

CHAMADA PÚBLICA: SS - CH003/2023
CHAMAMENTO

DA COMPOSIÇÃO E ÁREAS DE ATUAÇÃO

Art. 5º - A CCIH deve ser composta por profissionais de nível universitário que exerçam atividades nesta Instituição, sendo representada por um Presidente, responsável pela coordenação e condução das atividades da Comissão, que deverá ser representada na sua essência pelas seguintes áreas profissionais:

Medicina

Enfermagem

Nutrição

Farmácia

Administração

§ Único - A Presidência da CCIH é exercida pelo Presidente que é designado pelo Diretor do Hospital, sendo substituído em impedimento eventual por outro membro da CCIH, delegado por ele.

Art. 6º - O SCIH deverá ser integrado por profissionais e técnicos em atividade nesta Instituição, sendo representado por uma Chefia, responsável pela coordenação e condução dos trabalhos deste Serviço, compreendendo as seguintes categorias:

Médico: 1 profissional para cada 200 leitos ou fração deste, com carga horária mínima de 4h/dia

Enfermeira: 1 profissional para cada 200 leitos ou fração deste, com carga horária mínima de 6h/ dia e dedicação exclusiva.

Técnico de Enfermagem: 1 profissional para cada 100 leitos ou fração deste, com dedicação exclusiva.

Farmacêutico

Estatístico

Responsável pelo Serviço de Higiene Hospitalar.

Responsável pelo Serviço de Lavanderia Hospitalar.

Secretária.

§ Único - Os membros nomeados para a CCIH, automaticamente passam a fazer parte da composição e das atividades do SCIH, observando-se, na íntegra, o disposto no Art.

6º deste Regimento Interno, inclusive no que diz respeito à exclusividade, sempre que necessário.

Art. 7º- O SCIH, desenvolverá ações de prevenção e controle de infecção Hospitalar junto às (aos):

Unidade de Internação

Centro Cirúrgico/Centro Obstétrico

Central de Esterilização

Serviço de Hemoterapia

Serviço de Farmácia Hospitalar

Serviço de Patologia Clínica

Serviço de Higiene Hospitalar

Laboratório de Análises Clínicas

Serviço de Nutrição e Dietética

Almoxarifado

Necrotério

Lavanderia e Rouparia Hospitalar

Ambulatórios



INSTITUTO ROSA BRANCA
Folhas 570

Capítulo IV

DA COMPETÊNCIA DA CCIH E O SCIH

Art. 8º - Compete à CCIH:

Ratificar o programa anual de trabalho do SCIH;

Avaliar o PICH do hospital, proposto pelo SCIH;

Avaliar permanentemente as informações providas pelo Sistema de Vigilância e Notificação e aprovar medidas de controle propostas pelo SCIH;

Comunicar, regular e mensalmente, à Diretoria Geral e Chefias dos diversos Serviços, a situação do controle de infecção Hospitalar no Hospital, promovendo o debate e a participação da comunidade Hospitalar;

Assessorar a Direção em assuntos relacionados à prevenção e ao controle de infecção Hospitalar;

Propor diretrizes de atuação em assuntos relevantes para a prevenção e o controle de infecção Hospitalar;

Assessorar a Diretoria Geral do em projetos de reforma e construção de estruturas físicas hospitalares, bem como na estruturação de serviços;

Acompanhar e participar das ações do Ministério da Saúde, Sistema Único de Saúde do Estado de São Paulo, associação de profissionais e instituições de ensino, para envolvimento em atividades de prevenção e controle de infecção Hospitalar;

Possuir autonomia de resoluções-científicas referentes às ações que contribuam para prevenção e controle de infecção Hospitalar.

Art. 9º - Compete ao SCIH:

Elaborar, implantar, manter e avaliar permanentemente o PCIH dos pacientes internados e de alta Hospitalar;

Elaborar, implantar, manter e avaliar permanentemente o Sistema de Vigilância, Notificação e Investigação Epidemiológicas de Infecção Hospitalar, investigando casos de surtos, sempre que necessário, bem como a implantação de medidas imediatas de controle;

Elaborar e acompanhar, conjuntamente com os Chefes de Serviços do Complexo Hospitalar, normas, rotinas, procedimentos, padronização e recomendações específicas, pertinentes à prevenção e ao controle de infecções hospitalares nos seguintes Serviços:

Laboratório de Análises Clínicas;

Serviço de Farmácia Hospitalar;

Central de Esterilização;

Nutrição e Dietética;

Lavanderia e Rouparia Hospitalar;

Higiene Hospitalar;

Estabelecer e acompanhar rotinas e precauções específicas nas seguintes áreas ligadas à infecção Hospitalar.

Elaborar e acompanhar rotinas, normas, procedimentos e precauções específicas, bem como estabelecer responsabilidades para utilização de recursos e emprego de determinadas técnicas que oferecem maiores riscos de infecção Hospitalar, tais como:

Anestesia

Terapia de Inalação

Traqueostomia

Cateterização de vasos Sondagem

Esterilização química e física Cirurgias Obstétricas

Elaborar e acompanhar técnicas e rotinas para pacientes internos no Isolamento;

Elaborar e acompanhar os padrões de circulação de pessoas, do sistema de transporte de materiais, equipo e resíduos hospitalares (destinação), do sistema de ventilação e controle de circulação de ar, de controle de insetos e roedores etc.;

Elaborar, implantar e avaliar permanentemente um sistema de fiscalização e avaliação de serviços, de recursos humanos, de estrutura física e de equipamentos hospitalares no aspecto da prevenção e do controle de infecção Hospitalar;

Elaborar e implantar rotineiramente programa de treinamento e cursos de atualização em infecção Hospitalar dirigidos ao quadro de recursos humanos do Hospital ou de outras Instituições participantes do SUS;

Elaborar, implantar, acompanhar e avaliar um programa de identificação, avaliação prevenção e tratamento de infecção no corpo funcional;

Elaborar, implantar, acompanhar e avaliar regularmente programa para acompanhantes e visitantes;

Emitir parecer de ordem técnica para licitação e compra de materiais médico hospitalares, levando-se em consideração a qualidade, custo/benefício e a realidade administrativo-financeira;

Elaborar e divulgar, mensalmente, relatório referente à situação do controle de infecção Hospitalar, fornecendo ampla divulgação a todos os serviços existentes no hospital;

Cooperar amplamente com o SUS, cumprindo todas as normas e exigências estabelecidas relativas à prevenção e ao controle de infecção Hospitalar, bem como fornecer informações epidemiológicas solicitadas pelas autoridades sanitárias competentes;

Notificar aos organismos de gestão estadual e/ou municipal do SUS os casos diagnosticados ou suspeitos sob vigilância epidemiológica ocorridos no Hospital, bem

como atuar cooperativamente com os serviços de saúde pública, sempre que solicitado.

Capítulo V

DO PESSOAL E SUAS ATRIBUIÇÕES

Art. 10º- Ao Presidente da CCIH, compete:

Exercer a Presidência e representar a Comissão em todos os órgãos colegiados deliberativos e formuladores de política institucional existente (ou que venham a existir) no Hospital, bem como a nível externo, quando solicitado;

Convocar, presidir e elaborar as pautas de reuniões da CCIH;

Cumprir e fazer cumprir as deliberações da CCIH e do SCIH;

Dirigir, coordenar, supervisionar e avaliar todas as atividades desenvolvidas pela CCIH e pelo SCIH;

Apresentar ao Diretor do Hospital, mensalmente é atualizado, relatório elaborado pelo SCIH, informando a situação existente no aspecto da infecção Hospitalar;

Apresentar ao SUS, semestralmente ou quando solicitado, as atividades desenvolvidas e a situação interna relativa ao controle de infecção Hospitalar;

Encaminhar oficialmente ao Diretor Geral do Instituto as resoluções da CCIH e do SCIH.

Apresentar à Direção do Hospital os nomes de profissionais para comporem a CCH e o SCIH;

Propor à Direção do hospital diretrizes, contratação de pessoal e normalização de medidas que visem a melhoria do padrão de assistência relacionado com a prevenção e controle de infecção Hospitalar;

Exercer demais atividades relacionadas às finalidades desta Comissão.

Art. 11º- Aos demais membros da CCIH, conjuntamente com seu Presidente, compete:

CHAMADA PÚBLICA - SS - CH003/2023
CHAMAMENTO

Ratificar o programa anual de trabalho do SCIH;

Avaliar o PCIH de modo contínuo;

Avaliar rotineiramente as informações promovidas pelo sistema de vigilância epidemiológica e aprovar as medidas de controle propostas pelo SCIH;

Colaborar com o Presidente da Comissão em todas as suas atribuições;

Participar, com os demais membros do SCIH, da elaboração de propostas de atuação e implementação em assuntos relevantes para o controle de infecção Hospitalar.

Art. 12º- Ao chefe do SCIH, compete:

Exercer a Chefia e representar o Serviço em atividades internas técnico-administrativas e acadêmico-científicos e externos ao Hospital, quando solicitado;

Convocar, coordenar e elaborar pautas das reuniões do SCIH;

Cumprir e fazer cumprir as deliberações do SCIH;

Dirigir, coordenar, supervisionar, avaliar e participar efetivamente de todas as atividades executivas desenvolvidas pelo SCIH;

Apresentar aos membros da CCIH, mensalmente é atualizado, relatório das atividades desenvolvidas e situação interna relativa ao controle de infecção Hospitalar;

Elaborar e executar, após ratificação pela CCIH, o programa anual de trabalho do Hospital;

Elaborar e executar, após ratificação pela CCIH, o Programa de Controle de Infecção Hospitalar;

Elaborar e executar, após ratificação pela CCIH, o Sistema de Vigilância, Notificação e Investigação Epidemiológicas do hospital;

Colaborar com a ação fiscalizadora do Serviço de Vigilância Sanitária do SUS,

CHAMADA PÚBLICA - SS - CH003/2023
CHAMAMENTO

fornecendo as informações epidemiológicas solicitadas pelas autoridades sanitárias;

Realizar investigação epidemiológica de casos e surtos identificados e executar as medidas de controle necessárias;

Elaborar, executar; supervisionar e avaliar normas e rotinas técnico-administrativas visando a prevenção e ao controle de infecção Hospitalar, bem como a limitação da disseminação de agentes presentes nas infecções em curso no Hospital, por meio de medidas de isolamento e outras de natureza preventiva;

Elaborar e implementar programa de Educação Continuada para o quadro de recursos humanos do Hospital, executando treinamento para capacitação adequada no que diz respeito ao controle de infecção Hospitalar;

Informar ao SUS, as doenças de notificação compulsória bem como os casos ou surtos diagnosticados ou suspeitos de infecções associadas à utilização de insumos e produtos industrializados;

Exercer demais atividades relacionadas às finalidades deste Serviço.

Art. 13º - À Enfermeira do SCIH- Hospital compete:

Estabelecer os setores prioritários e realizar vigilância epidemiológica de maneira sistemática e rotineira.

Colaborar nas investigações epidemiológicas quando necessário;

Padronizar, treinar e supervisionar a sistematização de todos os técnicos de limpeza das unidades de internação, inclusive postos de enfermagem, áreas de circulação, salas de curativos, enfermarias, sanitários, equipamentos e materiais utilizados na assistência;

Padronizar, treinar, implantar e supervisionar a realização de técnicas e procedimentos de riscos, tais como: curativos, retirada de pontos, cateterismo vesical, flebotomia, punção venosa periférica, alimentação parenteral, nebulizações, entre outros;

Elaborar, padronizar, treinar, implantar e supervisionar rotinas operacionais para os

CHAMADA PÚBLICA: SS - CH003/2023
CHAMAMENTO

serviços de apoio, como:

Higiene Hospitalar.

Laboratório de Análises Clínicas.

Lavanderia e Rouparia Hospitalar.

Serviço de Enfermagem em Obstetrícia e Neonatologia.

Serviço de Nutrição e Dietética.

Desenvolver trabalho integrado com todos os setores do Hospital, buscando observar fatos relacionados à prevenção e ao controle de infecção Hospitalar;

Estabelecer um sistema operacional para ratificação e avaliação das infecções de pacientes e funcionários do Hospital;

Programar e realizar palestras, cursos de atualização para profissionais de saúde e outros, objetivando capacitar quadros técnicos para prevenção e controle de infecção Hospitalar.

Elaborar impressos específicos que orientem sobre prevenção e controle de infecção Hospitalar;

Assessorar, quando solicitado, em projetos de construção e reformas do Hospital, objetivando a prevenção e controle de infecção Hospitalar;

Orientar e supervisionar estágios quando encaminhados ao SCIH;

Manter sistematicamente programa educativo de orientação aos usuários e seus familiares acerca de medidas de prevenção e controle de infecção Hospitalar;

Participar de reuniões científicas e administrativas, quando solicitada;

Participar de atividades científicas na área de prevenção e controle de infecção Hospitalar, tanto na elaboração de trabalhos científicos como em pesquisas pertinentes a

esta área;

Art. 14º - São atribuições do Técnico de Enfermagem do SCIH:

Participar da busca ativa e notificação dos pacientes e averiguar o preenchimento correto das fichas, comunicando à enfermagem do SCIH as incompletas e as inexistentes;

Distribuir fichas de orientação aos pacientes em retorno ao ambulatório médico especialmente o cirúrgico;

Supervisionar retirada de pontos dos pacientes cirúrgicos em retorno ao ambulatório médico;

Supervisionar curativos de acesso venoso central de pacientes durante a Hospitalização ou em retorno ao ambulatório médico;

Notificar à enfermagem do SCIH, os pacientes cirúrgicos e clínicos que apresentam sinais de infecção Hospitalar;

Auxiliar à enfermagem do SCIH nos treinamentos e implantação das rotinas de padronizações objetivando a prevenção e controle de infecção Hospitalar;

Realizar levantamento trimestral do material permanente do SCIH;

Realizar e registrar diariamente, por meio de amostragem, condições de cloração de água nos diversos setores do Hospital;

Realizar e registrar diariamente, por meio de amostragem, processo e material relacionado com a higienização das mãos nos diversos setores do Hospital;

Requisitar ao Laboratório de Análises Clínicas cultura de materiais diversos, acompanhando e informando à enfermagem do SCIH, o desenvolvimento do cultivo, bem como o resultado final.

Art. 15º - São atribuições da Bacteriologia do Hospital:



INSTITUTO ROSA BRANCA
Folhas 57p

Padronizar o controle bacteriológico das autoclaves existentes no Hospital;

Padronização da coleta de material para a bacteriologia;

Controlar bacteriologicamente, por meio de amostragem, água e os alimentos utilizados no Hospital;

Controlar parasito e bacteriologicamente o conteúdo de mamadeiras, sondas de alimentação e outros procedimentos que envolvam manipulação de alimentos;

Enviar semanalmente à Chefia do SCIH, mapa dos resultados das culturas realizadas no período, com análise dos resultados;

Colaborar com o Sistema Operacional de Vigilância, Notificação e Investigação Epidemiológica do Hospital, participando das investigações epidemiológicas;

Participar de programas de treinamento em serviço, colaborando na implantação de padronização de normas e rotinas estabelecidas pelo SCIH.

Art. 16º- São atribuições do Estatístico do SCIH:

Trabalhar as informações por meio das seguintes etapas: crítica, consolidação e apresentação dos dados;

Analisar, projetar e desenvolver sistemas para fornecer informações em tempo hábil;

Codificar, elaborar, testar e simular programas;

Desempenhar atividades relacionadas com a entrada de dados e informações em equipamento de processamento de dados;

Art. 17º- São atribuições da Nutricionista do SCIH:

Planejar e supervisionar o treinamento de higienizadores e manipuladores de alimentos do Serviço de Nutrição e Dietética (SND);

Criar e utilizar instrumentos de avaliação das rotinas de higienização e manipulação de

alimentos;

Supervisionar periodicamente a higiene das Copas da Unidade de Internação e demais dependência do SND;

Supervisionar periodicamente a higiene dos utensílios e equipamentos do SND;

Controlar o tipo e quantidade de materiais descartáveis usados nas Copas da Unidade de Internação, Lactário e outros locais;

Verificar periodicamente a metodologia utilizada para distribuição e recolhimento dos utensílios pertencentes ao SND;

Supervisionar e treinar pessoal nas rotinas de preparo e distribuição de fórmulas lácteas e sondas industrializadas ou artesanais no Lactário;

Supervisionar, junto aos pacientes e equipe de enfermagem, a administração de líquidos de fórmulas dietéticas por meio de sondas gástricas e/ou enterais;

Informar à enfermeira do SCIH ocorrência de doença intestinal aguda,

Queimadura e infecção dérmica (sobretudo nas mãos) no pessoal do SND;

Participar efetivamente das reuniões e deliberações do SCIH, bem como dos eventos técnico-científicos específicos desta área.

Art. 18º - São atribuições do Farmacêutico do SCIH:

Padronizar soluções germicidas (desinfetantes, sanificantes e anticépticos) a serem utilizadas por todos os Serviços.

Preparar soluções anticéticas e controlar sua distribuição.

Centralizar a diluição de soluções desinfetantes.

Supervisionar a distribuição, uso e guarda de germicidas.

Controlar a distribuição, guarda e uso de antimicrobianos.



CHAMADA PÚBLICA - SS - CH003/2023
CHAMAMENTO

Art. 19º - São atribuições da Secretária do SCIH:

Secretariar o SCIH e a CCIH;

Responsabilizar-se pelo arquivamento, ordenamento de trabalhos e correspondências, pelos serviços datilográficos e reprodução de documentos, bem como manter em dia o calendário de obrigações do Presidente da CCIH, Chefe do SCIH e da Comissão e do Serviço como um todo;

Desempenhar, conforme instruções, quaisquer outras atribuições eventuais que contribuam para o funcionamento dos trabalhos da CCIH e do SCIH.

§ Único - A Secretária é exercida por auxiliar administrativa indicada e nomeada pela presidência da CCIH.

Capítulo VI

DO FUNCIONAMENTO DA CCIH E SCIH

Art.20º- A CCIH reunir-se-á ordinariamente cada mês e extraordinariamente por convocação do Presidente ou em decorrência de proposição da maioria simples de todos os membros. Serão realizadas com presença da maioria absoluta de seus membros, e em segunda convocação, com qualquer número.

Art. 21º- O SCIH reunir-se-á ordinariamente semanalmente e extraordinariamente por convocação de sua Chefia ou em decorrência de preposição da maioria simples dos seus componentes.

§ Único – as reuniões deverão obrigatoriamente ser registradas em atas escritas que quando solicitadas são apresentadas como documentos ao sistema de vigilância sanitária das diferentes instâncias municipal, estadual e federal.

Capítulo VII

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 22º- O Presidente da CCIH e o Chefe do SCIH, conjuntamente com seus membros

CHAMADA PÚBLICA - SS - CH003/2023
CHAMAMENTO

específicos, poderão definir resoluções para situações não previstas no presente Regimento.

Art. 23º- Os casos omissos e dúvidas surgidas na aplicação deste Regimento serão solucionados pela CCIH, ouvindo os integrantes da SCIH.

Objetivos da comissão para o primeiro ano de contrato

Identificar, entre os profissionais do corpo clínico, indivíduos com perfil adequado para a Instituição.

Nomear oficialmente os membros da Comissão

Validação, pela Comissão, da proposta de Regimento Interno.

Mapear fontes de informação para realização das atividades.

Reunião com o Corpo Clínico para apresentação das finalidades e objetivos da Comissão.

Elaboração de relatório mensal.

Apresentação, semestralmente, dos resultados dos trabalhos.

2.1.3.3. CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL ATIVIDADES

ANUAIS:

Elaboração de planejamento estratégico para o ano seguinte.

Elaboração ou atualização do PCIH - Programa de Controle de Infecções

Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) da instituição, constando:

Sistema de vigilância epidemiológica das IRAS;

Sistema de controle de uso de antimicrobianos.

CHAMADA PÚBLICA - SS - CH003/2023
CHAMAMENTO

Programa de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Saúde.

Programa de prevenção de IRAS.

Plano de educação permanente incluindo educação à distância (EAD)

Plano de elaboração de documentos técnicos.

Atividades semestrais:

Elaboração de relatório com indicadores de controle de IRAS para a Vigilância Sanitária.

ATIVIDADES MENSAIS:

Elaboração de relatório com indicadores de controle de IRAS para a direção do Hospital.

Realização e visitas técnicas nos setores assistenciais do Hospital.

Controle microbiológico da água.

Atividades semanais:

Reunião ordinária.

Atividades diárias:

Controle de qualidade da água.

Controle de materiais para higienização das mãos.

Auditoria contínua de antimicrobianos.

Busca ativa de IRAS nos setores críticos

Cronograma	Mês 01	Mês 02	Mês 03	Mês 04	Mês 05	Mês 06	Mês 07	Mês 08	Mês 09	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Reunião	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

2.1.4. COMISSÃO DE INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES - CIPA

OBJETIVOS:

É um instrumento que os trabalhadores dispõem para tratar da prevenção de acidentes do trabalho, das condições do ambiente do trabalho e de todos os aspectos que afetam sua saúde e segurança. A CIPA é regulamentada pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) nos artigos 162 a 165 e pela Norma Regulamentadora 5 (NR-5), contida na portaria 3.214 de 08.06.78 baixada pelo Ministério do Trabalho, atualizada pela NR

32.

As atribuições básicas que os componentes da CIPA deverão exercer de acordo com a legislação vigente serão as seguintes:

- Investigar e analisar os acidentes ocorridos na Unidade de Saúde;
- Sugerir as medidas de prevenção de acidentes julgadas necessárias por iniciativa própria ou sugestão de outros empregados e encaminhá-las ao Diretor Técnico e ao departamento de segurança do trabalho das Unidades de Saúde;
- Promover a divulgação e zelar pela observância das normas de segurança, ou ainda, de regulamentos e instrumentos de serviço emitidos pelo empregador;
- Promover anualmente a Semana Interna de Prevenção de Acidentes (SIPAT);
- Sugerir a realização de cursos, palestras ou treinamentos, quanto à engenharia de segurança do trabalho, quando julgar necessário para o melhor desempenho dos empregados;
- Registrar nos livros próprios as atas de reuniões ordinárias e extraordinárias e enviar cópia ao Diretor Técnico e ao departamento de segurança do trabalho;
- Preencher ficha de informações sobre a situação da segurança das Unidades de Saúde e atividades da CIPA encaminhando para o Ministério do Trabalho;
- Preencher ficha de análise de acidentes, que deverá ser enviada ao departamento de segurança das Unidades de Saúde. O modelo destas fichas pode ser encontrado em qualquer DRT;
- Manter controle sobre as condições de trabalho dos funcionários e equipamentos e comunicar ao Diretor Técnico as irregularidades encontradas;

- Elaborar anualmente o Mapa de Risco.

MEMBROS COMPONENTES:

Será composta por quantidade de colaboradores onde a conta exata de participantes se dá por quantidade de profissionais atuantes na instituição sendo 1 para cada 20 trabalhadores.

FREQUÊNCIA DAS REUNIÕES:

Uma reunião ordinária por mês e tantas extraordinárias quanto forem necessárias.

Cronograma	Mês 01	Mês 02	Mês 03	Mês 04	Mês 05	Mês 06	Mês 07	Mês 08	Mês 09	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Reunião	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Participação e Controle da Coordenadoria Médica:

- Conhecer a situação real de segurança no ambiente de trabalho da Unidade de Saúde;
- Atuar como assessoria, orientando todos os setores das Unidades de Saúde sobre segurança no trabalho;

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES, OBJETIVOS, CARACTERÍSTICAS

Art. 1.º A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes –CIPA está vinculada diretamente ao Diretor Técnico, com o objetivo de melhoria contínua da segurança do colaborador, na prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho.

Art. 2.º A CIPA é um órgão que deve ter participantes indicados pela instituição e outros eleitos pelos colaboradores em número que garanta a representatividade de todos os grupos.

CAPÍTULO II

DAS FINALIDADES

Art. 3.º A CIPA tem como objetivo a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO

Art. 4.º A CIPA é formada por representantes da instituição e representantes dos colaboradores, de acordo com o dimensionamento previsto no Quadro I da Norma Regulamentadora nº 05 NR-05, aprovada pela Portaria 3214 de 08 de junho de 1978.

§ 1.º - Os representantes, titulares e suplentes, serão indicados pelo Diretor Técnico.

§ 2.º - Os representantes dos empregados, titulares e suplentes, serão eleitos em escrutínio secreto, do qual participem, independentemente de filiação sindical, exclusivamente os empregados interessados, com vínculo na instituição e regidos pelo regime da Consolidação das Leis do Trabalho CLT.

Art. 5.º - A Diretoria Técnica designará entre seus representantes o Presidente da CIPA, e os representantes dos empregados escolherão entre os titulares o vice-presidente.

Art. 6.º - É vedada a dispensa arbitrária ou sem justa causa do empregado eleito para cargo de direção da Comissão Internas de Prevenção de Acidentes, desde o registro de sua candidatura até um ano após o final de seu mandato. Parágrafo único: O suplente da CIPA goza da garantia de emprego prevista no art. 10, II, "a" do ADCT a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988.

Art. 7.º - A CIPA não poderá ter seu número de representante 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

DO MANDATO

Art. 8.º - O mandato dos membros eleitos da CIPA terá a duração de um ano, permitida

uma reeleição.

CAPÍTULO V

PROCESSO ELEITORAL

Art. 9.º 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. 10.º A Comissão Eleitoral –CE, eleita pela CIPA que será a responsável pela organização e acompanhamento do processo eleitoral, que ocorrerão de acordo com a NR 5 MT, de acordo com a Portaria nº 3214, de 08 de junho de 1978.

Art. 11.º - 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. 12.º - Assumirão a condição de membros titulares e suplentes, os candidatos mais votados.

Art. 13.º - Em caso de empate, assumirá aquele que tiver maior tempo de serviço no estabelecimento.

Art. 14.º - 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.

CAPÍTULO VI

FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Art. 15.º A CIPA funcionará de acordo com a NR 5 MT, de acordo com a Portaria nº 3214, de 08 de junho de 1978.

Art. 16.º - Serão garantidas aos membros da CIPA condições que não descaracterizem suas atividades normais na empresa, sendo vedada a transferência para outro estabelecimento sem a anuência, ressalvado o disposto nos parágrafos primeiro e segundo, do art. 469, da CLT.

Art. 17.º - A CIPA terá reuniões ordinárias mensais, de acordo com o calendário preestabelecido.

Art. 18.º - As reuniões ordinárias da CIPA serão realizadas durante o expediente normal da empresa e em local apropriado.

Art. 19.º - ART. A quantidade mínima de membros necessária para as deliberações da CIPA deverá ser de 50% mais um, do total de componentes.

Art. 20.º - Em caso do empate no processo de votação das deliberações da CIPA, cabe ao presidente o voto de desempate.

CHAMADA PÚBLICA - SS - CH003/2023
CHAMAMENTO

Art. 21.º As reuniões da CIPA terão atas assinadas pelos presentes com encaminhamento de cópias para todos os membros.

Art. 22.º As atas devem ficar no estabelecimento à disposição da fiscalização do Ministério do Trabalho e Emprego.

Art. 23.º Reuniões extraordinárias deverão ser realizadas quando:

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

Art. 24.º As decisões da CIPA serão preferencialmente por consenso.

Parágrafo único. 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. 25.º Das decisões da CIPA caberá pedido de reconsideração, mediante requerimento justificado.

CAPÍTULO VII

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 25.º - Compete a CIPA:

Identificar os riscos do processo de trabalho, e elaborar o mapa de riscos, com a participação do maior número de trabalhadores, com assessoria da Saúde Ocupacional

e Segurança do Trabalho (SOST);

• Elaborar plano de trabalho que possibilite a ação preventiva na solução de problemas de segurança e saúde no trabalho;

• Participar da implementação e do controle da qualidade das medidas de prevenção necessárias, bem como da avaliação das prioridades de ação nos locais de trabalho;

• Realizar, periodicamente, verificações nos ambientes e condições de trabalho visando a identificação de situações que venham a trazer riscos para a segurança e saúde dos trabalhadores;

• Realizar, a cada reunião, avaliação do cumprimento das metas fixadas em seu plano de trabalho e discutir as situações de risco que foram identificadas; • Divulgar aos trabalhadores informações relativas à segurança e saúde no trabalho.

• Participar, com a SOST, das discussões promovidas pelas unidades para avaliar os impactos de alterações no ambiente e processo de trabalho relacionados à segurança e saúde dos trabalhadores; Requerer a SOST, ou ao empregador, a paralisação de máquina ou setor onde considere haver risco grave e iminente à segurança e saúde dos trabalhadores;

• Colaborar no desenvolvimento e implementação do PCMSO e PPRA e de outros

programas relacionados à segurança e saúde no trabalho;

• Divulgar e promover o cumprimento nas Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho e Emprego, bem como cláusulas de acordos e convenções coletivas de trabalho, relativas à segurança e saúde no trabalho;

• Participar, em conjunto com a SOST, ou com o empregador, da análise das causas das doenças e acidentes de trabalho e propor medidas de solução dos problemas identificados; XII) Requisitar ao empregador e analisar as informações sobre questões que tenham interferido na segurança e saúde dos trabalhadores;

• Requisitar as cópias das CAT emitidas;

• Promover, anualmente, em conjunto com o SOST, a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho –SIPAT;

• Participar, anualmente, em conjunto com a SOST, a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho –SIPAT;

• Participar, anualmente, de Campanhas de Prevenção da AIDS e outras campanhas relacionadas com a segurança e saúde do trabalhador.

Art. 26.º 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. 27.º - Cabe aos empregados:

- Participar da eleição de seus representantes;
- Colaborar com a gestão da CIPA;
- Indicar à CIPA, ao SOST e ao empregador situações de riscos e apresentar sugestões para melhoria das condições.

CAPÍTULO VIII

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 13.º Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

Art. 14.º O regimento entrará em vigor após eleição da Comissão e validação na primeira reunião.

2.1.5. COMISSÃO DE ANÁLISE DE ÓBITOS

Objetivos:

A Comissão de Análise de Óbitos é responsável pela avaliação da totalidade de óbitos ocorridos no Complexo Hospitalar, bem como dos laudos necroscópicos quando

existirem, sendo um instrumento importante no conhecimento das causas da morte que contribuem para o aprimoramento da assistência à saúde.

É um importante instrumento de controle de qualidade nas instituições hospitalares, uma vez que a progressiva complexidade dos serviços e o avanço técnico e científico da medicina exigem uma constante avaliação.

O conhecimento da causa da morte contribui para o aprimoramento da assistência à saúde.

Membros Componentes:

- A composição se dará através de ofício subscrito pelo Diretor Clínico da instituição, que indicará, no mínimo três médicos, contendo nome completo, nº. de CRM dos médicos que comporão a Comissão de Revisão de Óbitos, e seu mandato deverá coincidir com o mandato do Diretor Clínico. **Outros profissionais da área da saúde poderão compor o rol de membros da Comissão de Revisão de Óbitos.**

Frequência de Reuniões:

- A periodicidade das reuniões deverá ser determinada pela Diretoria Clínica, de acordo com as características de cada instituição.

Participação e Controle da Coordenação Médica:

- Melhorar a eficácia dos serviços e conhecer a situação real das atividades desenvolvidas nas Unidades de Saúde;
- Atuar como assessoria da Diretoria Técnica e Diretoria Clínica, cooperando também com todos os setores das Unidades de Saúde;

- Ter caráter normativo e educativo, visando detectar qualquer rompimento à atenção integral do paciente;
- Ter atribuições de Auditoria, atingindo aspectos técnicos, profissionais, éticos e administrativos das Equipes de Saúde;

2.1.6. COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

Os estabelecimentos e/ou instituições de saúde onde se presta assistência médica e que contar com o número superior a 30 (trinta) médicos em seu Corpo Clínico, independentemente de seu vínculo empregatício, deverá apresentar à comissão de revisão de prontuários médicos, nos termos da Resolução CFM nº. 1.638/2002.

A Comissão de Revisão de Prontuários faz parte de um conjunto de padrões apropriados para garantir a qualidade da assistência aos pacientes, bem como a segurança da informação. O preenchimento do prontuário completo e exato com dados que não apresentem erros e inconsistências, devidamente ordenados, contribui não só para assegurar a correta assistência ao paciente, mas também para a obtenção de recursos financeiros mediante procedimentos comprovados, além de ser um documento jurídico importante para a instituição, paciente e cliente (ROBERTS et al, 1987).

O prontuário do paciente é um documento destinado ao registro dos cuidados prestados. Documento único devidamente identificado que concentra todas as informações relativas à saúde de cada paciente. É nele que constam as alterações e a demonstração da evolução desse paciente durante todo o período de atendimento ou internação.

O prontuário do paciente – ficha clínica ou boletim de emergência é o documento legal em que os profissionais devem registrar todas as anotações referentes à história médico-social, a sua enfermidade ou problema e ao seu tratamento, além de servir como rica fonte de pesquisa científica e de indicadores institucionais.

Logo, é de vital importância garantir a qualidade deste documento, de modo que

reflita, com exatidão, a assistência prestada e responda às necessidades de docência, investigação e estatísticas dos estabelecimentos de saúde.

A comissão está apta a revisar o prontuário do paciente, identificar as não conformidades e regularizá-las, comunicar os responsáveis pelos registros, para garantir a qualidade das informações do paciente durante o internamento.

- A comissão de prontuários terá composição mínima de um profissional médico, um profissional de enfermagem e um profissional do SAME. Em caso de substituição dos membros, os nomes substitutos deverão ser encaminhados para Coordenação Médica. A comissão definirá os cargos de vice-presidente e de secretário e se reunirá uma vez por mês e extraordinariamente quando convocada pelo presidente.

Com base na Portaria N° 279, de 08 de outubro de 2010 são atribuições da Comissão de Revisão de Prontuários:

I - Registrar em formulário próprio a avaliação dos itens que deverão constar obrigatoriamente:

a) Identificação do paciente em todos os impressos, termo geral de internação, anamnese, exame físico, exames complementares, e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo, consentimentos específicos quando necessários, tratamento efetuado e outros documentos pertinentes ao atendimento;

b) Obrigatoriedade de letra legível do profissional que atendeu o paciente, bem como de assinatura e carimbo ou nome legível do profissional e respectiva inscrição no conselho de classe;

c) Obrigatoriedade da avaliação médica e de enfermagem e registro diário da evolução clínica do paciente, bem como a prescrição médica consignando data e hora e do atendimento;

d) Preenchimento completo do sumário de alta; e

e) Ordenação do prontuário.

II - Recomendar inclusão e exclusão de formulários, impressos e nos sistemas, bem como divulgar a necessidade de conservação dos prontuários visando a qualidade dos mesmos.

CHAMADA PÚBLICA - SS - CH003/2023
CHAMAMENTO

III - Assessorar a Coordenação Hospitalar do INC em assuntos de sua competência.

IV - Manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da Unidade com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações feitas.

V - Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente.

VI - Desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição.

VII - Coletar e processar os dados, proceder à análise estatística, divulgá-los e avaliá-los a cada trimestre.

PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO (Membros e Finalidade)

Finalidade

Têm por finalidade orientar os médicos que militam na assistência, estabelecendo linhas de relacionamento ético, técnico e administrativo para o desempenho de suas atividades no Hospital, com base nas determinações de resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM: 1481/97) e nas normas da Instituição.

Membros

Um representante da CCIH

Um representante da Clínica Médica

Um representante da Cirúrgica Médica

Um representante da Coord. Enfermagem

Um representante da UTI

Um representante da Direção

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO

CAPÍTULO I

DA COMISSÃO E SUAS ATRIBUIÇÕES

Art. 1º - A Comissão de Revisão de Prontuário do Hospital é um grupo técnico de assessoria, estudo e análise, normativo e fiscalizador, subordinado diretamente à Diretoria do Hospital, que tem como principais objetivos:

Recomendar normas sobre o conteúdo dos prontuários médicos e zelar pelo seu cumprimento;

Assegurar a qualidade das documentações multiprofissionais na assistência, docência, pesquisa e estatística;

Revisar e avaliar por amostragem, os Prontuários Médicos (PM), visando assegurar o cumprimento da normatização estabelecida;

Enviar sugestões às Gerências Clínicas, de Ensino e Pesquisa sobre as medidas a serem adotadas, quando necessário;

Planejar e executar as ações necessárias à manutenção de um padrão de qualidade eficaz da documentação médica;

Apoiar as Comissões de: Análise de Óbitos, Ética e o Núcleo de Epidemiologia, visando alcançar os objetivos comuns às suas atribuições.

Capítulo II

Da composição

A Comissão de Revisão de Prontuários do Hospital é composta por:

I – Coordenador

II – Comissão Executiva

Seção I



INSTITUTO ROSA BRANCA
Folhas 599

CHAMADA PÚBLICA: SS - CH003/2023
CHAMAMENTO

Da coordenação

A coordenação é executada pelo Coordenador, designado pelo Diretor do Hospital.

Das reuniões

A Comissão de Revisão de Prontuários reunir-se-á ordinariamente 01 (uma) vez por mês;

As reuniões ordinárias da CRP serão automaticamente convocadas segundo calendário pré-estabelecido;

Reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo coordenador, por 1/3 (um terço) mais 1 (um) dos componentes da Comissão Executiva ou por solicitação do Diretor, com uma antecedência mínima de 48 horas;

O quórum mínimo para a realização das reuniões será a metade de seus membros mais 1 (um), em primeira convocação. Após 30 minutos não havendo o quantitativo, será realizada com os presentes;

Todos os membros da Comissão têm direito a voz e voto. Terão direito apenas à voz, pessoas convidadas ou que tenham tido acesso às sessões por interesse pessoal ou institucional;

Será realizada uma ata de cada sessão ordinária, na qual deverão conter a data, o lugar, os nomes dos participantes, e agenda da sessão. Também deverão ser registrados os pontos principais da deliberação formal, resultados da votação e conteúdo dos acordos. As atas de cada sessão ordinária deverão ser aprovadas na sessão seguinte pela maioria dos membros da Comissão.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL

Objetivos da comissão para o primeiro ano de contrato

Identificar, entre os profissionais do corpo clínico, indivíduos com perfil adequado para a Instituição.

CHAMADA PÚBLICA - SS - CH003/2023
CHAMAMENTO

Nomear oficialmente os membros da Comissão

Validação, pela Comissão, da proposta de Regimento Interno.

Mapear fontes de informação para realização das atividades.

Reunião com o Corpo Clínico para apresentação das finalidades e objetivos da Comissão.

Elaboração de relatório mensal.

Apresentação, semestralmente, dos resultados dos trabalhos.

REUNIÕES MENSAIS:

01 Reunião mensal que terá a data marcada sempre na reunião do mês anterior.

Cronograma	Mês 01	Mês 02	Mês 03	Mês 04	Mês 05	Mês 06	Mês 07	Mês 08	Mês 09	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Reunião	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

2.2. ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE ARQUIVO DE PRONTUÁRIOS DO USUÁRIO

As anotações no prontuário ou ficha clínica devem ser feitas de forma legível, permitindo, inclusive, identificar os profissionais de saúde envolvidos no cuidado do

paciente.

Todo usuário que receber assistência nos serviços de saúde terão anotações referentes ao evento registradas em documento oficial da instituição e conterá elementos para a identificação do paciente e das ações adotadas em relação ao que foi demandado. Este documento constitui o prontuário do paciente.

As informações contidas nos prontuários pertencem ao usuário ou o responsável legal e respeitam preceitos éticos e legais, ficando sob a guarda institucional nas UBS, não podendo ser retirados sem autorização expressa do Gestor Local.

Pontos a serem destacados:

- É obrigatório o sigilo da informação do prontuário sendo esta regra aplicada tanto do ponto de vista ético como legal;
- É vedado ao profissional de saúde deixar de elaborar prontuário clínico para cada paciente;
- É vedado facilitar manuseio e conhecimento dos prontuários, papeletas e demais folhas de observações médicas sujeitas ao segredo profissional, por pessoas não obrigadas ao mesmo compromisso;
- É obrigatório o registro no prontuário do fornecimento de laudos, atestados e declarações pelo profissional emissor.

O conjunto de regras se replica por força legal ética e cível a todos os profissionais da unidade de saúde em qualquer nível hierárquico e assistencial no sistema de saúde compreendendo, portanto que, tanto os materiais produzidos acerca do paciente na assistência direta, como aqueles oriundos de outras instituições do sistema, deverão obedecer princípios de legitimidade, transparência e sigilo assegurados em Lei.

Acerca das competências da recepção/administrativo em relação ao prontuário/arquivo:

A transferência de prontuários entre as unidades de saúde dentro ou fora do município será realizada via malote. O prontuário original fica arquivado na unidade e uma cópia (na íntegra, com todas as páginas conferidas) é encaminhada para a nova unidade de referência do usuário;

É função do profissional administrativo o cuidado com a entrega e o arquivamento do prontuário, rastreando internamente o mesmo e garantindo a guarda para o arquivo quando o mesmo não estiver sendo utilizado pelos profissionais.

Acerca das competências das equipes assistenciais em relação ao prontuário/arquivo:

- As consultas de todos os profissionais da unidade de saúde devem ser registradas com letra legível e seguindo a normatização estabelecida pelos respectivos Conselhos Regionais;
- Todos os atendimentos e procedimentos (prescrições, solicitações e resultados de exames, curativos, visitas domiciliares) realizados devem ser devidamente registrados em prontuário ou anexados ao mesmo quando as anotações forem feitas em outros impressos, devendo igualmente ser datados, assinados, carimbados com a especificação do nº do conselho de classe.
- Os resultados de exames devem ter seus valores e informações anotados no prontuário e serem entregues ao usuário;
- Manter nos prontuários familiares, das famílias cadastradas na ESF ou PACS, em todas as Unidades de Saúde, as fichas de evolução clínica, gráficos, e demais fichas padronizadas no município.

2.2.1. SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO (SAME)



É cada vez mais expressiva a importância que a informação vem assumindo na sociedade moderna, a tal ponto que já se tornou lugar comum dizer que vivemos na “era da informação”. A cada dia, são introduzidas inovações tecnológicas e metodológicas que percutem diretamente no conteúdo, no formato e na divulgação da informação produzida nos mais diversos campos do conhecimento humano.

Na área da saúde, é cada vez mais intenso o debate quanto ao papel da informação para o planejamento, execução e avaliação das atividades inerentes ao setor. No Brasil, o processo de implantação do Sistema Único de saúde (SUS), iniciado em 1988, tem posto o tema em evidência, uma vez que os princípios e a legislação que norteiam o sistema enfatizam a importância das informação e indicadores gerenciais e epidemiológicos para o cumprimento das atribuições federais, estaduais e municipais.

A produção de informações em saúde deve estar orientada de forma a permitir uma compreensão ampliada do processo saúde/doença. Parte-se do entendimento de que o estado de saúde de uma coletividade é a expressão de uma vasta gama de características e fatores próprios de seu meio econômico, social e ambiental. Isto significa que a informação em saúde deve abranger não



INSTITUTO ROSA BRANCA
Folhas 604

apenas os dados produzidos pelo próprio setor, mas também aqueles produzidos por outras esferas de atuação.

Conceitos Básicos

O processo de produção de informação é composto por um conjunto de elementos relacionados entre si, dentre os quais figura como componente básico o **dado**. Dado é qualquer elemento quantitativo ou qualitativo, em forma bruta, que por si só não conduz à compreensão de determinado fato ou situação. Para alcançar a informação é necessário primeiro processar os dados.

Assim, a **informação** é o dado útil, ou seja, é o produto da análise dos dados obtidos, devidamente registrados, classificados, organizados, relacionados e interpretados dentre de um contexto para transmitir conhecimento, conduzindo à melhor compreensão de fatos e situação.

O **conhecimento** é construído a partir da acumulação de informações, consolidando-se através de permanente atualização, que confronta antigas e novas informações.

Para produzir, consolidar e facilitar a análise da informação utiliza-se o **sistema de informação**, entendido como um sistema de pessoas, equipamentos, procedimentos, documentos e comunicações que coleta, valida, transforma, armazena, recupera e apresenta dados, gerando informação para usos diversos.

A **informação em saúde** é aquela produzida com o objetivo de identificar problemas individuais e coletivos do quadro sanitário de uma população, propiciando elementos para a análise da situação encontrada e subsidiando a busca de possíveis alternativas de encaminhamento. Envolve tanto aquelas relativas ao processo saúde/doença, quanto as de caráter administrativo, todas essenciais para a tomada de decisão.

O **sistema de informação em saúde**, é um instrumento para adquirir, organizar e analisar dados necessários à definição de problemas e riscos para a saúde, avaliar a eficácia, eficiência e influência que os serviços prestados possam ter no estado de saúde da população. O objetivo dos Sistema de Informação em Saúde (SIS) deve ser o de informar ao público, a seus representantes políticos, funcionários, administradores, gestores e prestadores de serviços sobre a natureza e amplitude dos problemas de saúde, sobre o impacto de uma ampla gama de influências na saúde individual e coletiva, bem como apoiar os processos de tomada de decisão e de gestão para a resolução desses problemas.

Estatística para Toledo (1985) a estatística indica qualquer coleção consistente de dados numéricos, reunidos com a finalidade de fornecer informações acerca de uma atividade.

A estatística, segundo Murray (1993), está interessada nos métodos científicos para coleta, organização, resumo, apresentação e análise de dados, bem como na obtenção de conclusões válidas e na tomada de decisões razoável baseada em tais análises.

A palavra estatística, encontrada no dicionário do Aurélio da Língua Portuguesa, vem do latim *status*, que significa estado. Antigamente, a estatística envolvia complicações de dados e gráficos que descreviam vários aspectos qualitativos e quantitativos que eram de interesse do Estado, como nascimentos, mortes, rendas, reservas de alimento, disponibilidade de armamentos, homens nos exércitos e outros.

A estatística dentro das organizações está presente tanto na análise quantitativa quanto na organização dos dados, no sentido de detectar falhas ou problemas advindos do não conhecimento do dimensionamento das diversas áreas de atuação dos setores.

Os **indicadores** são ferramentas básicas para o gerenciamento do sistema organizacional, ou seja, são medidas usadas para ajudar a descrever a situação atual de um determinado fenômeno ou problema, fazer comparações, verificar mudanças ou tendências e avaliar a execução das ações planejadas durante um período de tempo, em termos de qualidade e quantidade das ações de saúde executadas.

Vale destacar, que as metas são pontos ou posições a serem atingidos no futuro. Elas se constituem em propulsoras do processo de gestão empresarial. Uma meta, segundo Couto e Pedrosa (2003), possui três componentes: objetivo, valor e prazo. Exemplo: reduzir o número de ocorrências em 50% até o final do ano. A fórmula de obtenção do indicador indica como o valor numérico (índice) é obtido.

2.2.2. REGIMENTO INTERNO DA UNIDADE DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO (SAME)

FINALIDADES:

ART. 1º - O Setor de SAME tem por finalidade:

Coletar, apurar e analisar os dados estatísticos da movimentação de pacientes, exames e tratamentos executados na UNIDADE DE SAÚDE

Facilitar e contribuir para a pesquisa médica e para realização de trabalhos científicos;

Zelar pela observância do sigilo médico e pela manutenção de padrões éticos hospitalares;

Manter estritas relações interdepartamentais com os demais Serviços, visando beneficiar o paciente e as Unidades;

Proporcionar meios à Administração, através – dados estatísticos e relatórios gerenciais, para que ela possa traçar uma adequada e conveniente política administrativa.

colaborar na humanização do atendimento;

zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

DA POSIÇÃO:

Art.2º - A Unidade de Arquivo Médico e Estatística (SAME), está subordinado diretamente a

Coordenação Administrativa.

DA COMPETÊNCIA:

Art. 3º. A Unidade de SAME compete:

Fazer levantamento de dados necessários à avaliação dos serviços prestados mensalmente e quando solicitados pela Coordenação Administrativa.

Fazer Levantamento de Estatísticas Gerais

Fornecer Relatórios Mensais;

Manter atualizado os indicadores das unidades;

Organizar, movimentar, arquivar, guardar e preservar o prontuário médico

DO PESSOAL:

Art.4º - O pessoal da Unidade de SAME, distribui-se pelos seguintes cargos e funções:

01 Encarregado

02 Assistente Administrativo

Art.5º - Ao Encarregado Compete:

Dirigir o serviço, coordenar suas atividades e executando todos os atos necessários à eficiência e boa ordem dos serviços a ele subordinados, bem como, a disciplina do pessoal lotado no serviço;

Distribuir serviços e orientar sua execução;

Estudar e observar o funcionamento das diversas rotinas, propondo a Coordenação as medidas necessárias à simplificação e melhoria de serviços;

Participar nas reuniões da Comissão de Prontuários Médicos;

Incentivar o pessoal sob a sua direção visando a melhoria de seu nível de conhecimentos;

Colaborar no programa de desenvolvimento e atualização dos conhecimentos profissionais,

mantendo-se atualizado com o progresso da técnica.

Cumprir outras atribuições que lhe sejam dadas pela Coordenação;

Participar dos programas de treinamento e atualização dos conhecimentos, bem como, a formação de pessoal. Analisar e interpretar os dados estatísticos elaborados pelo setor.

Art. 6º. Aos assistentes administrativos compete:

O levantamento dos dados estatísticos fornecido por todos os setores produtivos;

A orientação e verificação das tarefas de coletas e apuração de dados;

A orientação na confecção de gráficos representativos e comparativos do movimento dos pacientes;

Atender telefonemas;

Entregar papéis, fichas, prontuários e outros documentos referentes aos pacientes e ao serviço das Unidades observando rigoroso sigilo da correspondência entregue;

Atender aos prazos estipulados pela Coordenação, para entrega dos relatórios e indicadores;

DAS ATRIBUIÇÕES GERAIS:

Art.7º. – A todo do pessoal lotado na unidade de SAME compete:

Manter sigilo absoluto sobre qualquer informação dos prontuários dos pacientes, a não ser com o conhecimento pleno e autorização do Diretor Clínico, ou, tratandose de aspectos legais relacionados à autoridades judiciais com respectivo mandato judicial;

Cumprir o regulamento, regimento, rotina, instruções e ordens de serviços;

Apresentar- se ao trabalho corretamente e limpo.

DAS CONSIDERAÇÕES GERAIS: art.8º. – A unidade de SAME funcionará:

De segunda à sexta-feira, das 8:00 às 11:00 e das 12:00 às 17:00

2.3. MONITORAMENTO DE INDICADORES DE DESEMPENHO HOSPITALAR DE PRODUTIVIDADE E DE QUALIDADE, DENTRE OUTROS

2.3.1. Proposta de Implantação dos Indicadores de Desempenho e Qualidade na Prestação dos Serviços de Saúde na Unidade

Indicadores de Qualidade:

Os indicadores de saúde são medidas que devem conter subsídios relevantes sobre propriedades e dimensões de saúde, bem como do desempenho dos sistemas de saúde. Esses indicadores quando apresentados de forma conjugada devem refletir a condição de saúde de uma determinada população.

Os indicadores são fontes de informações bastante utilizadas para a avaliação dos serviços de saúde, dessa forma a qualidade desses indicadores é primordial, o que depende essencialmente dos componentes utilizados na formulação dos mesmos, tais como as informações utilizadas, a coleta e a transcrição dos dados, o registro desses dados, entre outros

Os processos serão mensurados através de indicadores de qualidade. Os indicadores têm como objetivo a identificação dos pontos fortes e as oportunidades de melhoria do hospital. Através destes indicadores, ocorrerá a detecção da eficácia dos serviços e assistência prestada aos usuários.

O acompanhamento dos indicadores deverá ser mensal, onde diminuirá possíveis não

conformidades acumulativas no decorrer do ano, como segue alguns exemplos:

a. Atendimento ao Usuário

Percentagem de pacientes atendidos por médico

Objetivo: Identificar necessidade e prioridade do paciente

Fórmula: número de atendimentos médicos/número total de pacientes acolhidos.

Meta: $\geq 95\%$

b. Índice de Absenteísmo por Categoria Profissional

Objetivo: Medir a disponibilidade da força de trabalho e dar um indicativo do nível de satisfação dos funcionários, através da análise das faltas ao trabalho.

Fórmula: Horas líquidas faltantes/Horas líquidas disponível X 100 Meta: 3%

c. Ouvidoria para usuários e profissionais

Objetivo: Transparência nas relações com os usuários, profissionais e gestores, acolhendo reclamações, denúncias, elogios, críticas e sugestões referentes aos serviços e atendimento prestados.

Poderá ser feita através de telefone, caixa de sugestões/críticas ou por email sempre em local visível. Os relatórios gerados a partir dessa análise deverão conter o percentual de elogios/críticas e as medidas tomadas pela unidade para sanar possíveis deficiências inclusive com retorno ao usuário quando o mesmo deixar uma forma de contato.

d. Relatório assistencial e financeiro mensal dentro dos padrões estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde.

Objetivo: definir o perfil de atendimento da unidade.

Meta: 100%

Os processos serão mensurados através de indicadores de qualidade.

Os indicadores têm como objetivo da identificação dos pontos fortes e as oportunidades de melhoria do hospital. Através destes indicadores, ocorrerá a detecção da eficácia dos serviços e assistência prestada aos usuários.

O acompanhamento dos indicadores deverá ser mensal, onde diminuirá possíveis não conformidades acumulativas no decorrer do ano. A Proposta pode ser verificada também do. Para tanto, no que diz respeito aos Indicadores de Desempenho, que são ferramentas desenvolvidas com a finalidade de monitorar e avaliar os serviços de saúde realizados pelas Unidades, com objetivo de garantir o aprimoramento constante e eficaz, das ações de vigilância em saúde, a **ROSA BRANCA** estará elaborando e mantendo atualizadas em tempo real as matrizes hoje estabelecidas pela **SMS** de Senador Pompeu, tais como:

- ✓ Taxa de satisfação dos usuários;
- ✓ Taxa de prontuários médicos corretamente finalizados;
- ✓ Taxa de revisão de prontuários pela comissão de CCIH;
- ✓ Tempo médio de espera dos usuários;
- ✓ Taxa de profissionais cadastrados no CNES;
- ✓ Além disso, criará outras fórmulas de avaliação dos seus serviços prestados à comunidade, não somente os de saúde como objeto principal, mas também, outros serviços que serão propostos onde buscará a aproximação constante da população local em prol do desenvolvimento da **MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL**.

2.3.2. Proposta de Implantação de Sistema de Avaliação e Certificação da Qualidade de Serviços de Saúde / ONA.

Como parte do compromisso que a **ROSA BRANCA** assume em relação ao nível de qualidade na prestação de serviços junto a **MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL**, temos como objetivo a acreditação da unidade como parâmetro de excelência que buscamos no atendimento, e conforme determinações da SMS. Assim sendo, a **ROSA BRANCA** propõe a implantação da ONA para a **MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL**.

Um dos sistemas mais utilizados atualmente para a acreditação de unidades de pronto

atendimento, e que tem surtido efeitos muito bons na qualidade dos serviços em algumas regiões do país é a acreditação ONA.



Contudo, faz-se necessário um resumo do tema.

Define-se Acreditação como um sistema de avaliação e certificação da qualidade de serviços de saúde. Tem um caráter eminentemente educativo, voltado para a melhoria contínua, sem finalidade de fiscalização ou controle oficial/governamental, não devendo ser confundida com os procedimentos de licenciamento e ações típicas de Estado.

Normalmente o processo de acreditação é pautado por três princípios fundamentais: a) É voluntário, feito por escolha da organização de saúde;

b) É periódico, com avaliação das organizações de saúde para certificação e durante o período de validade do certificado

c) É reservado, ou seja, as informações coletadas em cada organização de saúde no processo de avaliação não são divulgadas.

A **ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO - ONA** é uma entidade não governamental e sem fins lucrativos que certifica a qualidade de serviços de saúde no Brasil, com foco na segurança do paciente, é reconhecida pela ISQua (International Society for Quality in Health Care), associação parceira da OMS e que conta com representantes de instituições acadêmicas e organizações de saúde de mais de 100 países.



Seu Objetivo principal é promover um processo constante de avaliação e aprimoramento nos


serviços de saúde e, dessa forma, melhorar a qualidade da assistência no País.

O Manual Brasileiro de Acreditação da ONA – Organização Nacional de Acreditação, para a certificação dos serviços de ambulatório e/ou pronto atendimento, teve sua primeira edição lançada em 2006 e hoje está em sua segunda revisão. Já foram concedidos para este tipo de organização cerca de 60 certificados nesse período. Atualmente, 40 certificações estão válidas. A Rede Santa Marcelina, com 13 Unidades Básicas de Saúde Acreditadas; o Núcleo de Hematologia e Transplante de Medula Óssea e a Unidade de Pronto Atendimento Imbiribeira são alguns exemplos das instituições que atuam nessas áreas e que contam com a acreditação ONA.

O processo de acreditação é voluntário, ou seja, é a organização, serviço ou programa da saúde que manifesta o interesse em ser avaliado. A avaliação é realizada pelas Instituições Acreditadoras Credenciadas pela ONA, tendo como referência as normas do Sistema Brasileiro de Acreditação e o Manual Brasileiro de Acreditação.

A certificação pode ocorrer em três níveis:

	<p style="text-align: center;">Acreditado</p> <p>Para instituições que atendem aos critérios de segurança do paciente em todas as áreas de atividade, incluindo aspectos estruturais e assistenciais.</p> <p style="text-align: center;">Válido por dois anos.</p>
	<p style="text-align: center;">Acreditado Pleno</p> <p>Para instituições que, além de atender aos critérios de segurança, apresenta gestão integrada, com processos ocorrendo de maneira fluida e plena comunicação entre as atividades.</p> <p style="text-align: center;">Válido por dois anos.</p>

	<p style="text-align: center;">Acreditado com Excelência</p> <p>O princípio deste nível é a “excelência em gestão”. Uma Organização ou Programa da Saúde Acreditado com excelência atende aos níveis 1 e 2 , além dos requisitos específicos de nível 3. A instituição já deve demonstrar uma cultura organizacional de melhoria contínua com maturidade institucional.</p> <p style="text-align: center;">Válido por três anos.</p>
--	---

Maximizar a segurança e qualidade do atendimento, minimizando os riscos e otimizando os recursos disponíveis, com benefícios para o usuário é o objetivo principal da **ROSA BRANCA** com a implantação do processo de preparação para acreditação.

PROGRAMA DE QUALIDADE DO ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS PERTINENTES AO ACOLHIMENTO COM AMBIÊNCIA – (PQAA).

Plano de Organização

A **ROSA BRANCA** considera em seu plano, a importância da Ambiência na Saúde, prevê no período da implantação e durante todo o Contrato de Gestão a implementação do tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana.

Tendo em vista que nos serviços de saúde a ambiência é marcada tanto pelas tecnologias médicas presentes quanto por outros componentes estéticos ou sensíveis apreendidos pelo olhar, olfato, audição, por exemplo, a luminosidade e os ruídos do ambiente, a temperatura entre outros. Incluindo a importância da ambiência como componente afetivo expresso na forma do acolhimento, da atenção dispensada ao usuário, da interação entre os trabalhadores e gestores. Devem-se destacar os componentes culturais e regionais que determinam os valores do ambiente.



INSTITUTO ROSA BRANCA
Folhas 615

Objetivos e Alcances:

No atendimento de urgência e emergência é possível ser criado ambientes que proporcionem bem estar e qualidade no atendimento do usuário e acompanhante, dessa forma, a **ROSA BRANCA** sugere a construção de ambiências acolhedoras e harmônicas que contribuam para a promoção do bem-estar, desfazendo-se o mito desses espaços que abrigam serviços de saúde frios e hostis. Neste sentido focamse os seguintes aspectos:

- ✓ Considerando as cores do ambiente, as quais podem ser um recurso útil uma vez que a reação que o usuário e acompanhante tem a elas é profunda e intuitiva. Utilizando cores que ajudam a refletir ou absorver luz, podemos compensar sua falta ou minimizar seu excesso;
- ✓ Tratamento das áreas externas – este se faz necessário já que, além de porta de entrada, constitui-se muitas vezes em lugar de espera ou de descanso de trabalhadores, ambiente de 'estar' de pacientes ou de seus acompanhantes.
- ✓ Privacidade e individualidade – a privacidade diz respeito à proteção da intimidade do paciente, que muitas vezes pode ser garantida com uso de divisórias ou até mesmo com cortinas e elementos móveis que permitam ao mesmo tempo integração e privacidade, facilitando o processo de trabalho, aumentando a interação da equipe e ao mesmo tempo possibilitando atendimento personalizado.
- ✓ Confortabilidade implica na possibilidade do acesso dos usuários a bebedouros e às instalações sanitárias, devidamente higienizadas e adaptadas aos portadores de deficiências. Pensar a confortabilidade dentro do conceito de ambiência é também resgatar o vínculo pessoal para junto do processo de produção de saúde, construindo um território onde usuários e trabalhadores identifiquem seu mundo e suas referências nos espaços de cuidado e atenção à saúde.

Metodologia:

- Considerando o conceito de AMBIÊNCIA, a **ROSA BRANCA** seguirá, primordialmente, os três eixos relativos ao assunto:
 - O espaço que visa à confortabilidade focada na privacidade e individualidade dos sujeitos

CHAMADA PÚBLICA: SS - CH003/2023
CHAMAMENTO

envolvidos, valorizando elementos do ambiente que interagem com as pessoas e garantindo conforto aos trabalhadores e usuários.

- O espaço que possibilita a produção de subjetividades, interface dos profissionais, por meio da ação e reflexão sobre os processos de trabalho.
- O espaço usado como ferramenta facilitadora do processo de trabalho, favorecendo a otimização de recursos, o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo.

É importante ressaltar que esses três eixos devem estar sempre juntos na composição de uma ambiência, sendo esta subdivisão apenas didática. Incluindo que, na confortabilidade, existem componentes que atuam como modificadores e qualificadores do espaço, estimulando a percepção ambiental e, quando utilizados com equilíbrio e harmonia, criam ambiências acolhedoras, propiciando contribuições significativas no processo de produção de saúde.

Nesse sentido, é importante que, ao criar essas ambiências, se conheçam e, respeitem os valores culturais referentes à privacidade, autonomia e vida coletiva da comunidade em que está se atuando. É necessário dar atenção á ambiências acolhedoras e harmônicas que contribuam para a promoção do bem-estar, desfazendo-se o mito desses espaços que abrigam serviços de saúde frios e hostis.

Período de Implantação:

O Programa entrará em funcionamento até três meses após o início da implantação dos serviços assistenciais da MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL e será mantida uma manutenção durante o Contrato de Gestão.

2.3.3. GESTÃO DOS INDICADORES DE DESEMPENHO E METAS.

Os indicadores têm como objetivo da identificação dos pontos fortes e as oportunidades de melhoria da unidade de saúde. Através destes indicadores, ocorrerá a detecção da eficácia

dos serviços e assistência prestada aos usuários.

O acompanhamento dos indicadores deverá ser mensal, onde diminuirá possíveis não conformidades acumulativas no decorrer período contratual.

Para tanto, no que diz respeito aos Indicadores de Desempenho, que são ferramentas desenvolvidas com a finalidade de monitorar e avaliar os serviços de saúde realizados pela unidade, com objetivo de garantir o aprimoramento constante e eficaz, das ações de vigilância em saúde, a **ROSA BRANCA** estará elaborando e mantendo atualizadas em tempo real as matrizes hoje estabelecidas pela **SMS** de Senador Pompeu.

SISTEMATICA DE AÇÕES CORRETIVAS DE DESEMPENHO:

Finalidade:

A sistemática de acompanhamento, avaliação e aplicação de ações corretivas de desempenho da qualidade, tem por objeto a definição de mecanismos e critérios para acompanhar e avaliar, mediante critérios objetivos, o desempenho resultantes as ações prévias definidas e colocadas em prática pela **ROSA BRANCA** em meio as necessidades assistenciais da unidade no seu momento inicial de funcionamento, ou seja, sempre no sentido de **ação gerandoreação, podendo gerar correção, buscando-se a plena satisfação, ou mesmopelo processo do PDCA.** A partir da mensuração do grau de atingimento das metas de desempenho originárias do seu planejamento estratégico e pactuadas no Contrato de Gestão é que serão devidamente reanalisadas e adotadas as ações necessárias.

O PDCA interno, método amplamente difundido aplicado para o controle eficaz e confiável das atividades de uma organização, principalmente àquelas relacionadas às melhorias, possibilitando a padronização nas informações do controle de qualidade e a menor probabilidade de erros nas análises ao tornar as informações mais entendíveis. O PDCA constitui-se das seguintes etapas: