

ÍNDICE DO DOCUMENTO

ÍNDICE DO DOCUMENTO	1
ITEM 1. Grau de adequação aos objetivos específicos do programa ou ação em que se insere o objeto da parceria.....	5
I. 1. Apresentação da Organização da Sociedade Civil	5
1. Missão, Visão e Valores.....	6
2. Modelo de Gestão	6
3. Organograma do Instituto Gnosis.....	7
4. Projetos – Histórico de Atuação do Instituto Gnosis	7
4.1. Hospital Rio Laranjeiras.....	7
4.2. Hospital Santa Maria Madalena.....	7
4.3. Unidades de Atenção Básica em Maricá	8
4.4. Área Programática 2.2	9
4.5. Área Programática 4.0	10
4.6. Rio Imagem.....	11
4.7. Hospital da Mulher Heloneida Studart.....	12
4.8. Hospital Estadual da Mãe de Mesquita	14
4.9. Hospital Maternidade Maria Amélia Buarque de Hollanda	16
4.10. CER Centro	17
4.11. Hospital Infantil e Maternidade Alzir Bernardino.....	17
4.12. Área Programática 2.1.....	19
4.13. Área Programática 5.1.....	19
4.14. Centro de Diagnóstico e Tratamento por Imagem	19
4.15. RAPS 4.0, 5.1, 5.2, 5.3 e IMAS Juliano Moreira.....	28
I. 2. Princípios Éticos e Comportamentais	30
II. Política de Recursos Humanos.....	31
a) Descrição das competências dos cargos a serem contratados.....	31

b)	Boas Práticas de Gestão da Folha de Pagamento	49
c)	Proposta de incentivos financeiros e outros mecanismos, com base na avaliação de desempenho.....	50
d)	Apresentação do Plano de cargos e salários praticado pela instituição por meio de link de acesso para verificação	57
e)	Acesso público a prestação de contas (Print e link)	58
CONHECIMENTO DO PROBLEMA:.....		58
a)	Conhecimento sobre as políticas setoriais constantes do Plano de Trabalho (apresentação de conhecimento sobre a legislação, políticas e programas nacionais e municipais).....	58
b)	Apresentação de discussão técnica sobre as modalidades de atendimento dos programas previstos no Plano de Trabalho	63
c)	Informações e dados similares já realizados pela OSS	64
d)	Dificuldades e desafios encontrados para sua realização	67
e)	Soluções propostas para superá-los	69
Item 2. Capacidade Técnica e Operacional para o desenvolvimento das atividades previstas e o cumprimento das metas estabelecidas		70
2.Descrição das Atividades		70
I. Modelo de Pesquisa de Satisfação		84
a)	Ressaltar que a utilização do instrumento garante o Controle Social no SUS, dando voz aos usuários	84
b)	Apresentar Projeto Serviço de Atendimento ao Usuário e Pesquisa de Satisfação que contenha as características listadas acima	94
II. Comissões ou grupos de trabalho que serão implantados nas unidades de saúde, especificando nome, conteúdo, membros componentes (apenas enunciar o perfil dos componentes que integrarão a comissão), objetivos da Comissão, frequência de reuniões		99

Item 3. Experiência Gerencial da OSS através de sua equipe técnica e prévia na realização, com efetividade, do objeto da parceria ou de natureza semelhante	201
Atestados de capacidade técnica que certifique a experiência em Gerência Hospitalar Própria com mais de 01 (um) na gestão hospitalar de Unidades de Saúde com período mínimo de 12 (doze) meses, perfil de urgência e emergência, com no mínimo 20 (vinte) leitos, com e que realize procedimentos de Média e Alta Complexidade, que constem na tabela SUS	201
Atestados de capacidade técnica operacional que certifique experiência em gerência com mais de 01 na gestão de Unidades de Saúde com período mínimo de 12 (doze) meses, perfil de urgência e emergência, com no mínimo 20 (vinte) leitos e que realize procedimentos de Média e Alta Complexidade, que constem na tabela SUS	202
Comprovação que a entidade possui no seu quadro funcional, Responsável Técnico (médico)	202
Comprovação, que possui no seu quadro, Responsável Técnico (administrador)	202
Certificado De Entidade Beneficente De Assistência Social na Área Da Saúde (CEBAS)	203
Item 4. Preço/ valor de referência	203
Proposta Econômica	203
Dimensionamento Gerencial e da Equipe Assistencial	206
 ANEXO I - MANUAL DO PROGRAMA DE ÉTICA E INTEGRIDADE E O REGULAMENTO DO COMITE DE ÉTICA E INTEGRIDADE	 208
ANEXO II – Hospital da Mulher SES RJ	239
ANEXO III – Hospital da Mãe SES RJ	273
ANEXO IV - Hospital Estadual Infantil e Maternidade Alzir Bernardino Alves.	317

ANEXO V – Hospital Maternidade Maria Amélia Buarque de Holanda e CER Centro.....	440
ANEXO VI - Rede de Atenção Primária e Estratégia de Saúde da Família - Município Maricá	670
ANEXO VII – Hospital Israelita Albert Sabin	716
ANEXO VIII - Área Programática 2.1 e UPA Rocinha	721
ANEXO IX - Área Programática 5.1	723
ANEXO X - Comprovação de Qualificação Técnica do Responsável Técnico (médico)	725
ANEXO XI - Comprovação de Qualificação Técnica do Responsável Técnico (administrativo)	739

ITEM 1. Grau de adequação aos objetivos específicos do programa ou ação em que se insere o objeto da parceria

I. 1. Apresentação da Organização da Sociedade Civil

Fundado em 2009, o Instituto Gnosis com sede na cidade do Rio de Janeiro, é uma instituição do terceiro setor, sem fins lucrativos, constituída sob a forma de pessoa jurídica de direito privado, de duração por tempo indeterminado, com autonomia patrimonial, administrativa e financeira.

O Instituto Gnosis se destina à prestação de serviços de saúde, incluída a assistência médica, hospitalar e de serviços auxiliares de diagnóstico e terapia, sempre observada a excelência da atuação, obtida através da aplicação das melhores práticas de gestão em saúde disponíveis no mercado, por meio, ou não, de convênios firmados com organismos públicos ou privados, prática esta que possibilita o desenvolvimento, aplicação e gerenciamento de novos produtos, métodos e processos educativos, de gestão, e outros, na área da saúde.

O desenvolvimento do conhecimento voltado às práticas de gestão em saúde, sobretudo através do incentivo à realização de cursos de formação, seminários, palestras e congressos, também são objetivos do Instituto Gnosis, que não deixa de prezar, igualmente, pela formação de recursos humanos para a atuação na área de saúde.

O Instituto Gnosis se preocupa, sempre, em incentivar e, se possível, viabilizar, a publicação de trabalhos próprios e de terceiros e a divulgação de conhecimentos científicos relacionados aos serviços de saúde, bem como em desenvolver programas de estágio, estudos, aperfeiçoamento, prêmios, cursos e bolsas de estudo, voltados para estimular o desenvolvimento de tecnologias na área de saúde.

1. Missão, Visão e Valores

Nossa Missão: "Fomentar o conhecimento nas mais diversas áreas técnicas e operacionais ligadas à gestão de unidades e ações da área da saúde, tornando-se uma referência no compartilhamento de experiências e atuações na área da saúde."

Nossa Visão: "Ser reconhecido, no Brasil, como um Instituto de referência na experiência, compartilhamento e treinamento de gestores em saúde."

Nossos Valores: "Soma de esforços na busca da excelência na gestão em saúde, levando o conhecimento que inspira e moraliza às iniciativas privadas e filantrópicas".

2. Modelo de Gestão

Qualidade técnica e gerencial – Gestão por resultados, buscando sempre a otimização dos processos de trabalho com vistas ao alcance de melhor qualidade e maior quantidade de entrega nos serviços prestados.

Responsabilidade social – Foco no cidadão usuário dos serviços de saúde, oferecendo serviços com igualdade, equidade e acesso universal.

Ética e transparência – Primazia pela ética na prestação dos serviços de saúde e responsabilidade e transparência na utilização de recursos públicos.

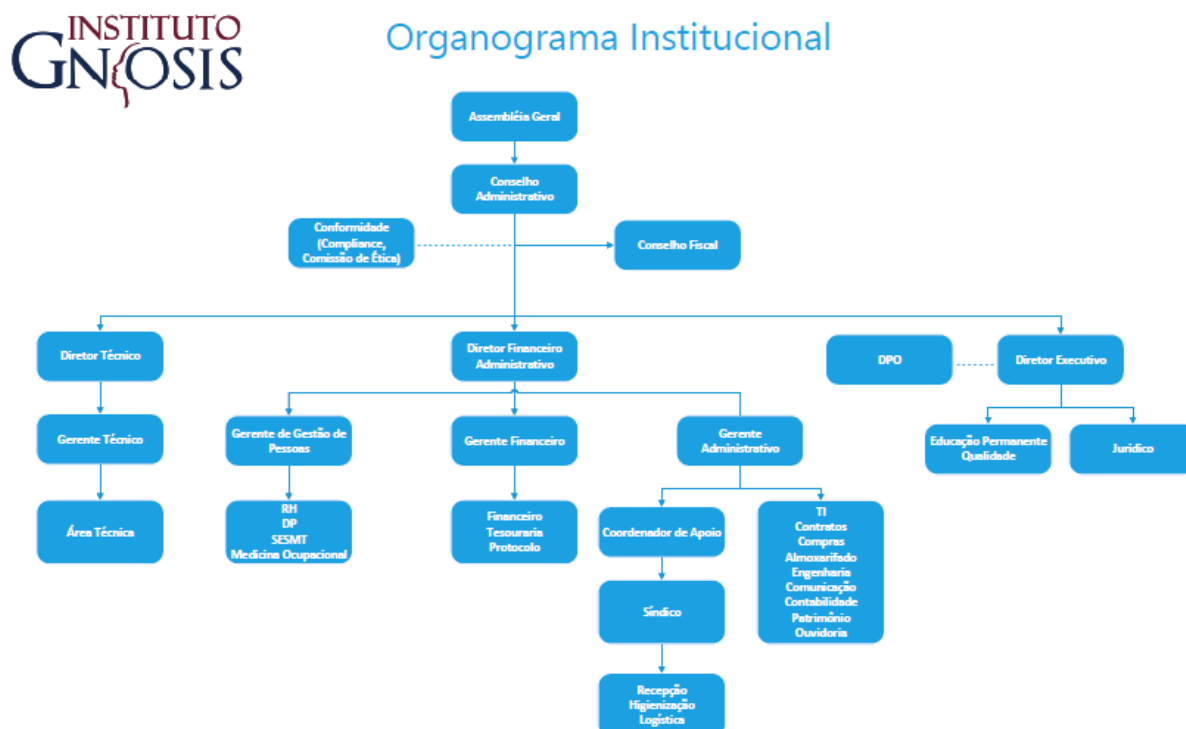
Humanização – Visão do cidadão e dos profissionais de saúde de forma integral, como agente de promoção e finalidade principal do cuidado.

Eficiência – Foco na otimização da gestão dos recursos, com objetivo de se fazer mais com menos, buscando sempre o melhor custo-benefício.

Desenvolvimento – Aperfeiçoamento dos serviços prestados por meio da capacitação, educação continuada e integração dos profissionais, utilizando, sempre que possível, melhores tecnologias.

SUS – Observância aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

3. Organograma do Instituto Gnosis



4. Projetos – Histórico de Atuação do Instituto Gnosis

4.1. Hospital Rio Laranjeiras

As atividades exercidas de gestão pelo Instituto Gnosis se deram nos setores da Emergência e ambulatório. Com funcionamento 24h com uma média de 250 atendimentos por mês.

4.2. Hospital Santa Maria Madalena

As atividades exercidas de gestão pelo Instituto Gnosis se deram nos setores de Ambulatório, Emergência e internação. Com funcionamento 24h com uma média de 150 atendimentos na emergência por mês e com média de internação de 30 pacientes por dia.

4.3. Unidades de Atenção Básica em Maricá

O Município de Maricá, visando a organização da gestão da rede de serviços de saúde e a reorganização da Atenção Primária, está realizando um processo de implementação e expansão da Estratégia da Saúde da Família (ESF) através do contrato firmado com o Instituto Gnosis. Isso significa uma efetiva mudança do modelo de atenção à saúde no município, dando ênfase à atenção primária e, tendo como metas, a busca da universalidade, integralidade, criação de vínculos, de compromisso e responsabilidade compartilhada entre profissionais da saúde e população em todas as etapas no cuidado, uma atenção pautada em valores de solidariedade, cidadania e direitos humanos. Também é objetivo destes serviços gerar iniciativas que articulem outras áreas sociais em prol da qualidade de vida da população do Município de Maricá. Em 2020 o Instituto Gnosis mantém seu foco em ser referência em atenção primária. Assim inicia o projeto de atenção primária de Maricá com 24 unidades de atenção primárias, 3 CAPS e 3 residências terapêuticas. Um diferencial desse projeto é a análise da performance gerencial que é avaliada por metas mensal. Em 2020 Instituto Gnosis ampliou seu foco em ser referência em atenção primária, em março iniciou o projeto nas Unidades Básicas de Saúde no município de Maricá assumindo 24 unidades de estratégia de saúde da família, 3 CAPS – Centro de Atenção Psicossocial, 3 Residências Terapêuticas e Vigilância em Saúde.

Residências Terapêuticas: As residências terapêuticas são casas localizadas em Maricá (Centro, Condado e Barra), constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais, institucionalizadas ou não. O processo de

Unidades de Atenção Básica em Maricá	
 24 Unidades Básicas de Saúde	
 45 Equipes de Saúde da Família	 03 CAPS
 03 Residências Terapêuticas	 01 Equipe de Saúde Indígena
 15 Equipes de Saúde Bucal	 01 Equipe de Consultório de rua
 01 Odontomóvel	 04 Equipes NASF
 795 Consultas de Pré-Natal	 13.000 Consultas Médicas
4.632 Consultas de Enfermagem	

reabilitação psicossocial busca de modo especial a inserção do usuário na rede de serviços, organizações e relações sociais da comunidade. Ou seja, a inserção em uma residência terapêutica é o início de um processo de reabilitação que deve buscar a progressiva inclusão social do morador. Contamos com os CAPS, cuidadores e técnicos em enfermagem para promover o bem-estar destes moradores.

4.4. Área Programática 2.2

A CAP 2.2 compreende as unidades de saúde dos bairros da Tijuca, Grajaú, Vila Isabel, Andaraí, Maracanã, Praça da Bandeira e Alto da Boa Vista. Embora seja uma área pequena em termos de quantitativo de unidades de saúde, compreende a assistência de um grande número de usuário por serem bairros de características de prédios, e condomínios, além de grandes áreas de comunidade em sua extensão. Tendo unidades com populações que variam desde extrema pobreza a classe média alta, além de presença de violência territorial e seus desafios diários com essa população que sofre não só por confrontos como também com todas as consequências acarretadas no dia a dia dessa população.

Foram 6 anos de gestão nessa área, com um trabalho de extrema dedicação para excelência de atendimento a comunidade.

4.5. Área Programática 4.0





O Instituto Gnosis em julho iniciou a gestão das ações de estratégia de Saúde da Família na área 4.0 por meio de sua gestão em 22(vinte e duas) Unidades de Atenção Primária da Área de Planejamento. A gestão do Instituto Gnosis tem como foco fazer a diferença em qualidade e eficácia dos processos nos bairros: Anil, Curicica, Freguesia, Gardênia azul, Pechincha, Praça seca, Tanque, Taquara, Barra da Tijuca, Camorim, Grumari, Itanhangá, Joá, Recreio, Vargem grande, Vargem pequena, Cidade de Deus.



4.6. Rio Imagem

O Estado do Rio de Janeiro ganhou em dezembro de 2011 o primeiro Centro de Diagnóstico por Imagem, mais conhecido como Rio Imagem, que reúne em um só lugar equipamentos de última geração para atender aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). O Centro oferece exames de forma gratuita, como:

- ✓ Ressonância magnética;
- ✓ Mamografia;
- ✓ Tomografia computadorizada;
- ✓ Doppler vascular;
- ✓ Ultrassonografia;
- ✓ Ecocardiografia; e
- ✓ Radiografia.

<div>  <div> Rio Imagem 20.000 </div> </div>	
Exames por mês, distribuídos:	
 <div> 1.700 Ressonância magnética </div>	<div> 160 Ressonância magnética com sedação </div> 
 <div> 3.820 Eco/ Vascular </div>	<div> 3.920 Mamografia </div> 
 <div> 510/290 Biópsia/ HISP </div>	<div> 1.800 Raio-X </div> 
 <div> 2.700 Tomografia computadorizada </div>	<div> 80 Angio tomografia computadorizada </div> 
 <div> 80 TC com FDG (PET) </div>	<div> 4.940 Ultrassonografia </div> 

4.7. Hospital da Mulher Heloneida Studart

O Hospital da Mulher Heloneida Studart (HMHS), em São João do Meriti, é o primeiro da Rede Estadual de Saúde totalmente especializado no atendimento às gestantes e bebês de médio e alto risco, principalmente unidade de referência para este tipo de atendimento na Baixada Fluminense. Inaugurado em 2010, o Hospital da Mulher Heloneida Studart (HMHS) é gerido pelo Instituto Gnosis desde o ano de 2018 por meio de contrato de gestão com a Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, já alcança a marca de 650 partos mês.

Entre os serviços disponíveis, a unidade oferece atendimento integral à mulher no período gestacional de alto risco, colposcopia, mamografia, ultrassonografia e cardiotocografia. A área construída é de 13.000 m², com dois pavimentos assistenciais. Além disso, o hospital conta com 66 leitos de Alojamento Conjunto, 10 leitos de UTI Materna, 20 leitos de UTI e 29 UI Neonatal e conta com uma equipe de profissionais especializados. Possui 02 salas PPP (Pré Parto, Parto e Puerpério), 05 salas de Cirurgias, 04 leitos de RPA. O hospital adota a cultura do parto humanizado - conjunto de ações que visam atender as necessidades das gestantes, incluindo desde a presença de um acompanhante de sua confiança durante o parto até aspectos fisiológicos, psicossociais e sociais. Conta com o diferencial de atendimento com enfermeiras obstétricas e Doulas para o atendimento à gestante.

A unidade dispõe de local para identificação civil dos RNs, com confecção gratuita de certidão de nascimento e identidade. Por se tratar de uma unidade especializada em casos de alta complexidade, o hospital foi pensado para atender mulheres que chegam por meio de regulação e são acolhidas no ambulatório, realizam todo o pré-natal e o parto na

 Hospital da Mulher Heloneida Studart	
 Com dois pavimentos assistenciais o Hospital possui	
13.000 m ²	
52 Leitos de alojamento conjunto 	
06 Leitos de alojamento ginecológico 	06 Leitos de internação pós curetagem 
10 Leitos de UTI materna 	29 Leitos de UTI Neonatal 
20 Leitos de UI Neonatal 	04 Leitos de enfermaria Canguru 
05 Leitos de observação Pré-Natal 	07 Leitos de day clinic

unidade. A unidade conta com o serviço SOS Mulher, que acolhe vítimas de violência a partir de 12 anos de idade.

Casa da Mãe

Outro diferencial é a Casa da Mãe, local onde a puérpera fica hospedada durante a permanência de seu bebê na UTI ou na UI. O espaço recebe mulheres que moram longe da unidade – mínima de 50 km de distância - ou em lugares de difícil acesso e permite que essas mães fiquem próximas aos filhos que estão internados, estimulando o laço materno e garantindo, o contato e o aleitamento materno exclusivo, tão importantes na recuperação dos recém-nascidos internados na unidade.

Banco de leite Humano (BLH)

Conhecimento em favor da saúde inaugurado em maio de 2016, faz captação de leite humano, internamente e externamente, é nosso 2º BLH para a Baixada Fluminense, fornece LHOP (Leite humano Ordenhado Pasteurizado) aos RNs internados. Faz atendimento de orientação a amamentação individual e em grupo.

Serviço de identificação civil

Possui serviço de Cartório e de identificação Civil para os Rns nascidos na unidade e confecciona 2ª via de identificação para os responsáveis quando necessário.

Residência médica

Em 2019 o Hospital da Mulher Heloneida Studart criou a sua Comissão de Residência Médica (COREME) com objetivo de criar programas de residência médica e posteriormente programas de residência multiprofissional. Tal iniciativa objetivava a inclusão de práticas de Ensino e Pesquisa em nossa Instituição, fato que agrega grande conhecimento, qualificação e atualização de todo o corpo clínico. Junto a isso também foi evidenciado a necessidade de formarmos especialistas com os valores do HMHS para, se possível,

efetivá-los no corpo profissional. Foi estruturado então, inicialmente, o Programa de Residência Médica em Obstetrícia e Ginecologia, com todos os requisitos estabelecidos pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). No mesmo ano o Hospital passou por avaliação da CNRM que o credenciou para iniciar o Programa em Obstetrícia e Ginecologia, com 4 vagas por ano, nos três anos de especialização.

4.8. Hospital Estadual da Mãe de Mesquita

Inaugurado em junho de 2012, o Hospital Estadual da Mãe de Mesquita é hoje a principal referência no atendimento de gestantes do SUS com perfil de baixa e média complexidade na Baixada Fluminense. Com uma média de 700 partos realizados por mês e uma das menores taxas de cesarianas da rede



pública estadual (25%), a unidade funciona com ambulatório de atendimento pré-natal e maternidade, com 100 leitos de alojamento conjunto, 15 leitos de UI Neonatal e 10 leitos de UTI neonatal, 12 salas de Pré-Parto, Parto e Pós-Parto (PPP), além de leitos de recuperação pós-anestesia, assistência a recém-nascidos e centro cirúrgico. Além de leitos de recuperação pós-anestesia (RPA), assistência a recém-nascidos e centro cirúrgico. PROJETO BÁSICO EDITAL Nº CP001/2020, gerido por meio de contrato de parceria com a Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro pelo Instituto Gnosis desde a data de 02 de julho de 2018, o Hospital Estadual da Mãe de Mesquita está localizado em uma região com grande demanda de atendimento de gestantes e, por isso, dispõe de consultas com obstetras e realização de exames de imagem e de laboratório clínico. Deve ser destacado que alguns dos serviços ofertados às pacientes do Hospital Estadual da

Mãe de Mesquita são pioneiros no Brasil, como por exemplo, o uso de óxido nitroso para analgesia de parto, técnica muito utilizada na Inglaterra e que confere maior conforto às mulheres durante o trabalho de parto.

O Espaço Mãe

Espaço bastante inovador, pois se trata de local onde as futuras mães são orientadas a fazer exercícios de respiração e fisioterapia, com uso de bolas de pilates e outras práticas de exercícios que auxiliam o parto seguro e mais confortável, pois proporcionam alívio da dor. O Hospital Estadual da Mãe de Mesquita conta, também, com atendimento de Enfermeiras Obstétricas e as pacientes têm acesso a Doulas durante o trabalho de parto.

Ultrassonografia natural: A ultrassonografia natural ou arte gestacional fortalece o vínculo e alivia tensões do pré-parto e é parte integrante das boas práticas do parto humanizado no Hospital da mãe é chamada "Arte gestacional" (Belly-painting em inglês). A arte gestacional tem como protagonista a barriga da mulher grávida. Durante o processo de elaboração da pintura na barriga, tanto a mãe como o bebê têm a oportunidade de compartilhar um tempo extra de relaxamento. A metodologia consiste em desenhar, com tintas atóxicas específicas para pele, lápis de olho e pincéis, a criança na exata posição em que ela se encontra dentro da barriga da mulher. O desenho ajuda as mães a compreender como está o bebê, onde estão os membros e órgãos, potencializando a conexão entre eles. A pintura é realizada por enfermeiras obstétricas.

CEAMA - Centro de Estudos e Atendimento da Mulher Adolescente

O Hospital Estadual da Mãe de Mesquita possui um serviço todo especial para gestantes adolescentes. Elas participam de reuniões do Centro de Estudos e Atendimento da Mulher Adolescente (CEAMA), projeto inaugurado em abril de 2013. Os encontros com as adolescentes abordam temas como alterações fisiológicas da gestação, mudança do corpo e das emoções, importância da continuidade dos estudos, planejamento familiar e

orientação sobre DSTs e contracepção e cuidados com o bebê, nutrição e aleitamento materno, direitos civis da gestante.

4.9. Hospital Maternidade Maria Amélia Buarque de Hollanda

O modelo gerencial executado pelo Instituto Gnosis para esse projeto visa atribuir, no nível hierárquico de execução, a implantação e desempenho de ferramentas inovadoras de gestão, e à Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, funções reguladoras de acompanhamento, controle e avaliação. O Hospital Maternidade Maria Amélia Buarque de Hollanda (HMMABH), pertencente à rede pública municipal do Rio de Janeiro, inaugurou em 13 de maio de 2012. Somos referência em

Hospital Maternidade Maria Amélia Buarque de Hollanda	
 13 Leitos de UTI Neonatal	22 Leitos de UI Neonatal
 8 Leitos Canguru	02 Salas de parto
68 Leitos obstétricos	
12 Consultórios ambulatoriais	

partos humanizados no Rio com mínimas intervenções no processo do parir e gestar, representando um avanço na atenção materno-infantil devido às estruturas e protocolos clínicos obstétricos e neonatais. A Maternidade realiza atendimento de urgência, internações obstétricas, neonatais e pré-natal em gestação de alto risco. Garantimos uma assistência humanizada para as gestantes. A unidade conta com equipes de enfermagem e médicas de obstetrícia que utiliza uma série de métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto e revisa constantemente os processos de trabalho para a manutenção do padrão de qualidade da assistência.

Cegonha Carioca

Um importante programa oferecido no HMMABH é o Cegonha Carioca, que oferece às mulheres atendimento humanizado, da gestação ao momento do parto. Com o Cegonha Carioca, a mulher é acompanhada desde o pré-natal, etapa fundamental para a saúde da

mãe e do bebê. A mulher deve passar pelo menos por sete consultas. Assim, conseguimos detectar alguma alteração e tratar precocemente. Mais perto da hora do parto, a gestante visita a maternidade de referência para conhecer o espaço e sentir-se mais segura.

4.10. CER Centro

A finalidade deste trabalho é a prestação de serviços aos usuários no modelo de atendimento de urgência e emergência. O Instituto Gnosis desenvolve no CER Centro um modelo de gestão que respeita e considera todos os princípios do SUS, mas sobretudo contribui para o aperfeiçoamento dos mesmos: universalidade, regionalização e hierarquização da rede, autonomia dos gestores, coordenação entre níveis de governo, transparência e controle social.

4.11. Hospital Infantil e Maternidade Alzir Bernardino

Hospital localizado em Vila Velha, ES, inaugurado em 04 de abril de 2002 com 08 leitos de pediatria e 05 leitos de UTIN. Entre 2003 e 2008 houve a inauguração do ambulatório de especialidades pediátricas, ampliação dos leitos de UTI Neonatal para 25 leitos, ampliação da enfermaria de pediatria para 51 leitos, inaugurações do banco de sangue, centro cirúrgico, centro diagnóstico, pronto socorro, UTI pediátrica, banco de leite, sala de recreação e maternidade. Referência em pediatria no Espírito Santo, o Hospital Infantil e Maternidade Alzir Bernardino Alves (Himaba), em Vila Velha, é o único complexo

hospitalar especializado em atendimento infanto-juvenil da região. A unidade funciona com o pronto-socorro porta aberta 24 horas e faz, mensalmente, mais de 4 mil atendimentos

<div>  <div> Himaba - Hospital Estadual Infantil e Maternidade Alzir Bernardino Alves </div> </div>		
Especialidades		
Cirurgias cardiológicas pediátricas	Cirurgias ortopédicas pediátricas	Maternidade de risco habitual
<div>3.550</div> <div>Internações</div>		
	<div>19.274</div> <div>Atendimentos emergenciais</div>	<div>16.841</div> <div>Atendimentos ambulatoriais</div> 
	<div>19.295</div> <div>Exames realizados</div>	<div>1.800</div> <div>Raio-X</div> 
	<div>2.700</div> <div>Tomografia computadorizada</div>	<div>95.77%</div> <div>Taxa de satisfação dos pacientes</div> 

de urgência e emergência para a população que utiliza o Sistema Único de Saúde (SUS). O Himaba possui 299 leitos e oferta de mais de 5 mil consultas mensais nas mais variadas especialidades, como cardiologia, dermatologia, clínica médica, otorrinolaringologia, neurologia, endocrinologia, ortopedia, pneumologia, nefrologia, psiquiatria, gastroenterologista, cirurgia plástica.

Cirurgia Ortopédica e Cardiológica Pediátrica: Os destaques do Himaba são nas áreas de ortopedia e cardiologia. A equipe é especializada em cirurgia de mão e tratamento do “pé torto congênito”. Procedimentos cirúrgicos de alta complexidade na área de cardiologia são realizados em crianças com poucas horas de vida pós-parto, com registro de baixa taxa de mortalidade.

Maternidade Risco Habitual:

A maternidade do Himaba realiza, mensalmente, mais de 200 partos, com capacidade instalada de 30 são de terapia intensiva neonatal (UTIN), 15 de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCO), 6 leitos são leitos de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCA), internação clínica pediátrica com 36 leitos, unidade de internação psiquiátrica 10 leitos, unidade semi-intensiva 8 leitos, unidade de internação maternidade 37 leitos e hospital dia 2 leitos. Desde 2013, o hospital é certificado pelo Ministério da Saúde como referência Estadual para a atenção humanizada ao recém-nascido, o chamado “Método Canguru”.

Saúde Mental:

A primeira unidade de saúde mental pediátrica do Estado foi aberta há um ano no hospital. A iniciativa tem sido um porto seguro para crianças, adolescente e jovens de até 17 anos, 11 meses e 29 dias que apresentam transtornos mentais e necessitam de atendimento psiquiátrico de urgência. No período, a equipe multidisciplinar recebeu 241 pacientes.

4.12. Área Programática 2.1

Foi em abril de 2021 que o Instituto Gnosis iniciou a gestão das ações de estratégia de Saúde da Família no âmbito da Área de Planejamento (AP) 2.1 e Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Rocinha. Responsável pela gestão em 13 (treze) Unidades de Atenção Primária da Área de Planejamento, além da Unidade de Pronto Atendimento da Rocinha e de dois centros psicossociais.

Com atuação em toda área da zona Sul do município do Rio de Janeiro, tem se grandes desafios nessa área devido à grande desigualdade social e econômica a qual a área assiste, a Cap 2.1 flutua entre os maiores impostos do estado, e com áreas de extrema pobreza, vivendo lado a lado na extensão desse território. Além de uma característica importante quanto a relação assistencial dessa população, com grande presença dos extremos da vida, crianças e idosos.

4.13. Área Programática 5.1

Aliando a experiência da própria entidade na gestão de ambulatorios em hospitais gerais com a experiência do corpo profissional montado e inserido na entidade, o Instituto Gnosis implementa ações na área de Saúde da Família na Cidade do Rio de Janeiro por meio de sua gestão em 27 (nove) Unidades de Atenção Primária e 01 Centro de Atenção Psicossocial da Área de Planejamento 5.1. A gestão do Instituto Gnosis tem feito diferença em qualidade e resultados nos bairros da Bangu, Campo dos Afonsos, Deodoro, Gericinó, Jardim Sulacap, Magalhães Bastos, Padre Miguel, Realengo, Senador Camará e Vila Militar, sempre com o objetivo de levar a eficiência e agilidade às unidades de saúde municipais.

4.14. Centro de Diagnóstico e Tratamento por Imagem

O Centro Carioca de Diagnóstico e Imagem (CCDTI) é uma iniciativa da Prefeitura do Rio de Janeiro, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, criado com o objetivo de acelerar a fila de demandas para exames no Rio de Janeiro. Sua sede está localizada na região central da cidade e destina-se ao recebimento de usuários do Sistema Único de Saúde,

referenciados por unidades da rede pública, através do SISREG, para realização de procedimentos diagnósticos e exames de imagem.

Com o objetivo de fomentar o serviço de diagnóstico, a SMS estabeleceu parceria com o Instituto Gnosis em regime de mútua cooperação, através da celebração de Termo de Colaboração, na busca de viabilizar um serviço mais moderno em tecnologia, de alta resolutividade e inovações e de se tornar referência na especialidade da rede de atenção à saúde da capital carioca.

O Instituto Gnosis é responsável por gerenciar, administrar, operacionalizar e executar as ações e serviços de saúde do Centro Carioca de Diagnóstico e Tratamento por Imagem e suas unidades avançadas tipo I, II e III, com vistas à contratação de recursos humanos, aquisição de equipamentos, a manutenção preventiva e corretiva, contratação de serviços, aquisição de material permanente, insumos, programação visual das unidades e despesas operacionais previstas.

A unidade sede do CCDTI conta com exames de média a alta complexidade em diferentes modalidades oferecidas a população para atender a demanda, por vezes reprimida, possibilitando o diagnóstico oportuno. Vale ressaltar que a demora do diagnóstico figura entre as dez primeiras causas de mortalidade na Cidade do Rio de Janeiro e, ainda, que grande expressão destas têm no radiodiagnóstico uma das principais fontes de informação para a conclusão diagnóstica (doenças cerebrovasculares, violência externa, doenças crônicas e agudas bronco pulmonares, acidentes de transporte, neoplasias).

O Centro Carioca de Diagnóstico e Tratamento por Imagem também conta com 28 Unidades Avançadas, com 3 (três) especificações tipológicas distintas, distribuídas entre as 10 (dez) APs, que objetivam a ampliação do acesso aos serviços para os demais bairros cariocas e a integração de todo o serviço de imagem da rede municipal de saúde.

As unidades avançadas do CCDTI estão distribuídas por toda a cidade: nos hospitais municipais Albert Schweitzer (Realengo), Evandro Freire (Ilha do Governador), Lourenço Jorge (Barra da Tijuca), Miguel Couto (Leblon), Salgado Filho (Méier), Souza Aguiar (Centro), Francisco da Silva Telles (Irajá), Jesus (Vila Isabel), Pedro II (Santa Cruz), Piedade (Piedade), Raphael de Paula e Souza (Curicica), Rocha Faria (Campo Grande), Rocha Maia (Botafogo) e Ronaldo Gazolla (Acari); nas UPAs Madureira e Cidade de Deus; nas clínicas da família Adib Jatene (Maré), Amaury Bottany (Irajá), Felipe Cardoso (Penha), Harvey Ribeiro de Souza Filho (Recreio dos Bandeirantes) e Otto Alves de Carvalho (Rio das Pedras); no Centro Municipal de Saúde Belizário Penna (Campo Grande);

nas policlínicas Antônio Ribeiro Netto (Centro), Carlos Alberto Nascimento (Campo Grande), Hélio Pelegrino (Tijuca), Lincoln de Freitas (Santa Cruz), Manoel Guilherme da Silveira Filho (Bangu) e Rodolpho Rocco (Del Castilho); além do Centro de Imagens da Rocinha.

Desde o início das atividades em fevereiro de 2023 até agosto de 2024, o CCDTI realizou 427.980 exames em diferentes modalidades, fazendo a diferença desta demanda, seja para casos ambulatoriais ou de emergência, conforme demonstra o quadro abaixo:

GRUPO	MODALIDADE	Soma 2023	Média 2023	Soma 2024	Média 2024	Soma Geral	Média Geral
1	PET CT	217	36	1214	152	1431	72
2	TOMOGRAFIA	14335	1195	6740	843	21075	1054
3	RESSONANCIA MAGNÉTICA	9761	813	8583	1073	18344	917
4	CINTILOGRAFIA	1857	155	3777	472	5634	282
5	MAMOGRAFIA	20672	1723	17500	2188	38172	1909
6	DENSITOMETRIA	7804	650	6171	771	13975	699
7	ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER	35096	2925	47599	5950	82695	4135
8	ULTRASSONOGRAFIA	34567	2881	36542	4568	71109	3555
9	ECOCARDIOGRAFIA	31209	2601	25592	3199	56801	2840
10	HISTEROSCOPIA	951	79	2424	303	3375	169
11	ELETRONEUROMIOGRAFIA	1988	166	4549	569	6537	327
12	VIDEOLARINGOSCOPIA	2012	168	1508	189	3520	176
13	ESPIROMETRIA	7230	603	5051	631	12281	614
14	BRONCOSCOPIA	580	48	272	34	852	43
15	ENDOSCOPIA	5993	499	9922	1240	15915	796
16	COLONOSCOPIA	6842	570	7484	936	14326	716
17	PANORÂMICA EXTRAORAL	32103	2675	23978	2997	56081	2804
18	BIÓPSIA	3602	300	2255	282	5857	293

Atualmente o CCDTI realiza as modalidades de exames / procedimentos apresentados a seguir:

Tomografia computadorizada com ou sem contraste: é um um procedimento de imagem de raio-x computadorizado, responsável por produzir imagens de excelente qualidade dos órgãos internos e diagnosticar diversas doenças potencialmente graves. Além de ser indolor, é um exame não invasivo, simples e rápido. 21.075 tomografias já foram realizadas pelo CCDTI.

Pet Scan (tomografia por emissão de pósitrons): Um dos mais avançados métodos de diagnóstico por imagem, combina duas técnicas e proporciona a análise conjunta de informações funcionais e anatômicas. É uma ferramenta importante para a detecção de tumores e metástases e na identificação de recidivas (reaparecimento de doenças). O CCDTI é pioneiro na realização desta modalidade em toda a rede municipal, com mais de 1.431 exames nesta modalidade.



Angiotomografias Computadorizadas: É um exame de diagnóstico não invasivo pelo qual é possível visualizar tridimensionalmente (3D) se há resíduos depositados nas paredes das artérias do coração, além de malformações vasculares. Realizados 286 exames.

Ultrassonografias com ou sem doppler: exame que utiliza ondas sonoras de alta frequência para gerar imagens do corpo humano, o que permite determinar a distância do objeto, bem como o tamanho, forma e a consistência do mesmo. Utiliza uma pequena sonda, chamada de transdutor e um gel condutor especial que é espalhado sobre a pele. Como as imagens são capturadas em tempo real, elas são capazes de mostrar a estrutura e o movimento dos órgãos internos do corpo. Realizados 71.109 ultrassonografias e 82.695 exames com doppler no CCDTI.



Doppler: exame de ultrassom que usa ondas sonoras de alta frequência para se avaliar a quantidade de fluxo sanguíneo de diferentes partes do corpo através das artérias e vasos sanguíneos. No CCDTI foram realizados 76.700 em diferentes procedimentos como: doppler arterial e venoso em membros inferiores e superiores; ecocolor Doppler aorta abdominal; ecocolor Doppler artéria renal; ecocolor Doppler artérias subclávias; ecocolor Doppler artérias vertebrais; ecocolor Doppler de carótidas; ultrassonografias com doppler da região cervical; ultrassonografias color de bolsa escrotal; ultrassonografia doppler de tireóide e ultrassonografia transvaginal com doppler

Ressonâncias Magnética com ou sem sedação: Um dos exames mais preciosos de diagnóstico por imagem, é indicado para visualizar estruturas internas do corpo, como ossos, músculos, órgãos e tecidos, além da análise de certos processos biológicos. Realizados 18.344 exames.



Raio X Panorâmico: este exame mostra todos os ossos da região da boca e suas articulações, além de todos os dentes, até mesmo aqueles que ainda não nasceram, sendo um ótimo recurso na área da odontologia. O CCDTI já realizou mais de 56.081 exames desta modalidade, sendo um dos exemplos de exame que pode ser realizado na mesma semana da solicitação.

Histeroscopia: é um exame ginecológico que proporciona uma visão detalhada da cavidade uterina, indicado na identificação de alguns problemas de saúde, como pólipos e sangramentos uterinos. Para o procedimento, é necessário utilizar um fino aparelho conhecido como histeroscópio. Realizados 3.375 exames.

Espirometria: exame utilizado para medir a quantidade e o fluxo de ar que entra e sai dos pulmões. O resultado ajuda na análise das condições de ventilação do paciente. O CCDTI realizou 12.281 exames desta modalidade.



Ecocardiograma: realizado por meio de ultrassom, o dispositivo é capaz de captar ondas sonoras e transformá-las em imagens. Possui diferentes métodos para realização do exame, definidos de acordo com o caso específico do usuário. Até agosto de 2024, foram realizados mais de 56.801 exames.



Mamografia, inclusive por estereotaxia: A mamografia é o exame mais usado no rastreamento do câncer de mama. Tem como função principal apontar qualquer alteração no tecido mamário. A mamografia digital possui alta tecnologia e é mais sensível, o que aumenta a capacidade de visualização de alterações pequenas, como microcalcificações.

Este exame realizado por **estereotaxia** permite a coleta de tecido mamário que apresentar algum tipo de suspeita de irregularidade para biópsia. Realizados 38.172 exames de mamografia.

Cintilografias: capta imagens de processos fisiológicos que ocorrem em nosso organismo. A tecnologia utilizada mostra a fisiologia de órgãos na tela do computador como um filme: em cortes tomográficos, em três dimensões, em movimento ou em tempo real. Realizados 5.634 exames.



Videolaringoscopia: utilizado para visualizar regiões da cavidade oral, orofaringe, hipofaringe e laringe, possibilitando diagnosticar ou acompanhar a evolução de doenças, como nódulos ou pólipos nas cordas vocais, além de outras condições. 3.520 exames realizados.

Densitometrias

Óssea: utilizada, principalmente, para gerar imagens da coluna lombar e do quadril, para medir a densidade óssea, ou do corpo total, para medir a composição corporal (tecido adiposo, músculo e osso). Modalidade importante



para complementar o diagnóstico de osteoporose e para avaliar o risco do paciente ter fratura osteoporótica nos próximos dez anos. Realizados 13.975 exames.



Broncoscopia: O aparelho tem uma câmera em sua extremidade que permite observar as grandes vias respiratórias (brônquios) dentro dos pulmões. O broncoscópio também permite a coleta de amostras de tecido pulmonar ou das vias aéreas para ajudar no diagnóstico e tratamento de distúrbios pulmonares. Realizados 852 exames.

Endoscopias: Exame capaz de analisar a mucosa do esôfago, estômago e duodeno (primeira parte do intestino delgado). É feita com um tubo flexível (conhecido por endoscópio), que possui um chip responsável por capturar as imagens do sistema digestivo por uma câmera. Importante para o diagnóstico de diversas doenças, como: gastrite, esofagite, tumores, sangramentos, hérnia de hiato e estágios iniciais do câncer de estômago.

O CCDTI já realizou 15.915 exames.

Colonoscopia: Exame utilizado para analisar a saúde do interior do cólon e do reto usando um colonoscópio, um tubo fino e flexível com uma luz e uma câmera na ponta. Com ele, é possível identificar lesões sugestivas de câncer colorretal, pólipos e outras condições médicas. Os usuários passam por uma pré consulta quando é realizada a anamnese e passadas as orientações sobre o preparo e realização do exame. Realizados 14.326 exames e 17.300 pré consultas.

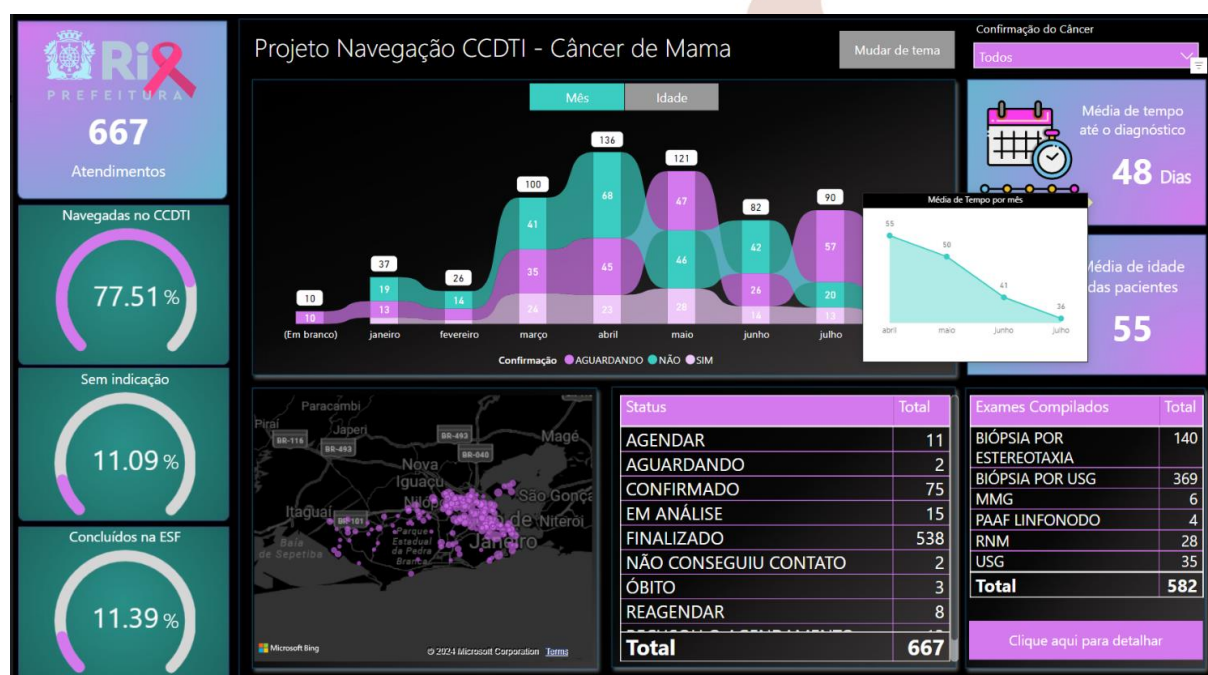
Eletroneuromiografia: É um exame utilizado para avaliar o funcionamento de nervos e músculos do organismo humano, realizado por meio de choques elétricos de baixa intensidade e agulhas, esse procedimento ajuda a investigar uma série de sintomas, incluindo dor; dormência; formigamento; fraqueza; fadiga; alteração de marcha; desequilíbrio e tremor. Foram realizados 6.537 exames.

Os resultados e laudos podem ser retirados pelo usuário diretamente no portal minhasaude.rio bem como através do QRCode e portal informados no protocolo entregue aos usuários no dia do exame.

Além dos exames descritos acima, o CCDTI realizou mais de 5.857 **biópsias** de mama, tireoide e partes moles, além de mais de 1.800 **atendimentos de emergência**.

O câncer de mama feminina é o mais incidente no Brasil e, no Rio de Janeiro, são esperados quase 5 mil novos casos até 2025.

Em abril de 2024, o CCDTI iniciou o Projeto Navegação que tem como objetivo dar celeridade ao processo de investigação diagnóstica, garantindo o seguimento dos casos de exames sugestivos de câncer de mama. Neste projeto, o profissional navegador acompanha o usuário no seu trajeto terapêutico até a confirmação diagnóstica, quando o mesmo será encaminhado ao tratamento em tempo oportuno. Este projeto é responsável por fazer com que a passagem do usuário pelo CCDTI ocorra de forma fluida e suave durante todo o cuidado, além de facilitar a integração com as demais esferas de saúde para que o acesso à assistência seja contínuo; estabelece uma relação com usuários e com unidades de referência, proporcionando a eliminação das barreiras que impeçam o efetivo acesso aos cuidados da saúde. A navegação só termina quando o usuário já está inserido no SER (Serviço Estadual de Regulação) para tratamento. Desde a implantação, em abril até agosto de 2024, o projeto realizou 667 atendimentos, sendo mais de 77% navegados pelo CCDTI. A média de tempo para diagnóstico que era de 55 dias, no início da navegação, reduziu para 36 dias no mês de julho. Foram realizadas 509 biópsias até o momento, sendo 369 guiadas por USG e 140 guiadas por estereotaxia. É importante ressaltar que o CCDTI é o único prestador da rede municipal que passou a ofertar, em abril, a biópsia guiada por estereotaxia, que antes era regulada via SER e possuía uma grande e demorada fila de espera. Até o momento foram confirmados 114 casos de câncer de mama.



Os exames realizados pelo CCDTI alcançaram, ao longo do período, resultados acima do esperado reduzindo consideravelmente a fila do SISREG. Atualmente, o CCDTI oferta agendamento de exames para a mesma semana da solicitação do médico como, por exemplo, na modalidade Raio X panorâmico. Espirometria, broncoscopia, videolaringoscopia e biópsia de tireóide e de mama são modalidades que também já ofertam agendamento para curtíssimo prazo.

O CCDTI desde o início de suas atividades mobiliza seus colaboradores com o objetivo de promover maior integração; divulgar a imagem e valores da instituição, além da conscientização de projetos sociais relevantes para a saúde, através de campanhas e eventos, tais como Dia da Mãe; Dia do Pais; “Correio do Amigo”; Outubro Rosa (câncer de mama); Novembro Azul (câncer de próstata); Dezembro Vermelho (HIV – doação sangue); Semana da Enfermagem; Semana da Segurança do Paciente e Campanha de Doação de Sangue, em parceria com o Hemorio.

Imbuído da responsabilidade com meio ambiente, o CCDTI realiza projetos de sustentabilidade tais como: Coleta de pilhas, baterias e lâmpadas LED para descarte correto; Programa Recicla Light – coleta de papel branco, papelão e vigas de aço; campanha “Ao sair, apague a luz” (economia de energia elétrica) e “Adote uma Caneca”. Cumprindo seu objetivo de reduzir o tempo de espera dos usuários que dependem do SISREG para realizar exames, o Centro Carioca de Imagem faz a diferença para a população carioca, ao oferecer qualidade no atendimento e segurança ao paciente, utilizando equipamentos e tecnologia de ponta.

4.15. RAPS 4.0, 5.1, 5.2, 5.3 e IMAS Juliano Moreira

No mês de julho de 2023, o Instituto Gnosis iniciou o gerenciamento e fortalecimento das ações e serviços de saúde aos equipamentos que compõem a Rede de Atenção Psicossocial da Secretaria Municipal de Saúde no âmbito das APS 4.0, 5.1, 5.2 e 5.3 e do IMAS Juliano Moreira, do Município do Rio de Janeiro, visando assegurar assistência universal e gratuita à população, através do SUS.

Com a gestão integral, a parceria do Instituto Gnosis visa contemplar as necessidades essenciais para o pleno funcionamento dos dispositivos e possibilitar que as estratégias de cuidado propostas pela rede RAPS se operacionalizem.

A RAPS é centrada na assistência comunitária e constituída por um conjunto integrado e articulado de diferentes pontos de atenção com ênfase na reabilitação e reinserção social de pessoas com transtornos mentais e/ou necessidades advindas do uso prejudicial de álcool e outras drogas.

Pertencentes da RAPS, Os CAPS são unidades substitutivas aos modelos hospitalocêntricos. Estabelecem-se e diferenciam-se a partir de cobertura populacional, diferentes complexidades e faixas etárias por exemplo. Assim sendo, no Município do RJ temos em funcionamento CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad.

Os CAPS atuam de portas abertas, por demanda livre, acolhendo o sujeito em sofrimento e traçando junto a ele seu Projeto Terapêutico Singular. Além disso, possuem papel de suma importância na articulação da Rede de Atenção Psicossocial. Oferecem atendimento interdisciplinar, composto por uma equipe multiprofissional que reúne médicos, assistentes sociais, psicólogos, psiquiatras, entre outros, em articulação com as demais unidades de Saúde e com unidades de outros setores (educação, assistência social, arte e cultura, etc.) quando necessário, sempre incluindo a família e a comunidade nas estratégias de cuidado, visando a integralidade do cuidado.

A Unidade de Acolhimento Adulto (UAA) é um dos pontos da Rede de Atenção Psicossocial. Tem caráter residencial transitório, tendo como objetivo oferecer acolhimento voluntário e cuidados contínuos para pessoas com transtornos mentais severos e persistentes e/ou necessidades decorrentes do uso abusivo de crack, álcool e outras drogas, em situação de extrema vulnerabilidade social e familiar e que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo.

Os CAPS assim como as Unidades de Acolhimento, os Centros de Convivência, o IMAS Juliano Moreira (Sede, Museu e Pousada), trabalham a partir do paradigma da Atenção Psicossocial, que busca a ampliação das relações significativas nos diversos contextos de vida dos usuários (família, comunidade, etc.), do repertório de habilidades (autocuidado, expressivas, laborativas, etc.) e da circulação pelos vários espaços da cidade. Com isso, busca-se substituir a lógica manicomial, trabalhando a superação do estigma relacionado ao adoecimento mental.

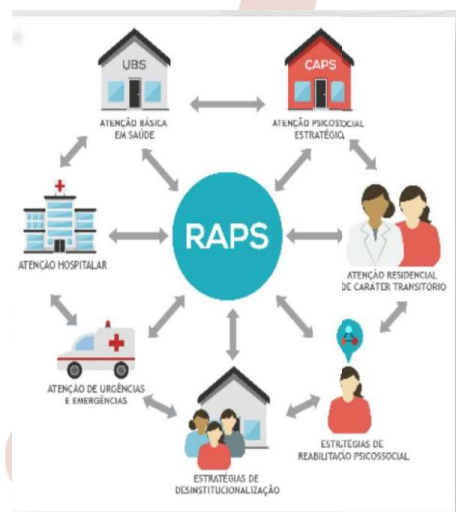
UNIDADES GERENCIADAS PELO INSTITUTO GNOSIS

CAPS III Manoel de Barros, CAPSad III Antonio Carlos Mussum, CAPS II Neusa Santos Sousa, CAPS III Profeta Gentileza, CAPSad II Julio Cezar de Carvalho, Centro de Convivência Pedra Branca, Centro de Convivência da Zona Oeste, UAA CACILDIS, Equipes

Multiprofissionais (EMSM e URS), CAPSi II 5.3, CAPS III Arthur Bispo do Rosário, CAPS III Lima Barreto, CAPSi III Eliza Santa Rosa, CAPS III Simão Bacamarte, CAPSi II Pequeno Hans, CAPS II Pedro Pellegrino e CAPSi II João de Barro, Museu Bispo do Rosário, IMAS Juliano Moreira.

Seguindo as diretrizes da RAPS, o Instituto Gnosis preconiza:

- O respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;
- A promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;
- O combate a estigmas e preconceitos; a garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;
- A atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;
- O desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos, dentre outro;



Estes componentes são substituídos por um elenco de pontos de atenção, dentre os quais se destacam os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em todas as suas modalidades: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPCAPS ad e CAPS ad II e III.

I. 2. Princípios Éticos e Comportamentais

Quanto aos princípios éticos e comportamentais que norteiam o relacionamento e a conduta do Instituto Gnosis apresentamos no ANEXO I o nosso Manual do Programa de Ética e Integridade e o Regulamento do Comitê de Ética e Integridade.

II. Política de Recursos Humanos

a) Descrição das competências dos cargos a serem contratados

Baseados no preceito do presente edital propomos para a Unidade de Pronto Atendimento 24 horas a seguinte estrutura de gestão local: Diretor Geral, as gerencias médicas, gerencia de enfermagem, gerencia administrativa, assessoria de qualidade e ouvidoria os quais são responsáveis pela gestão dos cargos motivadores das atividades de ponta, imprescindíveis ao funcionamento da Unidade. A Unidade de Saúde para exercício de suas funções garantiremos estrutura básica, instalações, equipamentos específicos e de pessoal para o seu funcionamento com qualidade.

- **Atribuições e competências dos colaboradores**

- ✓ Atribuições do Diretor Geral

- Coordenar, acompanhar e conduzir as diretrizes e objetivos da política de saúde preconizada para a Unidade;
- Na Unidade deverá Coordenar, estimular e acompanhar as ações desenvolvidas pelas Comissões Permanentes, como: Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Comissão Interna de Prevenção de Acidentes; Comissão de Revisão de Prontuários; Comissão de Ética Médica; Comissão de Análise de Óbitos; Comissão de Ética em Enfermagem; e Comissões Temporárias, objetivando a articulação e o cumprimento de seus objetivos propostos;
- Coordenar, estimular e acompanhar as ações desenvolvidas através da Diretoria Técnica e Responsáveis técnicos Assistencial, Gerencia de enfermagem e Gerência Administrativa, objetivando a eficiência e a eficácia da organização;
- Promover articulação com órgãos afins para o desenvolvimento de programas, convênios e parcerias da unidade;
- Estimular a prática profissional interdisciplinar na Unidade;

- Colaborar na humanização do atendimento da Unidade.
- ✓ Atribuições do Ouvidor
 - Realizar e promover estudos e pesquisas sobre temas relacionados às áreas de atuação da ouvidoria, em especial, para levantamento dos requisitos e do nível de satisfação dos(as) cidadãos(ãs) em relação aos serviços prestados pela ouvidoria;
 - Implementar projetos de participação e controle social dos(as) cidadãos(ãs) e entidades civis das atividades do órgão ou entidade nos processos de formulação, de acompanhamento e de avaliação das atividades e dos serviços prestados, tais como audiências e consultas públicas;
 - Promover a capacitação dos servidores do órgão em temas relacionados com as atividades da ouvidoria;
 - Propor normas e procedimentos para as atividades de ouvidoria, no âmbito do Pronto Atendimento;
 - Manifestar-se previamente sobre os atos normativos do órgão ou entidade dirigidos ao público externo.
- ✓ Atribuições do Assessor de Qualidade
 - Verificar instrumentos normativos (formulários, Instruções de Trabalho, Manuais e Protocolos);
 - Estimular a segurança aos usuários através do Gerenciamento de Riscos;
 - Fornecer subsídios técnicos na avaliação de questões da Gestão da Qualidade relativas a temas técnicos de saúde;
 - Contribuir na avaliação das ocorrências (não conformidades, eventos sentinela, reclamações, sugestões, elogios e outros);
 - Auxiliar e acompanhar na adesão dos planos terapêuticos;
 - Auxiliar e acompanhar na adesão dos protocolos;

- Gerenciar a auditoria clínica;
- Participar de comissões do hospital/unidade.

- ✓ Atribuições do Gerente Técnico- Médico
 - Planejar, organizar, coordenar e dirigir as atividades da Unidade de Pronto Atendimento, a fim de que o UPA atinja a sua finalidade, ministrando um atendimento eficiente a todos os usuários;
 - Controlar as atividades desenvolvidas por todos os profissionais atuantes na UPA, participando ativamente do credenciamento médico junto a Direção Técnica;
 - Estabelecer rotinas para o bom funcionamento da UPA e eficiência operacional, administrativa e financeira;
 - Supervisionar o desempenho das questões burocráticas e administrativas das da Unidade;
 - Controlar quadro de servidores lotados na Unidade;
 - Elaborar relatórios técnicos e emitir pareceres em assuntos de natureza assistencial e administrativa;
 - Avaliar e acompanhar os indicadores e metas contratuais.

- ✓ Atribuições do Médico Rotina
 - Prestar assistência médica a todos os pacientes internados na Unidade;
 - Colaborar com o plantonista na realização da evolução dos pacientes internados na unidade durante seu turno de trabalho;
 - Prestar assistência aos pacientes nas intercorrências durante seu período de trabalho;
 - Coordenar as visitas médicas e multidisciplinares que acontecem durante seu turno de trabalho, discutir com o coordenador da unidade, plantonista e o médico assistente sobre as condutas a serem realizadas nos pacientes;

- Garantir o adequado preenchimento do prontuário do paciente, também registrando todos os procedimentos realizados e todas as decisões tomadas;
 - Cumprir com seu turno de trabalho conforme acerto prévio com a Coordenação da Unidade;
 - Colaborar junto a Direção técnica na realização de suas funções;
 - Constituir as Comissões e Núcleos de forma representativa;
 - Prestar assistência segura, humanizada e individualizada aos pacientes críticos;
 - Realizar demais atividades inerentes ao cargo, desde que delegado pelo coordenador médico;
 - Normatizar, estabelecer ordens e métodos de trabalho, normas ou rotinas, diretrizes e organização do serviço.
- ✓ Atribuições do Médico Plantonista
- Prestar atendimento na Unidade a pacientes na Unidades;
 - Integrar a equipe multiprofissional de trabalho, respeitando e colaborando no aperfeiçoamento de normas e procedimentos operacionais;
 - Contatar a Central de Regulação para colaborar com a organização e regulação do sistema de atenção a urgências;
 - Participar das reuniões necessárias ao desenvolvimento técnico-científico na área de urgência e emergência;
 - Promover incremento na qualidade do atendimento médico, melhorando a relação médico-paciente e observando preceitos éticos no decorrer da execução de suas atividades de trabalho;
 - Prestar assistência segura, humanizada e individualizada aos pacientes;
 - Realizar demais atividades inerentes ao cargo.
- ✓ Atribuições da Gerência de Enfermagem

- Cumprir e fazer cumprir o regimento da Unidade e as determinações da Direção Geral da unidade;
- Planejar, gerenciar, estimular, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas pela equipe de enfermagem;
- Notificar, em caráter reservado, eventuais suspeitas envolvendo produtos de uso na Unidade nas áreas de Farmacovigilância, Tecnovigilância e Hemovigilância ao Projeto Sentinela;
- Colaborar com a fiscalização do Conselho Regional de Enfermagem - COREN, sempre que solicitado e, no encaminhamento do pessoal notificado para regularização junto a este Órgão;
- Desenvolver programas de assistência integral e contínua aos pacientes e de orientação e atualização de conhecimento à sua equipe;
- Organizar o serviço de enfermagem de acordo com a especificidade da Unidade;
- Estimular a prática profissional interdisciplinar na Unidade;
- Manter contato com a Direção Geral da Unidade objetivando a eficiência administrativa dos serviços assistenciais;
- Colaborar na humanização do atendimento da unidade;
- Conhecer e divulgar para sua equipe o Código de Ética do profissional de enfermagem;
- Atender sempre às convocações do COREN, no prazo determinado;
- Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- Fazer reuniões periódicas com toda a sua equipe;
- Notificar e comunicar a ocorrência das doenças ou agravos à saúde que compõem a lista de notificação compulsória suspeita ou confirmada para a Secretaria Municipal de Saúde/Núcleo de Vigilância Epidemiológica;
- Fazer cumprir as normas do Conselho Federal e Regional de Enfermagem.

✓ **Atribuição do Enfermeiro Rotina**

- Organizar prontuários com registros das observações, tratamentos executados e ocorrências verificadas em relação ao paciente.
- Participar da prevenção, do controle sistemático da infecção hospitalar e de doenças transmissíveis em geral.
- Atuar quando da ocorrência do óbito, executando e orientando os procedimentos necessários, bem como prestando apoio aos familiares;
- Verificar o funcionamento de aparelhos utilizados na área de enfermagem, solicitando reparos e/ ou substituições;
- Participar das medidas de biossegurança, realizando treinamentos em procedimentos que venham assegurar e minimizar os acidentes de trabalho;
- Assegurar condições adequadas de limpeza, preparo, esterilização e manuseio de materiais no âmbito da unidade;
- Apoiar as atividades de pesquisa e extensão;
- Zelar pela segurança individual e coletiva, utilizando equipamentos de proteção apropriados, quando da execução dos serviços;
- Zelar pela guarda, conservação, manutenção e limpeza dos equipamentos, instrumentos e materiais utilizados, bem como do local de trabalho;
- Manter-se atualizado em relação às tendências e inovações tecnológicas de sua área de atuação e das necessidades do setor;
- Prestar assistência segura, humanizada e individualizada aos pacientes críticos;
- Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

✓ **Atribuições do Enfermeiro Plantonista**

- Planejar, organizar, coordenar, supervisionar, executar e avaliar todas as atividades de enfermagem em pacientes adultos criticamente enfermos;

- Desenvolver as atividades assistenciais e propor alternativas de transformação na realidade gerencial e do cuidado ao paciente criticamente enfermo e/ou em situação de risco de morte;
 - Executar as funções pertinentes à sua profissão que possa identificar intercorrências e tomar decisões imediatas sobre o atendimento do paciente crítico;
 - Prestar assistência segura, humanizada e individualizada aos pacientes críticos;
 - Realizar as atribuições de Enfermeiro e demais atividades inerentes ao cargo.
- ✓ Atribuições do Técnico em Enfermagem
- Assistir ao Enfermeiro no planejamento, programação e orientação das atividades de enfermagem, na prestação de cuidados diretos de enfermagem em estado grave, na prevenção e no controle sistemático da infecção hospitalar, na prevenção e controle de danos físicos que possam ser causados a pacientes durante a assistência de saúde;
 - Executar atividades de assistência de enfermagem na saúde do paciente crítico, excetuadas as privativas do Enfermeiro;
 - Executar atividades de desinfecção e esterilização;
 - Organizar o ambiente de trabalho e dar continuidade aos plantões;
 - Trabalhar em conformidade às boas práticas, normas e procedimentos de biossegurança;
 - Prestar assistência segura, humanizada e individualizada aos pacientes críticos;
 - Realizar demais atividades inerentes ao cargo.
- ✓ Atribuições do Técnico de Enfermagem
- Executar a limpeza, desinfecção e esterilização de materiais e equipamentos;
 - Colaborar com a avaliação da qualidade dos instrumentos e equipamentos;
 - Auxiliar na conservação e no controle do patrimônio da unidade;

- Colaborar com os cuidados de higiene e conforto;
 - Colaborar com os cuidados no transporte de paciente;
 - Verificar e zelar pelo posicionamento de drenos, cânulas e vias de acesso no cliente;
 - Registrar os cuidados realizados;
 - Participar de programa de educação permanente, contemplando, no mínimo: normas e rotinas técnicas desenvolvidas no serviço; incorporação de novas tecnologias;
 - Gerenciamento dos riscos inerentes às atividades desenvolvidas na unidade e segurança de pacientes e profissionais;
 - Prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde;
 - Prestar assistência segura, humanizada e individualizada aos pacientes críticos;
 - Auxiliar na elaboração de escala de tarefas;
 - Auxiliar no controle e no uso racional de roupas, materiais utilizados pela enfermagem e pela equipe multiprofissional;
 - Seguir as normas de biossegurança;
 - Executar ações de assistência de enfermagem ao paciente crítico de forma segura, humanizada e individualizada;
 - Realizar demais atividades inerentes ao cargo.
- ✓ Atribuições do Técnico de segurança do trabalho
- Desenvolver ações educativas sobre saúde e segurança no trabalho;
 - Participar de fiscalizações e perícias;
 - Prevenir e ajudar no controle de doenças e acidentes de trabalho
- ✓ Atribuições dos Responsáveis Técnicos Assistenciais

- Fiscalizar técnica e eticamente na instituição dos profissionais sob a sua responsabilidade, devendo orientá-los, por escrito, inclusive sobre as técnicas e rotinas utilizadas na instituição;
 - Primar pela fiel aplicação deste Código de ética da sua categoria profissional em que trabalha;
 - Formular relatórios, pareceres técnicos, rotinas e procedimentos;
 - Realizar demais atividades inerentes ao cargo.
- ✓ Atribuições do Assistente Social
- Planejar soluções, organizar e intervir em questões relacionadas à saúde e manifestações sociais do trabalhador e do paciente crítico, para elaboração, implementação e monitoramento do Serviço Social, com foco na promoção da saúde;
 - Contribuir e participar nas ações de Saúde Ocupacional;
 - Realizar acompanhamento psicossocial de pacientes;
 - Prestar serviços sociais orientando pacientes, acompanhantes, famílias, sobre direitos, deveres, serviços e recursos sociais;
 - Formular relatórios, pareceres técnicos, rotinas e procedimentos;
 - Prestar assistência segura, humanizada e individualizada aos pacientes críticos;
 - Realizar demais atividades inerentes ao cargo.
- ✓ Atribuições do Farmacêutico
- Participar da elaboração, coordenação e implementação de políticas de medicamentos;
 - Orientar sobre uso de produtos e prestar serviços farmacêuticos;
 - Realizar pesquisa sobre os efeitos de medicamentos e outras substâncias sobre órgãos, tecidos e funções vitais dos seres humanos;

- Realizar controle e garantia de qualidade, fracionamento, armazenamento, distribuição e dispensação de rádio fármacos;
 - Prestar assistência segura, humanizada e individualizada aos pacientes críticos;
 - Responsabilizar-se pelo recebimento, estocagem e distribuição de medicamentos, seguro e eficiente, capaz de suprir as unidades de assistência com os medicamentos prescritos pelo corpo clínico da unidade;
 - Assessorar o corpo clínico com relação aos aspectos farmacológicos dos medicamentos;
 - Solicitar em tempo hábil ao setor de logística a aquisição de medicamentos através de pedidos, para que atinjam limites de reposição do estoque, em data pré-estabelecida, sendo o mesmo também encaminhado a chefia imediata;
 - Estabelecer um sistema de recebimento, estocagem e distribuição de medicamentos, seguro e eficiente, capaz de suprir as unidades de assistência com os medicamentos prescritos pelo corpo clínico da unidade;
 - Exercer de forma efetiva o gerenciamento do estoque de medicamentos e produtos afins, mantendo registro de consumo, perda e extravio de medicamentos;
 - Controlar a movimentação de medicamentos e correlatos, e em especial, dos entorpecentes e psicotrópicos;
 - Controlar as receitas formuladas pelo corpo clínico da unidade;
 - Colaborar em pesquisas de assuntos farmacêuticos;
 - Assessorar no controle de qualidade dos produtos químicos adquiridos para utilização na unidade;
 - Participar do inventário periódico;
 - Realizar demais atividades inerentes ao cargo.
- ✓ Atribuições do auxiliar de Farmácia
- Realizar operações farmacotécnicas;

- Conferir fórmulas;
 - Efetuar manutenção de rotina em equipamentos, utensílios de laboratório e rótulos das matérias primas;
 - Controlar estoques, condições de armazenamento e prazos de validade;
 - Realizar testes de qualidade de matérias primas, equipamentos e ambiente;
 - Trabalhar de acordo com as boas práticas de manipulação e dispensação;
 - Documentar atividades e procedimentos da farmácia;
 - Seguir procedimentos operacionais padrões;
 - Realizar demais atividades.
- ✓ Atribuições do Fisioterapeuta
- Realizar consulta fisioterapêutica, anamnese;
 - Solicitar e realizar interconsulta e encaminhamentos;
 - Realizar ações de prevenção, promoção, proteção, educação, intervenção, recuperação, habilitação e reabilitação do paciente em observação na UPA, utilizando protocolos e procedimentos específicos de fisioterapia;
 - Realizar avaliação física e cinésio funcional específica;
 - Realizar avaliação e monitoramento da via aérea natural e artificial; planejar e executar medidas de prevenção e redução de risco.
- ✓ Atribuições Técnico de Laboratório
- Coletar, receber e distribuir material biológico de pacientes e preparar amostras do material biológico;
 - Preparar, instalar, manipular, controlar, armazenar materiais e equipamentos próprios de laboratórios ou consultórios, bem como conhecer e manipular reagentes, solventes, equipamentos, ferramentas e instrumentos manuais, mecânicos, elétricos e eletrônicos, necessários para o desenvolvimento do trabalho;

- Realizar exames conforme protocolo, operar equipamentos analíticos e de suporte, executando, checando, calibrando e realizando a manutenção corretiva dos equipamentos;
 - Atender a paciente;
 - Identificar o material biológico da paciente;
 - Triar o material biológico;
 - Confrontar material biológico com o pedido;
 - Confeccionar lâminas (esfregaço);
 - Corar lâminas;
 - Centrifugar amostras;
 - Executar manutenção preventiva do equipamento;
 - Dosar volumetria de reagentes e soluções para exames;
 - Organizar o fluxograma de trabalho;
 - Gerenciar estoque de insumos;
 - Armazenar as amostras;
 - Elaborar dados estatísticos;
 - Seguir procedimentos e protocolos em caso de acidente;
 - Aplicar normas complementares de biossegurança;
 - Descartar resíduos químicos e biológicos;
 - Precaver-se contra efeitos adversos dos produtos;
 - Desinfetar instrumental e equipamentos;
 - Esterilizar instrumentos;
 - Elaborar gráficos de qualidade;
 - Transcrever resultados observados.
-
- ✓ Atribuições Técnico de Raio X
 - Operacionalizar os equipamentos de raio X da unidade dentro das normas pré-estabelecidas a fim da obtenção dos exames radiológicos;

- Efetuar a revelação e processamento dos exames de raio X;
 - Zelar pela conservação dos equipamentos e insumos de raio X;
 - Efetuar o controle de consumo e reposição dos itens necessários para realização do exame de raio X;
 - Obedecer aos protocolos clínicos estabelecidos;
 - Utilizar e zelar pelos EPI's específicos para a profissão e demais atividades correlatas.
- ✓ Atribuições da Gerência Administrativa
- Cumprir e fazer cumprir o regimento da Unidade e as determinações da Direção Geral da Unidade;
 - Planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas através dos responsáveis/ coordenadores setoriais: coordenação de suprimento e Administrativas, Gestão de Pessoas (Departamento Pessoal e Recurso Humanos), Serviços Gerais, Lavanderia e Rouparia, Compras, Almoxarifado e Patrimônio, Coordenação Financeira (Contabilidade, Tesouraria e Faturamento), comissão de Licitação, Manutenção de Equipamentos e Transporte, Manutenção Predial, Tecnologia da Informação, dentre outras que porventura se fizer necessária;
 - Examinar solicitações e sugestões da área administrativa e adotar as providências que julgar necessárias;
 - Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
 - Proporcionar ao Serviço de Apuração de Custos, através do registro das atividades, condições de coletar dados para fins de estatística e levantamento de custos e de indicadores gerenciais;
 - Manter contato com a Direção Geral da Unidade objetivando a eficiência administrativa dos serviços na Unidade;

- Estudar e propor medidas que visem a melhoria administrativa dos serviços na Unidade;
 - Fazer reuniões periódicas com toda a sua equipe, registrando em livro ata as atividades técnicas e administrativas de sua área;
 - Estimular a prática profissional interdisciplinar na unidade;
 - Colaborar na humanização do atendimento na Unidade.
- ✓ Atribuições Assistente administrativo
- Manter diariamente atualizado os relatórios de origens dos usuários, procedimentos da unidade, atendimentos por CID e atendimentos por especialidade;
 - Responsabilizar-se pelo arquivo de toda documentação médica;
 - Recolher e separar o excesso de documentos das salas (prescrições, exames e livros) arquivando-os em caixa própria em lugar específico;
 - Responsabilizar-se pelos achados e perdidos e armazená-los em local apropriado;
 - Anotar e comunicar à Coordenação Administrativa qualquer intercorrência na Unidade (Problemas com atendimento, conflitos, falta de materiais, etc.);
 - Acionar empresa de manutenção dos equipamentos em caso de necessidade de reparo, posicionando a Coordenação Administrativa;
 - Manter um controle rígido sobre as ferramentas e dispositivos adequados para a atividade corretiva e preventiva da infraestrutura da unidade;
 - Elaborar relação de todas as peças e insumos necessários para garantir a reposição dos mesmos quando necessário, seja por manutenção corretiva ou preventiva;
 - Elaborar "Autorização de Saída" para manutenção ou empréstimo de bens permanentes, como também controlar e registrar a sua devolução;

- Manter em condições de uso todo o material de consumo e permanente, necessários às atividades administrativas;
 - Assessorar a Coordenação administrativa em todas as atividades sob sua responsabilidade.
- ✓ Atribuições do Assistente de Compras
- Analisar relatórios de cobrança de serviços prestados (intercâmbio), e verificar os valores cobrados; as Glosas de auditoria médica e de enfermagem; Alterar no sistema as diferenças e/ou divergências encontradas; Digitar relatório técnico e de auditoria; Imprimir relatório, anexar contas/documentos e passar para impressão;
 - Receber as informações e passar para o auditor;
 - Imprimir relatório de procedimentos e conferir de acordo com as tabelas do SUS;
 - Conferir todos os documentos digitados ou importados com o relatório de pagamento, e encaminhar para coordenador;
 - Conferir relatórios de faturamento no fim de cada mês;
 - Verificar as cobranças junto ao relatório de utilização e as guias o que estão sendo pagas e cobradas de acordo com as tabelas do Rol de procedimentos;
 - Verificar contas auditadas se nas mesmas consta alguma cobrança incorreta, e fazer as devidas alterações;
 - Fazer as alterações devidas, digitar relatórios de glosas, digitar guias que não entraram no relatório, e ao final a cobrança das Unimed s de intercâmbio que foram realizados fora do local de abrangência;
 - Conferir e corrigir documentos importados e digitados, comparando o original com o eletrônico;
 - Verificar e avaliar as contas médicas de acordo com o Manual de Faturamento e devolver as que contiverem erros;

- Auxiliar na conferência e correção de relatórios para realizar o pagamento para os prestadores.

- ✓ **Atribuições do Auxiliar Administrativo**
 - Executar ações e tarefas de apoio administrativo, relativas à gestão de pessoas, suprimentos, comunicação administrativa, reprografia, patrimônio, jurídico e demais serviços de apoio administrativo;
 - Preencher documentos, preparar relatórios, formulários, planilhas e prontuário;
 - Acompanhar processos administrativos, cumprindo todos os procedimentos necessários referentes aos mesmos;
 - Atender clientes, usuários e fornecedores;
 - Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

- ✓ **Atribuições do Auxiliar de Farmácia**
 - Realizar operações farmacotécnicas;
 - Conferir fórmulas;
 - Efetuar manutenção de rotina em equipamentos, utensílios de laboratório e rótulos das matérias primas;
 - Controlar estoques, condições de armazenamento e prazos de validade;
 - Realizar testes de qualidade de matérias primas, equipamentos e ambiente;
 - Trabalhar de acordo com as boas práticas de manipulação e dispensação;
 - Documentar atividades e procedimentos da manipulação farmacêutica;
 - Seguir procedimentos operacionais padrões;
 - Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

- ✓ **Atribuições do Auxiliar de Almoxarifado**
 - Auxiliar o almoxarife no recebimento e na entrega de materiais;

- Conferir notas fiscais de acordo com a entrega ou serviço;
- Realizar o apontamento de notas fiscais recebidas no sistema;
- Organizar e armazenar os produtos de modo que atenda aos pré-requisitos das normas e procedimentos de segurança e qualidade;
- Auxiliar no controle e abastecimento de materiais - contagem de estoque, solicitação de reposição;
 - Responsável pela limpeza e organização do almoxarifado.
- ✓ Atribuições do Assistente administrativo de RH
 - Administrar o quadro de colaboradores no sentido de conhecer cada funcionário e sua respectiva função, além de certificar-se de que todos cumpram suas obrigações;
 - Garantir que todos os colaboradores tenham seus direitos trabalhistas observados, inclusive quanto ao recebimento de salário, benefícios, férias, etc;
 - Ajudar a definir os cargos que a Unidade de Pronto Atendimento precisa ter em seu quadro para funcionar bem, além do salário mais adequado para cada função;
 - Criar e implantar programas de capacitação para os colaboradores antigos e de treinamento para novos funcionários, instruindo também sobre a cultura da Unidade;
 - Promover processos de seleção e recrutamento para a contratação de novos talentos com entrevistas, aplicação de testes e avaliação psicológica;
 - Implementar iniciativas de desenvolvimento pessoal e planos de carreira para motivar os colaboradores a darem o melhor de si e crescerem dentro da empresa;
 - Analisar o desempenho de cada colaborador em suas respectivas áreas de atuação para propor ações que minimizem os erros e melhorem os resultados;
 - Acompanhar todo o processo de desligamento dos funcionários demitidos.

✓ Atribuições do Auxiliar de RH

- Realizar atividades relacionadas ao processo seletivo de novos colaboradores;
- Cadastrar os dados dos novos funcionários nos sistemas de gestão do Pronto Atendimento;
- Manter os dados de todos os colaboradores atualizados nos sistemas;
- Monitorar a jornada de trabalho dos funcionários;
- Ajudar a controlar a frequência dos colaboradores;
- Contribuir com o planejamento e criação de programas de capacitação e treinamento;
- Auxiliar a identificar e resolver conflitos internos;
- Fazer a gestão de ponto;
- Ajudar os gestores a implementarem avaliações de produtividade e desempenho;
- Responder dúvidas e solicitações dos colaboradores acerca dos processos do RH;
- Ajudar a organizar e gerenciar escalas de trabalho.

✓ Atribuições Maqueiro

- Permanecer próximo ao registro dos usuários para possíveis acompanhamentos de usuários aos consultórios e ou salas;
- Conduzir o usuário dentro das normas de segurança (devidamente sentado e ou deitado), sob a supervisão de um profissional de enfermagem;
- Atender ao chamado para conduzir o usuário a exames, alta, óbito, salas e ou consultórios de acordo com a necessidade vislumbrada pela enfermagem.

✓ Atribuições do Recepcionista

- Acolher e atender usuários e acompanhantes nos serviços de saúde.

- Organizar e contribuir na elaboração e operacionalização de procedimentos de recepção em serviços de saúde.
- Fazer registros e agendamento no serviço e procedimentos de saúde.
- ✓ **Atribuições do Porteiro/ Agente de portaria**
 - Responsabilizar-se pela entrada e saída de pessoas na Unidade;
 - Conhecer as normas de segurança da Unidade;
 - Realizar rondas na Unidade;
 - Conferir se todos os portões e portas estão devidamente fechados;
 - Repassar e cumprir o solicitado pela Coordenação.
 - Conferir permanentemente o crachá de identificação com o seu portador, para verificar a compatibilidade dele com o local que está sendo visitado;
 - Fazer rondas ostensivas durante o horário de visitas, com o objetivo de evitar tumultos e/ ou circulação de visitantes em locais não autorizados a eles;
 - Permitir somente a entrada de visitantes / acompanhantes nas dependências da Unidade devidamente identificados com o crachá adequado ou local da visita e de acordo com a portaria correspondente;
 - Indicar a localização das dependências da Unidade a quem necessitar;
 - Controlar a saída dos visitantes, recolhendo os respectivos crachás, os quais deverão ser devolvidos à recepção;
 - Verificar, na saída, se algum visitante não porta o crachá. Neste caso, buscar o motivo da não utilização do crachá e, em casos suspeitos, chamar a polícia;
 - Não permitir a saída de equipamento ou material da Unidade, a menos que haja autorização expressa para tal.

b) Boas Práticas de Gestão da Folha de Pagamento

A gestão da folha de pagamento nada mais é do que um documento que apresenta todas as atividades que dizem respeito às leis trabalhistas de cada colaborador, produzindo uma

lista com todas as remunerações enumeradas de cada um. Nesta lista é possível localizar todos os valores referentes a remuneração de um funcionário, são elas: valor do salário bruto, valor do salário líquido e os valores de todos os descontos referentes a obrigações trabalhistas.

Com o propósito de organizar e fazer o registro dos valores referentes as remunerações dos colaboradores, a importância de uma boa gestão da folha de pagamento é imprescindível, além é claro de sua importância operacional. A folha de pagamento funciona, perante o Governo Federal, como um comprovante de arrecadação de verbas trabalhistas e como um instrumento importante para fiscalizar as irregularidades. Para a empresa, a gestão da folha é fundamental para levantar os dados e controlar o negócio financeiramente, ajudando ainda a organizar os fluxos de pagamento.

Desta forma, resolvemos enumerar algumas ações importantes para a melhoria do processo de gestão da folha de pagamento:

- Planejar todos os pagamentos com as datas de fechamento da folha já definidas;
- Estar atento aos valores de 13º e rescisão;
- Estar atento também as mudanças que acontecem na legislação trabalhista;
- Ter um programa estruturado e definido de cargos e salários;
- Ter um controle com auxílio do ponto de presença;
- Investir em uma tecnologia que possua, principalmente, o backup de todos os dados da empresa.
-

c) Proposta de incentivos financeiros e outros mecanismos, com base na avaliação de desempenho

Ao acreditar no produto, pessoas e processos, a gestão do Instituto GNOSIS adota a política humanizada, apostando no potencial de cada colaborador fortalecendo laços entre os colaboradores, o cliente e os objetivos do Instituto.

Equipes multiprofissional com objetivos de melhoria contínua efetuam a construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção dos serviços prestados pelo Instituto.

A co-responsabilidade do funcionário nos processos de gestão e relações de trabalho cria uma educação permanente e desenvolve uma cultura que tende a aprimorar o relacionamento interpessoal, tanto de diretores, como gerentes e profissionais de áreas técnicas.

Ações como encontros temáticos com colaboradores das diversas áreas ampliam o diálogo entre as partes envolvidas no processo e promove a gestão participativa, estimulando práticas resolutivas, racionalizando e adequando o uso das ferramentas disponíveis, respeitando a privacidade e promovendo a ambiência acolhedora e confortável.

Todas as ações norteadoras da gestão são registradas em Procedimento Operacionais padrão e no regulamento Interno da contratação e pessoal.

A gestão aplicada na Unidade, será a mesma praticada pelo Instituto GNOSIS, que de forma Humanizada identificará os profissionais capacitados para atuar na unidade.

Para seleção, poderá o Instituto GNOSIS utilizar dos processos constantes do Artigo 10 do Regulamento Interno para Contratação de Pessoal, sempre em parceria com a SMS/CF.

Destacamos a seguir a proposta do Instituto Gnosis para incentivo aos colaboradores previsto no nosso Plano de Administração de Pessoas.

Progressão de carreira, estratégia de remuneração e enquadramento funcional

A progressão dentro do Instituto prevê critérios de movimentação que permitem aos empregados o crescimento na carreira, em termos salariais (horizontal) e de maturidade (vertical), conforme definição abaixo:

- **Movimentação Horizontal:** Evolução do salário do empregado dentro de uma mesma faixa salarial por motivo de merecimento, decorrente de seu destacado desempenho na Avaliação Anual de Desempenho, cancelado pelo artigo 461 § 3 da CLT. Registra-se que não será objeto para progressão de carreira o critério de antiguidade.

Os aumentos salariais por mérito ocorrerão em função de verba disponível, prevista em orçamento. Para tanto, a Diretoria, anualmente, em função da situação financeira do

Instituto deverá definir um percentual do orçamento a ser utilizado para a concessão dos aumentos por mérito. São elegíveis para receber aumento por mérito os colaboradores ativos que:

1. Estejam no cargo atual no mínimo há dois anos;
2. Não estejam no último step da faixa salarial do cargo;
3. Apresentem desempenho superior ao exigido pelo cargo na última Avaliação de Desempenho efetuada;
4. Não possuam mais do que cinco faltas injustificadas, nos últimos 12 meses.
5. Não tenham recebido medidas disciplinares, nos últimos 12 meses.
6. Os empregados contemplados com aumento por mérito receberão aumento salarial, correspondente a um step acima dentro da faixa do cargo a que pertencem.

• **Movimentação Vertical:** Evolução do salário do empregado de um grupo para outro de maior valor, por decorrência de sua promoção, ou seja, passagem de um cargo para outro de maior exigência de qualificação profissional.

A promoção ocorre toda vez que um empregado assumir um cargo cuja classificação na estrutura salarial seja acima da atual. São elegíveis à promoção todos os colaboradores ativos que preencham os pré-requisitos para o cargo e que:

1. Possuir no mínimo um ano de Instituto;
2. Possuir no mínimo seis meses no cargo atual;
3. Apresentar desempenho adequado ou superior ao cargo, apurado através de Avaliação de Desempenho;
4. Não possuam mais do que cinco faltas injustificadas, nos últimos 12 meses.
5. Não ter recebido medidas disciplinares, nos últimos 12 meses.

Deverá ocupar a vaga o colaborador mais bem classificado no Processo Seletivo Interno.

As repercussões financeiras decorrentes da progressão horizontal ou vertical serão concedidas no mês subsequente ao término do processo de Avaliação Anual de Desempenho e enquadramento no PCCS.

Os recursos destinados à progressão horizontal e vertical para a carreira estarão limitados 1% na folha salarial anual.

1.1. Sistema de Remuneração

O sistema de remuneração do Instituto GNOSIS será composto por:

- Salário base: corresponde ao salário fundamental, sem o acréscimo de importâncias fixas ou variáveis com as quais se completa a remuneração global dos empregados, valor definido no contrato;
- Remuneração: representa o somatório dos valores correspondente ao nível salarial, acrescido dos adicionais e vantagens recebidas pelo empregado.

1.1.1. Estrutura Salarial e Enquadramento Funcional

A partir dos resultados obtidos na pesquisa de salários, serão definidos os valores dos níveis salariais iniciais e finais de cada classe, respeitando-se o intervalo de step (percentual aplicado entre os níveis salariais, classes e grupo ocupacional da tabela salarial), estabelecido estatisticamente por meio da referida pesquisa de mercado. O enquadramento funcional do empregado do Instituto no presente Plano se dará no nível inicial da carreira.

1.2. Critérios de administração do PCCs e suas atualizações

A estrutura de cargos e salários deverá ser atualizada periodicamente a fim de mantê-la alinhada com as práticas de mercado e garantir o seu equilíbrio interno. Essa atualização se dará por meio de instrumentos técnicos específicos (descrição, análise e avaliação), adequando-os às suas respectivas carreiras.

A partir das descrições dos cargos, devem ser efetuadas pesquisas salariais periódicas, cujos resultados, depois de comparados qualitativa e estatisticamente, servirão de base para orientar o estabelecimento dos novos valores dos níveis salariais.

A criação de novos cargos ou funções pode ser decorrente do desenvolvimento tecnológico ou da necessidade de ampliação de serviços dos contratos gerenciados pelo Instituto GNOSIS, bem como por demandas da própria estrutura gerencial de sua sede.

As pesquisas salariais serão orientadas pela Diretoria de GPP, preferencialmente a cada dois anos, podendo ser realizadas pelo próprio Instituto ou por serviços de consultoria especializada, tendo como objetivo confrontar os procedimentos internos com os do mercado e manter atualizadas as práticas de remuneração e benefícios.

A tabela salarial deverá ser atualizada em função da legislação vigente (Convenção, Acordo Coletivo de Trabalho, dentre outras) e para antecipações ou ajustes das referências salariais, com base em pesquisas de mercado. As alterações salariais convencionadas entre o Instituto e o Sindicato representativo dos empregados deverão ser implementadas e o índice aplicado na correção da tabela salarial. Deve-se evitar a aplicação de índices escalonados, visando à manutenção da coerência das tabelas salariais. As antecipações espontâneas constituem-se por alterações salariais concedidas por liberalidade do Instituto GNOSIS, sendo passíveis de compensação quando da aplicação do Acordo/Dissídio Coletivo ou quaisquer medidas governamentais.

Será definido posteriormente o Sindicato que representará os empregados do Instituto GNOSIS para quaisquer negociações relativas a este Plano.

1.3. Revisão do Plano de Cargos e Salários

Fica estabelecido que, a cada dois anos, haverá uma revisão da estrutura de cargos, ou sempre que houver necessidade de ajustes, a fim de adequá-las às mudanças tecnológicas e de mercado.

1.4. Gratificação por desempenho e especialização

Especialização

Especialidade para médico: para ter direito a gratificação de 20% sobre o salário base, o médico deve ser especialista, com seu certificado de especialista devidamente registrado no Conselho Federal de Medicina por meio de um de seus Conselhos Regionais (CRM) através da obtenção do RQE (Registro de Qualificação de Especialista).

Especialidade para não médico: para ter direito a gratificação de 20% sobre o salário base, o profissional deve possuir "Residência". Portanto, não está autorizada a possibilidade de remuneração para especialização que não seja residência uniprofissional e multiprofissional.

Mestrado: para ter direito a gratificação de 10% sobre o salário base, o profissional deve possuir Mestrado em áreas da Saúde. A comprovação deve ocorrer com apresentação do certificado de conclusão (original) emitido por instituição com curso reconhecido pelo MEC.

Doutorado em Saúde: para ter direito a gratificação de 10% sobre o salário base, o profissional Doutorado nas áreas da saúde. A comprovação deve ocorrer com apresentação do certificado de conclusão (original) emitido por instituição com curso reconhecido pelo MEC.

Responsabilidade Técnica

CREMERJ: para ter direito a gratificação de 20% sobre o salário base, o profissional de medicina da equipe deve assumir, com registro no Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro - CREMERJ, o cargo de Diretor Técnico da unidade de Atenção Primária (UAP).

COREN-RJ: para ter direito a gratificação de 20% sobre o salário base, o profissional de enfermagem da equipe de Saúde da Família deve assumir, com registro no Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro - COREN-RJ, o cargo de Responsável Técnico de Enfermagem da unidade.

Preceptoría do Programa de Residência

Medicina: para ter direito a gratificação de 10% sobre o salário base, o profissional de medicina deve assumir a responsabilidade de preceptoría de 2 (dois) a 4 (quatro) residentes de medicina.

Enfermagem: para ter direito a gratificação de 10% sobre o salário base, o profissional de enfermagem deve assumir a responsabilidade de preceptoría de 2 (dois) a 4 (quatro) residentes de enfermagem.

Longitudinalidade Médica

Para ter direito a gratificação de 10% sobre o salário base, o profissional de medicina deve possuir vínculo de 5 (cinco) anos completos com a mesma Unidade, com registro na plataforma de cadastro nacional de estabelecimento de saúde (CNES).

Desempenho

As avaliações de desempenho individual e institucional serão utilizadas como instrumento de gestão, com vistas a subsidiar a política de gestão de pessoas e o desenvolvimento organizacional.

Para os fins de pagamento de Gratificação por Desempenho serão considerados:

1. Avaliação de desempenho institucional: aferição do alcance das metas institucionais, considerados os projetos e atividades prioritárias, e as características específicas das atividades do Serviço;

2. Avaliação de desempenho individual: aferição do desempenho do servidor no exercício das atribuições do cargo, consideradas as tarefas e atividades a ele atribuídas para o alcance dos objetivos organizacionais;

Ciclo de avaliação: período de doze meses para realização da avaliação de desempenho individual e institucional.

O Pagamento de Gratificação por Desempenho individual limitar-se-á 3% do salário base da categoria, condicionado ao resultado da Avaliação de Desempenho Funcional Individual.

O Pagamento de Gratificação por Desempenho Institucional limitar-se-á 2% do salário base da categoria, condicionado ao resultado do cumprimento global das metas do Contrato de Gestão.

**d) Apresentação do Plano de cargos e salários praticado pela
instituição por meio de link de acesso para verificação**

Apresentamos nosso Plano de Cargos e Salários disponível no link

https://www.institutognosis.org.br/files/ugd/71050c_21a9b6d0ff944a33b969cf38f6536faa.pdf

e) Acesso público a prestação de contas (Print e link)

Apresentamos abaixo “print de tela” e link para verificação das prestações de contas



<https://www.institutognosis.org.br/prestacaodecontas>

CONHECIMENTO DO PROBLEMA:

- a) Conhecimento sobre as políticas setoriais constantes do Plano de Trabalho (apresentação de conhecimento sobre a legislação, políticas e programas nacionais e municipais)

O direito à saúde no Brasil é garantido como um direito social no artigo 6º da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, com conteúdo e organização definidos nos artigos 196 ao 200. A Lei Federal nº 8.080/1990 regulamenta o direito à saúde dispendo sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes no sistema público.

Muitas iniciativas foram tomadas para a implementação do SUS, a partir de 1990, com forte ênfase na descentralização e municipalização das ações de saúde. Esse processo de descentralização ampliou o contato de gestores e profissionais da saúde com a realidade social, política e administrativa do país.

A Constituição Federal define a saúde como um direito de todos e um dever do Estado. A inclusão da saúde no texto constitucional gerou um conjunto de leis voltadas à organização e implementação do Sistema Único de Saúde, a “Lei Orgânica da Saúde”, que regulamentou os artigos supracitados, além da criação de inúmeros decretos, portarias conjuntas e portarias normativas do Ministério da Saúde.

A “Lei Orgânica da Saúde”, portanto, estabelece, no seu artigo 7º, que “as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal”, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

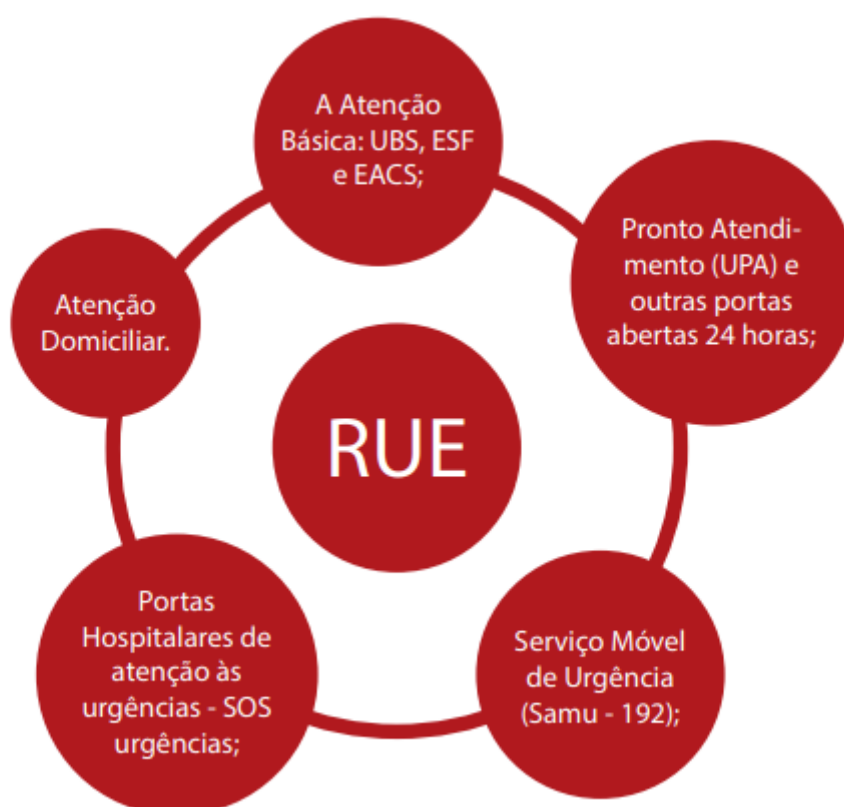
- I - Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - Integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - Direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - Divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - Descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - Integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

Os componentes da Rede de Urgência e Emergência- RUE



As unidades de pronto atendimento 24h são estruturas de complexidade intermediária entre as unidades básicas de saúde, unidades de saúde da família e a rede hospitalar, devendo funcionar 24h por dia, todos os dias da semana, e compor uma rede organizada de atenção às urgências e emergências, com pactos e fluxos previamente definidos, com o objetivo de garantir o acolhimento aos pacientes, intervir em sua condição clínica e contra referenciá-los para os demais pontos de atenção da RAS, para os serviços da atenção básica ou especializada ou para internação hospitalar, proporcionando a continuidade do

tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo da população. A Portaria MS/GM nº 1.171, de 5 de junho de 2012, dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para construção e ampliação no âmbito do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências.

A Atenção de Urgência tem como competência coordenar a implantação dos componentes: Serviço Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192); Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h); Sala de Estabilização e as qualificações das Portas de Entrada Hospitalares de Urgência, Leitos de Retaguarda de Enfermarias Clínicas e Terapia intensiva (UTI) da Rede de Atenção às Urgências (RAU).

O objetivo desta, em trabalho conjunto com os níveis estadual e municipal de gestão, é realizar a melhoria constante da Rede de Atenção às Urgências no país, por meio de ações que visem aprimorar a eficácia e qualidade dos serviços de atendimentos pré-hospitalar móvel e fixo e hospitalar, estabelecendo fluxos claros e identificando as referências mais adequadas.

A **Unidade de Pronto Atendimento - UPA 24h** é um dos componentes da Política Nacional de Atenção às Urgências do Ministério da Saúde, e integra a rede de serviços pré-hospitalares fixos para o atendimento às urgências.

Presta atendimento resolutivo e qualificado a pacientes com condições clínicas graves e não graves, além de prestar o primeiro atendimento a casos cirúrgicos e traumáticos, estabilizando os pacientes e conduzindo a avaliação diagnóstica inicial para determinar a conduta adequada, garantindo o encaminhamento dos pacientes que necessitam de tratamento em outras unidades de referência.

A UPA 24h opera ininterruptamente, 24 horas por dia, todos os dias da semana, com uma equipe multiprofissional qualificada e adaptada às demandas específicas de cada região, encaminhando os pacientes para internação em hospitais de retaguarda, garantindo a continuidade do cuidado por meio da regulação do acesso assistencial.

O componente concentra os atendimentos de saúde de complexidade intermediária, integrando-se com a atenção básica, hospitalar, domiciliar e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192, formando uma rede de assistência organizada e integrada. As principais legislações nacionais que ordenam esta área objeto do presente edital são:

- Portaria GM/MS Nº 1.997, de 24 de novembro de 2023

Altera as Portarias de Consolidação GM/MS nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para tratar da habilitação, da homologação e do financiamento dos serviços da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

- Portaria Interministerial ME/CGU nº 4.481, de 23 de maio de 2022

Altera a Portaria Interministerial nº 424, de 30 de dezembro de 2016, que estabelece normas para execução do Decreto nº 6.170, de 25 de julho de 2007.

- Resolução de Consolidação CIT nº 1, de 30 de março de 2021

Consolida as Resoluções da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do Sistema Único de Saúde (SUS).

- Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017

Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde.

- Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017

Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde

- Portaria nº 2048, de 5 de novembro de 2002

Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.

b) Apresentação de discussão técnica sobre as modalidades de atendimento dos programas previstos no Plano de Trabalho

A organização da **Rede de Atenção às Urgências - RAU** tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde visando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência nos serviços de saúde de forma ágil, eficiente e qualificado.

Esta Rede pressupõe atuação nos diferentes níveis de atenção e por isso é constituída pelos componentes: Promoção, Prevenção e Vigilância em Saúde; Atenção Básica; SAMU 192; Sala de Estabilização; Força Nacional do SUS; UPA 24h; Unidades Hospitalares e Atenção Domiciliar.

Os distintos níveis de atenção devem colaborar de forma complementar, utilizando mecanismos organizados e regulados pelo sistema de referência e contrarreferência. Cada serviço deve reconhecer sua integração na Rede, acolhendo e atendendo de maneira adequada às demandas apresentadas, e assumindo a responsabilidade pelo encaminhamento quando não dispuser dos recursos necessários.

A Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) faz parte da Rede de Atenção às Urgências. O objetivo é concentrar os atendimentos de saúde de complexidade intermediária, compondo uma rede organizada em conjunto com a atenção básica, atenção hospitalar, atenção domiciliar e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192, funcionando em horário ininterrupto 24 (vinte e quatro) horas e em todos os dias da semana, incluindo feriados e pontos facultativos. Possui Equipe Assistencial Multiprofissional com quantitativo de profissionais compatível com a necessidade de atendimento com qualidade, considerando a operacionalização do serviço, o tempo - resposta, a garantia do acesso ao paciente e o custo efetividade, em conformidade com a necessidade da Rede de Atenção à Saúde - RAS e as normativas vigentes, inclusive as resoluções dos conselhos de classe profissional. Realiza acolhimento com classificação de risco e mantém pacientes em observação, por até 24 horas, para elucidação diagnóstica ou estabilização clínica, e encaminha aqueles que não tiveram suas queixas resolvidas com garantia da continuidade

do cuidado para internação em serviços hospitalares de retaguarda, por meio da regulação do acesso assistencial. As UPA 24h são estabelecimentos de saúde de complexidade intermediária entre os serviços de Atenção Básica e a rede hospitalar, compondo com estes uma rede organizada de atenção às urgências que deve prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica e cirúrgica, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo, em todos os casos, a necessidade ou não de encaminhamentos a serviços hospitalares de maior complexidade. A estruturação da atenção pré-hospitalar na RUE tem como apostas a possibilidade de redução da superlotação das portas hospitalares e a integração da rede assistencial. Tanto a UPA 24h quanto o Samu 192 podem contribuir para estes resultados a depender dos arranjos e dispositivos de regulação e coordenação do cuidado implantados nos territórios e serviços, pois apenas construir um novo serviço pode manter a fragmentação da rede e o modelo assistencial centrado na queixa-conduta, sem impacto importante na qualidade e integralidade do cuidado.

c) Informações e dados similares já realizados pela OSS

Desde 2009 o Instituto Gnosis vem trabalhando na gestão de Unidades de saúde e destacamos abaixo trabalhos similares em serviços de urgência e emergência que trabalhamos. No **Hospital Rio Laranjeiras** as atividades exercidas de gestão pelo Instituto Gnosis se deram nos setores da **Emergência e ambulatório**. Com funcionamento 24h com uma média de 250 atendimentos por mês. No **Hospital Santa Maria Madalena** as atividades exercidas de gestão pelo Instituto Gnosis se deram nos setores de **Ambulatório, Emergência e internação**. Com funcionamento 24h com uma média de 150 atendimentos na emergência por mês e com média de internação de 30 pacientes por dia. Foi em abril de 2021 que o Instituto Gnosis iniciou a gestão das ações no âmbito da Área de Planejamento (AP) 2.1 e na **Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Rocinha**. Com atuação em toda área da zona Sul do município do Rio de Janeiro, tem se grandes desafios nessa área devido à grande desigualdade social e econômica a

qual a área assiste, a Cap 2.1 flutua entre os maiores impostos do estado, e com áreas de extrema pobreza, vivendo lado a lado na extensão desse território. Além de uma característica importante quanto a relação assistencial dessa população, com grande presença dos extremos da vida, crianças e idosos.

Configuram as organizações das ações da Unidade de saúde:

- Acolhimento com classificação de risco na porta de entrada, integrante da humanização da atenção, baseada no paciente e em suas necessidades de saúde;
- Atendimento de emergência;
- Acompanhamento e avaliação dos pacientes em observação nas salas amarelas, vermelha e de observação individual, tanto adulto quanto pediátrica;
- Solicitações de internação, transferência, exames e procedimentos compatíveis com a complexidade da UPA;
- Atividades atinentes a regulação dos pacientes atendidos, tais como preenchimento de documentos, laudo e atualização dos mesmos, vinculada a Central Estadual de Regulação;
- Seguimento das ações assistenciais;
- Referência garantida e responsável para unidades da região para os atendimentos com perfil de atenção básica;
- Transporte inter-hospitalar dos pacientes que necessitem de continuidade dos cuidados de emergência e que necessitem de transferência para outra unidade da rede de atenção as urgências, sendo o transporte devidamente regulado;
- Referência garantida de retaguarda regulada e acolhimentos aos casos agudos demandados de serviços de saúde dos diversos pontos de atenção, que necessitem de seguimento de urgência e emergência de maior complexidade;
- Todas as demais atividades essenciais de atenção e assistência as demandas emergentes e urgentes, dos pacientes que procuram a unidade;
- Organização das linhas de cuidado, com base nas realidades locorregionais, identificando os principais agravos, além da análise situacional de saúde, usada como

subsídio para a identificação de riscos coletivos ambientais e para a definição de prioridades das ações de saúde;

- Gestão baseada em resultado: gestão clínica, com aplicação de tecnologias de gestão para assegurar padrões clínicos ótimos e assim aumentar a eficiência; diminuindo os riscos para os usuários, pacientes e profissionais. Prestando serviços efetivos que visem melhorar a qualidade da atenção à saúde e gestão de caso. Aliando-se a lógica assistencial de atenção às urgências e atenção à saúde, usar o mecanismo de gestão clínica visando a qualificação do cuidado, a organização dos fluxos e processos de trabalho.

Outra Unidade que gerenciamos foi a **Coordenação de Emergencial Regional do Centro- CER Centro**, no Complexo Hospitalar Municipal do Souza Aguiar responsável pelo acolhimento com classificação de risco e assistência aos pacientes com necessidades de pronto atendimento clínico da região central da Cidade do Rio de Janeiro, referenciando-os, se for o caso, para a rede básica de atenção à saúde, para a rede especializada ou para internação, de acordo com a necessidade. A Unidade permite atendimento integral para o paciente na área de emergência, com a realização de toda a assistência médica e dos exames necessários.

Consulta Estabelecimento - Módulo Conjunto - Inf.Gerais		
Informações gerais	SMS COORD DE EMERGENCIA REGIONAL CER CENTRO AP 10	
Instalações físicas para assistência		
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA		
Instalação:	Qtde./Consultório:	Leitos/Equipamentos:
CONSULTÓRIOS MÉDICOS	6	0
SALA DE ACOlhIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	3	0
SALA DE ATENDIMENTO A PACIENTE CRÍTICO/SALA DE ESTABILIZAÇÃO	1	4
SALA DE CURATIVO	1	0
SALA DE INTENSIFICAÇÃO	1	0
SALA REPOUSO/OBSERVAÇÃO - INDIFERENCIADO	3	20
SALA DE REPOUSO/OBSERVAÇÃO - PEDIÁTRICA	1	6

Na gestão do Hospital Infantil e Maternidade Alzir Bernardino, hospital localizado em Vila Velha, ES, inaugurado em 04 de abril de 2002 com 08 leitos de pediatria e 05 leitos de UTIN. Entre 2003 e 2008 houve a inauguração do ambulatório de especialidades

pediátricas, ampliação dos leitos de UTI Neonatal para 25 leitos, ampliação da enfermaria de pediatria para 51 leitos, inaugurações do banco de sangue, centro cirúrgico, centro



diagnóstico, **Urgência e Emergência**, UTI pediátrica, banco de leite, sala de recreação e maternidade. Referência em pediatria no Espírito Santo, o Hospital Infantil e Maternidade Alzir Bernardino Alves (Himaba), em Vila Velha, é o único complexo hospitalar especializado em atendimento infanto-juvenil da região. A unidade funciona com o **pronto-socorro porta aberta 24 horas e faz, mensalmente, mais de 4 mil atendimentos de urgência e emergência** para a população que

utiliza o Sistema Único de Saúde (SUS). O HIMABA possui 299 leitos e oferta de mais de 5 mil consultas mensais nas mais variadas especialidades, como cardiologia, dermatologia, clínica médica, otorrinolaringologia, neurologia, endocrinologia, ortopedia, pneumologia, nefrologia, psiquiatria, gastroenterologista, cirurgia plástica. Cirurgia Ortopédica e Cardiológica Pediátrica: Os destaques do HIMABA são nas áreas de ortopedia e cardiologia. A equipe é especializada em cirurgia de mão e tratamento do "pé torto congênito". Procedimentos cirúrgicos de alta complexidade na área de cardiologia são realizados em crianças com poucas horas de vida pós-parto, com registro de baixa taxa de mortalidade.

d) Dificuldades e desafios encontrados para sua realização

No Brasil, a Política Nacional de Atenção às Urgências, instituída em 2006 e atualizada em 2011, determina que o atendimento aos usuários com quadros agudos deve ser prestado por todas as portas de entrada dos serviços do Sistema Único de Saúde, possibilitando a

resolução integral dos problemas ou transferindo essa clientela, responsavelmente, a um serviço de maior complexidade, dentro de um sistema hierarquizado e regulado, organizado em redes regionais de atenção às urgências como elos de uma rede de manutenção da vida em níveis crescentes de complexidade e responsabilidade.

No entanto, os serviços hospitalares e pre-hospitais de emergência continuam sendo o local para onde confluem problemas não resolvidos nem diagnosticados em outros níveis de atenção. Para grande parte da população que não tem acesso regular a um serviço de saúde, as emergências hospitalares e pre-hospitalares representam a principal alternativa de atendimento para às mais diversas situações, pois, no senso comum, esses serviços reúnem um somatório de recursos que os tornam mais resolutivos, quais sejam consultas, remédios, procedimentos de enfermagem, exames laboratoriais e internações.

Como consequência, observa-se que a utilização caótica, a superlotação dos serviços de emergência e a falta de leitos hospitalares de retaguarda acarretam inúmeras dificuldades de atendimento, tanto aos pacientes como à equipe de saúde. Especificamente em relação à gestão de pessoas em um serviço de emergência, destaca-se a necessidade da busca constante pelo desenvolvimento de melhores estratégias que lhes permitam superar os desafios impostos por um ambiente de trabalho marcado pela procura constante por atendimento.

A organização do atendimento e a gerência do cuidado prestado aos pacientes nos serviços de emergência são questões discutidas em vários países, em função da transição epidemiológica e demográfica da população mundial. A maior expectativa de vida da população e o aumento da morbidade e mortalidade por doenças cerebrovasculares e coronarianas, por exemplo, são fatores que têm contribuído para o aumento dos índices de procura por atendimento nesses serviços e fomentado a discussão em torno da necessidade da adoção de novos modelos de atenção visando à prestação de cuidados mais complexos e prolongados.

Um outro desafio que os serviços de emergências enfrentam é a superlotação frequente. Entre os motivos que geram a superlotação do serviço de emergência, destacamos a

constante procura por atendimento de pacientes de baixo risco, que sobrecarregam a equipe e podem dificultar o atendimento aos pacientes mais graves. Em decorrência da superlotação, surge como desafio a manutenção da qualidade do cuidado prestado aos pacientes no serviço de emergência. Muitos pacientes, após o primeiro atendimento e estabilização de suas condições clínicas, permanecem no serviço de emergência e necessitam de uma atenção que nem sempre a equipe de enfermagem consegue corresponder em função das características do trabalho da unidade.

e) Soluções propostas para superá-los

Para a concretização dos princípios de integralidade, equidade e qualidade estabelecidos pelo SUS, além do fortalecimento da Rede de Atenção em Saúde, o modelo gerencial pretende atuar com a atuação de ferramentas de gestão, qualidade e de avaliação de metas e resultados contínuos, com objetivo de levantar um diagnóstico situacional de saúde que seja capaz de garantir a articulação da Unidade com o território inserido, ampliando a comunicação entre os diferentes níveis de complexidade, gerando capacidade de resposta às necessidades e condições emergentes.

O gerenciamento da superlotação é um desafio para todos os profissionais e colaboradores da UPA, à medida que eles necessitam planejar a realização do cuidado e organizar o trabalho, adequando às condições de atendimento disponíveis à quantidade e gravidade do quadro clínico dos pacientes, visando à realização da melhor assistência possível, diante do cenário marcado pela procura constante por atendimento. Como sugestões para buscar uma qualidade maior do cuidado prestado no serviço de emergência, pontuamos a necessidade de alteração no fluxo de atendimento dos pacientes classificados como azuis e o referenciamento para as unidades de atenção primária. Destacaram a importância da liberação de vaga dos pacientes inseridos na central de regulação fora do perfil da UPA e agilização das transferências e internações.

Para além da estruturação, o investimento em processos dinâmicos e descentralizados de integração, gestão, governança regional e cuidado em saúde apresenta-se como necessidade para a efetiva implementação da RUE e garantia de seus objetivos.

Desse modo, a integração e reorganização do sistema de saúde para o atendimento das urgências de menor complexidade tecnológica da rede de saúde local e regional deve ser fortalecida para superar estes desafios.

Item 2. Capacidade Técnica e Operacional para o desenvolvimento das atividades previstas e o cumprimento das metas estabelecidas

2.Descrição das Atividades

A Rede de Urgência e Emergência (RUE) tem como objetivo ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência/emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna, por meio do acolhimento com classificação de risco e sua organização é fundamental para articular e integrar todos os equipamentos de saúde.

A **Unidade de Pronto Atendimento - UPA 24h** é um dos componentes da Política Nacional de Atenção às Urgências do Ministério da Saúde, e integra a rede de serviços pré-hospitalares fixos para o atendimento às urgências.

Presta atendimento resolutivo e qualificado a pacientes com condições clínicas graves e não graves, além de prestar o primeiro atendimento a casos cirúrgicos e traumáticos, estabilizando os pacientes e conduzindo a avaliação diagnóstica inicial para determinar a conduta adequada, garantindo o encaminhamento dos pacientes que necessitam de tratamento em outras unidades de referência.

A UPA 24h opera ininterruptamente, 24 horas por dia, todos os dias da semana, com uma equipe multiprofissional qualificada e adaptada às demandas específicas de cada região, encaminhando os pacientes para internação em hospitais de retaguarda, garantindo a continuidade do cuidado por meio da regulação do acesso assistencial.

O componente concentra os atendimentos de saúde de complexidade intermediária, integrando-se com a atenção básica, hospitalar, domiciliar e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192, formando uma rede de assistência organizada e integrada. Consideramos o Acolhimento com Classificação de Risco como uma das atividades mais importantes a ser desenvolvida na UPA.

A Portaria 2048 do Ministério da Saúde propõe a implantação nas unidades de atendimento de urgências o acolhimento e a “triagem classificatória de risco”. De acordo com esta Portaria, este processo “deve ser realizado por profissional de saúde, de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos e tem por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento” (BRASIL, 2002).

O Acolhimento com Classificação de Risco nas Unidades de Urgências e Emergências tem o objetivo de organizar o fluxo e reduzir o tempo de espera dos pacientes com urgência médica. Será um instrumento de humanização nos atendimentos da UPA.

O ACCR possibilita a ampliação da resolutividade ao incorporar critérios de avaliação de riscos, que levam em conta toda a complexidade dos fenômenos saúde/ doença, o grau de sofrimento dos usuários e seus familiares, a priorização da atenção no tempo, diminuindo o número de mortes evitáveis, sequelas e internações.

Missões do acolhimento com classificação de risco:

- I. Ser instrumento capaz de acolher o cidadão e garantir um melhor acesso aos serviços de urgência/emergência;
- II. Humanizar o atendimento;
- III. Garantir um atendimento rápido e efetivo.

Os objetivos do ACCR são:

- I. Humanizar o atendimento mediante escuta qualificada do cidadão que busca os serviços de urgência/emergência;

- II. Classificar, mediante protocolo, as queixas dos usuários que demandam os serviços de urgência/emergência, visando identificar os que necessitam de atendimento médico mediato ou imediato;
- III. Construir os fluxos de atendimento na urgência/emergência considerando todos os serviços da rede de assistência à saúde;
- IV. Funcionar como um instrumento de ordenação e orientação da assistência, sendo um sistema de regulação da demanda dos serviços de urgência/emergência.

O processo de Classificação de Risco é a 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, usando um processo de escuta qualificada e tomada de decisão baseada em protocolo e aliada à capacidade de julgamento crítico e experiência do enfermeiro.

O fluxo do atendimento do paciente na UPA será:

- I. O usuário procura o serviço de urgência;
- II. É acolhido pelos funcionários da portaria/recepção, consequentemente realizam a confecção da ficha de atendimento;
- III. Logo após é encaminhado à sala de acolhimento para classificação de risco, onde é acolhido pelo profissional de enfermagem de nível superior que, utilizando informações da escuta qualificada e da tomada de dados vitais, se baseia no Protocolo de Manchester e classifica o usuário conforme suas queixas;
- IV. Após classificação de risco, pacientes aguardam atendimento médico na sala de recepção, onde serão chamados conforme a prioridade e potencial de risco, urgente, pouco urgente e não urgente. Atentando para pacientes com queixas consideradas de emergência, são encaminhados diretamente para sala vermelha para atendimento imediato.

O paciente será classificado por cores, indicando a prioridade, de acordo com a gravidade do caso:

Vermelho (0 minutos): Emergência – caso gravíssimo, com necessidade de atendimento imediato - Risco de Morte.

Laranja (em até 10 minutos): Muito urgente – caso grave, com necessidade de atendimento em até 10 minutos – Risco significativo.

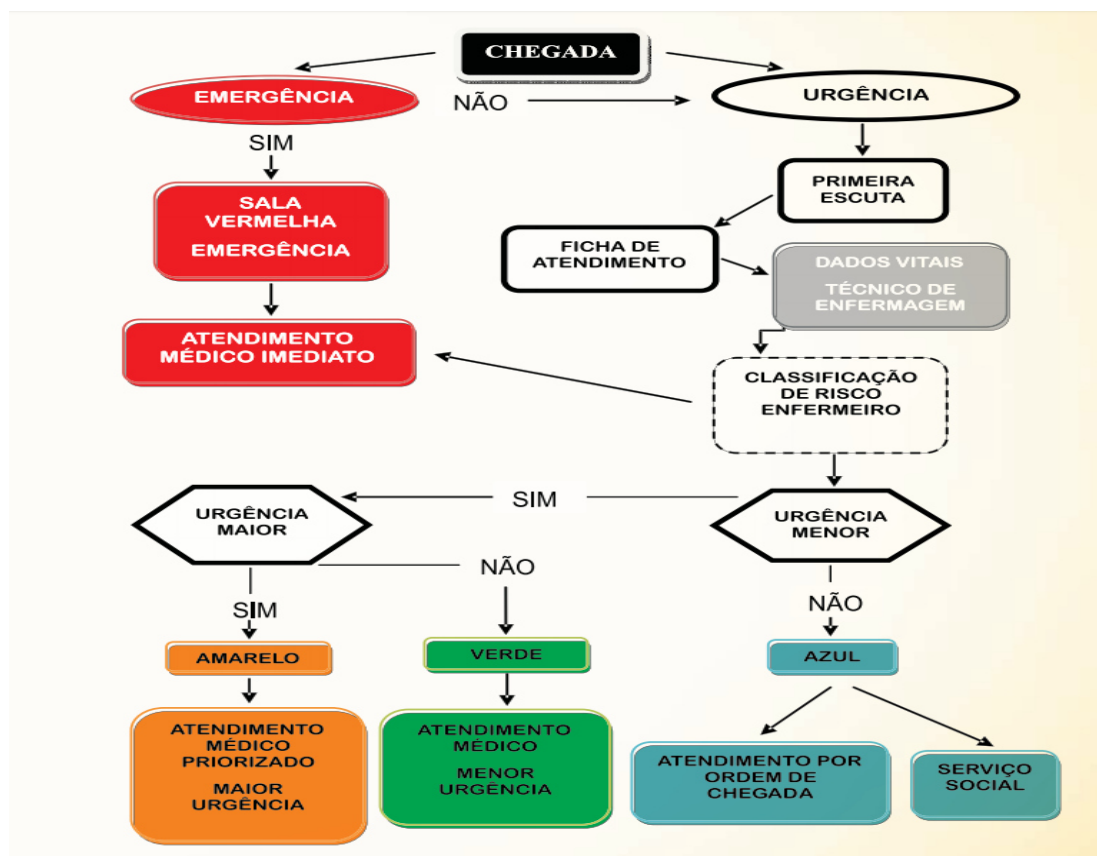
Amarelo (em até 50 minutos): Urgente – caso de gravidade moderada, com necessidade de atendimento – sem risco imediato.

Verde (em até 120 minutos): Pouco urgente – caso para atendimento preferencial.

Azul (em até 240 minutos): caso para atendimento em unidades básicas de saúde, importante acolher a demanda e encaminhar para atendimento na Rede Básica.

Alguns grupos de pacientes serão atendidos como situações especiais, são eles: idosos, deficientes físicos, deficientes mentais, acamados, pacientes com dificuldade de locomoção, gestantes, algemados, escoltados ou envolvidos em ocorrência policial, vítimas de abuso sexual e pacientes que retornam em menos de 24h sem melhora. Esses pacientes devem merecer atenção especial da equipe da CR e, dentro do possível, a sua avaliação deve ser priorizada, respeitando a situação clínica dos outros pacientes que aguardam atendimento.

Apresentamos a seguir o fluxograma de atendimento do paciente:



São

competências e responsabilidades da UPA:

- I. Acolher os pacientes e seus familiares sempre que buscarem atendimento na UPA 24h;
- II. Implantar processo de Acolhimento com Classificação de Risco, em conformidade com a Portaria 2048 do Ministério da Saúde considerando a identificação do paciente que necessite de tratamento imediato, com estabelecimento do potencial de risco, agravos a saúde ou grau de sofrimento, de modo a priorizar atendimento em conformidade com o grau de sofrimento ou a gravidade do caso;
- III. Estabelecer e adotar o cumprimento de protocolos de acolhimento, atendimento clínico, de classificação de risco e de procedimentos administrativos conexos, atualizando-os sempre que a evolução do conhecimento tornar necessário;
- IV. Articular com a Atenção Básica, o SAMU 192, a Atenção Domiciliar e a Atenção Hospitalar, bem como com os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e outros serviços de atenção à saúde, por meio de fluxos lógicos e efetivos de referência e contrarreferência,

ordenados pelas Centrais de Regulação de Urgências e complexos reguladores instalados nas regiões de saúde;

V. Prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, e prestar o primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica e de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, de modo a definir a conduta necessária para cada caso, bem como garantir o encaminhamento dos pacientes que necessitarem de atendimento;

VI. Realizar consulta médica em regime de pronto atendimento nos casos de menor gravidade;

VII. Realizar atendimentos e procedimentos médicos e de enfermagem adequados aos casos demandados à UPA;

VIII. Prestar apoio diagnóstico e terapêutico conforme a necessidade dos pacientes;

IX. Manter pacientes em observação, por até 24 horas, para elucidação diagnóstica ou estabilização clínica, e encaminhar aqueles que não tiveram suas queixas resolvidas com garantia da continuidade do cuidado para internação em serviços hospitalares de retaguarda, por meio da regulação do acesso assistencial.

X. Manter equipe multiprofissional interdisciplinar compatível com seu porte;

XI. Fornecer retaguarda às urgências atendidas pela Rede de Atenção Básica;

XII. Funcionar como local de estabilização de pacientes atendidos pelo SAMU 192;

XIII. Adotar protocolos clínicos de atendimento e de procedimentos administrativos;

XIV. Garantir apoio técnico e logístico para o funcionamento adequado da UPA 24h;

XV. Garantir a continuidade do cuidado do paciente por meio da referência e contrarreferência, articulando com os pontos da RAS, considerando a territorialização;

XIV. Inscrever a UPA 24h no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES e alimentar periodicamente o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS, com os dados referentes à assistência prestada, independente dos valores de referência ou da geração de crédito;

XVII. Registrar obrigatoriamente todos os procedimentos realizados na UPA 24h.

São diretrizes da UPA 24h:

- I. Funcionamento ininterrupto 24 (vinte e quatro) horas e em todos os dias da semana, incluindo feriados e pontos facultativos;
- II. Equipe assistencial multiprofissional com quantitativo de profissionais compatível com a necessidade de atendimento com qualidade, considerando a operacionalização do serviço, o tempo - resposta, a garantia do acesso ao paciente e o custo-efetividade, em conformidade com a necessidade da rede de atenção à saúde - ras e as normativas vigentes, inclusive as resoluções dos conselhos de classe profissional;
- III. Acolhimento;
- IV. Classificação de risco;
- V. Assistência a todos os usuários que buscarem atendimento na upa 24h.

Contudo, ainda se faz necessário, focar os Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde como visão estratégica na prestação de assistência na UPA, representadas pela:

- Universalidade: é a garantia de atenção à saúde a todo e qualquer cidadão pelo Sistema Único de Saúde;
- Integralidade: é o reconhecimento de que cada pessoa é um todo indivisível, integrante de uma comunidade; as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde não podem ser compartimentalizadas; as unidades de saúde, com seus diversos graus de complexidade configuram um sistema capaz de prestar atenção integral;
- Equidade: é o princípio de que o acesso aos serviços em seus variados níveis de complexidade seja adequado à necessidade específica de cada cidadão, sem barreiras e sem privilégios;
- Descentralização: é a redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde nos vários níveis de governo, federal, estadual e municipal, tornando a gestão mais próxima do cidadão usuário;

- **Municipalização:** é um passo importante de descentralização, em que a gestão se desloca do nível federal e estadual para o nível municipal, levando à maior responsabilização na promoção das ações diretamente voltadas para seus cidadãos;
- **Distritalização:** é um processo de responsabilização crescente da descentralização, em que cada Distrito de Saúde passa a exercer papel de gestão do Sistema no seu território;
- **Regionalização:** Definição de espaço territorial e população a ser atendida. Como essa população tem direito a ter acesso a todo tipo de recursos assistenciais, o conceito envolve também a articulação intermunicipal de recursos à saúde que garantam esse direito;
- **Hierarquização:** é a organização do acesso ao sistema a partir das ações de atenção primária, realizadas pelo Centro de Saúde, que deve estar estruturado para poder resolver 80% dos problemas de saúde da população e pelas ações de atenção secundária e terciária, com complexidade tecnológica crescente, que são realizadas nos serviços de retaguarda de especialidades, centros de referência e hospitais;

Responsabilização: é a capacidade do Sistema de Saúde ativamente assumir responsabilidade pelos problemas de saúde de uma população ou indivíduo. Isso implica em que cada equipe de saúde e cada profissional devem se responsabilizar pelas ações e encaminhamentos necessários para cada usuário, visando à atenção integral à saúde. Isto inclui os problemas de saúde coletiva;

Vínculo: é a ligação que se estabelece entre o usuário, o sistema de saúde, a equipe local e o profissional de saúde. Quando o vínculo é personalizado, ou seja, a equipe conhece os usuários, seus familiares, sua inserção na comunidade e seu ambiente, os resultados das ações de saúde podem ser favorecidos. O mesmo se dá quando o usuário/população, se vincula a uma equipe ou profissional de saúde;

Recursos Financeiros: são vitais para a operacionalização do SUS. Originam-se do Governo Federal, Estadual e recursos do próprio Município. Sua utilização é acompanhada pelo Fundo Municipal de Saúde, onde estão disponibilizadas as prestações de contas da saúde;

Recursos Humanos: são os profissionais de saúde e suas relações de trabalho;

Controle Social: é o exercício do controle que a sociedade exerce sobre o estado, através da participação dos cidadãos na gestão. Sua ação é realizada pelos Conselhos de Saúde – Municipal, Distritais e Locais. O Conselho Municipal de Saúde tem caráter permanente, com funções deliberativas, normativas, fiscalizadoras e consultivas, e tem como objetivos básicos o estabelecimento, acompanhamento, controle e avaliação da Política Municipal de Saúde, de conformidade com a Lei Orgânica do Município e Leis Federais 8.080/1.990 e 8.142/1.990, constituindo-se no órgão colegiado máximo, responsável pela coordenação do Sistema Único de Saúde no âmbito do município.

Atividades a serem desenvolvidas

1. Quanto à assistência multiprofissional:

- Garantir que sejam adotadas as normas da Política Nacional de Humanização, centrando as diretrizes assistenciais na qualidade do atendimento prestado aos usuários;
- Garantir a realização de atendimento multidisciplinar aos usuários assistidos, com equipe especializada, conforme estabelecido nas Portarias e normas exaradas pelo Ministério da Saúde, no que tange ao atendimento de urgência e emergência em Unidades de Pronto Atendimento;
- Implementar rotinas e procedimentos específicos do dispositivo de acolhimento com a ferramenta de classificação de risco e busca ativa para os usuários atendidos;
- Implementar, dentro dos limites físicos e operacionais da UPA, o dispositivo da visita em horário pré-estabelecido ou ampliado e o direito ao acompanhante, conforme previsto na legislação;
- Realizar tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de assistência ao paciente;
- Fornecer atendimento médico adulto contínuo nas 24h, de acordo com a livre demanda;
- Fornecer atendimento médico pediátrico contínuo nas 24h, de acordo com a livre demanda;

- Fornecer assistência de enfermagem contínua nas 24h, de acordo com a livre demanda;
- Fornecer exames laboratoriais, de imagem e eletrocardiograma de acordo com os equipamentos existentes;
- Realizar visita médica diariamente em todos os pacientes sob observação nas salas amarela e vermelha, com evolução e prescrição médica, solicitação e verificação dos resultados de exames complementares. Registrar no Prontuário Eletrônico do paciente todos os registros de atendimento e evolução;
- Regular todos os pacientes com indicação de internação hospitalar que se encontrem nas Unidades de Pronto Atendimento por mais de 12h na sala amarela adulta/pediátrica e de imediato na sala vermelha, através dos mecanismos regulatórios e protocolos de regulação instituídos pela Secretaria Municipal da Saúde de Cabo Frio;
- Realizar todos os atendimentos médicos necessários ao usuário, dentro da capacidade operacional da Unidade, não sendo permitida a limitação do atendimento;
- Fornecer o transporte inter-hospitalar em caso de transferência ou exames em outras instituições em ambulância apropriada, devidamente tripulada e equipada;
- Fornecer serviços de esterilização dos materiais médicos, tanto de materiais termorresistentes quanto de materiais termo sensíveis;
- Contratar o serviço de Engenharia Clínica, manutenção preventiva e corretiva de todos os equipamentos, móveis e bens disponibilizados para funcionamento da Unidade;
- Fornecer enxoval e uniformes, confeccionados conforme padrão da Secretaria Municipal de Cabo Frio;
- Fornecer gases Medicinais;
- Fornecer os seguintes serviços: lavanderia; limpeza e higienização; acondicionamento, coleta, transporte e tratamento de resíduos comuns e infectados; vigilância e portaria; alimentação de usuários e profissionais;
- Seguir as Diretrizes Clínicas, Normas, Rotinas Básicas e Procedimentos, de acordo com os seguintes preceitos: centrar as diretrizes assistenciais na qualidade do atendimento prestado aos usuários, voltadas para a atenção acolhedora, resolutiva e humana;

implementar ações de cuidados à saúde baseadas em evidências científicas e nas diretrizes de boas práticas de atenção segundo os princípios sugeridos pelo CFM, Ministério da Saúde e Organização Mundial da Saúde (OMS); revisar e ajustar as diretrizes clínicas, normas, rotinas básicas e procedimentos sempre que houver alterações que envolvam novas tecnologias, incremento ou desativação de serviços ou alterações na estrutura organizacional;

- Fornecer e disponibilizar, sempre que solicitados, laudos dos exames, procedimentos e assistência realizados pela sua equipe médica aos usuários do SUS e à Secretaria Municipal da Saúde de Cabo Frio;
- Cumprir normas, diretrizes clínicas e melhores práticas conforme orientação técnica da Secretaria Municipal da Cabo Frio e outras entidades e sociedades que normatizam as especialidades atendidas;
- Fornecer alimentação conforme dieta orientada pela equipe médica para usuários, que permaneçam em sala de observação por período superior a 6 (seis) horas, e aos demais usuários internados na UPA;
- Manter as comissões conforme legislação e regulamentação vigentes, assim como quaisquer outras que venham a se tornar necessárias;
- Instituir e adotar o protocolo de Segurança do Paciente alinhado aos cuidados de saúde pertinentes ao perfil da UPA contemplando: Higienização das mãos; identificação do paciente; prevenção de quedas, prevenção de lesão por pressão (LPP), uso seguro de medicamentos, cirurgia segura (realiza pequenos procedimentos invasivos, suturas e outros) e comunicação efetiva e respeito ao interesse e dignidade da pessoa humana como sujeito de direitos.

2. Quanto ao Aspecto Operacional:

- Garantir o funcionamento ininterrupto da UPA;

- Garantir que a UPA esteja devidamente cadastrada e atualizada no banco de dados do SCNES, com informações atualizadas sobre o quadro de funcionários vinculados ao SCNES, conforme legislação ministerial vigente;
- Garantir gerador de energia compatível para atender, no mínimo, a área crítica das UPAS 24h (salas vermelha e amarela), além da área de acolhimento e classificação de risco das unidades 24h;
- Solicitar aos usuários ou a seus representantes legais a documentação de identificação do paciente e, se for o caso, a documentação de encaminhamento das Unidades da rede básica ou a especificada no fluxo estabelecido pela Secretaria Municipal de Saúde de Cabo Frio;
- Realizar o monitoramento permanente da prestação dos serviços, especialmente nos itens necessários à apuração do cumprimento de suas obrigações e metas quantitativas e qualitativas;
- Garantir os itens condicionantes e o correto preenchimento dos serviços e exames realizados junto ao SCNES, tais como: carga horária, CBO, equipamentos e demais requisitos necessários;
- Garantir o fornecimento de: gases medicinais; insumos, medicamentos; materiais médico-cirúrgicos; controle de acesso; vigilância; sistemas de câmeras de vigilância com gravação de vídeo; lavanderia; limpeza; manutenção predial; uniformes aos funcionários; EPI's; hotelaria; alimentação (nutrição dos usuários em observação e dos acompanhantes, quando aplicável) dentro de padrões adequados de qualidade.
- Observar e instituir o acesso dos usuários à Ouvidoria, conforme diretrizes da Diretoria de Relacionamento com o Cidadão;
- Garantir o acesso do usuário ou familiar (observada a legislação vigente) ao prontuário do paciente;
- Não liberar nenhuma nota ou informação a qualquer tipo de mídia de nenhuma espécie sem autorização prévia por escrito da Secretaria Municipal de Saúde de Cabo Frio.

3. Quanto à Gestão de Pessoas

- Promover a adesão de compromisso de todos os colaboradores com os princípios e diretrizes do SUS, quais sejam os da universalidade, equidade, descentralização, integralidade, gratuidade e participação da comunidade;
- Utilizar critérios técnicos quanto ao gerenciamento e controle de recursos humanos, observando as normas legais vigentes, em especial as trabalhistas e previdenciárias;
- Elaborar ações de valorização do colaborador, agindo em seu desenvolvimento, integração, promoção, remuneração e parceria na execução das atividades;
- Definir política de segurança ocupacional, com foco no bem-estar, a fim de proporcionar ambiente de trabalho seguro e saudável, inclusive Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA) e, se for o caso, Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA);
- Elaborar programa de avaliação periódica do desempenho dos colaboradores;
- Garantir a contratação de profissionais médicos e de enfermagem (enfermeiro e técnicos de enfermagem) e outros colaboradores qualificados para atender os usuários nos casos de urgência e emergência, de forma a oferecer aos pacientes serviços assistenciais de excelência;
- Garantir o cumprimento das escalas dos profissionais assistenciais e administrativos da unidade que preveja ações de cobertura dos plantões em caso de faltas, férias e demais intercorrências;
- Garantir que todos os colaboradores que executam ações ou serviços de saúde na unidade estejam cadastrados no SCNES, e, de forma mensal, atualizados;
- Manter todos os colaboradores permanentemente capacitados e atualizados, oferecendo cursos de capacitação e atualização de acordo com os critérios constantes nas Portarias e Diretriz da Política Nacional de Atenção às Urgências;
- Manter controle do ponto biométrico de todos os profissionais colaboradores;

- Compor equipe de faturamento devidamente qualificada e corretamente dimensionada para a geração das informações dos atendimentos, que subsidiarão o preenchimento dos sistemas de informação nacionais do DATASUS, e preenchê-los adequadamente;

Apresentamos a seguir Cronograma de Atividades a serem desenvolvidas na UPA durante a vigência do Contrato.

ATIVIDADE	INÍCIO	DATA TÉRMINO
Prestação gratuita e universal dos serviços de atenção à saúde aos usuários	Dia 1	Término do contrato
Aquisição de todos os insumos e medicamentos necessários para a assistência aos pacientes	Dia 1	Término do contrato
Gestão, guarda, conservação e manutenção dos bens cujo uso for permitido pelo Município, incluindo os mobiliários e os equipamentos médico-hospitalares;	Dia 1	Término do contrato
Implementação de processos de Humanização durante todo o período de atendimento	Dia 1	Término do contrato
Implantação dos fluxos de atendimentos		
Recrutamento e seleção de RH	Dia 1	Término do contrato
Definição de escalas do serviço assistencial	Dia 1	Dia 1
Contratação e gestão de profissionais de todas as áreas para operação da UPA	Dia 5	Término do contrato
Diagnóstico situacional da UPA	Dia 1	Dia 3
Levantamento de estoque e consumo de materiais e medicamentos	Dia 1	Dia 3
Estruturação de grade de materiais e medicamentos	Dia 10	Dia 20
Aquisição de materiais e medicamentos	Dia 20	Término do contrato
Inventário de patrimônio	Dia 1	Dia 5
Contratação de serviços essenciais (lavanderia, alimentação, higienização, controle de acesso, entre outros)	Dia 1	Dia 5
Contratação de empresa de esterilização	Dia 1	Dia 5
Locação de ambulâncias	Dia 1	Dia 3
Locação de equipamentos de informática	Dia 1	Dia 5
Implantação do ponto biométrico	Dia 5	Dia 15
Contratação de Sistema de Segurança	Dia 1	Dia 5
Planejamento de treinamento de equipes UPA	Dia 1	Término do contrato
Treinamento de equipes da UPA	Dia 8	Término do contrato
Contratação de Prontuário Eletrônico	Dia 1	Dia 1
Implantação e implementação de PEP	Dia 3	Dia 5
Locação de equipamentos	Dia 1	Dia 30
Revisão e adequação da Ambiência	Dia 10	Dia 20
Estruturação do Núcleo de Vigilância Epidemiológica	Dia 10	Dia 30
Implantação das Comissões	Dia 10	Dia 30
Medicina Ocupacional de Segurança do Trabalho	Dia 15	Dia 20
Levantamento das necessidades de investimento e adequações estruturais	Dia 10	Término do contrato
Realização de investimentos e adequações estruturais	Dia 30	Término do contrato

I. Modelo de Pesquisa de Satisfação

- a) Ressaltar que a utilização do instrumento garante o Controle Social no SUS, dando voz aos usuários

É uma ferramenta utilizada para medir a satisfação do usuário com relação aos serviços prestados pela unidade. Embora a pesquisa de satisfação seja elaborada pela Ouvidoria com base em requisitos da gestão dos serviços e da gestão da qualidade da instituição, este indicador não tem por objetivo medir a produtividade da ouvidoria e sim da

instituição e dos mais diversos serviços prestados. A partir das informações adquiridas através deste canal, são geradas oportunidades de melhoria, observadas pelo profissional ouvidor através da percepção do cidadão a respeito dos serviços ofertados. Para que se possa analisar a sua eficácia, é veemente a necessidade de avaliações desses serviços, principalmente no que concerne à satisfação dos usuários com a qualidade das ações prestadas.

Atualmente, uma das formas mais utilizadas para avaliar a qualidade de um serviço é a partir do conhecimento da satisfação da população atendida por ele. De acordo com Bandeira, Pitta e Mercier (2000), a satisfação dos usuários com serviços de saúde vem sendo, na sua grande maioria, avaliada quantitativamente por meio de escalas validadas no Brasil, a exemplo das Escalas Brasileiras de Avaliação da Satisfação (Satis-BR) validadas por essas mesmas autoras, para a construção de indicadores na área.

Os indicadores são uma espécie de sinalizadores da realidade, podendo estes ser quantitativos ou qualitativos. Eles servem para afirmar ou não se os objetivos e os resultados de uma política ou serviços estão sendo bem conduzidos ou alcançados (Minayo 2008).

O intuito de construção de indicadores de resultado a partir de uma avaliação, vem da preocupação em perceber as implicações do atendimento na vida dos usuários e dos familiares, bem como a satisfação dos mesmos com o serviço prestado.

A Pesquisa de Satisfação tem por objetivo padronizar a forma de monitoramento da satisfação dos clientes externos, que é uma das mensurações do desempenho do Sistema de Gestão da Qualidade das unidades gerenciadas pelo Instituto Gnosis.

Sua utilização, como parte de um programa de controle da qualidade, tem como um dos objetivos, assegurar a qualidade do atendimento prestado e identificar possíveis áreas de melhorias.

Os relatórios de pesquisa de satisfação são publicizados através do Portal do Instituto Gnosis, disponível no link:

<https://www.institutognosis.org.br/pesquisa-satisfacao>



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

Caro usuário, sua opinião é muito importante para nós!!!!

NOME: _____

DATA: _____

EQUIPE: _____

Motivo de procura: ☐ Consulta ☐ Procedimento ☐ Farmácia
☐ exames ☐ Informações

5 
MUITO SATISFEITO

4 
SATISFEITO

3 
NEUTRO

2 
INSATISFEITO

1 
MUITO INSATISFEITO

A satisfação do usuário deve seguir escala gradual de satisfação que varia de '5' (Muito Satisfeito) até '1' (Muito Insatisfeito). De acordo com a escala visual a seguir:



O modelo do questionário de satisfação do usuário será personalizado de forma a atender às necessidades da pesquisa.

Na pesquisa de satisfação, serão avaliados o atendimento prestado aos pacientes e seus familiares, a humanização do acolhimento, a qualidade do serviço de hotelaria e a qualidade e disponibilidade das instalações da UPA. A pesquisa deve ser aplicada ao paciente atendido na emergência, ao paciente "internado" nas salas amarelas e vermelha, seus familiares e acompanhantes. Onde serão avaliados:

- A estrutura oferecida: existência de recursos físicos (instalações), humanos (pessoal) e organizacionais (comitês, protocolos assistenciais, etc...) adequados;
- Avaliação da satisfação dos clientes em relação ao atendimento recebido e dos provedores destes serviços em relação aos seus ambientes de trabalho.
- Avaliação dos processos de trabalho nas áreas de gestão, serviços de apoio e serviços assistenciais: organização e documentação, protocolos, normas e rotinas;
- Avaliação dos resultados: o impacto da assistência prestada na situação de saúde, conhecimento e comportamento do paciente. Na dimensão epidemiológica, esta avaliação é feita por meio de indicadores específicos, tais como taxa de mortalidade e de infecção, média de permanência etc.

❖ **Usuários / clientes pesquisados**

Os usuários pesquisados serão os clientes da Unidade. A meta de universo mínimo a ser pesquisado é de 5%, mas para obter uma maior relevância estatística, propomos atender a um universo de pelo menos 10% dos clientes atendidos pela UPA, em diversos momentos do atendimento. Os usuários e métodos de pesquisa serão:

- Clientes atendidos na emergência;
- Clientes "internados" nas salas amarelas e vermelhas;
- Acompanhantes e familiares.

Esses clientes serão pesquisados de forma ágil, pois têm pouco tempo para responder a pesquisas com diferentes itens. A intenção dessa pesquisa deve ser entender se o atendimento e ambiente foram satisfatórios e atenderam às expectativas.

Plano amostral da pesquisa de satisfação realizada

O Instituto Gnosis enquanto prestador de serviços em saúde possui prática regular de realização de pesquisa de satisfação como instrumento de melhoria da qualidade. Isto porque considera que ao oportunizar o diálogo com os usuários pode-se contemplar as

demandas reais dos mesmos aumentando a assertividade em atender bem. Quando é sabido o que o usuário pensa e espera do serviço, há uma tendência em redução de erros sendo possível redirecionar e ajustar os processos partindo de dados mais próximos da realidade. Além disso é possível aperfeiçoar ou manter os processos positivos já em andamento.

Perceber os usuários e como estes se relacionam com o funcionamento dos serviços de saúde permite conhecer e entender a dinâmica territorial, seus habitantes e a partir disso pensar melhores estratégias de cuidado em saúde para aquela região, sendo então considerada como um parâmetro relacionado de forma direta às Boas Práticas clínicas de atenção ao usuário.

Utilizamos as ferramentas descritas abaixo de cálculo amostral. Com base nesses conceitos, podemos estimar uma amostra eficiente para mensurarmos o estudo do nosso interesse. Deste modo, a equação abaixo mostra a forma manual de se calcular o tamanho da amostra:

Formulário de cálculo de amostra

$$n \geq \frac{N}{1 + \frac{(N-1)}{PQ} \times \left(\frac{d}{Z_{\alpha/2}} \right)^2}$$

n Tamanho populacional - célula verde
 N → Tamanho populacional
 P → proporção do evento em estudos similares (prevalência)
 d → erro amostral da estimativa
 $Z_{\alpha/2}$ → valor da tabela Normal padrão (1,96)
 Q → (1 - p)
 PQ → variância da proporção

1	soma	-1	*	0,05
0,5		0,5		1,96
0				
1	soma	-1	*	0,02551 (ao quadrado)
		0,25		

A pesquisa de satisfação do usuário é aplicada com base em amostragem da população atendida no mês anterior. No entanto, sabemos que nenhum processo amostral é isento de erros e, por isso, nunca reproduz exatamente as proporções da população. Para

prevenir erros, a atividade mais importante da amostragem concentra-se no processo de seleção do conjunto de indivíduos da população que faz parte da amostra.

Para a amostragem da prestação de contas o cálculo é feito pela população predominante.

Ex: Número de acolhimentos no período

O valor é calculado todo primeiro dia útil de cada mês, com utilização de uma metodologia estatística específica.

O quantitativo de cidadãos entrevistados baseia-se em um número (N) amostral calculado considerando:

- Margem de erro;
- Aleatoriedade;
- População;
- Grau de confiança.

Para tanto, a gestão em saúde do Instituto Gnosis desenvolveu instrumento da Pesquisa de Satisfação baseados em ferramentas para legitimar esse processo tornando-o o mais fidedigno possível de forma que os resultados reflitam o cenário que se apresenta.

Inicialmente realizada em cédulas, o instrumento era ofertado em locais estratégicos onde os usuários – de forma facultativa – depositavam suas opiniões em caixas específicas. Tratava-se de um impresso compreendido num instrumento de autorrelato que mensurava a satisfação dos usuários em uma pergunta. Regularmente os gestores das unidades recolhiam os formulários com as respostas e remetiam ao setor de Gestão de Pessoas do Instituto Gnosis que através de cálculo estatístico aferiam o nível de satisfação e realizavam a devolutiva aos gestores locais das unidades. A avaliação consistia em cinco pontos de escala Likert (1) ilustrados por “emoticons” (carinhas) pelas quais os usuários sinalizavam a intensidade de sua satisfação em resposta a questão citada.

A metodologia deste instrumento, a Escala de Likert, é uma escala unificada em que através desta é possível identificar o sentido e a intensidade da atitude, ou seja, ao responder a pesquisa, o usuário aponta o quanto ele concorda ou discorda da questão

exposta. A mensuração neste formato é a mais aceita entre os pesquisadores e profissionais de mercado (2). Além disso, essa metodologia é validada com uso de técnicas estatísticas na finalidade de conferir maior credibilidade ao processo de mensuração (3). Em dezembro de 2021, o Instituto Gnosis implementou a modernização da pesquisa de satisfação.

A partir de então os usuários das unidades de saúde passaram a contar com tablets instalados nos acolhimentos traduzindo a metodologia de cédula para o digital, tornando a pesquisa mais interativa com o usuário e facilitando o processamento das informações.



Figura 1 – Técnico do Instituto Gnosis realizando a configuração dos tablets da pesquisa de satisfação do usuário.

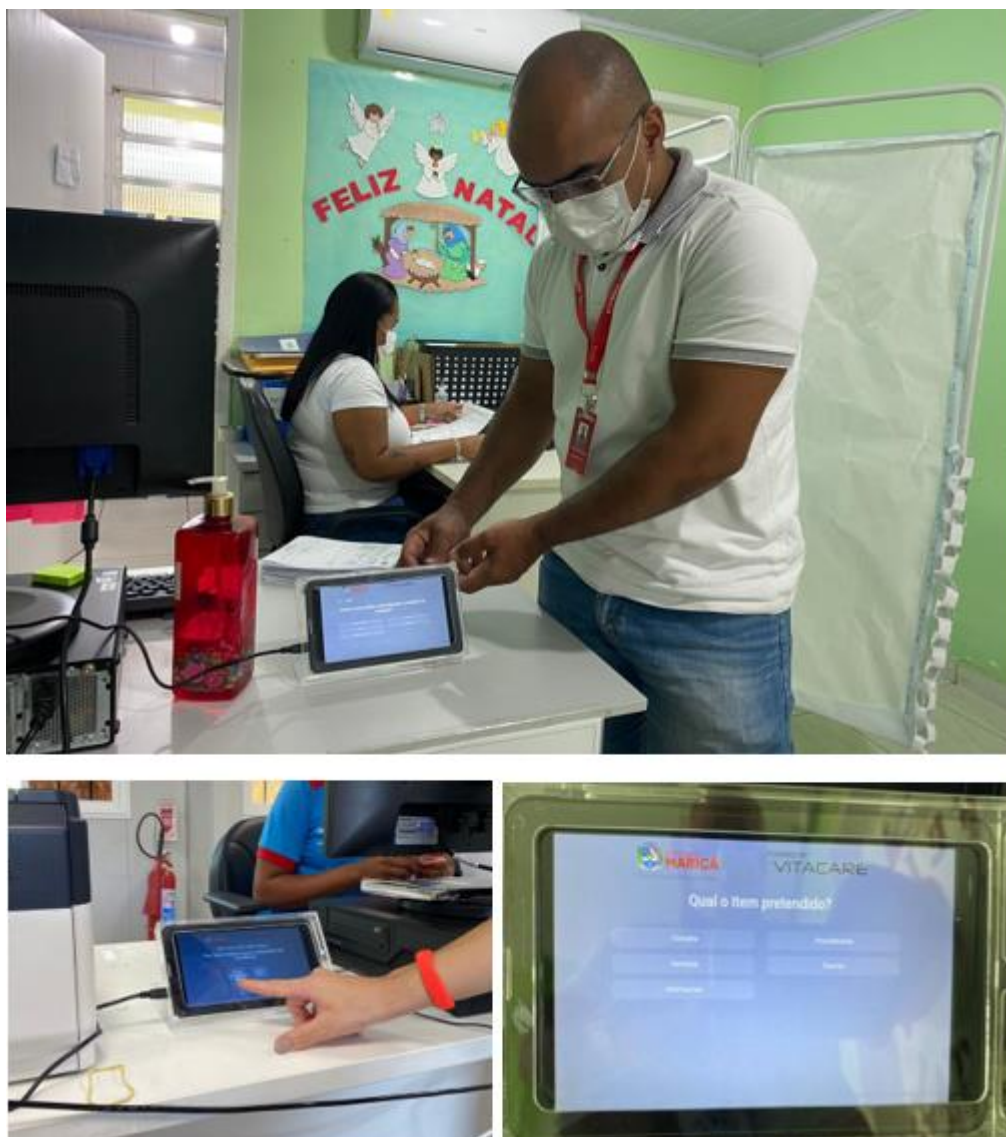


Figura 2 - Instalação dos tablets configurados com a pesquisa de satisfação

Dessa forma, o processamento se dá pela inserção do resultado da pesquisa no cálculo do indicador de qualidade por variável de desempenho na Atenção Primária à Saúde outrora pactuado, conforme exemplo abaixo:

CÓDIGO INDICADOR	TIPO DE INDICADOR	INDICADORES	FÓRMULA DE CÁLCULO	FONTE	PERIODICIDADE	META	OBSERVAÇÃO
S1	Satisfação dos usuários	Percentagem de usuários satisfeitos/muito satisfeitos	(N)	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 80%	Questionário padronizado pela SMS. Para que o indicador seja considerado satisfatório, no mínimo 5% dos usuários atendidos devem ter preenchido o inquérito de satisfação com identificação por CPF.
			Nº de usuários satisfeitos/muito satisfeitos atendidos na unidade de saúde				
			_____ X 100				
			(D) total de usuários que preencheram o registro de satisfação no período em análise				

Figura 3 - Cálculo do indicador de satisfação dos usuários, parte integrante dos parâmetros de atenção ao usuário.

Seguem abaixo os trimestres seguintes com o resultado na nova modalidade de cálculo:

Dados Pesquisa			
Datas: 01.12.2021 a 28.02.2022			
S1. Percentagem de usuários satisfeitos/muito satisfeitos			
Entidade/CAP	Numerador	Denominador	Resultado
MUNICÍPIO	1167,00	1285,00	90,82%

Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

Dados Pesquisa			
Datas: 01.03.2022 a 31.05.2022			
S1. Percentagem de usuários satisfeitos/muito satisfeitos			
Entidade/CAP	Numerador	Denominador	Resultado
MUNICÍPIO	1344,00	1487,00	90,38%

Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

Dados Pesquisa			
Datas: 01.06.2022 a 31.08.2022			
S1. Percentagem de usuários satisfeitos/muito satisfeitos			
Entidade/CAP	Numerador	Denominador	Resultado
MUNICÍPIO	1083,00	1192,00	90,86%

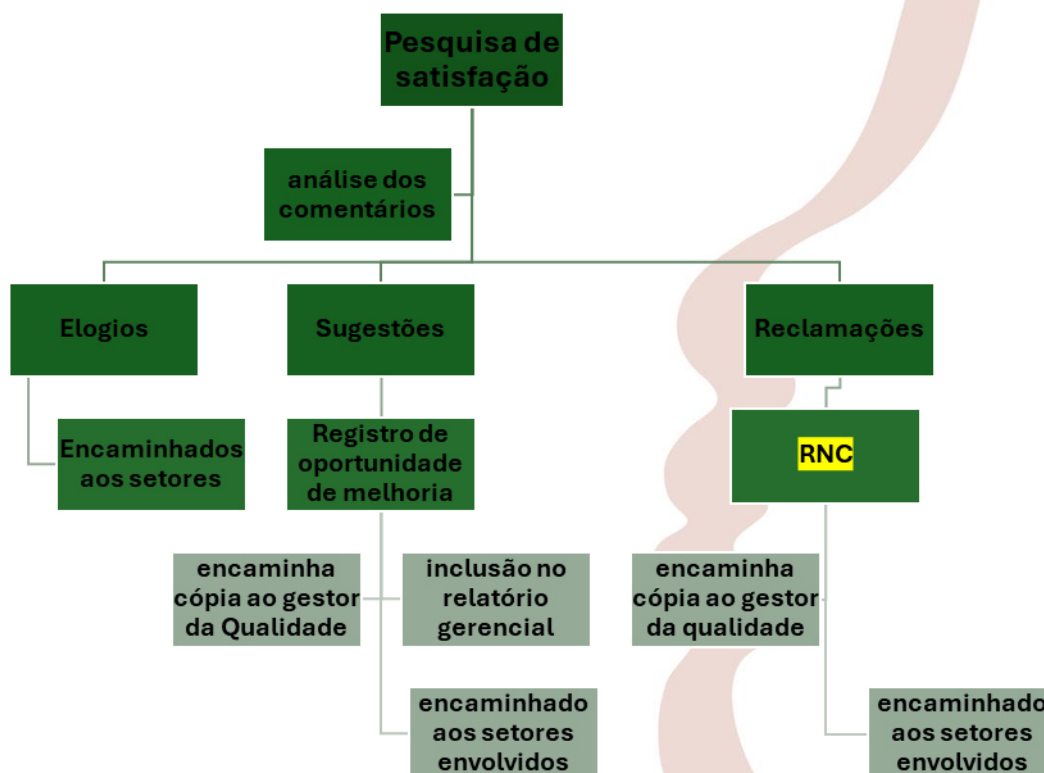
Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

❖ Programa de qualidade do usuário – Satisfação

Na pesquisa de satisfação, são avaliados o motivo da procura, o atendimento prestado aos pacientes e seus familiares, a humanização do acolhimento e a qualidade e disponibilidade das instalações da Unidade. Nesta pesquisa, são avaliados:

- A estrutura oferecida: existência de recursos físicos (instalações) e humanos (pessoal) adequados;
- Avaliação da satisfação dos clientes em relação ao atendimento recebido.

Apresentamos abaixo o Fluxograma utilizado para os desdobramentos das informações geradas a partir da pesquisa de satisfação.



A participação popular faz-se importante pois contribui para o melhor funcionamento da saúde à medida que possibilita a otimização do planejamento das ações, promoção do autocuidado, fortalecimento dos princípios e diretrizes do SUS e outros.

A participação da população na utilização dos serviços de ouvidoria ainda está longe da desejada.

Há necessidade de facilitar o acesso ao serviço, melhorar a divulgação da ouvidoria e informar aos usuários sobre os objetivos e finalidades do serviço, buscando estabelecer uma parceria efetiva entre usuários e ouvidores, para que a população encontre na ouvidoria um instrumento para efetivar o controle social e a melhoria da qualidade dos serviços de saúde.

A participação social pode influenciar na inclusão de novas demandas, interferir na tomada de decisão e, por conseguinte, proporcionar inovação no setor público, vez que o administrado não atua apenas nas defesas de seus interesses individuais, mas também na proteção do interesse coletivo, tanto que a Constituição Federal traz instrumentos de ação a serem utilizados com essa finalidade (DI PIETRO, 2015).

Neste sentido, a avaliação, através de feedbacks, mostra-se uma ferramenta capaz de emitir dados estatísticos importantes para a tomada de decisão. Uma vez inserida no contexto organizacional, todos os atores envolvidos no tripé: poder público, usuário e servidor poderão alcançar resultados satisfatórios.

b) Apresentar Projeto Serviço de Atendimento ao Usuário e Pesquisa de Satisfação que contenha as características listadas acima

O processo de Ouvidoria do Instituto Gnosis tem como foco garantir a melhoria da qualidade do funcionamento e da organização dos serviços.

As diretrizes para o desempenho da ouvidoria estão contidas nos seguintes valores:

- Defesa dos direitos da saúde visando contribuir para o fortalecimento da cidadania e da transparência.
- Reconhecimento dos cidadãos sem qualquer distinção como sujeitos de direitos.
- Preservação da identidade do manifestante, quando por ele solicitada expressamente ou quando o assunto requerer.
- Acolhimento humanizado nas relações estabelecidas com seus usuários.

- Objetividade e imparcialidade no tratamento das manifestações de seus usuários.
- Zelo pela celeridade e qualidade das respostas às demandas dos seus usuários.
- Defesa da ética e da transparência nas relações entre a Administração Pública e os(as) cidadãos(ãs).
- Sigilo da fonte quando o interessado solicitar a preservação de sua identidade.
- Identificação das necessidades e demandas da sociedade para o setor saúde, tanto na dimensão coletiva, quanto na individual, para sua utilização como suporte estratégico à tomada de decisões no campo da gestão.
- Atuação coordenada, integrada e horizontal entre as ouvidorias do SUS.
- Aprofundamento do exercício da cidadania dentro e fora da Administração Pública.

❖ **Objetivo:**

Tem como objetivo a clareza, na propriedade e precisão dos objetivos, permitindo aos profissionais da saúde e aos cidadãos um entendimento mais eficaz e uma comunicação objetiva e sem ambiguidades, que favoreça o desempenho das ações institucionais.

❖ **Metodologia de trabalho:**

Nas unidades as manifestações são acolhidas e tratadas da seguinte forma:

- **Acolhimento dos cidadãos/usuários** – Receber, ouvir e registrar, na íntegra, sem interromper ou opinar, todas as manifestações apresentadas.
- **Análise das manifestações** – Analisar a manifestação, definindo o setor ou responsável a quem será encaminhada para a tratativa.
- **Classificação** – Classificar as manifestações de acordo com as categorias operacionais, a saber: denúncia, elogio, informação, reclamação, solicitação e sugestão.
- **Encaminhamento** – Assegurar a completude de dados e encaminhá-las aos setores pertinentes, definindo junto ao mesmo o prazo de dez dias para resposta.

- **Tratativa** – Investigar a manifestação, proceder ação para atendimento ou não da manifestação, se necessário criação de barreiras, registrar todo o processo e dar a devolutiva para a ouvidoria (realizada pela área ou setor responsável).
- **Monitoramento de prazo** – Controlar data de emissão e prazo final de resposta das manifestações, junto aos setores, objetivando a conclusão das manifestações de acordo com o protocolo definido pelo Ouvidor SUS.
- **Reencaminhamento ou prorrogação de prazo** – Acordar junto ao setor, novo prazo para conclusão da manifestação em casos complexos, registrando os motivos e redistribuindo a manifestação com novo prazo.
- **Resposta ao Cidadão/Usuário** - Manter o cidadão informado sobre o trâmite da sua demanda, considerando sua resolução dentro dos princípios legais e diretrizes do SUS. Cada Instituição estabelecerá o modo mais adequado para a tramitação das demandas, tendo em vista sua organização e a necessidade.
- **Fechamento** – Refere-se ao encerramento da manifestação ou demanda do cidadão/usuário. Uma demanda só pode ser fechada mediante uma resposta satisfatória. Ressalte-se que não necessariamente a resposta satisfatória significa atendimento.
- **Monitoramento de resolubilidade** – Todas as manifestações/demandas são monitoradas através de indicador que garante a resolubilidade dentro do prazo, definindo a capacidade de resposta e os níveis de conformidade no atendimento ao cidadão.

❖ **Resultados: Acolhimento das manifestações**

Atendimento através de Busca Ativa é uma forma de estratégia utilizada para o acolhimento de manifestações onde o cidadão não possua acesso imediato à Ouvidoria. Geralmente é realizada pelo assistente ou analista de ouvidoria, mas não há impedimento pela realização do Ouvidor Coordenador. No ato do acolhimento por Busca Ativa é feita a apresentação do formulário da Ouvidoria em busca da existência de alguma questão a ser pontuada.

Ao iniciar o processo o colaborador da Ouvidoria deve imprimir a folha de busca ativa. Realizar visita em todos os setores da unidade de saúde, de forma cordial, identificar-se pelo nome, função exercida e explicar detalhadamente o papel da Ouvidoria, para os usuários (pacientes e familiares).

Quando for necessário o registro de manifestação, deve-se orientar o usuário quanto ao preenchimento do formulário de Relato de Manifestação e a importância (não obrigatório) de no relato da ocorrência deve-se informar: e-mail, data, hora e setor e se possível o nome do profissional e/ ou profissionais envolvidos.

As manifestações são classificadas como:

- Sugestão - proposição de ideia ou formulação de proposta de aprimoramento de políticas e serviços públicos.
- Elogio – demonstração, reconhecimento ou satisfação sobre os atos da Administração.
- Crítica - demonstração de opinião desfavorável relativa aos atos da Administração.
- Reclamação – demonstração de insatisfação relativa a uma solicitação já realizada ao ente público.

Esclarecer ao usuário como é o fluxo do acolhimento das manifestações e o prazo para recebimento da resposta conforme definições da Secretaria de saúde.

Exemplo: 02 dias úteis urgências – Situações que coloquem em risco a segurança do paciente e/ou cliente na instituição; 15 dias: Situações pontuais e que não caracterizam risco imediato à segurança do paciente e/ou cliente na instituição.

Todos os setores que prestam atendimento direto ao usuário devem divulgar a existência do serviço de ouvidoria na unidade de saúde e informar o horário de funcionamento assim como o telefone direto do setor.

Nos dias em que a Ouvidora estiver ausente da instituição, o manifestante deverá ser orientado pelo colaborador sobre o número de telefone, e-mail e receber formulário de registro, que são os meios utilizados para que possam enviar suas manifestações, além do contato da ouvidoria geral do SUS.

❖ Tratamento das Manifestações

Após o registro da manifestação (presencial, busca ativa, e-mail e/ou telefone) do usuário é realizada uma investigação para verificar a tipificação e o setor envolvido para o devido encaminhamento (Analisamos o teor da manifestação, verificamos o seu conteúdo e se estes possuem dados suficientes para a definição do encaminhamento a ser dado). Quando confirmado, a manifestação é encaminhada via e-mail ao setor envolvido com cópia para direção, liderança da qualidade e registrada no sistema Ouvidor SUS.

Aguardar resposta da manifestação da coordenação do setor envolvido, respeitando o prazo de 5 dias úteis ou conforme criticidade. Analisar o conteúdo da resposta tendo o cuidado de verificar se o texto contempla a manifestação registrada, encaminhar a resposta via e-mail e/ou contactar por telefone o usuário informando que a resposta da sua manifestação já se encontra à disposição. Caso a resposta enviada pelo setor não contemple a manifestação registrada, é feita a contestação e a fim de que esta providencie uma nova resposta que contemple a inicial.

Destacamos que as demandas podem ser anônimas, garantindo assim a privacidade da autoria e informações. O ouvidor identifica, capta, classifica, processa, planilha, armazena e dissemina as informações, para possibilitar acompanhamento evolutivo do serviço. Um número de protocolo é gerado como identificador da demanda. Através da Planilha de controle padronizada para acompanhamento do Status da demanda, ou seja, a situação em que se encontra a manifestação do demandante na ouvidoria. Um relatório gerencial é enviado aos gestores mensalmente, para análise do desempenho institucional, permitindo o planejamento e a tomada de decisões, baseados nos dados apresentados.

Demanda de Manifestações presenciais, são acolhidas pelo ouvidor local e registrada em formulário de relato da manifestação e seguem o fluxo de tratativa e acompanhamento descritos no acolhimento das manifestações.

II. Comissões ou grupos de trabalho que serão implantados nas unidades de saúde, especificando nome, conteúdo, membros componentes (apenas enunciar o perfil dos componentes que integrarão a comissão), objetivos da Comissão, frequência de reuniões

1. Comissão de Revisão de Prontuários

1.1. Conteúdo

O Conselho federal de Medicina através da RESOLUÇÃO CFM nº 1.638/2002 define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde.

Define prontuário médico como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

A Comissão de Revisão de Prontuários, atendendo às exigências legais, realiza através de estudos sistemáticos, análises de processo de qualidade de toda documentação gerada nos prontuários dos pacientes, o que certamente contribui com o processo de gestão na área assistencial, pois registros corretos por parte de seus profissionais, especialmente dos médicos, têm implicações diretas, na qualidade da assistência prestada.

Dessa forma, a avaliação da qualidade das informações contidas no prontuário por parte da Comissão de Revisão de Prontuários dos pacientes, torna-se imprescindível no tocante à segurança do paciente, e, também como um indicador de qualidade dos serviços da saúde.

A Comissão de Revisão de Prontuário da UPA será um grupo técnico de assessoria, estudo e análise, normativo e fiscalizador, subordinado diretamente à Gerência Médica.

1.2. Membros

A composição mínima da comissão deve ser de 4 (quatro) membros sendo: médicos, 1 (um) membro do Serviço de Arquivo Médico (SAME) e 1 (um) membro enfermeiro que serão nomeados pelo Diretor Geral da instituição e cuja presidência deverá ser exercida, exclusivamente, por um médico.

A Direção Geral constituirá formalmente a Comissão de Revisão de Prontuário, nomeando os componentes (titulares e suplentes) por meio de ato próprio e propiciando a infraestrutura necessária à sua correta operacionalização.

1.3. Objetivos

Cumprir as normas de natureza técnica e administrativa, referentes ao prontuário do paciente, tendo como fundamento a Resolução do CFM nº 1.638/2002, que visa contribuir com a melhoria na qualidade dos registros contidos no prontuário do paciente, fazendo uma análise permanente no padrão de atendimento e registros ali contidos, levando em consideração a segurança do paciente.

1.4. Frequência das reuniões

A Comissão realizará reuniões mensais, com data, local e horário, previamente definidos e informados.

A organização horária será definida com os membros componentes da Comissão levando-se em conta a distribuição de tarefas. As reuniões serão realizadas nas próprias dependências da Unidade, quando estiver presente pelo menos metade simples dos membros.

As reuniões da Comissão serão registradas em atas resumidas e arquivadas. Os assuntos tratados pela Comissão serão guardados em sigilo ético por todos os membros.

1.5. Finalidades

- Recomendar inclusão e exclusão de formulários, impressos e sistemas, bem como a conservação dos prontuários visando à qualidade;
- Realizar o diagnóstico situacional da qualidade dos prontuários;
- Assessorar a Gerência Médica em assuntos de sua competência;
- Manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da UPA, com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações realizadas;
- Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente;
- Desenvolver atividades de caráter técnico e científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes ao Unidade;
- Coletar e processar os dados, proceder à análise estatística, divulgá-los e avaliá-los mensalmente;
- Recomendar normas sobre o conteúdo dos prontuários e zelar pelo seu cumprimento;
- Assegurar a qualidade das documentações multiprofissionais na assistência, pesquisa e estatística da UPA;
- Revisar e avaliar por amostragem os Prontuários visando assegurar o cumprimento da normatização estabelecida;
- Planejar e executar as ações necessárias à manutenção de um padrão de qualidade eficaz da documentação médica;
- Apoiar as demais Comissões visando alcançar os objetivos comuns às suas atribuições.

1.6. Proposta de Regimento Interno

Considerando que o médico tem o dever de elaborar o prontuário para cada paciente a que assiste, conforme previsto no art. 69 do Código de Ética Médica;

Considerando que os dados que compõem o prontuário pertencem ao paciente e devem estar permanentemente disponíveis, de modo que, quando solicitado por ele ou seu

representante legal, permitam o fornecimento de cópias autênticas das informações a eles pertinentes;

Considerando que o teor da Resolução CFM nº 1.605/2000, que dispõe sobre o fornecimento das informações do prontuário à autoridade judiciária requisitante;

Considerando o volume de documentos armazenados pelos estabelecimentos de saúde em decorrência da necessidade de manutenção dos prontuários;

Considerando a legislação arquivística brasileira, que normatiza a guarda, a temporalidade e a classificação dos documentos, inclusive dos prontuários médicos;

Considerando o disposto na Resolução CFM nº 1.638/2002, de 10 de julho de 2002, que define o prontuário médico e cria as Comissões de Revisão de Prontuários nos estabelecimentos e/ou instituições de saúde;

Considerando o disposto na Resolução CFM nº 1.639/2002 o qual Aprova as "Normas Técnicas para o Uso de Sistemas Informatizados para a Guarda e Manuseio do Prontuário Médico", dispõe sobre o tempo de guarda dos prontuários, estabelece critérios para certificação dos sistemas de informação e dá outras providências;

Considerando o teor do Parecer CFM nº 30/2002, aprovado na Sessão Plenária de 10 de julho de 2002;

A responsabilidade de presidir e conduzir a Comissão de Revisão de Prontuários recai no Diretor Geral, como Presidente, e no Gerente Médico, como Vice-presidente, ficando a seus critérios ético e técnico a escolha dos demais membros para compor a Comissão, e tem vigência de 24 meses (ou outros períodos estabelecidos pelos respectivos Conselhos Regionais) a contar da presente data. Outros profissionais da área da saúde poderão compor o rol de membros da Comissão de Revisão de Prontuários.

A participação de pelo menos dois membros da Comissão de Revisão de Prontuário não poderá ser concomitante na Comissão de Ética, Revisão de Óbito e/ou Controle de Infecção Hospitalar.

A Comissão poderá, eventualmente, ser solicitada a formação de um Grupo de Trabalho Específico, conforme a necessidade da avaliação presente, ou seja, dependendo da

situação de análise em voga, pode ser chamado um médico (a) da especialidade, enfermeiro (a) entre outros para análise da situação, sendo considerado como membro flutuante da comissão.

Os membros da Comissão de Revisão de Prontuário deverão encontrar-se mensalmente, conforme cronograma específico. Todos os membros deverão estar presentes, pontualmente e em caso de impossibilidade de comparecimento, deverão encaminhar justificativa à Secretária da Comissão. Todas as reuniões serão registradas em Atas, onde todos os integrantes deverão assinar para validação das informações ali constante.

A ausência em 03 reuniões seguidas implicará em desligamento da Comissão, a substituição do membro da Comissão será feita imediatamente por indicação do Presidente.

A Comissão de Revisão de Prontuários tem por **Competência:**

- Observar os itens que deverão constar obrigatoriamente no prontuário confeccionado em qualquer suporte (eletrônico ou papel):
 - ✓ Identificação do paciente: nome completo, data de nascimento (dia, mês e ano com quatro dígitos), sexo, nome da mãe, naturalidade (indicando o município e o estado de nascimento), endereço completo (nome da via pública, número, complemento, bairro/distrito, município, estado e CEP).
 - ✓ Anamnese: exame físico, exames complementares solicitados e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnósticos definitivos e tratamento efetuado.
 - ✓ Evolução diária do paciente: com data e hora, discriminação de todos os procedimentos aos quais o mesmo foi submetido e identificação dos profissionais que os realizaram, assinados eletronicamente quando elaborados e/ou armazenados em meio eletrônico.
 - ✓ Nos prontuários em suporte de papel é obrigatória a legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente, bem como a identificação dos profissionais prestadores do atendimento. São também obrigatórios a assinatura e o respectivo número do CRM com a aposição do carimbo.
 - ✓ Nos casos de emergências, nos quais seja impossível a colheita de história clínica do paciente, deverá constar relato médico completo de todos os procedimentos realizados e que tenham possibilitado o diagnóstico e/ou a remoção para outra unidade.

- Exigir que o médico elabore o prontuário para cada paciente e que assiste, conforme previsto no artigo 69 do Código de Ética Médica.
- Estabelecer normas para avaliar a qualidade dos prontuários.
- Recomendar formulários e sistemas bem como dar orientações para se obter um bom prontuário.
- Rever e avaliar os prontuários durante o período de internação e após as altas, bem como os de ambulatorios, para assegurar-se de que o padrão estabelecido está sendo cumprido.
- Avaliar a qualidade das anotações feitas no prontuário.
- Devolver os prontuários aos chefes de serviços e unidades para que se ajustem nos padrões estabelecidos, quando for o caso.
- Revisar os prontuários glosados e os demais por amostragem sob os seguintes aspectos:
 - ✓ Quanto à clareza e legibilidade.
 - ✓ Quanto à qualidade do Histórico do paciente e a precisão da anamnese.
 - ✓ Diagnóstico provável e definitivo.
 - ✓ Segmento e continuidade das prescrições.
 - ✓ Temporariedade da transcrição dos dados dos parâmetros vitais.
 - ✓ Forma de preenchimento e utilização de abreviaturas do CID e nomenclatura médica.
 - ✓ Verificação do segmento e atendimento de enfermagem.
 - ✓ Verificação de ultrapassagem ou antecipação da média de permanência, por patologia, devendo informar o Diretor Clínico sobre tais ocorrências.

Os membros da Comissão de Revisão de Prontuário têm por atribuições:

Ao Presidente, compete:

- Convocar e presidir as reuniões da Comissão.
- Dirigir os trabalhos da Comissão.
- Representar a Comissão perante a Diretoria, setores e órgãos competentes.
- Assinar toda a documentação da Comissão.

- Delegar responsabilidades e atribuir tarefas para os membros da Comissão.
- Ao Secretário, compete:
- Preparar os materiais necessários para as reuniões;
- Comparecer às reuniões convocadas.
- Registrar em atas todas as reuniões da Comissão e colher as assinaturas dos participantes.
- Cuidar do controle e arquivo dos documentos da Comissão.
- Colaborar com os trabalhos da Comissão.

Aos demais membros, competem:

- Comparecer às reuniões convocadas.
- Colaborar com os trabalhos da Comissão.
- Assumir as responsabilidades e tarefas delegadas pelo Presidente.
- Divulgar as atividades e objetivos da Comissão de Revisão de Prontuários.

Este Regimento Interno entra em vigor na data de sua aprovação e publicação, revogadas as disposições em contrário.

1.7. Cronograma de Atividades

COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS												
Ações	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Nomeação do Membros da Comissão												
Reuniões da Comissão												
Implantação de Indicadores												
Treinamentos - Levantamento de Necessidades												
Realização de reuniões com a Comissão Ética Médica												
Realização de reuniões com a Comissão Ética Enfermagem												
Avaliação de Indicadores												

2. Comissão de Análise de Óbitos

2.1. Conteúdo

O conhecimento das causas e dos processos envolvidos na ocorrência do óbito são aspectos de grande relevância e contribuem para o aprimoramento da atenção e do cuidado no

serviço. Possibilitam ainda, o aperfeiçoamento dos registros hospitalares e especial do prontuário do cliente. A Comissão de Revisão de Óbitos é um órgão subordinado diretamente à Diretoria Executiva e tem por finalidade analisar os óbitos, os procedimentos e condutas profissionais realizadas, bem como a qualidade de informações dos atestados de óbitos.

2.2. Membros

A Comissão de Revisão de Óbito deverá ser composta por no mínimo 3 (três) membros, sendo médico, enfermeiro e outro profissional da área de saúde.

Caso a Comissão seja formada por mais de 3 (três) membros, pode haver no máximo 2 (dois) enfermeiros e 3 (três) médicos.

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

Os membros componentes da Comissão de Revisão de Óbito serão indicados pela Gerência Médica da instituição.

2.3. Objetivos

- Analisar as causas de morte de pacientes atendidos na UPA Tamoios;
- Avaliar os procedimentos e condutas profissionais;
- Verificar a qualidade das informações dos atestados de óbito;
- Melhorar as deficiências na assistência ao paciente;
- Contribuir para o estudo epidemiológico dos óbitos;
- Zelar pela segurança do paciente;
- Reconhecer efeitos adversos que possam ter contribuído para o óbito.

2.4. Frequência das reuniões

A Comissão realizará reuniões mensais, com data, local e horário, previamente definidos e extraordinariamente conforme a necessidade, quando convocada pelo Presidente da Comissão.

2.5. Finalidades

- Analisar e emitir parecer sobre os assuntos relativos à óbitos que lhe forem enviados;
- Deverá avaliar a totalidade de óbitos e dos laudos necroscópicos quando existirem;
- Elaborar normas de auditoria e revisão dos prontuários de pacientes que foram a óbito;
- Realizar a revisão dos prontuários relacionados aos óbitos;
- Normatizar e fiscalizar o adequado registro e preenchimento dos atestados de óbitos;
- Convocar o médico que atestou o óbito caso as informações sejam conflitantes;
- Criar instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações dos prontuários de óbito;
- Zelar pelo sigilo ético das informações;
- Emitir parecer técnico ou relatório quando solicitado pela comissão de ética médica ou outro serviço interessado;
- Assessorar a gerência médica da upa em assuntos de sua competência;
- Definir anualmente metas de melhoria e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação da educação permanente;
- Desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes da instituição;
- Deverá enviar seus relatórios ao gerente médico e à comissão de ética médica.

2.6. Proposta de Regimento Interno

Considerando que a revisão de óbitos é um importante instrumento de controle de qualidade nas instituições hospitalares.

Considerando que a progressiva complexidade dos serviços e o avanço técnico e científico da medicina, exigem uma constante avaliação.

Considerando que o conhecimento das causas da morte pode contribuir para o aprimoramento da assistência à saúde.

Considerado a necessidade de envolver e sensibilizar os gestores, profissionais de saúde e a sociedade civil sobre a magnitude e importância da mortalidade infantil e fetal, sua repercussão sobre as famílias e a sociedade como um todo, na forma de relatórios, boletins, publicações, reuniões e eventos científicos;

Considerando a necessidade de estimular a investigação dos óbitos pelos serviços de saúde, segundo os critérios preconizados;

Considerando a responsabilidade da Comissão em monitorar a situação e distribuição dos óbitos infantis e fetais, seus componentes e fatores de risco;

Considerando que é orientação do CRM atender a Resolução CFM n.1897 de 17 de abril de 2009;

Cabe aos representantes da Comissão de Revisão de Óbito a avaliação de todos os óbitos ocorridos na UPA, bem como dos laudos de todas as necropsias, solicitando, inclusive, se necessário, os laudos do Instituto Médico Legal e do Serviço de Verificação de Óbitos.

A Comissão de Revisão de Óbito deverá manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da UPA, com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações, enviando seus relatórios ao Gerente Médico.

A responsabilidade de presidir e conduzir a Comissão de Revisão de Óbito recai no Diretor Médico, como Presidente, e no Gerente Médico, como Vice-presidente. O número de membros da Comissão não poderá ser inferior a 03 (três) médicos, e seus mandatos deverão coincidir com o mandato do Gerente Médico. Outros profissionais da área da saúde poderão compor o rol de membros da Comissão de Revisão de Óbitos.

A participação de pelo menos dois membros da Comissão de Revisão de Óbito não poderá ser concomitante na Comissão de Ética, Revisão de Prontuário e/ ou Controle de Infecção Hospitalar.

A Comissão poderá, eventualmente, ser solicitada a formação de um Grupo de Trabalho Específico, conforme a necessidade da avaliação presente, ou seja, dependendo da situação de análise em voga, pode ser chamado um médico (a) da especialidade, enfermeiro (a) entre outros para análise da situação, sendo considerado como membro flutuante da comissão.

Os membros da Comissão de Revisão de Óbito deverão encontrar-se mensalmente, conforme cronograma específico. Todos os membros deverão estar presentes, pontualmente e em caso de impossibilidade de comparecimento, deverão encaminhar justificativa à Secretária da Comissão.

Todas as reuniões serão registradas em Atas, onde todos os integrantes deverão assinar para validação das informações ali constante.

A ausência em 03 reuniões seguidas implicará em desligamento da Comissão, a substituição do membro da Comissão será feita imediatamente por indicação do Presidente.

A Comissão de Óbitos tem por **Competência**:

- Analisar e emitir parecer sobre os assuntos relativos a óbitos que lhe forem enviados;
- Elaborar normas para auditoria e revisão dos prontuários de pacientes que foram a óbito;
- Realizar a revisão dos prontuários relacionados aos óbitos;
- Normatizar e fiscalizar o adequado registro e preenchimento das declarações de óbitos;
- Convocar o médico que atestou o óbito caso as informações sejam conflitantes;
- Criar instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações de óbito nos prontuários;
- Correlacionar os diagnósticos prévios com os resultados de necropsias, mesmo que realizadas pelo svo (serviço de verificação de óbitos);
- Zelar pelo sigilo ético das informações;
- Emitir parecer técnico ou relatório quando solicitado pela comissão de ética médica ou outro serviço interessado;

- Assessorar a gerência médica em assuntos de sua competência;
- Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de educação permanente;
- Desenvolver atividades de caráter técnico-científica com fins de subsidiar conhecimentos relevantes para a upa;
- Identificar os óbitos evitáveis como eventos-sentinela, ou seja, óbitos que não deveriam ocorrer com uma adequada assistência à saúde;
- Promover um processo de educação continuada dos profissionais de saúde para o correto preenchimento dos registros de saúde, como a declaração de óbito, além dos registros de atendimento nos prontuários;
- Identificar e recomendar estratégias e medidas de atenção à saúde necessária para a redução, com destaque para as mortes por causas evitáveis;
- Elaborar relatório analítico semestral/anualmente e encaminhar aos gestores nos diversos níveis da assistência.

Os membros da Comissão de Óbito têm por Atribuições:

Ao Presidente, compete:

- Convocar e presidir as reuniões.
- Indicar seu vice-presidente.
- Representar a comissão junto à Diretoria da instituição, ou indicar seu representante.
- Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão previamente aprovadas pelos membros desta.
- Fazer cumprir as competências descritas neste documento. Nas decisões da comissão, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva).
- Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá seu vice-presidente. As atribuições do vice-presidente serão assumir as atividades do presidente na sua ausência.

Ao Secretário, compete:

Organizar a ordem do dia;

- Receber e protocolar os processos e expedientes;
- Lavrar a ata das sessões/reuniões.
- Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo Presidente.
- Organizar e manter o arquivo da comissão.
- Preparar a correspondência.
- Realizar outras funções determinadas pelo Presidente relacionadas ao serviço desta secretaria.
- Solicitar ao SAME (Serviço de Arquivo Médico) todos os prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los em 24 horas após o trabalho realizado.

Este Regimento Interno entra em vigor na data de sua aprovação e publicação, revogadas as disposições em contrário.

2.7. Cronograma de Atividades

COMISSÃO DE ANÁLISE DE ÓBITOS												
Ações	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Nomeação do Membros da Comissão												
Reuniões da Comissão												
Implantação de Indicadores												
Treinamentos - Levantamento de Necessidades												
Realização de reuniões com a Comissão Ética Médica												
Realização de reuniões com a Comissão Ética Enfermagem												
Avaliação de Indicadores												

3. Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)

3.1. Conteúdo

A Lei Federal 9.431 de 06/01/97 instituiu a obrigatoriedade da existência da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e de um Programa de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH), definido como um conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente, tendo como objetivo a redução máxima possível da incidência e

gravidade das infecções nosocomiais. Em 13/05/98, o Ministério da Saúde editou a Portaria 2.616/98, com diretrizes e normas para a execução destas ações, adequando-as à nova legislação.

3.2. Membros

- I. Um coordenador;
- II. Membro consultores representantes do Serviço Médico, do Serviço de Enfermagem, do Serviço de Farmácia, do Laboratório de Microbiologia e da Administração;
- III. Membros Executores que constituirão a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- IV. Um médico;
- V. Dois enfermeiros;
- VI. Um farmacêutico;
- VII. Um secretário.

3.3. Objetivos

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) tem como objetivo reduzir o risco de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS). A CCIH é um órgão que assessora a autoridade máxima da instituição.

A Comissão de Controle de Infecção deverá elaborar, implementar, manter e avaliar programas de controle de infecção, adequados às características e necessidades da Unidade, reduzindo ao máximo possível incidência e gravidade das infecções, contemplando ações relativas a:

- Implantação de um Sistema de Vigilância Epidemiológica de Infecções, de acordo com as determinações do Ministério da Saúde;
- Adequação, implementação e supervisão das normas e rotinas técnico operacionais, visando à prevenção e controle das infecções hospitalares;

- Capacitação dos profissionais da UPA para a prevenção e controle das infecções hospitalares;
- Uso racional de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares;

3.4. Frequência das reuniões

As reuniões serão mensais, ou em menor tempo caso seja necessário, ratificado por dois membros da Comissão.

Todas as reuniões, sejam ordinárias ou extraordinárias, serão registradas em Ata e arquivadas na Direção da UPA, deverão constar minimamente os membros presentes e assinaturas, os assuntos deliberados, as recomendações e pareceres.

3.5. Finalidades

- Propor diretrizes de atuação em assuntos relevantes para o controle de infecção hospitalar;
- Avaliar sistematicamente o programa de controle de infecção hospitalar - PCIH, e o sistema operacional de vigilância, notificação e investigação epidemiológicas do serviço;
- Estimular o quadro técnico do serviço ao desenvolvimento de pesquisas que venham a contribuir, direta ou indiretamente, para o controle da infecção hospitalar.
- Elaborar, implementar, manter, avaliar e adequar aspectos de prevenção e controle propriamente dito;
- Planejar e implementar cursos de atualização em controle de infecção hospitalar, objetivando estabelecer sistematicamente um programa de educação continuada para equipe multiprofissional que lida, direta ou indiretamente, com a equipe multidisciplinar da upa;
- Planejar, padronizar, treinar e supervisionar técnicas, procedimentos, normatizações e medidas de prevenções universais relativas à prevenção e ao controle das infecções hospitalares em todos seus setores;

- Avaliar, periódica e sistematicamente, as informações providas pelo sistema de vigilância epidemiológica das infecções hospitalares e aprovar medidas de controle propostas pelos membros executores da CCIPH;
- Realizar investigação epidemiológica de casos, sempre que indicado, e implantar medidas imediatas de controle;
- Elaborar e divulgar, regularmente, relatórios e comunicar, periodicamente, à autoridade máxima da unidade, a situação do controle das infecções;
- Elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico operacionais, visando limitar a disseminação de agentes presentes nas infecções em curso na unidade, por meio de medidas adequadas;
- Adequar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico operacionais, visando à prevenção e ao tratamento das infecções;
- Definir, em cooperação com a farmácia, política de utilização de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares;
- Elaborar regimento interno para a comissão de controle de infecção;
- Cooperar com a ação do órgão de gestão do sus, bem como fornecer, prontamente, as informações epidemiológicas solicitadas pelas autoridades competentes;
- Notificar ao serviço de vigilância epidemiológica, os casos e surtos diagnosticados ou suspeitos de infecções associadas à utilização e/ou produtos industrializados;
- Propor diretrizes de atuação em assuntos relevantes para o controle de infecção hospitalar.

3.6. Proposta de Regimento Interno

Considerando que a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar tem entre suas ações:

- Detectar casos de infecção hospitalar, seguindo critérios de diagnósticos previamente estabelecidos;
- Fazer cumprir as diretrizes estabelecidas no programa de controle de infecção hospitalar (PCIH) por meio de sua operacionalização no hospital;

- Conhecer as principais infecções hospitalares detectadas no serviço e definir se a ocorrência destes episódios de infecção está dentro de parâmetros aceitáveis. Isto significa conhecer a literatura mundial sobre o assunto e saber reconhecer as taxas aceitáveis de infecção hospitalar para cada tipo de serviço;
- Elaborar normas de padronização para que os procedimentos realizados na instituição sigam uma técnica asséptica (sem a penetração de microrganismos), diminuindo o risco de o paciente adquirir infecção;
- Colaborar no treinamento de todos os profissionais da saúde no que se refere à prevenção e controle das infecções hospitalares;
- Realizar controle da prescrição de antibióticos, evitando que os mesmos sejam utilizados de maneira descontrolada na upa;
- Recomendar as medidas de isolamento de doenças transmissíveis, quando se trata de pacientes hospitalizados;
- Oferecer apoio técnico à administração hospitalar para a aquisição correta de materiais e equipamentos e para o planejamento adequado da área física das unidades de saúde.

Considerando que a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar norteará seus atos pelos princípios Portaria Nº. 2616 de 12/05/98, do Ministério da Saúde, pelo humanismo, Código de Ética e vocação da UPA, e deve obedecer sempre ao preconizado pelo instrumento máximo desta instituição, o Manual de Gestão Hospitalar.

Considerando que a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (C.C.I.H.) visa coordenar as atividades de investigação, prevenção e controle, objetivando reduzir a incidência e a gravidade das infecções hospitalares às menores taxas possíveis, sendo que, deve-se entender por infecção hospitalar qualquer infecção adquirida após a internação de um paciente em unidade hospitalar e que se manifeste durante a internação ou mesmo após a alta, quando puder ser relacionada com a hospitalização.

Considerando que a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar desempenha um papel de extrema relevância junto à UPA, uma vez que, as infecções hospitalares constituem

risco significativo à saúde dos pacientes, e sua prevenção e controle envolvem medidas de qualificação da assistência hospitalar, de vigilância sanitária entre outras.

A presente Comissão tem o intuito primário de avaliar e controlar os riscos e os episódios de infecção hospitalar, por meio de acompanhamento, controle e treinamentos com as equipes envolvidas no contato direto e indireto ao paciente.

A eleição dos membros desta comissão se dará por indicação da Direção da UPA com validade indeterminada, sendo as cadeiras da comissão sempre preenchidas pelos ocupantes dos cargos representantes. São eles:

- I. Um coordenador;
- II. Membro consultores representantes do Serviço Médico, do Serviço de Enfermagem, do Serviço de Farmácia, do Laboratório de Microbiologia e da Administração;
- III. Membros Executores que constituirão a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH;
- IV. Um médico;
- V. Dois enfermeiros;
- VI. Um farmacêutico;
- VII. Um secretário.

A Comissão poderá, eventualmente, ser solicitada à formação de um Grupo de Trabalho Específico, conforme a necessidade da avaliação presente, ou seja, dependendo da situação de análise em voga, pode ser chamado um médico da especialidade, enfermeiro entre outros para análise da situação, sendo considerado como membro flutuante da comissão.

Os membros da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar deverão encontrar-se mensalmente, conforme cronograma específico. Todos os membros deverão estar presentes, pontualmente e em caso de impossibilidade de comparecimento, deverão encaminhar justificativa à Secretária da Comissão. Todas as reuniões serão registradas em Atas, onde todos os integrantes deverão assinar para validação das informações ali constante.

A ausência em 03 reuniões seguidas implicará em desligamento da Comissão, a substituição do membro da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar será feita imediatamente por indicação do Presidente.

A CCIH tem por **Competência**:

- Elaborar, implementar, manter e avaliar programa de controle de infecção hospitalar, adequado às características e necessidades da UPA;
- Implantação de um Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares;
- Adequar, implementar e supervisionar as normas e rotinas técnico-operacionais, visando à prevenção de controle das infecções hospitalares;
- Capacitar os profissionais da UPA, no que diz respeito à prevenção e controle das infecções hospitalares e ao 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 necessárias;
- Realizar investigação epidemiológica de casos e surtos, sempre que indicado, e implantar medidas imediatas de controle;
- Elaborar e divulgar, regularmente, relatórios e comunicar, periodicamente, à Direção, Gerências e aos responsáveis pelos setores da UPA, situação do controle das infecções hospitalares, promovendo seu amplo debate com a equipe multidisciplinar;
- Elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando limitar a disseminação de agentes presentes nas infecções hospitalares em curso na UPA, por meio de medidas de precaução e de isolamento;
- Definir, em cooperação com o Setor de Farmácia, política de utilização de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares para a UPA;

- Cooperar com a ação do órgão de gestão do Sistema Único de Saúde, bem como fornecer, prontamente, as informações epidemiológicas solicitadas pelas autoridades competentes;
- Notificar ao Serviço de Vigilância Epidemiológica e Sanitária do organismo de gestão do Sistema Público de Saúde, os casos e surtos diagnosticados ou suspeitos de infecções associadas à utilização de insumos e/ou produtos industrializados.

Os membros da CCIH têm por atribuições:

Ao Coordenador da CCIH, compete:

- Representar a CCIH dentro da UPA, inclusive na Diretoria;
- Ser o elo de ligação entre a CCIH e a administração;
- Escolher os membros para composição da CCIH, com o mínimo de 1 (um) médico com conhecimentos em Epidemiologia e 1 (um) enfermeiro: dentro dos padrões estipulados pela Portaria Nº. 2616 de 12/05/98, do Ministério da Saúde;
- Manter um programa de Infecção Hospitalar de acordo com os padrões determinados pela Lei Nº. 9431, de 06/01/97;
- Estabelecer, junto com os membros da CCIH, sistema operacional prático para as notificações e avaliações das infecções hospitalares;
- Convocar reuniões mensais ordinárias e/ou extraordinárias quando necessário;
- Incentivar pesquisas na área de controle de infecções hospitalares;
- Solicitar à Administração, quando necessário, recursos para implementação dos programas propostos pelo CCIH;
- Enviar à Administração, relatórios mensais de atividades da CCIH;
- Cumprir e fazer cumprir o Regimento da CCIH.

Ao Vice-Coordenador da CCIH, compete:

- Substituir o Coordenador, quando do impedimento deste ou quando delegado;

- Cooperar com o Coordenador nas atividades que visem o controle de infecções hospitalares;
- Participar das reuniões da CCIH;
- Cumprir e fazer cumprir o presente Regimento.

Ao Enfermeiro, compete:

- Ser membro executor do Serviço de Infecção Hospitalar do Hospital;
- Realizar a vigilância epidemiológica sistemática, busca ativa através de:
 - ✓ Visitas regulares às unidades de internação;
 - ✓ Revisão diária dos prontuários.
- Verificar as anotações de enfermagem, pesquisando indícios de hiperemia, uso de antibióticos, drenagens de secreções, sondagens, e/ou outros indicativos de infecção, principalmente em pacientes com probabilidade de adquirir infecção hospitalar;
- Verificar a realização de exames laboratoriais;
- Verificar o tempo de uso de antibioticoterapia;
- Monitorizar diariamente a execução de procedimentos invasivos;
- Realizar campanhas educativas, principalmente quanto à lavagem das mãos;
- Realizar supervisão técnica em todos os setores ligados à infecção hospitalar: CME, SND, Lavanderia e Limpeza;
- Realizar reciclagens de técnicas e procedimentos;
- Efetuar orientação técnica para isolamentos e/ou precauções universais;
- Participar de reuniões da CCIH;
- Atuar na orientação, treinamento, e supervisão dos atos de enfermagem de acordo com a CCIH;
- Realizar codificação dos dados obtidos na busca ativa;
- Participar de padronização de antibióticos;
- Orientar e emitir laudos técnicos, quando da aquisição de materiais e equipamentos de uso de enfermagem;

- Ser o elo de ligação entre o serviço de enfermagem e a CCIH;
- Supervisionar a execução de testes biológicos, semanais, nas autoclaves;
- Elaborar relatório mensal de atividades;
- Interagir com a farmácia, quanto a treinamentos, controle de qualidade dos medicamentos e materiais e/ou outros.

Ao Farmacêutico, compete:

- Elaborar o levantamento do consumo mensal de antibióticos, de acordo com a Portaria 2.616 de 12 de maio de 1998, do Ministério da Saúde;
- Responsabilizar-se pela diluição de desinfetantes e soluções usadas na UPA;
- Cooperar e participar nas normas de padronização do uso de antimicrobianos aprovados no estudo de sensibilidade bacteriana;
- Preparar, controlar e armazenar as soluções para nutrição parenteral e enteral, inclusive com encaminhamento de amostras para cultura e controle de qualidade, de acordo com a Resolução CFF Nº. 247 de 08/03/93;
- Notificar periodicamente, o custo das drogas de maior consumo na UPA, bem como de suas alternativas similares;
- Elaborar e desenvolver projetos de pesquisa sobre estabilidade das soluções, toxicidade dos produtos químicos, espectro de ação antimicrobiana, interação entre medicamentos, produtos químicos e correlatos, entre outras;
- Manter registro de informações para subsidiar programas de farmacovigilância;
- Avaliar as interações medicamentosas, drogas nutrientes e outros;
- Elaborar e supervisionar rotinas específicas para manipulação de drogas e soluções, assim como quanto à embalagem e estocagem destes produtos;
- Informar a CCIH o uso inadequado de qualquer produto que vise o controle profilático ou terapêutico da infecção hospitalar;
- Participar da educação continuada;
- Colaborar e participar das avaliações microbiológicas dos produtos usados na UPA;

- Emitir parecer técnico/científico sobre todos os produtos químicos, esterilizantes, desinfetantes, degermantes, anti-sépticos e ceras usadas na limpeza e na desinfecção e assepsias;
- Emitir relatório mensal do perfil epidemiológico das culturas realizadas.

Ao Médico, compete:

- Interagir com o Corpo Clínico, no sentido de fazer cumprir as determinações do CCIH;
- Avaliar e sugerir, as prescrições médicas no que se refere ao uso de antibióticos, considerando seu tempo de ação e coeficiente sensibilidade/resistência;
- Avaliar e determinar a necessidade de isolamento e/ou precauções universais;
- Orientar quanto à realização e necessidade de culturas microbiológicas;
- Participar das atividades de treinamento, de maneira generalizada;
- Representar a CCIH, quando for determinado;
- Elaborar relatórios mensais de atividades da CCIH, incluindo os índices de infecção detectados;
- Verificar e orientar normas de admissão de pacientes e de assepsia;
- Participar das reuniões da CCIH;
- Acompanhar programas de imunização dos funcionários e/ou profissionais.]

Ao Representante da Administração, compete:

- Prever e prover local apropriado para o funcionamento da CCIH;
- Intermediar junto à administração superior das necessidades financeiras dos Programas de Controle de Infecções Hospitalares;
- Estabelecer normas para os visitantes;
- Participar ativamente das campanhas educativas promovidas pelo CCIH;
- Assegurar a participação dos vários serviços do hospital na CCIH;
- Participar das reuniões da CCIH;

- Assegurar ligação contínua com as autoridades de saúde e com outros órgãos relacionados ao controle de infecções hospitalares;
- Avaliar e agilizar as solicitações cabíveis que auxiliam no bom desempenho da CCIH;
- Propiciar recursos humanos e materiais para a implantação dos programas de controle de infecções hospitalares;
- Apoiar e divulgar os boletins epidemiológicos elaborados pela CCIH;
- Publicar, divulgar e implementar o Regimento da CCIH, visando a orientação e conhecimento de toda a comunidade hospitalar;
- Divulgar amplamente na UPA a Campanha da Lavagem das Mãos;
- Avaliar, constantemente, a atuação da CCIH;
- Promover debates sobre o Controle de Infecções;
- Facilitar pesquisas e a participação dos membros da CCIH em congressos, cursos orientados para profilaxia, controle e combate às infecções Hospitalares;
- Prever serviços e instalações adequadas para as atividades relacionadas à microbiologia;
- Desempenhar tarefas afins.

Ao Secretário da CCIH, compete:

- Manter os arquivos e fichários em ordem e atualizados;
- Redigir as atas das reuniões da CCIH, em livros próprios;
- Expedir as correspondências da CCIH;
- Atender as determinações do coordenador da CCIH;
- Protocolar correspondência recebida e enviada;
- Convocar reuniões ordinárias e extraordinárias, por solicitação do coordenador da CCIH;
- Manter o quadro de avisos em ordem;
- Manter atualizados os registros de dados para fins estatísticos.

Este Regimento Interno entra em vigor na data de sua aprovação e publicação, revogadas as disposições em contrário.

3.7. Cronograma de Atividades

COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR												
Ações	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Nomeação do Membros da Comissão												
Reuniões da Comissão												
Implantação de Indicadores												
Treinamentos - Levantamento de Necessidades												
Capacitação Biossegurança												
Capacitação de Lavagem das Mãos												
Avaliação de Indicadores												

4. Comissão de Ética Médica

4.1. Conteúdo

A Comissão de Ética Médica é o órgão supervisor da ética profissional na instituição, representando o Conselho Regional e Federal de Medicina. Este tem por atribuição julgar e disciplinar a classe médica nos aspectos referentes ao exercício profissional, cabendo-lhes zelar e trabalhar, por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente.

4.2. Membros

De acordo com a Resolução CFM Nº 2152 DE 30/09/2016, a instituição que possuir de 31 a 999 médicos tem a obrigatoriedade de eleger comissão com mínimo de três membros efetivos e igual número de suplentes, sendo compostas por 1 (um) Presidente, 1 (um) Secretário e demais membros efetivos e suplentes.

Cabe ressaltar que não poderão integrar a CEM os médicos que exercerem cargo de Direção Técnica, Clínica ou Administrativa na instituição e os que não estejam quites com o Conselho Regional.

Quando os investidos nas funções acima após terem sido eleitos, os membros efetivos serão substituídos pelos suplentes, tendo o mandato da CEM a vigência de 30 (trinta) meses.

4.3. Objetivos

A Comissão de Ética Médica (CEM) em uma unidade de pronto atendimento (UPA) tem como objetivos:

- Fiscalizar o exercício da atividade médica dentro da instituição;
- Salvarguardar o Código de Ética Médica, no sentido preventivo com relação ao erro médico, através da promoção de cursos, palestras, simpósios em educação continuada.

A CEM é um órgão de apoio ao trabalho dos Conselhos Regionais de Medicina, que atua de forma investigativa, educativa e fiscalizadora.

4.4. Frequência das reuniões

A Comissão se reunirá ordinariamente uma vez por mês e, extraordinariamente, sempre que convocado pelo Presidente ou por requerimento da maioria de seus componentes.

A primeira reunião da comissão recém-empossada deverá nomear, entre os membros, o presidente e o secretário, e encaminhar ao CREMERJ a ata contendo as referidas nomeações.

4.5. Finalidades

- Orientar e fiscalizar o desempenho ético da profissão dentro da Instituição;
- Atuar como controle de qualidade das condições de trabalho e prestação de assistência médica na Instituição, sugerindo e acompanhando as modificações necessárias;
- Denunciar às instâncias superiores as eventuais más condições de trabalho na UPA;
- Fiscalizar o exercício da medicina na instituição, garantindo que os médicos atuem de acordo com os preceitos éticos e legais da profissão;

- Assegurar o cumprimento do Código de Ética Médica, promovendo ações preventivas para evitar erros médicos;
- Orientar os pacientes sobre questões de ética médica;
- Combater o exercício ilegal da medicina;
- Promover debates sobre ética médica, integrando-os à rotina do corpo clínico;
- Colaborar com o Conselho Regional de Medicina na educação, discussão e divulgação de temas éticos.

4.6. Proposta de Regimento Interno

CAPÍTULO I - DAS DEFINIÇÕES

Art. 1º A Comissão de Ética Médica (CEM) desempenha suas atribuições sindicantes, educativas e fiscalizadoras na UPA Tamoios, por delegação do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (CREMERJ).

Art. 2º A CEM exerce suas funções sobre todos os médicos em atividade assistencial, didática, administrativa ou de pesquisa na UPA Tamoios, regularmente registrados no CREMERJ.

Art. 3º A CEM é autônoma em relação à Direção da UPA, mantendo com a mesma, relação de assessoria em ações educativas, fiscalizadoras e sindicantes.

CAPÍTULO II- DA COMPOSIÇÃO

Art. 4º A CEM da UPA Tamoios será composta por, no mínimo seis membros, que participam das atividades inerentes a CEM e de suas reuniões ordinárias e extraordinárias em condições de igualdade de manifestação de opinião e voto.

§ 1.º O número de integrantes poderá ser alterado a qualquer momento, tendo como base Resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM) ou do CREMERJ.

§ 2.º Os três membros mais votados na eleição serão considerados titulares, os demais serão considerados suplentes.

§ 3.º Todos os membros titulares e suplentes serão convocados para as reuniões.

Art. 5º Os membros eleitos escolherão, por votação, o presidente e o secretário.

Parágrafo único. No caso de vacância destes cargos, os membros da CEM em votação e, por aprovação da sua maioria, procederão à substituição dos mesmos, cujos substitutos exercerão suas funções até o cumprimento do restante do mandato.

Art. 6º Durante a gestão, os membros da CEM poderão, em qualquer momento, por sua maioria, em reunião previamente convocada para tal finalidade, colocar em votação a substituição e nova eleição do seu presidente e ou secretário.

Art. 7º Não poderão integrar a CEM:

- I. Médicos que exercem cargos de gerência, gerência técnica, clínica ou administrativa na Instituição;
- II. Médicos que não estejam em dia com o CREMERJ;
- III. Médicos estagiários e os médicos voluntários.

§ 1.º Os membros da CEM que posteriormente passarem a exercer cargos de gerência técnica, clínica ou administrativa da UPA Tamoios deverão ser imediatamente afastados.

§ 2.º O desligamento da Instituição implica no seu automático desligamento da CEM.

§ 3.º Não poderão integrar a CEM médicos que porventura sofreram processos com sanções éticas nos últimos dez anos.

CAPÍTULO III -DAS COMPETÊNCIAS

Art. 8.º Compete à CEM:

- I. Supervisionar, orientar e avaliar na UPA, o exercício ético e legal da atividade médica;
- II. Comunicar ao CREMERJ quaisquer indícios de infração à lei ou dispositivos éticos vigentes;
- III. Comunicar ao CREMERJ o exercício ilegal da profissão;
- IV. Instaurar sindicância, quando houver indícios de infração ao Código de Ética Médica ou por solicitação do CREMERJ, instruí-la e formular relatório circunstanciado acerca da situação apurada, encaminhando-o ao CREMERJ, sem emitir juízo de valor a respeito dos fatos que apurar;

- V. Desenvolver atividade educativa através de discussões, divulgações e orientações sobre temas relativos à Ética Médica, mantendo diálogo regular com a Direção, Gerências e com os responsáveis pelos setores da UPA;
- VI. Fornecer subsídios à Direção e Gerência Médica, visando a melhoria das condições de trabalho e da assistência médica;
- VII. Atuar preventivamente, conscientizando os médicos da UPA, quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético, através de reuniões e outros meios disponíveis;
- VIII. Divulgar a CEM aos médicos e usuários da UPA, sua constituição, finalidades e localização;
- IX. Manter estreita relação com a Comissão de Análise de Óbitos através do exame dos relatórios da totalidade dos óbitos ocorridos na UPA e da colaboração na avaliação da qualidade dos prontuários dos pacientes.

Art. 9º. Compete aos membros da CEM:

- I. Eleger o Presidente e o Secretário;
- II. Comparecer a todas as reuniões da CEM, discutindo e votando as matérias em pauta;
- III. Desenvolver as atribuições conferidas a CEM;
- IV. Garantir o exercício do amplo direito de defesa àqueles que vierem responder à sindicância;
- V. Convocar reunião extraordinária, por solicitação da sua maioria, para discutir assuntos considerados relevantes;
- VI. Aprovar material de divulgação, emitido pela CEM.

Art. 10 Compete ao Presidente da CEM:

- I. Representar a CEM perante a Direção, Comissões e ao CREMERJ;
- II. Convocar as reuniões ordinárias e extraordinárias da CEM;
- III. Convocar o Secretário ou, na ausência deste, membro da CEM, para substituí-lo em todas as suas funções durante seus impedimentos;
- IV. Encaminhar ao CREMERJ os Relatórios de Sindicâncias devidamente apuradas;

V. Indicar um ou mais membros sindicantes para convocar e realizar audiências, analisar e elaborar Relatório a CEM quando da apuração de sindicâncias, bem como responder a consultas referentes a assuntos éticos;

Art. 11 Compete ao Secretário da CEM:

- I. Substituir o Presidente em seus impedimentos eventuais;
- II. Colaborar com o Presidente nos trabalhos atribuídos a CEM;
- III. Secretariar as reuniões ordinárias e extraordinárias da CEM.

Art. 12 Compete ao apoio administrativo

- I. Receber os expedientes encaminhados a CEM;
- II. Estabelecer forma de registro e controle dos processos sob análise na CEM;
- III. Manter o arquivo da CEM em ordem;
- IV. Confeccionar memorandos, ofícios e rotinas operacionais da CEM;
- V. Observar as regras da Instituição para o andamento dos trabalhos da CEM;
- VI. Proceder as convocações para as reuniões da CEM;
- VII. Proceder as convocações para as oitivas;
- VIII. Preservar, em sigilo, os assuntos discutidos durante as reuniões e depoimentos;
- IX. Observar as regras instituídas para a condução de processos administrativos, de recursos humanos e de materiais.

CAPÍTULO IV - DAS ELEIÇÕES

Art. 13 O Gerente Médico da UPA designará uma comissão eleitoral com a competência de organizar, dirigir e supervisionar todo o processo eleitoral, de acordo com as normas do CREMERJ.

Parágrafo único. Os integrantes da comissão eleitoral e membros de cargos diretivos da UPA não podem ser candidatos à Comissão de Ética Médica.

Art. 14 A comissão eleitoral convocará a eleição, por intermédio de edital a ser divulgado na UPA, 30 (trinta) dias antes da data fixada para a eleição, validará e publicará a lista dos votantes do corpo clínico.

Parágrafo único. O edital deverá conter as informações necessárias ao desenvolvimento do processo eleitoral, com as regras específicas a serem observadas durante o pleito.

Art. 15 A candidatura deverá ser formalizada perante a comissão eleitoral, com a antecedência mínima de 15 (quinze) dias da data da eleição, por intermédio de chapas, de acordo com o Artigo 5.º deste Regimento.

§ 1.º No momento da inscrição, a chapa designará um representante para acompanhar os trabalhos da comissão eleitoral e fiscalizar o processo de eleição.

§ 2.º O requerimento de inscrição deverá ser subscrito por todos os candidatos que compõem a chapa.

Art. 16 A comissão eleitoral divulgará, no âmbito da UPA, as chapas inscritas, de acordo com o número de registro, durante o período mínimo de uma semana.

Art. 17 A comissão eleitoral procederá à apuração dos votos imediatamente após o encerramento da votação, podendo ser acompanhada pelo representante das chapas e demais interessados, a critério da comissão eleitoral.

Parágrafo único. Será considerada eleita a chapa que obtiver maioria simples dos votos apurados.

Art. 18 O resultado da eleição será lavrado em ata pela comissão eleitoral, que deverá ser encaminhada ao CREMERJ para homologação e registro.

Art. 19 Os protestos, impugnações e recursos deverão ser formalizados, por escrito, dentro de, no máximo, dois dias após a ocorrência do fato, encaminhados em primeira instância à comissão eleitoral e, em segunda instância, ao CREMERJ, se necessário.

Art. 20 Homologado e registrado o resultado, os membros eleitos serão empossados pelo CREMERJ

Parágrafo único. O CREMERJ emitirá certificado de eleição, com a composição da Comissão de Ética Médica, que deverá ser afixado na UPA, em local visível ao público.

CAPÍTULO V - DO FUNCIONAMENTO

Art. 21 A CEM se reunirá ordinariamente bimestralmente, e, extraordinariamente, quantas vezes for necessário para o bom andamento dos trabalhos.

Parágrafo único. O calendário de reuniões deverá ser afixado em local de acesso aos médicos do corpo clínico e publicado na página da CEM no *site* da UPA Tamoios.

Art. 22 As deliberações da CEM dar-se-ão por maioria simples, sendo prerrogativa do presidente o voto qualificado, em caso de empate.

Art. 23 As reuniões ordinárias e extraordinárias da CEM serão conduzidas pelo Presidente ou Secretário, na ausência do primeiro, em dia e hora devidamente divulgados com, pelo menos, a metade dos membros convocados, após quinze minutos do início previsto.

§ 1.º Na ausência do Presidente e do Secretário, os membros presentes à reunião, escolherão o Presidente e o Secretário que deverão conduzir a reunião.

§ 2.º Os membros que porventura não comparecerem à reunião ordinária ou extraordinária deverão justificar sua ausência ao Presidente da CEM, antes da reunião, por escrito.

§ 3.º Os membros que apresentarem três ausências consecutivas deverão justificar quanto a sua permanência na CEM e o mesmo se aplica aos membros que se ausentarem por cinco reuniões não consecutivas, mesmo que justificadas.

Art. 24 Nos casos de afastamento definitivo ou temporário de um de seus membros efetivos, o presidente da CEM procederá à convocação do suplente, pelo tempo que perdurar o afastamento, devendo comunicar imediatamente ao CREMERJ.

§ 1.º Se o membro da CEM deixar de fazer parte do corpo clínico do estabelecimento de saúde respectivo, o seu mandato cessará automaticamente, cabendo ao presidente comunicar imediatamente ao CREMERJ.

§ 2.º Sobrevindo condenação ético-profissional transitada em julgado no âmbito administrativo contra qualquer membro da CEM, este deverá imediatamente ser afastado pelo CREMERJ.

Art. 25 Nos casos de vacância do cargo de presidente ou de secretário, far-se-á nova escolha, dentre os membros efetivos, para o cumprimento do restante do mandato.

Parágrafo único. Quando ocorrer vacância em metade ou mais dos cargos da CEM, será convocada nova eleição para preenchimento dos cargos vagos até que a nova eleição oficial seja realizada, que poderá ser por candidatura individual.

Art. 26 O mandato da CEM será de trinta meses.

CAPÍTULO VI - DA APURAÇÃO INTERNA

Art. 27 A apuração interna será instaurada mediante:

- I. Denúncia por escrito, devidamente identificada e, se possível, fundamentada;
- II. *Ex officio*, por intermédio de despacho do presidente da cem.

Parágrafo único. Instaurada a apuração, o presidente da CEM deverá informar imediatamente ao CREMERJ para protocolo e acompanhamento dos trabalhos.

Art. 28 As apurações internas deverão ser realizadas pelo membro da CEM designado, sem excesso de formalismo, tendo por objetivo a apuração dos fatos no local em que ocorreram.

Art. 29 Instaurada a apuração interna, os envolvidos serão informados dos fatos e, se for o caso, convocados mediante ofício para prestar esclarecimentos em audiência ou por escrito, no prazo de 15 dias contados da juntada aos autos do comprovante de recebimento.

Parágrafo único. A apuração interna no âmbito da CEM, por se tratar de procedimento sumário de esclarecimento, não está sujeita às regras do contraditório e da ampla defesa.

Art. 30 A apuração interna deverá ter a forma de autos judiciais, com as folhas devidamente numeradas e rubricadas, ordenadas cronologicamente.

Parágrafo único. O acesso aos autos é permitido apenas às partes, aos membros da CEM, ao CREMERJ e ao CFM.

Art. 31 Encerrada a apuração dos fatos, será lavrado termo de encerramento dos trabalhos e serão encaminhados os autos ao presidente da CEM, que poderá sugerir o arquivamento ou o encaminhamento ao CREMERJ.

Parágrafo único. O presidente da CEM poderá colocar os autos para apreciação dos demais membros que, em votação simples, poderão deliberar pela realização de novos atos instrutórios.

Art. 32 Todos os documentos obtidos e relacionados com os fatos, quais sejam, cópias dos prontuários, das fichas clínicas, das ordens de serviço e outros que possam ser úteis ao

deslinde dos fatos, deverão ser encartados aos autos de apuração, quando do seu envio ao CREMERJ.

Art. 33 Se houver denúncia envolvendo algum membro da CEM, este deverá abster-se de atuar na apuração dos fatos denunciados, devendo o presidente da comissão remeter os autos diretamente ao CREMERJ para as providências cabíveis.

Art. 34 A CEM não poderá emitir nenhum juízo de valor a respeito dos fatos que apurar.

Art. 35 Constatada a existência de indícios de infração ao Código de Ética Médica, a sindicância deverá ser encaminhada ao CREMERJ, para a competente tramitação.

Art. 36 Constatada a existência de indícios de infração administrativa, o fato deverá ser comunicado à Direção da UPA para as providências cabíveis.

Art. 37 Em casos considerados de menor gravidade pela CEM, que não tenham acarretado danos a terceiros, poderá ser proposta a conciliação entre as partes envolvidas *ad referendum* do CREMERJ.

§ 1.º Havendo conciliação, a Comissão lavrará tal fato em ata específica.

§ 2.º Não havendo conciliação, a sindicância seguirá seu trâmite normal com o envio do Relatório ao CREMERJ.

CAPÍTULO VII - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 38 Os médicos envolvidos nos fatos a serem apurados, convocados nas apurações internas que deliberadamente se recusarem a prestar esclarecimentos à CEM, ficarão sujeitos a procedimento administrativo no âmbito do CREMERJ, conforme preconiza o art. 17 do Código de Ética Médica.

Art. 39 O presidente da CEM deverá fornecer ao CREMERJ relatório sobre as atividades realizadas, a cada seis meses ou quando solicitado.

Art. 40 Os casos omissos serão decididos pelo CREMERJ.

Art. 41 Este Regimento Interno está de acordo com a Resolução CFM n.º 2152/2016 que estabelece normas de organização, funcionamento, eleição e competências das CEMs dos Estabelecimentos de Saúde podendo ser alterado, de acordo com futuras Resoluções do

CFM, do CREMERJ e quando a CEM julgar necessário, obedecidas as regras do CFM e do CREMERJ.

Art. 42 Este Regimento Interno entra em vigor na data de sua publicação.

4.7. Cronograma de Atividades

COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA												
Ações	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Eleição dos membros da Comissão												
Nomeação do Membros da Comissão												
Reuniões da Comissão												
Implantação de Indicadores												
Treinamentos - Levantamento de Necessidades												
Oficina de capacitação sobre Ética Médica												
Realização de reuniões com a Comissão Prontuários												
Realização de reuniões com a Comissão Óbitos												
Avaliação de Indicadores												

5. Comissão de Segurança do Paciente

5.1. Conteúdo

A Comissão de Segurança do Paciente (COSEP) constitui um grupo técnico que tem como finalidade desenvolver ações voltadas para a promoção de uma cultura de segurança dos pacientes por meio do planejamento, desenvolvimento, controle e avaliação de programas que visem garantir a qualidade dos processos assistenciais. É constituída por profissionais representantes da área de assistência e da área de apoio à assistência.

A Comissão de Segurança do Paciente segue as seguintes legislações:

- Portaria Ministerial nº 529, de 1º de abril de 2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente;
- Portaria Ministerial nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013, que institui a Política de

Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS);

- Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 36, de 25 de junho de 2013, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências;
- Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 63, de 25 de novembro de 2011, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, que dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde;
- Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 2, de 25 de janeiro de 2010, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, que dispõe sobre o gerenciamento de tecnologias em saúde em estabelecimentos.

5.2. Membros

A Comissão de Segurança do Paciente deve ser composta por uma equipe multiprofissional, minimamente composta por médico, enfermeiro e farmacêutico, capacitada em conceitos de melhoria da qualidade, segurança do paciente e em ferramentas de gerenciamento de riscos em serviços de saúde.

A Comissão deve ser constituída e nomeada pela Direção da UPA, conferindo aos membros autoridade, responsabilidade e poder para executar as ações do Plano de Segurança do Paciente.

Membros Efetivos

- Gerente Médico;
- Gerente de Enfermagem;
- Responsável pela Farmácia;
- Um membro da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;

- Enfermeiro.

5.3. Objetivos

O objetivo da Comissão de Segurança do Paciente em uma unidade de pronto-atendimento (UPA) é articular os processos de trabalho e as informações que podem impactar na segurança do paciente.

A segurança do paciente é importante porque situações não intencionais podem prolongar o tempo de internação e agravar o quadro do paciente.

5.4. Frequência das reuniões

As Reuniões da Comissão de Segurança do Paciente serão mensais em cronograma determinado pelo Presidente da Comissão na ocasião da primeira reunião.

Caso ocorra algum evento que demande reunião extra da Comissão de Segurança do Paciente, poderá ocorrer reunião extraordinária desde que haja requisição de 2/3 dos membros efetivos.

5.5. Finalidades

A Comissão de Segurança do Paciente tem como finalidade:

- Sedimentar a cultura e a prática de qualidade e segurança na instituição;
- Capacitar o corpo profissional para a prática com qualidade e segurança;
- Padronizar os processos de notificação de eventos adversos e proposição de ações de melhoria;
- Garantir o gerenciamento de riscos na instituição;
- Monitorar os indicadores de qualidade dos serviços;
- Garantir a implantação das metas internacionais de segurança;
- Promover a comunicação dos processos de melhoria da qualidade em toda a upa;

- Assegurar a implantação do programa de segurança do paciente (psp) que é um conjunto de ações desenvolvidas, deliberadas com vistas à redução máxima possível de incidentes durante o atendimento ao paciente que possam vir a causar danos temporários ou permanentes ou a morte;
- Desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional na upa;
- Promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corretivas;
- Elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o plano de segurança do paciente em serviços de saúde;
- Acompanhar as ações vinculadas ao plano de segurança do paciente na upa;
- Implantar os protocolos de segurança do paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores;
- Estabelecer barreiras para a prevenção de incidentes na upa;
- Desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde;
- Analisar e avaliar os dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- Compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais da upa os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- Notificar ao sistema nacional de vigilância sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- Manter sob sua guarda e disponibilizar à autoridade sanitária, quando requisitado, as notificações de eventos adversos;
- Acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias.
- Estabelecer estratégias e ações de gestão de risco, conforme as atividades

desenvolvidas pela upa para identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos, de forma sistemática;

- Estabelecer estratégias e ações para integrar os diferentes processos de gestão de risco desenvolvidos na upa;
- Implementar protocolos estabelecidos pelo ministério da saúde;
- Garantir a segurança na identificação do paciente, na prescrição, uso e administração de medicamentos, administração de sangue e hemocomponentes e no uso de equipamentos e materiais;
- Criar protocolos para prevenção de quedas dos pacientes, prevenção de úlceras por pressão, prevenção e controle de eventos adversos incluindo as infecções relacionadas à assistência; segurança nas terapias nutricionais enteral e parenteral;
- Difundir a cultura de segurança do paciente na unidade, através de diferentes estratégias de sensibilização (treinamentos, palestras, oficinas, lembretes visuais, dentre outros).

Cabe ainda implementar as seis metas internacionais de segurança do paciente:

- Meta 1 – Identificação correta dos pacientes
- Meta 2 – Comunicação efetiva
- Meta 3 - Melhorar a Segurança dos medicamentos de alta vigilância
- Meta 4 – Cirurgia segura
- Meta 5 - Redução do risco de infecções associadas aos cuidados em saúde
- Meta 6 – Prevenção de danos decorrentes de quedas

Vale ressaltar que os Núcleos de Segurança de Pacientes estão previstos na Portaria MS/GM nº 529, de 01 de abril de 2013 e na RDC nº 36, de 25 de julho de 2013 e são instâncias que devem ser criadas nos estabelecimentos de Saúde para promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente.

5.6. Proposta de Regimento Interno

CAPÍTULO I - DO CONCEITO

Art. 1º A Comissão de Segurança do Paciente (CSP) é uma instância colegiada, com atribuições definidas pelo presente Regimento, integrado por membros de diferentes serviços da UPA Tamoios.

CAPÍTULO II- DA COMPETÊNCIA

Art. 2º Compete a Comissão de Segurança do Paciente (CSP):

- I. Assessorar o Setor de Gestão da Qualidade e Vigilância em Saúde e o Núcleo de Segurança do Paciente da UPA Tamoios, nos assuntos atinentes à sua matéria, com elaboração de pareceres, respostas às consultas necessárias a construção bianual do Plano de Segurança do Paciente;
- II. Elaborar trabalhos escritos, inclusive planos de ação, promover pesquisas, diagnósticos situacionais, projetos de intervenção e demais normativas que estimulem a cultura de segurança na UPA Tamoios, a discussão e a melhoria das matérias de sua competência;
- III. Manter contanto permanente com as Comissões congêneres que se relacionam direta ou indiretamente com a Segurança do Paciente na UPA, informando-as sobre as atividades desenvolvidas e as diligências realizadas no sentido de mútua colaboração;
- IV. Elaborar de forma participativa e compartilhada o Planejamento Bianual que comporá o Plano de Segurança do Paciente;
- V. Aprovar em reunião com a presença de 2/3 dos componentes da CSP o Plano Bianual de Segurança do Paciente;
- VI. Analisar e quando necessário, propor medidas que objetivem a melhoria das ações estratégicas para segurança do paciente;
- VII. Reunir-se mensalmente, discutir e receber demandas da equipe multiprofissional da UPA;
- VIII. Monitorar, a implantação das medidas propostas no Plano de Segurança do Paciente;
- IX. Auxiliar na divulgação das ações estratégicas para segurança do paciente, do plano bianual de segurança do paciente, bem como em eventos educativos e científicos relacionados ao tema desta Comissão.

CAPÍTULO III- DA COMPOSIÇÃO

Art. 3º. A Comissão de Segurança do Paciente será composta minimamente pelos seguintes membros:

- Gerente Médico;
- Gerente de Enfermagem;
- Responsável pela Farmácia;
- Um membro da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- Enfermeiro.

CAPÍTULO IV- DA COMPETÊNCIA

Art. 4º Compete ao Coordenador da Comissão de Segurança do Paciente:

- I. Convocar e presidir as reuniões;
- II. Mediar a indicação de membros para composição de grupos de trabalho que venham a ser desenvolvidos para elaboração do planejamento bianual para o plano de segurança do paciente, tendo estes objetivos específicos definidos pelos coordenadores de cada grupo;
- III. Aprovar e assinar as atas das reuniões, depois de discutir seu texto com a maioria dos membros presentes;
- IV. Dar publicidade de todos os atos praticados pela comissão;
- V. Debater com os membros presentes na reunião ordinária as questões apresentadas à comissão para apreciação e deliberação, o posicionamento final da comissão será aquele da maioria dos membros presentes e, no caso de empate, votará desempatando;
- VI. Resolver as questões de ordem;
- VII. Zelar pelo cumprimento integral do presente regimento, inclusive perante seus membros;
- VIII. Resolver os casos omissos do presente regimento.

Art. 5º Compete ao Coordenador Substituto:

- I. Participar ativamente da organização e desenvolvimento dos trabalhos para o plano bianual que subsidiará o Plano de Segurança do Paciente;
- II. Desempenhar as atribuições ou designações do Presidente da Comissão ou, no caso de impossibilidade, justificar motivo;
- III. Comparecer nas reuniões ou convocações especiais e, no caso de impossibilidade, justificar com antecedência para que não prejudique os trabalhos.

Art. 6º Compete aos demais membros competem:

- I. Proteção da imagem dos pacientes envolvidos em incidentes na UPA;
- II. Proteção da imagem dos profissionais envolvidos em incidentes na UPA;
- III. Proteção da imagem dos fabricantes de produtos relacionados a queixas técnicas e incidentes na UPA;
- IV. Proteção da identidade do notificador;
- V. Manter independência e imparcialidade dos membros da Comissão na apuração dos fatos;
- VI. Foco nos processos durante na apuração dos fatos e no processo decisório;
- VII. Promover ações para a gestão de risco, definir ações e estratégias no PSP, envolvendo as áreas de maior risco;
- VIII. A gestão de risco será desenvolvida através da aplicação contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional;
- IX. Prever a mitigação de Eventos Adversos especialmente aqueles sabidamente evitáveis e os que nunca devem ocorrer;
- X. Fazer uso de ferramentas de gestão de risco para o processo investigatório;
- XI. Desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional;
- XII. Divulgar e discutir os dados referente a Comissão de Segurança do Paciente entre os setores da UPA de forma clara e objetiva;

- XIII. Tomar conhecimento das atribuições ou designações do Coordenador da Comissão para qualquer atuação que este julgue competente e quando impossibilitado de aceitá-las apresentar justificativa;
- XIV. Comparecer nas reuniões ou convocações especiais e, no caso de impossibilidade, justificar com antecedência para que não prejudique os trabalhos.

Parágrafo único - após 03 (três) ausências consecutivas não justificadas caberá ao coordenador dar conhecimento a comissão da exclusão do profissional e solicitar um novo representante da área técnica ou serviço com nomeação em portaria no prazo de até 30 (trinta) dias após a substituição.

CAPÍTULO V- DAS REUNIÕES E COMUNICAÇÕES

Art. 7º As Reuniões da Comissão de Segurança do Paciente serão mensais em cronograma determinado pelo Presidente da Comissão na ocasião da primeira reunião.

Caso ocorra algum evento que demande reunião extra da Comissão de Segurança do Paciente, poderá ocorrer reunião extraordinária desde que haja requisição de 2/3 dos membros efetivos.

O Coordenador da Comissão designará a data e o horário das reuniões de acordo com a disponibilidade da maioria simples dos participantes.

§ 1º O Coordenador da Comissão designará a data e o horário das reuniões de acordo com a disponibilidade da maioria simples dos participantes.

§ 2º Caberá ao Coordenador da Comissão, a expedição de convocação para o comparecimento dos membros nas reuniões, que ocorrerão sempre na sala de reunião da UPA Tamoios, devendo o comunicado ser efetivado com pelo menos cinco dias de antecedência.

§ 3º Por solicitação da Direção Geral e/ou Gerência Técnica poderão ocorrer reuniões em conjunto com outras Comissões da UPA, que possuam relações diretas ou indiretas com a Comissão de Segurança do Paciente.

§ 4º As comunicações entre os Membros da Comissão poderão ser feitas por meios virtuais.

Art. 8º Dos objetos das reuniões:

I. São objetos da reunião ordinária:

- Informes livres;
- Discussão, leitura e aprovação da ata anterior;
- Comunicações do coordenador acerca dos expedientes, processos em andamento e deliberações;
- Ordem do dia;
- Apresentação de resultados e atuação da comissão.

II. A reunião extraordinária será designada pelo coordenador da comissão quando houver necessidade de deliberação urgente de alguma questão de competência desta comissão, ou a pedido de qualquer um dos membros da CSP e ou dos componentes do grupo gestor da upa tamoios.

CAPÍTULO VI- DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 9 ° As aprovações das matérias colocadas em análise, devidamente prevista em pauta ser dará por maioria simples, contado sempre pelos votos abertos dos presentes;

Art. 10 A alteração do presente Regimento se dará por iniciativa do Coordenador desta Comissão ou por qualquer um dos seus membros após aprovação deste.

Art. 11 Este Regimento entra em vigor após sua aprovação, revogando-se todas as disposições em contrário.

5.7. Cronograma de Atividades

COMISSÃO DE SEGURANÇA DO PACIENTE												
Ações	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Nomeação dos membros da Comissão												
Reunião ordinária da Comissão												
Desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional												
Elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente												
Avaliar e monitorar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente												
Treinamentos / Ações preventivas e educativas												

6. Comissão de Ética em Enfermagem

6.1. Conteúdo

A Criação de uma Comissão de Ética (CEE) objetiva criar um grupo de trabalho nos padrões preconizados pela Resolução COFEN Nº 593/2018, suprimindo as demandas éticas institucionais e aproximando e realizando o intercâmbio da categoria de enfermagem com o Conselho Regional, a fim de discutir o exercício da profissão em conformidade com os preceitos éticos. A CCE tem como finalidade igualmente divulgar, fomentar e estimular o desenvolvimento de estudos e análises das questões éticas, técnicas e administrativas próprias da prática do exercício profissional.

Comissão de Ética de Enfermagem é o órgão que representa o Conselho Regional de Enfermagem em caráter permanente junto às Instituições de Saúde, tendo funções educativas, fiscalizadoras e consultivas dos exercícios profissional e ético dos profissionais de Enfermagem nas referidas instituições. É reconhecida pela Diretoria ou Gerência de Enfermagem estabelecendo uma relação de autonomia e independência com ela, assessorando a mesma sobre assuntos pertinentes ao Serviço de Enfermagem.

6.2. Membros

Em instituições compostas a partir de 50 (cinquenta) profissionais a Comissão de Ética de Enfermagem será constituída por, no mínimo, 3 (três) e no máximo 11 (onze) profissionais de Enfermagem, facultada a eleição de suplentes, sempre respeitando o número ímpar de efetivos, entre enfermeiros e técnicos e auxiliares de enfermagem. A Comissão de Ética de Enfermagem será composta por presidente, secretário e membro, dentre os profissionais mais votados, cabendo ao Enfermeiro o cargo de presidente. (RESOLUÇÃO COFEN Nº 593/2018).

As eleições para constituição da CEE serão convocadas até 60 (sessenta) dias antes do dia do pleito, mediante edital público, firmado pelo Enfermeiro RT, a ser fixado em todos os setores em que sejam prestados serviços de enfermagem na Unidade de saúde.

O Enfermeiro RT constituirá comissão eleitoral para encaminhamento do pleito. Cabe à comissão eleitoral receber os pedidos de inscrição e sobre eles decidir. O voto será em cédula depositado em urna indevassável. Serão considerados eleitos os candidatos que obtiverem o maior número de votos válidos.

A cópia de todo o processo eleitoral deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Enfermagem para análise, avaliação e parecer de Conselheiro para aprovação do nome dos profissionais eleitos, em Plenário, podendo para tanto utilizar o meio eletrônico.

O mandato dos membros eleitos da CEE será de 3 (três) anos, admitida apenas uma reeleição.

Comissão de Ética de Enfermagem será composta por presidente, secretário e membro, dentre os profissionais mais votados, cabendo ao Enfermeiro o cargo de presidente. (RESOLUÇÃO COFEN Nº 593/2018).

A CEM da UPA Tamoios será constituída por 1 (um) presidente, 1 (um) secretário, 02 membros efetivos e 03 membros suplentes.

6.3. Objetivos

- Divulgar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e as demais normas disciplinares e éticas do exercício profissional;
- Promover e/ou participar de atividades que visem à interpretação do Código de Ética e a sensibilização dos profissionais de Enfermagem em relação ao comportamento ético-profissional;
- Promover e/ou participar de atividades multiprofissionais ligadas à ética;
- Assessorar e orientar a Gerência de Enfermagem, membros da equipe, clientes, familiares e demais interessados, sobre questões éticas e as implicações decorrentes de atitudes não éticas;
- Verificar as condições oferecidas pela Secretaria Municipal de Saúde de Itajaí/ SC para o desempenho profissional da categoria;
- Averiguar denúncias ou fatos éticos, fazendo os devidos encaminhamentos.

6.4. Frequência das reuniões

As Reuniões da CEE serão mensais em cronograma determinado pelo Presidente da Comissão na ocasião da primeira reunião.

Caso ocorra algum evento que demande reunião da Comissão de Ética de Enfermagem antes da próxima reunião ordinária, poderá ocorrer reunião extraordinária desde que haja requisição de 2/3 dos membros.

6.5. Finalidades

- Representar o Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição na instituição de saúde em se tratando de temas relacionados à divulgação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem;
- Divulgar e zelar pelo cumprimento da Legislação de Enfermagem ora vigente;
- Realizar reunião ordinária mensal e extraordinária, quando necessário;
- Identificar as ocorrências éticas e disciplinares na instituição de saúde onde atua;

- Receber denúncia de profissionais de enfermagem, usuários, clientes e membros da comunidade relativa ao exercício profissional da enfermagem;
- Elaborar relatório, restrito à narrativa dos fatos que ensejaram a denúncia, anexando documentação, se houver, relativa a qualquer indício de infração ética;
- Encaminhar o relatório ao Conselho Regional de Enfermagem e ao Gerente de Enfermagem da UPA, para conhecimento, nos casos em que haja indícios de infração ética ou disciplinar;
- Propor e participar em conjunto com o Gerente de Enfermagem e com o Enfermeiro responsável pela Educação Permanente de Enfermagem, ações preventivas e educativas sobre questões éticas e disciplinares;
- Junto ao Enfermeiro responsável pela Educação Permanente/ Continuada da UPA realizar cursos, seminários, palestras e outros eventos que visem a contribuir para o crescimento dos profissionais de enfermagem da instituição, no aspecto técnico e ético, solicitando apoio ao COREN-RJ e as entidades de representação classista;
- Assessorar a Gerência de Enfermagem da UPA, nas questões ligadas à ética profissional;
- Divulgar as atribuições da CEE;
- Participar das atividades educativas do Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição e atender as solicitações de reuniões e convocações inerentes às atribuições da CEE, inclusive promover e participar de treinamento e capacitação;
- Elaborar relatório anual de atividade a ser encaminhado ao COREN-RJ;
- Apresentar anualmente relatório de suas atividades ao COREN-RJ;
- Realizar votação dos relatórios de casos em aberto;
- Realizar discussões sobre problemas existentes na UPA e formas de resolvê-los;
- Outras deliberações pertinentes ao perfil da CEE;
- Garantir a conduta ética dos profissionais de enfermagem da instituição através da análise das intercorrências notificadas por meio de denúncia formal e auditoria;
- Zelar pelo exercício ético dos profissionais de enfermagem da instituição;

- Colaborar com o COREN-RJ no combate ao exercício ilegal da profissão e na tarefa de educar, discutir, orientar e divulgar temas relativos à ética dos profissionais de enfermagem.

6.6. Proposta de Regimento Interno

CAPÍTULO I – DA NATUREZA

Art. 1º A Comissão de Ética de Enfermagem (CEE) é um órgão representativo do COREN-RJ nas questões éticas dos profissionais da Enfermagem.

Art. 2º A atuação da CEE limita-se ao exercício ético-legal dos profissionais da Enfermagem nas áreas de assistência, ensino, pesquisa e administração.

Parágrafo único: A CEE tem como finalidades: a orientação, a conscientização, o assessoramento, a emissão de pareceres e a averiguação de fatos relacionados ao exercício ético-profissional da categoria.

Art. 3º A CEE será regida por este regimento, devidamente aprovado e homologado pelo COREN-RJ.

CAPÍTULO II - DA FINALIDADE

Art. 4º A CEE tem as seguintes finalidades:

- I. Representar o COREN-RJ de sua jurisdição na instituição de saúde em se tratando de temas relacionados à divulgação do código de ética dos profissionais de enfermagem;
- II. Divulgar e zelar pelo cumprimento da legislação de enfermagem ora vigente;
- III. Realizar reunião ordinária mensal e extraordinária, quando necessário;
- IV. Identificar as ocorrências éticas e disciplinares na instituição de saúde onde atua;
- V. Receber denúncia de profissionais de enfermagem, usuários, clientes e membros da comunidade relativa ao exercício profissional da enfermagem;
- Vi. Elaborar relatório, restrito à narrativa dos fatos que ensejaram a denúncia, anexando documentação, se houver, relativa a qualquer indício de infração ética;
- VII. Encaminhar o relatório ao COREN-RJ e ao gerente de enfermagem da upa, para conhecimento, nos casos em que haja indícios de infração ética ou disciplinar;

- VIII. Propor e participar em conjunto com a gerência de enfermagem e com o enfermeiro responsável pela educação permanente de enfermagem, ações preventivas e educativas sobre questões éticas e disciplinares;
- IX. Junto ao enfermeiro responsável pela educação permanente/ continuada da upa realizar cursos, seminários, palestras e outros eventos que visem a contribuir para o crescimento dos profissionais de enfermagem da instituição, no aspecto técnico e ético, solicitando apoio ao COREN-RJ e as entidades de representação classista;
- X. Assessorar a gerência de enfermagem da upa, nas questões ligadas à ética profissional;
- XI. Divulgar as atribuições da CEE;
- XII. Participar das atividades educativas do COREN-RJ e atender as solicitações de reuniões e convocações inerentes às atribuições da CEE, inclusive promover e participar de treinamento e capacitação;
- XIII. Elaborar relatório anual de atividade a ser encaminhado ao COREN-RJ;
- XIV. Apresentar anualmente relatório de suas atividades ao COREN-RJ;
- XV. Realizar votação dos relatórios de casos em aberto;
- XVI. Realizar discussões sobre problemas existentes na upa e formas de resolvê-los;
- XVII. Garantir a conduta ética dos profissionais de enfermagem da instituição através da análise das intercorrências notificadas por meio de denúncia formal e auditoria;
- XVIII. Zelar pelo exercício ético dos profissionais de enfermagem da instituição;
- XIX. Colaborar com o COREN-RJ no combate ao exercício ilegal da profissão e na tarefa de educar, discutir, orientar e divulgar temas relativos à ética dos profissionais de enfermagem;
- XX. Outras deliberações pertinentes ao perfil da CEE.

CAPÍTULO III - DO PROCESSO ELEITORAL

Art. 5º A convocação para as eleições deverá ser realizada pelo Enfermeiro RT da UPA, por meio de edital, onde constarão os membros da Comissão Eleitoral e os prazos a serem executados.

Art. 6º O edital deverá ser divulgado 60 (sessenta) dias antes da data do pleito.

Art. 7º As inscrições dos candidatos deverão ser realizadas após a divulgação do Edital até 30 (trinta) dias antes do pleito. As inscrições foram deste período não serão aceitas. A Comissão Eleitoral terá o prazo de 1 (uma) semana após o prazo final da entrega da documentação para emitir a lista dos candidatos aptos a eleição.

Art. 8º Os requisitos para elegibilidade são:

- I. Estar com a situação de inscrição regularizada junto ao COREN-RJ;
- II. Não estar envolvido em processo ético no COREN-RJ, apresentando Certidão Negativa expedida pelo Conselho;
- III. Não estar respondendo a nenhum processo administrativo na instituição;

Art. 9º Para a votação os candidatos serão subdivididos em dois grupos:

§ 1º Grupo I correspondente a categoria Enfermeiros e Grupo II correspondente a categoria dos Técnicos de Enfermagem.

§ 2º Os Enfermeiros eleitores votarão nos candidatos do Grupo I e os Técnicos de Enfermagem nos candidatos do Grupo II.

Art. 10 A apuração será realizada pelo (a) Presidente da Comissão Eleitoral, imediatamente após o encerramento do processo, podendo ser assistida por todos os interessados.

§ 1º Serão considerados eleitos os candidatos que obtiverem o maior número de votos válidos no Grupo I e Grupo II, e os resultados finais deverão ser enviados ao COREN-RJ no prazo máximo de 15 (quinze) dias após o pleito.

§ 2º Em caso de empate entre dois ou mais candidatos da mesma categoria, proceder ao desempate utilizando-se do critério de maior tempo de exercício profissional na instituição na categoria eleita. Persistindo empate, deverá ser utilizado o tempo de inscrição no Conselho.

Art. 11 Após a inscrição, qualquer profissional interessado poderá, no prazo de 48 horas, impugnar qualquer candidato inscrito por recurso escrito a ser encaminhado ao Presidente da Comissão Eleitoral.

Art. 12 Recursos e protestos contra qualquer fato relativo ao processo eleitoral, ou contra algum candidato eleito, indicados ou voluntários, deverão ser formalizados por escrito dentro de no máximo 48 horas após a eleição e encaminhados, em primeira instância, à Comissão Eleitoral e, por último, à instância superior – COREN-RJ.

CAPÍTULO IV - DAS COMPETÊNCIAS

Art. 13 São atribuições específicas dos membros da CEE:

- I. Representar o Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição na Secretaria Municipal de Saúde de Cabo Frio em se tratando de temas relacionados à divulgação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem;
- II. Divulgar e zelar pelo cumprimento da Legislação de Enfermagem ora vigente;
- III. Identificar as ocorrências éticas e disciplinares na Secretaria Municipal de Saúde de Cabo Frio;
- IV. Receber denúncia de profissionais de Enfermagem, usuários, clientes e membros da comunidade relativa ao exercício profissional da Enfermagem;
- V. Elaborar relatório restrito à narrativa dos fatos que ensejaram a denúncia, anexando documentação se houver relativa a qualquer indício de infração ética;
- VI. Encaminhar o relatório ao COREN-RJ e ao Enfermeiro Responsável Técnico (RT) da Secretaria Municipal de Saúde para conhecimento, nos casos em que haja indícios de infração ética ou disciplinar;
- VII. Propor e participar em conjunto com a Gerência de Enfermagem e Responsável pela Educação Permanente, ações preventivas e educativas sobre questões éticas e disciplinares;
- VIII. Promover e participar de atividades multiprofissionais referentes à ética;
- IX. Assessorar o Responsável pela Supervisão e Planejamento do Serviço de Enfermagem da Secretaria Municipal de Saúde, nas questões relativas à ética profissional;
- X. Divulgar as atribuições da CEE;

- XI. Participar das atividades educativas do COREN-RJ e atender as solicitações de reuniões e convocações inerentes às atribuições da CEE, inclusive promover e participar de treinamento e capacitação;
- XII. Averiguar denúncias, ou atitudes não éticas praticadas por profissionais de Enfermagem da UPA;
- XIII. Comunicar, por escrito, ao COREN-RJ, as irregularidades ou infrações éticas detectadas;
- XIV. Encaminhar anualmente ao COREN-RJ e a Secretaria Municipal de Saúde de Cabo Frio, o planejamento das atividades a serem desenvolvidas e o relatório das atividades do ano anterior;
- XV. Solicitar assessoramento da Comissão de Ética do COREN-RJ em caso de necessidade;
- XVI. Cumprir e fazer cumprir as disposições deste regimento e da Decisão do COREN-RJ vigente.

Art. 14 Compete ao Coordenador da CEE:

- I. Convocar e presidir as reuniões;
- II. Propor a pauta da reunião;
- III. Propor a redação de documentos que serão discutidos e submetidos à aprovação;
- IV. Representar a CEE junto ao Órgão de Enfermagem da Secretaria Municipal de Saúde de Cabo Frio;
- V. Representar ou indicar representante, onde se fizer necessária a presença ou a participação da CEE;
- VI. Encaminhar as decisões da CEE, segundo a indicação;
- VII. Elaborar, juntamente com os demais membros da Comissão, o planejamento e o relatório anual, garantindo o envio de uma cópia, ao Gerente de Enfermagem;
- VIII. Representar o COREN-RJ em eventos, segundo a solicitação;
- IX. Cumprir e fazer cumprir as disposições deste regimento e as demais normas referentes ao exercício ético-profissional.

Art.15 Compete ao Secretário da CEE:

- I. Secretariar as reuniões da CEE, redigindo atas e documentos;
- II. Providenciar a reprodução de documentos;
- III. Encaminhar o expediente da CEE;
- IV. Arquivar uma cópia de todos os documentos;
- V. Elaborar, juntamente com os demais membros da Comissão, o planejamento e o relatório anuais;
- VI. Presidir as reuniões nos impedimentos do Coordenador;
- VII. Representar a CEE nos impedimentos do Coordenador;
- VIII. Cumprir e fazer cumprir as disposições deste regimento e as demais normas relativas ao exercício ético-profissional.

Art. 16 Compete aos membros efetivos da CEE:

- I. Comparecer e participar das reuniões;
- II. Emitir parecer sobre as questões propostas;
- III. Participar de reuniões ou programações relacionadas à ética, promovidas pela CEE ou por outras entidades;
- IV. Representar a CEE quando solicitado pelo Coordenador;
- V. Participar, através de voto, das decisões a serem tomadas pela CEE;
- VI. Garantir a presença do suplente quando impedido de comparecer à reunião;
- VII. Participar da elaboração do planejamento e relatório anuais;
- VIII. Cumprir e fazer cumprir as disposições deste regimento e as demais normas relativas ao exercício ético-profissional.

Art. 17 Compete aos membros suplentes da CEE:

- I. Substituir os respectivos membros efetivos nos seus impedimentos;
- II. Participar das reuniões da CEE;
- III. Participar das atividades promovidas pela CEE;
- IV. Cumprir e fazer cumprir as disposições deste regimento e as demais normas relativas ao exercício ético-profissional.

CAPÍTULO V - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 18 Este regimento poderá ser alterado por proposta da CEE, da Gerência de Enfermagem ou da Comissão de Ética do COREN-RJ.

Parágrafo único: A alteração será submetida à aprovação e homologação da Plenária do COREN-RJ.

Art. 19 Os casos omissos serão decididos pela Plenária do COREN-RJ.

Art. 20 Este Regimento entra em vigor após sua aprovação, revogando-se todas as disposições em contrário.

6.7. Cronograma de Atividades

COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM												
Ações	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Eleição dos membros da Comissão												
Nomeação do Membros da Comissão												
Reuniões da Comissão												
Implantação de Indicadores												
Treinamentos - Levantamento de Necessidades												
Oficina de capacitação sobre Ética de Enfermagem												
Realização de reuniões com Comissão de Prontuário												
Avaliação de Indicadores												

7. Comissão de Gerenciamento e Resíduos de Saúde

7.1. Conteúdo

A Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Saúde surge da necessidade de criação de ações que viabilizem a implantação, execução e manutenção do Plano de Gerenciamento de Resíduo de Serviços de Saúde (PGRSS), documento responsável pela conduta para a minimização ou não geração de resíduos, através de diretrizes compatíveis com as normas legais para o manejo dos mesmos. Regulamentada pela RDC ANVISA 222 de 28 de março de 2018 e pela Resolução CONAMA 358 de 29 de abril de 2005.

O Programa de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Serviços de Saúde (PGRSSS) vem ao encontro da efetivação do manejo correto dos RSS, gerados pelos estabelecimentos de saúde e visa estabelecer uma segregação, separação, armazenamento, transporte e acondicionamento adequado do lixo gerado na instituição.

Os profissionais de saúde não podem em suas atividades diárias, negligenciar o cuidado correto com a segregação dos resíduos, sendo necessário capacitá-los, para o seu correto manejo, visando melhoria da qualidade ambiental e das condições de vida da população.

Por meio de um programa de educação em saúde, norteadada pela educação continuada e/ou permanente, é possível capacitar e atualizar os profissionais de saúde para o manejo adequado dos RSS, apresentando a eles o fluxo de identificação, segregação, armazenamento, transporte e destinação.

7.2. Membros

A Comissão será formada preferencialmente por profissionais multidisciplinares, tais quais, representantes dos setores de: farmácia, laboratório, administração e segurança do trabalho.

A CGRSS deverá ser composta de: 01 representante da Gerência Médica, 01 representante do CCIH, 01 representante da Gerência de Enfermagem, 01 representante da Gerência Administrativa, 01 representante da Farmácia.

A CGRSS será constituída por:

- Presidente;
- Vice-Presidente;
- Secretário;
- Suplentes.

7.3. Objetivos

A Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Saúde tem como objetivo:

- Diagnosticar não conformidades, propondo medidas preventivas e corretivas, assim como, orientando e supervisionando o manejo dos resíduos de serviços de saúde, com o intuito de:

- ✓ Prevenir riscos à saúde e ao meio ambiente, por meio do correto gerenciamento dos resíduos gerados pelos serviços de saúde;
- ✓ Racionalizar o consumo de material, evitando desperdícios;
- ✓ Maximizar a segregação dos resíduos recicláveis;
- ✓ Instrumentalizar as pessoas para aderirem ao programa de coleta seletiva e cumprir a legislação vigente.

7.4. Frequência das reuniões

A Comissão se reunirá ordinariamente uma vez por mês e, extraordinariamente, sempre que convocado pelo Presidente ou por requerimento da maioria de seus componentes.

7.5. Finalidades

- Organizar as regras de manipulação, armazenamento, recolhimento, transporte e disposição final dos resíduos;
- Prevenir riscos à saúde e ao meio ambiente;
- Racionalizar o consumo de material utilizado;
- Maximizar a segregação dos resíduos recicláveis;
- Instrumentalizar as pessoas para aderirem ao programa de coleta seletiva;
- Normatizar e coordenar as rotinas de armazenamento, acondicionamento e descarte de todos os tipos de resíduos de saúde gerados na instituição;
- Elaborar e implantar as diretrizes de segurança para manipulação e transporte dos resíduos, supervisionando o cumprimento desta;

- Divulgar à política de gerenciamento de resíduos e manter uma rotina de educação e orientação quanto ao gerenciamento dos resíduos gerados na instituição por meio de cursos, manuais, palestras, vídeos, cartazes, etc;
- Estabelecer metas para o gerenciamento e a redução dos resíduos, definindo prazos a serem cumpridos;
- Realizar fiscalização do cumprimento das atividades descritas na CGRSS;
- Definir as ações que visem à implantação, implementação e manutenção do PGRSS- Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde, neste panorama, os resíduos são geridos de modo a reduzir a sua produção, visando à preservação e proteção da saúde pública, dos recursos naturais e do trabalhador.

7.6. Proposta de Regimento Interno

CAPÍTULO I – DAS FINALIDADES

Art. 1º A Comissão de Gerenciamento de Resíduos do Hospital, tem por finalidade a definição das ações que visem à implantação, implementação e manutenção do Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde Hospitalar na Unidade Pré-Hospitalar, de acordo com as normas vigentes (Lei 12.305/10, RDC 306/04, CONAMA 358/05).

CAPÍTULO II - DAS COMPETÊNCIAS

Art. 2º Compete à Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde:

- I. Elaborar o Plano de Ação para implementação do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Saúde e encaminhar a Direção Geral;
- II. Acompanhar e fazer cumprir o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde;
- III. Estabelecer programas de metas e atividades para o gerenciamento dos Resíduos, definindo prazo para seu cumprimento;
- IV. Desenvolver juntamente com as Gerências a efetividade do programa e divulgar seus resultados regularmente;

- V. Avaliar, periódica e sistematicamente, o Plano de ação do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS);
- VI. Colaborar com os setores de treinamento, com vista a obter capacitação adequada da equipe multiprofissional nas questões referentes ao gerenciamento de resíduos;
- VII. Atualizar anualmente o PGRSS da UPA Tamoios;
- VIII. Auxiliar na normatização de rotinas do manejo de todos os tipos de resíduos gerados na Instituição;
- IX. Auxiliar na elaboração e na implantação das normas de segurança para manipulação e transporte dos resíduos, supervisionando o cumprimento destas;
- X. Auxiliar os diversos setores do Hospital em todas as questões que envolvam o gerenciamento de resíduos;
- XI. Estabelecer critérios de fiscalização do cumprimento das atividades descritas no Plano de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços e Saúde – PGRSS;
- XII. Cooperar com os órgãos de gestão do meio ambiente a nível municipal, estadual e federal, bem como fornecer, prontamente, as informações solicitadas pelas autoridades competentes;
- XIII. Cumprir e fazer cumprir o Regimento Interno da Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (CGRSS) da UPA e demais normas da UPA.

CAPÍTULO III – DA COMPOSIÇÃO

Art. 3º A Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde - CGRSS terá a seguinte composição:

- I. 01 representante da Gerência Médica;
- II. 01 representante do CCIH;
- III. 01 representante da Gerência de Enfermagem;
- IV. 01 representante da Gerência Administrativa;
- V. 01 representante da Farmácia.

§ 1º - Os representantes indicados serão nomeados pela Direção Geral.

§ 2º - O Presidente, Vice-Presidente e Secretário da Comissão serão eleitos por maioria simples de votos por todos os membros da comissão e terão mandato de (02) dois anos, permitida recondução, pelo mesmo período, salvo legislação superior em contrário.

§ 3º - O não comparecimento de qualquer membro da comissão a (03) três reuniões consecutivas ou a (06) seis alternadas num período de (01) um ano, sem justificativa, permitirá a solicitação de seu desligamento e uma nova indicação.

§ 4º - A desistência de um dos Integrantes deverá ser relatada por meio de um comunicado interno (CI) e encaminhada ao Presidente da Comissão;

§ 5º - Em caso de vacância definitiva de um dos integrantes, deverá haver a indicação de um novo representante, pela área que ele representa, dentro de no máximo (30) trinta dias.

§ 6º - A comissão terá autonomia para a indicação do novo integrante, caso for extinto esse prazo.

CAPÍTULO IV - DA ESTRUTURAÇÃO

Art. 4º Compreendem a Estrutura da CGRSS:

- I. Presidente;
- II. Vice-Presidente;
- III. Secretário;
- IV. Suplentes.

Art. 5º Compete ao Presidente da CGRSS:

- I. Convocar reuniões ordinárias e extraordinárias, coordenando os trabalhos; tomar votos e votar;
- II. Emitir votos de qualidade, nos casos de empate;
- III. Indicar Integrantes para funções ou tarefas específicas;
- IV. Representar a CGRSS ou indicar representantes;
- V. Supervisionar e assinar relatórios, convites, atas, e outros documentos;
- VI. Manter registro das atas das reuniões e dos pareceres emitidos;
- VII. Cumprir e fazer cumprir este Regimento;

VIII. Indicar um ou mais integrantes para elaboração de relatórios.

Art. 6º Compete ao Vice-Presidente da CGRSS, na ausência do Presidente, exercer as funções indicadas no Art. 5º.

Art. 7º Compete ao Secretário:

- I. Preparar as pautas, secretariar e agendar as reuniões da Comissão;
- II. Preparar as atas das reuniões, submetendo-as à aprovação dos demais Integrantes;
- III. Expedir ato de convocação, conforme indicação do Presidente;
- IV. Executar outras atividades que lhe sejam atribuídas pela Comissão;
- V. Proceder ao registro de dados e informações autorizados para fins de divulgações;
- VI. Auxiliar o Presidente durante as sessões plenárias e prestar esclarecimentos que forem solicitados durante debates;
- VII. Encaminhar expediente aos interessados dando ciência dos despachos e decisões proferidas nos respectivos processos;
- VIII. Elaborar os atos decorrentes das deliberações da Comissão.

Parágrafo Único. A presidência da CGRSS será exercida por um dos Integrantes da Comissão eleito por esta e nomeado pelo Superintendente do Hospital, na ausência deste o Vice-Presidente assumirá a Presidência. No caso de ausência do Vice-Presidente o secretário assumirá. Na ausência do secretário será nomeado para suas funções um dos integrantes da comissão.

Art. 8º. Compete aos Integrantes da CGRSS:

- I. Comparecer às reuniões ordinárias e extraordinárias;
- II. Analisar projetos e emitir pareceres, relatando-os aos demais integrantes da Comissão, para discussão e deliberação, no prazo máximo de 15 dias;
- III. Encaminhar quaisquer matérias que tenham interesse de submeter à Comissão, devendo estas ser entregues à secretaria da Comissão com antecedência mínima de 12 (doze) horas da reunião;

- IV. Requisitar à Secretaria Executiva, à Presidência da Comissão de Resíduos e aos demais Integrantes informações que julgarem relevantes para o desempenho de suas atribuições;
- V. Justificar ausência com antecedência;
- VI. Elaborar relatório de atividades da Comissão e o planejamento de atividades futuras, quando solicitados;
- VII. Propor à Presidência medidas que julgar necessárias ao bom andamento dos trabalhos;
- VIII. Auxiliar na implementação do PGRSS.

CAPÍTULO V - DO FUNCIONAMENTO

Art. 9º A CGRSS reunir-se-á ordinariamente uma vez por mês e, extraordinariamente, sempre que convocado pelo Presidente ou por requerimento da maioria de seus integrantes.

§ 1º - Salvo nos casos de alteração deste Regimento, nos quais serão necessários 2/3 de votos favoráveis do total de seus integrantes, as demais deliberações serão tomadas por voto favorável da maioria simples dos Integrantes presentes.

§ 2º - O comparecimento dos integrantes as reuniões da CGRSS é obrigatório e tem preferência sobre as demais atividades, salvo as atividades da Direção.

Art. 10 As convocações das reuniões ordinárias e extraordinárias da CGRSS serão feitas com a antecedência mínima de 05 (cinco) dias, por telefone ou via e-mail.

§ 1º - A antecedência de 05 (cinco) dias poderá ser abreviada para até 48 (quarenta e oito) horas em caso de motivos excepcionais, justificados no documento de convocação e apreciados no início da reunião convocada.

§ 2º - O termo de convocação das reuniões deverá ser obrigatoriamente acompanhado da pauta da reunião e dos documentos ou informações vinculadas à sua apreciação.

Art. 11. A CGRSS reunir-se-á com a presença da maioria de seus integrantes, deliberando pelo voto da maioria dos presentes à reunião, resguardada a verificação do "quórum" mínimo (50%+1), salvo nos casos especiais previstos no Estatuto e neste Regimento.

§ 1º - As reuniões extraordinárias realizar-se-ão independentemente de “quórum” em segunda chamada, a ser feita após 20 (vinte) minutos do horário previsto para seu início.

§ 2º - O “quórum” será apurado no início da sessão pela contagem das assinaturas dos Integrantes na pauta.

§ 3º - No caso de cancelamento da reunião ordinária ou suspensão de suas atividades por falta de “quórum”, uma nova reunião só poderá ser convocada para, no mínimo, 48 horas depois do horário de cancelamento ou suspensão.

Art. 12. De cada reunião da CGRSS lavrar-se-á ata assinada pelo Secretário, que, após aprovada na reunião ordinária subsequente, será subscrita pelo Presidente e assinada por todos os seus integrantes presentes na reunião a que se refere.

Art. 13. Se houver quórum mínimo de Integrantes, e declarada aberta à sessão, proceder-se-á a apreciação da Ata da reunião anterior e, não havendo emendas ou impugnações, a Ata será considerada aprovada.

Seção I – Da Ata

Art. 14. Da Ata das sessões da CGRSS, deverão constar:

- I. Natureza da sessão, dia, hora e local de sua realização e o nome de quem a presidiu;
- II. Nomes dos integrantes presentes, bem como os dos que não compareceram, mencionando, a respeito destes, se foi ou não justificada a ausência;
- III. O expediente;
- IV. Resumo das discussões, porventura travadas na ordem do dia e os resultados das votações;
- V. Todas as propostas por extenso.

Seção II – Das Votações

Art. 15. Encerrada a discussão de uma matéria, essa será votada, sendo deliberada por maioria simples de votos.

§ 1º - O voto do integrante é obrigatório, consistindo em manifestação favorável ou contrária.

§ 2º - Por questão de foro ético, qualquer integrante da CGRSS poderá se declarar impedido de votar nas deliberações que, direta ou indiretamente, digam respeito a seus interesses particulares ou de seus parentes (sanguíneos, legais ou por afinidade) em até segundo grau, inclusive seu cônjuge ou companheiro.

Art. 16. As votações far-se-ão geralmente pelo processo simbólico.

CAPÍTULO VI – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 17 Os casos omissos serão resolvidos pelo Presidente da CGRSS e posteriormente encaminhados à Direção.

Art. 18. O presente Regimento somente poderá ser modificado mediante proposta da Presidência ou de, no mínimo, 1/5 (um quinto) dos Integrantes da CGRSS, devendo a modificação ser aprovada em reunião ordinária por, no mínimo, 2/3 (dois terços) dos votantes e encaminhado para aprovação na Direção da UPA Tamoios.

Art. 19 - Além de aprovações, autorizações, homologações e decisões outras que se resolva em anotações e comunicações, as deliberações da CGRSS poderão, conforme a natureza, reverter à forma de resoluções ou previsões que serão baixadas pelo Presidente e aprovadas pela Direção da UPA.

Art. 20. Este Regimento entra em vigor na data de sua aprovação, ficando revogadas as disposições em contrário.

7.7. Cronograma de Atividades

COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE												
Ações	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Reunião para constituição dos membros da Comissão												
Nomeação do Membros da Comissão												
Apresentação da Comissão para a equipe da UPA												
Apresentação da Comissão para a SMS - Cabo Frio												
Reuniões da Comissão												
Levantamento de Necessidades												
Planejamento das ações												
Desenvolvimento das ações												
Avaliação das ações e dos indicadores												

8. Comissão Interna de Prevenção de Acidentes

8.1. Conteúdo

A Comissão Interna de Prevenção a Acidentes – CIPA foi estabelecida pela Norma Regulamentadora (NR) nº 3.214, de 08 de junho de 1978, do Ministério do Trabalho, a qual estabelece que seu objetivo é prevenir acidentes e/ou doenças decorrentes das atividades laborais, tornando-as permanentemente compatíveis com a vida e saúde do colaborador. Aplica-se a qualquer empresa/instituição que admitam trabalhadores como empregados.

8.2. Membros

Será composta por representantes do empregador e dos empregados, dimensionados de acordo com o quantitativo de RH esperado para cada unidade e diretrizes estabelecidas pela mesma normativa, entre titulares e suplentes, no qual, os representantes dos empregados são eleitos por votação direta entre os colaboradores, com mandato de 01 ano.

Entre as características dos componentes da CIPA estão: proatividade, espírito de equipe, pleno conhecimento do ambiente de trabalho e liderança situacional, colaborando na detecção e consequentemente neutralização das fontes de riscos, assim como a dispersão entre os funcionários, das normas de segurança para manutenção e promoção da saúde do trabalhador.

A CIPA terá os seguintes membros:

- Presidente (Colaborador)
- Vice-Presidente (Colaborador)
- Secretário (Colaborador)
- Suplentes (Colaboradores)

8.3. Objetivos

Os objetivos da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) são:

- prevenir acidentes e doenças relacionadas ao trabalho;
- promover a saúde dos trabalhadores;
- tornar compatível o trabalho com a preservação da vida.

8.4. Frequência das reuniões

Serão realizadas reuniões ordinárias mensais, estipuladas por calendário preestabelecido. Em caso de denúncia de risco grave e iminente, solicitação expressa de uma representação e/ou acidente grave ou fatal, deverá ocorrer reunião extraordinária da Comissão, evidenciando seu objetivo na promoção e saúde do trabalhador.

8.5. Finalidades

- Elaborar planos que viabilizem ações preventivas relativas à saúde e segurança do trabalhador;
- Avaliar riscos;

- Adotar medidas preventivas
- Orientar os trabalhadores sobre o uso correto de equipamentos de proteção individual (EPIs)
- Promover informações relevantes aos trabalhadores
- Organizar a Semana Interna de Prevenção de Acidentes (SIPAT)
- Divulgar e promover o cumprimento das NR's, assim como cláusulas de acordo e convenções coletivas relativas à segurança e saúde do trabalhador;
- Identificar os riscos do processo de trabalho, elaborando mapas de riscos (representação ilustrativa dos riscos presentes nos diferentes setores, através do layout da empresa), com a participação do maior número de trabalhadores;
- Colaborar no desenvolvimento e implementação do PPRA e PCMSO e de outros programas relacionados à saúde do trabalhador;
- Participar anualmente, em conjunto com a empresa, de Campanhas de Prevenção a AIDS;
- Realizar, a cada reunião, a avaliação do cumprimento das metas fixadas em seu plano de trabalho e discutir as situações de risco que forem identificadas periodicamente.

8.6. Proposta de Regimento Interno

CAPÍTULO I – DO OBJETIVO

Art.1º A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA - tem como objetivo a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador.

CAPÍTULO II - DA CONSTITUIÇÃO

Art. 2º Devem constituir CIPA, por estabelecimento, e mantê-la em regular funcionamento as empresas privadas, públicas, sociedades de economia mista, órgãos da administração

direta e indireta, instituições beneficentes, associações recreativas, cooperativas, bem como outras instituições que admitam trabalhadores como empregados.

Art. 3º As disposições contidas na Norma Regulamentadora 5 (NR5) aplicam-se, no que couber, aos trabalhadores avulsos e às entidades que lhes tomem serviços, observadas as disposições estabelecidas em Normas Regulamentadoras de setores econômicos específicos

Art. 4º A CIPA terá os seguintes membros:

- Presidente (Colaborador)
- Vice-Presidente (Colaborador)
- Secretário (Colaborador)
- Suplentes (Colaboradores)

CAPÍTULO III - DA ORGANIZAÇÃO

Art. 5º A CIPA será composta de representantes do empregador e dos empregados, de acordo com o dimensionamento previsto na NR, ressalvadas as alterações disciplinadas em atos normativos para setores econômicos específicos.

Art. 6º Os representantes dos empregadores, titulares e suplentes, serão por eles designados.

Art. 7º Os representantes dos empregados, titulares e suplentes, serão eleitos em escrutínio secreto, do qual participem, independentemente de filiação sindical, exclusivamente os empregados interessados.

Art. 8º O número de membros titulares e suplentes da CIPA, considerando a ordem decrescente de votos recebidos, observará o dimensionamento previsto no Quadro I da NR5, ressalvadas as alterações disciplinadas em atos normativos de setores econômicos específicos.

Art. 9º Quando o estabelecimento não se enquadrar no Quadro I, a empresa designará um responsável pelo cumprimento dos objetivos da NR5, podendo ser adotados mecanismos de participação dos empregados, através de negociação coletiva.

Art. 10 O mandato dos membros eleitos da CIPA terá a duração de um ano, permitida uma reeleição.

Art. 11 É vedada a dispensa arbitrária ou sem justa causa do empregado eleito para cargo de direção de Comissões Internas de Prevenção de Acidentes desde o registro de sua candidatura até um ano após o final de seu mandato.

Art.12 Serão garantidas aos membros da CIPA condições que não descaracterizem suas atividades normais na empresa, sendo vedada a transferência para outro estabelecimento sem a sua anuência, ressalvado o disposto nos parágrafos primeiro e segundo do artigo 469, da CLT.

Art.13 O empregador deverá garantir que seus indicados tenham a representação necessária para a discussão e encaminhamento das soluções de questões de segurança e saúde no trabalho analisadas na CIPA.

Art.14 O empregador designará entre seus representantes o Presidente da CIPA, e os representantes dos empregados escolherão entre os titulares o vice-presidente.

Art. 15 Os membros da CIPA, eleitos e designados serão empossados no primeiro dia útil após o término do mandato anterior.

Art.16 Será indicado, de comum acordo com os membros da CIPA, um secretário e seu substituto entre os componentes ou não da comissão, sendo neste caso necessária a concordância do empregador.

Art.17 A documentação referente ao processo eleitoral da CIPA, incluindo as atas de eleição e de posse e o calendário anual das reuniões ordinárias, deve ficar no estabelecimento à disposição da fiscalização do Ministério do Trabalho e Emprego.

Art. 18 A documentação indicada no item acima deve ser encaminhada ao Sindicato dos Trabalhadores da categoria, quando solicitada.

Art. 19 O empregador deve fornecer cópias das atas de eleição e posse aos membros titulares e suplentes da CIPA, mediante recibo.

Art. 20 A CIPA não poderá ter seu número de representantes reduzido, bem como não poderá ser desativada pelo empregador, antes do término do mandato de seus membros,

ainda que haja redução do número de empregados da empresa, exceto no caso de encerramento das atividades do estabelecimento.

CAPÍTULO IV – DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 21 A CIPA terá por atribuição:

- I. 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;
- II. elaborar plano de trabalho que possibilite a ação preventiva na solução de problemas de segurança e saúde no trabalho;
- III. 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;
- IV. realizar, periodicamente, verificações nos ambientes e condições de trabalho visando a identificação de situações que venham a trazer riscos para a segurança e saúde dos trabalhadores;
- V. realizar, a cada reunião, avaliação do cumprimento das metas fixadas em seu plano de trabalho e discutir as situações de risco que foram identificadas;
- VI. divulgar aos trabalhadores informações relativas à segurança e saúde no trabalho;
- VII. participar, com o SESMT, onde houver, das discussões promovidas pelo empregador, para avaliar os impactos de alterações no ambiente e processo de trabalho relacionados à segurança e saúde dos trabalhadores;
- VIII. requerer ao SESMT, quando houver, ou ao empregador, a paralisação de máquina ou setor onde considere haver risco grave e iminente à segurança e saúde dos trabalhadores;
- IX. colaborar no desenvolvimento e implementação do PCMSO e PPRA e de outros programas relacionados à segurança e saúde no trabalho;
- X. 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;

XI. participar, em conjunto com o SESMT, onde houver, ou com o empregador, da análise das causas das doenças e acidentes de trabalho e propor medidas de solução dos problemas identificados; m) requisitar ao empregador e analisar as informações sobre questões que tenham interferido na segurança e saúde dos trabalhadores; n) requisitar à empresa as cópias das CAT emitidas;

XII. promover, anualmente, em conjunto com o SESMT, onde houver, a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho – SIPAT;

XIII. participar, anualmente, em conjunto com a empresa, de Campanhas de Prevenção da AIDS.

Art. 22 Cabe ao empregador proporcionar aos membros da CIPA os meios necessários ao desempenho de suas atribuições, garantindo tempo suficiente para a realização das tarefas constantes do plano de trabalho.

Art. 23 Cabe aos empregados:

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

Art. 24 Cabe ao presidente da CIPA:

- I. Convocar os membros para as reuniões da CIPA;
- II. Coordenar as reuniões da CIPA, encaminhando ao empregador e ao SESMT, as decisões da comissão;
- III. Manter o empregador informado sobre os trabalhos da CIPA;
- IV. Coordenar e supervisionar as atividades de secretaria;
- V. Delegar atribuições ao vice-presidente;

Art.25 Cabe ao Vice-Presidente:

- I. Executar atribuições que lhe forem delegadas;

II. Substituir o presidente nos seus impedimentos eventuais ou nos seus afastamentos temporários.

Art.26 O Presidente e o Vice-Presidente da CIPA, em conjunto, terão as seguintes atribuições:

I. Cuidar para que a CIPA disponha de condições necessárias para o desenvolvimento de seus trabalhos;

II. Coordenar e supervisionar as atividades da CIPA, zelando para que os objetivos propostos sejam alcançados;

III. Delegar atribuições aos membros da CIPA;

IV. Promover o relacionamento da CIPA com o SESMT, e divulgar as decisões da CIPA a todos os trabalhadores do estabelecimento;

V. Encaminhar os pedidos de reconsideração das decisões da CIPA;

VI. Constituir a comissão eleitoral.

Art. 27 O Secretário da CIPA terá por atribuição:

I. Acompanhar as reuniões da CIPA e redigir as atas apresentando-as para aprovação e assinatura dos membros presentes;

II. Preparar as correspondências; e c. outras que lhe forem conferidas.

CAPÍTULO V - DO FUNCIONAMENTO

Art.28 A CIPA terá reuniões ordinárias mensais, de acordo com o calendário preestabelecido.

Art.29 As reuniões ordinárias da CIPA serão realizadas durante o expediente normal da UPA e em local apropriado.

Art.30 As reuniões da CIPA terão atas assinadas pelos presentes com encaminhamento de cópias para todos os membros

Art.31 As atas devem ficar no estabelecimento à disposição da fiscalização do Ministério do Trabalho e Emprego.

Art.32 Reuniões extraordinárias deverão ser realizadas quando:

- I. Houver denúncia de situação de risco grave e iminente que determine aplicação de medidas corretivas de emergência;
- II. Ocorrer acidente do trabalho grave ou fatal;
- III. Houver solicitação expressa de uma das representações.

Art.33 As decisões da CIPA serão preferencialmente por consenso. Não havendo consenso, e frustradas as tentativas de negociação direta ou com mediação, será instalado processo de votação, registrando-se a ocorrência na ata da reunião.

Art.34 Das decisões da CIPA caberá pedido de reconsideração, mediante requerimento justificado. O pedido de reconsideração será apresentado à CIPA até a próxima reunião ordinária, quando será analisado, devendo o Presidente e o Vice-Presidente efetivar os encaminhamentos necessários.

Art.35 O membro titular perderá o mandato, sendo substituído por suplente, quando faltar a mais de quatro reuniões ordinárias sem justificativa.

Art.36 A vacância definitiva de cargo, ocorrida durante o mandato, será suprida por suplente, obedecida a ordem de colocação decrescente que consta na ata de eleição, devendo os motivos ser registrados em ata de reunião.

Art.37 No caso de afastamento definitivo do presidente, o empregador indicará o substituto, em dois dias úteis, preferencialmente entre os membros da CIPA.

Art. 38 No caso de afastamento definitivo do vice-presidente, os membros titulares da representação dos empregados, escolherão o substituto, entre seus titulares, em dois dias úteis.

Art.39 Caso não existam suplentes para ocupar o cargo vago, o empregador deve realizar eleição extraordinária, cumprindo todas as exigências estabelecidas para o processo eleitoral, exceto quanto aos prazos, que devem ser reduzidos pela metade.

Art. 40 O mandato do membro eleito em processo eleitoral extraordinário deve ser compatibilizado com o mandato dos demais membros da Comissão.

CAPÍTULO VI - DO TREINAMENTO

Art. 41 A empresa deverá promover treinamento para os membros da CIPA, titulares e suplentes, antes da posse.

Art.42 O treinamento de CIPA em primeiro mandato será realizado no prazo máximo de trinta dias, contados a partir da data da posse.

Art. 43 As empresas que não se enquadrem no Quadro I da NR5 , promoverão anualmente treinamento para o designado responsável pelo cumprimento do objetivo desta NR.

Art.44 O treinamento para a CIPA deverá contemplar, no mínimo, os seguintes itens:

- I. Estudo do ambiente, das condições de trabalho, bem como dos riscos originados do processo produtivo;
- II. Metodologia de investigação e análise de acidentes e doenças do trabalho;
- III. Noções sobre acidentes e doenças do trabalho decorrentes de exposição aos riscos existentes na empresa;
- IV. Noções sobre a síndrome da imunodeficiência adquirida – aids, e medidas de prevenção;
- V. Noções sobre as legislações trabalhista e previdenciária relativas à segurança e saúde no trabalho;
- VI. Princípios gerais de higiene do trabalho e de medidas de controle dos riscos;
- VII. Organização da CIPA e outros assuntos necessários ao exercício das atribuições da comissão.

Art. 45 O treinamento terá carga horária de vinte horas, distribuídas em no máximo oito horas diárias e será realizado durante o expediente normal da empresa.

Art.46 O treinamento poderá ser ministrado pelo SESMT da empresa, entidade patronal, entidade de trabalhadores ou por profissional que possua conhecimentos sobre os temas ministrados.

Art.47 A CIPA será ouvida sobre o treinamento a ser realizado, inclusive quanto à entidade ou profissional que o ministrará, constando sua manifestação em ata, cabendo à empresa escolher a entidade ou profissional que ministrará o treinamento.

Art.48 Quando comprovada a não observância ao disposto nos itens relacionados ao treinamento, a unidade descentralizada do Ministério do Trabalho e Emprego determinará a complementação ou a realização de outro, que será efetuado no prazo máximo de trinta dias, contados da data de ciência da empresa sobre a decisão.

CAPÍTULO VII – DO PROCESSO ELEITORAL

Art. 49 Compete ao empregador convocar eleições para escolha dos representantes dos empregados na CIPA, no prazo mínimo de 60 (sessenta) dias antes do término do mandato em curso.

Art.50 A empresa estabelecerá mecanismos para comunicar o início do processo eleitoral ao sindicato da categoria profissional.

Art. 51 O Presidente e o Vice-Presidente da CIPA constituirão dentre seus membros, no prazo mínimo de 55 (cinquenta e cinco) dias antes do término do mandato em curso, a Comissão Eleitoral – CE, que será a responsável pela organização e acompanhamento do processo eleitoral.

Art. 52 Nos estabelecimentos onde não houver CIPA, a Comissão Eleitoral será constituída pela empresa.

Art. 53 O processo eleitoral observará as seguintes condições:

- I. Publicação e divulgação de edital, em locais de fácil acesso e visualização, no prazo mínimo de 55 (cinquenta e cinco) dias antes do término do mandato em curso;
- II. Inscrição e eleição individual, sendo que o período mínimo para inscrição será de quinze dias;
- III. Liberdade de inscrição para todos os empregados do estabelecimento, independentemente de setores ou locais de trabalho, com fornecimento de comprovante;
- IV. Garantia de emprego para todos os inscritos até a eleição;
- V. Realização da eleição no prazo mínimo de 30 (trinta) dias antes do término do mandato da CIPA, quando houver;
- VI. Realização de eleição em dia normal de trabalho, respeitando os horários de turnos e em horário que possibilite a participação da maioria dos empregados.

VII. Voto secreto;

VIII. Apuração dos votos, em horário normal de trabalho, com acompanhamento de representante do empregador e dos empregados, em número a ser definido pela comissão eleitoral;

IX. Faculdade de eleição por meios eletrônicos;

X. Guarda, pelo empregador, de todos os documentos relativos à eleição, por um período mínimo de cinco anos.

Art. 54 Havendo participação inferior a cinquenta por cento dos empregados na votação, não haverá a apuração dos votos e a comissão eleitoral deverá organizar outra votação, que ocorrerá no prazo máximo de dez dias.

Art. 55 As denúncias sobre o processo eleitoral deverão ser protocolizadas na unidade descentralizada do Ministério do Trabalho e Emprego, até trinta dias após a data da posse dos novos membros da CIPA.

Art. 56 Compete a unidade descentralizada do Ministério do Trabalho e Emprego, confirmadas irregularidades no processo eleitoral, determinar a sua correção ou proceder a anulação quando for o caso.

Art. 57 Em caso de anulação a empresa convocará nova eleição no prazo de cinco dias, a contar da data de ciência, garantidas as inscrições anteriores.

Art. 58 Quando a anulação se der antes da posse dos membros da CIPA, ficará assegurada a prorrogação do mandato anterior, quando houver, até a complementação do processo eleitoral.

Art. 59 Assumirão a condição de membros titulares e suplentes, os candidatos mais votados.

Art. 60 Em caso de empate, assumirá aquele que tiver maior tempo de serviço no estabelecimento.

Art. 61 Os candidatos votados e não eleitos serão relacionados na ata de eleição e apuração, em ordem decrescente de votos, possibilitando nomeação posterior, em caso de vacância de suplentes.

Art. 62. Este Regimento entra em vigor na data de sua aprovação, ficando revogadas as disposições em contrário.

8.7. Cronograma de Atividades

COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES - CIPA												
Ações	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Eleição dos membros da Comissão												
Nomeação do Membros da Comissão												
Reuniões da Comissão												
Apresentação da Comissão para a equipe da UPA												
Apresentação da Comissão para a SMS - Cabo Frio												
Levantamento de Necessidades												
Planejamento das ações												
Desenvolvimento das ações												
Avaliação das ações												

9. Comissão de Nutrição Enteral e Parenteral

9.1. Conteúdo

A Comissão de Nutrição Enteral e Parenteral é estruturada com os objetivos de garantir o cumprimento das normas e resoluções determinadas pelo Ministério da Saúde, assegurar a eficiência e qualidade dos serviços prestados pela Unidade de Saúde e possibilitar a atualização dos profissionais. Com foco em organizar a assistência aos pacientes com deficiência nutricional, baseada nos princípios da universalidade e integralidade das ações de saúde; estabelecer um sistema de regulação, controle e avaliação de terapia nutricional; implantar os protocolos de triagem e avaliação nutricional, de indicação de terapia nutricional e de acompanhamento dos pacientes; diminuir a morbi-mortalidade hospitalar e o tempo de permanência dos pacientes internados por meio de terapia nutricional e subsidiar tecnicamente o controle e a implantação de serviços envolvidos e estabelecidos conforme as normas ministeriais.

9.2. Membros

A Comissão de Nutrição Enteral e Parenteral será composta minimamente por:

- Médico
- Enfermeiro
- Nutricionista
- Farmacêutico

A Comissão será criada por designação da Direção da Unidade e a duração do seu mandato será de dois anos.

9.3. Objetivos

A Comissão de Nutrição Enteral e Parenteral tem os seguintes objetivos:

- Normatizar as indicações, uso e controle do suporte nutricional;
- Divulgar os conhecimentos sobre suporte nutricional aos profissionais da área de saúde;
- Promover a profilaxia da desnutrição nos pacientes internados na UPA;
- Racionalizar custo/benefício, maximizando os benefícios e minimizando as complicações.

9.4. Frequência das reuniões

A Comissão de Nutrição Enteral e Parenteral reunir-se-á ordinariamente a cada 30 dias e extraordinariamente, por convocação por solicitação do Presidente ou em decorrência de requerimento de metade mais um dos membros.

As reuniões serão realizadas com a presença mínima de metade mais um dos membros e após trinta minutos com no mínimo dois membros.

As deliberações serão tomadas em reuniões, por voto da maioria simples dos membros presentes na reunião.

9.5. Finalidades

- Assegurar condições adequadas de indicação, prescrição, preparação, conservação, transporte, administração, controle clínico-laboratorial e avaliação final da terapia nutricional parenteral e ou enteral, visando obter os benefícios máximos do procedimento e evitando os riscos;
- Capacitar os profissionais envolvidos, direta ou indiretamente, com a aplicação do procedimento, por meio de programas de educação continuada;
- Estabelecer protocolos de avaliação nutricional, indicação, prescrição e acompanhamento da terapia nutricional parenteral e enteral;
- Analisar o custo-benefício no processo de decisão que envolve a indicação, a manutenção ou a suspensão da terapia parenteral e ou enteral;
- Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação dos equipamentos e materiais utilizados;
- Elaborar Regimento Interno da Comissão e submetê-lo ao conhecimento e aprovação da diretoria geral.

9.6. Proposta de Regimento Interno

CAPÍTULO I – DO OBJETIVO

Artigo 1º São objetivos da Comissão:

- I. normatizar as indicações, uso e controle do suporte nutricional;
- II. divulgar os conhecimentos sobre suporte nutricional aos profissionais da área de saúde;
- III. promover a profilaxia da desnutrição nos pacientes internados na UPA;
- IV. racionalizar custo/benefício maximizando os benefícios e minimizando as complicações.

CAPÍTULO II – DA CONSTITUIÇÃO

Artigo 2º A Comissão de Nutrição Enteral e Parenteral será composta de, no mínimo, quatro membros, devendo contar, obrigatoriamente, com representação de um médico,

nutricionista, enfermeiro e farmacêutico, podendo ainda incluir profissional de outras categorias.

CAPÍTULO III - DA NOMEAÇÃO E DA DESTITUIÇÃO

Artigo 3º Os membros da Comissão de Nutrição Enteral e Parenteral serão nomeados pela Diretoria Geral.

Artigo 4º Pelo menos um membro da Comissão deverá ser habilitado com treinamento específico para a prática da Terapia Nutricional.

Artigo 5º Será substituído o membro que deixar de comparecer sem justificativa por escrito a 03 (três) reuniões seguidas ou a 04 (quatro) intercaladas durante o ano.

Artigo 6º A Comissão de Nutrição Enteral e Parenteral terá um Presidente e um Secretário eleito pelos seus pares, com mandato de 2 (dois) anos, podendo ser reeleito.

CAPÍTULO IV – DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 7º Compete à Comissão de Nutrição Enteral e Parenteral:

- I. normatizar as indicações, uso e controle do suporte nutricional;
- II. divulgar os conhecimentos sobre suporte nutricional aos profissionais da UPA;
- III. promover a profilaxia da desnutrição nos pacientes em atendimento na UPA;
- IV. racionalizar custo/benefício maximizando os benefícios e minimizando as complicações;
- V. participar nas discussões sobre a necessidade de suporte nutricional nos casos propostos;
- VI. participar das programações educacionais da equipe (palestras, aulas, reuniões, etc);
- VII. participar do desenvolvimento, introduções, modificações e revisões de protocolo e fichas utilizadas pela Comissão;
- VIII. comparecer às reuniões convocadas e colaborar com o trabalho da Comissão;
- IX. desenvolver pesquisas relativas ao tema nutricional;

- X. criar mecanismos para que se desenvolvam as etapas de triagem e vigilância nutricional, sistematizando uma metodologia capaz de identificar pacientes que necessitam de terapia nutricional a serem encaminhados aos cuidados da equipe multiprofissional;
- XI. atender às condições de avaliação do estado nutricional do paciente, indicando, acompanhando e modificando a Terapia Nutricional, quando necessário, e em comum acordo com o médico e nutricionista responsáveis pelo paciente, até que sejam atingidos os critérios de reabilitação nutricional preestabelecidos;
- XII. assegurar condições adequadas de indicação, prescrição, conservação, transporte e administração, controle clínico e laboratorial e avaliação final, da Terapia Nutrição Parenteral, visando obter os benefícios máximos do procedimento e evitar riscos;
- XIII. capacitar os profissionais envolvidos, direta ou indiretamente, com a aplicação dos procedimentos relacionados a Terapia Nutricional, por meio de programas de educação continuada, devidamente registrados;
- XIV. documentar todos os resultados do controle e da avaliação da Terapia Nutrição Parenteral visando a garantia de sua qualidade;
- XV. estabelecer auditorias periódicas a serem realizadas por um dos membros da Comissão, para verificar o cumprimento e o registro dos controles e avaliação da Terapia Nutrição Parenteral;
- XVI. desenvolver, rever e atualizar regularmente as diretrizes e procedimentos relacionados à Terapia Nutrição Parenteral.

Artigo 8º - Ao médico compete:

- I. Fazer a prescrição do suporte nutricional enteral e parenteral aplicado diariamente;
- II. Indicar e interpretar os exames complementares do paciente em terapia nutricional;
- III. Fazer anotações quanto a evolução clínica do paciente;
- IV. Analisar os RX do cateter e ou da sonda enteral;
- V. Avaliar e recomendar modificações quanto a cuidados do paciente e suporte nutricional;
- VI. Solicitar o auxílio de outros especialistas quando necessário;

VII. Prestar as informações médicas pertinentes aos familiares do paciente;

VIII. Cabe ao médico da Comissão realizar ou delegar as funções supracitadas ao médico assistente do paciente.

Artigo 9º A Enfermeira compete:

I. Executar os cuidados do cateter e ou de sonda enteral;

II. fazer visitas diariamente, observar e anotar as ocorrências e procedimentos realizados, na papeleta;

III. fazer a colocação de sondas enterais, providenciando o RX, recolocando sondas sempre que necessário;

IV. fazer certificação de troca apropriada de veias em caso de nutrição parenteral periférica;

V. orientar o pessoal de enfermagem sobre os cuidados dispensados aos pacientes em uso de suporte nutricional;

VI. desenvolver técnicas e materiais apropriados para orientação dos pacientes e familiares;

VII. supervisionar a administração das alimentações enteral e parenteral;

VIII. prever, prover e controlar o material necessário à assistência;

IX. cabe à enfermeira da Comissão realizar ou delegar as funções supracitadas à enfermeira da clínica.

Artigo 10 Ao Nutricionista compete:

I. avaliar o estado nutricional do paciente;

II. identificar as necessidades de nutrientes (calorias, carboidratos, proteínas, lipídios, sais minerais e vitaminas);

III. recomendar terapias de suporte nutricional apropriado;

IV. monitorizar e documentar a terapia nutricional aplicada; recomendar mudanças na terapia quando necessário;

V. calcular e documentar a ingestão de nutrientes;

VI. trabalhar intensamente com pacientes em retirada de suporte enteral ou oral;

- VII. desenvolver materiais e técnicas apropriadas para ensinar ao paciente o suporte nutricional;
- VIII. instruir o paciente e a família no momento da alta;
- IX. avaliar e trazer recomendações sobre novas perspectivas do suporte nutricional;
- X. desenvolver fórmulas nutricionais indicadas no suporte nutricional;
- XI. cabe à nutricionista da Comissão realizar ou delegar as funções supracitadas à nutricionista assistente do paciente;

Artigo 11 Ao Farmacêutico compete:

- I. manipular as soluções parenterais de acordo com a prescrição, adotando técnicas adequadas, que assegurem a estabilidade, esterilidade e apirogenidade;
- II. efetuar o controle de qualidade físico, químico e o microbiológico da matéria-prima e das soluções parenterais;
- III. analisar as formulações, emitir parecer quando necessário nos casos de incompatibilidade;
- IV. responsabilizar-se pela aquisição, armazenamento e controle de estoque da matéria-prima;
- V. exercer a farmacovigilância junto aos pacientes com nutrição parenteral e enteral, bem como analisar as reações adversas e interações droga-alimento;
- VI. avaliar os resultados de exames laboratoriais complementares em resposta a terapia nutricional, oferecendo sugestões para modificações apropriadas, anotando-as no prontuário;
- VII. analisar e opinar sobre os novos produtos de suporte nutricional;
- VIII. oferecer informações sobre medicamentos e as alternativas recomendadas, baseando-se no conhecimento da doença e do grau de desnutrição, que pode alterar a resposta terapêutica;
- IX. manter-se informado sobre as mudanças da prescrição nutricional evitando desperdícios;
- X. divulgar quando necessário a inclusão de novos produtos na padronização;

- XI. pesquisar e formular produtos complementares indicados no tratamento do paciente;
- XII. cabe ao farmacêutico da Comissão realizar ou delegar as funções supracitadas do farmacêutico assistente do paciente.

CAPÍTULO V - DO FUNCIONAMENTO

Artigo 12 A Comissão de Nutrição Enteral e Parenteral reunir-se-á ordinariamente a cada 30 dias e extraordinariamente, por convocação por solicitação do Presidente ou em decorrência de requerimento de metade mais um dos membros.

Artigo 13 As reuniões serão realizadas com a presença mínima de metade mais um dos membros e após trinta minutos com no mínimo dois membros.

Artigo 14 As deliberações serão tomadas em reuniões, por voto da maioria simples dos membros presentes na reunião.

CAPÍTULO SEXTO - DISPOSIÇÕES FINAIS

Artigo 15 Os casos omissos e as dúvidas surgidas na aplicação do presente Regimento serão dirimidas pela Comissão de Nutrição Enteral e Parenteral em reunião com a presença da maioria.

Artigo 16 O presente Regimento entrará em vigor após a sua aprovação pelo voto da maioria dos membros.

9.7. Cronograma de Atividades

COMISSÃO DE NUTRIÇÃO ENTERAL E PARENTERAL												
Ações	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Nomeação do Membros da Comissão												
Reuniões ordinárias da Comissão												
Levantamento das necessidades do corpo técnico												
Planejamento com as Gerências sobre treinamento												
Reuniões ordinárias com a CCIH												
Divulgação e implantação dos protocolos												
Treinamentos/Ações preventivas e educativas												
Avaliação e acompanhamento das ações desenvolvidas												
Definição de metas de melhorias e estratégias para alcançá-las												

10. Comissão de Farmácia e Terapia

10.1. Conteúdo

A Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) é uma instância colegiada que tem como objetivo selecionar, acompanhar, avaliar e excluir o uso de medicamentos e produtos para a saúde. A CFT também é responsável por desenvolver ações para garantir o uso seguro e racional desses produtos.

A CFT é uma instância de extrema importância para as instituições hospitalares e pré-hospitalares, pois é responsável por analisar a incorporação de novas tecnologias em medicamentos.

A CFT é um órgão assessor da Gerência Técnica responsável pelo desenvolvimento de ações para garantir o acesso e o uso seguro e racional de medicamentos.

10.2. Membros

A CFT possui como membros os seguintes representantes:

- 01 Membro da Gerência Médica
- 01 Membro da Gerência Administrativa

- 01 Membro da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)
- 01 Farmacêutico
- 01 Enfermeiro

A comissão contará com apoio de núcleo operativo composto de um farmacêutico designado pelo Responsável pela Farmácia. O Presidente poderá ser designado pelo Gerente Médico dentre os membros da Comissão, ou ser eleito pelos próprios membros da mesma.

10.3. Objetivos

A Comissão de Farmácia e Terapia é uma instância colegiada, de caráter consultivo e deliberativo, que tem por objetivo selecionar medicamentos a serem utilizados no sistema da saúde nos três níveis de atenção.

São objetivos da Comissão de Farmácia e Terapia:

- Garantir a qualidade da terapêutica medicamentosa;
- Promover o uso racional e seguro de medicamentos;
- Conduzir o processo de seleção, utilização, avaliação e exclusão de medicamentos e produtos para a saúde;
- Desenvolver ações para garantir o uso seguro e racional de medicamentos;
- Atualizar a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME);
- Revisar periodicamente as normas de prescrição.

10.4. Frequência das reuniões

A CFT se reúne, ordinariamente, uma vez ao mês e, extraordinariamente por convocação do seu Presidente, por requerimento da maioria dos seus membros ou em caráter de urgência quando os membros serão convocados a qualquer tempo.

10.5. Finalidades

- Assessoramento técnico à gerência de assistência farmacêutica;
- Definir critérios para uso de medicamentos e produtos afins;
- Elaborar e incentivar a adoção de protocolos terapêuticos e diretrizes terapêuticas;
- Avaliar pedidos de inclusão e exclusão de medicamentos da relação de medicamentos essenciais;
- Contribuir com as ações de farmacovigilância;
- Propor normas e procedimentos relacionados a seleção, distribuição, prescrição e administração de medicamentos, agentes diagnósticos e saneantes;
- Assessorar a administração e os profissionais de saúde quanto às questões relacionadas a medicamentos;
- Assessorar quanto às questões relacionadas a pesquisas que utilizam medicamentos;
- Divulgar informações sobre medicamentos;
- Desenvolver programas educacionais na área de terapêutica farmacológica e utilização racional de medicamentos.

10.6. Proposta de Regimento Interno

CAPÍTULO I- DAS FINALIDADES

Art. 1º A Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) tem como finalidade selecionar medicamentos essenciais e assessorar a gestão na área de medicamentos.

A CFT é responsável por definir estratégias que possibilitem a inclusão e exclusão de medicações na listagem de padronização dos medicamentos utilizados na UPA.

CAPÍTULO II - DA COMPOSIÇÃO E FUNCIONAMENTO

Art 2º A CFT será composta por membros executores, sendo estes profissionais da área da saúde, nomeados pela Direção da UPA, e quando necessário por membros consultores, que façam parte do quadro funcional da UPA.

Parágrafo 1º - Os membros indicados, serão encarregados da execução das ações programadas pela Comissão.

São membros executores:

- 01 Membro da Gerência Médica
- 01 Membro da Gerência Administrativa
- 01 Membro da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)
- 01 Farmacêutico
- 01 Enfermeiro.

Parágrafo 2º - A Comissão deverá eleger, dentre seus membros, o corpo diretivo, sob os seguintes cargos:

- I. Presidente
- II. Vice-Presidente
- III. Secretário
- IV. Secretário substituto

Parágrafo 3º - Os membros consultores são médicos Responsáveis pelo Setor em que o paciente esteja sendo atendido ou na sua ausência será o médico que estiver em contato direto com o paciente.

Parágrafo 4º - O Presidente da será um dos membros da mesma e indicado pela Direção da UPA.

Parágrafo 5º - Os membros da comissão serão eleitos entre si, por maioria absoluta de votos e

o mandato será de 24 meses, podendo ser reconduzido por igual período uma única vez, conforme deliberação dos membros da comissão ou solicitação da Direção.

Art. 3º - A Comissão funciona como um órgão assessor da Administração, tendo assegurada a sua autonomia funcional.

Parágrafo 1º - A autonomia funcional se caracteriza pela independência em estabelecer normas de gerência sobre todas as atividades relacionadas a padronização de medicações'

Parágrafo 2º - A CFT utilizará deste regimento, das normas dos Conselhos Regionais dos membros da equipe e da legislação vigente para o exercício de suas atividades disciplinares.

CAPÍTULO III - DA INFRAESTRUTURA

Art. 4º - As atividades dos membros executores da Comissão serão desenvolvidas em sala apropriada dispondo de material necessário para a realização das tarefas.

CAPÍTULO IV - DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 5º São atribuições da CFT:

- I. ser responsável pelo desenvolvimento e pela supervisão da política e práticas de seleção e uso racional de medicamentos na UPA
- II. elaborar e atualizar periodicamente a relação de medicamentos padronizados, divulgando-a na Unidade;
- III. a padronização de medicamentos se dará conforme a Denominação Comum Brasileira (DCB) ou, na inexistência desta, seguirá a Denominação Comum Internacional (DCI);
- IV. serão padronizados, exclusivamente, medicamentos de eficiência comprovada, avaliados sob o ponto de vista dinâmico e biofarmacocinético, baseados em estudos clínicos ou protocolos reconhecidos;
- V. a padronização de medicamentos deverá, quando possível, ser vinculada à protocolos terapêuticos normatizados na UPA ou emitidos por sociedades de áreas médicas e afins reconhecidas;
- VI. determinar a utilização da relação de medicamentos padronizados como instrumento básico para a prescrição médica;
- VII. estabelecer formulário próprio para inclusão e/ou exclusão de medicamentos;
- VIII. normatizar a solicitação e prescrição de medicamentos não padronizados;
- IX. avaliar e emitir parecer sobre as solicitações de inclusão, exclusão ou substituição de itens da relação de medicamentos padronizados;
- X. de forma consultiva, ofertar assessoramento ao corpo clínico e a Administração da UPA em assuntos relacionados a medicamentos, mediante parecer da Comissão;
- XI. avaliar e analisar as solicitações de medicamentos não padronizados, tendo um prazo de até 48 horas para emitir seu parecer. Em caso de antimicrobianos o parecer será dado pela CCIH.

Art. 6º - São atribuições dos membros consultores da CFT:

- I. auxiliar os membros executores na inclusão e exclusão de um medicamento.

Art. 7º - São atribuições do Presidente da CFT:

- I. convocar e presidir reuniões;
- II. coordenar os membros da Comissão;
- III. assinar documentos em nome da Comissão;

Art. 8º - São atribuições do Secretário da CFT:

- I. registrar em ata as resoluções da Comissão;
- II. receber documentos;
- III. encaminhar documentos redigidos pela Comissão;

CAPÍTULO V - DAS REUNIÕES

Art. 8º A CFT se reúne, ordinariamente, uma vez ao mês e, extraordinariamente por convocação do seu Presidente, por requerimento da maioria dos seus membros ou em caráter de urgência quando os membros serão convocados a qualquer tempo.

Art. 9º As reuniões ordinárias serão de acordo com o calendário preestabelecido na 1ª reunião da Comissão.

Art. 10 Os assuntos submetidos a apreciação da CFT serão relatados por um dos membros executores nas reuniões, de acordo com a ordem do dia para discussão e votação.

Art.11 - Serão feitas atas em todas as reuniões, relatando os temas, proposições, planejamentos e conclusões.

CAPÍTULO VI - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 12 A Comissão de Farmácia e Terapêutica tem autonomia de ação, devendo suas determinações serem observadas por todos os profissionais que exerçam atividades na UPA.

Art. 13 As infrações decorrentes do não cumprimento do artigo anterior serão encaminhadas à Direção da UPA para as devidas providências.

Art. 14 Cabe a Direção da UPA aprovar e fazer respeitar o regimento interno da CFT.

Art. 15 O presente regimento entrará em vigor a partir da data de sua aprovação, revogando-se as disposições em contrário.

10.7. Cronograma de Atividades

COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA												
Ações	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Reunião para constituição dos membros da Comissão												
Nomeação do Membros da Comissão												
Reuniões da Comissão												
Planejamento das ações												
Elaboração de Relatórios												
Acompanhar os processos de compra												
Monitorar a emissão de pareceres												
Divulgar a inclusão ou exclusão de itens padronizados												

11. Comissão de Educação Permanente

11.1. Conteúdo

A definição da Portaria 198/GM/MS apresenta a Educação Permanente como política de governo para aprendizagem no trabalho, onde aprender e ensinar se incorporam no cotidiano das organizações e instituições de trabalho, contemplando a grande estrutura que é o Sistema Único de Saúde (SUS), na perspectiva de sua consolidação, bem como de sua qualificação, uma vez que esta só é possível através da educação permanente de seus recursos humanos.

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é uma estratégia político-pedagógica que tem como objetivo aprimorar o método educacional em saúde. A EPS é baseada na ideia de que o trabalho no SUS é uma aprendizagem cotidiana e comprometida com os coletivos. Nesta perspectiva caberá a Comissão implementar o Plano de Educação Permanente a ser elaborado conforme demanda dos serviços e dos profissionais.

11.2. Membros

Membros da Comissão de Educação Permanente em Saúde:

- Enfermeiro
- Médico
- Farmacêutico
- Assistente Social
- Técnico de Enfermagem

11.3. Objetivos

A Comissão de Educação Permanente (CEP) tem como objetivo estimular, acompanhar e fortalecer a qualificação profissional dos trabalhadores da área da saúde para a transformação das práticas de saúde em direção ao atendimento dos princípios fundamentais do SUS, a partir da realidade local e da análise coletiva dos processos de trabalho.

Cabe a CEP planejar, organizar e apoiar as ações de Educação Permanente em Saúde (EPS).

11.4. Frequência das reuniões

As reuniões serão mensais em cronograma determinado pelo Presidente da Comissão na ocasião da primeira reunião.

As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo Presidente ou a pedido de qualquer membro da Comissão.

11.5. Finalidades

- Promover o desenvolvimento profissional e pessoal dos colaboradores da UPA;
- Fazer com que os colaboradores da UPA atuem como equipe comprometida com o processo de trabalho e com os usuários;

- Favorecer a transformação das práticas institucionais;
- Promover a melhoria da qualidade da assistência aos pacientes;
- Aprimorar a utilização dos recursos humanos na saúde;
- Melhorar as relações entre equipes;
- Executar e estimular as atividades de pesquisa na área da saúde;
- Estimular o trabalhador da saúde a desenvolver a consciência crítica e postura ética;
- Realizar estratégias para seleção, capacitação permanente e avaliação de desempenho dos colaboradores da UPA;
- Realizar planejamento anual das atividades relacionadas à Educação Permanente em Saúde;
- Manter os colaboradores permanentemente capacitados e atualizados;
- Treinar e capacitar continuamente a equipe, na boa prática da utilização dos equipamentos, visando melhorar os processos e procedimentos e minimizando prejuízos ao usuário.

11.6. Proposta de Regimento Interno

CAPÍTULO I - DAS DEFINIÇÕES

Art. 1º A Comissão de Educação Permanente (CEP) da UPA Tamoios terá o objetivo de planejar, organizar, monitorar, executar, compilar, avaliar e fornecer apoio as ações de Educação Permanente em saúde realizadas na instituição, baseando-se em diagnóstico situacional e melhorias dos processos de trabalho.

Art. 2º A CEP terá caráter permanente, devendo atuar como órgão de assessoria e subordinação à Diretoria Geral, com autonomia plena para decidir sobre assuntos e traçar metas que, direta ou indiretamente, estiverem relacionadas com as ações de educação continuada em saúde.

CAPÍTULO II – DAS FINALIDADES

Art. 3º São finalidades da CPE:

- I. favorecer a transformação das práticas institucionais;

- II. melhorar a qualidade da assistência/cuidado à saúde;
- III. melhorar a utilização dos recursos humanos na saúde;
- IV. melhorar as relações nas e entre equipes;
- V. promover o desenvolvimento profissional e pessoal dos trabalhadores da UPA;
- VI. executar e estimular as atividades de pesquisa na UPA;
- VII. estimular os colaboradores a desenvolver consciência crítica e postura ética;
- VIII. fazer com que os colaboradores atuem como equipe comprometida com o processo de trabalho e com os usuários;
- IX. realizar estratégias para seleção, capacitação permanente e avaliação de desempenho dos colaboradores da UPA;
- X. proporcionar condições para desenvolvimento de habilidades e talentos da equipe multidisciplinar da UPA;
- XI. manter atualização permanente na área de desenvolvimento de recursos humanos;
- XII. realizar planejamento anual das atividades relacionadas à educação permanente em saúde;
- XIII. elaborar relatório anual dos programas desenvolvidos pela educação permanente em saúde;
- XIV. manter os colaboradores permanentemente capacitados e atualizados, oferecendo cursos de educação permanente;
- XV. treinar e capacitar continuamente a equipe, na boa prática da utilização dos equipamentos, visando melhorar os processos e procedimentos e minimizando prejuízos aos usuários.

CAPÍTULO III - DA COMPOSIÇÃO

Art. 4º A CEP será composta pelos seguintes membros:

- Enfermeiro
- Médico
- Farmacêutico
- Assistente Social

- Técnico de Enfermagem.

Parágrafo 1º - Na primeira reunião da Comissão, os membros escolherão entre eles um Presidente, um Vice-Presidente e um Secretário.

Parágrafo 2º - Os membros da CEP terão mandato de dois anos, sendo permitida sua recondução.

CAPÍTULO IV - DAS COMPETÊNCIAS

Art. 5º São competências da CPE:

- I. Realizar planejamento anual das atividades relacionadas à educação permanente em saúde;
- II. Elaborar relatório anual dos programas desenvolvidos pela educação permanente em saúde;
- III. Assessorar a Diretoria em todos os assuntos referentes a educação continuada dos colaboradores;
- IV. Receber, estudar e opinar sobre todas as questões pertinentes a educação continuada que lhe forem encaminhadas;
- V. Organizar, planejar e fazer publicar o calendário dos eventos.
- VI. Apoiar a elaboração de processos de qualificação profissional e formação em saúde favorecendo a construção de metodologias que propiciem a integração ensino em serviço;
- VII. Desenvolver conjuntamente com a área de Gestão de Pessoas e a equipe multidisciplinar, ações educacionais para capacitação e desenvolvimento do público interno;
- VIII. Acolher os colaboradores que ingressarem no quadro de profissionais da UPA;
- IX. Elaborar propostas para programas e projetos educacionais;
- X. Promover o inter-relacionamento com as diversas áreas profissionais da UPA;
- XI. Zelar pelo cumprimento das normas e padrões estabelecidos pela Direção da UPA;
- XII. Acompanhar, monitorar e avaliar as ações e estratégias de educação em saúde implementadas na UPA;

XIII. Apoiar os profissionais de saúde em seus processos de trabalho assistencial no monitoramento e avaliação das ações de saúde e de educação continuada;

XIV. Elaborar projetos a partir das necessidades do serviço e do planejamento participativo, promovendo espaços de discussão e de qualificação profissional, contribuindo para alcance das metas institucionais;

CAPÍTULO V - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 6º As reuniões ordinárias da Comissão serão mensais em cronograma determinado pelo Presidente da Comissão na ocasião da primeira reunião.

Art. 7º As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo Presidente ou a pedido de qualquer membro da Comissão.

Art. 8º A Comissão deliberará com quórum mínimo de 50% (cinquenta por cento) dos membros.

Art. 9º Em cada reunião será lavrada Ata, incluindo assuntos discutidos, decisões tomadas e lista de presença.

Art.10 Os membros da Comissão que faltarem a três reuniões consecutivas, injustificadamente, serão automaticamente considerados desligados e o pedido de sua substituição encaminhado a Direção.

Art. 11 - Este Regimento poderá ser modificado no todo ou em parte, por proposta dos membros da Comissão, mediante aprovação em reunião convocada para esta finalidade.

Art. 12 - O presente regimento entrará em vigor a partir da data de sua aprovação, revogando-se as disposições em contrário.

11.7. Cronograma de Atividades

COMISSÃO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE												
Ações	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Nomeação do Membros da Comissão												
Reuniões da Comissão												
Levantamento das necessidades do corpo técnico												
Divulgação e implantação dos protocolos assistenciais												
Treinamentos / Ações preventivas e educativas												
Implantação de Indicadores												
Avaliação de Indicadores												

12. Núcleo de Vigilância Epidemiológica (NVE)

12.1. Conteúdo

O Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) tem como objetivo detectar doenças, agravos e alterações nos padrões epidemiológicos.

O Núcleo Hospitalar de Epidemiologia desenvolve um conjunto de ações que visam à detecção e a investigação de qualquer agravo suspeito ou confirmado de doença de notificação compulsória atendido no hospital, utilizando para isso as normas de vigilância epidemiológica nacionais, estaduais e municipais, como, elaborar e manter em operação um sistema de busca ativa para os pacientes internados e atendidos em pronto-socorro e ambulatório da unidade hospitalar, para a detecção das doenças e agravos; notificar ao primeiro nível hierárquico superior da vigilância epidemiológica as doenças e agravos de notificação compulsória (DNC) detectados no âmbito hospitalar, de acordo com os instrumentos e fluxos de notificações definidos pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS).

12.2. Membros

Os profissionais que irão compor a equipe do NVE, preferencialmente, deverão possuir formação e experiência em vigilância em saúde. A equipe pode ser multidisciplinar e estruturada para o cumprimento integral das atividades inerentes a sua função.

O Núcleo de Vigilância deve ter os seguintes membros:

- 02 (dois) profissionais de nível superior da UPA
- 01 (um) de nível médio
- 01 (um) de nível administrativo

12.3. Objetivos

O objetivo do Núcleo de Vigilância Epidemiológica (NVE) em uma unidade de pronto atendimento (UPA) é:

- Detectar, monitorar, notificar e responder a potenciais emergências de saúde pública;
- Investigar doenças de notificação compulsória;
- Implementar e monitorar protocolos técnicos-operacionais para prevenir e controlar infecções e doenças;
- Realizar vigilância dos ambientes e processos de trabalho para orientar mudanças que possam causar infecções, agravos e doenças.

A vigilância epidemiológica é um conjunto de ações que visa detectar e prevenir doenças e agravos que podem ser transmitidos, além de identificar os fatores de risco. O objetivo é fornecer orientação técnica aos profissionais de saúde.

12.4. Frequência das reuniões

Deverão ocorrer reuniões periódicas, com data, local e horário, previamente definidos e informados, sendo no mínimo realizadas reuniões mensais.

12.5. Finalidades

- Realizar a busca ativa para os pacientes atendidos na UPA, para a detecção das doenças e agravos constantes da Portaria nº2.472, de 31 de agosto de 2010/SVS/MS;
- Realizar a busca ativa para detecção e notificação dos óbitos ocorridos no ambiente da UPA, prioritariamente dos óbitos maternos declarados, de mulher em idade fértil;
- Realizar a investigação epidemiológica das doenças, eventos e agravos, em articulação com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e com a Secretaria Estadual de Saúde (SES), incluindo as atividades de interrupção da cadeia de transmissão de casos e surtos, quando pertinentes, segundo as normas e procedimentos estabelecidos pela SVS/MS;
- Participar da investigação de óbitos maternos declarados e de mulheres em idade fértil, ocorridos no ambiente da UPA, em conjunto com a Comissão de Análise de Óbitos e em articulação com a SMS;
- Desenvolver processo de trabalho integrado aos setores estratégicos da UPA, para fins de implementação das atividades de vigilância epidemiológica, tais como: Serviço de Arquivo Médico; Comissões de Óbitos e de Controle de Infecção Hospitalar, para acesso as informações necessárias a detecção, monitoramento e encerramento de casos ou surtos sob investigação;
- Promover treinamento continuado para a equipe multidisciplinar, estimulando a notificação das doenças na UPA;
- Monitorar e avaliar o preenchimento das declarações de óbitos;
- Divulgar o perfil de morbimortalidade hospitalar, incluindo as DNC detectadas na UPA, subsidiando o processo de planejamento e a tomada de decisão da Direção, dos gestores estaduais e dos municipais dos sistemas de vigilância e de atenção à saúde;
- Elaborar relatório epidemiológico trimestral;
- Elaborar e divulgar semestralmente o boletim epidemiológico.

12.6. Proposta de Regimento Interno

CAPÍTULO I - DAS FINALIDADES

Art. 1º O Núcleo de Vigilância Epidemiológica tem por finalidade detectar, recomendar e adotar medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos. Além disso, deverá comunicar a Vigilância Epidemiológica Municipal/Estadual todos os casos de notificação compulsória que porventura sejam diagnosticados na UPA Tamoios.

CAPÍTULO II - DA COMPOSIÇÃO

Art. 2º O Núcleo de Vigilância Epidemiológica será composta por no mínimo 2 (dois) profissionais de nível superior com capacitações na área de epidemiologia ,1 (hum) profissional de nível médio 1 (hum) profissional de nível administrativo.

CAPÍTULO III - DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 3º São atribuições do Núcleo de Vigilância Epidemiológica:

- I. elaborar, implementar e manter o sistema de busca ativa para pacientes atendidos na UPA, para detecção de Doenças de Notificação Compulsória - DNC;
- II. notificar e investigar as DNC, utilizando as fichas de notificação e investigação padronizadas pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN;
- III. realizar a notificação imediata para as doenças que precisam de ação de controle e investigação imediata, segundo normas e procedimentos estabelecidos pela SMS e SES;
- IV. notificar os casos de violência em crianças, adolescentes, mulheres e idosos;
- V. inserir as informações nas fichas de investigação epidemiológica do banco de dados do SINAN, consolidar, analisar e divulgar as informações referentes as DNC, respeitando as normas e rotinas estabelecidas pela SINAN, para subsidiar o planejamento e a avaliação das ações para os gestores da UPA;
- VI. participar das atividades de investigação de surtos e de interrupção da cadeia de transmissão de DNC detectados no âmbito da UPA;
- VII. promover um trabalho integrado com o laboratório que irá realizar os exames e como os outros laboratórios de referência, estabelecendo fluxo de envio de amostras e de recebimento de resultados de exames referentes as DNC;

- VIII. incentivar a realização de necropsias ou a coleta de material e fragmentos de órgãos para exames microbiológicos e anátomo-patológico, em caso de óbito por causa mal definida;
- IX. estabelecer um fluxo com a Farmácia, para recebimento de informações de pacientes em uso de medicamentos próprios de DNC;
- X. promover a integração com o Serviço de Arquivo Médico (SAME) e a Comissão de Revisão de Prontuário da UPA para o acesso as informações necessárias à vigilância epidemiológica contidas nos prontuários e em outros registros de atendimento;
- XI. trabalhar em parceria com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e Comissão de Análise de Óbito;
- XII. participar de treinamento continuado para os profissionais dos serviços estimulando a notificação das doenças no ambiente da UPA;
- XIII. orientar a população e a equipe da Unidade quanto as medidas de prevenção das DNC e agravos de acordo com os Protocolos instituídos pelo Ministério da Saúde;
- XIV. elaborar e divulgar periodicamente relatórios de doenças notificadas na UPA e realizar sistematicamente reuniões com a equipe multidisciplinar;
- XV. orientar quanto a importância da imunização aos profissionais e usuários da Unidade;
- XVI. monitorar, avaliar e divulgar o perfil de morbi-mortalidade da UPA;
- XVII. monitorar e avaliar o preenchimento das declarações de óbitos;
- XVIII. participar do monitoramento e da avaliação dos óbitos maternos e infantis no ambiente da UPA, nos termos definidos na Portaria no 653/GM, de 28 de maio de 2003.

CAPÍTULO IV - FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Art. 4º Deverão ocorrer reuniões periódicas, com data, local e horário, previamente definidos e informados, sendo no mínimo realizadas reuniões mensais.

Art. 5º - Os membros do Núcleo deverão promover reuniões mensalmente, sendo essas registradas em atas e supervisionadas pelo Gerente Médico, com discussões com a Direção e feedback para a equipe multidisciplinar.

CAPÍTULO V - DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 6º - Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros do Núcleo de Vigilância Epidemiológica, em conjunto com o Gerente Médico da Upa Tamoios.

Art. 7º - Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

Art. 8º - O presente regimento entrará em vigor a partir da data de sua aprovação, revogando-se as disposições em contrário.

12.7. Cronograma de Atividades

NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA												
Ações	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Nomeação do Membros da Comissão												
Reuniões ordinárias da Comissão												
Levantamento das necessidades do corpo técnico												
Planejamento com as Gerências sobre treinamento												
Divulgação e implantação dos protocolos de prevenção, investigação, registro e controle das doenças transmissíveis e não transmissíveis												
Treinamentos/Ações preventivas e educativas												
Acompanhamento das ações desenvolvidas												
Avaliação de resultados e indicadores												

Item 3. Experiência Gerencial da OSS através de sua equipe técnica e prévia na realização, com efetividade, do objeto da parceria ou de natureza semelhante

Atestados de capacidade técnica que certifique a experiência em Gerência Hospitalar Própria com mais de 01 (um) na gestão hospitalar de Unidades de Saúde com período mínimo de 12 (doze) meses, perfil de urgência e emergência, com no mínimo 20 (vinte) leitos, com e que realize procedimentos de Média e Alta Complexidade, que constem na tabela SUS

Apresentamos as comprovações para o critério de pontuação nos anexos abaixo:

UNIDADE	PERÍODO
ANEXO II – Hospital da Mulher SES RJ	3 anos (31/01/2018 - 01/02/2021)
ANEXO III – Hospital da Mãe SES RJ	1 ano e 3 meses (02/04/2018 – 01/07/2020)
ANEXO IV - Hospital Estadual Infantil e Maternidade Alzir Bernardino Alves	1 ano e 4 meses (05/11/2019 – 02/03/2021)

Atestados de capacidade técnica operacional que certifique experiência em gerência com mais de 01 na gestão de Unidades de Saúde com período mínimo de 12 (doze) meses, perfil de urgência e emergência, com no mínimo 20 (vinte) leitos e que realize procedimentos de Média e Alta Complexidade, que constem na tabela SUS

Apresentamos as comprovações para o critério de pontuação nos anexos abaixo:

UNIDADE	PERÍODO
ANEXO V – Hospital Maternidade Maria Amélia Buarque de Holanda e CER Centro	6 anos (07/07/2015 – 27/06/2021)
ANEXO VI - Rede de Atenção Primária e Estratégia de Saúde da Família - Município Maricá	5 anos (27/02/2020 - 26/02/2025)
ANEXO VII – Hospital Israelita Albert Sabin	1 ano e 1 mês (01/11/2020 – 30/11/2021)
ANEXO VIII - Área Programática 2.1 e UPA Rocinha	4 anos (01/04/2021 - 31/03/2025)
ANEXO IX - Área Programática 5.1	4 anos (19/07/2021 - 18/07/2025)

Comprovação que a entidade possui no seu quadro funcional, Responsável Técnico (médico)

Segue no ANEXO X comprovação de qualificação técnica do Responsável Técnico (médico).

Comprovação, que possui no seu quadro, Responsável Técnico (administrador)

Segue no ANEXO XI comprovação de qualificação técnica do Responsável Técnico (administrador).

**Certificado De Entidade Beneficente De Assistência Social na Área Da Saúde
(CEBAS)**

Item 4. Preço/ valor de referência

Proposta Econômica

**PROCESSO ADMINISTRATIVO N.º 16288/2024
SELEÇÃO PÚBLICA N.º 005/SEMUSA/2024**

OBJETO: SELEÇÃO DE ENTIDADE DE DIREITO PRIVADO SEM FINS LUCRATIVOS, QUALIFICADA COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE NA ÁREA DA SAÚDE, NO ÂMBITO DO MUNICÍPIO DE CABO FRIO, PARA GESTÃO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA UNIDADE MUNICIPAL DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA II 24H TAMOIOS CONFORME ESPECIFICAÇÕES, QUANTITATIVOS, REGULAMENTAÇÃO DO GERENCIAMENTO E EXECUÇÃO DE ATIVIDADES E SERVIÇOS DE SAÚDE E DEMAIS OBRIGAÇÕES DISPOSTAS NO TERMO DE REFERÊNCIA

ORGANIZAÇÃO SOCIAL: INSTITUTO GNOSIS

CNPJ: 10.635.117/0001-03

INSCRIÇÃO ESTADUAL: ISENTOS

ENDEREÇO: Av. das Américas, 3443 - BL 02 - Sala 201 - Barra da Tijuca, Rio de Janeiro - RJ, 22631-003

TELEFONE: (21) 2147-8191

SITE/E-MAIL:

<https://www.institutognosis.org.br/> / contato@institutognosis.org.br

BANCO/AGÊNCIA: Santander / Agência 1681

CONTA BANCÁRIA Nº: 13000258-7

PREÇO GLOBAL PROPOSTO
R\$ 33.588.090,12 (trinta e três milhões, quinhentos e oitenta e oito mil e noventa reais e doze centavos)

	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6
a) PESSOAL						
Salários	R\$ 560.476,88	R\$ 560.476,88	R\$ 560.476,88	R\$ 560.476,88	R\$ 560.476,88	R\$ 560.476,88
Outras formas de contratação (PJ médica)	R\$ 950.720,82	R\$ 950.720,82	R\$ 950.720,82	R\$ 950.720,82	R\$ 950.720,82	R\$ 950.720,82
Encargos	R\$ 206.255,50	R\$ 206.255,50	R\$ 206.255,50	R\$ 206.255,50	R\$ 206.255,50	R\$ 206.255,50
Provisionamento (13º salários e férias)	R\$ 71.612,13	R\$ 71.612,13	R\$ 71.612,13	R\$ 71.612,13	R\$ 71.612,13	R\$ 71.612,13
Provisionamento (Rescisões)	R\$ 60.862,18	R\$ 60.862,18	R\$ 60.862,18	R\$ 60.862,18	R\$ 60.862,18	R\$ 60.862,18
Benefícios	R\$ 23.280,00	R\$ 23.280,00	R\$ 23.280,00	R\$ 23.280,00	R\$ 23.280,00	R\$ 23.280,00
Projeção de dissídio e afastamento	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -
Outras (a especificar)	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -
TOTAL (A)	R\$ 1.873.207,51	R\$ 1.873.207,51	R\$ 1.873.207,51	R\$ 1.873.207,51	R\$ 1.873.207,51	R\$ 1.873.207,51
b) MATERIAIS E MEDICAMENTOS						
Medicamentos	R\$ 100.000,00	R\$ 100.000,00	R\$ 100.000,00	R\$ 100.000,00	R\$ 100.000,00	R\$ 100.000,00
Materiais de Consumo	R\$ 60.000,00	R\$ 60.000,00	R\$ 60.000,00	R\$ 60.000,00	R\$ 60.000,00	R\$ 60.000,00
Outras (a especificar)	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -
TOTAL (B)	R\$ 160.000,00	R\$ 160.000,00	R\$ 160.000,00	R\$ 160.000,00	R\$ 160.000,00	R\$ 160.000,00
c) ÁREAS DE APOIO						
Água e Esgoto	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00
Energia elétrica	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00
Alimentação (Pacientes e funcionários)	R\$ 100.000,00	R\$ 100.000,00	R\$ 100.000,00	R\$ 100.000,00	R\$ 100.000,00	R\$ 100.000,00
Coleta de resíduos hospitalares	R\$ 8.000,00	R\$ 8.000,00	R\$ 8.000,00	R\$ 8.000,00	R\$ 8.000,00	R\$ 8.000,00
Esterilização	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00
Exames laboratoriais e imagem	R\$ 110.000,00	R\$ 110.000,00	R\$ 110.000,00	R\$ 110.000,00	R\$ 110.000,00	R\$ 110.000,00
Lavanderia e rouparia	R\$ 50.000,00	R\$ 50.000,00	R\$ 50.000,00	R\$ 50.000,00	R\$ 50.000,00	R\$ 50.000,00
Limpeza e higienização	R\$ 45.000,00	R\$ 45.000,00	R\$ 45.000,00	R\$ 45.000,00	R\$ 45.000,00	R\$ 45.000,00
Manutenção predial (preventiva e corretiva)	R\$ 25.000,00	R\$ 25.000,00	R\$ 25.000,00	R\$ 25.000,00	R\$ 25.000,00	R\$ 25.000,00
Engenharia clínica	R\$ 40.000,00	R\$ 40.000,00	R\$ 40.000,00	R\$ 40.000,00	R\$ 40.000,00	R\$ 40.000,00
Segurança patrimonial/vigilância	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00
Seguros	R\$ 2.000,00	R\$ 2.000,00	R\$ 2.000,00	R\$ 2.000,00	R\$ 2.000,00	R\$ 2.000,00
Transporte de apoio à gestão e monitoramento do contrato	R\$ 4.000,00	R\$ 4.000,00	R\$ 4.000,00	R\$ 4.000,00	R\$ 4.000,00	R\$ 4.000,00
Transporte - Ambulância	R\$ 40.000,00	R\$ 40.000,00	R\$ 40.000,00	R\$ 40.000,00	R\$ 40.000,00	R\$ 40.000,00
Uniformes e identificação	R\$ 6.000,00	R\$ 6.000,00	R\$ 6.000,00	R\$ 6.000,00	R\$ 6.000,00	R\$ 6.000,00
(Outras) Dedetização e limpeza da caixa d'água	R\$ 2.000,00	R\$ 2.000,00	R\$ 2.000,00	R\$ 2.000,00	R\$ 2.000,00	R\$ 2.000,00
(Outras) Manutenção dos equipamentos de climatização (preventiva e corretiva)	R\$ 13.000,00	R\$ 13.000,00	R\$ 13.000,00	R\$ 13.000,00	R\$ 13.000,00	R\$ 13.000,00
(Outras) Gases medicinais	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00
(Outras) Internet e telefonia	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00
Outras (a especificar)	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -
TOTAL (C)	R\$ 515.000,00	R\$ 515.000,00	R\$ 515.000,00	R\$ 515.000,00	R\$ 515.000,00	R\$ 515.000,00
d) GERENCIAIS E ADMINISTRATIVAS						
Assessoria jurídica	R\$ 25.000,00	R\$ 25.000,00	R\$ 25.000,00	R\$ 25.000,00	R\$ 25.000,00	R\$ 25.000,00
Auditoria contábil, fiscal e financeira	R\$ 8.000,00	R\$ 8.000,00	R\$ 8.000,00	R\$ 8.000,00	R\$ 8.000,00	R\$ 8.000,00
Contabilidade	R\$ 3.000,00	R\$ 3.000,00	R\$ 3.000,00	R\$ 3.000,00	R\$ 3.000,00	R\$ 3.000,00
Educação continuada e permanente	R\$ 15.000,00	R\$ 15.000,00	R\$ 15.000,00	R\$ 15.000,00	R\$ 15.000,00	R\$ 15.000,00
Material de escritório	R\$ 8.000,00	R\$ 8.000,00	R\$ 8.000,00	R\$ 8.000,00	R\$ 8.000,00	R\$ 8.000,00
Tecnologia da informação	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00
Software de gestão de pessoas	R\$ 80.000,00	R\$ 80.000,00	R\$ 80.000,00	R\$ 80.000,00	R\$ 80.000,00	R\$ 80.000,00
Saúde ocupacional	R\$ 6.500,00	R\$ 6.500,00	R\$ 6.500,00	R\$ 6.500,00	R\$ 6.500,00	R\$ 6.500,00
Vigilância interna e CFTV	R\$ 4.000,00	R\$ 4.000,00	R\$ 4.000,00	R\$ 4.000,00	R\$ 4.000,00	R\$ 4.000,00
Biometria	R\$ 500,00	R\$ 500,00	R\$ 500,00	R\$ 500,00	R\$ 500,00	R\$ 500,00
Custos bancários	R\$ 800,00	R\$ 800,00	R\$ 800,00	R\$ 800,00	R\$ 800,00	R\$ 800,00
Outras (a especificar)	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -
Rateio administrativo até 3%	R\$ 80.000,00	R\$ 80.000,00	R\$ 80.000,00	R\$ 80.000,00	R\$ 80.000,00	R\$ 80.000,00
TOTAL (D)	R\$ 250.800,00	R\$ 250.800,00	R\$ 250.800,00	R\$ 250.800,00	R\$ 250.800,00	R\$ 250.800,00
TOTAL DE CUSTEIO (A+B+C+D=E) = R\$ ()	R\$ 2.799.007,51	R\$ 2.799.007,51	R\$ 2.799.007,51	R\$ 2.799.007,51	R\$ 2.799.007,51	R\$ 2.799.007,51
Outras (a especificar)	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -
TOTAL (F)	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -
TOTAL GERAL DO CONTRATO DE GESTÃO = (E) + (F) = R\$ 33.588.090,12 (trinta e três milhões, quinhentos e oitenta e oito mil e noventa reais e doze centavos)	R\$ 2.799.007,51	R\$ 2.799.007,51	R\$ 2.799.007,51	R\$ 2.799.007,51	R\$ 2.799.007,51	R\$ 2.799.007,51

	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12	TOTAL (12 MESES)
a) PESSOAL							
Salários	R\$ 560.476,88	R\$ 560.476,88	R\$ 560.476,88	R\$ 560.476,88	R\$ 560.476,88	R\$ 560.476,88	R\$ 6.725.722,56
Outras formas de contratação (PJ médica)	R\$ 950.720,82	R\$ 950.720,82	R\$ 950.720,82	R\$ 950.720,82	R\$ 950.720,82	R\$ 950.720,82	R\$ 11.408.649,84
Encargos	R\$ 206.255,50	R\$ 206.255,50	R\$ 206.255,50	R\$ 206.255,50	R\$ 206.255,50	R\$ 206.255,50	R\$ 2.475.066,00
Provisionamento (13º salários e férias)	R\$ 71.612,13	R\$ 71.612,13	R\$ 71.612,13	R\$ 71.612,13	R\$ 71.612,13	R\$ 71.612,13	R\$ 859.345,56
Provisionamento (Rescisões)	R\$ 60.862,18	R\$ 60.862,18	R\$ 60.862,18	R\$ 60.862,18	R\$ 60.862,18	R\$ 60.862,18	R\$ 730.346,16
Benefícios	R\$ 23.280,00	R\$ 23.280,00	R\$ 23.280,00	R\$ 23.280,00	R\$ 23.280,00	R\$ 23.280,00	R\$ 279.360,00
Projeção de dissídio e afastamento	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -
Outras (a especificar)	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -
TOTAL (A)	R\$ 1.873.207,51	R\$ 1.873.207,51	R\$ 1.873.207,51	R\$ 1.873.207,51	R\$ 1.873.207,51	R\$ 1.873.207,51	R\$ 22.478.490,12
b) MATERIAIS E MEDICAMENTOS							
Medicamentos	R\$ 100.000,00	R\$ 100.000,00	R\$ 100.000,00	R\$ 100.000,00	R\$ 100.000,00	R\$ 100.000,00	R\$ 1.200.000,00
Materiais de Consumo	R\$ 60.000,00	R\$ 60.000,00	R\$ 60.000,00	R\$ 60.000,00	R\$ 60.000,00	R\$ 60.000,00	R\$ 720.000,00
Outras (a especificar)	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -		R\$ -
TOTAL (B)	R\$ 160.000,00	R\$ 160.000,00	R\$ 160.000,00	R\$ 160.000,00	R\$ 160.000,00	R\$ 160.000,00	R\$ 1.920.000,00
c) ÁREAS DE APOIO							
Água e Esgoto	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 120.000,00
Energia elétrica	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 120.000,00
Alimentação (Pacientes e funcionários)	R\$ 100.000,00	R\$ 100.000,00	R\$ 100.000,00	R\$ 100.000,00	R\$ 100.000,00	R\$ 100.000,00	R\$ 1.200.000,00
Coleta de resíduos hospitalares	R\$ 8.000,00	R\$ 8.000,00	R\$ 8.000,00	R\$ 8.000,00	R\$ 8.000,00	R\$ 8.000,00	R\$ 96.000,00
Esterilização	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 60.000,00
Exames laboratoriais e imagem	R\$ 110.000,00	R\$ 110.000,00	R\$ 110.000,00	R\$ 110.000,00	R\$ 110.000,00	R\$ 110.000,00	R\$ 1.320.000,00
Lavanderia e roupa	R\$ 50.000,00	R\$ 50.000,00	R\$ 50.000,00	R\$ 50.000,00	R\$ 50.000,00	R\$ 50.000,00	R\$ 600.000,00
Limpeza e higienização	R\$ 45.000,00	R\$ 45.000,00	R\$ 45.000,00	R\$ 45.000,00	R\$ 45.000,00	R\$ 45.000,00	R\$ 540.000,00
Manutenção predial (preventiva e corretiva)	R\$ 25.000,00	R\$ 25.000,00	R\$ 25.000,00	R\$ 25.000,00	R\$ 25.000,00	R\$ 25.000,00	R\$ 300.000,00
Engenharia clínica	R\$ 40.000,00	R\$ 40.000,00	R\$ 40.000,00	R\$ 40.000,00	R\$ 40.000,00	R\$ 40.000,00	R\$ 480.000,00
Segurança patrimonial/vigilância	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 240.000,00
Seguros	R\$ 2.000,00	R\$ 2.000,00	R\$ 2.000,00	R\$ 2.000,00	R\$ 2.000,00	R\$ 2.000,00	R\$ 24.000,00
Transporte de apoio à gestão e monitoramento do contrato	R\$ 4.000,00	R\$ 4.000,00	R\$ 4.000,00	R\$ 4.000,00	R\$ 4.000,00	R\$ 4.000,00	R\$ 48.000,00
Transporte - Ambulância	R\$ 40.000,00	R\$ 40.000,00	R\$ 40.000,00	R\$ 40.000,00	R\$ 40.000,00	R\$ 40.000,00	R\$ 480.000,00
Uniformes e identificação	R\$ 6.000,00	R\$ 6.000,00	R\$ 6.000,00	R\$ 6.000,00	R\$ 6.000,00	R\$ 6.000,00	R\$ 72.000,00
(Outras) Dedetização e limpeza da caixa d'água	R\$ 2.000,00	R\$ 2.000,00	R\$ 2.000,00	R\$ 2.000,00	R\$ 2.000,00	R\$ 2.000,00	R\$ 24.000,00
(Outras) Manutenção dos equipamentos de climatização (preventiva e corretiva)	R\$ 13.000,00	R\$ 13.000,00	R\$ 13.000,00	R\$ 13.000,00	R\$ 13.000,00	R\$ 13.000,00	R\$ 156.000,00
(Outras) Gases medicinais	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 240.000,00
(Outras) Internet e telefonia	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 60.000,00
Outras (a especificar)	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -
TOTAL (C)	R\$ 515.000,00	R\$ 515.000,00	R\$ 515.000,00	R\$ 515.000,00	R\$ 515.000,00	R\$ 515.000,00	R\$ 6.180.000,00
d) GERENCIAIS E ADMINISTRATIVAS							
Assessoria jurídica	R\$ 25.000,00	R\$ 25.000,00	R\$ 25.000,00	R\$ 25.000,00	R\$ 25.000,00	R\$ 25.000,00	R\$ 300.000,00
Auditoria contábil, fiscal e financeira	R\$ 8.000,00	R\$ 8.000,00	R\$ 8.000,00	R\$ 8.000,00	R\$ 8.000,00	R\$ 8.000,00	R\$ 96.000,00
Contabilidade	R\$ 3.000,00	R\$ 3.000,00	R\$ 3.000,00	R\$ 3.000,00	R\$ 3.000,00	R\$ 3.000,00	R\$ 36.000,00
Educação continuada e permanente	R\$ 15.000,00	R\$ 15.000,00	R\$ 15.000,00	R\$ 15.000,00	R\$ 15.000,00	R\$ 15.000,00	R\$ 180.000,00
Material de escritório	R\$ 8.000,00	R\$ 8.000,00	R\$ 8.000,00	R\$ 8.000,00	R\$ 8.000,00	R\$ 8.000,00	R\$ 96.000,00
Tecnologia da informação	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 240.000,00
Software de gestão de pessoas	R\$ 80.000,00	R\$ 80.000,00	R\$ 80.000,00	R\$ 80.000,00	R\$ 80.000,00	R\$ 80.000,00	R\$ 960.000,00
Saúde ocupacional	R\$ 6.500,00	R\$ 6.500,00	R\$ 6.500,00	R\$ 6.500,00	R\$ 6.500,00	R\$ 6.500,00	R\$ 78.000,00
Vigilância interna e CFTV	R\$ 4.000,00	R\$ 4.000,00	R\$ 4.000,00	R\$ 4.000,00	R\$ 4.000,00	R\$ 4.000,00	R\$ 48.000,00
Biometria	R\$ 500,00	R\$ 500,00	R\$ 500,00	R\$ 500,00	R\$ 500,00	R\$ 500,00	R\$ 6.000,00
Custos bancários	R\$ 800,00	R\$ 800,00	R\$ 800,00	R\$ 800,00	R\$ 800,00	R\$ 800,00	R\$ 9.600,00
Outras (a especificar)	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -
Rateio administrativo até 3%	R\$ 80.000,00	R\$ 80.000,00	R\$ 80.000,00	R\$ 80.000,00	R\$ 80.000,00	R\$ 80.000,00	R\$ 960.000,00
TOTAL (D)	R\$ 250.800,00	R\$ 250.800,00	R\$ 250.800,00	R\$ 250.800,00	R\$ 250.800,00	R\$ 250.800,00	R\$ 3.009.600,00
TOTAL DE CUSTEIO (A+B+C+D=E) = R\$ ()	R\$ 2.799.007,51	R\$ 2.799.007,51	R\$ 2.799.007,51	R\$ 2.799.007,51	R\$ 2.799.007,51	R\$ 2.799.007,51	R\$ 33.588.090,12
Outras (a especificar)	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -		R\$ -
TOTAL (F)	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -		R\$ -
TOTAL GERAL DO CONTRATO DE GESTÃO = (E) + (F) = R\$ 33.588.090,12 (trinta e três milhões, quinhentos e oitenta e oito mil e noventa reais e doze centavos)	R\$ 2.799.007,51	R\$ 2.799.007,51	R\$ 2.799.007,51	R\$ 2.799.007,51	R\$ 2.799.007,51	R\$ 2.799.007,51	R\$ 33.588.090,12

Dimensionamento Gerencial e da Equipe Assistencial

Categoria	CH Semanal	Quantidade	Jornada de trabalho	Forma de Contratação
OUVIDOR	40	1	Diarista	CLT
ASSISTENTE ADMINISTRATIVO- RH	40	1	Diarista	CLT
ASSISTENTE ADMINISTRATIVO- COMPRAS	40	1	Diarista	CLT
ASSISTENTE SOCIAL	30	6	24X120	CLT
AUXILIAR DE ALMOXARIFADO	40	4	12X36	CLT
AUXILIAR DE FARMÁCIA	40	4	12X36	CLT
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	40	4	DIARISTA	CLT
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	40	8	12X36	CLT
DIRETOR GERAL	40	1	Diarista	PJ
GERENCIA ADMINISTRATIVO	40	1	Diarista	CLT
GERENCIA DE ENFERMAGEM	40	1	Diarista	CLT
GERENTE TÉCNICO - MÉDICO	40	1	Diarista	PJ
ASSESSOR QUALIDADE/COMISSÕES	40	1	Diarista	CLT
ENFERMEIRO	30	12	24X120	CLT
ENFERMEIRO	30	6	24X120	CLT
ENFERMEIRO	30	6	24X120	CLT
ENFERMEIRO	30	6	24X120	CLT
FARMACÊUTICO	30	6	24X120	CLT
FISIOTERAPEUTA	30	6	24X120	CLT
MAQUEIRO DIURNO	44	9	24X72	CLT
MAQUEIRO NOTURNO	44	4	24X72	CLT
MÉDICO CLÍNICO	24	2	ROTINA	PJ
MÉDICO CLÍNICO DIA DE SEMANA	24	25	24X144	PJ
MÉDICO CLÍNICO FINAL DE SEMANA	24	10	24X144	PJ
MÉDICO PEDIATRA DIA DE SEMANA	24	10	24X144	PJ
MÉDICO PEDIATRA FINAL DE SEMANA	24	4	24X144	PJ
MÉDICO PEDIATRA	24	1	ROTINA	PJ
MÉDICO CARDIOLOGISTA	20	1	ROTINA	PJ
RECEPCIONISTA	40	8	12X36	CLT
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	30	4	24x120	CLT
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	30	12	24x120	CLT
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	30	12	24x120	CLT
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	30	6	24x120	CLT
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	30	24	24X120	CLT
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	30	1	ROTINA	CLT
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	30	6	24X120	CLT
TÉCNICO DE SEGURANÇA DO TRABALHO	40	1	ROTINA	CLT
TOTAL		216		

Cotamos para o objeto em seleção o **valor de R\$ 33.588.090,12 (trinta e três milhões, quinhentos e oitenta e oito mil e noventa reais e doze centavos)**, e obedecemos rigorosamente às condições estipuladas constantes do presente Edital de Seleção.

VALIDADE DA PROPOSTA: 90 (NOVENTA) DIAS

Rio de Janeiro, 30 de setembro de 2024

Paulo Roberto Mello
Diretor Executivo
Matrícula: 0014320
Instituto Gnosis

PAULO ROBERTO RIBEIRO DE MELLO

