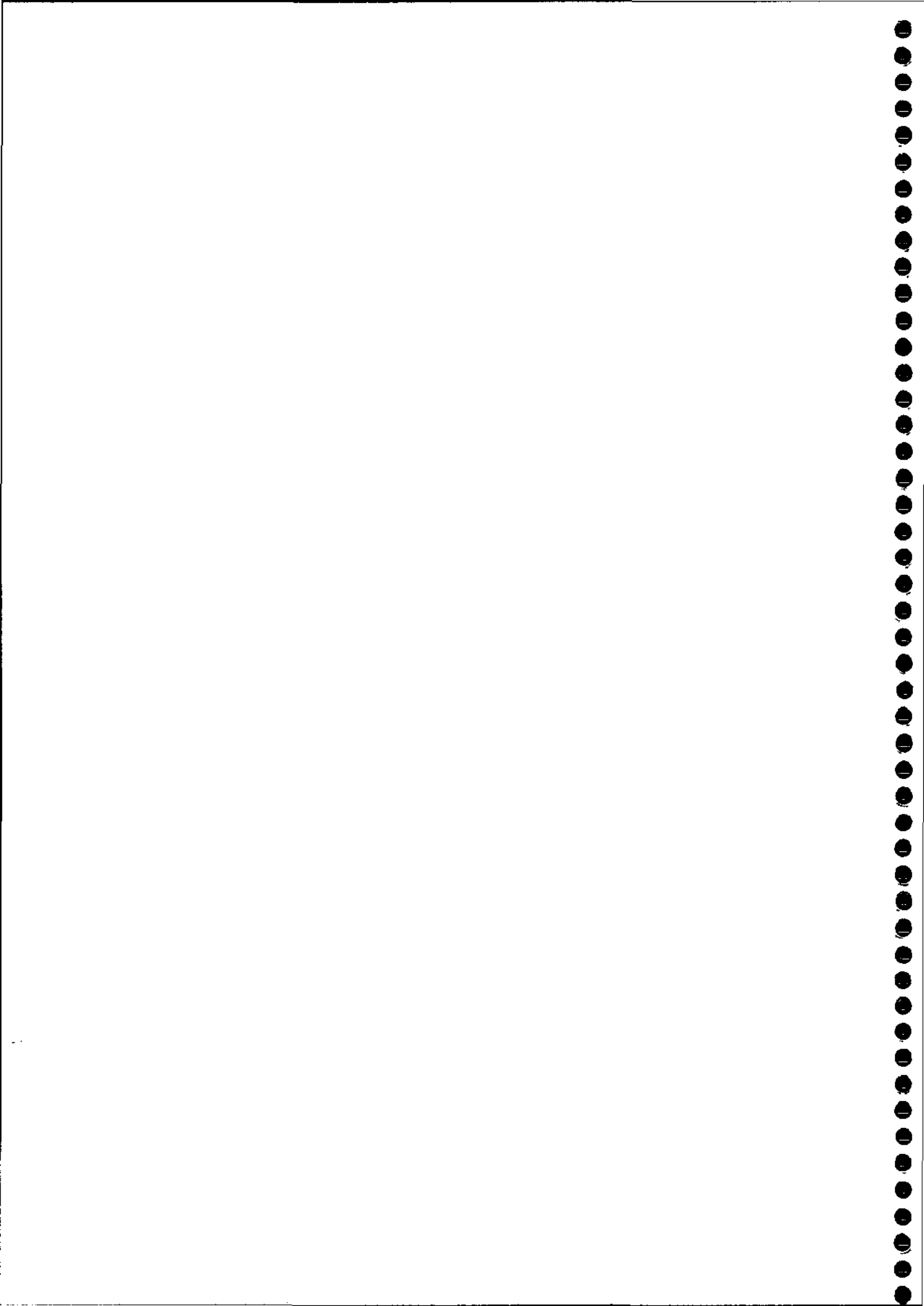
GRUPO (A, B, C, D, E)	RESÍDUOS	DISPOSIÇÃO FINAL	EMPRESA
A, E-Infecante e Perfurante	Resíduos biológicos são materiais biológicos, seus resíduos e qualquer outro tipo de material que entre em contato com fluidos corporais como gases, luvas descartáveis, restos de tubos de coletores e de transferência, entre outros	Autoclavagem e Aterro Sanitário	Empresa Contratada pela Municipalidade (Contemar)
D, DR -Comm, Reciclável	Todos os resíduos gerados, que não apresentem risco biológico, químico ou radiológico à saúde ou ao meio ambiente.	Aterro Sanitário	Comum Empresa contratada pela Municipalidade - Ambiental Sorocaba Consórcio
B - Químicos	Medicamentos Utilizados no posto de medicação e observação	Caixa Descartável. Frascos com data de abertura vencida e/ou frascos vazios	Empresa Contratada pela Municipalidade
B - Químicos	Medicamentos controlados vencidos e lacrados	Enviados pela Farmacêutica à Vigilância Sanitária para conferência dos medicamentos e após retorna para a unidade, para posteriormente ser incinerado.	Empresa Contratada pela Municipalidade

Tatiane Fernanda Nalesso Rodrigues -
Tecnóloga em Saúde

SUPERVISÃO IMEDIATA
Dr.º Fernando Brum - CRM 67331

ENVOLVIDOS

Ana Carolina Galati R. dos Santos - Gerente Operacional
Ana Paula de Barros Roso - Gerente Enfermagem
Fernando Carriel - CCIH
Robson O. Souza - TST



10. INFORMAÇÕES SOBRE A COLETA E TRANSPORTE EXTERNO

Grupo (A, B, C, D, E)	Tipos de Resíduos	Veículo/Equipamento	EPI'S	Frequência
A	Luvras com sangue, gaze, algodão, equipo de soro, cateter, tecidos e membranas acondicionado em saco branco leitoso	Caminhão preparado especificamente para coleta de resíduos potencialmente infectantes. (Empresa PróAtiva)	Luvas, Óculos de proteção, avental e uniforme da Empresa Contratada	3x por semana (Segunda-feira; Quarta-feira; Sexta-feira Período manhã.
E	Perfurocortantes acondicionados em coletor de papelão rígido acondicionado em saco branco leitoso			
D/DR	Embalagens plásticas, papéis, copos, resto orgânico, resíduo comum, acondicionado em saco preto	Veículo cedido pela Prefeitura de Sorocaba (Empresa Consórcio Ambiental Sorocaba)	Luvas, botas, uniforme da Empresa Contratada	3x por semana (Terça-feira, Quinta-feira e Sábado Período Noturno)

Frequência de coleta e tipo de veículo
11. RESPONSABILIDADES E QUALIFICAÇÕES DAS EQUIPES
Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

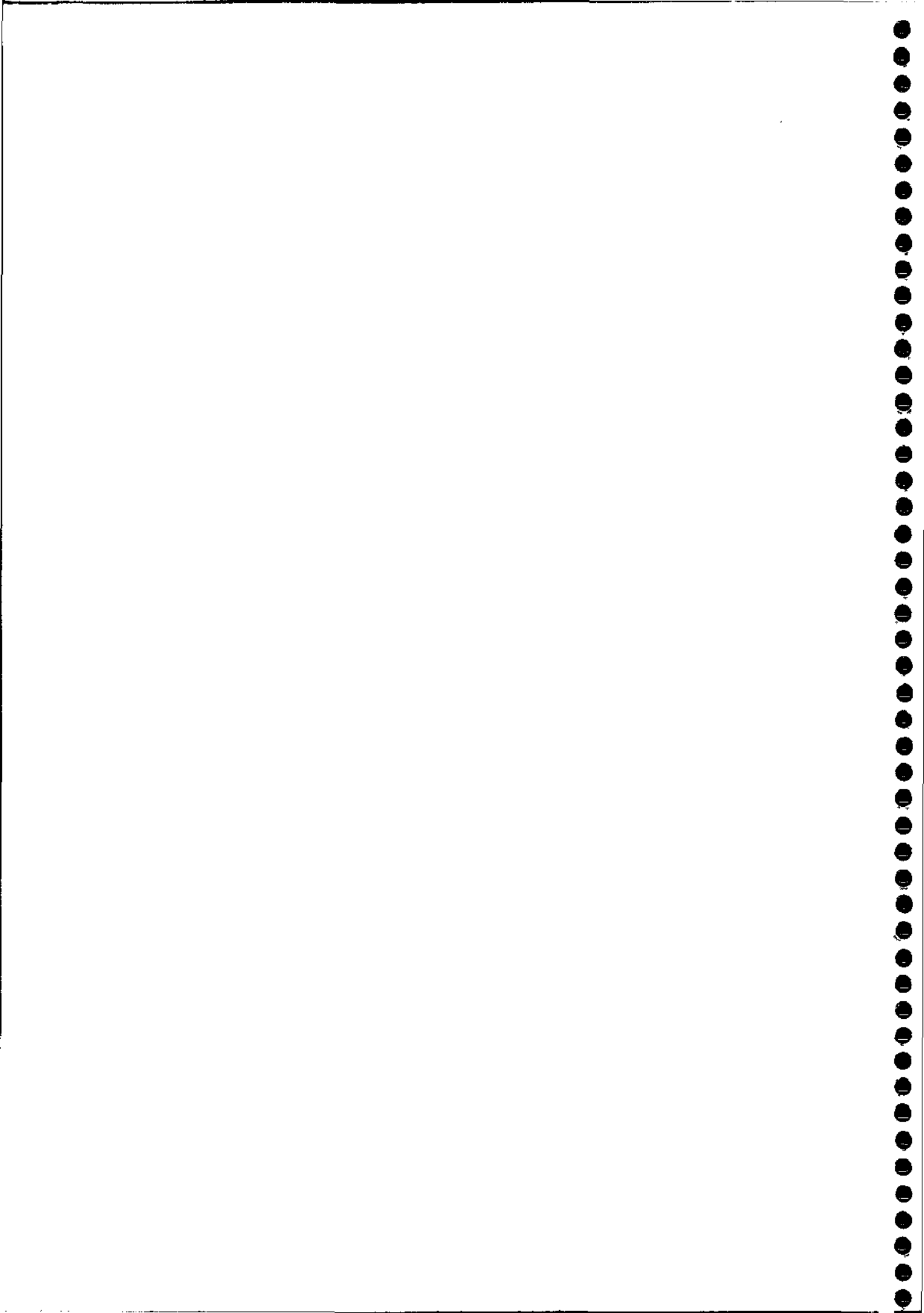
Eduardo Crocco	Médico Infectologista
Fernando Carriel	Enfermeiro

Tatiane Fernanda Nalesso Rodrigues –
Tecnóloga em Saúde

SUPERVISÃO IMEDIATA
Dr.º Fernando Brum – CRM 67331

ENVOLVIDOS

Ana Carolina Galati R. dos Santos – Gerente Operacional
Ana Paula de Barros Roso – Gerente Enfermagem
Fernando Carriel – CCIH
Robson O. Souza – TST



12. ANEXOS
12.1 Controle de água e abastecimento.

FONTE DE CAPTAÇÃO DE ÁGUA	ARMAZENAMENTO DE ÁGUA DESCRIÇÃO DOS RESERVATÓRIOS	CAPACIDADE DO RESERVATÓRIO (litros)
SAAE		
CONSUMO MÉDIO DE ÁGUA DO ESTABELECIMENTO 985 m³ / mês	02 – Reservatórios	1.000 Lts
	04 – Reservatórios	1.000 Lts

12.2 Manutenção da Qualidade da água.

Metodologia de análise da água realizada pela empresa Acqua Service segue as exigências estabelecidas na Portaria 518 de 25/03/2004 do MS.

ATIVIDADE	FREQ. DE REALIZAÇÃO	RESPONSÁVEL	PROCEDIMENTO
Limpeza e desinfecção dos Reservatórios de água	Semestral	Manutenção	Relatório JAMB Limpeza
Análise da qualidade da água	Mensal	Manutenção	*Relatório da empresa Acqua Service de análise da água

12.3 Controle de Emissões gasosas.

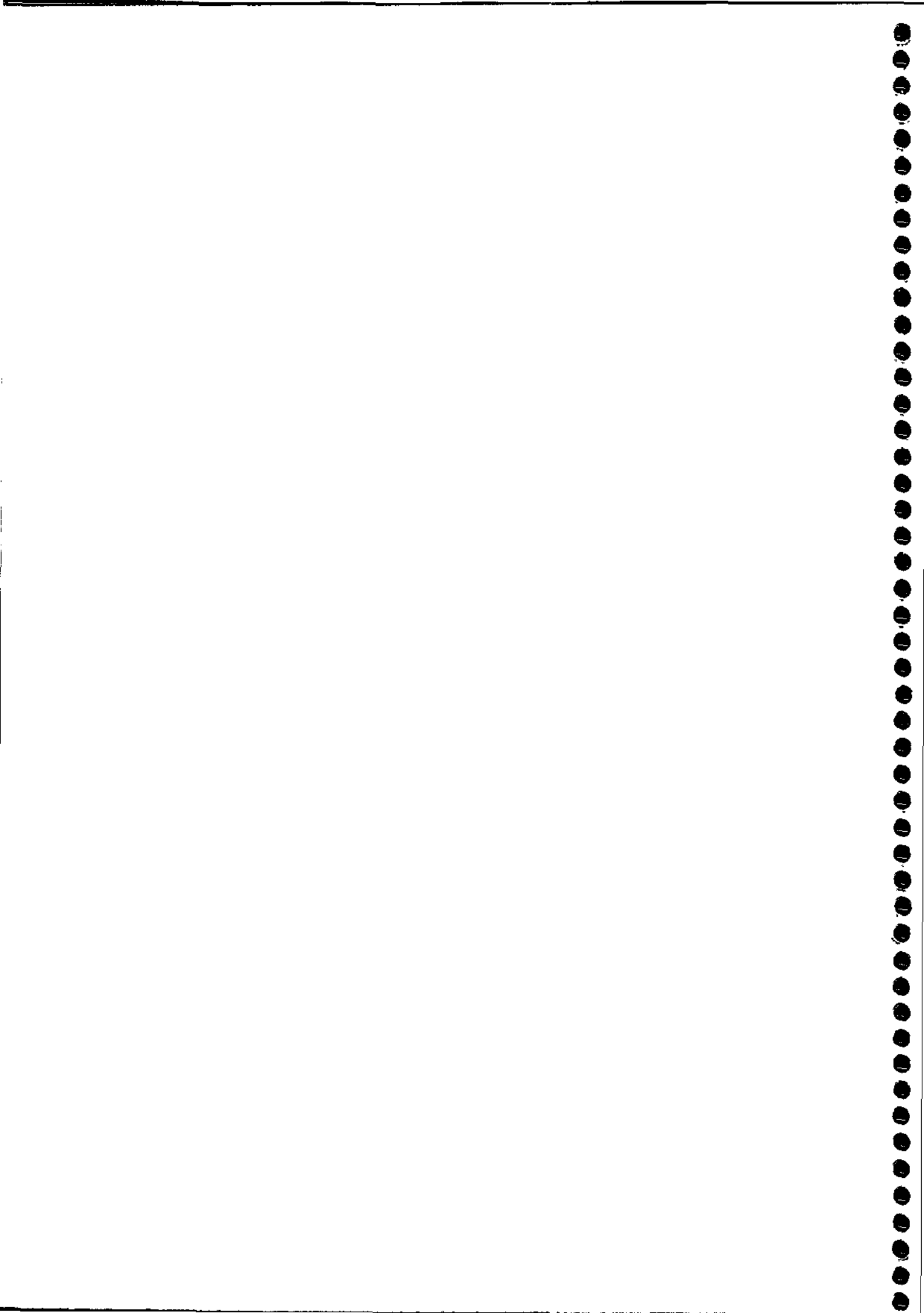
LOCAL	ORIGEM	POLUENTES GERADOS	SISTEMA DE CONTROLE DE POLUIÇÃO	PROCEDIMENTOS EM SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA
Gerador	Funcionamento dos motores dos equipamentos	Óleo Diesel	Cilindros armazenados em ambiente ventilado com Porta – veneziana	Treinamento da Brigada de Incêndio para evacuação da área

Tatiane Fernanda Nalesso Rodrigues –
Tecnóloga em Saúde

SUPERVISÃO IMEDIATA
Dr.º Fernando Brum – CRM 67331

ENVOLVIDOS

Ana Carolina Galati R. dos Santos – Gerente Operacional
Ana Paula de Barros Roso – Gerente Enfermagem
Fernando Carriel – CCIH
Robson O. Souza – TST



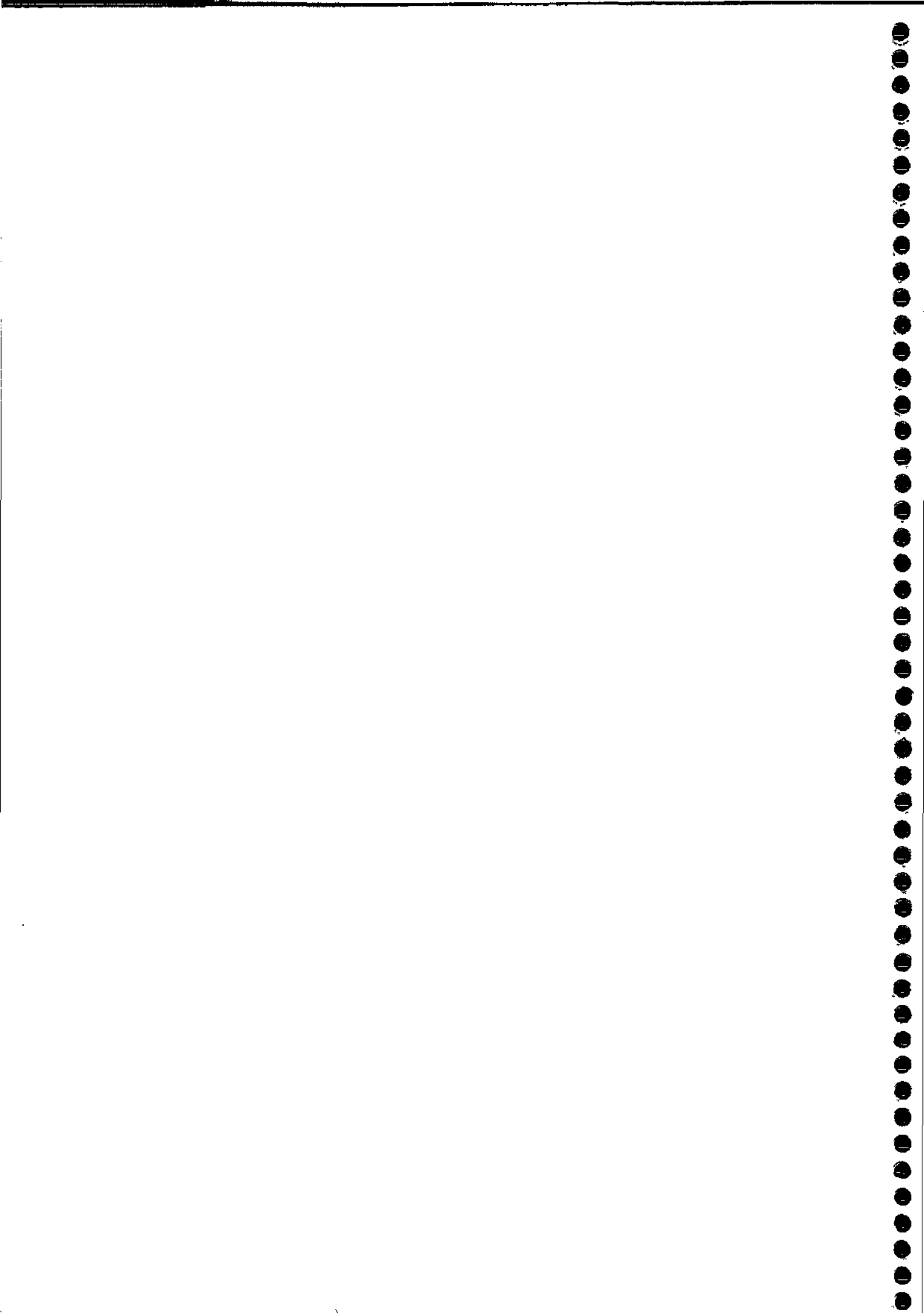
13. REVISÕES

Revisão	Data	Natureza da operação	Responsável
001	24/07/2019	Alteração das Segregações dos Resíduos	Tatiane Fernanda Nalesso Rodrigues
002	16/01/2020	Inclusão da Segregação do RSS Laboratório	Tatiane Fernanda Nalesso Rodrigues
003	06/02/2020	Inclusão dos Fluxogramas nas etapas do Resíduos de Serviços de Saúde.	Tatiane Fernanda Nalesso Rodrigues
004	06/06/2022	Atualização Resíduos	Ana Carolina G. R. dos Santos
005	27/06/2024	Atualização do Plano	Tatiane Fernanda Nalesso Rodrigues Ana Carolina G. R. dos Santos
006	10/12/2024	Atualização do Plano	Ana Carolina G. R. dos Santos

Tatiane Fernanda Nalesso Rodrigues –
Tecnóloga em SaúdeSUPERVISÃO IMEDIATA
Dr.º Fernando Brum – CRM 67331

ENVOLVIDOS

Ana Carolina Galati R. dos Santos – Gerente Operacional
Ana Paula de Barros Rosa – Gerente Enfermagem
Fernando Carriel – CCIH
Robson O. Souza – TST





ANEXO 10.1

Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba

Av. São Paulo, 750 - Jd. Árvore Grande - Sorocaba/SP CEP 13013-002 CNPJ: 71.485.056/0001-21
(15) 2101-8000 www.santacasasorocaba.com.br [f](#) [@](#) [in](#) [v](#) Siga-nos: @santacasasorocaba

POP

Título: Rotina de óbito (com ou sem suspeita de COVID-19)	
Número e Versão do Documento: PO.ENFE.125 v.000	Fase: Publicado
Elaborado por: Fabiana Pereira Leite Paschoal (INATIVADO) - Enfermeiro(a) Coordenador(a) UTI Adulto	Data de Publicação: 26/07/2023
Área Emitente: Enfermagem Geral	Próxima revisão: 25/07/2025

1. OBJETIVO

- 1.1. Definir o procedimento a ser realizado quando da ocorrência de óbito de pacientes **com ou sem** suspeita ou confirmação de COVID-19.
- 1.2. Definir procedimento de Encaminhamento ao SVO ou IML, quando aplicável.

2. REFERÊNCIA

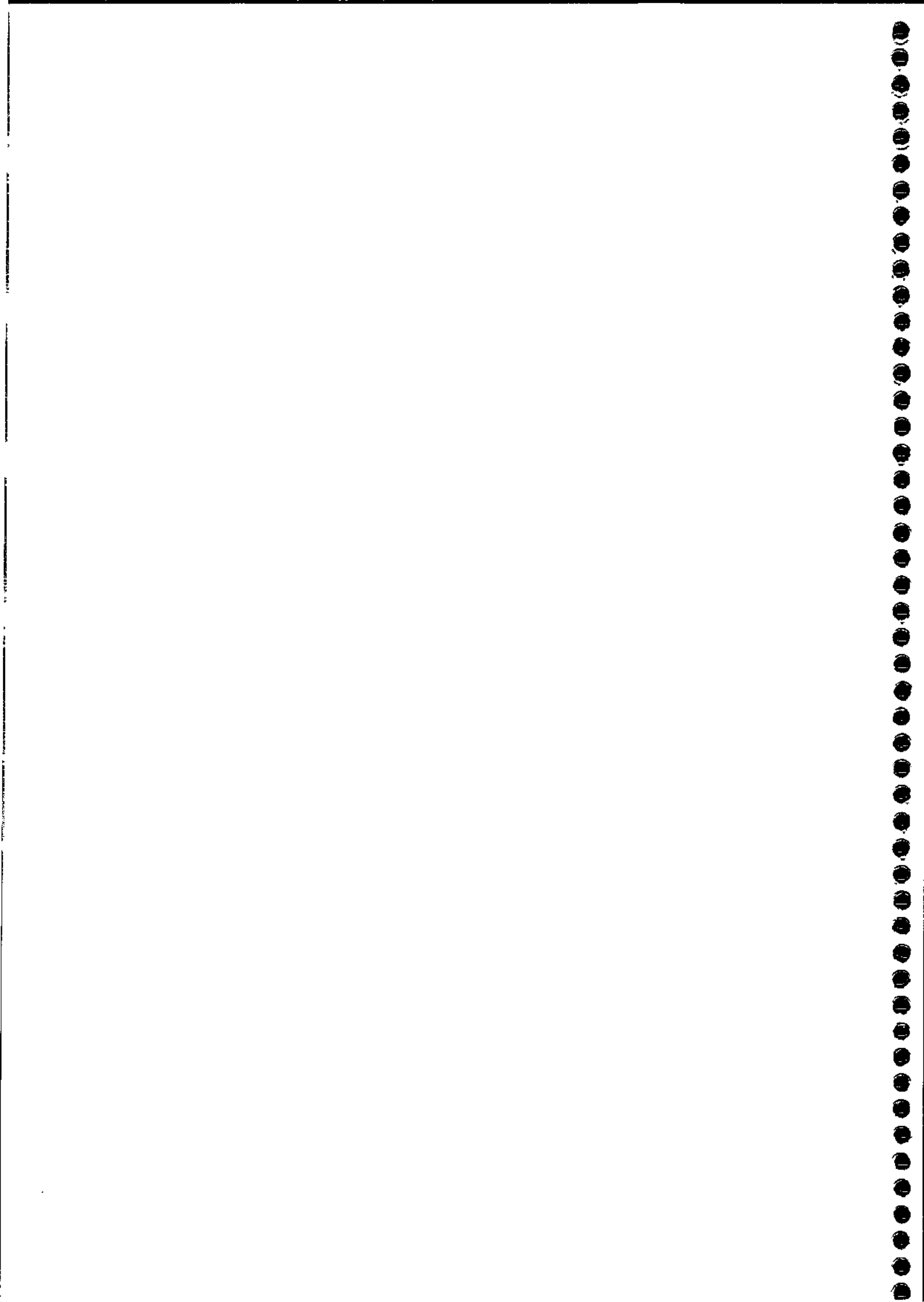
- 2.1. Ministério da Saúde. A Declaração de óbito. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/agosto/14/Declaracao-de-Obito-WEB.pdf> Acessado em: 04/10/2019 às 14:54.
- 2.2. Secretaria do Estado de Segurança Pública. Institucional | Instituto Médico Legal (IML). Disponível em: <http://www.ssp.sp.gov.br/fale/institucional/answers.aspx?t=3> Acessado em: 04/10/2019 às 11:05.
- 2.3. Ministério da Saúde. Orientações para codificação das causas de morte no contexto do COVID-19. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/29/Nota-Informativa-declara---o-obito.pdf>. Acessado em: 14/04/2021.
- 2.4. Ministério da Saúde. Manejo de corpos no contexto do novo coronavírus COVID-19. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/centrais-de-conteudo-corona/manejo-de-corpos-no-contexto-da-covid-19-nov.2020> Acessado em: 14/04/2021.
- 2.5. Ofício da Funerária Ofebas.
- 2.6. Prefeitura de Sorocaba. Sepultamento de suspeitos ou vítimas do novo coronavírus é normatizado. Disponível em: <http://noticias.sorocaba.sp.gov.br/sepultamento-de-suspeitos-ou-vitimas-do-novo-coronavirus-e-normatizado/>. Acessado em: 14/04/2021.

3. RESPONSÁVEIS

- 3.1. Médico(a).
- 3.2. Enfermagem.
- 3.3. Escriturário(a) da Recepção do Pronto Socorro.
- 3.4. Assistente Social.
- 3.5. Agente de Humanização.
- 3.6. Controlador de Acesso.

4. CAMPO DE APLICAÇÃO

- 4.1. Setores assistenciais.
- 4.2. Unidade COVID.
- 4.3. Recepção do Pronto Socorro.
- 4.4. Serviço Social.
- 4.5. Sala de Acolhimento Familiar.
- 4.6. Humanização.
- 4.7. BOS.
- 4.8. Controle de Acesso.



5. DEFINIÇÕES

- 5.1. IML: Instituto Médico Legal.
- 5.2. SVO: Serviço de Verificação de Óbito.
- 5.3. UTI: Unidade de Terapia Intensiva.
- 5.4. DO: Declaração de Óbito.
- 5.5. BOS: Banco de Olhos de Sorocaba.
- 5.6. NIR: Núcleo Interno de Regulação.

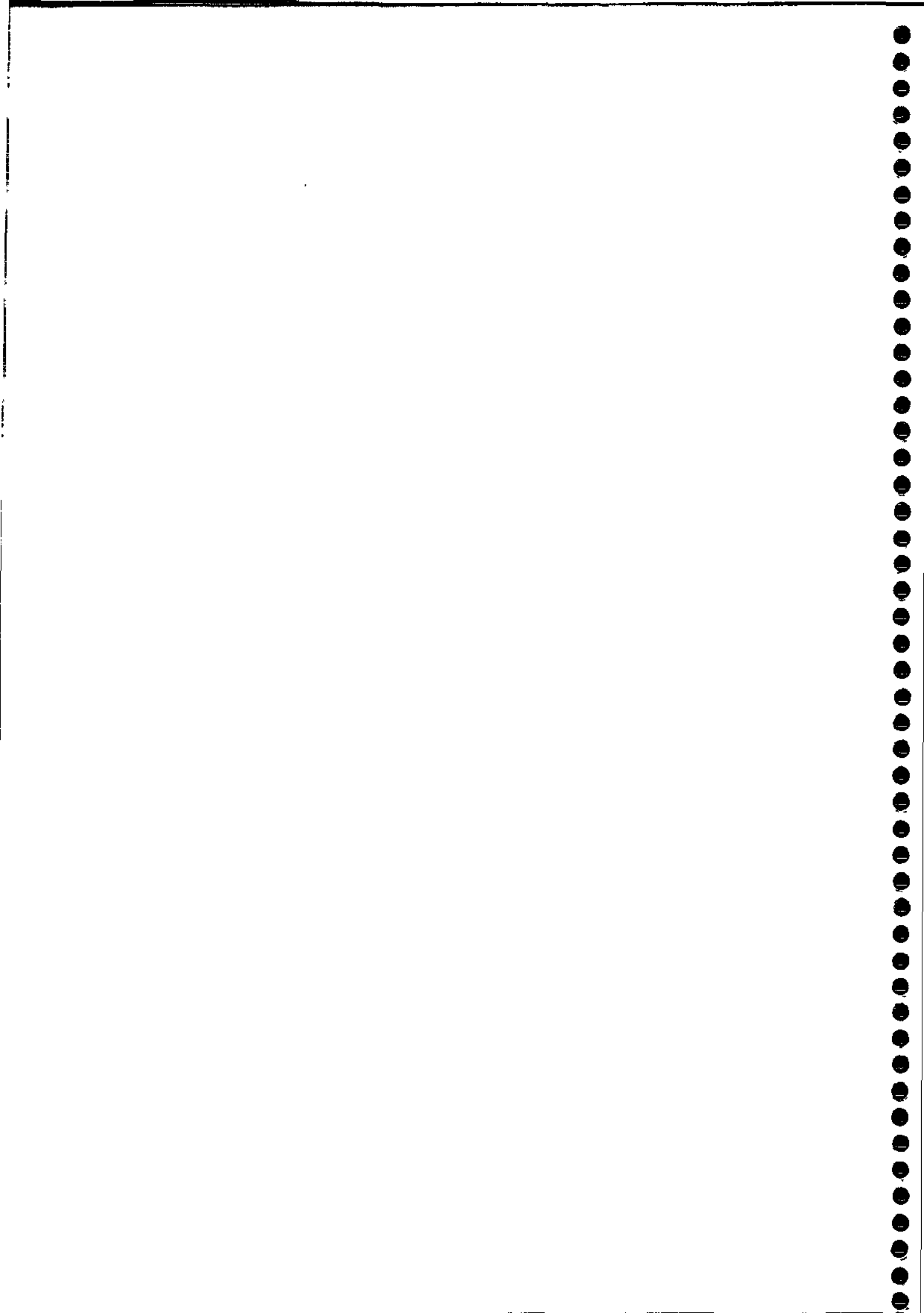
6. MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

- 6.1. FO-SANT-002 Aviso de Óbito.
- 6.2. FO-SANT-003 Orientação de Serviço Funerário.
- 6.3. FO-SANT-004 Orientação de Serviço Funerário – IML.
- 6.4. Requisição de Necropsia.
- 6.5. FO-SANT-608 Controle de Entrada e Saída do Morgue.
- 6.6. Prontuário do paciente.
- 6.7. Livro de Prontuário.
- 6.8. Material de Escritório.

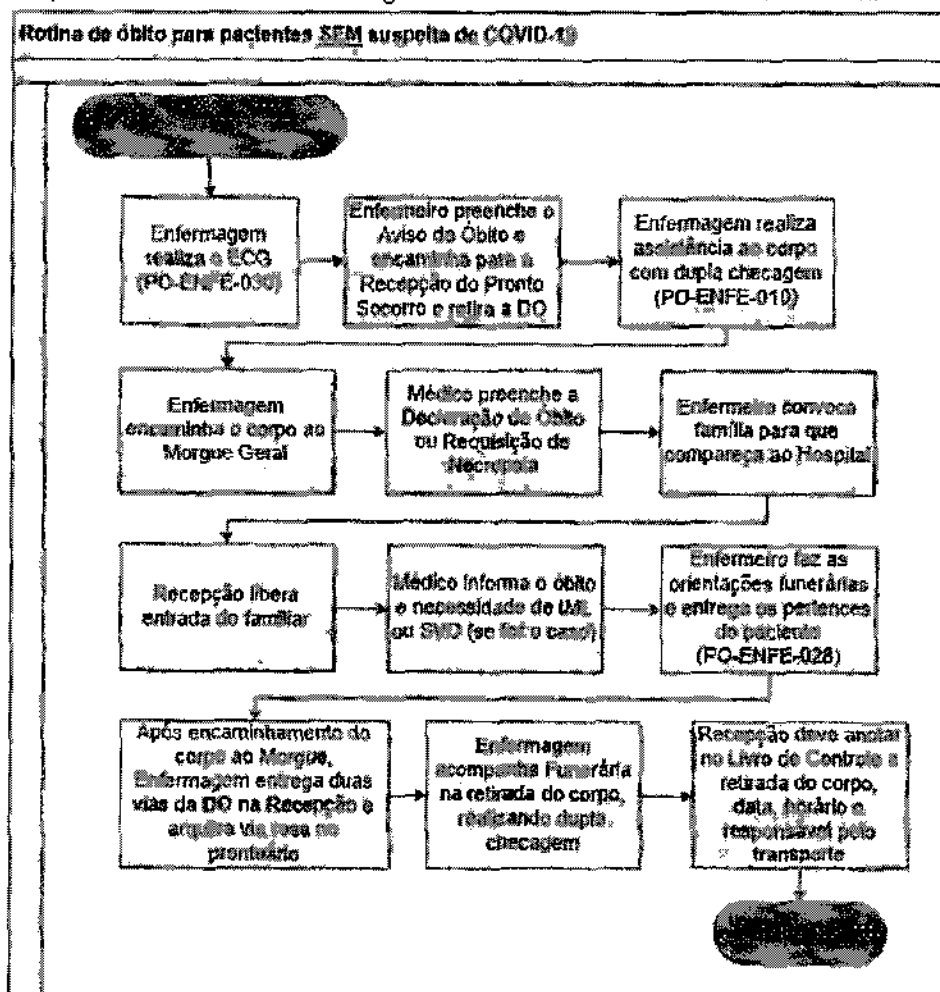
7. PROCEDIMENTOS

FLUXO PARA CASOS DE ÓBITO SEM SUSPEITA DE COVID-19

- 7.1. Assim que ocorrer o óbito, a Enfermagem do setor realiza o exame de ECG, conforme procedimento PO-ENFE-030.
- 7.2. Enfermeiro preenche o Formulário "FO-SANT-002 Aviso de Óbito" e comunicar profissional do BOS (Ramal 5590).
- 7.3. Enfermagem realiza a assistência ao óbito, com dupla checagem de identificação do paciente, conforme procedimento específico de cada setor, sendo:
 - 7.3.1. Óbito de adulto: PO-ENFE-010.
 - 7.3.2. Óbito fetal: PO-MATE-042.
 - 7.3.3. Óbito de RN: PO-UTIN-019.
- 7.4. Técnico de Enfermagem encaminha corpo para o Morgue e devolve a chave na Portaria da Unidade COVID.
- 7.5. Técnico de Enfermagem acessa o Sistema Wareline e lança itens utilizados na conta do paciente e devolver a tira de medicamentos não utilizados para a Farmácia.
- 7.6. Enfermeiro ou Técnico de Enfermagem registra a alta por óbito (PO-ENFE-100) e solicita higienização do leito.
- 7.7. Enfermeiro ou Técnico de Enfermagem comunica o óbito ao NIR por telefone.
- 7.8. Enfermeiro ou Técnico de Enfermagem encaminha o "Aviso de Óbito" junto com prescrição com o óbito constatado (original ou cópia) para a Recepção do Pronto Socorro e retira a DO.
- 7.9. **Nos casos de Solicitação de Necropsia (SVO/ IML), imprimir Requisição de Necropsia (FO-SANT-005). A DO não deve ser preenchida.**
- 7.10. Enfermagem retorna ao setor de origem e solicita ao Médico que preencha a DO ou Requisição de Necropsia.
- 7.11. Médico preenche, carimba e assina o documento.
 - 7.11.1. Quando óbito no Pronto Socorro Observação ou UTIs, o Médico deverá preencher também o FormSUS, disponível em Atalhos Úteis/ Corpo Clínico (CNES Santa Casa: 2708779).
- 7.12. Enfermeiro convoca a família para que compareça ao Hospital e comunica o BOS (Ramal: 5590).
- 7.13. Assim que a família chegar, o funcionário da Recepção avisa o setor de origem e libera a entrada após a autorização do Enfermeiro.
- 7.14. Médico informa o óbito para a família na Sala do Enfermeiro do Setor/ Sala da CIHT, bem como, a necessidade de Necropsia no IML ou SVO (se for o caso).
- 7.15. Enfermeiro deve orientar quanto aos documentos a serem levados à Funerária.
- 7.16. Enfermeiro entrega o formulário "Orientação de Serviço Funerário" (FO-SANT-003) ou "Orientação de Serviço Funerário – IML" (FO-SANT-004) e entrega os laudos dos exames que constam no prontuário.
- 7.17. Enfermeiro entrega os pertences do paciente para a família, conforme procedimento PO-ENFE-028.



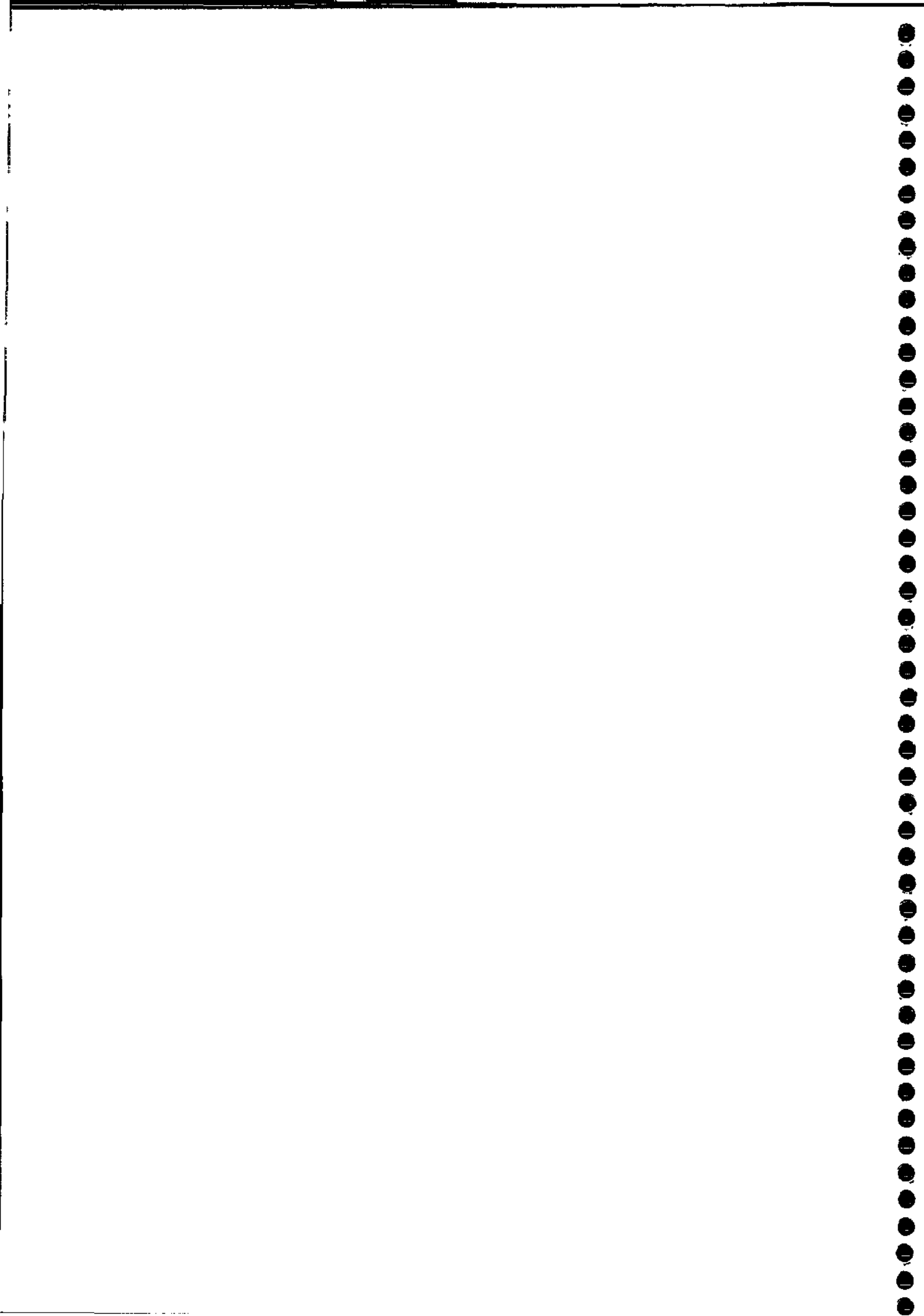
- 7.18. Enfermeiro encaminha a DO preenchida para a Recepção do Pronto Socorro e comunica o plano funerário relatado pela família.
- 7.19. Enfermeiro arquiva a via Rosa da DO no prontuário.
- 7.20. Funcionário da Recepção digitaliza a DO legível e envia para a Funerária: Ofebas: funeraria@ofebas.org.br ou Ossel necrologia@ossel.com.br (conforme escolha da família) com cópia para scih@santacasasorocaba.com.br.
- 7.21. Quando o Funcionário da Funerária chegar, deve dirigir-se ao Controlador de Acesso da Entrada do COVID.
- 7.22. O Controlador de Acesso solicita a apresentação da cópia da DO.
- 7.23. O Controlador de Acesso entra em contato com a Recepção do Pronto Socorro.
- 7.24. Funcionário da Recepção do Pronto Socorro irá dirigir-se a Entrada do COVID para conferência e entrega da DO original para a Funerária.
- 7.25. Funcionário da Recepção deve anotar no "Livro de Controle de DO" a retirada da DO pela Funerária contendo o horário e o responsável pelo transporte. Deve também ligar para o ramal 5581, para solicitar que a Enfermagem acompanhe a retirada do corpo pela Funerária.
- 7.26. O Funcionário da Enfermagem deverá retirar a chave do Morgue e acompanhar o funcionário da Funerária na retirada do Corpo.
- 7.27. O Funcionário da Enfermagem deverá solicitar a cópia da DO ao Funcionário da Funerária, conferir a etiqueta de identificação do óbito junto ao Funcionário da Funerária (dupla checagem), preencher "Controle de Entrada e Saída do Morgue" e solicitar que o Funcionário da Funerária assine.
- 7.28. Funcionário da Enfermagem deve devolver a chave do Morgue para o Controlador de Acesso da Unidade COVID.
- 7.29. **Observações:**
- 7.29.1. Na necessidade de encaminhamento para o IML ou SVO, seguir o POP PO-ENFE-035.
- 7.29.2. Se o paciente for desconhecido seguir POP PO-ENFE-035 relativo a encaminhamento para IML.



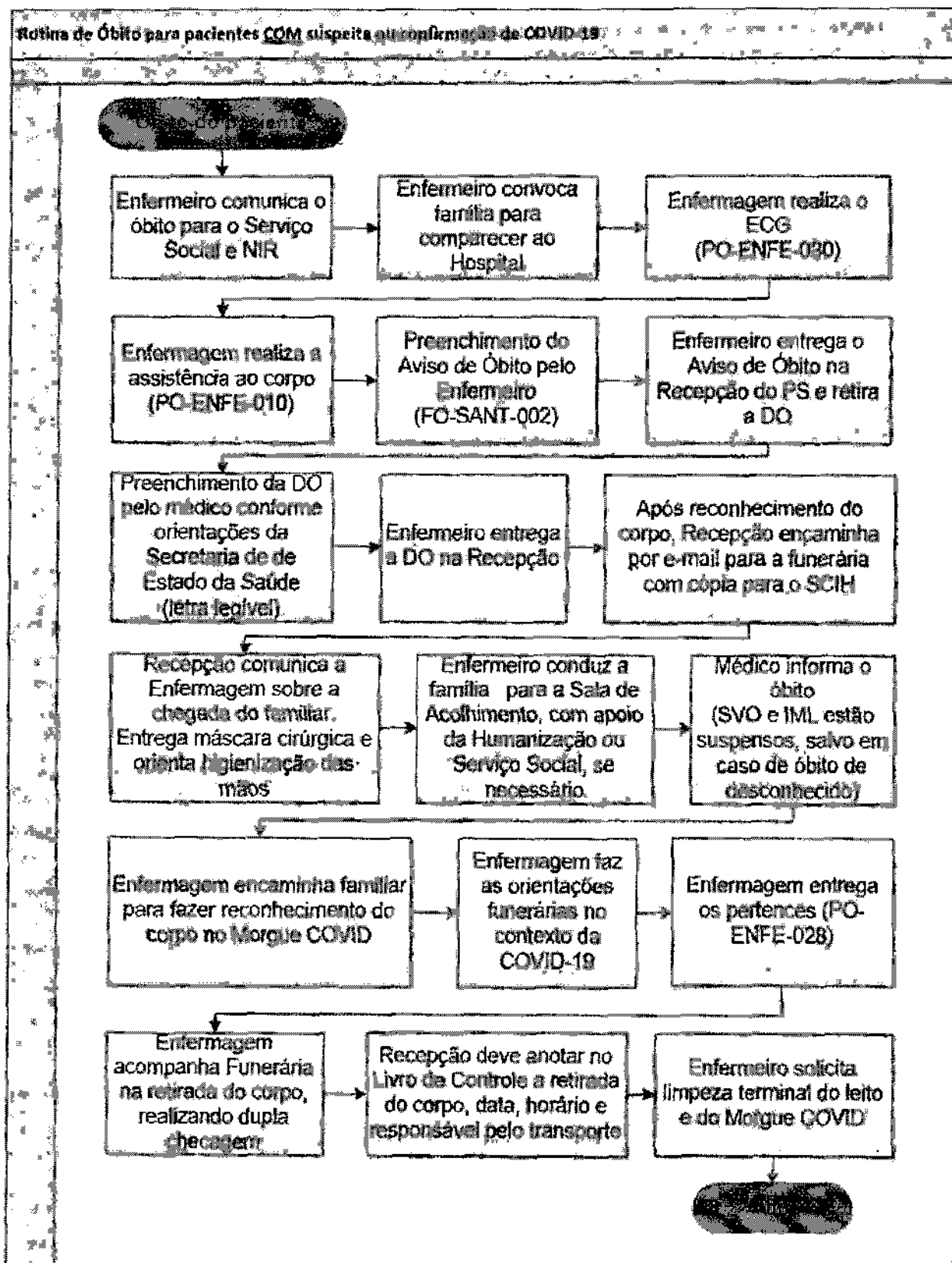


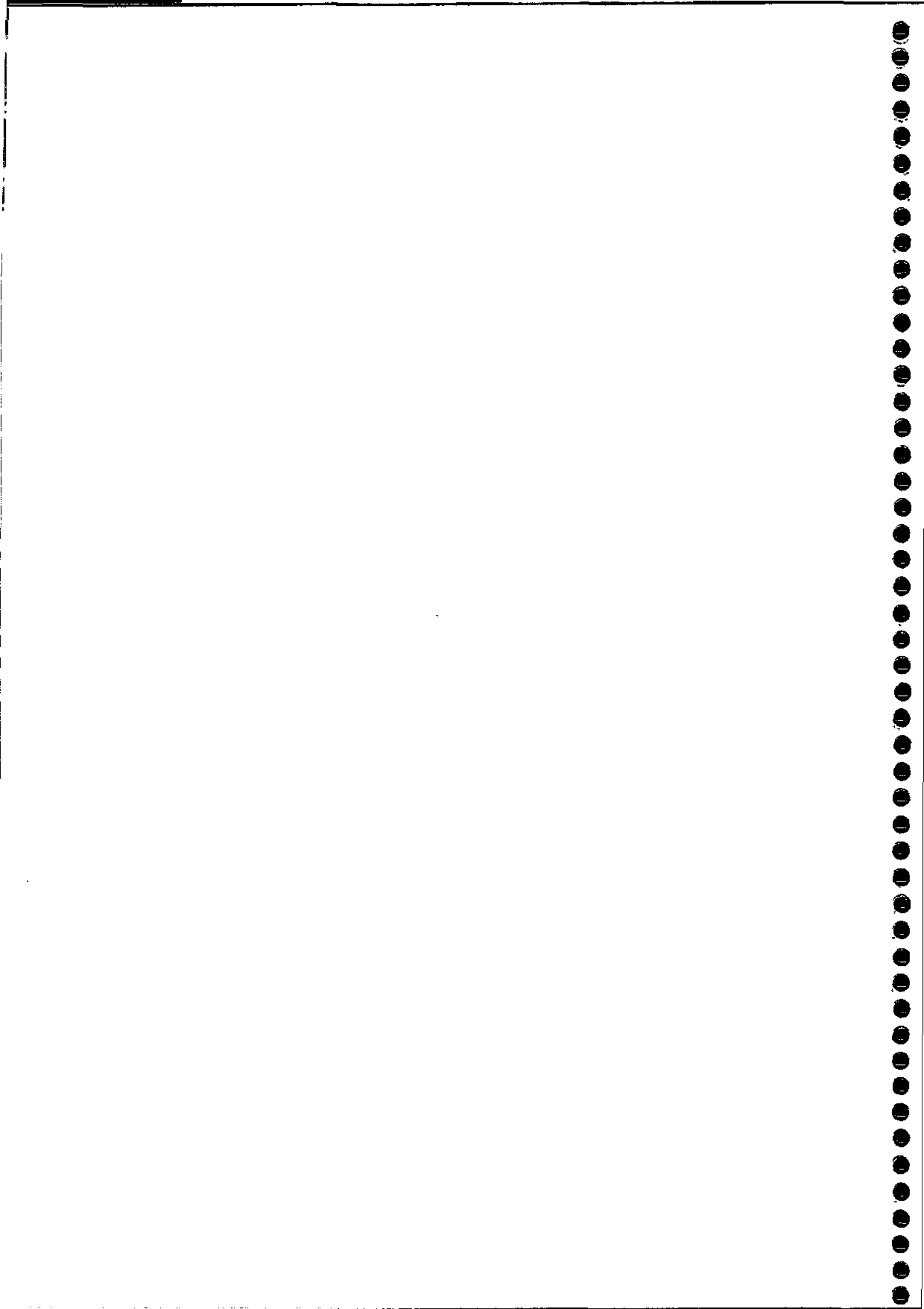
FLUXO PARA CASOS DE ÓBITO COM SUSPEITA/CONFIRMAÇÃO DE COVID-19

- 7.30. Enfermeiro do setor avisa o NIR e o Serviço Social sobre o óbito com suspeita/confirmação de COVID-19.
- 7.31. Técnico de Enfermagem acessa o Sistema Wareline e lança itens utilizados na conta do paciente e devolver a tira de medicamentos não utilizados para a Farmácia.
- 7.32. Enfermeiro liga para a família e convoca para que compareça ao Hospital.
- 7.33. Enfermagem do setor realiza o exame de ECG conforme procedimento PO-ENFE-030.
- 7.34. Enfermagem realiza o preparo do corpo conforme POP PO-ENFE-010. Deve ser anotado no livro de ocorrências da unidade o nome de todos os funcionários que estiveram envolvidos no preparo do corpo bem como a funcionária da limpeza que realizou a limpeza terminal do quarto.
- 7.35. O Enfermeiro preenche o Formulário "FO-SANT-002 Aviso de Óbito".
 - 7.35.1. Enfermeiro deixa o Aviso de Óbito e a cópia da prescrição com óbito constatado no acrílico da Recepção do COVID e faz contato telefônico para que o funcionário da Recepção do Pronto Socorro retire.
 - 7.35.2. Funcionário da Recepção preenche o "Livro de Controle de DO" e devolve o Aviso de óbito junto a DO.
- 7.36. Médico preenche a DO (**letra legível**), conforme orientações para preenchimento disponível nos Atalhos úteis, no Link da COVID-19/ Orientações sobre óbito COVID-19.
- 7.37. Enfermeiro coloca a Declaração de Óbito preenchida pelo Médico (letra legível) no acrílico da Recepção do COVID e arquiva a via Rosa no prontuário.
- 7.38. O Funcionário da Recepção avisará o Setor de internação sobre a chegada do familiar. Também entregará uma máscara cirúrgica e orienta para que higienize as mãos com álcool gel.
- 7.39. Caso Enfermagem necessite de apoio, solicitará à Humanização ou Serviço Social.
- 7.40. Enfermagem conduzirá o familiar à Sala de Acolhimento Familiar da Unidade COVID.
- 7.41. Médico informa o óbito para a família.
- 7.42. Enfermagem sinaliza que o corpo está pronto para o reconhecimento.
- 7.43. Enfermagem encaminha o familiar para reconhecimento breve do corpo.
- 7.44. Após reconhecimento, Enfermagem orienta a família sobre a rotina de óbito nos casos de suspeita ou confirmação do COVID-19.
- 7.45. Enfermeiro deve orientar quanto aos documentos a serem levados à Funerária.
- 7.46. Enfermeiro entrega o formulário "Orientação de Serviço Funerário" (FO-SANT-003) ou "Orientação de Serviço Funerário – IML" (FO-SANT-004) e entrega os laudos dos exames que constam no prontuário.
- 7.47. Enfermeiro entrega os pertences do paciente para a família, conforme procedimento PO-ENFE-028.
- 7.48. Após o reconhecimento do corpo, o Funcionário da Recepção digitaliza a DO legível e envia para a funerária: Ofebas: funeraria@ofebas.org.br ou Ossel necrologia@ossel.com.br conforme escolha da família, com cópia para scih@santacasasorocaba.com.br.
- 7.49. Quando o Funcionário da Funerária chegar, deve dirigir-se ao Controlador de Acesso da Entrada do COVID.
- 7.50. O Controlador de Acesso solicita a apresentação da cópia da DO.
- 7.51. O Controlador de Acesso entra em contato com a Recepção do Pronto Socorro.
- 7.52. Funcionário da Recepção do Pronto Socorro irá dirigir-se a Entrada do COVID para conferência e entrega da DO original para a Funerária.
- 7.53. Funcionário da Recepção deve anotar no livro de controle a retirada da DO pela Funerária contendo o horário e o responsável pelo transporte.
- 7.54. O Controlador de Acesso deve ligar para a Enfermagem do COVID e orientar a aguardar em frente ao local de retirada devidamente paramentado.
- 7.55. O Funcionário da Enfermagem deverá retirar a chave do Morgue com o Controlador de Acesso e acompanhar o funcionário da Funerária na retirada do Corpo.
- 7.56. O Funcionário da Enfermagem deverá solicitar a cópia da DO para o Funcionário da Funerária, conferir a etiqueta de identificação do óbito junto ao Funcionário da Funerária (dupla checagem), preencher "Controle de Entrada e Saída do Morgue" e solicitar que o mesmo assine.
- 7.57. Funcionário da Enfermagem deve devolver a chave do Morgue para o Controlador de Acesso.



7.58. Funcionário da Enfermagem da Unidade COVID solicita limpeza terminal do Morgue Covid e do leito que o paciente estava.





ÓBITO DE PACIENTE PRESIDÁRIO CDP APARECIDINHA COM E SEM SUSPEITA/ CONFIRMAÇÃO DE COVID-19

Os óbitos de pacientes do CDP seguirão os mesmos fluxos citados acima, porém o contato é realizado diretamente com o Presídio (e não com a família)

- 7.59. Enfermeiro do Setor avisa o NIR e o Serviço Social sobre o óbito.
- 7.60. Serviço Social liga para o Presídio para comunicar o óbito.
- 7.60.1. Nos horários em que o Serviço Social não estiver no Hospital, o Enfermeiro do setor quem ligará para avisar o Presídio (15) 3225-3374 – Ramal 201.
- 7.61. O Presídio encaminhará um Agente Penitenciário/ Policial para realizar o Boletim de Ocorrência (Protocolo do Presídio).
- 7.62. O Funcionário(a) da Recepção entregará para o Policial **cópias legíveis** dos seguintes documentos:
- Declaração de Óbito.
 - Aviso de Óbito.
 - Ficha de Internação.
 - Prescrição do dia (frente e verso).
 - Ficha CROSS (se houver).
 - Ficha Qualificativa de Identificação do presídio (se houver).
- 7.63. O Policial é liberado para abrir o Boletim de Ocorrência na Delegacia.
- 7.64. O Policial retornará ao Hospital para entregar o Boletim de Ocorrência para o Funcionário(a) da Recepção.
- 7.65. O Funcionário da Recepção digitaliza a DO e envia para a Funerária: Ofebas: funeraria@ofebas.org.br ou Ossel necrologia@ossel.com.br conforme escolha da família. O e-mail deve ser com cópia para scih@santacasasorocaba.com.br e para o Presídio: saude@p2sorocaba.sap.sp.gov.br.

8. OBSERVAÇÕES

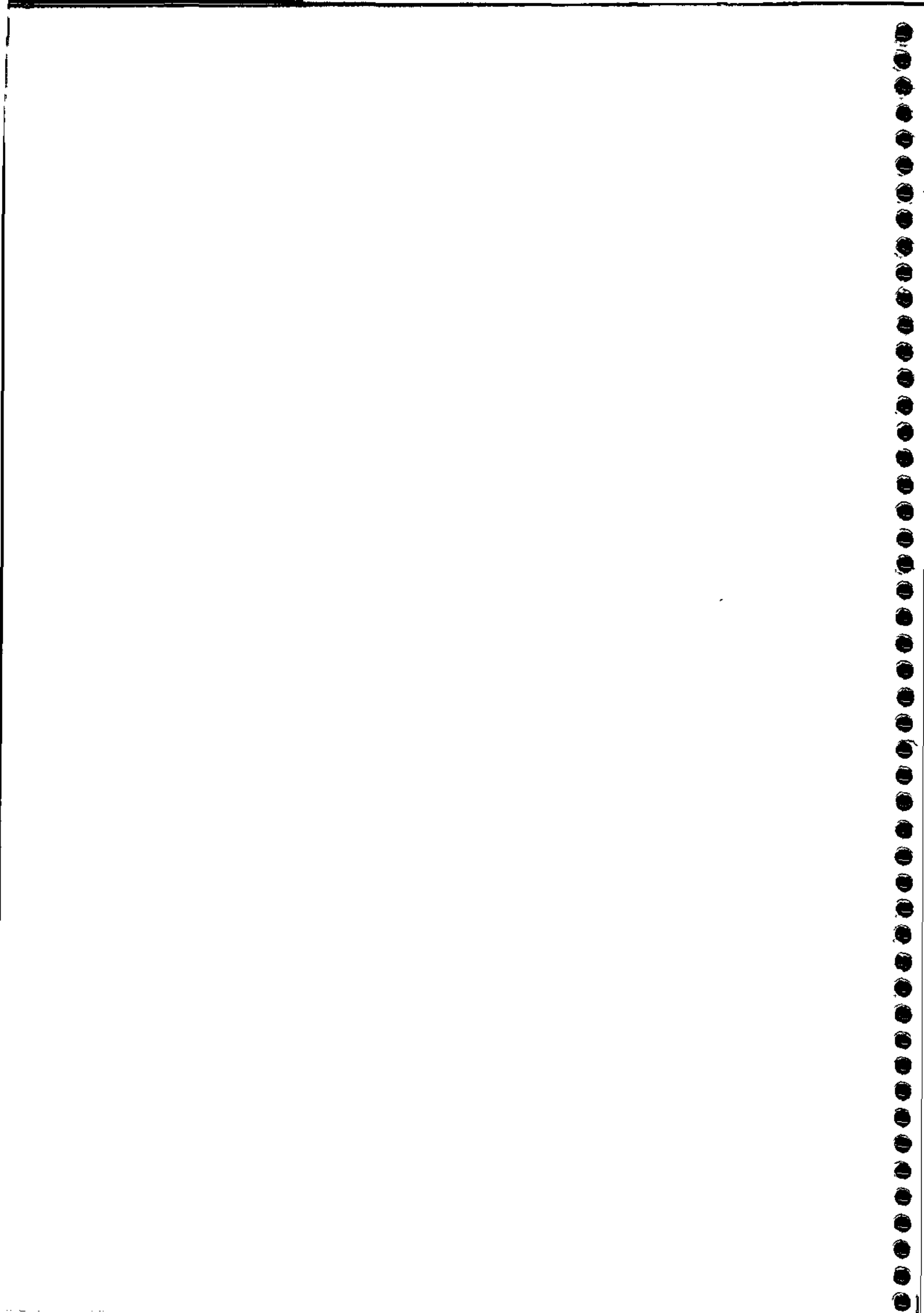
- 8.1. Os corpos de suspeitos de COVID terão um local específico dentro da **Unidade COVID**, próximo a Sala de Acolhimento Familiar, não devendo, portanto, ser encaminhados ao Morgue Geral.
- 8.2. Encaminhamentos feitos pelo Hospital para SVO estão suspensos.
- 8.3. **O horário de atendimento do Serviço Social será de segunda a sexta-feira das 7h30 às 19h e aos Sábados das 8h às 14 horas.**
- 8.4. Na ausência do Serviço social na internação do paciente, a recepção encaminha e-mail para o social@santacasasorocaba.com.br com nome do paciente, nome do familiar e telefone, assim o Serviço Social entra em contato com a família para agendamento de acolhimento com as devidas orientações.
- 8.5. Na ausência do Serviço Social no óbito do pacientes COVID-19, A Humanização deve fazer o acolhimento e o Enfermeiro deve fazer as orientações.
- 8.6. A captação de córneas poderá ser realizada para pacientes com COVID apenas após 28 dias do início dos sintomas.
- 8.7. Todos os documentos devem ser preenchidos com letra legível.
- 8.8. Os documentos devem ser preenchidos com uma letra só.
- 8.9. Também nos casos de óbito fetal ou óbito de RN, é importante a consulta dos procedimentos PO-MATE-042 e PO-UTIN-019 respectivamente, que detalha os procedimentos para esses casos.

9. ORIENTAÇÕES PARA O PACIENTE

- 9.1. Não se aplica.

10. HISTÓRICO

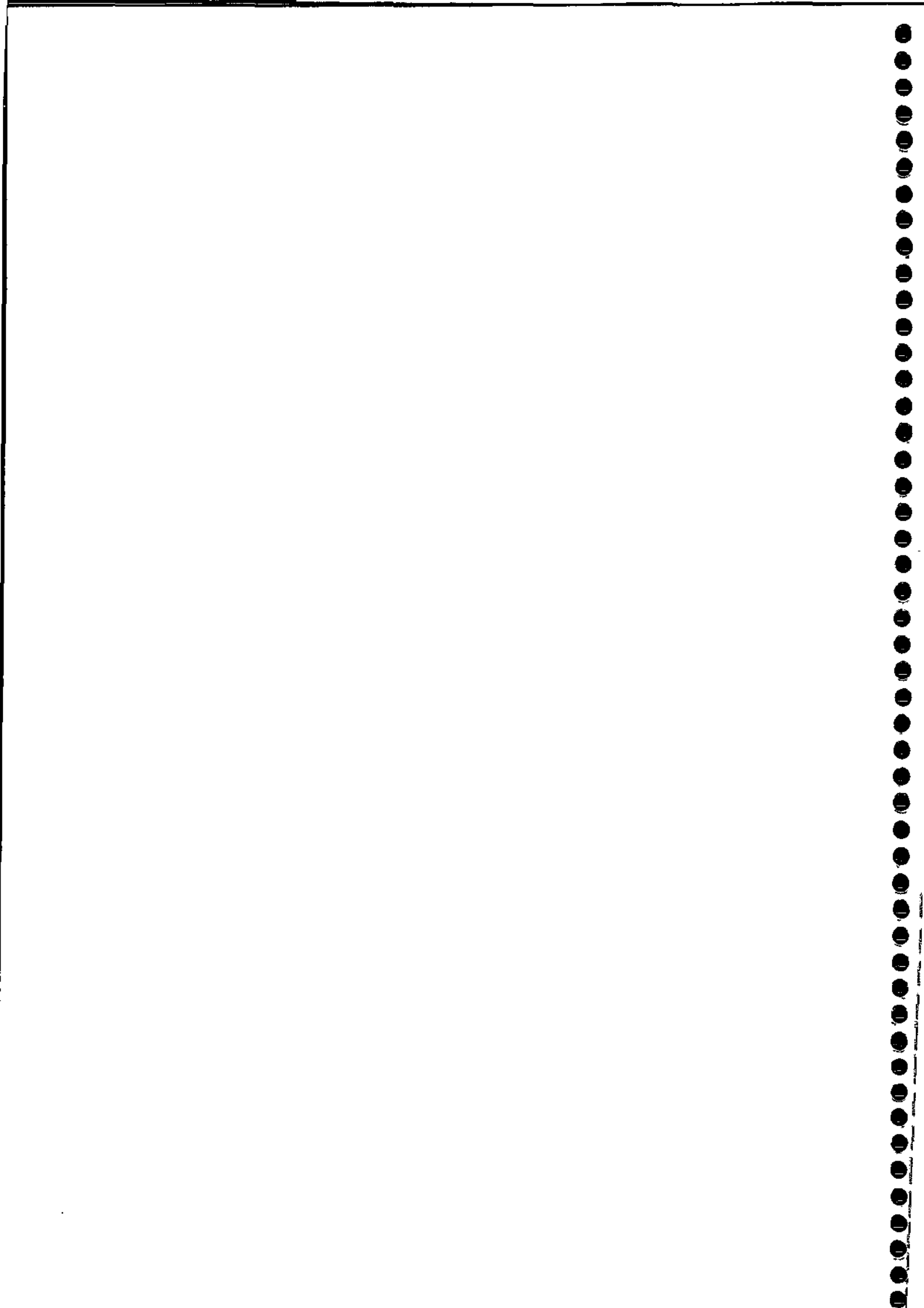
Revisão	Data	Natureza da operação	Responsável
000	15/06/2018	Criação do documento	Enfª Ana Laura Oliveira Pinatti
001	17/06/2019	Revisão anual	Enf. Marli Cristina de Oliveira Marcos
002	09/04/2020	Adaptação da rotina devido à pandemia do COVID-19	Enf. Magda Aparecida Arantes de Oliveira
003	22/04/2020	Revisão geral do procedimento e inclusão de orientações de pacientes encaminhados do CDP Aparecidinha	Enf. Magda Aparecida Arantes de Oliveira



004	16/06/2021	Revisão geral e inclusão de itens para dupla checagem do corpo	Enf. Fabiana Pereira Leite Paschoal
-----	------------	--	-------------------------------------

Elaborado por: Fabiana Pereira Leite Paschoal (INATIVADO) - Enfermeiro(a) Coordenador(a) UTI Adulto Envolvidos:	Verificado por: Qualidade (Revisor de Documentos) - GQ Aprovado por: Heder Joubert Nogueira da Silva - Coordenador(a) Humanização, Iuri Stachurski - Diretor(a) Técnico(a), Danilo Augusto dos Santos - Gerente Hotelaria, Danila dos Santos Oliveira - Assistente Social, Segurança do Trabalho - GQ, PGRSS - GQ, SCIH (Enfermeiros) - GQ
--	--







Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba

Av. São Paulo, 750 - Jd. Árvore Grande - Sorocaba/SP CEP 13013-002 CNPJ: 71.485.056/0001-21
☎ (15) 2101-8000 🌐 www.santacasasorocaba.com.br 📱 Siga-nos: @santacasasorocaba

POP

ANEXO 10.2

Título: Cuidados com o corpo pós óbito (pacientes com e sem suspeita/confirmação de COVID-19)	
Número e Versão do Documento: PO.ENFE.010 v.003	Fase: Publicado
Elaborado por: Fabiana Pereira Leite Paschoal (INATIVADO) - Enfermeiro(a) Coordenador(a) UTI Adulto	Data de Publicação: 24/07/2023
Área Emissora: Enfermagem Geral	Próxima revisão: 23/07/2025

1. OBJETIVO

- 1.1 Descrever o procedimento a ser realizado pela Equipe de Enfermagem na ocorrência de óbito de paciente – com ou sem suspeita de COVID-19.
- 1.2 Manter o corpo limpo e identificado.
- 1.3 Evitar odores e saídas de excreções e sangue.
- 1.4 Dispor o corpo em posição adequada, antes da rigidez cadavérica.

2. REFERÊNCIA

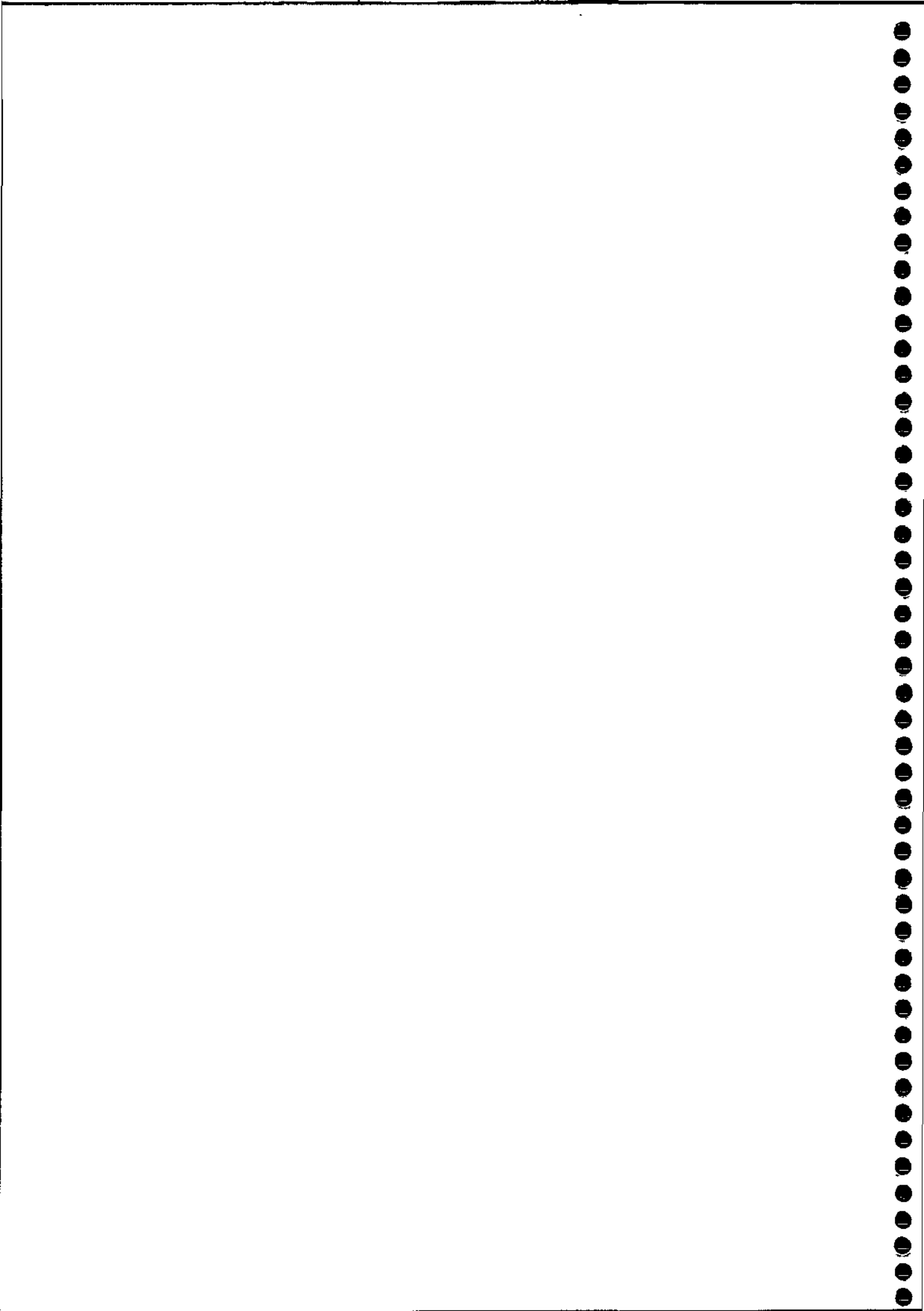
- 2.1 BRASIL. Anvisa. Medidas de prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde. 2013. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+4+-+Medidas+de+Preven%C3%A7%C3%A3o+de+Infec%C3%A7%C3%A3o+Relacionada+%C3%A0+Assist%C3%A2ncia+%C3%A0+Sa%C3%BAde/a3f23dfb-2c54-4e64-881c-fccf9220c373> Acessado em: 24/03/2020.
- 2.2 BRASIL. Anvisa. Limpeza e desinfecção de superfícies, 2010. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271892/Manual%2Bde%2BLimpeza%2Be%2BDesinfec%C3%A7%C3%A3o%2Bde%2BSuperf%C3%ADcies/1c9cda1e-da04-4221-9bd1-99def896b2b5> Acessado em: 24/03/2020.
- 2.3 BRASIL. Anvisa. Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 04/2020 Orientações Para Serviços De Saúde: Medidas De Prevenção E Controle Que Devem Ser Adotadas Durante A Assistência Aos Casos Suspeitos Ou Confirmados De Infecção Pelo Novo Coronavírus (SARS-cov-2). Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/NOTA+T%C3%89CNICA+N%C2%BA+05-2020+GVIMS-GGTES-ANVISA+-+ORIENTA%C3%87%C3%95ES+PARA+A+PREVEN%C3%87%C3%83O+E+O+CONTROLE+DE+INFECC%C3%87%C3%95ES+PELO+NOVO+CORONAV%C3%8DRUS+EM+INSTITUI%C3%87%C3%95ES+DE+LONGA+PERMAN%C3%8ANCIA+PARA+IDOSOS%28ILPI%29/8dcf5820-fe26-49dd-adf9-1cee4e6d3096> Acessado em: 24/03/2020.
- 2.4 Ministério da Saúde. Manejo de corpos no contexto do novo coronavírus (COVID-19). Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/25/manejo-corpos-coronavirus-versao1-25mar20-rev5.pdf> Acessado em: 26/03/2020.
- 2.5 Ofebas. Comunicado: Procedimento para óbitos oriundos de Covid-19 ou suspeita em 24/03/2020.
- 2.6 PO-OBIT-001: Rotina de Óbitos (com ou sem suspeita/ confirmação de COVID-19).
- 2.7

3. RESPONSÁVEIS

- 3.1 Auxiliar de enfermagem, Técnico em enfermagem, Enfermeiros.

4. CAMPO DE APLICAÇÃO

- 4.1 Setores assistenciais.



5. DEFINIÇÕES

- 5.1 RN: Recém nascido.
- 5.2 EPI: Equipamento de Proteção Individual.
- 5.3 PGRSS: Programa de gerenciamento de resíduos do serviço de saúde.
- 5.4 PS: Pronto Socorro.

6. MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

- 6.1 **EPIs COVID-19** (touca descartável, avental descartável impermeável de manga longa, avental descartável manga longa, óculos de proteção ou protetor facial, máscara cirúrgica e luvas de procedimento). **Máscara PFF2 (N95) caso realize procedimento que gerem aerossol)**
- 6.2 **EPIs demais casos:** (touca descartável, óculos de proteção ou protetor facial, máscara cirúrgica e luvas de procedimento).
- 6.3 Maca de transporte de óbito.
- 6.4 Hipoclorito de sódio 2%.
- 6.5 Álcool a 70%.
- 6.6 Pano para limpeza.
- 6.7 Gaze.
- 6.8 2 Cobertura de óbito -- código para solicitação (296).
- 6.9 Esparadrapo.
- 6.10 Lâmina de bisturi.
- 6.11 Material de escritório.
- 6.12 Formulários para impressão: FO-SANT-314 Identificação de corpo (COVID-19).
- 6.13 Etiqueta de identificação do paciente.
- 6.14 Pulseira de identificação.
- 6.15 Identificação do leito (FO-SANT-224 e 369).

7. PROCEDIMENTO

- 7.1 Cercar o leito com biombo.
- 7.2 Os profissionais envolvidos no preparo com o corpo devem realizar a higienização das mãos e paramentar-se com respectivos EPIs.
- 7.3 **Se for necessário realizar procedimentos que geram aerossol como extubação, usar PFF2 (N95).**
- 7.4 Durante os cuidados com o cadáver, só devem estar presentes no quarto ou área, os profissionais estritamente necessários (todos com EPI).
- 7.5 Colocar a prótese dentária no corpo (se houver).
- 7.6 Todos dispositivos como os tubos, drenos e cateteres devem ser removidos do corpo, tendo cuidado especial com a remoção de cateteres intravenosos, outros dispositivos cortantes e do tubo endotraqueal.
- 7.7 Descartar imediatamente os resíduos perfurocortantes em recipientes rígidos, à prova de perfuração e vazamento, e com o símbolo de resíduo infectante.
- 7.8 Colocar curativo oclusivo nos orifícios que estavam com dispositivos invasivos (cateteres intravenosos, drenos).
- 7.9 Limpar as secreções nos orifícios orais e nasais com gaze.
- 7.10 Realizar higiene íntima e colocar uma fralda.
- 7.11 Identificar adequadamente o cadáver, colocar a etiqueta de identificação no tórax e manter a pulseira de identificação.

Óbito de paciente sem suspeita/ confirmação de COVID-19

- 7.12 Acessar o Wareline, fazer requisição de uma cobertura de óbito em nome do paciente e retirar na respectiva Farmácia.
- 7.13 Acondicionar o corpo na cobertura de óbito.
- 7.14 Identificar a cobertura de óbito com a etiqueta do paciente e com o formulário de Identificação do Leito.
- 7.15 Retirar a identificação do leito, e fixar na cobertura de óbito secundária na região do quadril, fixando com fita.



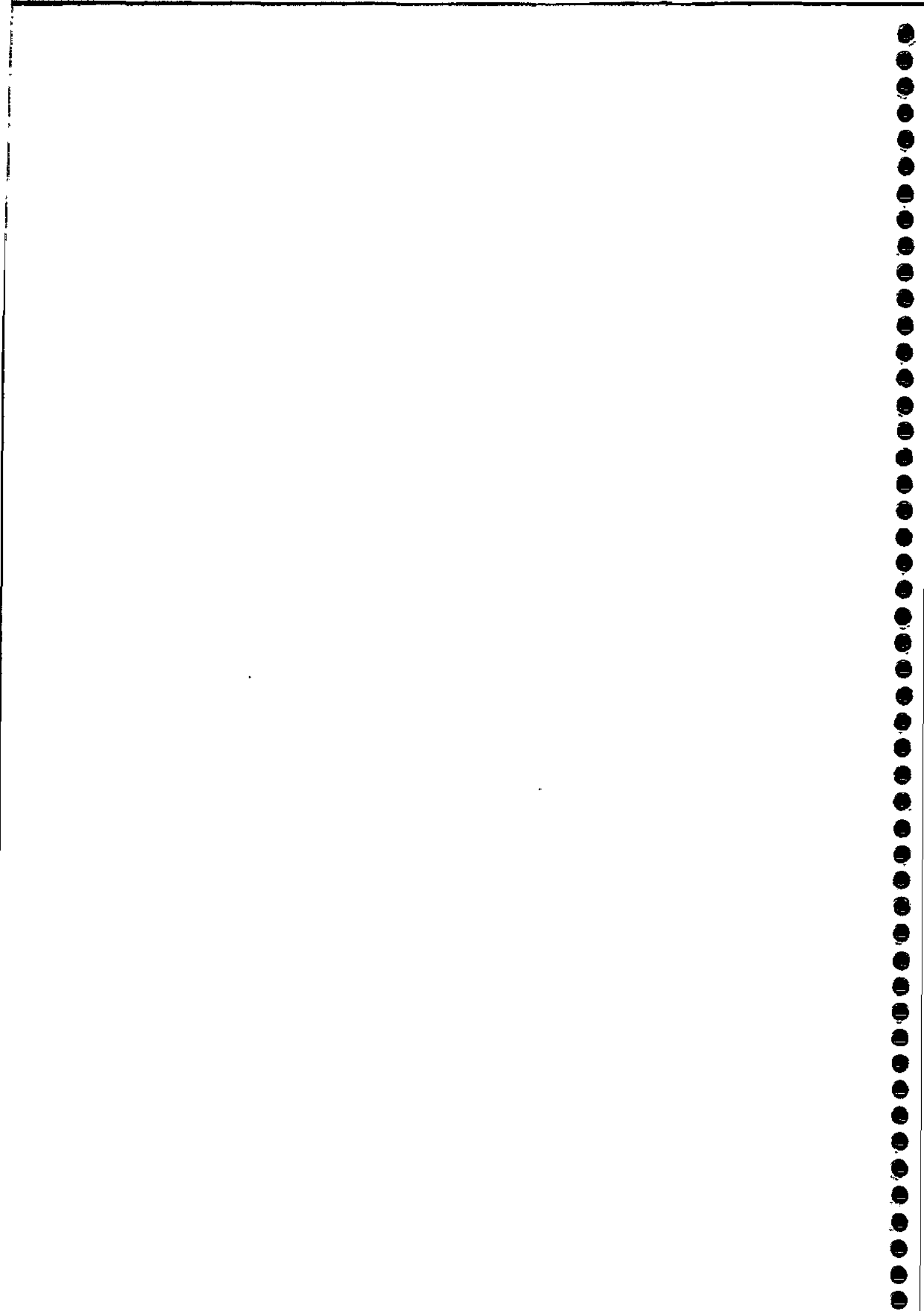
- 7.16 Antes de fechar a cobertura de óbito, o profissional da enfermagem deve acionar o enfermeiro do plantão, para realizar a dupla conferência da identificação (através do prontuário e conferir as identificações no corpo sendo eles: pulseira de identificação, etiqueta alocada no tórax e na cobertura de óbito e identificação beira leito que deverá estar na segunda cobertura de óbito na região do quadril).
- 7.17 Descartar em resíduo infectante (lixo branco): luvas de procedimento e máscara cirúrgica.
- 7.18 Encaminhar o corpo ao Morgue Geral.
- 7.19 Após remover os EPIs, sempre realizar a higienização das mãos conforme POP PO-SCIH-001.
- 7.20 Preencher a primeira etapa do formulário disponível dentro do Morgue - Livro de "Controle de Entrada e Saída do Morgue" (FO-SANT-608).
- 7.21 Solicitar a Equipe de Higiene que realize a limpeza terminal no leito.
- 7.22 Registrar o horário do óbito no sistema Wareline, prontuário do paciente e no Aviso de Óbito.
- 7.23 **A maca de transporte de óbitos deve ser utilizada apenas para esse fim e ser de fácil limpeza e desinfecção. Avisar a Equipe de Higiene para que realize a higienização logo após o uso.**

Óbito de paciente com suspeita/ confirmação de COVID-19

- 7.24 Acessar o Wareline, fazer requisição de duas coberturas de óbito em nome do paciente e retirar na respectiva Farmácia.
- 7.25 Acondicionar o corpo em duas coberturas de óbito. A superfície da segunda embalagem deve ser desinfetada (pode-se utilizar álcool a 70º ou hipoclorito de sódio a 2%).
- 7.26 Identificar a cobertura de óbito externa com a informação relativa a risco biológico no contexto da COVID-19: agente biológico classe de risco 3 (Formulários para impressão: FO-SANT-314 Identificação de corpo (COVID-19)).
- 7.27 Identificar a cobertura de óbito externa com a etiqueta do paciente e com o formulário de Identificação do Leito.
- 7.28 Retirar a identificação do leito, e fixar na cobertura de óbito secundária na região do quadril, fixando com fita.
- 7.29 Antes de fechar a cobertura de óbito, o profissional da enfermagem deve acionar o enfermeiro do plantão, para realizar a dupla conferência da identificação (através do prontuário e conferir as identificações no corpo sendo eles: pulseira de identificação, etiqueta alocada no tórax e na cobertura de óbito e identificação beira leito que deverá estar na segunda cobertura de óbito na região do quadril).
- 7.30 Descartar em resíduo infectante (lixo branco): luvas de procedimento, avental, máscara cirúrgica, touca e no quarto.
- 7.31 Vestir um outro avental descartável e luvas de procedimento e encaminhar o corpo ao Morgue COVID.
- 7.32 Após remover os EPIs, sempre realizar a higienização das mãos conforme POP PO-SCIH-001.
- 7.33 Preencher a primeira etapa do formulário disponível dentro do Morgue - Livro de "Controle de Entrada e Saída do Morgue" (FO-SANT-608).
- 7.34 Solicitar a Equipe de Higiene que realize a limpeza terminal no leito. O pano de limpeza deve ser desprezado após o uso lixeira de resíduo infectante.
- 7.35 Registrar o horário do óbito no sistema Wareline, prontuário do paciente e no Aviso de Óbito.
- 7.36 **A maca de transporte de óbitos deve ser utilizada apenas para esse fim e ser de fácil limpeza e desinfecção. Avisar a Equipe de Higiene para que realize a higienização logo após o uso.**
- 7.37 Deve ser anotado no livro de ocorrências da unidade o nome de todos os funcionários que estiveram envolvidos no preparo do corpo bem como a funcionária da limpeza que realizou a limpeza terminal do quarto.
- 7.38

8. OBSERVAÇÕES

- 8.1 As precauções padrões de controle de infecção e precauções baseadas na transmissão devem continuar sendo aplicados no manuseio do corpo após o óbito. Isso ocorre devido ao risco contínuo de transmissão infecciosa por contato, embora o risco seja geralmente menor do que para pacientes ainda vivos.
- 8.2 A convocação para que a família compareça ao Hospital é feita pela Equipe de Enfermagem.
- 8.3 O óbito é comunicado pelo Médico aos familiares.





Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba

Av. São Paulo, 750 - Jd. Árvore Grande - Sorocaba/SP CEP 13013-002 CNPJ: 71.485.056/0001-21
(15) 2101-8000 www.santacasasorocaba.com.br Siga-nos: @santacasasorocaba

POP

ANEXO 10.2

Título: Cuidados com o corpo pós óbito (pacientes com e sem suspeita/confirmação de COVID-19)	
Número e Versão do Documento: PO.ENFE.010 v.003	Fase: Publicado
Elaborado por: Fabiana Pereira Leite Paschoal (INATIVADO) - Enfermeiro(a) Coordenador(a) UTI Adulto	Data de Publicação: 24/07/2023
Área Emitente: Enfermagem Geral	Próxima revisão: 23/07/2025

1. OBJETIVO

- 1.1 Descrever o procedimento a ser realizado pela Equipe de Enfermagem na ocorrência de óbito de paciente – com ou sem suspeita de COVID-19.
- 1.2 Manter o corpo limpo e identificado.
- 1.3 Evitar odores e saídas de excreções e sangue.
- 1.4 Dispor o corpo em posição adequada, antes da rigidez cadavérica.

2. REFERÊNCIA

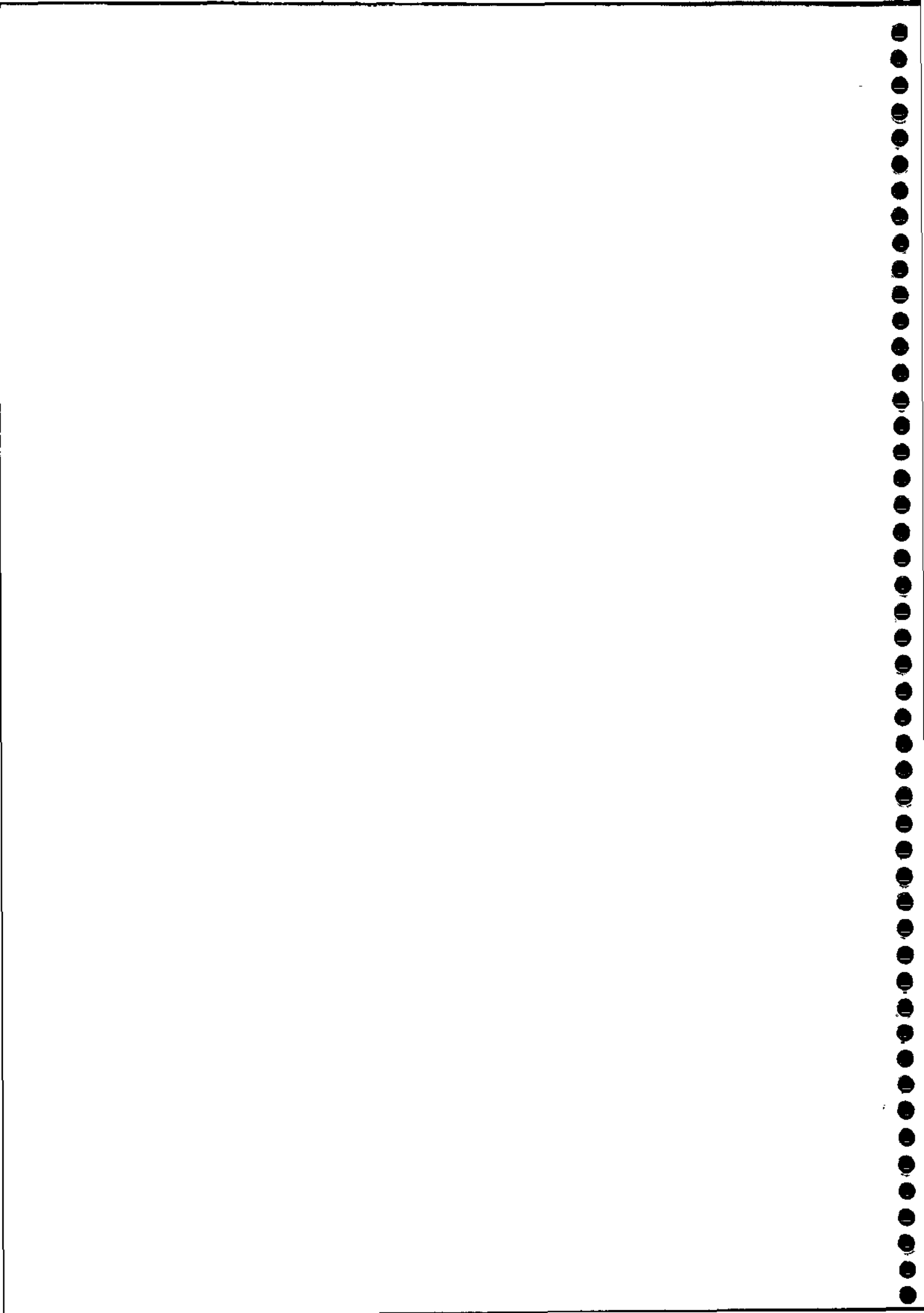
- 2.1 BRASIL. Anvisa. Medidas de prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde. 2013. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+4+-+Medidas+de+Preven%C3%A7%C3%A3o+de+Infec%C3%A7%C3%A3o+Relacionada+%C3%A0+Assist%C3%A2ncia+%C3%A0+Sa%C3%BAde/a3f23dfb-2c54-4e64-881c-fccf9220c373> Acessado em: 24/03/2020.
- 2.2 BRASIL. Anvisa. Limpeza e desinfecção de superfícies, 2010. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271892/Manual%2Bde%2BLimpeza%2Be%2BDesinfec%C3%A7%C3%A3o%2Bde%2Bsuperf%C3%ADcies/1c9cda1e-da04-4221-9bd1-99def896b2b5> Acessado em: 24/03/2020.
- 2.3 BRASIL. Anvisa. Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 04/2020 Orientações Para Serviços De Saúde: Medidas De Prevenção E Controle Que Devem Ser Adotadas Durante A Assistência Aos Casos Suspeitos Ou Confirmados De Infecção Pelo Novo Coronavírus (SARS-cov-2). Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/NOTA+T%C3%89CNICA+N%C2%BA+05-2020+GVIMS-GGTES-ANVISA+-+ORIENTA%C3%87%C3%95ES+PARA+A+PREVEN%C3%87%C3%83O+E+O+CONTROLE+DE+INFECC%C3%87%C3%95ES+PELO+NOVO+CORONAV%C3%8DUS+EM+INSTITUI%C3%87%C3%95ES+DE+LONGA+PERMAN%C3%8ANCIA+PARA+IDOSOS%28LPI%29/8dcf5820-fe26-49dd-adf9-1cee4e6d3096> Acessado em: 24/03/2020.
- 2.4 Ministério da Saúde. Manejo de corpos no contexto do novo coronavírus (COVID-19). Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/25/manejo-corpos-coronavirus-versao1-25mar20-rev5.pdf> Acessado em: 26/03/2020.
- 2.5 Ofebas. Comunicado: Procedimento para óbitos oriundos de Covid-19 ou suspeita em 24/03/2020.
- 2.6 PO-OBIT-001: Rotina de Óbitos (com ou sem suspeita/ confirmação de COVID-19).
- 2.7

3. RESPONSÁVEIS

- 3.1 Auxiliar de enfermagem, Técnico em enfermagem, Enfermeiros.

4. CAMPO DE APLICAÇÃO

- 4.1 Setores assistenciais.



5. DEFINIÇÕES

- 5.1 RN: Recém nascido.
- 5.2 EPI: Equipamento de Proteção Individual.
- 5.3 PGRSS: Programa de gerenciamento de resíduos do serviço de saúde.
- 5.4 PS: Pronto Socorro.

6. MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

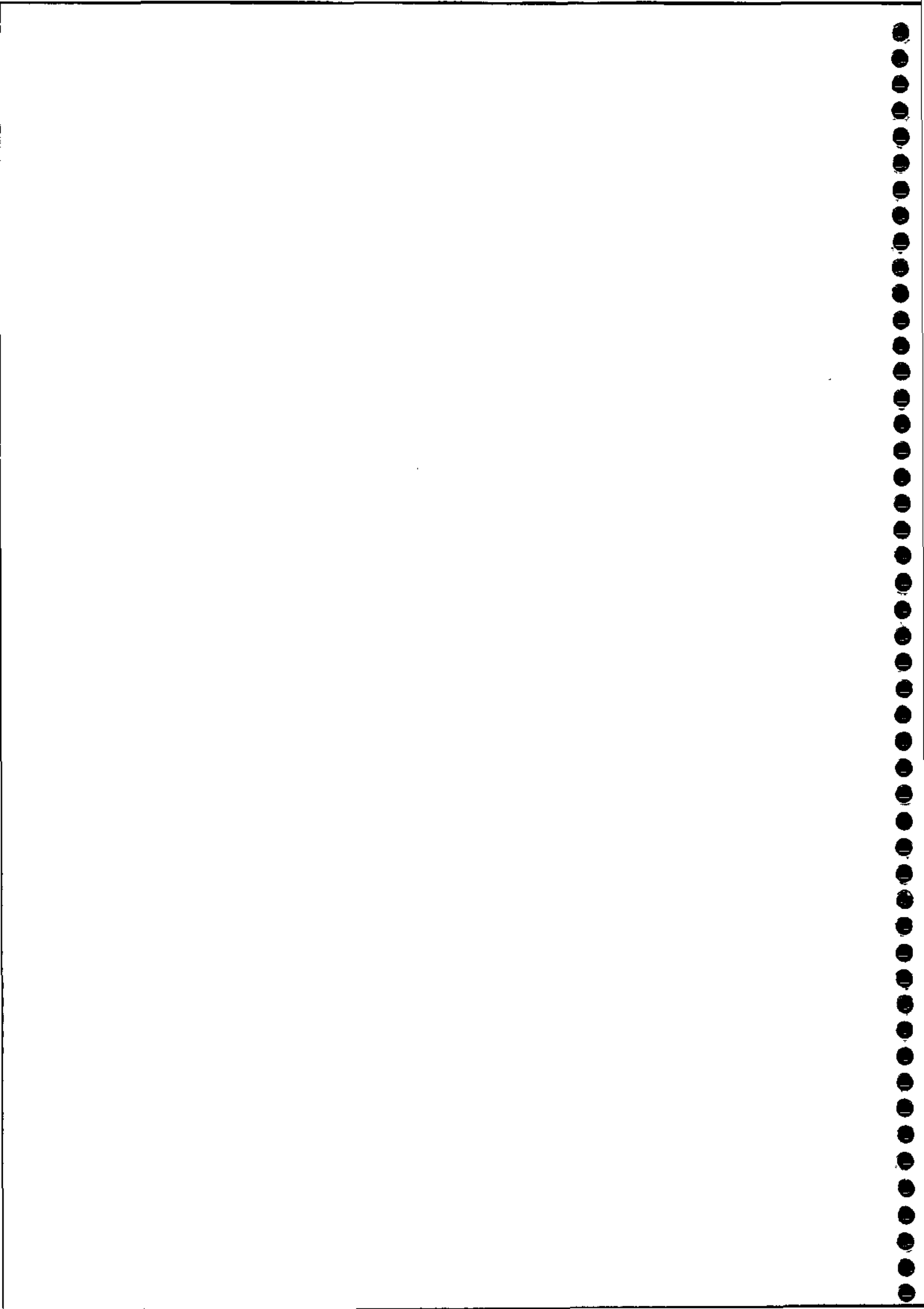
- 6.1 **EPIs COVID-19** (touca descartável, avental descartável impermeável de manga longa, avental descartável manga longa, óculos de proteção ou protetor facial, máscara cirúrgica e luvas de procedimento). **Máscara PFF2 (N95) caso realize procedimento que gerem aerossol)**
- 6.2 **EPIs demais casos:** (touca descartável, óculos de proteção ou protetor facial, máscara cirúrgica e luvas de procedimento).
- 6.3 Maca de transporte de óbito.
- 6.4 Hipoclorito de sódio 2%.
- 6.5 Álcool a 70%.
- 6.6 Pano para limpeza.
- 6.7 Gaze.
- 6.8 2 Cobertura de óbito -- código para solicitação (296).
- 6.9 Esparadrapo.
- 6.10 Lâmina de bisturi.
- 6.11 Material de escritório.
- 6.12 Formulários para impressão: FO-SANT-314 Identificação de corpo (COVID-19).
- 6.13 Etiqueta de identificação do paciente.
- 6.14 Pulseira de identificação.
- 6.15 Identificação do leito (FO-SANT-224 e 369).

7. PROCEDIMENTO

- 7.1 Cercar o leito com biombo.
- 7.2 Os profissionais envolvidos no preparo com o corpo devem realizar a higienização das mãos e paramentar-se com respectivos EPIs.
- 7.3 **Se for necessário realizar procedimentos que geram aerossol como extubação, usar PFF2 (N95).**
- 7.4 Durante os cuidados com o cadáver, só devem estar presentes no quarto ou área, os profissionais estritamente necessários (todos com EPI).
- 7.5 Colocar a prótese dentária no corpo (se houver).
- 7.6 Todos dispositivos como os tubos, drenos e cateteres devem ser removidos do corpo, tendo cuidado especial com a remoção de cateteres intravenosos, outros dispositivos cortantes e do tubo endotraqueal.
- 7.7 Descartar imediatamente os resíduos perfurocortantes em recipientes rígidos, à prova de perfuração e vazamento, e com o símbolo de resíduo infectante.
- 7.8 Colocar curativo oclusivo nos orifícios que estavam com dispositivos invasivos (cateteres intravenosos, drenos).
- 7.9 Limpar as secreções nos orifícios orais e nasais com gaze.
- 7.10 Realizar higiene íntima e colocar uma fralda.
- 7.11 Identificar adequadamente o cadáver, colocar a etiqueta de identificação no tórax e manter a pulseira de identificação.

Óbito de paciente sem suspeita/ confirmação de COVID-19

- 7.12 Acessar o Wareline, fazer requisição de uma cobertura de óbito em nome do paciente e retirar na respectiva Farmácia.
- 7.13 Acondicionar o corpo na cobertura de óbito.
- 7.14 Identificar a cobertura de óbito com a etiqueta do paciente e com o formulário de Identificação do Leito.
- 7.15 Retirar a identificação do leito, e fixar na cobertura de óbito secundária na região do quadril, fixando com fita.



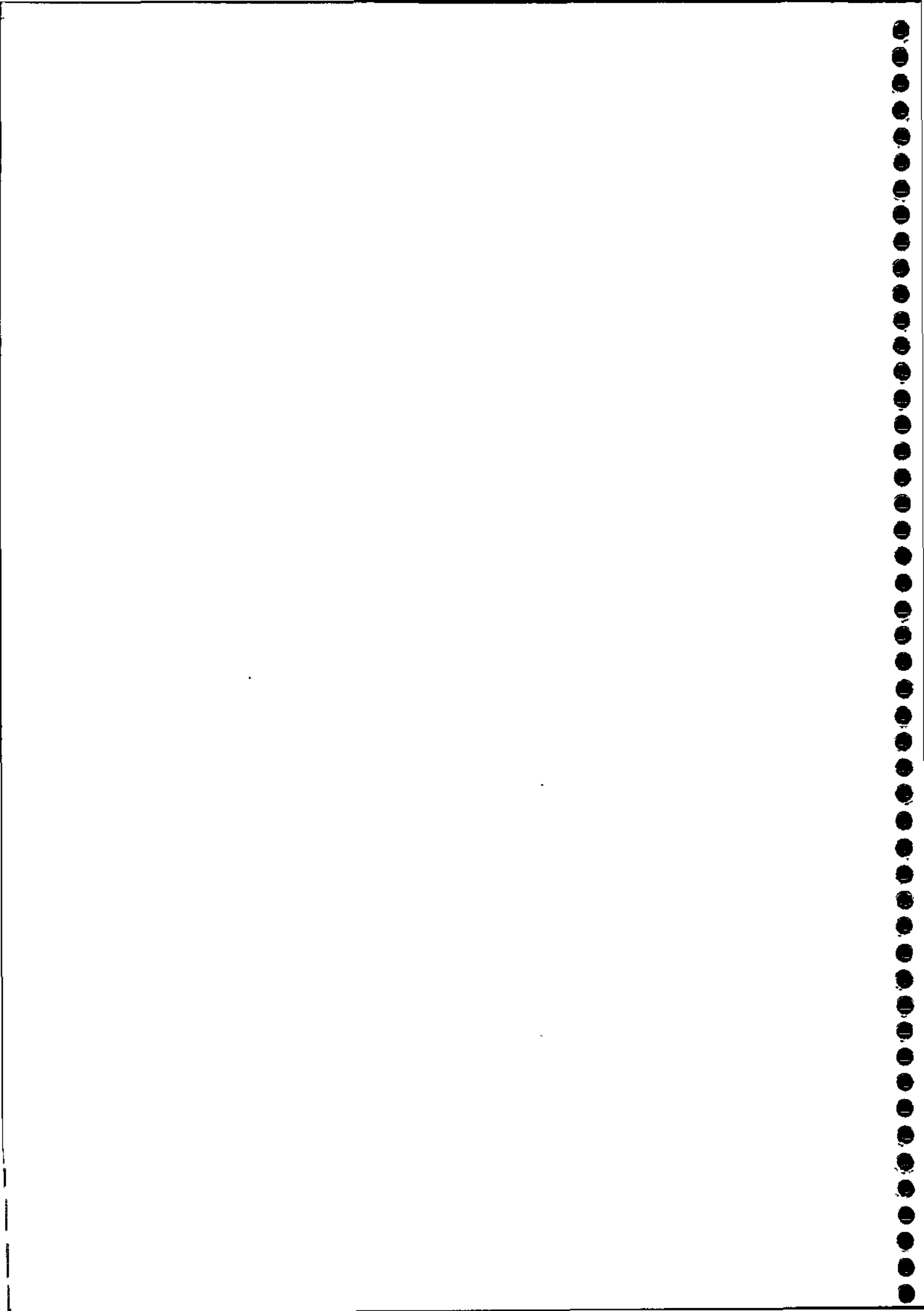
- 7.16 Antes de fechar a cobertura de óbito, o profissional da enfermagem deve acionar o enfermeiro do plantão, para realizar a dupla conferência da identificação (através do prontuário e conferir as identificações no corpo sendo eles: pulseira de identificação, etiqueta alocada no tórax e na cobertura de óbito e identificação beira leito que deverá estar na segunda cobertura de óbito na região do quadril).
- 7.17 Descartar em resíduo infectante (lixo branco): luvas de procedimento e máscara cirúrgica.
- 7.18 Encaminhar o corpo ao Morgue Geral.
- 7.19 Após remover os EPIs, sempre realizar a higienização das mãos conforme POP PO-SCIH-001.
- 7.20 Preencher a primeira etapa do formulário disponível dentro do Morgue - Livro de "Controle de Entrada e Saída do Morgue" (FO-SANT-608).
- 7.21 Solicitar a Equipe de Higiene que realize a limpeza terminal no leito.
- 7.22 Registrar o horário do óbito no sistema Wareline, prontuário do paciente e no Aviso de Óbito.
- 7.23 **A maca de transporte de óbitos deve ser utilizada apenas para esse fim e ser de fácil limpeza e desinfecção. Avisar a Equipe de Higiene para que realize a higienização logo após o uso.**

Óbito de paciente com suspeita/ confirmação de COVID-19

- 7.24 Acessar o Wareline, fazer requisição de duas coberturas de óbito em nome do paciente e retirar na respectiva Farmácia.
- 7.25 Acondicionar o corpo em duas coberturas de óbito. A superfície da segunda embalagem deve ser desinfetada (pode-se utilizar álcool a 70º ou hipoclorito de sódio a 2%).
- 7.26 Identificar a cobertura de óbito externa com a informação relativa a risco biológico no contexto da COVID-19: agente biológico classe de risco 3 (Formulários para impressão: FO-SANT-314 Identificação de corpo (COVID-19)).
- 7.27 Identificar a cobertura de óbito externa com a etiqueta do paciente e com o formulário de Identificação do Leito.
- 7.28 Retirar a identificação do leito, e fixar na cobertura de óbito secundária na região do quadril, fixando com fita.
- 7.29 Antes de fechar a cobertura de óbito, o profissional da enfermagem deve acionar o enfermeiro do plantão, para realizar a dupla conferência da identificação (através do prontuário e conferir as identificações no corpo sendo eles: pulseira de identificação, etiqueta alocada no tórax e na cobertura de óbito e identificação beira leito que deverá estar na segunda cobertura de óbito na região do quadril).
- 7.30 Descartar em resíduo infectante (lixo branco): luvas de procedimento, avental, máscara cirúrgica, touca e no quarto.
- 7.31 Vestir um outro avental descartável e luvas de procedimento e encaminhar o corpo ao Morgue COVID.
- 7.32 Após remover os EPIs, sempre realizar a higienização das mãos conforme POP PO-SCIH-001.
- 7.33 Preencher a primeira etapa do formulário disponível dentro do Morgue - Livro de "Controle de Entrada e Saída do Morgue" (FO-SANT-608).
- 7.34 Solicitar a Equipe de Higiene que realize a limpeza terminal no leito. O pano de limpeza deve ser desprezado após o uso lixeira de resíduo infectante.
- 7.35 Registrar o horário do óbito no sistema Wareline, prontuário do paciente e no Aviso de Óbito.
- 7.36 **A maca de transporte de óbitos deve ser utilizada apenas para esse fim e ser de fácil limpeza e desinfecção. Avisar a Equipe de Higiene para que realize a higienização logo após o uso.**
- 7.37 Deve ser anotado no livro de ocorrências da unidade o nome de todos os funcionários que estiveram envolvidos no preparo do corpo bem como a funcionária da limpeza que realizou a limpeza terminal do quarto.
- 7.38

8. OBSERVAÇÕES

- 8.1 As precauções padrões de controle de infecção e precauções baseadas na transmissão devem continuar sendo aplicados no manuseio do corpo após o óbito. Isso ocorre devido ao risco contínuo de transmissão infecciosa por contato, embora o risco seja geralmente menor do que para pacientes ainda vivos.
- 8.2 A convocação para que a família compareça ao Hospital é feita pela Equipe de Enfermagem.
- 8.3 O óbito é comunicado pelo Médico aos familiares.



- 8.4 Anotar no prontuário: Hora, causa da morte e o nome do médico que constatou o óbito. Deve ser precedido pela anotação referente a hora da parada, manobras de reanimação e medicamentos utilizados.
- 8.5 Esse procedimento aplica-se a óbitos de adultos. Para óbitos de RN ocorridos na UTI Neonatal ou Maternidade, seguir orientações do procedimento PO-UTIN-019. Para natimortos na Maternidade, seguir orientações do procedimento PO-MATE-042.

9. ORIENTAÇÕES PARA O PACIENTE

9.1 Não se aplica.

10. HISTÓRICO

Revisão	Data	Natureza da operação	Responsável
000	25/09/2017	Criação do documento.	Enfª Fabiana Silva Ferrari. Coren/SP: 235.772
001	15/06/2018	Procedimento reformulado devido a criação do Setor de Óbitos.	Enfª Ana Laura Oliveira Pinatti
002	13/04/2020	Revisão Geral do documento	Enfa Andressa S. C. das Neves Coren/SP 0127636
003	16/06/2021	Atualização geral e inclusão de dupla checagem do corpo Unificação com o POP PO-ENFE-102.	Enf. Fabiana Pereira Leite Paschoal Enf. Carla Regina Gallina Garrido

Elaborado por: Fabiana Pereira Leite Paschoal (INATIVADO) - Enfermeiro(a) Coordenador(a) UTI Adulto Envolvidos:	Verificado por: Qualidade (Revisor de Documentos) - GQ Aprovado por: SCIH (Enfermeiros) - GQ
--	---



Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba

Av. São Paulo, 750 - Jd. Árvore Grande - Sorocaba/SP CEP 18013-002 CNPJ: 71.485.056/0001-21
(15) 2101-8000 @www.santacasasorocaba.com.br f @in Siga-nos; @santacasasorocaba

POP

ANEXO 10.3

Título: Óbito de RN

Número e Versão do Documento: PO.UTIN.019 v.005

Fase: Publicado

Elaborado por: Ana Paula Uzar Almeida - Enfermeiro(a) Coordenador(a)
UTI Neonatal e Posto de Coleta

Data de Publicação: 28/07/2023

Área Emissora: UTI Neonatal - Enfermagem

Próxima revisão: 27/07/2025

1. OBJETIVO

1.1 Padronizar ações de enfermagem frente ao óbito de RN.

2. RESPONSÁVEIS

2.1 Enfermeiro: atividades burocráticas.

2.2 Técnico de Enfermagem: Cuidados com o corpo e transporte.

3. ÁREAS ENVOLVIDAS

3.1 UTI Neonatal.

4. DEFINIÇÕES

4.1 RN: Recém-nascido.

4.2 ECG: Exame de eletrocardiograma.

4.3 EPI: Equipamento de Proteção Individual.

4.4 PGRSS: Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde.

5. MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

5.1 EPIs (Luvas de Procedimento) e EPIs de medidas de precaução, quando necessário.

5.2 Saco Mortuário.

5.3 Livro de Internação.

5.4 Material de Escritório.

5.5 Livro Morgue.

5.6 Etiqueta de Identificação.

5.7 Berço de transporte.

5.8 FO-SANT-003 Orientação de Serviço Funerário.

5.9 FO-SANT-002 Aviso de Óbito.

5.10 FO-SANT-005 Requisição de Necropsia.

5.11 FO-SANT-006 Termo de consentimento informado e esclarecido para realização de necropsia (SVO).

5.12 FO-SANT-008 Termo de Recusa Informado e Esclarecido para realização de necropsia (SVO).

6. PROCEDIMENTO

Técnico de Enfermagem

6.1 Higienizar as mãos (PO-SCIH-001).

6.2 Calçar as luvas de procedimento (PO-SCIH-002).

6.3 Realizar o ECG para confirmação do óbito (PO-ENFE-030), se prescrito pelo Médico.

6.4 Verificar se o corpo está identificado com pulseira em MSD e MID.

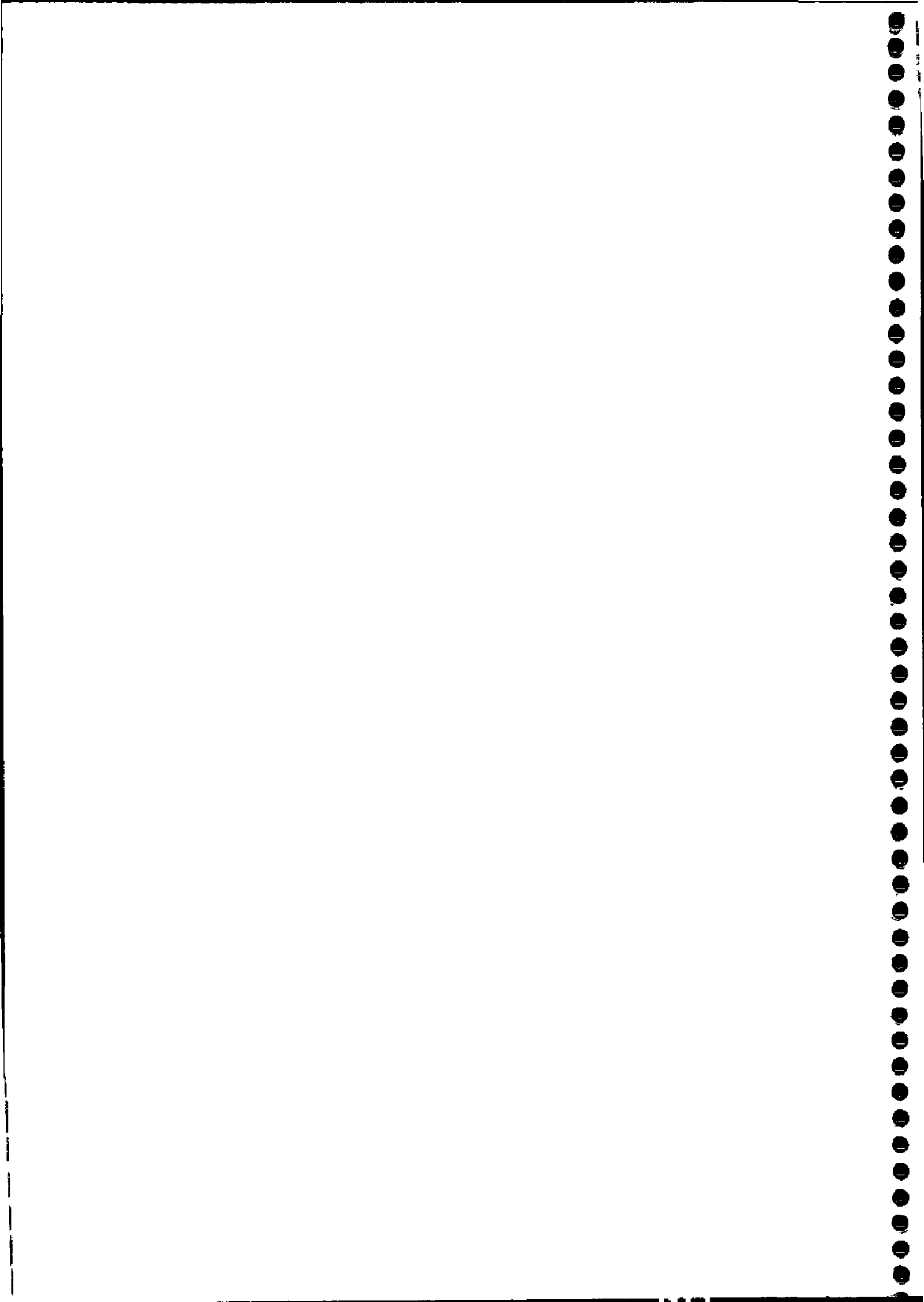
6.5 Retirar drenos, cateteres, sondas e outros dispositivos do corpo.

6.6 Colar etiqueta no tórax do corpo.

6.7 Envolver o corpo em cueiro e manter dentro da incubadora até a chegada da família.

6.8 Descalçar as luvas de procedimento (PO-SCIH-002).

6.9 Higienizar as mãos (PO-SCIH-001).



- 6.10 Acessar o sistema, fazer requisição de saco mortuário em nome do paciente e retirar na respectiva Farmácia.
- 6.11 Higienizar as mãos (PO-SCIH-001).
- 6.12 Calçar as luvas de procedimento (PO-SCIH-002).
- 6.13 Acondicionar o corpo em saco mortuário, após a despedida da família.
- 6.14 Identificar o saco mortuário com a etiqueta do paciente.
- 6.15 Colocar identificação do leito fixada no saco mortuário (região abdominal).
- 6.16 Realizar dupla checagem de identificação do corpo.
- 6.17 Pegar a chave do Morgue na Recepção Central.
- 6.18 Passar o corpo para o berço de transporte, coberto com lençol.
- 6.19 Transportar o corpo para o Morgue.
- 6.20 Preencher o caderno de controle do Morgue com as informações necessárias.
- 6.21 Colocar o corpo no berço que se encontra no necrotério.
- 6.22 Desprezar o lençol no hamper.
- 6.23 Descalçar as luvas de procedimento (PO-SCIH-002).
- 6.24 Higienizar as mãos conforme (PO-SCIH-001).
- 6.25 Devolver chave do Morgue para a Recepção Central.
- 6.26 Descrever todo procedimento no prontuário (momento da PCR, procedimentos realizados, condutas com a família etc.)
- 6.27 Anotar no Livro de Internação data e hora do óbito, no local onde se encontra a etiqueta do RN.

Enfermeiro

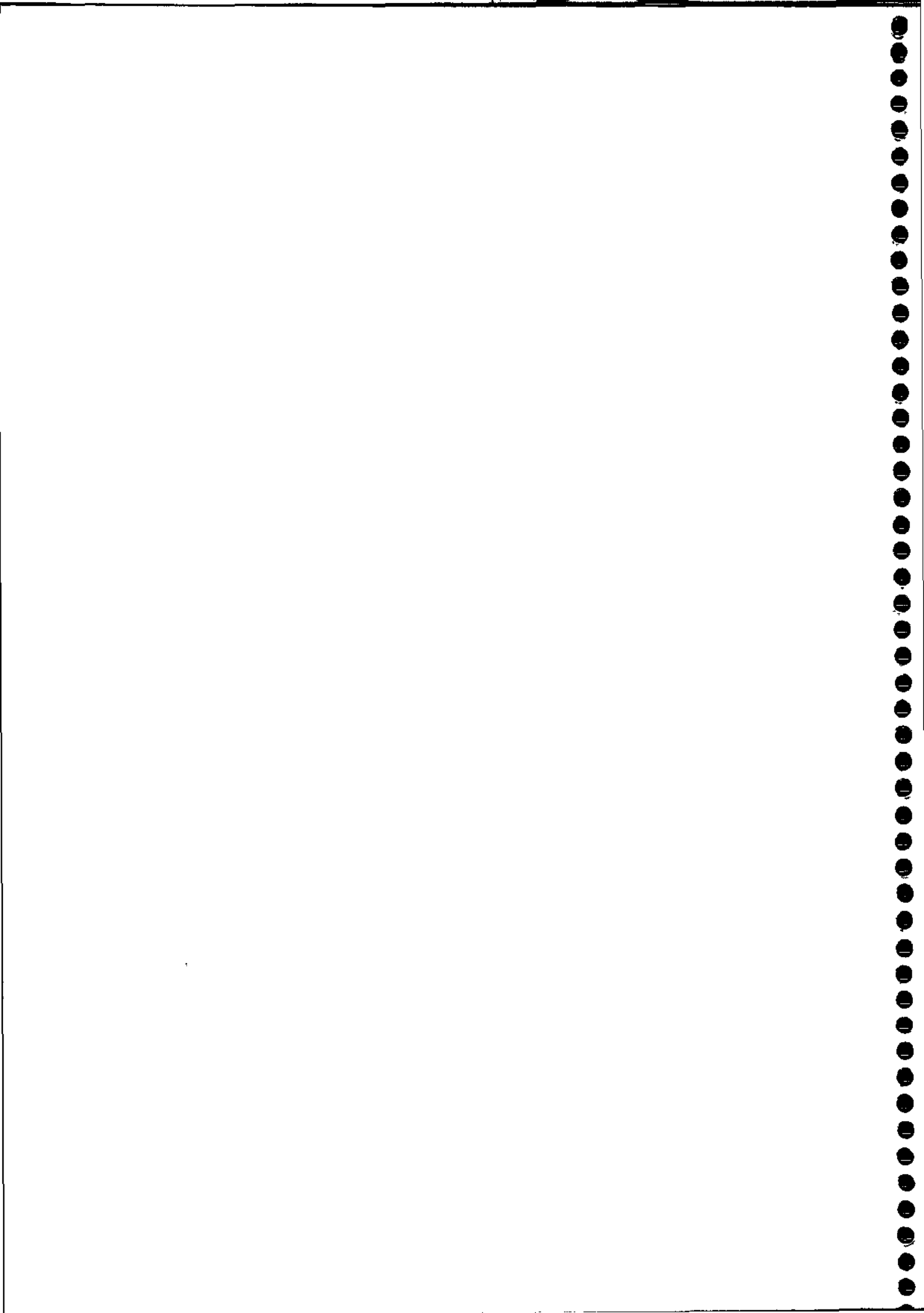
- 6.28 Ligar para a família e solicitar que compareçam ao Hospital. Comunicar também o BOS pelo ramal 5590.
- 6.29 Preencher Formulário de Aviso de Óbito e encaminhar para a Recepção Central junto a cópia da prescrição médica constatando o óbito do RN.
- 6.30 Solicitar que o Médico preencha o documento entregue pelo a Recepção Central.
- 6.31 Devolver o documento para o a Recepção Central.
- 6.32 Receber a família na UTI Neonatal, comunicar o óbito juntamente com o médico e proporcionar momento de despedida.
- 6.33 Descrever todo procedimento no prontuário (momento da PCR, procedimentos realizados, condutas com a família etc.).

Procedimento em caso de SVO – Realizado pelo Enfermeiro

- 6.34 Caso seja necessário SVO, imprimir a "Requisição de Necropsia", "FO-SANT-006 Termo de consentimento informado e esclarecido para realização de necropsia (SVO)" e "FO-SANT-008 Termo de Recusa Informado e Esclarecido para realização de necropsia (SVO)".
- 6.35 Solicitar que o Médico preencha, assine e carimbe a "Requisição de Necropsia".
- 6.36 Solicitar aos familiares que preencham e assinem "Requisição de Necropsia" e o respectivo Termo conforme opção da família.
- 6.37 Orientar familiares para realizar abertura de BO, conforme descrito no Pop PO-ENFE-035.
- 6.38 Encaminhar Requisição de Necropsia e Termo preenchido e assinado para a Recepção Central.
- 6.39 Levar uma cópia da Requisição e do Termo e anexar ao prontuário.

7. OBSERVAÇÕES

- 7.1 Se óbito por COVID ou outra doença contagiosa, seguir as medidas de precaução de contato e/ou respiratórias.
- 7.2 Se COVID:
 - Colocar em dois sacos mortuários.
 - Preferencialmente colocar o corpo em um segundo saco impermeável e desinfetar a superfície externa do saco (pode-se utilizar álcool a 70º, hipoclorito de sódio a 2%).
 - Identificar o saco externo de transporte com a informação relativa a risco biológico no contexto da COVID-19: agente biológico classe de risco 3 (Formulários para impressão: FO-SANT-314 Identificação de corpo (COVID-19)).



- Solicitar a equipe de higiene que realize a limpeza terminal do leito. O pano de limpeza deve ser desprezado após o uso fixa de resíduo infectante.

8. CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

Tarefa	Orientação
Assistência direta ao paciente	Seguir os 5 momentos de higienização das mãos
Uso de luvas	Higienizar as mãos antes de calçar e após descalçar as luvas

9. SEGURANÇA DO TRABALHO

Recomendações de segurança	
Sapato fechado	Proteção dos pés do usuário contra riscos de natureza leve. Deve ter fechamento no calcâneo, dorso e a lateral do pé. Ex.: Tênis e sapato

Procedimentos assistenciais

EPI	Recomendação
Luvas de procedimento	Recomenda-se o uso caso haja contato com sangue, líquidos potencialmente infectantes ou agentes biológicos
Avental impermeável ou gasparzinho	Recomenda-se o uso caso haja possibilidade de contato de pele ou roupas do profissional com sangue ou líquidos potencialmente infectantes
Máscara, protetor facial	Recomenda-se o uso caso haja possibilidade de respingo de sangue ou líquidos potencialmente infectantes atingirem a face do profissional de saúde
Óculos de proteção	Proteção dos olhos contra agente biológicos, contra impacto de partículas volantes

10. DESCARTE DE RESÍDUOS (PGRSS)

Tipo de resíduo	Definição	Descarte
Comum 	Resíduos que não apresentam risco biológico, químico ou radioativo. Normalmente são similares aos resíduos domiciliares (papel, embalagens...)	Em lixo com simbologia comum e saco preto
Infectante 	Resíduos como: algodão, gaze, luva ou qualquer outro material que contenha sangue ou fluidos corpóreos, curativos, resíduos de cirurgias, moldagens e kits para exames	Em lixo com simbologia infectante e saco branco leitoso

11. ORIENTAÇÕES PARA OS RESPONSÁVEIS

11.1 Não se aplica.

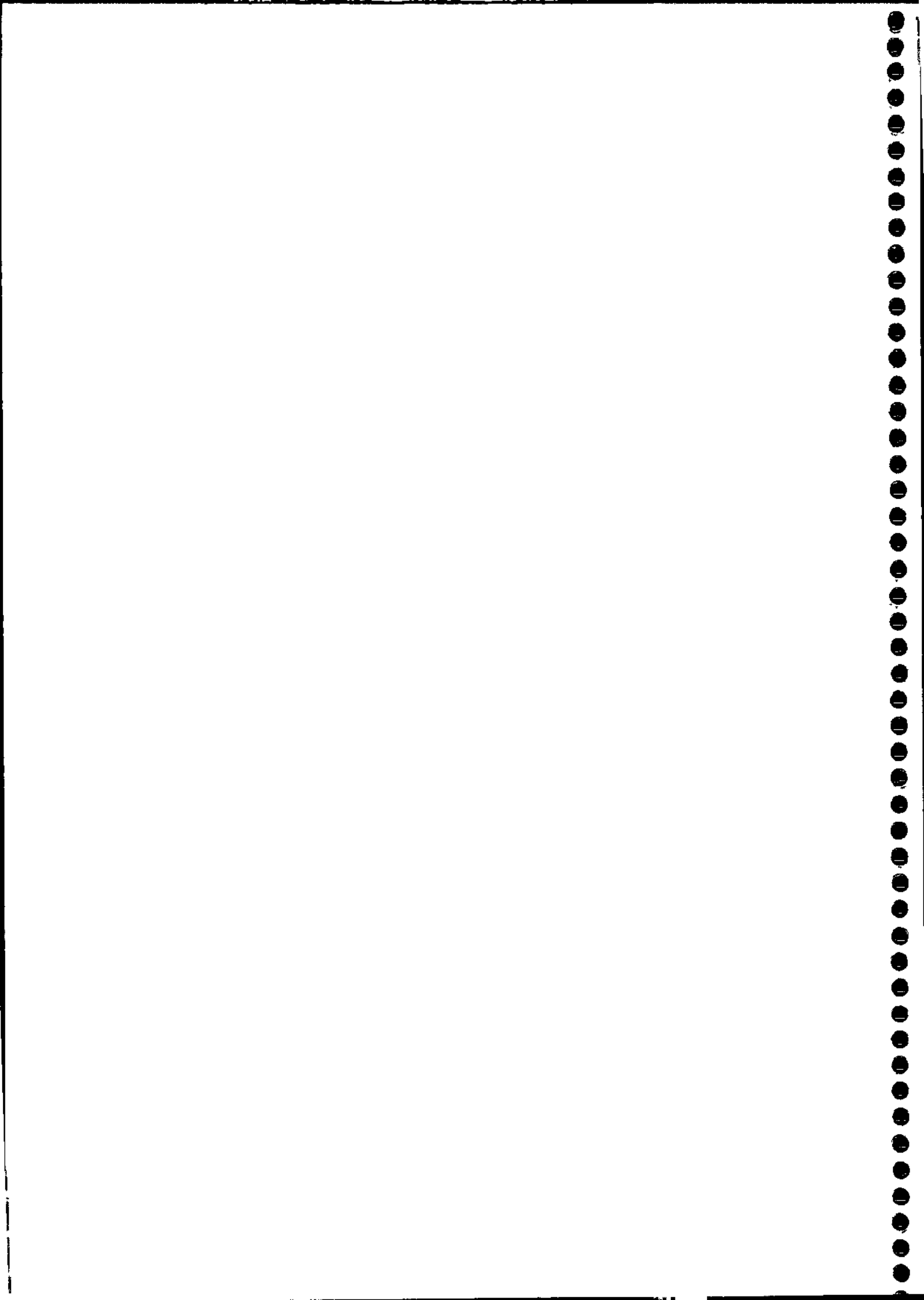
12. REFERÊNCIA

12.1 CREMESP. Consulta nº 84.949/06 - Se é necessária a realização de eletrocardiograma para constatação de óbito. Disponível em:

<http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Pareceres&dif=s&ficha=1&id=8527&tipo=PARECER&orgao=Conselho%20Regional%20de%20Medicina%20do%20Estado%20de%20S%C3%A3o%20Paulo&numero=84949&situacao=&data=26-03-2009>. Acessado em: 15/10/2019 às 10:40.

12.2 BRASIL. Anvisa. Medidas de prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde. 2013. Disponível em:

<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+4+-+Medidas+de+Preven%C3%A7%C3%A3o+de+Infec%C3%A7%C3%A3o+Relacionada+%C3%A0+Assist%C3%A2ncia+%C3%A0+Sa%C3%BAde/a3f23dfb-2c54-4e64-881c-fccf9220c373> Acessado em: 24/03/2020.



- 12.3 BRASIL. Anvisa. Limpeza e desinfecção de superfícies, 2010. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271892/Manual%2Bde%2BLimpeza%2Be%2BDesinfec%C3%A7%C3%A3o%2Bde%2BSuperf%C3%ADcies/1c9cda1e-da04-4221-9bd1-99def896b2b5> Acessado em: 24/03/2020.
- 12.4 BRASIL. Anvisa. Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 04/2020 Orientações Para Serviços De Saúde: Medidas De Prevenção E Controle Que Devem Ser Adotadas Durante A Assistência Aos Casos Suspeitos Ou Confirmados De Infecção Pelo Novo Coronavírus (SARS-cov-2). Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/NOTA+T%C3%89CNICA+N%C2%BA+05-2020+GVIMS-GGTES-ANVISA+-+ORIENTA%C3%87%C3%95ES+PARA+A+PREVEN%C3%87%C3%83O+E+O+CONTROLE+DE+INFECC%C3%87%C3%95ES+PELO+NOVO+CORONAV%C3%8DRUS+EM+INSTITUI%C3%87%C3%95ES+DE+LONGA+PERMAN%C3%8ANCIA+PARA+IDOSOS%28ILPI%29/8dcf5820-fe26-49dd-adf9-1cee4e6d3096>. Acessado em: 24/03/2020.
- 12.5 Ministério da Saúde. Manejo de corpos no contexto do novo coronavírus (COVID-19). Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/25/manejo-corpos-coronavirus-versao1-25mar20-rev5.pdf> Acessado em: 26/03/2020.
- 12.6 Ofebas. Comunicado: Procedimento para óbitos oriundos de Covid-19 ou suspeita em 24/03/2020.
- 12.7 PO-OBIT-001: Rotina de Óbitos (com ou sem suspeita/ confirmação de COVID-19).
- 12.8 PO-ENFE-102: Cuidados com o corpo pós-óbito para pacientes com suspeita ou confirmada pelo COVID-19.

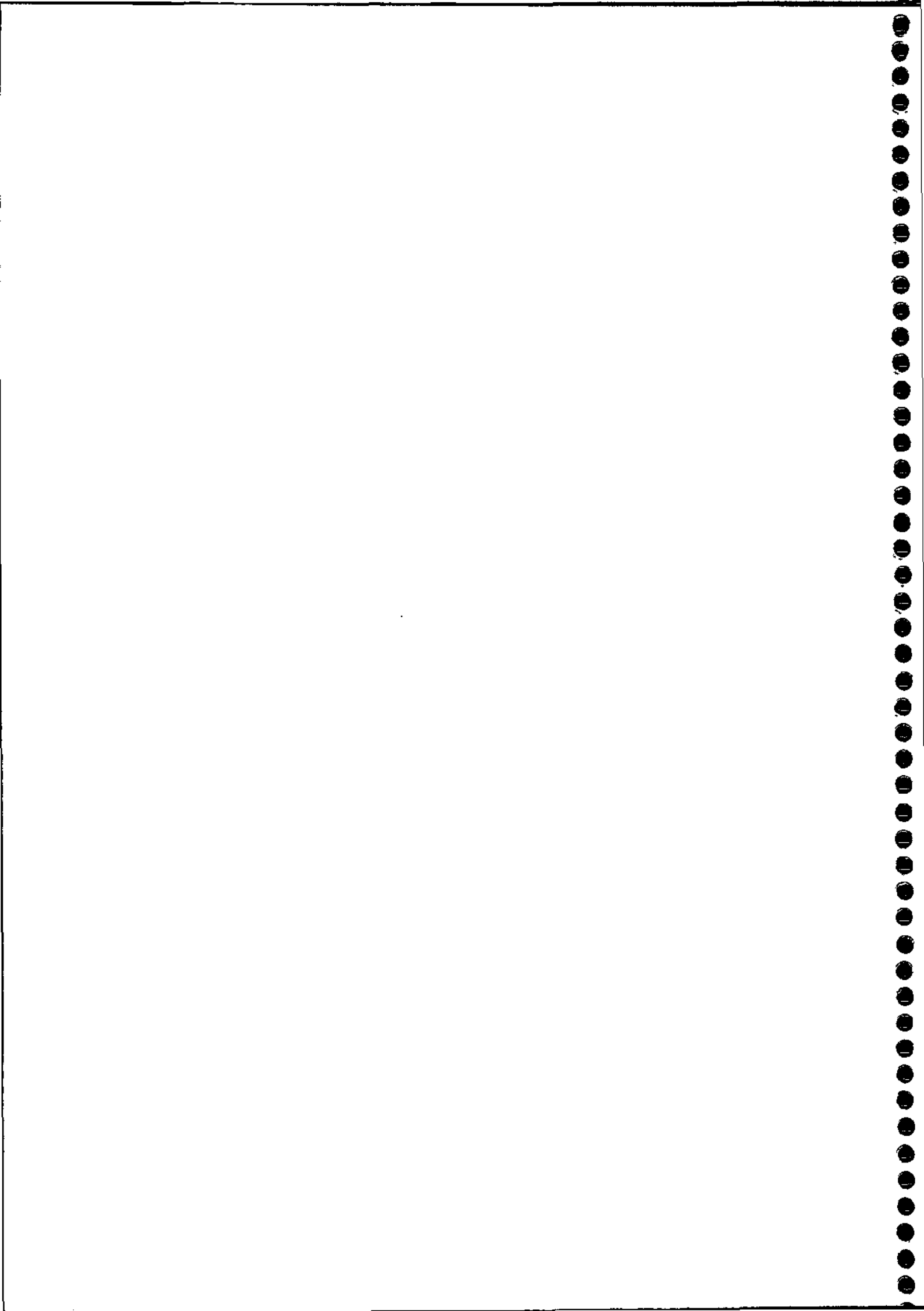
13. ANEXOS

- 13.1 FO-SANT-003 Orientação de Serviço Funerário.
- 13.2 FO-SANT-002 Aviso de Óbito.
- 13.3 FO-SANT-005 Requisição de Necropsia.
- 13.4 FO-SANT-006 Termo de consentimento informado e esclarecido para realização de necropsia (SVO).
- 13.5 FO-SANT-008 Termo de Recusa Informado e Esclarecido para realização de necropsia (SVO).

14. HISTÓRICO

Revisão	Data	Natureza da operação	Responsável
000	29/09/2017	Criação do Documento	Enfª Ana Paula Uzar Coren: 158395
001	09/04/2018	Alteração nos capítulos 7 e 8, devido a criação do Setor de Óbitos	Enfª Ana Paula Uzar Coren: 158395
002	15/06/2018	Alteração nos capítulos 4, 5, 6, 7 e 8, devido a criação do Setor de Óbitos.	Enfª Ana Paula Uzar Coren: 158395
003	15/10/2019	Revisão anual do procedimento	Enfª Ana Paula Uzar Coren: 158395
004			Enfª Ana Paula Uzar Coren: 158395
005	13/07/2023	Revisão geral, adaptação ao novo modelo de POP e unificação com o POP PO-UTIN-030 (Óbito de RN com Covid)	Enfª Ana Paula Uzar Coren: 158395

Elaborado por: Ana Paula Uzar Almeida - Enfermeiro(a) Coordenador(a) UTI Neonatal e Posto de Coleta Envolvidos:	Verificado por: Qualidade (Revisor de Documentos) - GQ Aprovado por: Ana Paula Uzar Almeida - Enfermeiro(a) Coordenador(a) UTI Neonatal e Posto de Coleta, Giliane Aparecida Moraes Silveira Brait - Gerente Assistencial, SCIH (Enfermeiros) - GQ, PGRSS - GQ, Segurança do Trabalho - GQ
---	---



Anexo 11.1



Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba

Av. São Paulo, 750 - Jd. Árvore Grande - Sorocaba/SP CEP 13013-002 CNPJ: 71.485.056/0001-21
☎ (15) 2101-8000 🌐 www.santacasasorocaba.com.br 📱 Siga-nós: @santacasasorocaba

POP

Título: Plano de Contingência do Centro Cirúrgico e CME

Número e Versão do Documento: PO.CCIR.093 v.002

Fase: Publicado

Elaborado por: Fabiana Camila Tosi Marques - Coordenador(a)
Enfermagem

Data de Publicação: 15/06/2023

Área Emitente: Centro Cirúrgico - Enfermagem

Próxima revisão: 14/06/2025

1. OBJETIVO

1.1. Padronizar plano de contingência para o Centro Cirúrgico e/ou CME na falta de:

1.1.1. Kit cirúrgico e avental cirúrgico.

1.1.2. Funcionários.

1.1.3. Materiais.

2. REFERÊNCIA

2.1. SOBECC. Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas, 6ed. São Paulo: SOBECC, 2013.

2.2. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução nº15 de março de 2012. Dispõe sobre requisito de boas práticas para o processamento de produtos para a saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União nº54, de 19 de março de 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0015_15_03_2012.html Acessado em: 19/02/2020 às 09:14.

3. RESPONSÁVEIS

3.1. Auxiliar de Enfermagem, Técnico de Enfermagem ou Enfermeiro.

3.2. Enfermeiro Coordenador do Centro Cirúrgico/ CME.

4. CAMPO DE APLICAÇÃO

4.1. Centro Cirúrgico.

4.2. CME.

5. DEFINIÇÕES

5.1. CME: Centro de Material e Esterilização.

5.2. Plano de contingência: Plano de contingência, também denominado planejamento de riscos ou plano de continuidade ou plano de recuperação é comumente indicado da solução de situações de emergência, fazendo com que os processos sejam plenamente executados, o mais rápido possível, evitando paralisação prolongada com conseqüente geração de prejuízos aos beneficiários.

6. MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

6.1. Computador.

6.2. Material de escritório.

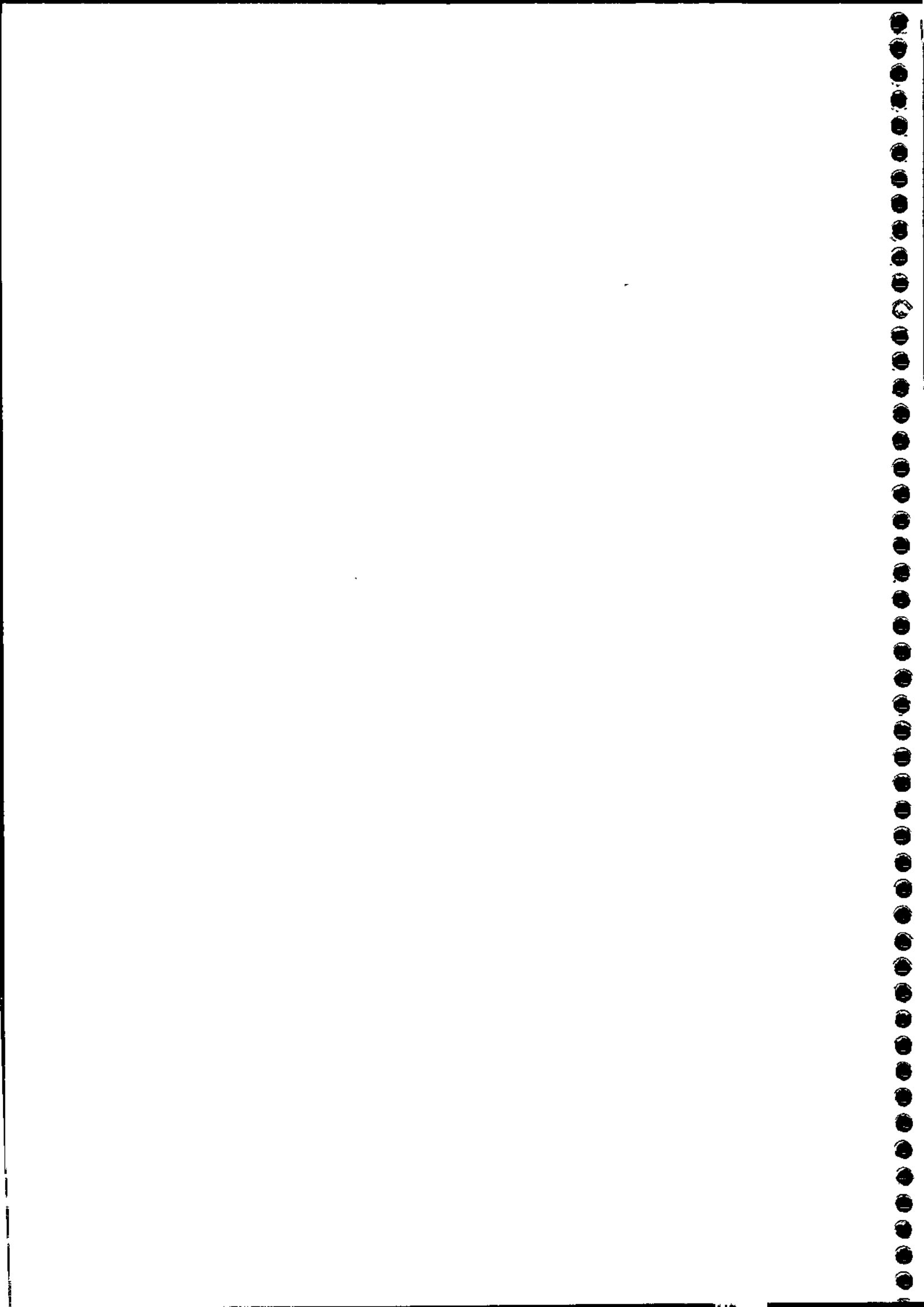
6.3. Telefone.

7. PROCEDIMENTOS

7.1. Falta de Kit cirúrgico e avental cirúrgico

- Caso haja alguma intercorrência na entrega ou esterilização de kit cirúrgico e avental cirúrgico, entrar em contato com a Farmácia do Centro Cirúrgico e solicitar na quantidade necessária até restabelecimento do serviço.

PO.CCIR.093 v.002



- Comunicar o Suprimentos.
- A equipe do Centro Cirúrgico deve retirar os kits na Farmácia de acordo com as cirurgias.
- Registrar no Livro de Intercorrências do Setor.

7.2. Falta de funcionários

- Comunicar a Coordenação.
- Coordenação solicita autorização da Gerência de Enfermagem para solicitação de hora extra.
- Após autorização, entrar em contato com os funcionários do setor para realização de hora extra.

7.3. Falta de material (Manutenção da autoclave)

- Na haja necessidade de manutenção de uma autoclave, abrir chamado na Engenharia Clínica e realizar o processo pela outra autoclave.
- Caso as duas apresentarem problemas simultaneamente, comunicar o Enfermeiro Coordenador.
- Entrar em contato a Sterileno e solicitar a retirada dos materiais a serem esterilizados, até que haja normalidade na rotina.
- Formalizar a solicitação por email.

7.4. Falta de material (Manutenção lavadora ultrassônica)

- Abrir chamado na Engenharia Clínica.
- Realizar o processo mecanicamente.

7.5. Falta de material (Manutenção incubadora e impressora)

- Comunicar a Coordenação.
- Entrar em contato com a empresa responsável pelo comodato do equipamento e solicitar a manutenção ou troca do equipamento.
- Formalizar a solicitação por email.

8. OBSERVAÇÕES

- 8.1. O Suprimentos deve controlar o prazo de validade dos kits cirúrgicos e aventais cirúrgicos descartáveis disponível no Suprimentos. Caso estejam próximos ao vencimento, utilizar o material ou disponibilizar para as filiais, mediante autorização da Administração.

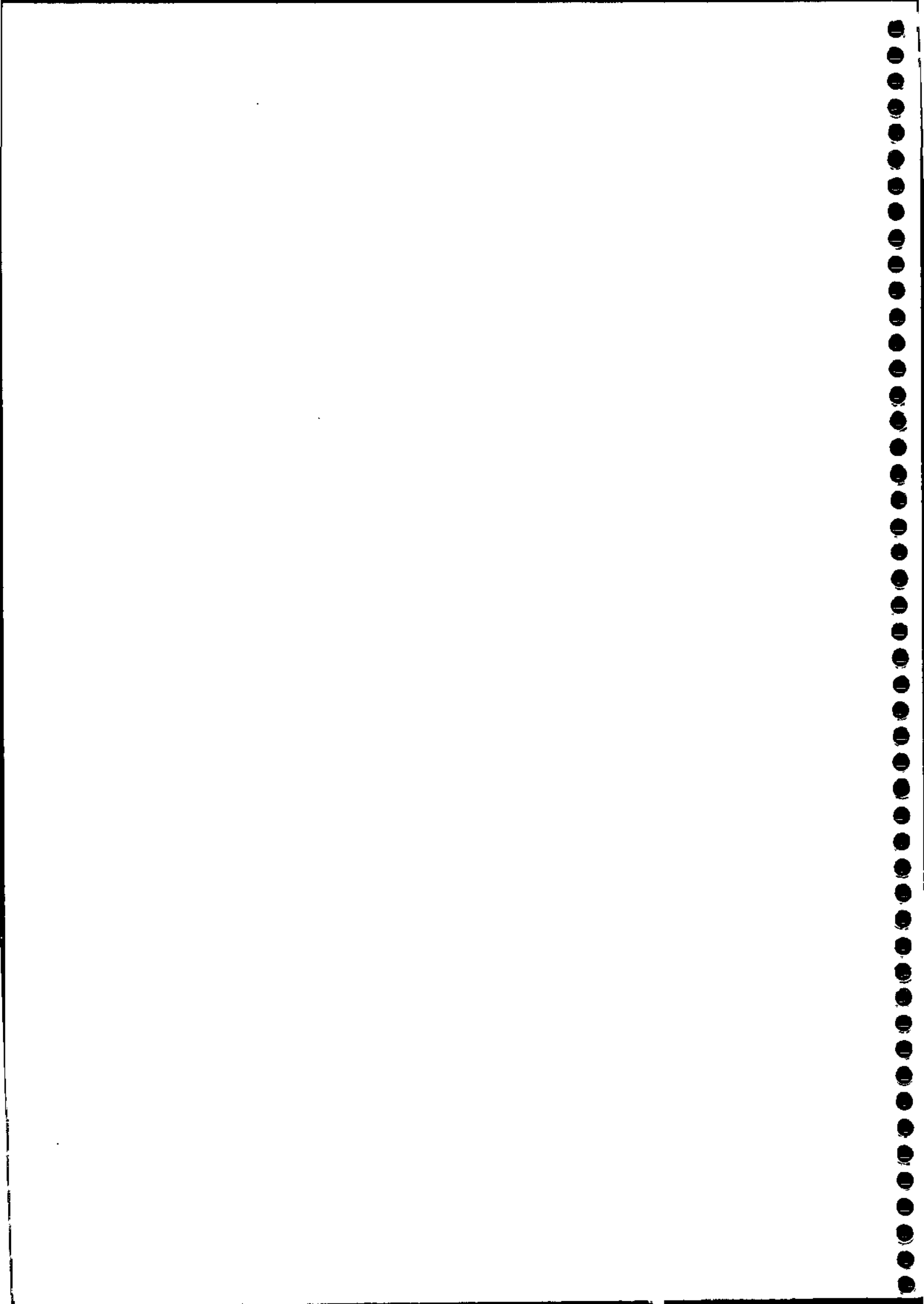
9. ORIENTAÇÕES PARA O PACIENTE

- 9.1. Não se aplica.

10. HISTÓRICO

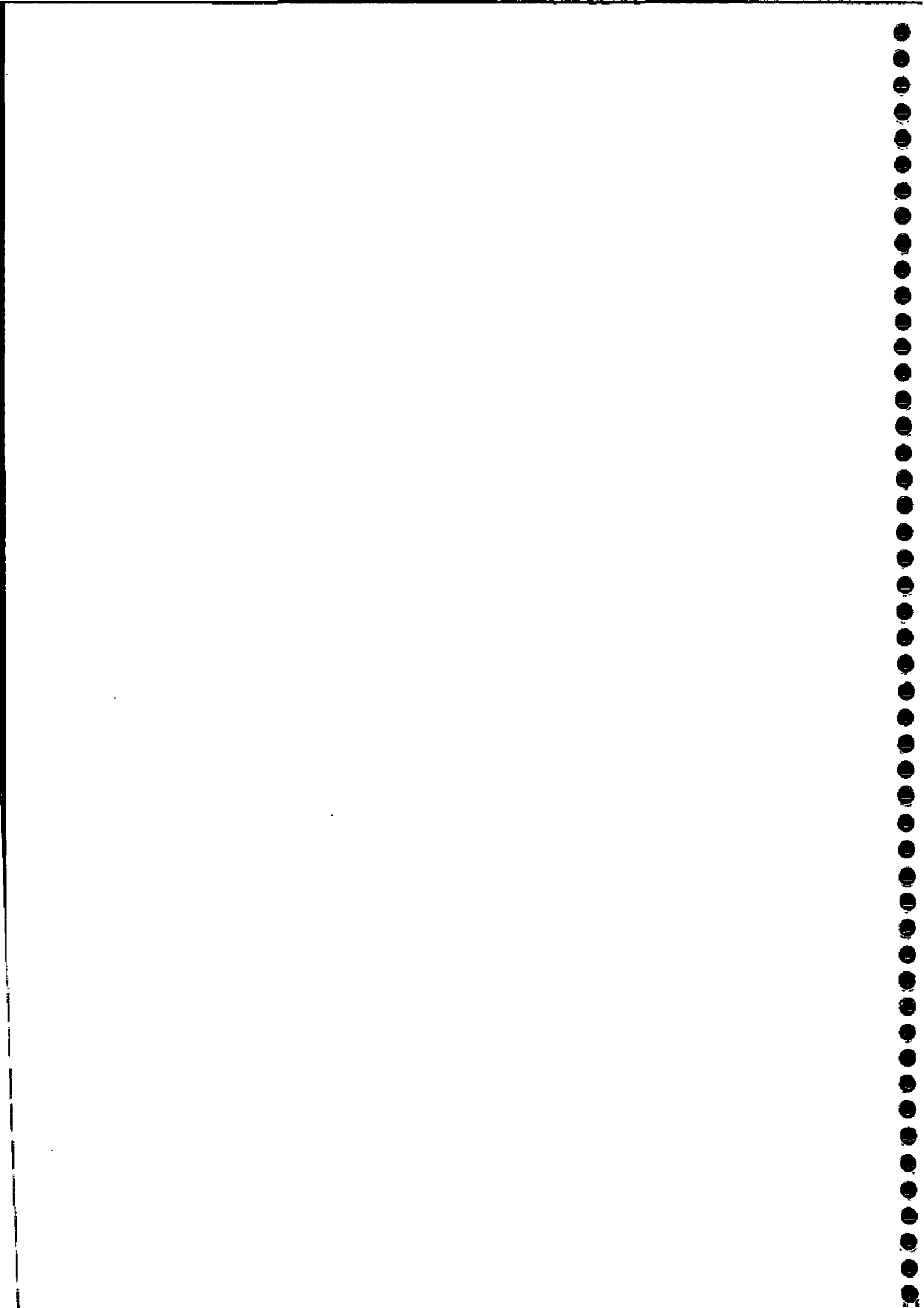
Revisão	Data	Natureza da operação	Responsável
000	10/02/2020	Criação do documento	Joelma Nair Lourenço COREN-SP: 600396 Elisângela Eugênio Batista COREN-SP: 270140
001	18/03/2021	Revisão geral sem alterações	Joelma Nair Lourenço COREN-SP: 600396 Elisângela Eugênio Batista COREN-SP: 270140

Elaborado por: Fabiana Camila Tosi Marques - Coordenador(a) Enfermagem Envolvidos: Enf. Elbia Regina Pereira de Souza; Enf. Eliane França Ferreira	Verificado por: Qualidade (Revisor de Documentos) - GQ Aprovado por: Giliane Aparecida Moraes Silveira Brait - Gerente Assistencial, SCIH (Enfermeiros) - GQ, Segurança do Trabalho - GQ, PGRSS - GQ
--	--



PO.CCIR.093 v.002

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized, cursive script that appears to be a combination of letters and a flourish.



Anexo 11.2



Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba

Av. São Paulo, 750 - Jd. Árvore Grande - Sorocaba/SP CEP 13013-002 CNPJ: 71.486.056/0001-21
☎ (15) 2101-8000 🌐 www.santacasasorocaba.com.br 📱 Siga-nos: @santacasasorocaba

POP

Título: Plano de contingência de equipamentos médico hospitalares

Número e Versão do Documento: PO.ENG.C.024 v.001

Fase: Publicado

Elaborado por: Alessandra Vitor Pereira Senfuegos - Tecnólogo(a) em Saúde Engenharia Clínica

Data de Publicação: 19/05/2023

Área Emitente: Engenharia Clínica

Próxima revisão: 22/03/2023

1. OBJETIVO

1.1. Definir plano de contingência para atendimento das áreas críticas do hospital na falta de EMH.

2. REFERÊNCIA

2.1. Não se aplica.

3. RESPONSÁVEIS

3.1. Tecnólogo em Saúde.

3.2. Técnica em equipamentos.

4. CAMPO DE APLICAÇÃO

4.1. Engenharia Clínica.

5. DEFINIÇÕES

5.1. EMH: Equipamentos médico hospitalares.

5.2. Plano de Contingência: é um documento onde estão definidas as responsabilidades estabelecidas em uma organização, para atender a uma emergência e também contém informações detalhadas sobre as características da área ou sistemas envolvidos.

6. MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

6.1. Não se aplica.

7. PROCEDIMENTOS

7.1. Receber chamado do setor e avaliar a ocorrência.

7.2. Caso seja necessário a retirada do EMH e não tenha outro para substituição na Engenharia Clínica, verificar no plano de contingência (anexo) as opções disponíveis.

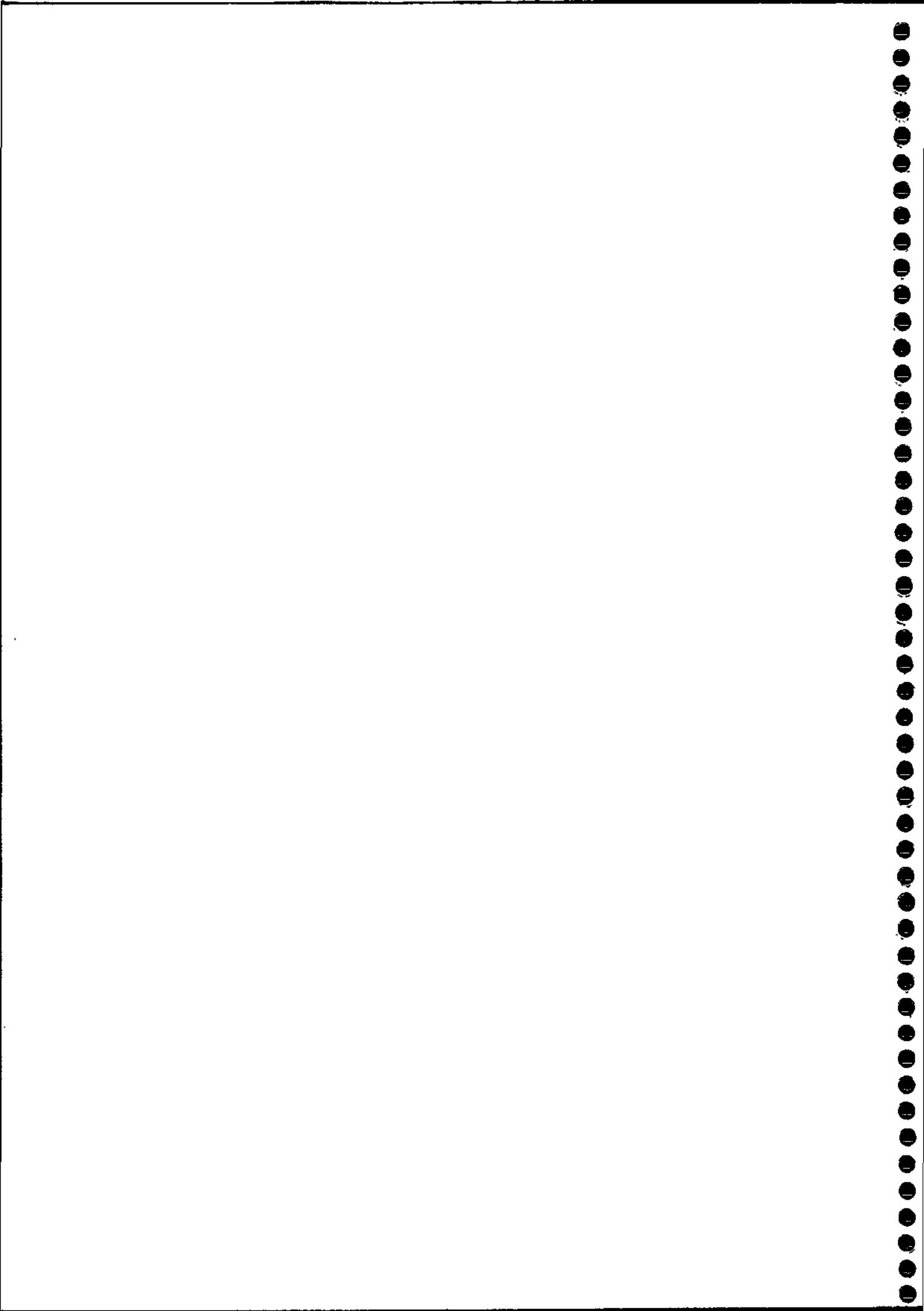
7.3. Contatar as áreas envolvidas e realizar a substituição.

8. OBSERVAÇÕES

8.1. Quando não há expediente da Engenharia Clínica, o setor solicitante deve entrar em contato com o plantonista da Manutenção.

9. ORIENTAÇÕES PARA O PACIENTE

9.1. Não se aplica.



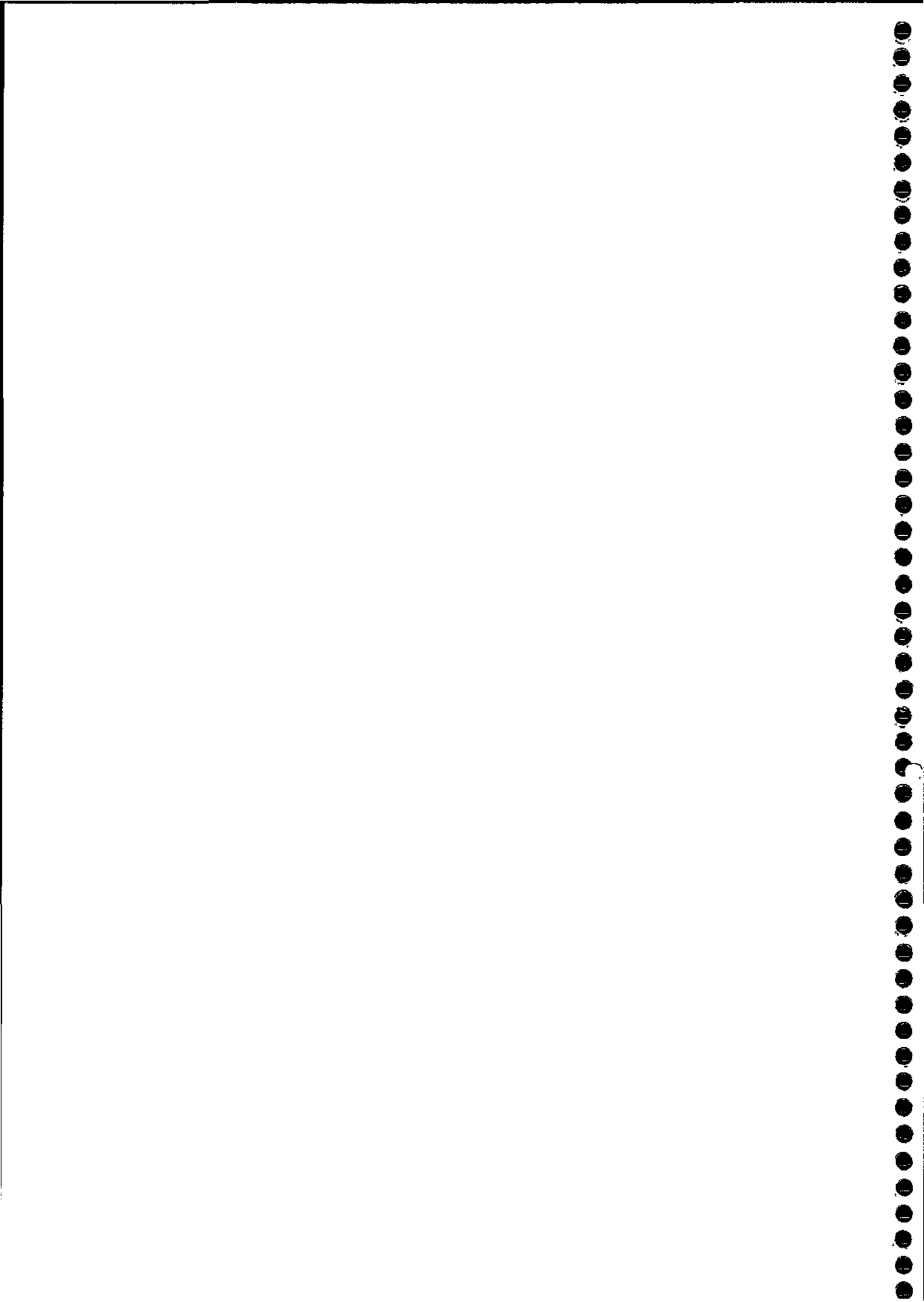
10. ANEXOS

10.1. Plano de contingência de EMH.

11. HISTÓRICO

Revisão	Data	Natureza da operação	Responsável
000	25/09/2019	Criação do documento	Alessandra Vitor Pereira Senfuegos
001	26/01/2021		

Elaborado por: Alessandra Vitor Pereira Senfuegos - Tecnólogo(a) em Saúde Engenharia Clínica Envolvidos: NULL	Verificado por: Qualidade (Revisor de Documentos) - GQ Aprovado por: Alessandra Vitor Pereira Senfuegos - Tecnólogo(a) em Saúde Engenharia Clínica
---	--



Anexo 11.3



Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba

Av. São Paulo, 750 - Jd. Árvore Grande - Sorocaba/SP CEP 18013-002 CNPJ: 71.485.056/0001-21
☎(15) 2101-8000 🌐www.santacasasorocaba.com.br 📺📺📺 Siga-nos: @santacasasorocaba

POP

Título: Plano de Contingência das Geladeiras

Número e Versão do Documento: PO.FARM.029 v.000

Fase: Publicado

Elaborado por: Valéria Almeida de Souza - Farmacêutico(a) Farmácia Central

Data de Publicação: 02/08/2023

Área Emitente: Farmácia

Próxima revisão: 17/10/2024

1. OBJETIVO

- 1.1. Padronizar o procedimento a ser seguido quando houver queda de energia nas Farmácias, sem a entrada de gerador.

2. RESPONSÁVEIS

- 2.1. Farmacêuticos.
2.2. Auxiliar de Farmácia.

3. ÁREAS ENVOLVIDAS

- 3.1. Farmácia.
3.2. Manutenção.

4. DEFINIÇÕES

- 4.1. CAF: Central de Abastecimento Farmacêutico.

5. MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

- 5.1. Geladeira.
5.2. Caixa de Isopor.
5.3. Gelox.
5.4. Termômetro.

6. PROCEDIMENTOS

- 6.1. Quando houver uma queda de energia total, sem a entrada das Farmácias no gerador, se faz necessário entrar em contato via telefone com a Manutenção o mais breve possível.
6.2. Verificar com a Manutenção se a queda de energia será breve ou quanto tempo irá durar.
6.3. Caso a queda energia prolongue-se para um período maior que 30 minutos, retirar todos os medicamentos das geladeiras, acondicionar em caixa de isopor com quantidade suficiente de gelox para manter os medicamentos em temperatura ideal (2 °C a 8 °C).
6.4. Monitorar a temperatura das caixas de isopor com o auxílio do termômetro, até que a energia elétrica seja reestabelecida. Caso a temperatura fique fora dos parâmetros ideais, realizar a troca dos gelox e informar o Farmacêutico de Plantão.
6.5. **Importante:** As caixas de isopor estarão disponíveis no CAF.

7. OBSERVAÇÕES

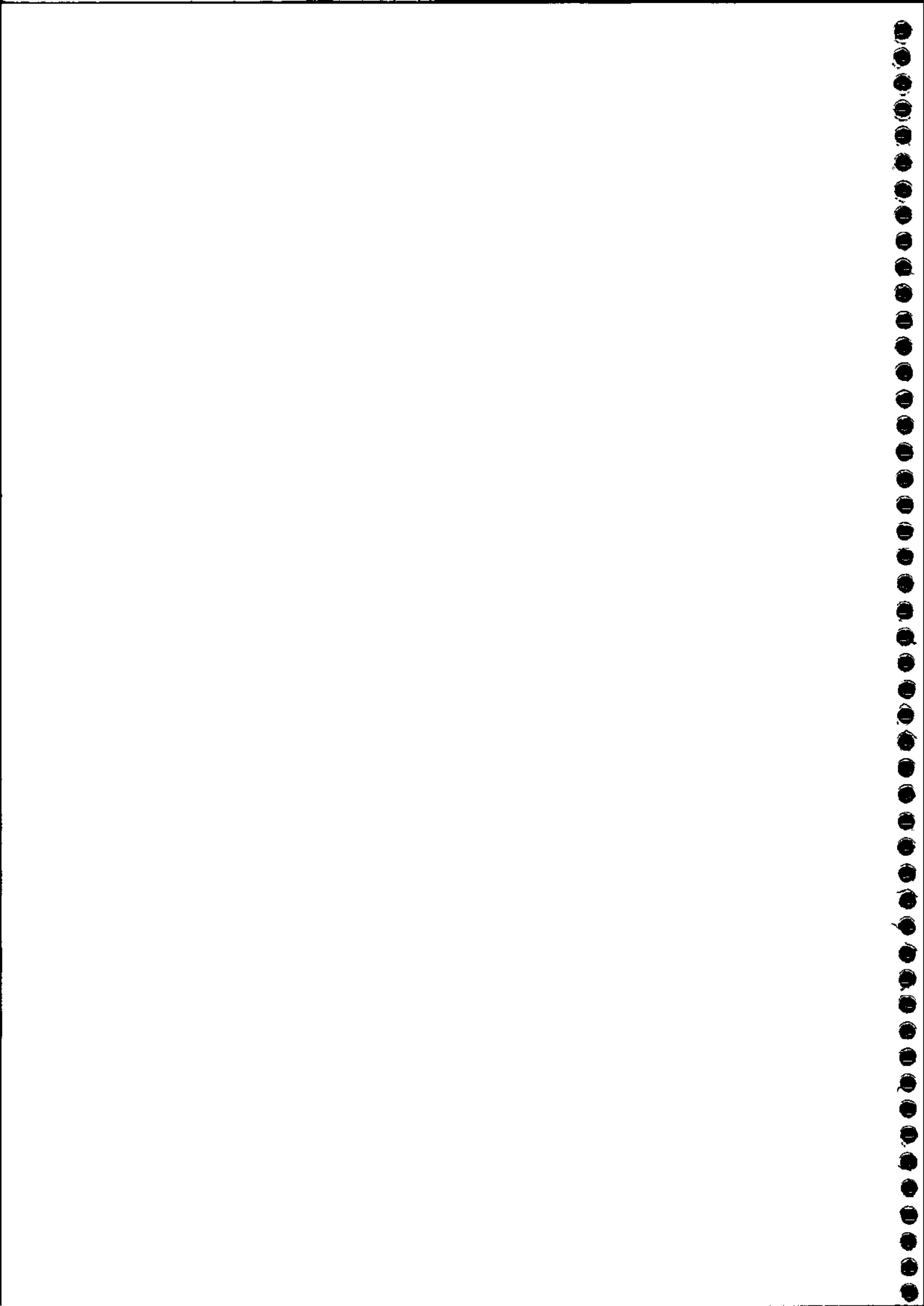
- 7.1. Sempre observar a temperatura que estão os medicamentos para que não tenhamos perdas.

8. CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

Tarefa	Orientação
Tarefas não assistenciais	Higienizar as mãos antes e após cada tarefa

9. SEGURANÇA DO TRABALHO

- 9.1. Não se aplica.



10. DESCARTE DE RESÍDUOS (PGRSS)

10.1. Não se aplica.

11. ORIENTAÇÕES PARA O PACIENTE

11.1. Não se aplica.

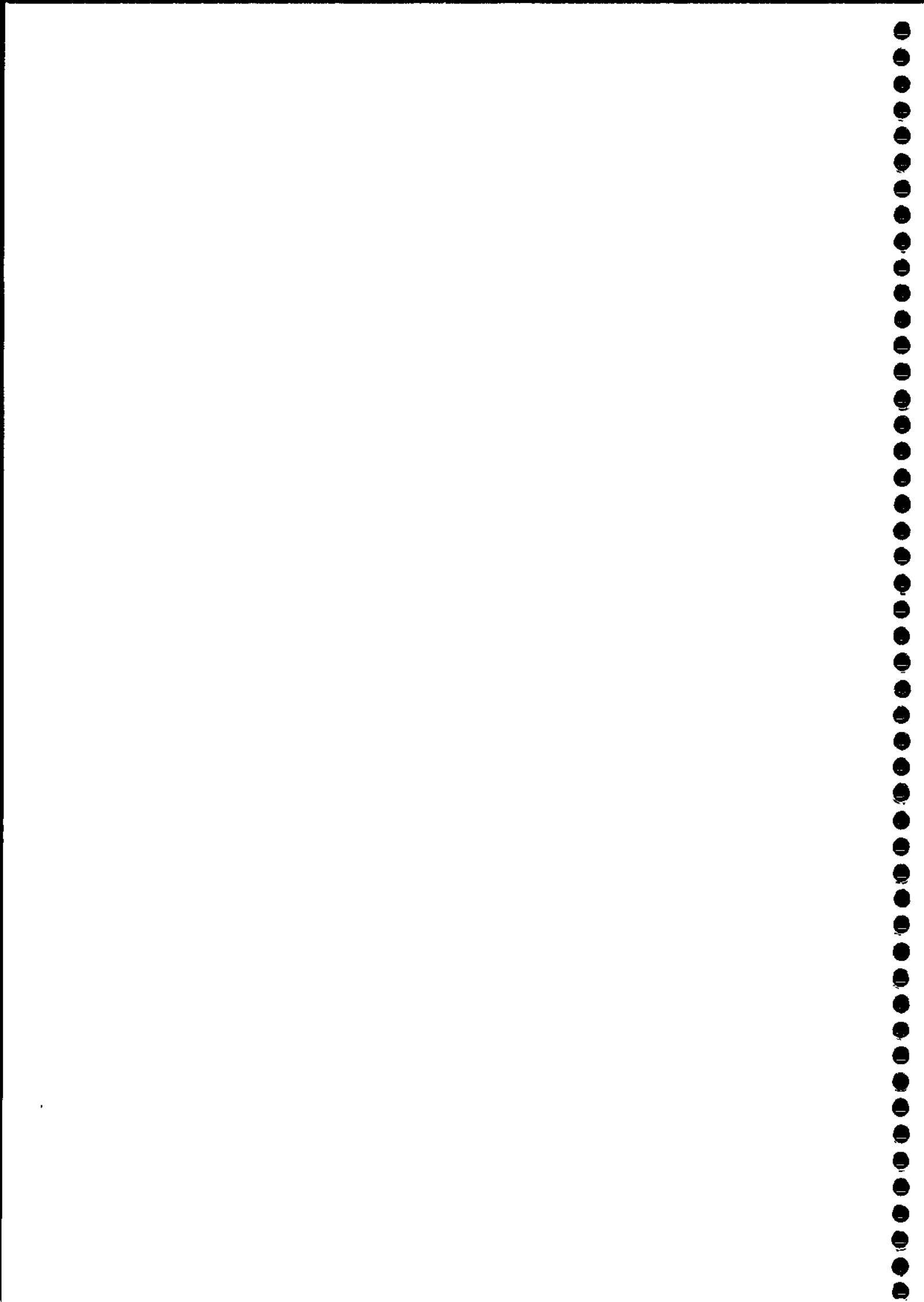
12. REFERÊNCIA

13. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Assunto: Diretrizes sobre Boas Práticas de Distribuição e Armazenamento de Medicamentos. 2020. Disponível em: <<https://www.crf-pr.org.br/uploads/pagina/41207/wSOpEcjj3wXlfOovDigzi4YZLgFT-5ZE.pdf>>. Acessado em 21/03/2022.

14. HISTÓRICO

Revisão	Data	Natureza da operação	Responsável
000	21/03/2022	Criação do Documento	Caroline Camila Bergamo Alonso CRF:59403

Elaborado por: Valéria Almeida de Souza - Farmacêutico(a) Farmácia Central Envolvidos: NULL	Verificado por: Qualidade (Revisor de Documentos) - GQ Aprovado por: Valéria Almeida de Souza - Farmacêutico(a) Farmácia Central, SCIH (Enfermeiros) - GQ
--	--



Anexo 11.4

1. Plano de Contingência do Centro Cirúrgico e CME

1. OBJETIVO

1.1. Padronizar plano de contingência para o Centro Cirúrgico e/ou CME na falta de: 1.1.1. Kit cirúrgico e avental cirúrgico.

1.1.2. Funcionários. 1.1.3. Materiais.

2. REFERÊNCIA

2.1. SOBECC. Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas, 6ed. São Paulo: SOBECC, 2013.

2.2. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução nº15 de março de 2012. Dispõe sobre requisito de boas práticas para o processamento de produtos para a saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União nº54, de 19 de março de 2012. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0015_15_03_2012.html
Acessado em: 19/02/2020 às 09:14.

3. RESPONSÁVEIS

3.1. Auxiliar de Enfermagem, Técnico de Enfermagem ou Enfermeiro. 3.2. Enfermeiro Coordenador do Centro Cirúrgico/ CME.

4. CAMPO DE APLICAÇÃO

4.1. Centro Cirúrgico. 4.2. CME.

5. DEFINIÇÕES

5.1. CME: Centro de Material e Esterilização.

5.2. Plano de contingência: Plano de contingência, também denominado planejamento de riscos ou plano de continuidade ou plano de recuperação é comumente indicado da solução de situações de emergência, fazendo com que os processos sejam plenamente executados, o mais rápido possível, evitando paralisação prolongada com conseqüente geração de prejuízos aos beneficiários.

6. MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

6.1. Computador.

6.2. Material de escritório. 6.3. Telefone.

7. PROCEDIMENTOS

7.1. Falta de Kit cirúrgico e avental cirúrgico

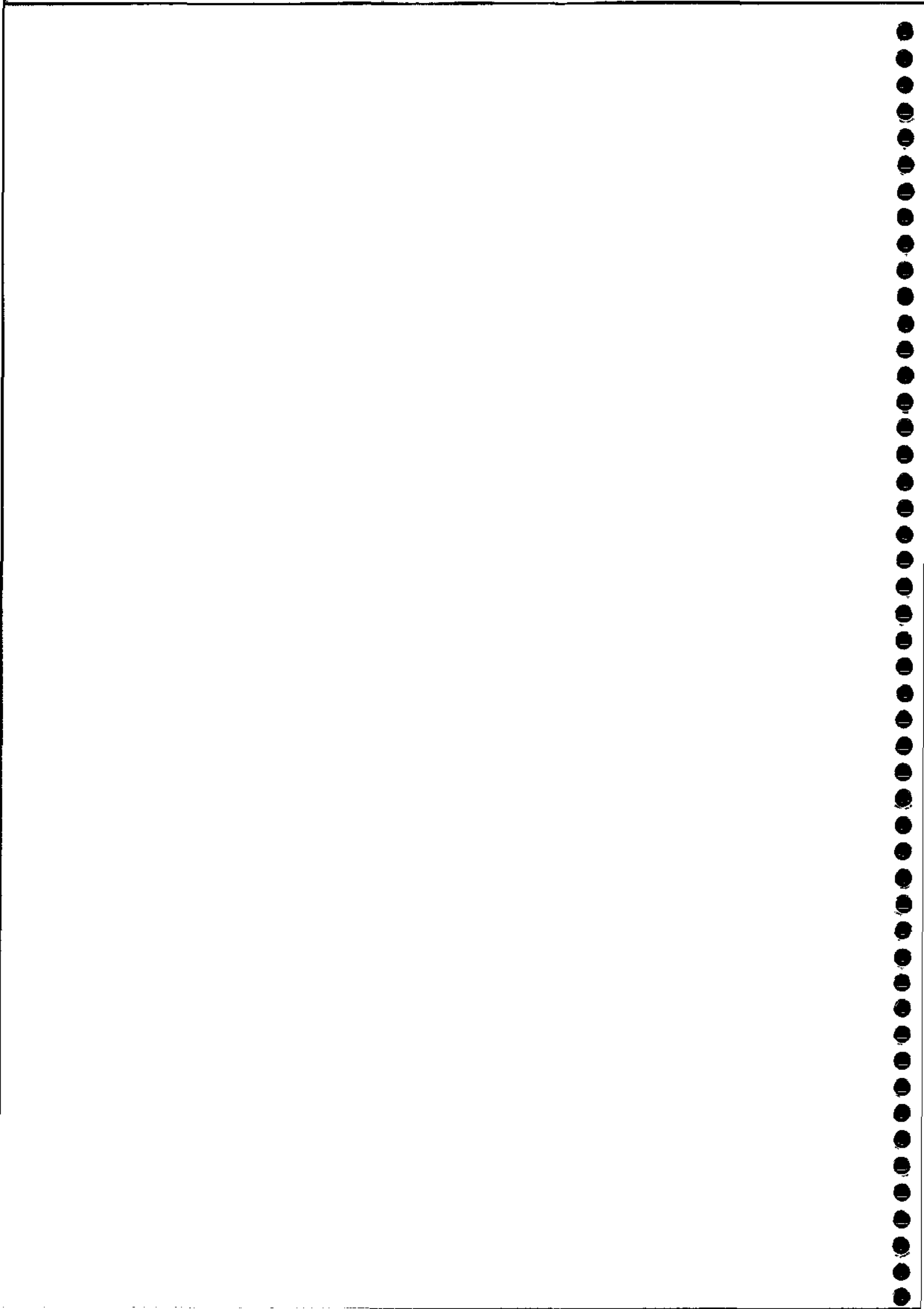
- Caso haja alguma intercorrência na entrega ou esterilização de kit cirúrgico e avental cirúrgico, entrar em contato com a Farmácia do Centro Cirúrgico e solicitar na quantidade necessária até restabelecimento do serviço.

Comunicar o Suprimentos.

- A equipe do Centro Cirúrgico deve retirar os kits na Farmácia de acordo com as cirurgias.
- Registrar no Livro de Intercorrências do Setor.

7.2. Falta de funcionários

- Comunicar a Coordenação.
- Coordenação solicita autorização da Gerência de Enfermagem para solicitação de hora extra.
- Após autorização, entrar em contato com os funcionários do setor para realização



de hora extra.

7.3. Falta de material (Manutenção da autoclave)

- Na haja necessidade de manutenção de uma autoclave, abrir chamado na Engenharia Clínica e realizar o processo pela outra autoclave.
- Caso as duas apresentarem problemas simultaneamente, comunicar o Enfermeiro Coordenador.
- Entrar em contato a Sterileno e solicitar a retirada dos materiais a serem esterilizados, até que haja normalidade na rotina.
- Formalizar a solicitação por email.

7.4. Falta de material (Manutenção lavadora ultrassônica)

- Abrir chamado na Engenharia Clínica.
- Realizar o processo mecanicamente.

7.5. Falta de material (Manutenção incubadora e impressora)

- Comunicar a Coordenação.
- Entrar em contato com a empresa responsável pelo comodato do equipamento e solicitar a manutenção ou troca do equipamento.
- Formalizar a solicitação por email.

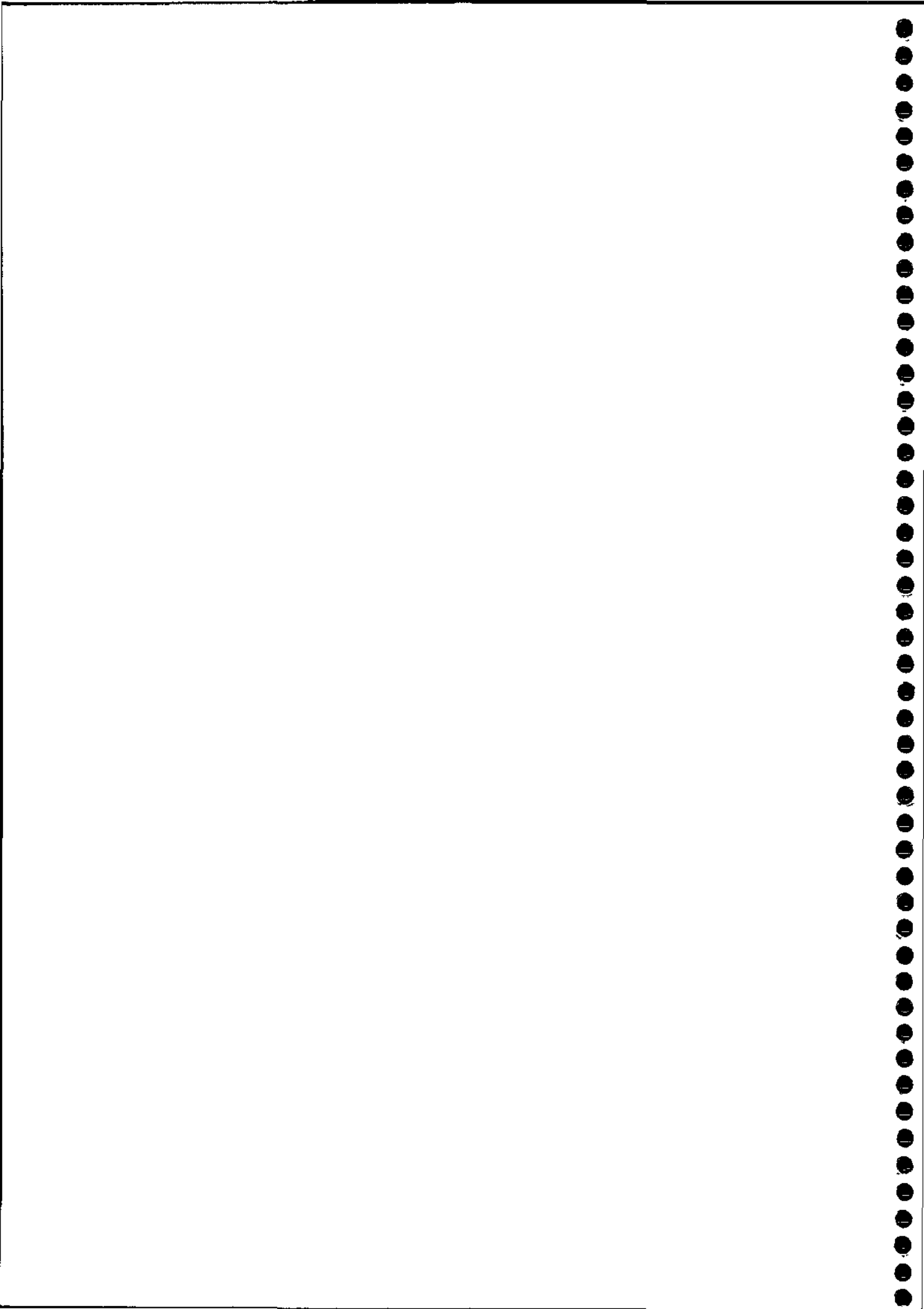
8. OBSERVAÇÕES

8.1. O Suprimentos deve controlar o prazo de validade dos kits cirúrgicos e aventais cirúrgicos descartáveis disponível no Suprimentos. Caso estejam próximos ao vencimento, utilizar o material ou disponibilizar para as filiais, mediante autorização da Administração.

9. ORIENTAÇÕES PARA O PACIENTE

9.1. Não se aplica.





Anexo 11.5

~~2. Plano de contingência de equipamentos médico hospitalares~~

1. OBJETIVO

1.1. Definir plano de contingência para atendimento das áreas críticas do hospital na falta de EMH.

2. REFERÊNCIA

2.1. Não se aplica.

3. RESPONSÁVEIS

3.1. Tecnólogo em Saúde. 3.2. Técnica em equipamentos.

4. CAMPO DE APLICAÇÃO

4.1. Engenharia Clínica.

5. DEFINIÇÕES

5.1. EMH: Equipamentos médico hospitalares.

5.2. Plano de Contingência: é um documento onde estão definidas as responsabilidades estabelecidas em uma organização, para atender a uma emergência e também contêm informações detalhadas sobre as características da área ou sistemas envolvidos.

6. MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

6.1. Não se aplica.

7. PROCEDIMENTOS

7.1. Receber chamado do setor e avaliar a ocorrência.

7.2. Caso seja necessário a retirada do EMH e não tenha outro para substituição na Engenharia Clínica, verificar no plano de contingência (anexo) as opções disponíveis.

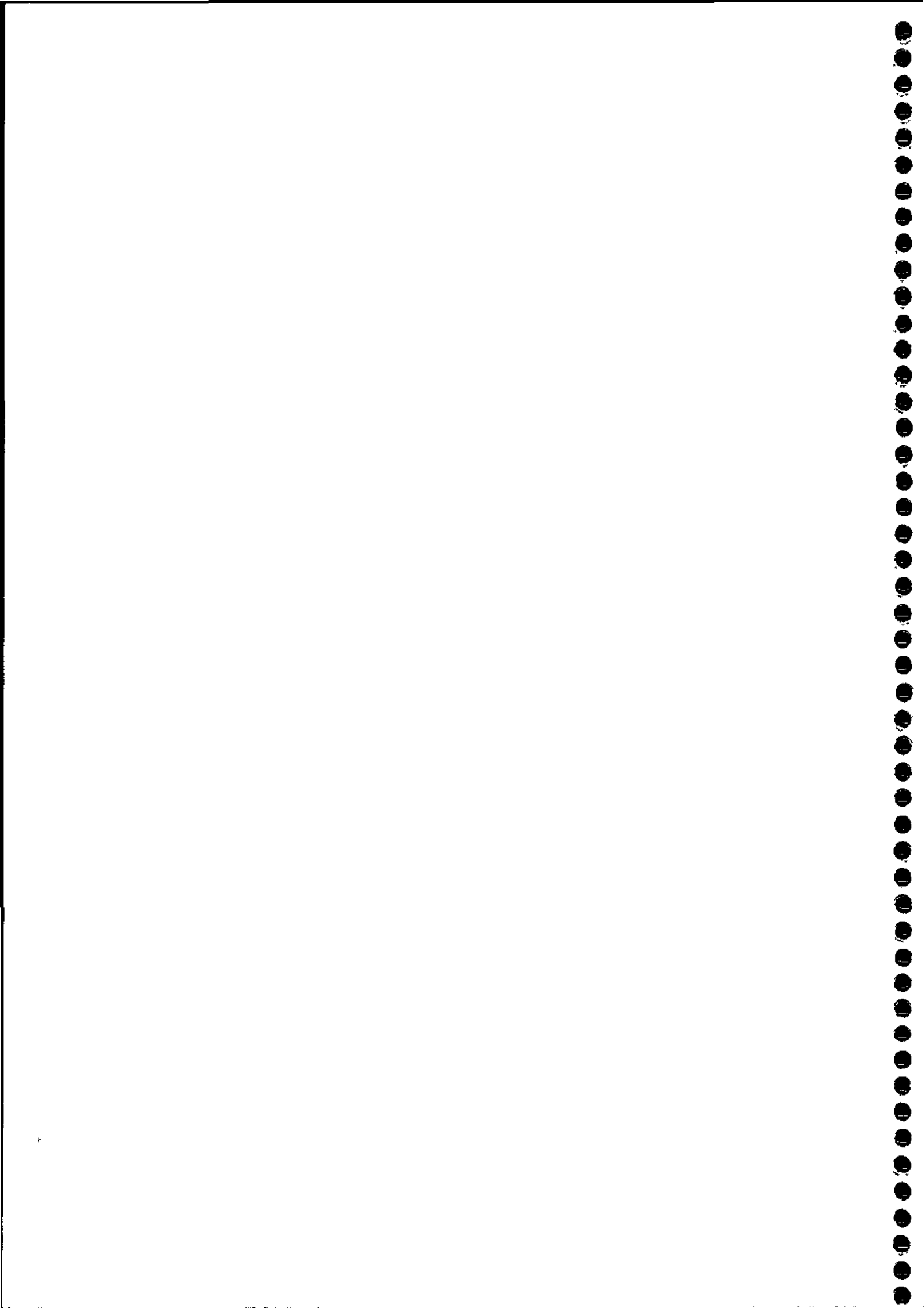
7.3. Contatar as áreas envolvidas e realizar a substituição.

8. OBSERVAÇÕES

8.1. Quando não há expediente da Engenharia Clínica, o setor solicitante deve entrar em contato com o plantonista da Manutenção.

9. ORIENTAÇÕES PARA O PACIENTE

9.1. Não se aplica.



Anexo 11.6

3. Plano de contingência de geladeiras

1. OBJETIVO

1.1. Padronizar o procedimento a ser seguido quando houver queda de energia nas Farmácias, sem a entrada de gerador.

2. RESPONSÁVEIS

2.1. Farmacêuticos. 2.2. Auxiliar de Farmácia.

3. ÁREAS ENVOLVIDAS

3.1. Farmácia. 3.2. Manutenção.

4. DEFINIÇÕES

4.1. CAF: Central de Abastecimento Farmacêutico.

5. MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

5.1. Geladeira. 5.2. Caixa de Isopor. 5.3. Gelox.

5.4. Termômetro.

6. PROCEDIMENTOS

6.1. Quando houver uma queda de energia total, sem a entrada das Farmácias no gerador, se faz necessário entrar em contato via telefone com a Manutenção o mais breve possível.

6.2. Verificar com a Manutenção se a queda de energia será breve ou quanto tempo irá durar.

6.3. Caso a queda energia prolongue-se para um período maior que 30 minutos, retirar todos os medicamentos das geladeiras, acondicionar em caixa de isopor com quantidade suficiente de gelox para manter os medicamentos em temperatura ideal (2 °C a 8 °C).

6.4. Monitorar a temperatura das caixas de isopor com o auxílio do termômetro, até que a energia elétrica seja reestabelecida. Caso a temperatura fique fora dos parâmetros ideais, realizar a troca dos gelox e informar o Farmacêutico de Plantão.

6.5. **Importante:** As caixas de isopor estarão disponíveis no CAF.

7. OBSERVAÇÕES

7.1. Sempre observar a temperatura que estão os medicamentos para que não tenhamos perdas.

8. CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

Tarefa	Orientação
Tarefas não assistenciais	Higienizar as mãos antes e após cada tarefa

9. SEGURANÇA DO TRABALHO

9.1. Não se aplica.

10. DESCARTE DE RESÍDUOS (PGRSS)

10.1. Não se aplica.

11. ORIENTAÇÕES PARA O PACIENTE

11.1. Não se aplica.

12. REFERÊNCIA

13. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Assunto: Diretrizes sobre Boas Práticas de Distribuição e

Armazenamento de Medicamentos. 2020. Disponível em:

<<https://www.crfpr.org.br/uploads/pagina/41207/wSOpEcjj3wXIfOovDigzi4YZLgFT-5ZE.pdf>>. Acessado em 21/03/2022.



Anexo 11.7

4. Plano de contingência para problemas no fornecimento de água

1.1 Objetivo

Definir o plano de contingência para mitigação de problemas relacionados ao fornecimento regular de água na Unidade.

1.2 Vulnerabilidades

Água é um elemento essencial para o funcionamento regular de um serviço de saúde e garantia de realização de procedimentos, com destaque para a higienização das mãos de maneira segura. Além disso, a disponibilidade de água permite a adequada realização das etapas de limpeza nos ambientes, processamento de instrumentais cirúrgicos e acesso às condições para higiene pessoal de profissionais e usuários. A interrupção eventual de água implicará na necessidade de emprego de medidas imediatas.

1.3 Agentes envolvidos

Gerente da Unidade – é o responsável pela ação gerencial no nível local, e também pela coordenação e avaliação das ações administrativas e operacionais. Este profissional é elemento chave para o acionamento do plano de contingência.

Agente administrativo – profissional definido pela Gerência da Unidade de Saúde para a operacionalização do Plano de Contingência.

Outros Profissionais – grupo que executa as ações diretas de saúde à população: médicos, farmacêuticos, auxiliares de farmácia, dentistas, enfermeiros, auxiliares e técnicos de consultório odontológico, auxiliares e técnicos de enfermagem e outros.

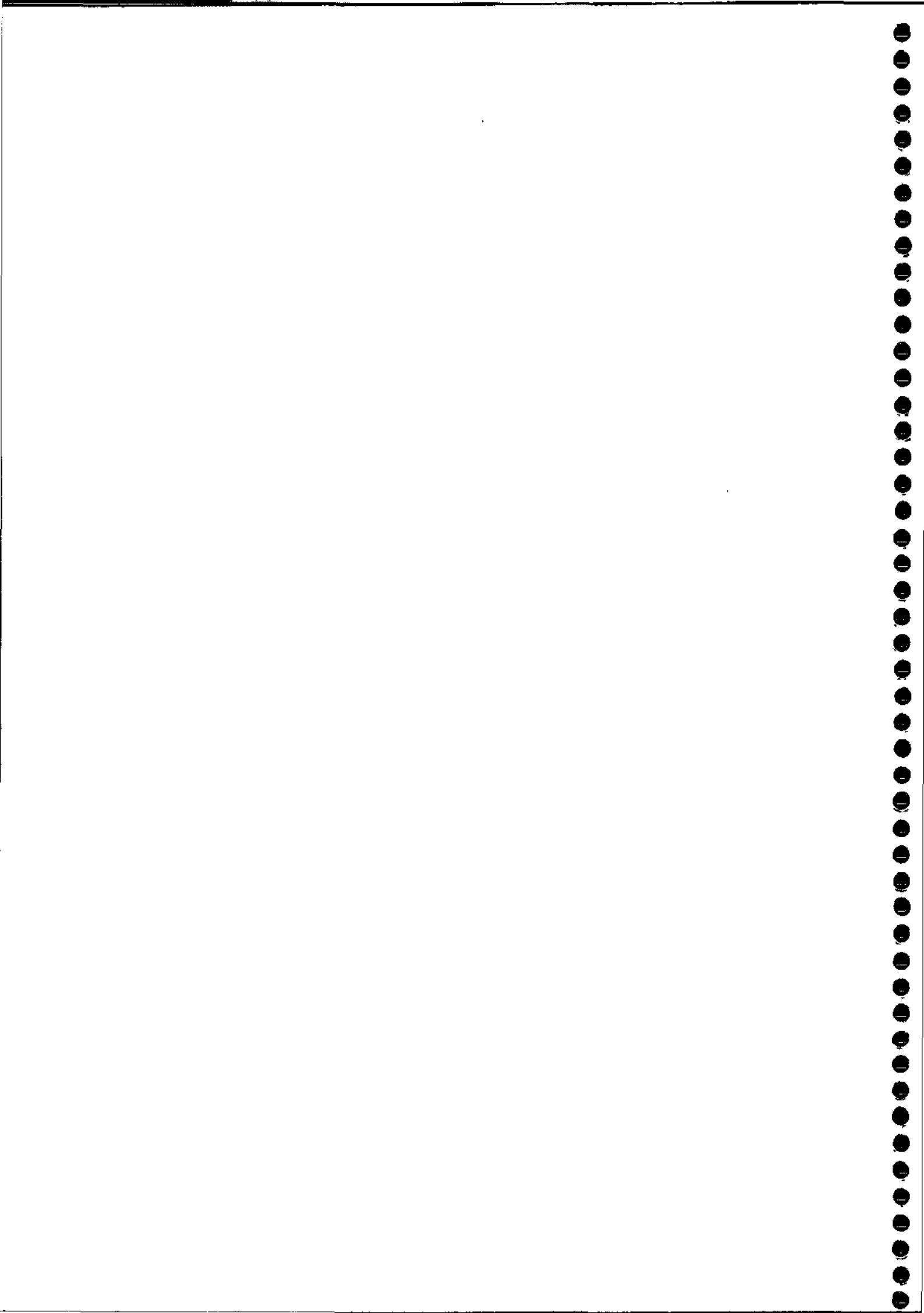
1.4 Ações

O plano de contingência é composto por um fluxo de decisões e ações que acontecerão em três tempos ou mais: T0, T1, T2, T3.

No T0 – Imediato: o Gerente da Unidade, ao tomar ciência da interrupção no fornecimento de água, buscará identificar sua causa.

O Gerente acionará o Agente Administrativo da Unidade para que se dê andamento às atividades organizativas ante a interrupção no fornecimento de água comunicada previamente. Ele será o responsável também pelo acionamento da Equipe de Manutenção para avaliação quando necessário.





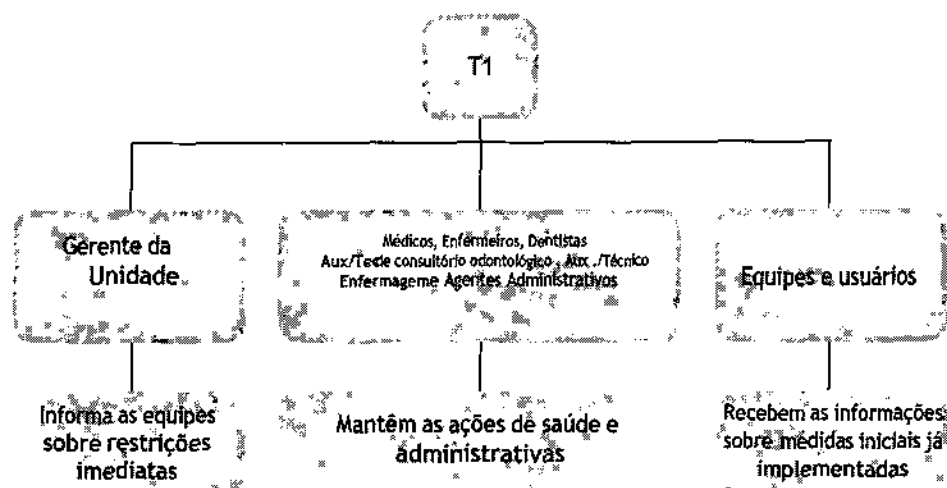


Figura 1 - Resumo do fluxo para tomada de decisões referente ao fornecimento de água - T.1

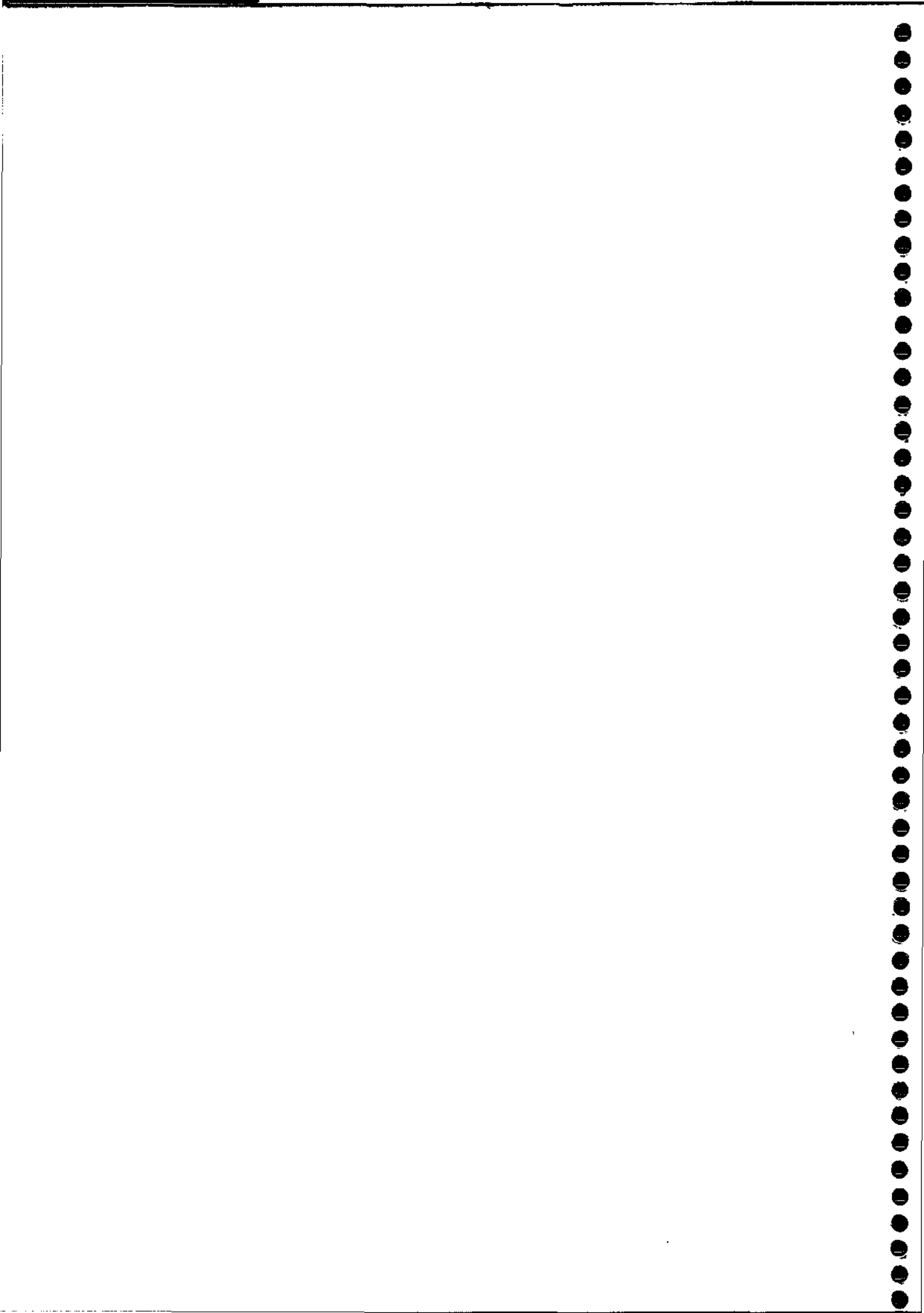
No T1 – Imediato: o Gerente da Unidade informará à equipe sobre as restrições quanto ao uso de água para atividades de limpeza, processamento de instrumentais e máscaras de aerossol e que o uso ficará restrito à higienização das mãos e manutenção do funcionamento dos banheiros. As ações de saúde e administrativas serão mantidas normalmente. Todos, inclusive usuários, serão informados sobre as medidas iniciais já implementadas para resolução do problema.

No T2 – Esgotamento total de abastecimento, com ou sem aviso prévio. Esta etapa acontecerá após o emprego das medidas relacionadas ao T0 e T1. Se constatado que o reservatório de água da Unidade está vazio, o Gerente informará a ocorrência e as medidas já tomadas e proporá a interrupção das ações assistenciais e administrativas na Unidade até a reposição da água no reservatório, via caminhão pipa. O Gerente apontará às equipes as medidas a serem tomadas em relação a assistência direta aos usuários:

Os profissionais de saúde deverão adotar o protocolo de acolhimento para escuta ativa dos casos e orientação aos usuários quanto à interrupção e reprogramação de todas as ações assistenciais da Unidade (assistência farmacêutica, médica, de enfermagem, odontológica, curativos, vacinação, medicações).

Nenhum servidor ou funcionário será dispensado do trabalho. Todos retornarão às atividades imediatamente após o retorno do fornecimento de água, ou permanecerão na Unidade até seus horários de saída convencionais.

[Handwritten signature]



Anexo 11.8

5. Problemas relacionados ao fornecimento regular de energia elétrica em Unidades de Saúde

2.1 Objetivo

Definir o plano de contingência para mitigação de problemas relacionados à interrupção eventual no fornecimento de energia elétrica na Unidade.

2.2 Vulnerabilidades

A interrupção no fornecimento de energia elétrica tem alto impacto no funcionamento de uma unidade de saúde. Nelas há produtos de saúde termolábeis, como os imunobiológicos e insulinas, que precisam ser mantidos sob temperatura controlada. Além disso, os atendimentos aos usuários são afetados por serem mediados por diversos sistemas de informação em saúde atrelados a computador.

2.3 Agentes envolvidos

Gerente da Unidade – responsável pela ação gerencial no nível local e também pela coordenação e avaliação das ações administrativas e operacionais da Unidade. Esse profissional é elemento chave para o acionamento do Plano de Contingência.

Agente Administrativo da Unidade de Saúde – profissional definido pelo Gerente da Unidade de Saúde para operacionalização do Plano de Contingência.

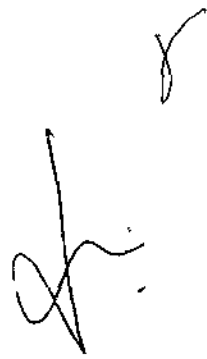
Profissionais de saúde da Unidade – grupo que executa as ações diretas de saúde à população: médicos, farmacêuticos, dentistas, enfermeiros, auxiliares de consultório odontológico, auxiliares de farmácia, técnicos de enfermagem e outros.

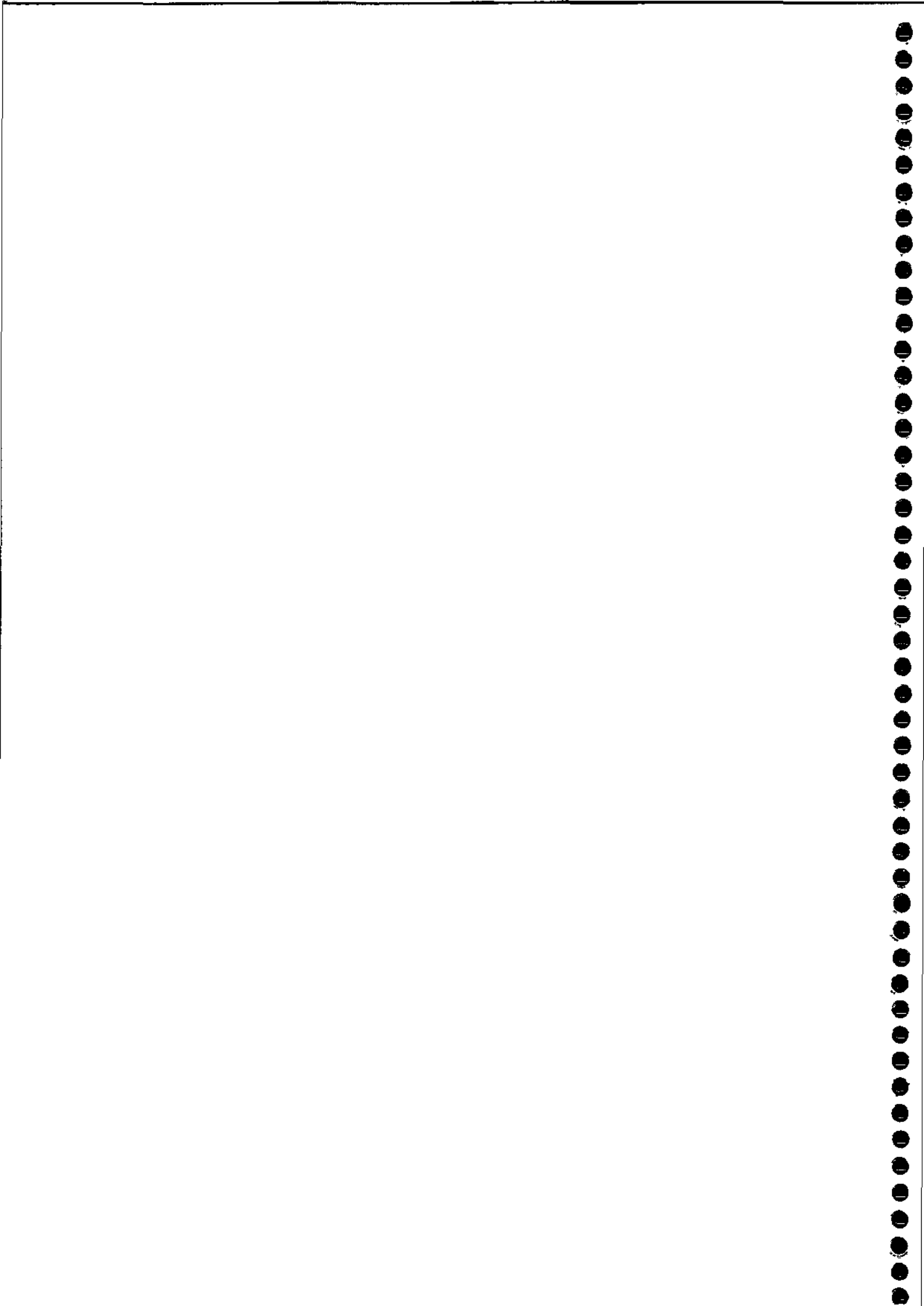
2.4 - Ações

O plano de contingência para problemas no fornecimento regular de energia elétrica terá um fluxo de ação dividido em três tempos: T0, T1, T2.

No T0 – Imediato: ao tomar ciência da interrupção de energia, o Gerente da Unidade buscará identificar a causa e solicitará ao Agente Administrativo que faça contato imediato com a Equipe de Manutenção que avaliará a ocorrência e fará a solicitação à companhia de energia elétrica, solicitando a priorização na realização das medidas para o reparo, dada a característica de essencialidade das ações ofertadas em serviços de saúde.

No T1 - Imediato até a redução da incidência de luz nos ambientes da unidade de saúde. As ações assistenciais e administrativas serão mantidas temporariamente fora dos sistemas informatizados, utilizando-se pasta de





impressos padrões da unidade para execução manual de documentos em casos urgentes, e caso a ocorrência se estenda por período superior a 12h, a interrupção das atividades será avaliada, devido a indisponibilidade de acesso aos sistemas para documentos e solicitações.

Os profissionais de saúde (médicos, farmacêuticos, dentistas, enfermeiros) devem realizar escuta qualificada, orientando o usuário quanto a ocorrência.

A orientação a ser dada quanto à retomada de atividades assistenciais será dependente do retorno da energia elétrica, que pode ser em poucos minutos ou estender-se.

Os profissionais de saúde deverão colaborar com organização do fluxo de pessoas e de informações a serem dadas aos usuários. Todas as atividades serão retomadas imediatamente após o retorno da energia elétrica. Nenhum servidor ou funcionário da Unidade de Saúde será dispensado do trabalho. Os mesmos retornarão as suas atividades imediatamente após o retorno do fornecimento de energia elétrica, ou permanecerão na Unidade até seus horários de saída convencionais.

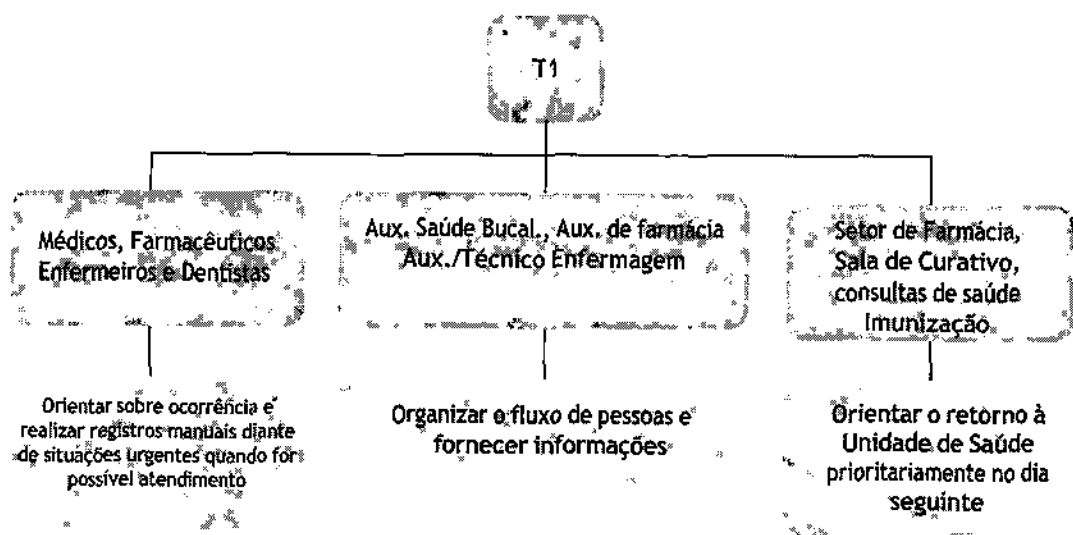
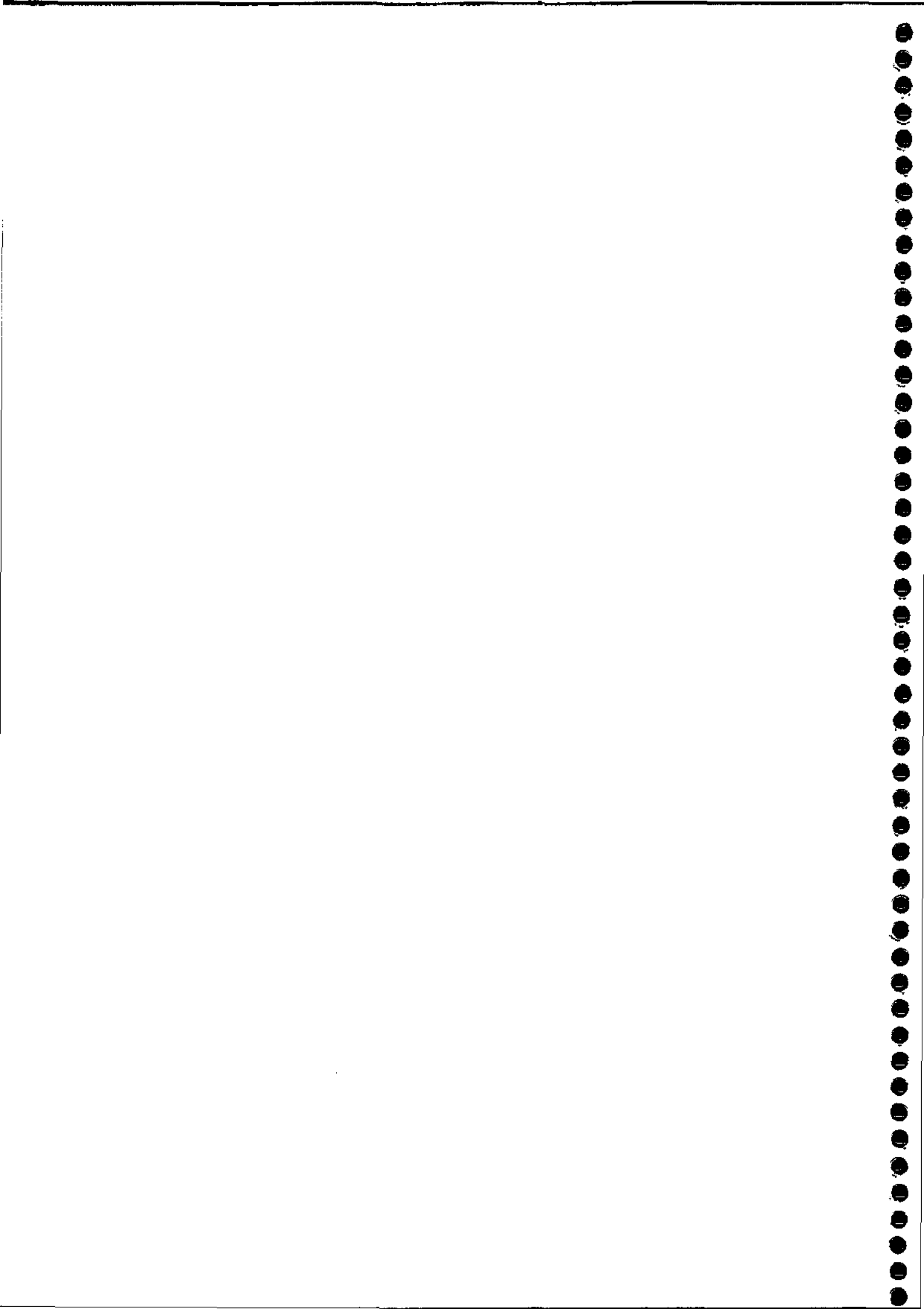


Figura 2 - Resumo do fluxo para tomada de decisões referente aos problemas com fornecimento de energia elétrica - T.1

No T2 - O Gerente da Unidade deverá avaliar necessidade de suspensão das atividades à partir das 17h considerando o cessar de luzes ambientes. A unidade terá retorno das atividades assim que restabelecido o fornecimento de energia elétrica, com reavaliação geral da condição de equipamentos eletroeletrônicos, geladeira de armazenamento do setor de farmácia e imunobiológicos.



Anexo 11.6

8. Plano de contingência de geladeiras

1. OBJETIVO

1.1. Padronizar o procedimento a ser seguido quando houver queda de energia nas Farmácias, sem a entrada de gerador.

2. RESPONSÁVEIS

2.1. Farmacêuticos. 2.2. Auxiliar de Farmácia.

3. ÁREAS ENVOLVIDAS

3.1. Farmácia. 3.2. Manutenção.

4. DEFINIÇÕES

4.1. CAF: Central de Abastecimento Farmacêutico.

5. MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

5.1. Geladeira. 5.2. Caixa de Isopor. 5.3. Gelox.

5.4. Termômetro.

6. PROCEDIMENTOS

6.1. Quando houver uma queda de energia total, sem a entrada das Farmácias no gerador, se faz necessário entrar em contato via telefone com a Manutenção o mais breve possível.

6.2. Verificar com a Manutenção se a queda de energia será breve ou quanto tempo irá durar.

6.3. Caso a queda energia prolongue-se para um período maior que 30 minutos, retirar todos os medicamentos das geladeiras, acondicionar em caixa de isopor com quantidade suficiente de gelox para manter os medicamentos em temperatura ideal (2 °C a 8 °C).

6.4. Monitorar a temperatura das caixas de isopor com o auxílio do termômetro, até que a energia elétrica seja reestabelecida. Caso a temperatura fique fora dos parâmetros ideais, realizar a troca dos gelox e informar o Farmacêutico de Plantão.

6.5. **Importante:** As caixas de isopor estarão disponíveis no CAF.

7. OBSERVAÇÕES

7.1. Sempre observar a temperatura que estão os medicamentos para que não tenhamos perdas.

8. CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

Tarefa	Orientação
Tarefas não assistenciais	Higienizar as mãos antes e após cada tarefa

9. SEGURANÇA DO TRABALHO

9.1. Não se aplica.

10. DESCARTE DE RESÍDUOS (PGRSS)

10.1. Não se aplica.

11. ORIENTAÇÕES PARA O PACIENTE

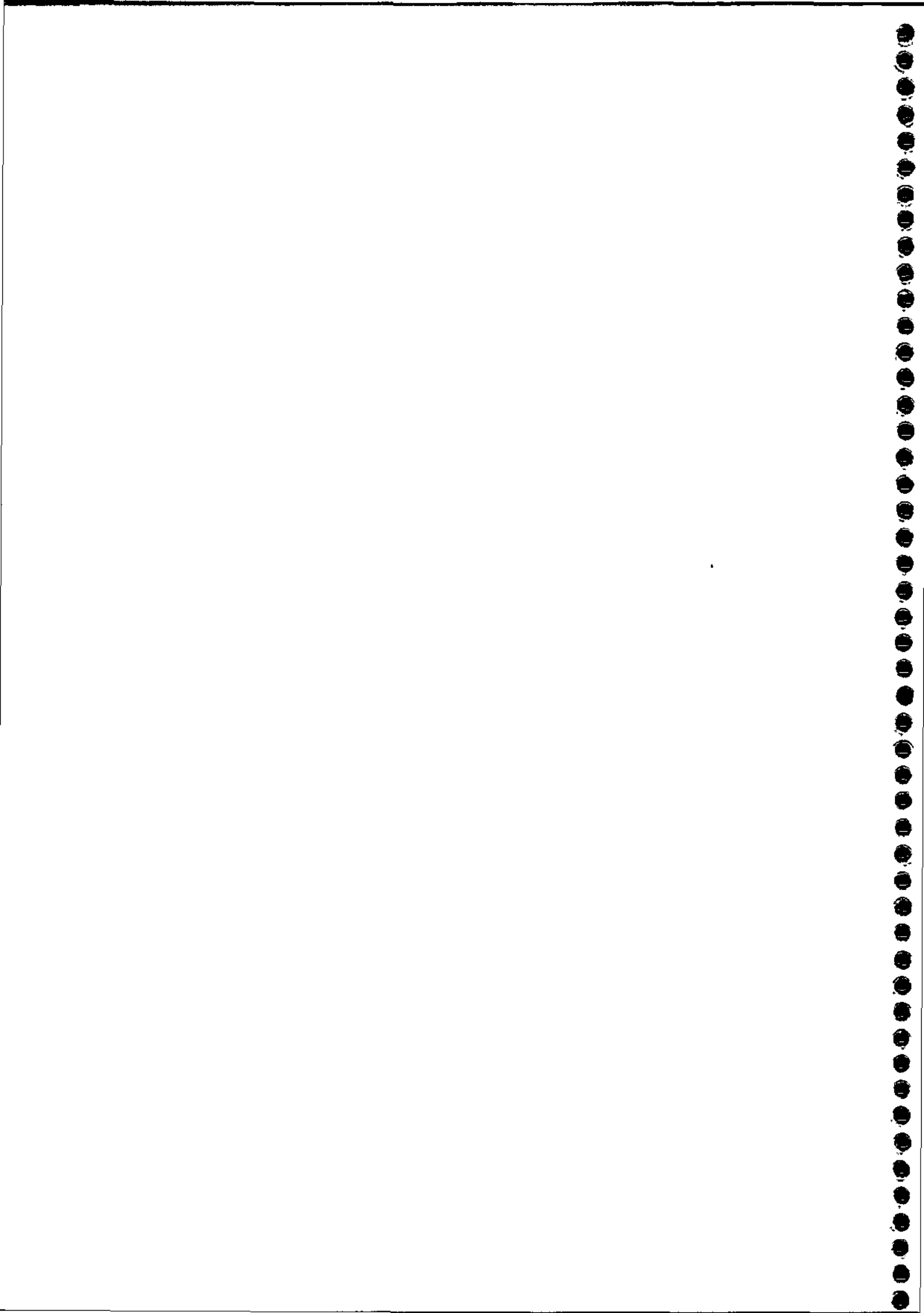
11.1. Não se aplica.

12. REFERÊNCIA

13. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Assunto: Diretrizes sobre Boas Práticas de Distribuição e

Armazenamento de Medicamentos. 2020. Disponível em:

<<https://www.crfpr.org.br/uploads/pagina/41207/wSOPEcj3wXIfOovDigzi4YZLgFT-5ZE.pdf>>. Acessado em 21/03/2022.



Anexo 11.7

4. Plano de contingência para problemas no fornecimento de água

1.1 Objetivo

Definir o plano de contingência para mitigação de problemas relacionados ao fornecimento regular de água na Unidade.

1.2 Vulnerabilidades

Água é um elemento essencial para o funcionamento regular de um serviço de saúde e garantia de realização de procedimentos, com destaque para a higienização das mãos de maneira segura. Além disso, a disponibilidade de água permite a adequada realização das etapas de limpeza nos ambientes, processamento de instrumentais cirúrgicos e acesso às condições para higiene pessoal de profissionais e usuários. A interrupção eventual de água implicará na necessidade de emprego de medidas imediatas.

1.3 Agentes envolvidos

Gerente da Unidade— é o responsável pela ação gerencial no nível local, e também pela coordenação e avaliação das ações administrativas e operacionais. Este profissional é elemento chave para o acionamento do plano de contingência.

Agente administrativo – profissional definido pela Gerência da Unidade de Saúde para a operacionalização do Plano de Contingência.

Outros Profissionais – grupo que executa as ações diretas de saúde à população: médicos, farmacêuticos, auxiliares de farmácia, dentistas, enfermeiros, auxiliares e técnicos de consultório odontológico, auxiliares e técnicos de enfermagem e outros.

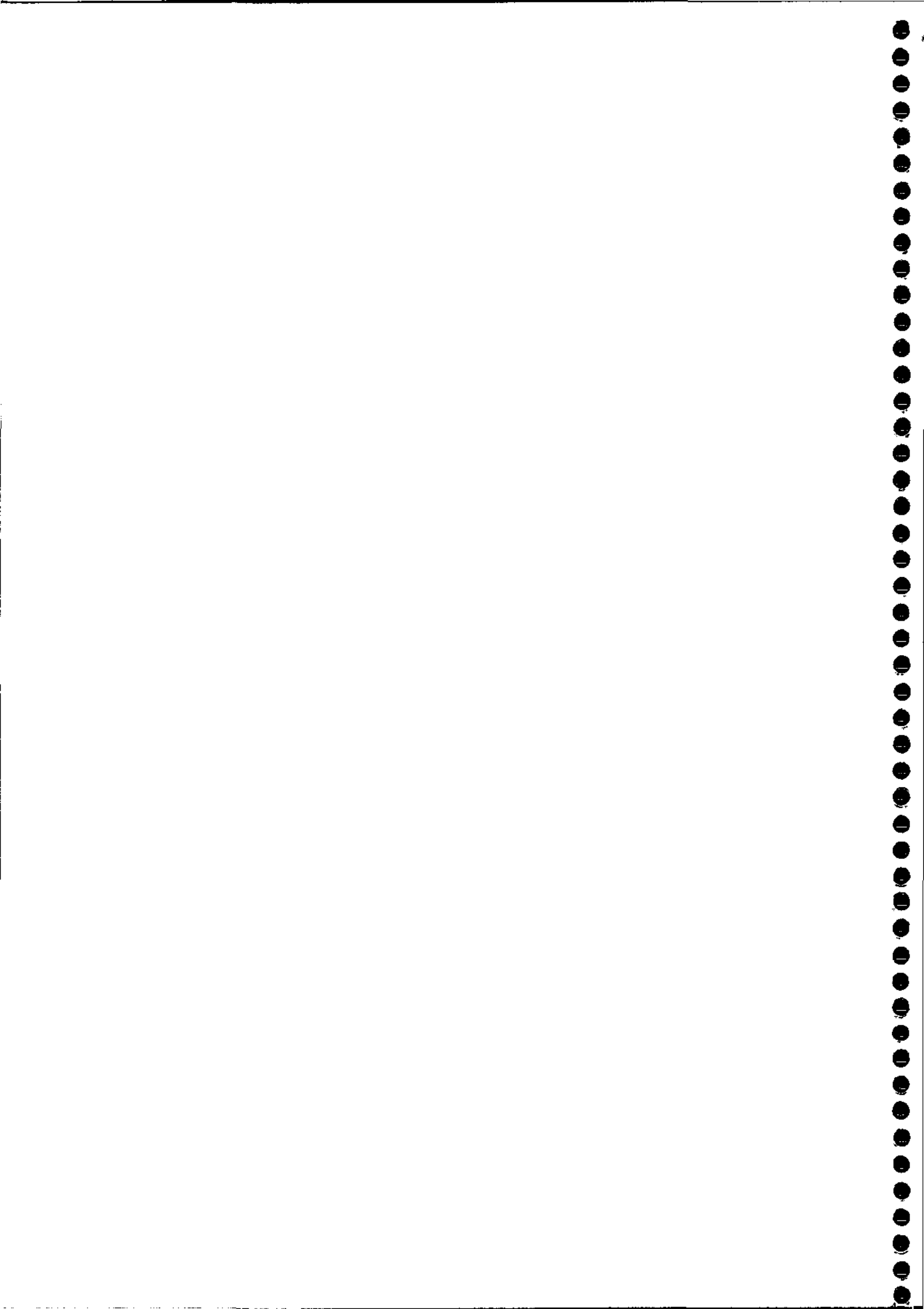
1.4 Ações

O plano de contingência é composto por um fluxo de decisões e ações que acontecerão em três tempos ou mais: T0, T1, T2, T3.

No T0 – Imediato: o Gerente da Unidade, ao tomar ciência da interrupção no fornecimento de água, buscará identificar sua causa.

O Gerente acionará o Agente Administrativo da Unidade para que se dê andamento às atividades organizativas ante a interrupção no fornecimento de água comunicada previamente. Ele será o responsável também pelo acionamento da Equipe de Manutenção para avaliação quando necessário.





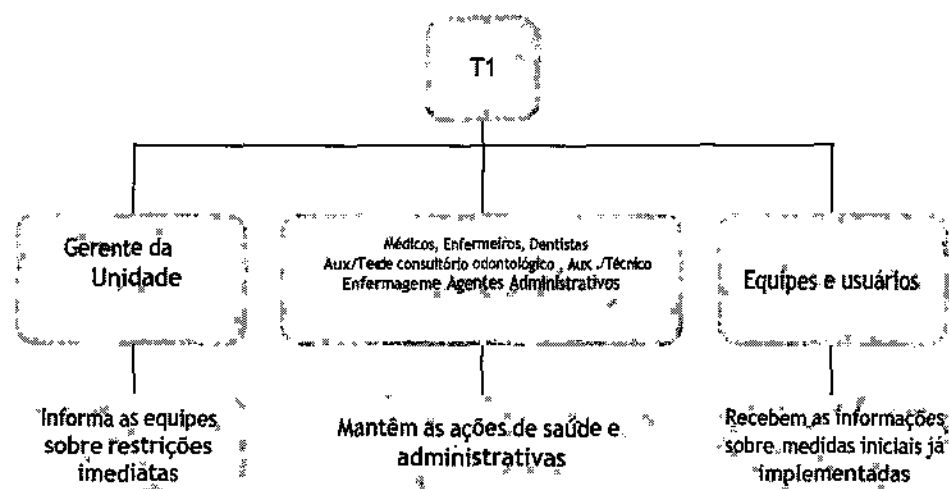


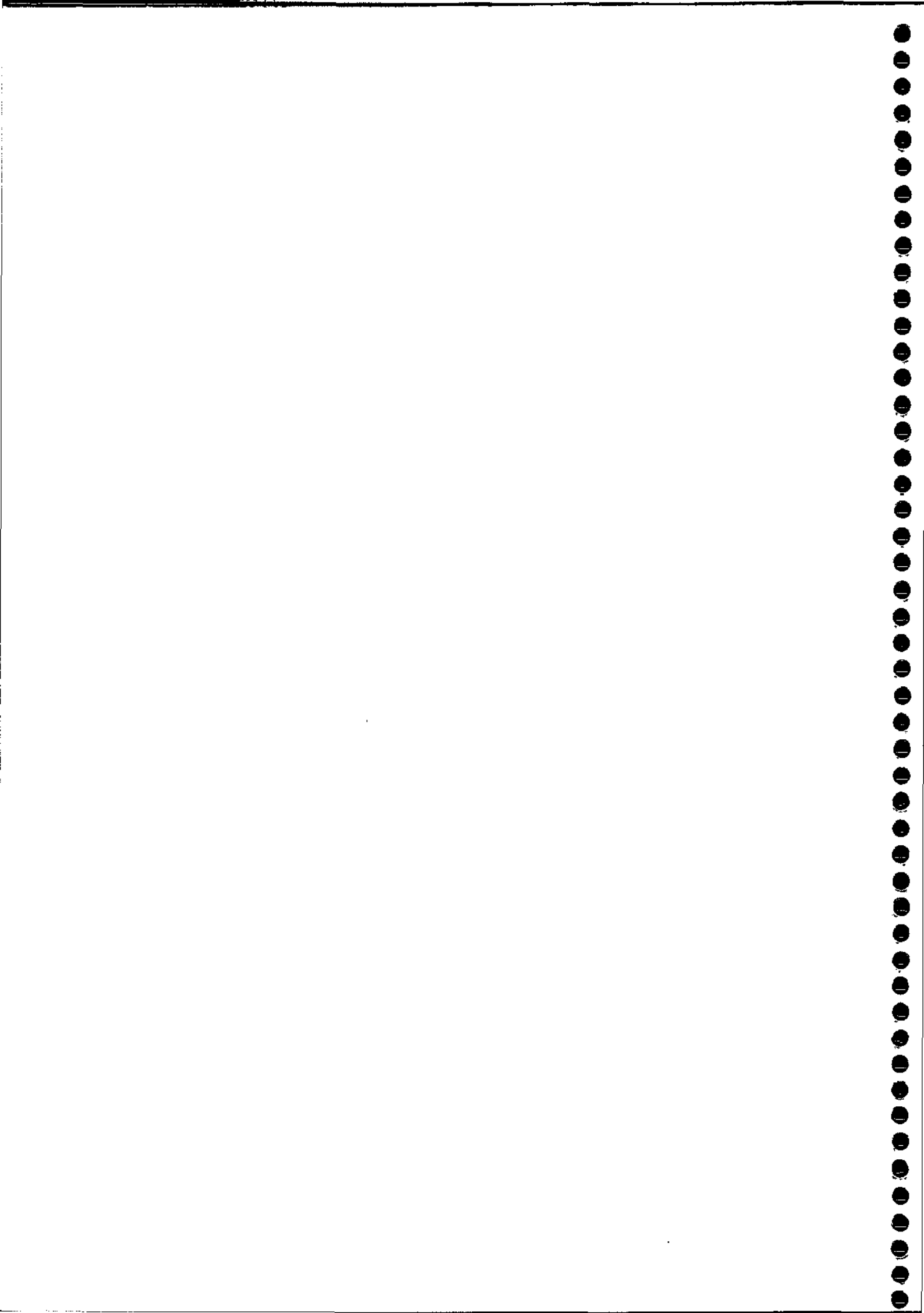
Figura 1 - Resumo do fluxo para tomada de decisões referente ao fornecimento de água - T.1

No T1 – Imediato: o Gerente da Unidade informará à equipe sobre as restrições quanto ao uso de água para atividades de limpeza, processamento de instrumentais e máscaras de aerossol e que o uso ficará restrito à higienização das mãos e manutenção do funcionamento dos banheiros. As ações de saúde e administrativas serão mantidas normalmente. Todos, inclusive usuários, serão informados sobre as medidas iniciais já implementadas para resolução do problema.

No T2 – Esgotamento total de abastecimento, com ou sem aviso prévio. Esta etapa acontecerá após o emprego das medidas relacionadas ao T0 e T1. Se constatado que o reservatório de água da Unidade está vazio, o Gerente informará a ocorrência e as medidas já tomadas e proporá a interrupção das ações assistenciais e administrativas na Unidade até a reposição da água no reservatório, via caminhão pipa. O Gerente apontará às equipes as medidas a serem tomadas em relação a assistência direta aos usuários:

Os profissionais de saúde deverão adotar o protocolo de acolhimento para escuta ativa dos casos e orientação aos usuários quanto à interrupção e reprogramação de todas as ações assistenciais da Unidade (assistência farmacêutica, médica, de enfermagem, odontológica, curativos, vacinação, medicações).

Nenhum servidor ou funcionário será dispensado do trabalho. Todos retornarão às atividades imediatamente após o retorno do fornecimento de água, ou permanecerão na Unidade até seus horários de saída convencionais.



Anexo 11.8

5. Problemas relacionados ao fornecimento regular de energia elétrica em Unidades de Saúde

2.1 Objetivo

Definir o plano de contingência para mitigação de problemas relacionados à interrupção eventual no fornecimento de energia elétrica na Unidade.

2.2 Vulnerabilidades

A interrupção no fornecimento de energia elétrica tem alto impacto no funcionamento de uma unidade de saúde. Nelas há produtos de saúde termolábeis, como os imunobiológicos e insulinas, que precisam ser mantidos sob temperatura controlada. Além disso, os atendimentos aos usuários são afetados por serem mediados por diversos sistemas de informação em saúde atrelados a computador.

2.3 Agentes envolvidos

Gerente da Unidade – responsável pela ação gerencial no nível local e também pela coordenação e avaliação das ações administrativas e operacionais da Unidade. Esse profissional é elemento chave para o acionamento do Plano de Contingência.

Agente Administrativo da Unidade de Saúde – profissional definido pelo Gerente da Unidade de Saúde para operacionalização do Plano de Contingência.

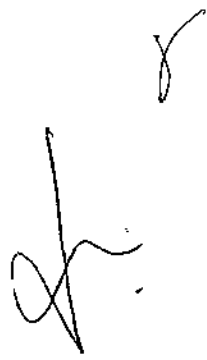
Profissionais de saúde da Unidade – grupo que executa as ações diretas de saúde à população: médicos, farmacêuticos, dentistas, enfermeiros, auxiliares de consultório odontológico, auxiliares de farmácia, técnicos de enfermagem e outros.

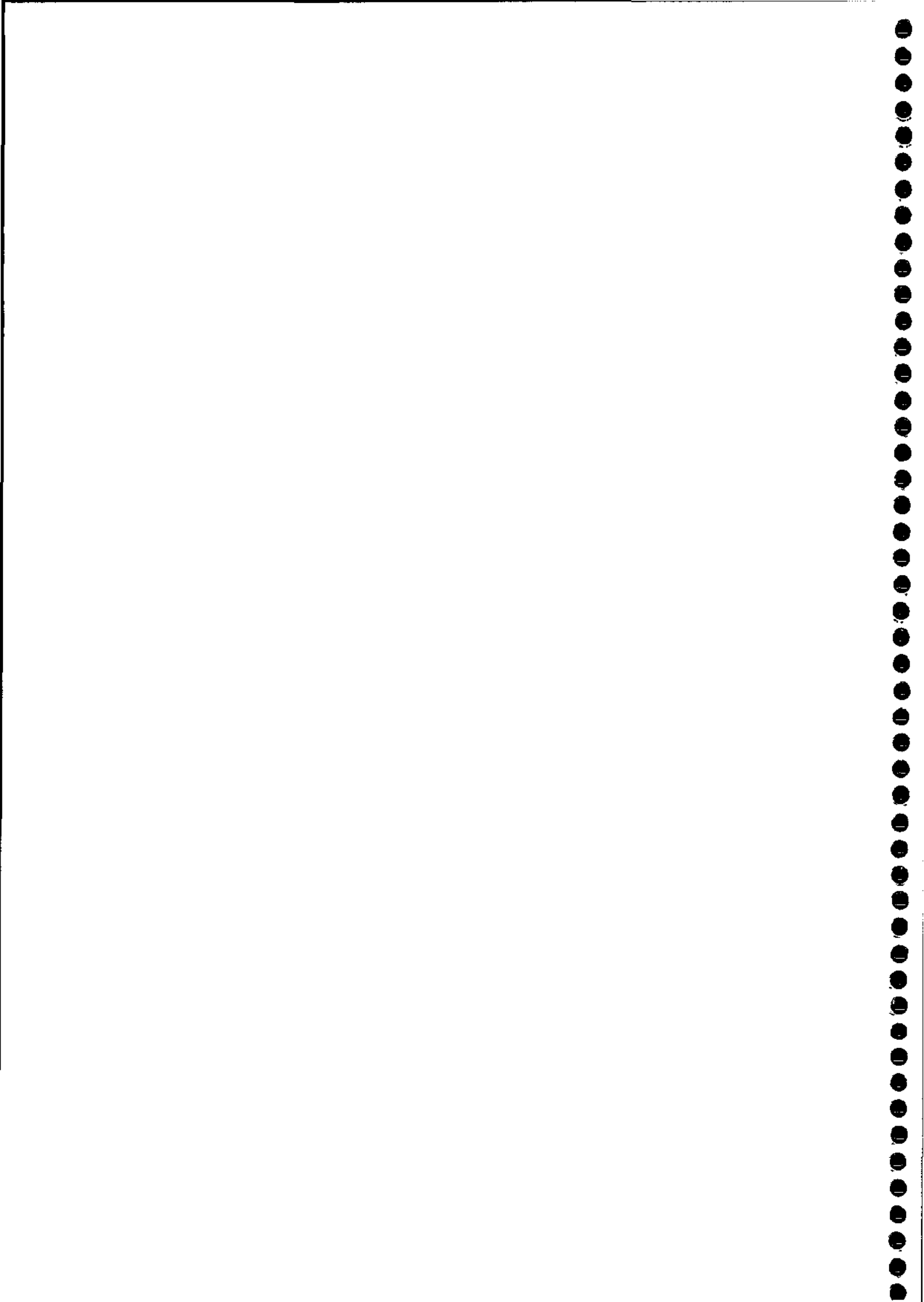
2.4 - Ações

O plano de contingência para problemas no fornecimento regular de energia elétrica terá um fluxo de ação dividido em três tempos: T0, T1, T2.

No T0 – Imediato: ao tomar ciência da interrupção de energia, o Gerente da Unidade buscará identificar a causa e solicitará ao Agente Administrativo que faça contato imediato com a Equipe de Manutenção que avaliará a ocorrência e fará a solicitação à companhia de energia elétrica, solicitando a priorização na realização das medidas para o reparo, dada a característica de essencialidade das ações ofertadas em serviços de saúde.

No T1 - Imediato até a redução da incidência de luz nos ambientes da unidade de saúde. As ações assistenciais e administrativas serão mantidas temporariamente fora dos sistemas informatizados, utilizando-se pasta de





impressos padrões da unidade para execução manual de documentos em casos urgentes, e caso a ocorrência se estenda por período superior a 12h, a interrupção das atividades será avallada, devido a indisponibilidade de acesso aos sistemas para documentos e solicitações.

Os profissionais de saúde (médicos, farmacêuticos, dentistas, enfermeiros) devem realizar escuta qualificada, orientando o usuário quanto a ocorrência.

A orientação a ser dada quanto à retomada de atividades assistenciais será dependente do retorno da energia elétrica, que pode ser em poucos minutos ou estender-se.

Os profissionais de saúde deverão colaborar com organização do fluxo de pessoas e de informações a serem dadas aos usuários. Todas as atividades serão retomadas imediatamente após o retorno da energia elétrica. Nenhum servidor ou funcionário da Unidade de Saúde será dispensado do trabalho. Os mesmos retornarão as suas atividades imediatamente após o retorno do fornecimento de energia elétrica, ou permanecerão na Unidade até seus horários de saída convencionais.

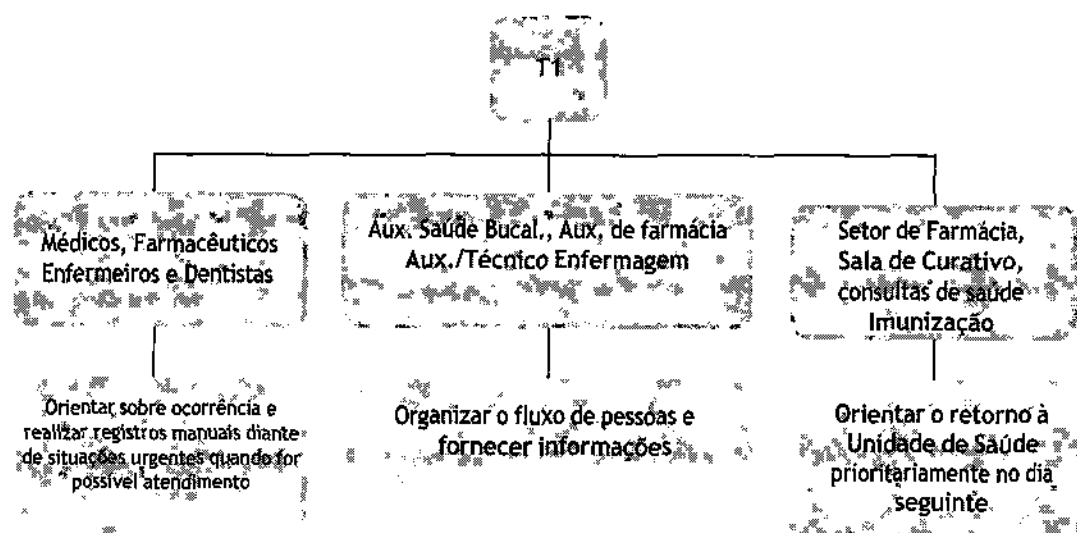
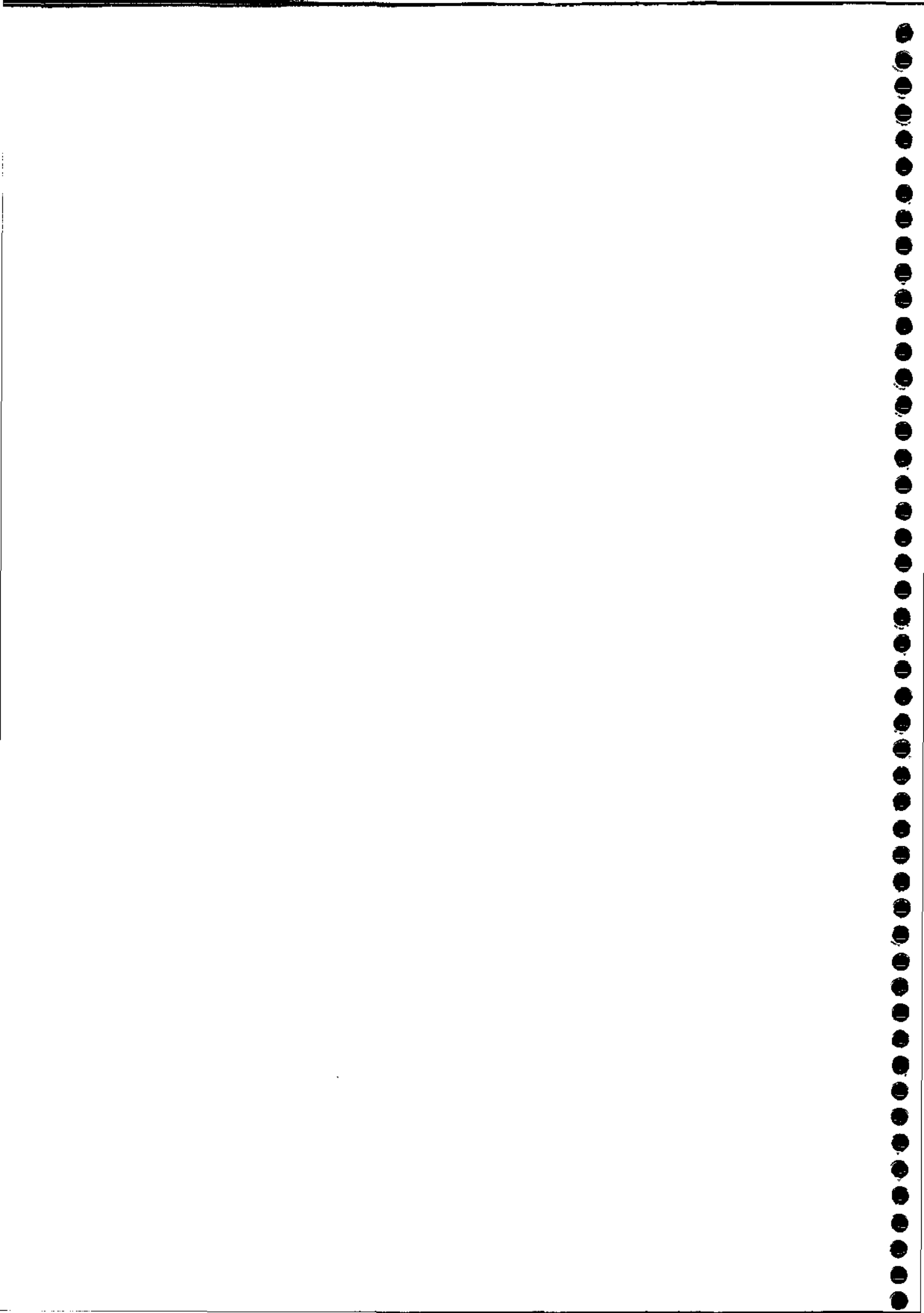


Figura 2 - Resumo do fluxo para tomada de decisões referente aos problemas com fornecimento de energia elétrica - T.1

No T2 - O Gerente da Unidade deverá avaliar necessidade de suspensão das atividades à partir das 17h considerando o cessar de luzes ambientes. A unidade terá retorno das atividades assim que restabelecido o fornecimento de energia elétrica, com reavaliação geral da condição de equipamentos eletroeletrônicos, geladeira de armazenamento do setor de farmácia e imunobiológicos.



Anexo 11.9

6. Problemas relacionados ao fornecimento de insumos padronizados para uso na Unidade

3.1 Objetivo

Estabelecer fluxos para enfrentamento de problemas relacionados ao desabastecimento de artigos padronizado na Unidade.

3.2 Agentes envolvidos

Responsável pelo setor de Suprimentos: responsável por organizar os processos de compra, administrar o armazenamento e movimentação de insumos, equipamentos e outros materiais, garantindo o abastecimento necessário ao atendimento aos usuários.

Enfermeiro responsável pela Central de Materiais e Esterilização (CME): responsável pela supervisão das ações executadas na CME.

Gerente da Unidade: é o responsável pela ação gerencial no nível local, e também pela coordenação e avaliação das ações administrativas e operacionais da Unidade de Saúde. Este profissional é elemento chave para o acionamento do plano de contingência.

Agente Administrativo responsável pelo suprimento de insumos: é o profissional responsável pela solicitação, recebimento, conferência, armazenamento e distribuição dos materiais e produtos na Unidade de Saúde.

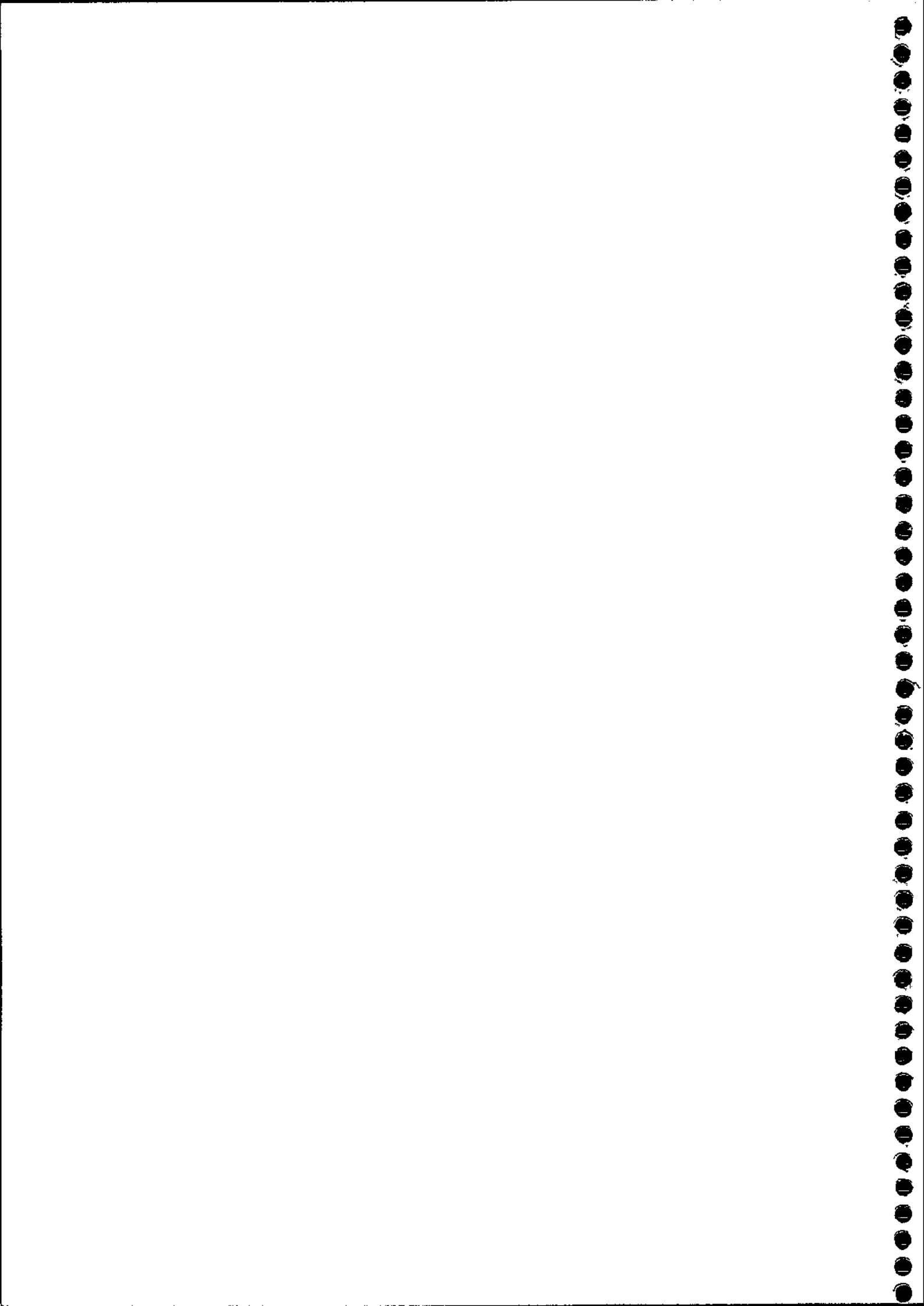
Profissionais de Saúde da Unidade: grupo que executa as ações diretas de saúde para a população: médicos, dentistas, enfermeiros, auxiliares de saúde bucal, auxiliares e técnicos de enfermagem e outros.

3.3 Ações

As ações de contingenciamento do Setor de Suprimentos visam a busca dos insumos oferecidos pelos fornecedores nos processos de aquisição emergencial, atendendo aos critérios preconizados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). A logística destes suprimentos envolverá a gestão, responsável pela previsão mínima de estoque, controle de entrega em tempo hábil, comunicação interna e externa clara e precisa, com uso efetivo de recursos.

No T0 – Imediato: havendo alteração no estoque de produto por falha na entrega, quebra de contrato ou suspensão de licença, o setor de Compras da Irmandade acionará o Responsável dos Suprimentos que irá comunicar o Gerente da Unidade.





No T1 – Esses profissionais, cientes dos problemas relacionados à interrupção de entrega de produto, darão início a cadeia de procedimentos do Plano de Contingência proposto, com a revisão da indicação de produtos alternativos e encaminhamento para abertura de processo de compra emergencial.

No T2 – Durante andamento da compra emergencial de qualquer produto em falta, a Irmandade se dispõe a fornecer o excedente disposto nas outras Unidades por esta administrada

No T3 – Caso a falta se dê por falta de abastecimento no mercado, o setor de compras e o responsável dos Suprimentos se encarregarão de mapear outros fornecedores ou produtos alternativos.

Este fluxo de contingência será realizado até a normalização do abastecimento ou substituição por produto similar, em caráter definitivo, e neste momento haverá capacitação e orientação para as equipes envolvidas.

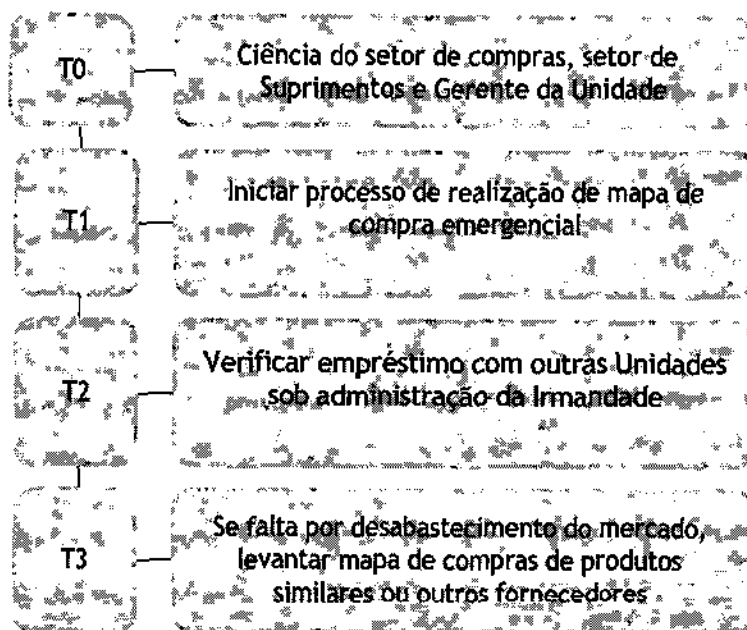
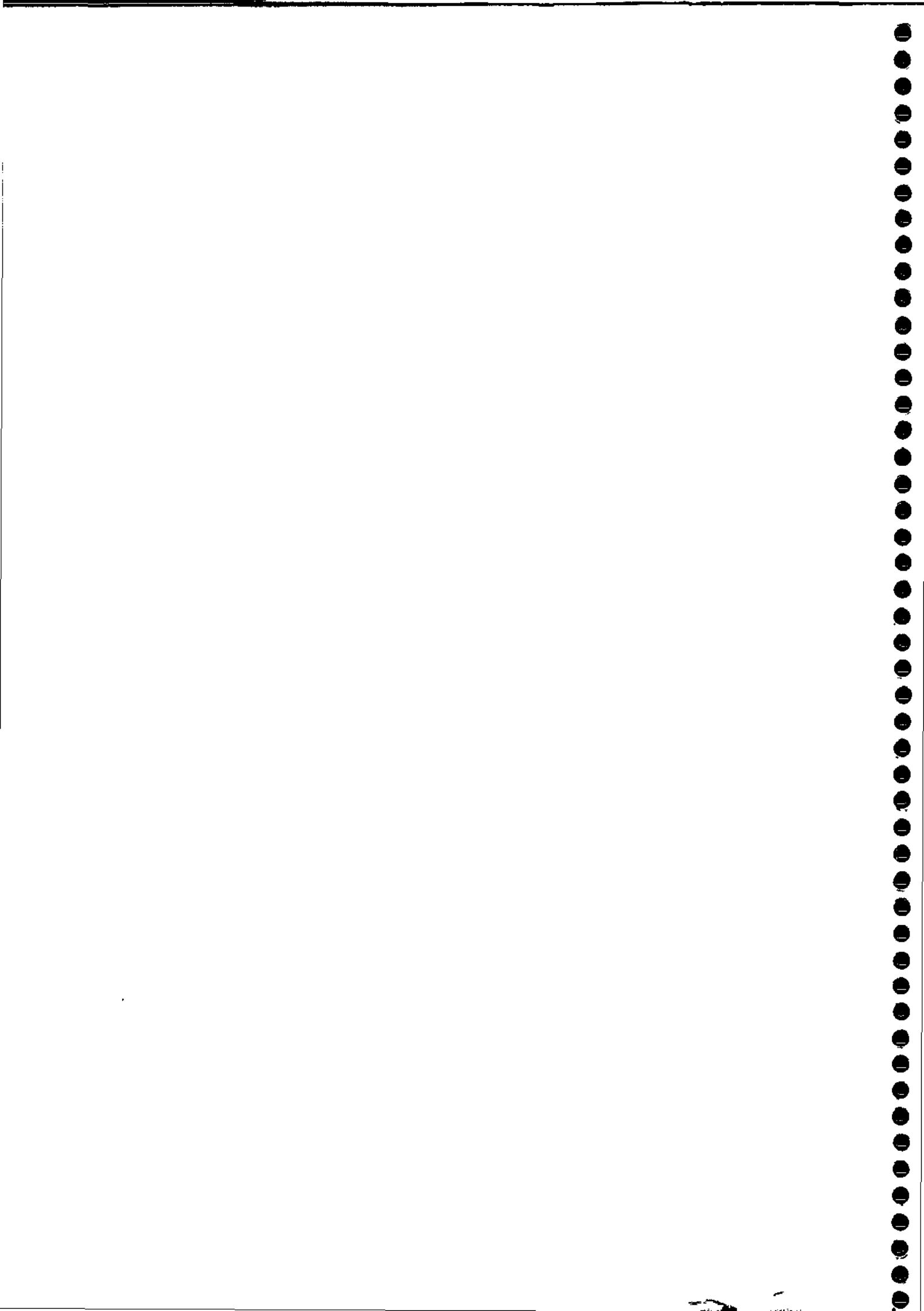


Figura 3 - Resumo do fluxo para tomada de decisões referente aos problemas com fornecimento de insumos.

Handwritten signature or initials.



Anexo 11.10

7. Problemas relacionados ao fornecimento regular de internet na Unidade

4.1 Objetivo

Definir o plano de contingência para mitigação de problemas relacionados a interrupção no fornecimento de internet para a Unidade.

4.2 Agentes envolvidos

Agente Administrativo da Unidade – profissional definido pelo Gerente da Unidade para operacionalização do Plano de Contingência.

Profissionais de saúde da Unidade – grupo que executa as ações diretas de saúde à população: médicos, farmacêuticos, dentistas, enfermeiros, auxiliares de consultório odontológico, auxiliares de farmácia, técnicos de enfermagem e outros.

4.3 Ações

O plano de contingência para problemas no fornecimento regular de internet terá um fluxo de ação dividido em três tempos: T0, T1, T2.

No T0 – Imediato: ao tomar ciência da lentidão ou interrupção de internet o Gerente da Unidade acionará equipe de Tecnologia da Informação para identificar a causa e solicitará apoio ao Agente Administrativo.

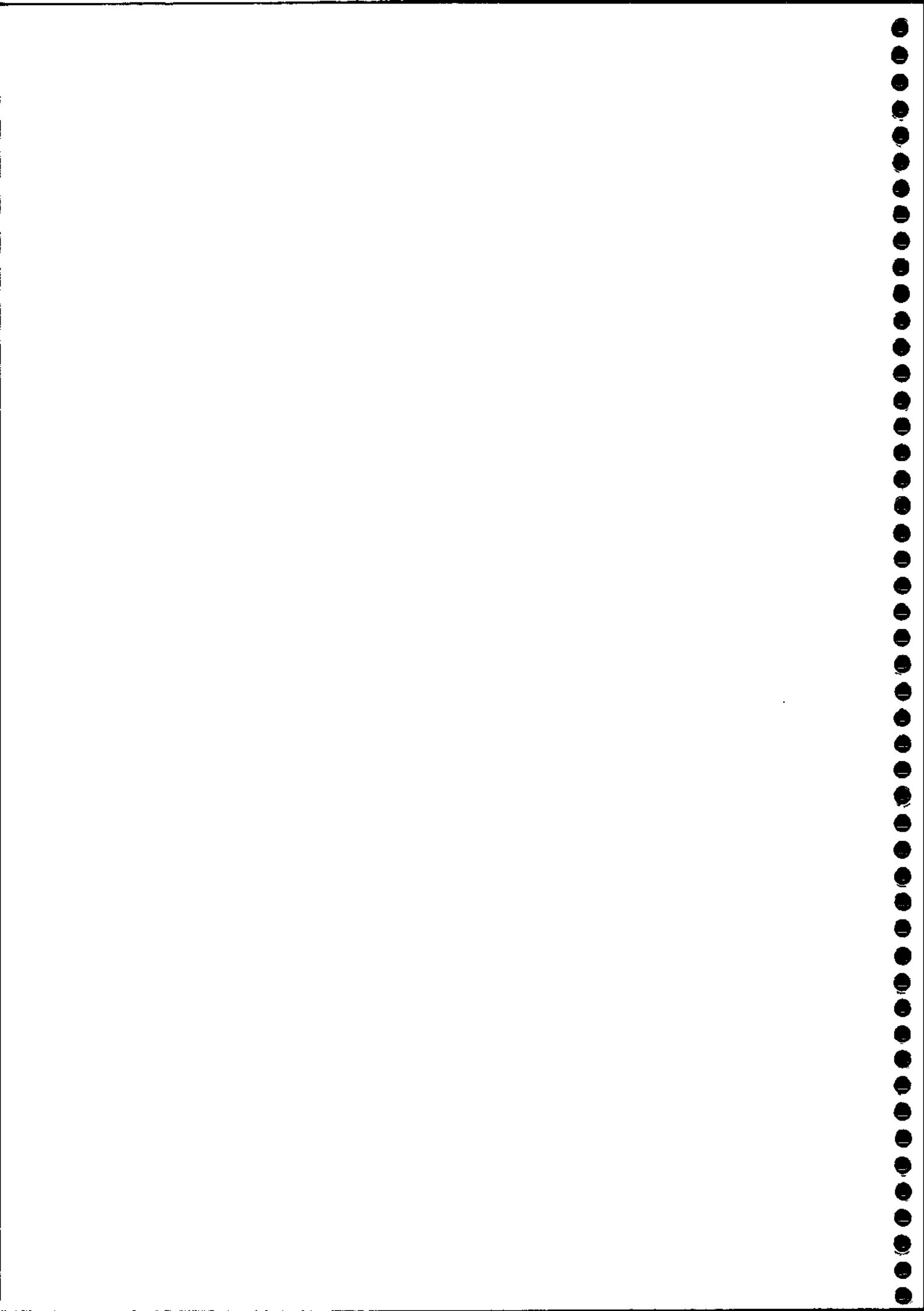
No T1 - Imediato até o reestabelecimento da conectividade. Algumas ações assistenciais e administrativas serão temporariamente interrompidas, devido a indisponibilidade de acesso aos sistemas; o que puder ser realizado no papel, será realizado utilizando-se das pastas de impressos disponíveis para tais falhas. Os impressos deverão ser escaneados e utilizados até normalização dos sistemas e do prontuário eletrônico.

Coleta de material biológico deve ser identificada com etiqueta branca no padrão estabelecido disponível nas pastas de contingência.

Atendimento odontológico e farmacêutico: Devem ser mantidos os atendimentos e anotado os dados para posterior lançamento no sistema.

Vacina: As vacinas de rotina só devem ser aplicadas se o paciente estiver com o cartão de vacina. O lançamento da aplicação no sistema de informação deve ser realizado assim que a internet for restabelecida.

Recepção: Atualização cadastral e abertura de fichas devem ser realizados com impressos da pasta de contingência escaneados para uso até restabelecimento da conectividade.



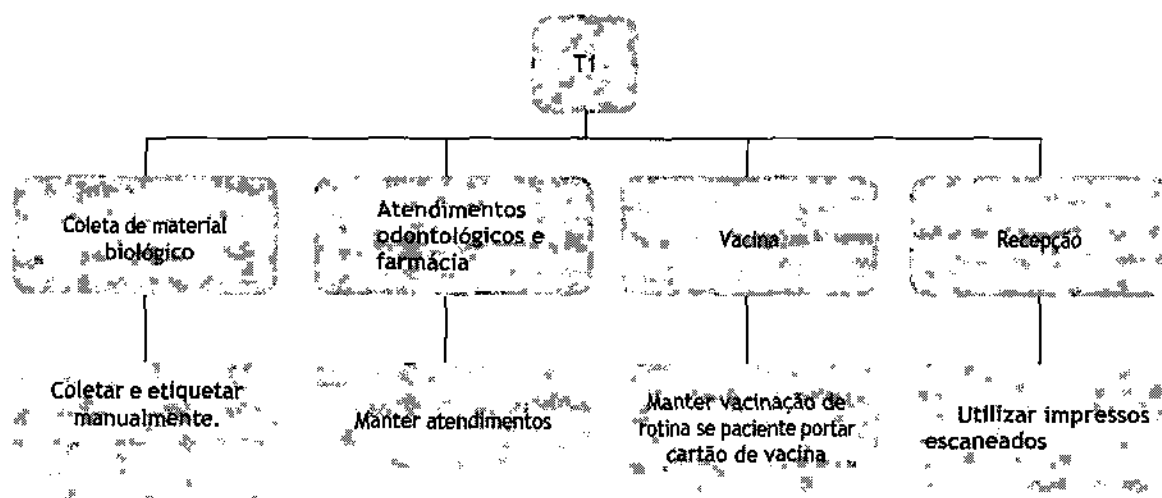


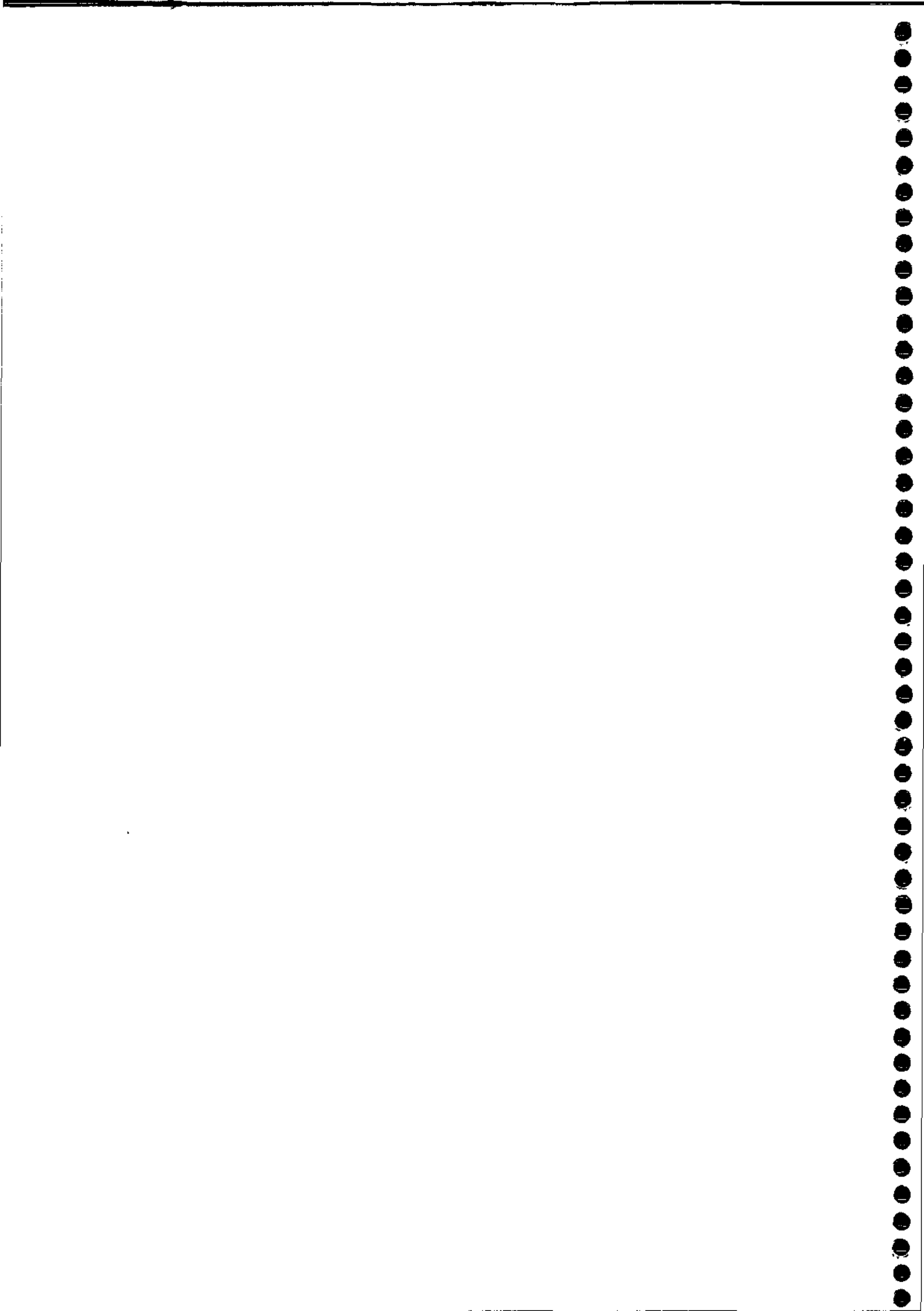
Figura 4 - Resumo do fluxo para tomada de decisões referente aos problemas com fornecimento de internet – T.1

A orientação a ser dada quanto à retomada de todas as atividades assistenciais será dependente do retorno da internet, que pode ser em poucos minutos ou horas.

Os profissionais de saúde deverão colaborar com organização do fluxo de pessoas e de informações a serem dadas aos usuários. Nenhum servidor ou funcionário da Unidade será dispensado do trabalho.

No T2 – Reestabelecimento da conectividade: Após o retorno da internet, os profissionais devem lançar nos sistemas os atendimentos que ocorreram no período em que houve a interrupção.

[Handwritten signature]



Anexo 11.11

8. Problemas relacionados ao fornecimento regular de roupas e enxovais para a Unidade

5.1 Objetivo

Definir o plano de contingência para mitigação de problemas relacionados ao fornecimento regular de roupas e enxovais para a Unidade.

5.2 Vulnerabilidades

A logística, o processamento e a etapa de fornecimento de roupas e enxovais para unidades de saúde está atrelado a um contrato de prestação de serviços. Esse contrato de prestação de serviços pode ser interrompido temporariamente, por dificuldade técnica da empresa.

A interrupção da disponibilização de roupas e enxovais na unidade implicará em impacto direto à assistência de saúde ofertada, essencialmente na área de ginecologia, urgência e emergência e observação clínica.

Neste contexto, será necessária a adoção de ações para evitar desabastecimento de roupas e enxovais, necessitando de um plano de contingência com fluxo referente à tomada de decisões.

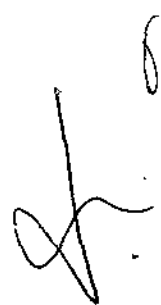
5.3 Agentes envolvidos:

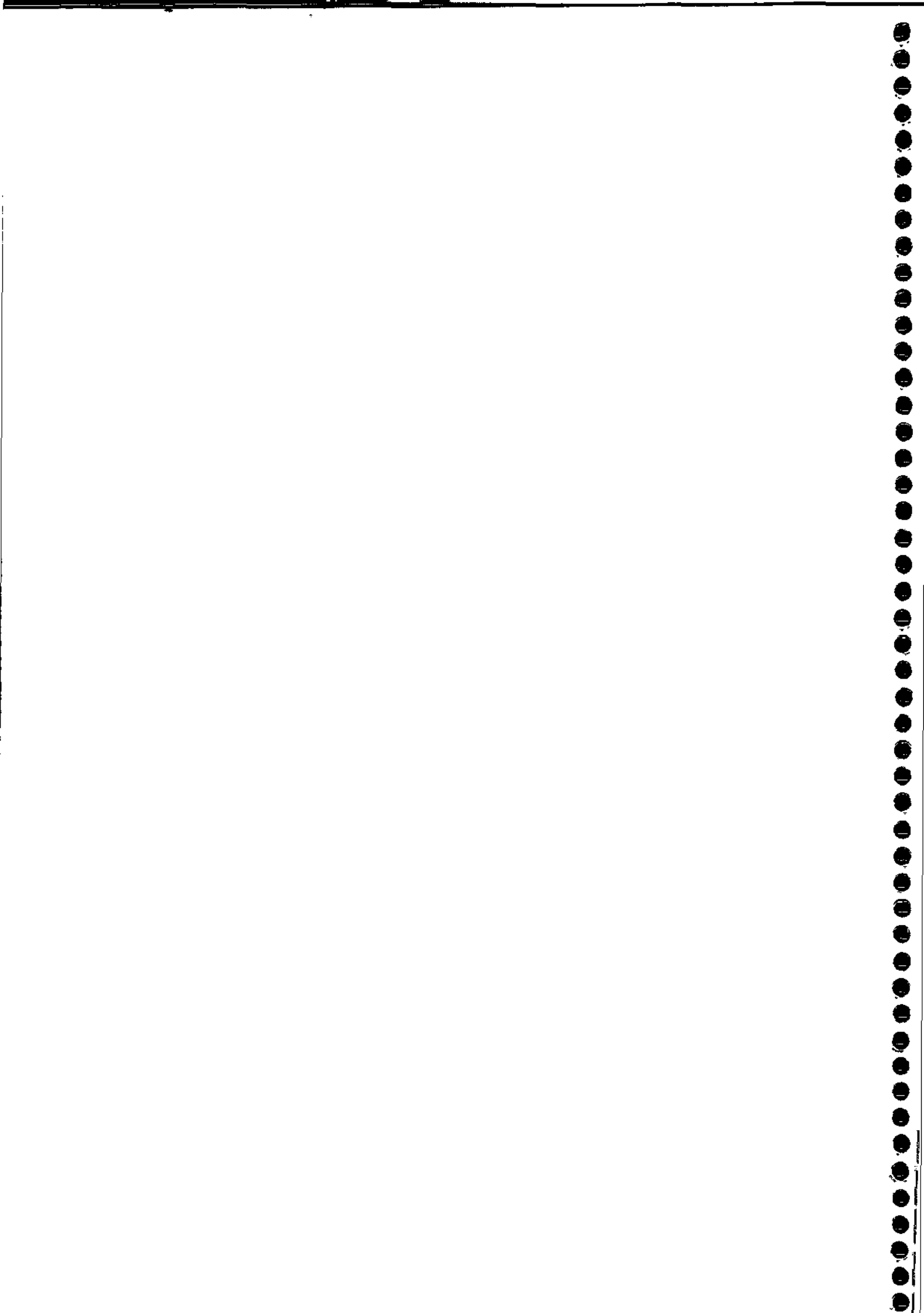
Encarregado responsável pelo serviço de Lavanderia e Rouparia - é o que primeiro receberá a comunicação sobre problemas relacionados a esse fluxo e será o tomador de decisão imediata. Seu papel será consultar o contrato de prestação de serviços e buscar informações sobre responsabilidades e prazos em relação a manutenção do serviço.

Gerente da Unidade – agente responsável pela organização das ações administrativas, gerenciais e operacionais da Unidade de Saúde. Este profissional será a primeira autoridade a ser avisada sobre os problemas relacionados ao fornecimento de rouparia na unidade de saúde. Ele ou um agente administrativo, definido por ele, dará início a cadeia de procedimentos do Plano de Contingência.

Profissionais de saúde da Unidade – grupo que executa as ações diretas de saúde para a população: médicos, farmacêuticos, dentistas, enfermeiros, auxiliares de saúde bucal, auxiliares de farmácia, auxiliares e técnicos de enfermagem e outros.

5.4 Ações





O fluxo de ação acontecerá em quatro tempos, T0, T1, T2, T3 e T4.

No T0 – Imediato: O Encarregado pelo Serviço de Rouparia e Lavanderia informará ao Gerente da Unidade de Saúde que há problemas relacionados à manutenção do fluxo para entrega de roupas e enxovais limpos e sujos da Unidade. Esse profissional explicará com detalhes administrativos o que envolve essa interrupção. Além disso, informará base de apoio para fornecimento e processamento em caráter emergencial, na Matriz da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia. Conforme as circunstâncias, será estudada uma nova empresa especializada para restabelecer o fluxo, por meio de contratação emergencial, no menor prazo possível, conforme conclusão de trâmites administrativos e legais.

No T1 – O Gerente da Unidade deverá estabelecer um plano de uso responsável do enxoval e roupas, considerando a reserva técnica a ser disponibilizada para uso.

O Encarregado do Serviço de Rouparia providenciará um quantitativo de roupas e enxovais da reserva técnica considerando inclusive excedente de apoio na Matriz da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia, buscando atender em quantidade igual ou maior que o programado para uso em um dia, considerando o estoque, até o reestabelecimento do fluxo habitual.

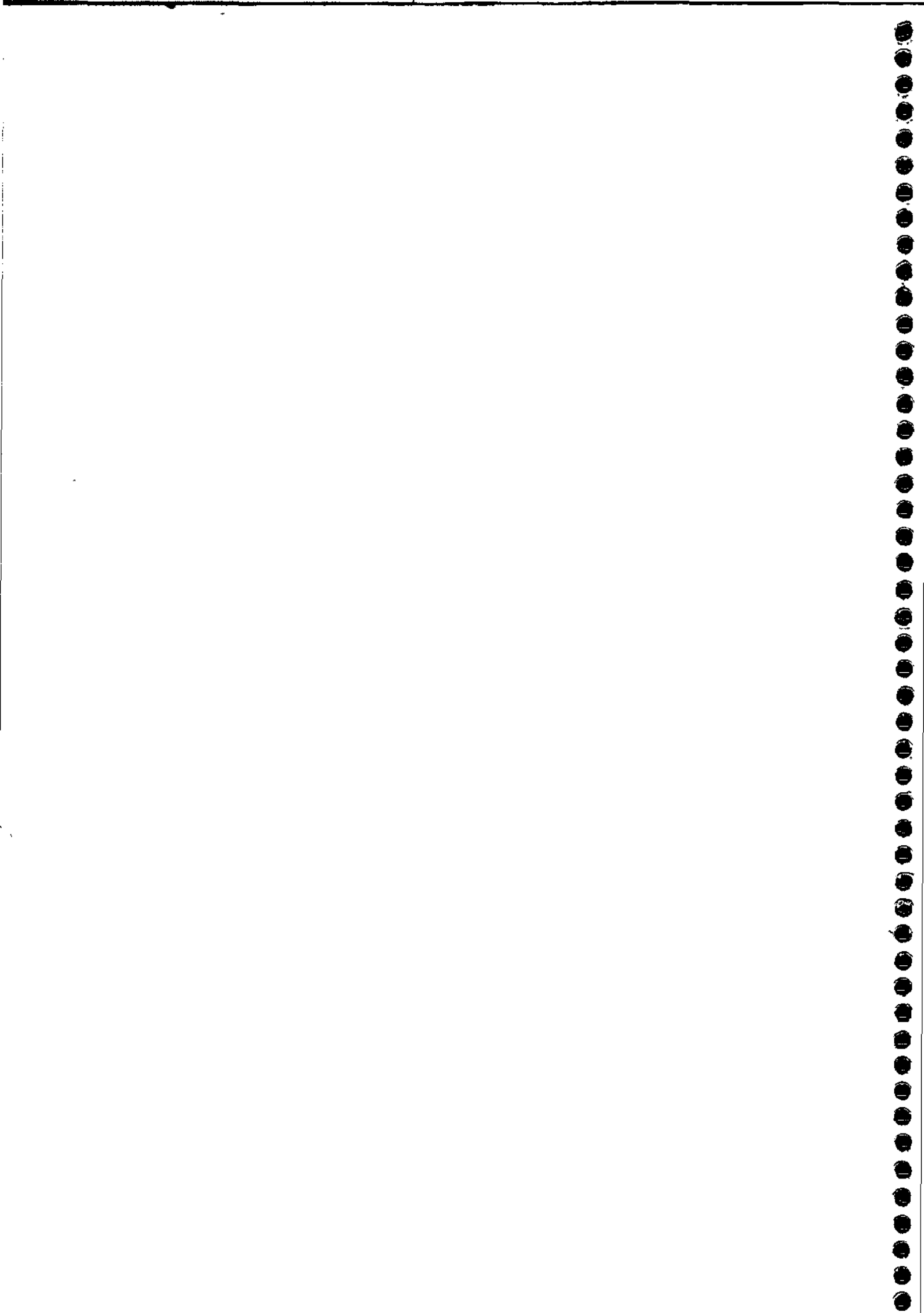
De imediato, a quantidade definida de roupas e enxovais será entregue na Unidade, com recursos logísticos da Matriz. O Gerente da Unidade informará aos profissionais de saúde sobre a ocorrência e fornecimento restrito dos itens.

No T2 - As rotinas estabelecidas para o manejo de enxovais e roupas na unidade de saúde deverão ser mantidas pelos profissionais de enfermagem.

No T3 - Esse plano de contingência será realizado até a admissão de nova empresa, se necessário.

No T4 - O enxoval e roupas da reserva técnica que forem utilizadas durante a implementação do Plano de Contingência serão processadas e retornarão para a recomposição de quantitativo.





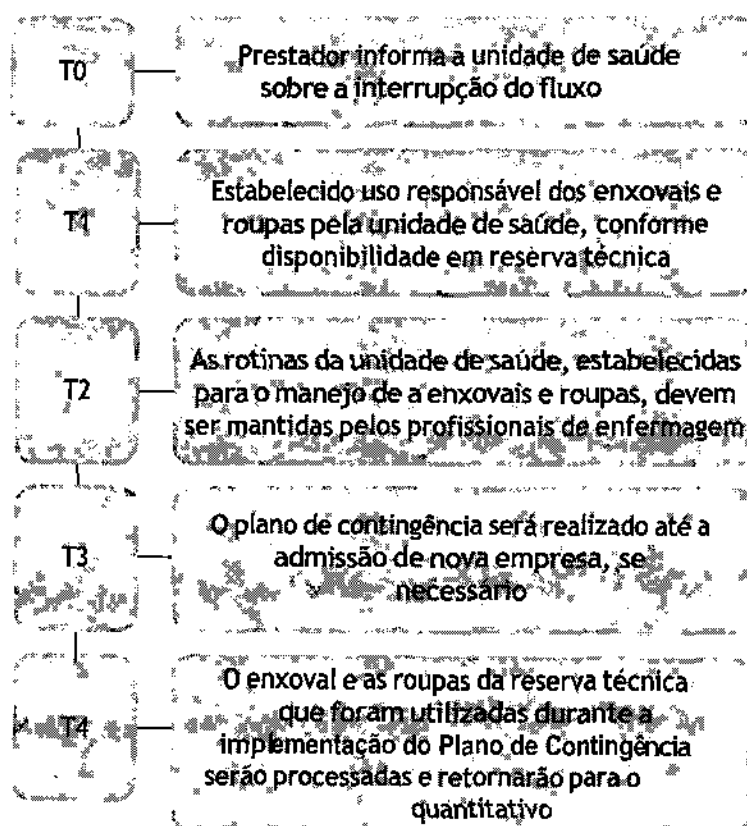
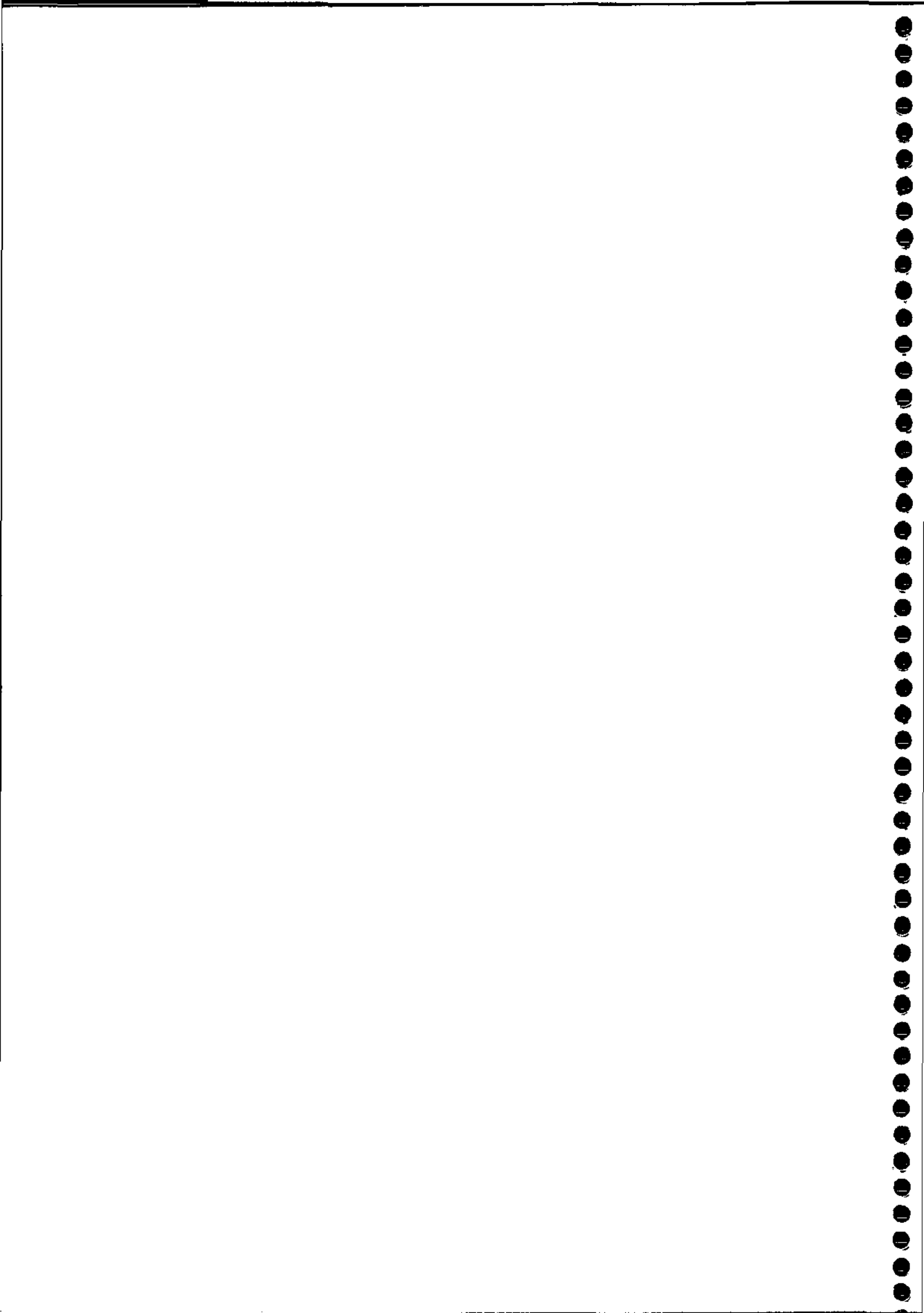


Figura 5 - Resumo do fluxo para tomada de decisões referente à interrupção no fornecimento regular de roupas e enxovais para unidades de saúde.

Referência:

Brasil. Ministério da Saúde. Brasília. Guia para elaboração de planos de contingência, 2023.



ANEXO 12

Faturamento BPA

1. OBJETIVO

- 1.1. Faturamento de todos os atendimentos ambulatoriais (consultas e exames).

2. REFERÊNCIA

- 2.1. Manual Sigtap Web – disponível em <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/download.js>
2.2. Manual do SCNES – disponível em <http://cnes.datasus.gov.br/pages/downloads/documentacao.jsp>
2.3. Cadsus – disponível em <https://cadastro.saude.gov.br>

3. RESPONSÁVEIS

- 3.1. As faturistas.

4. CAMPO DE APLICAÇÃO

- 4.1. No setor de faturamento.

5. DEFINIÇÕES

- 5.1. BPA – Boletim de Produção Ambulatorial.
5.2. SIGTAP – Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos e Medicamentos e OPM dos SUS.
5.3. CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.
5.4. WARELINE – Sistemas de Informatização Hospitalar.
5.5. BPA – MAG – Boletim de Produção Ambulatorial Magnético
5.6. CID – Código Internacional de Doenças
5.7. CBO – Classificação Brasileira de Ocupações
5.8. SIA – Sistema de Informação Ambulatorial

6. MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

- 6.1. Computador
6.2. Material de escritório.
6.3. Impressora

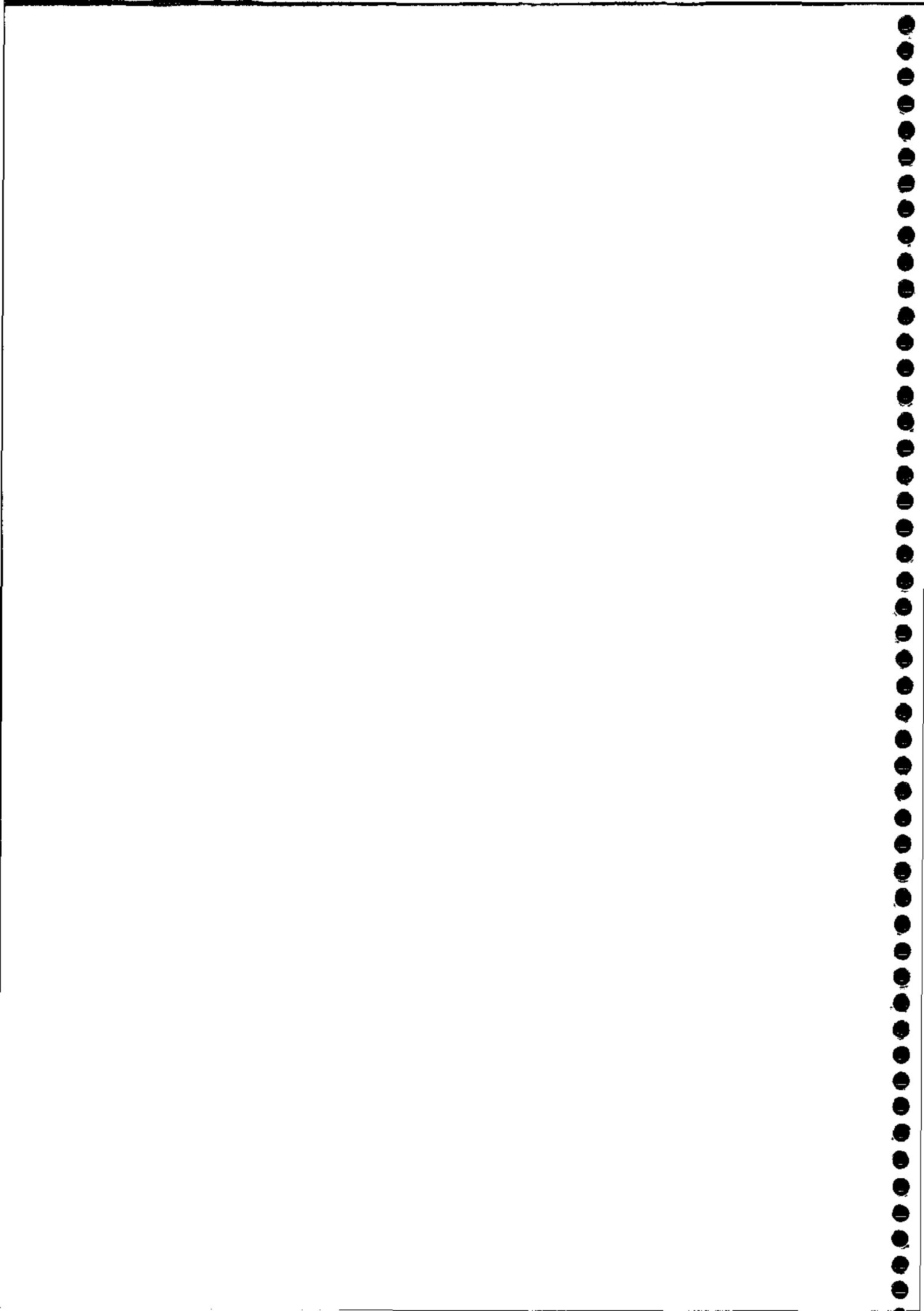
7. PROCEDIMENTOS

- 7.1. Receber as fichas de atendimentos da recepção.
7.2. Verificar se todos os atendimentos estão preenchidos corretamente: CID, descrição do exame clínico, assinatura e carimbo médico, equipes multi profissionais, checagem das medicações, assinatura e carimbo da enfermagem.
7.3. Lançar os procedimentos no Sistema Interno Wareline, consultas médicas e equipe Multi BPAI (Individualizado) e os demais exames BPAC (Consolidado) de acordo com a tabela SIGTAP.
7.4. Gerar o arquivo da produção do mês vigente, enviar de acordo com o cronograma anual da SES/Sorocaba, para que a mesma finalize o processo junto ao MS.

8. OBSERVAÇÕES

- 8.1. Estar atento a todas as informações, nome do paciente, data do atendimento, conferência de todos os exames realizados.
8.2. Comparar os procedimentos realizados com a tabela SIGTAP, verificando os códigos de cada procedimento realizado, serviço e classificação (Próprio ou Terceiros) , CBO





correspondente ao profissional de acordo com a sua habilitação no CNES.

- 8.3. Verificação e atualização no Sistema Interno Wareline de acordo com os profissionais cadastrado no CNES.
- 8.4. Seguir cronograma de processamento da fatura na competência vigente, gerar arquivo da produção de acordo com as atualizações nas versões liberadas pelo Sistema DATASUS mensalmente, para o processo de importação correto ao MS.

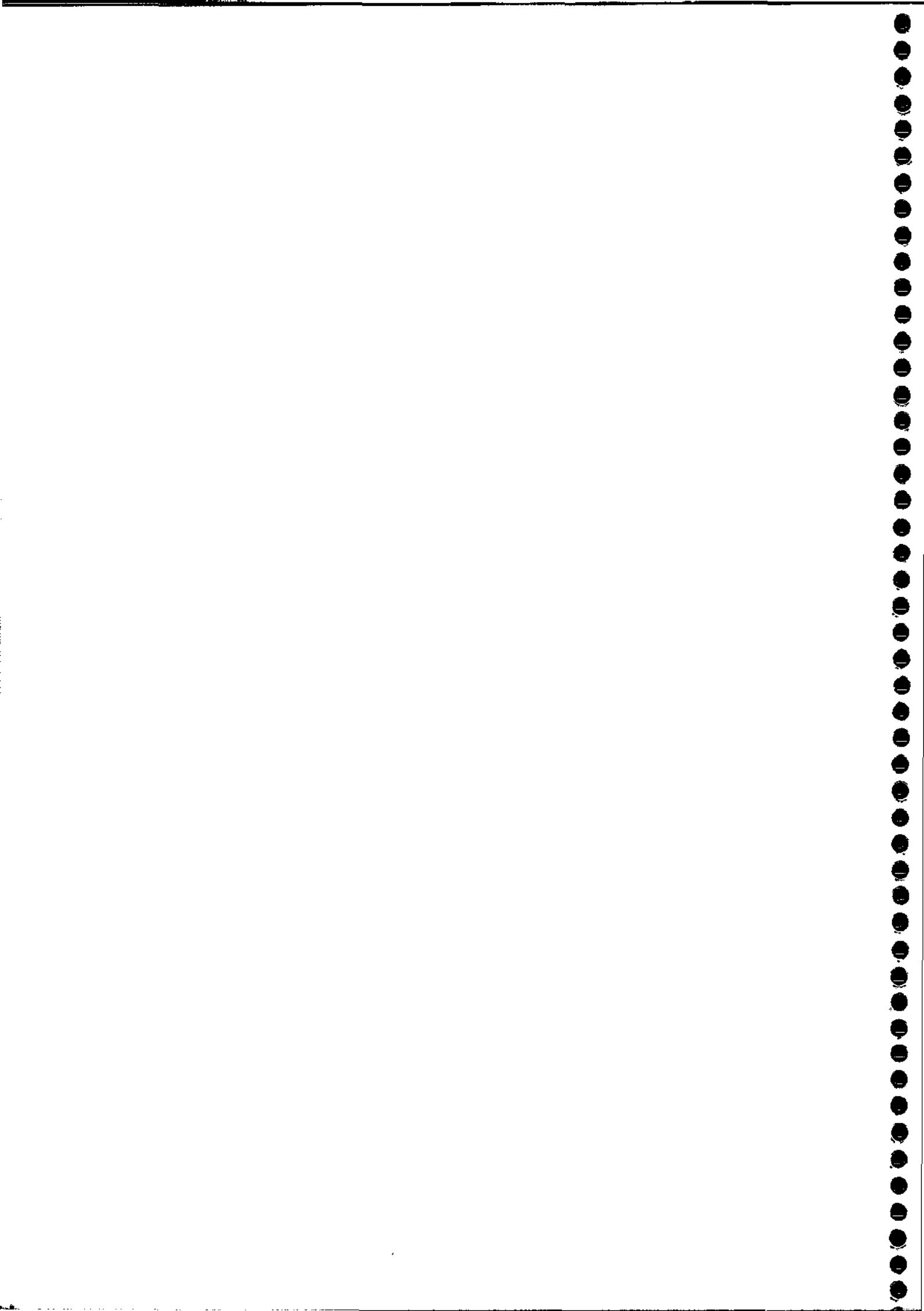
9. ORIENTAÇÕES PARA O PACIENTE

- 9.1 Não se aplica.

10. ANEXOS

- 10.1 Não se aplica.

A handwritten signature in black ink, located in the bottom right corner of the page. The signature is stylized and appears to be a cursive representation of a name.





Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba

Av. São Paulo, 750 - Jd. Árvore Grande - Sorocaba/SP

Fone: 15 2101-8000 - CNPJ: 71.485.056/0001-21

www.santacasasorocaba.com.br

ANEXO 13

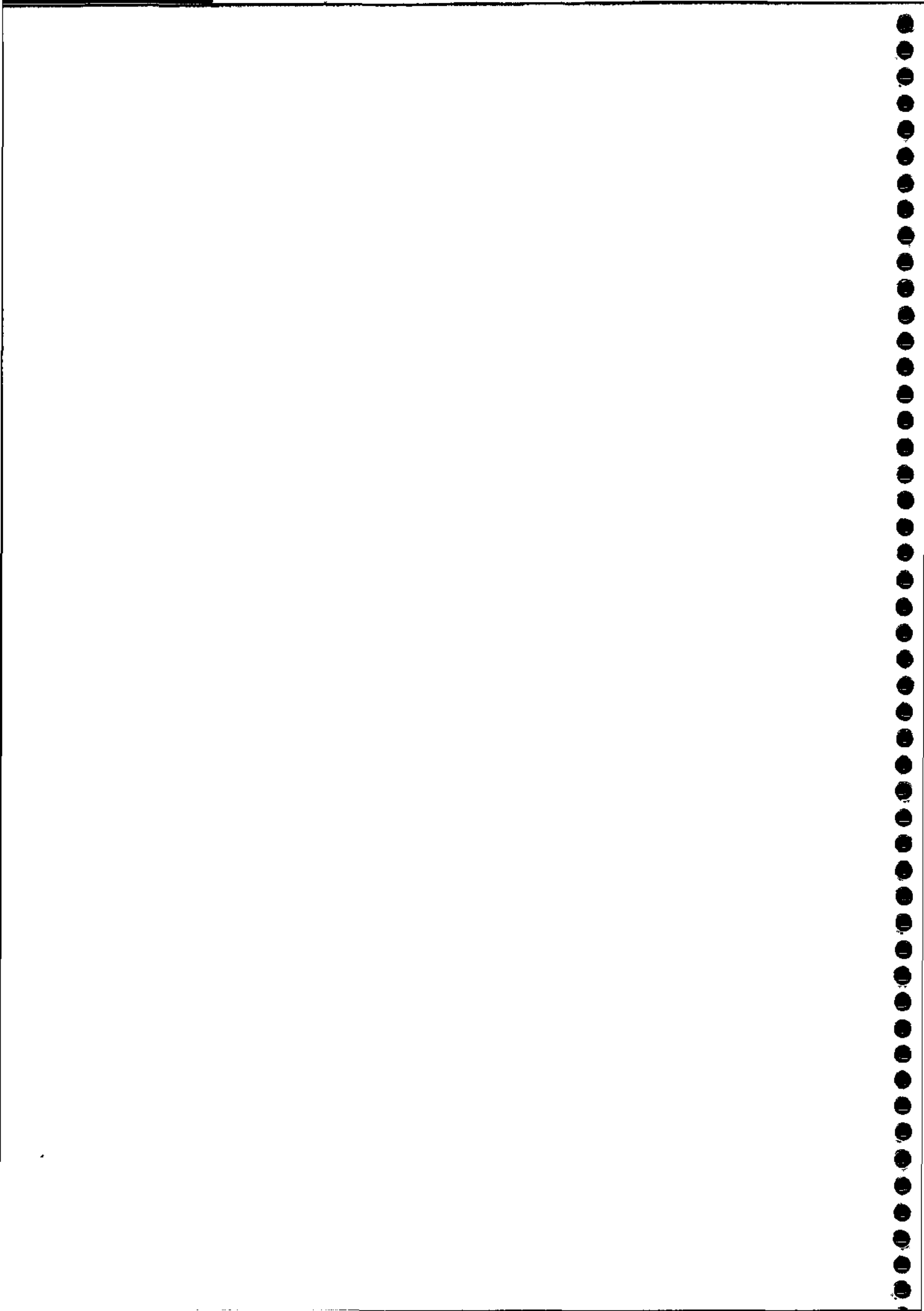
FICHA TÉCNICA DE INDICADORES

Código do Indicador: (código de referência) Contrato: (Instituição solicitante)
Indicador: (Nome do indicador)
Definição: (Explicação descritiva do cálculo e objetivo do indicador, bem como, a população incluída/excluída)
Cálculo: Demonstração da fórmula utilizada para alcance do resultado do indicador (é igual a definição, porém exibido em fórmula).
Meta: (Resultado esperado em período definido. Ex.: 80% ao mês).
Determinação e referência da meta: (Descrição do motivo pelo qual foi definida aquela meta, bem como a sua fonte)
Sector responsável pelos dados: (Setor que realiza a coleta e apresentação dos dados)
Metodologia de Apuração do Indicador: (Descrição detalhada de como é realizado a coleta dos dados)
Periodicidade: (intervalo de compilação, apuração e apresentação dos dados) • Compilação e apuração: () Diário, () Mensal, () Trimestral • Apresentação para as partes interessadas: () Diário, () Mensal, () Trimestral • Apresentação Institucional: () Mensal, () Trimestral
Partes interessadas: (padrão) Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.

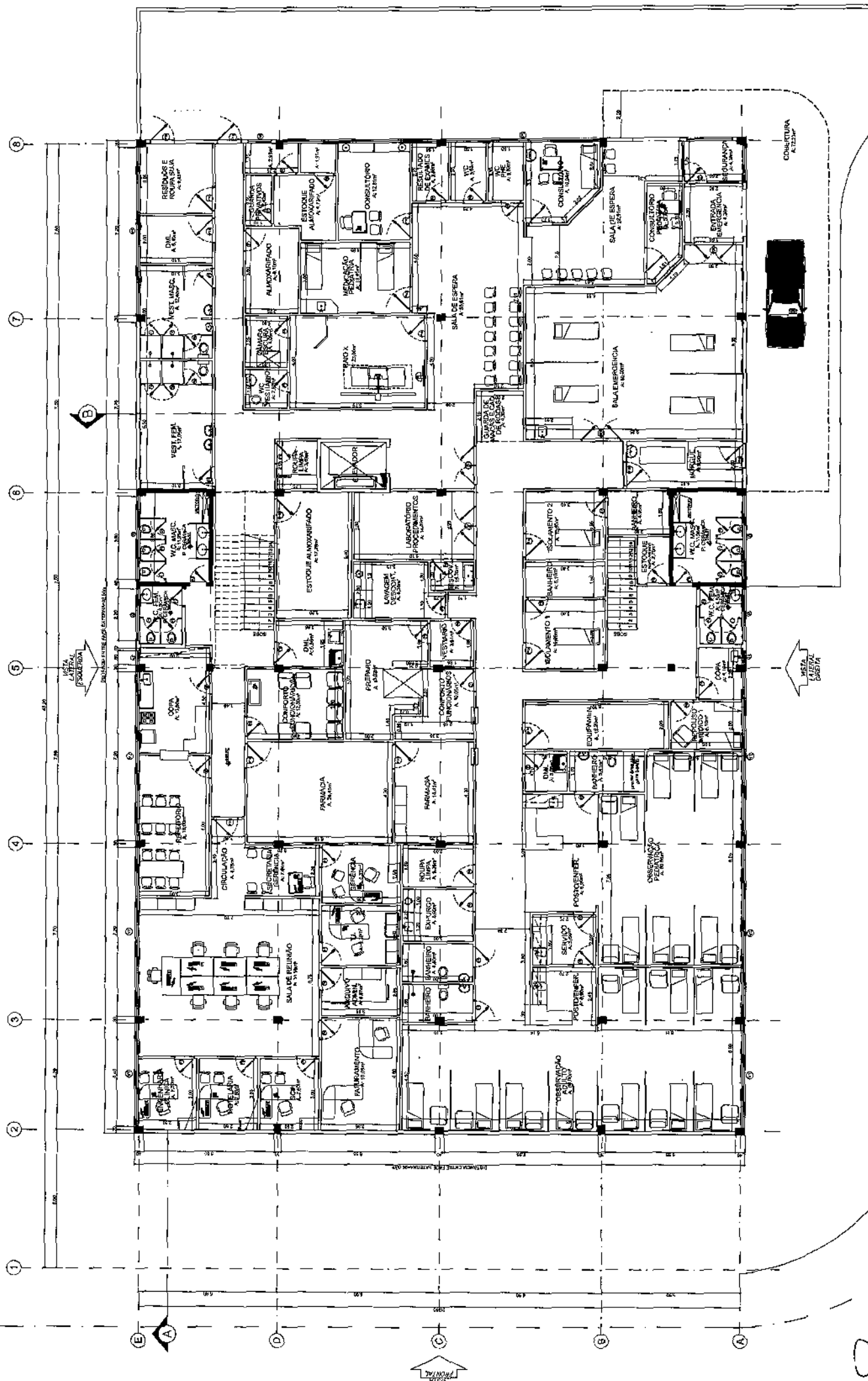
HISTÓRICO DO INDICADOR

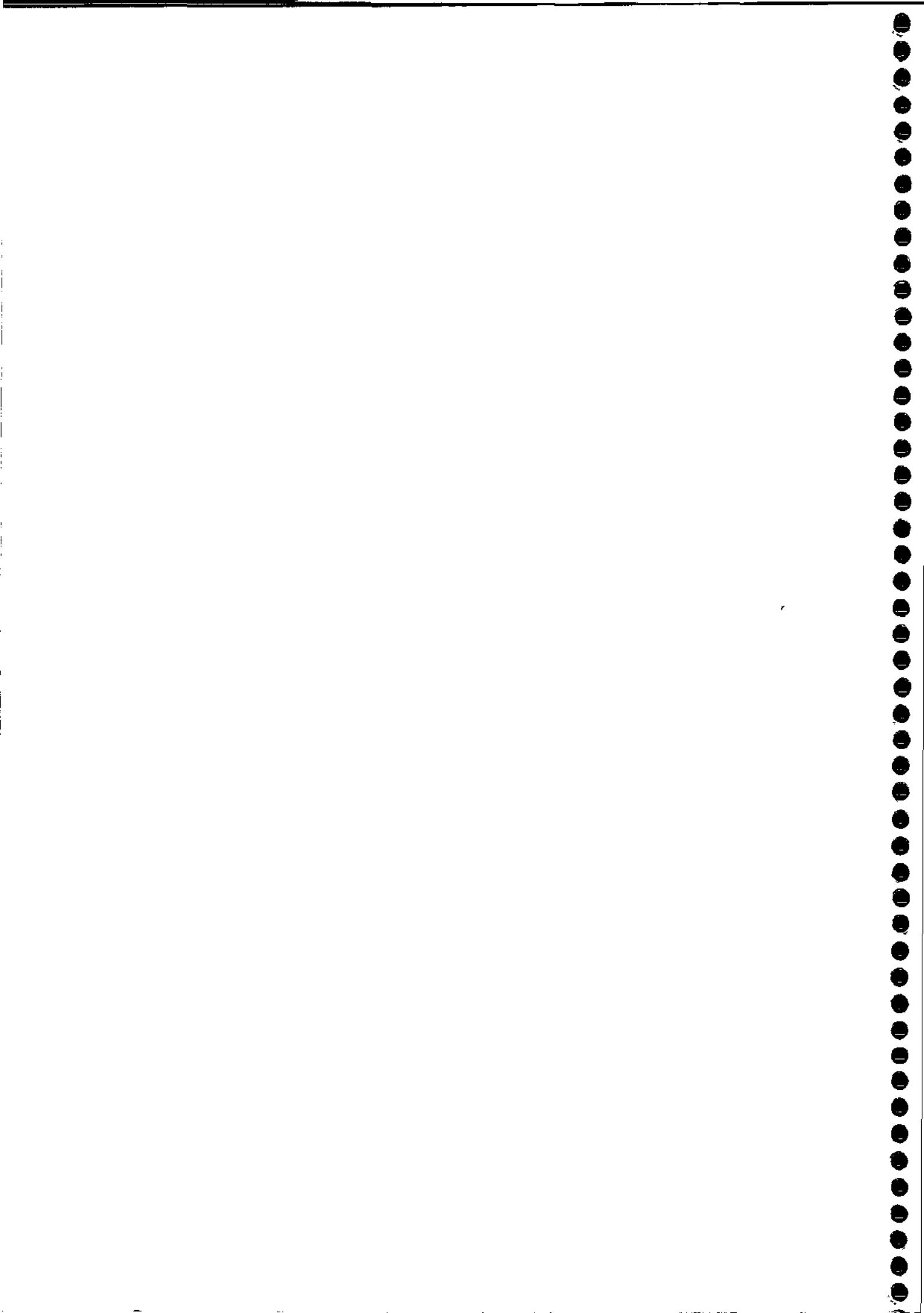
Revisão	Data	Natureza da operação	Responsável
000	xx.xx.xxxx	Criação da Ficha Técnica do indicador	xxx

(as frases em vermelho são explicativas e devem ser apagadas conforme preenchimento)

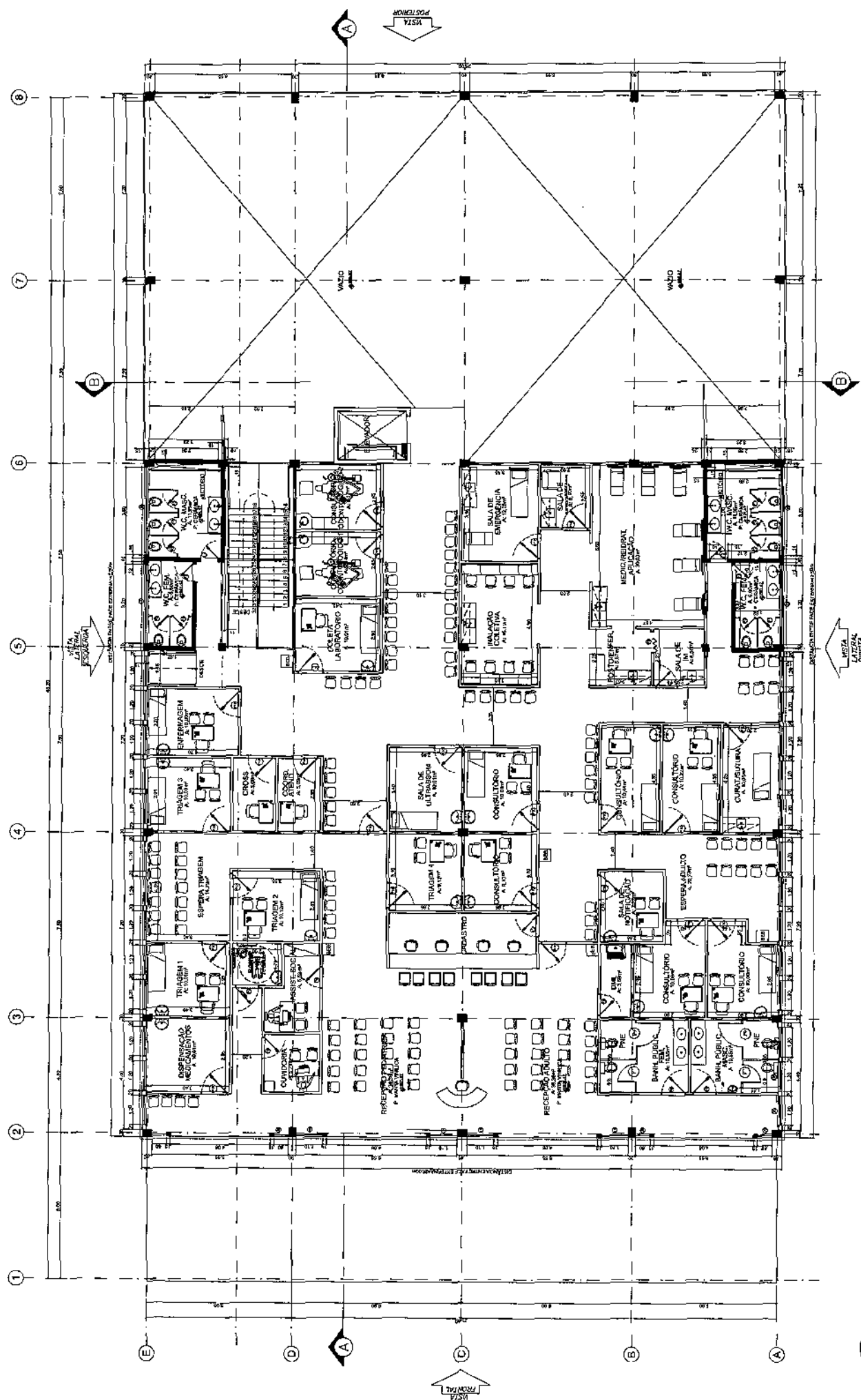


6

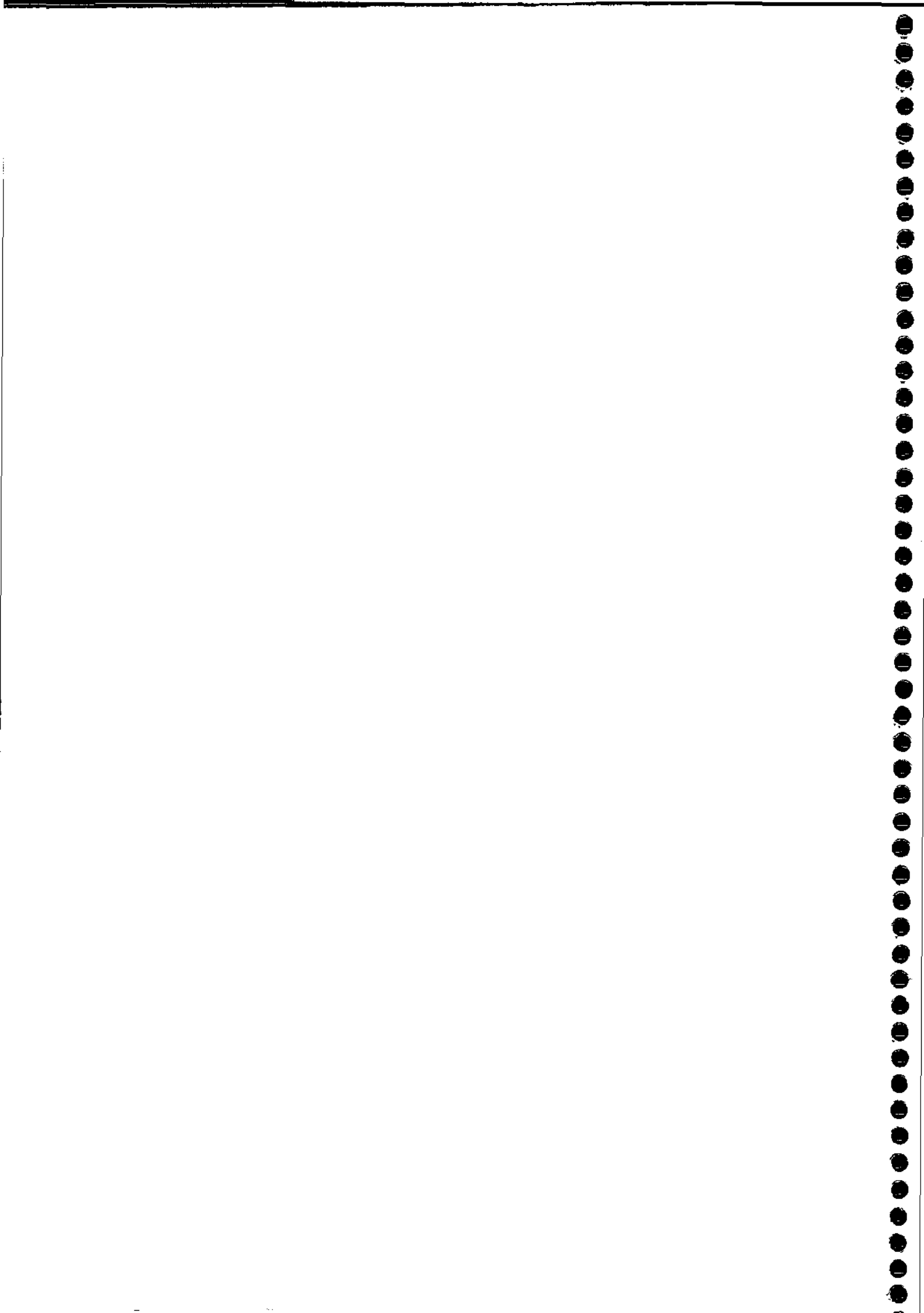




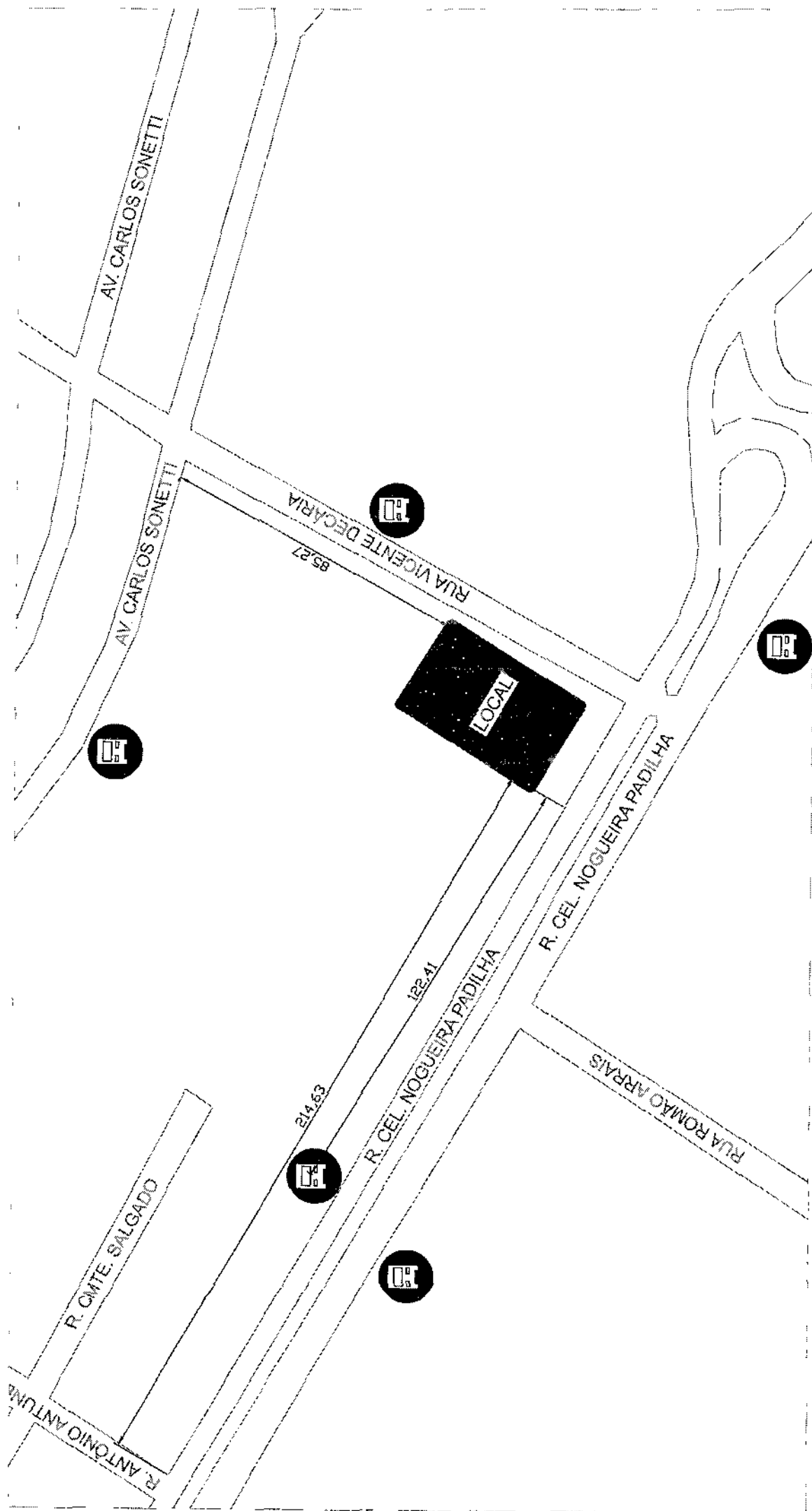
ANEXO 14.2



[Handwritten signature]



ANEXO 14.3



[Handwritten signature]

