INGESNE

Instituto De Gestão Em Saúde Do Nordeste

P.M. EXTREMOZ/RN
Página: 435
Responsável
65525

CHAMAMENTO PÚBLICO N° 002/2022

MUNICÍPIO: EXTREMOZ/RN

ENVELOPE 1: PROPOSTA TÉCNICA/PLANO DE TRABALHO

OBJETIVO: TORNAR PÚBLICA A CONVOCAÇÃO DE ENTIDADES DE DIREITO PRIVADO SEM FINS LUCRATIVOS A FIM DE CELEBRAREM UM TERMO DE COLABORAÇÃO A SER FIRMADO PELO MUNICÍPIO DE EXTREMOZ/RN, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E A ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL, PARA A GESTÃO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS, ATINENTES AO PESSOAL DE SAÚDE, QUE PRESTARÃO SERVIÇOS NAS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE EXTREMOZ/RN

Inst. de Gestão em Saúde do Nordeste
01
Página

INSTITUTO DE GESTÃO EM SAÚDE DO NORDESTE
Rua Tabelião Jose Gama Filho 317 –Sl 02| Centro | Pacajus- Ceará | CEP: 62.870-000 | (85) 21398767.E-mail: contato@ingesne.org.br

INGESNE

P.M.EXTREMOZ/RN
Página: 436
Responsável
Mat. 605525

INSTITUTO DE GESTÃO EM SAÚDE DO NORDESTE - INGESNE

I - IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE

- **Nome: Instituto de Gestão em Saúde do Nordeste**
- **CNPJ: 31.379.106/0001-71**
- **Endereço: Rua Tabelião Jose Gama Filho 317 –Sl 02**
- **Município: Pacajus - CE**
- **Tel: (85) 21398767**

II - REPRESENTANTE LEGAL:

- **Nome: Alexandre Luis de Oliveira**
- **Endereço: Rua Doutor Itamar Espíndola, 900, Sapiranga**
- **Município: Fortaleza - CE**
- **CPF: 368.143.003-97**
- **R.G.: 011420080CRC CE**

III – IDENTIFICAÇÃO DO OBJETO A SER EXECUTADO

TORNAR PÚBLICA A CONVOCAÇÃO DE ENTIDADES DE DIREITO PRIVADO SEM FINS LUCRATIVOS A FIM DE CELEBRAREM UM TERMO DE COLABORAÇÃO A SER FIRMADO PELO MUNICÍPIO DE EXTREMOZ/RN, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E A ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL, PARA A GESTÃO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS, ATINENTES AO PESSOAL DE SAÚDE, QUE PRESTARÃO SERVIÇOS NAS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE EXTREMOZ/RN.

PROPOSTA DE PROGRAMA DE TRABALHO

O Programa de Trabalho é a demonstração do conjunto dos elementos necessários e suficientes, com nível de precisão adequada para caracterizar o perfil da Unidade de Saúde e o trabalho técnico gerencial.

O município de Extremoz está situado no Litoral do estado do Rio Grande do Norte e pertence a Região Metropolitana de Natal estando com uma população estimada de 29.282 habitantes segundo estimativa do IBGE de 2021.

O município conta com 1 Unidade Hospitalar com serviços de Clínica Geral e Clínica Obstétrica; Serviço de Atenção Domiciliar; Centro de Reabilitação; Academia da Saúde; CAPS; Serviço de Vigilância em Saúde; Laboratório de Análises Clínicas; Policlínica e 13 Unidades Básicas de Saúde. (Dados retirados do CNES).

A proposta a seguir contará com o modelo de organização da Unidade Hospitalar e depois seguirá com o modelo de organização dos outros equipamentos de saúde. Alguns exemplos contemplados na unidade hospitalar, poderá ser utilizado nos outros equipamento, como pesquisa de experiência e satisfação dos usuários, protocolo de segurança do paciente e normas e rotinas.

P.M.EXTREMOZ/RN
Página: 43
Responsável
Mat. 65525

1. ORGANIZAÇÃO DAS ATIVIDADES

I - Horário de funcionamento da Unidade Hospitalar e Distribuição do quadro de Pessoal:

O Hospital e Maternidade Presidente Café Filho funcionará 24 horas por dia todos os dias da semana, incluindo finais de semana e feriados. Abaixo segue os quadros, com distribuição de pessoal e seus respectivos horários de trabalho.

HOSPITAL E MATERNIDADE PRESIDENTE CAFÉ FILHO		
Profissional Médico	**Área de Trabalho**	**Horário**
Médico Clínico Assistencial	- Emergências - Clínicas	24hs
Médico Obstetra	- Ambulatório	24hs

HOSPITAL E MATERNIDADE PRESIDENTE CAFÉ FILHO		
Profissional	**Área de Trabalho**	**Horário**
Assistente Social	- Serviço Social	12hs (Diurno) 07:00 às 19:00
Farmacêutico	- Farmácia	
Nutricionista	- Nutrição	
Bioquímico	- Farmácia	24hs/dia
Enfermeiro	- Emergência - Clínicas	
Auxiliar de Cozinha	- Nutrição	24hs/dia
Auxiliar de Serviços Gerais	- Limpeza	
Maqueiro	- Emergência - Clínicas	
Motorista	- Transporte	

P.M.EXTREMOZ/RN Página: 438 Responsável Mat. 65525

Porteiro	- Recepção	
Técnico de Enfermagem Área Assistencial	- Clínica Médica - Clínica Obstétrica - Transferência	24hs/dia
Técnico de Enfermagem Apoio	- Farmácia Satélite - Recepção - Regulação	24hs/dia
	- ECG - Laboratório	12hs (Diurno) 07:00 às 19:00
Técnico em Radiologia	- Raio – X	24hs/dia
Auxiliar de Farmácia	- Farmácia	12hs (Diurno) 07:00 às 19:00
Auxiliar em Laboratório	- Laboratório	
Auxiliar de Manutenção	- Diversos	

II - Demonstrativo da Produção Mensal Individual dos Profissionais de Nível Superior:

Neste item, iremos disponibilizar o relatório-modelo a ser adotado para que os dados sejam preenchidos e posteriormente visualizados de forma clara e objetiva, podendo ser identificado os meses em que se atingiu ou não as metas estabelecidas e assim criar planos de ações para melhorar o desempenho e alcance das mesmas. Vale ressaltar que o contrato tem a vigência de 24 meses.

Orientação em Grupo na Atenção Especializada (01.01.01.002-8)	MESES															TOTAL
	ago./ 21	set./2 1	out./ 21	nov. /21	dez. /21	jan./ 22	fev./ 22	mar. /22	abr. /22	mai ./22	jun. /22	jul./ 22	ago. /22	set./ 22	out./ 22	
META MENSAL																
REALIZADO																
% REALIZADO																

*Fonte: Soma da produção individual dos profissionais de nível superior, exceto médico, que realizaram orientações em grupo nas salas de espera do Hospital. * Código do procedimento retirado do SIGTAP

Cons. de Profissional de Nível Superior, na atenção especializada, exceto médico (03.01.01.004-8)	MESES															TOTAL
	ago. /21	set./ 21	out./ 21	nov. /21	dez. /21	jan./ 22	fev./ 22	mar ./22	abr. /22	mai ./22	jun. /22	jul./ 22	ago. /22	set./ 22	out./ 22	

Inst. de Gestão em Saúde do Nordeste Página 04

P.M.EXTREMOZ/RN
Página: 439
Responsável
Mat. 65525

META MENSAL																
REALIZADO																
% REALIZADO																

*Fonte: Produção individual dos profissionais de nível superior. * Código do procedimento retirado do SIGTAP

Consulta Médica em atenção especializada (01.01.01.007-2)	MESES															TOTAL
	ago./21	set./21	out./21	nov./21	dez./21	jan./22	fev./22	mar./22	abr./22	mai./22	jun./22	jul./22	ago./22	set./22	out./22	
META MENSAL																
REALIZADO																
% REALIZADO																

*Fonte: Produção individual dos médicos. * Código do procedimento retirado do SIGTAP

No Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS - SIGTAP, é encontrado o código de todos os procedimentos realizados. A gerência da unidade hospitalar deverá reunir-se com seus coordenadores e profissionais para estabelecerem quais atendimentos e procedimentos serão realizados, baseado nas programações estabelecidas na PPI - Programação Pactuada e Integrada, bem como a meta mensal destes para que posteriormente seja cobrado os resultados pactuados através das produções mensais.

Após receber a produção mensal dos profissionais, a pessoa responsável pelos sistemas de informações da Unidade Hospitalar deverá preencher o modelo acima especificado, gerando gráficos com os resultados. Estes gráficos serão necessários na demonstração dos resultados e melhor avaliação dos mesmos junto ao Instituto.

III - Demonstrativo da produção estimada mensal dos Serviços de Apoio e Diagnóstico, contemplando o painel populacional e a estratificação de risco.

Neste item, assim como no anterior, deverá ser revisto com a direção quais procedimentos e exames diagnósticos a unidade hospitalar disponibilizará, levando em consideração a participação nos consórcios municipais e pactuações firmadas entre hospitais e centro diagnósticos da capital.

Após elencar quais exames e procedimentos a unidade hospitalar irá disponibilizar, deverá acontecer uma reunião entre as redes de atenção à saúde do município para repasse das informações, alinhamento dos fluxos e marcações de exames. Deve ser discutido nesta reunião, o modelo das referências e contra referências e a quantidade dos exames de forma a atender as demandas eletivas e urgentes, estas de acordo com a estratificação de risco utilizada na unidade hospitalar.

Inst. de Gestão em Saúde do Nordeste
05
Página

P.M.EXTREMOZ/RN
Página: 440
Responsável
Mat.: 65525

Abaixo segue o relatório-modelo a ser utilizado para demonstrar a produção mensal dos serviços de apoio e diagnóstico. Os dados serão organizados da mesma forma do item anterior.

Nº de Exames realizados – Raio-X e ECG	MESES															TOTAL
	ago./21	set./21	out./21	nov./21	dez./21	jan./22	fev./22	mar./22	abr./22	mai./22	jun./22	jul./22	ago./22	set./22	out./22	
META MENSAL																
REALIZADO																
% REALIZADO																

*Fonte: Produção mensal de todos os procedimentos cirúrgicos, seja de pequeno ou grande porte.

2 - Implantação/Implementação de comissões e/ou comitês:

1 . Comissão de Revisão de Óbitos

De acordo com a Resolução do Conselho Federal de Medicina de Nº 2.171, de 30 de Outubro de 2017, é obrigatório a criação das Comissões de Revisão de Óbito em todas as unidades hospitalares e UPA, adequando-se às já existentes às normas desta resolução.

Os membros componentes da Comissão de Revisão de Óbito, bem como o Presidente da Comissão, serão indicados pela Direção Técnica da instituição. Os cargos de vice-presidente e secretário poderão ser definidos pela Comissão.

O mandato da CRO será de no máximo 30 (trinta) meses, podendo os membros serem substituídos caso haja pedido de algum dos membros. Ao término do mandato, o Diretor Responsável Técnico da Unidade poderá renovar a comissão em parte ou na totalidade de seus membros.

Compete à comissão a avaliação de todos os óbitos ocorridos na unidade, devendo, quando necessário, analisar laudos de necropsias realizados no Serviço de Verificação de Óbitos ou no Instituto Médico Legal.

A comissão de Revisão de Óbito deverá ser composta por:

- 3 membros, sendo 1 médico; 1 enfermeiro e outro profissional da área de saúde;
- Caso a comissão seja formada por mais de 3 membros, poderá haver no máximo 2 (dois) enfermeiros e 3 (três) médicos.
- Outros profissionais de saúde, além de médicos e enfermeiros, poderão compor a Comissão de

Instituto de Gestão em Saúde do Nordeste
06
Página

P.M.EXTREMOZ/RN
Página:
441
Responsável
Mat. 65525

Revisão de Óbito, sendo 1 (um) representante por profissão;

- O coordenador da Comissão de Revisão de Óbito será obrigatoriamente médico.

A Comissão de Revisão de Óbito se reunirá mensalmente, caso haja óbito a ser analisado, podendo realizar reuniões extraordinárias sempre que necessário. A ausência de um membro em três reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda seis reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses resulta na sua exclusão automática.

Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da comissão poderão realizar a reunião mantendo um quórum mínimo de 50% dos membros, sendo conduzida pelo secretário da comissão.

As decisões da comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes. As reuniões devem ser registradas em ata e arquivada uma cópia contendo: data e hora da mesma; nome e assinatura dos membros presentes; resumo do expediente e decisões tomadas. Os assuntos tratados devem ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Além das reuniões ordinárias, poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo Diretor da Instituição, pelo Presidente ou Vice-Presidente da Comissão, ou por quaisquer dos membros com justificativa da solicitação da reunião.

Os óbitos analisados pela Comissão que necessitem de esclarecimentos em relação às condutas médicas adotadas devem ser encaminhados ao Diretor Responsável Técnico da instituição para análise e este, se necessário, encaminhará os casos para a Comissão de Ética Médica da instituição, que deverá observar as disposições da Resolução CFM nº 2.152/2016 e, na ausência desta, ao Conselho Regional de Medicina.

Os indicadores da CRO deverão contemplar a análise dos óbitos utilizando instrumento específico de coleta de dados com padronização das variáveis. Segue modelo da ficha do indicador.

DESCRIÇÃO DO INDICADOR	
AVALIAÇÃO DE ÓBITOS	
OBJETIVO	Estimar o número de prontuários de óbitos avaliados sobre o número total de óbitos ocorridos
1.1 FÓRMULA	Número de prontuários de óbitos avaliados X 100 Número total de óbitos
1.2 UNIDADE	Percentual
2. DEFINIÇÃO	Relação entre o número de prontuários de óbitos avaliados e o número total de óbitos

Instituto de Gestão em Saúde do Nordeste
07
Página

P.M.EXTREMOZ/RN
Página: 442
Responsável
Mat. 65525

2.1 NÚMERO DE PRONTUÁRIOS DE ÓBITOS AVALIADOS	Corresponde ao número de prontuários de óbitos avaliados
2.2 NÚMERO TOTAL DE ÓBITOS	Corresponde ao número total de óbitos
3. METODOLOGIA DE APURAÇÃO DO INDICADOR	
3.1 COLETA E ORIGEM DOS DADOS	I. NUMERADOR: Número de prontuários de óbitos avaliados: É coletado através checklist de prontuários de óbitos avaliados. Quem deverá ficar responsável pela coleta é o secretario da comissão, na ausência deste fica o presidente da comissão o responsável II. DENOMINADOR: Número total de óbitos: é verificado conforme número total de óbitos contido no censo hospitalar
4. PERIODICIDADE	Mensal

2 . Comissão de Revisão de Prontuários

De acordo com a Resolução do Conselho Federal de Medicina de Nº 1.638 de 2002, é estabelecida a criação das Comissões de Revisão de Prontuários nos estabelecimentos e/ou instituições de saúde onde se presta assistência médica.

A composição mínima da comissão deverá ser de 06 (seis) membros, sendo um presidente, um vice - presidente e um secretário. Os membros da CRP deverão ser preferencialmente das áreas assistenciais. Dentre os representantes da comissão, será obrigatória a participação de um representante do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde, do representante do Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) e de pelo menos um médico.

A presidência da comissão será de competência do Diretor Clínico. Os cargos de vice - presidente e secretário poderão ser definidos pela comissão em sua primeira reunião ordinária.

A Comissão tem por objetivos:

- Analisar a qualidade dos registros sempre em consonância com a segurança da assistência prestada ao paciente;
- Analisar e sugerir a padronização de impressos que comporão o prontuário, bem como orientar o correto preenchimento dos mesmos;
- Comunicar aos responsáveis pelas áreas assistenciais e de apoio as oportunidades de melhorias identificadas nas análises realizadas pela comissão, bem como sugerir ações de educação permanente;
- Gerenciar e analisar mensalmente os dados estatísticos relativos à avaliação do prontuário e divulgá-los periodicamente para as áreas envolvidas.

Inst. de Gestão em Saúde do Nordeste
08
Página

P.M.EXTREMOZ/RN
Página: 443
Responsável
Mat: 525

A Comissão tem por atribuições:

- Avaliar mensalmente os prontuários conforme os critérios definidos para a seleção de amostras;
- Manter sigilo ético das informações decorrentes das análises;
- Desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes para a Instituição;
- Recomendar a inclusão, alteração e exclusão de documentos do Prontuário do paciente;
- Avaliar a qualidade das anotações registradas no prontuário.

Na ausência de um membro em três reuniões consecutivas, sem justificativa, ou ainda seis reuniões não consecutivas, sem justificativa, durante 12 meses, resulta em sua exclusão automática. A reunião será iniciada pelo presidente e as decisões da comissão serão tomadas, após aprovação, por meio de votação aberta e justificada, por maioria simples dos membros presentes.

Para obter uma pontuação de cada prontuário analisado, os pontos identificados como conformes receberão uma pontuação específica e os não conformes 0,0 (zero ponto). Serão entendidos como "Conformes" os documentos que atenderem a todos os critérios descritos no respectivo tópico. O "Não se Aplica" deverá ser considerado quando o critério avaliado não tiver ocorrido na assistência ao paciente. O item assinalado com "Não se Aplica" não deverá estar contabilizado no total de critérios (denominador do cálculo). Todos os resultados serão somados e apresentados na forma de média simples e categorizados como Excelente (90 - 100); Bom (70 - 89); Razoável (60 - 79) e Insuficiente (< 59).

O instrumento utilizado para analisar os prontuários deverá ser criado pela direção assistencial e coordenadores, e nele será inserido quais impressos do prontuário serão analisados. Após a escolha dos impressos, será atribuída uma nota a cada um, não podendo a soma ultrapassar a pontuação 10.

A Comissão identificará as oportunidades de melhoria, através da análise do prontuário, comunicando os resultados aos setores responsáveis, podendo propor um plano de ação para intervenção junto à equipe.

Após cada reunião, o grupo deverá elaborar um relatório e enviá-lo à diretoria geral para análise e planos de ações no intuito de melhorar a qualidade dos prontuários.

3 . Comissão de Farmácia e Terapêutica

A Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) é uma instância colegiada, de caráter consultivo e deliberativo, que assessora a diretoria clínica na formulação de diretrizes para seleção, padronização, prescrição, aquisição, distribuição e uso de medicamentos dentro das instituições da saúde.

É regida pela Portaria MEC nº 35, de 14 de janeiro de 1986: Determina a criação da Comissão de Padronização nos Hospitais de ensino e pela Resolução n.619/2015 do CFF - que dispõe sobre as atribuições

Inst. de Gestão em Saúde do Nordeste
09
Página

P.M.EXTREMOZ/RN
Página: 444
Responsável
Mat.

da CFT.

A composição da Comissão de Farmácia e Terapêutica possui característica multiprofissional e depende da disponibilidade dos recursos humanos existentes na instituição. Devem fazer parte da comissão o Diretor Assistencial, Coordenador de Enfermagem, Médico da Clínica Médica e um representante da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH.

A CFT tem por objetivo atuar na análise crítica através de estudos científicos e técnicas farmacoeconômicas que fundamentam a seleção e exclusão de medicamentos e produtos para saúde, e desenvolver práticas voltadas ao uso seguro e racional.

A CFT reunir-se-á ordinariamente 01 (uma) vez a cada dois meses (bimestral) e, extraordinariamente, quando necessário, por convocação do seu coordenador ou por requerimento da maioria dos membros. A pauta da reunião será encaminhada com antecedência mínima de 24 (vinte e quatro) horas. As reuniões extraordinárias serão convocadas com até 48 horas de antecedência, por solicitação do presidente ou por, pelo menos, metade mais um de seus membros. A Comissão poderá convidar para as reuniões os profissionais (do hospital ou não) que possam contribuir de forma especializada ou com seus conhecimentos, habilidades e julgamentos, nunca havendo conflito de interesses. As reuniões serão iniciadas com a presença mínima de metade mais um, do total de seus membros. Não havendo quórum, deverá ser registrada em ata a suspensão da reunião, o motivo e assinatura dos presentes e providenciada nova convocação; Na impossibilidade de consenso, depois de esgotada a argumentação técnica, baseada em evidências científicas, as recomendações e pareceres da CFT serão definidos pela maioria simples do total dos seus membros presentes, na ocasião das reuniões ordinárias e extraordinárias. As sugestões serão validadas e encaminhadas na ATA da CFT.

Quando a Comissão for criada, deverá haver uma reunião para análise dos formulários utilizados, tais como formulário de padronização de produtos para a saúde; formulário de notificação de suspeita de reação adversa e eventos adversos relacionados a medicamentos; formulário de notificação de queixa técnica dentre outros e divulgação da comissão e seus formulários na unidade hospitalar.

4 . Comissão de Controle de Infecção relacionada à Assistência à Saúde.

A Portaria MS n.º 2616 de 12/05/98, publicada no DOU de 13/05/98 estabelece a necessidade de toda instituição de saúde estabelecer um Programa de Controle de Infecção Hospitalar – PCIH, que deverá conter o conjunto de ações a serem desenvolvidas sistematicamente para a máxima redução possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares, atualmente conhecidas como Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS). Ele deve considerar as ações permanentes, geralmente definidas em legislação e normas técnicas sobre o controle de infecção hospitalar, e as ações temporárias, frutos do planejamento estratégico, da análise periódica das informações da vigilância epidemiológica ou da necessidade evidente de solucionar certas situações. A elaboração do PCIH é de responsabilidade da CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar), sendo suas ações executadas pelo SCIH (Serviço de Controle de Infecção Hospitalar).

Inst. de Gestão em Saúde do Nordeste
10
Página

P.M.EXTREMOZ/RN
Página:
145
Responsável

A CCIH é uma Comissão permanente, devendo atuar como órgão assessor da Direção com autonomia plena para decidir sobre assuntos que, direta ou indiretamente, estejam relacionados com o controle de infecção hospitalar.

A CCIH deverá ser composta por profissionais da área de saúde, de nível superior, formalmente designados. Os membros da comissão serão de dois tipos: consultores e executores.

A Presidência e a Vice-Presidência deverão ser indicadas, dentre os membros consultores, pela Direção Geral da Instituição. A composição da CCIH poderá ser modificada a critério da Direção Geral, sendo a nomeação realizada através de Portaria.

Quando a Unidade Hospitalar apresentar menos de 70 leitos os membros consultivos serão compostos por um médico e um enfermeiro.

Os membros executores da CCIH representam o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar e, portanto, são encarregados da execução das ações programadas de controle de infecção hospitalar. São eles 2 (dois) técnicos de nível superior da área de saúde para cada 200 (duzentos) leitos ou fração deste número com carga horária diária, mínima, de 6 (seis) horas para o enfermeiro e 4 (quatro) horas para os demais profissionais, no mínimo. Um dos membros executores deve ser, preferencialmente, um enfermeiro.

O mandato de cada um dos membros executores é de duração indefinida, sendo as substituições dos membros apenas justificáveis, em geral, por outros com maior experiência e/ou especialização na área, uma vez que o SCIH é um serviço de caráter técnico-científico que se beneficia com a experiência de seus membros.

A CCIH do hospital deverá elaborar, implementar, manter e avaliar programa de controle de infecção hospitalar, adequado às características e necessidades da instituição, contemplando, no mínimo, ações relativas a:

- Implantação de um Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares de acordo com anexos desta portaria;
- Adequação, implementação e supervisão das normas e rotinas técnico-operacionais, visando à prevenção e controle das infecções hospitalares;
- Capacitação do quadro de funcionários e profissionais da instituição, no que diz respeito à prevenção e controle das infecções hospitalares;
- Uso racional de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares;
- Avaliar, periódica e sistematicamente, as informações providas pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das infecções hospitalares e aprovar as medidas de controle propostas pelos membros executores da CCIH;
- Realizar investigação epidemiológica de casos e surtos, sempre que indicado, e implantar medidas imediatas de controle;

Inst. de Gestão em Saúde do Nordeste
11
Página

P.M.EXTREMOZ/RN
Página: 946
Responsável
Mat. 65525

- Elaborar e divulgar, regularmente, relatórios e comunicar, periodicamente, à autoridade máxima da instituição e às chefias de todos os setores do hospital a situação do controle das infecções hospitalares, promovendo seu amplo debate na comunidade hospitalar;
- Elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando limitar a disseminação de agentes presentes nas infecções em curso no hospital, por meio de medidas de precaução e de isolamento;
- Adequar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando à prevenção e ao tratamento das infecções hospitalares;
- Definir, em cooperação com a Comissão de Farmácia e Terapêutica, política de utilização de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares para a instituição;
- Cooperar com o setor de treinamento ou responsabilizar-se pelo treinamento, com vistas a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais, no que diz respeito ao controle das infecções hospitalares;
- Elaborar regimento interno para a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- Notificar ao Serviço de Vigilância Epidemiológica e Sanitária do organismo de gestão do SUS, os casos e surtos diagnosticados ou suspeitos de infecções associadas à utilização de insumos e/ou produtos industrializados.

As reuniões da CCIH serão semestrais, devendo ter início com qualquer número de representantes e ser registradas em livro de ata; desde que os índices estejam dentro dos parâmetros pactuados. Já as reuniões do SCIH serão mensais, podendo o Presidente já deixar decidido a data e horário. As reuniões extraordinárias deverão ser convocadas pelo Presidente.

As decisões da CCIH serão baseadas exclusivamente em critérios técnico-científicos e serão comunicadas à Direção Geral, a qual caberá adotar as medidas necessárias para torná-las efetivas. Todas as decisões e deliberações da CCIH deverão ser apoiadas pela Direção do Hospital, a qual caberá fornecer toda infraestrutura necessária tanto ao funcionamento da CCIH quanto do SCIH.

O Programa de Controle de Infecção Hospitalar ficará responsável pela organização da Comissão; pelos conceitos e critérios diagnósticos das infecções hospitalares; pela Vigilância Epidemiológica e indicadores epidemiológicos das infecções hospitalares e pela orientação e supervisão da lavagem das mãos.

Após a criação da Comissão e escolha de seus membros, estes devem reunir-se para definirem os indicadores que serão monitorados e analisados. Deve-se levar em conta a série histórica de infecções existentes na Unidade Hospitalar.

5 . Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA.

A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA, conforme a Norma Regulamentadora 5, aprovada pela Portaria nº3.214, de 08 de junho de 1978, tem por objetivo a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a prevenção da vida, e a promoção da saúde do trabalhador.

Em sua composição, a CIPA deverá ser constituída por estabelecimento e ser mantida em regular funcionamento nas empresas públicas, privadas, dentre outras instituições que admitam trabalhadores como empregados.

Inst. de Gestão em Saúde do Nordeste
12
Página

P.M.EXTREMOZ/RN
Página: 447
Responsável

Para sua organização, respeitada a paridade estabelecida, a CIPA deve ser composta por representantes dos empregados e empregadores - titulares e suplentes após eleições. Os membros possuem mandato de um ano, permitida uma reeleição, e reuniões ordinárias mensais.

Os membros da CIPA tem como atribuições:

- Identificar os riscos do processo de trabalho, e elaborar o mapa de riscos, com a participação do maior número de trabalhadores, com assessoria do SESMT, onde houver;
- Elaborar plano de trabalho que possibilite a ação preventiva na solução de problemas de segurança e saúde no trabalho;
- Participar da implementação e do controle da qualidade das medidas de prevenção necessárias, bem como da avaliação das prioridades de ação nos locais de trabalho;
- Realizar, periodicamente, verificações nos ambientes e condições de trabalho visando a identificação de situações que venham a trazer riscos para a segurança e saúde dos trabalhadores;
- Realizar, a cada reunião, avaliação do cumprimento das metas fixadas em seu plano de trabalho e discutir as situações de risco que foram identificadas;
- Divulgar aos trabalhadores informações relativas à segurança e saúde no trabalho;
- Divulgar e promover o cumprimento das Normas Regulamentadoras, bem como cláusulas de acordos e convenções coletivas de trabalho, relativas à segurança e saúde no trabalho;
- Requisitar ao empregador e analisar as informações sobre questões que tenham interferido na segurança e saúde dos trabalhadores;
- Requisitar à empresa as cópias das CAT emitidas;
- Promover, anualmente, a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho – SIPAT;
- Participar, anualmente, em conjunto com a empresa, de Campanhas de Prevenção da AIDS.

6 . Núcleo de Segurança do Paciente.

O tema "Segurança do Paciente" vem sendo desenvolvido sistematicamente pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) desde sua criação, cooperando com a missão da vigilância sanitária de proteger a saúde da população e intervir nos riscos advindos do uso de produtos e dos serviços a ela sujeitos, por meio de práticas de vigilância, controle, regulação e monitoramento sobre os serviços de saúde e o uso das tecnologias disponíveis para o cuidado.

O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído no Brasil pela Portaria MS nº 529, de 1 de abril de 2013, demonstra comprometimento governamental contribuindo para a qualificação do cuidado em segurança para pacientes, profissionais de saúde e ambiente de assistência à saúde.

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

Inst. de Gestão em Saúde do Nordeste
13
Página

P.M. EXTREMOZ/RN
Página: 448
Responsável

Este Núcleo de Segurança do Paciente, durante as ações de implantação e implementação e a manutenção obedecerá às seguintes normas: Portaria MS nº 2616 de 12 de maio de 1998. Estabelece as normas para o programa de controle de infecção hospitalar. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013 Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013; Resolução - RDC Nº 36, de 25 de julho de 2013 Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Séric Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária– Brasília: Anvisa, 2014.

Após se inteirar dessas bases jurídicas, o Hospital e Maternidade Presidente Café Filho estabelecerá os Protocolos de Segurança do Paciente de acordo com os riscos mais prevalentes e de maior impacto na segurança do paciente, em consenso com a Política Nacional de Segurança do Paciente (ANVISA) e Política de Segurança do Paciente. São eles:

1 . PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO E REGISTRO SEGURO - Consiste em adoção de medidas de identificação dos pacientes e acompanhantes, documentos referentes à assistência, identificação de peças anatômicas e amostras laboratoriais, identificação do leito, medicamentos e dietas, essenciais à prevenção de erros durante o cuidado à saúde, não só para pacientes hospitalizados, mas também para pacientes ambulatoriais e sob qualquer condição de assistência, como para realização de exames laboratoriais ou de imagem.

2 . COMUNICAÇÃO INSTITUCIONAL - A comunicação entre usuários dos sistemas de saúde e entre profissionais que prestam assistência é uma estratégia fundamental para evitar ou minimizar os riscos inerentes às ações desenvolvidas. Muitos erros e eventos adversos na área de saúde têm como causa a falha na comunicação entre profissionais e pacientes ou entre os próprios profissionais de saúde. Barreiras de linguagem, falta de entendimento das orientações, falta de registros, registros incorretos, são alguns fatores que impedem que a assistência seja segura. Implementar estratégias para reduzir a ocorrência de eventos que são passíveis de prevenção inclui medidas referentes à comunicação e ao processo de trabalho. O paciente pode contribuir se for informado a respeito de sua terapêutica. Uma comunicação entre profissionais é fundamental no processo. O prontuário do paciente constitui-se no mais importante meio de comunicação para a equipe assistencial e contribui tanto para evitar a ocorrência dos eventos quanto para promover a ocorrência dos eventos.

O Hospital criará a Comissão de Revisão de Prontuários (CRP), onde os prontuários serão analisados pela comissão e receberão uma pontuação de acordo com os pontos críticos. Essa pontuação que classifica a nota do prontuário é realizada mensalmente e divulgada para os coordenadores médicos e de enfermagem.

Outra estratégia que poderá ser utilizada pela Unidade hospitalar na busca da comunicação eficaz é a padronização dos serviços através da informatização das prescrições médicas e de enfermagem, evolução médica e de enfermagem, divulgação dos protocolos institucionais e indicadores numa plataforma criada para que os funcionários tenham acesso.

3 . PRESCRIÇÃO E ADMINISTRAÇÃO SEGURA DE MEDICAMENTOS - As atividades de prescrição e administração de medicamentos com segurança serão descritas em manual específico, elaborado pela Comissão de Farmácia e Terapêutica, com o objetivo de proporcionar aos profissionais assistentes uma fonte de consulta e normatização para os cuidados na prescrição, aprazamento e

P.M. EXTREMOZ/RN
Página: 449
Responsável
Mat. 65525

administração de medicamentos, com orientações sobre as normas institucionais de prescrição, medicamentos de uso restrito, medicamentos próprios do paciente, recomendações de aprazamento, informações sobre vias de administração, cuidados na manipulação de medicamentos entre outros, contribuindo para execução da cadeia medicamentosa e plano terapêutico do paciente, sem danos para a sua saúde.

5 . PROTOCOLO DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS - Trata-se de uma medida proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em âmbito mundial, que traduz as recomendações sobre a higiene das mãos, acompanhada por inúmeras ferramentas práticas a serem prontamente implementadas nos serviços de saúde. Tem como finalidade atingir ampla divulgação das diretrizes e reduzir os riscos associados às infecções relacionadas à assistência à saúde.

6 . PROTOCOLO DE ALERTA DE DETERIORAÇÃO PRECOCE - Define critérios para a identificação precoce da deterioração clínica dos pacientes nas unidades abertas, por meio da verificação e acompanhamento sistemático dos sinais vitais. Utiliza-se a escala de MEWS (Modified Early Warning Scoring), que tem como principal finalidade identificar precocemente sinais de deterioração clínica do paciente, baseado num sistema de atribuição de pontos (escores) aos parâmetros vitais: quanto mais distante dos parâmetros de normalidade, maior a pontuação. Conhecer os resultados do protocolo de identificação de deterioração clínica, baseado no MEWS se faz necessário para conhecer a realidade do setor, identificar fragilidades e propor melhorias.

Não será inserido os protocolos de Cirurgia Segura, Lesão por Pressão e Prevenção de Quedas por não ser algo comum na unidade hospitalar, mas não impede de ser inserido ao protocolo futuramente caso os incidentes apareçam nas séries históricas e caso o Hospital seja habilitado para realizar cirurgia.

Após elencar os principais protocolos a serem utilizados, deve-se criar uma sistemática de vigilância e monitoramento dos incidentes. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), entende-se por incidente em saúde qualquer evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em danos desnecessários ao paciente. Deste modo, vários incidentes podem ocorrer durante o processo de assistência ao paciente. É importante a notificação destes para que a instituição possa visualizar e analisar a segurança e/ ou fragilidade do seu processo de trabalho.

O Núcleo de Segurança do Paciente será composto da seguinte forma:

- Presidente do Núcleo;
- Um representante da Gerência de Atenção à Saúde;
- Um médico representante da Divisão Médica;
- Um enfermeiro representante da Divisão de Enfermagem;
- Um farmacêutico representante da Farmácia;
- Um representante da Gerência Administrativa.

O mandato dos membros do NSP terá a duração de 2 (dois) anos, podendo ser reconduzidos.

Inst. de Gestão em Saúde do Nordeste
15
Página

P.M.EXTREMOZ/RN
Página: 150
Responsável

As reuniões do NSP serão realizadas em caráter ordinário (mensalmente), em dia, local e horário pré estabelecido, de acordo com a conveniência de seus membros, devendo estas, serem comunicadas com no mínimo 48 horas de antecedência devendo a convocação constar a pauta. As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo Presidente ou a pedido de qualquer membro do NSP, de acordo com a urgência da matéria, obedecendo o prazo mínimo de 48 (quarenta e oito) horas de antecedência. As reuniões serão conduzidas pelo Presidente, na falta deste, pelo seu substituto formal.

II - Modelo de Gestão do Serviço de Farmácia Hospitalar.

De acordo com o Conselho Federal de Farmácia (CFF), Farmácia Hospitalar e outros serviços de saúde definem-se como "unidade clínica, administrativa e econômica, dirigida por farmacêutico, ligada hierarquicamente à direção do hospital ou serviço de saúde e integrada funcionalmente com as demais unidades administrativas e de assistência ao paciente".

Em 2017, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 2, que estabeleceu diretrizes e relacionadas estratégias, objetivando organizar, fortalecer e aprimorar as ações da assistência farmacêutica em hospitais, tendo como eixos estruturantes, a segurança e a promoção do uso racional de medicamentos e de outras tecnologias em saúde. Essa Portaria define os principais objetivos da gestão hospitalar e suas atribuições:

- Garantir o abastecimento, dispensação, acesso, controle, rastreabilidade e uso racional de medicamentos;
- Assegurar e monitorar a utilização de medicamento;
- Otimizar a relação entre custo, benefício e risco das tecnologias e processos assistenciais, desenvolver ações de assistência farmacêutica, articuladas e sincronizadas com as diretrizes institucionais;
- Participar ativamente do aperfeiçoamento contínuo das práticas da equipe multidisciplinar.

Além disso, a farmácia hospitalar deve contar com farmacêuticos e colaboradores, necessários ao pleno desenvolvimento de suas atividades, considerando a complexidade do hospital, os serviços ofertados, o grau de informatização e mecanização, buscando estratégias eficientes para segurança de seus pacientes/clientes e colaboradores, e horário de funcionamento atendendo a Lei Federal nº 13.021/2014.

Diante dos expostos devemos organizar um espaço com área de livre acesso e circulação na Unidade Hospitalar, para atender a distribuição de medicamentos aos pacientes internados e ambulatoriais, como para receber estes e demais produtos farmacêuticos adquiridos para consumo. Este espaço também receberá visitas de técnicos e fornecedores, o que justifica ainda mais a necessidade da localização ser num ponto estratégico para facilitar a troca de informações.

Este espaço citado acima vamos chamar de CAF - Central de Abastecimento Farmacêutico que tem por objetivo garantir a correta conservação dos medicamentos, germicidas, correlatos e outros materiais adquiridos, dentro de padrões e normas técnicas específicas, que venham assegurar a manutenção das características e qualidade necessárias à sua correta utilização e funcionará de segunda à sexta exceto feriados, com presença diária de um farmacêutico.

Instituto de Gestão em Saúde do Nordeste
16
Página

P.M.EXTREMOZ/RN
Página: 151
Responsável

A CAF deverá ser dividida em recepção, armazenagem e dispensação. Os produtos deverão ser recebidos conforme as especificações padronizadas, de modo a garantir que o produto adquirido mantenha a qualidade adequada. Quando da armazenagem, os produtos deverão ser dispostos técnica e racionalmente, garantindo sua inviolabilidade e conservação. Neste sentido é primordial a utilização de um sistema de controle de prazos de validade. A distribuição deve ser efetuada de modo a permitir o atendimento correto, seguro e solicitado, verificando a prioridade de entrega e a integridade dos produtos fornecidos.

Em relação ao armazenamento, devemos dividir as áreas em: área de armazenamento geral - onde serão acondicionadas especialidades farmacêuticas e outros produtos que não exigem condições especiais de temperatura, luz e umidade; área de armazenamento de inflamáveis - exige paredes reforçadas e temperatura controlada para evitar o risco de explosão; área de armazenamento dos termolábeis - produtos sensíveis a variações de temperaturas utilizando equipamentos frigoríficos adequados às necessidades locais; área de armazenamento de psicotrópicos e entorpecentes - por serem produtos que causam dependência física e psíquica precisam ser armazenados com segurança, em áreas isoladas, ou em armários com fechaduras.

Em relação a dispensação, deve ser realizada nas quantidades e especificações solicitadas, de forma segura e no prazo requerido, promovendo o uso adequado e correto de medicamentos e produtos para a saúde. Os procedimentos devem ser realizados em fluxos organizacionais racionais, buscando minimizar a ocorrência de erros. Desta forma, quanto maior a eficiência e a eficácia do sistema de distribuição de medicamentos, maiores as chances de sucesso dos tratamentos e profilaxias. Na unidade hospitalar será adotado apenas dois sistemas de dispensação de medicamentos, que são eles:

- Dose coletiva: A farmácia repassa os medicamentos em suas embalagens originais mediante requisição, que é feita em nome da unidade solicitante. Nesse sistema, quem mais executa as atividades de dispensação farmacêutica é o pessoal de enfermagem, que acaba gastando grande parte do seu tempo nesta atividade, em detrimento das atividades de cuidado com o paciente. Destaca-se, ainda, a rápida disponibilidade de medicamentos na unidade assistencial, mínima taxa de devolução à farmácia, baixa necessidade de recursos humanos e reduzido investimento inicial, além de mínima espera na execução das prescrições. Por outro lado, ocorre um alto custo de estocagem, obsolescência, devido a problemas com o controle de estoque, aumento da incidência de erros e contaminações, maior facilidade para "desvios", indisponibilidade do acompanhamento farmacoterapêutico.
- Dose individualizada: Os medicamentos são fornecidos em nome do paciente, em doses individualizadas. Este tipo de sistema possibilita uma maior integração do farmacêutico com a equipe de saúde, um controle mais efetivo sobre os medicamentos, redução do tempo do pessoal da enfermagem com atividades relacionadas a medicamentos, possibilidade de redução de erros de medicação e diminuição dos sub-estoques. Com relação às desvantagens, o sistema leva a um aumento das necessidades de recursos humanos e estruturais da farmácia hospitalar, além de um incremento das atividades da farmácia, com consequente necessidade de plantão.

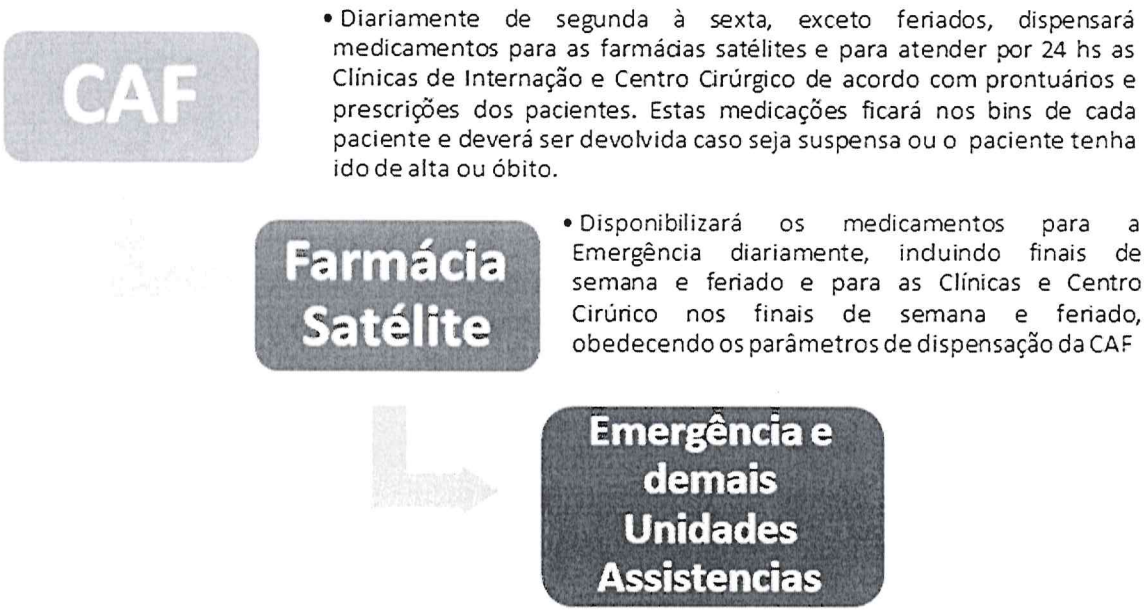
Para facilitar a dispensação, será criada uma farmácia satélite. Esta funcionará 24 horas por dia em todos os dias da semana, inclusive nos feriados e estará localizada próximo a emergência do hospital.

Instituto de Gestão em Saúde do Nordeste
17
Página

P.M. EXTREMOZ/RN
Página: 452
Responsável
Mat.:

Será criado um sistema de dispensação de medicamentos, onde possa interligar a prescrição médica e prontuário e assim evitar dispensação de forma errada. Será criado formulários para as Unidades Assistenciais com a finalidade de padronização de devolução de medicamentos em caso de alta hospitalar, óbito, transferência e cancelamento de cirurgia e assim melhorar o controle das medicações e evitar estraviamentos e também será criado formulário para ser registrado o uso de medicamentos entregues em dose coletiva, devendo conter nome completo do paciente, data de nascimento e prontuário.

Segue a baixo fluxo de dispensação de medicamentos:



III - Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico.

Toda Unidade Hospitalar deve conter um SAME - Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico. Este setor será responsável pela guarda e conservação dos prontuários médicos de pacientes atendidos no Hospital e emitirá laudos médicos, além de fornecer cópias de prontuários e relatórios médicos, mediante necessidade e pedido do paciente.

De acordo com o Conselho Federal de Medicina (CFM), os exames que incluem imagens e laudos fazem parte do prontuário médico do paciente. Até 2018, o prontuário médico devia ser mantido nas instituições por, no mínimo, 20 anos, no caso de documentos impressos em papel. Para os prontuários digitalizados ou microfilmados, esse armazenamento deveria ser permanente, mas, com a Lei 13.787 de 2018, o armazenamento permanente deixou de ser necessário. De acordo com o Artigo 6º da norma, a guarda de exames é obrigatória por 20 anos. Passado esse tempo, contado a partir do último registro no prontuário do paciente, o documento em papel ou digitalizado poderá ser eliminado ou entregue ao paciente. Vale lembrar que o dever de guardar os exames de pacientes termina a partir do momento em que o exame é retirado, mas é obrigatório que fique arquivada uma via do laudo emitido.

Inst. de Gestão em Saúde do Nordeste
18
Página

P.M.EXTREMOZ/RN
Página: 133
Responsável
Mat. 66525

Como podemos ver, o SAME deverá ser instalado num ambiente amplo para que comporte todos os prontuários por esse tempo e para fácil manuseio dos mesmos em caso de solicitação de cópias por parte do paciente.

Será criado um formulário para solicitação de cópias dos prontuários ou exames, devendo ser preenchido na recepção do hospital pelo paciente ou representante legal, de segunda às sexta, exceto feriados, devendo o hospital ter um prazo de 48 hs úteis para entregar as cópias. O formulário de solicitação deverá ser arquivado numa pasta específica para fins de comprovação.

A montagem desses prontuários será de responsabilidade do SAME e os formulários que compõem o mesmo deverá ser analisado na CRP - Comissão de Revisão de Prontuários para definirem quais serão utilizados e quais itens devem ser preenchidos e assim realizarem a reformulação dos mesmos

Após a definição dos formulários, a pessoa responsável pelo Sistema SIH - Sistema de Informações Hospitalares, deverá montar um prontuário conforme exigência do Ministério da Saúde e este servirá de modelo para montagem dos próximos. Todos os prontuários do hospital, antes de serem arquivados, deverão serem montados conforme estabelecido e deverão ser analisados na CRP. O Presidente da CRP, ou alguém que o mesmo designar, ficará responsável pela retirada e devolução dos prontuários no SAME para serem avaliados pela comissão.

QUALIDADE SUBJETIVA RELACIONADA COM O ÍNDICE DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO NA UNIDADE HOSPITALAR

I - Modelo do Sistema de Pesquisa de Satisfação do Usuário em relação ao processo de atenção.

A satisfação está contida em diferentes definições das dimensões da qualidade, sendo mais recentemente incluída em um conceito de dimensão mais amplo, denominado atenção centrada no paciente, proposto pelo Institute of Medicine (IOM, 2001). A satisfação e a experiência do paciente são as formas mais comumente utilizadas para avaliar se os profissionais e serviços de saúde consideram essa dimensão da qualidade. Esta Pesquisa de Satisfação é uma ferramenta institucionalizada para identificar o nível de satisfação dos usuários atendidos e, consequentemente, avaliar a qualidade dos cuidados prestados (BRASIL, 2013).

A pesquisa de satisfação tem por objetivo avaliar a satisfação dos usuários atendidos nas Clínicas de internação do Hospital e será aplicada aos pacientes ou acompanhantes.

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, complementada com indagação qualitativa sobre a existência de elogios ou reclamações. Será aplicada pelo Serviço Social, através do questionário logo a baixo:

PESQUISA DE SATISFAÇÃO			
NOME:	PRONT.:	DN:	SEXO: M ( ) F ( )
PACIENTE: ( ) ACOMPANHNTE: ( )	UNIDADE DE INTERNAÇÃO:	DATA:	

P.M.EXTREMOZ/RN
Página: 454
Com
Responsável
Mat. 65525

1 . ACOLHIMENTO					
CRITÉRIOS AVALIADOS	**ÓTIMO**	**BOM**	**REGULAR**	**RUIM**	**N/A**
GENTILEZA E ATENÇÃO					
AGILIDADE					
CLAREZA					
OBSERVAÇÕES:					

2 . ASSISTÊNCIA					
CRITÉRIOS AVALIADOS	**ÓTIMO**	**BOM**	**REGULAR**	**RUIM**	**N/A**
GENTILEZA E ATENÇÃO					
IDENTIFICAÇÃO/APRESENTAÇÃO DOS PROFISSIONAIS					
RESPEITO A INTIMIDADE E PRIVACIDADE DO PACIENTE					
RESPEITO AOS HORÁRIOS DE DESCANSO DO PACIENTE					
ESCLARECIMENTO SOBRE A DOENÇA E TRATAMENTO					
CUIDADOS PRESTADOS PELA EQUIPE					
CONFIANÇA E SEGURANÇA NO TRATAMENTO RECEBIDO					
OBSERVAÇÕES:					

3. SERVIÇOS PRESTADOS					
CRITÉRIOS AVALIADOS	**ÓTIMO**	**BOM**	**REGULAR**	**RUIM**	**N/A**
ACOMODAÇÕES DA INSTITUIÇÃO					
LIMPEZA DO AMBIENTE					
ALIMENTAÇÃO					
OBSERVAÇÕES:					

Os sujeitos da pesquisa serão escolhidos mediante avaliação dos dias de permanência no hospital, sendo elencados os pacientes das clínicas com internação acima de três dias. Nas situações em que o paciente receber alta antes dos prazos mencionados, aplicar a pesquisa no momento da alta hospitalar. O formulário é aplicado em uma única fase.

P.M. EXTREMOZ/RN
Página: 455
Responsável
Matr. 65525

A meta de aplicação da pesquisa de satisfação na internação é de 60% (sessenta por cento) das saídas ao mês.

A fórmula do Índice é: Fórmula do cálculo: N° respostas "ótimo" + N° respostas "bom" /Total de respostas da pesquisa*100.

Após os dados serem compilados, será realizado um relatório e entregue a direção e coordenações para analisarem os resultados e traçarem planos de ações se necessário.

II - Modelo da divulgação de itens da Carta de Direitos e Deveres dos Usuários.

Considerando a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS, de 2007, do Ministério da Saúde, que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde nos termos da legislação vigente, o Hospital e Maternidade Presidente Café Filho irá produzir sua Carta de Direitos e Deveres dos usuários bem como a carta de serviços.

Essa carta será elaborada baseada na Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 553 de 9 de agosto de 2017 que aprovou a atualização da Carta dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde, e dispõe sobre as diretrizes dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde e baseado na estrutura do hospital.

Após elencar os direitos e deveres dos usuários, deve-se produzir folders e banners para sua divulgação. Esse material deverá estar disponível na recepção do hospital e nos postos de enfermagem dos setores para conhecimento de todos, além de estarem fixados nos ambientes.

A Carta das ações e procedimentos ofertados devem ser divulgadas nos rádios locais, nas reuniões das equipes de saúde da família e entregues na admissão a cada usuário para que o mesmo, junto com sua família tenham conhecimento do que é ofertado. Nesta carta conterá o telefone da unidade hospitalar, bem como os horários dos serviços ofertados e visitas.

Segue abaixo alguns direitos e deveres dos usuários baseado na estrutura da unidade hospitalar.

DIREITOS DO USUÁRIO

- Ser acolhido no momento em que chegar ao serviço e conforme sua necessidade de saúde e especificidade, respeitando as prioridades garantidas em Lei;

P.M.EXTREMOZ/RN
Página: 456

- Ser tratado com dignidade, respeito, dedicação e empatia por todos os profissionais do hospital sem qualquer forma de discriminação ou preconceito em virtude de idade, raça, cor, etnia, religião, orientação sexual, identidade de gênero, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, de anomalia, patologia ou deficiência;
- Ser identificado por seu nome e não por códigos, números, nome de sua doença ou de qualquer outra forma desrespeitosa;
- Ter assegurado o direito de usar o nome social, podendo o (a) paciente indicar o nome pelo qual prefere ser chamado (a), independentemente do nome que consta no seu registro civil ou nos prontuários do serviço de saúde, como nos casos de pacientes em processo transexualizador ou não, bem como, travestis e transsexuais;
- Poder identificar as pessoas responsáveis direta ou indiretamente por seu cuidado, por meio dos crachás legíveis, posicionados em lugar de fácil visualização, nos quais deverão constar nome, função e foto e mediante apresentação pelo profissional que o está atendendo;
- Ter atendimento ágil, com tecnologia apropriada, por equipe multiprofissional capacitada e em condições adequadas de atendimento;
- Ter a sua privacidade, individualidade e integridade física e psíquica asseguradas em qualquer momento do atendimento;
- Ter assegurado o direito à confidencialidade e ao sigilo de suas informações, mesmo após a morte, salvo nos casos de risco à saúde pública;
- Ser devidamente orientado e treinado, se necessário, sobre como conduzir seu tratamento após a alta, recebendo instruções e esclarecimentos médicos claros, escritos de forma legível, para buscar a sua cura e reabilitação, além da prevenção às complicações;
- Em situações de dores físicas ou outros sintomas que gerem sofrimento, tê-las avaliadas e controladas de acordo com as rotinas e procedimentos do hospital, bem como receber analgesia e anestesia em todas as situações indicadas clinicamente, de acordo com as possibilidades terapêuticas disponíveis;
- Ter respeitada sua crença espiritual e religiosa, receber ou recusar assistência psicológica, social ou religiosa;
- Ter o prontuário elaborado de forma legível, contendo sua identificação pessoal, exame físico, exames complementares, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo, procedimentos ou tratamentos realizados, evolução e prescrições médicas diárias, bem como identificação clara de cada profissional prestador do cuidado, de forma organizada, de acordo com os documentos padronizados pelo hospital;
- Obter laudo, relatório e atestado sempre justificado por sua situação de saúde;
- Ter acesso ou solicitar cópia do seu prontuário, a qualquer momento, nos termos da legislação vigente mediante fluxo preconizado pelo hospital;

DEVERES DO USUÁRIO

- Respeitar os direitos dos demais pacientes, funcionários e prestadores de serviços da instituição, tratando-os com educação e cortesia;
- Prestar informações apropriadas sobre seu histórico de saúde, doenças prévias, uso de medicamentos, procedimentos médicos anteriores e outros problemas relacionados à sua saúde;
- Expressar se compreendeu as informações e orientações recebidas e, caso tenha dúvidas solicitar esclarecimentos;
- Informar ao profissional de saúde ou equipe, sobre qualquer fato que ocorra em relação a sua condição de saúde;
- Ter em mãos seus documentos e, quando solicitados, os resultados dos exames que estejam em seu

Instituto de Gestão em Saúde do Nordeste
Página 22

P.M.EXTREMOZ/RN
Página: 457
Responsável

poder;

- Seguir o plano de tratamento proposto pelo profissional ou equipe de saúde responsável pelo seu cuidado que deve ser compreendido e aceito também pelo responsável pelo usuário;
- Conhecer e respeitar as normas e rotinas do hospital;
- Contribuir com a organização e limpeza do hospital, mantendo seus pertences organizados e evitando jogar lixo e quaisquer outros objetos pela janela ou no chão.

Algumas sugestões de divulgações:

ESTRUTURA DIRETA DA UNIDADE HOSPITALAR

I - Organograma da estrutura administrativa e assistencial

II - Descrição das atribuições e requisitos dos cargos que compõem a Unidade Hospitalar

Instituto de Gestão em Saúde do Nordeste
23
Página

P.M.EXTREMOZ/RN
Página:
458
Responsável

DESCRIÇÃO DE CARGOS E FUNÇÕES DA UNIDADE HOSPITALAR E MATERNIDADE CAIC FILHO EM EXTREMOZ/RN

CARGO: DIRETOR GERAL

ÁREA/DESCRIÇÃO:

Organização e Administração Hospitalar. Gerencia e controla as atividades do hospital, visando à eficiência da assistência.

ATRIBUIÇÕES:

- Planejar, organizar, coordenar e dirigir as atividades do hospitalar, a fim de que o hospital atinja a sua finalidade, ministrando um atendimento eficiente a todos os cidadãos.

- Controlar as atividades desenvolvidas de todos os profissionais atuantes no Hospital, participando ativamente do credenciamento médico;

- Estabelecer rotinas para o bom funcionamento do hospital e eficiência operacional, administrativa e financeira;

- Planejar e organizar a(s) gerência(s) das instituições hospitalares, no âmbito municipal;

- Supervisionar o desempenho das questões burocráticas e administrativas das instituições hospitalares, no âmbito municipal;

- Controlar quadro de servidores lotados em sua unidade hospitalar,

- Elaborar relatórios técnicos e emitir pareceres em assuntos de natureza administrativa;

- Avaliar e acompanhar desempenhos funcionais;

CARGO: GERÊNCIA MÉDICA

ÁREA/DESCRIÇÃO:

Supervisionar a execução das atividades de assistência médica na instituição.

ATRIBUIÇÕES:

Instituto de Gestão em Saúde do Nordeste
Página
24

P.M. EXTREMOZ/RN
Página: 459
Responsável
Mat. 65525

- Dirigir, coordenar e orientar o Corpo Clínico da instituição;
- Supervisionar a execução das atividades de assistência médica na instituição;
- Zelar pelo fiel cumprimento do Regimento Interno do Corpo Clínico da instituição;
- Promover e exigir o exercício ético da medicina;
- Observar as Resoluções do CFM e do CREMESC diretamente relacionadas à vida do Corpo Clínico da instituição.

CARGO: GERÊNCIA OPERACIONAL

ÁREA/DESCRIÇÃO:

Gerenciar as equipes e processos operacionais do âmbito hospitalar. Responsável pelos setores: Enfermagem, Serviço Social, Fisioterapia, Nutrição, Farmácia e Bioquímica

ATRIBUIÇÕES:

- Pesquisar, analisar e propor métodos e rotinas de simplificação e racionalização dos procedimentos operacionais e seus respectivos planos de ação, no âmbito de sua instituição hospitalar;
- Criar rotinas e processos que visem auxiliar na assistência e todo o grupo;
- Orientar e capacitar todas as chefias ligadas a esta Gerência;
- Determinar o número de profissionais necessários para cada setor, considerando a necessidade do paciente;
- Garantir a higiene e o correto descarte do lixo hospitalar;
- Evitar falhas na comunicação;
- Administrar situações de crise;
- Determinar metodologias de trabalho e processos; - Gerenciar os serviços oferecidos por meio de feedbacks de funcionários e trabalhar em melhorias;

CARGO: GERÊNCIA ADMINISTRATIVA

ÁREA/DESCRIÇÃO:

Gerenciar os processos administrativos no âmbito hospitalar. Responsável por: Faturamento, Recursos Humanos, Expediente, Setor de Manutenção, atendimento, central de leitos, transporte.

Inst. de Gestão em Saúde do Nordeste
25
Página

P.M.EXTREMOZ/RN
Página: 460
Responsável
Mat.

ATRIBUIÇÕES:

- Gerenciar todos os processos e rotinas das equipes ligadas a esta gerência;

- Programar junto a Direção os serviços que serão prestados anualmente, a fim de determinar e gerir parte orçamentária;

- Conferência e homologação de escalas de trabalho de servidores do setor administrativo que possuem carga horária diferenciada;

- Zelar pelo bom andamento e organização no atendimento ao público junto a recepção;

- Organizar escalas de trabalho dos servidores do setor recepção efetuando quando solicitada fiscalização e fechamento de registro de ponto;

- Orientar os motoristas quanto ao manuseio e cuidados com os veículos e pacientes.

- Coordenar equipe de manutenção;

- Circular pelas diversas dependências do hospital para detectar eventuais problemas não relatados, bem como providenciar ações de prevenção de manutenção;

- Manter contato e controle de envio, recebimento e acompanhamento de equipamentos hospitalares onde haja sido feita manutenção pelas empresas terceirizadas;

- Prestar contas à direção geral sobre assuntos e temas solicitados pelos mesmos;

- Distribuir e fiscalizar as tarefas realizadas pela equipe de manutenção;

- Receber, analisar e arquivar os laudos emitidos pelos prestadores de serviço terceirizados;

- Acompanhar, organizar, orientar, realizar e conferir os serviços do faturamento;

- Elencar as rotinas e funções de cada integrante da equipe, visando o melhor desempenho do setor;

- Gerar relatórios de produtividades, visando alcançar sempre a meta de faturamento e propondo ações de melhoria;

- Conferir todo fechamento de AIH, APAC e BPA, para envio posterior a Auditoria ou demais órgãos;

ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS ASSISTENCIAIS POR MEIO DE APRESENTAÇÃO DE UM PLANO DE DESENVOLVIMENTO DE AÇÕS DE INTEGRAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E ESPECIALIZADA COM BASE NO MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS.

A Rede de Atenção à Saúde é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica.

Instituto de Gestão em Saúde do Nordeste
Página 26

P.M. EXTREMOZ/RN
Página: 461
Responsável
Matrícula 65525

O Município de Extremoz dispõe de quatro pontos de atenção à saúde que são: Cuidados Primários (Atenção Primária), CAPS, Atenção Especializada (ambulatorial e hospitalar) e Cuidados de Urgência e Emergência.

Para assegurar o compromisso com a melhora de saúde da população, integração e articulação na lógica do funcionamento da RAS, com qualidade e eficiência para os serviços e para o Sistema, serão criados mecanismos formais de contratualização entre os entes reguladores que será definida como o modo de pactuação da demanda quantitativa e qualitativa na definição clara de responsabilidades, de objetivos de desempenho, incluindo tanto os sanitários, quanto os econômicos, resultando dessa negociação um compromisso explícito entre ambas as partes. Esse processo irá resultar na fixação de critérios e instrumentos de acompanhamento e avaliação de resultados, metas e indicadores definidos.

I - Descrição das atividades para organização da atenção ambulatorial especializada.

Serão realizadas reuniões com os pontos de atenção de redes do município para mapeamento e demonstração do perfil populacional. Após conhecer a população, deve-se criar a lista de atendimentos especializados e exames que serão realizados no mês, levando em consideração a população e a série histórica dos atendimentos e exames realizados anteriormente, e abrir as vagas na secretaria de saúde, onde serão agendadas de acordo com as prioridades e condições crônicas dos pacientes.

II - Protocolos Clínicos.

Os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) são documentos que estabelecem critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS. Devem ser baseados em evidência científica e considerar critérios de eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade das tecnologias recomendadas.

Após reuniões com as redes de atenção, análise das principais doenças atendidas no município, precisamente na unidade hospitalar, o Gerente Médico deverá formular os protocolos clínicos baseado nas doenças prevalentes e de maior impacto na população.

ORGANIZAÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS:

I, II e III - Apresentação da Política de Recursos Humanos a ser adotada, contendo admissão e desligamento; processo de educação permanente e processo de segurança do trabalho.

P.M. de Gestão em Saúde do Nordeste
Página 27

P.M.EXTREMOZ/RN
Página: 462
Responsável
Mat. 65525

A Política de Recursos Humanos é o conjunto de práticas estabelecidas de forma a conduzir todos os aspectos da função gerencial relacionados às pessoas. Estas práticas compreendem todas as atividades relacionadas à: recrutamento, seleção, contratação, integração, treinamento e desenvolvimento, avaliação de desempenho, cargos e salários, benefícios, clima organizacional, comunicação, rotinas de pessoal e as relações humanas dentro do ambiente profissional da unidade hospitalar. A política de Recursos Humanos do Hospital Municipal São Sebastião deverá ser pautada no respeito e na valorização das pessoas, para assegurar aos empregados um ambiente propício ao desenvolvimento e a sua realização não só como profissional, mas como indivíduo e cidadão. Para tanto, as diretrizes sugeridas ao Hospital para serem seguidas a fim de promover o alcance destes princípios são: a) Investir na qualificação de seus empregados, na captação de talentos bem treinados de modo a manter a produtividade e o comprometimento em patamares elevados, ajudando a organização a alcançar se proporcionando competitividade e excelência à organização; b) Capacitar empregados e gestores para que possa exercitar eficazes e eficientes relacionamentos pautados no diálogo, na participação, no espírito de equipe, n mudanças, manter políticas éticas e comportamentos socialmente responsáveis; c) Incentivar as pessoas a agregarem valor ao seu trabalho, motivando para a busca pelo auto crescimento, enfatizando o alcance dos resultados, o padrão de excelência desejado, a satisfação desenvolvendo e mantendo a qualidade de vida no trabalho; d) Assegurar um clima organizacional propício à noção de coletividade, a visão do inter todos se percebam como parte de um todo, trabalhando e contribuindo para alcançar plenamente a visão e a missão da Instituição; e) Criar as necessárias condições para que seus empregados participem deste processo de melhoria contínua, sugestões que visem potencializar os recursos existentes. As políticas adotadas na unidade hospitalar serão:

ADMISSÃO

A seleção com edital corresponde aos cargos das atividades profissionais administrativas e assistenciais regulamentadas no mercado de trabalho e sem edital correspondem aos cargos de gestão que podem ser indicados pelo Diretor-Presidente no uso da competência de suas atribuições.

O candidato, antes da admissão, deverá: Ser submetido a exame de aptidão física e mental; Comprovar o cumprimento das obrigações legais e normativas a que estiver sujeito, apresentando a documentação exigida para que sejam feitos os devidos registros e anotações.

A admissão do candidato aprovado será efetivada mediante assinatura do contrato de trabalho, na CTPS, pelo Presidente.

DESLIGAMENTO

Significa anulação ou cancelamento do contrato de trabalho por algum motivo específico ou seja, a extinção das obrigações originadas do contrato de trabalho que foi realizado por vontade das partes contratantes. Todo colaborador desligado deverá ser encaminhado para Entrevista de Desligamento. A entrevista é obrigatória e muito importante a sua realização para termos de subsídios para avaliação de indicadores. A rescisão contratual segue o disposto no Título IV, capítulo V da CLT e ocorrerá por:

- Término do contrato de trabalho por iniciativa de ambas as partes;
- Pedido do colaborador;
- Desligamento sem justa causa;
- Desligamento por justa causa e Falecimento.

Inst. de Gestão em Saúde do Nordeste
28
Página

P.M.EXTREMOZ/RN
Página: 463
Responsável

PROCESSO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

O treinamento e desenvolvimento é uma área estratégica visa alcançar objetivos, treinando e desenvolvendo os empregados nos requisitos necessários a fim de atender a um padrão de excelência desejado pela unidade hospitalar. Tem como principais objetivos: Preparar as pessoas para a execução de tarefas; Trabalhar as atitudes pessoais; Desenvolver novas habilidades e conceitos; Transmitir informações; Desenvolver conceitos; Aumentar produtividade; Melhorar a comunicação; Diminuir o retrabalho; Administrar conflitos; Melhorar as relações interpessoais.

PROCESSO DE SEGURANÇA DO TRABALHO

Será adotado a NR 32 que tem por finalidade estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos Serviços de Saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral. Será implantado um Programa de Controle Médico para realização de exames médicos admissional, periódico e demissional.

GESTÃO DE SERVIÇOS – Policlínica, Centro de Reabilitação, CAPS, PSF, Serviço de atenção domiciliar, Academia da Saúde

a) Normas e rotinas

Policlínica

- Fomentar e desenvolver ações e serviços no sentido de intervir no processo de saúde-doença da população, ampliando a participação e o controle social com vistas à Vigilância à Saúde na defesa da qualidade de vida;

- Atender os pacientes para realização de exames laboratoriais mediante agendamento realizado na secretaria municipal de saúde;

- Enviar coletas de exames para o laboratório municipal para processamento das amostras;

- Organizar atendimento dos profissionais especialistas de acordo com agendamento feito na secretaria de saúde através da central de regulação;

- Agendar retornos dos especialistas;

- Organizar prontuários;

Centro de Reabilitação

- Estabelecer horário de funcionamento de acordo com a demanda existente no município;

- Estabelecer fluxo de encaminhamento para atendimento;

- Realizar acolhimento multiprofissional dos usuários;

- Realizar anamnese;

- Diagnosticar e avaliar a funcionalidade;

- Atender individualmente e/ou em grupo registrando em prontuário;

- Realizar e participar de reuniões periódicas de equipe para estudo e discussões de casos;

Inst. de Gestão em Saúde do Nordeste
29
Página

P.M.EXTREMOZ/RN
Página: 464
Responsável
Mat 65525

- Articular junto aos serviços de proteção social, educação, esporte, cultura, entre outros.

CAPS

- Prestar atendimento em regime de atenção diária compreendendo a situação, de forma mais abrangente possível, da pessoa que procura o serviço e iniciar um vínculo terapêutico e de confiança com os profissionais que lá trabalham;

- Gerenciar os projetos terapêuticos oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado;

- Promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas.

- Dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, PSF (Programa de Saúde da Família), PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde);

- Regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área;

- Coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território;

- Manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para a saúde mental.

PSF

- Definição do território de atuação e de população sob responsabilidade das UBS e das equipes;

- Programação e implementação das atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades de saúde da população, com a priorização de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde segundo critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência. Inclui-se aqui o planejamento e organização da agenda de trabalho compartilhado de todos os profissionais e recomenda-se evitar a divisão de agenda segundo critérios de problemas de saúde, ciclos de vida, sexo e patologias, dificultando o acesso dos usuários;

- Desenvolver ações que priorizem os grupos de risco e os fatores de risco clínico-comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças e danos evitáveis;

- Realizar o acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade, tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea e o primeiro atendimento às urgências;

- Prover atenção integral, contínua e organizada à população adscrita;

- Realizar atenção à saúde na Unidade Básica de Saúde, no domicílio, em locais do território (salões comunitários, escolas, creches, praças etc.) e em outros espaços que comportem a ação planejada;

Instituto de Gestão em Saúde do Nordeste
Página 30

P.M.EXTREMOZ/RN
Página: 465
Responsável
Mat 65525

- Desenvolver ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva, e na busca por qualidade de vida pelos usuários;

- Apoiar as estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social;

- Trabalhar de acordo com os indicadores do Previne Brasil e assim receber o financiamento de forma integral.

Serviço de Atenção Domiciliar

- Identificar, em conjunto com as equipe de PSF e a comunidade, as atividades, as ações e as práticas a serem adotadas em cada uma das áreas cobertas;

- Identificar, em conjunto com as equipe de PSF e a comunidade, o público prioritário a cada uma das ações;

- Atuar, de forma integrada e planejada, nas atividades desenvolvidas pelas equipes de PSF e de Internação Domiciliar, quando estas existirem, acompanhando e atendendo a casos, de acordo com os critérios previamente estabelecidos;

- Acolher os usuários e humanizar a atenção;

- Desenvolver coletivamente, com vistas à intersetorialidade, ações que se integrem a outras políticas sociais, como educação, esporte, cultura, trabalho, lazer, entre outras;

- Promover a gestão integrada e a participação dos usuários nas decisões, por meio de organização participativa com os Conselhos Locais e/ou Municipais de Saúde;

- Avaliar, em conjunto com as equipe de PSF e os Conselhos de Saúde, o desenvolvimento e a implementação das ações e a medida de seu impacto sobre a situação de saúde, por meio de indicadores previamente estabelecidos;

Academia da Saúde

- Eixos de ações para serem desenvolvidos nos polos do programa:

- Práticas corporais e Atividades físicas;
- Produção do cuidado e de modos de vida saudáveis;
- Promoção da alimentação saudável;
- Práticas integrativas e complementares;
- Práticas artísticas e culturais;
- Educação em saúde;
- Planejamento e gestão; e
- Mobilização da comunidade.

GESTÃO DE PESSOAS

a) Normas e rotinas para a seleção de pessoal

Inst. de Gestão em Saúde do Nordeste
Página 31

P.M. EXTREMOZ/RN
Página: 466
Responsável
Mat. 65525

- Formar uma comissão para elaboração do edital da seleção e acompanhamento do processo;

- Criar o regimento do processo seletivo e apresentar no Conselho de Saúde para aprovação;

- Publicar edital da seleção contendo todas as informações necessárias, como por exemplo, o período de inscrição, a forma de avaliação, se será análise curricular ou prova escrita;

- Realizar a seleção dos profissionais de acordo com o estabelecido no edital;

- Contratar os profissionais em regime de CLT.

b) Programa de desenvolvimento de atividades de educação permanente dos colaboradores;

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde deve considerar as especificidades regionais, a superação das desigualdades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde.

Deve ser criado uma comissão para ficar responsável por definir as ações educativas a partir dos problemas de saúde identificados no território, considerando o diagnóstico epidemiológico e o Plano Municipal de Saúde. Esta comissão reiunar-se-á mensalmente, com o objetivo de:

- promover a formação e desenvolvimento dos trabalhadores no SUS, a partir dos problemas cotidianos, referentes à atenção à saúde e à organização do trabalho em saúde;

- contribuir para a identificação de necessidades de Educação Permanente em Saúde dos trabalhadores e profissionais do SUS, para a elaboração de estratégias que visam qualificar a atenção e a gestão em saúde;

- fortalecer as práticas de Educação Permanente em Saúde nos territórios;

- estimular o planejamento, execução e avaliação dos processos formativos

c) Normas e rotinas para controle e registro de pessoal

A principal atividade de um setor pessoal é manter as informações funcionais atualizadas. Com esse perfil, o departamento pessoal vai cuidar para que todos os prazos trabalhistas sejam cumpridos, observando a validade dos processos e as atualizações da legislação.

É um setor que exige muita atenção e colaboração entre os membros da equipe. São atividades de rotina, mas que podem sofrer variações em função de ausências ou registros indevidos.

A gestão de arquivo, recolhimento de impostos e atualização de cadastros são atividades que se somam àquelas de praxe do DP e que contribuem ainda mais para assegurar as informações do quadro de funcionários.

É no departamento pessoal que um responsável de área vai recorrer para saber informações sobre algum funcionário da sua equipe referentes a data de admissão; período de licença; número de faltas; agendamento de férias; registro de ponto; alterações salariais.

As atividades do setor são dinâmicas e seguem uma rotina, nas quais estão incluídas:

PM. EXTREMOZ/RN
Página: 662
Responsável
Mat. 65525

- Admissão — exame admissional, elaboração e assinatura do contrato, anotações na CTPS, abertura de registro de funcionário junto ao MTE, abertura de conta salário, geração do número de registro de ponto, arquivo de documentos e anotações CLT;

- Apuração de ponto — processo importante para levantar faltas justificadas e injustificadas, atrasos, esquecimentos, geração de horas para pagamento ou banco;

- **Folha de pagamento** — para que o cálculo da folha seja correto, todos os valores que incidem algum desconto ou benefício ao funcionário já devem ter sido devidamente apurados. Na folha, será conta tudo que o funcionário tem de salário bruto e salário líquido, depois dos descontos;

- Demissão — exame demissional, rescisão do contrato, anotações na carteira de trabalhos, cálculo dos valores de acordo com o tipo de desligamento — por decisão do empregador com e sem justa causa, por decisão do empregado — e acerto final.

EQUIPAMENTOS, MANUTENÇÃO PREVENTIVA E CORRETIVA

a) gestão e aquisição dos equipamentos compreendendo manutenção preventiva e corretiva

Será nomeado uma pessoa para ser responsável pela gestão dos equipamentos. O mesmo deverá visitar todas as unidades de saúde do município para fazer um levantamento dos equipamentos existentes, separando-os por nível de complexidade.

Estes equipamentos existentes e os novos equipamentos que forem sendo adquiridos, devem ser inseridos numa planilha para melhor controle, e deverá ser realizado as manutenções preventivas e corretivas de acordo com cada equipamento, levando em conta sempre o nível de complexidade do mesmo.

A manutenção preventiva é aquela feita de maneira a prevenir problemas. Em geral, são feitas intervenções programadas pela equipe de manutenção, evitando que surjam falhas nos equipamentos e maquinários. Os programas também contam com ações que ajudam a aumentar a vida útil dos equipamentos, como revisão dos sistemas e equipamentos, lubrificação, calibrações e outros procedimentos indicados pelos fabricantes.

Essa é uma manutenção programada, ou seja, ela é realizada seguindo um cronograma e acontece independentemente de danos reais. Sua principal vantagem é que, como ela realiza essas vistorias e procedimentos, ajuda a reduzir a exposição aos danos e desgastes, diminuindo, também, os custos relacionados à reposição de peças e componentes, além das chances de os maquinários pararem, interrompendo a produção e trazendo grandes prejuízos.

Por outro lado, como a manutenção preventiva ocorre mesmo que não há danos nos equipamentos, ela também poderá fazer com que os gestores, em alguns momentos, tenham gastos desnecessários.

A manutenção corretiva é aquela que busca corrigir os problemas ou falhas que os itens já estejam apresentando. Por isso, ela é uma manutenção não programada e, na maioria das vezes, envolve ações mais drásticas, como substituição de peças e componentes danificados ou extremamente desgastados. Se for realizada sem planejamento, essa manutenção gera altos custos para as empresas e pode comprometer a capacidade produtiva, as entregas e os lucros mensais. Muitas vezes, contudo, a manutenção corretiva pode ser evitada com a manutenção preditiva.

b) manutenção predial

A manutenção predial é um conjunto de ações essenciais para manter a vida útil de todos os sistemas de uma edificação – como, por exemplo, a troca de pastilhas do revestimento da fachada e a modernização da parte elétrica. Quando aplicadas da forma correta e com a periodicidade necessária, essas medidas proporcionam mais segurança e garantem a funcionalidade da edificação.

Para diminuir os riscos de acidentes, é importante que ocorra a inspeção predial que, de forma preventiva, poderá auxiliar nos direcionamentos do plano de manutenção e na tomada de decisões estratégicas – como o que será feito e o valor que será direcionado para cada item. Além de diminuir o risco de acidentes a manutenção predial ajuda a preservar o valor patrimonial de um edifício e a evitar que seus reparos fiquem mais custosos a longo prazo.

c) instalações elétricas, hidráulicas, gases e combate à incêndios.

O responsável pelo acompanhamento dos equipamentos, bem como das manutenções preventivas e corretivas também será responsável por averiguar e acompanhar a situação das instalações, evitando assim problemas futuros.

CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO E/OU EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES PREVISTAS.

O QUE	QUEM	QUANDO	ONDE
Atualizar organograma da unidade hospitalar	Secretária de Saúde, Diretor do Hospital e Presidente do Instituto	Até o dia 10 de Junho/2022	Secretaria Municipal de Saúde
Alinhamento das Redes de Atenção à Saúde	Secretária de Saúde, Coordenadores das Redes de Atenção e Presidente do Instituto	Até o dia 15 de Junho/2022	Secretaria Municipal de Saúde
Criar Carta de oferta de serviços	Coordenadores dos equipamentos de saúde	Até o dia 25 de Junho/2022	Secretaria de Saúde
Estruturar Assistência Farmacêutica	Gerente Operacional e Farmacêutico	Até o dia 30 de Junho/2022	Hospital
Estruturar Laboratório de Análises Clínicas	Gerente Operacional e Bioquímico	Até o dia 14 de Julho/2022	Secretaria de Saúde
Implantar Pesquisa de Satisfação do Usuário	Gerente Operacional e Serviço Social	Até o dia 18 de Julho/2022	Secretaria de Saúde
Abrir agenda de exames especializados e ambulatoriais	Gerente Operacional e Gerente Administrativo	Até o dia 31 de Julho	Policlínica
Criar Comissões e implantar	Direção Geral, Gerente Operacional e Gerente Administrativo	Até o dia 25 de Julho/2022	Hospital

Criar Processo de Trabalho das UBS para trabalhar indicadores do Previne Brasil	**Secretário de Saúde e Coordenação da Atenção Primária**	**Até o dia 18 de Julho/2022**	**Secretaria de Saúde**

P.M.EXTREMOZ/RN
Página: 469
Responsável
Mat. 65525

REFERÊNCIAS

Portaria Ministério da Saúde MS nº 3123 de dezembro de 2006;

Portaria MS nº 170 de 17.12.1993;

Portaria Interministerial MS/MEC nº 1000 de 15.04. 2004;

Portaria MS/GM nº 1405 de 29.06. 2006.

Resolução do Conselho Federal de Medicina de Nº 2.171, de 30 de Outubro de 2017

Resolução CFM nº 1.638/2002.

Resolução CFM nº 1639/2002.

Resolução CFM nº 1.821/2007.

Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 338, de 6 de maio de 2004, que estabelece a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, definindo como um de seus eixos estraté- gicos (art.2º, I), a garantia de acesso e equidade às ações de saúde, incluindo a Assistência Farmacêutica

CIPRIANO, L. Sônia; ET AL. Conselho Federal de Farmácia (CFF). Farmácia Hospitalar - Comissão de Farmácia e Terapêutica nº15, out/nov, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (Paraná). Comissão de Farmácia Hospitalar. Guia de Orientação do Exercício Profissional em Farmácia Hospitalar. Maio, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2616, de 12 de maio de 1998.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília: ANVISA, 2016. ___ Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. Brasília: ANVISA, 2017. ___ Gestão de Riscos e Investigação de Eventos Relacionados à Assistência à Saúde. Brasília: ANVISA, 2017.

ANSEL, H. C.; PRINCE, S. J. Manual de cálculos farmacêuticos. Porto Alegre: Artmed, 2005;

BRAGA, R. J. F. ABC da farmácia hospitalar. São Paulo: Atheneu, 2012;

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar. Guia Básico para a farmácia hospitalar. Brasília, 1994. Disponível em: . Acesso em: 13 jun. 2019.

http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060502

BRASIL. Escola Nacional de Administração Pública - ENAP. Metodologia para medir a satisfação do usuário no Canadá: desfazendo mitos e redesenhando roteiros. Brasília: ENAP, 2000. 165p. (Cadernos ENAP, 20).

BRASIL. Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/ prt1820_13_08_2009.html. Acesso em: 12 set. 2019.

Inst. de Gestão em Saúde do Nordeste
35
Página

P.M.EXTREMOZ/RN
Página: 470
Responsável
Mat. 65525

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasília). Resolução nº 553, de 09 de agosto de 2017. Aprova a atualização da Carta dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde, que dispõe sobre as diretrizes dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde.

Secretaria de Atenção à Saúde. Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/protocolos-clinicos-e-diretrizes-terapeuticas-pcdt

Alexandre Luis de Oliveira
CPF: 368.143.003-97
Diretor - Presidente

Inst. de Gestão em Saúde do Nordeste
36
Página